

ICS

A

备案号:

MZ

中华人民共和国民政行业标准

MZ/T 048—20XX

养老机构老年人健康档案技术规范

Technical specifications of old people's health record for senior care organization

(征求意见稿)

20XX-XX-XX 发布

20XX-0X-XX 实施

中华人民共和国民政部 发布

目 次

前 言	II
1 范围	1
2 术语和定义	1
3 档案内容	1
4 档案记录	1
5 归档与使用	2
6 质量控制	3
附录 A（资料性附录）部分健康档案表格	4
参 考 文 献	14

前 言

本标准按照GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由全国社会福利服务标准化技术委员会（SAC/TC 315）提出并归口。

本标准起草单位：

本标准主要起草人：

本标准20XX年XX月XX日首次发布。

养老机构老年人健康档案技术规范

1 范围

本标准规定了养老机构老年人健康档案内容、记录、归档与使用及质量控制要求。
本标准适用于养老机构老年人健康档案记录和管理。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1 健康档案 health record

医务人员对入住养老机构的老年人在养老、护理、医疗保健及康复等活动过程中形成的文字、符号、图表及影像等资料的总和。

3 档案内容

3.1 健康档案内容应包括：健康档案首页、入院健康记录、日常健康记录、护理记录、知情同意书、检查报告单、健康体检记录、出院总结及其他相关记录。

3.2 健康档案首页内容应包括：养老机构名称、档案号、老年人的基本情况等相关事宜。

3.3 入院健康记录内容应包括：基本信息、病史、个人史、婚育史、家族史、体格检查、辅助检查及诊断等。

3.4 日常健康记录内容应包括：记录日期、一般健康状况、生活习惯、心理状况、慢性病管理、健康问题、康复问题、管理计划、转诊情况、会诊意见、治疗效果及向老年人或代理人告知的重要事项等。

3.5 护理记录内容应包括：姓名、性别、年龄、床号、档案号、生命体征、护士签名等。

3.6 知情同意书内容应包括：老年人姓名、性别、入院日期、病案号、告知目的、入院主要情况、目前情况、可能出现的情况、代理人意见、老年人或代理人签名等。

3.7 辅助检查报告内容应包括：姓名、性别、年龄、档案号、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

3.8 健康体检记录内容应包括：姓名、体检日期、症状、病史、生活方式、一般状况、脏器功能、辅助检查、疾病用药情况、健康评价、健康指导及医师签名等。

3.9 出院总结内容应包括：姓名、性别、入院日期、出院日期、入院情况、健康状况、医疗保健情况、出院情况及转归、出院注意事项等。

4 档案记录

4.1 健康档案首页、入院健康记录、日常健康记录、知情同意书、护理记录、出院总结应由医务人员书写；辅助检查报告单应由相应专业医务人员出具。实习人员、试用期人员书写的健康档案，应由有资质的医务人员审阅、修改并签名。

- 4.2 医务人员应于健康档案送交档案室归档前完成健康档案首页，填写附录 A.1 健康档案首页。
- 4.3 医师应于老年人入院 24 小时内完成入院健康记录，填写附录 A.2 入院健康记录。
- 4.4 医师应于老年人入院 8 小时内完成首次日常健康记录，填写附录 A.3 日常健康记录。对于身心健康、病情平稳的老年人，每季度至少书写一次日常健康记录。对于身心不适或出现病情变化的老年人，应及时记录。书写日常健康记录应标明记录时间，记录时间应具体到分钟，另起一行记录具体内容。
- 4.5 护士应于老年人入院当天测量生命体征，填写附录 A.4 护理记录。入住后，应根据老年人健康状况，及时做好护理记录，对于病情平稳的老年人至少每年记录一次。
- 4.6 辅助检查报告是老年人入住养老机构期间所做的各项检验、检查结果的记录，医务人员出具辅助检查报告应准确、无误。
- 4.7 老年人健康状况发生变化及需取得书面同意方可进行的医疗保健等活动时，应及时告知由老年人和代理人，填写附录 A.5 知情同意书。在实施保护性医疗措施时应告知代理人并签署知情同意书。知情同意书应有医务人员、老年人或代理人签名。健康档案中需要医务人员、老年人或代理人签名时，应由本人亲笔签署。
- 4.8 对于新入住的老年人，医务人员应于老年人办理入住手续前完成健康体检，填写附录 A.6 健康体检记录。对长期入住的老年人每年至少完成一次健康体检。
- 4.9 医师应于老年人出院 24 小时内完成出院总结，填写附录 A.7 出院总结。
- 4.10 健康档案记录应客观、准确、及时、完整、规范。应使用专业术语，文字工整，字迹清晰，易于识别，表述准确，语句通顺，标点正确。应使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的健康档案资料应使用蓝或黑色油水的圆珠笔。
- 4.11 健康档案书写过程中出现错字时，应用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
- 4.12 健康档案一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

5 归档与使用

5.1 排序

- 5.1.1 老年人入住养老机构期间，健康档案排列顺序：入院健康记录、日常健康记录、护理记录、知情同意书、检查报告单、健康体检记录、健康档案首页及其他相关记录。
- 5.1.2 归档健康档案排列顺序：健康档案封面、健康档案首页、入院健康记录、日常健康记录、出院总结、知情同意书、检查报告单、护理记录、健康体检记录等其他相关记录。

5.2 归档

- 5.2.1 老年人出院 24 小时内，医务人员应对健康档案进行整理并送交档案管理人员。
- 5.2.2 档案管理人员应对出院健康档案进行检查，对检查合格的健康档案应及时装订、归档。
- 5.2.3 装订、归档后的健康档案应确保资料完整、不缺项。
- 5.2.4 档案管理人员应按档案号顺序有序归档。档案号应是养老机构为老年人健康档案设置的唯一性编码，原则上同一老年人在同一养老机构多次住院应使用同一档案号。

5.3 借阅

- 5.3.1 本机构医务人员方可借阅。
- 5.3.2 应做好借阅登记，3 个工作日内归还。
- 5.3.3 借用的档案应妥善保管和爱护，不得涂改、转借、拆散、毁损、复印。

5.3.4 未装订完毕前，不予借阅。

5.4 复印

5.4.1 老年人及其代理人可申请复印健康档案。

5.4.2 受理申请时，应要求申请人提供有效身份证明，并对其进行审核。

5.4.3 健康档案复印应经主管领导签字批准。

5.4.4 复印内容包括：入院健康记录、检查报告单、出院总结及法律规定可以复印的资料。

5.4.5 做好档案复印登记，并在复印资料加盖养老机构印章。

5.5 保管

5.5.1 老年人入住机构期间，健康档案应定点集中存放，并指定专人负责保管，用后归还原处。

5.5.2 老年人出院后，健康档案应由档案管理部门负责集中、统一保管。

5.5.3 因医疗活动需携带健康档案时，应指定专人负责携带或保管。

5.5.4 老年人转区时，做好健康档案交接，应当天完成。

5.5.5 健康档案不应涂改、伪造。

5.5.6 工作人员不应泄露老年人档案信息。

5.5.7 档案保存时间应自老年人最后一次出院之日起不少于 30 年。

5.5.8 健康档案销毁应报院长签字审批。

6 质量控制

6.1 医务人员应对本人书写的健康档案进行自查，记录应符合要求。

6.2 科室负责人应定期对本部门健康档案进行检查，记录、使用、保管应符合要求。

6.3 档案管理人员应对出院健康档案进行检查，发现问题及时反馈科室限期整改，检查合格后归档。

6.4 入住养老机构老年人健康档案建档率 100%。

附 录 A
(资料性附录)
部分健康档案表格

A.1 健康档案首页

健康档案首页见表A.1。

表A.1 健康档案首页

养老机构名称：

档案号：

姓名_____ 性别：1.男 2.女 <input type="checkbox"/> 出生日期 ____年__月__日 年龄____ 国籍_____	
出生地____省(区、市)____市____区 籍贯____省(区、市)____市 民族_____	
身份证号_____ 婚姻：1.未婚 2.已婚 3.丧偶 4.离婚 5.其他 <input type="checkbox"/>	
现住址 ____省(区、市)____市____县_____ 电话_____ 邮编_____	
户口地址 ____省(区、市)____市____县_____ 邮编_____	
工作单位_____ 职业_____	
代理人姓名_____ 关系_____ 电话_____ 单位_____	
入院时间 ____年__月__日__时 出院时间 ____年__月__日__时 实际住院 ____天	
入院 诊断	
出院 诊断	
药物过敏： 1.无 2.有，过敏药物_____ <input type="checkbox"/>	
ABO血型：1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.未查 <input type="checkbox"/> Rh血型：1.阴 2.阳 3.不详 4.未查 <input type="checkbox"/>	
离院方式：1.医嘱离院 2.医嘱转院：机构名称_____ 3.非医 4.死亡 5.其他 <input type="checkbox"/>	
病案质量： 1.合格 2.不合格 <input type="checkbox"/> 医师 _____ 护士 _____ 负责人_____	

A.2 入院健康记录

入院健康记录见表A.2。

表A.2 入院健康记录

档案号

姓名	性别 1男 2女 <input type="checkbox"/>	年龄	身份证号
民族 1汉族 2少数民族_____ <input type="checkbox"/>	籍贯		入院日期
工作单位			
职业	1 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 2 专业技术人员 3 办事人员和有关人员 4 商业、服务业人员 5 农、林、牧、渔、水利业生产人员 6 生产、运输设备操作人员及有关人员 7 军人 8 不便分类的其他从业人员_____ <input type="checkbox"/>		
文化程度	1 文盲及半文盲 2 小学 3 初中 4 高中/技校/中专 5 大学专科及以上 6 不详 <input type="checkbox"/>		
血型	1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型 5 不详 / RH 阴性: 1 否 2 是 3 不详 <input type="checkbox"/>		
代理人姓名		与老年人关系	
代理人单位		代理人电话	
代理人住址		住宅电话	邮编
医疗费用支付方式	1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城镇居民基本医疗保险 3. 新型农村合作医疗 4. 贫困救助 5. 商业医疗保险 6. 公费 7. 自费 8. 其他社会保险 9. 其他 <input type="checkbox"/>		
病史	疾病史	1 无 2 高血压 3 冠心病 4 慢性阻塞性肺疾病 5 糖尿病 6 高脂血症 7 脑卒中 8 溃疡病 9 肾病 10 骨质疏松 11 恶性肿瘤 12 老年痴呆 13 重性精神疾病 14 结核病 15 肝炎 16 职业病 17 其他_____	
	手术史	1 无 2 有: 名称1) _____ 时间 _____ 名称2) _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>	
	外伤史	1 无 2 有: 名称1) _____ 时间 _____ 名称2) _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>	
	输血史	1 无 2 有: 原因 1) _____ 时间 _____ 原因2) _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>	
	过敏史	1 无 有: 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他_____ <input type="checkbox"/>	

表 A. 2(续)

个人史	吸烟史	1 无 2 有_____ 3 已戒			□/□
	饮酒史	1 无 2 有_____ 3 已戒			□/□
	暴露史	1 无 有: 2 化学品 3 毒物 4 射线			□/□/□
婚育史	婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况			□
	子女	1、无 2 有 _____			□
家族史	1 无 2 高血压 3 冠心病 4 慢性阻塞性肺疾病 5 糖尿病 6 溃疡病 7 脑卒中 8 高脂血症 9 老年痴呆症 10 重性精神疾病 11 恶性肿瘤 12 结核病 13 肝炎 14 先天畸形 15 其他_____				
	父亲	□/□/□/□/□/□_____	母亲	□/□/□/□/□/□_____	
	兄弟姐妹	□/□/□/□/□/□_____			
遗传病史	1 无 2 有: 疾病名称: _____ □				
残疾情况	1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾 8 其他残疾 _____ □/□/□/□/□/□				
一般情况	饮食	1 普食 2 软食 3 吞咽困难 4 饮水呛咳 5 鼻饲 6 其他_____			□/□/□
	二便	1 正常 2 便秘 4 排尿困难 5 留置尿管 6 其他_____			□/□
	睡眠	1 正常 2 睡眠困难_____小时/天 3 早醒 4 夜间吵闹 5 其他_____			□
体格检查	T___℃ P___次/分 R___次/分 BP___mmHg 意识 1 清楚 2 模糊 3 嗜睡 4 昏睡 5 昏迷				□
	皮肤	1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 色素沉着 6 其他_____			□
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____			□
	头颅	1 正常 2 异常_____			□
	眼部	1 正常 2 异常_____			□
	耳部	1 正常 2 异常_____			□
	鼻部	1 正常 2 异常_____			□
	口咽	1 正常 2 异常_____			□
	颈部	1 正常 2 强直 3 其他_____			□
	胸廓	1 正常 2 桶状胸 3 其他_____			□
	乳房	1 正常 2 切除 3 包块 4 其他_____			□
	肺脏	呼吸音: 1 正常 2 异常_____			□
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____			□
	心脏	心率 ___次/分钟 心律: 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐			□
		杂音: 1 无 2 有_____			□
	腹部	压痛: 1 无 2 有_____			□
		包块: 1 无 2 有_____			□
肝大: 1 无 2 有_____			□		
脾大: 1 无 2 有_____			□		
移动性浊音: 1 无 2 有_____			□		

表 A. 2(续)

体格检查	直肠肛门	1 正常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>	
	外生殖器	1 正常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>	
	脊柱	畸形: 1 无 2 有_____	<input type="checkbox"/>	
	四肢	畸形: 1 无 2 有_____	<input type="checkbox"/>	
	神经系统	生理反射: 1 存在 2 无		<input type="checkbox"/>
		病理反射: 1 无 2 有_____		<input type="checkbox"/>
其他	1 无 2 有_____		<input type="checkbox"/>	
辅助检查	血常规	血红蛋白_____ g/L 白细胞_____×10 ⁹ /L 血小板_____ ×10 ⁹ /L 其他_____		
	尿常规	尿蛋白_____ 尿糖_____ 尿酮体_____ 尿潜血_____ 其他_____		
	肝功	血清谷丙转氨酶_____ U/L 血清谷草转氨酶 _____ U/L 白蛋白_____ g/L 总胆红素 _____ μ mol/L 结合胆红素 _____ μ mol/L 乙型肝炎表面抗原 1 阴性 2 阳性	<input type="checkbox"/>	
	肾功	血清肌酐_____ μ mol/L 血尿素氮_____ mmol/L		
	血脂	总胆固醇_____ mmol/L 甘油三酯_____ mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇_____ mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇_____ mmol/L		
	血糖	空腹血糖 _____ mg/dL 餐后血糖 _____ mg/dL 糖化血红蛋白 _____ %		
	电解质	血钾浓度_____ mmol/L 血钠浓度_____ mmol/L 其他_____		
	心电图	1 正常 2 异常 _____	<input type="checkbox"/>	
	X线	胸透: 1 正常 2 异常 _____	<input type="checkbox"/>	
		胸片: 1 正常 2 异常 _____	<input type="checkbox"/>	
	骨密度	1 正常 2 异常 _____	<input type="checkbox"/>	
	超声	1 正常 2 异常 _____	<input type="checkbox"/>	
其他检查	_____			
入院诊断	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____			

医师签名:

B

A

年 月 日 时

MZ/T 048—20XX

A.3 日常健康记录

日常健康记录见表 A.3。

表A.3 日常健康记录

姓名	(第 页)	档案号
年 月 日 时		
		医师签名

A.5 知情同意书

知情同意书见表A.5。

表A.5 知情同意书

档案号

姓名	性别	年龄	入院日期
告知目的:			
入院主要情况:			
目前情况: (健康状况、诊疗情况及需要的进一步检查、治疗项目)			
可能出现的情况:			
代理人意见 (包括治疗意见以及是否了解所交待病情)			
老年人签名:		医务人员签名:	
代理人签名 (注明与老年人的关系):		负责人签名:	
年 月 日 时 分		年 月 日 时 分	

A.6 健康体检表

健康体检表见表A.6。

表A.6 健康体检表

档案号

姓名	性别	年龄	体检日期
内容	检查项目		
症状	1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳 鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ □□□□□□		
病史	1 无 2 高血压 3 冠心病 4 慢性阻塞性肺疾病 5 糖尿病 6 高脂血症 7 脑卒中 8 溃疡病 9 肾病 10 骨质疏松 11 恶性肿瘤 12 老年痴呆 13 重性精神疾病 14 结核病 15 肝炎 16 职业病 17 其他 _____ □□□□□□		
生活 方式	体育锻炼	1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼 □	
	饮食习惯	1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖 □	
	吸烟情况	1 从不吸烟 2 吸烟 3 已戒烟 □	
	饮酒情况	1 从不饮酒 2 偶尔 3 经常 4 每天 5 已戒酒 □	
一般 状况	体温 _____ °C	脉率 _____ 次/分钟	呼吸 _____ 次/分钟
	血压 _____ mmHg	身高 _____ cm	体重 _____ kg
	意识: 1 清楚 2 模糊 3 昏睡 4 昏迷 □		
脏器 功能	皮肤	1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 色素沉着 6 其他 _____ □	
	巩膜	1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他 _____ □	
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他 _____ □	
	眼部	1 正常 2 异常 _____ □	
	耳部	1 正常 2 异常 _____ □	
	口咽	口唇: 1 红润 2 苍白 3 发干 4 皲裂 5 疱疹 □	
		齿列: 1 正常 2 缺齿 3 龋齿 4 义齿 □	
		咽部: 1、无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 □	
	胸廓	桶状胸: 1 否 2 是 □	
	乳房	1 未见异常 2 切除 3 包块 4 其他 _____ □	
	肺脏	呼吸音: 1 正常 2 异常 _____ □	
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他 _____ □	
	心脏	心率 _____ 次/分钟 心律: 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 □	
杂音: 1 无 2 有 _____ □			
腹部	压痛: 1 无 2 有 _____ □		
	包块: 1 无 2 有 _____ □		
	肝大: 1 无 2 有 _____ □		

表A.6 (续)

脏器功能	腹部	脾大: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
		移动性浊音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
	脊柱	畸形: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
	四肢	畸形: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
	神经系统	生理反射: 1 存在 2 无 <input type="checkbox"/>	
		病理反射: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
辅助检查	血常规	血红蛋白 _____ g/L 白细胞 _____ ×10 ⁹ /L 血小板 _____ ×10 ⁹ /L 其他 _____	
	尿常规	尿蛋白 _____ 尿糖 _____ 尿酮体 _____ 尿潜血 _____ 其他 _____	
	肝功	血清谷丙转氨酶 _____ U/L 血清谷草转氨酶 _____ U/L 白蛋白 _____ g/L 总胆红素 _____ μmol/L 结合胆红素 _____ μmol/L 乙型肝炎表面抗原 1 阴性 2 阳性 <input type="checkbox"/>	
		肾功	血清肌酐 _____ μmol/L 血尿素氮 _____ mmol/L 血钾浓度 _____ mmol/L 血钠浓度 _____ mmol/L
	血脂	总胆固醇 _____ mmol/L 甘油三酯 _____ mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇 _____ mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇 _____ mmol/L	
		血糖	空腹血糖 _____ mg/dL 糖化血红蛋白 _____ %
		电解质	血钾浓度 _____ mmol/L 血钠浓度 _____ mmol/L 其他 _____
	心电图	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>	
	胸透	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>	
	X线片	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>	
	超声	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>	
	其他检查 _____		
主要用药情况	药物名称	用法用量	其他需说明的情况
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
健康评价	1 体检无异常 2 有异常 _____ <input type="checkbox"/>		
健康指导	1 定期随访 2 建议复查 3 建议转诊 4 其他 _____ <input type="checkbox"/>		

医师签名:

年 月 日

A.7 出院总结

出院总结见表A.7。

表A.7 出院总结

档案号

姓名	性别	年龄	入院日期	出院日期	住院日数
入院情况					
入院诊断					
健康状况及诊疗经过					
出院诊断					
出院时情况					
出院注意事项					

医师签名：

年 月 日

参 考 文 献

- [1] 《养老机构管理办法》，中华人民共和国民政部令第49号.
 - [2] 《医疗机构病历管理规范》，国卫医发〔2013〕31号.
 - [3] 《国家基本公共卫生服务规范》2011年版.
 - [4] 《机关文件材料归档范围和文书档案保管期限规定》，2006年12月18日国家档案局令第8号.
-