

# 电子病历系统应用水平分级评价标准 (试行)

以电子病历为核心的医院信息化建设是医改重要内容之一，为保证我国以电子病历为核心的医院信息化建设工作顺利开展，逐步建立适合我国国情的电子病历系统应用水平评估和持续改进体系，制定本评价标准。

## 一、评价目的

(一) 全面评估各医疗机构现阶段电子病历系统应用所达到的水平，建立适合我国国情的电子病历系统应用水平评估和持续改进体系。

(二) 使医疗机构明确电子病历系统各发展阶段应当实现的功能。为各医疗机构提供电子病历系统建设的发展指南，指导医疗机构科学、合理、有序地发展电子病历系统。

(三) 引导电子病历系统开发厂商的系统开发朝着功能实用、信息共享、更趋智能化方向发展，使之成为医院提升医疗质量与安全的有力工具。

## 二、评价对象

已实施以电子病历为核心医院信息化建设的各级各类医疗机构。

## 三、评价分级

电子病历系统应用水平划分为 9 个等级。每一等级的标准包括电子病历各个局部系统的要求和对医疗机构整体电子病历系统的要求。

### **（一）0 级：未形成电子病历系统。**

1. 局部要求：无。医疗过程中的信息由手工处理，未使用计算机系统。

2. 整体要求：全院范围内使用计算机系统进行处理信息的业务少于 3 个。

### **（二）1 级：独立医疗信息系统建立。**

1. 局部要求：使用计算机系统处理医疗业务数据，所使用的软件系统可以是通用或专用软件，可以是单机版独立运行的系统。

2. 整体要求：住院医嘱、检查、住院药品的信息处理使用计算机系统，并能够通过移动存储设备、复制文件等方式将数据导出供后续应用处理。

### **（三）2 级：医疗信息部门内部交换。**

1. 局部要求：在医疗业务部门建立了内部共享的信息处理系统，业务信息可以通过网络在部门内部共享并进行处理。

2. 整体要求：

（1）住院、检查、检验、住院药品等至少 3 个以上部门的医疗信息能够通过联网的计算机完成本级局部要求的信息处理功能，但各部门之间未形成数据交换系统，或者部门间数据交换需要手工操作。

(2) 部门内有统一的医疗数据字典。

#### **(四) 3级：部门间数据交换。**

1. 局部要求：医疗业务部门间可通过网络传送数据，并采用任何方式（如界面集成、调用信息系统数据等）获得部门外数字化数据信息。本部门系统的数据可供其他部门共享。信息系统具有依据基础字典内容进行核对检查功能。

2. 整体要求：

(1) 实现医嘱、检查、检验、住院药品、门诊药品、护理至少两类医疗信息跨部门的数据共享。

(2) 有跨部门统一的医疗数据字典。

#### **(五) 4级：全院信息共享，初级医疗决策支持。**

1. 局部要求：通过数据接口方式实现所有系统（如 HIS、LIS 等系统）的数据交换。住院系统具备提供至少 1 项基于基础字典与系统数据关联的检查功能。

2. 整体要求：

(1) 实现病人就医流程信息（包括用药、检查、检验、护理、治疗、手术等处理）的信息在全院范围内安全共享。

(2) 实现药品配伍、相互作用自动审核，合理用药监测等功能。

#### **(六) 5级：统一数据管理，中级医疗决策支持。**

1. 局部要求：各部门能够利用全院统一的集成信息和知识库，提供临床诊疗规范、合理用药、临床路径等统一的知

识库，为本部门提供集成展示、决策支持的功能。

## 2. 整体要求：

(1) 全院各系统数据能够按统一的医疗数据管理机制进行信息集成，并提供跨部门集成展示工具。

(2) 具有完备的数据采集智能化工具，支持病历、报告等的结构化、智能化书写。

(3) 基于集成的病人信息，利用知识库实现决策支持服务，并能够为医疗管理和临床科研工作提供数据挖掘功能。

## **(七) 6级：全流程医疗数据闭环管理，高级医疗决策支持。**

1. 局部要求：各个医疗业务项目均具备过程数据采集、记录与共享功能。能够展现全流程状态。能够依据知识库对本环节提供实时数据核查、提示与管控功能。

## 2. 整体要求：

(1) 检查、检验、治疗、手术、输血、护理等实现全流程数据跟踪与闭环管理，并依据知识库实现全流程实时数据核查与管控。

(2) 形成全院级多维度医疗知识库体系（包括症状、体征、检查、检验、诊断、治疗、药物合理使用等相关联的医疗各阶段知识内容），能够提供高级别医疗决策支持。

## **(八) 7级：医疗安全质量管控，区域医疗信息共享。**

1. 局部要求：全面利用医疗信息进行本部门医疗安全与

质量管控。能够共享本医疗机构外的病人医疗信息，进行诊疗联动。

## 2. 整体要求：

(1) 医疗质量与效率监控数据来自日常医疗信息系统，重点包括：院感、不良事件、手术等方面安全质量指标，医疗日常运行效率指标，并具有及时的报警、通知、通报体系，能够提供智能化感知与分析工具。

(2) 能够将病人病情、检查检验、治疗等信息与外部医疗机构进行双向交换。病人识别、信息安全等问题在信息交换中已解决。能够利用院内外医疗信息进行联动诊疗活动。

(3) 病人可通过互联网查询自己的检查、检验结果，获得用药说明等信息。

## **(九) 8级：健康信息整合，医疗安全质量持续提升。**

1. 局部要求：整合跨机构的医疗、健康记录、体征检测、随访信息用于本部门医疗活动。掌握区域内与本部门相关的医疗质量信息，并用于本部门医疗安全与质量的持续改进。

## 2. 整体要求：

(1) 全面整合医疗、公共卫生、健康监测等信息，完成整合型医疗服务。

(2) 对比应用区域医疗质量指标，持续监测与管理本医疗机构的医疗安全与质量水平，不断进行改进。

## **四、评价方法**

采用定量评分、整体分级的方法，综合评价医疗机构电子病历系统局部功能情况与整体应用水平。

对电子病历系统应用水平分级主要评价以下四个方面：

1. 电子病历系统所具备的功能；
2. 系统有效应用的范围；
3. 电子病历应用的技术基础环境；
4. 电子病历系统的数据质量。

### **（一）局部应用情况评价。**

局部功能评价是针对医疗机构中各个环节的医疗业务信息系统情况进行的评估。

**1. 评价项目：**根据《电子病历系统功能规范（试行）》、《电子病历应用管理规范（试行）》等规范性文件，确定了医疗工作流程中的 10 个角色，39 个评价项目（附后）。

**2. 局部应用情况评价方法：**就 39 个评价项目分别对电子病历系统功能、有效应用、数据质量三个方面进行评分，将三个得分相乘，得到此评价项目的综合评分。即：**单个项目综合评分=功能评分×有效应用评分×数据质量评分**。各项目实际评分相加，即为该医疗机构电子病历系统评价总分。

（1）电子病历系统功能评分。对 39 个评价项目均按照电子病历应用水平 0—8 等级对应的系统局部要求，确定每一个评价项目对应等级的功能要求与评价内容（评为某一级别必须达到前几级别相应的要求）。根据各医疗机构电子病历系统相应评价项目达到的功能状态，确定该评价项目的得分。

(2) 电子病历系统有效应用评分。按照每个评价项目的具体评价内容，分别计算该项目在医疗机构内的实际应用比例，所得比值即为得分，精确到小数点后两位。

(3) 电子病历系统数据质量评分。按照每个评分项目中列出的数据质量评价内容，分别评价该项目相关评价数据的质量指数，所得指数为 0—1 之间的数值，精确到小数点后两位。

在考察某个级别的数据质量时，以本级别的数据质量指数为计算综合评分的依据。但在评价本级数据前应先评估该项目前级别的数据质量是否均符合要求，即前级别的数据质量指数均不得低于 0.5。

数据质量评分主要考察数据质量的四个方面：

(a) 数据标准化与一致性：考察对应评价项目中关键数据项内容与字典数据内容的一致性。

以数据字典项目为基准内容值，考察实际数据记录中与基准一致内容所占的比例。**一致性系数=数据记录对应的项目中与字典内容一致的记录数/数据记录项的总记录数。**

(b) 数据完整性：考察对应项目中必填项数据的完整情况、常用项数据的完整情况。必填项是记录电子病历数据时必须有的内容。常用项是电子病历记录用于临床决策支持、质量管理应用时所需要的内容。

以评价项目列出的具体项目清单为基准，考察项目清单所列实际数据记录中项目内容完整（或内容超过合理字符）

所占的比例。**完整性系数= 项目内容完整（或内容效果合理字符）记录数/项目总记录数。**对于结构化数据，直接用数据项目的内容进行判断；对于文件数据，可使用文件内容字符数、特定的结构化标记要求内容进行判断。

（c）数据整合性能：考察对应项目中的关键项数据与相关项目（或系统）对应项目可否对照或关联。

按照列出的两个对应考察项目相关的数据记录中匹配对照项的一致性 or 可对照性，需要从两个层次评估：是否有对照项；对照项目数据的一致性。**数据整合性系数=对照项可匹配数/项目总记录数。**空值（或空格值）作为不可匹配项处理。

（d）数据及时性：考察对应项目中时间相关项完整性、逻辑合理性。

根据列出时间项目清单内容进行判断，主要看时间项是否有数值，其内容是否符合时间顺序关系。**数据及时性系数=数据记录内容符合逻辑关系时间项数量/考察记录时间项目总数量。**针对每个项目，列出进行考察的时间项目清单以及这些项目之间的时间顺序、时间间隔等逻辑关系说明。

## （二）整体应用水平评价。

整体应用水平评价是针对医疗机构电子病历整体应用情况的评估。整体应用水平主要根据局部功能评价的 39 个项目评价结果汇总产生医院的整体电子病历应用水平评价，



具体方法是按照总分、基本项目完成情况、选择项目完成情况获得对医疗机构整体的电子病历应用水平评价结果。电子病历系统的整体应用水平按照 9 个等级(0—8 级)进行评价,各个等级与“三、评价分级”中的要求相对应。当医疗机构的局部评价结果同时满足“电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求”所列表中对应某个级别的总分、基本项目、选择项目的要求时,才可以评价医疗机构电子病历应用水平整体达到这个等级,具体定义如下:

### **(1) 电子病历系统评价总分。**

评价总分即局部评价时各个项目评分的总和,是反映医疗机构电子病历整体应用情况的量化指标。评价总分不应低于该级别要求的最低总分标准。例如,医疗机构电子病历系统要评价为第 3 级水平,则医疗机构电子病历系统评价总分不得少于 85 分。

### **(2) 基本项目完成情况。**

基本项目是电子病历系统中的关键功能,“电子病历系统应用水平分级评分标准”中列出的各个级别的基本项是医疗机构整体达到该级别所必须实现的功能,且每个基本项目的有效应用范围必须达到 80%以上,数据质量指数在 0.5 以上。例如,医疗机构电子病历系统达到第 3 级,则电子病历系统中列为第 3 等级的 14 个基本项目必须达到或超过第 3 级的功能,且每个基本项目的评分均必须超过  $3 \times 0.8 \times 0.5 = 1.2$  分。

### **(3) 选择项目完成情况。**

考察选择项的目的是保证医疗机构中局部达标的项目数（基本项+选择项）整体上不低于全部项目的 2/3。选择项目的有效应用范围不应低于 50%，数据质量指数在 0.5 以上。例如，医疗机构电子病历系统达到第 3 级，则电子病历系统必须在第 3 等级 25 个选择项目中，至少有 12 个选择项目达到或超过 3 级，且这 12 个选择项目评分均必须超过  $3 \times 0.5 \times 0.5 = 0.75$  分。

## **五、评价标准**

具体内容附后。

本标准所规定的电子病历系统应用水平的分级评价方法和标准主要评估医疗信息处理相关信息系统的应用水平。医院信息系统其他方面（如运营信息管理、病人服务信息管理、教学科研信息管理等）的应用水平评价方法不包含在本标准中。

**附表 1. 电子病历系统应用水平分级评价项目**

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
1	一、病房医师	病房医嘱处理	按出院病人人次比例计算	按医嘱记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
2		病房检验申请	按住院检验项目人次比例计算	按病房检验申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
3		病房检验报告	按住院检验项目人次比例计算	按病房检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
4		病房检查申请	按住院检查项目人次比例计算	按病房检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性的比例系数计算
5		病房检查报告	按住院检查项目人次比例计算	按病房检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
6		病房病历记录	按出院病人人次比例计算	按病房病历记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
7	二、病房护士	病人管理与评估	按出院病人人次比例计算	按护理评估记录、病人流转管理数据一致性、完整性、整合性、及时性的比例系数计算
8		医嘱执行	按医嘱比例计算（包括药品和检验医嘱）	按医嘱执行记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
9		护理记录	按出院病人人次比例计算	按危重病人护理记录、医嘱执行记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
10	三、门诊医师	处方书写	按门诊处方数计算	按处方记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
11		门诊检验申请	按门诊检验项目人次比例计算	按门诊检验申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
12		门诊检验报告	按门诊检验项目人次比例计算	按门诊检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
13		门诊检查申请	按门诊检查项目人次比例计算	按门诊检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
14		门诊检查报告	按门诊检查项目人次比例计算	按数门诊检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
15		门诊病历记录	按门诊人次数计算	按门诊病历记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
16	四、检查科室	申请与预约	按总检查项目人次比例计算	按检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
17		检查记录	按总检查项目人次比例计算	按检查记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
18		检查报告	按总检查项目人次比例计算	按检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
19		检查图像	按有图像结果检查项目比例计算	按检查图像数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
20	五、检验处理	标本处理	按总检验项目人次比例计算	按标本记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
21		检验结果记录	按总检验项目人次比例计算	按检验结果记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
22		报告生成	按总检验项目人次比例计算	按检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
23	六、治疗信息处理	一般治疗记录	按治疗项目人次比例计算	按一般治疗记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
24		手术预约与登记	按手术台次比例计算	按手术记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
25		麻醉信息	按手术台次比例计算	按麻醉记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
26		监护数据	按监护人次比例计算	按监护记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
27	七、医疗保障	血液准备	按输血人次比例计算	按血液记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
28		配血与用血	按输血人次比例计算	按配血与用血记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
29		门诊药品调剂	按处方数人次比例计算	按门诊药品调剂记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
30		病房药品配置	按出院病人人次比例计算	按病房药品配置记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
31	八、病历管理	病历质量控制	按出院病人人次比例计算	按病历质控记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
32		电子病历文档应用	实现要求的功能	无
33	九、电子病历基础	病历数据存储	实现要求的功能	无
34		电子认证与签名	实现要求的功能	无
35		基础设施与安全管控	实现要求的功能	无
36		系统灾难恢复体系	实现要求的功能	无
37	十、信息利用	临床数据整合	实现要求的功能	按整合的临床医疗数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
38		医疗质量控制	按电子病历系统中产生卫统报表、三级医院等级评审质量指标、专科质控指标等指定项目的比例情况计算	无
39		知识获取及管理	实现要求的功能	无

附表 2.

电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求

等级	内容	基本项目数 (项)	选择项目数 (项)	最低总评分 (分)
0 级	未形成电子病历系统	--	--	--
1 级	独立医疗信息系统建立	<b>5</b>	<b>20/32</b>	<b>28</b>
2 级	医疗信息部门内部交换	<b>10</b>	<b>15/27</b>	<b>55</b>
3 级	部门间数据交换	<b>14</b>	<b>12/25</b>	<b>85</b>
4 级	全院信息共享，初级医疗决策支持	<b>16</b>	<b>10/23</b>	<b>110</b>
5 级	统一数据管理，中级医疗决策支持	<b>20</b>	<b>6/19</b>	<b>140</b>
6 级	全流程医疗数据闭环管理，高级医疗决策支持	<b>21</b>	<b>5/18</b>	<b>170</b>
7 级	医疗安全质量管控，区域医疗信息共享	<b>22</b>	<b>4/17</b>	<b>190</b>
8 级	健康信息整合，医疗安全质量持续提升	<b>22</b>	<b>4/17</b>	<b>220</b>

注：选择项目中“20/32”表示 32 个选择项目中需要至少 20 个项目达标。

附表 3.

## 电子病历系统应用水平分级评分标准

说明：电子病历系统应用水平分级评分标准是对电子病历系统的功能、应用、数据质量情况进行分级评价的具体标准。下表中按照角色列出了具体要求的内容。其中：功能评估的内容在“主要评价内容”一栏列出；应用范围评估按照应用比例进行计算，计算依据在“业务项目”栏中列出的分子与分母内容；数据质量情况的评估内容在“数据质量评价内容”一栏中给出了基本计算的规则，针对每个项目和等级的具体内容需参照《数据质量评估项目表》，这个表每年均会根据数据质量的重点管理要求进行修订。

## 病房医师

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
1	01.01.0	病房医师	病房医嘱处理 (有效应用接近3个月的出院病人人次比例计算)根据“评分标准表”中各个级别的要求,统计出近3个月达到各个级别要求病人的人次数。计算各级别人次数与全部出院病人数比例。		医师手工下达医嘱	0	
1	01.01.1			基本	(1) 在计算机上下达医嘱并记录在本地 (2) 通过磁盘、文件等方式与其他计算机交换数据	1	
1	01.01.2			基本	医嘱在程序间通过网络传送给病房护士	2	
1	01.01.3			基本	(1) 医嘱通过网络同时供护士、药剂等业务使用 (2) 能够获得药剂科的药品可供情况 (3) 具有全院统一的医嘱项目字典 (4) 医嘱下达时能获得药品剂型、剂量,或检查检验项目中至少1类依据字典规则进行的核查与提示	3	医嘱记录中关键数据项与字典的一致性
1	01.01.4			基本	(1) 医嘱中的药品、检验、检查等信息可传送到对应的执行科室 (2) 医嘱下达时能关联项目获得药物知识,如提供药物说明查询功能等	4	医嘱记录中必填项的完整性
1	01.01.5			基本	(1) 医嘱记录在医院中能统一管理,并统一展现 (2) 有医师药疗医嘱下达权限控制,支持抗菌药物分级使用管理 (3) 可依据诊断判断传染病情况,并通过系统上报医政管理部门	5	1、医嘱记录中必填项、常用项的完整性 2、医嘱与医疗流程上下游环节相关数据的可对照性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
1	01.01.6			基本	(1) 对药物治疗医嘱药物的不良反应有上报处理功能 (2) 开医嘱医师能够接收到自己处方的点评结果 (3) 下达医嘱时能够参考药品、检查、检验、药物过敏、诊断、性别等相关内容知识库至少 4 项内容进行自动检查并给出提示 (4) 能够实时掌握医嘱执行各环节的状态 (5) 支持院内会诊的电子申请与过程追踪	6	1、医嘱记录中常用项的完整性 2、药疗医嘱记录与后续药疗流程相关记录时间符合逻辑关系 3、药疗医嘱记录与药物审核记录时间符合逻辑关系
1	01.01.7			基本	(1) 下达医嘱时，能够根据临床路径（指南）要求和病人的具体数据，自动对比执行与变异情况，提示输入变异原因并进行记录 (2) 根据检验结果、用药等情况，对传染病、医院感染爆发等自动预警并给出提示，支持对确认的传染病、医院感染爆发等情况补充信息并上报医政管理部门 (3) 下达医嘱时可查询到病人本机构内的全部医疗记录和外部医疗机构的相关医疗记录 (4) 自动根据以往医疗机构内外的诊治情况和医嘱，自动进行医嘱核查并给出提示 (5) 依据医嘱、执行情况和知识库，自动判断不良事件情况并给出提示 (6) 支持医师在院外浏览医嘱记录	7	1、临床路径记录（临床路径入组状态，变异记录）的完整性 2、委外检查或检验医嘱记录与委外检查申请的可对照性
1	01.01.8			基本	能共享病人医疗及健康信息并能够进行集中展示，包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录（如健康记录、可穿戴设备数据）等；	8	
2	01.02.0		病房检验申请		医师手工下达检验申请	0	
2	01.02.1		（有效应用按住院检验项目人次比例计算）		(1) 在计算机单机中选择项目，打印检验或检查申请单 (2) 可通过文件等方式传输方式与其他计算机共享数据	1	
2	01.02.2		统计出近 3 个月达到各个级别要求检验项目		(1) 从字典中选择项目，产生检验申请 (2) 下达申请同时生成相关的医嘱	2	
2	01.02.3			基本	(1) 检验申请能以电子化方式传送给检验科室 (2) 检验标本种类信息在申请中同时记录	3	病房检验申请关键数据项与字典的一致性



项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
2	01.02.4		的人次数。计算各级别人次数与全部检验人次数比例。		(1) 下达申请时可获得检验项目和标本信息, 如适应症、采集要求、作用等 (2) 检验项目来自全院统一检验项目字典	4	病房检验申请必填项的完整性
2	01.02.5				(1) 检验申请数据有全院统一管理机制 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用 (3) 开写检验申请时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检验申请必填项、常用项的完整性 2、临床的检验申请记录与检验科室检验登记记录的主要关联项目能够完善对照
2	01.02.6			基本	(1) 下达申请医嘱时, 能查询临床医疗记录, 能够针对病人性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示 (2) 形成完整的检验闭环, 可随时查看标本状态、检验进程状态 (3) 下达申请时可根据临床路径或指南列出所需检验项目	6	1、病房检验申请常用项的完整性 2、申请下达与标本采集时间符合逻辑关系
2	01.02.7			基本	(1) 在申请检验时能够查询与获得历史检验结果和其他医疗机构检验结果和报告作参考 (2) 下达申请时, 可根据诊断、其他检查与检验结果及知识库提出所需检验项目建议	7	区域协同有关检验申请数据的可对照性 检验申请项目与其他医疗机构检验申请项目编码可对照性
2	01.02.8			基本	(1) 在申请检验时, 可查看病人自采健康记录内容作为病情了解参考 (2) 可以利用病人医疗及健康数据, 为病人制定持续的检验计划	8	
3	01.03.0				病房检验报告		未使用电子化方式传送检验报告
3	01.03.1		(有效应用按住院检验项目人次比例计算)		能通过磁盘或文件导入或查看检验结果	1	
3	01.03.3		统计出近3个月达到各个级别要求检验项目的人次数。计算各级别人次数	基本	能通过界面集成等方式查阅检验科室的检验报告	3	检验报告关键数据项与字典的一致性
3	01.03.4			基本	(1) 可获得检验科室报告数据 (2) 医师工作站中可查阅历史检验结果 (3) 查阅检验报告时能够给出结果参考范围及结果异常标记 (4) 查看检验报告时, 可获得项目说明 (5) 检验报告与申请单可进行关联对应	4	病房检验报告必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
3	01.03.5		与全部检验人次数比例。	基本	(1) 检验报告来自全院统一医疗数据管理体系 (2) 查阅报告时, 对于多正常参考值的项目能够根据检验结果和诊断、性别、生理周期等自动给出正常结果的判断与提示 (3) 可根据历史检验结果绘制趋势图 (4) 对于危急检验结果, 医师、护士能够在系统中看到 (5) 浏览检验报告时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检验报告必填项、常用项的完整性 2、检验科室检验报告记录与临床查看检验结果的数据记录具备完善的数据对照关系
3	01.03.6				(1) 检验结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 对于危急检验结果, 能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	病房检验报告数据整合性、数据及时性
3	01.03.7				(1) 能够查看历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2) 对于危急值通知具有按时效管控、按接收人员分级通知、处理记录反馈功能; (3) 委托外部机构完成的检验结果, 可直接浏览报告结果, 并与检验申请关联 (4) 可根据检验结果, 提示选择临床路径(指南)的后续诊治方案的制定	7	区域协同有关机构检验结果数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性
3	01.03.8				可利用病人医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议, 病人自采数据有明显标示, 可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8	
4	01.04.0				病房检查申请	医师手工下达检查申请	0
4	01.04.1	(有效应用按住院检查项目人次比例计算)统计出近3个月达到各科各个级别要求检查项目的人次数。计算各级别人次数与全部检查人次数比例。		基本	(1) 在计算机单机中选择项目, 打印检查申请单 (2) 可通过文件传输方式与其他计算机共享数据	1	
4	01.04.2				(1) 从字典中选择项目, 产生检查申请 (2) 申请检查同时生成必要的医嘱	2	
4	01.04.3				(1) 检查申请能以电子化方式传送给医技科室 (2) 申请时能够提示所需准备工作等内容	3	病房检查申请关键数据项与字典的一致性
4	01.04.4				(1) 下达申请时可获得检查项目信息, 如适应症、作用、注意事项等 (2) 申请能实时传送到医技科室 (3) 检查项目来自全院统一字典	4	病房检查申请必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
4	01.04.5				(1) 检查申请数据记录在统一管理机制中 (2) 开写检查申请时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检查申请必填项、常用项的完整性 2、医嘱记录与检查申请关键关联项目的对照;
4	01.04.6			基本	(1) 检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (2) 形成完整的检查闭环, 检查执行状态可实时查看 (3) 下达申请医嘱时, 能够针对病人性别、诊断、以往检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示 (4) 下达申请时可根据临床路径和指南列出所需检查项目	6	1、病房检查申请数据与检查科室登记记录中相关时间符合逻辑 2、临床路径中定义的检查项目编码与检查科室的项目编码内容一致性等
4	01.04.7			基本	(1) 能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2) 下达申请时可根据诊断、其他检查检验结果等提出所需检查项目建议	7	区域医疗协同有关检查申请数据记录的可对照性
4	01.04.8			基本	(1) 可查看其他医疗机构检查情况、病人自采健康记录内容 (2) 可以利用病人医疗及健康数据, 为病人制定持续的检查计划	8	
5	01.05.0		病房检查报告		手工传送检查报告	0	
5	01.05.1		(有效应用按住院检查项目人次比例计算)		能通过磁盘或文件导入或查看检查报告或检查图像	1	
5	01.05.3		统计出近3个月达到各科各个级别要求检查项目的人次数。	基本	能通过调用检查科室系统或界面集成方式查阅医技科室的检查报告和图像	3	病房检查报告关键数据项与字典的一致性
5	01.05.4		计算各个人次数与全部检查人次比例。	基本	(1) 能在医师工作站查阅检查报告和图像 (2) 查看检查报告时, 能够按照项目查看说明等 (3) 检查报告与申请单可进行关联对应	4	病房所看到检查报告必填项的完整性
5	01.05.5			基本	(1) 检查报告来自全院统一医疗数据管理体系 (2) 查阅报告时, 能够显示测量结果, 对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 (3) 对于检查危急值, 医师、护士在能够系统中看到	5	1、病房检查报告必填项、常用项的完整性 2、检查危急值记录中重要的完整率等 3 检查科室报告与病房申请中重要项目具备完善的数据对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
5	01.05.6				(1) 检查结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 查阅报告时, 对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和病人年龄、性别、诊断、生理指标等, 自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值, 能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	病房看到检查报告记录的数据完整性。检查报告记录与上下游数据的及时性
5	01.05.7				(1) 对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能 (2) 能够获得、显示其他医疗机构的检查结果、图像等 (3) 可根据检查报告, 提示选择临床路径(指南)的后续诊治方案的制定	7	区域协同有关检查报告数据可对照
5	01.05.8				(1) 可利用病人医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 (2) 病人自采健康记录数据有明显标示	8	
6	01.06.0		病房病历记录		医师手工书写病历	0	
6	01.06.1		(有效应用按出院病人人次比例计算)统计近3个月书写病历功能达到各个级别的病历数。计算各级别病历数与全部出院人次数比		(1) 有用计算机书写的病历 (2) 病历记录在本病房内能够检索与共享	1	
6	01.06.2				(1) 能够有专用软件书写入院、查体、病程记录、出院记录等病历记录 (2) 能够获得护士生成的病人出入转记录	2	
6	01.06.3				用计算机书写的病历记录能被其他科室共享	3	病房病历记录关键数据项与字典的一致性
6	01.06.4			基本	(1) 病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 (2) 病历记录能够全院共享	4	1、病房病历记录必填项的完整性 2、描述性病历书中的主诉、现病史、体格检查等内容有合理的数据量

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
6	01.06.5		例。	基本	(1) 可自定义病历结构与格式，支持结构化病历的书写 (2) 提供插入检查检验结果功能 (3) 可按照任意病历结构化项目进行检索 (4) 病历数据与医嘱等数据全院一体化管理 (5) 对于已由医师确认病历的所有修改，有完整的痕迹记录 (6) 书写病历的时限可设置并能提示 (7) 电子病历内容应存储为通用格式，可被经过医院方授权的第三方调用； (8) 历史病历完成数字化处理并可查阅，并可与其他病历整合	5	1、病历修改记录的完整性 2、病历记录与质控记录具备完善的数据对照
6	01.06.6				(1) 病历具有分块安全控制机制和访问日志 (2) 有法律认可的可靠电子签名 (3) 病历书写有对书写内容有智能检查与提示功能 (4) 支持院内会诊记录电子处理，并能与会诊申请对照。会诊记录与纳入电子医疗记录体系	6	1、病房病历记录常用项的未完整性 2、会诊记录常用项的完整性 3、会诊记录、病历记录时间关系符合逻辑性 4、病历内容术语、描述的逻辑符合性
6	01.06.7			基本	(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容 (2) 能够接受病案质控意见并修改后反馈 (3) 支持医师在院外浏览病历记录 (4) 可根据病人情况智能推荐模板	7	区域协同有关病历数据内容的可对照性
6	01.06.8			基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中，能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览，浏览具备权限管理、操作记录	8	

## 病房护士

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
7	02.01.0	病房护士	病人管理与评估 (有效应用按出院病人人次比例计算) 统计达到各 级别要求的 出院病人人 次数,并计算 各 级别出院病 人人次数与 总病人人数 的比例。		手工进行病人管理	0	
7	02.01.1				输入的病人基本信息、住院记录作为护士本地工作记录	1	
7	02.01.2			基本	病人基本信息、住院记录等可提供本病房临床医师共享	2	
7	02.01.3			基本	(1)从住院登记处接收病人基本信息,输入入院评估记录 (2)床位、病情信息、病历资料供其他部门共享 (3)转科或出院的出科信息在系统中处理	3	护理评估记录、病人流转管理相关关键数据项与字典的一致性
7	02.01.4				(1)病人入、出院、转科记录,与住院、医师站中的病人基本信息衔接。 (2)可提示入科的基本处理流程或有可定义的入科处理模版提醒帮助护士完成常规的处理 (3)护理级别在系统中有明确显示	4	护理评估记录、病人流转管理相关记录中必填项的完整性
7	02.01.5				(1)入院评估记录在医院统一医疗数据管理体系中管理 (2)具有查询既往病历记录数据、检查检验结果等供评估时参考的功能	5	护理评估记录、病人流转管理相关必填项、常用项的完整性; 护理记录与医疗流程上下游相关记录具备完善的数据对照
7	02.01.6				(1)有病人入出转,出科检查、治疗等活动的跟踪记录 (2)能够查询病人在院内其他部门诊疗活动记录 (3)书写入院评估时有智能模版 (4)可根据病人病情和评估情况,对护理级别或护理措施给出建议	6	1、病人流转管理记录、护理评估记录相关数据完整性、整合性 2、护理相关记录与医疗流程上下游数据时间符合逻辑关系
7	02.01.7				有利用病人入出转记录、病人评估记录等信息进行护理质量分析的工具	7	1、进入临床路径病人中护理相关项目数据的完整性,与上下游数据记录可对照 2、查看外部医疗记录中护理评估项目与本院可对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
7	02.01.8				能够获得区域护理质量数据，并能够用于与本科室护理质量进行对比分析处理	8	
8	02.02.0		医嘱执行 (有效应用按医嘱执行记录数计算)统计达到各级别要求医嘱执行记录数,并计算各级别医嘱执行记录数与总医嘱执行记录数的比例。		护士手工抄写执行单,如药品单、输液卡等	0	
8	02.02.1				(1)手工输入医嘱供执行时使用 (2)本地保存医嘱记录数据	1	
8	02.02.2			基本	(1)能够接收医师下达的医嘱,同时支持手工增补医嘱 (2)医嘱可供药剂科或收费使用	2	
8	02.02.3			基本	(1)每次的用药医嘱数据能与药剂科共享用于药品准备 (2)护士执行医嘱有记录	3	医嘱执行记录中关键数据项与字典的一致性
8	02.02.4				(1)医嘱执行记录可供全院共享 (2)执行单能够在医嘱执行操作后产生	4	医嘱执行记录中必填项的完整性
8	02.02.5			基本	(1)在执行中实时产生记录 (2)全院统一管理医嘱、执行记录,构成统一电子病历内容 (3)新医嘱和医嘱变更可及时通知护士	5	1、医嘱执行记录必填项、常用项的完整性 如医嘱执行记录中医嘱类别、医嘱项目编码、标本采集人等 2、护理执行记录与医疗流程上下游相关记录具备完善的数据对照
8	02.02.6			基本	(1)医嘱执行过程中有病人、药品、检验标本等机读自动识别手段进行自动核对 (2)完成医嘱执行的闭环信息记录 (3)对高风险医嘱执行时有警示	6	医嘱执行记录数据整合性、数据及时性
8	02.02.7				(1)医嘱执行过程能够随时了解和查询医疗机构外部产生的历史医疗记录、体征记录 (2)有利用医嘱执行记录进行护理质量管理的工具	7	无要求
8	02.02.8				可获得区域医嘱质量相关质量指标并用于分析本科室护理质量	8	
9	02.03.0			护理记录 (有效应用按出院病人人次比例计算)统计近3个		手工书写护理记录,手工记录体征数据	0
9	02.03.1				(1)体征记录用计算机本地存储 (2)体征记录可打印、绘图,无网络共享	1	
9	02.03.2				有记录护理记录、体征记录系统并能够通过计算机网络供本科室医师共享	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
9	02.03.3		月护理记录达到各级别的人次数,计算各别人次数与总出院人次的比例		(1) 操作中能够通过界面融合或调用其他系统方式查看其检查、检验、治疗等数据,本科室采集的体征记录可供其他部门共享 (2) 有危重病人护理观察记录、护理操作情况等记录 (3) 护理记录信息可供医师查看	3	病人护理记录中关键数据项与字典的一致性
9	02.03.4			基本	(1) 可通过系统内嵌的方式获得检查、检验、治疗等数据 (2) 对危重病人有符合要求的护理观察记录、护理操作情况等记录并供全院共享	4	病人护理记录中必填项的完整性
9	02.03.5			基本	(1) 护理记录、体征记录数据在医院统一医疗数据管理体系中 (2) 生命体征、护理处置可通过移动设备自动导入相应记录单(移动护理) (3) 有护理计划模版,护理记录数据可依据护理计划产生	5	护理记录中的必填项、常用项完整性,护理记录与病历记录相关项目具备完善的数据对照
9	02.03.6			基本	(1) 根据护理记录(如病人体征等)有自动的护理措施提示 (2) 具有分组安全控制机制和访问日志,以保障分组护理时信息的安全性 (3) 有法律认可的可靠电子签名 (4) 系统能够根据体征数据自动完成设定的护理评估 (5) 可以在医院统一医疗数据管理体系中调阅病人既往护理记录	6	1、护理记录与医疗流程相关上下游相关项目数据时间符合逻辑关系 2、护理记录中电子签名记录、时间戳记录、护理计划、护理记录时间的完整性等
9	02.03.7				(1) 护理记录书写时,可查询其他医疗机构相关病历数据和知识库数据 (2) 能够利用护理记录数据进行护理质量分析 (3) 护理记录生成与临床路径(指南)相衔接,可与医师医嘱紧密结合	7	1、不良事件记录完整性 2、临床路径中定义的护理记录项目与护理记录项目有对照
9	02.03.8			基本	可获得区域护理质量指标,能够结合本科室病人护理记录分析护理工作效率、不良事件发生率等护理质量并与区域指标比较	8	



## 门诊医师

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
10	03.01.0	门诊医师	处方书写（有效应用按门诊处方数计算）统计近3个月达到各级别功能的门诊处方数，计算这些门诊处方数与门诊总处方数的比例		无门诊电子病历系统，医师手写处方	0	
10	03.01.1	门诊医师			（1）在本地记录处方数据并打印处方 （2）可通过文件、移动存储设备方式与其他计算机共享处方数据	1	
10	03.01.2	门诊医师			（1）能够查询本科室历史处方记录 （2）处方数据科室内部共享	2	
10	03.01.3	门诊医师		基本	（1）能获取挂号或分诊的病人信息 （2）下达的处方供药剂科、收费使用	3	处方书写关键数据项与字典的一致性。
10	03.01.4	门诊医师		基本	（1）处方数据能够全院共享 （2）下达处方时能关联项目获得药物知识，如提供药物说明查询功能等 （3）处方下达时能获得的药品剂型、剂量或可供应药品提示	4	处方中必填项的完整性
10	03.01.5	门诊医师		基本	（1）具有针对病人诊断、性别、历史处方、过敏史等进行合理用药、配伍禁忌、给药途径等综合自动检查功能并给出提示 （2）对高危药品使用给予警示 （3）支持医师处方开写权限控制 （4）可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医政管理部门	5	处方记录中必填项、常用项的完整性，处方记录与医疗流程中下游药品配置记录、合理用药检查记录相关项目具备完善的数据对照
10	03.01.6	门诊医师		基本	（1）书写处方时可跟踪既往处方执行情况 （2）处方数据能够自动作为门诊病历内容 （3）能够接收到开方医师自己处方的点评结果 （4）发生药物不良反应时能够有记录与上报处理功能	6	1、处方数据整合性、及时性 2、处方记录与处方点评记录中重要项目数据能够对照。 3、处方开立与药品审核、配置、发药时间符合逻辑关系

10	03.01.7	门诊医师		基本	(1) 下达处方时,可查询到病人本机构内外的医疗记录 (2) 自动根据以往医疗机构内外的诊治和用药情况自动进行医嘱核查并给出提示 (3) 处方及用药说明可供病人查阅 (4) 医疗机构之间共享的病人处方信息中应包含可靠电子签名	7	区域协同有关药品处方、用药记录、诊断等数据可对照
10	03.01.8	门诊医师		基本	能获取病人全生命周期的信息资料,并能够进行集中展示,包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康信息(如健康记录、可穿戴设备数据)等;	8	
11	03.02.0	门诊医师	门诊检验申请(有效应用按门诊检验项目人次比例计算)统计近3个月门诊申请各项检验所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检验人次比例		医师手工下达检验申请	0	
11	03.02.2	门诊医师			可从本科室共享的字典中选择项目,产生检验申请	2	
11	03.02.3	门诊医师		基本	(1) 检验申请能传送给医技科室 (2) 下达申请时有多科室公用的项目字典支持	3	门诊检验申请关键数据项与字典的一致性
11	03.02.4	门诊医师			(1) 下达申请时可获得与项目关联的适应症、标本采集、检查意义等信息 (2) 有全院统一的检验项目字典	4	门诊检验申请必填项的完整性
11	03.02.5	门诊医师			(1) 检验申请数据全院统一管理 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用 (3) 下达检验申请单时,能查询临床医疗记录	5	1、门诊检验申请必填项、常用项的完整性 2、门诊检验申请记录与检验科室相关登记记录具备完善的数据对照
11	03.02.6	门诊医师		基本	(1) 形成完整的检验闭环,检验申请、标本情况能够随时跟踪 (2) 能够针对病人性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示	6	1、门诊检验申请记录时间项目完整性 2、检验申请记录与医疗流程上下游相关记录有关项目合乎时间逻辑关系
11	03.02.7	门诊医师			(1) 申请检验时,能够查询历史检验结果、其他医疗机构检验结果和报告 (2) 具有适用于门诊的疾病诊断知识库提供诊断辅助的检验方案	7	区域协同有关检验申请记录与外部检验登记数据记录相关项目的可对照性
11	03.02.8	门诊医师			(1) 可查看病人自采健康记录内容 (2) 可以利用病人医疗及健康数据,为病人制定持续的检验计划	8	

12	03.03.0	门诊医师	门诊检验报告 (有效应用按门诊检验项目人次比例计算)统计近3个月门诊各项检验报告所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检验人次比例		未使用电子化方式传送检验报告	0	
12	03.03.1	门诊医师			可在计算机中查询到检验结果,但限于或利用文件或移动存储设备获取检验结果,人工导入	1	
12	03.03.2	门诊医师			(1)有供全科共享的检验报告记录系统 (2)检验结果数据通过文件或移动存储设备导入,但可在科室内共享	2	
12	03.03.3	门诊医师		基本	能查阅医技科室的检验报告,查阅工具可以是集成检验系统界面、直接利用检验系统	3	门诊医师看到的检验报告关键数据项与字典的一致性
12	03.03.4	门诊医师		基本	(1)能够在门诊医师工作站环境中查阅检验报告 (2)医师工作站中可查阅历史检验结果 (3)能够给出结果参考范围及结果异常标记 (4)查看检验报告时,可获得项目说明 (5)检验报告与申请单可进行关联对应	4	门诊检验报告必填项的完整性
12	03.03.5	门诊医师		基本	(1)查阅报告时,对于多正常参考值的项目能够根据检验结果和诊断、性别、生理指标等自动给出正常结果的判断与提示 (2)可根据历史检验结果绘制趋势图 (3)对于危急检验结果,门诊医师能够在系统中看到	5	1、门诊检验报告必填项、常用项的完整性 2、门诊检验报告与检验科室报告数据相关项目具备完善的数据对照
12	03.03.6	门诊医师			(1)可随时跟踪检验进展情况和结果 (2)对于危急检验结果,能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	1、门诊检验报告中时间相关数据完整性 2、门诊危急值报告处理时间与检验报告记录的时间符合逻辑关系
12	03.03.7	门诊医师		基本	(1)能够对比历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2)对于危急值通知具有按时效管控、按接收人员分级通知、处理记录反馈功能; (3)委托外部机构完成的检验结果,可直接浏览报告结果,并与检验申请关联	7	1、区域协同有关检验报告数据的可对照性 2、门诊看到的其他医疗机构检验报告项目与本院检验项目有对照
12	03.03.8	门诊医师		基本	可利用病人医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议,病人自采数据有明显标示,可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8	
13	03.04.0	门诊医师	门诊检查申请 (有效应用按门		医师手工下达检查申请	0	
13	03.04.2	门诊医师			从科室预定字典中选择项目,产生检查申请	2	

13	03.04.3	门诊医师	诊检查项目人次比例计算)统计近3个月门诊申请各项检查所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检查人次比例		(1)下达申请时能够调用本科室产生的病情摘要 (2)检查申请能传送给医技科室	3	门诊检查申请关键数据项与字典的一致性
13	03.04.4	门诊医师			(1)下达申请时能获得其他部门的病情摘要、诊断,具有检查适应症、作用、注意事项查询功能 (2)检查申请能实时传送给相关科室 (3)检查项目来自全院统一字典	4	门诊检查申请必填项的完整性
13	03.04.5	门诊医师			(1)检查申请数据全院统一管理 (2)开写检查申请时,可以浏览病人重要病历信息;	5	1、门诊检查申请必填项、常用项的完整性 2、门诊的检查申请记录与检查科室登记记录具备完善的数据对照
13	03.04.6	门诊医师		基本	(1)申请后可随时跟踪检查进展情况 (2)检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (3)下达申请时,能够针对病人性别、诊断、以往检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示	6	1、门诊检查申请记录常用项完整性 2、门诊检查申请记录与检查科室登记记录相关记录时间符合逻辑关系
13	03.04.7	门诊医师			(1)申请检查时,能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2)下达申请时可根据诊断及知识库提出所需检查项目建议	7	区域协同有关数据的可对照性
13	03.04.8	门诊医师			(1)可利用其他医疗机构检查开写情况、病人自采健康记录内容作为检查申请开写的参考依据 (2)可以利用病人医疗及健康数据,为病人制定持续的检查计划	8	
14	03.05.0	门诊医师		门诊检查报告(有效应用按门诊检查项目人次比例计算)统计近3个月门诊各项检查报告所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检查人次比例		手工传送检查报告	0
14	03.05.1	门诊医师			能够用计算机查阅检查报告,但数据来自文件或移动存储设备方式	1	
14	03.05.2	门诊医师			(1)计算机中可查阅检查报告或图像,数据来自文件或移动存储设备导入 (2)检查报告或图像在科室内存存并共享	2	
14	03.05.3	门诊医师			能通过网络,利用界面集成或调用检查科室工具方式查阅医技科室的检查报告或图像	3	门诊检查报告关键数据项与字典的一致性
14	03.05.4	门诊医师		基本	(1)可通过系统内嵌方式查阅检查报告和图像信息 (2)查看检查报告时可以按照项目查询结果说明信息 (3)检查报告与申请单可进行关联对应	4	门诊检查报告必填项的完整性

14	03.05.5	门诊医师		基本	(1) 检查报告和图像来自全院统一管理的数据 (2) 查阅报告时, 能够显示测量结果, 对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 (3) 对于检查危急值, 门诊医师能够在系统中看到	5	1、门诊检查报告必填项、常用项的完整性 2、门诊医师看到的检查报告记录与申请单、检查科室记录相关的项目应具备完善的数据对照
14	03.05.6	门诊医师			(1) 在医师工作站能够跟踪检查过程和结果 (2) 查阅报告时, 对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和病人年龄、性别、诊断、生理指标等, 自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值, 能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	1、门诊检查报告记录中时间相关数据的完整性 2、门诊医师看到报告记录与检查科室记录相关时间应符合医疗流程逻辑关系
14	03.05.7	门诊医师		基本	(1) 能够对比历史检查结果和其他医疗机构的检查结果 (2) 对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能 (3) 具有对检查结果进行判断并按照诊疗指南或知识库提示后续诊疗工作	7	区域协同中检查报告记录应与院内相关数据可对照
14	03.05.8	门诊医师		基本	(1) 可利用病人医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 (2) 病人自采健康记录数据有明显标示	8	
15	03.06.0	门诊医师	门诊病历记录(有效应用按门诊人次数计算)统计近3个月书写门诊病历功能达到各个级别的门诊人次数。计算各级别门诊人次数与门诊总人次数比例。		医师手工书写病历	0	
15	03.06.1	门诊医师			(1) 门诊病历记录保存在本地 (2) 门诊病历记录可通过文件、移动存储设备方式供他人使用	1	
15	03.06.2	门诊医师			(1) 有专用软件书写门诊病历记录并可以在科室内共享 (2) 书写病历时可调用挂号和本科护士预诊采集的数据	2	
15	03.06.3	门诊医师			(1) 书写病历记录可供其他部门共享 (2) 书写病历时, 可通过界面集成或调用其他系统模块方式查阅检查、检验信息	3	门诊病历关键数据项与字典的一致性

15	03.06.4	门诊医师	基本	(1) 门诊病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 (2) 门诊病历记录能够全院共享	4	重点考察门诊病历必填项的完整性, 是否涵盖主诉、现病史、既往史、查体、诊断、处理意见等内容
15	03.06.5	门诊医师	基本	(1) 能提供插入检查检验结果功能 (2) 可对门诊病历内容检索 (3) 病历数据与处方、检查报告等数据全院一体化管理 (4) 历史病历(包括住院或门诊纸质病历)完成数字化、可查阅, 并能够与其他病历整合 (5) 对于已提交的病历能自动记录、保存病历记录所有修改的痕迹	5	1、门诊病历必填项、常用项的完整性 2、门诊病历记录描述内容满足合理性数据量。
15	03.06.6	门诊医师		(1) 门诊病历具有安全控制机制, 分科室访问权限机制和日志 (2) 有法律认可的可靠电子签名 (3) 可根据诊断、性别、年龄等自动定义病历结构和格式	6	病历建立与书写相关时间记录符合医疗过程逻辑关系
15	03.06.7	门诊医师	基本	(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容 (2) 能够按照诊疗指南进行病历书写内容提示 (3) 病历书写有对书写内容有智能检查与提示功能 (4) 可根据病人情况智能推荐模板 (5) 支持病人在院外浏览本人的门诊病历记录, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	区域协同中门诊所看到院外病历能够与就诊病人有准确关联
15	03.06.8	门诊医师	基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中, 能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览, 浏览具备权限管理、操作记录	8	

## 检查科室

范围：主要评估针对病人进行的各种检查所对应信息系统的功能与应用情况。所考察的内容包括由专门的检查科室开展的项目、临床专科开展的需要出具检查报告的项目。具体检查类别如：放射、超声、内窥镜、核医学等各类医学影像检查，心电图、脑电图等各类电生理检查，各个专科针对口腔、眼耳鼻喉、妇产、心脏、神经、呼吸等各个方面进行的需出具报告的检查。病理检查的申请、报告、图像处理也纳入本角色的各个项目评价，但病理的标本管理纳入检验科室角色中的标本管理项目评价。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
16	04.01.0	检查科室	申请与预约 (有效应用按总检查项目人次比例计算) 统计近3个月接收与处理申请预约达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		未用计算机进行预约登记	0	
16	04.01.1				(1) 在本地登记来检查病人的情况,代替登记本 (2) 登记记录可导出供后续处理应用	1	
16	04.01.2			基本	科室内部应用检查预约与登记系统,数据仅在科室内部共享	2	
16	04.01.3			基本	(1) 检查项目清单可供门诊、病房等临床科室共享 (2) 可获取门诊、病房的申请	3	检查科室接收的申请记录关键数据项与字典的一致性
16	04.01.4				(1) 可根据检查内容生成注意事项 (2) 检查安排数据可被全院查询	4	检查申请记录与预约安排记录必填项的完整性
16	04.01.5				(1) 检查安排时间表能够提供全院共享,并能够及时进行同步 (2) 各临床科室能依据检查安排表进行预约,预约结果可全院共享 (3) 有自动安排检查时间的规则,能够提供默认的检查时间安排	5	1、检查申请记录必填项、常用项的完整性 2、检查系统检查申请记录与电子病历系统检查申请记录具备完善的数据对照
16	04.01.6				(1) 能够实时掌握病人在其他检查和治疗部门的状态 (2) 可结合其他部门检查、治疗安排,智能提示检查安排的冲突并给出提示	6	检查申请记录与医疗流畅上下游相关记录是时间相关数据应符合逻辑关系

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
16	04.01.7			基本	(1) 支持获取医疗机构以外的检查申请并能够进行病人 ID 对照、诊疗项目对照 (2) 提供根据院内、外历史检查安排情况, 进行是否检查的提示功能 (3) 有根据本部门检查预约、等候、执行检查时间进行本部门服务效率分析工具 (4) 病人可在院外查看申请单状态, 可通知病人预约时间、检查注意事项等;	7	区域协同有关的检查申请记录数据可对照
16	04.01.8				(1) 可获取区域同类型检查预约安排服务相关指标 (2) 能够根据病人检查项目分布、区域服务效率情况分析本部门服务效率	8	
17	04.02.0		检查记录 (有效应用按总检查项目人次比例计算) 统计近3个月检查记录处理达到各个级别功能的人次数, 计算与总检查人次数的比例		手工进行检查过程记录	0	
17	04.02.1				(1) 检查记录使用单机系统处理并保存在本地 (2) 能导出数据供他人使用	1	
17	04.02.2			基本	有科室范围的检查管理系统, 信息仅在科室内使用	2	
17	04.02.3				(1) 记录检查结果过程中, 能够查看临床申请中的信息, 确保结果与申请、病人准确对应 (2) 具有连接检查设备采集数据功能 (3) 能够提供检查数据和图像访问与查询工具, 或能够为其他系统提供界面集成环境	3	检查记录关键数据项与字典的一致性
17	04.02.4				(1) 所记录的检查数据、检查图像供全院共享 (2) 有供全院应用的检查数据或图像访问与显示工具	4	检查记录必填项的完整性
17	04.02.5				(1) 检查结果、检查图像在全院有统一管理机制 (2) 可以长期存储记录	5	1、检查记录必填项、常用项的完整性 2、检查记录与检查申请相关的数据项具备完善的数据对照
17	04.02.6			基本	(1) 检查数据产生过程有状态记录, 并有查询和跟踪工具 (2) 检查全过程数据记录具有防止病人、检查数据、图像不对应的自动核查处理 (3) 记录检查测量值时具有基本的选择或自动判断提示功能, 包括: 各种测量值的合理范围、注释说明的合理词汇范围等	6	检查记录与医疗流程上下游相关数据记录中的时间项符合逻辑关系



项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
17	04.02.7				(1) 能够获取医院外部检查数据和检查状态并进行记录,本科室检查记录和状态可传给外部系统使用 (2) 具有针对检查记录的病人识别和防止数据对照差错规则与工具 (3) 检查等候过程中可通知病人检查顺序、等候人数、预计检查时间等信息;	7	无要求
17	04.02.8				有针对检查记录的数据完整性、数据记录管理等质量控制工具	8	
18	04.03.0		检查报告		手工书写报告	0	
18	04.03.1		(有效应用按总检查项目人次比例计算)	基本	(1) 手工输入检查报告并保存在本地 (2) 检查报告能通过文件或移动存储设备导出数据供他人使用	1	
18	04.03.2		统计近3个月检查报告处理达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		(1) 报告书写可引用检查登记记录、检查记录数据内容 (2) 报告中的诊断可与本科室检查登记共享	2	
18	04.03.3				(1) 检查报告可供临床科室或其他部门共享 (2) 检查报告能够与检查图像关联	3	检查报告记录关键数据项与字典的一致性
18	04.03.4				(1) 检查报告有初步结构化,能够区分检查所见与检查结果 (2) 检查报告能够全院共享	4	检查报告记录必填项的完整性
18	04.03.5				(1) 检查报告内容有可定义格式与模板 (2) 书写报告时可根据项目、诊断提供选择模板	5	1、检查报告记录必填项、常用项的完整性 2、检查报告与上游相关记录的项目具备完善的数据对照
18	04.03.6				(1) 报告书写环境中有查询与引用临床信息、其他部门信息工具 (2) 具有法律认可的可靠电子签名 (3) 检查报告有安全控制机制与访问日志	6	检查报告记录与医疗流程上下游相关数据记录中有段时间记录符合逻辑关系
18	04.03.7			基本	(1) 能够在报告书写时查询其他医疗机构的检查结果 (2) 支持将医院外部申请的报告传送回申请者 (3) 书写报告过程中有智能提示,有智能化的词汇控制 (4) 支持病人在院外浏览本人的检查报告,具备授权控制,并有完整的浏览记录	7	区域协同中有关检查报告的数据可对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
18	04.03.8			基本	(1) 有对检查报告内容规范性的管理控制 (2) 能够获取区域检查报告的检查阳性率等质控指标, 并有将本科室指标与之对比工具	8	
19	04.04.0		检查图象(有效应用按有图象结果检查项目人次比例计算)  统计近3个月检查图象采集与处理达到各个级别功能的人次数, 计算与有图象结果检查项目人次数的比例		系统中不能够获取数字化图像	0	
19	04.04.1				(1) 有检查设备附带工作站获取图像, 但仅在单机中记录 (2) 图像可以通过文件或移动存储设备方式导出	1	
19	04.04.2				(1) 可通过网络获取检查设备图像 (2) 图像数据能够在本科室系统保存并共享 (3) 检查图像能够与本科室预约与登记数据对照	2	
19	04.04.3				(1) 检查图像能够供门诊或病房共享 (2) 检查图像可与门诊或住院的申请、病人基本信息对照 (3) 具有检查工作清单 (4) 能提供图像浏览工具供其他系统进行界面集成	3	重点考察检查图像相关关键数据项与字典的一致性, 如检查工作单与检查申请序号关联的比例等
19	04.04.4			基本	(1) 检查图像供全院共享, 有符合 DICOM 标准的图像访问体系 (2) 能够调整图像灰阶等参数并记录	4	检查图像记录相关必填项的完整性
19	04.04.5			基本	(1) 建立全院统一的图像存储体系 (2) 支持符合 DICOM 标准的图像显示终端访问图像数据 (3) 有完整的数据访问控制体系, 支持指定用户、指定病人、指定检查的访问控制 (4) 具有图像质控功能, 并有记录	5	1、检查图像记录相关必填项、常用项的完整性 2、检查过程登记产生的记录与影像设备产生的记录具备完善的数据对照
19	04.04.6			基本	(1) 图像产生过程、图像质控、图像重现均有跟踪与管理 (2) 提供图像注释说明记录并能够与临床科室共享 (3) 历史图像完成数字化处理, 并能够与其他图像整合	6	检查图像记录与上下游相关记录中的时间符合逻辑关系
19	04.04.7				(1) 支持其他医院图像引入院内部影像系统, 本院图像可通过网络和标准的访问接口提供给其他医院使用 (2) 支持病人在院外浏览本人的检查图像, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	区域协同影像检查有关的病人、检查内容相关数据有可对照性
19	04.04.8				参加区域检查科室影像质量评价并有记录	8	

## 检验处理

范围：医院中的各种利用病人体内取出的标本进行的分析检查。包括血液学、免疫、生化等各种类型的检验，各种床旁（如床旁血糖、血气分析等）检验。病理检查的标本处理纳入本角色的评价。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
20	05.01.0	检验处理	标本处理 （有效应用按总检验项目人次比例计算） 统计近3个月检验标本处理达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例		未用计算机登记	0	
20	05.01.1				(1) 实验室接收检验标本时在本地计算机登记 (2) 登记数据可以文件或移动存储设备方式导出	1	
20	05.01.2				(1) 接收标本时贴条码供实验室共享数据，有标本查重处理 (2) 可实现标本登记并用于实验室内管理	2	
20	05.01.3				(1) 检验标本采集时依据申请数据 (2) 使用机读方式标识标本 (3) 标本在实验室检验过程各环节有记录	3	标本记录关键数据项与字典的一致性
20	05.01.4				(1) 临床科室有与实验室共享的标本字典并具有与项目关联的采集要求提示与说明 (2) 实验室与临床科室共享标本数据 (3) 标本采集和检验全程记录并在全院共享	4	标本记录必填项的完整性
20	05.01.5				(1) 标本字典、标本采集记录等数据在医院统一管理 (2) 标本采集可根据检验知识库进行标本类型、病人关联、采集要求等的核对，防止标本差错 (3) 对接收到的不合格标本有记录	5	1、标本记录必填项、常用项的完整性 2、标本记录与检验申请记录相关项目具备完善的数据对照
20	05.01.6			基本	(1) 标本采集、传送及交接状态可获得，并能够供实验室、临床科室共享 (2) 能够提供与病人用药、生理周期、检验项目等相关联的自动核对，避免获得不恰当的标本 (3) 对于不合格标本能够反馈给采集部门并有说明	6	1、标本传送记录完整性 2、检验申请记录与标本处理相关记录中时间项目符合医疗处理流程的逻辑关系

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
20	05.01.7			基本	(1) 支持获取本医疗机构以外的检验申请并能够接收这些申请对应的标本 (2) 病人可在院外查询本人的待检项目, 并有访问管控措施 (3) 可通知病人标本采集时间、注意事项等;	7	区域协同检验标本传送中有关数据中病人标识应可对照
20	05.01.8			基本	(1) 具有统计分析标本采集到接收时间的记录, 并依据数据进行质量管理分析与控制 (2) 可获得区域标本质量管理指标并用于与本实验室质量数据进行对比分析	8	
21	05.02.0		检验结果记录(有效应用按总检验项目人次比例计算) 统计近3个月检验结果记录达到各个级别功能的人次数, 计算与总检验人次数的比例		未用计算机记录	0	
21	05.02.1	基本		(1) 手工输入检验结果或用计算机采集检验数据 (2) 数据在本地记录, 代替手工登记本	1		
21	05.02.2	基本		(1) 计算机系统能够从检验仪器获得检验数据 (2) 检验结果在实验室内共享	2		
21	05.02.3			(1) 检验结果能够传送给临床科室 (2) 有自动判断检验正常值、提示正常值范围功能 (3) 检验系统提供展现检验结果工具供其他系统进行界面集成或直接调用	3	检验结果记录关键数据项与字典的一致性	
21	05.02.4	基本		(1) 检验结果可供全院共享, 可为医院其他系统提供检验数据接口 (2) 出现危急检验结果时能够向临床系统发出及时警示 (3) 对支持双向数据交换的仪器实现双向数据交换	4	检验结果记录必填项的完整性	
21	05.02.5			(1) 检验结果作为医院整体医疗数据管理体系内容 (2) 检验结果可按项目进行结构化数据记录 (3) 有实验室内质控记录	5	1、检验结果记录必填项、常用项的完整性 2、检验结果记录与上下游流程中的记录具备完善的数据对照	
21	05.02.6			(1) 检验结果产生过程可随时监控, 状态能够及时通知临床科室 (2) 有结合临床诊断、药物使用、检验结果数据进行结果核对分析的知识库, 并能够提供相关提示	6	检验结果记录与上下游相关记录时间项符合医疗过程逻辑关系	
21	05.02.7			(1) 检验结果数据记录可区分院内与外院检验 (2) 有完整的实验室间质控记录	7	区域协同中检验记录有关数据中病人、检验项目、标本数据可对照	
21	05.02.8			可获得区域检验质控指标, 并能够用于与本实验室质控指标对比	8		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
22	05.03.0		报告生成		手工书写报告	0	
22	05.03.1		（有效应用按总检验项目人次比例计算） 统计近3个月检验报告处理达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例		(1) 输入数据后在本地产生报告单 (2) 可用文件或移动存储设备方式导出检验报告	1	
22	05.03.2	基本		(1) 能根据检验仪器采集数据自动形成报告 (2) 产生报告单在检验科内共享	2		
22	05.03.3	基本		(1) 检验报告供其他部门共享 (2) 检验报告中有的参考范围提示 (3) 检验报告能够与临床检验申请自动对应	3	检验报告记录关键数据项与字典的一致性	
22	05.03.4			(1) 报告数据可供全院使用 (2) 审核报告时，可查询病人历史检验结果 (3) 发出报告中的异常检验结果的标识 (4) 检验报告包括必要的数值、曲线、图像	4	检验报告记录必填项的完整性	
22	05.03.5	基本		(1) 检验报告纳入全院统一数据管理体系 (2) 报告审核时能自动显示病人同项目的历史检验结果作为参考	5	1、检验报告记录必填项、常用项的完整性 2、检验报告记录与医疗流程上下游相关记录中的关联项目具备完善的数据对照	
22	05.03.6	基本		(1) 检验审核、结果状态能够与临床共享 (2) 检验的标本接收、分析、审核等过程有完整记录并能够闭环监控 (3) 报告审核时可自动显示病人历史检验结果和其他相关结果供分析	6	检验报告记录与医疗流程上下游相关记录中时间关系符合医疗过程逻辑	
22	05.03.7	基本		(1) 支持将外院检验申请的报告传回申请者 (2) 能够根据检验结果、历史检验情况自动进行报告是否需要人工审核的判断，可根据性别、年龄、诊断、历史检验结果等情况自动给出检验结果性质的判断 (3) 支持病人在院外浏览本人的检验报告，具备授权控制，并有完整的浏览记录	7	区域协同检验报告有关数据与外部机构具有可对照性	
22	05.03.8	基本		可获得区域检验报告质量指标数据，并与本实验室的阳性率、重复检验率、质控等质量指标进行对比分析	8		

## 治疗信息处理

范围：医院中开展的各种需要持续多次重复执行的专科检查。主要包括：透析、康复、放射治疗、针灸、推拿等项目，部分临床科室有计划执行的持续或需要多次重复执行的专门治疗项目，但不包括药物治疗（如化疗、输液、注射等）、外科换药、需要进入手术室的手术治疗。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
23	06.01.0	治疗信息处理	一般治疗记录（有效应用按治疗项目人次比例计算） 统计近3个月各项治疗记录处理达到各个级别功能的人次数，计算与总治疗人次数的比例		未用计算机登记和记录	0	
23	06.01.1				(1) 治疗科室使用计算机记录治疗申请、预约或治疗记录数据 (2) 治疗相关信息可通过文件、移动存储设备方式提供其他系统共享	1	
23	06.01.2				(1) 治疗科室有部门内治疗登记记录系统 (2) 申请、治疗记录等数据在科室内部能够共享	2	
23	06.01.3				(1) 治疗时间安排表可供其他部门查询共享 (2) 治疗申请、预约、记录数据能够与其他临床科室共享 (3) 可提供治疗数据访问界面或程序供其他部门调用	3	一般治疗记录关键数据项与字典的一致性
23	06.01.4				(1) 治疗安排信息可被全院查询 (2) 治疗记录数据可供全院访问，有数据交换接口	4	一般治疗记录中必填项的完整性
23	06.01.5			基本	(1) 有每次治疗的登记或执行记录，内容包括时间、项目等 (2) 治疗记录纳入全院统一的医疗档案体系 (3) 治疗过程中的评估有记录	5	1、一般治疗记录必填项、常用项的完整性 2、治疗记录能够医疗流程相关记录具备完善的数据对照
23	06.01.6			基本	(1) 治疗过程各环节有记录、可监控 (2) 治疗评估能够利用检验、检查的数据 (3) 对于高风险治疗有警示和必要的核查 (4) 可根据评估结果对治疗方案自动给出建议	6	1、一般治疗预约记录完整性 2、一般治疗相关记录之间时间记录符合医疗过程的逻辑关系
23	06.01.7			基本	(1) 可接收医疗机构外部的治疗申请，并能够将治疗记录传送回申请者 (2) 支持病人在院外浏览本人的治疗计划与安排	7	区域协同治疗记录有关数据中病人、治疗项目可对照
23	06.01.8			基本	能够获得区域治疗科室数量、质量指标，并能够用于与本科室数质量指标对比	8	
24	06.02.0				手术预约与		手工登记安排

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
24	06.02.1		登记 (有效应用按手术台次计算) 统计手术预约与登记达到各级别功能的科室数,计算与全部手术科室数的比例		(1) 手术室使用计算机记录手术安排 (2) 数据可通过文件或移动存储设备方式导出	1	
24	06.02.2				(1) 在手术室登记手术安排, 信息供手术室其他环节使用 (2) 术后能够校正申请安排时记录的信息 (3) 有已定义的手术名称表	2	
24	06.02.3				(1) 在临床科室申请手术 (2) 手术室安排后信息与其他部门共享 (3) 手术室与临床科室能共享手术名称、编码信息	3	手术记录关键数据项与字典的一致性
24	06.02.4				(1) 手术申请与安排记录供全院使用 (2) 支持麻醉医师查看手术安排记录并支持麻醉相关信息的修正完善 (3) 能够提供手术准备、材料准备清单 (4) 有全院统一的手术名称表、手术编码	4	手术记录必填项的完整性
24	06.02.5				(1) 手术记录数据与手术安排衔接, 成为医院统一医疗记录管理体系内容 (2) 提供机读手段标识病人并提示部位、术式、麻醉方式的信息 (3) 实现手术分级管理, 具有针对手术医师的权限控制	5	1、手术记录必填项、常用项的完整性 2、手术申请记录与相关记录中的病人、手术具备完善的数据对照
24	06.02.6			基本	(1) 具有对手术全过程状态记录及在院内显示功能 (2) 手术过程信息、手术物品清点与核对数据成为手术记录内容 (3) 根据检查、检验结果、病人评估信息和知识库, 对高风险手术能给出警示 (4) 对于术前文档有完整性检查, 并对问题给出提示	6	1、手术记录完整时性 2、手术记录与相关上下游记录之间时间符合医疗过程的逻辑
24	06.02.7				(1) 能够获取病人在其他医院手术记录信息 (2) 手术记录结果可供其他医院使用 (3) 有病人 ID 对照功能 (4) 可告知病人家属手术进行状态等信息	7	区域协同医疗中病历记录有关手术信息的病人、手术项目能够与本院对照
24	06.02.8				能够获得区域手术分级信息以及难度、数量指标、质量指标, 并用于与本院手术难度与数量、质量指标对比	8	
25	06.03.0			麻醉信息		手工记录并绘制麻醉记录单	0

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
25	06.03.1		（实现比例手术台次计算）统计近3个月麻醉记录达到各级别功能台次数，计算与总台次数的比例		（1）各手术间单独记录麻醉及监护的体征数据，生成麻醉记录单 （2）麻醉记录单可通过移动存储设备或文件方式导出供其他计算机使用	1	
25	06.03.2				（1）麻醉机、各种监护仪等仪器使用计算机自动采集和记录 （2）麻醉记录单数据通过网络在手术室共享	2	
25	06.03.3				（1）麻醉记录数据可供手术科室共享 （2）提供麻醉记录单查看工具供其他系统进行界面集成 （3）能够记录术中用药情况并在麻醉记录单中体现	3	麻醉记录关键数据项与字典的一致性
25	06.03.4			基本	（1）麻醉记录供全院共享，提供其他系统数据接口 （2）可提供1种以上自动风险评分功能	4	麻醉记录必填项的完整性
25	06.03.5			基本	（1）麻醉记录数据纳入医院整体医疗记录 （2）能够判断麻醉过程中出现的非正常监测参数，并在麻醉记录单和相关图表中显示	5	1、麻醉记录必填项、常用项的完整性 2、麻醉记录与相关的手术记录具备完善的数据对照
25	06.03.6			基本	（1）麻醉过程重要信息可全程进行记录和显示 （2）在麻醉过程中出现危急生理参数时，根据知识库进行自动判断并给出提示	6	麻醉记录与相关记录时间符合医疗过程逻辑关系
25	06.03.7				可获得其他医院病历中的麻醉记录信息，并用于术前访视与风险评估参考	7	区域医疗中外部病历的麻醉记录中病人、麻醉方法信息能够与本院相应记录对照
25	06.03.8				能够获得区域麻醉质量控制指标，并用于与本院麻醉质量进行对比分析	8	
26	06.04.0		监护数据（有效应用按监护仪估算）  统计达到各级别监护数据处理的监护仪数量，计算与在用总		手工记录并绘制、书写监护记录	0	
26	06.04.1				监护仪数据可传输给中心站，数据可用文件或移动存储设备方式导出	1	
26	06.04.2				（1）能够连续记录监护设备产生的主要生命体征数据 （2）数据在监护室存储，有中心监控系统	2	
26	06.04.3				（1）监护系统能够提供数据显示界面供其他系统集成 （2）监护过程的异常情况能够记录并报警	3	监护记录关键数据项与字典的一致性
26	06.04.4				（1）监护系统提供数据接口，能够将数据传送给全院应用 （2）能够提供1种以上风险评分功能	4	监护记录必填项的完整性



项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
26	06.04.5		监护仪台数的比例		(1) 监护数据纳入医院医疗记录统一管理 (2) 监护获得的生理参数能够用于自动评分计算处理, 根据知识库提供评估分析并给出警示	5	1、监护记录必填项、常用项的完整性 2、监护记录与相关医疗记录具备完善的数据对照
26	06.04.6			基本	具有根据体征数据与药物治疗、检验结果数据进行监测结果分析的知识库	6	监护记录与相关医疗记录的时间项目符合医疗过程时间逻辑
26	06.04.7				(1) 有完善的各类急救检查、检验、治疗的申请、执行时间记录, 能够对急救过程各个时间节点进行质控与分析 (2) 监护数据能够用于完善诊疗指南	7	区域医疗中外部医疗机构电子病历记录中病人、监护项目内容可与本院相应信息可对照
26	06.04.8				能够获取区域重症监护质量指标并与本院重症病人质量指标进行对比分析	8	

## 医疗保障

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
27	07.01.0	医疗保障	血液准备 (有效应用按输血人次比例计算) 统计近3个月血液准备处理达到个级别功能的输血人次, 计算与总输血人次的比例。		手工记录血液来源	0	
27	07.01.1				(1) 使用计算机记录血液来源、类型和可保障情况 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1	
27	07.01.2				计算机记录的血液来源、库存情况可通过网络供血液保障科室配血、发放使用	2	
27	07.01.3				(1) 具有血液字典 (2) 有血液查询工具供临床科室共享信息	3	血液记录关键数据项与字典的一致性
27	07.01.4				(1) 库存血液情况或血液可保障情况能够供全院共享 (2) 血库能够查询和统计住院病人血型分布情况	4	血液库存记录必填项的完整性
27	07.01.5				(1) 具有根据住院病人或手术病人血型分布情况提供配置血液库存的知识和处理工具 (2) 应在备血前进行用血相关文档的审核, 并给出提示	5	1、血液库存记录必填项、常用项的完整性 2、血液库存记录与血液发放记录相关项目具备完善的数据对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
27	07.01.6				血液记录全程可跟踪管理，包括血液预订、接收、入库、储存、出库等	6	1、血液库存记录时间项目完整性 2、血液库存记录与医疗相关记录时间项目符合医疗过程的逻辑关系
27	07.01.7			基本	(1) 能够与机构外部血液机构交换和共享血液信息 (2) 可按照住院病人情况动态调整库存血液配置或根据血液配置提示临床科室适当调整手术安排	7	血液供应单位与医院血库的血液记录的关键数据项可对照
27	07.01.8			基本	可获得区域血液使用范围、损失指标，可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用范围、损失率管理	8	
28	07.02.0		配血与用血		手工记录配血情况	0	
28	07.02.1		(有效应用按输血人次比例计算)		(1) 使用计算机记录配血与血液使用、输血反应数据 (2) 可通过移动存储设备或文件方式导出并共享数据	1	
28	07.02.2		统计近3个月配血处理达到个级别功能的输血人次，计算与总输血人次的比例。		(1) 在血库输入用血、配血数据、用血记录、输血反应数据 (2) 整个血库内各个环节共享数据	2	
28	07.02.3				(1) 临床用血申请与血库共享 (2) 配血情况、用血记录可供临床科室查询	3	配血记录关键数据项与字典的一致性
28	07.02.4			基本	(1) 配血过程有完整记录 (2) 临床申请用血、血库配血时，可共享病人用血相关的配血检验信息	4	配血记录必填项的完整性
28	07.02.5				(1) 配血、血液使用记录、输血反应等数据纳入医院统一医疗记录系统 (2) 能够查询到临床医疗数据、检查与检验数据	5	1、配血记录与用血记录必填项、常用项的完整性 2、配血记录与用血记录相关项目具备完善的数据对照
28	07.02.6			基本	(1) 用血整个过程有完整记录 (2) 系统中在各个环节有根据病人体征、基本情况、检验结果、诊断等进行用血安全检查监控环节，出现不符合安全条件时自动给出警示	6	配血记录与用血记录相关时间项目符合医疗过程的逻辑关系
28	07.02.7				(1) 支持与其他相关医疗机构交换血液使用、输血反应数据，用于进行机构间输血质量管理 (2) 出现输血不良事件时能追溯到院内相同供血者血液的其他使用记录或库存记录	7	区域协同医疗病历中输血记录的有关数据项可对照
28	07.02.8				可获得区域血液使用质量管理指标，可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用质量管理	8	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
29	07.03.0		门诊药品调剂 (有效应用按处方数人次比例计算) 统计近3个月门诊处方处理达到个级别功能的处方数,计算与总处方数的比例		手工处理处方	0	
29	07.03.1	基本		(1) 使用计算机单机管理处方数据 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1		
29	07.03.2	基本		(1) 有门诊药房部门级处方管理系统,手工向计算机输入处方 (2) 在本药房的调剂、配药、事后核查等工作中可通过网络共享数据	2		
29	07.03.3	基本		(1) 可共享门诊医师处方数据 (2) 有核查处方剂量、给药方式与字典是否一致并提示的功能	3	门诊药品调剂记录关键数据项与字典的一致性	
29	07.03.4	基本		(1) 有统一的药品字典 (2) 可获得门诊、其他部门的处方数据 (3) 能够获得病人基本情况、体征、药敏数据 (4) 有发药记录	4	门诊药品调剂记录必填项的完整性	
29	07.03.5	基本		(1) 能从全院统一医疗记录中获得门诊处方记录 (2) 有完善的药品使用核查处理功能 (3) 有药品使用管理记录,支持药品分级管理 (4) 能够实时进行药物之间、药物与诊断的检查 (5) 具有处方评价抽查、记录工具,抽查发现的不合理用药能够记录	5	1、门诊药品调剂记录必填项、常用项的完整性 2、门诊处方调配记录与处方记录中重要关联项目具备完善的数据对照	
29	07.03.6	基本		(1) 能够跟踪病人治疗周期的药品使用情况,能够调取既往药品使用数据进行药品使用核查 (2) 药品知识库能够全面对药品使用进行检查与提示 (3) 处方评价结果能够通过网络传输给开方医师	6	1、门诊药品调剂记时间相关项目完整性 2、门诊配药记录与处方、审核相关记录中的时间项符合医疗过程逻辑关系	
29	07.03.7	基本		能够处理外院处方,具有与其他相关医院共享电子处方功能	7	区域协同与外部有交换(外购或外院处方)的门诊处方记录相关项目对病人、药品等信息可对照	
29	07.03.8	基本		能够获得区域处方质量控制指标,能够用于管理本院处方合格率、抗菌药物使用等相关合理用药指标	8		
30	07.04.0			病房药品配置 (有效应用按出院病人人次比例计算) 统计近3个月		手工处理住院药品准备信息	0
30	07.04.1	基本	(1) 使用计算机记录药品配置与调剂情况 (2) 可导出数据供其他系统使用		1		
30	07.04.2	基本	输入的医嘱、发药记录可供药剂科进行药品核查、统计等工作使用		2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
30	07.04.3		住院药疗医嘱处理达到各级别功能的病人数，计算与同期总出院病人的比例。	基本	(1) 可接收病房医嘱、处方 (2) 可为临床提供统一的药品字典、药剂科的可供药目录 (3) 具有用药检查功能	3	病房药品配置记录关键数据项与字典的一致性
30	07.04.4			基本	(1) 病房药品信息可供全院共享(字典、可供药目录、药品使用说明等) (2) 药品准备(集中摆药、配液等)过程有记录	4	病房药品配置记录必填项的完整性
30	07.04.5			基本	(1) 药品准备与发药记录纳入全院医疗记录体系 (2) 可支持药品单品或单次包装并印刷条形码等机读核对标识 (3) 具有对药物治疗医嘱进行抽查与进行处方评价记录工具，对发现的不合理用药能够记录；	5	1、病房药品配置记录必填项、常用项的完整性 2、病房药房配药记录与相关的医嘱、执行记录重要关联项目具备完善的数据对照
30	07.04.6			基本	(1) 药品准备与使用过程纳入闭环监控，数据汇总可管理 (2) 药品检查能够利用诊断、检验结果，结合知识库提供比较全面的核查与提示 (3) 处方评价结果能够反馈给临床医师	6	病房药品配置记录与上下游相关记录中时间相符合医疗流程的逻辑关系
30	07.04.7				(1) 用药不良反应能够与院外管理机构沟通 (2) 出院带药处方数据能够提供给外部医疗机构 (3) 住院药品配置能够参考住院前药品使用情况 (4) 对用药不良反应可记录并能够将其作为知识更新知识库 (5) 能够根据临床路径(指南)进行药品的准备	7	区域协同病历记录中住院用药有关数据与医院中相关数据项可对照
30	07.04.8				能够获得区域的医嘱质量或处方点评质量指标，能够用于管理本院医嘱合格率、抗菌药物使用等相关合理用药指标	8	

## 病历管理

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
31	08.01.0	病历管理	病历质量控制 (实现出院病人人次比例计算)统计近3个月达到各个级别功能处理的病历数,计算与总出院病人病历数的比例		手工进行病历质量管理	0	
31	08.01.1				(1) 有单机的病历质量控制记录 (2) 用导出数据文件或共享介质方式在部门内部交换信息	1	
31	08.01.2				(1) 能够实现终末病案质量管理并有记录 (2) 质控记录数据能够在病案管理部门内通过网络共享 (3) 质控结果数据可导出,并与其他医师或管理部门交换	2	
31	08.01.3				(1) 能够通过信息系统获取病房医疗数据用于病历质控 (2) 有可定义的病历质控项目并用于病历质控记录	3	病历质控记录相关关键数据项与字典的一致性
31	08.01.4			基本	(1) 具有查看各阶段病历完成时间的功能 (2) 质控结果通过信息系统与医师、管理部门交换 (3) 可实现过程质量控制	4	病历质控记录必填项的完整性
31	08.01.5			基本	(1) 系统能够根据不同专科病历、诊断等,选择差别化的质量控制项目,进行病历质控 (2) 能够记录病历内容缺陷,并对时限、规定必须书写的病案内容进行自动判断处理,生成相应的质控记录 (3) 质控结果能反馈给相应的病历书写医师和管理者 (4) 出院时有对病案首页内容进行质量核查功能 (5) 能够记录各级责任医师	5	1、病历质控记录必填项、常用项的完整性 2、病历质控记录与病历记录相关项目具备完善的数据对照
31	08.01.6			基本	(1) 实现病案质控闭环管理,支持病案修改过程状态的监控 (2) 具有对按照质控修改的病历内容,进行追踪检查功能 (3) 病案首页各项内容生成过程中有符合质量管理规范自动检查与提示功能	6	病历质控记录中相关事件记录符合病历管理过程的逻辑关系

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
31	08.01.7			基本	(1)支持对跨医疗机构病历信息阅读功能,为病历质控人员对本院病历质控提供全面病历信息 (2)支持在病历书写过程中进行完整的病历质量自动核查,实现运行病历及终末病历的自动核查;	7	用于本院病历质控参考的医联体外院病历记录与病人标识可对照
31	08.01.8			基本	支持获取区域内的病案质量信息,进行病案质量比较	8	
32	08.02.0		电子病历文档应用		无要求	0	
32	08.02.1				单机中存储的病历数据有管控制度与措施	1	
32	08.02.2				(1)病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有授权管理访问控制机制,为病人服务的医务及管理人员有按规则的授权管理访问控制 (2)病人在电子病历系统中具有唯一识别标识	2	
32	08.02.3				(1)病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有分级访问控制机制,可以按照使用部门内部的等级划分进行访问控制 (2)电子病历内容可支持归档操作,在诊疗结束后,可将病历转为归档状态,确认或归档后的修改有记录	3	
32	08.02.4				(1)对重点电子病历数据(病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方)有完善的分级访问控制,能够指定访问者及访问时间范围 (2)能够根据医师的职称等因素分别授予不同的医疗处理能力权限,如对毒麻药品使用、对不同等级抗菌要求使用权限,对特殊检查申请的权限等 (3)可支持医师借阅归档电子病历,借阅操作可记录,浏览内容跟踪	4	
32	08.02.5				(1)对所有电子病历数据具有完善的分级访问控制,能够指定访问者及访问时间范围 (2)能够为医疗机构外的申请人提供电子病历的复制服务	5	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
32	08.02.6				(1)对整体病历数据的管理与服务操作须限制在指定位置,操作行为可记录、追溯 (2)病历数据的使用须有完整的访问控制,申请、授权、使用均须有记录且过程可监控 (3)针对不同的使用对象,应能控制授权使用病历中的指定内容 (4)具有为病人提供医学影像检查图像、手术录像、检查介入录像等电子资料复制的功能 (5)支持对电子病历数据的封存处理	6	
32	08.02.7			基本	(1)针对非正常数据操作行为(如统方、数据拷贝)可实现自动报警 (2)具备完整的跨医疗机构数据交换管理制度 (3)对于跨医疗机构电子病历数据的使用具备完整的记录和授权访问控制 (4)支持为病人供完整的电子病历数据浏览服务,浏览内容包括病人医疗文书、检验结果、检查报告等,可形成单独的电子病历文件,按照规范的版式显示病人病历资料。浏览操作有记录	7	
32	08.02.8			基本	(1)互联网环境中病人隐私等重要信息应进行保护 (2)内外网电子病历数据交换具有管理与控制工具,数据交换过程有记录	8	

## 电子病历基础

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
33	09.01.0	电子病历基础	病历数据存储		未在计算机系统中存储病历数据	0	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
33	09.01.1		(有效应用按照已有记录年限考察)按照评分标准表中要求统计病历中各项内容存储达到各级年限的病历数,计算与总病历数的比例		重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可分别存储一个就诊周期(门诊存储当天,住院存储一次住院)	1	
33	09.01.2				重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)在各部门可集中存储一个就诊周期(门诊存储当天,住院存储一次住院)	2	
33	09.01.3			(1)重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可集中统一长期存储 (2)既往就诊记录可被访问	3		
33	09.01.4			(1)重点病历数据、主要医疗记录和图像可供全院使用并可集中统一长期存储 (2)病历保存时间符合《电子病历应用管理规范》的存储要求	4		
33	09.01.5			基本 (1)全部医疗记录和图像能够长期存储,并形成统一管理体系 (2)具有针对离线病历数据的智能化调用与传输机制 (3)对于预约或已住院病人的全部离线医疗记录能够提前提供调取和快速访问功能	5		
33	09.01.6			(1)已将历史病历扫描存储,并具有与其他病历整合的索引 (2)病历的存储控制具有智能化分配存储空间、监控存储与备份操作,具有动态智能高效调度机制	6		
33	09.01.7			基本 (1)可记录和存储就诊病人医疗机构内外的医疗信息 (2)可实现与全国、省、市卫生数据平台进行信息交换 (3)市级以上医联体(或医疗联盟、医疗集团)核心医院具有医疗数据存储管理能力	7		
33	09.01.8			基本 (1)可记录和存储就诊病人医疗机构内外的医疗及健康信息 (2)可记录和存储全国专病的注册登记信息及电子病历数据,数据内容具备代表性,可支持权威知识库的研发	8		
34	09.02.0			电子认证与签		无电子身份认证	0



项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	
34	09.02.1		名 (有效应用按系统数考察: 1、4、6、7级以全部子系统为基数; 2、3、5级以相关子系统为基数)统计各个需要独立认证系统达到相应级别要求的系统数, 计算与总系统数的比例		专用的医疗信息处理系统有身份认证	1		
34	09.02.2				(1) 各个系统均有身份认证功能 (2) 临床应用的电子病历系统(住院医师站、门诊医师站、护士站)可用相同用户与密码进行身份认证	2		
34	09.02.3				重点电子病历相关系统(门诊、病房、检查与检验系统)对同一用户可用相同用户与密码进行身份认证	3		
34	09.02.4				医疗相关的所有系统对同一用户可采用相同的用户与密码进行身份认证	4		
34	09.02.5			基本	(1) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)有统一的身份认证功能 (2) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)的最终医疗档案至少有一类可实现可靠电子签名功能	5		
34	09.02.6			基本	(1) 所有医疗记录处理系统产生的最终医疗档案具有可靠电子签名 (2) 最终医疗档案的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时戳	6		
34	09.02.7			基本	(1) 全部电子病历系统在数据产生过程可实现可靠电子签名, 如每个医嘱、每段病程记录、每个阶段的检查报告等 (2) 全部医疗记录的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时戳	7		
34	09.02.8				有医疗信息交换与共享相关的医疗机构之间的电子病历中的电子签名可互认	8		
35	09.03.0			基础设施与安全管控		无要求	0	
35	09.03.1					处理电子病历的计算机具备防病毒措施	1	
35	09.03.2					(1) 具有部门级的局域网 (2) 服务器具备防病毒措施	2	
35	09.03.3					(1) 有放置服务器的专用房间 (2) 医院内部有局域网, 部门间网络互相联通 (3) 有相关的计算机、硬件管理制度	3	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
35	09.03.4				(1) 具备独立的信息机房 (2) 局域网全院联通 (3) 服务器部署在独立的安全保护区 (4) 有相关的网络管理制度	4	
35	09.03.5				(1) 楼层机房、网络设备和配线架要有清晰且正确的标识 (2) 根据不同业务划分独立的网络区域 (3) 全院重点区域应覆盖无线局域网、部分医疗设备接入院内局域网 (4) 有配套的安全运维管理制度 (5) 具有保障信息系统服务器时间一致的机制 (6) 建立数据使用的审查机制,确需向境外传输数据应经过安全评估。	5	
35	09.03.6				(1) 信息机房有高可靠的不间断电源、空调,具备专门的消防设施 (2) 关键网络设备、网络链路采用冗余设计,电子病历系统核心设备不存在单点故障 (3) 支持智能医疗仪器等物联网设备安全地接入院内局域网 (4) 具备防止非授权客户端随意接入网络的能力,并且可有效控制内网客户端非法外联 (5) 完成信息安全等级保护定级备案与测评、医院重要信息安全等级保护不低于第三级 (6) 有不受医院管控的服务机构提供和管理的时间戳及守时系统。时间源应取自权威的时间源,如国家授时网络、北斗/GPS 导航系统、手机系统等 (7) 电子病历系统数据库要有详细的访问操作记录,操作行为记录保存六个月以上	6	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
35	09.03.7				(1) 医院核心机房符合《数据中心设计规范》GB50174-2017中B级机房要求,院内局域网布线符合《综合布线系统工程设计规范》GB50311的有关规定。 (2) 电子病历系统核心软硬件设备等可集中监控、报警,并可集中管理日志,日志保留时间不低于六个月 (3) 可以审计网络设备及服务器的操作行为,操作行为记录保存六个月以上 (4) 设有信息安全岗位,定期组织安全培训及考核,定期组织安全测评	7	
35	09.03.8			基本	(1) 实现院内局域网与区域健康网络的连接并有安全防护 (2) 不同楼宇的机房可集中监控、报警 (3) 与互联网环境的系统传输数据时有安全传输通道 (4) 涉及互联网业务的信息系统,数据库服务器不可直接暴露在互联网环境中 (5) 具有独立的信息安全管理制度体系,设有独立的信息安全岗位,有专人负责信息安全工作	8	
36	09.04.0		系统灾难恢复体系(实现比例按系统数估算:1、2、4、6级以相关子系统为基数;3、5、7级以全部子系统为基数)统计达到各级要求的系统数,计算与总系统数的比例		无灾难恢复体系	0	
36	09.04.1				对于重点系统,每周至少进行一次完整数据备份,备份数据存储于本机以外的存储设备	1	
36	09.04.2			基本	对于重点系统应具有软件及数据备份,数据备份周期不应超过1周,当出现系统故障时,可恢复关键业务	2	
36	09.04.3				(1) 全部系统应具有软件及数据的备份,数据备份周期不应超过1周; (2) 重点系统每日至少进行一次完整数据备份; (3) 重点系统具有备用服务器及核心网络设备;	3	
36	09.04.4				(1) 全部系统每日至少进行一次完整数据备份 (2) 具有灾备机房,配备灾难恢复所需的关键数据处理设备、通信线路和相应的网络设备 (3) 数据备份采用自动方式完成,备份数据存储于灾备机房 (4) 有专职的计算机机房运行管理人员;	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
36	09.04.5			基本	(1) 对于重点系统具备完整的灾难恢复保障体系, 每年至少完成一次应急演练 (2) 每季度至少进行一次数据恢复验证, 保障备份数据的可用性 (3) 对于重点系统数据与系统的恢复时间不大于 2 小时, 数据丢失时间不超过 1 天	5	
36	09.04.6				(1) 具备灾备机房, 配置灾难恢复所需的全部网络及数据处理设备, 并处于就绪或运行状态 (2) 机房有管理人员持续值守或监控 (3) 有配套的管理制度, 如备份存取、验证制度、灾备机房运行管理制度、备份系统运行管理制度等	6	
36	09.04.7			基本	(1) 支持主备数据库间的实施数据同步, 可利用通信网络将关键数据实时复制到灾备机房 (2) 具备通信网络自动或集中切换能力。 (3) 数据与系统的恢复时间不大于 15 分钟, 数据丢失时间不超过半小时	7	
36	09.04.8				(1) 灾备系统具备与生产系统一致的处理能力并完全兼容; (2) 重点系统数据服务器可实时无缝切换, 具备实时监控和自动切换能力。 (3) 系统完全冗余, 数据不丢失	8	

## 信息利用

范围: 医疗过程产生的各类医疗信息的数据整合、管理指标生成、知识库的生成等, 侧重于医疗信息在医疗安全、质量管理中的应用。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
37	10.01.0	信息利用	临床数据整合		无特定要求	0	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
37	10.01.1				可导出科室的医嘱记录、检查报告记录、检验报告记录用于分析	1	
37	10.01.2				能够产生病人住院就诊记录、检查登记记录、病房发药记录、门诊用药记录用于分析，	2	
37	10.01.3				可从系统生成病案首页全部医疗相关部分的数据	3	住院病案首页、门诊病案记录中关键项目与字典一致性
37	10.01.4				能生成用于数据分析的相互能够关联对照的病人信息、医嘱信息、检查报告、检验结果、手术信息、用药记录、体征记录数据	4	1、电子病历主要记录中必填项目的完整性 2、电子病历主要记录病人、就诊唯一标识能够相互对应
37	10.01.5				形成临床数据仓库，有统一索引与规范数据格式，结构化的数据内容包括：住院病案首页、门诊就诊记录、医嘱记录、检查报告、检验报告、手术记录、治疗记录、体征记录	5	形成的数据仓库数据有统一的数据元定义字典的比例
37	10.01.6				(1) 较全面的临床信息数据仓库，包括从病历中的入院记录、病程记录、出院小结，检查报告和病历报告中的检查描述、检查结论（诊断）内容中抽取出的结构化数据内容 (2) 能够持续从医疗业务系统中获取数据到数据仓库中	6	结构化病历记录中定义的项目可抽取项目与内容值并达到 50 以上比例。
37	10.01.7			基本	(1) 完整临床数据仓库，包括影像、图形、结构化数据等，内容覆盖医疗过程所有业务系统的数据 (2) 有可定义的数据内容选择与抽取工具，具备常用的管理、研究、教学数据处理工具 (3) 具备跨省级专病或专科临床数据中心	7	数据仓库中的数据记录有唯一标识，有注册表登记
37	10.01.8			基本	(1) 能够与区域医疗数据整合，形成完整健康记录数据。具有多医疗机构联合的全面临床医疗数据索引，多机构可联合索引的数据项目内容中，具备外部数据的病人人数占全部病人 15% 以上； (2) 支持分布式数据的检索、抽取与处理 (3) 具备国家级专病或专科临床数据中心	8	
38	10.02.0		医疗质量控制		无要求	0	
38	10.02.1				无要求	1	
38	10.02.2				可从科室医嘱记录中生成危重病人次数（2013 版三级医院评审细则 7-2-3-5）	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
38	10.02.3				<p>(1) 能够从系统中产生工作指标（工作质量、效率）14项中的7项；（2013版三级医院评审细则7-1-2）</p> <p>(2) 可产生抗菌药药敏实验比例指标（2013版三级医院评审细则7-5-2-5）</p> <p>(3) 系统可生成不同感染风险指数手术部位感染发病率（2013版三级医院评审细则7-6-2-4）</p> <p>(4) 能够从系统中生成抗菌药比例、门诊注射药比例指标（2013版三级医院评审细则7-5-2-1, 7-5-2-2）</p>	3	
38	10.02.4				<p>(1) 能够从系统中产生麻醉例数、麻醉分级管理例数指标（2013版三级医院评审细则7-2-2-3）</p> <p>(2) 可从麻醉系统中获得各ASA分级麻醉病人比例指标（2015版麻醉专业医疗质控指标2）</p> <p>(3) 可从护理记录产生非计划性入ICU率指标等（重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）,11）</p> <p>(4) 可从科室医嘱记录中生成危重病人次数（2013版三级医院评审细则7-2-3-5）</p> <p>(5) 卫生统计上报报表指标，50%以上由系统自动生成；</p>	4	
38	10.02.5				<p>(1) 能够从系统生成医院运行基本监测指标中工作符合、治疗质量、工作效率全部指标（2013版三级医院评审细则7-1-2、7-1-3、7-1-4）</p> <p>(2) 可从系统中产生麻醉相关质控指标3、4、5、6（2015版麻醉专业医疗质控指标3、4、5、6）</p> <p>(3) 能够从系统中产生某类单病种质量指标中的5项具体指标，如：ST段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髌、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等</p> <p>(4) 卫生统计上报报表指标，70%以上由系统自动生成；</p> <p>(5) 可从护理记录产生急性生理与慢性健康评分指标等（重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）,2）</p>	5	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
38	10.02.6				<p>(1) 能够从系统中生成三级医院医疗质量评审医疗质控部分 50%指标, 检验、麻醉、急诊、重症医学专业部分质控 40%指标</p> <p>(2) 能够从系统中产生某类单病种质量指标中的重要考察指标, 如: ST 段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髋、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等</p> <p>(3) 国家卫生健康计生委发布的专业质控指标, 60%可由系统自动生成, 全部时间点相关指标可由系统自动生成;</p> <p>(4) 卫生统计上报报表指标, 90%以上由系统自动生成;</p>	6	
38	10.02.7			基本	<p>(1) 管理部门有医疗指标分析工具, 并能够将分解结果传送相关临床科室</p> <p>(2) 具有医疗质量分析知识库, 能够对病人安全、院内感染等情况进行预警</p> <p>(3) 能够从系统中生成全部医疗质量评审医疗质控部分 80%以上的指标 (2013 版三级医院评审细则第 7 章)</p> <p>(4) 形成医院质控指标的闭环循环, 支持指标的不断完善, 生成质控指标被省级以上采纳</p>	7	
38	10.02.8			基本	<p>(1) 能够获取区域医疗质量数、质量情况数据, 能够将医院的整体质控指标与区域同类指标进行对比</p> <p>(2) 包括细化到国家质控指标中单病种疾病指标对比、急诊、重症监护科室相关指标的对比。</p>	8	
39	10.03.0		知识获取及管理		无特定要求	0	
39	10.03.1				无特定要求	1	
39	10.03.2				无特定要求	2	
39	10.03.3				药品、检查、检验项目字典中具有相关内容作为知识库, 如药品字典中的剂型、剂量、给药途径, 检查字典中的适应症、检查准备要求; 检验字典中的适应症、标本要求等	3	
39	10.03.4				<p>(1) 专项知识库的内容可供全院使用</p> <p>(2) 与诊疗项目相关联的文档类内容可作为知识库管理, 包括药品说明书、检查检验说明等</p> <p>(3) 有供全院查询的电子化的政策法规文档</p>	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
39	10.03.5				(1)有可联合利用病人在两个以上系统的数据进行检查与提示的知识库 (2)全院具备统一的知识库体系,不同科室、不同系统调用的相同知识逻辑的结果相同。	5	
39	10.03.6				(1)知识库系统支持内容的配置,提供与应用系统对接,并支持提醒与警示功能 (2)支持决策类知识的维护,可根据医院自身、临床专科的特点对知识库进行补充、完善 (3)对于引入的外部知识库,须完成外部知识与院内部项目的对照	6	
39	10.03.7				(1)医院知识库具备持续的更新管理机制与工具; (2)可利用外部知识数据,实现知识库的持续完善; (3)对于决策支持应用情况有记录,并可利用记录对知识库进行完善;	7	
39	10.03.8			基础	(1)可根据个性化的知识需求,提供相对应的个性化知识库,并具备个人知识门户功能; (2)要求具有专科知识图谱,知识图谱具有自学习能力 (3)具备自行开发知识库的能力,开发知识体系可被多家三级医疗机构应用	8	



## 附表 4. 数据质量评估项目表（2018 版）

### 病房医师

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.01.3	病房医嘱处理	<b>一致性:</b> 医嘱记录（医嘱项目编码，医嘱项目名称）
01.01.4	病房医嘱处理	<b>完整性:</b> 医嘱记录（病人标识、医嘱号、医嘱分类、医嘱项目编码、医嘱项目名称、医嘱开始时间）
01.01.5	病房医嘱处理	<b>完整性:</b> 医嘱记录（下达医嘱医师编码、下达医嘱医师姓名、医嘱状态） <b>整合性:</b> 药疗医嘱记录与护理执行记录可对照（医嘱号、医嘱项目编码、药疗医嘱给药途径、药疗医嘱用法）
01.01.6	病房医嘱处理	<b>完整性:</b> 医嘱记录（医嘱下达时间、医嘱状态） <b>及时性:</b> 1、药疗医嘱记录（医嘱下达时间）<药房发药记录（药房发药时间），药房发药记录（药房发药时间）<医嘱执行记录（给药时间） 2、药疗医嘱记录（医嘱下达时间）<药师审核记录（药师审核时间）
01.01.7	病房医嘱处理	<b>完整性:</b> 临床路径记录（病人入组状态、变异原因） <b>整合性:</b> 医嘱记录（病人标识、委外检查或检验的项目编码）与委外检查或检验申请单（外部病人标识、外部的检查或检验项目编码）可对照
01.02.3	病房检验申请	<b>一致性:</b> 检验申请记录（检验项目名称、检验项目编码、标本名称）
01.02.4	病房检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录（检验申请单号、病人标识、病人性别、项目编码、项目名称、标本名称）
01.02.5	病房检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录（检验申请医师编码、医师姓名、检验申请状态、项目描述） <b>整合性:</b> 检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）与检验科室的检验登记记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）可对照
01.02.6	病房检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录（申请开立时间、标本采集人、标本采样时间） <b>及时性:</b> 检验申请记录（申请开立时间）<标本采集记录（采样时间）
01.02.7	病房检验申请	<b>整合性:</b> 1、委外检验申请记录（检验申请单号、检验项目代码、标本代码）与向外部检验机构传送检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目代码、标本代码）可对照。 2、本医疗机构外检验申请记录（检验项目代码、标本代码）与本院检验字典可对照
01.03.3	病房检验报告	<b>一致性:</b> 检验结果项目名称

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.03.4	病房检验报告	<b>完整性:</b> 检验报告记录 (病人标识、检验结果项目名称、检验结果、正常参考值)
01.03.5	病房检验报告	<b>完整性:</b> 1、检验报告记录 (报告检验科室、审核医师) 2、检验危急值记录 (项目编码、危急值、通知时间、医师接收时间、处理医师、处理记录) <b>整合性:</b> 1、检验科室报告记录与标本记录 (标本号) 可对照 2、检验科室报告记录与医师工作站中医师查看的检验项目编码、名称、参考值可对照
01.03.6	病房检验报告	<b>完整性:</b> 检验报告记录 (报告时间、审核时间) <b>及时性:</b> 检验报告记录 (审核时间) < 检验危急值处理记录 (医师处理时间)
01.03.7	病房检验报告	<b>完整性:</b> 外院检验结果记录 (检验项目名称、参考值项目、标本类型) <b>整合性:</b> 本医院检验报告项目编码、结果参考值与外院相应项目可对照
01.04.3	病房检查申请	<b>一致性:</b> 检查申请记录 (检查项目名称、检查项目编码)
01.04.4	病房检查申请	<b>完整性:</b> 检查申请记录 (申请单号、病人标识、检查项目编码、检查项目名称)
01.04.5	病房检查申请	<b>完整性:</b> 检查申请记录 (检查申请科室、检查目的或临床诊断、检查申请状态、检查部位) <b>整合性:</b> 医嘱记录与检查申请记录 (检查申请项目编码、检查状态) 可对照
01.04.6	病房检查申请	<b>及时性:</b> 检查申请记录 (申请时间) < 检查科室登记记录 (病人到检时间) <b>整合性:</b> 临床路径定义记录 (检查项目编码) 与检查科室中检查项目字典 (检查项目编码) 可对照
01.04.7	病房检查申请	<b>整合性:</b> 1、委外检查申请记录 (检查申请单号、检验项目代码) 与向外部检验机构传送检查申请记录 (检查申请单号、检查申请项目代码) 可对照。 2、本医疗机构外检查申请记录 (检查项目代码) 与本院检查字典可对照
01.05.3	病房检查报告	<b>一致性:</b> 检查项目代码
01.05.4	病房检查报告	<b>完整性:</b> 检查报告记录 (检查项目名称、检查项目编码、检查描述、诊断 (或结论、印象))
01.05.5	病房检查报告	<b>完整性:</b> 1、检查报告记录 (报告科室、报告医师、检查诊断编码、审核医师编码) 2、检查危急值记录 (检查项目编码、通知对象、通知时间、处理人、处理记录内容) <b>整合性:</b> 检查系统与病房检查申请系统中的项目编码、名称可对照

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.05.6	病房检查报告	<b>完整性:</b> 检查报告记录 (报告时间、审核时间) <b>及时性:</b> 1、检查申请记录 (申请时间) <检查报告记录 (报告时间) 2、检查报告记录 (报告时间) <检查危急值记录 (医师接收时间)
01.05.7	病房检查报告	<b>整合性:</b> 本医院检查报告诊断项目编码项目与外院相应项目可对照
01.06.3	病房病历记录	<b>一致性:</b> 病案首页记录 (性别、门诊诊断)
01.06.4	病房病历记录	<b>完整性:</b> 1、病案首页记录 (病人标识、姓名、性别、出生日期、门诊诊断、入院时间、入院科室、出院时间、出院病人、出院主要诊断、出院诊断编码) 2、描述性病历记录中的主诉、现病史、体格检查, 病历记录内容大于 100 字
01.06.5	病房病历记录	<b>完整性:</b> 病历修改记录 (修改医师、修改时间、修改后的病历内容) <b>整合性:</b> 病历记录 (章节标识) 与质控记录 (有问题病历章节标识) 可对照
01.06.6	病房病历记录	<b>完整性:</b> 1、病历签名记录 (签名病历内容识别标识、签名时间、签名医师) 2、会诊记录 (申请会诊时间、申请会诊科室、会诊科室、会诊完成时间、会诊医师) <b>及时性:</b> 1、会诊记录会诊申请时间<会诊完成时间; 2、病历记录 (提交时间) <=病历签名记录 (签名时间)
01.06.7	病房病历记录	<b>整合性:</b> 病历记录 (病人标识) 与外院病历记录 (病人标识) 可对照

## 病房护士

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
02.01.3	病人护理与评估	<b>一致性:</b> 病房病人信息 (入院方式、护理级别)
02.01.4	病人护理与评估	<b>完整性:</b> 1、病房病人信息 (病人标识、病人姓名、病人性别、病人出生日期、护理级别、入科时间、床位号) 2、护理评估记录 (病人标识)
02.01.5	病人护理与评估	<b>完整性:</b> 护理评估记录 (评估护士编码、评估护士姓名、评估项目名称) <b>整合性:</b> 1、护理记录与医嘱执行 (病人标识、护理级别) 可对照 2、病房病人信息 (病人标识、住院病区) 与住院登记记录 (病人标识、住院病区) 可对照

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
02.01.6	病人护理与评估	<b>及时性:</b> 1、住院登记记录（入院时间）<=病房病人信息（入科时间） 2、病房病人信息（入科时间）<护理评估记录（评估时间）
02.01.7	病人护理与评估	<b>完整性:</b> 护理相关临床路径记录（病人入径诊断、入径时间，变异记录） <b>整合性:</b> 本医疗机构外护理评估记录中评估项目与本院护理评估项目可对照
02.02.3	医嘱执行	<b>一致性:</b> 医嘱执行记录（医嘱项目编码、医嘱项目名称、给药途径）
02.02.4	医嘱执行	<b>完整性:</b> 医嘱执行记录（病人标识、医嘱号、医嘱项目编码、医嘱项目名称、医嘱执行时间）
02.02.5	医嘱执行	<b>完整性:</b> 医嘱执行记录（医嘱分类、执行护士编码、执行医嘱护士姓名） <b>整合性:</b> 医嘱记录与护理执行记录（医嘱号、医嘱项目编码、药疗医嘱给药途径、药疗医嘱用法）可对照
02.02.6	医嘱执行	<b>及时性:</b> 药房发药记录（发药时间）<医嘱执行记录（给药时间）， 护理执行记录（标本采集时间）<=检验科（标本接收时间）
02.02.7	医嘱执行	
02.03.3	护理记录	<b>一致性:</b> 护理记录（体征记录项目编码、体征记录项目名称）
02.03.4	护理记录	<b>完整性:</b> 护理记录（病人标识、护理项目、执行时间、执行人）
02.03.5	护理记录	<b>完整性:</b> 1、护理记录（护理计划时间、护理计划项目） 2、护理记录（描述性护理项目）内容大于 10 个字符 <b>整合性:</b> 1、护理记录与病历记录（病人标识、住院标识）可对照 2、护理记录中观察记录项目，如：脉搏、心率、出入量、身高、血压等，与观察记录字典可对照
02.03.6	护理记录	<b>完整性:</b> 护理电子签名记录（签名时间、签名护理记录标识） <b>及时性:</b> 护理记录（护理计划时间）与护理记录（护理执行时间） 差距小于 1 小时
02.03.7	护理记录	<b>完整性:</b> 不良事件记录（发生时间、持续时间、不良事件类型、名称、记录人） <b>整合性:</b> 护理记录文书编码与临床路径规定的文书编码可对照

## 门诊医师

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.01.3	处方书写	<b>一致性:</b> 处方记录 (处方项目编码, 处方项目名称)
03.01.4	处方书写	<b>完整性:</b> 处方记录 (处方号、处方药品编码、处方药品名称、处方类型、处方剂量、处方剂量单位、处方开立医师编码、处方开立时间)
03.01.5	处方书写	<b>完整性:</b> 处方记录 (病人诊断、性别、年龄 (或出生日期)) <b>整合性:</b> 处方记录 (处方号、药品编码) 与药房配药记录 (处方号、药品编码) 可对照
03.01.6	处方书写	<b>完整性:</b> 处方记录 (处方状态、处方确认时间、处方确认人) <b>整合性:</b> 处方记录与处方点评记录 (处方号、药品编码) 可对照 <b>及时性:</b> 处方开立时间 < 要是审核时间 < 药师发药时间
03.01.7	处方书写	<b>完整性:</b> 外配处方 (病人标识、处方名称、给药途径、剂量、剂量单位、机构标识、医师标识) <b>整合性:</b> 院外医疗机构药品字典与院内药品字典可对照, 院外医疗机构诊断字典与院内诊断字典可对照
03.02.3	门诊检验申请	<b>一致性:</b> 检验申请记录 (检验项目名称、检验项目编码、标本名称)
03.02.4	门诊检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录 (检验申请单号、病人标识、病人性别、项目编码、项目名称、标本名称)
03.02.5	门诊检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录 (检验申请医师编码、医师姓名、检验申请状态、项目描述) <b>整合性:</b> 检验申请记录 (检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态) 与检验科室的检验登记记录 (检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态) 可对照
03.02.6	门诊检验申请	<b>完整性:</b> 检验申请记录 (申请开立时间、标本采集人、标本采样时间) <b>及时性:</b> 检验申请记录 (申请开立时间) < 标本采集记录 (采样时间)
03.02.7	门诊检验申请	<b>整合性:</b> 1、委外检验申请记录 (检验申请单号、检验项目代码、标本代码) 与向外部检验机构传送检验申请记录 (检验申请单号、检验申请项目代码、标本代码) 可对照 2、医联体医疗机构检验申请记录 (检验项目代码、标本代码) 与本院检验字典可对照
03.03.3	门诊检验报告	<b>一致性:</b> 检验报告记录 (项目编码, 项目名称)
03.03.4	门诊检验报告	<b>完整性:</b> 检验报告记录 (病人标识、检验结果项目名称、检验结果、正常参考值)

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.03.5	门诊检验报告	<b>完整性:</b> 1、检验报告记录（报告检验科室、审核医师） 2、检验危急值记录（项目编码、危急值、通知时间、医师接收时间、处理医师、处理记录） <b>整合性:</b> 1、检验科室报告记录与标本记录（标本号）可对照 2、检验科室报告记录与医师工作站中医师查看检验报告记录（检验项目编码、名称、参考值）可对照
03.03.6	门诊检验报告	<b>完整性:</b> 检验报告记录（报告时间、审核时间） <b>及时性:</b> 检验报告记录（审核时间）<检验危急值处理记录（医师处理时间）
03.03.7	门诊检验报告	<b>完整性:</b> 外院检验结果记录（检验项目名称、参考值项目、标本类型） <b>整合性:</b> 本医院检验报告项目编码、结果参考值与外院相应项目可对照
03.04.3	门诊检查申请	<b>一致性:</b> 检查申请记录（项目编码，项目名称、检查部位）
03.04.4	门诊检查申请	<b>完整性:</b> 检查申请记录（申请序号、病人标识、病人姓名、项目编码、项目名称、检查部位）
03.04.5	门诊检查申请	<b>完整性:</b> 检查申请记录（病人性别、年龄、出生年月、检查目的、申请医师编码、医师姓名） <b>整合性:</b> 检查申请记录与检查科室登记记录（申请单号、项目编码、项目名称、检查部位）可对照
03.04.6	门诊检查申请	<b>完整性:</b> 门诊检查申请记录（申请单开立时间、申请单确认状态），检查执行记录（执行时间、执行状态、执行人） <b>及时性:</b> 检查申请记录（申请开立时间）<检查预约记录预约（预约时间）<检查登记（到检时间）
03.04.7	门诊检查申请	<b>整合性:</b> 医联体机构外的检查项目申请中病人标识、检查项目代码、诊断代码能够与院内相关记录与字典可对照
03.05.3	门诊检查报告	<b>一致性:</b> 门诊检查报告记录（项目编码，项目名称、检查部位）
03.05.4	门诊检查报告	<b>完整性:</b> 门诊检查报告记录（报告单号、病人标识、病人姓名、项目编码、项目名称、检查部位）
03.05.5	门诊检查报告	<b>完整性:</b> 门诊检查报告记录（报告医师编码、医师姓名、病人年龄（或出生日期）、诊断编码） <b>整合性:</b> 门诊检查报告记录与门诊检查申请单记录（申请单号、项目编码、项目名称、检查部位）项目可对照
03.05.6	门诊检查报告	<b>完整性:</b> 门诊检查报告记录（报告审核时间、审核状态） <b>及时性:</b> 检查科室检查记录（项目执行时间）<=门诊检查报告记录（报告审核时间）
03.05.7	门诊检查报告	<b>整合性:</b> 院外检查报告记录中病人标识、检查项目、诊断应与院内检查相关数据和字典可对照

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.06.3	门诊病历记录	<b>一致性:</b> 门诊病历记录 (病人性别、科室、诊断)
03.06.4	门诊病历记录	<b>完整性:</b> 门诊病历记录 (病人标识、病人姓名、诊断名称)
03.06.5	门诊病历记录	<b>完整性:</b> 1、门诊病历记录 (就诊时间、医师签名) 2、门诊病历记录中主诉、辅助检查、病史等描述性记录字符数>50
03.06.6	门诊病历记录	<b>及时性:</b> 门诊病历记录 (创建时间) < (签名时间)
03.06.7	门诊病历记录	<b>整合性:</b> 院外病历记录 (病人标识) 与院内就诊病人标识可对照

## 检查科室

项目代码	业务项目	数据考察项目
04.01.3	申请与预约	<b>一致性:</b> 检查申请记录 (检查项目名称、检查项目代码、检查部位)
04.01.4	申请与预约	<b>完整性:</b> 1、检查申请记录 (申请单编号、病人标识、病人姓名、检查项目、部位、检查目的、申请医师、申请科室) 2、检查预约记录 (申请单编号、病人标识、病人姓名、检查项目、部位、检查安排时间)
04.01.5	申请与预约	<b>完整性:</b> 检查申请记录 (诊断、特殊情况描述、执行科室、检查科室位置、申请时间) <b>整合性:</b> 检查科室接收的检查申请记录与临床科室的检查检查记录 (申请单编号、病人标识、检查项目、部位、申请医师、申请科室) 可对照
04.01.6	申请与预约	<b>及时性:</b> 检查申请记录 (检查申请时间) ≤ 检查预约记录 (检查安排时间)
04.01.7	申请与预约	<b>整合性:</b> 医联体相关医院间检查检查申请记录中 (病人标识、检查项目、部位) 可对照
04.02.3	检查记录	<b>一致性:</b> 检查记录 (检查项目、部位)
04.02.4	检查记录	<b>完整性:</b> 检查记录 (病人标识、检查项目、部位、测量值)
04.02.5	检查记录	<b>完整性:</b> 检查记录 (检查时间、检查医师或技师、检查状态) <b>整合性:</b> 检查记录与检查申请记录 (病人标识、检查项目) 数据内容可对照
04.02.6	检查记录	<b>及时性:</b> 检查申请记录 (检查申请时间) ≤ 检查记录 (检查时间)
04.02.7	检查记录	
04.03.3	检查报告	<b>一致性:</b> 检查报告记录 (检查项目、部位)

项目代码	业务项目	数据考察项目
04.03.4	检查报告	<b>完整性:</b> 检查报告记录 (检查报告编号、病人标识、检查项目、部位、检查结论、报告时间)
04.03.5	检查报告	<b>完整性:</b> 检查报告记录 (检查所见、报告医师、审核医师、检查状态) <b>整合性:</b> 检查报告记录与检查申请记录 (申请单编号、病人标识、检查项目、部位、申请科室) 可对照
04.03.6	检查报告	<b>及时性:</b> 检查申请记录 (申请时间) ≤ 检查记录 (病人报到时间) ≤ 检查记录 (检查时间) ≤ 检查报告记录 (报告审核时间)
04.03.7	检查报告	<b>整合性:</b> 医联体机构之间检查报告记录 (病人标识、检查项目、诊断) 可对照
04.04.3	检查图像	<b>一致性:</b> 检查图像 (检查项目、部位、采集人的名称和编码)
04.04.4	检查图像	<b>完整性:</b> 检查图像记录 (图像唯一编号、病人标识号)
04.04.5	检查图像	<b>完整性:</b> 检查图像记录 (图像产生时间、检查部位、图像产生设备) <b>整合性:</b> 1、检查图像记录与检查申请记录 (检查项目、病人标识) 可对照 2、检查图像记录与检查报告记录 (图像号) 可对照
04.04.6	检查图像	<b>及时性:</b> 检查申请记录 (检查申请时间) ≤ 检查图像记录 (图像产生时间) ≤ 检查报告记录 (检查报告时间)
04.04.7	检查图像	<b>整合性:</b> 医联体传入医院的图像记录与检查报告记录中 (病人标识、检查部位) 能够与本医院 (病人标识、检查部位) 可对照

## 检验处理

项目代码	业务项目	数据考察项目
05.01.3	标本处理	<b>一致性:</b> 检验标本记录 (标本编码、标本名称)
05.01.4	标本处理	<b>完整性:</b> 标本记录 (标本标识、标本编码、标本签收状态)
05.01.5	标本处理	<b>完整性:</b> 标本记录 (标本类别、容器类别、病人标识、标本采集时间、采集人) <b>整合性:</b> 标本记录与检验申请记录 (检验申请单号) 可对照
05.01.6	标本处理	<b>完整性:</b> 标本传送记录 (标本标识、标本位置、状态改变时间) <b>及时性:</b> 检验申请记录 (申请时间) < 标本记录 (标本采集时间)
05.01.7	标本处理	<b>整合性:</b> 医联体中外送标本或外院标本记录中 (本院病人标识、外院病人标识) 可对照
05.02.3	检验结果记录	<b>一致性:</b> 检验结果记录 (检验报告项目、参考值范围)



项目代码	业务项目	数据考察项目
05.02.4	检验结果记录	<b>完整性:</b> 检验结果记录 (检验申请单号、检验时间、检验项目、项目结果)
05.02.5	检验结果记录	<b>完整性:</b> 1、检验结果记录 (病人标识、正常参考值) 2、检验危急值记录 (检验项目、危急结果值、报告人、报告内容、报告时间) 3、质控记录 (质控时间、项目、结果、靶值) <b>整合性:</b> 1、检验结果记录与检验申请记录 (病人标识、检验单号) 可对照 2、检验申请记录与检验结果记录 (检验申请项目、检验报告项目) 可对照
05.02.6	检验结果记录	<b>及时性:</b> 检验标本记录 (标本签收时间) ≤ 检验结果记录 (结果报告时间)
05.02.7	检验结果记录	<b>整合性:</b> 检验结果记录 (病人标识、检验项目) 与外部医疗机构检验申请记录 (病人标识、检验项目) 可对照
05.03.3	报告生成	<b>一致性:</b> 检验报告记录 (项目名称、参考值范围)
05.03.4	报告生成	<b>完整性:</b> 检验报告记录 (检验申请单号、病人标识、检验报告项目、检验结果、报告时间、报告科室)
05.03.5	报告生成	<b>完整性:</b> 检验报告记录 (正常参考范围、报告人、审核人) <b>整合性:</b> 检验报告记录与检验申请记录 (申请单号、病人标识) 可对照
05.03.6	报告生成	<b>及时性:</b> 标本记录 (标本采集时间) ≤ 检验结果记录 (检验时间) < 检验报告记录 (报告发布时间)
05.03.7	报告生成	<b>整合性:</b> 1、外送标本返回的报告 (病人标识、检验报告项目) 与院内记录可对照 2、外部机构申请的检验结果记录中 (病人标识) 与外院申请记录 (病人标识) 可对照

## 治疗信息处理

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
06.01.3	一般治疗记录	<b>一致性:</b> 治疗执行记录 (治疗项目编码、治疗项目名称)
06.01.4	一般治疗记录	<b>完整性:</b> 治疗执行记录 (病人标识、病人姓名、治疗项目名称)
06.01.5	一般治疗记录	<b>完整性:</b> 治疗执行记录 (治疗时间、治疗师) <b>整合性:</b> 治疗执行记录与治疗计划记录或治疗处方 (病人标识、治疗项目) 可对照

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
06.01.6	一般治疗记录	<b>完整性:</b> 治疗预约记录 (预约时间、治疗计划项目) <b>及时性:</b> 治疗申请记录 (申请时间) < 治疗计划记录或治疗处方 (治疗计划时间) < 治疗执行记录 (治疗时间)
06.01.7	一般治疗记录	<b>整合性:</b> 医联体医疗机构间治疗申请、治疗记录中 (病人标识、治疗项目) 可对照
06.02.3	手术预约与登记	<b>一致性:</b> 手术申请记录 (手术项目名称、手术编码)
06.02.4	手术预约与登记	<b>完整性:</b> 手术申请记录 (手术标识号、病人标识、手术名称、手术日期、手术医师)
06.02.5	手术预约与登记	<b>完整性:</b> 手术申请记录 (手术执行科室、助手姓名、麻醉方式、器械要求) <b>整合性:</b> 1、手术申请记录与麻醉记录 (病人标识、手术标识号) 可对照 2、手术记录与病案首页 (手术名称、手术代码) 可对照
06.02.6	手术预约与登记	<b>完整性:</b> 手术记录 (病人标识、手术标识号、手术名称、手术描述、手术医师、手术开始时间、手术结束时间) <b>及时性:</b> 手术申请记录 (手术申请时间) <= 手术记录 (手术开始时间) < 手术记录 (手术结束时间)
06.02.7	手术预约与登记	<b>整合性:</b> 医联体病历记录中的手术记录 (病人标识、手术编码) 与本院相应项目可对照
06.03.3	麻醉信息	<b>一致性:</b> 麻醉记录 (麻醉方法、手术名称)
06.03.4	麻醉信息	<b>完整性:</b> 麻醉记录 (手术标识号、病人标识、病人姓名、手术名称、麻醉方法、麻醉师姓名)
06.03.5	麻醉信息	<b>完整性:</b> 麻醉记录 (麻醉事件、术中用药、麻醉开始时间、进入恢复室时间、麻醉苏醒时间) <b>整合性:</b> 麻醉记录与手术记录 (手术标识号、麻醉方式) 可对照
06.03.6	麻醉信息	<b>及时性:</b> 麻醉记录 (麻醉开始时间) < 手术记录 (手术开始时间) < 麻醉记录 (进入麻醉恢复室时间) < 麻醉记录 (麻醉苏醒时间)
06.03.7	麻醉信息	<b>整合性:</b> 医联体医院病历中麻醉记录中 (病人标识、麻醉方式) 与本医院相应记录数据可对照
06.04.3	监护数据	<b>一致性:</b> 监护记录 (体征项目、护理措施)
06.04.4	监护数据	<b>完整性:</b> 监护记录 (病人标识、监测项目、护理措施、护理执行人)
06.04.5	监护数据	<b>完整性:</b> 监护记录 (护理记录、评估记录、体征采集时间、评估时间、治疗项目、治疗时间) <b>整合性:</b> 1、监护记录与检验结果记录 (病人标识、检验报告项目代码) 可对照 2、监护记录与医嘱记录 (病人标识、医嘱项目代码) 可对照
06.04.6	监护数据	<b>及时性:</b> 检验记录 (危急值报警时间) < 监护记录 (危急值处置时间)

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
06.04.7	监护数据	<b>整合性：</b> 外部医疗机构病历记录中的监护数据（病人标识、监测项目）与本院中相应记录可对照

## 医疗保障

项目编码	业务项目	数据质量考察项目
07.01.3	血液准备	<b>一致性：</b> 血液记录（血液项目名称、血液编码）
07.01.4	血液准备	<b>完整性：</b> 血液库存记录（血液编码、血袋编号、血型、数量、单位、入库时间）
07.01.5	血液准备	<b>完整性：</b> 血液记录（捐血者编码、捐血时间） <b>整合性：</b> 血液库存记录与血液使用记录（血袋编号、血液编码）可对照
07.01.6	血液准备	<b>完整性：</b> 血液库存记录（入库时间、出库时间记录、操作人员） <b>及时性：</b> 血液库存记录（入库时间）<血液库存记录（出库时间）<血液使用记录（输血时间）
07.01.7	血液准备	<b>整合性：</b> 院外血液记录与院内血液库存记录（血袋号、血型编码）可对照
07.02.3	配血与用血	<b>一致性：</b> 配血记录（血型编码、配血检验项目）
07.02.4	配血与用血	<b>完整性：</b> 配血记录（病人标识、配血检验项目、检验结果、配血时间）
07.02.5	配血与用血	<b>完整性：</b> 1、配血记录（配血人、核对人员） 2、用血记录（病人标识、血型编码、输血时间、血袋编号） <b>整合性：</b> 配血记录与输血记录（病人标识、血型编码）可对照
07.02.6	配血与用血	<b>及时性：</b> 配血记录（配血时间）<用血记录（输血时间）
07.02.7	配血与用血	<b>完整性：</b> 医联体病历中输血记录（病人标识、血型编码）与医院内的相关记录可对照
07.03.3	门诊药品调剂	<b>一致性：</b> 门诊配药记录（药品名称、药品编码、给药途径）
07.03.4	门诊药品调剂	<b>完整性：</b> 门诊配药记录（病人标识、姓名、药品编码、药品名称、给药途径、给药频率、发药数量）
07.03.5	门诊药品调剂	<b>完整性：</b> 门诊配药记录（处方开立时间、诊断、剂量、剂量单位、处方医师、审核药师、审核时间） <b>整合性：</b> 药品调剂记录和门诊处方记录（病人标识、处方号、药品代码）可对照
07.03.6	门诊药品调剂	<b>完整性：</b> 门诊配药记录（处方审核时间、发药时间） <b>及时性：</b> 门诊处方记录（处方开立时间）< 处方审核记录（处方审核时间）<= 门诊配药记录（处方发药时间）
07.03.7	门诊药品调剂	<b>整合性：</b> 医联体门诊处方记录（病人标识、药品编码、给药途径）项目与本院相关记录可对照
07.04.3	病房药品配置	<b>一致性：</b> 药房配药记录（药品名称、药品编码、给药途径）

项目编码	业务项目	数据质量考察项目
07.04.4	病房药品配置	<b>完整性:</b> 药房配药记录 (病人标识、姓名、药品编码、药品名称、给药途径、给药时间、发药数量)
07.04.5	病房药品配置	<b>完整性:</b> 药房配药记录 (医嘱执行时间、剂量、剂量单位、审核药师、审核时间) <b>整合性:</b> 药房配药记录与医嘱执行记录 (病人标识、药品编码、给药途径) 可对照
07.04.6	病房药品配置	<b>及时性:</b> 1、医嘱记录 (医嘱开立时间) < 药房配药记录 (发药时间) 2、药房配药记录 (发药时间) < 药品执行记录 (给药时间)
07.04.7	病房药品配置	<b>整合性:</b> 医联体病历记录中药疗医嘱记录 (病人标识、药品编码、给药途径) 与本院相关项目数据可对照

## 病历管理

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
08.01.3	病历质量控制	<b>一致性:</b> 病案质控记录 (质控项目名称)
08.01.4	病历质量控制	<b>完整性:</b> 病案质控记录 (病人标识、质控项目编码、质控时间)
08.01.5	病历质量控制	<b>完整性:</b> 病历质控记录 (书写医师、质控人员编码、病历质控问题描述、病案评分、时限超时标志) <b>整合性:</b> 病历质控记录与病历记录 (病人标识、病历章节标识) 可对照
08.01.6	病历质量控制	<b>及时性:</b> 病历质控记录 (质控时间) < 病历质控记录 (修改时间) < 病历质控记录 (质控确认完成时间)
08.01.7	病历质量控制	<b>整合性:</b> 医联体外院病历 (病人标识) 与医院病历记录可对照

## 信息利用

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
10.01.3	临床数据整合	<b>一致性:</b> 1、住院病案首页 (出院诊断编码、门诊诊断、手术操作编码、性别) 2、门诊病案记录 (门诊诊断)

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
10.01.4	临床数据整合	<p><b>完整性:</b></p> <p>1、病案首页（病人标识、住院标识、入院科室、出院科室、入院时间、出院时间）</p> <p>2、检查报告（病人标识、检查项目、结论、检查时间）</p> <p>3、检验报告（病人标识、检验项目、结果、参考范围、检验时间）</p> <p>4、医嘱记录（病人标识、医嘱代码、医嘱开始时间）5、体征记录（病人标识、体征项目、测量结果、测量时间）</p> <p><b>整合性:</b> 医嘱、检查、检验、手术、药品、体征项目能全部与病人标识对应</p>
10.01.5	临床数据整合	<p><b>一致性:</b> 形成临床数据仓库的项目有数据元素定义、值域定义。数据内容与值域字典可对应</p> <p><b>完整性:</b> 住院病案首页数据全部内容符合病案首页质量规范必填项要求</p>
10.01.6	临床数据整合	<p><b>完整性:</b></p> <p>1、从结构化病历记录中抽取记录项目与项目值，包括从入院记录提取结构化项目（主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、家族史、体格检查、专科情况、辅助检查等相关章节提取结构化数据）；病程记录（当前病情记录、评分、诊疗计划等相关章节提取结构化数据）；出院小结（诊疗情况、目前情况、评分、出院诊断、出院注意事项、出院带药等相关章节提取结构化数据）</p> <p>2、结构化检查报告记录中抽取记录项与项目值，包括检查描述、检查结论（提取量化项目名称、量化文本结果、量化数字结果、量化日期结果、量化布尔值等）</p> <p>3、抽取的数据项目超过结构化定义项目内容的 50%。</p>
10.01.7	临床数据整合	<p><b>完整性:</b> 数据仓库中数据有注册登记，每个登记的数据索引有唯一数据标识与实际数据对应。</p>



---

抄送：委医院管理研究所。

---

国家卫生健康委办公厅

2018年11月 日印发

---

校对：张萌