**招标项目技术、商务及其他要求**

**一、技术服务要求**

（1）通过本项目的建设，旨在助力医院通过互联互通成熟度四级甲等测评。结合医院现用信息系统情况，以郫都区中医医院通过“互联互通四甲”评审为目标，按照《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案（2020年版）》中“互联互通四甲”相关测评标准细则要求，并对待建项内容进行预评估。以确保结合本项目的建设，能助力医院实现“互联互通四甲”评审的目标。

★（2）采购人在用业务系统按照互联互通四甲测评标准相关改造费已包含在本项目预算中，需由本项目中标人承担，采购人不额外支付相关接口费用。（要求提供承诺函）

**二、项目建设内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **系统名称** | **数量** | **单位** |
|  | 互联互通交互服务 | 1 | 项 |
|  | 互联互通标准化服务 | 1 | 项 |
|  | 互联互通监控系统 | 1 | 套 |
|  | 病历文书标准化 | 1 | 项 |
|  | 互联互通四甲评审辅助服务 | 1 | 项 |
|  | 业务系统改造服务 | 1 | 项 |

1. **技术参数要求**

**1.1 互联互通交互服务**

响应医院通过互联互通四甲的评审目标，将医院与互联互通四甲评审相关的业务系统进行互联互通交互服务标准化改造，按照互联互通数据交互服务【2020版】要求交互服务标准如下：

（1）电子病历文档注册服务

* 电子病历文档源向电子病历文档注册服务提交请求消息；
* 电子病历文档注册服务校验数据并进行存储，注册成功时返回注册成功响应消息；
* 电子病历文档注册服务注册失败时返回异常响应消息。

（2）电子病历文档检索服务

* 电子病历文档使用者向电子病历文档检索服务提交请求消息；
* 电子病历文档检索服务查询数据，将查询结果返回给电子病历文档使用者；
* 电子病历文档检索服务检索失败时返回异常响应消息。

（3）电子病历文档调阅服务

* 电子病历文档使用者向电子病历文档检索服务提交检索请求消息；
* 电子病历文档检索服务查询数据，将查询结果返回给电子病历文档使用者；
* 电子病历文档使用者向电子病历文档调阅服务提交索引；
* 电子病历文档调阅服务将文档返回给电子病历文档使用者。

（4）个人信息注册服务

* 个人身份源向新增个人身份注册服务提交请求消息；
* 新增个人身份注册服务对个人身份源提交的个人身份信息建立交叉索引；
* 新增个人注册服务校验数据并进行存储，注册成功时返回平台注册的个人 ID；
* 新增个人注册服务注册失败时返回异常响应消息。

（5）个人信息更新服务

* 个人身份源向个人信息更新服务提交请求消息；
* 个人信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回个人 ID；
* 个人信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（6）个人信息合并服务

* 个人身份源向个人身份合并服务提交请求消息；
* 个人身份合并服务成功时返回响应消息；
* 个人身份合并服务失败时返回异常响应消息。

（7）个人信息查询服务

* 个人信息使用者向个人基本信息查询服务提交请求消息；
* 个人基本信息查询服务对个人信息使用者提交的个人身份查询信息查询个人基本信息；
* 个人基本信息查询服务成功时返回个人基本信息；
* 个人基本信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（8）医疗卫生机构(科室)信息注册服务

* 医疗卫生机构（科室）信息源向新增医疗卫生机构（科室）注册服务提交请求消息；
* 新增医疗卫生机构（科室）注册服务校验数据并进行存储，注册成功时返回医疗卫生机构（科 室）ID；
* 新增医疗卫生机构（科室）注册服务失败时返回异常响应消息。

（9）医疗卫生机构(科室)信息更新服务

* 医疗卫生机构（科室）信息源向医疗卫生机构（科室）信息更新服务提交请求消息；
* 医疗卫生机构（科室）信息更新服务进行数据，更新成功时返回医疗卫生机构（科室）ID；
* 医疗卫生机构（科室）信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（10）医疗卫生机构(科室)信息查询服务

* 医疗卫生机构（科室）信息使用者向医疗卫生机构（科室）信息查询服务提交请求消息；
* 医疗卫生机构（科室）信息查询服务对医疗卫生机构（科室）信息使用者提交的医疗卫生机构；
* （科室）查询信息查询医疗卫生机构（科室）信息；
* 医疗卫生机构（科室）信息查询服务成功时返回医疗卫生机构（科室）信息。

（11）医疗卫生人员信息注册服务

* 医护人员信息源向新增医护人员注册服务提交请求消息；
* 新增医护人员注册服务对医护人员信息源提交的医护人员信息建立交叉索引；
* 新增医护人员注册服务成功时返回医护人员 ID；
* 新增医护人员注册服务失败时返回异常响应消息。

（12）医疗卫生人员信息更新服务

* 医护人员信息源向医护人员信息更新服务提交请求消息；
* 医护人员信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回医护人员 ID；
* 医护人员信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（13）医疗卫生人员信息查询服务

* 医护人员信息使用者向个人基本信息查询服务提交请求消息；
* 医护人员信息查询服务对医护人员信息使用者提交的医护人员查询信息查询医护人员信息；
* 医护人员信息查询服务成功时返回医护人员信息；
* 医护人员信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（14）就诊卡信息新增服务

* 就诊卡信息源向就诊卡信息新增服务提交请求消息；
* 新增就诊卡信息注册服务校验数据并进行存储，注册成功时返回就诊卡信息ID；
* 新增就诊卡信息注册服务失败时返回异常响应消息。

（15）就诊卡信息更新服务

* 就诊卡信息源向就诊卡信息更新服务提交请求消息；
* 就诊卡信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回就诊卡信息ID；
* 就诊卡信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（16）就诊卡信息查询服务

* 就诊卡信息使用者向就诊卡信息查询服务提交请求消息；
* 就诊卡信息查询服务对就诊卡信息使用者提交的就诊卡信息查询信息查询就诊卡信息；
* 就诊卡信息查询服务成功时返回就诊卡信息；
* 就诊卡信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（17）门诊挂号信息新增服务

* 门诊挂号信息源向门诊挂号新增服务提交请求消息；
* 门诊挂号信息注册服务校验数据并进行存储，注册成功时返回挂号信息ID；
* 门诊挂号信息注册服务失败时返回异常响应消息。

（18）门诊挂号信息更新服务

* 门诊挂号信息源向门诊挂号信息更新服务提交请求消息；
* 门诊挂号信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回门诊挂号ID；
* 门诊挂号信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（19）门诊挂号信息查询服务

* 门诊挂号信息使用者向门诊挂号信息查询服务提交请求消息；
* 门诊挂号信息查询服务对门诊挂号信息使用者提交的门诊挂号查询信息查询门诊挂号信息；
* 门诊挂号信息查询服务成功时返回门诊挂号信息；
* 门诊挂号信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（20）住院就诊信息新增服务

* 住院就诊信息源向住院就诊信息新增服务提交请求消息；
* 住院就诊信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回住院就诊信息ID；
* 住院就诊信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（21）住院就诊信息更新服务

* 住院就诊信息源向住院就诊信息更新服务提交请求消息；
* 住院就诊信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回住院就诊信息ID；
* 住院就诊信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（22）住院就诊信息查询服务

* 住院就诊信息使用者向住院就诊信息查询服务提交请求消息；
* 住院就诊信息查询服务对住院就诊信息使用者提交的住院就诊查询信息查询住院就诊信息；
* 住院就诊信息查询服务成功时返回住院就诊信息；
* 住院就诊信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（23）住院转科信息新增服务

* 住院转科信息源向住院转科信息新增服务提交请求消息；
* 住院转科信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回住院转科信息ID；
* 住院转科信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（24）住院转科信息更新服务

* 住院转科信息源向住院转科信息更新服务提交请求消息；
* 住院转科信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回住院转科信息ID；
* 住院就诊信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（25）住院转科信息查询服务

* 住院转科信息使用者向住院转科信息查询服务提交请求消息；
* 住院转科信息查询服务对住院转科信息使用者提交的住院转科查询信息查询住院转科信息；
* 住院转科信息查询服务成功时返回住院转科信息；
* 住院转科信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（26）出院登记信息新增服务

* 出院登记信息源向出院登记信息新增服务提交请求消息；
* 出院登记信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回出院登记信息ID；
* 出院登记信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（27）出院登记信息更新服务

* 出院登记信息源向出院登记信息更新服务提交请求消息；
* 出院登记信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回出院登记信息ID；
* 出院登记信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（28）出院登记信息查询服务

* 出院登记信息使用者向出院登记信息查询服务提交请求消息；
* 出院登记信息查询服务对出院登记信息使用者提交的出院登记查询信息查询出院登记信息；
* 出院登记信息查询服务成功时返回出院登记信息；
* 出院登记信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（29）医嘱信息新增服务

* 医嘱信息源向医嘱信息新增服务提交请求消息；
* 医嘱信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回医嘱信息ID；
* 医嘱信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（30）医嘱信息更新服务

* 医嘱信息源向医嘱信息更新服务提交请求消息；
* 医嘱信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回医嘱信息ID；
* 医嘱信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（31）医嘱信息查询服务

* 医嘱信息使用者向医嘱信息查询服务提交请求消息；
* 医嘱信息查询服务对医嘱信息使用者提交的医嘱查询信息查询医嘱信息；
* 医嘱信息查询服务成功时返回医嘱信息；
* 医嘱信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（32）检验申请信息新增服务

* 检验申请信息源向检验申请信息新增服务提交请求消息；
* 检验申请信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回检验申请信息ID；
* 检验申请信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（33）检验申请信息更新服务

* 检验申请信息源向检验申请信息更新服务提交请求消息；
* 检验申请信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回检验申请信息ID；
* 检验申请信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（34）检验申请信息查询服务

* 检验申请信使用者向检验申请信息查询服务提交请求消息；
* 检验申请信息查询服务对检验申请信息使用者提交的检验申请查询信息查询检验申请信息；
* 检验申请信息查询服务成功时返回检验申请信息；
* 检验申请信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（35）检查申请信息新增服务

* 检查申请信息源向检查申请信息新增服务提交请求消息；
* 检查申请信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回检查申请信息ID；
* 检查申请信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（36）检查申请信息更新服务

* 检查申请信息源向检查申请信息更新服务提交请求消息；
* 检查申请信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回检查申请信息ID；
* 检查申请信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（37）检查申请信息查询服务

* 检查申请信使用者向检查申请信息查询服务提交请求消息；
* 检查申请信息查询服务对检查申请信息使用者提交的检查申请查询信息查询检查申请信息；
* 检查申请信息查询服务成功时返回检查申请信息；
* 检查申请信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（38）病理申请信息新增服务

* 病理申请信息源向病理申请信息新增服务提交请求消息；
* 病理申请信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回病理申请信息ID；
* 病理申请信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（39）病理申请信息更新服务

* 病理申请信息源向病理申请信息更新服务提交请求消息；
* 病理申请信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回病理申请信息ID；
* 病理申请信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（40）病理申请信息查询服务

* 病理申请信息使用者向病理申请信息查询服务提交请求消息；
* 病理申请信息查询服务对病理申请信息使用者提交的病理申请查询信息查询病理申请信息；
* 病理申请信息查询服务成功时返回病理申请信息；
* 病理申请信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（41）输血申请信息新增服务

* 输血申请信息源向输血申请信息新增服务提交请求消息；
* 输血申请信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回输血申请信息新ID；
* 输血申请信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（42）输血申请信息更新服务

* 输血申请信息源向输血申请信息更新服务提交请求消息；
* 输血申请信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回输血申请信息ID；
* 输血申请信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（43）输血申请信息查询服务

* 输血申请信息使用者向输血申请信息查询服务提交请求消息；
* 输血申请信息查询服务对输血申请信息使用者提交的输血申请查询信息查询输血申请信息；
* 输血申请信息查询服务成功时返回输血申请信息；
* 输血申请信息查询服务失败时返回异常响应消息。

（44）手术申请信息新增服务

* 手术申请信息源向手术申请信息新增服务提交请求消息；
* 手术申请信息新增服务校验数据并进行存储，注册成功时返回手术申请信息ID；
* 手术申请信息新增服务失败时返回异常响应消息。

（45）手术申请信息更新服务

* 手术申请信息源向手术申请信息更新服务提交请求消息；
* 手术申请信息更新服务进行数据更新，更新成功时返回手术申请信息ID；
* 手术申请信息更新服务失败时返回异常响应消息。

（46）手术申请信息查询服务

* 手术申请信息使用者向手术申请信息查询服务提交请求消息；
* 手术申请信息查询服务对手术申请信息使用者提交的手术申请查询信息查询手术申请信息；
* 手术申请信息查询服务成功时返回手术申请信息；
* 手术申请信息查询服务失败时返回异常响应消息。

**1.2 互联互通标准化服务**

**（一）互联互通标准化工具**

（1）支持标准知识库内置管理；

（2）支持内置国家标准校验规则，支持可视化共享文档管理模板；

（3）支持源数据智能调试；

（4）支持非标数据与标准数据之间转换调试，数据组装环节定位清晰；

（5）支持标准数据交互转化；

（6）支持与主数据映射功能一体化集成，院标到国标的标准化转换；

（7）支持共享文档生成调阅；

（8）支持共享文档标准化模板生成；

（9）支持共享文档浏览、检索和调阅功能；

（10）支持跨系统间调阅浏览。

**（二）标准化数据集改造**

支持从数据库中抽取原始数据，对抽取数据从非标数据转化为标准数据，并对标准数据进行自动化校验。实现以下数据集标准化服务完全符合国家标准：

1. 实现病历概要--患者基本信息数据集标准化

* 城乡居民健康档案编号——城乡居民个人健康档案的编号；
* 患者身份证件号码——患者的身份证件上的唯一法定标识符；
* 身份证件类别代码——患者身份证件所属类别在特定编码体系中的代码；
* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 医疗保险类别代码——患者本人参加的医疗保险类别在特定编码体系中的代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的代码；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系中的代码；
* 工作单位名称——患者所在的工作单位名称；
* 工作单位电话号码——患者当前所在的工作单位的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 地址类别代码——患者本人或联系人地址类别在特定编码体系中的代码；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 地址-村（街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 邮政编码——由阿拉伯数字组成，用来表示与地址对应的邮局及其投递地区的邮政通信代号；
* 患者电话号码——患者本人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 联系人姓名——联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 联系人电话号码——联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 建档日期时间——患者电子病历初次建档完成时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 建档医疗机构组织机构代码——建档医疗机构经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 建档者姓名——首次为患者建立电子病历的人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓名和名称；

1. 实现病历概要--基本健康信息数据集标准化

* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* ABO血型代码——进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在特定编码体系中的代码；
* Rh血型代码——进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 疾病史（含外伤）——患者既往健康状况和疾病（含外伤）的详细描述；
* 传染病史——患者既往所患各种急性或慢性传染性疾病名称的详细描述；
* 预防接种史——患者预防接种情况的详细描述；
* 手术史——患者既往接收手术/操作经历的详细描述；
* 输血史——患者既往输血史的详细描述；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 个人史——患者个人生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘放射性物质接触史，有无冶游史的描述；
* 婚育史——患者婚育史的详细描述；
* 月经史——患者月经史的详细描述；
* 家族史——患者 3 代以内有血缘关系的家族成员中所患遗传疾病史的描述；

1. 实现病历概要--卫生事件摘要数据集标准化

* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 医疗机构科室名称——患者就诊的医疗机构科室名称；
* 患者类型代码——患者就诊类型的分类代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 就诊日期时间——患者在门（急）诊就诊结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 入院日期——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 发病日期时间——疾病发病症状的首次出现的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 就诊原因——就诊原因的详细描述，如门（急）诊就诊原因、住院原因、转科原因等；
* 西医诊断编码——患者所患疾病在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 中医病名代码——患者所患疾病在中医病名特定分类体系中的代码；
* 中医证候代码——患者所患疾病在中医证候特定分类体系中的代码；
* 其他西医诊断编码——除主要诊断外的其他诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 关键药物名称——与本次就诊相关的关键药物通用名称；
* 关键药物用法——与本次就诊相关的关键药物（含中药）治疗疾病具体用法的描述；
* 药物不良反应情况——对可能影响患者诊治的、严重的药物不良反 应描述，包括：药物不良反应的表现、相关处理及结局；
* 中药使用类别代码——临床治疗中中药使用情况分类在特定编码体系中的代码；
* 其他医学处置——临床医师对患者实施的除检查／检验、用药、手术／操作以外的医学处置的描述；
* 根本死因代码——导致患者死亡的最根本疾病的诊断代码；
* 病情转归代码——出院时患者所患的每种疾病的治疗结果类 别在特定编码体系中的代码；
* 责任医师姓名——负责患者诊疗的主治医师以上的医师在公安 户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；

1. 实现病历概要--医疗费用记录数据集标准化

* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 医疗付费方式代码——患者单次住院诊疗所发生费用的支付方式在特别编码体系中的代码；
* 门诊费用金额——患者门诊就诊所发生的费用金额，计量单位为人民币元；
* 住院费用金额——住院者在住院期间所有项目的费用，计量单位为人民币元；
* 个人承担费用金额——因治疗疾病个人承担的费用金额，计量单位为人民币元；

1. 实现门（急）诊病历--门急诊病历数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 姓名代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄 ，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数埴写；
* 年龄（月）——年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示 1分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1 个月的天数；
* 过敏史标志——标识患者有无过敏经历的标志；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 就诊日期时间——患者在门（急）诊就诊结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 初诊标志代码——患者是否因该疾病首次就诊的分类代码；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 现病史——对患者当前所患疾病情况的详细描述；
* 既往史——既往健康状况及重要相关病史的描述；
* 体格检查——由门急诊接诊医师对患者进行的体格检查项目及主要检查结果的描述，包括主要的阳性体征和必要的阴性体征；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊观“察结果的详细描述 ，包 括望、闻、间、切四诊内容；
* 辅助检查项目——患者辅助检查、检验项目的通用名称；
* 辅助检查结果——患者辅助检查、检验结果的详细描述；
* 初步诊断-西医诊断名称——由医师根据患者就诊时的情况，综合分析所作出的西医诊断名称；
* 初步诊断-西医诊断编码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 初步诊断-中医病名名称——由医师根据患者就诊时的情况，综合分析所作出的中医诊断病名；
* 初步诊断-中医病名代码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 初步诊断-中医证候名称——由医师根据患者就诊时的情况，综合分析所作出的中医证候名称；
* 初步诊断-中医证候代码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 辨证依据——中医证候辨证分型主要依据的详细描述；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 医嘱项目类型代码——医嘱项目分类在特定编码体系中的代码；
* 医嘱项目内容——对医嘱项目具体内容的描述；
* 医嘱备注信息——对下达医嘱的补充说明和注意事项捉示；
* 医嘱开立科室——开立医嘱的科室名称；
* 医嘱开立者签名——对医嘱进行审核的人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱开立日期时间——医嘱开立结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医嘱审核者签名——对医嘱进行审核的人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱审核日期时间——对医嘱进行审核时的公元纪年日期和时间的详细描述；
* 医嘱执行科室——执行医嘱的科室名称；
* 医嘱执行者签名——执行医嘱的人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱执行日期时间——医嘱执行结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医嘱执行状态——显示医嘱执行状态的信息描述；
* 取消医嘱者签名——取消医嘱的人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱取消日期时间——取消医嘱时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；

1. 实现门（急）诊病历--急诊留观病历数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特 定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊 对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理忤别在特定编码体系中的代码；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 过敏史标志——标识患者有无过敏经历的标志；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的洋细描述；
* 就诊日期时间——患者在门（急）诊就诊结束时的公元纪年日 期和时间的完整描述；
* 初诊标志代码——患者是否因该疾病首次就诊的分类代码；
* 收入观察室日期时间——急诊患者被收入观察室或监护室的公元纪 年日期和时间的完整描述；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 现病史——对患者当前所患疾病情况的详细描述；
* 既往史——既往健康状况及重要相关病史的描述；
* 体格检査——由门急诊接诊医师对患者进行的体格检査 项目及主要检査结果的描述，包括主要的阳 性体征和必要的阴性体征；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊'‘观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 辅助检查项目——患者辅助检査、检验项目的通用名称；
* 辅助检査结果——患者辅助检査、检验结果的详细描述；
* 初步诊断-西医诊断编码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊 断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 初步诊断-西医诊断名称——由医师根据患者就诊时的情况，综合分析所 作出的西医诊断名称；
* 初步诊断-中医病名代码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊 断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 初步诊断-中医病名名称——由医师根据患者就滲吋的情况，综合分析所 作出的中医诊断病名；
* 初步诊断-中医证候代码——患者在门（急）诊就诊时初步作出的疾病诊 断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 初步诊断-中医证候名称——由医师根据患者就诊时的情况，综合分析所 作出的中医证候名称；
* 辨证依据——中医证候辨证分型主要依据的详细描述；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 医嘱项目类型代码——医嘱项目分类在特定编码体系中的代码；
* 医嘱项目内容——对医嘱项目具体内容的描述；
* 医嘱备注信息——对下达医嘱的补充说明和注意事项提示；
* 医嘱开立科室——开立医嘱的科室名称；
* 医嘱开立者签名——开立医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱开立日期时间——医嘱开立结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医嘱审核者签名——对医嘱进行审核的人员签署的在公安户籍 管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱审核日期时间——对医嘱进行审核时的公元纪年日期和时问的详细描述
* 医嘱执行科室——执行医嘱的科室名称
* 医嘱执行者签名——执行医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称
* 医嘱执行日期时间——医嘱执行结束时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医嘱执行状态——显示医嘱执行状态的信息描述；
* 取消医嘱者签名——取消医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱取消日期时间——取消医嘱吋的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的 顺序号；
* 急诊留观病程记录——急诊留观病历中病程记录内容的详细描述， 重点记录观察期间病情变化和诊疗措施；
* 抢救开始日期时间——实施抢救的开始时间的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 抢救结束日期时间——实施抢救的结束时间的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 急诊抢救记录——对急诊抢救过程的描述；
* 手术及操作名称——按照ICD-9-CM-3的名称；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编 码体系中的编码；
* 手术及操作目标部位名称——实施手术及操作的人体部位名称；
* 介入物名称——实施手术操作时使用或放置的材料及药物 的名称；
* 手术及操作方法——手术及操作方法的详细描述；
* 手术及操作次数——实施手术及操作的次数；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 参加抢救人员名单——所有参加抢救医务人员姓名列表；
* 专业技术职务类别代码——医护人员专业技术职务分类在特定编码体 系中的代码；
* 患者去向代码——患者当前诊疗过程结束后的去向在特定编 码体系中的代码，这里指离开急诊观察室或 监护室后的去向；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；

1. 实现门（急）诊处方--西药处方数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的 ，并按照特定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 处方编号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊处方的顺序号；
* 处方开立日期——门（急）诊医师开具处方当日的公元纪日期的完整描述；
* 处方有效天数——门（急）诊医师开具的处方的有效天数 ；
* 处方开立科室名称——开具处方的门（急）诊科室名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍竹理部门正式登记注；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄 ，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1 个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码 ；
* 药物名称——药物通用名称；
* 药物规格——药物规格的描述，如0. 25g；
* 药物剂型代码——药物剂型类别在特定编码体系中的代码；
* 药物使用次剂量——单次使用药物的剂量；
* 药物使用剂量单位——标识药物剂量的计从单位；
* 药物使用频次代码-标识单位时间内药物使用的次数；
* 药物使用途径代码——药物使用途径在特定编码体系中的代码；
* 药物使用总剂量——服药者在一段时间内累计服用某药物的剂量总计；
* 处方药品组号——由系统从 1 开始根据自然递增的原则赋予每条新增医嘱的顺序号，用于标识大输液配液分组；
* 处方开立医师签名——开具门急诊处方的医师签署的在公安户箱节理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方审核药剂师签名——对门急诊处方的适宜性、规范性等进行审核的药剂师（一般由具有药师以上专业技术职务资格的药师担任）签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方调配药剂师签名——对门急诊处方进行调配的药剂师签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方核对药剂师签名——按照处方要求对调配的药物进行核对的药剂师签署的在公安户籍忤理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方发药药剂师签名——按照审核、调配后的门急诊处方，给患者发药的药剂师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方备注信息——对处方信息的重要提示和补充说明；
* 处方药品金额——处方药品的计价金额 ，单位为元；

1. 实现门（急）诊处方--中药处方数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的 ，并按照特定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 处方编号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊处方的顺序号；
* 处方类别代码——门（急）诊处方中的中药类别的分类代码；
* 处方开立日期——门（急）诊医师开具处方当日的公元纪日期的完整描述；
* 处方有效天数——门（急）诊医师开具的处方的有效天数 ；
* 处方开立科室名称——开具处方的门（急）诊科室名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍竹理部门正式登记注；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄 ，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1 个月的天数；
* 西医诊断编码——患者所患疾病在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 中医病名代码——患者所患疾病在中医病名特定分类体系中的代码；
* 中医证候代码——患者所患疾病在中医证候特定分类体系中的代码；
* 药物名称——药物通用名称；
* 药物规格——药物规格的描述，如0. 25g；
* 药物剂型代码——药物剂型类别在特定编码体系中的代码；
* 药物使用次剂量——单次使用药物的剂量；
* 药物使用剂量单位——标识药物剂量的计从单位；
* 药物使用频次代码——标识单位时间内药物使用的次数；
* 用药途径代码——药物试验途径在特定编码体系中的代码；
* 药物使用总剂量——服药者在一段时间内累计服用某药物的剂量总计；
* 处方药品组号——由系统从 1 开始根据自然递增的原则赋予每条新增医嘱的顺序号，用于标识大输液配液分组；
* 中药饮片处方——中药饮片处方的详细描述；
* 中药饮片剂数（剂）——本次就诊给患者所开中药饮片的剂数，计县单位为剂；
* 中药饮片煎煮法——中药饮片煎煮方法描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 处方开立医师签名——开具门急诊处方的医师签署的在公安户箱节理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方审核药剂师签名——对门急诊处方的适宜性、规范性等进行审核的药剂师（一般由具有药师以上专业技术职务资格的药师担任）签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方调配药剂师签名——对门急诊处方进行调配的药剂师签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方核对药剂师签名——按照处方要求对调配的药物进行核对的药剂师签署的在公安户籍忤理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方发药药剂师签名——按照审核、调配后的门急诊处方，给患者发药的药剂师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 处方备注信息——对处方信息的重要提示和补充说明；
* 处方药品金额——处方药品的计价金额 ，单位为元；

1. 实现检查检验记录--检查记录数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 患者类型代码——患者就诊类型的分类代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30, 分子为不足1 个月的天数；
* 电话号码——患者本人或联系人的联系电话号码，包括国际、国内区号和分机号 ；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 检查申请机构名称——申请作检查项目的医疗机构名称；
* 检查申请科室——申诮检查的科室名称；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 诊断机构名称——对患者所患疾病作出诊断的医疗机构的组织机构名称；
* 诊断日期——对患者所患疾病作出诊断时当日的公元纪年日期的完整描述；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 症状开始日期时间——当次症状开始发生时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 症状停止日期时间——当次症状停止时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 症状描述——对患者出现症状的详细描述；
* 特殊检查标志——标识患者有无特殊检查操作经历的标志；
* 操作编码——为患者实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 操作名称——按照 ICD-9-CM-3 的名称；
* 操作部位代码——检查（含病理）的人体部位在特定编码体系中的代码；
* 介入物名称——实施手术操作时使用／放笠的材料／药物的名称；
* 操作方法描述——操作方法的详细描述；
* 操作次数——实施操作的次数；
* 操作日期时间——对患者实施的操作结束 时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码
* 麻醉观察结果——多个麻醉观察项目结果的详细描述；
* 麻醉中西医标识代码——麻醉方法的中西医类别的分类代码；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安户轿管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 标本类别——对标本类别的描述；
* 检查标本号——按照某一特定编码规则赋予检查标本的顺序号；
* 标本状态——对受检标本状态的描述；
* 标本固定液名称——用于标本固定的液体的名称；
* 标本采样日期时间——采集标本时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 接收标本日期时间——检查科室实际 接收标本时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 检查方法名称——患者接受医学检查项目所采用的检验方法名称；
* 检查类别——患者检查项目所属的类别详细描述；
* 检查项目代码——患者检验项目在特定编码体系中的代码，如LOINC 的代码值；
* 检查结果代码——患者检查结果的分类代码；
* 检查定量结果——患者检验结果的利盘值（定最）；
* 检查定量结果计量单位——患者定从检验测且值的计且单位；
* 检查技师签名——检查技师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 检查医师签名——检查医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 检查日期——检查项目执行当日的公元纪年日期的完整描述；
* 检查报告单编号——按照某一特定编码规则赋予检验报告单的顺序号；
* 检查报告机构名称——检验报告单的机构的名称；
* 检查报告科室——检查报告的科室的名称；
* 检查报告结果-客观所见——检查项目结果报告的客观说明；
* 检查报告结果-主观提示——检查项目结果报告的主观说明；
* 检查报告备注——关于检查报告的其他描述；
* 检查报告日期——检查报告当日的公元纪年日期的完整描述；
* 报告医师签名——做出报告的医师签署 的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 审核医师签名——审核医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；

1. 实现检查检验记录--检验记录数据集标准化

* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 患者类型代码——患者就诊类型的分类代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满 1 周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄（月）——"年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30, 分子为不足1 个月的天数"；
* 电话号码——患者本人或联系人的联系电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 检验申请机构名称——申请做检验项目的医疗机构名称；
* 检验申请科室——申请检验的科室名称；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 诊断机构名称——对患者所患疾病作出诊断的医疗机构的组织机构名称；
* 诊断日期——对患者所患疾病做出诊断时当日的公元纪年日期的完整描述 ；
* 标本类别——对标本类别的描述；
* 检验标本号——按照某一特定编码规则赋予检验标本的顺序号；
* 标本状态——对受检标本状态的描述；
* 标本采样日期时间——采集标本时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 接收标本日期时间——检验科室实际接收标本时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 检验方法名称——患者接受医学检查项目所采用的检验方法名称；
* 检验类别——患者检验项目所属的类别详细描述；
* 检验项目代码——患者检验项目在特定编码体系中的代码，如LOINC 的代码值；
* 检验结果代码——患者检验项目在特定编码体系中的代码，如LOI NC的代码值；
* 检验定量结果——患者检验结果的测量值（定量）；
* 检验定量结果计量单位——患者定量检验测量值的计且单位；
* 检验技师签名——检验技师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 检验医师签名——检验医师签署的在公安户籍 管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 检验日期——检验项目执行当日的公元纪年日期的完整描述；
* 检验报告单编号——按照某一特定编码规则赋予检查报告单的顺序；
* 检验报告机构名称——检查报告机构名称；
* 检验报告科室——检验报告单的科室的名称；
* 检验报告结果——检验项目结果报告的客观说明；
* 检验报告备注——关于检查报告的其他描述；
* 检验报告日期——检验报告当日的公元纪年日期的完整描述；
* 报告医师签名——做出报告的医师签署 的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 审核医师签名——审核医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；

（11）实现一般治疗处理记录--治疗记录数据集标准化

* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计笄的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重（kg)——患者体重的测f量值，计量单位为kg；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 处理及指导意见——对某事件进行处理及指导意见内容的详细描述；
* 有创诊疗操作标志——标识患者是否接受过有创诊疗操作的标志；
* 操作编码——为患者实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 操作名称——按照ICD-9-CM-3的名称；
* 操作目标部位名称——实施操作的人体部位名称；
* 介入物名称——实施手术操作时使用/放置的材料/药物的名称；
* 操作方法描述——操作方法的详细描述；
* 操作次数——实施操作的次数；
* 操作日期时间——对患者实施的操作结束时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 药物名称——药物通用名称；
* 药物用法——药物(含中药）治疗疾病具体用法的描述；
* 中药使用类别代码——临床治疗中中药使用情况分类在特定编码 体系中的代码；
* 药物使用频次代码——标识单位时间内药物使用的次数；
* 药物剂型代码——药物剂型类别在特定编码体系中的代码；
* 药物使用剂量单位——标识药物剂量的计量单位；
* 药物使用次剂量——单次使用药物的剂量；
* 药物使用总剂——服药者在一段时间内累计服用某药物的剂 里总计；
* 用药途径代码——药物使用途径在特定编码体系中的代码；
* 过敏史标志——标识患者有无过敏经历的标志；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 医嘱使用备注——医嘱执行过程中的注意事项；
* 今后治疗方案——今后治疗方案的详细描述；
* 随访方式代码——进行医学随访的方式类别在特定编码体系 中的代码；
* 随访日期——对患者进行随访时当日的公元纪年日期的 完整描述；
* 随访周期建议代码——患者接受医学随访的建议间隔时长在特定 编码体系中的代码；
* 医嘱执行者签名——执行医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；

（12）实现一般治疗处理记录--一般手术记录数据集标准化

* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 手术间编号——患者实施手术所在的手术室编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 术后诊断编码——术后诊断在特定编码体系中的编码；
* 手术开始日期时间——对患者开始手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术结束日期时间——对患者结束手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术名称——按照ICD-9-CM-3的名称；
* 手术级别代码——按照手术分级管理制度，根据风险性和难易 程度不同划分的手术级别在特定编码体系中的代码；
* 手术目标部位名称——实施手术的人体部位名称；
* 介入物名称——实施手术操作时使用/放置的材料/药物的名称；
* 手术体位代码——手术时患者采取的体位在特定编码体系中的代码；
* 手术过程描述——手术过程的详细描述；
* 手术史标志——标识患者有无手术经历的标志；
* 皮肤消毒描述——对手术中皮肤消毒情况的具体描述；
* 手术切口描述——对手术中皮肤切口情况的具体描述；
* 引流标志——标识术中是否有引流的标志；
* 出血置（mL)——手术中出血最的累计值，计量单位为mL；
* 输液量(mL)——术中输液量的描述，单位为mL；
* 输血量(mL)——输入红细胞、血小板、血浆、全血等的数量， 计量单位为mL；
* 术前用药——对患者术前用药情况的描述；
* 术中用药——对患者术中用药情况的描述；
* 引流材料名称——对手术中引流材料名称的具体描述；
* 引流材料数目——对手术中引流材料数目的具体描述；
* 放置部位——引流管放置在病人体内的具体位置的描述；
* 输血反应标志——标识患者术中输血后是否发生了输血反应的标志；
* 手术者姓名——为患者实施手术的主要执行人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* I助姓名——协助手术者完成手术及操作的第1助手在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* II助姓名——协助手术者完成手术及操作的第2助手在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 器械护士姓名——器械护士在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 巡台护士姓名——巡台护士在公安管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 麻醉医师姓名——对患者实施麻醉的麻醉医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 手术者签名——为患者实施手术的主要执行人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；

（13）实现一般治疗处理记录--麻醉术前访视记录数据集标准化

* 血气分析检查结果——麻醉术前访视吋，对患者血气分析检査结果 的详细描述；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 手术间编号——对患者实施手术操作时所在的手术室房间编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁)——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计笄的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重（kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* ABO血型代码——在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者AB?血型类别在 特定编码体系中的代码；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作编码——拟为患者实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 拟实施麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时拟使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 术前合并疾病——患者在接受手术前，除与手术相关的诊断外，同时合并的其他疾病；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 简要病史——对患者病史的简要描述；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 心电图检査结果——对患者心电图检査结果的详细描述；
* 胸部X线检查结果——对患者胸部X线检査结果的详细描述；
* CT检査结采——CT检查结果的详细描述；
* B超检查结果——B超检査结果的详细描述；
* MRI超检査结果——MRI检査结果的咩细描述；
* 肺功能检査结果——患者肺功能检査结果的详细描述；
* 血常规检査结果——麻醉术前访视时，对患者血常规检查结果的详细描述；
* 尿常规检査结果——麻醉术前访视时，对患者尿常规检査结果的详细描述；
* 凝血功能检查结果——麻醉术前访视时，对患者凝血功能检査结果的详细描述；
* 肝功能检查结果——对患者肝功能检查结果的详细描述；
* 一般状况检查结果——对患者一般状况检查结果的详细描述，包括其发育状况、营养状况、体味、步态、面容与 表情、意识，检査能否合作等；
* 精神状态正常标志——标识患者精神状态是否正常的标志；
* 心脏听诊结果——麻醉术前访视时，对心脏听诊结果的详细描述；
* 肺部听诊结果——麻醉术前访视时，对患者肺部听诊检查结果的描述；
* 四肢检査结果——麻醉术前访视时，对四肢检査结果的详细描述；
* 脊柱检查结果——麻醉术前访视时，对脊柱检查结果的详细描述；
* 腹部检査结果——麻醉术前访视时，对腹部检査结果的详细描述；
* 气管检查结果——麻醉术前访视时，对气管检査结果的详细描述；
* 牙齿检査结果——麻醉术前访视时，对牙齿检査结果的详细描述；
* 术前麻醉医嘱——术前麻醉医师下达的医嘱；
* 麻醉适应症——麻醉适应症的描述；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；

（14）实现一般治疗处理记录--麻醉记录数据集标准化

* 输血反应标志——标识患者术中输血后是否发生了输血反应的标志；
* 术中输液项目——手术过程中输入液体的描述；
* 出血量（mL)——手术中出血量的累计值，计量单位为mL；
* 患者去向代码——患者当前诊疗过程结束后的去向在特定编 码体系中的代码，这里指手术结束后的去向；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 输血量计量单位——输入血液或血液成分的计量单位，可包含汉字的字符，如mL、单位、治疗等；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 气管插管分类——标识全身麻醉时气管插管分类的描述；
* 麻醉药物名称——药物通用名称；
* 麻醉体位——麻醉体位的详细描述；
* 呼吸类型代码-呼吸类型的分类代码；
* 麻醉描述——麻醉过程的详细描述；
* 常规监测项目名称——麻醉过程中，需要常规监测项目的名称；
* 常规监测项目结果——麻醉过程中，常规监测项目结果的详细记录；
* 特殊监测项目名称——麻醉过程中，需要特殊监测项目的名称；
* 特殊监测项目结果——麻醉过程中，特殊监测项目结果的详细记录；
* 麻醉合并症标志代码——是否具有麻醉合并症的分类代码；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 穿刺过程——局部麻醉中穿刺过程的详细描述；
* 收缩压（mmHg)——收缩压的测量值，计最单位为mmHg；
* 舒张压（mmHg)——舒张压的测量值，计量单位为mmHg；
* 体温——体温的测量值，计量单位为C；
* 心率(次/min)——心脏搏动频率的测量值，计量单位为次/min；
* 脉率(次/min)——患者每分钟脉搏次数的测量值，计量单位为次/min；
* 呼吸频率（次./min)——患者单位时间内呼吸次数的测量值，计量单位为次/min；
* 美国麻醉医师协会 (ASA)分级标准代码——根据美同麻醉师协会（ASA)制定的分级标 准，对病人体质状况和对手术危险性进行评估分级的结果在特定编码体系中的代码；
* 麻醉效果——实施麻醉效果的描述；
* 麻醉前用药——在患者进行麻醉前给予的药品的具体描述；
* 手术开始日期时间——对患者开始手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 麻醉开始日期时间——麻醉开始时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术结束日期时间——对患者结束手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 出手术室日期时间——患者离开手术室时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术者姓名——为患者实施手术的主要执行人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 药物名称——药物通用名称；
* 药物用法——药物(含中药）治疗疾病具体用法的描述；
* 药物使用频次代码——标识单位时间内药物使用的次数；
* 药物使用剂量单位——标识药物剂量的计量单位；
* 药物使用次剂量——单次使用药物的剂量；
* 药物使用总剂量——服药者在一段时间内累计服用某药物的剂量总计；
* 用药途径代码——药物使用途径在特定编码体系中的代码；
* 输血日期时间——患者输血结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 输血品种代码——输入全血或血液成分类别在特定编码体系中的代码；
* 输血量（mL)——输入红细胞、血小板、血浆、全血等的数量， 计量单位为mL；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 手术间编号——对患者实施手术操作时所在的手术室房间编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重(kg)\_患者体重的测量值，计量单位为kg；
* ABO血型代码\_在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在特定编码体系中的代码；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 术后诊断编码——术后诊断在特定编码体系中的编码；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术体位代码——手术时患者采取的体位在特定编码体系中的代码；

（15）实现一般治疗处理记录--麻醉术后访视记录数据集标准化；

* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 麻醉适应症——麻醉适应症的描述；
* 特殊情况——对存在特殊情况的描述；
* 拔除气管插管标志——标识是否已拔除气管插管的标志；
* 清醒日期时间——麻醉后患者消醒时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 麻醉恢复情况——对麻醉恢复情况的描述；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 手术及操作编码——"患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码"；
* 一般状况检查结果——对患者一般状况检查结果的详细描述，包括其发育状况、营养状况、体味、步态、面容与表情、意识，检查能否合作等等；
* 术后诊断编码——术后诊断在特定编码体系中的编码；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* Rh血型代码——"进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在特点编码体系中的代码"；
* ABO血型代码——患者持有的全国统一居民健康卡的编号；
* 体重（kg）——患者体重的测量值 ，计量单位为 kg；
* 年龄（月）——"年龄不足1 周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30, 分子为不足1 个月的天数"；
* 年龄（岁）——"患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写"；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 住院号——按照某特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安户籍性理部门正式登记注册的姓氏和名称；

（16）实现一般治疗处理记录--输血记录数据集标准化

* 输血日期时间——患者输血结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 输血原因——表示本次输血的原因；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 输血次数——输血次数的累计值；
* 输血反应类型代码——患者发生输血反应的分类在特定编码体系中的代码；
* 输血反应标志——标识患者术中输血后是否发生了输血反应的标志；
* 输血量计量单位——输入血液或血液成分的计量单位，可包含汉字的字符，如mL，单位，治疗M等；
* 输血量（mL)——输入红细胞、血小板、血浆、全血等的数量，计量单位为mL；
* 血袋编码——按照特定编码规则赋予血袋的顺序号；
* 输血品种代码——输入全血或血液成分类别在特定编码体系中的代码；
* 输血过程记录——对患者输血过程的详细描述；
* 输血指征——受血者接受输血治疗的指征描述；
* 申请Rh血型代码——为患者申请的并实际输入的与患者本人相同的Rh血型类别在特定编码体系中的代码；
* 申请ABO血型代码——为患者申请的并实际输入的与患者本人相同的ABO血型类别在特定编码体系中的 代码；
* 输血性质代码——输血性质类别的分类代码；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 输血史标识代码——既往有无输血经历的分类代码；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* ABO血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在 特定编码体系中的代码；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；

1. 实现护理操作记录--一般护理记录数据集标准化

* 体温（℃）——体温的测量值，计量单位为℃；
* 呼吸频率(次/min)——患者单位时间内呼吸次数的测量值，计量单 位为次/min；
* 脉率(次/min)——患者每分钟脉搏次数的测量值，计量单位为 次/min；
* 收缩压(mmHg)——收缩压的测量值，计量单位为mmHg；
* 舒张压（mmHg)——舒张压的测量值，计量单位为mmHg；
* 血氧饱和度（％)——脉搏血氧饱和度的测量值，计量单位为％；
* 足背动脉搏动标志——标识患者是否存在足背动脉搏动的标志；
* 饮食情况代码——患者饮食情况所属类别的分类代码；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 护理等级代码——护理级别的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理类型代码——护理类型的分类在特定编码体系中的代码；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 体重(kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 导管护理描述——对患者进行导管护理的详细描述；
* 气管护理代码——气管护理类别的分类代码；
* 体位护理——标识体位护理的描述；
* 皮肤护理——对患者进行皮肤护理的描述；
* 营养护理——营养护理的描述；
* 饮食指导代码——饮食指导类别在特定编码体系中的代码；
* 心理护理代码——心理护理类别的分类代码；
* 安全护理代码——安全护理类别的分类代码；
* 简要病情——对病人简要病情的描述；
* 护理观察项目名称-护理观察项目的名称，如患者神志状态、饮 食情况，皮肤情况、氧疗情况、排尿排便情 况，流量、出量、人量等等，根据护理内容的不同选择不同的观察项目名称；
* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 护理操作名称——进行护理操作的具体名称；
* 护理操作项目类目名称——多个护理操作项目的名称；
* 护理操作结果——多个护理操作结果的详细描述；
* 发出手术安全核对表标志——对接受手术治疗的患者，标识是否已发出手术安全核对表的标志；
* 收回手术安全核对表标志——对接受手术治疗的患者，标识是否已收回手术安全核对表的标志；
* 发出手术风险评估表标志——对接受手术治疗的患者，标识是否已发出手术风险评估表的标志；
* 收回手术风险评估表标志——对接受手术治疗的患者，标识是否已收回手术风险评估表的标志；
* 隔离标志——标识对患者是否采取隔离措施的标志；
* 隔离种类代码——对患者采取的隔离种类在特定编码体系中的代码；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；

（18）实现护理操作记录--病危（重）护理记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 护理等级代码——护理级别的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理类型代码——护理类型的分类在特定编码体系中的代码；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 体重(kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 体温（℃）——体温的测量值，计量单位为℃；
* 心率(次/min)——心脏搏动频率的测量值，计量单位为次/ min；
* 呼吸频率（次/min)——患者单位时间内呼吸次数的测量值，计量单位为次/min；
* 收缩压（mmHg)——收缩压的测量值，计量单位为mmHg；
* 舒张压（mmHg)——舒张压的测量值，计量单位为mmHg；
* 血糖检测值（mmol/L)——空腹时血液中葡萄糖定量检测结果值，计量单位为mmol/L
* 饮食情况代码——患者饮食情况所属类别的分类代码；
* 护理观察项目名称——护理观察项目的名称，如患者神志状态、饮食情况，皮肤情况、氧疗情况、排尿排便情况，流量、出量、入量等等，根据护理内容的不同选择不同的观察项目名称；
* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 护理操作名称——进行护理操作的具体名称；
* 护理操作项目类目名称——多个护理操作项目的名称；
* 护理操作结果——多个护理操作结果的详细描述；
* 呼吸机监护项目——对呼吸机监测项目的描述；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（19）实现护理操作记录--手术护理记录数据集标准化

* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重（kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* ABO血型代码——在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在 特定编码体系中的代码；
* 护理等级代码——护理级别的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理类型代码——护理类型的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理观察项目名称——护埋观察项目的名称，如患者神志状态、饮 食情况，皮肤情况、氧疗情况、排尿排便情况，流量、出量、入量等等，根据护理内容的不同选择不同的观察项目名称；
* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 护理操作项目类目名称——多个护理操作项目的名称；
* 护理操作名称——进行护理操作的具体名称；
* 护理操作结果——多个护理操作结果的详细描述；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 入手术室日期时间——患者进人手术室时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 出手术室日期时间——患者离开手术室时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 准备事项——针对病人实施手术的准备工作描述；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术者姓名——为患者实施手术的主要执行人员的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 手术目标部位名称——实施手术的人体部位名称；
* 手术结束日期时间——对患者结束手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术开始日期时间——对患者开始手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 过敏史标志——标识患者有无过敏经历的标志；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 皮肤检查描述——皮肤检査结果的详细描述；
* 术中病理标志——标识术中手术标本是否进行病理切片检査的标志；
* 术中所用物品名称——术中所用物品的名称；
* 术前清点标志——标识术前是否对即将使用的物品进行清点的标志；
* 术前核对标志——标识手术切口缝合前对物品是否进行了清点核对的标志；
* 术后核对标志——标识手术切口缝合后对物品是否进行了清点核对的标志；
* 病人交接核对项目——病人在进行交接吋需要核对的项目名称；
* 巡台护士签名——巡台护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 器械护士签名——器械护士签署的在公安户籍管理部门正式登记己注册的姓氏和名称；
* 交接护士签名——病人交接时，交接护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 转运者签名——病人交接时，转运者签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 交接日期时间——手术患者在转运过程（术前交接、术后交接及麻醉恢复后患者交接）中进行交接时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术间编号——对患者实施手术操作吋所在的手术室房间编号；

（20）实现护理操作记录--生命体征测量记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 入院日期时间——患者实际办现入院手续吋的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 实际住院天数——患者当前实际的住院天数；
* 手术或分娩后天数——截止当前记录日期为止，患者行手术或分娩后的天数；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 呼吸频率(次/min)——患者单位时问内呼吸次数的测量值，计量单位为次/min；
* 使用呼吸机标志——标识患者是否同意使用呼吸机辅助通气的标志；
* 脉率(次/min)——患者每分钟脉搏次数的测量值，计量单位为 次/min；
* 起搏器心率(次/min)——患者佩戴起搏器后的心率，计量单位为 次/min；
* 体温（℃）——体温的测量值，计量单位为（℃）；
* 收缩压（mmHg)——收缩压的测量值，计量单位为mmHg；
* 舒张压（mmHg)——舒张压的测量值，计量单位为mmHg；
* 体重（kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 腹围（cm)——患者腹部周长的测量值，计量单位为cm；
* 护理观察项目名称——护理观察项目的名称，如患者神志状态、饮 食情况，皮肤情况、氧疗情况、排尿排便情 况，流量、出量、人量等等，根据护理内容的不同选择不同的观察项目名称；
* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（21）实现护理操作记录--出入量记录数据集标准化

* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 中药使用类别代码——临床治疗中中药使用情况分类在特定编码体系中的代码；
* 护理操作名称——进行护理操作的具体名称；
* 护理操作结果——多个护理操作结果的详细描述；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 药物用法——药物（含中药）治疗疾病具体用法的描述；
* 药物使用频率——标识单位时间内药物使用的次数；
* 药物使用剂量单位——标识药物剂量的计量单位；
* 药物使用次剂量——单次使用药物的剂量；
* 药物使用总剂量——服药者在一段时间内累计服用某药物的剂量总计；
* 用药途径代码——药物使用途径在特定编码体系中的代码；
* 药物名称——药物通用名称；
* 呕吐标志——标识患者是否有呕吐症状的标志；
* 排尿困难标志——标识患者是否有排尿困难症状的标志；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氐和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重(kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 护理等级代码——护理级别的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理类型代码——护理类型的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理操作项目类目名称——多个护理操作项目的名称；

（22）实现护理操作记录--高值耗材使用记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30.分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 植入性耗材标志——标识是否为植入性高值耗材的标志；
* 材料名称——高值耗材名称；
* 产品编码——医用耗材出厂时的唯一代码/产品流水号；
* 产品生产厂家——医用耗材生产单位的单位名称；
* 产品供应商——医用耗材供应单位的单位名称；
* 耗材单位——高值耗材的单位规格；
* 数量——高值耗材的实际使用数量；
* 使用途径——髙值耗材的使用途径；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

1. 实现护理评估与计划--入院评估记录数据集标准化

* 婚姻状况代码——患者当前婿姻状况在特定编码体系中的代码；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 主要症状——患者出现的临床主要症状的描述；
* 体重（kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 体温（℃）——体温的测量值，计量单位为℃；
* 呼吸频率（次/min)——患者单位时间内呼吸次数的测量值，计量单位为次/min；
* 脉率(次/min)——患者每分钟脉搏次数的测量值，计量单位为次/min；
* 收缩压（mmHg)——收缩压的测量值，计量单位为mmHg；
* 舒张压（mmHg)——舒张压的测量值，计量位为mmHg；
* 入院原因——因某种疾病或健康问题住院治疗的原因的描述；
* 入院途径代码——患者收治入院治疗的来源分类在特定编码体系中的代码；
* Apgar评分值——对新生儿娩出后呼吸、心率、皮肤颜色、肌张力及对刺激的反应等5项指标的评分结果值，计量单位为分；
* 饮食情况代码——患者饮食情况所属类别的分类代码；
* 发育程度代码——发育情况评估结果的分类代码；
* 精神状态正常标志——标识患者精神状态是否正常的标志；
* 睡眠状况——患者睡眠状况的描述；
* 特殊情况——对存在特殊情况的描述；
* 心理状态代码——患者心理状况的分类在特定编码体系中的代码；
* 营养状态代码——患者营养情况评估结果类别的分类代码；
* 自理能力代码——患者本人的基本生活自我照料能力的分类代码；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 一般健康状况标志——标识患者既往是否健康的标志；
* 疾病史（含外伤）——患者既往健康状况和疾病（含外伤）的详细描述；
* 患者传染性标志——标识患者是否具有传染性的标志；
* 传染病史——患者既往所患各种急性或慢性传染性疾病名称的详细描述；
* 预防接种史——患者预防接种情况的详细描述；
* 手术史——患者既往接受手术/操作经历的详细描述；
* 输血史——患者既往输血史的详细描述；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 家族史——患者3代以内有血缘关系的家族成员中所患遗传疾病史的描述；
* 护理观察项目名称——护理观察项目的名称，如患者神志状态、饮食情况，皮肤情况、氧疗情况、排尿排便情 况，流量、出量、入量等等，根据护理内容的不同选择不同的观察项目名称；
* 护理观察结果——对护理观察项目结果的详细描述；
* 吸烟标志——标识患者是否吸烟的标志；
* 停止吸烟天数——患者停止吸烟的总天数，计量単位为天；
* 吸烟状况代码——患者过去和现在吸烟情况的分类代码；
* 日吸烟量（支）——最近1个月内平均每天的吸烟量，计量单位为支；
* 饮酒标志——标识患者是否饮酒的标志；
* 饮酒频率代码——患者饮酒频率分类在特定编码体系中的代码；
* 日饮酒量（mL)——患者平均每天的饮酒量相当于白酒量，计量单位为mL；
* 通知医师标志——标识是否已通知医师的标志；
* 通知医师日期时间——通知负责医师时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 评估日期时间——患者入院后接受护理评估结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 责任护士签名——在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士签署的在公安户籍管理 部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 接诊护士签名——负责患者入院接诊的护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系中的代码；
* 学历代码——患者本人受教育的最高程度类别在特定编 码体系中的代码；
* 患者电话号码——患者本人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 工作单位电话号码——患者当前所在的工作单位的电话号码，包括 国际、国内区号和分机号；
* 患者电子邮件地址——患者的电子邮箱地址；
* 联系人姓名——联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 联系人电话号码——联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 入病房方式——患者进入病房吋采用的方式，如步行、轮椅等；
* 入院诊断编码——患者入院时做出的疾病诊断在特定编码体系中的编码；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 国籍代码——患者所属国籍在特定编码体系中的代码；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；

1. 实现护理评估与计划--护理计划记录数据集标准化

* 体位护理——标识体位护理的描述；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 护理等级代码——护理级别的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理类型代码——护理类型的分类在特定编码体系中的代码；
* 护理问题——患者入院后需要采取相应护理措施的问题描述；
* 护理操作项目类目名称——多个护理操作项目的名称；
* 护理操作名称——进行护理操作的具体名称；
* 护理操作结果——多个护理操作结果的详细描述；
* 导管护理描述——对患者进行导管护理的详细描述；
* 皮肤护理——对患者进行皮肤护理的描述；
* 气管护理代码——气管护理类别的分类代码；
* 安全护理代码——安全护理类别的分类代码；
* 饮食指导代码——饮食指导类别在特定编码体系中的代码；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；

1. 实现护理评估与计划--出院评估与指导记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月)-年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 出院诊断编码——出院诊断在特定编码体系中的编码；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 饮食情况代码——患者饮食情况所属类别的分类代码；
* 自理能力代码——患者本人的基本生活自我照料能力的分类代码；
* 出院情况——对患者出院情况的详细描述；
* 离院方式代码——患者本次住院离开医院的方式在特定编码体系中的代码；
* 用药指导——患者出院后用药指导的描述；
* 饮食指导代码——饮食指导类别在特定编码体系中的代码；
* 生活方式指导——对患者出院后进行生活方式指导；
* 宣教内容——医护人员对服务对象进行相关宣传指导活动的详细描述；
* 复诊指导——患者出院后再次就诊情况指导；
* 护士签名——护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

1. 实现知情告知信息--手术同意书记录数据集标准化

* 患者/法定代理人意见——患者/法定代理人对手术同意书中告知内容的意见的详细描述；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄,分数部 分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作编码——拟为患者实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作日期时间——拟对患者开始实施手术操作的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术指征——患者具备的、适宜实施手术的主要症状和体征描述；
* 手术禁忌症——拟实施手术的禁忌症的描述；
* 手术方式——拟实施手术方式的描述；
* 拟实施麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时拟使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 术前准备——手术前准备工作的详细描述；
* 手术中可能出现的意外及风险——手术中可能发生的意外情况及风险描述；
* 手术后可能出现的意外及并发症——手术后可能出现的意外及并发症的详细描述；
* 替代方案——医生即将为患者实施的手术或有创性操作方案之外的其他方案，供患者选择；
* 医疗机构意见——在此诊疗活动过程中，医疗机构对患者应尽责任的陈述以及对可能面临的风险或意外情况所采取的应对措施的详细描述；
* 患者签名——患者本人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 法定代理人签名——法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 法定代理人与患者的关系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 患者/法定代理人签名日 期时间——患者/法定代理人签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 经治医师签名——经治医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 手术者签名——拟对患者实施手术的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医师签名日期时间——医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；

（27）实现知情告知信息--麻醉知情同意书记录数据集标准化

* 法定代理人签名——患者法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 患者签名——患者本人签署的在公安户籍管理部门正式 登记注册的姓氏和名称；
* 患者/法定代理人签名日 期时间——患者/法定代理人签名时的公元纪年日期和 时间的完整描述；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安 户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 麻醉医师签名日期时间——麻醉医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作编码——拟为患者实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作日期时间——拟对患者开始实施手术操作的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 拟实施麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时拟使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 患者基础疾病——患者所患的基础疾病的描述；
* 基础疾病对麻醉可能产生的影响——患者所患的基础疾病可能对麻醉产生影响的特殊情况描述；
* 拟行有创操作和监测方法——麻醉过程中拟实施的有创操作和监测的详细描述；
* 麻醉中、麻醉后可能发生的意外及并发症——麻醉中、麻醉后可能发生的意外情况及并发 症的详细描述；
* 使用麻醉钺痛泵标志——标识患者是否同意使用麻醉镇痛泵的标志；
* 参加麻醉安全保险标志——标识患者是否同意参加麻醉安全保险的标志；
* 医疗机构意见——在此诊疗活动过程中，医疗机构对患者应尽责任的陈述以及对可能面临的风险或意外情况所采取的应对措施的详细描述；
* 患者/法定代理人意见——患者/法定代理人对手术同意书中告知内容的意见的详细描述；
* 法定代理人与患者的关系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；

（28）实现知情告知信息--输血治疗同意书记录数据集标准化

* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 医师签名日期时间——医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁)——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 输血史标识代码——既往有无输血经历的分类代码；
* 输血指征——受血者接受输血治疗的指征描述；
* 输血品种代码——输入全血或血液成分类别在特定编码体系中的代码；
* 输血前有关检查项目及结果——输血前与输血相关的检査项目及检査结果 描述，如HBsAg、Anti\_HBs、梅毒等；
* 输血方式——输血同意书中本次输血方式的详细描述，如自体输血、异体输血；
* 拟定输血日期时间——拟对患者开始进行输血时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医疗机构意见——在此诊疗活动过程中，医疗机构对患者应尽责任的陈述以及对可能面临的风险或意外 情况所采取的应对措施的详细描述；
* 患者/法定代理人意见——患者/法定代理人对输血治疗知情同意书中告知内容的意见描述；
* 患者/法定代理人签名——患者本人或法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 法定代理人与患者的关 系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 患者/法定代理人签名日 期时间——患者/法定代理人签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；

（29）实现知情告知信息--特殊检查及特殊治疗同意书记录数据集标准化

* 患者/法定代理人签名——患者本人或法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 替代方案——医生即将为患者实施的手术或有创性操作方案之外的其他方案，供患者选择；
* 患者/法定代理人签名日期时间——患者/法定代理人签名时的公元纪年日期和 时间的完整描述；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医师签名日期时间——医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则賦予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则賦予住院就诊对象 的顺序号；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 特殊检查及特殊治疗项目名称——拟进行的特殊检查及特殊治疗项目名称的描述；
* 特殊检査及特殊治疗目的——拟进行的特殊检査及特殊治疗的目的描述；
* 特殊检査及特殊治疗可 能引起的并发症及风险——拟进行的特殊检査及特殊治疗项目可能引起的并发症及风险描述；
* 法定代理人与患者的关 系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；

（30）实现知情告知信息--病危（重）通知书记录数据集标准化

* 医师签名——医师签箸的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医师签名日期时间——医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 法定代理人与患者的关系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 法定代理人签名——法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病危(重）通知日期时间——病危(重）通知书下达时的公元纪年时期和时间的完整描述；
* 病危(重）通知内容——患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情危重情况的详细描述；
* 病情概括及主要抢救措施——病危(重）通知书中的病情概括及主要抢救措施的描述，包括神志、生命体征、主要器官功能的描述；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 门（急)诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 法定代理人签名日期时 间——法定代理人签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；

（31）实现知情告知信息--其他知情同意书记录数据集标准化

* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 知情同意书编号——按照某一特定编码规则赋予患者本人的知情同意书的顺序号；
* 知情同意书名称——患者在医疗机构接受诊治过程中笛要被告知的知情同意书的名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 医师签名日期时间——医师进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 患者/法定代理人签名日期时间——患者/法定代理人签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 法定代理人与患者的关系代码——法定代理人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 法定代理人签名——法定代理人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 患者签名——患者本人签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 患者/法定代理人意见——患者/法定代理人对知情同意书中告知内容的意见描述；
* 医疗机构意见——在此诊疗活动过程中，医疗机构对患者应尽责任的陈述以及对可能面临的风险或意外情况所采取的应对措施的详细描述；
* 知情同意内容——知情同意书中涉及的诊疗项目在实施或应用过程中可能存在的风险及其他意外或不良后果的详细描述；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的编码；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病房号——患者住院期间i所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；

（32）实现住院病案首页记录数据集标准化

* 户口地址-省（自治区、直 辖市）——患者户籍登记所在地址的省、自治区或直辖市名称；
* 户口地址-市(地区、州）——患者户籍登记所在地址的市、地区或州的名称；
* 户口地址-县（区）——患者户籍登记所在地址的县（区）的名称；
* 户口地址-乡（镇、街道办事处）——患者户籍登记所在地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 户口地址-村（街、路、弄等）——患者户籍登记所在地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 户口地址-门牌号码——患者户籍登记所在地址的门牌号码；
* 户口地址-邮政编码——患者户籍登记所在地址的邮政编码；
* 工作单位名称——患者在就诊前的工作单位名称；
* 工作单位地址-省（自治 区、直辖市）——患者当前所在的工作单位地址的省、自治区或直辖市名称；
* 工作单位地址-市（地区、州）——患者当前所在的工作单位地址的市、地区或州的名称；
* 工作单位地址-县（区）——患者当前所在的工作单位地址的县（区）的名称；
* 工作单位地址-乡（镇、街 道办事处）——患者当前所在的工作单位地址的乡、镇或城 市的街道办事处名称；
* 工作单位地址-村（街、路、 弄等）——患者当前所在的工作单位地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 工作单位地址-门牌号码——患者当前所在的工作单位地址的门牌号码；
* 工作单位电话号码——患者当前所在的工作单位的电话号码，包括 国际、国内区号和分机号；
* 工作单位地址-邮政编码——患者当前所在的工作单位地址的邮政编码；
* 联系人姓名——联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 联系人与患者的关系 代码——联系人与患者之间的关系类别代码；
* 联系人地址-省（自治区、 直辖市）——联系人当前常住地址或工作单位地址的省、 自治区或直辖市名称；
* 联系人地址-市（地区、州）——联系人当前常住地址或工作单位地址的市、 地区或州的名称；
* 联系人地址-县（区）——联系人当前常住地址或工作单位地址的县 (区）的名称；
* 联系人地址-乡（镇、街道 办事处）——联系人当前常住地址或工作单位地址的乡、 镇或城市的街道办事处名称；
* 联系人地址-村(街、路、弄）——联系人当前常住地址或工作单位地址的村 或城市的街、路、里、弄等名称；
* 联系人地址-门牌号码——联系人当前常住地址或工作单位地址的门牌号码；
* 联系人电话号码——联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 入院途径代码——患者收治入院治疗的来源分类在特定编码体系中的代码；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 入院科别——患者入院时，人住的科室名称；
* 入院病房——患者入院时，所住病房对应的编号；
* 转科科别——患者住院期间转科的转入科室名称，如果超过一次以上的转科，用转接表示；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 出院科别——患者出院时的科室名称；
* 出院病房——患者出院时，所住病房对应的编号；
* 实际住院天数——患者实际的住院天数，入院日与出院日只计算1天；
* 门（急)诊诊断名称——患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊诊断；
* 门（急)诊诊断疾病编码——门（急)诊诊断在特定编码体系中的编码；
* 出院诊断-主要诊断名称——患者住院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病诊断。外科的主要诊断指患者住院接受手术进行治疗的疾病;产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病；
* 出院诊断-主要诊断疾病编码——出院诊断中的主要诊断在特定编码体系中的编码；
* 出院诊断-主要诊断入院 病情代码-对出院诊断在患者入院时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这里是指“出院诊断-主要诊断”；
* 出院诊断-其他诊断名称——出院时除主要诊断及医院感染名称（诊断）外的其他西医诊断，包括并发症和合并症；
* 出院诊断-其他诊断疾病编码——出院诊断中除主要诊断外的其他诊断在特定编码体系中的编码；
* 出院诊断-其他诊断入院病情代码——对出院诊断在患者入院时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这里是指“出院诊断-其他诊断”；
* 损伤中毒的外部原因——造成损伤的外部原因及引起中毒的物质名称；
* 损伤中毒的外部原因疾 病编码——损伤中毒的外部原因在特定编码体系中的编码；
* 病理诊断名称——各种活检、细胞学检查及尸检的诊断，包括 术中冰冻的病理诊断结果
* 病理诊断疾病编码——病理诊断在特定编码体系中的编码；
* 住院医师签名——患者出院时所在科室具体负责诊治的，具有住院医师专业技术职务任职资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 责任护士签名——患者出院时所在的，并已开展责任制护理的科室，负责患者整体护理的责任护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 进修医师签名——在患者出院时所在科室进修并参与患者诊治的进修医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 实习医师签名——在患者出院时所在科室实习并参与患者诊治的实习医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 编码员签名——负责病案编目的分类人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病案质量代码——按照医院病案评审标准对病案终末质量所做的综合评价结果的分类代码；
* 质控医师签名——对病案终末质量进行检査的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 质控护士签名——对病案终末质量进行检査的护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 质控日期——对病案终末质量进行检查及评价的公元纪年日期的完整描述；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术及操作日期——患者住院期间开始实施手术及操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术级别代码——按照手术分级管理制度，根据风险性和难易程度不同划分的手术级别在特定编码体系中的代码；
* 手术及操作名称——患者住院期间实施的手术及非手术操作（包 括诊断及治疗性操作，如介人操作）名称；
* 手术者姓名——为患者实施手术的主要执行人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* I助姓名——协助手术者完成手术及操作的第1助手在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* II助姓名——协助手术者完成手术及操作的第2助手在 公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 手术切口类别代码——手术切口类别的分类在特定编码体系中的代码；
* 手术切口愈合等级代码——手术切口愈合类别在特定编码体系中的代码；
* 麻醉方式代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 麻醉医师姓名——对患者实施麻醉的医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称
* 离院方式代码——患者本次住院离开医院的方式在特定编码体系中的代码；
* 拟接收医疗机构名称——患者本次住院所在的医疗机构根据诊疗需要，拟将患者转往的其他医疗机构的名称；
* 出院31天内再住院标志——标识患者本次住院出院后31天内是否有诊疗需要的再住院安排的标志；
* 出院31天内再住院目的——患者计划在本次住院出院后31 d内再住院的目的；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-d——颅脑损伤患者入院前昏迷时间的天数；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-h——颅脑损伤患者入院前昏迷时间的小时数；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-min——颅脑损伤患者入院前昏迷时间的分钟数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-d——颅脑损伤患者入院后昏迷时间的天数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-h——颅脑损伤患者入院后昏迷时间的小时数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-min——颅脑损伤患者入院后昏迷时间的分钟数；
* 住院总费用——"患者在住院期间所有项目的费用之和，计量单位为元"；
* 住院总费用-自付金额——以除全自费以外方式付费的患者的住院总费用中，由患者支付的费用金额，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-一般医疗服务费——各科室共同使用的医疗服务项目，包括诊査费、床位费、会诊费、营养咨询等的费用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-一般治 疗操作费——各科室共同使用的医疗服务项目，包括注射、淸创、换药、导尿、吸氧、抢救、重症监护等的费用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-护理费——患者住院期间等级护理费用及专项护理费 用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-其他费用——各科室共同使用的医疗服务项目，包括病房取暖费、病房空调费、救护车使用费、尸体料理费等的费用，计量单位为元；
* 诊断类-病理诊断费——患者住院期间进行病理学有关检查项目的 费用，计量单位为元
* 诊断类-实验室诊断费——患者住院期间进行各项实验室检验的费用，计量単位为元；
* 诊断类-影像学诊断费——患者住院期间进行透视、造影、CT、磁共振检査、B超检査、核素扫描、PET等影像学检查的费用，计量单位为元；
* 诊断类-临床诊断项目费——临床科室开展的其他用于诊断的各种检査项目的费用，包括有关内镜检査、肛门指诊、视力检测等项目费用，计量单位为元；
* 治疗类-非手术治疗项目费——临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用，包括髙压氧舱、血液净化、精神治疗、临床物理治疗等，计量单位为元；
* 治疗类-非手术治疗项目费-临床物理治疗费——临床利用光、电、热等外界物理因素进行治疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射性核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费用，计量单位为元；
* 治疗类-手术治疗费——临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用，包括麻醉费及各种介人、孕产、手术治疗等费用，计量单位为元；
* 治疗类-手术治疗费-麻醉费——手术治疗费中麻醉产生的费用，计量单位为元；
* 治疗类-手术治疗费-手术费——手术治疗费中手术产生的费用，计量单位为元；
* 康复类-康复费——对患者进行康复治疗产生的费用，包括康复评定和治疗，计量单位为元；
* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 医疗付费方式代码——患者单次住院诊疗所发生费用的支付方式在特定编码体系中的代码；
* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 住院次数——即第x次住院”指患者在本医疗机构住院诊治的次数；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 病案号——本医疗机构为患者住院病案设置的唯一性编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多 次住院应当使用同一病案号；
* 姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 新生儿出生体重(g)——新生儿出生后第1小时内第1次称得的重量，产妇病历和新生儿期住院的患儿都应填写；
* 新生儿入院体重(g)——新生儿患儿入院时称得的重量，新生儿期住院的患儿应填写；
* 出生地-省（自治区、直辖 市）——患者出生时所在地点的省、自治区或直辖市名称；
* 出生地-市（地区、州）——患者出生时所在地点的市、地区或州的名称；
* 出生地-县（区）——患者出生吋所在地点的县（区）的名称；
* 籍贯-省（自治区、直辖市）——患者祖居地或原籍所在地的省、自治区或直辖市名称；
* 籍贯-市（地区、州）——患者祖居地或原籍所在地的市、地区或州的名称；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 身份证件类别代码——患者身份证件所属类别在特定编码体系中的代码；
* 患者身份证件号码——患者的身份证件上的唯一法定标识符；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的代码；
* 现住址-省（自治区、直辖 市）——患者来院前近期的常住地址的省、自治区或直辖市名称；
* 国籍代码——患者所属国籍在特定编码体系中的代码；
* 现住址-市（地区、州）——患者来院前近期的常住地址的市、地区或州的名称；
* 现住址-县（区）——患者来院前近期的常住地址的县（区）的名称；
* 现住址-乡（镇、街道办事处）——患者来院前近期的常住地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 现住址-村(街、路、弄等）——患者来院前近期的常住地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 现住址-门牌号码——患者来院前近期的常住地址的门牌号码；
* 电话号码——患者本人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 现住址-邮政编码——患者来院前近期的常住地址的邮政编码；
* 血液和血液制品类-白蛋白类制品费——患者住院期间使用白蛋白的费用，计量单位；
* 血液和血液制品类-球蛋白类制品费-患者住院期间使用球蛋白的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-凝血因子类制品费——患者住院期间使用凝血因子的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-细胞因子类制品费——"患者住院期间使用细胞因子的费用，计量单位为元"；
* 耗材类-检査用一次性医用材料费——患者住院期间检査检验所使用的一次性医 用材料费用，计量单位为元；
* 耗材类-治疗用一次性医用材料费——患者住院期间治疗所使用的一次性医用材料费用，计量单位为元；
* 耗材类-手术用一次性医用材料费——患者住院期间进行手术、介人操作时所使用的一次性医用材料费用，计量单位为元；
* 其他类-其他费——患者住院期间未能归人以上各类的费用总和，计量单位为元；
* 病理号——按照一定的编码规则赋予病理标本的编号；
* 药物过敏标志——患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中有无明确药物过敏史的标志；
* 过敏药物——患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中 的过敏药物的描述；
* 死亡患者尸检标志——是否对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因的标志。非死亡患者应当在内填写；
* ABO血型代码——在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在特定编码体系中的代码；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 科主任签名——患者出院时所在科室的科主任签署的在公 安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和 名称；
* 主任（副主任）医师签名——患者出院时所在科室的具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 中医类-中医治疗费——利用中医手段进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 西药类-西药费——患者住院期间使用西药所产生的费用，计量单位为元；
* 西药类-西药费-抗菌药物 费用——患者住院期间使用抗菌药物所产生的费用， 包含于西药费中，计量单位为元；
* 中药类-中成药费——患者住院期间使用中成药所产生的费用，计量单位为元。中成药是指以中草药为原料， 经制剂加工制成各种不同剂型的中药制品；
* 中药类-中草药费——患者住院期间使用中草药所产生的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-血费——"患者住院期间使用临床用血所产生的费用，包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血 浆的费用，医疗机构对患者临床用血的收费包括血站供应价格、配血费和储血费，计量单位为元"；
* 医疗机构名称——患者在住院诊疗所在的医疗机构名称；

（33）实现中医住院病案首页记录数据集标准化

* 住院医师签名——患者出院时所在科室具体负责诊治的，具有住院医师专业技术职务任职资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 责任护士签名——患者出院时所在的，并已开展责任制护理的科室，负责患者整体护理的责任护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 进修医师签名——在患者出院时所在科室进修并参与患者诊治的进修医师签署的在公安户籍管理部门 正式登记注册的姓氏和名称；
* 实习医师签名——在患者出院时所在科室实习并参与患者诊治的实习医师签署的在公安户籍管理部门 正式登记注册的姓氏和名称；
* 编码员签名——负责病案编目的分类人员签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病案质量代码——按照医院病案评审标准对病案终末质量所做的综合评价结果的分类代码；
* 质控医师签名——对病案终末质量进行检查的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 质控护士签名——对病案终末质量进行检査的护士签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 质控日期——对病案终末质量进行检査及评价的公元纪年日期的完整描述；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术及操作日期——患者住院期间开始实施手术及操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 手术级别代码——按照手术分级管理制度，根据风险性和难易程度不同划分的手术级别在特定编码体系中的代码；
* 手术及操作名称——患者住院期间实施的手术及非手术操作（包 括诊断及治疗性操作，如介人操作)名称；
* 手术者姓名——为患者实施手术的主要执行人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* I助姓名——协助手术者完成手术及操作的第1助手在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* II助姓名——协助手术者完成手术及操作的第2助手在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 乎术切口类别代码——手术切口类别的分类在特定编码体系中的代码；
* 手术切口愈合等级代码——手术切口愈合类别在特定编码体系中的代码；
* 麻醉方式代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在特定编码体系中的代码；
* 麻醉医师姓名——对患者实施麻醉的医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 离院方式代码——患者本次住院离开医院的方式在特定编码体系中的代码；
* 拟接收医疗机构名称——患者本次住院所在的医疗机构根据诊疗需要，拟将患者转往的其他医疗机构的名称；
* 出院31天内再住院标志——标识患者本次住院出院后31 d内是否有诊疗需要的再住院安排的标志；
* 出院31天内再住院目的——患者计划在本次住院出院后31 d内再住院的目的；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-d——颅脑损伤患者入院前昏迷时间的天数；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-h——颅脑损伤患者入院前昏迷时间的小时数；
* 颅脑损伤患者入院前昏迷时间-min-颅脑损伤患者入院前昏迷时间的分钟数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-d\_颅脑损伤患者入院后昏迷时间的天数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-h——颅脑损伤患者入院后昏迷时间的小时数；
* 颅脑损伤患者入院后昏迷时间-min——颅脑损伤患者入院后昏迷时间的分钟数；
* 住院总费用——患者在住院期间所有项目的费用之和，计量单位为元；
* 住院总费用-自付金额——以除全自费以外方式付费的患者的住院总费用中，由患者支付的费用金额，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-一般医 疗服务费——各科室共同使用的医疗服务项目，包括诊查费、床位费、会诊费、营养咨询等的费用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类般医 疗服务费-中医辨证论治费——包括普通门诊、副主任医师门诊、主任医师门诊、国医大师门诊、急诊、门/急诊留观及住院中医辨证论治费；
* 综合医疗服务类-一般医 疗服务费-中医辨证论治会诊费——包括院际、院内及远程中医辨证论治会诊费；
* 综合医疗服务类-一般治疗操作费——各科室共同使用的医疗服务项目，包括注射、清创、换药、导尿、吸氧、抢救、重症监护等的费用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-护理费——患者住院期间等级护理费用及专项护理费用，计量单位为元；
* 综合医疗服务类-其他 费用——各科室共同使用的医疗服务项目，包括病房取暖费、病房空调费、救护车使用费、尸体料 理费等的费用，计量单位为元；
* 诊断类-病理诊断费——患者住院期间进行病理学有关检査项目的费用，计量单位为元；
* 诊断类-实验室诊断费——患者住院期间进行各项实验室检验的费用，计量单位为元；
* 诊断类-影像学诊断费——患者住院期间进行透视、造影、CT、磁共振检査、B起检査、核索扫描、PET等影像学检査 的费用，计量单位为元；
* 诊断类-临床诊断项目费——临床科室开展的其他用于诊断的各种检查项目的费用，包括有关内镜检查、肛门指诊、 视力检测等项目费用，计量单位为元；
* 治疗类-非手术治疗项目费——临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用包括高压氧舱、血液净化、精神治疗、临 床物理治疗等，计量单位为元；
* 治疗类-非手术治疗项目费-临床物理治疗费——临床利用光、电、热等外界物理因素进行治 疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射性 核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费 用，计童单位为元；
* 治疗类-手术治疗费——临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用包括麻醉费及各种介人、孕产、手术治 疗等费用，计量单位为元；
* 治疗类-手术治疗费-麻醉费——手术治疗费中麻醉产生的费用，计量单位为元；
* 治疗类-手术治疗费-手术费——手术治疗费中手术产生的费用，计量单位为元；
* 康复类-康复费——对患者进行康复治疗产生的费用，包括康复评定和治疗，计量单位为元；
* 中医类-中医诊断费——经络穴位诊断、经络穴位分析、耳穴诊断、脉图诊断、舌象图诊断等中医诊断所产生的费用；
* 中药类-中成药费——患者住院期间使用中成药（含医疗机构中药制剂）所产生的费用，计童单位为元；
* 中药类-中成药费-医疗机 构中药制剂费——患者住院期间使用医疗机构中药制剂所产生的费用，计量单位为元；
* 中药类-中草药费——患者住院期间使用中草药（含散装中药饮 片、小包装中药饮片、中药配方颗粒）所产生 的费用，计量单位为元；
* 医疗机构名称——患者在住院诊疗所在的医疗机构名称；
* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 医疗付费方式代码——患者单次住院诊疗所发生费用的支付方式在特定编码体系中的代码；
* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 住院次数——患者“第X次住院”指患者在本医疗机构住院诊治的次数；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 病案号——本医疗机构为患者住院病案设置的唯一性 编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多 次住院应当使用同一病案号；
* 姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形式表示《分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 国籍代码——患者所属国籍在特定编码体系中的代码；
* 新生儿出生体重（g)——新生儿出生后第1小时内第1次称得的重量， 产妇病历和新生儿期住院的患儿都应填写；
* 新生儿入院体重（g)——新生儿患儿入院时称得的重ft，新生儿期住院的患儿应填写；
* 出生地-省（自治区、直辖 市）——患者出生时所在地点的省、自治区或直辖市名称；
* 出生地-市（地区、州）——患者出生时所在地点的市、地区或州的名称；
* 出生地-县（区）——患者出生时所在地点的县（区）的名称；
* 籍贯-省（自治区、直辖市）——患者祖居地或原籍所在地的省、自治区或直辖市名称；
* 籍贯-市(地区、州)——患者祖居地或原籍所在地的市、地区或州的名称；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 身份证件类别代码——患者身份证件所属类别在特定编码体系中的代码；
* 患者身份证件号码——患者的身份证件上的唯一法定标识符；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婿姻状况在特定编码体系中的代码；
* 现住址-省（自治区、直辖市）——患者来院前近期的常住地址的省、自治区或直辖市名称；
* 现住址-市（地区、州）——患者来院前近期的常住地址的市、地区或州的名称；
* 现住址-县（区）——患者来院前近期的常住地址的县（区）的名称；
* 现住址-乡（镇、街道办事处）——患者来院前近期的常住地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 现住址-村(街、路、弄等）——患者来院前近期的常住地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 现住址-门牌号码——患者来院前近期的常住地址的门牌号码；
* 电话号码——患者本人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 现住址-邮政编码——患者来院前近期的常住地址的邮政编码；
* 户口地址-省（自治区、直 辖市）——患者户籍登记所在地址的省、自治区或直辖市名称；
* 户口地址-市（地区、州）——患者户籍登记所在地址的市、地区或州的名称；
* 户口地址-县（区）——患者户籍登记所在地址的县（区）的名称；
* 户口地址-乡（镇、街道办 事处）——患者户籍登记所在地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 户口地址-村（街、路、弄 等）——患者户籍登记所在地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 户口地址-门捭号码——患者户籍登记所在地址的门牌号码；
* 户口地址-邮政编码——患者户籍登记所在地址的邮政编码；
* 工作单位名称——患者在就诊前的工作单位名称；
* 工作单位地址-省（自治 区、直辖市）——患者当前所在的工作单位地址的省、自治区或直辖市名称；
* 工作单位地址-市（地区、 州）——患者当前所在的工作单位地址的市、地区或州的名称；
* 工作单位地址-县（区）——患者当前所在的工作单位地址的县（区）的名称；
* 工作单位地址-乡（镇、街 道办事处）——患者当前所在的工作单位地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 工作单位地址-村(街、路、弄等）——患者当前所在的工作单位地址的村或城市 的街、路、里、弄等名称；
* 出院西医诊断-其他诊断 病编码——出院诊断中除主要诊断外的其他诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 出院西医诊断-其他诊断- 入院病情代码——对出院诊断在患者入院时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这 里是指出院诊断的西医其他诊断；
* 损伤中毒的外部原因——造成损伤的外部原因及引起中毒的物质名称；
* 损伤中毒的外部原因疾 病编码——损伤中毒的外部原因在特定编码体系中的编码；
* 病理诊断名称——各种活检、细胞学检査及尸检的诊断，包括术中冰冻的病理诊断结果；
* 病理诊断疾病编码——病理诊断在特定编码体系中的编码；
* 病理号——按照一定的编码规则赋予病理标本的编号；
* 药物过敏标志——患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中有无明确药物过敏史的标志；
* 过敏药物——患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中的过敏药物的描述；
* 死亡患者尸检标志——是否对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因的标志。非死亡患者应当在“ □”内 填写“一”；
* ABO血型代码——在本次住院期间进行血型检査明确，或既往病历资料能够明确的患者ABO血型类别在特定编码体系中的代码；
* Rh血型代码——在本次住院期间进行血型检查明确，或既往 病历资料能够明确的患者Rh血型的类别代码；
* 科主任签名——患者出院时所在科室的科主任签署的在公 安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主任（副主任）医师签名——患者出院时所在科室的具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主治医师签名——患者出院时所在科室的具有主治医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 工作单位地址-门牌号码——患者当前所在的工作单位地址的门牌号码；
* 工作单位电话号码——患者当前所在的工作单位的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 工作单位地址-邮政编码——患者当前所在的工作单位地址的邮政编码；
* 联系人姓名——指联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 联系人与患者的关系代码——联系人与患者之间的关系类别代码；
* 联系人地址-省（自治区、直辖市）——联系人当前常驻地址或工作单位地址的省、自治区或直辖市名称；
* 联系人地址-市（地区、州）——联系人当前常驻地址或工作单位地址的市、地区或州的名称；
* 联系人地址-县（区）——联系人当前常驻地址或工作单位地址的县（区）的名称；
* 联系人地址-乡（镇、街道办事处）——联系人当前常驻地址或工作单位地址的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 联系人地址-村（街、路、弄等）——联系人当前常驻地址或工作单位地址的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 联系人地址-门牌号码——联系人当前常驻地址或工作单位地址的门牌号码；
* 联系人电话号码——联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 入院途径代码——患者收治入院治疗的来源分类在特定编码体系中的代码；
* 治疗类别代码——对患者采用的医学治疗方法类别在特定编码体系中的代码；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 入院科别——患者入院时，入住的科室名称；
* 入院病房——患者入院时，所住病房对应的编号；
* 转科科别——患者住院期间转科的转入科室名称，如果超过一次以上的转科，用“―”转接表示；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 出院科别——患者出院时的科室名称；
* 出院病房——患者出院时，所住病房对应的编号；
* 实际住院天数——患者实际的住院天数，入院日与出院日只计箅1天；
* 门（急）诊诊断（中医诊 断)名称——患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊中医病名；
* 门（急）诊诊断（中医诊断)病名编码——门（急）诊诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 门（急）诊诊断（中医证候)名称——患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急)诊中医证候；
* 门（急）诊诊断（中医证候)证候编码——门（急）诊诊断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 门（急）诊诊断（西医诊断)名称——患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急)诊西医诊断；
* 门（急）诊诊断（西医诊断)疾病编码——门（急）诊诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 实施临床路径标志代码——是否实施临床路径或实施临床路径的中、西医类别的分类代码；
* 使用医疗机构中药制剂 标志——标识是否使用了医疗机构中药制剂的标志；
* 使用中医诊疗设备标志——标识是否使用了中医诊疗设备的标志；
* 使用中医诊疗技术标志——标识是否使用了中医诊疗技术的标志；
* 辨证施护标志——标识是否进行辨证施护的标志；
* 出院中医诊断-主病名称——患者在住院期间确诊的主要中医病名；
* 出院中医诊断-主病编码——出院诊断中的主要诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 出院中医诊断-主病-入院病情代码——对出皖诊断在患者入脘时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这 里是指出院诊断的中医主病；
* 出院中医诊断-主证名称——患者所患主病的主要中医证候；
* 出院中医诊断-主证编码——出院诊断中的主要诊断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 出院中医诊断-主证-入院病情代码——对出院诊断在患者入院时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这里是指出院诊断的中医主证；
* 出院西医诊断-主要诊断 名称——患者住院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病西医诊断。外科的主要诊断指患者住院接受手术 进行治疗的疾病;产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病；
* 出院西医诊断-主要诊断 疾病编码——出院诊断中的主要诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 出院西医诊断-主要诊断- 入院病情代码——对出院诊断在患者入院时是否已具有的评估情况分类在特定编码体系中的代码。这里是指出院诊断的西医主要诊断；
* 出院西医诊断-其他诊断 名称——出院吋除主要诊断及医院感染名称（诊断） 外的其他西医诊断，包括并发症和合并症；
* 血液和血液制品类-血费——患者住院期间使用临床用血所产生的费用，包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血浆的费用医疗机构对患者临床用血的收费 包括血站供应价格、配血费和储血费，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-白蛋白类制品费——患者住院期间使用白蛋白的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-球蛋白类制品费——患者住院期间使用球蛋白的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-凝血因子类制品费——患者住院期间使用凝血因子的费用，计量单位为元；
* 血液和血液制品类-细胞因子类制品费——患者住院期间使用细胞因子的费用，计量单位为元；
* 耗材类-检査用一次性医用材料费——患者住院期间检査检验所使用的一次性医用材料费用，计量单位为元；
* 耗材类-治疗用一次性医用材料费——患者住院期间治疗所使用的一次性医用材料费用，计量单位为元；
* 耗材类-手术用一次性医用材料费——患者住院期间进行手术、介人操作时所使用的一次性医用材料费用，计量单位为元；
* 其他类-其他费——患者住院期间未能归人以上各类的费用总和，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费——采用中医技术进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-中医 外治费——采用中医外治方法进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-中医 骨伤费——采用中医骨伤整复技术进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-针刺 与灸法费——采用中医针灸进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-中医 推拿治疗费——采用中医推拿进行治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-中医 肛肠治疗费——采用中医方法治疗肛肠疾病所产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医治疗费-中医 特殊治疗费——采用中医特殊治疗产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医其他费——中医特殊调配加工费和辨证施膳费；
* 中医类-中医其他费-中医 特殊调配加工费——中药调配、煎煮、加工等产生的费用，计量单位为元；
* 中医类-中医其他费-辨证 施膳费——中医辨证施膳指导所产生的费用，计量单位为元；
* 西药类-西药费——患者住院期间使用西药所产生的费用，计量单位为元；
* 西药类-西药费-抗菌药物费用-患者住院期间使用抗菌药物所产生的费用，包含于药费中，计量单位为元；

（34）实现入院记录--入院记录数据集标准化

* 初步诊断-西医诊断编码——患者入院后初步作出的疾病诊断在西医诊 断特定编码体系中的编码；
* 初步诊断-中医病名名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所作出的中医病名；
* 初步诊断-中医病名代码——患者入院后初步作出的疾病诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 初步诊断-中医证候名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所 作出的中医证候名称；
* 初步诊断-中医证候代码——患者入院后初步作出的疾病诊断在中医证 候特定分类体系中的代码；
* 初步诊断日期——初步诊断下达当日的公元纪年日期的完整描述；
* 修正诊断-西医诊断名称——修正诊断的西医诊断名称；
* 修正诊断-西医诊断编码——修正诊断在西医诊断特定编码体系中的 编码；
* 修正诊断-中医病名名称——修正诊断的中医病名；
* 修正诊断-中医病名代码——修正诊断在中医病名特定分类体系中的 代码；
* 修正诊断-中医证候名称——修正诊断的中医证候名称；
* 修正诊断-中医证候代码——修正诊断在中医证候特定分类体系中的 代码；
* 修正诊断日期——修正诊断下达当日的公元纪年日期的完整 描述；
* 确定诊断-西医诊断名称——确定诊断的西医诊断名称；
* 确定诊断-西医诊断编码——确诊诊断在西医诊断特定编码体系中的 编码；
* 确定诊断-中医病名名称——确定诊断的中医病名；
* 确定诊断-中医病名代码——确定诊断在中医病名特定分类体系中的 代码；
* 确定诊断-中医证候名称——确定诊断的中医证候名称；
* 确定诊断-中医证候代码——确定诊断在中医证候特定分类体系中的 代码；
* 确定诊断日期——确定诊断下达当日的公元纪年日期的完整 描述；
* 补充诊断名称——补充诊断的名称；
* 补充诊断编码——补充诊断在特定编码体系中的编码；
* 补充诊断日期——补充诊断下达当日的公元纪年日期的完整描述；
* 入院诊断顺位——表示入院诊断的顺位及其从属关系；
* 接诊医师签名——负责患者入院接诊的医师签署的在公安户 籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院医师签名——患者入院时所在科室具体负责诊治的，具有住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 一般健康状况标志——标识患者既往是否健康的标志；
* 疾病史（含外伤）——对患者既往健康状况和疾病（含外伤）的详细描述；
* 患者传染性标志——标识患者是否具有传染性的标志；
* 传染病史——"患者既往所患各种急性或慢性传染性疾病名称的详细描述"；
* 预防接种史——患者预防接种情况的详细描述；
* 手术史——患者既往接受手术/操作经历的详细描述；
* 输血史——患者既往输血史的详细描述；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 个人史——患者个人生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜 好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、 放射性物质接触史，有无冶游史的描述；
* 婚育史——患者婚育史的详细描述；
* 月经史——患者月经史的详细描述；
* 家族史——患者3代以内有血缘关系的家族成员中所患遗传疾病史的描述；
* 体格检查--体温（℃）——体温的测量值，计量单位为℃；
* 体格检查--脉率（次/min）——患者每分钟脉搏次数的测量值，计量单位为 次/min；
* 体格检查--呼吸频率（次/min）——患者每分钟呼吸次数的测量值，计量单位为 次/min；
* 体格检查--收缩压（mmHg）——收缩压的测量值，计量单位为mmHg；
* 体格检查--舒张压（mmHg）——舒张压的测量值，计量单位为mmHg；
* 体格检查--身高（cm）——患者身髙的测量值，计量单位为cm；
* 体格检查--体重（kg）——患者体重的测量值，计量单位为kg；；
* 体格检查--一般状况检查结果——对患者一般状况检査结果的详细描述，包括 其发育状况、营养状况、体味、步态、面容与 表情、意识，检査能否合作等等；
* 体格检查--皮肤和黏膜检查结果——对患者皮肤和黏膜检查结果的详细描述；
* 体格检查--全身浅表淋巴结检查结果——对患者皮肤和黏膜检査结果的详细描述；
* 体格检查--头部及其器官检查结果——对患者头部及其器官检查结果的详细描述；
* 体格检查--颈部检查结果——对患者颈部检査结果的详细描述；
* 体格检查--胸部检查结果——对患者胸部（胸廓、肺部、心脏、血管）检査结 果的详细描述，包括视触叩听的检査结果；
* 体格检查--腹部检查结果——对患者腹部（肝脾等）检査结果的详细描述， 包括视触叩听的检査结果；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 体格检查--肛门指诊检查结果描述——对患者肛门指诊检查结果的详细描述；
* 体格检查--外生殖器检查结果——对患者外生殖器检查结果的详细描述；
* 体格检查--脊柱检查结果——对患者脊柱检査结果的详细描述；
* 体格检查--四肢检查结果——对患者四肢检査结果的详细描述；
* 体格检查--神经系统检查结果——对患者神经系统检查结果的详细描述；
* 专科情况——根据专科需要对患者进行专科特殊检査结 果的详细描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 年龄（岁）——生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（月）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的代码；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直 辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的 名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）的名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、镇或城市的 街道办事处名称；
* 地址-村（街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的村或城市的街、 路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系中的代码；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 病史陈述者姓名——患者病史的陈述人在公安户籍管理部门正 式登记注册的姓氏和名称；
* 陈述者与患者的关系代码——患者病史陈述人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 陈述内容可靠标志——患者病史陈述人与患者的关系类别在特定编码体系中的代码；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 现病史——对患者当前所患疾病情况的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 初步诊断-西医诊断名称——由医师根据患者入脘时的情况，综合分析所作出的西医诊断名称；
* 辅助检查结果——患者辅助检査结果的详细描述；

（35）实现入院记录--24h内入出院记录数据集标准化

* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 住院号\_按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 出院诊断-西医诊断名称-患者出院时所患主要疾病的西医诊断名称；
* 出院诊断-西医诊断编码——出院诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的 代码；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直 辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的 名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）的名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、锁或城市的 街道办事处名称；
* 地址-村(街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的村或城市的街、 路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系 中的代码；
* 病史陈述者姓名——患者病史的陈述人在公安户籍管理部门正 式登记注册的姓氏和名称；
* 陈述者与患者的关系 代码——患者病史陈述人与患者的关系类别在特定 编码体系中的代码；
* 陈述内容可靠标志——标识陈述内容是否可信的标志；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 主诉-对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 现病史——对患者当前所患疾病情况的详细描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 症状名称——患者出现的临床主要症状的名称；
* 症状描述——对患者出现症状的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 治则治法——根据辨证结果釆用的治则治法名称术语；
* 入院诊断-西医诊断名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所 作出的西医诊断名称；
* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在西医诊断特定编码体系中的编码；
* 入院诊断-中医病名名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所作出的中医病名；
* 入院诊断-中医病名代码——患者人脘时作出的疾病诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 入院诊断-中医证候名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所作出的中医证候名称；
* 入院诊断-中医证候代码-患者入院时作出的疾病诊断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 出院诊断-中医病名名称——患者出院时所患主要疾病的中医病名；
* 出院诊断-中医病名代码——出院诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 出院诊断-中医证候名称——患者出院时所患主要疾病的中医证候名称；
* 出院诊断-中医证候代码——出院诊断在中医证候特定分类体系中的代码；
* 出院医嘱——对患者出院医嘱的详细描述；
* 出院医嘱开立人签名——开立出院医嘱人员签署的在公安户籍管理 部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 出院医嘱开立日期时间——出院医嘱开立结束时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 接诊医师签名——负责患者入院接诊的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院医师签名——患者出院时所在科室具体负责诊治的，具有住院医师专业技术职务任职资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 出院情况——对患者出院情况的详细描述；

（36）实现入院记录--24h内入院死亡记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 民族——患者所属民族在特定编码体系中的代码；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的 代码；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）的名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、镇或城市的 街道办事处名称；
* 地址-村(街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的杓或城市的街、 路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系 中的代码；
* 病史陈述者姓名——患者病史的陈述人在公安户籍管理部门正 式登记注册的姓氏和名称；
* 陈述者与患者的关系 代码——患者病史陈述人与患者的关系类别在特定 编码体系中的代码；
* 陈述内容可靠标志——标识陈述内容是否可信的标志；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 死亡日期时间——患者死亡时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果-中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容
* 治则治法\_根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 入院诊断-西医诊断名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所 作出的西医诊断名称；
* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在西医诊断特 定编码体系中的编码；
* 入院诊断-中医病名名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所 作出的中医病名；
* 入院诊断-中医病名代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医病名特 定分类体系中的代码；
* 入院诊断-中医证候名称——由医师根据患者入院时的情况，综合分析所 作出的中医证候名称；
* 入院诊断-中医证候代码——患者入院吋作出的疾病诊断在中医证候特 定分类体系中的代码；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 死亡原因——患者死亡直接原因的详细描述；
* 死亡诊断-西医诊断名称——导致病人死亡的主要疾病的西医诊断名称；
* 死亡诊断-西医诊断编码——死亡诊断在西医诊断特定编码体系中的 编码；
* 死亡诊断-中医病名名称——导致病人死亡的主要疾病的中医病名名称；
* 死亡诊断-中医病名代码——死亡诊断在中医病名特定分类体系中的代码；
* 死亡诊断-中医证候名称——导致病人死亡的主要疾病的中医证候名称；
* 死亡诊断-中医证候代码——死亡诊断在中医证候特定分类体系中的 代码；
* 接诊医师签名——负责患者入院接诊的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院医师签名——患者死亡时所在科室具体负责诊治的，具有 住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；

（37）实现住院病程记录--首次病程记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则賦予住院就诊对象 的顺序号；
* 上级医师签名——具有主治医师以上专业技术职务资格的主 管医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 病例特点——对病史、体格检査和辅助检査进行全面分析、 归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发 现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容
* 诊断依据\_疾病诊断的依据描述；
* 初步诊断-西医诊断编码——患者入院后初步作出的疾病诊断在西医诊 断特定编码体系中的编码；
* 初步诊断-中医病名代码——患者入院后初步作出的疾病诊断在中医病 名特定分类体系中的代码；
* 初步诊断-中医证候代码——患者入院后初步作出的疾病诊断在中医证 候特定分类体系中的代码；
* 鉴别诊断-西医诊断名称——需要进行鉴别的西医疾病诊断名称；
* 鉴别诊断-中医病名名称——需要进行鉴别诊断的中医病名名称；
* 鉴别诊断-中医证候名称——需要进行鉴别诊断的中医证候名称；
* 诊疗计划——具体的检査、中西医治疗措施及中医调护；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 住院医师签名——患者入院时所在科室具体负责诊治的，具有 住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（38）实现住院病程记录--日常病程记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 住院病程——住院病历中病程记录内容的详细描述；
* 医嘱内容——医嘱内容的详细描述，中医依据《中药处方 格式及书写规范》描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、闻、问、切四诊内容；
* 辨证论治详细描述——对辨证分型的名称、主要依据和采用的治则 治法的详细描述；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 专业技术职务类别代码——医护人员专业技术职务分类在特定编码体 系中的代码；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（39）实现住院病程记录--上级医师查房记录数据集标准化

* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 记录人签名——记录单填写者签署的在公安户籍管理部门 正式登记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 査房日期时间——开始查房时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生. 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 查房记录——对患者査房结果和诊疗相关意见的详细 描述；
* 医嘱内容——医嘱内容的详细描述，中医依据《中药处方 格式及书写规范》描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 辨证论治详细描述——对辨证分型的名称、主要依据和采用的治则 治法的详细描述；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 诊疗计划——具体的检査、中西医治疗措施及中医调护；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；

（40）实现住院病程记录--疑难病例讨论记录数据集标准化

* 中药处方医嘱内容——对中药处方医嘱内容的详细描述；
* 讨论意见——疑难病历讨论过程中的具体讨论意见的详 细描述；
* 辨证论治详细描述——对辨证分型的名称、主要依据和采用的治则治法的详细描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 主持人总结意见——主持人就疑难病例讨论过程总结意见的详细描述；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 讨论日期时间——医学相关讨论结束时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 讨论地点——患者诊疗相关讨论的地点；
* 参加讨论人员名单——参加术前讨论的人员姓名列表；
* 主持人姓名——疑难病例讨论的主持人在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码-患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、闻、问、切四诊内容；

（41）实现住院病程记录--交接班记录数据集标准化

* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 目前诊断-中医证候代码——交接班时患者所患的疾病在中医证候特定 分类体系中的代码；
* 交班日期时间——交班结束时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 交班者签名——交班者在文书上签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 接班日期时间——接班结束时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 接班者签名——接班者签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁)——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在西医诊断特 定编码体系中的编硏；
* 入院诊断-中医病名代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医病名特 定分类体系中的代码；
* 入院诊断-中医证候代码——患者人皖时作出的疾病诊断在中医证候特 定分类体系中的代码；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 目前情况——对患者当前的情况的描述；
* 目前诊断-西医诊断编码——交接班时患者所患的疾病在西医诊断特定 编码体系中的编码；
* 目前诊断-中医病名代码——交接班时患者所患的疾病在中医病名特定 分类体系中的代码；
* 接班诊疗计划——接班后的诊疗计划，具体的检査、中西医治 疗措施及中医调护；

（42）实现住院病程记录--转科记录数据集标准化

* 中药处方医嘱内容——对中药处方医嘱内容的详细描述；
* 转入诊疗计划——患者转入科室后的诊疗计划，具体的检査、 中西医治疗措施及中医调护；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 转科记录类型——患者在院期间转科记录类别的分类代码；
* 转出日期时间——患者转出时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 转出科室——患者转出去的科室名称；
* 转出医师签名——转出医师签署的在公安户籍管理部门正式 登记注册的姓氏和名称；
* 转入日期时间——患者转入时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 转入科室——患者转入科室的名称；
* 转入医师签名——患者转入科室的相关医师签署的在公安户 籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院吋作出的疾病诊断在西医诊断特 定编码体系中的编码；
* 入院诊断-中医病名代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医病名特 定分类体系中的代码；
* 入院诊断-中医证候代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医证候特 定分类体系中的代码；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 目前情况——对患者当前的情况的描述；
* 目前诊断-西医诊断编码——转科时患者所患的疾病在西医诊断特定编 码体系中的编码；
* 目前诊断-中医病名代码——转科吋患者所患的疾病在中医病名特定分 类体系中的代码；
* 目前诊断-中医证候代码——转科时患者所患的疾病在中医证候特定分 类体系中的代码；
* 转科目的——对患者转科目的的详细描述；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；

（43）实现住院病程记录--阶段小结记录数据集标准化

* 小结日期时间——记录小结完成的公元纪年日期和时间的完 整描述；
* 主诉——对患者本次疾病相关的主要症状及其持续 时间的描述，一般由患者本人或监护人描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在西医诊断特 定编码体系中的编码；
* 入院诊断-中医病名代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医病名特 定分类体系中的代码；
* 人皖诊断-中医证候代码——患者入院时作出的疾病诊断在中医证候特 定分类体系中的代码；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 医嘱内容——医嘱内容的详细描述，中医依据《中药处方 格式及书写规范》描述；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 目前情况——对患者当前的情况的描述；
* 目前诊断-西医诊断编码——记录阶段小结时患者所患的疾病在西医诊 断特定编码体系中的编码；
* 目前诊断-中医病名代码——记录阶段小结时患者所患的疾病在中医病 名特定分类体系中的代码；
* 目前诊断-中医证候代码——记录阶段小结时患者所患的疾病在中医证 候特定分类体系中的代码；
* 今后治疗方案——今后治疗方案的详细描述，包含中医及民族 医治疗项目；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；

（44）实现住院病程记录--抢救记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 疾病诊断名称——患者所患疾病的西医诊断名称；
* 疾病诊断编码——患者所患的疾病诊断特定编码体系中的 编码；
* 病情变化情况——对患者病情变化的详细描述；
* 抢救措施——进行抢救过程中采取的措施；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编 码体系中的编码；
* 手术及操作名称——按照ICD-9-CM-3的名称；
* 手术及操作目标部位 名称——实施手术/操作的人体部位名称；
* 介人物名称——实施手术操作时使用/放置的材料/药物的 名称；
* 操作方法——手术/操作方法的详细描述；
* 操作次数——实施操作的次数；
* 抢救开始日期时间——实施抢救的开始时间的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 抢救结束日期时间——实施抢救的结束时间的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 检丧/检验项目名称——患者检査/检验项目的正式名称；
* 检査/检验结果——患者检查/检验结果的描述；
* 检查/检验定量结果——患者检查/检验结果的测量值(定量）；
* 检查/检验结果代码——患者检査/检验结果的分类代码；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 参加抢救人员名单——所有参加抢救医务人员姓名列表；
* 专业技术职务类别代码——医护人员专业技术职务分类在特定编码体系中的代码；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（45）实现住院病程记录--会诊记录数据集标准化

* 中医病名代码——患者所患疾病在中医病名特定分类体系中 的代码；
* 会诊日期时间——会诊结束时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 中医证候代码——患者所患疾病在中医证候特定分类体系中 的代码；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的 顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 病历摘要——对患者病情摘要的描述；
* 辅助检查结果——患者辅助检查结果的详细描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 西医诊断名称——患者所患疾病的西医诊断名称；
* 西医诊断编码——患者所患疾病在西医诊断特定编码体系中 的编码；
* 中医病名名称——患者所患疾病的中医病名；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 诊疗过程名称——诊疗过程的名称描述；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 会诊类型——申请会诊的类型描述，如：院内会诊、院外会 诊、多学科会诊等；
* 会诊原因——由会诊医师填写患者需会诊的主要情况的 详细描述；
* 会诊目的——申请会诊医师就患者目前存在问题提出会 诊要达到的目的；
* 会诊申请医师签名——申请会诊的医师签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 会诊申请科室——申请会诊的科室名称；
* 会诊申请医疗机构名称——申请会诊医疗机构的名称；
* 会诊意见——由会诊医师填写患者会诊时的主要处置、指 导意见的详细描述；
* 会诊医师签名——会诊医师签署的在公安户籍管理部门正式 登记注册的姓氏和名称；
* 会诊科室名称——会诊科室名称；
* 会诊医师所在医疗机构 名称——会诊医师所在医疗机构名称；
* 会诊所在医疗机构名称——会诊所在医疗机构的组织机构名称；
* 中医证候名称——患者所患疾病的中医证候名称；

（46）实现住院病程记录--术前小结记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 小结日期时间——记录小结完成的公元纪年日期和时间的完 整描述；
* 病历摘要——对患者病情摘要的描述；
* 术前诊断编码——术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 诊断依据——疾病诊断的依据描述；
* 过敏史标志——标识患者有无过敏经历的标志；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 辅助检査结果——患者辅助检査结果的详细描述；
* 手术适应症——手术适应症的详细描述；
* 手术禁忌症——拟实施手术的禁忌症的描述；
* 手术指征——患者具备的、适宜实施手术的主要症状和体 征描述；
* 会诊意见——由会诊医师填写患者会诊吋的主要处置、指 导意见的详细描述；
* 拟实施手术及操作编码——患者住院期间拟实施的手术及操作在特定 编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作名称——按照ICI>9-CM-3的名称；
* 拟实施手术目标部位 名称——实施手术的人体部位名称；
* 拟实施手术及操作日期 时间——拟对患者开始实施手术操作的公元纪年日 期和时间的完整描述；
* 拟实施麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时拟使用的麻醉方法 在特定编码体系中的代码；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 手术要点——手术要点的详细描述；
* 术前准备——手术前准备工作的详细描述；
* 手术者签名——拟对患者实施手术的医师签署的在公安户 籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（47）实现住院病程记录--术前讨论记录数据集标准化

* 拟实施手术目标部位名称——实施手术的人体部位名称；
* 拟实施手术及操作编码——患者住院期间拟实施的手术及操作在特定 编码体系中的编码；
* 拟实施麻醉方法代码——为患者进行手术、操作吋拟使用的麻醉方法 在特定编码体系中的代码；
* 手术要点——手术要点的详细描述；
* 术前准备——手术前准备工作的详细描述；
* 手术指征——患者具备的、适宜实施手术的主要症状和体 征描述；
* 手术方案——手术方案的详细描述；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 讨论意见——术前讨论过程中的具体意见的详细描述；
* 讨论结论——术前讨论结论性意见的详细描述；
* 手术者签名——拟对患者实施手术的医师签署的在公安户 籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 麻醉医师签名——对患者实施麻醉的麻醉医师签署的在公安 户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 讨论日期时间——医学相关讨论结束时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 讨论地点——患者诊疗相关讨论的地点；
* 主持人姓名——术前讨论的主持人在公安户籍管理部门正 式登记注册的姓氏和名称；
* 参加讨论人员名单——参加术前讨论的人员姓名列表；
* 专业技术职务类别代码——医护人员专业技术职务分类在特定编码体 系中的代码；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 术前诊断编码-术前诊断在特定编码体系中的编码；
* 拟实施手术及操作名称——按照ICD-9-CM-3的名称；
* 拟实施手术及操作日期 时间——拟对患者开始实施手术操作的公元纪年日 期和时间的完整描述；

（48）实现住院病程记录--术后首次病程记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）-患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 记录日期时间——完成此项业务活动时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编 码体系中的编码；
* 手术名称——按照ICD~9-CM-3的名称；
* 手术目标部位名称——实施手术的人体部位名称；
* 手术日期时间——患者住院期间开始实施手术时的公元纪年 日期和时间的完整描述；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在 特定编码体系中的代码；
* 手术过程——手术过程的详细描述；
* 术后诊断名称——在对患者进行手术操作后做出的西医诊断 名称；
* 术后诊断编码——术后诊断在特定编码体系中的编码；
* 诊断依据——疾病诊断的依据描述；
* 注意事项——对可能出现问题及采取相应措施的描述；
* 医师签名——医师签署的在公安户籍管理部门正式登记 注册的姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（49）实现住院病程记录--出院记录数据集标准化

* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 住院医师签名——患者出院时所在科室具体负责诊治的，具有 住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的 天数；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 入院诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在特定编码体 系中的编码；
* 阳性辅助检查结果——涉及阳性结果的辅助检查结果的描述；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包括望、 闻、问、切四诊内容；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 出院情况——对患者出院情况的详细描述；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续吋的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 出院诊断-西医诊断名称——患者出院时的疾病西医诊断名称；
* 出院诊断-西医诊断编码——出院诊断在西医诊断特定编码体系中的 编码；
* 出院诊断-中医病名名称——患者在住院期间确诊的主要中医病名；
* 出院诊断-中医病名代码——出院诊断在中医病名特定分类体系中的 代码；
* 出院诊断-中医证候名称——患者所患主病的主要证候；
* 出院诊断-中医证候代码——出院诊断在中医证候特定分类体系中的 代码；
* 出院时症状与体征——患者出院时症状和体征的详细描述；
* 出院医嘱——对患者出院医嘱的详细描述；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；

（50）实现住院病程记录--死亡记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分 数部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 入院诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在特定编码体 系中的编码；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 死亡日期时间——患者死亡时的公元纪年日期和时间的完整 描述；
* 直接死亡原因名称——直接导致患者死亡的最终疾病或原因名称；
* 直接死亡原因编码——直接导致患者死亡的最终疾病或原因在特 定编码体系中的编码；
* 死亡诊断名称——导致患者死亡的疾病诊断名称，如果有多个 疾病诊断，这里指与其他疾病有因果关系 的，并因其发生发展引起其他疾病，最终导 致死亡的一系列疾病诊断中最初确定的疾 病诊断名称；
* 死亡诊断编码——死亡诊断在特定编码体系中的编码；
* 家属是否同意尸体解剖 标志——标识患者家属是否同意进行尸体解剖的 标志；
* 住院医师签名——患者死亡时所在科室具体负责诊治的，具有 住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（51）实现住院病程记录--死亡病例讨论记录数据集标准化

* 主持人总结意见——主持人就死亡病例讨论过程总结意见的详 细描述；
* 主治医师签名——具有主治医师专业技术职务资格的医师签 謖的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 主任医师签名——具有主任医师专业技术职务资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄（岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 讨论日期时间——医学相关讨论结束时的公元纪年日期和时 间的完整描述；
* 讨论地点——患者诊疗相关讨论的地点；
* 主持人姓名——主持死亡讨论的主持人公安户籍管理部门 正式登记注册的姓氏和名称；
* 参加讨论人员名单——参加术前讨论的人员姓名列表；
* 专业技术职务类别代码——医护人员专业技术职务分类在特定编码体 系中的代码；
* 直接死亡原因编码——直接导致患者死亡的最终疾病或原因在特 定编码体系中的编码；
* 死亡诊断名称——导致患者死亡的疾病诊断名称，如果有多个 疾病诊断，这里指与其他疾病有因果关系 的，并因其发生发展引起其他疾病，最终导 致死亡的一系列疾病诊断中最初确定的疾 病诊断名称；
* 死亡诊断编码——死亡诊断在特定编码体系中的编码；
* 死亡讨论记录——死亡讨论过程中的具体意见描述；
* 直接死亡原因名称——直接导致患者死亡的最终疾病或原因名称；

（52）实现住院医嘱记录数据集标准化

* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 取消医嘱者签名——取消医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄（月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数形 式表示:分数的整数部分代表实足月龄，分数 部分分母为30,分子为不足1个月的天数；
* 体重(kg)——患者体重的测量值，计量单位为kg；
* 处方药品组号——由系统从1开始根据自然递增的原则赋予 每条新增医嘱的顺序号；
* 电子申请单编号——按照某一特定编码规则赋予电子申请单的顺序号；
* 医嘱类别代码——表示临床医嘱类别的分类代码；
* 医嘱项目类型代码——医嘱项目分类在特定编码体系中的代码；
* 医嘱项目内容——对医嘱项目具体内容的描述；
* 医嘱计划开始日期时间——医嘱计划开始时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医嘱计划结束日期时间——医嘱计划结束时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医嘱备注信息——对下达医嘱的补充说明和注意事项提示；
* 医嘱开立者签名——开立医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱开立日期时间——医嘱开立结束时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医嘱开立科室——开立医嘱的科室名称；
* 医嘱审核人签名——对医嘱进行审核的人员签署的在公安户籍 管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱审核日期时间——对医嘱进行审核时的公元纪年日期和时间 的详细描述；
* 核对医嘱护士签名——核对护士签署的在公安户籍管理部门正式 登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱核对日期时间——对医嘱进行核对时的公元纪年日期和时间 的详细描述；
* 医嘱执行者签名——执行医嘱的人员签署的在公安户籍管理部 门正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱执行日期时间——医嘱执行结束时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医嘱执行科室——执行医嘱的科室名称；
* 医嘱执行状态——显示医嘱执行状态的信息描述；
* 医嘱停止日期时间——医嘱停止时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 停止医嘱者签名——停止医嘱人员签署的在公安户籍管理部门 正式登记注册的姓氏和名称；
* 医嘱取消日期时间——取消医嘱时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；

（53）实现出院小结记录数据集标准化

* 入院诊断-西医诊断编码——患者入院时作出的疾病诊断在西医诊断特 定编码体系中的编码；
* 中医“四诊”观察结果——中医“四诊”观察结果的详细描述，包栝望、 闻、问、切四诊内容；
* 入院诊断-中医证候代码——患者入院吋作出的疾病诊断在中医证候特 定分类体系中的代码；
* 出院诊断-西医诊断编码——出院诊断在西医诊断特定编码体系中的；
* 出院诊断-中医病名代码——出院诊断在中医病名特定分类体系中的 代码；
* 出院诊断-中医证候代码——出院诊断在中医证候特定分类体系中的 代码；
* 手术切口类别代码——手术切口类别的分类在特定编码体系中的 代码；
* 手术切口愈合等级代码——手术切口愈合类别在特定编码体系中的 代码；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编 码体系中的编码；
* 手术及操作开始日期 时间——对患者开始实施手术操作时的公元纪年日 期和时间的完整描述；
* 麻醉方法代码——为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法在 特定编码体系中的代码；
* 手术过程——手术过程的详细描述；
* 治则治法——根据辨证结果采用的治则治法名称术语；
* 中药煎煮方法——中药煎煮的方法的描述；
* 中药用药方法——中药的用药方法的描述；
* 诊疗过程描述——对患者诊疗过程的详细描述；
* 出院情况——对患者出院情况的详细描述；
* 出院时症状与体征——患者出院时症状和体征的详细描述；
* 出院医嘱——对患者出院医嘱的详细描述；
* 病情转归代码——出院时患者所患的每种疾病的治疗结果类 别在特定编码体系中的代码；
* 住院医师签名——患者出院时所在科室具体负责诊治的，具有 住院医师专业技术职务任职资格的医师签 署的在公安户籍管理部门正式登记注册的 姓氏和名称；
* 上级医师签名——具有主治医师以上专业技术职务资格的主 管医师签署的在公安户籍管理部门正式登 记注册的姓氏和名称；
* 签名日期时间——进行电子签名时的公元纪年日期和时间的 完整描述；
* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特 定编码体系填写的代码；
* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象 的顺序号；
* 科室名称——患者在医疗机构就诊的科室名称；
* 病区名称——患者当前所在病区的名称；
* 病房号——患者住院期间，所住病房对应的编号；
* 病床号——患者住院期间，所住床位对应的编号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 年龄(岁）——患者年龄满1周岁的实足年龄，为患者出生 后按照日历计箅的历法年龄，以实足年龄的 相应整数填写；
* 年龄(月）——年龄不足1周岁的实足年龄的月龄，以分数 形式表示：分数的整数部分代表实足月龄， 分数部分分母为30,分子为不足1个月的 天数；
* 婚姻状况代码——患者当前婚姻状况在特定编码体系中的 代码；
* 职业类别代码——患者当前从事的职业类别在特定编码体系 中的代码；
* 患者电话号码——患者本人的电话号码，包括国际、国内区号 和分机号；
* 地址类别代码——患者本人或联系人地址类别在特定编码体 系中的代码；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直 辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的 名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）的名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、镇或城市的 街道办事处名称；
* 地址-村(街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的村或城市的街、 路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 邮政编码——由阿拉伯数字组成，用来表示与地址对应的 邮局及其投递区域的邮政通信代号；
* 联系人姓名——指联系人在公安户籍管理部门正式登记注 册的姓氏和名称；
* 联系人电话号码——联系人的电话号码，包括国际、国内区号和 分机号；
* 入院日期时间——患者实际办理入院手续时的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 出院日期时间——患者实际办理出院手续吋的公元纪年日期 和时间的完整描述；
* 实际住院天数——患者实际的住院天数，入院日与出院日只计 算1天；
* 入院情况——对患者入院情况的详细描述；
* 阳性辅助检查结果——涉及阳性结果的柿助检查结果的描述；
* 入院诊断-中医病名代码——患者入院吋作出的疾病诊断在中医病名特 定分类体系中的代码；

（54）实现转诊（院）记录数据集标准化

* 居民健康卡号——患者持有的全国统一的居民健康卡的编号；
* 门（急）诊号——按照某一特定编码规则赋予门（急）诊就诊对象的顺序号；
* 住院号——按照某一特定编码规则赋予住院就诊对象的顺序号；
* 患者姓名——患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 性别代码——患者生理性别在特定编码体系中的代码；
* 出生日期——患者出生当日的公元纪年日期的完整描述；
* 过敏史——患者既往发生过敏情况的详细描述；
* 疾病史（含外伤）——对患者既往健康状况和疾病（含外伤）的详细描述；
* 手术史——对患者既往接收手术/操作经历的详细描述；
* 转诊（院）日期——患者转诊（院）当日的公元纪年日期的完整描述；
* 转诊原因——对患者转诊原因的简要描述；
* 转诊记录——对患者转诊过程的描述；
* 转诊医师姓名——转诊医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称；
* 疾病转诊编码——患者所患的级别诊断特定编码体系中的编码；
* 诊断日期——对患者所患疾病作出诊断时当日的公元日期的完整描述；
* 诊断机构名称——对患者所患疾病作出诊断的医疗机构的组织机构名称；
* 相关症状——对患者修改症状的详细描述；
* 主要治疗措施——出现症状采取的主要措施，包含中医及民族医相关的治疗措施；
* 辅助检查结果——患者辅助检查结果的详细描述；
* 手术及操作编码——患者住院期间实施的手术及操作在特定编码体系中的编码；
* 手术及操作开始日期——对患者开始实施手术操作时的公元纪年日期和时间的完整描述；
* 治疗方案——根据对转诊患者的临床表现、实验室检查结果等为患者制定的治疗方案的详细描述；
* 处置计划——在患者评估基础上为其制定的处置计划的详细描述；
* 健康问题评估——根据患者疾病临床表现、实验室检查结果等作出的健康问题评估结果的详细描述；
* 康复措施指导——医师对患者实施康复措施指导的描述；
* 转出医疗机构代码——患者转出的医疗机构经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 转出医疗机构科室名称——患者转出的医疗机构所属科室名称；
* 转入医疗机构名称——患者转入的医疗机构的组织机构名称；
* 转入医疗机构科室名称——患者转入的医疗机构所属科室名称；

（55）实现医疗机构信息记录数据集标准化

* 医疗机构名称——患者就诊所在的医疗机构名称；
* 医疗机构组织机构代码——经《医疗机构执业许可证》登记的，并按照特定编码体系填写的代码；
* 医疗机构联系电话——医疗机构的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 医疗机构负责人（法人）姓名——医疗机构负责人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓名和名称；
* 医疗机构负责人联系电话——医疗机构法人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号；
* 地址-省（自治区、直辖市）——患者本人或联系人地址中的省、自治区或直辖市名称；
* 地址-市（地区、州）——患者本人或联系人地址中的市、地区或州的名称；
* 地址-县（区）——患者本人或联系人地址中的县（区）名称；
* 地址-乡（镇、街道办事处）——患者本人或联系人地址中的乡、镇或城市的街道办事处名称；
* 地址-村（街、路、弄等）——患者本人或联系人地址中的村或城市的街、路、里、弄等名称；
* 地址-门牌号码——患者本人或联系人地址中的门牌号码；
* 邮政编码——由阿拉伯数字组成，用来表示与地址对应的邮局及其投递地区的邮政通信代号。

**（三）CDA共享文档标准化**

（1）实现病历摘要共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：实验室检查章节、既往史章节、输血章节、过敏史章节、预防接种史章节、个人史章节、月经史章节、家族史章节、卫生事件章节；

（2）实现门（急）诊病历共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：过敏史章节、主诉章节、现病史章节、既往史章节、体格检查章节、实验室检查章节、诊断记录章节、治疗计划章节、医嘱章节；

（3）实现急诊留观病历共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：过敏史章节、主诉章节、现病史章节、既往史章节、体检检查章节、实验室检查章节、诊断记录章节、治疗计划章节、医嘱章节、手术操作章节、抢救记录章节、住院过程章节、其他相关信息章节；

（4）实现西药处方共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、用药章节、费用章节；

（5）实现中药处方共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、用药章节、治疗计划章节；

（6）实现检查记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、主诉章节、症状章节、手术操作章节、体检检查章节、其他处置章节、检查报告章节；

（7）实现检验记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、实验室检查章节、检验报告章节；

（8）实现治疗记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：既往史章节、生命体征章节、入院诊断章节、治疗计划章节、手术操作章节、用药管理章节；

（9）实现一般手术记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：既往史章节、术前诊断章节、手术操作章节、失血章节、输血章节、麻醉章节、用药章节、输液章节、手术过程描述章节、引流章节；

（10）实现麻醉术前访视记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：术前诊断章节、现病史章节、体格检查章节、实验室检查章节、治疗计划章节；

（11）实现麻醉记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：实验室检查章节、术前诊断章节、术后诊断章节、用药管理章节、输液章节、输血章节、麻醉章节、主要健康问题章节、生命体征章节、手术操作章节、失血章节、术后去向章节；

（12）实现麻醉术后访视记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：生命体征章节、一般状况检查章节、实验室检查章节、术前诊断章节、术后诊断章节、手术操作章节、麻醉章节、主要健康问题章节；

（13）实现输血记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：实验室检查章节、入院诊断章节、输血章节；

（14）实现一般护理记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、过敏史章节、生命体征章节、四肢章节、健康评估章节、健康指导章节；

（15）实现病重（病危）护理记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：过敏史章节、诊断记录章节、生命体征章节、健康评估章节、护理记录章节、护理观察章节、护理操作章节；

（16）实现手术护理记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：术前诊断章节、生命体征章节、实验室检查章节、皮肤章节、过敏史章节、护理记录章节、护理观察章节、护理操作章节、器械物品核对章节、手术操作章节、术后交接章节；

（17）实现生命体征测量记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、生命体征章节、护理观察章节；

（18）实现出入量记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、生命体征章节、护理观察章节、用药章节、护理标志章节；

（19）实现高值耗材使用记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、高值耗材章节；

（20）实现入院评估记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：入院信息章节、症状章节、生命体征章节、既往史章节、过敏史章节、家族史章节、健康评估章节、生活方式章节、入院诊断章节、护理观察章节；

（21）实现护理计划记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主要健康问题章节、护理记录章节、健康指导章节；

（22）实现出院评估与指导记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：出院诊断章节、健康指导章节、健康评估章节；

（23）实现手术同意书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：术前诊断章节、治疗计划章节、意见章节、风险章节；

（24）实现麻醉知情同意书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：术前诊断章节、治疗计划章节、意见章节、风险章节；

（25）实现输血治疗同意书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、输血章节、治疗计划章节、意见章节、风险章节；

（26）实现特殊检查及特殊治疗同意书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、治疗计划章节、意见章节、风险章节；

（27）实现病危（重）通知书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、知情同意章节；

（28）实现其他知情告知同意书记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、知情同意章节、意见章节；

（29）实现住院病案首页记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：生命体征章节、诊断记录章节、主要健康问题章节、转科记录章节、出院诊断章节、过敏史章节、实验室检查章节、手术操作章节、住院史章节、住院过程章节、行政管理章节、治疗计划章节、费用章节；

（30）实现中医住院病案首页记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：生命体征章节、诊断记录章节、主要健康问题章节、转科记录章节、出院诊断章节、过敏史章节、实验室检查章节、手术操作章节、住院史章节、行政管理章节、住院过程章节、治疗计划章节、费用章节；

（31）实现入院记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、现病史章节、既往史章节、预防接种史章节、输血章节、个人史章节、月经史章节、家族史章节、生命体征章节、体检检查章节、辅助检查章节、主要健康问题章节、治疗计划章节；

（32）实现24小时内入出院记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、现病史章节、主要健康问题章节、入院诊断章节、治疗计划章节、住院过程章节、出院诊断章节、医嘱章节；

（33）实现24小时内入院死亡记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、主要健康问题章节、入院诊断章节、治疗计划章节、住院过程章节；

（34）实现住院病程记录 首次病程记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、诊断记录章节、治疗计划章节；

（35）实现住院病程记录 日常病程记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主要健康问题章节、诊断记录章节、医嘱章节、治疗计划章节、用药章节；

（36）实现住院病程记录 上级医师查房记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：健康评估章节、诊断记录章节、用药章节、治疗计划章节、医嘱章节；

（37）实现住院病程记录 疑难病例讨论记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：健康评估章节、诊断记录章节、治疗计划章节、用药章节；

（38）实现住院病程记录 交接班记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、入院诊断章节、诊断记录章节、治疗计划章节、住院过程章节；

（39）实现住院病程记录 转科记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、入院诊断章节、诊断记录章节、治疗计划章节、转科记录章节、用药章节、住院过程章节；

（40）实现住院病程记录 阶段小结共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主诉章节、入院诊断章节、诊断记录章节、治疗计划章节、用药章节、住院过程章节；

（41）实现住院病程记录 抢救记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：诊断记录章节、治疗计划章节、手术操作章节、实验室检查章节；

（42）实现住院病程记录 会诊记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：健康评估章节、诊断记录章节、辅助检查章节、治疗计划章节、会诊原因章节、会诊意见章节、住院过程章节；

（43）实现住院病程记录 术前小结共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：病历摘要章节、术前诊断章节、既往史章节、辅助检查章节、手术操作章节、会诊章节、治疗计划章节、注意事项章节；

（44）实现住院病程记录 术前讨论记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：术前诊断章节、治疗计划章节、手术操作章节、术前总结章节；

（45）实现住院病程记录 术后首次病程记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：手术操作章节、术后诊断章节、注意事项章节；

（46）实现住院病程记录 出院记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主要健康问题章节、入院诊断章节、住院过程章节、医嘱章节、出院诊断章节；

（47）实现住院病程记录 死亡记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：入院诊断章节、住院过程章节、死亡原因章节、诊断记录章节、尸检意见章节；

（48）实现住院病程记录 死亡病例讨论记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：死亡原因章节、诊断记录章节、讨论内容章节、讨论总结章节；

（49）实现住院医嘱记录共享文档标准化；

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：生命体征章节、医嘱章节；

（50）实现出院小结记录共享文档标准化。

* 文档头：文档活动类信息、患者信息、创造者信息、数据路人转信息、文档管理者信息、关联活动信息；
* 文档体：主要健康问题章节、入院诊断章节、出院诊断章节、手术操作章节、手术操作章节、治疗计划章节、住院过程章节、医嘱章节、实验室检查章节。

**1.3 互联互通监控系统**

**（一）集成平台监控**

（1）通过大屏进行对院内交互服务运行状况的实时监控，包括接入的系统数，服务数量，当天服务调用次数，今日异常次数，以及各个系统的服务的调用明细次数等，方便医院实施监控各服务运行状况。

▲（2）为保障本项目建设达到医院互联互通测评要求和信息共享使用要求，应提供医院信息平台整体【患者信息管理系统、医疗机构服务系统、字典管理系统、电子病历管理系统】通过国家信息交互与集成共享水平IHE专项测试。(要求生产厂商提供最新一期IHE中国测试认证专项测试结果——医院信息平台专项测试情况表整体通过测试的对应截图证明)

**（二）数据平台监控**

（1）通过医院数据中心的数据抽取流程进行全面监控并对抽取的关键指标进行汇总和呈现，包括从业务系统抽取到HDW,然后分别从HDW抽取到ODR、从HDW抽取到CDR等全流程。对数据中心的流量进行全面24小时的监控，以便第一时间发现数据抽取过程中可能遇到的异常问题，为排查问题赢得宝贵的时间。

**（三）数据治理监控**

（1）对数据治理进行监控，包括主数据、EMPI和共享文档的内容；主数据分析主要对历史、每月下发和上传的数据量以及注册、分发和查询等重要服务的状态进行了监控；共享文档对一周内院内的共享文档生成指标进行了汇总和对比；EMPI对患者合并数、合并率等重要指标进行了实时汇总与统计。

**1.4 病历文书标准化**

（1）支持国家互联互通标准化测评要求，对院内的病历模板进行重新分类管理，根据互联互通标准化测评的数据集规范进行标准化存储，包括：知情告知信息、入院记录、住院病程记录、出院小结、一般治疗处置记录、门急诊病历共6大类模板数据。

**1.5 互联互通四甲评审辅助服务**

（1）提供互联互通评审所需标准数据集、标准CDA共享文档的改造与平台的联调，提供标准数据集生成，标准CDA文档生成并上传至官方测试网站进行验证服务。

（2）支持基于院内数据平台按照数据集标准对业务数据整合。

（3）辅助医院进行实验室测评准备工作。

（4）辅助医院进行现场测评查验准备工作。

**1.6 业务系统改造服务**

★根据采购人实现互联互通四甲的评审目标，按照《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案（2020年版）》中“互联互通四甲”相关评审指标要求，需要对医院在用业务系统进行相应的互联互通交互服务、互联互通标准化服务等改造，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。（要求提供承诺函）

投标人对医院现用业务系统提供改造服务，包括但不限于以下系统**（应结合评审指标要求并完全满足采购人实际评审需求，以确保采购人可以通过互联互通四甲评审）**：

**（一）HIS系统改造服务**

（1）药品管理系统改造服务

* 对药品管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）门急诊收费系统改造服务

* 对门急诊收费系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（3）门急诊挂号系统改造服务

* 对门急诊挂号系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（4）出入院管理系统改造服务

* 对出入院管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

▲（5）为保障本项目建设达到医院互联互通测评要求和信息共享使用要求，所投厂商的HIS系统应整体（门急诊挂号系统、医生工作站、临床医嘱系统）通过国家信息交互与集成共享水平IHE专项测试。(要求提供最新一期IHE中国测试认证专项测试结果中对应通过情况作为证明材料)

**（二）临床系统改造服务**

（1）门诊医生站改造服务

* 对门诊医生站进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）门诊电子病历改造服务

* 对门诊电子病历进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（3）住院医生站改造服务

* 对住院医生站进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（4）住院电子病历改造服务

* 对住院电子病历进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（5）护理信息系统标准化建设改造服务

* 对护理信息系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（6）护理病历标准化建设改造服务

* 对护理病历进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

▲（7）为保障本项目建设达到医院互联互通测评要求和信息共享使用要求，所投厂商的电子病历系统应整体【PIM 患者信息管理系统、CPOE 电子医嘱管理系统、CDR 临床数据中心系统】通过国家信息交互与集成共享水平IHE专项测试。(要求提供最新一期IHE中国测试认证专项测试结果中对应通过情况作为证明材料)

**（三）LIS系统改造服务**

（1）输血系统改造服务

* 对输血系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）检验系统改造服务

* 对检验系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

▲（3）为保障本项目建设达到医院互联互通测评要求和信息共享使用要求，所投厂商的LIS系统应整体【实验室信息管理系统（LIS）】通过国家信息交互与集成共享水平IHE专项测试。(要求提供最新一期IHE中国测试认证专项测试结果中对应通过情况作为证明材料)

**（四）PACS系统改造服务**

（1）病理系统改造服务

* 对病理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）放射系统改造服务

* 对放射系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（3）内镜系统改造服务

* 对内镜系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（4）超声系统改造服务

* 对超声系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（5）心电信息系统改造服务

* 对心电信息系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

▲（6）为保障本项目系统建设达到信息互联互通和信息共享使用要求，所投厂商的PACS系统应整体【放射信息系统（RIS）、PACS服务器 、PACS影像工作站 、PACS后处理工作站】通过国家信息交互与集成共享水平IHE专项测试。(要求提供最新一期IHE中国测试认证专项测试结果中对应通过情况作为证明材料)

**（五）患者服务系统改造服务**

（1）自助机系统改造服务

* 对自助机系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）分诊管理系统改造服务

* 对分诊管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

**（六）其它业务系统改造服务**

（1）体检系统改造服务

* 对体检系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（2）人力资源管理系统改造服务

* 对人力资源管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（3）消毒供应管理系统改造服务

* 对消毒供应管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（4）成本管理系统改造服务

* 对成本管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（5）预算管理系统改造服务

* 对预算管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（6）资产管理系统改造服务

* 对资产管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

（7）设备管理系统改造服务

* 对设备管理系统进行相关的改造服务，以满足《医院信息平台交互规范》、《电子病历基本数据集》、《电子病历共享文档规范》相关标准要求。

**二、商务要求：**

### ★1、交货期及地点

**（1）交货期**

合同签订后的6个月内上线使用（可根据医院实际情况分批上线，项目整体验收不超出18个月）。

**（2）交货地点**

成都市郫都区中医医院。

### ★2、付款方式

采购项目的价格构成：包括以上货物（设备）和服务价格，以及运输、装卸、配件、安装、调试、培训、维护、税费等各项相关费用。具体的付款方式，由采购人与中标人在签订合同时商定。中标人须向采购人出具合法有效完整的完税发票及凭证资料进行支付结算。

### 3、实施要求

**（1）实施进度要求**

投标人根据医院实际情况，制定出详细、有序、安全稳妥的系统实施计划，至少包含：时间进度表、本地化修改、测试、试运行、培训及上线计划等，承诺保证在合同规定时间内上线及信息系统的平稳过渡。

**（2）实施阶段节点要求**

根据项目情况按照：需求调研、流程分析与确认；系统配置与集成部署、数据准备；系统测试、模拟运行；培训；上线运行；稳定验收等阶段制定详细实施计划。

**（3）实施进度控制与保障**

投标人需要对项目实施的进度控制及工作保障有详细的合理可行的安排计划。

### 4、售后服务要求

（1）项目验收合格后，中标人至少提供1年的售后服务（其中至少包括系统维护、跟踪检测），且该项服务已包含在本项目预算中不能额外收费。

（2）投标人应在四川地区设立常驻服务机构或承诺中标后设立常驻服务机构，并拥有专职售后服务技术人员。

（3）对于系统故障或新需求，响应时间为5分钟内，服务时间为7×24小时。对于影响甲方正常业务开展的特殊情况（如：软件系统、硬件故障或瘫痪），在电话服务支持和远程网络支持无法解决故障时，专业技术应在2小时内到达现场，法定节假日4小时以内到达现场检测并排除故障。

（4）必须委派相关人员每月进行一次巡检。

（5）项目验收时，投标人应响应下列文档及资料：

a功能使用说明书。

b上线测试报告。

c使用手册及系统维护手册。

### 5、培训要求

（1）免费培训

要求对医院信息化管理、使用人员进行免费现场培训。

（2）培训对象

培训对象包括系统管理员、操作员等相关人员，要求对医院人员全覆盖培训即对医院管理人员培训、医院信息科室技术人员培训、系统使用操作人员培训。

（3）培训内容：系统管理人员培训内容为系统中涉及的相关技术内容；模块管理人员培训内容为系统流程和相关管理思想；操作员为系统的操作培训。

（4）培训次数及被培训人员达到的要求对操作人员进行操作培训，至操作人员熟练为止。对维修人员提供培训，使其能对设备进行正常的维修保养及能对一般故障进行维修。为保证有关人员熟悉、熟练使用、管理和维护设备，将对有关人员提供不同层次的全面的技术培训，现场培训一直贯穿在整个工程实施过程中。经培训后，相关人员能依据操作的基本规则，在正常工作使用条件下对货物能进行独立操作，并能将技能和方法熟练应用于。应派售后服务工程师免费培训操作维修人员，直至买方技术人员能掌握设备的使用，能排除常见故障。

### 6、验收要求

参考《财政部关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》(财库〔2016〕205号)、《四川省政府采购项目需求论证和履约验收管理办法》(川财采〔2015〕32号)的要求进行验收。

### ★7、其它

投标人须在中标后，按照相关要求及时签订项目合同。合同签订前，采购人如有需要，可要求中标人提供相关证书（牌）原件备查（包含所投软件系统用户案例的证明材料）。如不能提供所有的相关证书（牌）原件，报相关部门处理。

**备注：**

1、以上标注“★”条款为实质性要求，必须满足，若不满足视为无效投标。

2、以上标注“▲”条款为重要参数，不符合或未提供相关证明材料将扣除相应分值。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评分项目** | **分值** | **评分标准** |
|
| 1 | 报价评分 | 30分 | 满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=(评标基准价／投标报价)\*30。 |
| 2 | 技术水平 | 40分 | 完全符合招标文件技术（服务）参数要求的得40分，不满足招标文件技术参数及配置要求的，按如下规则进行处理：每有一项不满足招标文件中标注“▲”条款（共5项）要求的扣2.26分，每有一项不满足招标文件中未标注符号条款（共205项）要求的扣0.14分，扣完为止。（技术参数中要求提供证明材料的，须按要求提供相关证明材料并加盖供应商鲜章，未提供证明材料该项不得分。）  注：按最小级别阿拉伯数字编号，如：（1），（2），（3）……的内容单独视为1条要求。 |
| 3 | 综合实力 | 3分 | 投标人或所投系统厂商应支持HL7 FHIR标准，每提供一个测试通过场景证明得0.5分，满分 3分；不提供或不符合不得分。  注：提供测试通过的有效证明文件 |
| 4分 | 投标人或所投系统厂商提供医院信息互联互通标准化成熟度评测四级甲等（含）及以上的用户案例，每提供1个得1分，本项最多得4分。  注：提供案例合同及用户通过证书（牌）复印件 |
| 4分 | 投标人或所投系统厂商提供医院电子病历应用水平5级（含）及以上的用户案例，每提供1个得1分，本项最多得4分。  注：提供案例合同及用户通过证书（牌）复印件 |
| 4 | 服务能力 | 4分 | 投标人或所投系统厂商通过信息技术服务标准认证(ITSS)证书,提供一级得4分，提供二级得3分，提供三级得1分，不提供或不符合不得分。  注：提供有效的证书复印件 |
| 4分 | 投标人或所投产品厂商通过中国网络安全审查技术与认证中心（CCRC）颁发的信息系统安全集成服务证书,提供一级得4分，提供二级得3分，提供三级得1分，不提供或不符合不得分。  注：提供有效的证书复印件 |
| 3分 | 根据投标人提供的项目实施方案评价：实施计划周密细致、合理可行；项目实施成员分工明确；实施过程具有完善的质量管理和控制体系。完全满足得3分，有一项缺项、漏项、表述不清楚或逻辑混乱的一项扣1分，扣完为止。本项最高得3分。 |
| 4分 | 根据投标人提供的培训方案评价：培训目标清晰，符合该项目目标；培训内容完整，涵盖项目建设内容；培训课程丰富，覆盖相关科室；培训考核方案合理，能体现出考核过程。完全满足得4分，有一项缺项、漏项、表述不清楚或逻辑混乱的一项扣1分，扣完为止。本项最高得4分。 |
| 4分 | 根据投标人提供的售后服务方案评价：售后服务方案具备良好的服务理念；完善的售后服务体系；售后服务响应时间、故障排除时间切实可行；售后服务保障措施全面。完全满足得4分，有一项缺项、漏项、表述不清楚或逻辑混乱的一项扣1分，扣完为止。本项最高得4分。 |