

宿州市医疗保障局

宿医保秘〔2020〕69号

关于印发宿州市基层医疗机构城乡居民医保 适宜日间病床收治病种门诊按病种付费 试点工作实施方案（试行）的通知

各县（区）医疗保障局、卫生健康委员会，市医保中心：

经市医疗保障局与市卫生健康委员会联合研究同意，现将《宿州市基层医疗机构城乡居民医保适宜日间病床收治病种门诊按病种付费试点工作实施方案（试行）》印发给你们，并提出以下工作要求，请一并贯彻执行。

一、加强部门协作。试点县区医保、卫健部门要部门联动，强化协作，发挥合力，严格按照实施方案推动工作落实，保障试点工作顺利开展。同时，要努力做好试点宣传工作，使人民群众、医疗机构、有关部门充分理解支付方式改革，在提高医疗资源的使用效率、改善医疗服务可及性、提高医务人员积极性方面的重要作用，为医保支付方式改革试点营造良好的舆论氛围。

二、建立报告制度。试点县区医保、卫健部门应建立健全舆情监测应对机制，解释好相关政策，把好事做实，实事做好，提高参保群众满意度，确保医保基金安全。医保部门要建立“日间病床”涉及医保基金分析测算跟踪制度，每月10日前（节假日顺延）

向市医疗保障局报告上月的试点工作开展情况，遇到的重大问题应及时报告。



宿州市医疗保障局



宿州市卫生健康委员会

2020年7月15日

宿州市基层医疗机构城乡居民医保适宜日间 病床收治病种门诊按病种付费试点 工作实施方案（试行）

按照党中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》和安徽省医疗保障局《关于开展基层医疗机构适宜日间病床收治病种医保结算试点工作的通知》（皖医保秘〔2020〕62号）要求，为持续推进医保支付方式改革，提高医保基金使用效率，提升医疗机构服务质量，破解基层医疗机构住院难题，结合我市实际，制定本方案。

一、基本原则

坚持“先行试点、循序渐进，科学测算、动态调整，疗效优先、规范服务，医患并重，多方共赢”的原则，努力实现参保群众更便捷、医保基金可承受和医疗机构得发展的工作目标。

二、实施范围

参加宿州市城乡居民基本医疗保险人员在埇桥区、泗县、萧县行政区域内乡镇卫生院就诊，患者符合入院指征，主要疾病诊断、主要治疗方法等同时符合本方案规定的病种付费范围和临床路径（具体临床路径详见附件3），方可享受“日间病床”门诊按病种付费政策。

三、试点期限

2020 年 7 月 20 日-2021 年 12 月 31 日。

四、试点病种

根据临床诊断明确、诊疗技术成熟、治疗费用稳定、风险可控、乡镇卫生院就诊病人较多等条件选择病种，原则上在“50+N”种常见病和多发病中选择，首批遴选 10 个病种（病种见附件 1）。

五、支付办法

（一）定额标准。按照合理测算成本，结合遴选病种乡镇卫生院近三年平均费用，兼顾群众利益和医保基金承受能力，有约束、有激励的原则确定定额标准。

（二）支付比例。医保基金按定额标准 80%比例固定支付给医疗机构。如果医疗总费用低于定额标准，患者个人按照实际医疗费用的 15%付费；高于定额标准的，患者个人按照定额标准的 15%付费（个人自付部分根据城乡居民医保报销政策实行动态调整）。“日间病床”实行最高限价管理，差额和超支部分由医院自行承担，低于定额标准的，结余部分试点医疗机构留用。

（三）相关要求。

1.患者在一次诊疗过程中，同时实施两个以上病种诊疗的，按照定额最高病种结算。

2.参保患者在同一医疗机构年度享受“日间病房”按病种付费政策不超过 4 次；同一疾病出院 15 天之内不得重复办理。

3.门诊治疗天数未达到规定天数 70%、当次门诊医药费用未

达到定额标准 70%的，不予报销。如患者疾病病情出现转危或加重，需要转入相应专科病房治疗的，应由经治医生提出申请，试点医院负责人签字确认，报医共体牵头医院和医保部门备案，方可退出“日间病床”管理，其符合规定的“日间病床”费用纳入专科病房发生的住院费用按照普通住院医保政策合并结算报销。

4.门诊治疗期间，未按照本方案规定临床路径表单进行规范治疗的，不执行“日间病床”结算政策。

六、操作流程

（一）就诊。患者持身份证或医保电子凭证等有效证件到试点医疗机构就诊，经治医生进行初步审查，对符合“日间病床”管理患者，填写《宿州市基层医疗机构“日间病床”协议书》。患者持申请表到出入院结算科登记“日间病床”类别，在医疗机构 HIS 系统中标识，患者须按病种定额标准规定的 15%自付比例预交预约金（建档立卡贫困人口及有政策规定免交预约金的人员除外）。

（二）告知。试点医疗机构临床科室收治“日间病床”患者，须以《宿州市基层医疗机构“日间病床”协议书》的方式告知患者“日间病床”报销政策，同时签订“病情告知书”，避免治疗期间出现医疗、安全等方面责任事故。

（三）结算。患者治疗结束时，实行即时结报，试点医疗机构在结算系统选择“日间病床”报销类型，并将所需资料上传至医保信息平台进行联网结算。患者按当次住院实际医疗费用按比例结清个人自付费用，其预交的住院费用多退少补。

七、工作要求

（一）提高认识。试点县区医保、卫健部门要提高政治站位，充分认识实施“日间病床”是改革基层医疗机构运行模式，方便群众就医、确保基金安全的一项重要措施，各试点医疗机构要充分认识“日间病床”改革的重要意义，做好风险评估，签订“病情告知书”，赢得患者及家属的信任、配合和支持，减少医疗纠纷和安全事故发生，确保“日间病床”工作顺利实施。同时，医共体牵头医院要加强行业管理，落实监管责任，规范诊疗行为，确保基金安全。

（二）成立组织。试点县区医保部门、卫健部门和试点医疗机构要成立专项改革工作办公室，安排专人负责，确保信息能够及时上传下达，确保这项惠民实事能够顺利推进。医保部门应加强对试点医疗机构的监管，按月分析数据，及时总结发现的问题，以利于进一步修改完善方案。

（三）加强宣传。试点县区医保部门和试点医疗机构，加强政策宣传，将“日间病床”定额标准及医保支付标准等相关内容，在医疗机构醒目位置进行公示，患者进入“日间病床”管理要签订《宿州市基层医疗机构“日间病床”协议书》进行告知，每月报补信息要在医疗机构公示栏内公示，接受监督。

（四）升级系统。市医保中心应及时做好系统维护，在信息系统内增加“日间病床”门诊结算类型，维护“日间病床”医保计算函数，做好系统“日间病床”数据统计和分析（“日间病床”数据归入门诊数据，不纳入发病率统计）。试点县区医保部门应督促各

试点医疗机构及时进行系统改造与对接工作，确保“日间病床”政策能在规定时间内正式实施。

（五）规范管理。

1.设置专区。各试点医疗机构应设置“日间病床”独立病区，专供“日间病床”病人使用，制作并及时更换“日间病床”床头卡，供监督检查用。

2.信息登记。各试点医疗机构对本院“日间病床”患者医保信息认真核对，收治患者 24 小时登记到系统内，原则上每天下午 5 点前上传当日费用信息，否则所有费用由医疗机构自行承担。

3.完善材料。各试点医疗机构要参照住院病人管理的方式完善病历，费用清单、发票、门诊小结和身份证复印件要随报销材料一起报医共体牵头单位审核。留存档病历内容应至少包括病历首程和病情记录（经治医生签字）、检查报告单、每日费用清单（患者签字确认）、病情告知书、协议书、临床路径表单（患者签字确认）等。试点医疗机构要确保医疗记录与实际治疗吻合，杜绝虚拟病人、虚增医嘱、虚增医药费用等欺诈骗保现象。

4.规范执行。各试点医疗机构收治“日间病床”患者人次不得超过医疗机构审批床位数或实际在院人数 50%，患者治疗期间医院不得收取住院床位费（每日可收观察床床位费）、级别护理费等相关住院费用，严格执行“三合理一规范”，即合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费。

5.加强监督。试点县区医保部门、医共体牵头单位要协同配

合，加强监管，要利用现场检查、病历审核与信息系统数据统计分析结果进行综合监管，防止医疗机构滥用“日间病床”套取医保基金。

（六）违规处罚。各试点医疗机构不得因实行“日间病床”推诿患者；不得以合并症、并发症等为由，对符合“日间病床”的患者拒不执行“日间病床”政策结算；不得无故缩短患者的治疗时间、减少路径表单中服务内容，损害患者的利益；不得将定额范围内的医药费用通过处方外购、院外检查或门诊处方、门诊检查等方式转嫁医疗费用，增加患者负担；不得以串换诊断、分解治疗、分解费用和过度医疗等方式套取医保基金，上述问题一经发现，直接扣除涉及本次报销款，并按照《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（省人民政府令第284号）、安徽省医疗保障局《关于印发<安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）><安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）>的通知》（皖医保发〔2019〕12号）及服务协议等文件规定严肃处理。

八、有关说明

（一）门诊“日间病房”医保基金支付纳入医疗机构总额预算考核和参保患者年度医保支付封顶限制；贫困人口自付费用纳入兜底综合保障。

（二）本方案（试行）自2020年7月20日起实施（以患者就诊的起始日期为准），试行一年后根据实施情况再行动态调整。其他事宜由宿州市医疗保障局负责解释。

附件：1.宿州市基层医疗机构“日间病床”试点病种及定额标准

（试行）

2.宿州市基层医疗机构“日间病床”协议书

3.宿州市基层医疗机构“日间病床”病种临床路径表单

附件 1

宿州市基层医疗机构“日间病床”试点病种及定额标准（试行）

序号	疾病 ICD-10 编码	疾病名称	住院天数	乡镇一级医院定额标准（元）	乡镇一级医院基金定额支付（元）	乡镇二级医院定额标准（元）	乡镇二级医院定额支付标准（元）
1	I25.1	冠状动脉粥样硬化性心脏病	8	1430	1144	1530	1224
2	I67.803	脑动脉供血不足	7	1420	1136	1520	1216
3	J44.001 或 J44.101	慢性阻塞性肺疾病	9	1550	1240	1650	1320
4	J20.904	急性支气管炎	8	1200	960	1300	1040
5	Q81.0	急性胆囊炎	7	1170	936	1270	1016
6	N73.001	女性急性盆腔炎	7	1170	936	1270	1016
7	I63.801	腔隙性脑梗死	9	1550	1240	1650	1320
8	B02.9	带状疱疹（不伴有并发症）	8	1230	984	1330	1064
9	K29.101	急性胃炎	7	1260	1008	1360	1088
10	N20.9	泌尿系统结石	7	1000	800	1100	880

附件 2

宿州市基层医疗机构“日间病床”协议书

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

身份证号码 _____

家庭住址 _____ 联系电话 _____

临床诊断 _____

医疗机构名称 _____

治疗科室 _____

患者诊断为_____疾病，属宿州市基层医疗机构“日间病床”试点的病种之一，医疗费定额为____元，医保定额报销____元，如果医疗总费用低于定额标准，患者个人按照实际医疗费用的 15%付费；高于定额标准的，患者个人按照定额标准的 15%付费。双方愿意遵守以下约定：

1. 患者办理“日间病床”手续后，按照定额标准费用的自付比例，预交预约金，结束结清个人自付医疗费用。

2. 患者该病种治愈后，应及时办理结算手续。

3. 对于没有按照临床路径表单（如转院、自动出院、病情转危）治疗完毕，门诊治疗天数未达到规定天数 70%、当次门诊医药费用未达到定额标准的 70%、患者疾病病情出现转危或加重，退出“日间病床”管理。

4. 试点医疗机构严格按照“日间病床”路径表单诊治患者，规范医疗服务行为，保证医疗安全和医疗质量。严禁将定额范围内的医疗费用（如患者住院期间到外院检查、治疗等费用）通过外购处方、分解住院、分解支付等方式排出在定额范围之外，增加患者的负担，不得收取住院床位费（可收取观察床位费）、护理费等住院费用。

5. 患者应提供必要的相关材料和手续，以便试点医院与医共体牵头医院结算。

6. 本协议一式三份，医院、患者各一份，报销结算附一份。

患者签字或家属签字 _____

经治科室医生签字 _____ 科室负责人签字（盖章） _____

时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 3

宿州市基层医疗机构“日间病床”病种临床路径表单

冠状动脉粥样硬化性心脏病临床路径表单

适用对象：第一诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病（ICD-10：I25.1）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

标准住院日：7-10 天

时间	第 1 天	第 2 天
主要诊疗 工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完善病历 ☐ 医患沟通，交待病情 ☐ 检测并管理血压（必要时降压） 合理选择治疗方案及应用各类药物	☐ 主治医师查房，书写上级医师查房记录 ☐ 评价心脏功能状态 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 继续防治并发症 ☐ 必要时会诊
重 点 医 嘱	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药，依据病情下达 ☐ 降压药物酌情选择： ☐ 他汀类药物 阿司匹林 活血药物 临时医嘱： ☐ 三大常规、肝肾功能、血脂、血糖、心肌酶谱、肌钙蛋白、胸片、心电图、心脏彩超等	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 临时医嘱： ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医生 签名		

时间	第 3 天	第 4-6 天
主要诊疗工作	☐ 主任医师查房,书写上级医师查房记录 ☐ 评价心脏功能状态 ☐ 继续防治并发症	☐ 各级医生查房 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 评价心脏功能状态 ☐ 继续防治并发症
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达 临时医嘱: ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达	长期医嘱: ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 三级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达 临时医嘱: ☐ 异常检查复查 ☐ 心电图 ☐ 必要时复查心脏彩超 ☐ 根据病情需要下达
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有, 原因:	☐ 无 ☐ 有, 原因:
医生签名		

时间	第 7-10 天	
主要诊疗 工作	☐ 通知患者及家属明日出院 ☐ 向患者交代出院后注意事项，预约复诊日期 ☐ 如果患者不能出院，在病程记录中说明原因和继续治疗的方案 ☐ 再次向患者及家属介绍患者出院后注意事项，出院后治疗和家庭保健 ☐ 患者办理出院手续，出院	
重 点 医 嘱	出院医嘱： ☐ 通知出院 ☐ 依据病情给予出院带药及建议 ☐ 出院带药	
病情变异 记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	
医生签名		

脑动脉供血不足临床路径表单

适用对象：第一诊断为脑供血不足（ICD-10：I67.803）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

标准住院日：5-10 天

时间	第 1 天	第 2 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完善病历 ☐ 医患沟通，交待病情 ☐ 合理控制血压 ☐ 合理选择治疗方案及应用各类药物	☐ 主治医师查房，书写上级医师查房记录 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 继续防治并发症
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达 ☐ 依病情酌情选择降压药物 ☐ 他汀类药物： ☐ 维持基础用药 可选项： ☐ 阿司匹林 ☐ 活血药物治疗： 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规 ☐ 肝肾功能、血糖、凝血功能 ☐ 胸片、心电图等	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达 临时医嘱： ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达 ☐ 必要时查头颅 CT ☐ 根据病情需要下达
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签字		

时间	第 3 天	第 4-6 天
主要诊疗工作	☐ 上级医师查房，书写上级医师查房记录 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 继续防治并发症	☐ 各级医生查房 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 继续防治并发症
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达 临时医嘱： ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达	长期医嘱： ☐ 内科疾病护理常规 ☐ 三级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 基础疾病用药 ☐ 依据病情下达临时医嘱： ☐ 异常检查复查
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签字		

时间	第 7-10 天	
主要诊疗工作	☐ 通知患者及家属明日出院 ☐ 向患者交代出院后注意事项, 预约复诊日期 ☐ 如果患者不能出院, 在病程记录中说明原因和继续治疗的方案 ☐ 再次向患者及家属介绍患者出院后注意事项, 出院后治疗和家庭保健 ☐ 患者办理出院手续, 出院	
重点医嘱	出院医嘱: ☐ 通知出院 ☐ 依据病情给予出院带药及建议 ☐ 出院带药	
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有, 原因:	
医生签名		

慢性阻塞性肺疾病临床路径表单

适用对象：第一诊断为慢性阻塞性肺疾病急性加重期（ICD-10：J44.001/J44.101）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：____年__月__日 出院日期：____年__月__日

标准住院日：7-10 天

时间	第 1-3 天	第 4-7 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 进行病情初步评估，病情严重程度分级 ☐ 上级医师查房 ☐ 明确诊断，决定诊治方案 ☐ 开化验单 ☐ 完成病历书写	☐ 上级医师查房 ☐ 评估辅助检查的结果 ☐ 病情评估，根据患者病情调整治疗方案，处理可能发生的并发症 ☐ 观察药物不良反应 ☐ 指导吸入装置的正确应用 ☐ 住院医师书写病程记录
重点医嘱	长期医嘱： ☐ AECOPD 护理常规 ☐ 一～三级护理常规（根据病情） ☐ 心电、血氧饱和度监测（必要时） ☐ 吸痰（必要时） ☐ 抗菌药物 ☐ 祛痰剂、支气管舒张剂 ☐ 糖皮质激素、胃黏膜保护剂（必要时） 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血气分析、血沉、D-二聚体、C 反应蛋白、凝血功能、感染性疾病筛查 ☐ 痰病原学检查、胸片、心电图、B 超、肺功能 ☐ 胸部 CT、超声心动图、下肢静脉超声（必要时） ☐ 维持水、电解质、酸碱平衡 ☐ 预防深静脉血栓（必要时）	长期医嘱： ☐ AECOPD 护理常规 ☐ 一～三级护理常规（根据病情） ☐ 控制性氧疗 ☐ 心电、血氧饱和度监测（必要时） ☐ 吸痰（必要时） ☐ 抗菌药物 ☐ 祛痰剂、支气管舒张剂 ☐ 糖皮质激素、胃黏膜保护剂（必要时） ☐ 根据病情调整药物 临时医嘱： ☐ 对症治疗 ☐ 复查血常规、血气分析（必要时） ☐ 异常指标复查
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签名		

时间	第 8-9 天	第 10 天
主要诊疗工作	☐ 上级医师查房 ☐ 评估治疗效果 ☐ 确定出院日期及出院后治疗方案 ☐ 完成上级医师查房记录	☐ 完成出院小结 ☐ 向患者交待出院后注意事项 ☐ 预约复诊日期
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 基本同前 ☐ 根据病情调整 临时医嘱： ☐ 根据需要，复查有关检查	出院医嘱： ☐ 出院带药 ☐ 门诊随诊
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签名		

急性支气管炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为急性支气管炎（ICD-10：J20.904）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年_____月_____日 出院日期_____年_____月_____日

标准住院日 7--10 天

时间	第 1 天	第 2-3 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 病情告知 ☐ 如患者病情重，应及时通知上级医师	☐ 上级医师查房 ☐ 根据送检项目报告，及时向上级医师汇报，并予相应处理 ☐ 注意防治并发症
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 内科护理常规 ☐ 饮食 ☐ 抗生素 ☐ 抗病毒 ☐ 止咳祛痰剂 ☐ 平喘药物 ☐ 雾化吸入治疗 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 血、尿、大便常规 ☐ 肝肾功能、电解质 ☐ 心电图、X 线胸片 ☐ CRP、感染标志物 腹部彩超	长期医嘱： ☐ 内科护理常规 ☐ 饮食 ☐ 抗生素 ☐ 抗病毒 ☐ 止咳祛痰剂 ☐ 平喘药物 ☐ 雾化吸入治疗 ☐ 对症治疗 临时医嘱： ☐ 必要时做痰培养、血培养及药敏、血气分析、肺功能、胸部 CT
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签名		

时间	第 4-6 天	第 7-10 天
主要 诊 疗 工作	☐ 完成病程录, 详细记录医嘱变动情况 (原因和更改内容)	☐ 上级医师查房, 同意其出院 ☐ 完成出院小结 ☐ 出院宣教
重 点 医 嘱	长期医嘱: ☐ 内科护理常规 ☐ 饮食 ☐ 抗生素 ☐ 抗病毒 ☐ 止咳祛痰剂 ☐ 平喘药物 ☐ 雾化吸入治疗 ☐ 对症治疗 临时医嘱: ☐ 复查血常规、X 片、肝肾功能	出院医嘱: ☐ 出院带药 ☐ 门诊随访
病情变异 记录	☐ 无 ☐ 有, 原因:	☐ 无 ☐ 有, 原因:
医师签名		

急性胆囊炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为 急性胆囊炎（ICD-10：Q81.0）

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 住院号：_____

住院日期：_____年____月____日 出院日期：_____年____月____日

标准住院日 7 -10 天

日期	第 1 天	第 2 天	第 3-4 天
诊疗工作	☐ 一般病史询问，体格检查，完成病历书写 ☐ 相关检查 ☐ 请上级医师看病人，制定治疗方案， ☐ 医患沟通，将治疗计划告知患者及家属	☐ 科主任（或副主任医师以上）查房，进行病情评估 ☐ 指导下一步治疗 ☐ 汇总辅助检查结果 ☐ 一般生命体征和腹部体征 ☐ 完善上级医师查房记录	☐ 询问进食情况及检查生命体征和腹部体征 ☐ 检查和分析化验报告 ☐ 评估目前治疗疗效；是否需改变治疗方案 ☐ 完成日常病情记录
重点医嘱	☐ 禁食、禁饮 ☐ 一级护理 ☐ 三大常规 ☐ 急查凝血 4 项 血型 鉴定 ☐ 急查血尿淀粉酶 ☐ 生化、免疫常规 ☐ 胸部正侧位片 ☐ 心电图、肝胆 BUS ☐ 予以抗炎解痉治疗，根据经验用药	☐ 查看化验结果 ☐ 二级护理 ☐ 流食（或继续禁食、胃肠减压） ☐ 继续抗炎解痉治疗	☐ 是否可予以半流食（或拔除胃管或继续禁食） ☐ 二级护理 ☐ PTGD 管计量（症状无好转行 PTGD 治疗者） ☐ 继续抗炎解痉治疗 临时医嘱： ☐ 复查血分析、肝功能、生化 ☐ PTGD 患者胆汁培养+药敏
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，具体原因：	☐ 无 ☐ 有，具体原因：	☐ 无 ☐ 有，具体原因：
医师签名			

日期	第 5-6 天	第 7-8 天	第 9-10 天
诊疗工作	☐ 询问一般情况及检查生命体征和腹部体征 ☐ 做相关检查，确定目前治疗方案或改变方案是否有效； ☐ 是否能停用抗菌药物及护肝治疗 ☐ PTGD 患者引流情况，给予利胆 ☐ 完成日常病情记录	☐ 询问进食情况及检查生命体征和腹部体征 ☐ 对比分析检查和化验报告 ☐ PTGD 患者引流情况 ☐ 完成记日常病情录 ☐ 原胆囊炎严重及 PTGD 患者复查肝胆 B 超	☐ 询问进食情况及检查生命体征和腹部体征 ☐ 检查和分析化验报告 ☐ 作出院前评估 ☐ 完成日常病情记录 ☐ 确定患者可以出院 ☐ 向患者交代出院注意事项及复查日期 ☐ 通知出院处 ☐ 开出院诊断书 ☐ 完成出院记录
医嘱	☐ 二级护理 ☐ 流质（半流） ☐ PTGD 管计量 ☐ 继续抗炎 ☐ 停用（继续）护肝治疗 临时医嘱： ☐ 复查肝功能或 BCA	☐ 半流食或普食 ☐ 二级护理 ☐ PTGD 管计量 ☐ 继续抗炎或停用抗生素 ☐ 停用（继续）护肝治疗 临时医嘱： ☐ 原胆囊炎严重及 PTGD 患者复查肝胆 B 超	☐ 半流食或普食 ☐ 二级护理 临时医嘱： ☐ 通知出院
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，具体原因：	☐ 无 ☐ 有，具体原因：	☐ 无 ☐ 有，具体原因：
医师签名			

女性急性盆腔炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为盆腔炎（ICD-10：N73.001）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

标准住院日 7 -10 天

时间	第 1-3 天	第 4-10 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史，完成体格检查 ☐ 完成首次病程记录及住院记录 ☐ 初步拟定综合治疗方案 ☐ 观察下腹痛、腰骶痛及带下情况 ☐ 与患者及家属沟通，交代病情及注意事项	☐ 完善辅助检查 ☐ 根据临床症状判断病情 ☐ 上级医师查房，根据病情调整治疗方案 ☐ 根据检查结果，并予相应处理 ☐ 观察下腹痛、腰骶痛及带下情况
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 妇科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 普食 ☐ 禁辛辣食物 ☐ 卧床休息 ☐ 抗生素静滴 ☐ 红外光理疗 ☐ 临时医嘱： ☐ 完善入院检查： ☐ 妇科检查 ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 出凝血时间 ☐ 血沉、肝功能、肾功能 ☐ 心电图、盆腔超声检查 ☐ 梅毒抗体、艾滋病抗体、乙肝两对半检测 ☐ 阴道分泌物检查 ☐ 宫颈管分泌物检测支原体、衣原体、淋球菌奈瑟菌	☐ 长期医嘱： ☐ 妇科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 普食 ☐ 禁辛辣食物 ☐ 卧床休息 ☐ 抗生素静滴 ☐ 红外光理疗 ☐ 临时医嘱： ☐ 对症处理
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有， 原因	☐ 无 ☐ 有， 原因：
医师签名		

腔隙性脑梗死临床路径表单

适用对象：第一诊断为腔隙性脑梗死(ICD-10: I63.801)

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

住院日期：7-10天

时间	第 1 天	第 2 天	第 3 天
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完善病历 ☐ 医患沟通，交待病情 ☐ 检测并管理血压（必要时降压） ☐ 控制体温，可予物理和药物降温 ☐ 防治感染、应激性溃疡等并发症 ☐ 合理选择治疗方案及应用各类药物	☐ 主治医师查房，书写上级医师查房记录 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 继续防治并发症 ☐ 必要时多科会诊 ☐ 记录会诊意见 ☐ 开始康复治疗	☐ 主任医师查房，书写上级医师查房记录 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 继续防治并发症 ☐ 必要时会诊 ☐ 康复治疗
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 神经内科疾病护理常规 ☐ 一、二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 用药 ☐ 阿司匹林或氯吡格雷 ☐ 他汀类 ☐ 改善循环药物 ☐ 营养神经及改善脑代谢药物 ☐ 其他 临时医嘱： ☐ 三大常规、肝肾功能、电解质、血糖、心肌酶谱、凝血功能、血脂 ☐ 头颅 CT、胸片、心电图 ☐ 颈部血管、腹部超声 ☐ 根据病情选择：头颅 MRI ☐ 根据病情下达病重病危通知	长期医嘱 ☐ 神经内科疾病护理常规 ☐ 一、二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 根据上级医生查房调整用药 ☐ 阿司匹林或氯吡格雷 ☐ 他汀类 ☐ 改善循环药物 ☐ 营养神经及改善脑代谢药物 ☐ 其他 临时医嘱： ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达	长期医嘱 ☐ 神经内科疾病护理常规 ☐ 一、二级护理 ☐ 低盐低脂饮食 ☐ 监测生命体征 ☐ 基础疾病用药 ☐ 根据上级医生查房调整用药 ☐ 阿司匹林或氯吡格雷 ☐ 他汀类 ☐ 改善循环药物 ☐ 营养神经及改善脑代谢药物 ☐ 其他 临时医嘱： ☐ 复查异常化验 ☐ 依据病情需要下达
病情变 异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师 签名			

时间	第 4-6 天	第 7-13 天	第 8-14 天
主要诊疗工作	☐ 各级医生查房 ☐ 评估辅助检查结果 ☐ 评价神经功能状态 ☐ 继续防治并发症 ☐ 必要时相关科室会诊 ☐ 康复治疗	☐ 通知患者及家属明日出院 ☐ 向患者交代出院后注意事项, 预约复诊日期 ☐ 如果患者不能出院, 在病程记录中说明原因和继续治疗的方案	☐ 再次向患者及家属介绍患者出院后注意事项, 出院后治疗和家庭保健 ☐ 患者办理出院手续, 出院
重点医嘱	长期医嘱 神经内科疾病护理常规 一、二级护理 低盐低脂饮食 基础疾病用药 依据病情调整用药 临时医嘱: 异常检查复查 复查血常规、尿常规、电解质、血糖 必要时复查头颅 CT 或 MRI 根据病情需要下达	长期医嘱 神经内科疾病护理常规 二、三级护理 低盐低脂饮食 基础疾病用药 依据病情调整用药 临时医嘱: 异常检查复查 明日出院	出院医嘱 通知出院 依据病情给予出院带药及建议 出院带药
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有, 原因:	☐ 无 ☐ 有, 原因:	☐ 无 ☐ 有, 原因:
医师签名			

带状疱疹（不伴有并发症）临床路径表单

适用对象：第一诊断为带状疱疹（不伴有并发症）（ICD-10：B02.9）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

标准住院日：7-10 天

时间	第 1 天	第 2 天
主要诊疗工作	☐ 询问病史及体格检查 ☐ 完成住院病历 ☐ 完成初步的病情评估和治疗方案 ☐ 患者或其家属签署“告知书”	☐ 上级医师查房 ☐ 根据实验室检查的结果，完成病情评估并制订治疗计划 ☐ 必要时请相关科室会诊 ☐ 签署“接受糖皮质激素治疗知情同意书”（必要时）
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 皮肤科护理常规 ☐ 普食 ☐ 抗病毒剂 ☐ 止痛药 ☐ 营养神经药 ☐ 局部药物治疗 ☐ 物理治疗（必要时） 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规、大便常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血糖、血脂、免疫球蛋白、感染性疾病筛查 ☐ 胸片、心电图 ☐ 肿瘤抗原及标志物，选择行彩超检查，消化道钡餐或内窥镜。（必要时） ☐ 创面细菌培养及药敏试验（必要时）	长期医嘱： ☐ 免疫增强剂（必要时） ☐ 止痛药（必要时） ☐ 糖皮质激素（必要时） 临时医嘱： ☐ 相关科室会诊（必要时）
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签字		

时间	第 3-6 天	第 7-10 天
主要诊疗工作	☐ 上级医师查房 ☐ 注意观察皮疹及疼痛变化，及时调整治疗方案 ☐ 观察并处理治疗药物的不良反应	☐ 主治医师进行诊疗评估，确定患者是否可以出院 ☒ 完成出院小结 ☐ 向患者及其家属交待出院后注意事项，预约复诊日期 ☐ 并发恶性肿瘤的患者告知其前往相应科室治疗
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 抗生素：根据创面培养及药敏结果用药 ☐ 丙种球蛋白（必要时） ☐ 停糖皮质激素（根据病情） ☐ 停止痛药（根据病情） 临时医嘱： ☐ 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖（必要时）	长期医嘱： ☐ 停/调整抗生素（根据创面培养及药敏结果） 临时医嘱： ☐ 出院带药 ☐ 门诊随诊
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签字		

急性胃炎临床路径表单

适用对象：第一诊断为急性胃炎（无并发症患者）（ICD-10: K29.101）

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 科室_____ 床号：_____ 住院号：_____

住院日期：_____年____月____日 出院日期：_____年____月____日

标准住院日：3-7 天

时间	住院第 1 天	住院第 2 天	住院第 3 天
主要诊疗工作	☐ 完成询问病史和体格检查， ☐ 按要求完成病历书写 ☐ 评估有无急性并发症（如大出血、穿孔、梗阻等） ☐ 查血淀粉酶除外胰腺炎 ☐ 安排完善常规检查	☐ 上级医师查房 ☐ 明确下一步诊疗计划 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 做好行 X 线钡餐检查和/或胃镜检查准备 ☐ 对患者进行有关行胃镜检查的宣教 ☐ 向患者及家属交代病情，签署胃肠镜检查同意书	☐ 上级医师查房 ☐ 完成三级查房记录 ☐ 行胃镜检查，明确原因 ☐ 观察有无胃镜检查后并发症（如穿孔、出血等） ☐ 予以标准药物治疗（参见标准药物治疗方案）
重点医嘱	长期医嘱： 必选项 ☐ 临床路径病例管理 ☐ 消化内科护理常规 ☐ 护理级别（酌情选一）： ☐ 饮食（酌情选一）： ☐ 陪护一人 ☐ 基础用药 ☐ 根据病情，予吸氧（必要时） ☐ PPI 药物（酌情选一） ☐ 奥美拉唑 40mg 静滴 bid ☐ 兰索拉唑 30mg 静滴 bid; ☐ 泮托拉唑 40-60mg 静滴 bid ☐ H2 受体拮抗剂 ☐ 雷尼替丁 0.2 静滴 bid ☐ 西咪替丁 0.4 静滴 bid 可选项 ☐ 应用抗菌药物，（酌情选一） ☐ 头孢类及合成青霉素药物（酌情选一） ☐ 阿莫西林 2.4 bid 静滴 ☐ 头孢他啶 2.0 q8h	长期医嘱： ☐ 执行上日医嘱，据情调整 临时医嘱： 可选项 ☐ 电子胃镜 ☐ 普通 ☐ 无痛 ☐ 次晨禁食 ☐ 麻醉科会诊	长期医嘱： ☐ 执行上日医嘱，据情调整 临时医嘱： 可选项 ☐ HP 检测 ☐ 心电监护 ☐ 吸氧 ☐ 静脉麻醉（笑气、丙泊酚、芬太尼、利多卡因、阿托品） ☐ X 线钡餐检查 ☐ 病理 ☐ 复查大便常规+潜血 ☐ 复查大便培养+药敏试验 ☐ 复查血常规

	静滴 ☐ 头孢哌酮钠舒巴坦钠 1.0 q8h 或 1.5 q12h 静滴 ☐ 头孢西丁 2.0 q8h 静滴 ☐ 喹诺酮类(酌情选一) ☐ 左氧氟沙星 0.4-0.6 q12h/qd 静滴 ☐ 环丙沙星 0.4-0.5 q12h/qd 静滴 ☐ 抗厌氧菌(酌情选一) ☐ 甲硝唑 100ml q8h 静滴 ☐ 替硝唑 200ml bid 静滴 ☐ 云南白药 1.0g qid 口服 ☐ 奥美拉唑 20mg 口服 bid ☐ 雷贝拉唑 20mg 口服 bid ☐ 云南白药 1.0g qid 口服 ☐ 甲氧氯普胺 10mg 肌注或口服 ☐ 多潘立酮 10mg tid 口服 ☐ 莫沙必利 5mg tid 口服 ☐ 山莨菪碱 10m 肌注或口服 ☐ 维U 铝镁颠茄片 2片 tid 口服 ☐ 依托必利 50mg tid po ☐ 维持水、电解质、酸碱平衡(酌情选用) ☐ 乳酸钠林格 500ml 静滴 ☐ 5%葡萄糖氯化钠 250-500ml+10%氯化钾 静滴 ☐ 能量合剂、电解质纠正 ☐ 营养支持 ☐ 蒙脱石散 3.0g tid ☐ 双歧杆菌三联活菌胶囊 0.42 po bid ☐ 复合乳酸菌胶囊 2片 tid ☐ 复方雷尼替丁 0.2 bid po ☐ 胶体果胶铋 200mg bid po 临时医嘱: 必选项: ☐ 血常规 ☐ 尿常规		
--	--	--	--

	☐ 大便常规+潜血 ☐ 肝肾功能 ☐ 电解质 ☐ 血糖 ☐ 血脂 可选项 ☐ 心电图 ☐ 胸片 ☐ 凝血功能 ☐ 免疫八项或两对半 ☐ 血淀粉酶 ☐ 肿瘤标记物 ☐ ¹⁴ C-呼气试验 ☐ 腹部超声 ☐ 立位腹平片 ☐ X线钡餐 ☐ 腹部 CT/MRI		
病情 变异	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.	☐ 无 ☐ 有，原因： 1. 2.
医师 签名			

时间	住院第 4 天	住院第 5-7 天 (出院日)
主要诊疗工作	☐ 观察患者腹部症状和体征,注意患者大便情况 ☐ 上级医师查房及诊疗评估 ☐ 完成查房记录 ☐ 对患者坚持治疗和预防复发进行宣教	☐ 上级医师查房,确定能否出院 ☐ 通知出院处 ☐ 通知患者及家属准备出院 ☐ 向患者及家属交代出院后注意事项,预约复诊时间,定期复查胃镜、钡餐及 ¹⁴ C 呼气试验 ☐ 将出院记录的副本交给患者 ☐ 如果患者不能出院,在病程记录中说明原因和继续治疗的方案
重点医嘱	长期医嘱: ☐ 遵前医嘱,据情调整	长期医嘱: ☐ 遵前医嘱,据情调整 临时医嘱: ☐ 出院带药及指导 ☐ 门诊定期随诊
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.	☐ 无 ☐ 有,原因: 1. 2.
医师签名		

泌尿系统结石临床路径表单

适用对象：第一诊断为泌尿系统结石（ICD-10：N20.9）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____住院号：_____

住院日期：_____年__月__日 出院日期：_____年__月__日

标准住院日：4-7 天

时间	第 1-2 天	第 3 天（手术日）
主要 诊 疗 工 作	☐ 询问病史，体格检查 ☐ 完成病历及上级医师查房 ☐ 完成医嘱 ☐ 向患者及家属交代注意事项 ☐ 签署手术知情同意书	☐ 拍结石定位片 ☐ 手术 ☐ 术后向患者及家属交待注意事项 ☐ 完成术后病程记录及手术记录
重 点 医 嘱	长期医嘱： ☐ 泌尿外科疾病护理常规 ☐ 三级护理 ☐ 饮食 ☐ 基础用药 临时医嘱： ☐ 血常规、尿常规 ☐ 肝肾功能、电解质、血型 ☐ 感染性疾病筛查、凝血功能 ☐ 胸片，心电图 ☐ 超声 ☐ 备术中使用的尿管及 D-J 管	长期医嘱： ☐ 术后护理常规 ☐ 一级护理 ☐ 饮食 ☐ 术后基础用药 ☐ 尿管接无菌袋 临时医嘱： ☐ 输液 ☐ 静脉使用抗菌药物 ☐ 必要时使用抑酸剂
病情变异 记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签名		

时间	第 4-5 天	第 6-7 天
主要诊疗工作	☐ 观察病情 ☐ 观察排尿情况 ☐ 上级医师查房 ☐ 完成病程记录 ☐ 嘱患者下地活动，拍片	☐ 观察病情 ☐ 上级医师查房 ☐ 安排出院 ☐ 完成出院病程记录 ☐ 向患者及家属交代出院后注意事项 ☐ 拔尿管
重点医嘱	长期医嘱： ☐ 一～三级护理 ☐ 酌情拔尿管 临时医嘱 ☐ 输液 ☐ 静脉使用抗菌药物	出院医嘱： ☐ 今日出院 ☐ 出院带药：抗菌药物、基础药、酌情应用预防结石及排石药物
病情变异记录	☐ 无 ☐ 有，原因：	☐ 无 ☐ 有，原因：
医师签名		