**患者病情与资料交接制度**

为了做好患者的入院、转诊、转院病情资料交接，确保患者在交接后接受方医护人员能尽快掌握并熟悉患者的诊疗情况和目前病情，迅速开展后续诊疗，保证患者得到连贯性诊疗，制定此制度。

一、入院病情资料交接

患者在门（急）诊科通过处置，但仍需住院治疗，应转入相应专业住院治疗。

1.门急诊医师应将患者的门急诊病历书写完善，然后打印一份，连同入院证一起交护士或患者家属，办理入院手续后转入住院治疗。

2.患者或家属拒绝住院治疗的，应履行告知同意签字手续。

3.门急诊科医师认为应转入上级医院治疗，或患者及家属不愿进入本院住院治疗，要求转上级医院住院治疗，按转院流程交接和办理。

二、转科病情资料交接

1.当主管医生发现病人患有其他专业的疾病并需专科治疗时，经科主任同意邀请相关专业的专家会诊，双方共同评估病情，确需转科治疗，才可以转科。在会诊或转诊前，要进行必要的诊断性检验检查。对需转科治疗的病员，应告知转诊、转科理由，履行知情同意手续，做好相应准备，选择适宜时机。对不适宜转诊转科的病员，应告知转诊转科利弊，可能导致的后果，同样履行知情同意手续。

2.转科前，由主管医生开出转科医嘱，完成本科所有处置记录，并书写转科记录，按照预定时间转科。

3.转科后，双方科室医护人员要对病人的病情进行交接，接诊后医生、护士应立即察看病人，评估病情，修订医疗护理计划。接诊医生在病人转入后半小时内，根据病情开出转科医嘱，并按要求写好转入记录。

4.转科时药物处理。病人转科时，转出科室及转入科室负责病人交接的护士，应将病人在转出科室当日尚未使用完的所有医嘱药品的名称及数量在患者转科交接记录单“交/接患者所带物品栏”中详细记录并做好药品交接。病人转入后，转入科室医生应详细了解病人在转出科室的用药情况及转入时所带的药品情况，根据病情下达转入医嘱时，临时医嘱注意使用病人转科时所带入的药品，对于不可继续使用的药品，由转入科室护土负责在当日交予药剂科统一处理。对存在质量隐患不可作退费处理的药品，由药剂科回收统一销毁并做好记录。

5.病历要求

(1)病人入院2小时以内转科者，转出科可在转出记录上作记录，不必写入院记录，转科后由转入科写住院病历。如果病情危重，应在本科按疾病诊疗规范及时抢救治疗，不要转诊，并请有关科室会诊，待病情稳定后再转诊。同时在病历上详细记录抢救治疗情况。

(2)病人入院后超过2小时转科者，均由转出科医生书写“入院记录”、“首次病程记录”、相应的“病程记录”及“转科记录”。除特别紧急情况外，转科前必须完成“转科记录”，“转入记录”应在病人转入科室后8小时内完成。

(3)住院2天(含2天)以上转科者，转出科须写主治医师查房记录。

(4)住院3天(含3天)以上转科者，转出科须写副主任医师查房记录。

(5)转科途中的任何病情变化及与转科过程有关的任何特别情况，应记录在患者转科交接记录单中，转科病历记录应随病人同时移交。

三、转院病情资料交接

1.医院因限于技术和设备条件，无法满足病人的医疗需求者，或病人已完成主要治疗须转当地医院就近进行康复治疗者；病人因为交通、医疗保险支付或其他原因要求转院治疗者的，需要转专科医院治疗的如传染性疾病或其他疾病。对不能诊治的病人，如需转往外院诊治，由科内讨论或由科主任提出，报请医务科批准，由医务科与转入医院联系，确认接收医院有满足病人进一步医疗服务需求的条件，征得同意后，主管医生书写好转院记录并打印，一式二份，其中一份随同患者转院。

2 .病人情况不允许转院时的处理：病人转院应符合指征，病人生命指针未稳定或病人在转院途中可能出现病情加重甚至有导致生命危险时，不宜转院，待病情稳定后，再行转院，但应向患者家属告知清楚并取得同意。转院时应派医护人员护送。若病情不宜转院，而病人或家属坚决要求转院，按照“患者知情同意”的要求，签字转院。

3.转院应征求病人及家属意见，向其交待注意事项、安排好护送医护人员和病人交通。转院时由科室联系医务科派出救护车运送病人。

4.根据病人情况安排具有相应资历的医生、护士负责转运。经治医生负责写好详细病历摘要，办好有关手续，转诊病历内容包括：病人转院时的病情、治疗经过、有关诊断性检查的情况、诊断、转院理由、接诊医疗机构的名称、转院后的医疗需求，转诊途中的病情变化及救治等，与转诊有关的任何特别情况应记录在转诊单中，一式两份，一份随病人同时移交，另一份归档到住院病历。到达接收医院后，双方医护人员进行病人病情交接，并签名确认。

5.未经科主任同意和医务科批准，病人家属、单位要求转院者，按自动出院处理，并履行好签字手续。