如何指導學員病歷寫作

Problem-oriented Medical Record (POMR)

柯德鑫, MD, PhD

感謝陳榮基教授及許清曉教授

大綱

- 病歷製作的相關法律議題
- 病歷製作的評鑑相關議題
- Problem-oriented medical record and SOAP
- 一些病歷英文的書寫

好的病歷

- 符合病歷寫作規範［住院病歷,病程病歷(POMR/SOAP),出院病摘…］
- 呈現診療過程的思考邏輯(Logical thinking)
- 診斷或臆斷有據，處置合理
- 應變處置，合理交待
- 別人看得懂(包括病人,家屬,律師,法官)
- **重點突顯(HIGH LIGHT)或摘述(SUMMARY)，重要事故(如手術)突顯**

陳榮基教授

病歷資料

- 主角：病人（家屬或相關人士）提供資料
- 記述：醫師或其他醫事人員，包括護理人員、醫檢人員、行政人員、社工師、心理師等
- 非創作（需忠於病人的陳述），談不上著作權
- 是病人的隱私

病歷的功用

- 醫師診療的心路歷程及治療的計畫與內容
- 作為學習研究及教學之參考
- 法律佐證的重要文件
- 醫療糾紛判斷責任的重要依據
- 保險給付的重要憑據
- 醫療品質監測的重要指標

病歷的功用

- 醫師每日將診療的心路歷程及治療的計畫與內容完整的紀錄於病歷，經常審查，改正錯誤。使病人的照顧，完美無缺。可以保障病人的安全，也可避免醫療疏失及醫療糾紛。
- 一旦發生醫療糾紛或爭議，好的病歷記載，可以協助醫師贏得訴訟。在法庭上是醫師的最好保障。

陳榮基教授

法律對病歷寫作的要求1

- 醫師法第十二條 (狹義的病歷):
- 醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。
- 前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：

  一、就診日期。

  二、主訴。

  三、檢查項目及結果。

  四、診斷或病名。

  五、治療、處置或用藥等情形。

  六、其他應記載事項。
- 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。

法律對病歷寫作的要求2

- 衛署醫字第116054號解釋：

  診斷、處方、麻醉、手術以及狹義的病歷，屬於「醫療主要行爲」，醫療主要行爲必須由醫師爲之，而不能由其他醫護人員爲之。醫療輔助行爲係指除醫療主要行爲以外之其他醫療行爲，得由其他醫事人員爲之，但必須在醫師指示下爲之。

法律對病歷寫作的要求3

- 醫療法第67條 (廣義的病歷)：

醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：

一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。

二、各項檢查、檢驗報告資料。

三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。

醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。

法律對病歷寫作的要求4

- 醫療法第七十條:
- 醫療機構之病歷，應指定適當之場所及人員保管，並至少保存7年，但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後7年，人體試驗的病歷，應永久保存。
- 80年台上第2198號判決： 醫師係以醫療爲業務，製作之病歷表、醫囑單及用藥紀錄等之文書，法律上應係執行醫療業務所製作之業務上文書。

健保對病歷的要求

- S/O紀錄不明的診斷可能不被接受
- 病歷未記載的診療、檢查、檢驗項目的申報核刪
- 沒有病程紀錄(progress note)的日子的住院費給付核刪
- 沒有主治醫師簽章的紀錄可能被核刪
- 沒有適當紀錄的藥物可能被刪:如高血壓病人複診沒有紀錄血壓
- 沒有適當診斷的檢驗可能被核刪

陳榮基教授

法院對病歷的要求

- 病歷沒有記載會被認為醫師或醫療人員沒有執行。
- 病歷常被當作醫療糾紛時最重要的判斷依據。

法院案例1

- A病患自費經B醫師以胃鏡檢查，發現銀幕上有黑色狀變化，B醫師稱係胃潰瘍無大礙，吃藥即可。四個月後A病患發現體重下降，再次胃鏡切片檢查發現癌症。後經胃切除及化療無效死亡。
- 家屬告B醫師延誤病情，減少A治癒存活的機率。
- 醫師辯稱病人在做胃鏡時，醫師建議切片(需加收1200元)，病人搖手示意不做切片，可惜病歷上未記載病人拒絕切片檢查。
- 法院認定醫師有延誤之責，需負賠償責任。

法院案例2

- 病患A發現乳房腫塊，經B醫師切除。一週後回診，傷口乾淨，拆線。
- 四個月後傷口變化回診，發現前次切片病理報告為癌症。(沒有重要資訊即時自動通知！)
- 醫師被告延誤病情。
- 醫師辯稱病人拆線後未再回診，因此沒能看到病理切片的報告。
- 法院認定醫師未在病歷載明要求病人回診看報告，且醫師有主動通知檢查結果以完成病人付託的診療責任的義務。

刑法－偽造文書印文罪

- 第　214條

明知為不實之事項，而使公務員登載於職務上所掌之公文書，足以生損害 於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。

- 第　215條

從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以 生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。

刑法－偽造文書印文罪

- 第220條

  在紙上或物品上之文字、符號、圖畫、照像，依習慣或特約，足以為表示 其用意之證明者，關於本章及本章以外各罪，以文書論。 錄音、錄影或電磁紀錄，藉機器或電腦之處理所顯示之聲音、影像或符號 ，足以為表示其用意之證明者，亦同。

勞工保險失能診斷書

辦理勞保失能給付應注意事項

1. 醫療院所於開具勞工保險失能診斷書後，請掣給被保險人「勞工保險失能診斷書逕寄勞工保險局證明書」，並將失能診斷書折疊裝訂，於 5 日內以掛號郵件寄送勞保局，所需郵資由勞保局支付。

2. 本失能診斷書依各失能種類須檢附病歷、檢查報告、X 光片、照片等，始得審定失能程度者，請被保險人逕向醫療院所洽取後，連同「勞工保險失能診斷書逕寄勞工保險局證明書」、「失能給付申請書及給付收據」交由投保單位蓋章後寄送勞保局，將可減少本局調取病歷等補件手續及時程，早日領取失能給付或得知審查結果。

3. 申請眼、耳、咀嚼嚥下及言語、胸腹部臟器（機能失能）、脊柱或上、下肢機能失能或身體皮膚排汗失能給付，依法應由地區教學醫院以上、行政院衛生署新制醫院評鑑優等以上、或新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑合格之全民健康保險特約醫院出具。但澎湖縣、金門縣、連江縣之被保險人不在此限。

4. 請醫師依病人病情或病歷診察相關資料，據實填載開具失能診斷書，勿循情而為不實、誇大虛偽之證明；至於診斷書所載內容是否符合失能給付標準附表，則由勞保局依相關法令規定認定。

5. 本表所載之失能部位及症狀，應以治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果而診斷為實際永久失能當時之症狀開具。

6. 以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，除須追還溢領之給付外，並按其領取給付處以 2 倍罰鍰，涉及刑責者，將移送司法機關辦理。

勞工保險局　處處關心您

病例書寫不實可能之刑事責任

- 第 13 條　　行為人對於構成犯罪之事實，明知並有意使其發生者，為故意。 行為人對於構成犯罪之事實，預見其發生而其發生並不違背其本意者，以 故意論。
- 第 14 條　　行為人雖非故意。但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失 論。
- 第 16條　　除有正當理由而無法避免者外，不得因不知法律而免除刑事責任。

病例書寫不實可能之法律責任

- 民事訴訟法第282-1條：

  當事人因妨礙他造使用，故意將證據滅失、隱匿或致礙難使用者，法院得審酌情形認他造關於該證據之主張或依該證據應證之事實為真實。

  – 指正學員之病歷，不得塗銷至不可辨認。

好的病歷要讓別人看得懂

- 清楚完整的交待紀錄病人的病程及醫療團隊的處置。
- 讓別的科別的醫療人員一目了然。
- 甚至病人/家屬/律師/法官也看得懂。

陳榮基教授

由病歷寫作準備案例考試

- 專科醫師及專科護理師的口試通常都會使用實際案例，主要的目的是測試考生的邏輯思考及臨床分析能力，因為這些能力直接關係到是否能達到正確的診斷或病情判斷，進而給予正確的治療或處置。
- 病歷寫作是訓練這種邏輯思考及臨床分析能力的好方法。

病歷書寫的評鑑技巧

- Step 1病歷審閱：
  - 隨機抽選數本病歷
    - 目前住院病人之病歷
    - 近3年內之病歷
  - 確認書寫內容的完整性及一致性(如：由現在病史、過去病史及身體檢查的紀錄中，看不出與診斷的關聯性及前因後果)
  - 對照數本病歷內容是否完全相同
  - 對照數本病歷間是否有制式版本之存在
  - 確認是否有前述問題的存在

病歷書寫的評鑑技巧

- Step 2 病人面談：
  - 由病歷記載中初步瞭解病人情況
  - 病人同意後，進行面談
  - 病人所述情況是否與病歷記載相同
  - 醫師是否定期迴診並做適當的身體檢查

病歷書寫的評鑑技巧

- Step 3 住院醫師及實習醫學生面談
  - 抽樣時住院醫師及實習醫學生的人數不可相差太多
  - 對於主要照顧病人病情的瞭解程度
  - 診治病人的思考流程、鑑別診斷是否與病人情況相符合
  - 看過病人後才寫病歷
  - 指導醫師是否給予病歷書寫的指導

醫院評鑑對病歷書寫的期待

- 病人之病歷紀錄應與其實際病況相符合。
- 病程記錄(Progress note)若使用電腦Key in不可浮濫的copy & paste。
- 住院醫師於病歷上記載之身體檢查結果，應與病人實際情況相符。

醫院評鑑對病歷書寫的期待

- 病歷紀錄中應能看出主治醫師迴診時對於病人之評估、身體檢查及對住院醫師、實習醫學生教學之內容。
- 主治醫師迴診之紀錄應詳述診斷時的思考及鑑別診斷的流程。

醫院評鑑對病歷書寫的期待

- 主治醫師應定期對於病人之診斷、治療計畫及對住院醫師、實習醫學生之教學重點應進行修正。
- 主治醫師對於住院醫師、實習醫學生之病歷紀錄應進行修改，不僅僅只是修改錯字及文法。

Progress note 的寫法

- 可以 S.O.A.P. 或 以 problem-oriented medical record (POMR) 方式記載。
- 不論何種方式，其內容：
  - ❖一定要有主治醫師對病情的進展、對醫療效果的評估。
  - ❖要能看出有全盤地考量病患的權益及安全。

POMR vs SOAP

- *POMR: Problem oriented medical record*
- *分列每一個重要問題,每個問題仍需按SOAP記載*
- *SOAP:*
- *Subjective (主觀,主訴 history)*
- *Objective (客觀,身體檢查Physical examination 及實驗室檢查Laboratory finding,影像檢查 Image finding)*
- *Assessment (Presumptive diagnosis)臆斷或診斷*
- *Plan計畫: Care, drugs, lab procedures, surgery…*

POMR

- Problem#1: Total hip replacement—SOAP
- Problem#2: Diabetes mellitus—SOAP
- Problem#3: Foot wound /Cellulitis—SOAP
- 分別羅列重要問題,依重要性排列,可避免遺漏疏忽

- 優良的書寫技巧就是要『簡明達意』
- 病歷書寫，要『一眼就能看得清清楚楚』，不要讓讀者自己東翻西翻找相關的數據。
- 書寫的格式、方法、內容可能因國家、地區、醫學院、及醫院的不同而略有差異，但目標總是一樣
- →正確詳實的病人訊息以及醫師評估與診治的意見

POMR

1. 先依照問題的嚴重性、迫切性次序排列
2. 第一句說：診斷是否確定？或診斷工作進行到什麼程度？
3. 再下一句說明：入院到今天為止，已如何處理、治療。
4. 再說：病況是否改善了？是否看不出變化？或惡化了？S/O和以前比較如何？
5. 以後的診斷或治療計畫？

許清曉

Progress Notes

- 切忌每天張貼同一串字眼！！！
- 同一治療法？沒有好轉？為什麼繼續同樣治療？每天一樣？那為什麼住院？
- 多描寫一下現狀！住院幾天了，什麼症狀改善了，還要再做什麼？給什麼藥？藥理是什麼？如何調整劑量？
- 不能寫只有自己、專家才看得懂的 record。 好的記載是要讓讀者能夠學到東西。
- 檢驗結果：『張貼』之前要有醫師的解釋與摘要整理。

許清曉

醫師寫Progress Note, A/P的要領

- 假設病人的家屬是妳的熟人，且對醫療有相當的瞭解，但不是這方面專業人員，例如：護理人員、醫檢師、藥劑師，而你要每天給她們說明病人的狀況
- 要針對個個問題解釋今天的症狀、檢驗結果是表示什麼，要對整體狀況好壞、將來要如何處理、為何要這麼處理、為什麼要用這些藥物或檢查，做相當詳細的說明。
- 將這些說明寫下來就是好的病歷！！！

目前Assessment 錯誤的寫法：

就是只重複寫出住院時之 impression而沒有評估

1. Sepsis, R/O pneumonia
2. DM type 2, out of control
3. Hypertension
4. History of cervical CA, S/P total hysterectomy, 8 years.
5. Diarrhea, cause to be determined.

Assessment / plan 的寫法(例一)

給了什麼治療？有沒有好轉？為什麼？以後如何處理？

1. Sepsis, R/O pneumonia: **Third day** of cefuroxime 1.5 gm, q8h. Clearly improving. To continue the same Rx. For 6-7 days.
2. DM type 2: Sugar level is under control with …..
3. Hypertension: on losartan 50 mg, qd. Under control.
4. Hx/O cervical CA: checked by Gyne. No signs of recurrence.
5. Diarrhea has stopped 3 days after admission. Stool culture (-), cause unknown; related to the pneumonia?

(隨期間而會逐漸改善的治療，如抗生素、手術後、及其他大部分處理，應該寫今天是第幾天的治療)

Assessment / plan 的寫法（例二）

給了什麼治療？有沒有好轉？為什麼？以後如何處理？

1. High fever: Received 5 days of empiric Clarithromycin 500 mg, bid. Does not seem to be improving. May be viral infection. Will D/C the antibiotic and observe. To check the report of influenza, parainfluenza virus antibodies. Renal function is worsening, will check for Hantavirus and Leptospira antibodies. No jaundice.
2. Vomited twice yesterday. No diarrhea. No meningeal signs. Cause not clear. To continue observation.

POMR 的 4 階段

基礎資料
(Data base)

病歷
病人生活狀況
診察所見
檢查所見

問題一覽表
(Problem list)

#1 ・・・
#2 ・・・
#3 ・・・
・
・
・

初期計畫
(Initial plans)

#1
診斷計畫
治療計畫
教育計畫
#2
・

經過記錄
(Progress notes)

敘述式記錄
#1 S.
O.
A.
P.
經過一覽表

問題一覽表（problem list）

把病人擁有的問題以號碼順序列舉成一覽表者，稱為問題一覽表，是POMR中最重要的要素。從來的診療紀錄與POS的診療紀錄之不同點，若說是在於問題一覽表的有無也不為過。

問題一覽表					
問題號碼	記入日期	活動性問題	發生日期	非活動性問題	解決日期

Problem-oriented Progress Note

- 其實上述的 Assessment/Plan，如果 能較詳細的對 problem list 上的每一項問題，逐項寫下今天病人的症狀變化、新數據，分析、討論，也就是等於 Problem-oriented medical record.
- 如此就不需再分別列出 S.O.A.P.
- 此種寫法比較能瞭解數據的相關性。

Problem-oriented Progress note 之內容

- 按照住院時列舉之 Impression ，逐項討論。
- **給了什麼治療？有沒有好轉（數據）？為什麼？以後如何處理？**
- 先寫有關此診斷之症狀，如肺炎則描寫咳嗽、痰、胸痛、肌痛頭痛、等等。
- 再記載有關此診斷之檢驗數據，說明和前一次是否較高、較低、或差不多。
- 提醒今天是用什麼治療的第幾天。
- 說明此問題在你的判斷，今天是否比昨天、前天、或住院時，較好、較壞、或差不多。 分析你認為是為什麼。
- 最後說明為了解決目前的問題，或潛在的問題，要再作何檢查或治療。

Progress note （Problem-oriented record）的寫法(例一)－電報式敘述

1. Sepsis, R/O pneumonia: Bronchopneumonia confirmed by CXRs. **Third day** of cefuroxime 1.5 gm, q8h. WBC decreased from the previous 15K 3 days ago to 10K today. Defervesced; less cough. Less rales. No more headache. Clearly improving. To continue the same Rx. For the next 6-7 days.
2. DM type 2: Blood glucose down from 215 on admission, to 122 today, under control with Diabenese, po, bid, and the control of infection.
3. Hypertension: On losartan 50 mg, qd. ; Bp 115/80 same as the one on admission; under control.
4. Hx/O cervical CA: Checked by Gyne yesterday. No signs of recurrence.
5. Diarrhea has stopped 3 days after admission. Stool culture (-), cause unknown; related to the pneumonia?

許清曉

Progress note（Problem-oriented record）的寫法（例二）

1. High fever: Still febrile up to 39.3°C last evening. WBC still around 10K. Bitemporal headache when febrile. All cultures: no growth. Cause of the fever still unclear. Received 3 days of empiric minocyclin 100 mg, bid. Does not seem to be improving. May be viral infection or still be Rickettsial. Will D/C the antibiotic and observe. To check the report of influenza, parainfluenza virus antibodies. Renal function is worsening, will check for Hantavirus and Leptospira antibodies. No jaundice.

2. Vomited twice yesterday. No diarrhea. No meningeal signs. Cause not clear. To continue observation.

許清曉

病歷英文要簡潔、明瞭

- "The patient was admitted for evaluation and management."

可寫成 "Admitted through ER (或 OPD)."

如果是轉介來，就寫為什麼轉介。

- "The patient was suffering from chronic headache for years."

可寫成 "Has had chronic headache for 7-8 years"; "Chronic headache, 7-8 years."

- "The patient lost body weight"; " Body weight loss" （可在主訴）.

可寫成 "Bw 69 Kg 3 months ago, 65 Kg now (today)".

許清曉

錯誤的、或不恰當的病歷英文(1)

- *The patient is anemia.*(anemic) *Conscious clear.*

  Consciousness: alert, coherent and oriented as to place, person and time (常簡寫成 oriented x 3)

- *Mentality clear* ：應該是寫consciousness…。
- *Cancer was told* →He was told to be having cancer; Cancer was suspected 或 diagnosed 。
- The patient went to an LMD *in vain* 。 應該寫the treatment was not effective; 或 the symptoms did not improve .

許清曉

錯誤的、或不恰當的病歷英文(2)

- The patient *ever* went to a hospital → The patient has been to a hospital. The patient did go to a hospital.
- *Acception note* →acceptance note, 或 on service note.
- *Progression note*， *progressive note* → progress note .
- *Discharge diagnosis: R/O cancer* →probable cancer。

許清曉

錯誤的、或不恰當的病歷英文(3)

- *Cancer was impressed* → Cancer was suspected .
- *The patient developed abdominal pain and high fever* → Abdominal pain and high fever developed .
- 會診單上寫完意見之後不能自己寫 *Thank you for the consultation*。只需寫Thank you for the referral.或 Thanks.
- *Unfortunately*（可免寫）, abdominal pain and high fever developed。

許清曉

錯誤的、或不恰當的病歷英文(4)

- *Nothing particular. (N P)* → unremarkable。
- 台灣病理報告: *non-made* (?) 。
- *MBD* (*may be discharged*) → discharge; discharge in AM。
- *AAD* → discharge against medical advice; discharge AMA。
- *Dear Dr. ; We sincerely request……; your nationally reputable expertise…. Your globally acclaimed technical skills* : 都可免寫，多記載病史、檢驗數據。

許清曉

錯誤的、或不恰當的病歷英文(5)

- *According to the statement of*（可免寫）*the patient*→ according to the patient; according to his sister。
- 有感染症狀時稱為sepsis (敗毒症)，再加上血液培養有細菌，則稱為septicemia (敗血症)。只血液培養有細菌則稱為bacteremia (菌血症)。
- *The patient is a victim of motor vehicle accident (MVA).* 可寫成 The patient had an MVA。

許清曉

Thank you for your attention !