

电子病历系统功能应用水平分级 评价方法及标准（修订征求意见稿）

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

一、评价目的

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

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

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

二、评价对象

已实施以电子病历为核心医院信息化建设的各级各类医疗机构。

三、评价分级

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

（一）0 级：未形成电子病历系统。

1. 局部要求：无。医疗过程中的信息由手工处理，未使用计算机系统。
2. 整体要求：全院范围内使用计算机系统进行处理的信息业务少于 3 个。

（二）1 级：独立医疗信息系统建立。

1. 局部要求：使用计算机系统处理医疗业务数据，所使用的软件系统可以是通用或专用

软件，可以是单机版独立运行的系统。

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

（三）2级：医疗信息部门内部交换。

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

2. 整体要求：

（1）住院、检查、检验、住院药品等至少三个以上部门的医疗信息能够通过联网的计算机完成本级局部要求的信息处理功能，但各部门之间可未形成数据交换系统，或者部门间数据交换需要手工操作。

（2）部门内有统一的医疗数据字典。

（四）3级：部门间数据交换。

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

2. 整体要求：

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

（2）有跨部门统一的医疗数据字典。

（五）4级：全院信息共享，初级医疗决策支持。

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

2. 整体要求：

（1）实现患者就医全流程信息（包括用药、检查、检验、护理、治疗、手术等处理）的信息在全院范围内安全共享。

（2）实现药品配伍、相互作用自动审核，合理用药监测等功能。

（六）5级：统一数据管理，中级医疗决策支持。

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

用药、临床路径等统一的知识库，为本部门提供集成展示、决策支持的功能。

2. 整体要求：

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

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

(3) 基于集成的患者信息，利用知识库实现决策支持服务，并能够为临床科研工作提供数据挖掘功能。

(七) 6级：全流程医疗数据闭环管理，高级医疗决策支持。

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

2. 整体要求：

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

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

(八) 7级：医疗安全质量管控，区域医疗信息共享。

1. 局部要求：全面利用医疗信息进行本部门医疗安全与质量管控。能够共享患者外部医疗机构的医疗信息进行诊疗联动。

2. 整体要求：

(1) 医疗质量监控数据全部来自日常医疗信息系统，重点包括：院感、不良事件、手术等方面质量指标，具有及时的报警、通知、通报体系，能够提供智能化感知与分析工具。

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

(3) 患者可通过互联网查询自己的检查、检验结果，获得用药说明信息。

(九) 8级：健康信息整合，医疗安全质量持续提升。

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

2. 整体要求：

(1) 全面整合医疗、公共卫生、健康监测等信息，完成整合型医疗服务。

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

四、评价方法

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

对电子病历系统应用水平分级主要评价以下四个方面:

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

(一) 局部应用情况评价。

局部功能评价是针对医疗机构中各个环节的医疗业务信息系统情况进行的评估。

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

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

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

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

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

数据质量评分主要考察数据质量的四个方面：

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

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

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

以评价项目列出的具体项目清单为基准，考察项目清单所列实际数据记录中空项（或内容少于合理字符）项所占的比例。**完整性系数=（1 - 项目空值（或内容少于合理字符）记录数）/项目总记录数。**对于结构化数据，直接用数据项目的内容进行判断；对于文件数据，可使用文件内容字符数、特定的结构化标记要求内容进行判断。

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

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

(d) 数据及时性：考察对应项目中时间相关项完整性、逻辑合理性。

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

(二) 整体应用水平评价。

整体应用水平评价是针对医疗机构电子病历整体应用情况的评估。整体应用水平主要根据局部功能评价的 39 个项目评价结果汇总产生医院的整体电子病历应用水平评价，具体方法是按照**总分**、**基本项目**完成情况、**选择项目**完成情况获得对医疗机构整体的电子病历应用水平评价结果。电子病历系统的整体应用水平按照 9 个等级（0-8 级）进行评价，各个等级与“三、评价分级”中的要求相对应。当医疗机构的局部评价结果同时满足“电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求”所列表中对应某个级别的总分、基本项目、选择项目的要求时，才可以评价医疗机构电子病历应用水平整体达到这个等级，具体定义如下：

(1) 电子病历系统评价总分。

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

(2) 基本项目完成情况。

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

(3) 选择项目完成情况。

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

五、评价标准

具体内容附后。

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

电子病历系统应用水平分级评价项目

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

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
14		门诊检查报告	按门诊检查项目人次比例计算	按数门诊检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
15		门诊病历记录	按门诊人次计算	按门诊病历记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
16	四、检查科室	申请与预约	按总检查项目人次比例计算	按检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
17		检查记录	按总检查项目人次比例计算	按检查记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
18		检查报告	按总检查项目人次比例计算	按检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
19		检查图像	按有图像结果检查项目比例计算	按检查图像数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
20	五、检验处理	标本处理	按总检验项目人次比例计算	按标本记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
21		检验结果记录	按总检验项目人次比例计算	按检验结果记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
22		报告生成	按总检验项目人次比例计算	按检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
23	六、治疗信息处理	一般治疗记录	按治疗项目人次比例计算	按一般治疗记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
24		手术预约与登记	按手术台次比例计算	按手术记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
25		麻醉信息	按手术台次比例计算	按麻醉记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
26		监护数据	按监护人次比例计算	按监护记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
27	七、医疗保障	血液准备	按输血人次比例计算	按血液记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算

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

电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求

等级	内容	基本项目数 (项)	选择项目数 (项)	最低总评分 (分)
0级	未形成电子病历系统	--	--	--
1级	独立医疗信息系统建立	5	20/32	28
2级	医疗信息部门内部交换	10	15/27	55
3级	部门间数据交换	14	12/25	85
4级	全院信息共享, 初级医疗决策支持	17	9/22	110
5级	统一数据管理, 中级医疗决策支持	20	6/19	140
6级	全流程医疗数据闭环管理, 高级医疗决策支持	21	5/18	170
7级	医疗安全质量管控, 区域医疗信息共享	22	4/17	190
8级	健康信息整合, 医疗安全质量持续提升	22	4/17	220

注: 选择项目中“20/32”表示32个选择项目中需要至少20个项目达标。

电子病历系统应用水平分级评分标准

病房医师

- 1、范围: 针对病房临床医师所进行的主要医疗活动所使用的信息系统。
- 2、有效应用按照近3个月出院患者情况计算。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
1	01.01.0	病房医师	病房医嘱处理 (有效应用接近3个月的出院患者人次比例计算)根据“评分标准表”中各个级别的要求,统计出近3个月达到各个级别要求病人的人次数。计算各级别人次数与全部出院病人人数比例。		医师手工下达医嘱	0		
1	01.01.1			基本	(1)在计算机上下达医嘱并记录在本地 (2)通过磁盘、文件等方式与其他计算机交换数据	1		
1	01.01.2			基本	医嘱在程序间通过网络传送给病房护士	2		
1	01.01.3			基本	(1)医嘱通过网络同时供护士、药剂等业务使用 (2)能够获得药剂科的药品可供情况 (3)具有全院统一的医嘱项目字典 (4)医嘱下达时能获得药品剂型、剂量,或检查检验项目中至少1类依据字典规则进行的核查与提示	3	重点考察医嘱记录关键数据项与字典的一致性,如项目代码、项目名称与医嘱项目字典一致的比例等	
1	01.01.4			基本	(1)医嘱中的药品、检验、检查等信息可传送到对应的执行科室 (2)医嘱下达时能关联项目获得药物知识,如提供药物说明查询功能等	4	重点考察医嘱记录中必填项的完整性,如患者ID、患者姓名、性别、医嘱标识号、医嘱分类(如药疗、治疗、检验、检查、护理等)、项目代码、项目名称等	
1	01.01.5			基本	(1)医嘱记录在医院中能统一管理,并统一展现 (2)有医生药疗医嘱下达权限控制,支持抗菌药物三级使用管理 (3)可依据诊断判断传染病情况,并通过系统上报医政管理部门	5	重点考察医嘱记录中必填项、常用项的完整性,如医嘱记录(医师代码、医师名称)、诊断、年龄(或出生日期)等 具备完善的数据源对照,如医嘱记录与护理执行记录中的医嘱项目、用法对照等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
1	01.01.6			基本	(1) 对药物治疗医嘱药物的不良反应有上报处理功能 (2) 开医嘱医师能够接收到自己处方的点评结果 (3) 下达医嘱时能够参考药品、检查、检验、药物过敏、诊断、性别等相关内容知识库至少 4 项内容进行自动检查并给出提示 (4) 更够实时掌握医嘱执行各环节的状态	6	重点考察医嘱记录数据整合性、数据及时性, 如、医嘱状态、开立时间、开始时间、药房发药、护理执行时间、执行人员等 考察开立时间晚于发药时间, 护理执行时间晚于发药时间等	
1	01.01.7			基本	(1) 下达医嘱时, 能够根据临床路径(指南)要求, 自动对比执行与变异情况, 并有记录和提示功能 (2) 根据检验结果、用药等情况, 对传染病自动预警并给出提示, 支持对确认的传染病上报医政管理部门 (3) 下达医嘱时可查询到患者本机构内外的全部医疗记录 (4) 自动根据以往医疗机构内外的诊治情况和医嘱, 自动进行医嘱核查并给出提示 (5) 依据医嘱、执行情况和知识库, 自动判断不良事件情况并给出提示 (6) 支持医师在院外浏览医嘱记录	7	重点考察临床路径记录(临床路径入组状态, 变异记录)的完整性, 如本医院医嘱项目与外部医嘱项目的对照完整比例(有对照外部医嘱项目/全部外部医嘱项目)等	
1	01.01.8			基本	能共享患者医疗及健康信息并能够进行集中展示, 包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、患者自采健康记录(如健康记录、可穿戴设备数据)等;	8		
2	01.02.0			病房检验申	医师手工下达检验申请	0		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
2	01.02.1		请 （有效应用 按住院检验 项目人次比 例计算） 统计出近3个 月达到各个 级别要求检 验项目的人 次数。计算各 级别人次数 与全部检验 人次数比例。		（1）在计算机单机中选择项目，打印检验或检查申请单（2）可通过文件等方式传输方式与其他计算机共享数据	1		
2	01.02.2				（1）从字典中选择项目，产生检验申请 （2）下达申请同时生成相关的医嘱	2		
2	01.02.3			基本	（1）检验申请能以电子化方式传送给检验科室 （3）检验标本种类信息在申请中同时记录	3	重点考察病房检验申请关键数据项与字典的一致性，如检验项目名称、代码、标本名称等内容与相应检验科室字典内容的一致率等	
2	01.02.4				（1）下达申请时可获得检验项目和标本信息，如适应症、采集要求、作用等 （2）检验项目来自全院统一检验字典	4	重点考察病房检验申请必填项的完整性，如检验申请中申请序号、患者标识、项目代码、项目名称、标本名称、申请科室项目内容的完整率等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
2	01.02.5				(1) 检验申请数据有全院统一管理机制 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用	5	重点考察病房检验申请必填项、常用项的完整性，如申请中患者年龄（或出生日期）项目内容完整率等 具备完善的数据源对照，如病房的检验申请项目代码、标本状态内容与检验科室的申请向项目代码、标本状态内容一致比例；临床路径中定义的检验项目代码与检验科室的项目代码内容一致性等	
2	01.02.6			基本	(1) 下达申请医嘱时，能查询临床医疗记录，能够针对患者性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示 (2) 形成完整的检验闭环，可随时查看标本状态、检验进程状态 (3) 下达申请时可根据临床路径或指南列出所需检验项目	6	重点考察病房检验申请数据整合性、数据及时性，如检验申请时间、送检时间、标本状态项目内容完整率； 考察送检时间晚于申请时间的比例等	
2	01.02.7			基本	(1) 在申请检验时能够查询与获得历史检验结果和其他医疗机构检验结果和报告作参考 (2) 下达申请时，可根据诊断、其他检查与检验结果及知识库提出所需检验项目建议	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性，医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性，如病房用的检验申请项目与其他医疗机构检验申请项目代码有对照的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
2	01.02.8			基本	(1) 在申请检验时,可查看患者自采健康记录内容作为病情了解参考 (2) 可以利用患者医疗及健康数据,为患者制定持续的检验计划	8		
3	01.03.0		病房检验报告 (有效应用按住院检验项目人次比例计算)统计出近3个月达到各个级别要求检验项目的人次数。计算各级别人次数与全部检验人次数比例。		未使用电子化方式传送检验报告	0		
3	01.03.1				能通过磁盘或文件导入或查看检验结果	1		
3	01.03.3			基本	能通过界面集成等方式查阅检验科室的检验报告	3	重点考察病房检验报告关键数据项与字典的一致性,如检验报告编号与病房检验申请有对照的比例等	
3	01.03.4			基本	(1) 可获得检验科室报告数据 (2) 医师工作站中可查阅历史检验结果 (3) 查阅检验报告时能够给出结果参考范围及结果异常标记 (4) 查看检验报告时,可获得项目说明 (5) 检验报告与申请单可进行关联对应	4	重点考察病房检验报告必填项的完整性,如检验报告的报告科室、报告医师、检验结果项目名称、代码、结果、参考值项内容的完整率等	
3	01.03.5			基本	(1) 检验报告来自全院统一医疗数据管理体系 (2) 查阅报告时,对于多正常参考值的项目能够根据检验结果和诊断、性别、生理指标等自动给出正常结果的判断与提示 (3) 可根据历史检验结果绘制趋势图 (4) 对于危急检验结果,医师、护士能够在系统中看到 (5) 浏览检查报告时,可以浏览患者重要病历信息;	5	重点考察病房检验报告必填项、常用项的完整性,如检验报告中的审核医师项目内容的完整率;检验危急值记录中的项目代码、通知对象、通知时间、处理人、处理记录内容的完整率等 具备完善的数据源对照,如检验系统与电子病历中检验项目代码、名称、参看值等的对照	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
3	01.03.6				(1) 检验结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 对于危急检验结果, 能够主动通知(如系统弹窗) 医师、护士	6	重点考察病房检验报告数据整合性、数据及时性, 如检验报告中的报告时间、审核时间记录完整率; 考察审核时间晚于报告时间的比例, 检验危急值处理时间晚于报告时间的比例等	
3	01.03.7				(1) 能够查看历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2) 对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能; (3) 委托外部机构完成的检验结果, 可直接浏览报告结果, 并与检验申请关联 (4) 可根据检验结果, 提示选择临床路径(指南)的后续执行路径	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如本医院检验报告项目代码、单位与外院相应项目有对照的比例; 外院项目参考值项目取完整率等	
3	01.03.8				可利用患者医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议, 患者自采数据有明显标示, 可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8		
4	01.04.0			病房检查申请	医师手工下达检查申请	0		
4	01.04.1			(有效应用 按住院检查		(1) 在计算机单机中选择项目, 打印检查申请单 (2) 可通过文件传输方式与其他计算机共享数据	1	
4	01.04.2		(1) 从字典中选择项目, 产生检查申请 (2) 申请检查同时生成必要的医嘱		2			

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
4	01.04.3		项目人次比例计算)统计出近3个月达到各科各个级别要求检查项目的人次数。计算各等级别人次数与全部检查人次数比例。	基本	(1) 检查申请能以电子化方式传送给医技科室 (2) 申请时能够提示所需准备工作等内容	3	重点考察病房检查申请关键数据项与字典的一致性,如检查项目名称、代码内容与相应检查科室字典内容的一致率等	
4	01.04.4				(1) 下达申请时可获得检查项目信息,如适应症、作用、注意事项等 (2) 申请能实时传送到医技科室 (3) 检查项目来自全院统一字典	4	重点考察病房检查申请必填项的完整性,如检查申请中申请序号、患者标识、项目代码、项目名称、申请科室项目内容的完整率等	
4	01.04.5				(1) 检查申请数据记录在统一管理机制中 (2) 开写检查申请时,可以浏览患者重要病历信息;	5	重点考察病房检查申请必填项、常用项的完整性,如中患者年龄(或出生日期)项目内容完整率等 具备完善的数据源对照,如医嘱记录与检查申请中检查申请项目代码、检查状态内容等的对照;	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
4	01.04.6			基本	(1) 检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (2) 形成完整的检查闭环, 检查执行状态可实时查看 (3) 下达申请医嘱时, 能够针对患者性别、诊断、以往检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示 (3) 下达申请时可根据临床路径和指南列出所需检查项目	6	重点考察病房检查申请数据整合性、数据及时性, 如检查申请时间、预约时间、检查状态项目内容完整率; 考察预约时间晚于申请时间的比例等 临床路径中定义的检查项目代码与检查科室的项目代码内容一致性等	
4	01.04.7			基本	(1) 能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2) 下达申请时可根据诊断、其他检查检验结果等提出所需检查项目建议	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如病房用的检查申请项目与其他医疗机构检查申请项目代码有对照的比例	
4	01.04.8			基本	(1) 可查看其他医疗机构检查情况、患者自采健康记录内容作为检查申请开写的参考依据 (2) 可以利用患者医疗及健康数据, 为患者制定持续的检查计划	8		
5	01.05.0			病房检查报告	手工传送检查报告	0		
5	01.05.1				能通过磁盘或文件导入或查看检查报告或检查图像	1		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
5	01.05.3		（有效应用按住院检查项目人次比例计算）统计出近3个月达到各科各个级别要求检查项目的人次数。计算各等级别人次数与全部检查人次数比例。	基本	能通过调用检查科室系统或界面集成方式查阅医技科室的检查报告和图像	3	重点考察病房检查报告关键数据项与字典的一致性，如检查报告编号与病房检查申请有对照的比例等	
5	01.05.4			基本	（1）能在医师工作站查阅检查报告和图像 （2）查看检查报告时，能够按照项目查看定义、说明等 （3）检查报告与申请单可进行关联对应	4	重点考察病房检查报告必填项的完整性，如检查报告的报告科室、报告医师、检查结果项目名称、代码、检查描述、诊断（或结论、印象）项内容的完整率等	
5	01.05.5			基本	（1）检查报告来自全院统一医疗数据管理体系 （2）查阅报告时，能够显示测量结果，对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 （3）对于检查危急值，医师、护士在能够系统中看到	5	重点考察病房检查报告必填项、常用项的完整性，如检查报告中的检查诊断代码、审核医师项目内容的完整率； 检查危急值记录中的项目代码、通知对象、通知时间、处理人、处理记录内容的完整率等 具备完善的数据源对照，如检查系统与电子病历中项目代码、名称等的对照	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
5	01.05.6				(1) 检查结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 查阅报告时,对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和患者年龄、性别、诊断、生理指标等,自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值,能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	重点考察病房检查报告数据整合性、数据及时性,如检查报告中的报告时间、审核时间记录完整等; 考察报告时间晚于申请时间,审核时间晚于报告时间的比例,检查危急值处理时间晚于报告时间的比例等	
5	01.05.7				(1)对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能 (2) 能够获得、显示其他医疗机构的检查结果、图像等 (3) 可根据检查报告,提示选择临床路径(指南)的后续执行路径	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性,医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性,如本医院检查报告诊断项目代码项目与外院相应项目有对照的比例等	
5	01.05.8				(1) 可利用患者医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 (2) 患者自采健康记录数据有明显标示	8		
6	01.06.0			病房病历记录	医师手工书写病历	0		
6	01.06.1				(1) 有用计算机书写的病历 (2) 病历记录在本病房内能够检索与共享	1		
6	01.06.2			(有效应用按出院患者人次比例计	(1) 能够有专用软件书写入院、查体、病程记录、出院记录等病历记录 (2) 能够获得护士生成的患者入出转记录	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
6	01.06.3		算)统计近3个月书写病历功能达到各个级别的病历数。计算各级别病历数与全部出院人次数比例。		用计算机书写的病历记录能被其他科室共享	3	重点考察病房病历记录关键数据项与字典的一致性,如病历记录内容数据>100字的比例等	
6	01.06.4			基本	(1)病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 (2)病历记录能够全院共享	4	重点考察病房病历记录必填项的完整性,如按照病历书写规范中住院病历要求内容有结构化定义的比例等,重点考察出院患者病历首页记录中的患者标识、姓名、性别、出生日期、门诊诊断、入院时间、入院科室、出院时间、出院患者、出院主要诊断、出院诊断代码;入院记录(或入出院记录)中的主诉、现病史、体格检查等。	
6	01.06.5			基本	(1)可自定义病历结构与格式,支持结构化病历的书写 (2)提供插入检查检验结果功能 (3)可按照任意病历结构化项目进行检索 (4)病历数据与医嘱等数据全院一体化管理 (5)病历所有修改有痕迹记录 (6)书写病历的时限可设置并能提示	5	重点考察病房病历记录必填项、常用项的完整性,如各节描述性病历内容>20字的比例等 具备完善的数据源对照,如病历记录与质控记录中质控项目的对照等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
6	01.06.6				(1) 病历具有分块安全控制机制和访问日志 (2) 有法律认可的可靠电子签名 (3) 病历书写有对书写内容有智能检查与提示功能 (4) 历史病历完成数字化处理并可查阅，并可与其他病历整合 (5) 对于已提交的病历能自动记录、保存病历记录所有修改的痕迹	6	重点考察病房病历记录数据整合性、数据及时性，如结构化的描述性病历各节中的书写医师、书写时间内容完整性；各节病历有对应可靠电子签名记录的比例；分节不可粗于病历书写规范等 考察打印时间晚于书写时间的比例，提交时间晚于创建时间等	
6	01.06.7			基本	(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容 (2) 能够接受病案质控意见并修改后反馈 (3) 支持医师在院外浏览病历记录 (4) 可根据患者情况智能推荐模板	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性，医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性，如有病历中患者标识在本院与外院有对照的比例（有对照患者标识数/医院获得的全部外院病历患者数）等	
6	01.06.8			基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中，能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、患者自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览，浏览具备权限管理、操作记录	8		

病房护士

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
7	02.01.0	病房护士	病人管理与评估 (有效应用按使用病房比例计算) 统计达到各级别要求的病房数,并计算各级别病房数与总病房数的比例。		手工进行患者管理	0		
7	02.01.1				输入的患者基本信息、住院记录作为护士本地工作记录	1		
7	02.01.2			基本	患者基本信息、住院记录等可提供本病房临床医师共享	2		
7	02.01.3			基本	(1) 从住院登记处接收患者基本信息,输入入院评估记录 (2) 床位、病情信息、病历资料供其他科室共享 (3) 转科或出院的出科信息在系统中处理	3	重点考察护理评估记录、患者流转管理相关关键数据项与字典的一致性,如护理级别项目、评估项目内容与字典一致的比例等	
7	02.01.4				(1) 处理入、出院、转科记录时具有核对功能 (2) 可提示入科的基本处理流程或有可定义的入科处理模版提醒帮助护士完成常规的处理	4	重点考察护理评估记录、患者流转管理相关必填项的完整性,如已入科患者姓名、患者标识号、入科时间、床位号、护理等级等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分		
7	02.01.5				(1) 入院评估记录在医院统一医疗数据管理体系中管理 (2) 具有查询既往病历记录数据、检查检验结果等供评估时参考的功能	5	重点考察护理评估记录、患者流转管理相关必填项、常用项的完整性；如患者入院基本评估单中设定的重点评估项目，行动能力、自理能力，意识、身高等 具备完善的数据源对照，如护理记录系统与病历记录中患者情况描述对照等			
7	02.01.6				(1) 有患者出入转，出科检查、治疗等活动的跟踪记录 (2) 能够查询患者在医院内其他科室诊疗活动记录 (3) 书写入院评估时有智能模版	6	重点考察患者流转管理相关数据整合性、数据及时性，如患者入科时间、出科时间、转入科室、转出科室等；考察出科时间晚于入科时间的比例等			
7	02.01.7				有利用患者出入转记录、患者评估记录等信息进行护理质量分析的工具	7	进入临床路径患者中护理相关项目记录比例			
7	02.01.8				能够获得区域护理质量数据，并能够用于与本科室护理质量进行对比分析处理	8				
8	02.02.0				医嘱执行		护士手工抄写执行单，如药品单、输液卡等	0		
8	02.02.1				(有效应用按使用病房比例计算)		(1) 手工输入医嘱供执行时使用 (2) 本地保存医嘱记录数据	1		
8	02.02.2				统计达到各级别要求的病房数，并计算	基本	(1) 能够接收医师下达的医嘱，同时支持手工增补医嘱 (2) 医嘱可供药剂科或收费使用	2		
8	02.02.3					基本	(1) 每次的用药医嘱数据能与药剂科共享用于药品准备 (2) 护士执行医嘱有记录	3	重点考察医嘱执行记录中关键数据项与字典的一致性，如执行记录中医嘱项目与字典内容一致的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
8	02.02.4		各级别病房数与总病房数的比例。		(1) 医嘱执行记录可供全院共享 (2) 执行单能够在医嘱执行操作后产生	4	重点考察医嘱执行记录中必填项的完整性, 如医嘱执行记录中医嘱名称、执行人项目等	
8	02.02.5			基本	(1) 在执行中实时产生记录 (2) 全院统一管理医嘱、执行记录, 构成统一电子病历内容 (3) 新医嘱和医嘱变更可及时通知护士	5	重点考察医嘱执行记录必填项、常用项的完整性; 如医嘱执行记录中医嘱类别、医嘱项目代码、标本采集人等具备完善的数据源对照, 如护理记录与医嘱记录中的项目对照、护理记录与检验、药剂管理系统中的项目对照等	
8	02.02.6			基本	(1) 医嘱执行过程中有患者、药品、检验标本等机读自动识别手段进行自动核对 (2) 完成医嘱执行的闭环信息记录 (3) 对高风险医嘱执行时有警示	6	重点考察医嘱执行记录数据整合性、数据及时性, 如医嘱计划执行时间、实际执行时间、标本采集时间等考察实际执行时间晚于计划执行时间、标本采集时间晚于计划执行时间的比例等	
8	02.02.7				(1) 医嘱执行过程能够随时了解和查询医疗机构外部产生的历史医疗记录、体征记录 (2) 有利用医嘱执行记录进行护理质量管理的工具	7		
8	02.02.8				可获得区域范围医嘱质量相关质量指标并用于分析本科室护理质量	8		
9	02.03.0			护理记录	手工书写护理记录, 手工记录体征数据	0		
9	02.03.1			(有效应用按出院患	(1) 体征记录用计算机本地存储 (2) 体征记录可打印、绘图, 无网络共享	1		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
9	02.03.2		者人次比例计算) 统计近3个月护理记录达到各级别的人次数,计算各等级别人次与总出院人次的比例		有记录护理记录、体征记录系统并能够通过计算机网络供本科室医师共享	2		
9	02.03.3				(1) 操作中能够通过界面融合或调用其他系统方式查看其检查、检验、治疗等数据,本科室采集的体征记录可供其他部门共享 (2) 有危重患者护理观察记录、护理操作情况等记录 (3) 护理记录信息可供医师查看	3	重点考察危重患者护理记录中关键数据项与字典的一致性,如体征记录项目名称、代码与字典一致的比例等	
9	02.03.4			基本	(1) 可通过系统内嵌的方式获得检查、检验、治疗等数据 (2) 对危重患者有符合要求的护理观察记录、护理操作情况等记录并供全院共享	4	重点考察危重患者护理记录中必填项的完整性,如:护理项目、计划时间、执行时间、执行人等	
9	02.03.5			基本	(1) 护理记录、体征记录数据在医院统一医疗数据管理体系中 (2) 生命体征、护理处置可通过移动设备自动导入相应记录单(移动护理) (3) 有护理计划模版,护理记录数据可依据护理计划产生	5	重点考察危重患者护理记录中的必填项、常用项完整性,如:脉搏、心率、出入量、身高、血压等; 具备完善的数据源对照,如:护理系统中与病历记录中的体征项目对照等;	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
9	02.03.6			基本	(1) 根据患者体征有自动的护理措施提示 (2) 具有分组安全控制机制和访问日志, 以保障分组护理时信息的安全性 (3) 有法律认可的可靠电子签名 (4) 系统能够根据体征数据自动完成设定的护理评估 (5) 可以在医院统一医疗数据管理体系中调阅患者既往护理记录	6	重点考察医嘱执行记录数据整合性、数据及时性, 如护理记录中电子签名记录、时间戳记录、护理计划、护理记录时间的完整性等, 考察护理记录时间晚于护理计划时间的比例等;	
9	02.03.7				(1) 护理记录书写时, 可查询其他医疗机构相关病历数据和知识库数据 (2) 能够利用护理记录数据进行护理质量分析 (3) 护理记录生成与临床路径(指南)相衔接, 可与医师医嘱紧密结合	7	不良事件记录完整性, 包括: 发生时间、持续时间、不良事件类型、名称。 1) 压疮事件: 压疮发生时间、压疮等级、压疮类型、压疮位置 2) 跌倒事件: 跌倒发生时间、伤害严重度、跌倒时间	
9	02.03.8			基本	可获得区域护理质量指标, 能够结合本科室患者护理记录分析护理工作效率、不良事件发生率等护理质量并与区域指标比较	8		

门诊医师

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
10	03.01.0	门诊医师	处方书写（有效应用按门诊处方数计算）统计近3个月达到各级别功能的门诊处方数，计算这些门诊处方数与门诊总处方数的比例		无门诊电子病历系统，医师手写处方	0		
10	03.01.1	门诊医师			(1) 在本地记录处方数据并打印处方 (2) 可通过文件、移动存储设备方式与其他计算机共享处方数据	1		
10	03.01.2	门诊医师			(1) 能够查询本科室历史处方记录 (2) 处方数据科室内部共享	2		
10	03.01.3	门诊医师		基本	(1) 能获取挂号或分诊的患者信息 (2) 下达的处方供药剂科、收费使用	3	重点考察处方记录关键数据项与字典的一致性，如药品项目代码、名称药品字典一致比例等	
10	03.01.4	门诊医师		基本	(1) 处方数据能够全院共享 (2) 下达处方时能关联项目获得药物知识，如提供药物说明查询功能等 (3) 处方下达时能获得的药品剂型、剂量或可供应药品提示	4	重点考察处方记录必填项的完整性，如处方中患者基本信息（患者ID、患者姓名、性别）药品项目（药品名称、剂量、频次、给药途径、用药天数等	
10	03.01.5	门诊医师		基本	(1) 具有针对患者诊断、性别、历史处方、过敏史等进行合理用药、配伍禁忌、给药途径等综合自动检查功能并给出提示 (2) 对高危药品使用给予警示 (3) 支持医生处方开写权限控制 (4) 可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医政管理部门	5	重点考察处方记录必填项、常用项的完整性，如处方记录中医师名称、诊断项目的完整率等具备完善的数据源对照，如处方记录与药品字典的对照等	

10	03.01.6	门诊医师		基本	(1) 书写处方时可跟踪既往处方执行情况 (2) 处方数据能够自动作为门诊病历内容 (3) 能够接收到开方医师自己处方的点评结果 (4) 发生药物不良反应时能够有记录与上报处理功能	6	重点考察处方记录数据整合性、数据及时性, 如处方开立时间内容的完整率; 开立时间晚于发药时间的比例等	
10	03.01.7	门诊医师		基本	(1) 下达处方时, 可查询到患者本机构内外的医疗记录 (2) 自动根据以往医疗机构内外的诊治和用药情况自动进行医嘱核查并给出提示 (3) 处方及用药说明可供患者查阅	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如本医院药品项目与外部药品项目的对照完整比例(有对照外部药品项目/全部外部药品项目)等	
10	03.01.8	门诊医师		基本	能获取患者全生命周期的信息资料, 并能够进行集中展示, 包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、患者自采健康信息(如健康记录、可穿戴设备数据)等;	8		
11	03.02.0	门诊医师	门诊检验申请(有效应用按门诊检验项目人次比例计算)统计近3个月门诊申请各项检验所达到相应级别的人次数, 计算各级别功能实现人次与总检验人次比例		医师手工下达检验申请	0		
11	03.02.2	门诊医师			可从本科室共享的字典中选择项目, 产生检验申请	2		
11	03.02.3	门诊医师		基本	(1) 检验申请能传送给医技科室 (2) 下达申请时有多科室公用的项目字典支持	3	重点考察门诊检验申请关键数据项与字典的一致性, 如检验项目名称、代码、标本名称等内容与相应检验科室字典内容的一致率等	
11	03.02.4	门诊医师			(1) 下达申请时可获得与项目关联的适应症、标本采集、检查意义等信息 (2) 有全院统一的项目字典	4	重点考察门诊检验申请必填项的完整性, 如检验申请中申请序号、患者标识、项目代码、项目名称、标本名称、申请科室项目内容的完整率等	

11	03.02.5	门诊医师			(1) 检验申请数据全院统一管理 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用	5	重点考察门诊检验申请必填项、常用项的完整性,如申请中患者年龄(或出生日期)项目内容完整率等 具备完善的数据源对照,如检验系统与医嘱系统中检验申请项目、代码、标本的对照等	
11	03.02.6	门诊医师		基本	(1) 形成完整的检验闭环,检验申请、标本情况能够随时跟踪 (2) 下达检验申请单时,能查询临床医疗记录 (3) 能够针对患者性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示	6	重点考察门诊检验申请整合性、数据及时性,如检验申请时间、采样时间、标本状态项目内容完整率;门诊的检验申请项目代码、标本状态内容与检验科室的申请向项目代码、标本状态内容一致比例等 考察采样时间晚于申请时间的比例	
11	03.02.7	门诊医师			(1) 申请检验时,能够查询历史检验结果、其他医疗机构检验结果和报告 (2) 具有适用于门诊的疾病诊断知识库提供诊断辅助的检验方案	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性,医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性,如医院的检验申请项目与其他医疗机构检验申请项目代码有对照的比例等	
11	03.02.8	门诊医师			(1) 可查看患者自采健康记录内容作为检验申请开写的参考依据 (2) 可以利用患者医疗及健康数据,为患者制定持续的检验计划	8		
12	03.03.0	门诊医师	门诊检验报告		未使用电子化方式传送检验报告	0		
12	03.03.1	门诊医师	(有效应用按门诊检验项目		可在计算机中查询到检验结果,但限于或利用文件或移动存储设备获取检验结果,人工导入	1		

12	03.03.7	门诊医师	门诊检查申请 (有效应用按 门诊检查项目 人次比例计算) 统计近3个月 门诊申请各项 检查所达到相 应级别的人次 数,计算各级 别功能实现人 次与总检查人 次比例	基本	(1)能够对比历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2)对于危急值通知具有按时效管控,分级通知、反馈功能; (3)委托外部机构完成的检验结果,可直接浏览报告结果,并与检验申请关联	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性,医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性,如本医院检验报告项目代码、单位、参考值项目与外院相应项目有对照的比例等
12	03.03.8	门诊医师		基本	可利用患者医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议,患者自采数据有明显标示,可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8	
13	03.04.0	门诊医师			医师手工下达检查申请	0	
13	03.04.2	门诊医师			从科室预定字典中选择项目,产生检查申请	2	
13	03.04.3	门诊医师			(1)下达申请时能够调用本科室产生的病情摘要 (2)检查申请能传送给医技科室	3	重点考察门诊检查申请关键数据项与字典的一致性,如检查项目名称、代码内容与相应检查科室字典内容的一致率等
13	03.04.4	门诊医师			(1)下达申请时能获得其他科室的病情摘要、诊断,具有检查适应症、作用、注意事项查询功能 (2)检查申请能实时传送给相关科室 (3)检查项目来自全院统一字典	4	重点考察门诊检查申请必填项的完整性,如检查申请中申请序号、患者标识、项目代码、项目名称、申请科室项目内容的完整率等
13	03.04.5	门诊医师		(1)检查申请数据全院统一管理 (2)开写检查申请时,可以浏览患者重要病历信息;	5	重点考察门诊检验申请必填项、常用项的完整性,如申请中患者年龄(或出生日期)项目内容完整率等 具备完善的数据源对照,如检查系统与医嘱系统中检验申请项目、代码、标本的对照等	

13	03.04.6	门诊医师		基本	(1) 申请后可随时跟踪检查进展情况 (2) 检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (3) 下达申请时, 能够针对患者性别、诊断、以往检查检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示	6	重点考察处方记录数据整合性、数据及时性, 如检查申请时间、预约时间、检查状态项目内容完整率; 门诊的检查申请项目代码、检查状态内容与检验科室的申请向项目代码、检查状态内容一致比例等 考察预约时间晚于检查申请时间等	
13	03.04.7	门诊医师			(1) 申请检查时, 能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2) 下达申请时可根据诊断及知识库提出所需检查项目建议	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如医院的检查申请项目与其他医疗机构检查申请项目代码有对照的比例等	
13	03.04.8	门诊医师			(1) 可利用其他医疗机构检查开写情况、患者自采健康记录内容作为检查申请开写的参考依据 (2) 可以利用患者医疗及健康数据, 为患者制定持续的检查计划	8		
14	03.05.0	门诊医师	门诊检查报告 (有效应用按门诊检查项目人次比例计算) 统计近 3 个月门诊各项		手工传送检查报告	0		
14	03.05.1	门诊医师			能够用计算机查阅检查报告, 但数据来自文件或移动存储设备方式	1		
14	03.05.2	门诊医师			(1) 计算机中可查阅检查报告或图像, 数据来自文件或移动存储设备导入 (2) 检查报告或图像在科室内存存并共享	2		

14	03.05.3	门诊医师	检查报告所达到相应级别的人次数，计算各级别功能实现人次与总检查人次比例		能通过网络，利用界面集成或调用检查科室工具方式查阅医技科室的检查报告或图像	3	重点考察门诊检查报告关键数据项与字典的一致性，如检查报告编号与门诊检查申请有对照的比例等	
14	03.05.4	门诊医师		基本	(1) 可通过系统内嵌方式查阅检查报告和图像信息 (2) 查看检查报告时可以按照项目查询结果说明信息 (3) 检查报告与申请单可进行关联对应	4	重点考察门诊检查报告必填项的完整性，如检查报告的报告科室、报告医师、检查结果项目名称、代码、检查描述、诊断（或结论、印象）项内容的完整率等	
14	03.05.5	门诊医师		基本	(1) 检查报告和图像来自全院统一管理的数据 (2) 查阅报告时，能够显示测量结果，对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 (3) 对于检查危急值，门诊医师能够在系统中看到	5	重点考察门诊检查报告必填项、常用项的完整性，如检查报告中的检查诊断代码、审核医师项目内容的完整率； 检查危急值记录中的项目代码、通知对象、通知时间、处理人、处理记录内容的完整率等 具备完善的数据源对照，如检查系统与电子病历中检查结果项目对照等	
14	03.05.6	门诊医师			(1) 在医师工作站能够跟踪检查过程和结果 (2) 查阅报告时，对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和患者年龄、性别、诊断、生理指标等，自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值，能够主动通知（如系统弹窗）医师、护士	6	重点考察门诊检查报告数据整合性、数据及时性，如检查报告中的报告时间、审核时间记录完整率； 考察报告时间晚于申请时间，审核时间晚于报告时间的比例，检查危急值处理时间晚于报告时间的比例等	

14	03.05.7	门诊医师	门诊病历记录（有效应用按门诊人次数计算）统计近3个月书写门诊病历功能达到各个级别的门诊人次数。计算各别门诊人次数与门诊总人次数比例。	基本	（1）能够对比历史检查结果和其他医疗机构的检查结果。 （2）对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能； （3）具有根据诊疗指南对检查结果的分析功能，可根据知识库提示后续的检查与诊断鉴别	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性，医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性，如本医院检查报告诊断项目代码项目与外院相应项目有对照的比例等
14	03.05.8	门诊医师		基本	（1）可利用患者医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 （2）患者自采健康记录数据有明显标示	8	
15	03.06.0	门诊医师		医师手工书写病历		0	
15	03.06.1	门诊医师		（1）门诊病历记录保存在本地 （2）门诊病历记录可通过文件、移动存储设备方式供他人使用		1	
15	03.06.2	门诊医师		（1）有专用软件书写门诊病历记录并可以在科室共享 （2）书写病历时可调用挂号和本科护士预诊采集的数据		2	
15	03.06.3	门诊医师		（1）书写病历记录可供其他科室共享 （2）书写病历时，可通过界面集成或调用其他系统模块方式查阅检查、检验信息		3	重点考察门诊病历记录关键数据项与字典的一致性，如门诊病历整体记录内容数据>50字的比例等
15	03.06.4	门诊医师		基本	（1）门诊病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 （2）门诊病历记录能够全院共享	4	重点考察门诊病历记录必填项的完整性，如按照病历书写规范中门诊病历要求内容有结构化定义的比例，重点考察就诊时间、科别、医师签名等

15	03.06.5	门诊医师	基本	<p>(1) 能提供插入检查检验结果功能</p> <p>(2) 可对门诊病历内容检索</p> <p>(3) 病历数据与处方、检查报告等数据全院一体化管理</p> <p>(4) 历史病历完成数字化存储、可查阅，并能够与其他病历整合</p> <p>(5) 对于已提交的病历能自动记录、保存病历记录所有修改的痕迹</p>	5	重点考察门诊病历记录必填项、常用项的完整性，如描述性病历结构化（主诉、病史、诊断、治疗处理意见）内容完整性；描述性病历部分内容>20 字的比例等
15	03.06.6	门诊医师		<p>(1) 门诊病历具有分科室安全控制机制和访问日志</p> <p>(2) 有法律认可的可靠电子签名</p> <p>(3) 可根据诊断、性别、年龄等自动定义病历结构和格式</p>	6	重点考察门诊病历记录整合性、数据及时性，如结构化的描述性病历各节中的书写医师、书写时间内容完整性；门诊病历有对应可靠电子签名记录的比例等 考察如打印时间晚于创建时间的比例等
15	03.06.7	门诊医师	基本	<p>(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容</p> <p>(2) 能够按照诊疗指南进行病历书写内容提示</p> <p>(3) 病历书写有对书写内容有智能检查与提示功能</p> <p>(4) 可根据患者情况智能推荐模板</p> <p>(5) 支持患者在院外浏览本人的门诊病历记录，具备授权控制，并有完整的浏览记录</p>	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性，医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性，如有病历中患者标识在本院与外院有对照的比例（有对照患者标识数/医院获得的全部外院病历患者数）等

15	03.06.8	门诊医师		基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中, 能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、患者自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览, 浏览具备权限管理、操作记录	8		
----	---------	------	--	----	--	---	--	--

检查科室

- 1、范围：针对患者进行的各种检查。由专门的检查科室开展的项目，临床专科开展的需要出具检查报告的项目。包括：放射、超声、内窥镜、核医学等各类医学影像检查，心电图、脑电图等各类电生理检查，各个专科针对口腔、眼耳鼻喉、妇产、心脏、神经、呼吸等各个方面进行的需出具报告的检查。病理检查也纳入本角色的各个项目评价，但病理的标本管理纳入检验科室角色中的标本管理项目评价。
- 2、数据质量评价：采用达成比例作为评价的分数，即列出的数据质量考察内容项为分母（具体计算时以要求记录数*总要求项目数计算），符合要求的项目数作为分子（具体计算时以符合要求记录数*总要求项目数计算）。表中列出了对数据质量考察的内容，高级别评价时需包含所有低级别的要求。当高级别未列出评价内容时，则表示沿用低级别的项目。评分结果为0—1之间的值。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
16	04.01.0	检查科室	申请与预约 (有效应用按总检查项目人次比例计算) 统计近3个月接收与处理申请预约达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		未用计算机进行预约登记	0		
16	04.01.1				(1) 在本地登记来检查患者的情况,代替登记本 (2) 登记记录可导出供后续处理应用	1		
16	04.01.2			基本	科室内部应用检查预约与登记系统,数据仅在科室内部共享	2		
16	04.01.3			基本	(1) 检查项目清单可供门诊、病房等临床科室共享 (2) 可获取门诊、病房的申请	3	重点考察检查申请关键数据项与字典的一致性,如检查科室的检查项目字典与临床用的检查项目字典中项目代码、项目名称可对照的比例等	
16	04.01.4				(1) 可根据检查内容生成注意事项 (2) 检查安排数据可被全院查询	4	重点考察检查申请必填项的完整性,如接收的检查申请中检查申请号、患者标识号、患者姓名、申请科室、检查项目内容的完整率等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
16	04.01.5				(1) 检查安排时间表能够提供全院共享, 并能够及时进行同步 (2) 各临床科室能依据检查安排表进行预约, 预约结果可全院共享 (3) 有自动安排检查时间的规则, 能够提供默认的检查时间安排	5	重点考察检查申请必填项、常用项的完整性, 如收到的检查申请中临床诊断记录内容的完整率等 具备完善的数据源对照, 如检查系统与电子病历申请项目的对照, 检查系统与预约系统申请项目的对照等	
16	04.01.6				(1) 能够实时掌握患者在其他检查和治疗部门的状态 (2) 可结合其他部门检查、治疗安排, 智能提示检查安排的冲突并给出提示	6	重点考察检查申请数据整合性、数据及时性, 如检查申请中检查安排日期、申请医师内容完整率等 考察预约时间晚于申请时间等	
16	04.01.7			基本	(1) 支持获取医疗机构以外的检查申请并能够进行患者 ID 对照、诊疗项目对照 (2) 提供根据医院内、外历史检查安排情况进行是否适检查的提示功能 (3) 有根据本部门检查预约、等候、执行检查时间进行本部门服务效率分析工具 (4) 患者可在院外查看申请单状态, 可通知患者预约时间、检查注意事项等;	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如检查申请项目对照所外院检查的名称、代码的比例(有对照项目数量/外院传入项目数)等	
16	04.01.8				(1) 可获取区域同类型检查预约安排服务相关指标 (2) 能够根据患者检查项目分布、区域服务效率情况分析本部门服务效率	8		
17	04.02.0		检查记录		手工进行检查过程记录	0		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
17	04.02.1		(有效应用按总检查项目人次比例计算)统计近3个月检查记录处理达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		(1) 检查记录使用单机系统处理并保存在本地 (2) 能导出数据供他人使用	1		
17	04.02.2			基本	有科室范围的检查管理系统,信息仅在科室内使用	2		
17	04.02.3				(1) 记录检查结果过程中,能够查看临床申请中的信息,确保结果与申请、患者准确对应 (2) 具有连接检查设备采集数据功能 (3) 能够提供检查数据和图像访问与查询工具,或能够为其他系统提供界面集成环境	3	重点考察检查记录关键数据项与字典的一致性,如检查记录与检查图像或图形能够关联的比例等	
17	04.02.4				(1) 所记录的检查数据、检查图像供全院共享 (2) 有供全院应用的检查数据或图像访问与显示工具	4	重点考察检查记录必填项的完整性,如记录的检查测量值项目与字典一致的比例;检查测量值项目代码、测量值内容完整率等	
17	04.02.5				(1) 检查结果、检查图像在全院有统一管理机制 (2) 可以长期存储记录	5	重点考察检查记录必填项、常用项的完整性,如检查图像索引记录与检查申请号关联的比例等 具备完善的数据源对照,如检查报告系统与医嘱系统中检查申请项目对照等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
17	04.02.6			基本	(1) 检查数据产生过程有状态记录, 并有查询和跟踪工具 (2) 检查全过程数据记录具有防止患者、检查数据、图像不对应的自动核查处理 (3) 记录检查测量值时具有基本的选择或自动判断提示功能, 包括: 各种测量值的合理范围、注释说明的合理词汇范围等	6	重点考察检查记录数据整合性、数据及时性, 如检查时间、检查图像记录时间、检查状态、检查人员项目内容的完整率等 考察到检时间晚于申请时间等	
17	04.02.7				(1) 能够获取医院外部检查数据和检查状态并进行记录, 本科室检查记录和状态可传给外部系统使用 (2) 具有针对检查记录的患者识别和防止数据对照差错规则与工具 (3) 检查等候过程中可通知患者检查顺序、等候人数、预计检查时间等信息;	7		
17	04.02.8				有针对检查记录的数据完整性、数据记录管理等质量控制工具	8		
18	04.03.0		检查报告		手工书写报告	0		
18	04.03.1		(有效应用按总检查项目人次比例计算)	基本	(1) 手工输入检查报告并保存在本地 (2) 检查报告能通过文件或移动存储设备导出数据供他人使用	1		
18	04.03.2		统计近3个月检查报告处理达到各个		(1) 报告书写可引用检查登记记录、检查记录数据内容 (2) 报告中的诊断诊断可与本科室检查登记共享	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
18	04.03.3		级别功能的人次数，计算与总检查人次数的比例		(1) 检查报告可供临床科室或其他部门共享 (2) 检查报告能够与检查图像关联	3	重点考察检查报告关键数据项与字典的一致性，如检查报告中的测量项目与字典一致性等	
18	04.03.4				(1) 检查报告有初步结构化，能够区分检查所见与检查结果 (2) 检查报告能够全院共享	4	重点考察检查报告必填项的完整性，如检查报告号、患者姓名、检查所见、检查结论、报告医师项目内容完整性等	
18	04.03.5				(1) 检查报告内容有可定义格式与模板 (2) 书写报告时可根据项目、诊断提供选择模板	5	重点考察检查报告必填项、常用项的完整性，如检查申请号与检查报告号可对照的比例；审核医师、检查测量值项目、测量值内容的完整比例等 具备完善的数据源对照，如检查报告系统与电子病历系统中检查结果项目对照等	
18	04.03.6				(1) 报告书写环境中查询与引用临床信息、其他科室信息工具 (2) 具有法律认可的可靠电子签名 (3) 检查报告有安全控制机制与访问日志	6	重点考察检查报告数据整合性、数据及时性，如报告时间、审核时间、电子签名、签名时间项目内容的完整比例等 考察报告时间晚于检查时间、审核时间晚于报告时间等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
18	04.03.7			基本	(1) 能够在报告书写时查询其他医疗机构的检查结果 (2) 支持将医院外部申请的报告传送回申请者 (3) 书写报告过程中有智能提示, 有智能化的词汇控制 (4) 支持患者在院外浏览本人的检查报告, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如检查报告中患者标识与外院患者标识可对照比例等	
18	04.03.8			基本	(1) 有对检查报告内容规范性的管理控制 (2) 能够获取区域检查报告的检查阳性率等质控指标, 并有将本科室指标与之对比工具	8		
19	04.04.0		检查图象(有效应用按有图象结果检查项目人次比例计算)		系统中不能够获取数字化图像	0		
19	04.04.1				(1) 有检查设备附带工作站获取图像, 但仅在单机中记录 (2) 图像可以通过文件或移动存储设备方式导出	1		
19	04.04.2		统计近3个月检查图象采集与处理达到各个级别功能的人次数, 计算与有图象结果检查项目人次数的比例		(1) 可通过网络获取检查设备图像 (2) 图像数据能够在本科室系统保存并共享 (3) 检查图像能够与本科室预约与登记数据对照	2		
19	04.04.3				(1) 检查图像能够供门诊或病房共享 (2) 检查图像可与门诊或住院的申请、患者基本信息对照 (3) 具有检查工作清单 (4) 能提供图像浏览工具供其他系统进行界面集成	3	重点考察检查图像相关关键数据项与字典的一致性, 如检查工作单与检查申请序号关联的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
19	04.04.4			基本	(1) 检查图像供全院共享, 有符合 DICOM 标准的图像访问体系 (2) 能够调整图像灰阶等参数并记录	4	重点考察检查图像相关必填项的完整性, 如检查图像质控记录中图像质量、质控医师、质控时间项目内容完整比例等	
19	04.04.5			基本	(1) 建立全院统一的图像存储体系 (2) 支持符合 DICOM 标准的图像显示终端访问图像数据 (3) 有完整的数据访问控制体系, 支持指定用户、指定患者、指定检查的访问控制 (4) 具有图像质控功能, 并有记录	5	重点考察检查图像相关必填项、常用项的完整性, 如图像索引中图像号与患者标识关联的比例等 具备完善的数据源对照, 如 PACS 系统与申请系统中的申请项目对照等	
19	04.04.6			基本	(1) 图像产生过程、图像质控、图像重现均有跟踪与管理 (2) 提供图像注释说明记录并能够与临床科室共享 (3) 历史图像完成数字化处理, 并能够与其他图像整合	6	重点考察检查图像相关数据整合性、数据及时性, 如图像产生时间内容完整比例等 考察图像产生时间晚于申请时间, 报告时间晚于图像产生时间等	
19	04.04.7				(1) 支持其他医院图像引入医院内部影像系统, 本院图像可通过网络和标准的访问接口提供给其他医院使用 (2) 支持患者在院外浏览本人的检查图像, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如外院图像序号与患者标识关联的比例等	
19	04.04.8				参加区域检查科室影像质量评价并有记录	8		

检验处理

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

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
20	05.01.0	检验处理	标本处理 （有效应用按总检验项目人次比例计算） 统计近3个月检验标本处理达到各个级别功能的人次数， 计算与总检验人次数的比例		未用计算机登记	0		
20	05.01.1				(1) 实验室接收检验标本时在本地计算机登记 (2) 登记数据可以文件或移动存储设备方式导出	1		
20	05.01.2				(1) 接收标本时贴条码供实验室共享数据，有标本查重处理 (2) 可实现标本登记并用于实验室内管理	2		
20	05.01.3				(1) 检验标本采集时依据申请数据 (2) 使用机读方式标识标本 (3) 标本在实验室检验过程各环节有记录	3	重点考察标本记录关键数据项与字典的一致性，如检查标本代码与标本字典项目一致的比例等	
20	05.01.4				(1) 临床科室有与实验室共享的标本字典并具有与项目关联的采集要求提示与说明 (2) 实验室与临床科室共享标本数据 (3) 标本采集和检验全程记录并在全院共享	4	重点考察标本记录必填项的完整性，如标本记录中申请单号、标本号、标本类型、标本名称、标本代码项目内容完整比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
20	05.01.5				(1) 标本字典、标本采集记录等数据在医院统一管理 (2) 标本采集可根据检验知识库进行类型、采集操作患者、采集核对, 防止标本差错 (3) 对接收到的不合格标本有记录	5	重点考察标本记录必填项、常用项的完整性, 如标本记录中采集者、试管类型项目内容完整比例等 具备完善的数据源对照, 如检验系统与医嘱系统的标本项目对照、检验系统与护理执行记录中的标本项目对照	
20	05.01.6			基本	(1) 标本采集与传送状态可获得, 并能够供实验室、临床科室共享 (2) 能够提供与患者用药、生理周期、检验项目等相关联的自动核对, 避免获得不恰当的标本 (3) 对于不合格标本能够反馈给采集部门并有说明	6	重点考察标本记录数据整合性、数据及时性, 如标本记录中采集时间、接收时间项目内容完整比例等 考察标本采集时间晚于申请时间的比例等	
20	05.01.7			基本	(1) 支持获取本医疗机构以外的检验申请并能够接收这些申请对应的标本 (2) 患者可在院外查询本人的待检项目, 并有访问管控措施 (3) 可通知患者标本采集时间、注意事项等;	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如外院标本号与患者标识可对照比例等	
20	05.01.8			基本	(1) 具有统计分析标本采集到接收时间的记录, 并依据数据进行质量管理分析与控制 (2) 可获得区域标本质量管理指标并用于与本实验室质量数据进行对比分析	8		
21	05.02.0		检验结果记录(有效应用按总检验项目人次比例计算)		未用计算机记录	0		
21	05.02.1			基本	(1) 手工输入检验结果或用计算机采集检验数据 (2) 数据在本地记录, 代替手工登记本	1		
21	05.02.2			基本	(1) 计算机系统能够从检验仪器获得检验数据 (2) 检验结果在实验室内共享	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
21	05.02.3		统计近3个月检验结果记录达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例		(1) 检验结果能够传送给临床科室 (2) 有自动判断检验正常值、提示正常值范围功能 (3) 检验系统提供展现检验结果工具供其他系统进行界面集成或直接调用	3	重点考察检验结果记录关键数据项与字典的一致性，如检验报告项目与报告项目字典一致的比例等	
21	05.02.4			基本	(1) 检验结果可供全院共享，可为医院其他系统提供检验数据接口 (2) 出现危急检验结果时能够向临床系统发出及时警示 (3) 对支持双向数据交换的仪器实现双向数据交换	4	重点考察检验结果记录必填项的完整性，如申请单号与检验结果记录识别号可关联的比例；结果记录中项目代码、结果值项目内容的完整比例等	
21	05.02.5				(1) 检验结果作为医院整体医疗数据管理体系内容 (2) 检验结果可按项目进行结构化数据记录 (3) 有实验室内质控记录	5	重点考察检验结果记录必填项、常用项的完整性，如室内质控记录中报告项目、检验值、靶值项目内容的完整比例等 具备完善的数据源对照，考察检验系统与电子病历系统中检验结果项目的对照等	
21	05.02.6				(1) 检验结果产生过程可随时监控，状态能够及时通知临床科室 (2) 有结合临床诊断、药物使用、检验结果数据进行结果核对分析的知识库，并能够提供相关提示	6	重点考察检验结果记录数据整合性、数据及时性，如检验结果产生时间、结果状态项目内容完整的比例等 考察结果产生时间晚于上机时间的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
21	05.02.7				(1) 检验结果数据记录可区分院内与外院检验 (2) 有完整的实验室间质控记录	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性，医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性，如室内质控记录中报告项目、检验值、靶值项目内容的完整比例等	
21	05.02.8				可获得区域检验质控指标，并能够用于与本实验室质控指标对比	8		
22	05.03.0		报告生成		手工书写报告	0		
22	05.03.1		(有效应用按总检验项目人次比例计算)		(1) 输入数据后在本地产生报告单 (2) 可用文件或移动存储设备方式导出检验报告	1		
22	05.03.2		统计近3个月检验报告处理达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例	基本	(1) 能根据检验仪器采集数据自动形成报告 (2) 产生报告单在检验科内共享	2		
22	05.03.3			基本	(1) 检验报告供其他科室共享 (2) 检验报告中有的参考范围提示 (3) 检验报告能够与临床检验申请自动对应	3	重点考察检验报告关键数据项与字典的一致性，如检验报告项目与字典一致的比例等	
22	05.03.4				(1) 报告数据可供全院使用 (2) 审核报告时，可查询患者历史检验结果 (3) 发出报告中的异常检验结果的标识 (4) 检验报告包括必要的数值、曲线、图像	4	重点考察检验报告必填项的完整性，如检验报告中患者标识、患者姓名、报告科室、报告项目、检测值、检测单位项目内容的完整比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
22	05.03.5			基本	(1) 检验报告纳入全院统一数据管理体系 (2) 报告审核时能自动显示患者同项目的历史检验结果作为参考	5	重点考察检验报告必填项、常用项的完整性, 如报告中参考值、报告医师、审核医师项目内容的完整比例等 具备完善的数据源对照, 如检验系统与电子病历系统中科室、医师、患者标识的对照	
22	05.03.6			基本	(1) 检验审核、结果状态能够与临床共享 (2) 检验的标本接收、分析、审核等过程有完整记录并能够闭环监控 (3) 报告审核时可自动显示患者历史检验结果和其他相关结果供分析	6	重点考察检验报告数据整合性、数据及时性, 如检验时间、报告时间、审核时间、检验状态项目内容的完整比例等 考察报告时间晚于检验时间比例, 审核时间晚于报告时间比例等	
22	05.03.7			基本	(1) 支持将外院检验申请的报告传送回申请者 (2) 能够根据检验结果、历史检验情况自动进行报告是否需要人工审核的判断, 可根据性别、年龄、诊断、历史检验结果等情况自动给出检验结果性质的判断 (3) 支持患者在院外浏览本人的检验报告, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如外院检验报告中患者标识与医院患者标识可对照的比例等	
22	05.03.8			基本	可获得区域检验报告质量指标数据, 并与本实验室的阳性率、重复检验率、质控等质量指标进行对比分析	8		

治疗信息处理

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

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
23	06.01.0	治疗信息处理	一般治疗记录（有效应用按治疗项目人次比例计算） 统计近3个月各项治疗记录处理达到各个级别功能的人次数，计算与总治疗人次数的比例		未用计算机登记和记录	0		
23	06.01.1				(1) 治疗科室使用计算机记录治疗申请、预约或治疗记录数据 (2) 治疗相关信息可通过文件、移动存储设备方式提供其他系统共享	1		
23	06.01.2				(1) 治疗科室有部门内治疗登记记录系统 (2) 申请、治疗记录等数据在科室内部能够共享	2		
23	06.01.3				(1) 治疗时间安排表可供其他部门查询共享 (2) 治疗申请、预约、记录数据能够与其他临床科室共享 (3) 可提供治疗数据访问界面或程序供其他部门调用	3	重点考察一般治疗记录关键数据项与字典的一致性，如治疗项目与治疗科室字典内容一致的比例等	
23	06.01.4			基本	(1) 治疗安排信息可被全院查询 (2) 治疗记录数据可供全院访问，有数据交换接口	4	重点考察一般治疗记录必填项的完整性，如治疗申请单号、治疗项目代码、治疗项目名称项目内容的完整比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分	
23	06.01.5			基本	(1) 有每次治疗的登记或执行记录, 内容包括时间、项目等 (2) 治疗记录纳入全院统一的医疗档案体系 (3) 治疗过程中的评估有记录	5	重点考察一般治疗记录必填项、常用项的完整性, 如治疗记录号、治疗时间、治疗师项目内容完整比例等 具备完善的数据源对照, 如治疗系统与电子病历系统中申请项目的对照		
23	06.01.6			基本	(1) 治疗过程各环节有记录、可监控 (2) 治疗评估能够利用检验、检查的数据 (3) 对于高风险治疗有警示和必要的核查 (4) 可根据评估结果对治疗方案自动给出建议	6	重点考察一般治疗记录数据整合性、数据及时性, 如评估记录、治疗预约时间、治疗计划项目内容的完整比例等 考察治疗执行时间晚于计划时间比例, 计划时间晚于申请时间比例等		
23	06.01.7			基本	(1) 可接收医疗机构外部的治疗申请, 并能够将治疗记录传送回申请者 (2) 支持患者在院外浏览本人的治疗计划与安排	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如治疗记录中患者标识与外院患者标识可对照的比例; 来源医疗机构名称、外院标记项目内容完整的比例等		
23	06.01.7			基本	能够获得区域治疗科室数质量指标, 并能够用于与本科室数质量指标对比	8			
24	06.02.0			手术预约与登记 (有效应用按手术台次计算) 统计手术预约与登记达		手工登记安排	0		
24	06.02.1					(1) 手术室使用计算机记录手术安排 (2) 数据可通过文件或移动存储设备方式导出	1		
24	06.02.2					(1) 在手术室登记手术安排, 信息供手术室其他环节使用 (2) 术后能够校正申请安排时记录的信息 (3) 有已定义的手术名称表	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
24	06.02.3		到各级别功能的科室数，计算与全部手术科室数的比例		(1) 在临床科室申请手术 (2) 手术室安排后信息与其他科室共享 (3) 手术室与临床科室能共享手术名称、代码信息	3	重点考察手术记录关键数据项与字典的一致性，如检查手术名称与全院统一字典记录内容一致比例等	
24	06.02.4				(1) 手术申请与安排记录供全院使用 (2) 支持麻醉医师查看手术安排记录并支持麻醉相关信息的修正完善 (3) 能够提供手术准备、材料准备清单 (3) 有全院统一的手术名称表、手术编码	4	重点考察手术记录必填项的完整性，如手术申请号、手术名称、患者标识、患者姓名、性别、手术日期、术前诊断、手术者及助手姓名、麻醉方法项目内容的完整比例等	
24	06.02.5				(1) 手术记录数据与手术安排衔接，成为医院统一医疗记录管理体系内容 (2) 提供机读手段标识患者并提示部位、术式、麻醉方式的信息	5	重点考察手术记录必填项、常用项的完整性，如手术科室、术中诊断、手术名称、手术开始时间、手术结束时间、入间时间、出间时间等 具备完善的数据源对照，如手术系统与电子病历系统中手术项目、麻醉方式等的对照	
24	06.02.6			基本	(1) 具有对手术全过程状态记录及在院内显示功能 (2) 手术过程信息、手术物品清点与核对数据成为手术记录内容 (3) 根据检查、检验结果、患者评估信息和知识库，对高风险手术能给出警示	6	重点考察手术记录数据整合性、数据及时性，如手术开始时间、手术结束时间记录完整的比例； 考察手术结束时间晚于手术开始时间的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
24	06.02.7				(1) 能够获取患者在其他医院手术记录信息 (2) 手术记录结果可供其他医院使用 (3) 有患者 ID 对照功能 (4) 可告知患者家属手术进行状态等信息	7		
24	06.02.8				能够获得区域手术分级信息以及难度、数质量指标，并用于与本院手术难度与数质量指标对比	8		
25	06.03.0		麻醉信息 (实现比例手术台次计算) 统计近3个月麻醉记录达到各级别功能台次数，计算与总台次数的比例		手工记录并绘制麻醉记录单	0		
25	06.03.1			(1) 各手术间单独记录麻醉及监护的体征数据，生成麻醉记录单 (2) 麻醉记录单可通过移动存储设备或文件方式导出供其他计算机使用	1			
25	06.03.2			(1) 麻醉机、各种监护仪等仪器使用计算机自动采集和记录 (2) 麻醉记录单数据通过网络在手术室共享	2			
25	06.03.3			(1) 麻醉记录数据可供手术科室共享 (2) 提供麻醉记录单查看工具供其他系统进行界面集成 (4) 能够记录术中用药情况并在麻醉记录单中体现	3	重点考察麻醉记录关键数据项与字典的一致性，如麻醉项目名称与字典一致的比例；术中用药代码与药品字典一致的比例等		
25	06.03.4			基本	(1) 麻醉记录供全院共享，提供其他系统数据接口 (2) 可提供1种以上自动风险评分功能	4	重点考察麻醉记录必填项的完整性，如手术申请号、麻醉名称项目内容的完整比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
25	06.03.5			基本	(1) 麻醉记录数据纳入医院整体医疗记录 (2) 能够判断麻醉过程中出现的非正常监测参数,并在麻醉记录单和相关图表中显示	5	重点考察麻醉记录必填项、常用项的完整性,如麻醉中记录的麻醉事件项目、事件内容完整的比例等 具备完善的数据源对照,如手术麻醉系统与电子病历系统中麻醉名称的对照等	
25	06.03.6			基本	(1) 麻醉过程重要信息可全程进行记录和显示 (2) 在麻醉过程中出现危急生理参数时,根据知识库进行自动判断并给出提示	6	重点考察麻醉记录数据整合性、数据及时性,如麻醉诱导时间、进入恢复间时间、离开手术室时间、手术过程状态记录完整的比例等 考察苏醒时间晚于手术结束时间的比例、离开手术室时间晚于手术结束时间比例等	
25	06.03.7				可获得其他医院病历中的麻醉记录信息,并用于术前访视与风险评估参考	7		
25	06.03.8				能够获得区域麻醉质量控制指标,并用于与本院麻醉质量进行对比分析	8		
26	06.04.0		监护数据		手工记录并绘制、书写监护记录	0		
26	06.04.1		(有效应用按监护仪估算)		监护仪数据可传输给中心站,数据可用文件或移动存储设备方式导出	1		
26	06.04.2				(1) 能够连续记录监护设备产生的主要生命体征数据 (2) 数据在监护室存储,有中心监控系统	2		
26	06.04.3		统计达到各级别监护数据处理的监护仪数量,		(1) 监护系统能够提供数据显示界面供其他系统集成 (2) 监护过程的异常情况能够记录并报警	3	重点考察监护记录关键数据项与字典的一致性,如监护体征的心率、血压、血氧项目与字典项目一致的比例等	

医疗保障

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
27	07.01.0	医疗保障	血液准备 (有效应用按输血人次比例计算) 统计近3个月血液准备处理达到个级别功能的输血人次 数,计算与总输血人次的比例。		手工记录血液来源	0		
27	07.01.1				(1) 使用计算机记录血液来源、类型和可保障情况 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1		
27	07.01.2				计算机记录的血液来源、库存情况可通过网络供血液保障科室配血、发放使用	2		
27	07.01.3				(1) 具有血液字典 (2) 有血液查询工具供临床科室共享信息	3	重点考察血液记录关键数据项与字典的一致性,如血液品种代码与字典一致比例等	
27	07.01.4				(1) 库存血液情况或血液可保障情况能够供全院共享 (2) 血库能够查询和统计住院患者血型分布情况	4	重点考察血液记录必填项的完整性,如血液库存记录中血品代码(成分)、数量、单位、入库时间内容完整比例等	
27	07.01.5				具有根据住院患者或手术患者血型分布情况提供配置血液库存的知识库和处理工具	5	重点考察血液记录必填项、常用项的完整性,如血液记录中的捐血者代码、捐血时间记录完整的比例等 具备完善的数据源对照,如输血系统与电子病历系统中血型等项目的对照	
27	07.01.6				血液记录全程可跟踪管理	6	重点考察血液记录数据整合性、数据及时性,如血液入库、分装、出库时间记录完整的比例等 考察出库时间晚于入库时间等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
27	07.01.7			基本	(1) 能够与机构外部血液机构交换和共享血液信息 (2) 可按照住院患者情况动态调整库存血液配置或根据血液配置提示临床科室适当调整手术安排	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性, 如血袋编号与院内库存血液识别号能够关联的比例等	
27	07.01.8			基本	可获得区域血液使用范围、损失指标, 可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用范围、损失率管理	8		
28	07.02.0		配血与用血 (有效应用按输血人次比例计算) 统计近 3 个月配血处理达到个级别功能的输血人次数, 计算与总输血人次的比例。		手工记录配血情况	0		
28	07.02.1				(1) 使用计算机记录配血与血液使用、输血反应数据 (2) 可通过移动存储设备或文件方式导出并共享数据	1		
28	07.02.2				(1) 在血库输入用血、配血数据、用血记录、输血反应数据 (2) 整个血库内各个环节共享数据	2		
28	07.02.3				(1) 临床用血申请与血库共享 (2) 配血情况、用血记录可临床科室查询	3	重点考察配血与用血记录关键数据项与字典的一致性, 如配血检验项目与项目字典一致性比例等	
28	07.02.4			基本	(1) 配血过程有完整记录 (2) 临床申请用血、血库配血时, 可共享与患者用血相关的配血检验信息	4	重点考察配血与用血记录必填项的完整性, 如患者身份标识、年龄、血型记录完整的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
28	07.02.5				(1) 配血、血液使用记录、输血反应等数据纳入医院统一医疗记录系统 (2) 能够查询到临床医疗数据、检查与检验数据	5	重点考察配血与用血记录必填项、常用项的完整性,如病人所处科室、床号、临床诊断、输血性质(输血目的),出库日期、输血时间、输血护士、申请医师项目完整的比例等 具备完善的数据源对照,如输血系统与电子病历系统中液类型等项目的对照	
28	07.02.6			基本	(1) 用血整个过程有完整记录 (2) 系统中在各个环节有根据患者体征、基本情况、检验结果、诊断等进行用血安全检查监控环节,出现不符合安全条件时自动给出警示	6	重点考察配血与用血记录数据整合性、数据及时性,如配血申请日期、采样日期、配血日期内容完整的比例等 考察配血时间晚于申请时间的比例等	
28	07.02.7				(1) 支持与其他相关医疗机构交换血液使用、输血反应数据,用于进行机构间输血质量管理 (2) 出现输血不良事件时能追溯到医院内相同供血者血液的其他使用记录或库存记录	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性,医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性,如输血反应记录中反应经过、症状及处理内容的完整比例等	
28	07.02.8				可获得区域血液使用质量管理指标,可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用质量管理	8		
29	07.03.0		门诊药品调剂 (有效应用按处方数人次比例计算) 统计近3个		手工处理处方	0		
29	07.03.1			基本	(1) 使用计算机单机管理处方数据 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1		
29	07.03.2			基本	(1) 有门诊药房部门级处方管理系统,手工向计算机输入处方 (2) 在本药房的调剂、配药、事后核查等工作中可通过网络共享数据	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
29	07.03.3		月门诊处方处理达到个级别功能的处方数，计算与总处方数的比例	基本	(1) 可共享门诊医师处方数据 (2) 有核查处方剂量、给药方式与字典是否一致并提示的功能	3	重点考察门诊药品调剂记录关键数据项与字典的一致性，如药品名称、药品代码统一字典记录一致的比例等	
29	07.03.4			基本	(1) 有统一的药品字典 (2) 可获得门诊、其他科室的处方数据 (3) 能够获得患者基本情况、体征、药敏数据 (4) 有发药记录	4	重点考察门诊药品调剂记录必填项的完整性，如处方的药品名称、剂型、规格、用法、用量、给药途径内容完整的比例等	
29	07.03.5			基本	(1) 能从全院统一医疗记录中获得门诊处方记录 (2) 有完善的药品使用核查处理功能 (3) 有药品使用管理记录，支持药品分级管理 (4) 能够实时进行药物之间、药物与诊断的检查 (5) 具有处方评价抽查、记录工具，抽查发现的不合理用药能够记录 (6) 处方评价结果能够通过网络传输给开方医师	5	重点考察门诊药品调剂记录必填项、常用项的完整性，如处方开立医师、审核药师内容完整的比例等 具备完善的数据源对照，如门诊药库系统与电子病历系统中药品名称、用法、给药途径等项目的对照	
29	07.03.6			基本	(1) 能够跟踪患者治疗周期的药品使用情况，能够调取既往药品使用数据进行药品使用核查 (2) 药品知识库能够全面对药品使用进行检查与提示	6	重点考察门诊药品调剂记录数据整合性、数据及时性，如处方开立时间、发药日期、审核时间、审核药师、发药药师内容完整的比例等 考察发药时间晚于开立时间的比例、发药时间晚于审核时间的比例等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
30	07.04.5		例。	基本	<p>(1) 药品准备与发药记录纳入全院医疗记录体系</p> <p>(2) 可支持药品单品或单次包装并印刷条形码等机读核对标识</p> <p>(3) 具有对药物治疗医嘱进行抽查与进行处方评价记录工具,对发现的不合理用药能够记录;</p> <p>(4) 处方评价结果能够反馈给临床医师</p>	5	重点考察病房药品配置记录必填项、常用项的完整性,如医嘱开立医师、审核药师内容完整的比例等 具备完善的数据源对照,如住院药库系统与电子病历系统中药品名称、用法、给药途径等项目的对照	
30	07.04.6			基本	<p>(1) 药品准备与使用过程纳入闭环监控,数据汇总可管理</p> <p>(2) 药品检查能够利用诊断、检验结果,结合知识库提供比较全面的核查与提示</p>	6	重点考察病房药品配置记录数据整合性、数据及时性,如医嘱开立时间、摆药时间、发药日期、审核时间、审核药师、发药药师内容完整的比例等 考察摆药时间晚于开立时间的比例等	
30	07.04.7				<p>(1) 用药不良反应能够与院外管理机构沟通</p> <p>(2) 出院带药处方数据能够提供给外部医疗机构</p> <p>(3) 住院药品配置能够参考住院前药品使用情况</p> <p>(4) 对用药不良反应可记录并能够将其作为知识更新知识库</p> <p>(5) 能够根据临床路径(指南)进行药品的准备</p>	7	重点考察与区域协同有关数据的可对照性,如发药记录中药品批号、有效期、出库时间内容的完整比例; 药品不良反应记录中患者标识、用药原因、不良症状、医嘱编号内容完整的比例等	
30	07.04.8				能够获得区域的医嘱质量或处方点评质量指标,能够用于管理本院医嘱合格率、抗菌药物使用等相关合理用药指标	8		

病历管理

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
31	08.01.0	病历管理	病历质量控制(实现出院患者人次比例计算)统计近3个月达到各个级别功能处理的病历数,计算与总出院病人病历数的比例		(1) 手工进行病历质量管理	0		
31	08.01.1				(1) 有单机的病历质量控制记录 (2) 用导出数据文件或共享介质方式在部门内部交换信息	1		
31	08.01.2				(1) 能够实现终末病案质量管理并有记录 (2) 质控记录数据能够在病案管理部门内通过网络共享 (3) 质量控制系统数据可导出文件与其他医师或管理部门交换	2		
31	08.01.3				(1) 能够通过信息系统获取病房医疗数据用于病历质控 (2) 有可定义的病历质控项目并用于病历质控记录	3	重点考察病历质控相关关键数据项与字典的一致性,如病历质控记录中质控项目与字典的一致比例等	
31	08.01.4			基本	(1) 具有查看病历完成时间的功能 (2) 质控结果通过信息系统与医师、管理部门交换 (3) 可实现过程质量控制	4	重点考察病历质控记录必填项的完整性,如病历质控记录中患者标识、书写医师、质控项目代码内容等	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
31	08.01.5			基本	(1) 系统能够根据不同专科病历、诊断等, 选择差别化的质量控制项目, 进行病历质控 (2) 能够记录病历内容缺陷, 并对时限、规定必须书写的病案内容进行自动判断处理, 生成相应的质控记录 (3) 质控结果能反馈给相应的病历书写医师和管理者 (3) 病历借阅与查看授权有示踪管理	5	重点考察病历质控记录必填项、常用项的完整性, 如病历质控问题、质控时间内容等 具备完善的数据源对照, 如病历质控记录与病历记录中的病历模板、结构化单元等	
31	08.01.6			基本	(1) 实现病案质控闭环管理, 支持病案修改过程状态的监控 (2) 具有对按照质控修改的病历内容, 进行追踪检查功能	6	重点考察病历质控记录的数据整合性、数据及时性, 如病历质控通知时间、通知对象、处理医师、完成时间、反馈结果、修改内容、修改时间内容的完整性; 考察修改时间晚于通知时间比例、完成时间晚于修改时间比例等	
31	08.01.7			基本	支持对跨医疗机构病历信息阅读功能, 为病历质控人员提供全面病历信息用于质量管理	7		
31	08.01.8			基本	支持获取区域内的病案质量信息, 进行病案质量比较	8		
32	08.01.0			电子病历文档应用		无要求	0	
32	08.01.1				单机中存储的病历数据有管控制度与措施	1		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
32	08.01.2				(1) 病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有授权管理访问控制机制,为患者服务的医务及管理人员有按规则的授权管理访问控制 (2) 患者在电子病历系统中具有唯一识别标识	2		
32	08.01.3				(1) 病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有分级访问控制机制,可以按照使用部门内部的等级划分进行访问控制 (2) 电子病历内容可支持归档操作,在诊疗结束后,可将病历转为归档状态,确认或归档后的修改有记录	3		
32	08.01.4				(1) 对重点电子病历数据(病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方)有完善的分级访问控制,能够指定访问者及访问时间范围 (2) 能够根据医师的职称等因素分别授予不同的医疗处理能力权限,如对毒麻药品使用、对不同等级抗菌要求使用权限,对特殊检查申请的权限等 (3) 可支持医师借阅归档电子病历,借阅操作可记录,浏览内容跟踪	4		
32	08.01.5				(1) 对所有电子病历数据具有完善的分级访问控制,能够指定访问者及访问时间范围 (2) 能够为医疗机构外的申请人提供电子病历的复制服务	5		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
32	08.01.6				<p>(1) 对整体病历数据的管理与服务操作须限制在指定位置，操作行为可记录、追溯</p> <p>(2) 病历数据的使用须有完整的访问控制，申请、授权、使用均须有记录且过程可监控</p> <p>(3) 针对不同的使用对象，应能控制授权使用病历中的指定内容</p> <p>(4) 具有为患者提供医学影像检查图像、手术录像、检查介入录像等电子资料复制的功能</p> <p>(5) 支持对电子病历数据的封存处理</p>	6		
32	08.01.7			基本	<p>(1) 针对非正常数据操作行为（如统方、数据拷贝）可实现自动报警</p> <p>(2) 具备完整的院外数据交换管理制度</p> <p>(3) 对于院外电子病历数据的使用具备完整的记录和授权访问控制</p> <p>(4) 支持为患者供完整的电子病历数据浏览服务，浏览内容包括患者医疗文书、检验结果、检查报告等，可形成单独的电子病历文件，按照规范的版式显示患者病历资料。浏览操作有记录</p>	7		
32	08.01.8			基本	<p>(1) 互联网环境中患者隐私等重要信息应进行保护</p> <p>(2) 内外网电子病历数据交换具有管理与控制工具，数据交换过程有记录</p>	8		

电子病历基础

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
33	09.01.0	电子病历基础	病历数据存储 (有效应用按照已有记录年限考察)按照评分标准表中要求统计病历中各项内容存储达到各级年限的病历数,计算与总病历数的比例		未在计算机系统中存储病历数据	0		
33	09.01.1				重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可分别存储一个就诊周期(门诊存储当天,住院存储一次住院)	1		
33	09.01.2				重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)在各部门可集中存储一个就诊周期(门诊存储当天,住院存储一次住院)	2		
33	09.01.3				(1)重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可集中统一长期存储 (2)既往就诊记录可被访问	3		
33	09.01.4				(1)重点病历数据、主要医疗记录和图像可供全院使用并可集中统一长期存储 (2)病历保存时间符合《电子病历应用管理规范》的存储要求	4		
33	09.01.5			基本	(1)全部医疗记录和图像能够长期存储,并形成统一管理体系 (2)具有针对离线病历数据的智能化调用与传输机制 (3)对于预约或已住院患者的全部离线医疗记录能够提前提供调取和快速访问功能	5		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
33	09.01.6				(1) 已将历史病历扫描存储, 并具有与其他病历整合的索引 (2) 病历的存储控制具有智能化分配存储空间、监控存储与备份操作, 具有动态智能高效调度机制	6		
33	09.01.7			基本	(1) 可记录和存储就诊患者医疗机构内外的医疗信息 (2) 可实现与全国、省、市卫生数据平台进行信息交换 (3) 具有市级以上医联体(或医疗联盟、医疗集团)核心医院医疗数据存储管理能力	7		
33	09.01.8			基本	(1) 可记录和存储就诊患者医疗机构内外的医疗及健康信息 (2) 可记录和存储全国专病的注册登记信息及电子病历数据, 数据内容具备代表性, 可支持权威知识库的研发	8		
34	09.02.0		电子认证与签名		无电子身份认证	0		
34	09.02.1				专用的医疗信息处理系统有身份认证	1		
34	09.02.2		(有效应用按系统数考察: 1、4、6、7级以全部子系统为基数;		(1) 各个系统均有身份认证功能 (2) 临床应用的电子病历系统(住院医师站、门诊医师站、护士站)可用相同用户与密码进行身份认证	2		
34	09.02.3		2、3、5级以相关子系统		重点电子病历相关系统(门诊、病房、检查与检验系统)对同一用户可用相同用户与密码进行身份认证	3		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分	
34	09.02.4		为基数)统计各个需要独立认证系统达到相应级别要求的系统数,计算与总系统数的比例		医疗相关的所有系统对同一用户可采用相同的用户与密码进行身份认证	4			
34	09.02.5			基本	(1) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)有统一的身份认证功能 (2) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)的最终医疗档案至少有一类可实现可靠电子签名功能	5			
34	09.02.6			基本	(1) 所有医疗记录处理系统产生的最终医疗档案具有可靠电子签名 (2) 最终医疗档案的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时戳	6			
34	09.02.7			基本	(1) 全部电子病历系统在数据产生过程可实现可靠电子签名,如每个医嘱、每段病程记录、每个阶段的检查报告等 (2) 全部医疗记录的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时戳	7			
34	09.02.8				有医疗信息交换与共享相关的医疗机构之间的电子病历中的电子签名可互认	8			
35	09.05.0			基础设施与安全管控		无要求	0		
35	09.05.1					处理电子病历的计算机具备防病毒措施	1		
35	09.05.2					(1) 具有部门级的局域网 (2) 服务器具备防病毒措施	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
35	09.05.3				(1) 有放置服务器的专用房间 (2) 医院内部有局域网，部门间网络互相联通 (3) 有相关的计算机、硬件管理制度	3		
35	09.05.4				(1) 具备独立的信息机房 (2) 局域网全院联通 (3) 服务器部署在独立的安全保护区域 (4) 有相关的网络管理制度	4		
35	09.05.5				(1) 楼层机房、网络设备和配线架要有清晰且正确的标识 (2) 根据不同业务划分独立的网络区域 (3) 全院重点区域应覆盖无线局域网、部分医疗设备接入院内局域网 (4) 有配套的安全运维管理制度 (5) 具有保障信息系统服务器时间一致的机制	5		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
35	09.05.6				<p>(1) 信息机房有高可靠的不间断电源、空调，具备专门的消防设施</p> <p>(2) 关键网络设备、网络链路采用冗余设计，电子病历系统核心设备不存在单点故障</p> <p>(3) 支持智能医疗仪器等物联网设备安全地接入院内局域网</p> <p>(4) 具备防止非授权客户端随意接入网络的能力，并且可有效控制内网客户端非法外联</p> <p>(5) 完成信息安全等级保护定级备案与测评、医院重要信息安全等级保护不低于第三级</p> <p>(6) 有不受医院管控的服务机构提供和管理的时间戳及守时系统。时间源应取自权威的时间源，如国家授时网络、北斗/GPS 导航系统、手机系统等</p>	6		
35	09.05.7				<p>(1) 医院核心机房符合《数据中心设计规范》GB50174-2017 中 B 级机房要求，院内局域网布线符合《综合布线系统工程设计规范》GB50311 的有关规定。</p> <p>(2) 电子病历系统核心软硬件设备等可集中监控、报警，并可集中管理日志，日志保留时间不低于六个月</p> <p>(3) 可以审计网络设备及服务器的操作行为，操作行为记录保存六个月以上</p> <p>(4) 设有信息安全岗位，定期组织安全培训及考核，定期组织安全测评</p>	7		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
35	09.05.8			基本	(1) 实现院内局域网与区域健康网络的连接并有安全防护 (2) 不同楼宇的机房可集中监控、报警 (3) 与互联网环境的系统传输数据时有安全传输通道 (4) 涉及互联网业务的信息系统, 数据库服务器不可直接暴露在互联网环境中 (5) 具有独立的信息安全管理制度体系, 设有独立的信息安全岗位, 有专人负责信息安全工作	8		
36	09.04.0		系统灾难恢复体系(实现比例按系统数估算: 1、2、4、6 级以相关子系统为基数; 3、5、7 级以全部子系统为基数) 统计达到各级要求的系统数, 计算与总系统数的比例		无灾难恢复体系	0		
36	09.04.1				对于重点系统, 每周至少进行一次完整数据备份, 备份数据存储于本机以外的存储设备	1		
36	09.04.2			基本	对于重点系统应具有软件及数据备份, 数据备份周期不应超过 1 周, 当出现系统故障时, 可恢复关键业务	2		
36	09.04.3				(1) 全部系统应具有软件及数据的备份, 数据备份周期不应超过 1 周; (2) 重点系统每日至少进行一次完整数据备份; (3) 重点系统具有备用服务器及核心网络设备;	3		
36	09.04.4				(1) 全部系统每日至少进行一次完整数据备份 (2) 具有灾备机房, 配备灾难恢复所需的关键数据处理设备、通信线路和相应的网络设备 (3) 数据备份采用自动方式完成, 备份数据存储于灾备机房 (4) 有专职的计算机机房运行管理人员;	4		

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

信息利用

1、范围：针对医疗过程产生的各类信息进行的数据整合、分析处理，侧重于医疗信息在医疗安全、质量管理中的应用。

2、数据质量评价：采用达成比例作为评价的分数，即列出的数据质量考察内容项为分母（具体计算时以要求记录数*总要求项目数计算），符合要求的项目数作为分子（具体计算时以符合要求记录数*总要求项目数计算）。表中列出了对数据质量考察的内容，高级别评价时需包含所有低级别的要求。当高级别未列出评价内容时，则表示沿用低级别的项目。评分结果为0—1之间的值。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
37	10.01.0	信息利用	临床数据整合		无特定要求	0		
37	10.01.1				可导出科室的医嘱记录、检查报告记录、检验报告记录用于分析	1		
37	10.01.2				能够产生患者住院就诊记录、检查登记记录、病房发药记录、门诊用药记录用于分析，	2		
37	10.01.3				可从系统生成病案首页全部医疗相关部分的数据	3	病案首页中门诊诊断、出院诊断、病历诊断、手术项目内容完整比例、能够与字典对应比例	
37	10.01.4				能生成用于数据分析的相互能够关联对照的患者信息、医嘱信息、检查报告、检验结果、手术信息、用药记录、体征记录数据	4	临床医疗数据中医嘱、检查、检验、手术、药品、体征项目能全部与患者标识对应比例	
37	10.01.5				形成临床数据仓库，有统一索引与规范数据格式，结构化的数据内容包括：住院病案首页、门诊就诊记录、医嘱记录、检查报告、检验报告、手术记录、治疗记录、体征记录	5	形成的数据仓库数据有统一的数据元定义字典的比例	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分	
37	10.01.6				(1) 较全面的临床信息数据仓库, 包括从病历中的入院记录、病程记录、出院小结, 检查报告和病历报告中的检查描述、检查结论(诊断)内容中抽取出的结构化数据内容 (2) 能够持续从医疗业务系统中获取数据到数据仓库中	6	数据质量: 药疗(医嘱、处方下达, 药房收到医嘱, 配药, 药房发药, 用药)、检查(申请、患者到达、检查、报告)、检验(申请、采集标本、接收标本、完成分析、报告)、手术(申请、进入手术室、手术开始、手术结束、离开手术室)数据有各个环节的时间记录		
37	10.01.7			基本	(1) 完整临床数据仓库, 包括影像、图形、结构化数据, 内容覆盖医疗过程所有业务系统的数据 (2) 有可定义的数据内容选择与抽取工具, 具备常用的管理、研究、教学数据处理工具 (3) 具备跨省级专病或专科临床数据中心	7	数据仓库中的数据记录有唯一标识, 有注册表登记		
37	10.01.8			基本	(1) 能够与区域医疗数据整合, 形成完整健康记录数据。具有多医疗机构联合的全临床临床医疗数据索引, 多机构可联合索引的数据项目内容中, 具备外部数据的患者人数占全部患者 15%以上; (2) 支持分布式数据的检索、抽取与处理 (3) 具备国家级专病或专科临床数据中心	8			
38	10.02.0			医疗质量控制		无要求	0		
38	10.02.1					无要求	1		
38	10.02.2					可从科室医嘱记录中生成危重患者人次数(2013版三级医院评审细则 7-2-3-5)	2		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
38	10.02.3				1、能够从系统中产生工作指标（工作质量、效率）14项中的7项；（2013版三级医院评审细则7-1-2） 2、可产生抗菌药药敏实验比例指标（2013版三级医院评审细则7-5-2-5） 3、系统可生成不同感染风险指数手术部位感染发病率（2013版三级医院评审细则7-6-2-4） 4、能够从系统中生成抗菌药比例、门诊注射药比例指标（2013版三级医院评审细则7-5-2-1，7-5-2-2）	3		
38	10.02.4				1、能够从系统中产生麻醉例数、麻醉分级管理例数指标（2013版三级医院评审细则7-2-2-3） 2、可从麻醉系统中获得各ASA分级麻醉患者比例指标（2015版麻醉专业医疗质控指标2） 3、可从护理记录产生非计划性入ICU率指标等（重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版），11） 4、可从科室医嘱记录中生成危重患者人次数（2013版三级医院评审细则7-2-3-5） 5、卫生统计上报报表指标，70%以上由系统自动生成；	4		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
38	10.02.5				<p>1、能够从系统生成医院运行基本监测指标中工作符合、治疗质量、工作效率全部指标（2013版三级医院评审细则7-1-2、7-1-3、7-1-4）</p> <p>2、可从系统中产生麻醉相关质控指标3、4、5、6（2015版麻醉专业医疗质控指标3、4、5、6）</p> <p>3、能够从系统中产生某类单病种质量指标中的5项具体指标，如：ST段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髋、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等</p> <p>4、卫生统计上报报表指标，全部由系统自动生成；</p> <p>5、可从护理记录产生急性生理与慢性健康评分指标等（重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版），2）</p>	5		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
38	10.02.6				<p>1、能够从系统中生成三级医院医疗质量评审医疗质控部分 50%指标，检验、麻醉、急诊、重症医学专业部分质控 40%指标</p> <p>2、能够从系统中产生某类单病种质量指标中的重要考察指标，如：ST 段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髌、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等</p> <p>3、国家卫生计生委办公厅专业质控指标，60%可由系统自动生成，全部时间点相关指标可由系统自动生成；</p>	6		
38	10.02.7			基本	<p>1、管理部门有医疗指标分析工具，并能够将分解结果传送相关临床科室</p> <p>2、具有医疗质量分析知识库，能够对患者安全、院内感染等情况进行预警</p> <p>3、能够从系统中生成全部医疗质量评审医疗质控部分 80%以上的指标（2013 版三级医院评审细则第 7 章）</p> <p>4、形成医院质控指标的闭环循环，支持指标的不断完善，生成质控指标被省级以上采纳</p>	7		
38	10.02.8			基本	<p>1、能够获取区域医疗质量数、质量情况数据，能够将医院的整体质控指标与区域同类指标进行对比</p> <p>2、包括细化到国家质控指标中单病种疾病指标对比、急诊、重症监护科室相关指标的对比。</p>	8	强调一下质控中心	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
39	10.03.0		知识获取及管理		无特定要求	0		
39	10.03.1				无特定要求	1		
39	10.03.2				无特定要求	2		
39	10.03.3				药品、检查、检验项目字典中具有相关内容作为知识库，如药品字典中的剂型、剂量、给药途径，检查字典中的适应症、检查准备要求；检验字典中的适应症、标本要求等	3		
39	10.03.4				(1) 专项知识库的内容可供全院使用 (2) 与诊疗项目相关联的文档类内容可作为知识库管理，包括药品说明书、检查检验说明等 (3) 有供全院查询的电子化的政策法规文档	4		
39	10.03.5				(1) 有可联合利用患者在两个以上系统的数据进行检查与提示的知识库 (2) 全院具备统一的知识库体系，不同科室、不同系统调用的相同知识逻辑的结果相同。	5		
39	10.03.6				(1) 知识库系统支持内容的配置，提供与应用系统对接，并支持提醒与警示功能 (2) 支持决策类知识的维护，可根据医院自身、临床专科的特点对知识库进行补充、完善 (3) 对于引入的外部知识库，须完成外部知识与医院内部项目的对照	6		

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容	数据评分
39	10.03.7				(1) 医院知识库具备持续的更新管理机制与工具； (2) 可利用外部知识数据，实现知识库的持续完善； (3) 对于决策支持应用情况有记录，并可利用记录对知识库进行完善；	7		
39	10.03.8			基础	(1) 可根据个性化的知识需求，提供相对应的个性化知识库，并具备个人知识门户功能； (2) 要求具有专科知识图谱，知识图谱具有自学习能力 (3) 具备自行开发知识库的能力，开发知识体系可被多家三级医疗机构应用	8		