

ICS 03.080.99

CCS A16

团体标准

T/YAIMH 002- 2022

互联网诊疗电子病历基本规范

Basic standard for electronic medical records in Internet health care

2022 - 12 - 30 发布

2022 - 12 - 30 实施

银川互联网+医疗健康协会

发布

目次

1 总则.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语与定义.....	3
4 适用范围.....	3
5 互联网诊疗电子病历的基本要求.....	3
6 互联网诊疗问诊记录.....	4
7 互联网诊疗电子病历生成.....	5
8 互联网诊疗电子病历的保存、查阅.....	6
附录互联网问诊病历要素.....	8

全国团体标准

前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由银川互联网+医疗健康协会及深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心提出并归口。

本标准主要起草单位：银川互联网+医疗健康协会医务管理专业委员会，深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心。

本标准主要起草人：刘宇、曾华堂、郑秋实、伍丽群、曹艳林、陈伟、魏亮喻、赵靓、田倩男

1 总则

为规范互联网诊疗电子病历管理,满足临床工作需要,提高互联网诊疗医疗质量和患者满意度,规范医师的线上执业行为制定本标准。

2 规范性引用文件

- 《中华人民共和国医师法》
- 《医疗机构病历管理规定》
- 《病历书写基本规范》
- 《电子病历应用管理规范(试行)》
- 《医疗机构病历管理规定(2013年版)》
- 《中医病历书写基本规范》
- 《中医电子病历基本规范(试行)》
- 《互联网医院管理办法(试行)》
- 《互联网诊疗管理办法(试行)》
- 《互联网诊疗监管细则(试行)》

3 术语与定义

3.1 互联网诊疗电子病历是指互联网医院在医疗活动过程中,使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息,并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录。互联网医疗咨询可以根据具体情况参照本规范适用。

3.2 互联网诊疗中的问诊记录是指互联网医院对病情资料采集、医患交流、医生给出的处置意见等内容的记录整理的医疗文书。为规范互联网诊疗问诊环节,鼓励医务人员在互联网问诊结束后对问诊进行总结,书写互联网诊疗问诊小结。

4 适用范围

互联网诊疗电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规范。

5 互联网诊疗电子病历基本要求

5.1 互联网诊疗电子病历管理基本要求

互联网诊疗电子病历管理需符合《医疗机构病历管理规定（2013年版）》《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》《电子病历应用管理规范（试行）》，中医电子病历还需符合《中医电子病历基本规范（试行）》的相关规定。

5.2 互联网医院电子病历应用基本条件

5.2.1 具有专门的技术支持部门和人员，负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作；具有专门的管理部门和人员，负责电子病历的业务监管等工作；

5.2.2 建立、健全电子病历使用的相关制度和规程；

5.2.3 具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制；

5.2.4 具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力；

5.2.5 其他有关法律、法规、规范性文件规定的条件。

5.3 互联网诊疗电子病历中术语、编码、模板和数据使用的标准和要求。互联网诊疗电子病历中术语、编码、模板和数据使用的标准和要求应当符合相关行业标准和要求，在保障信息安全的前提下，促进电子病历信息有效共享。

5.4 互联网诊疗电子病历系统中操作人员身份标识要求。互联网诊疗电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置相应权限，操作人员对本人身份标识的使用负责。鼓励有条件的医疗机构通过人脸识别等人体特征识别技术或短信验证码确认等技术加强医务人员管理。

5.5 互联网诊疗电子病历系统电子签名相关要求。互联网诊疗电子病历系统应当使用电子签名或成熟的先进的技术手段进行身份认证。互联网医院电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

5.6 互联网诊疗电子病历系统当中，患者身份识别编码与索引要求。在互联网诊疗电子病历系统当中，应建立涵盖患者基本医疗信息的主索引记录，基于患者的身份信息给予患者一个唯一的识别编码，保障患者的电子病历中的相关信息和患者的唯一的识别编码相匹配。

6 互联网诊疗问诊记录

6.1 互联网诊疗电子病历基本内容。互联网诊疗电子病历包括患者基本信息、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、处方或非处方诊疗建议等。问诊小结包含互联网诊疗中各种方式收集的与疾病诊疗相关的主要问诊信息。患者基本信息应当包括患者的姓名、性别、出生年月日等项目。

6.2 患者在进入互联网诊室前，应向医生提供患者基本信息、病情表述、既往就诊情况，尽

可能全面的向医生提供检查结果、用药情况以及需要解决的问题并上传与诊疗相关的实验室检查及医学影像等资料，包括但不限于既往就诊的门诊病历、住院病历、出院小结、诊断证明等。互联网医疗机构应当建立审核机制，保证患者提交的医疗相关资料可以作为诊疗依据。

6.3 互联网医院应建立合理的问诊系统，确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

6.4 互联网医院的问诊模式包含图文问诊、电话问诊和视频问诊等，问诊应包含如下内容

6.4.1 患者在互联网医院 APP、网站或小程序上选择问诊医生及服务模式，并依次填写患者基本信息；

6.4.2 患者病情资料收集。根据病历书写分工与方式可以分为以下三种情况。

6.4.2.1 互联网医院建立病人自己提交病历的规范性通道，并对提交上来的病人病情资料进行专业的审核，核查和整理，形成病历基础资料；

6.4.2.2 互联网医院可根据实际情况，设立预问诊机制，由预问诊医生收集整理患者病情资料；

6.4.2.3 主诊医生接诊后，根据自己专业和病人疾病的专病特点对搜集的病情资料进行特殊病历项的补充；

6.5 医生进行接诊

6.5.1 医生根据患者提交的病历资料，判断是否适合线上接诊，对于不符合线上就诊条件的应当明确告知患方并记入病历；

6.5.2 对于符合线上就诊条件的，医生应通过图文、电话及视频等方式进行问诊，问诊结束后给予诊断和处置意见。

7 互联网诊疗电子病历生成

7.1 互联网诊疗电子病历形式可根据线上问诊形式，病情资料收集方式不同采取不同生成方法。既可以采取线下传统门诊病历形式，也可以采用患者基本信息+系统收集的病情资料+医生处置意见方式。

7.2 针对线上长期随诊患者，线上随诊病历可根据疾病特点做好随诊中的各项病情资料及医生处置意见记录，由系统自动生成电子病历。

7.3 互联网诊疗线上问诊过程中如涉及预问诊医生、医生团队中的下级医生、医生助理、护理人员、康复师等参与，病情资料及病历中的相应内容应单独分别做身份标识，做到与主诊医生的区分。

7.4 互联网诊疗病历生成后，应由主诊医师最终审核确认并签字。

7.5 原始病历资料及线上问诊过程应作为有效病历来源的支持，全部做好记录和保留。

7.6 互联网诊疗过程中，医务人员应当依据病历书写相关规范书写病历记录。病历记录应当包括患者就诊时间、科别、现病史（包含患病时长、疾病名称或症状、曾就诊医院、当前正在使用药物等）、既往史（包含手术外伤史、重大疾病、慢性病史、放化疗及药敏史等项目）、主诉（病情描述）、化验单（检验报告）、医学影像检查资料结果、诊断和治疗处理意见、医师签名等项目。

7.7 互联网医院电子病历系统全程保留互联网诊疗问诊记录、病历记录、其他医学文书，并对患者交流内容进行敏感词管理。互联网医院应当制定互联网病历质控标准，指定专人负责互联网病历质量控制工作。医疗机构开展互联网诊疗活动过程中所产生的电子病历信息，应当与依托的实体医疗机构电子病历内容共享，有利于依托的实体医疗机构开展线上线下一体化质控。

8 互联网诊疗电子病历的保存、查阅

8.1 互联网诊疗病历的保存与查阅应当符合《医疗机构病历管理规定》《互联网医院管理办法（试行）》《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网诊疗监管细则（试行）》等相关法律法规的规定，互联网医疗机构应当建立医院互联网电子病历管理机制，依法保护患者隐私及个人信息。

8.2 互联网医院应设置管理人员对电子病历进行管理，电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

8.3 互联网诊疗病历应在每次诊疗活动结束后首个工作日内将病历归档。互联网诊疗电子病历完成后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经互联网医院相关部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

8.4 互联网诊疗电子病历的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。诊疗中的图文对话、音视频资料等过程记录保存时间不得少于 3 年。鼓励有条件的互联网医疗机构永久保存互联网诊疗电子病历。

8.5 互联网医院变更名称时，所保管的病历等数据信息应当由变更后的互联网医院继续保管。互联网医院注销后，所保管的病历等数据信息由依托的实体医疗机构继续保管。所依托的实体医疗机构注销后，可以由省级卫生主管部门或者省级卫生主管部门指定的机构按照规定妥善保管。

8.6 互联网诊疗电子病历系统应当设置病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。除为患者提供诊疗服务的医务人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

8.7 互联网医院应当为患者提供电子病历的线上查阅、截屏功能。患者查看互联网诊疗病历的应当进行身份识别；对于已故患者其继承人依法要求查阅患者病历的，应当依法向互联网医院提供身份证明、关系证明、死亡证明等法律文书，待互联网医疗机构审核后向其有权查阅病历资料的继承人提供查阅、下载服务；对于医保、公检法机关因公需要调阅互联网病历的，应依据《医疗机构病历管理规定》等规定提供相应证明资料。

8.8 互联网诊疗电子病历或其部分内容在用于科研、科普患教时，可设置对外展示模块，但对外展示内容需依据《中华人民共和国个人信息保护法》等法律法规对患者个人信息进行匿名化处理，如患者姓名、联系方式、检测报告和处方等敏感信息不得对外展示。

8.9 未经患者本人及医生同意，病历资料不得用于商业用途。

附则：互联网问诊病历要素

互联网问诊病历要素

分类	细目	内容	
基本信息	患者姓名		
	出生年月日	年月日	
	性别	男/女	
	年龄	岁	
	民族	汉等 56 个民族	
	职业		
	工作单位		
	身高	cm	
	体重	kg	
主诉	症状		
	持续时间		
生活习惯信息采集	吸烟情况	是/否	
	吸烟史	1 年内/1-5 年/5-10 年/10 年以上	
	饮酒情况	是/否	
	饮酒史	1 年内/1-5 年/5-10 年/10 年以上	
	运动习惯	每周两次以上/每周一次/每月两次/每月一次/较少	
现病史信息采集	现有症状描述		
	持续时间		
	发生频率		
	曾就诊医院及科室		
	目前正在使用的药物		
既往史信息采集	既往手术情况	无/时间、部位、手术名称	
	既往重大疾病情况	无/疾病名称、确诊时间、使用药物	
	慢性病情况	无/疾病名称、确诊时间、使用药物	
	放化疗情况	无/时间、部位	
	药物过敏史	无/药物名称	
	月经史	初次月经时间/末次月经时间	
	婚育史	婚姻状况	已婚/未婚/离异/丧偶
		结婚年龄	
配偶健康状况			
有无子女		X 子 X 女	
医生接诊信息	初步诊断		
	处置建议		
	用药建议		
	复诊建议		
	接诊医生姓名		
	接诊医生科室		