

牙体牙髓病的病历书写规范和要求——培训小结

一、病史采集

主诉：写出“患病的部位+主要症状+持续时间”即可，不需要写多余信息。

现病史：围绕主诉，书写疾病的发生、发展过程，先写主诉牙过去的症状、治疗史，再写主诉牙现在的症状、就医情况。

例如：10余年前，左下后牙自发痛，于外院就诊后症状缓解，2个月来，患牙牙龈反复起包，口服消炎药无法缓解。

既往史：患者过往的患病情况（全身病史），包括系统病史、传染病史、药物过敏史、精神心理病史等。

二、临床检查

易错点归纳（以下为正确的书写方式）

- 视诊：窦道
- 叩诊：叩痛(-)、(±)、(+)、(++)、(+++)
- 松动度：Ⅰ°、Ⅱ°、Ⅲ°
- 冷热诊：正常、敏感、迟钝、无反应
- 电活力测试：有反应、无反应

三、诊断

以主诉相关疾病、以最严重疾病或症状为第一诊断，使用疾病专有名称或重要症状名称。

专业名称参照：牙体牙髓病学，第5版，周学东主编，人民卫生出版社，2020。

例如：36牙颈部楔状缺损（达髓腔），根尖周有低密度影像，第一诊断为：36慢性根尖周炎。

四、治疗计划

若患牙存在多种治疗方案，病历记录中应写：方案一、方案二……

确定治疗方案后，再写本方案的治疗计划/步骤。

五、知情同意书

特别强调的内容一定要在病历中记录，或单独附《知情同意书》。

六、书写规范

病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。参见《病历书写基本规范》卫医政发〔2010〕11号。

北京口腔质控中心

2022年6月