



**《病歷的記錄、管理、  
保存及銷毀程序指引》  
重點介紹**

# 病歷

醫療服務提供者在作出醫療行為過程中，按各自的專業範疇以電子化或其他方式記錄的一切與就診者有關的資料， .....

(第5/2016 號法律 第八條 第一款)



# 第5/SS/2017號批示

- 衛生局局長根據第5/2016號法律第八條第四款的規定，訂定《歷病的記錄、管理、保存及銷毀程序指引》。
- 適用於所有有關在本澳公共或私人醫療領域從事的預防、診斷、治療及康復活動的**病歷的建立、使用、管理、保存及銷毀**。

## 第5/SS/2017號批示

附件一 《病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引》

附件二 門診及急診病歷

附件三 住院病歷

附件四 輔助檢查的申請及報告

附件五 同意書

附件六 圍手術紀錄

附件七 護理紀錄

附件八 處方及醫囑

附件九 搶救紀錄

常見病歷須至少載有的資料內容

# 附件一 病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引

## 1. 基本規定 (1)

### 1.1 健康資料

- 健康資料屬就診者所有，醫療服務提供者為有關資料的保存者，其不可將資料用於有別於提供醫療服務、健康研究及其他由法律訂定的用途。
- 健康資料的當事人有權知悉與其有關的整個病歷的內容，除了經適當說明理由的例外情況，以及明確顯示有可能對其造成損害除外。
- 健康資料由資料當事人、經其同意的第三人或第5/2016號法律第六條第一款所指的親屬查閱，又或在無該規定所指的親屬時，由檢察院查閱；查閱得由有關人士直接查閱或在申請人要求時，由所選擇的醫生查閱。

# 附件一 病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引

## 1. 基本規定(2)

### 1.2 健康資料的處理 (確保資料完整、安全及保密)

- 須採取適當的保密措施，以確保設施及設備的安全、查閱資料的限制，以及加強所有專業人員的保密義務及道德教育。
  - 確保健康資料及相關備份的常規性處理的保密性；
  - 確保將健康資料與其餘個人資料分開處理，尤其是透過訂立不同的查閱級別。
  - 防止第三人不當地查閱病歷及載有健康資料的資訊系統，包括相關份備；
  - 避免資料的意外或不法損壞、未經許可的更改、傳播或查閱，又或任何其他方式的不法處理；
  - 所有參與病歷的建立、使用、管理、保存及銷毀程序者，須對因執行職務而查閱的個人資料遵守保密義務，即使在終止職務後亦然。
- 為醫學上的預防、診斷、醫療護理、治療或衛生部門管理所必需，方可使用健康資料，並須由負有保密義務的醫療人員或其他同樣受職業保密義務約束的人使用。
- 為研究的目的，可查閱健康資料，但必須隱匿資料當事人姓名。

## 2. 病歷

### 2.1 病歷記錄的共同規定 (1)

病歷中記錄的健康資料應確保：

- 1) 當收集資料，須告知就診者收集資料的目的及用途；
- 2) 資料的記錄須時及、確準、觀客、晰清及整完，避免不必要或累贅的表述；
- 3) 病歷的每一頁須至少載有就診者姓名、身份證明文件或醫療卡的編號；
- 4) 紀錄須以澳門特別行政區任一正式語文書寫，亦可以英文書寫；
- 5) 記錄日期時須使用阿拉伯數字表示，而時間則採用00至24小時制表示，時間應具體記錄至分鐘；
- 6) 避免使用縮寫；然而，如必須使用，則可使用醫學上通用及意思明確的縮寫；

## 2. 病歷

### 2.1 病歷記錄的共同規定 (2)

PATIENT HEALTH RECORD  
Spouses name \_\_\_\_\_

- 7) 寫書及列印健康資料用使所用的料材須色黑為、不能被修改及須耐久；
- 8) 在任何情況下均禁止使用失消跡痕錄記使能的料材；
- 9) 記錄須以易讀字體手寫，亦可資訊化處理；
- 10) 刪除已書寫的字句須以劃線刪除有關字句的方式作出，以便被刪除的有關字句仍可見，並須載有刪除者的簽名，以及修改的日期及時間；
- 11) 記錄不可留白、不可插入任何字句，亦不可預先書寫；
- 12) 在病歷中所有簽名必須清楚、可辨；
- 13) 所有記錄必須載有相應醫療人員的簽名；
- 14) 為確保病歷的時序性及完整性，須每頁排序及編號；
- 15) 時及能未而急緊況情因如在歷病記錄健康資料該在須，緊急情成完內時小四十二後束結況記錄。

# 附件一 2.2 ~ 2.9 常見病歷類別

附件二 至附件九~常見病歷須至少載有的資料內容

附件二) 門診及急診病歷 (診初紀錄、診覆紀錄、診急紀錄及觀留診急紀錄)

附件三) 住院病歷 (入院首診紀錄、入院紀錄、病程紀錄、轉科紀錄、出院紀錄)

附件四) 輔助檢查的申請及報告

附件五) 同意書 (醫療檢查/治療程序/手術)

附件六) 圍手術紀錄 (術前評估小結、手術安全核查紀錄、手術清點紀錄、手術紀錄、術後病情紀錄、麻醉紀錄)

附件七) 護理紀錄 (護理評估紀錄、護理計劃、出院護理摘要)

附件八) 處方及醫囑 (門診、急診處方及醫囑、住院處方及醫囑、囑醫頭口)

附件九) 搶救紀錄

### 3. 病歷記錄的方式及內容

■ 者供提務服療醫可定訂有關歷病用語式方寫書的的準則，但須的引指本合符規定。

結合運作的需要採用合適的記錄方式：

例如以問題導向方式記錄

Problem-Oriented Medical Record (POMR)：

- SOAP ( Subjective Objective Assessment Plan )
- PAP ( Problem Assessment Plan )

護理焦點記錄法 DART(Data Action Response Teaching )

等等.....

其他因應就診者情況而應用的各類病歷記錄，由醫療服務提供者，結合實際運作的需要訂定相關的內容。

## 4. 的歷病管理 (1)

### 4.1 管保的歷病

為確保健康資料的完整性、安全性及保密性，醫療服務提供者必須：

- 按提供服務的性質建立門診、急診及住院病歷檔案，並負責該等病歷的保存及管理；
- 採取適當的技術及措施保護病歷，確保設施及設備的安全，並加強相關人員的保密義務；
- 履行有關保護載於病歷的健康資料的法定要求，尤其是避免病歷的意外或不法損壞、意外遺失、未經許可的更改、複製、查閱及披露。

## 4. 的歷病管理 (2)

### 4.2 存保的歷病

#### 4.2.1 分類：

- 旨在訂定病歷的保存期，並歷病定確須長期保存毀銷或；
- 史歷具價值及須長期保存者供提務服療醫的歷病有擁由歷病的提出，並須體實限權有由交進行分類。

#### 4.2.2 存保時臨：

- 起日之料資新最錄記自者供提務服療醫屬所由存保時臨的歷病年十存保少至；
- 如者診就為年成未人，上分項所指的最低期限，在就診者成年日起算的兩年後才屆滿；
- 倘載於歷病的資料，製複被則對本正所定的期存保限適用於複製本。

#### 4.2.3 長期存保：經分類為須長期保存的病歷不可銷毀，並須由所屬的部門保存。

記錄最新資料之日就診者年齡(歲)	最低保存期限(年)	最低保存期限到期之日就診者年齡(歲)	最低保存期限屆滿之日就診者實際年齡(歲)	實際保存期限(年)	
0	10	10	如者診就 為年成未 人，病歷 的最低保 存期限， 在就診者 成年日起 算的兩年 後才屆滿	18+2	20
1	10	11		18+2	19
2	10	12		18+2	18
3	10	13		18+2	17
4	10	14		18+2	16
5	10	15		18+2	15
6	10	16		18+2	14
7	10	17		18+2	13
8	10	18		18	10
9	10	19		19	10
10	10	20		20	10
11	10	21		21	10
12	10	22		22	10
13	10	23		23	10
14	10	24		24	10
15	10	25		25	10
16	10	26		26	10
17	10	27		27	10
18	10	28		28	10

## 4. 的歷病管理 (3)

### 4.2 存保的歷病

#### 4.2.4 交移

- 將病歷交移至其他部門，須確保健康資料性整完的、真實性、安全性及耐久性。

#### 4.2.5 毀銷

- 期存保於歷病屆滿或於完成法定複製後，可以予以銷毀；
- 決定作出程毀銷序須符合保密性、方式及成本的合理性的標準，以及保護環境的生態學方法。

## 4. 的歷病管理 (4)

### 4.3 轉體載換

- 可將臨時保存的病歷轉載至可保留其真實影像的資訊體載；轉換載體的操作可以紙本正本或直接以資訊載體進行。

## 4. 的歷病管理 (5)

### 4.4 業執止停時理處的歷病

- 故因者供提務服療醫須終止其業務時，須將相關病歷交予就診者，並將此事通知衛生局。
- 倘不可能作出上項所指的交付，者供提務服療醫有義務將處於法定保存期的病歷送交局生衛，並須刊登告示於澳門特別行政區較多人閱讀的兩份報章上，其中一份為中文報章，另一份為葡文報章，以通知就診者。

## 4. 的歷病管理 (6)

### 4.5 查閱病歷及提供副本

- 就診者有權查閱其病歷及要求醫療服務提供者提供其病歷副本。
  - 就診者本人(未成年者由其法定代理人)
  - 經其同意的第三人
- 或在就診者死亡或在就診者無法作出意思表示的情況下，親屬有權根據第5/2016號法律第六條第一款所規定的順序：
  - (一) 配偶或直系血親卑親屬；
  - (二) 直系血親尊親屬；
  - (三) 有事實婚關係的人；
  - (四) 兄弟姐妹；
  - (五) 四親等內的其他旁系血親
- 又或在無該規定所指的親屬時，由檢察院查閱；
- 醫療服務提供者在就診者提出上述所指的要求時，須在十日內向其提供病歷副本，為此可收取費用，但費用的金額不可超過由行政長官以批示訂定的上限。

# 第27/2017號行政長官批示

## 附件提供病歷副本收費上限表

說明	收費上限 (澳門幣)
<b>1. 病歷文件每頁A4黑白複印本</b>	
1頁至10頁，每頁 (單面)	10.00
超過10頁，每加一頁 (單面)	3.00
<b>2. 病歷文件每頁A3黑白複印本</b>	
1頁至10頁，每頁 (單面)	15.00
超過10頁，每加一頁 (單面)	5.00
<b>3. 病歷文件每頁A4彩色複印本</b>	
1頁至10頁，每頁 (單面)	20.00
超過10頁，每加一頁 (單面)	8.00
<b>4. 病歷文件每頁A3彩色複印本</b>	
1頁至10頁，每頁 (單面)	25.00
超過10頁，每加一頁 (單面)	10.00
<b>5. 每一張影像檢查的底片複本</b>	180.00
<b>6. 每一項影像檢查的數碼化複本</b>	100.00

- 所收費用的總額的小數部分，向下取整至個位數。
- 醫療服務提供者須在大多數就診者能進入的地方的當眼處張貼提供病歷副本的收費表

# 注意事項

- 醫療服務提供者有義務制訂對良好執行病歷指引的配套規則。
- 涉及處理及保護個人資料方面，須遵守第5/2016號法律《醫療事故法律制度》及第8/2005號法律《個人資料保護法》規定的制度。
- 違反有關病歷的規定(第5/2016號法律第八條第二款及第三款)，構成行政違法行為，視乎違法者為自然人或法人科處澳門幣四千元至二萬元或一萬元至五萬元罰款。
- 因適用指引而產生的疑問，由衛生局局長以批示解決。
- 批示自2017年2月26日起生效。

Thank  
you

