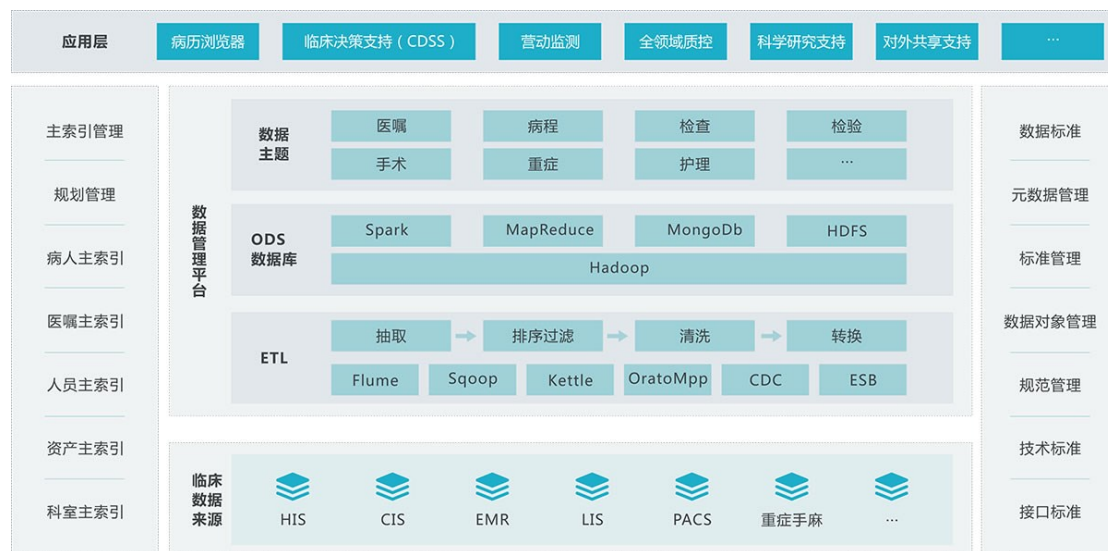


江川儿保 CIS 与 CDR 及 HIS 病历集成

临床数据中心(CDR, Clinical Data Resposiry), 其数据是临床病人在医院产生的全生命周期的临床数据。构建临床数据中心(CDR), 可将患者所有临床数据集中在一起, 方便随时调取使用, 也有利于根据历史数据做出综合统计、分析和应用。以此为基础建立的医院大数据中心, 可实现全景“病历浏览器”(EMRView)、业务运营监测、临床决策支持(基于大数据的临床知识库)、临床数据搜索、科学研究支持、对外信息共享、全景质控”等数据应用, 并为下一步的大数据应用打下扎实基础。

一般采用HL7 V3 RIM/RMIM 并参考卫生部基于 CDR 的电子病历等相关标准, 构建临床数据中心的数据模型, 采用成熟的数据库技术实现业务数据的采集和聚合, 临床数据中心平台立足于医院已有的信息系统基础之上, 将封闭在多套孤立信息系统中的数据汇集在一起, 实现全院临床业务数据的物理集中。



临床数据中心的建立就是将原有系统的数据进行分析和梳理, 在物理汇聚的基础上遵循行业或卫生部技术标准所定义的数据模型重新进行建模, 按照以病人为中心的方式对临床业务数据进行集中管理。 临床数据中心平台立足于医院已

有的业务信息系统，将封闭在多套孤立信息系统中的数据释放出来，实现了全院临床业务数据的物理集中，并将其转变成各种有价值的信息，帮助医院实现持续的质量改进和服务创新。如临床系统之间的数据共享，甚至为区域卫生信息平台提供可实时统计或挖掘的标准数据集，同时也可以基于数据中心开发综合业务系统：如病人 360 视图、医院运营决策系统、院感监测系统、处方点评、科研单病种数据仓库系统等，以满足医院在病人服务、临床管理以及临床科研等方面的数据利用需求；同时在 IT 架构设计上，实现了临床业务系统和综合业务系统的分离，最大程度地保证了临床业务系统的性能和稳定性。

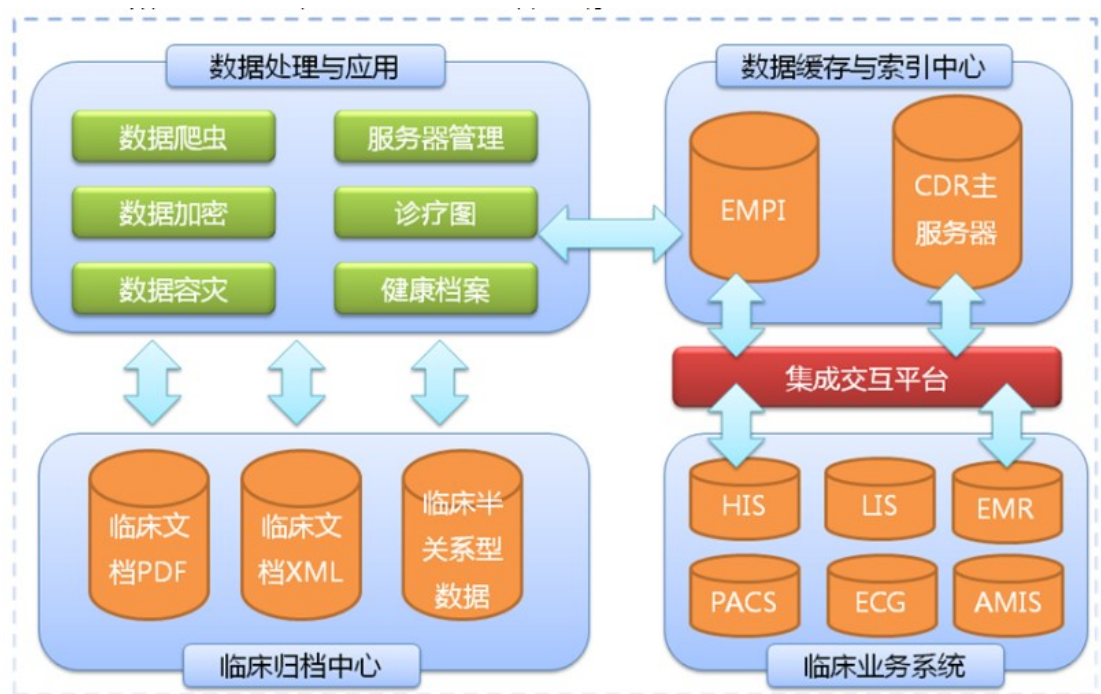


一、江川儿保 CIS 与 CDR 的集成方案

项目概述：随着医院改革的进一步深化，管理部门、医疗机构和社会大众对医院临床信息资源的共享和利用需求不断增大。既往已建立的 HIS，各异构系统之间的数据很难交互，信息孤岛的存在使得数据的二次利用存在诸多问题，如：临床医生不能很方便地共享病人的所有诊疗信息；医院管理人员很难拿到完整、准确的数据满足医院管理的要求，更不用说决策分析；临床医生收集科研数据基本靠手工为主，费时费力等。

需求说明：医院需要下游厂商提交数据以及报告，用于形成完整的患者数据中心。为了解决上述问题，需要在既有的业务信息系统之上构建全院信息集成平台，建设全院统一的主数据管理标准，实现数据共享和流程整合；同时建立并完

善病人主索引 (EMPI) [1]、统一用户管理等平台基础服务; 通过建设 “协同医疗、协同办公” 为特点的一体化医院信息系统, 在平台基础上构建具有儿科专科特色、面向医疗服务、运营管理、临床质控与教学科研等关键业务的集成化应用, 加强医院绩效管理等 运营管理能力, 落实临床决策支持; 为保证临床数据的完整性以及满足医务管理、临床科研的需求, 需要在平台建设的同时大力推进对现有临床业务系统的集成, 重点完善或替换电子病历文书系统 (EMR) 和电子医嘱 (CPOE) 系统, 基于 ESB 数据交换总线实现松耦合的闭环医嘱流程。



开发难点：儿保软件业务模块众多，量表以及各种检查超 100 个模块，需要将每个模块的打印内容记录并输出成 PDF，按照 CDR 需求对每份报告进行特定字段结构转化。增加定时任务检查每份报告重复提交状态以及对应 HIS 就诊记录和申请单号。

a) 案例 1 – 儿保主动推送

业务流程说明：医生正常操作。

优点：CDR 无需为下游厂商特定开发，数据以及文件下游厂商可以按实际情

况自由选择保存和处理方式。

接口描述:

CDR 厂商提供推送接口，儿保软件根据实际操作数据进行定时提交。

报告文件上传请求（HTTP/POST） **REPORT_UPLOAD**

服务基本信息

1. 文件上传协议

- a) 采用 HTTP POST 方式上传，相关协议可参见 rfc1867
(<http://www.ietf.org/rfc/rfc1867.txt>);
- b) 一次 HTTP 请求，需要同时发送两个文件：报告说明文件和报告文件，报告说明 XML 文件在前，报告文件（PDF）表单在后。参见请求消息样例；
- c) 为确保报告文件上传和下载效率，HTTP 请求大小<=20M；

2. 报告说明文件（ReportInfo.xml）

报告说明文件字符编码采用 UTF-8。

3. 报告文件（ReportInfo.pdf）

报告文件段需要发送 PDF 文件的二进制数据。报告 PDF 文件需符合以下要求：

- a) 文件大小：<=19.99M。PDF 的文件大小不大于 19.99M（20M 减去 HTTP 请求其它部分大小）；
- b) 权限设置：不设置任何阅读限制；
- c) 版本要求：符合“ISO/DIS 32000 PDF 1.7”标准，符合标准（对应 Acrobat8.0 生成的 PDF 文件，可在生成的 PDF 文件的属性中查看）“ISO/DIS32000—Documentmanagement—Portabledocumentformat—PDF1.7”；
- d) 字体要求：PDF 文件所使用的任何字体都必须嵌入到 PDF 文件中，不得借用 PDF 浏览器自带字体或者默认替换字体，文字部分不得转换为图片嵌入 PDF 文件。

（1） 请求消息描述

HTTP POST 上传文件的完整消息样例（此样例需通过程序实现，可参考本文档中的程序代码）：

```
POST http://[IP]:[Port]/api/report/upload HTTP/1.1
Host:127.0.0.1
```

```
Content-Length:495000
Content-Type:multipart/form-data;boundary=-----7db2d1bcc50e6e

-----7db2d1bcc50e6e
Content-Disposition:form-data;name="ReportInfo";filename="ReportInfo.xml"
Content-Type:application/octet-stream
-----7db2d1bcc50e6e
Content-Disposition:form-data;name="Report";filename="Report.pdf"
Content-Type:application/octet-stream
此处为 PDF 文件的数据
-----7db2d1bcc50e6e--
```

下面对于此完整消息分段进行解析：

1. Http 协议头

Http 协议头

示例：

POST [http://IP\[:Port\]/api/report/upload](#) HTTP/1.1

Host:127.0.0.1

Content-Length:495000

Content-Type:multipart/form-data;boundary=-----7db2d1bcc50e6e

说明：

IP 和 Port 根据系统部署环境决定。

2. 报告说明文件

报告说明文件头：

示例：

-----7db2d1bcc50e6e

Content-Disposition:form-data;name="ReportInfo";filename="ReportInfo.xml"

Content-Type:application/octet-stream

说明：

其中，name 必须是"ReportInfo"，filename 任意，但后缀名必须为 xml。

报告说明文件内部格式：

段	节点名称	节点描述	类型	必填	示例/说明
MessageHeader 消息头					
	Sender	发送应用程序	String	R	
	Receiver	接收应用程序	String	R	DCIS
	SendTime	消息创建时间	String	R	各式：YYYYMMDDHHHMISS
	EventType	事件类型	String	R	REPORT_UPLOAD
	MsgId	消息唯一 ID	String	R	唯一标识，推荐使用 UUID
MessageBody 消息体					

L ReportInfo 报告说明段					
	PatientId	患者 ID	String	R	
	VisitId	就诊次数	String	R	
	PatientSource	患者类别	String	R	参见 TJ0026 1 门诊, 2 住院, 3 体检
	OrgCode	就诊机构编码	String	R	
	Name	患者姓名	String	R	
	ReportFlow	报告单号	String	R	同一个发布系统中的报告单号唯一存在, 不可以重复 建议用 UUID 生成, 报告中心对该字段有限制, 每次上传都不同
	ReportClassBelong	报告单归属分类	String	R	参见自定义码表 A.1 报告单归属分类
	ReportClass	报告单类别	String	R	参见自定义码表 A.2 报告单类别
	ReportName	报告名称	String	R	长度小于 50
	PublishDate	报告日期	String	R	格式: YYYYMMDDHHHMISS
	ValidDateTimeFrom	开始生效时间	String	R	格式: YYYYMMDDHHHMISS
	PageOrention	纸张方向	String	R	参见: V: 竖向 H: 横向
	PageSize	纸张大小	String	R	定义纸张大小为标准大小, 如: A3, A4, A5 等
	PageCount	报告页数	String	R	
	PublishSystem	发布系统标识	String	R	系统注册时分配的唯一 ID。同一个发布系统中的报告单号唯一, 不可以重复
	PerformedBy	发布科室	String	R	参见组织机构代码
	ApplyFlow	报告归属的申请单号	String	R	不存在一个报告多个申请单号
	Memo	备注	String	O	
	ImageFlow	影像号	String	O	
	PrintPlace	打印地点	String	O	柳州新增
	PrintFlag	是否打印	String	R	0 自助机可以打印, 1 则代表需要提示在其他指定地方打印
	UpdateFlag	是否更新	String	O	此字段只在需要更新报告时使用: 0 或者不填: 上传新报告; 1: 将上传报告覆盖已有报告。
报告说明文件内部格式样例					
以下为报告说明文件的样例（此样例需通过程序实现，并放在 ReportInfo.xml 中上传）： PS：该部分内容里面坚决不要出现<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?> <Request> <MessageHeader> <Sender>LIS-1</Sender> <Receiver>DCIS</Receiver> <SendTime>20100102030405</SendTime>					

```
<EventType>REPORT_UPLOAD</EventType>
<MsgId>4cdb040-657a-4847-b266-7e31d9e2c3d9</MsgId>
</MessageHeader>
<MessageBody>
<ReportInfo>
<PatientId>10000</PatientId>
<VisitId>1</VisitId>
<PatientSource>2</PatientSource>
<OrgCode>就诊机构编码</OrgCode>
<Name>测试名</Name>
<ReportFlow>xxxxxxxxxx</ReportFlow>
<ReportClassBelong>C</ReportClassBelong>
<ReportClass>LAB</ReportClass>
<ReportName>报告名称</ReportName>
<PublishDate>20120312120101</PublishDate>
<ValidDateTimeFrom>20120312120101</ValidDateTimeFrom>
<PageOrention>V</PageOrention>
<PageSize>A4</PageSize>
<PageCount>4</PageCount>
<PublishSystem>发布系统标识</PublishSystem>
<PerformedBy>发布科室</PerformedBy>
<ApplyFlow>xxxxxxxxxxxxxxxxxx</ApplyFlow>
<Memo>备注</Memo>
<ImageFlow></ImageFlow>
<PrintPlace>门诊楼四楼</PrintPlace>
<PrintFlag>0</PrintFlag>
<UpdateFlag>0</UpdateFlag>
</ReportInfo>
</MessageBody>
</Request>
```

3. 报告文件

报告文件

示例：

```
-----7db2d1bcc50e6e
Content-Disposition:form-data;name="Report";filename="Report.pdf"
Content-Type:application/octet-stream
此处为 PDF 文件的数据
-----7db2d1bcc50e6e-----
```

说明：

其中，name 必须是"Report"，filename 任意，但后缀名必须为 pdf。

(2) 应答消息描述

段	节点名称	节点描述	类型	必填	示例/说明
MessageHeader 消息头					
	Sender	发送应用程序	String	R	DCIS
	Receiver	接收应用程序	String	R	
	SendTime	消息创建时间	String	R	YYYYMMDDHHMISS
	EventType	事件类型	String	R	ACK_REPORT_UPLOAD
	MsgId	消息唯一 ID	String	R	唯一标识, 推荐使用 UUID
MessageBody 消息体					
└ Result 回复结果					
	Code	返回结果	String	R	CA 成功、CE 失败
	Desc	返回结果说明	String	O	
消息样例					
<pre><Response> <MessageHeader> <Sender>DCIS</Sender> <Receiver>RIS</Receiver> <SendTime>20170630120000</SendTime> <EventType>ACK_REPORT_UPLOAD</EventType> <MsgId>HIS20170630120000</MsgId> </MessageHeader> <MessageBody> <Result> <Code>CA</Code> <Desc>成功</Desc> </Result> </MessageBody> </Response></pre>					

b) CDR 主动获取儿保数据

业务流程说明:医生正常操作。

优点：调试接口方便

接口描述：

儿保采用视图方式提供数据。

视图名：V_MEDICAL_RECORD_ED

字段: PATIENT_ID, --HIS 中标识患者的唯一 ID

VISIT_NO, --该患者本次就诊的就诊号

DOC_NO, --病历编号

DOC_TITLE, --病历文档编号

CREATE_DATE, --创建日期

DOC_PDF, --PDF 文档或者访问路径

二、 病历回写

需求说明: 医院 HIS 需要形成有效的电子病历, 供上级检查, 儿保软件需要按 HIS 需求将业务数据进行回传。

开发难点: 儿保软件业务模块众多, 量表以及各种检查超 100 个业务模块, 每个模块内容需要提炼关注点, 将字典字段转化, 最终多模块内容拼接, 形成满足 HIS 字段需求的描述性文字。

a) 案例 1 - HIS 主动请求, 医生选择病历

业务流程说明: 医生在儿保系统中进行业务数据录入保存, 系统自动生成对应病历。医生回到 HIS 操作界面中, 点击按钮自动获取儿保当天最新病历, 并绑定数据。

优点: HIS 获取数据准确, 所有数据经医生确认, 所见即所得。儿保不需要介入 HIS 系统逻辑, 从而各自系统数据更加安全可靠。

缺点: 医生需要两个系统切换。

接口描述:

儿保软件按照 HIS 现有界面所需字段以及字段所对应的儿保内容进行特定开发, 将内部数据转换成描述性文字组合输出。

(1) 服务基本信息

提供商名称	HIS
协议类型	HTTP
请求事件类型	INFORMATION_HIGH_RISK_INFANTS
应答事件类型	ACK_INFORMATION_HIGH_RISK_INFANTS
应用场景	
说明	
请求地址	/CH/CH_Case/GetCaseForGssfyHis

(2) 请求消息描述

1、消息段格式说明					
2、消息字段说明					
字 段	标签名	标签描述	类 型	必 填	备注
MessageHeader 消息头					
	Sender	发送应用程序	String	R	SELF_SERVICE
	Receiver	接收应用程序	String	R	HIS
	SendTime	消息创建时间	String	R	格式: YYYYMMDDHHMMSS
	EventType	事件类型	String	R	INFORMATION_HIGH_RISK_I NFANTS
	MsgId	消息 ID	String	R	唯一标识,建议用 UUID 生成
MessageBody 消息体					
	PatientId	患者 ID	String	R	
3、消息样例					
<pre><Request> <MessageHeader> <Sender>WX-GZH</Sender> <Receiver>HIS</Receiver> <SendTime>20180402234208</SendTime> <EventType>INFORMATION_HIGH_RISK_INFANTS</EventType> <MsgId>WX-GZH20180402234208</MsgId> </MessageHeader> <MessageBody> <PatientId></PatientId> </MessageBody> </Request></pre>					

(3) 应答消息描述

1、消息段格式说明					
2、消息字段说明					
字段	标签名	描述	类型	必填	备注
MessageHeader 消息头					
	Sender	发送应用程序	String	R	HIS
	Receiver	接收应用程序	String	R	SELF_SERVICE
	SendTime	消息创建时间	String	R	格式:YYYYMMDDHHMMSS
	EventType	事件类型	String	R	ACK_INFORMATION_HIGH_RISK_INFANTS
	MsgId	消息 ID	String	R	用 UUID 生成
MessageBody 消息体					
L ReportList 病历报告列表					
	L Report 病历报告				
	Complaint	主诉	String		
	PresentMedicalHistory	现病史	String		
	PastHistory	既往史	String		
	HistoryAllergy	过敏史	String		
	FamilyHistory	家族史	String		
	PhysicalExamination	体格检查	String		
	SupplementaryExamination	辅助检查结果	String		
	Diagnosis	初步诊断	String		
	HandlingOpinions	处理措施	String		
	Suggestion	建议	String		
L Result 回复结果					
	Code	返回结果	String	R	CA 成功 CE 失败
	Desc	返回结果说明	String	O	
3、消息样例					
<pre><Response> <MessageHeader> <Sender>JCMC</Sender> <Receiver>WX-GZH</Receiver> <SendTime>20200522102234</SendTime> <EventType>ACK_INFORMATION_HIGH_RISK_INFANTS</EventType> <MsgId>dafe3157-24b9-47b8-b500-e4dac4aaaaef</MsgId> </MessageHeader></pre>					

```

<MessageBody>
  <Result>
    <Code>CA</Code>
    <Desc>成功</Desc>
  </Result>
  <ReportList>
    <Report>
      <Complaint></Complaint>
      <PresentMedicalHistory>
        喂养方式：人工喂养；吃奶次数：3 次/日；夜奶次数：1 次/夜；吃奶量：200ml/次；目前配
        方奶：部分水解；吃奶每次持续时长：10 分钟；日间主要养护人：（外）祖父母；
      </PresentMedicalHistory>
      <PastHistory>
        癫痫：2018-11-05；高热惊厥：有；哮喘：有； 高危因素：小于胎龄儿,低出生体重 孕周：
        40 周 3 天；出生体重：1.5kg；出生身长：51cm；出生头围：35cm；Apgar 评分(1 分钟)：10；
        Apgar 评分(5 分钟)：9；Apgar 评分(10 分钟)：10；新生儿并发症：新生儿肺炎,新生儿颅内出血,
        新生儿黄疸；出生缺陷：马蹄内翻足一左侧,肢体短缩一左上肢；出生情况：顺产,胎头吸引,产钳,
        剖宫产；孕期服药：无；孕期吸烟：无；分娩情况：顺产；母孕龄：26 岁；胎次：1 次；产次：
        1 次；分娩方式：臀位助产；产时并发症：子宫破裂,弥漫性血管内凝血； 疾病筛查：先天性甲
        状腺功能减低症；听力筛查：左:通过,右:不详；眼底筛查：通过；视力筛查：通过；
      </PastHistory>
      <HistoryAllergy>药物过敏：头孢类抗生素,其他；</HistoryAllergy>
      <FamilyHistory>近亲结婚史：有； 母亲：恶性肿瘤；遗传病史：111； 传染性疾病：结核；
    </FamilyHistory>
    <PhysicalExamination>
      身高：105CM；评价：中-；-0.6(SD)；28.1(P)；体重：18KG 评价：中+；0.1(SD)；55.7(P)；身
      高别体重：18KG；评价：中上；0.9(SD)；81.2(P)；BMI：16.3KG/m²；评价：中上；0.8(SD)；78.9(P)；
      发育评价：体型粗壮 散居儿童体格检查(2019-12-17)心肺听诊：未见异常；胸部：未见异常；皮
      肤：未见异常；四肢：未见异常；四肢活动度：未见异常；腹部：未见异常；腹部触诊：未见异
      常；脐部：未见异常；步态：未见异常；脊柱：未见异常；肛门/外生殖器：未见异常；可疑佝偻
      病症状：无；可疑佝偻病体征：无；左眼外观：未见异常；右眼外观：未见异常；左耳外观：未
      见异常；右耳外观：未见异常；口腔：未见异常；左耳听力：通过；右耳听力：通过；骨密度：
      骨密度骨密度骨密度；
    </PhysicalExamination>
    <SupplementaryExamination>
      血红蛋白：123g/l；转氨酶（ALT）：44U/L；骨碱磷酸酶：333U/L； 辅助检查：123
    </SupplementaryExamination>
    <Diagnosis>
      健康检查疾病诊断(2019-06-06)：完全性大动脉转位,早产不伴有分娩,早产婴儿，其他的,维生
      素 D 依赖性佝偻病
    </Diagnosis>
    <HandlingOpinions>
      健康检查处理意见(2019-05-05)多晒太阳，哺乳>10 次/天，出生 14 天复诊。
    </HandlingOpinions>
    <Suggestion/>
  </Report>
</ReportList>
</MessageBody>
</Response>

```

b) 案例 2 – 儿保系统主动写入 HIS

业务流程说明：医生在儿保填写业务数据后，点击生成病历，然后选择相关 HIS 必要参数数据，儿保系统自动将相关数据写入 HIS 系统。

优点：业务医生不需要两个系统切换操作。

缺点：医生无法在 HIS 界面上准确确认内容。部分 HIS 必要参数数据出现重复时，医生可能无法准确识别，有误操作可能，比如同一患者同时有两个挂号记录时，医生可能并不能准确对应上 HIS 挂号记录。

接口描述：

HIS 提供病历读取写入接口功能。儿保按照 HIS 接口开发提供相关参数，儿保系统需要记录病历状态，严格按照 HIS 逻辑进行新增修改作废。如，儿保系统读取 HIS 病历，判断患者是否已经存在病历，若存在判断是否允许修改，允许后，修改。

三，HIS 病历回写配置

配置化 HIS 病历回写前置条件：需上述 HIS 病历接口调试完成。

病历回写功能简介

该功能用于采集系统内产生的体格发育评价信息及其他量表类模块的结果信息等，可根据医生个人需要配置病历模板，并一键生成病历内。病历内容采集时间范围可自定义设置，可对同一类型的病历放入病历夹分类管理。具体功能入口位置在系统界面右下角蓝色方块快捷功能区。



病历

×

病历

病历记录

切换病历模板

病例回写

⚙

病历参考范围

📅 2019-08-30 至 2019-09-02

病历名称

病例回写

体格发育评价

内容模板 ▾ 模板维护 清空 生成

神经心理发育评价

内容模板 ▾ 模板维护 清空 生成

添加到病历史

请选择要添加的病历史

病历史夹用户病历史归类，可以选择一个已存在的病历史夹，或新建一个

☐ 自动上传病历

日期

📅 2019-09-02

医生

test ▾

清空病历

一键生成

保存病历

注：该功能不对接 HIS 病历回写接口的情况下无法实现 HIS 病历信息回写，可在系统内用作病历整理。需要使用病历模板功能时，必须先查询档案。

操作步骤

1. 建立病历模板

打开病历模板，点击右上角的配置按钮，进入模板配置界面

病历

病历

病历记录

切换病历模板 病例回写 

病历参考范围

2019-08-30 至 2019-09-02

 病历名称 病例回写

模板配置按钮

体格发育评价

内容模板 模板维护 清空 生成

神经心理发育评价

内容模板 模板维护 清空 生成

添加到病历夹

请选择要添加的病历夹

 病历夹用户病历归类, 可以选择一个已存在的病历夹, 或新建一个

☐ 自动上传病历

日期

2019-09-02

 医生 test

清空病历

一键生成

保存病历

病历模板设置

可选择模板进行修改或点新增新增模板

选择模板 模板名称 病例回写

新增

模板内容设置

请输入分组名称

回写His的字段

保存模板

填写病历名称

填写分组名称, 如: 体格发育评价

填写HIS的字段名称, 一般情况下由HIS提供该字段的内容, 如不需要写入HIS可不填写, 已填写好的字段名称请勿改动!

检查项目列表

拖动需要的检查项目到左边

I 护士工作站

I 常规体检

I 未分组

I 专案管理

I 专项检查

I 五官保健

I 发育筛查量表

I 行为症状评定量表

I 发育诊断量表

I 其他量表

I 能力评定量表

I 膳食营养

I 其他模块

I 气质人格评定量表

I 新生儿保健

I 基本信息

I 体检与专案

可将右侧检查项目列表内的项目拖放至左侧的分组下面, 保存后生成病历时该项目的内容将填充在对应的分组下面。

分组可添加多个, 只需要填写分组名称, 然后向该分组添加检查项目即可

病历模板设置

可选择模板进行修改或点新增新增模板

选择模板模板名称

病例回写

新增

模板内容设置

■ 体格发育评价

回写His的字段

发育测量

体格检查

疾病诊断

处理意见

■ 神经心理发育评价

回写His的字段

0-1岁神经运动检查20项 (INMA-20)

新生儿20项行为神经测定(NBNA)

丹佛发育筛查测验(DDST)

0-6岁儿童智能发育筛查测验 (DST)

0-6岁儿童发育行为评估 (儿心量表-II)

0-6岁儿童神经心理发育量表 (儿心量表)

■ 请输入分组名称

回写His的字段

保存模板

检查项目列表

拖动需要的检查项目到左边

I 行为症状评定量表

I 发育诊断量表

0-6岁儿童发育行为评估 (儿心量表-II)

0-6岁儿童神经心理发育量表 (儿心量表)

Gesell发育诊断量表 (GDS)

中国韦氏智力量表 (C-WYCSI)

中国韦氏智力量表 (C-WISC)

贝利婴幼儿发展量表 (BSID)

婴幼儿智能发育量表(CDCC)

I 其他量表

I 能力评定量表

I 膳食营养

I 其他模块

I 气质人格评定量表

I 新生儿保健

I 基本信息

I 体检与专案

病历模板内容配置好后记得保存模板。

2.病历模板的修改及删除

需要修改或删除病历模板时，需要进入模板配置界面，选择你要修改或删除的模板。选择好后可以修改当前病历模板的内容，修改好后点保存模板即可完成模板的修改，点删除模板即可删除该病历模板。

可选择模板进行修改或点新增新增模板

选择模板 病历回写 模板名称 病历回写 新增

模板内容设置

选择需要修改或删除的模板

体格发育评价

ms

发育测量

体格检查

疾病诊断

处理意见

神经心理发育评价

zd

新生儿20项行为神经测定(NBNA)

丹佛发育筛查测验(DDST)

0-6岁儿童智能发育筛查测验(DST)

0-6岁儿童神经心理发育量表(儿心量表)

0-6岁儿童发育行为评估(儿心量表-II)

Gesell发育诊断量表(GDS)

贝利婴幼儿发展量表(BSID)

婴幼儿智能发育量表(CDCC)

中国儿童气质量表(CCTS)

检查项目列表

拖动需要的检查项目到左边

I行为症状评定量表

I发育诊断量表

0-6岁儿童发育行为评估(儿心量表-II)

0-6岁儿童神经心理发育量表(儿心量表)

Gesell发育诊断量表(GDS)

中国韦氏智力量表(C-WYCSI)

中国韦氏智力量表(C-WISC)

贝利婴幼儿发展量表(BSID)

婴幼儿智能发育量表(CDCC)

I其他量表

I能力评定量表

I膳食营养

I其他模块

I气质人格评定量表

I新生儿保健

I基本信息

删除模板 保存模板

3.病历模板的使用

使用病历模板时先查询档案，对于已对接 HIS 系统的用户可直接打开候诊队列

选择需要生成病历的儿童即可。

请输入姓名、出生日期、编号查询

张雪增 女 年龄：8月13天 [距:7月29天] 编号：1 档案 标签 向使病专案管理

点击打开候诊队列

新增 保存

选择就诊人员

挂号列表

接诊医生

吴成武

吴俊

候诊人员

张贵兰

女

1992-02-01

黄颖汐

女

2018-09-25

周瑾烁

男

2019-06-26

刘嘉楠

男

2019-06-09

郭斯婷之子

男

2019-08-25

严朗宸

男

2019-03-01

李美笙

男

2019-05-28

朱子晨

男

2019-04-28

李汐蕊

女

2019-05-25

朱伊诺

女

2017-12-25

李禾梓

男

2019-03-17

已诊人员(7)

李禾梓

男

2019-03-17

严朗宸

男

2019-03-01

李汐蕊

女

2019-05-25

李美笙

男

2019-05-28

刘嘉楠

男

2019-06-09

周瑾烁

男

2019-06-26

朱子晨

男

2019-04-28

如果是新档案系统会提示新建档案，填写相关资料点确定即可完成新建档案操作，如果系统里面有这个儿童的档案，系统会提示是否合并重复档案，确认后点重档合并即可。

创建档案

姓名

朱子晨

✓

选择性别

男

女

✓

出生日期

2019-04-28

✓

联系电话

✓

证件类型

居民身份证

▼

证件号码

✓

所在国籍

中国

▼

所属民族

汉族

▼

支付方式

▼

存在出生日期,姓名,性别相同的档案

请确认是否是同一个档案。

姓名	性别	出生日期	身份证	建档日期	操作
朱子晨	男	2019-04-28		2019-09-02	重档合并

创建新的档案

取消

确定

做完当前儿童的各项检查或神经心理等量表评估后即可使用病历功能生成病历。点右下角快捷功能按钮



展开快捷功能，点击病历按钮进入病历界面。



病历

病历 病历记录

选择病历模板 → 切换病历模板 病例回写

确定病历参考范围

病历参考范围 2019-08-30 至 2019-09-02 病历名称 病例回写

内容模板 模板维护 清空 生成

体格发育评价

身高:68.4CM;评价:中上;1.5(SD);91.0(P);体重:9.4KG;评价:中上;1.9(SD);97.2(P);头围:44.5CM;评价:中上;1.9(SD);97.0(P);身高别体重:9.4KG;评价:中上;1.3(SD);89.5(P);BMI:20.1KG/m²;评价:中上;1.3(SD);89.2(P);发育评价:体型粗壮超重

散居儿童体格检查(2019-09-02)前囟:未闭,1.5cm×1.5cm,正常;心肺听诊:未见异常;胸部:未见异常;面色:红润;黄疸:无;颈部包块:无;皮肤:未见异常;四肢:未见异常;四肢活动度:未见异常;腹部:未见异常;腹部触诊:未见异常;脐部:未见异常;步态:未见异常;脊柱:未见异常;肛门/外生殖器:未见异常;可疑佝偻病症状:无;可疑佝偻病体征:无;左眼外观:未见异常;右眼外观:未见异常;左耳外观:未见异常;右耳外观:未见异常;口腔:未见异常;左耳听力:通过;右耳听力:通过;

健康检查疾病诊断(2019-09-02)儿童常规健康检查

健康检查处理意见(2019-09-02)建议:·维生素D:400 IU/日

- 碳酸钙 半包 一日一次
- 智能促进:加强翻身、主动抓握练习,鼓励宝宝躺着抓握玩具
- 注意此阶段不宜练习独坐;

内容模板 模板维护 清空 生成

神经心理发育评价

丹佛发育筛查测验(DDST)(2019-09-02)(医师意见:1) 父母多陪伴和关注婴儿,在保证婴儿安全的情况下扩大活动范围,鼓励与外界环境和人接触。

2) 经常叫婴儿名字,说家中物品名称,培养婴儿对语言的理解能力。引导婴儿发“ba ba”、“ma ma”等语音,提高其对发音的兴趣。

3) 帮助婴儿练习独坐和匍匐爬行,扶腋下翻跳练习伸手够远处玩具、双手传递玩具、撕纸等双手配合和手指抓握动作,提高手眼协调能力。;测试结果:正常,无法判断;

添加到病历夹 请选择要添加的病历夹

病历夹用户病历归类,可以选择一个已存在的病历夹,或新建一个

自动上传病历 就诊序号 朱子晨(201909020258) 日期 2019-09-02 医生 test

清空病历 一键生成 保存病历

已做HIS对接的情况下需勾选自动上传病历,并选择就诊序号

1.选择病历模板，有多个病历模板时可切换模板

2.选择病历参考范围，如选择时间范围较长时可能会有多条记录

- 3.一键生成病历内容，如需修改可直接在对应文本框修改内容。
- 4.可在添加到病历夹文本框输入病历夹名称将该病历归类到你刚输入的病历夹里面。
- 5.如需将病历回传给 HIS，请勾选自动上传病历并选择当前就诊儿童的就诊序号
- 6.点保存病历按钮，保存当前生成的病历并回传数据给 HIS。

4.病历记录的查看及作废、删除

病历记录页面可以查看、作废、删除、打印历史病历

病历				
病历	病历记录			
时间	病历名称	病历夹	状态	操作
2019-08-13	病历回写	病历回写	正常	<button>作废</button> <button>查看</button> <button>打印</button>

删除病历时必须要将需要删除的病历作废之后才能删除

病历				
病历	病历记录			
时间	病历名称	病历夹	状态	操作
2019-08-13	病历回写	病历回写	已作废	<button>撤回</button> <button>删除</button> <button>查看</button>