

MZ

中华人民共和国民政行业标准

MZ/T 168—2021

养老机构老年人健康档案管理规范

Management specification for senior health record of senior care organization

2021 - 03 - 11 发布

2021 - 03 - 11 实施

中华人民共和国民政部 发布

目 次

| | |
|------------------------------------|----|
| 前言 | II |
| 1 范围 | 1 |
| 2 规范性引用文件 | 1 |
| 3 术语和定义 | 1 |
| 4 基本要求 | 1 |
| 5 档案内容 | 1 |
| 6 记录要求 | 1 |
| 7 档案管理 | 2 |
| 附录 A (资料性) 基本信息 | 3 |
| 附录 B (资料性) 健康评估 | 4 |
| 附录 C (资料性) 日常生活能力(ADL)评定量表 | 5 |
| 附录 D (资料性) 简易智力状态检查量表 (MMSE) | 6 |
| 附录 E (资料性) 健康体检表 | 8 |
| 附录 F (资料性) 知情同意书 | 10 |

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华人民共和国民政部提出。

本文件由全国社会福利服务标准化技术委员会（SAC/TC 315）归口。

本文件起草单位：民政部养老服务司、民政部社会福利中心、北京标准化协会、北京市第一社会福利院、广州市老人院、苏州市社会福利总院、海南省托老院。

本文件主要起草人：王晗、王焕杰、雷洋、权京华、常华、路玉英、邓永萍、祝恺、高淑红、李星震。

养老机构老年人健康档案管理规范

1 范围

本文件规定了养老机构老年人健康档案基本要求、档案内容、记录要求及档案管理。
本文件适用于养老机构记录和管理老年人健康档案。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 健康档案 health record

对入住养老机构的老年人在日常就医等活动中形成的文字、符号、图表及影像等资料的总和。

4 基本要求

- 4.1 机构应建立老年人健康档案管理制度。
- 4.2 机构应保护老年人隐私，不得泄露老年人健康档案信息。
- 4.3 健康档案中需要医务人员、老年人或担保人签名时，应由本人亲笔签署。
- 4.4 电子健康档案应打印归档。
- 4.5 老年人健康档案建档率应为 100%。

5 档案内容

- 5.1 老年人健康档案宜包括老年人的基本信息、健康评估、健康体检、机构内外就医情况、知情同意书、辅助检查报告单等。
- 5.2 基本信息内容宜包括姓名、性别、年龄、籍贯、身份证号、民族、婚姻、户口住址、原工作单位、原职业、联系人等基本信息及入住机构时间、离开机构时间、住机构天数、入住机构时身体状况、离开机构时身体状况及原因等内容。参见资料性附录 A。
- 5.3 健康评估内容宜包括姓名、性别、年龄、身份证号、生活方式、健康状况、老年人日常生活能力及简易智力等内容。参见资料性附录 B、C、D。
- 5.4 健康体检内容宜包括姓名、性别、年龄、体检日期、既往病史、用药史、体格检查、血常规、胸片等检查项目、现存健康主要问题、健康评价、健康指导等。参见资料性附录 E。
- 5.5 机构内外就医内容宜包括姓名、日期、一般情况、疾病情况、检查结果、用药情况、治疗效果、慢病管理、健康指导、紧急救治情况、向老年人或担保人告知的重要事项、会诊、转诊、转院、离开机构时情况等内容。
- 5.6 知情同意书内容宜包括档案号、姓名、性别、年龄、入住机构日期、入住机构时情况、目前情况、采取措施、可能出现的情况、担保人意见及签名等。参见资料性附录 F。
- 5.7 辅助检查报告单内容宜包括姓名、年龄、检查结果、日期等。

6 记录要求

- 6.1 机构应在入院评估、例行评估、即时评估完成后，完成评估记录。
- 6.2 机构应查验院前体检报告和年度体检报告，并归档。
- 6.3 机构应于老年人入住机构时完成老年人基本信息填写。

- 6.4 老年人就诊后，机构应记录就诊情况，将院内或院外检查报告单按时间顺序分类、归档。
- 6.5 老年人健康状况发生变化时，机构应告知担保人，并签署知情同意书。
- 6.6 老年人健康档案记录应真实、准确、及时、完整、规范，字迹工整、清晰。应使用蓝黑墨水、碳素墨水。
- 6.7 健康档案书写过程中出现错字时，应用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。
- 6.8 老年人健康档案的日期和时间应使用阿拉伯数字，时间应采用 24 小时制。

7 档案管理

7.1 建档

- 7.1.1 老年人健康档案应编号，同一老年人在同一养老机构多次入住应使用同一档案号。
- 7.1.2 老年人健康档案应由医务人员建立，无医务人员的，可委托其他医疗机构专业人员完成。
- 7.1.3 老年人健康档案应按照健康档案封面、基本信息、机构内外就医情况、知情同意书、检查报告单、健康体检表、健康评估表及其他相关内容排序。

7.2 保管

- 7.2.1 老年人入住机构期间，老年人健康档案应定点集中存放，并指定专人负责保管。
- 7.2.2 老年人离开机构后，机构应对老年人健康档案进行整理保存。老年人健康档案应装订并按档案号顺序有序归档。
- 7.2.3 老年人健康档案保管期限应自老年人离开养老机构之日起不少于 30 年。

附 录 A
(资料性)
基本信息

养老机构名称：

档案号：

| | |
|---|---|
| 基本 信息 | 姓名_____ 性别：1.男 2.女 <input type="checkbox"/> 出生日期 ____年__月__日 年龄____ 国籍_____ |
| | 出生地____省(区、市)____市____区 籍贯____省(区、市)____市 民族_____ |
| | 身份证号_____ 婚姻：1.未婚 2.已婚 3.丧偶 4.离婚 5.其他 <input type="checkbox"/> |
| | 现住址 ____省(区、市)____市____区_____ 电话_____ 邮编_____ |
| | 户口地址 ____省(区、市)____市____区_____ 邮编_____ |
| | 原工作单位_____ 职业_____ |
| | 担保人姓名_____ 关系_____ 电话_____ 单位_____ |
| 付费方式 | 1.城镇职工基本医疗保险 2.城乡居民基本医疗保险 3.贫困救助 4.商业医疗保险 5. 全公费 6.全自费 7.其他社会保 8.其他 <input type="checkbox"/> |
| 入住机构时间 ____年__月__日__时 离开机构时间 ____年__月__日__时 住机构 ____天 | |
| 入住机构 时身体状 况 | |
| 离开机构 时身体状 况 | |
| 药物过敏： 1.无 2.有，过敏药物_____ <input type="checkbox"/> | |
| 离开机构原因：1.回家 2.转其他养老机构 3.转院就医 4.死亡 5.其他 <input type="checkbox"/> | |
| 签名： _____ 年 月 日 | |

附录 B
(资料性)
健康评估

档案号

| | | | |
|--|----|----|------|
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 |
| 评估类别 <input type="checkbox"/> 入院评估 <input type="checkbox"/> 例行评估 <input type="checkbox"/> 即时评估 | | | |
| 健康状况 | | | |
| 评估结果 | | | |

评估人：

评估日期：

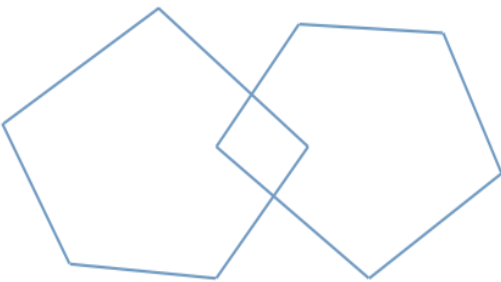
附 录 C
(资料性)
日常生活能力(ADL)评定量表

| 项目 | 评分 | 分值 | 评估内容 |
|------------|----|------|---|
| 进食 | | 10 分 | 可独立进食，自己在合理的时间（约 1 小时内完成一餐饭），自行或用辅具进食，不需要协助 |
| | | 5 分 | 需部分帮助，前述某个步骤需要一定帮助，如切好食物或穿脱进食辅具 |
| | | 0 分 | 完全依赖他人，无法自行取食 |
| 洗澡 | | 5 分 | 可自行完成盆浴、淋浴或擦澡，不需他人协助、监督或持续敦促 |
| | | 0 分 | 需要别人协助监督或持续敦促才能完成；可自行完成，但执行过程困难或清洁度不佳 |
| 修饰 | | 5 分 | 可自行刷牙、洗脸、洗手、梳头发和刮胡子 |
| | | 0 分 | 需别人协助才能完成上述盥洗项目 |
| 穿脱衣裤 鞋袜 | | 10 分 | 可自行穿脱衣裤鞋袜，必要时使用辅具 |
| | | 5 分 | 在别人帮忙下，可自行完成一半以上动作 |
| | | 0 分 | 需要别人完全帮忙 |
| 如厕 | | 10 分 | 可自行上下马桶、坐便器，便后清洁，不会弄脏衣裤且没有安全上的顾虑；若使用便盆，可自行拿取并清洗干净 |
| | | 5 分 | 在上述如厕过程中需要协助保持平衡、整理衣物或使用卫生纸 |
| | | 0 分 | 无法完成如厕过程 |
| 大便控制 | | 10 分 | 可控制大便，必要时会自行使用塞剂 |
| | | 5 分 | 偶尔失控（每周不超过一次），使用塞剂需要别人帮忙 |
| | | 0 分 | 完全失控或需要灌肠 |
| 小便控制 | | 10 分 | 可控制小便，日夜皆不会尿失禁，必要时会自行使用并清理尿布、尿裤 |
| | | 5 分 | 偶尔失控（每周不超过一次），使用尿布、尿裤需要别人帮忙 |
| | | 0 分 | 完全失控或需要导尿 |
| 移位转移 | | 15 分 | 可独立完成 |
| | | 10 分 | 需他人搀扶或使用拐杖 |
| | | 5 分 | 需要较大程度上依赖他人搀扶和帮助 |
| | | 0 分 | 完全依赖他人 |
| 平地行走 | | 15 分 | 可独立在平地上行走 50 米 |
| | | 10 分 | 需他人搀扶或使用拐杖、助行器等辅助器具 |
| | | 5 分 | 需要极大帮助或坐在轮椅上自行在平地上移动 |
| | | 0 分 | 完全依赖他人 |
| 上下楼梯 | | 10 分 | 可独立连续上下 10-15 个台阶 |
| | | 5 分 | 需要他人搀扶或口头指导 |
| | | 0 分 | 需要极大帮助或完全依赖他人搀扶 |

附 录 D
(资料性)
简易智力状态检查量表 (MMSE)

| 项目 | 评分 (1 正确 0 错误) |
|---------------------|-----------------|
| 时间定向 | |
| 1. 现在是 | |
| 哪一年? | 1 0 |
| 哪一季节? | 1 0 |
| 几月份? | 1 0 |
| 几号? | 1 0 |
| 星期几? | 1 0 |
| 地点定向 | |
| 2. 我们在: | |
| 哪个国家? | 1 0 |
| 哪个城市? | 1 0 |
| 什么地址? | 1 0 |
| 哪个医院? | 1 0 |
| 第几层楼? | 1 0 |
| 表达 | |
| 3. 复述以下 3 个物体的名称 | |
| 手表 | 1 0 |
| 钢笔 | 1 0 |
| 眼镜 | 1 0 |
| 注意力与计算力 | |
| 4. 计算: | |
| 93-7=? | 1 0 |
| 86-7=? | 1 0 |
| 79-7=? | 1 0 |
| 72-7=? | 1 0 |
| 记忆力 | |
| 5. 回忆刚才复述过的 3 个物体名称 | |

表续

| | | |
|---|---|---|
| 手表 | 1 | 0 |
| 钢笔 | 1 | 0 |
| 眼镜 | 1 | 0 |
| 语言 | | |
| 6. 说出所示物体名称 | | |
| 帽子 | 1 | 0 |
| 毛巾 | 1 | 0 |
| 7. 复述 | | |
| “如果、并且、但是” | 1 | 0 |
| 8. 朗读卡片上的句子 | | |
| “闭上眼睛” | 1 | 0 |
| 9. 按卡片上写的做: | | |
| 用右手拿一张纸 | 1 | 0 |
| 两手将它对折 | 1 | 0 |
| 然后放在左腿上 | 1 | 0 |
| 10. 写一个完整的句子 | | |
| (要有主语、谓语, 且有一定意义) | 1 | 0 |
| 11. 模仿画出下图 | | |
| (两个五边形交叉形成一个四边形) | 1 | 0 |
|  | | |

附 录 E
(资料性)
健康体检表

| 姓名 | 性别 | 年龄 | 体检日期 |
|--------------------|--|---|------|
| 内容 | 检查项目 | | |
| 症状 | 1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ □□□□□□ | | |
| 病史 | 1 无 2 高血压 3 冠心病 4 慢性阻塞性肺疾病 5 糖尿病 6 高脂血症 7 脑卒中 8 溃疡病 9 肾病 10 骨质疏松 11 恶性肿瘤 12 老年痴呆 13 重性精神疾病 14 结核病 15 肝炎 16 职业病 17 其他 _____ □□□□□□ | | |
| 一般状况 | 老年人生活自理能力 | 1 可自理 2 轻度依赖 3 中度依赖 4 不能自理 □ | |
| | 老年人认知功能 | 1 粗筛阴性 2 粗筛阳性 □ | |
| | 老年人情感状态 | 1 粗筛阴性 2 粗筛阳性 □ | |
| 生活方式 | 饮食 | 1 普食 2 软食 3 吞咽困难 4 饮水呛咳 5 鼻饲 6 其他 □/□/□ | |
| | 二便 | 1 正常 2 便秘 3 排尿困难 4 留置尿管 5 其他 _____ □/□ | |
| | 睡眠 | 1 正常 2 睡眠困难 3 早醒 4 夜间吵闹 5 其他 _____ □/□ | |
| 体格检查 | T _____ P _____ R _____ BP _____ 意识 1 清楚 2 模糊 3 嗜睡 4 昏睡 5 昏迷 □ | | |
| | 皮肤 | 1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 色素沉着 6 其他 _____ □ | |
| | 巩膜 | 1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他 _____ □ | |
| | 淋巴结 | 1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他 _____ □ | |
| | 眼部 | 1 正常 2 异常 _____ □ | |
| | 耳部 | 1 正常 2 异常 _____ □ | |
| | 口咽 | 口唇 1 红润 2 苍白 3 发干 4 皲裂 5 疱疹 □ | |
| | | 齿列 1 正常 2 缺齿 3 龋齿 4 义齿 □ | |
| | | 咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 □ | |
| | 胸廓 | 桶状胸 1 否 2 是 □ | |
| | 乳房 | 1 未见异常 2 切除 3 包块 4 其他 _____ □ | |
| | 肺脏 | 呼吸音 1 正常 2 异常 _____ □ | |
| | | 罗音 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他 _____ □ | |
| | 心脏 | 心率 _____ 次/分钟 心律 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 □ | |
| | | 杂音 1 无 2 有 _____ □ | |
| | 腹部 | 压痛 1 无 2 有 _____ □ | |
| 包块 1 无 2 有 _____ □ | | | |
| 肝大 1 无 2 有 _____ □ | | | |

表续

| | | | |
|------|-------------------------|--------------------|--|
| | 腹部 | 脾大 1 无 2 有_____ | <input type="checkbox"/> |
| | | 移动性浊音 1 无 2 有_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 脊柱 | 畸形 1 无 2 有_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 四肢 | 畸形 1 无 2 有_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 神经 系统 | 生理反射 1 存在 2 无 | <input type="checkbox"/> |
| | | 病理反射 1 无 2 有_____ | <input type="checkbox"/> |
| 辅助检查 | 血常规 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 尿常规 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 肝功 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 肾功 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 血脂 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 空腹血糖 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 乙型肝炎 表面抗原 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 心电图 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 胸部 X 线片 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 腹部 B 超 | 1 正常 2 异常_____ | <input type="checkbox"/> |
| | 其他_____ | | |
| 用药情况 | 药物名称 | 用法用量 | 其他需说明的情况 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 健康评价 | 1 体检无异常 2 有异常 _____ | | <input type="checkbox"/> |
| 健康指导 | 1 建议复查 2 建议转诊 3 其他_____ | | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

签名：

年 月 日

注：未检查的项目可在相应栏中划“—”。

附 录 F
(资料性)
知情同意书

档案号

| 姓名 | 性别 | 年龄 | 入住机构日期 |
|-------------------------------|----|-----------|--------|
| 告知目的 | | | |
| 入住机构时主要情况 | | | |
| 目前情况（健康状况、诊疗情况及需要的进一步检查、治疗项目） | | | |
| 可能出现的情况 | | | |
| 担保人意见（包括治疗意见以及是否了解所交待病情） | | | |
| 老年人签名： | | 签名： | |
| 担保人签名（注明与老年人的关系）： | | | |
| 年 月 日 时 分 | | 年 月 日 时 分 | |