



上海市第七人民医院

(组织机构代码)

中医住院病案首页

医疗付款方

健康卡号:

第 1 次住院

病案号:

姓名	性别	1. 男 2. 女	出生日期	年龄	66岁	国籍	克
(年龄不足一周岁的)	年龄	月	新生儿出生体重	克	新生儿入院体重	克	克
出生地	上海市	上海市	籍贯	上海市	民族	哈萨克族	
身份证号			退(离)休	婚姻	2	1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 9. 其他	
现住址			电话	1	邮编	200137	
户口地址			3号		邮编	200137	
工作单位及地址			单位电话		邮编		
联系人姓	关系	子	地址		电话		
入院途径	1. 急诊 2. 门诊 3. 其他医疗机构转入 9. 其他						
治疗类别	3 1. 中医 (1.1 中医 1.2 民族医) 2. 中西医 3. 西医						
入院时间	2021 年 05 月 28 日 22 时 47 分	入院后确诊日期	2021 年 05 月 28 日				
入院科别	重症医学科	病房	0705ICU病区	转科科别			
出院时间	2021 年 06 月 15 日 14 时	出院科别	重症医学科	病房	0705ICU病区	实际住院	18 天
门(急)诊诊断(中医诊断)							
门(急)诊诊断(西医诊断)	粒细胞缺乏						D70. x00
实施临床路径:	3 1. 中医 2. 西医 3. 否	使用医疗机构中药制剂:	2 1. 是 2. 否				
使用中医诊疗设备:	2 1. 是 2. 否	使用中医诊疗技术:	1 1. 是 2. 否	辩证施护:	1 1. 是 2. 否		
出院中医诊断	疾病编码	入院病情	出院西医诊断	疾病编码	入院病情	出院情况	
主病:			主要诊断: EB病毒感染	B00. 901	1	2	
主症: —	—	—	其他诊断: 粒细胞缺乏	D70. x00	1	1	
—	—	—	噬血细胞综合征	D76. 101	1	2	
—	—	—	脓毒血症	A41. 901	1	1	
—	—	—	社区获得性肺炎, 非重症	J15. 902	1	2	
—	—	—	电解质紊乱	E87. 800x011	1	1	
—	—	—	脂肪肝	K76. 000	1	2	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无	出院情况: 1. 治愈 2. 好转 3. 未愈 4. 死亡 5. 其他						
损伤、中毒外部原因: —	疾病编码						
病理诊断: 噬血细胞综合征	疾病编码						
	病理号	2021-07166					
药物过敏: 1. 无 2. 有, 过敏药物: —	死亡患者尸检	1. 是 2. 否					
抢救 — 次	成功 — 次						
血型 [6] 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 Rh [4] 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查 输血反应 [] 1. 有 2. 无							
妊娠梅毒筛查 [] 新生儿疾病筛查: CH [] PKU [] CAH [] G6PD [] 听力 []							
产后出血 [] 新生儿性别 [] 男 [] 女 体重 — g							

科主任 雷鸣		主任(副主任)医师 雷鸣		主治医师 孙芳园		住院医师 冯文涛			
责任护士 王青		进修医师		实习医师 王青		编 码 员			
病案质量 1		1. 甲	2. 乙	3. 丙	质控医师 孙芳园	质控护士 王青	质控日期 2021 年06 月15 日		
手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
41.3800x001	2021-06-04	1	右髂前上棘骨髓穿刺术	冯文涛	张涛	—	无切口	局部阻滞麻醉	冯文涛
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
离院方式 1 1.医嘱离院 2.医嘱转院,拟接收医疗机构名称:—									
3.医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院,拟接收医疗机构名称:— 4.非医嘱离院5.死亡9.其他									
是否有出院31天内再住院计划 1 1.无 2.有,目的:—									
颅脑损伤患者昏迷时间:入院前 — 天 — 小时 — 分钟 入院后 — 天 — 小时 — 分钟									
(凡可由医院信息系统提供住院费用清单并包含以下内容,应将清单打印作为附件,住院病案首页中可不填写“住院费用”一栏的所有空格。)									
住院费用(元):总费用87756.68 (自付金额: 12314.7 自费金额:1622.94 其他支付: 0.00)									
1.综合医疗服务类 (1) 一般医疗服务费:6480.00 (中医辨证论治费:0.00 中医辨证论治会诊费: —)									
(2) 一般治疗操作费:1178.00 (3) 护理费: 770.00 (4) 其他费用: 0.00									
2.诊断类: (5) 病理诊断费: 1600.00 (6) 实验室诊断费: 25603.00 (7) 影像学诊断费:2076.00									
(8) 临床诊断项目费: 7551.00									
3.治疗类: (9) 非手术治疗项目费:1085.25 (临床物理治疗费: 235.00)									
(10) 手术治疗费: 0.00 (麻醉费: 0.00 手术费: 0.00)									
4.康复类: (11) 康复费: 1080.00									
5.中医类(中医和民族医医疗服务): (12) 中医诊断: 0.00 (13) 中医治疗 920.00 (中医外治:90.00									
中医骨伤: 350.0 针刺与灸法: 84.00 中医推拿治疗: 396.00 中医肛肠治疗: 0.00 中医特殊治疗: 0.00)									
(14) 中医其他: 5.00 (中药特殊调配加工: — 辨证施膳: 0.00)									
6.西药类: (15) 西药费: 32917.30 (肿瘤靶向药费: 0.00) (抗菌药物费用: 4722.06)									
7.中药类: (16) 中成药费: 5800.07 (医疗机构中药制剂费: —) (17) 中草药费: 15.16									
8.血液和血液制品类: (18) 血费0.00 (19) 白蛋白类制品费: 1648.0 (20) 球蛋白类制品费: 14880.00									
(21) 凝血因子类制品费: 0.00 (22) 细胞因子类制品费: 0.00									
9.耗材类: (23) 检查用一次性医用材料费: 36.00 (24) 治疗用一次性医用材料费: 538.15									
(25) 手术用一次性医用材料费: 6.00									
10.其他类: (26) 其他费: 0.00									

患者姓名: [REDACTED]

上海市第七人民医院

患者告知书

目前诊断: 社区获得性肺炎, 非重症、脓毒血症

为保障您住院治疗期间享有充分的知情同意权, 医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况, 解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意, 医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但是由于各人心理承受能力不同, 以及疾病发展具有不可预测性, 为有利于治疗, 请您现授权委托一位您充分信任的代理人, 代为行使您的知情同意权。我院将根据您签名出具的授权委托书, 视代理人的行为为您本人真实的意思表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的, 您的法定监护人为您的法定代理人, 代为行使知情同意权。

为了让医生给您制定最佳的治疗方案, 请您务必客观、真实地向医生提供您的病情资料和相关情况。

特此告知

附空白授权委托书一份

上海第七人民医院重症医学科

谈话人: 冯文涛

签字日期: 2021-05-28 22:57

上述告知书内容本人已充分了解, 本人决定选择以下方式(不选择处划掉):

1. 向贵院出具授权委托书指定代理人。

2. 向贵院出具户籍等相关证明, 明确法定代理人。

3. 本人决定不委托代理人, 如本人疾病出现危急情况或不可预知情况, 授权经治医师决定治疗方案, 如有医疗风险和不良后果, 由本人自行负责。

住院号: [REDACTED]

患者签名: [REDACTED]

签字日期: 2021.5.29

同意贵院搜集有关我的信息。