

临床记录 - 不要依赖以前的习惯

病历是所有患者医疗保健活动的基础。它们构成了从业者在提供良好患者治理方面的道德品行和监管责任的一部分。病历（清晰的手写或电子的）需要在病人叙述时（或之后尽快）书写，并且必须准确，清晰和简明，病史记录病人的健康治理，从病人最初的临床表现直到检查，诊断和按时间顺序进行的持续治理，显示治理的连续性和患者对治疗的反应。该文件应该足够全面，以便如果治疗人员不在，则另一位同事可以继续病人的治理。

情况已经改变多年，作为负责任和进步的从业者，我们也必须改进我们的做法 - 我们需要与时俱进。过去，一张手写小卡是可以接受的。但今天病史记录也可能包括电子邮件，扫描记录，同意书和短信记录的副本。如果还有其他的沟通方式，如医疗卫生专业人员之间的口头通信，法律报告，转诊信件，调查报告，化验结果，X光报告等，也应该归档这些信息的副本。

纽省中医委员会负责处理有关对纽省中医师的告知或投诉。很遗憾的是，当委员会在跟进告知或投诉时审查患者记录，患者记录通常显示不足。澳大利亚中医局发布了“临床记录指南”，明确规定了要求。如果你还没有阅读它 - 这是必须的 - 温习一下 - 不要依赖于旧的习惯！使用CMBA指南制作你的病历模板（<http://www.chinesemedicineboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx>）。

病历是法律文件。在发生投诉时，它们可以成为医师良好临床治理的最重要证据。通过良好的临床记录保存，确保你得到充分的保护，并保证为你的病人提供最佳治理。