

其他医院的不带；带来的病历本不完整，缺姓名、性别、年龄、过敏史等基本信息，还缺就诊时间、地点、病情描述、辅助检查结果、疾病诊断、已采取的诊疗措施等；带来的病历本五花八门，内容和时间不连贯；病历本记载的检查只有结论，没有心电图、胸片、化验单、超声报告等原件支撑。

患者看病不带病历本的原因有以下几方面：嫌带病历本麻烦；病历本遗失；认为病历本含负面信息，眼不见心不烦；担心病历本误导医生而不带；以为专家不靠病历本也能包治百病；不知道带病历本有用；以为既往就医信息医生都能查到等。

◆ 看病不带病历本有这些隐患

1. 延误诊治

人类疾病是多种遗传因素、环境因素、病因诱因、抗病机制交互作用的结果，重大疾病发生前多有异常征兆可供预警。而病历本中记载的内容可帮助接诊医师抓住关键信息，尽快作出正确诊断。心力衰竭、心肌梗死、脑卒中、癌症、重症肝炎等常见多发病，由于病死病残率高、病情重、变化快、诊疗费用和 risk 高，一旦延误诊断，抢救成功率几乎为零。

2. 浪费宝贵资源

接诊医生每天要面对千差万别的患者和病情，在有限的时间内，医生抓住主要线索才能事半功倍，病历本中记录的既往就医信息就显得十分重要。而不带病历本，患者电子门诊病历又尚未在医院内或医院间实现共享的当下，重复问诊和重复检查会浪费金钱、时间和精力。

3. 降低医疗质量

同一疾病的临床表现可千差万别，千奇

百怪的疾病也可能有相同的临床表现，接诊医生严谨的临床思维和科学的诊治方法是减少漏诊、漏治、误治的关键，而充分利用患者已积累的疾病线索和诊疗信息，接诊医生就有可能去伪存真直奔真相，提高诊断精度，进而提高疗效。否则，势必降低医疗质量。

4. 不利于保护医患双方

国家推行的“首诊负责制”，要求门诊医师每次接诊都要在患者的病历本上记录接诊的相关信息。这个规定动作就是在提醒医师履行职责、三思而行，确保医疗服务高效、安全、及时。患者不带病历本，将使“首诊负责制”难以落实，不利于分清责任，保护医患双方。

5. 不利于医患沟通

临床疾病涉及复杂的原因、诱因和机理，正确及时诊断是治疗、抢救成功的前提。临床医师借助病历本中提供的既往就医信息，加上必要的问诊、体检、辅助检查，可争取用最少时间和较低费用得出尽可能正确的诊疗决策，避免医患沟通不畅，这对于无家人陪伴的高龄患者尤为重要。

6. 不利于医医沟通

病历本中记录的诊治信息包含其他医师的经验、智慧和收集到的疾病信息，对本次接诊的医师展开临床诊治有启迪和借鉴作用，有助于接诊医师及时提出正确的治疗方案。医生是人不是神，是人难免会出差错，依托病历本实现跨时间、跨空间、跨学科的“隐形会诊”很重要。

7. 不利于调动患者主动性

最好的保健医生是自己，患者以病历本的信息为依据，可上网检索相关知识、咨询更多专家、主动配合医生防控疾病，甚至可帮助医生提高诊断精度和治疗效果。 