

《医疗事故处理条例》释义摘编之一 什么才是医疗事故

<http://www.cndent.com> 2004/05/30

第二条本条例所称医疗事故，是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

【释义】对此条进行分析，它指明医疗事故的构成要件至少包括以下几方面内容：

（一）主体是医疗机构及其医务人员

这里所说的医疗机构，是指按照国务院1994年2月发布的《医疗机构管理条例》取得《医疗机构执业许可证》的机构。这里所说的医务人员，是指依法取得执业资格的医疗卫生专业技术人员，如医师和护士等，他们必须在医疗机构执业。医疗事故发生在医疗机构及其医务人员的医疗活动中，这指明了医疗事故发生的场所和活动范围，即依法取得执业许可或者执业资格的医疗机构和医务人员在其合法的医疗活动中发生的事故。

（二）行为的违法性

这里讲的是导致发生医疗事故的直接原因。目前，我国已经颁布的医疗卫生管理方面的法律、行政法规主要有：《执业医师法》、《传染病防治法及其实施办法》、《母婴保健法及其实施办法》、《献血法》、《职业病防治法》、《药品管理法》、《精神药品管理办法》、《麻醉药品管理办法》、《血液制品管理条例》、《医疗机构管理条例》等。卫生部门以及相关部门还制定了一大批部门规章和诊疗护理规范、常规。这些法律、法规、规章、规范是医疗机构和医务人员的工作依据和“指南”。医疗机构和医务人员在自己的有关业务活动中应当掌握相应的规定，并遵循规定，以确保其行为的合法。从医疗实践看，最常用、最直接的部分是关于医疗机构、医疗行为管理的规章、诊疗护理规范、常规。它们是指导具体操作的，凡是违反了，必定要出事情。在判断是否医疗事故时，这是最好的判断标准。

（三）过失造成患者人身损害

“过失造成患者人身损害的事故”说的是违法行为的后果。这里有两点应当注意：一是，“过失”造成的，即是医务人员的过失行为，而不是有伤害患者的主观故意；二是，对患者要有“人身损害”后果。这是判断是否医疗事故至关重要的一点。

（四）过失行为和后果之间存在因果关系

这是判定是否属于医疗事故的一个重要方面。虽然存在过失行为，但是并没有给患者造成损害后果，这种情况不应该被视为医疗事故；虽然存在损害后果，但是医疗机构和医务人员并没有过失行为，也不能判定为医疗事故。这种因果关系的判定，还关系到追究医疗机构和医务人员的责任，确定对患者的具体赔偿数额等。

复印病历有要求

第十条患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的，医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时，应当有患者在场。

医疗机构应患者的要求，为其复印或者复制病历资料，可以按照规定收取工本费。具体收费标准为省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。

【释义】病历资料可以分为两大类：客观性病历资料和主观性病历资料。客观性病历资料是指记录患者的症状、体征、病史、辅助检查结果、医嘱等客观情况的资料，还包括为患者进行手术、特殊检查及其他特殊治疗时向患者交待情况、患者或其近亲属签字的医学文书资料。主观性病历资料是指在医疗活动中医务人员通过对患者病情发展、治疗过程进行观察、分析、讨论并提出诊治意见等而记录的资料，多反映医务人员对患者疾

病及其诊治情况的主观认识，不同的医师、病程的不同时期均可能出现不同结果，甚至出现相反的观点或意见。发生医疗事故争议时，主观病历资料可以作为医疗机构需提交的材料之一交医疗事故技术鉴定专家组。

本条规定患者可以复印或复制的病历资料即属于客观病历。

其中，门诊病历包括门、急诊各种记录及有关检查报告单。住院志指患者入院时的记录，主要有姓名、年龄等一般项目，主诉、现病史、既往史、体格检查等记录，初步诊断和治疗意见等。体温单指患者住院期间的体温、脉搏、血压及呼吸等的测量记录。

医嘱单指医师诊查患者后，根据患者的病情、诊断所下达的治疗和护理意见，分为长期医嘱单、临时医嘱单。化验单（检验报告）指记录患者接受的各种实验室检验结果的报告单。医学影像检查资料指患者接受的各种实验室检验结果的报告单。医学影像检查资料指患者接受的X线、CT、MRI等医学影像检查的影像资料和结果报告单。特殊检查同意书指由于病情需要必须进行某些特殊的检查项目，尤其是有创性或较大风险的检查项目时，经医务人员介绍检查的必要性和风险后，由患者或近亲属签字的文书资料，包括检查项目、检查目的、风险、并发症说明和患者或其近亲属签字等。手术同意书指患者因病情需要行手术治疗前，医疗机构履行告知程序，包括告知手术名称、适应证、手术内容、风险及并发症等，并由患者或近亲属签字。手术及麻醉记录单指记录麻醉、手术过程及相关情况的文书资料。病理资料指穿刺活检标本、手术标本等及其病理检查报告。护理记录是记录护理过程的有关文书资料。“国务院卫生行政部门规定的其他病历资料”，是兜底性规定，旨在由主管部门根据实践的需要，不断地调整和增加患者有权了解的病历内容，以充分保障患者的知情权。

一林 摘自《健康报》2002年9月3日

关键字:

相关文章列表

[【大 中 小】](#) [【打印】](#) [【关闭】](#) [【查看/发表评论】](#)