**急诊留观工作制度**

1.留观指征

凡具备下述情况之一的患者，须留院观察以进一步诊治：

1.1诊断尚未明确、症状较严重者；

1.2意识、血压、体温、心率心律、呼吸等生命指标有异常，且有危及生命之可能者；

1.3诊断已基本明确，但病情较重或预计病情演变需要继续诊治者。

2.留观患者管理

2.1急诊大厅为留院观察病人观察区；

2.2急诊副班值班医生承担内科留观患者的诊疗工作，外科值班医生承担急诊外科留观患者的诊疗工作；

2.3主管医生应做好患者的病情观察、处置及交接班；

2.4急诊大厅护理组承担留观患者的护理工作，护理协调工作由护理组长负责。

3.留观病历管理

3.1急诊留观病历内容及规范：

3.1.1急诊留观记录：一般项目、病史、查体、初步诊断、重要检查结果、急诊处置、医生签名(格式参照入院记录，可用急诊复写病历替代，内容简单明确)。

3.1.2病程记录：每次记录有精确到分钟的时间；观察病情记录每次24小时不得不少于两次，急、危、重症随时记录，留观期间能反映出上级医师查房制度的执行，体现主要诊断和处置原则变化的记录与分析；交接班、会诊、转科、收入院、转院均应有病程记录。

3.1.3出观记录：留观时情况，诊疗经过，离开时病情及有关复诊医嘱的说明，简单明确；出观诊断；患者离开留观室时，应记录去向（格式参照出院记录）。

3.1.4其他：体温单、医嘱单、化验粘贴单、特殊检查（治疗）同意书、麻醉同意书、手术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、疑难病例讨论记录、会诊记录、死亡病例讨论记录等，书写格式及排列顺序参照住院病历。

3.2急诊留观病历保存

3.2.1留观病历直接出观者由急诊专柜进行保存，以备调阅；收住院患者的留观病历，随住院患者进入病房，出院后病案室存档。

3.2.2急诊留观病历复印按照住院病历复印管理条例执行，由科室安排人员携带留观病历，陪同患者或家属前往病案室，审核患者或家属身份证明资料后按规定复印病历