疑难病例讨论制度指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行

讨论的制度。

1.疑难病例讨论适用范围：

1.1 入院3天没有明确诊断或诊疗方案难以确定的；

1.2 疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术患者；

1.3 诊疗过程中出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症的；

1.4 临床罕见疾病，需要多学科协作诊疗，或在诊治过程中具有重要的临床、教学意义的；

1.5 科室认为必须讨论的其他病例。

2.讨论形式：

2.1 根据参加人员范围可以分为医疗组讨论、全科讨论和全院讨论；

2.2 医疗组讨论：由经治医师提出，医疗组内副主任医师及以上职称人员主持，参加人员应当至

少包括2名具有主治以上职称人员，医疗组内的住院医师、实习和进修医师应参加。

2.3 全科讨论：由主管医师或医疗组组长提出，科主任或医疗组组长主持，全科人员（包括医疗、

护理、医技人员等）参加。

2.4 全院讨论：适用于患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围、需要多学科共同协

作或由院外专家参加的，由副主任及以上职称医师提出申请，报医务部同意后组织讨论，并

召集有关人员（包括医疗、护理、医技、临床药师、院感管理人员等）进行讨论。参加人员

一般应具有副高及以上专业技术职称，必要时邀请分管副院长参加。若病情需要或因患者家

属请求，也可邀请院外专家参加。

3.讨论程序：

3.1 参加人员查看患者；

3.2 经治医师汇报病例，必要时提前将病例资料整理提交给参加人员；

3.3 上级医师、医疗组长、科主任补充说明病情，提出本次讨论的目的，明确需要解决的问题；

3.4 参加人员从低年资到高年资就患者病情、关键疑点、难点等问题讨论发言；

3.5 主持人归纳总结，并确定进一步诊疗方案。

3.6 病例讨论情况由经治医师负责记录，由主持人审核签字后，讨论结论记入病历。

3.7 疑难病例讨论记录应按《山东省病历书写与管理基本规范（2020年版）》要求书写，纳入科

室《疑难危重病例讨论记录本》管理保存。内容包括：患者姓名、性别、年龄、住院号、讨

论日期、地点、主持人、记录者、参加讨论人员的姓名及专业技术职称、入院诊断、病情摘

要、讨论目的、参加医师发言的重点内容、结论性意见、主持人签名。