

档案软件 - 病例档案归档管理功能【云丰档案软件功能介绍】

档案管理软件 · 功能介绍

病例档案记录患者诊疗全过程，既是医疗依据也是法律凭证，敏感程度高。云丰档案的病例归档管理功能支持病历按期归集、三性检测与密级分级，在保证完整归档的同时满足病历保存年限和隐私保护要求。

一、为什么需要病例档案归档管理

医疗机构的病例档案来源多、保存要求严，归档环节容易出问题：

归档不及时：出院病历散落在科室和医生手中，超过规定时限未归，形成在院滞留病历；

材料不齐：入院记录、手术记录、检验报告、知情同意书缺页漏项，归档时只收了一部分；

隐私风险：病例含敏感健康信息，纸质和电子件混放，调阅权限难以严格管控；

年限不清：门诊、住院病例保存年限不同，到期鉴定与销毁缺乏系统提醒。

病例归档要解决的是归得及时、归得完整、归得安全这三件事，让每一份病历从出院到长期保存全程可控。

二、怎么用

以患者就诊号为主线归集各类诊疗材料，出院后按科室触发归档任务，归档时系统自动检测完整性与合规性：

表1 病例归档流程

环节	操作要点
归集材料	以就诊号为主线汇集入院记录、医嘱、检验影像与知情同意书
完整性检测	自动核对应归材料清单，缺项提示科室补齐后再归档
定密定级	按患者信息敏感度自动标注密级，设定调阅权限
加密入库	电子病历加密存储，操作全程留痕
年限登记	按门诊、住院类别登记保存年限，到期自动提示鉴定

归档完成后病历与患者就诊记录关联，医生调阅须走审批，复印、外借均有记录。保存年限到期的病例进入鉴定流程，经审批后方可销毁或继续保存。在实际使用中，档案员可以结合本单位的病例档案归档管理工作习惯，在不改变整体流程的前提下微调各环节的先后顺序；系统会自动记录每一步的操作人、操作时间与处理结果，使病例档案归档管理全过程留痕可溯，事后复盘或接受审计时都能还原当时情形，不必担心操作无据可查。在权限安排上，与病例档案归档管理相关的操作按三员分离原则分级授权，业务经办人、档案管理员与系统管理员各司其职，越权操作会被系统自动拦截；这一机制让病例档案归档管理既能高效流转，又始终处于受控状态，避免权限集中带来的风险。

三、核心能力

表2 核心能力一览

能力	一句话价值	关键细节
按时归集	出院即触发	按就诊主线汇集材料，出院后自动生成科室归档任务，限时催办。
完整性检测	材料不缺页	对照应归清单逐项核对，缺项拦截归档，保证病历完整。
密级分级	隐私有保障	按敏感度定密，电子件加密存储，调阅按权限严格审批。
年限管理	到期可鉴定	按类别登记保存期限，临期自动提醒，鉴定销毁全程留痕。
全程留痕	调阅可追溯	复印、外借、调阅均记录操作人与时点，满足医疗举证要求。

四、典型使用场景

- 出院归档：患者出院后科室按时归集全套病历，系统拦截缺项，避免滞留；
- 临床调阅：医生因诊疗需要按权限调阅历史病历，审批与操作全程留痕；
- 医疗举证：发生纠纷时可调取完整病历及调阅记录，作为举证依据。

五、价值与产品定位

病例归档管理的价值，是让医疗敏感档案在完整保存与隐私保护之间取得平衡：材料归得齐，诊疗有延续；权限管得严，隐私不泄露；年限清得楚，处置有依据。

它与病历借阅管控、保密审查、权限分级共同构成医疗机构的档案安全体系。云丰档案支持三员分离、多全宗与加密存储，并完成信创适配，满足卫生健康行业对病历管理的合规要求。从长期运行看，病例档案归档管理产生的数据会持续沉淀在档案库中，随日常利用不断积累丰富；系统支持按时间、部门、类别等维度统计与导出，可定期形成病例档案归档管理运行情况的汇总，为管理决策和迎检备查提供扎实的数据支撑，而不是一笔糊涂账。