

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS 329—2024
代替 WS 329-2011

麻醉记录单标准

Standard for anesthesia record

2024-07-23 发布

2025-08-01 实施

前 言

本标准强制性标准。

本标准代替WS 329-2011《麻醉记录单》。与WS 329-2011相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

——将麻醉记录单中的手术者更改为手术医师、麻醉者更改为麻醉医师，增加了麻醉护士（见 5.5，2011年版的 5.5）；

——增加了身体质量指数（见 6.2.6）；

——增加了记录呼吸参数（见 6.4.8.2）；

——增加了记录体温（见 6.4.8.4）；

——更改了麻醉小结，增加了记录气管导管拔除等重要操作步骤（见 6.4.11，2011年版的 6.3.11）；

——更改了离室信息，增加了出室前麻醉后恢复评分（见 6.5.2，2011年版的 6.4）；

——附录 A 增加了 ASA 分级中应对特殊患者人群的内容。

本标准由国家卫生健康标准委员会医疗服务标准专业委员会负责技术审查和技术咨询，由国家卫生健康委医疗管理服务指导中心负责协调性和格式审查，由国家卫生健康委医政司负责业务管理、法规司负责统筹管理。

本标准起草单位：中国医学科学院北京协和医院、首都医科大学附属北京世纪坛医院、复旦大学附属中山医院、北京大学第一医院、首都医科大学宣武医院、北京大学第三医院、空军军医大学第一附属医院、首都医科大学附属北京同仁医院、上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院、成都市第三人民医院。

本标准主要起草人：黄宇光、裴丽坚、李天佐、缪长虹、王东信、王天龙、郭向阳、董海龙、王古岩、徐子锋。

本标准于2011年首次发布，本次为第一次修订。

麻醉记录单标准

1 范围

本标准规定了麻醉记录用纸、书写和内容要求。
本标准适用于各级各类医疗卫生机构及其医务人员建立和使用麻醉记录。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

GB 3100 国际单位制及其应用
DA/T 11 文件用纸耐久性测试法
DA/T 16 档案字迹材料耐久性测试法

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

麻醉记录 anesthesia record

麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。

3.2

麻醉开始 anesthesia start time

从患者入室执行基本生命体征监测和/或治疗医嘱视为麻醉开始。

3.3

麻醉结束 anesthesia end time

患者达到出室标准和/或麻醉医师将患者移交至其他科室医师和/或护士。

3.4 麻醉期间 during anesthesia

从麻醉开始到麻醉结束时间。

4 麻醉记录单用纸要求

麻醉记录单用纸的技术要求应符合 DA/T 11 中对一般耐久纸的技术要求。

5 麻醉记录单书写要求

- 5.1 应使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料应使用蓝或黑色油水的圆珠笔。
- 5.2 书写麻醉记录单用的墨水、圆珠笔用油墨和复写纸等字迹材料的耐久性应符合 DA/T 16。
- 5.3 应使用中文简体，通用的外文缩写，无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可使用外文。
- 5.4 麻醉记录单书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

- 5.5 当单页麻醉记录单不能满足要求时，应另附页书写。附页中的手术方式、手术医师、麻醉方式、麻醉医师、麻醉护士、巡回护士等项目应填写完整。附页中的术前特殊情况、麻醉小结、麻醉期间并发症、特殊事件或突发情况及处理、离室信息则只需记录一次。
- 5.6 麻醉记录单书写过程中出现错字时，应用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，修改人签名和时间。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或删除原来的字迹。
- 5.7 上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的麻醉记录单的责任。麻醉记录单由相应麻醉医师签名。实习医务人员、试用期医务人员、进修医务人员书写的麻醉记录单，应经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。
- 5.8 打印的麻醉记录单应按照本标准的内容要求录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。医疗机构打印的麻醉记录单应统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。打印的麻醉记录单在编辑过程中应按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的麻醉记录单不得修改。
- 5.9 电子病历中麻醉记录部分的内容要求同本标准第6章。

6 麻醉记录内容要求

6.1 总体要求

麻醉记录应客观、真实、准确、及时、完整、规范。内容应包括患者一般信息、术前特殊情况、术中情况、离室信息。

6.2 患者一般信息

6.2.1 姓名

麻醉记录中的患者姓名应与病历首页内容中的姓名一致。

6.2.2 性别

麻醉记录中的患者性别应与病历首页内容中的性别一致。

6.2.3 年龄

麻醉记录中的年龄：新生儿应精确到天；婴儿应精确到月；幼儿及学龄前儿童应精确到月，应以岁、月表示；此后均精确到周岁（满）。

示例：通过患者身份证，提示患者实际年龄为36岁5个月，记录为36岁。

6.2.4 身高

6.2.4.1 患者术前访视前最近一次测量的身高，单位应采用厘米表示，单位符号 cm。

6.2.4.2 无法测量身高者，用身长代替，单位应采用厘米表示，单位符号 cm。

6.2.5 体重

6.2.5.1 患者术前访视前最近一次测量的体重，单位应采用国际单位制质量单位千克表示，单位符号 kg。

6.2.5.2 无法测量体重者，应注明原因，例如：卧床等。

6.2.6 身体质量指数（body mass index, BMI）

通过术前访视，获取最近一次测量的身高、体重，计算身体质量指数。计算公式为：身体质量指数（BMI）= 体重 ÷ 身高²，其中体重以千克（kg）为单位，身高以米（m）为单位。

6.2.7 科别

患者术前所在科室。例如：血管外科。

6.2.8 病房

患者术前所在病房（包括病区）。例如：骨科三病房。

6.2.9 病历号

麻醉记录中的患者病历号应与病历首页内容中的病历号一致。

6.2.10 日期和时间

麻醉记录使用阿拉伯数字书写日期和时间，麻醉当日公元纪年日期时间，包括年月日和24h制时间，精确到时、分。

6.2.11 页码

6.2.11.1 “第 页”标记的是本页麻醉记录所占该患者本次麻醉记录的页码数；

6.2.11.2 “共 页”标记的是该患者本次麻醉记录页码的总数。

注：多次麻醉的患者，每次麻醉均独立记录页码数。

6.3 术前情况

6.3.1 美国麻醉医师协会术前患者体格情况分级

麻醉记录中患者的一般情况应包括美国麻醉医师协会术前患者体格情况分级，简称ASA分级，见附录A。

6.3.2 手术类型

麻醉记录中，如果为急诊手术，应勾选“急诊”手术选项；非急诊手术，应勾选“择期”手术选项。

6.3.3 术前禁食

6.3.3.1 麻醉记录中应填写术前禁食情况。

6.3.3.2 术前满足禁食情况要求者，应记录为“是”，否则记录为“否”。因各种原因无法获得术前禁食情况者，均记录为“否”。

6.3.4 麻醉前用药

6.3.4.1 记录术前麻醉用药名称、剂量、给药途径和日期时间，精确到分，例如：阿托品 0.5mg 肌肉注射，2022-06-30 14:30。若无术前麻醉用药，则记录为“无”。

6.3.4.2 药品名称应使用中文通用名或通用的外文缩写。例如：芬太尼。

6.3.4.3 剂量单位符合 GB 3100。

6.3.5 术前特殊情况

麻醉记录中应简明扼要地列出与麻醉风险密切相关的术前异常情况，包括病史、体格检查、辅助检查和/或检验等。

6.3.6 术前诊断

术前诊断应与手术同意书中的术前诊断一致。

6.3.7 拟施手术

拟施手术方式应与手术同意书中的手术方式一致。

6.3.8 手术体位

麻醉医师应据实填写手术体位，若术中手术体位有变化，也应记录。

6.4 术中情况

6.4.1 手术方式

手术方式可以与拟施手术方式不同。具体手术方式应由手术者口述，麻醉医师记录。

6.4.2 手术医师

麻醉医师应根据实际情况真实记录参加手术或操作医师的姓名，顺序按照术者、第一助手、第二助手、第三助手等。

6.4.3 麻醉方式

麻醉方式是手术过程中实际实施的麻醉，具体方式应由麻醉医师书写。

6.4.4 麻醉医师

麻醉医师应根据实际情况真实记录参加麻醉的麻醉医师的姓名，顺序按照主要麻醉医师、第一助手、第二助手、第三助手等。

6.4.5 麻醉护士

麻醉医师应根据实际情况真实记录参加麻醉的麻醉护士的姓名，无麻醉护士参加则记录为“无”。

6.4.6 巡回护士

麻醉医师应根据实际情况真实记录参加手术的巡回护士的姓名。

6.4.7 用药

6.4.7.1 应详细、准确记录术中使用药物的剂量和给药途径。例如：2%利多卡因 5ml 经硬膜外注入。

6.4.7.2 连续泵入药物，持续吸入气体应记录起止时间、剂量（包括浓度）和给药途径，若术中药物剂量（包括浓度）有变化，也应记录。

6.4.7.3 药品名称、剂量单位参见本标准第 6.3.4 条。

注：单次、临时给药及诱导药物、特殊药物参见本标准第 6.4.10 条。

6.4.8 术中监测

6.4.8.1 氧合

6.4.8.1.1 吸入气氧浓度

6.4.8.1.1.1 每一例全身麻醉患者，均应持续记录吸入气氧浓度。

6.4.8.1.1.2 单位符合 GB 3100。

6.4.8.1.1.3 记录示例：——吸入氧浓度 50% ——。

注：“——”代表持续状态。

6.4.8.1.2 血液氧合

6.4.8.1.2.1 在所有麻醉方式下，均应持续记录定量评估氧合的数据，例如脉搏氧饱和度。

6.4.8.1.2.2 可以直接记录数据，也可以用图示表示，应至少 15min 记录一次血液氧合的数据。

6.4.8.2 通气

6.4.8.2.1 需进行机械通气的病例

6.4.8.2.1.1 自置入气管导管、双腔支气管导管、支气管封堵器、喉罩以及其它特殊型通气管等进行通气后应记录设定的呼吸参数。

6.4.8.2.1.2 术中如果调整呼吸参数，应在调整时重新记录呼吸参数。

6.4.8.2.1.3 应连续监测呼出气二氧化碳浓度(例如二氧化碳曲线图、二氧化碳测定法或质谱分析法)，并记录数据，至少 30min 记录一次数据，除非因患者、手术或者设备等原因使监测无效。

6.4.8.2.1.4 呼吸频率用图示表示，见附录 B。

6.4.8.2.1.5 上述数据记录直至拔除气管导管、双腔支气管导管、支气管封堵器、喉罩以及其它特殊型通气管。

6.4.8.2.1.6 单位符合 GB 3100。

6.4.8.2.2 保留自主呼吸的病例

6.4.8.2.2.1 置入喉罩且保留自主呼吸的病例，应连续记录呼吸频率，应连续监测呼气末二氧化碳并记录数据，至少 30min 记录一次数据，除非因患者、手术或者设备等原因使监测无效。

6.4.8.2.2.2 除置入喉罩外，其他保留自主呼吸的病例，应连续记录呼吸频率（参见本标准第 6.4.8.2.1.4 条）。

6.4.8.3 循环

6.4.8.3.1 每例接受麻醉的患者从麻醉开始直到准备离开手术间均应连续监测心电图。

6.4.8.3.2 每例接受麻醉的患者都应至少每 5min 记录一次脉搏和血压。

6.4.8.3.3 应采用图示表示脉搏和血压，见附录 B。

6.4.8.4 体温

6.4.8.4.1 预计手术时间长于 120min 的患者从麻醉开始直到准备离开手术间应监测体温。

6.4.8.4.2 每例接受体温监测的患者应至少记录一次体温。

6.4.8.5 扩展监测

麻醉医师可根据患者的具体情况及各医疗机构的医疗条件综合判断选择除基本监护项目外其它监护项目并记录相关数据。

6.4.9 术中静脉输液和输注血液制品

6.4.9.1 应详细、准确、真实记录术中静脉输注液体的名称、相应的输液量、输注时间。

6.4.9.2 静脉输液种类名称应使用中文通用名或通用的外文缩写。

6.4.9.3 术中输血的患者应在“血型”处准确填写患者的血型。

6.4.9.4 应详细记录术中输注血液制品的种类、输注血液制品的 ABO 血型及 Rh 血型、相应的输注量、输注时间及输注过程中的不良反应。

6.4.9.5 若术中采用自体血回输情况应详细、准确、真实记录自体血种类，相应的输血量、输注时间。

6.4.10 标记及备注

6.4.10.1 在“标记”处应标记重要麻醉步骤、手术步骤、特殊用药。包含在图例中的，应采用图示标记；未包含在其中的，应标记序号，逐次记为①、②、③……。

6.4.10.2 在备注中详细、准确、真实记录重要麻醉和手术步骤的时间及过程，以及特殊用药，单次、临时给药及诱导药物；例如：诱导、摆放体位、手术切皮和拔除气管导管等。

6.4.10.3 麻醉医师可根据自己的判断选择重要麻醉和手术步骤进行记录。

6.4.11 麻醉小结

6.4.11.1 麻醉小结是对麻醉实施过程和术中管理的总结性描述；各种麻醉方法、麻醉技术、与麻醉相关的操作等分别按不同要求，逐项填写清楚。勾选项中未包括的内容，均应据实填写在备注中。

6.4.11.2 患者气管导管拔除时应记录：患者气管导管拔除时间、拔除地点。

6.4.11.3 应记录拔管前膨胀肺操作、充分吸出呼吸道分泌物、有胃管者吸空胃管等。

6.4.12 麻醉期间并发症、特殊事件或突发情况及处理

6.4.12.1 麻醉期间所有并发症、特殊事件或突发情况及处理均应详细、准确、真实记录。

6.4.12.2 因抢救患者，未能及时书写麻醉期间特殊事件或突发情况及处理，应在抢救结束后 6h 内据实补记，并加以注明；内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。

6.4.12.3 若麻醉期间未出现并发症、特殊事件或突发情况，应记录为：无特殊情况。

6.5 离室信息

6.5.1 出室前应逐项填写离室信息；勾选项中未包括的内容，应据实填写在备注中；例如：持续泵入的血管活性药物、镇静药物、胰岛素等，见附录 B。

6.5.2 对于从手术间直接返回普通病房、门/急诊观察室、离院患者，出室前还应记录麻醉后恢复评分（Modified Aldrete score），见附录 B。

附 录 A
(规范性)
ASA 分级

A.1 ASA 分级

除了ASA分级已有的定义，麻醉医师应针对成人、小儿、产妇等分别进行评估（ASA 分级见表A.1）。

表 A.1 ASA分级

ASA分级	定义	成人，包括但不限于	小儿，包括但不限于	产妇，包括但不限于
ASA I	正常健康	健康，不吸烟，不饮酒或少量饮酒	健康，与年龄相符BMI且无慢性疾病	
ASA II	轻度系统性疾病	轻度系统性疾病，无功能受限。当前吸烟者，社交性饮酒，妊娠状态，肥胖（ $30 < \text{BMI} < 40$ ），控制良好的DM或HTN，轻度肺部疾病	先天性心脏畸形已纠正，控制良好的心律失常、哮喘无发作或加重，非胰岛素依赖性糖尿病，与年龄不符BMI，轻度/中度阻塞性睡眠呼吸暂停、肿瘤缓解期、轻度自闭症（日常活动轻度受限）	正常妊娠*，控制良好的妊娠期高血压，控制良好的子痫前期，饮食控制的妊娠糖尿病
ASA III	重度系统性疾病	一种或多种中重度疾病，功能部分受限。控制不佳的高血压/糖尿病，慢性阻塞性肺疾病，重度肥胖（ $\text{BMI} \geq 40$ ），活动性肝炎，酒精依赖或酗酒，心脏起搏器植入术后，心脏射血分数中度下降，终末期肾病进行定期规律透析，心肌梗死史、脑血管意外史、短暂性脑缺血发作病史、冠状动脉疾病或冠脉支架置入病史（ >3 个月）	未矫正的稳定性先天性心脏畸形，哮喘急性发作，癫痫控制不佳，胰岛素依赖性糖尿病，病态肥胖，营养不良，重度阻塞性睡眠呼吸暂停，肿瘤进展期，肾衰竭，肌营养不良，囊性纤维化，器官移植史，脑/脊髓畸形，症状性脑积水，早产儿矫正胎龄（ $\text{PCA} = \text{胎龄} + \text{出生后周数}$ ） < 60 周，日常活动明显受限的自闭症，代谢性疾病，困难气道，长期肠外营养， < 6 周龄的足月新生儿	严重的子痫前期，具有并发症的妊娠期糖尿病或高胰岛素依赖，需抗凝治疗的血栓性疾病
ASA IV	极重度系统性疾病，随时存在生命危险	近3个月内的心肌梗死史、脑血管意外史、短暂性脑缺血发作病史、冠状动脉疾病或冠脉支架置入史，进行性心肌缺血或严重心脏瓣膜功能异常，心脏射血分数重度下降，脓毒症，弥散性血管内凝血，急性肾损伤或未接受定期规律透析的终末期肾病	有症状的先天性心脏畸形，充血性心力衰竭，早产后遗症进行性加重，急性缺氧缺血性脑病，休克，败血症，弥散性血管内凝血，自动植入式心律转复除颤器，呼吸机依赖，内分泌疾病，严重创伤，重度呼吸窘迫，晚期肿瘤	并发HELLP综合征或其他不良事件的严重子痫前期，围产期心肌病且心脏射血分数 < 40 ，未矫正或失代偿期的获得性或先天性心脏病
ASA V	若不接受手术就无法生存的垂死患者	腹/胸动脉瘤破裂，严重创伤，颅内出血伴占位效应，缺血性肠病伴严重心脏病理性改变或多器官/系统功能衰竭	大面积创伤，颅内出血伴占位效应，需ECMO支持的患儿，呼吸衰竭或呼吸骤停，恶性高血压，失代偿性充血性心力衰竭，肝性脑病，缺血性肠病或多器官/系统功能衰竭	子宫破裂
ASA VI	脑死亡患者，正在接受供体器官摘除手术			

*尽管妊娠并不是一种疾病，但产妇的生理状态与未妊娠的女性相比发生了显著变化，因此无合并症的妊娠状态女性为ASA II。
**如果为急诊手术，则在相应的分级之后加上“E”：急诊定义为延误患者治疗可能会导致危及生命或身体受损风险增高。

附录 B
(规范性)
麻醉记录单样式

B.1 麻醉记录单样式

麻醉记录详细内容见图B.1。

******* 医院**
麻 醉 记 录

页码: 第 页/共 页

科别: _____ 病房: _____ 病历号: _____

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 身高 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ASA 分级 _____ 急诊 择期 术前禁食 (是/否) 术前特殊情况: _____

术前诊断: _____

拟施手术: _____

麻醉前用药: _____ 手术体位: _____

时间 (min)											
用 药 及 输 液 情 况	用 药										
	输 液										
	输 血 (血型)										
	出 量										
术 中 监 测	脉搏氧饱和度										
	脉搏/血压										
	收缩压										
	舒张压										
	平均动脉压										
	脉搏										
	体温										
	机械通气										
	插管										
	拔管										
备 注	麻醉开始										
	手术开始										
	手术结束										
	标记										
手术方式 _____ 麻醉方式 _____											
手术医师 _____ 麻醉医师 _____ 麻醉护士 _____ 器械护士 _____ 巡回护士 _____											

图B.1 麻醉记录单样式

