

医疗服务放射影像检查结果生成质量控制 规范

Quality control specification for generating radiological imaging
examination results in medical services

征求意见稿

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

目 次

前言 II

1 范围3

2 规范性引用文件 3

3 缩略语3

4 放射影像检查报告书写整体原则 3

5 人员要求 错误！未定义书签。

6 放射影像检查图像质量基本要求 3

7 放射影像检查报告质控规范 4

附录 A（资料性）放射影像检查报告模板 8

附录 B（资料性）放射影像检查报告质控评分表 6

附录 C（资料性）放射影像检查报告示例10

参考文献 错误！未定义书签。

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由北京市卫生健康委员会归口与提出。

本文件由北京市卫生健康委员会组织实施。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

医疗服务放射影像检查结果生成质量控制规范

1 范围

本文件规定了医学放射影像检查报告的书写整体原则、人员要求、放射影像检查图像质量基本要求、放射影像检查报告质控规范。

本文件适用于对医疗服务放射影像检查结果生成质量控制规范。本文件适用于二级及以上医疗机构，其他医疗机构参照执行。

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文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 391 CT检查操作规程

WS/T 389 医学X线检查操作规程

3 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

CT：电子计算机体层摄影技术（Computed Tomography）

MRI：磁共振成像（Magnetic Resonance Imaging）

RIS：放射科信息系统（Radiology Information System）

4 基本要求

4.1 放射影像检查报告书写人员发现影像学检查结果提示受检者生命处于危险状态，需要临床紧急处置时，应启动危急值报告流程。

4.2 具备使用结构化报告条件的医疗机构宜使用结构化报告。

4.3 放射影像设备操作人员应符合以下要求：

- a) 接受放射工作人员放射防护培训并考核合格；
- b) 经过相应设备的操作培训，掌握相应的临床操作规范，熟悉成像设备的基本性能和功能，能根据成像申请单和受检者的需求选择适宜的成像方案和参数；
- c) 熟悉影像质量的要求，能识别成像流程中出现的伪影并采取应对措施。

4.4 二级及以上医疗机构放射影像检查报告签发医师应为取得本专业执业医师资格证并通过或视同通过第一阶段住院医师规范化培训的医师。

4.5 报告签发医师应签名（手写或经认证的电子签名）。报告经再次修改，签发医师署名应为最后修改报告者。

4.6 放射影像检查报告完成日期及时间：应由 RIS 系统自动生成。

5 放射影像检查图像质量要求

5.1 放射影像检查图像成像

检查技术应按照WS/T391、WS/T389及医学影像检查操作规范DR成像分册、CT成像分册、MR成像分册进行。

5.2 检查标识

5.2.1 基本标识

放射影像检查图像标识应包括：受检者基本信息、包括姓名、性别、年龄、出生日期、受检者ID、医院名称、设备名称、检查日期、检查时间、序列及图像序列、体位标识、重要的成像或扫描参数等信息。

5.2.2 互认标识

5.2.2.1 在互认范围内的医疗机构应在放射影像检查图像上医疗机构名称后标注其相应的互认范围和互认标识。

5.2.2.2 医疗机构影像检查互认标识统一为HR。北京互认拼音标识为“BJHR”，京津冀互认拼音标识为“JJHR”。如同一项目满足多个互认范围，则应以最大范围的名义标注。

6 放射影像检查报告质控

6.1 报告书写要求

6.1.1 报告应包含放射影像检查报告的所有组成部分，格式见附录A。

6.1.2 报告应内容完整，格式规范，简明扼要，前后呼应，回答临床，重点突出，意见明确，及时有效。

6.2 受检者基本信息

6.2.1 应包括姓名、性别、年龄、科别、检查号、临床诊断及检查时间。

6.2.2 检查日期应显示年、月、日，检查时间显示时、分。

6.3 检查的技术参数

6.3.1 书写放射影像检查报告时应将以上所有信息与申请单上的受检者基本信息及放射影像检查图像上的受检者基本信息核对。

6.3.2 医疗机构进行放射影像检查时应符合WS/T391、WS/T389有关规定执行。

6.3.3 应清楚显示检查种类：X线检查、CT、MRI。

6.3.4 X线检查应标明检查部位、体位和投照方位，检查部位宜参照北京市医学影像检查资料互认项目清单，具体参数参照医学影像检查操作规范DR成像分册。

6.3.5 CT检查应标明检查部位、扫描方法、扫描范围及重建技术名称。检查部位宜参照北京市医学影像检查资料互认项目清单，具体参数参照医学影像检查操作规范CT成像分册。

6.3.6 MRI检查应标明检查部位及扫描序列，扫描序列的书写格式应为“方位：加权成像技术+特殊对比，不同方位之间应用“；”分隔；同一方位不同序列之间应用“，”分隔。检查部位宜参照北京市医学影像检查资料互认项目清单，具体参数参照医学影像检查操作规范MR成像分册。

6.4 影像描述

6.4.1 描述内容

6.4.1.1 脏器描述应符合以下要求：

a) 应描述位置、大小、形态、密度/信号改变等；

- b) 对称脏器需描述对称性，中线结构有无偏移；
 - c) 临床拟诊疾病的器官未见异常，应重点描述；
 - d) 应注意患者有无手术史，尤其是胆囊、子宫等。
- 6.4.1.2 对病灶描述应符合以下要求：
- d) 应详细描述部位、数目、大小、形态、边界、密度/信号、强化、周围组织；
 - e) 除阳性征象外，还应描述有鉴别诊断价值的阴性征象。
- 6.4.2 描述顺序
- 6.4.2.1 有异常者，应按病变的临床重要性高低顺序进行描述。
- 6.4.2.2 正常报告可按器官顺序描述。
- 6.4.2.3 同一类疾病且有逻辑关系者应一起描述。
- 6.4.2.4 诊断结论的顺序应与影像描述的顺序一致。
- 6.4.3 描述要求
- 6.4.3.1 应执行严格比对原则。
- 6.4.3.2 密度及信号的高低应指定参照组织。
- 6.4.3.3 密度或信号高低的程度应用明显低、中度低、稍低、等、稍高、中度高、明显高进行分度。
- 6.4.3.4 增强扫描应描述强化程度，强化程度应按照无强化、轻度强化、中度强化及明显强化进行分度。多期动态增强扫描应描述强化模式。不应使用“未见明显强化”等模糊描述。
- 6.4.3.5 段落、标点符号、空格等格式应准确，一个脏器或一组关联脏器，或关联疾病为一段落。
- 6.4.3.6 测量小数点位数以及单位宜统一。
- 6.4.3.7 描述简洁、准确。
- 6.5 诊断结论
- 6.5.1 针对提出的检查目的，报告应回答临床问题。
- 6.5.2 多种疾病时，应按疾病的重要程度确定顺序。
- 6.5.3 每一类病灶应给出准确的定位诊断。
- 6.5.4 定性诊断应符合以下要求：
- a) 如果疾病的影像表现典型，宜给出明确定性诊断；
 - b) 如疾病的影像学表现不典型，不能明确定性诊断者，宜给出几种可能性，并以可能性大小的顺序排列；
 - c) 同一病灶，可能性诊断不宜超过三个；
 - d) 如疾病影像学表现不典型，且不能给出可能性诊断者，需给出明确建议，相应建议可为进一步的相关影像检查、其他科室参与会诊等。
- 6.5.5 恶性肿瘤宜给出影像学分期。
- 6.5.6 以前有相同或类似检查时，应对每一诊断都应进行比较，应注明对比的具体时间。
- 6.5.7 报告质量应符合附录 B 的规定。相关示例见附录 C。

附 录 A
(资料性)
放射影像检查报告模板

放射影像检查报告模板见表A.1。

表A. 1 放射影像检查报告模板

XX 医院放射影像检查报告		
检查号 姓名 性别..... 年龄		
科别..... 临床诊断		
检查名称	检查时间	
技术参数		
影像描述:		
诊断结论:		
报告医师:	审核医师:	报告时间:

附 录 B
(资料性)
放射影像检查报告质控评分表

放射影像检查报告质控评分表见表 B.1。

表 B.1 放射影像检查报告质控评分表

放射影像检查报告质控评分表							
	检查项目	检查内容	机构提供的资料	考评方法	分 值	得 分	扣分理由
放 射 科 报 告 质 量 控 制	1、放射影像检查 报告规范术语一 致,有审核制度与 流程;建立影像手 术病例、疑难病例 随访与反馈制度 (10 分)	科室有放射影像检查报告书写规范、审核制度	提供规范及制度	无相应规范及制度不得分	2		
		科室每月对放射影像检查报告质量进行质控检查,对存在的问题有改进措施	提供记录	无质控措施不得分	2		
		有手术病例、疑难病例随访与反馈制度	提供记录	无临床随访制度与执行纪录,不得分,记录不完整-1 分	2		
		定期召开疑难病例讨论或 MDT 读片会	提供记录	无相应措施不得分	2		
		根据医院功能任务设置若干专业组,如头颈和中枢神经系统、呼吸和循环系统、消化及泌尿生殖系统、骨关节系统等专业组及人员梯队设置合理	提供相关制度与记录	三级医院未设亚专业组不得分;二级医院未设专业组不扣分	2		

2、放射影像检查 报告质量(20 分)	DR、CT、MRI 放射影像检查报告质量评价-影像 描述部分，报告描述规范，使用专业术语	抽查 3 个月内 10 份有手术结果 临床随访结局的放射影像检查 报告（包括神经、呼吸、消化及 泌尿生殖、骨骼、循环系统疾病） 评价其报告质量	描述规范，描述不规 范或错误，每例-1 分	10		
	DR、CT、MRI 放射影像检查报告质量评价-诊断 结论部分，诊断明确，与手术结果或临床随访结 局符合情况，诊断符合率应大于 90%	抽查 3 个月内 10 份有手术结果 或有临床随访结局的放射影像 检查报告（包括神经、呼吸、消 化及泌尿生殖、骨骼、循环系统 疾病）评价其诊断符合情况	如果不符合，诊断错 误或漏诊，每例-1 分； 诊 断 符 合 率 小 于 90%，-5 分	10		
合计得分				30		
不合格判定为：总分 < 21 分。						

附录 C
(资料性)
放射影像检查报告示例

放射影像检查报告示例见表C.1。

表C.1 放射影像检查报告示例

XX 医院放射影像检查报告		
检查号	XXXXXXXX	姓名 XXX 性别 XX 年龄 72 岁
科别	神经内科	临床诊断 头晕；
检查名称	头颅 MRI 平扫+头颅 MRI 增强 检查时间 2024 年 09 月 08 日 10:24:22	
检查技术	扫描范围：颅顶–颅底；扫描序列：横断位：横断位：T1WI，T2WI，FLAIR，DWI，T1WI+C； 冠状位、矢状位：T1WI+C	
影像描述：	头颅形态如常。右侧顶部大脑凸面脑外见一类圆形异常信号，病变大小约 2.4cm × 1.8cm × 2.3cm，各序列上与脑灰质信号一致，边界清楚，边缘光滑，邻近脑组织略受压移位，邻近颅骨增厚；增强扫描后病变明显均匀强化，可见脑膜尾征。左侧侧脑室后角旁及双侧基底节区见多发斑点状脑脊液样信号影，FLAIR 上其周边可见稍高信号影环绕，增强后未见强化。双侧侧脑室周围及大脑深部白质区见多发斑点状异常信号影，T1WI 呈等或稍低信号，T2WI 及 FLAIR 呈稍高信号，DWI 上信号不高，增强后未见强化。中线结构无偏移。脑室系统扩张，脑沟裂增宽。	
诊断结论：	1、右侧顶部脑膜瘤； 2、多发腔梗软化灶； 3、缺血性脑白质病变，改良 Fazekas2 级； 4、老年性脑改变。	
报告医师：	XXX	审核医师： XXX 报告时间： XXXX 年 XX 月 XX 日 X 时 X 分