

医院临床康复个人先进申报材料

第一篇：医院临床康复个人先进申报材料

医院临床康复个人先进申报材料 xxx，男，26岁，2005年来院工作。我从医以来一直工作在临床康复第一线，每年收治病人 200 余人，为医院创造经济效益 10 万余元。在繁忙的工作中，我竭尽全力履行着一位医务工作者神圣的天职，毫无保留地把自己学识、技术和经验奉献给所挚爱的事业，岗位和一个又一个需要救治的病人。在我的日程里没有时间概念，只有病人和工作的需要，我从不计较个人得失，为了病人经常加班加点。我曾多次参加我科重症病人的康复治疗，不论是刚下夜班，还是半夜在家休息，只要接到通知立即回到工作岗位，只要病人需要我，我就会出现在他们的床前。今年我结婚，为了不耽误病人的治疗，我主动放弃了一部分休息时间，提前赶回医院，回到了病人身边。为了提高康复科病人的康复效果，我大胆突破，制订了一系列康复和治疗方案，并取得了很好的效果。工作至今，我始终保持着良好的心理素质和爱岗敬业、任劳任怨的专业精神，从不计较个人得失，常常超时工作，主动配合科主任搞好科室管理工作，积极参与开展各种新技术项目，与同事们一起克服工作中遇到的各种困难，并积极向经验丰富的上级医师学习临床经验，使科内形成了互帮互学，共同提高的学习风气。不断学习，更新知识，钻研新的康复治疗技术，并有效地利用到临床治疗工作中，从而取得良好的治疗效果。

第二篇：康复医院临床护理制度

康复医院 临床护理制度

2017 年 9 月 26 日 目录

目录.....	护理质.....
量管理委员会工作制度.....	护理质量持续改进..... 3
管 理 制 度	护 理 部 工 作 制..... 3
度	护 理 人 员 执 业 准 入 制.....
度	病 区 抢 救 车 管 理 办 法..... 8
法	护 理 查 房 制..... 10

度病.例.讨.论.制.....

度护.理.会.诊.制.....

度患.者.身.份.识.别.制.....

度查...对...制..... 15

度.....护.理.不.良.事.件.主.动.....

报告与管理办法.....患.者.坠.床./跌.倒.防.范.管.理.制

度.....患.者.坠.床.与.跌.倒.报.告.及.伤.情.认.定.制

度压.疮.风.险.评.估.、.报.告.与.管.理.制

度应.用.保.护.性.物.束.管.理.制

度病...房...管...理...制

度探.视...陪.护.制.....

度分.级.护.理.制..... 3

度.....

护理质量管理委员会工作制度

- 1、成立由分管护理副院长、护理部主任（副主任）、科护士长、护士长组成的护理质量管理组织，负责全面督导、检查。
- 2、负责制定各项质量检查标准，定期组织检查，发现问题及时反馈。
- 3、质量管理组织成员定期召开会议，总结质量检查中存在的问题，分析原因，提出改进措施并反馈到全体护士。
- 4、实行护理部、科护士长、科室三级网络质量管理，科室质检小组每周至少检查一次，各护理质控小组每月检查一次，护理部每季度检查一次，并有记录。
- 5、将质量检查结果及时反馈给当事人，并以护理质量改进记录表的形式反馈给相应科室。
- 6、科室根据存在问题和反馈意见进行改进，并以质量改进记录表的形式汇报护理部，以达到持续改进的目的。

护理质量持续改进管理制度

为加强护理管理的内涵建设，提升护理服务品质，保障护理工作的连续性、规范性、安全性和对医疗的直接支持作用，特制订护理质

量持续改进管理办法。

一、护理质量管理

- 1、目标、患者和家属对护理服务满意度 $\geq 90\%$
- 2、基础护理、专科护理、危重患者护理合格率 $\geq 95\%$ （85分合格）
- 3、护理基础、专科理论考核合格率 $\geq 90\%$
- 4、护理技术操作合格率 $\geq 90\%$ （85分合格）
- 5、护理文书书写合格率 $\geq 95\%$ （90分合格）
- 6、健康教育覆盖率100%，患者健康教育知晓率 $\geq 60\%$
- 7、病区管理合格率 $\geq 90\%$
- 8、急救物品完好率100%
- 9、病区毒、麻、精神药品管理合格率 $\geq 100\%$
- 10、无菌物品灭菌合格率100%
- 11、一人一针一管执行率100%
- 12、年护理严重差错发生率 $\leq 0.2\%$
- 13、年护理一般差错发生率 $\leq 0.4\%$
- 14、年护理事故发生率0
- 15、院内压疮发生率0
- 16、各项护理规章制度完善

二、护理质量持续改进办法

护理质量持续改进引入“追踪方法学”以聚团队共识与默契，改善团队沟通与协作模式，降低护理风险，持续提升护理质量与病人满意度，保证护理质量和病人安全。

1、健全护理质量管理体系，实行目标管理责任制，层级负责，职责明确。

（1）实施目标管理，将医院护理部的质量管理整体目标转化成各护理单元及护士的工作目标，完善护理质量评价标准，高度重视基础护理、专科护理效果评价，重高护理行为的评价，保证护理质量持续改进。

（2）每季度由护理部召开“护理质量分析会”，进行护理质量分析、评价、制定整改方案。

(3) 按照《病历书写基本规范》完善护理文件书写标准及质量考核标准，健全质量可追机制。

(4) 进一步健全护理工作制度，护士的岗位职责、护理常规、护理技术操作规程、工作规范、工作质量标准、考核标准，采取护理质量讲评，护理质量分析会，等方式让全体护士知晓护理服务理念、并定期考核落实情况。

(5) 各科室针对专科护理工作潜在不安全因素制定、完善突发事件的应急预案，确保护理安全。

2、强化培训、提高全员参与护理质量持续改进意识。

(1) 加强对护理人员卫生法律法规的学习，认真贯彻落实《查对制度》、《消毒隔离制度》等有关规定。

(2) 培养护理人员树立集成意识，自觉维护医院及科室的利益，牢固树立以质量求发展的服务意识，鼓励护理人员全员护理质量管理，使病人对护理工作的意识和建设能得到及时的反馈，病人的投诉得到及时有效的处理，充分体现以人为本的护理工作宗旨。

3、充分发挥三级护理管理职责，运用 PDCA 循环，围绕护理核心制度对各护理单元进行护理质量评价，抓好质量策划、质量控制和质量改进三个关键过程，实行护理质量与护理安全责任制和责任追究制。

(1) 护理部每周安排护士长查夜，重点巡查护士岗位职责、规章制度的落实情况，解决护理工作疑难问题，临时调配护理人员，指导或参与危重患者的抢救并做好值班记录。

(2) 护理部每月组织对全院各护理单元护理质量、优质护理服务开展情况进行监督、检查、评价，并及时、准确完成信息通报工作。

(3) 每月组织 1~2 次“护理行政查房”针对“优质护理服务、病区管理、护士岗位职责”等各项护理管理工作进行检查、督促、落实。

(4) 节假日和双休日组织护士长对全院各病区进行巡查，检查各科室班人员安排是否合理，护士工作状态和规章制度的落实情况，指导危险患者护理，及时解决疑难问题。

(5) 针对护理文书薄弱的科室，有重点、有针对性地运行“护理文书督查指导”，规范护士的书写，提高护理文书的质量。

(6) 注重环节质量管理，加强重点时段（午间、晚班、夜班、节假日、节前、工作繁忙时），重点患者（新入院、年老体弱、特殊检查、危重患者、突然发生病情变化、有自杀倾向患者）、重点护士（护理骨干、新招聘护士、遭遇生活事件的护士）的护理质量管理，运用科学手段持续改进护理质量，落实《护理安全管理工作方案》。

(7) 坚持每周 2—3 次下病房参加科室晨交班，指导督促各项制) 针对护理文书薄弱的科室，有重点、有针对性地进行“运度、常规的落实，防微杜渐，把隐患消灭在萌芽阶段，确保医疗护理安全。(8) 客观公正地评价各护理单元的护理质量水平，建立质量的数据反馈统计指标，使质量检查控制做到科学化、数据化，每月检查结果以《护理质量检查反馈表》书面形式反馈各个护理单元并由科室制定整改措施。

护理部工作制度

护理部是医院管理职能部门之一，负责护理质量安全、护理服务、护理人员继续教育、护理人力资源管理、护理信息、护理文化建设、护理教学和护理科研等工作。

一、护理部在业务副院长的领导下，实行护理部主任→护士长二级负责制。

二、护理部根据医院工作要点，结合临床医疗和护理工作实际，负责全院护理工作的规划、工作计划和重点工作的部署。

三、建立健全各项护理管理制度、质量标准、疾病护理常规、护理操作规范及各级护理人员岗位职责并督促落实。

四、进行护理质量控制工作。

五、督促落实以患者为中心的护理服务。

六、与人力资源部协作负责全院护理人力资源管理，包括人员的招聘、培训、晋升、调配、奖惩等有关事宜。

七、负责全院各级各类护理人员业务水平的提升，包括组织护理人员分层级培训及考核、组织护理查房与会诊，定期对护理人员进行岗位技术能力评价工作。

八、负责护理临床教学管理，包括教师的培养、整体教学计划的制定、落实及教学质量监控。

九、组织和领导护理科研及护理新技术的推广应用。

十、负责护理信息管理，保证护理人员获取及时有效的护理信息，推动护理工作信息化。

十一、负责护理文化建设，注重对护理人员的人文关怀，全面调动护理人员工作的积极性。

十二、组织召开相关工作会议，如护理部例会、（总）护士长例会、全院护士大会等。

护理人员执业准入制度

一、新入院护理人员须经严格岗前培训与考核，合格后方可上岗。

二、护理人员必须持护士执业证书并按规定注册，具备专业护理能力，方可独立从事临床护理工作。

三、参加科室及医院组织的培训与考核，考核合格，继续医学教育合格。

四、护理人员的资质（包括技术能力、服务品质、职业道德等）至少每3年重新认定一次。

五、急诊、重症医学科、血液透析等特殊岗位护理人员须符合相关准入条件。

（一）急诊专业护士准入条件

1. 急诊专业护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格和2年以上急诊临床护理工作经验，具备一定的管理能力。

2. 急诊专业护士必须为具有3年以上临床护理工作经验，经岗位培训合格的注册护士。定期接受急救知识、技能的再培训与考核，再培训间隔时间原则上不超过2年。3. 急诊专业护士应具备的知识和技能：(1)急诊护理工作内涵及流程，急诊分诊；(2)急诊科内的医院感染预防与控制原则；(3)常见危重症的急救护理；(4)创伤患者的急救护理；(5)急诊危重症患者的监护技术及急救护理操作技术；(6)急诊各种抢救设备、物品及药品的应用和管理；(7)急诊患者心理护理要点及沟通技巧；

(8)突发事件和群伤的急诊急救配合、协调和管理。

（二）重症医学专业护士准入条件

1.重症医学专业护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格，且在重症监护领域工作3年以上，具备一定的管理能力。

2.重症医学专业护士必须为接受过严格的专业理论和技术培训并考核合格的注册护士。定期接受重症医学相关知识、技能的再培训与考核，再培训间隔时间原则上不超过2年。3.重症医学专业护士应具备的知识与技能：

(1)掌握重症医学专业相应的医学基础理论知识、病理生理学知识及多专科护理知识和实践经验。具有较强的评判性思维能力；(2)掌握重症监护的专业技术：

输液泵的临床应用和护理，外科各类导管的护理，给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术，循环系统血液动力学监测，心电监测及除颤技术，血液净化技术，水、电解质及酸碱平衡监测技术，胸部物理治疗技术，重症患者营养支持技术，危重症患者抢救配合技术等；(3)除掌握重症监护的专业技术外，应具备以下能力：

各系统疾病重症患者的护理、重症医学科的医院感染预防与控制、重症患者的疼痛管理、重症监护的心理护理等。

(一) 护士根据其条件向病区护理质量管理小组提出岗位准入资质申请。

(二) 病区护理质量管理小组对其评价，提出审核意见，报医院护理质量管理委员审批。

(三) 护理质量管理委员审批通过后通知病区及本人，方可独立值班。

病区抢救车管理办法

一、抢救车须由专人管理、各种药品、物品及数量按抢救需要配置，并定位放置。

二、抢救车放置位置固定，不得随意移动，各值班人员要熟练掌握抢救车内备用药品、物品情况并熟练应用。

三、对抢救车任务重，抢救车使用频次多的病区（如：急诊科、监护室），采用每班交接的方法进行管理，护士长每周检查一次抢救车的管理落实情况，并做好记录。

四、对于抢救任务相对较轻（普通病房）、抢救车使用频次较少的病区，采用封条管理办法：

（一）在不改变抢救车结构、内容的情况下，用封条将抢救车的上盖、抽屉等相关位置进行粘贴、封存、注明封闭时间，并做醒目标识“非抢救病人勿用”，由当班护士和管药责任护士两名护士签字。

（二）每周由专人检查抢救车封闭情况，封条是否处于完好状态，并记录签字。

（三）抢救急、危病人时，撕下封条取用物品。抢救结束后，及时清理用物，做好补充。抢救车一旦开启使用后，应在抢救药品交接本上注明开启人及开启时间，如夜间使用，及时记录，当班补充，由两人核对后贴上封条，注明封闭时间并签字，同时做好记录。

（四）在未使用的情况下，由专人负责，每班检查封条，每月月底同护士长（护士长不在班可指定专人贴）共同核对。

护理查房制度

（一）、行政查房

1、护理部主任每日巡视病房，查护士劳动纪律，病房秩序和护士岗位责任执行情况。

2、查无菌技术操作，消毒隔离、优质护理服务示范病区的执行情况，以危重护理、服务态度等为主要内容。

3、定期抽查护理表格书写情况和各种表格登记情况。

4、每月按护理工作要求，进行分项查房，严格考核、评价，记录查房结果，每月有检查汇总及持续改进反馈。

5、护士长总值班时参加夜查房，工作日晚至少巡视一次，双休日及节假日至少巡视两次，根据护理部要求，检查护士劳动纪律，病房秩序、护士岗位责任执行情况、护理管理制度的知晓度等。每班填写总值班记录，护理部每月将检查结果汇总给科室，科室有反馈及持续改进。

（二）、业务查房

1、各病区每年制定护理查房计划，按计划每月组织护理查房一次，护理查房要体现专科特色。

2、护理部每年制定护理查房计划，各科室根据护理部的护理查房计划，选择本科室的疑难病例、危重患者或特殊病种进行查房。事先将准备的护理查房资料送至护理部及各科室护士长，并通知查房时间、地点。

3、查房时由病房护士长指定报告病例的护理人员进行准备，查房时要简单报告病史、进行护理体检、告知诊断、护理问题、治疗护理措施等，查房完毕进行讨论，并及时修订护理计划。

病例讨论制度

一、危重特殊病例讨论

1、临床科室应当选择适当的在院病例举行定期或不定期的护理病历讨论，一般每三个月一次，如有需要随时进行护理病历讨论。

2、特别是对典型或特殊的罕见病例，应组织全体护士并邀请医生参与讨论。

3、每次讨论前，必须事先做好各项准备工作，责任护士应将病历及有关材料加以整理，作出书面摘要，发给参加讨论的人员。

4、开会时，护士长或高资历专科护士负责解答有关疑难护理问题的提问，并提出分析整改意见。

5、制定好相应的护理计划，并跟踪观察，及时总结护理后的效果。

6、讨论内容应有详细的记录可查，整理后可以将部分重要内容摘要记录护理记录单上。

二、出院病例讨论：

1、临床科室应每季度举行一次出院病例讨论会，作为出院病历归档的最后审查。

2、出院病例讨论会可以由护士长主持或分组由责任组长主持，主管病人的负责护士和实习护士或进修护士参加。

3、应对本月出院的病例依次进行审查，特别是对死亡、病危及特一级护理病例，更应重点进行审查：死亡病历必须进行讨论分析。（1）书写方法是否正确，内容有无错误或遗漏。（2）是否按规定顺序排列。（3）护理措施是否到位及时有效。（4）从中应吸取哪些经验教训。（5）今后需努力的方向。（6）新技术、新理论学习讨论会。

1、对科室开展的医疗护理新业务必须事先进行讲课，由护士长，专科医生或专科护士主持，全科护士及相关人员参加，制定好相应护理方案与护理措施，护理要求等，并有记录。

2、及时修订新技术、新业务的病例书写标准，科室内进行学习培训。

3、护士长和护理文件书写质控员做好运行期间的文件书写督查工作，遇到问题及时讨论，修改。

护理会诊制度

（一）、专科护理会诊

1、由护理部组织，各科室护士长为骨干，组成“护理会诊组”，病区遇有本科室不能解决的护理问题时，在申请会诊前需要填写“护理会诊单”。

2、护理会诊由专科护士或护士长主持，相关专业护士及病区相关护理人员参加，认真进行讨论，提出解决问题的方法或进行调查研究。

3、进行会诊必须事先做好准备，负责的科室应将有关材料加以整理，尽可能做出书面摘要，并事先发给参加会诊的人员，预作发言准备。

4、参加会诊的人员应根据会诊需要解决的问题认真进行准备，讨论时由责任护士负责介绍及解答有关病情、诊断、治疗护理等方面的问题，参加人员对护理问题进行充分的讨论，并提出会诊意见和建议。

5、会诊结束时由专科护士或病区护士长总结，对会诊过程、结果进行记录并组织临床实施，观察护理效果。对一时难以解决的问题可以立项专门研究。

6、会诊结束后，由参加会诊护士长在“护理会诊单”上填写会诊意见，并签名。

（二）、疑难病例护理会诊

1、病区收治疑难病例时，护士长应及时提出申请，由护理部组织护理会诊。内容主要是正确评估病人，正确发现的护理问题和对病情转归的判断，提出有效的护理措施及注意问题，根据临床需要随时进

2、对特殊病例或典型病例，可由护理部负责组织全院性的护理会诊。会诊前应做好充分的准备，会诊结束时应提供书面的会诊意见。会诊结束后，由参加会诊护士长在“护理会诊单”上填写会诊意见，并签名。

患者身份识别制度

1、在实施有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

2、严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中，至少同时使用姓名、住院号、性别、床号其中的两种方法确认患者身份。

3、完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室、重症医学科、产房之间流程）的患者识别措施、交接程序与记录。

4、对昏迷、神志不清、无自主能力，建立使用“腕带”作为患者识别标识制度。在进行各项诊疗操作前认真核对患者腕带信息，准确确认患者的身份。

5、填入腕带的识别信息必须经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

6、腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。

7、患者使用腕带舒适，松紧度适宜，皮肤完整无破损。

8、加强对患者腕带使用情况的检查，各级护理质量控制组每月进行督导并有记录。

查对制度

1.开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、年龄、床号、住院号（门诊号）。

2.执行医嘱时要严格进行“三查八对”：操作前、操作中、操作后；对床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓度、有效期。3.清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

给药前，注意询问有无过敏史；使用剧、毒、麻、限药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

5. 输血时要严格三查十二对制度，确保输血安全。

6. 使用无菌物品时，要检查包装和容器是否严密，消毒日期和消毒效果指示标记是否达到要求。

护理不良事件主动报告与管理办法

一、护理不良事件是指不符合常规护理和治疗，预期结果之外所发生的非正常事件，包括护理差错及事故、严重护理并发症(非难免压疮、静脉炎等)、严重输血、输液反应、特殊感染、跌倒、坠床、管路滑脱、意外事件(烫伤、自杀、走失等)等情况。

二、不良事件分级

(一) 警告事件——非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

(二) 不良事件——在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。

(三) 未造成后果事件——虽然发生的错误事实，但未给患者机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

(四) 隐患事件——由于及时发现错误，未形成事实。

三、护理不良事件报告流程

(一) 发生护理不良事件后应在第一时间通知主管医师，配合医师及时采取相应处理措施，最大限度地减少对患者的伤害程度，并在护理记录单上真实记录相关病情变化、处理及护理措施。

(二) 护士长应及时了解情况，于 24 小时内电话上报护理部并及时在科室内通报，以引起每位护理人员的重视。护士长一周内组织全体护理人员进行讨论，确定不良事件级别，分析事件发生的原因，对立即采取的措施、事件处理结果进行评价，同时制定整改措施，通过不良事件上报系统及时上报。

(三) 各护理单元要有防范处理护理不良事件的预案，定期演练；建立登记本，及时据实登记。

品、器械均应妥善保管，不得擅自涂改销毁。

（五）护理部每月汇总工作中护士发生的各类风险事件，包括护理风险、医技、信息、药剂、检验、后勤等系统造成的风险事件，及时与相关部门沟通改进，避免和减少其它部门给护理工作增加的风险系数。

（六）护理部对严重不良事件组织各科护士长进行根因分析，寻找事件发生的根本原因，有针对性地制定防范措施，修订相关制度、流程，防范类似事件再次发生。对造成的不良影响做好有关善后工作。

四、管理

加强对全院护理人员的护理安全教育，定期或不定期组织学习医疗卫生管理法律、法规、规章制度等，提高护理安全意识，营造非处罚性不良事件上报氛围，鼓励护理人员主动上报不良事件。

（一）对于主动上报不良事件的当事人或病区，应采取必要的保密措施。

（二）对于主动上报他人发生的不良事件的护理人员，应采取必要的保密措施，并给予 200 元/次奖励。对严格执行查对制度，杜绝护理不良事件发生者每次奖励 100 元。

（三）如发生护理不良事件后，相关人员不按规定及时上报或不采取积极有效措施减少护理不良事件的后果，医院将视情节严重程度对责任人处以扣罚奖金或待岗、免职等处罚，并扣罚护士长当月津贴及奖金。

患者坠床/跌倒防范管理制度

1. 加强安全意识，及时发现存在导致患者跌倒、坠床的高危因素，其中包括：

（1）意识不清、躁动不安、精神异常、肢体活动受限、视觉障碍的患者；

（2）体质虚弱、需搀扶行走或坐轮椅患者；生活不能完全自理且无专人看护患者；年老和婴幼儿无约束或无效约束患者；

（3）服用特殊药物、近期有跌倒史（1 周内）、以晕厥、黑蒙为

4) 病室地面潮湿或有积水未设防滑标志等；(5) 患者穿的鞋底易滑跌等；

2. 对具有跌倒、坠床危险因素的患者，护士应对病人或家属进行安全教育并采取相应防范措施。

3. 对有跌倒、坠床的危险因素的患者，需实施逐级上报和监控。

4. 加强病情观察及预防跌倒、坠床措施的落实，并加以记录。5. 各护理单元对已发生“患者坠床、跌倒”事件的，立即通知值班医生、科护士长，并向业务部、护理部汇报备案。6. 按护理部标准，新病人入院时，对存在发生跌倒、坠床危险因素的高危患者，根据《住院病人意外事件危险因素评估表》进行评估，并采取相应预防措施。

7. 护士在护理意识不清、躁动不安、癫痫发作、老年痴呆、精神异常的患者，及无陪伴 3 岁以下婴幼儿时必须用床栏或约束带保护，床尾挂标识，并做好交班。

8. 做好安全宣教工作，对长期卧床的体质虚弱者、近期有跌倒史（1 周内）；以晕厥、黑蒙为主要症状者、经常发生体位性低血压者、肢体活动受限、视觉障碍及年老体弱等患者，护士应告知其起床或行走时应由家属或护士（按铃呼叫护士）陪伴，如需沐浴必须在家属陪伴下进行。

9. 给幼儿测体重和沐浴时，护士必须守护在旁，不得擅自离开。

10. 必要时开启陪护证，先告知家属留院陪护。

11. 做好入院宣教，告知病人住院期间、起床活动时穿防滑鞋。外出检查有专人陪同，检查前更换外出鞋，行动不便者准备轮椅。

12. 夜间应开启床头灯，保持病室、走廊和地面清洁、干燥、平整、完好、通道内不随便堆放物品，以免影响人、车通行。工勤人员拖地或打蜡后应放置“小心地滑”的警示牌。

12. 中夜班加强巡视，必要时为病人准备床栏并拉起。

14. 对服用特殊药物者（如安眠药、降糖药、降压药等），加强观察。15. 一旦患者出现跌倒、坠床等事件，应及时通知医师，并遵医嘱落实各项治疗和护理。

患者坠床与跌倒报告及伤情认定制度

患者发生跌倒或坠床事件后，护士应立即赴现场及时了解发生跌倒或坠床的经过，并在第一时间通知医生。

2. 医生赶到现场后，护士应向医生详细描述事件的经过，并协助医生对患者进行救治及伤情的判断。

3. 医生到场后应立即监测患者的血压、心率、呼吸、神志、意识等生命体征，并根据患者的伤情实施必要的体格检查，以便对其伤情做出初步的判断。

4. 如病情许可，护士和医师可将病人移至病床/推车，并进行后续治疗及必要的辅助检查和检验。

5. 当班护士立即通知患者家属，告知患者发生跌倒或坠床的经过、目前的伤情、治疗措施、预后等，并向家属做好解释工作。6. 立即报告：

a) 口头报告时间节点：发生或发现者立即（1 小时内）报告科护士长或当班主管护士、相关医生、科主任；科护士长接报后立即（1 小时内）将该事件报告护理部主任及相关职能部门汇报。

b) 书面报告时间节点：发现者 8 小时内完成并交予科护士长；科护士长在接单后的 24 小时内交予护理部。

7. 认真记录患者坠床或跌倒的经过，伤情与抢救记录。

8. 执业医师应当依据患者的情况，结合检验、检查结果，依据《医疗事故处理条例》、《人体损伤程度鉴定标准》等相关法律、法规，对患者的伤情如实、科学、合理地作出轻、中、重程度的判定；必要时请相关的科室医生会诊，共同判断患者的伤情。

9. 如患方不能认同院方的伤情判定结果，可通过司法鉴定等相关法律程序依法主张其合法权益。

压疮风险评估、报告与管理制度

（一）对压疮、难免压疮的风险评估与报告实行二级监控及管理。
（二）各病房对卧床患者、危重患者、低蛋白水肿及手术时间超过 4 小时的患者，必须进行压疮筛查并登记。

（三）对有可能发生难免压疮的高危患者，须申报难免压疮。

1、申报范围：对被迫体位、危重、低蛋白水肿及的患者，使用

Braden 评分表进行压疮风险评估。Braden 评分 <12 分，患者高度水肿、极度消瘦等，申报难免压疮。

2、申报程序：病房护士填写难免压疮申报表，护士长审核并填写意见后上报护理部登记在案。

3、监控处理：病房护士应根据患者的具体情况，制定预防措施，必要时可申请院内护理会诊，护士长督查措施的落实并进行效果评价，护理部定期检查危重患者的基础护理落实情况。

（四）对已上报的难免压疮患者，病房要加强管理，床旁悬挂压疮警示标志，加强健康宣教并积极采取有效措施，继续监控和评估，Braden 评分 ≥ 18 分，可停止监控。护理质量管理组及压疮监控组不定期到各病房进行检查。

（五）患者发生压疮或患者入院时带入压疮，须报告护士长，在24 小时内填写“压疮报告表”，经科护士长审核后上报护理部，并在护理记录单上做好记录。

（六）发生患者皮肤压疮的科室应主动上报，有意隐瞒不报，事后发现将按情节轻重给予严肃处理，并纳入护士长及科室绩效考核。

（七）各病房设立压疮、难免压疮登记本，对压疮、难免压疮进行登记，护士长要定期组织科室人员认真讨论，总结经验教训，不断改进护理质量。

应用保护性约束管理制度

一、保护性约束是指在医疗过程中，医护人员针对患者病情的特殊情况对其紧急实施的一种强制性的最大限度限制其行为活动的医疗保护措施。

二、保护性约束使用指征：

1、对患者实施约束必须严格掌握指征，并在使用其它帮助性措施无效的情况下才可以使用；

2、严重认知障碍或身体功能障碍的患者；

3、认知障碍的患者使用医疗设备如监护仪；

4、精神紊乱，影响治疗护理工作正常进行的患者。

三、医师或护士发现有需要采取措施约束患者行为的情况时，医

护之间相互沟通，主管医师或值班医师要向患者/家属说明约束患者的必要性，并征得患者/家属的同意，签署《保护性约束告知书》。

四、由医师下达临时医嘱，医嘱要注明限制患者行为的持续时间，最长不得超过 24 小时。若限制患者行为的持续时间超过 24 小时，医师必须对限制患者行为的必要性进行评估，并记录在病程记录中。

五、护士遵医嘱采取约束患者行为，至少每小时在《护理记录单》中记录一次，记录使用保护具的原因、时间、每次观察结果、相应的护理措施、解除约束的时间等。连续约束患者，每 2 小时松解一次，时间 15-30 分钟，被约束肢体必须定时被动活动，至少 4 小时活动一次。

六、病情稳定，评估可解除约束时，护士要通知医师检查患者，由医师决定是否解除约束。

七、在约束患者的过程中医护人员要严格遵守《医务人员医德规范》，执行《保护性医疗制度》，充分尊重患者及家属的价值观、宗教信仰和文化背景，注意对患者个人隐私的保密。

病房管理制度

一、病房环境管理

1、整洁：病区整洁主要指病区的空间环境及各类陈设的规格统一，布局整齐，清洁卫生。保洁的措施：

(1)物有定位，用后归位；(2)病室内墙定期除尘，地面及所有物品用湿式清扫法；(3)及时清除治疗护理后的废弃物及病人的排泄物。

2、安静：安静的环境能减轻病人烦躁不安，使之得到充分休息，同时也是病人康复、医护人员能够专注有序地投入工作的重要保证。具体措施：

(1)控制噪音，医护人员应做到说话、走路、操作、关门轻。(2)椅脚应钉橡胶垫，推车的轮轴、门窗交合链应定期滴注润滑油。(3)积极开展保持环境安静的教育和管理。

3、舒适：舒适的环境主要指病人能置身于恬静、温湿度适宜、空气清新、用物清洁、生活方便的环境中。病室适宜的温度冬季为 18 ~ 22 ℃，夏季 19 ~ 24 ℃，相对湿度为 50% ~ 60% ，应根据季节因地制宜。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/197114003101006121>