

护理病案书写手 写教案



| CATALOGUE |

目录

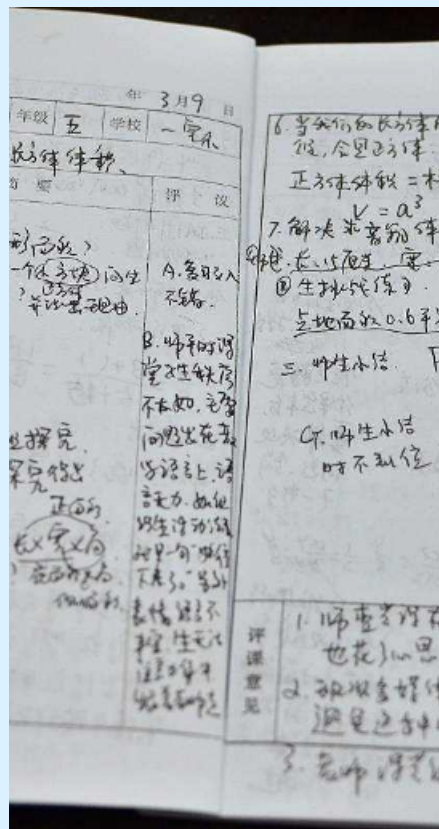
- 护理病案书写概述
- 护理病案书写的内容与格式
- 护理病案书写的技巧与注意事项
- 护理病案书写实例分析
- 护理病案书写常见问题与对策
- 护理病案书写教案总结与展望

01

CATALOGUE

护理病案书写概述

定义与目的



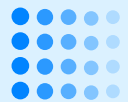
定义

护理病案书写是护理人员在临床工作中，对患者的病情状况、护理过程、护理效果等进行记录的过程。



目的

提供准确、全面的患者信息，为临床决策提供依据，保障患者安全，提高护理质量。



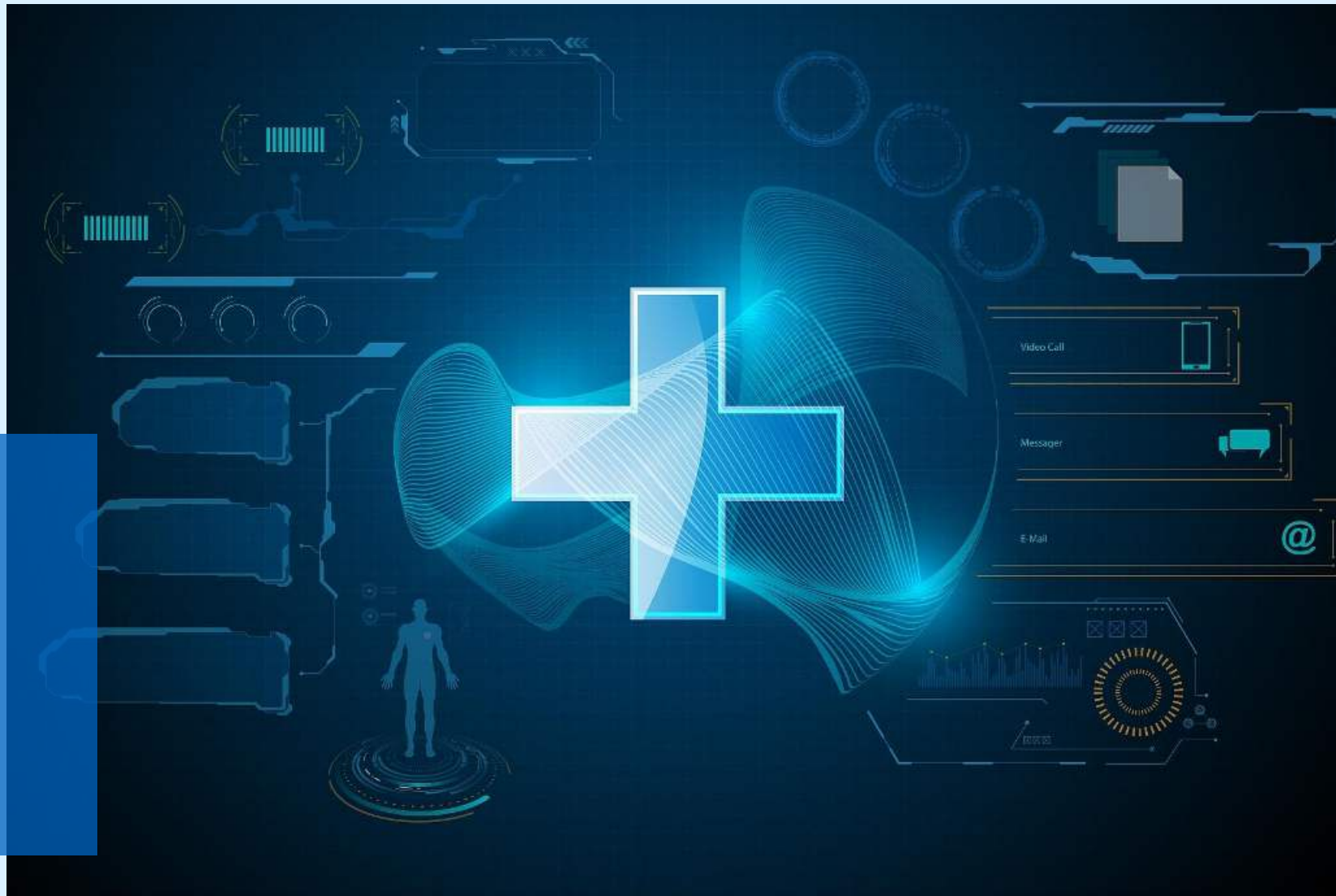
书写规范与要求

规范

遵循国家卫生健康委员会发布的《电子病历系统基本功能规范》、《电子病历系统功能规范》等文件要求。

要求

内容真实、准确、完整，语言简练、清晰，书写规范、工整。



02

CATALOGUE

护理病案书写的内容与格式



患者基本信息

姓名、性别、年龄、
民族、籍贯、职业、
联系方式等。



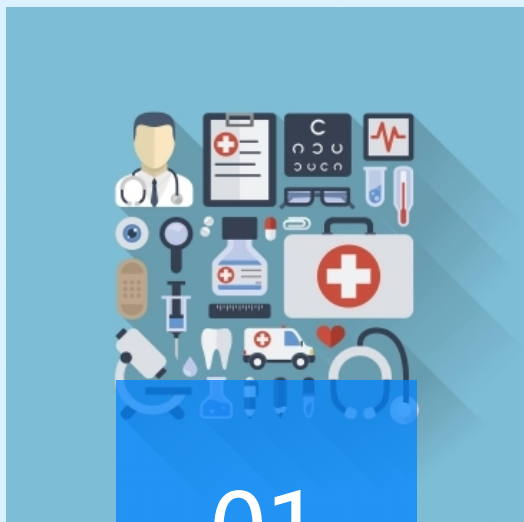
入院日期、入院科室、
床号、住院号。

主诉：患者就诊的主
要原因和症状。





护理评估



01

病史采集

了解患者的既往史、家族史、
用药史等。



02

体格检查

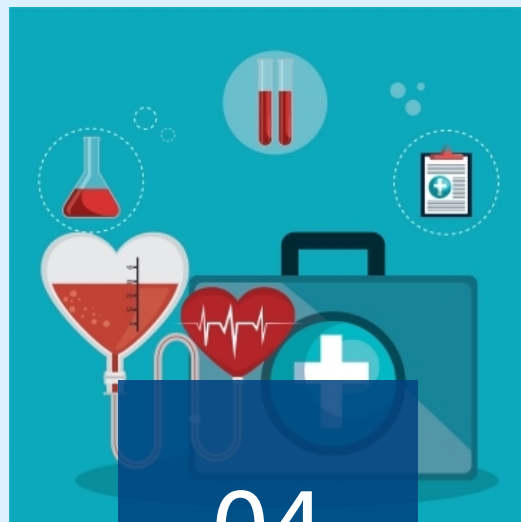
测量生命体征、观察患者的一
般情况、皮肤、口腔等。



03

实验室检查

血常规、尿常规、生化检查等
结果。



04

其他检查

心电图、影像学检查等结果。

●●●● 护理计划



01 护理诊断



根据评估结果，确定护理问题及潜在的并发症。



02 护理目标



针对护理问题，制定具体的护理目标。



03 护理措施



根据护理目标，制定具体的护理措施，包括病情观察、基础护理、心理护理等。

护理措施



病情观察

定时记录患者生命体征，观察病情变化，及时报告医生处理。



基础护理

协助患者日常生活，如饮食、排泄、个人卫生等。



心理护理

关注患者心理状态，提供心理支持和疏导。



健康教育

向患者及家属宣传疾病知识和健康生活方式。



护理效果评价



评价标准

根据护理目标，制定具体的评价标准。



评价方法

采用量表、观察等方法，对护理效果进行评价。



评价结果

根据评价结果，分析护理效果，总结经验教训，提出改进措施。

03

CATALOGUE

护理病案书写的技巧与注意事项



语言简练准确



避免使用过多的医学术语，尽量使用通俗易懂的语言描述病情、护理措施和效果。



确保描述的病情、护理措施和效果与实际情况一致，不夸大或缩小事实。



避免使用模糊、歧义的词语，确保信息的准确性和清晰度。



信息完整全面



确保病案中包含患者的基本信息、主诉、现病史、既往史、家族史、体格检查、诊断、治疗计划、护理措施、效果评价等所有必要信息。

详细记录患者的病情变化、护理效果和反应，以便于医生全面了解患者的病情和治疗效果。



及时更新病案信息，确保信息的实时性和准确性。

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/31503231141011134>