

护理文件书写中存在问题及整改措施（共 7 篇）

第 1 篇：护理文件书写中存在的问题及应对措施 护理文件书写中存在的问题及应对措施

客观、及时、准确、全面地书写护理文件是摆在广大护理人员面前一个严峻的问题，为了规范护理文件书写，抽查 2021 年 12 月～2021 年 12 月我院已出院病人的护理病历，对存在问题进行了分析，并提出相应的应对措施。

1 资料与方法

从 2021 年 12 月～2021 年 12 月病历室入库的病历中逐年随机抽取 1 000 份（共计 3 000 份），针对护理文件的内容，即体温单、医嘱单、护理记录单等，按医院护理病历书写规范要求逐一检查，对存在的问题进行分析。

2 结果

体温单存在的问题：（1）体温与病程记录

不符。（2）格式错误。（3）楣栏漏项或填写不正确。

医嘱单存在问题：（1）有涂改现象。（2）有代签姓名。（3）皮试结果未标示。（4）口头医嘱未及时补上。

护理记录单存在问题：（1）入院记录过于简单，缺乏对存在的护理问题所采取的措施。（2）健康宣教内容不具体，无病人签名。（3）护理记录

重点不突出，未能动态反应病人病情。（4）护理措施与效果记录不及时。

（5）医护记录不符。（6）记录与计划医嘱不相符。

3 原因分析

护理人员法律意识淡薄：长期以来人们认为只要具备良好的医德、熟练的技术，就是合格的护士，法律意识淡薄、自我保护意识差，致使平时记录不认真、不及时、不准确、不真实，未体现实做实记，或随意涂改，埋下了不作为或侵权隐患，而由于病人维权意识增强，从而使自己丧失了法庭上辩护的机会。

护理人员责任心不强：部分护士职业道德素质低，缺乏工作责任心，不观察了解病情，凭主观想象随便填写。

部分护理人员水平低：临床一线的护理人员多以中专学历为主，基础理论、专业理论、专科理论知识不扎实，同时文学知识基础薄弱，文字功底差，致使语言表达不准确、不全面。

4 应对措施

加强法律知识和意识的教育：重视学习《医疗事故处理条例》、《病历书写规范管理规定》及其质控标准，在护理事件书写过程中树立法律意识尤

其是维权意识，在日常医疗护理工作中时时注意记录能够证明自己行为属正常的医疗护理行为，做到客观、真实、及时、准确、完整地书写护理文件的同时必须与医疗记录、医嘱计划相一致，尽到告知义务后及时让病人签字，以避免不必要的纠纷。

提高护理人员职业素质：护理人员身系病人安危，面对复杂多变的病情，任何细小的疏忽都可能会造成严重后果，护士要认识到自己肩负的责任，加强自身文化素质、职业道德的培养。自觉、主动、细致地观察病情，如实记录。

重视护士业务素质的培养：护理文件记录是护士群体共同完成的。因此，管理者要加强对各级护理人员业务素质的培养，通过业务学习、护理小讲课、教学查房、疑难病历讨论等提高大家的业务水平，同时鼓励支持护理人员参加高学历的学习，增加深度，广泛提高整体素质。

加强护理文件书写质控：护理部制定切实可行的护理文件书写质量检查标准，成立质控组，定期检查，将存在的问题全院通报，落实到科和人，及时整改，并分析原因，提出持续改进措施。科室护理文件书写分为两个组，实行质量承包责任制和责任追究制。首先是当事人自查自控。其次是质控

责任人每天下班前将本组护理病历按标准逐项检查，修改存在的问题并签名，及时如实记录在质控记录本上。再次，护士长、办公护士每日应提前 30 分钟上班，对前 1 日危重疑难手术病人的病历重点检查，将存在的问题记录在质控登记本上，由护士长每天将问题反馈给记录者，并与奖惩挂勾，以达到提高护理文件书写水平的目的。

第 2 篇：护理文件记录书写中存在问题及改进措施 护理文件记录书写中存在问题及改进措施 在从事临床护理工作中，为适应《医疗事故处理条例》的要求——“患者有权复印护理记录”，避免由护士记录不完善而引起的医疗纠纷，

根据我院总护理部要求，我科从 2021 年元月开始，按照安徽省卫生厅编写的《病历书写规范》中的相关内容，对护理记录进行改进，尤其是病危重症患者的护理记录。通过各种形式督查及质控人员的监控，使得护理记录进一步完善，保障了护理记录的客观、真实、准确、及时、完整。

◇护理记录书写中出现的问题

1. 护理记录前后矛盾

护理记录要求科学记录就医者的护理过程，用简洁规范的方式表达准确的意义，避免前后记录不一致。例如：护理记录上患者请假外出的时间与患者所填写的请假单上的时间不一致；患者请假时间段未测到体温，应记录为患者外出未测体温，而实际护理记录单上却又显示出该时间段患者的体温。

2. 护理记录与医疗记录不一致

护理记录是病历的重要组成部分。护理记录与医疗记录不一致，例如：某医嘱时间为 2021 年 1 月 28 日 18:00，护理记录护士执行医嘱时间为 2021 年 1 月 28 日 17:00，医嘱执行时间与医嘱开出时间不一致，出现护士执行时间比开具 1 医嘱时间还早的现象。还有新病人入院时体温、脉搏、呼吸、血压在体温单上的记录与病程记录中不一致。还有的护理记录磺胺类药物过敏史，而病程记录中无药物过敏史。

3. 护理记录不完整

护理记录的重要性，体现在它真正地记录了护理的全过程，而护理记录的漏记现象使得护理记录的价值大打折扣，如肺结核合并糖尿病病人，医嘱要求每日监测空腹血糖，而护理记录中无测血糖的记录，同时在使用胰岛素的过程中无观察用药后的效果评估，甚至医嘱开出的自服药护理记录上，无护士对患者进行该药剂量、用法、副作用的指导记录。

4. 护理记录真实性存在缺陷

护理记录的真实性是护理记录的基本要求，涂改、仿造护理记录严重影响了其真实性，也是医疗事故争议或技术鉴定中医患双方争论的焦点。例如，在护理记录中为患者做口腔护理一次，而实际上未做。还有护理首页，肢体活动记录正常，实际上患者曾因外伤导致功能障碍，再有记录中帮助病人每 2 小时翻身一次，

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/477131105125006102>