

2024年护理文书写 规范

演讲人：

日期：



PROJECT

目录

CONTENTS

- 护理文书基本概念与重要性
- 患者入院评估及记录要点
- 日常护理工作记录规范
- 特殊治疗与检查前后准备工作记录
- 出院指导与随访记录要求
- 护理文书质量管理与改进策略





01

护理文书基本概念与重要性



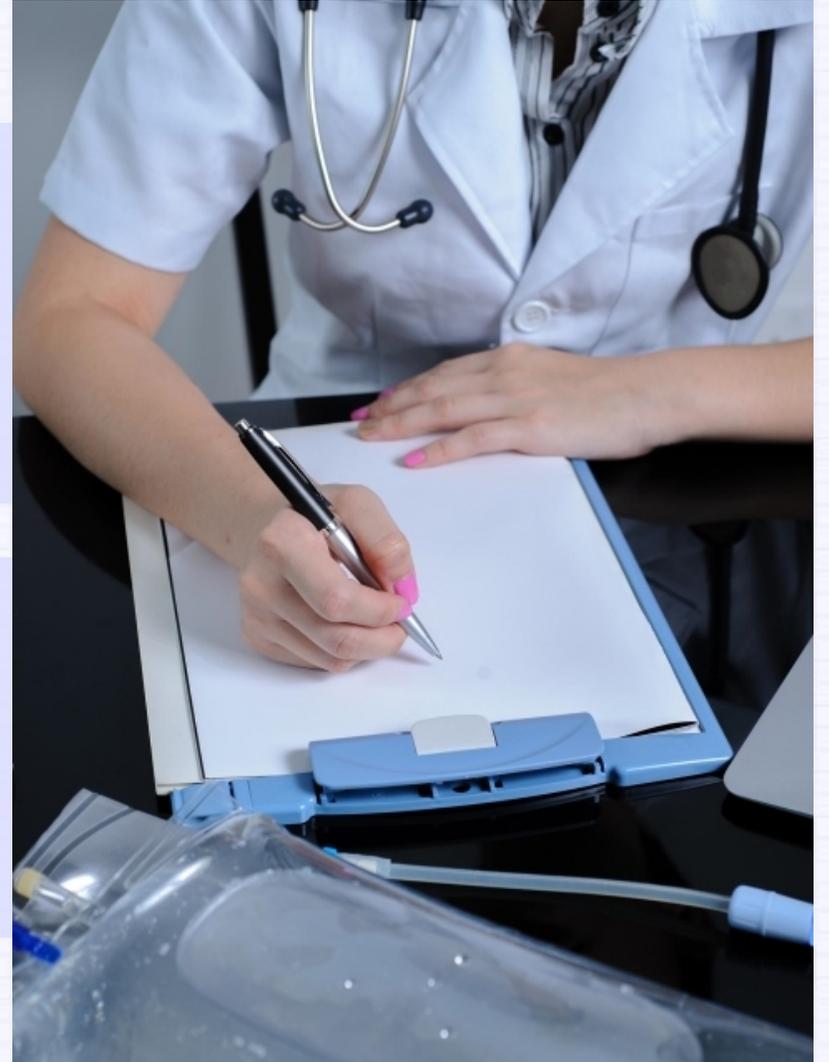
护理文书定义及作用

护理文书定义

护理文书是医疗文件的重要组成部分，是护理人员在护理活动中形成的文字、符号、图表等资料的总称。

护理文书作用

反映患者病情、护理措施、护理效果及护理质量，为医疗、护理、教学、科研提供重要依据。



护理文书书写原则

客观性原则

护理文书应真实、准确地反映患者的实际情况，避免主观臆断和虚假记录。

准确性原则

护理文书应使用规范的医学术语，描述准确，无歧义，确保医疗信息的准确传递。

完整性原则

护理文书应全面、完整地记录患者的病情变化、护理措施及护理效果，无遗漏和缺失。

及时性原则

护理文书应及时记录，反映患者的最新病情和护理措施，确保医疗护理的连续性和时效性。



规范要求与法律依据



规范要求

护理文书的书写应符合《护理文书书写基本规范实用手册》等相关规定，确保文书的规范性和标准化。

法律依据

护理文书具有法律效力，是医疗纠纷处理的重要依据。因此，护理文书的书写必须遵循相关法律法规，确保文书的合法性和有效性。



02

患者入院评估及记录要点



入院评估流程与内容

01

全面评估

患者入院后，由责任护士对其进行全面评估，包括生命体征、一般情况、病史、用药史等。

02

专项评估

根据患者病情和护理需求，进行专项评估，如疼痛评估、跌倒风险评估、压疮风险评估等。

03

评估记录

将评估结果准确、完整地记录在护理记录单上，为后续护理工作提供依据。



病情观察与记录方法

01

密切观察

对患者生命体征、病情变化进行密切观察，及时发现异常并报告医生。

02

准确记录

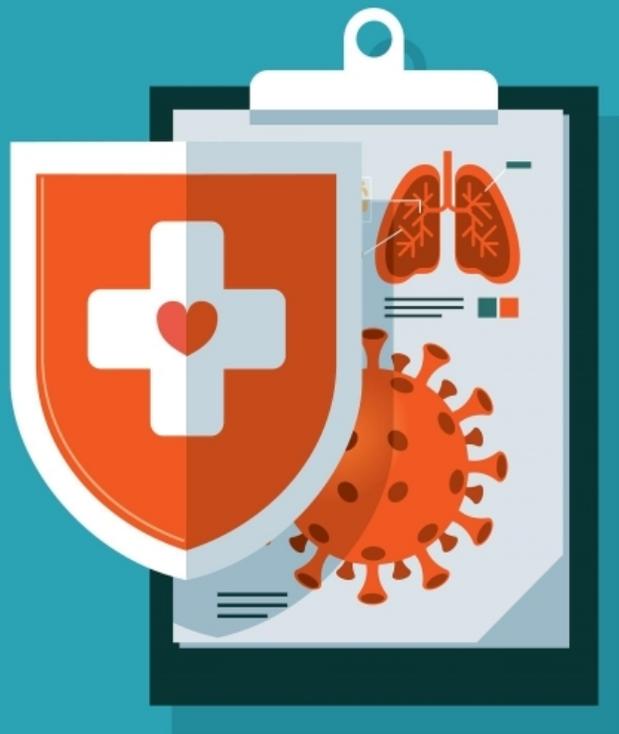
将观察到的病情变化、治疗措施、护理效果等准确记录在护理记录单上。

03

交接班记录

在交接班时，详细记录患者病情、治疗、护理及注意事项，确保信息准确无误地传达给下一班护士。

风险评估与防范措施



风险评估

对患者存在的潜在风险进行评估，如跌倒、压疮、导管脱落等。

防范措施

根据风险评估结果，制定相应的防范措施，如加强患者安全宣教、使用防护用具、定期检查设备等。

应急处理

制定应急预案，当患者发生意外情况时，能够迅速、有效地进行处理，确保患者安全。



03

日常护理工作记录规范



护理措施实施情况记录

01

护理措施

详细记录患者接受的各项护理措施，包括药物治疗、伤口护理、生活护理等。

02

实施时间

准确记录护理措施的具体实施时间，以便掌握治疗进程。

03

实施效果

评估护理措施的效果，记录患者的反应及病情变化。

04

责任人

明确记录每项护理措施的责任人，以便追溯和问责。

患者病情变化跟踪观察

生命体征

密切观察患者的生命体征，如体温、脉搏、呼吸、血压等，并记录异常情况。

病情变化

及时记录患者的病情变化情况，包括症状、体征、实验室检查等。

医生处理

记录医生对病情变化的处理意见和措施，以及患者的反应和效果。

注意事项

提醒医生和护士注意患者的特殊需求和注意事项，确保患者安全。



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/747155014113010011>