

护理查对制度



处理医嘱

1、医生开出电子医嘱后，领班护士或值班护士及时接受并核对医嘱，若有疑问必须及时询问，确认无误后方可打印执行单及标签。

查对医嘱

- 1、每天查对医嘱1次，由1人口诵医嘱内容，1-2人核对，并有记录。护士长每周须参与查对医嘱三次以上，护理部对医嘱要随时抽查。
- 2、转抄或重整医嘱时，须经2人核对无误后，方可执行。
- 3、下一班护士负责查对上一班新入院、转入、转床、术后病人医嘱的处理情况。

执行医嘱

- 1、执行医嘱应严格“三查七对”（治疗前、治疗中、治疗后查；核对床号、姓名、药品、浓度、剂量、方法、时间），核对无误，方可执行。发现问题及时补救。
- 2、护士执行临时医嘱时，应认真填写执行时间并签名。
- 3、护士一般不执行口头医嘱，如遇特殊抢救情况执行口头医嘱时，需口诵医嘱2次，并保留安瓿至抢救结束，做好记录。抢救结束6小时内督促医生据实补齐医嘱并签字。

医生开出领班核，遇有疑问及时询，
确认无误方可印，每日查对须2人，
主管每周3次查，下班查对上班嘱，
三查七对要牢记，特殊情况行口头，
复诵2遍方可行，抢救结束6时记。

服药、注射、输液查对制度

摆药前

- 1、严格执行“三查七对”。
- 2、严格执行操作规程。领取、清点和使用药品前，仔细检查药品质量、标签名称、有效期及批号，有无变质、过期。

用药前

- 1、多种药液同时应用时，注意**配伍禁忌**。
- 2、易**过敏**的药物，用药前详细询问过敏史，按医嘱做药物过敏试验。使用**高危**药品、毒性药品、麻醉药品、精神内药品、限制内药品时，必须经2人核对，确认无误方可执行

使用时

- 1、在为病人口服给药、执行各种注射、静脉输液时，摆药后必须经第二人核对方可发放或配制。
- 2、给药前应该对病人姓名、床号、住院号，并使用PDA扫描患者腕带及药物治疗打印标签上的二维码，确认无误后方可执行。

三查七对严执行，操作规程须遵守，
药品质量要把关，配伍使用需谨慎，
过敏药物详询问，毒麻高限双人核，
执行用药2人对，扫描无误方可行。



配血时

采集血型、交叉配血标本时，护士必须双人仔细核对医嘱、输血申请单、标本标签、试管条码，床边PDA扫描患者的腕带，清醒患者请患者陈述自己的姓名，确认各项信息无误后才能采血。

领血时

领血时，认真做好“三查十对”，三查：查血袋标签是否完整清晰、血袋有无破损渗漏、血液有无凝块等异常；十对：核对病人床号、姓名、性别、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血液种类、血量及有效期。

输血前

输血前，由两名医护人员再次查对输血医嘱及执行单，核对交叉配血报告单及血袋标签内容，血型与受血者无误，血袋无破损渗漏，血液无凝块且颜色正常。准确无误，方可输血。

输血中

输血时，必须由两名医护人员带医嘱执行单、血型单、交叉配血报告单共同到病人床边，再次双人执行输血“三查十对”，并使用PDA扫描患者腕带及输血前用生理盐水袋上的二维码标识，确认一致后进行输血。

输血后

输血完毕，再次执行“十对”（病人床号、姓名、性别、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血液种类、血量及有效期）

标本采集须准确，四方无误才可行，
领血仍需细核对，输血前后再次查，
双人核对在床旁，三查十对贯全程。



分级护理制度



特级护理	一级护理	二级护理	三级护理
<ol style="list-style-type: none"> 1、病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者； 2、重症监护患者； 3、各种复杂或者大手术后的患者； 4、严重创伤或大面积烧伤的患者； 5、使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者； 6、实施连续性肾脏替代治疗(CRRT)，并需要严密监护生命体征的患者； 7、其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、病情趋向稳定的重症患者； 2、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者； 3、生活完全不能自理且病情不稳定的患者； 4、生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、病情稳定，仍需卧床的患者； 2、生活部分自理的患者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、生活完全自理且病情稳定的患者； 2、生活完全自理且处于康复期的患者。

特级护理	一级护理	二级护理	三级护理
<ol style="list-style-type: none"> 1、严密观察患者病情变化，监测生命体征； 2、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施； 3、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施； 4、保持患者的舒适和功能体位； 5、根据医嘱，准确测量出入量； 6、实施床旁交接班。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、每小时巡视患者，观察患者病情变化； 2、根据患者病情，测量生命体征； 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施； 4、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如：口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等。 5、根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施； 6、提供护理相关的健康指导。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、每2小时巡视患者，观察患者病情变化； 2、根据患者病情，测量生命体征； 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施； 4、根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施； 5、提供护理相关的健康指导。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、每3小时巡视患者，观察患者病情变化； 2、根据患者病情，测量生命体征； 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施； 4、提供护理相关的健康指导。

特级护理：病情危重随时变，重症疑难大手术，创伤呼吸肾替代，生命危险密监护，正确执行药和护，出入水量莫忘记，基础专科同重要，患者安全要牢记，功能舒适不忽视，病情交接床旁清。

一级护理：病情稳定仍病重，严格卧床失能力，部份自理恐病变，观察巡视每小时，正确执行药和护，基础专科同重要，患者安全要牢记，健康指导时时做。

二级护理：病情稳定仍卧床，部份自理需人帮，观察巡视每2时，正确执行药和护，患者安全要牢记，健康指导时时做。

三级护理：病情稳定能自理，观察巡视每3时，正确执行药和护，健康指导时时做。

护理交接班制度



晨会交接班

- 1、**时间**：15~20分钟。
- 2、**内容**：病房24小时动态，重点为新入院、危重、手术和特殊情况病人的床号、姓名、诊断、病情变化、治疗、护理和特殊检查要点等。要求简明扼要，重点突出。
- 3、护士长简单小结前一天工作，布置当天工作。

口头、床边交接班

- 1、**对象**：重点是新入院、危重抢救、手术前后、特殊检查及治疗的病人。
- 2、**内容**：交接班时认真查看病房、病人，做到病情、治疗、护理“三清”，如：病人用药情况，外出病人去向，病人皮肤有否破损、压迹，病人的输液、各种引流管是否通畅，穿刺局部有无外渗，病室是否清洁、整齐等。
- 3、**责任**：交接班时间发现问题由交班者负责，并采取相应措施，做好记录；接班后如因交接不清发生问题由接班者负责。

书面交班

- 1、**书写要求**：简明扼要，重点突出，运用医学术语。
- 2、进修护士或实习护生书写《护士交班本》及护理记录，由带教护士或护士长认真修改后贯签。

物品、器材、被服交班

- 1、建立定期清点、登记制度，记录时间、班次、数量，清点人。
- 2、**领取**：一般药品实行定量存放，凭医嘱补充，及时清理过期、变质药品。
- 3、**存放**：病房物品、器材、被服应定人负责管理，如有外借、丢失、损坏情况应记录，并及时向护士长反映。

晨会交接：全天动态心中明，简明扼要突重点，一刻左右时间宜，主管总结布任务。

口头、床边交接班：重点病人床边接，认真查看保三清，做好记录责任明。

书面交班：医学术语显水平，规范执业避风险。

物品、器材、被服交班：建立制度保常态，定量领取勤清理，外借损坏及时报。



患者身份识别制度



建立信息 打印条码

1、核对病人入院资料与电脑录入信息，请病人或其近亲属确认病人姓名书写是否正确，打印有二维码的腕带（包括：姓名、性别、年龄、住院号、入院日期、二维码等），作为病人身份识别标识，病人住院期间必须佩戴腕带，患者床头或床尾均悬挂床头牌。

使用条码（治疗、 护理、检查）

- 1、护士为病人进行标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等各种操作、治疗、护理、检查及转运前，必须严格执行查对制度，认真核对病人身份，至少同时使用2种病人身份识别方法，如姓名、性别、年龄、住院号等，禁止仅以房间或床号作为识别唯一依据。使用PDA扫描病人腕带的二维码，各项信息吻合后方可执行。
- 2、对无法有效沟通的病人，如手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症病人、新生儿及不同语种或语言交流障碍、镇静期间的病人必须按规定使用二维码腕带作为病人身份识别标识；进行各项诊疗操作前应认真核对床头卡，使用PDA扫描病人腕带的二维码，准确识别病人的身份。
- 3、病人在进行检验、放射、CT、MRI、超声、放射治疗、高压氧等诊疗时，操作者需认真核对病人腕带上的信息，并让病人或其近亲属陈述病人姓名再次核对，以确保病人实施检查时的身份正确。

管理条码

- 1、**损坏**：应及时更换，并向病人做好宣教，以取得配合。
- 2、**特殊病人**：传染病、药物过敏等特殊病人有床头识别标识，药物过敏者需佩戴橘红色腕带，注明过敏的药物名称。
- 3、**质控**：护理质量控制小组定期检查腕带使用情况，有督导并有记录。

建立信息

- 1、**来源**：门、急诊病人由**病人或家属**提供病人信息，病人或家属自己书写病历楣栏信息，以保证病人信息的准确性。
- 2、**对象**：急诊留观、昏迷、危重及抢救病人等应佩戴手腕带。
- 3、**内容**：手腕带上清晰写明病人**姓名、性别、年龄、病历号**等信息，字迹清晰、工整。

使用信息

- 4、**对象**：确定需手术或住院的病人，由接诊医师联系手术室和病房。
- 5、**方法**：急诊专职导诊员和急诊护士核对病人信息，最少2种识别方法，如病人姓名、性别、年龄、在转科本上签字。
- 6、**内容**：再次**双人核对治疗药物**，带入病房或手术室。
- 7、急诊专职导诊员或急诊护士与病房或手术室护士进行2人核对，**交接病人病情、治疗、药物**等，并双方在交接本上**签名**。

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/775132120011011234>