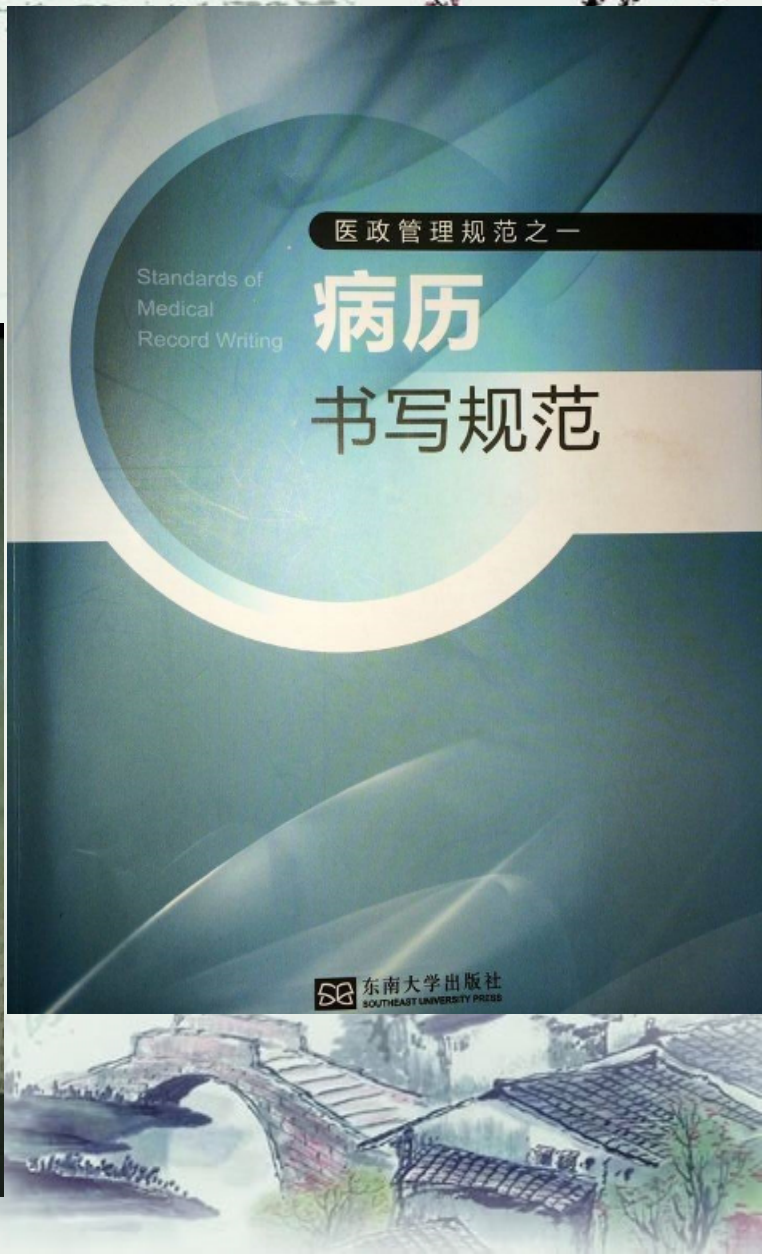
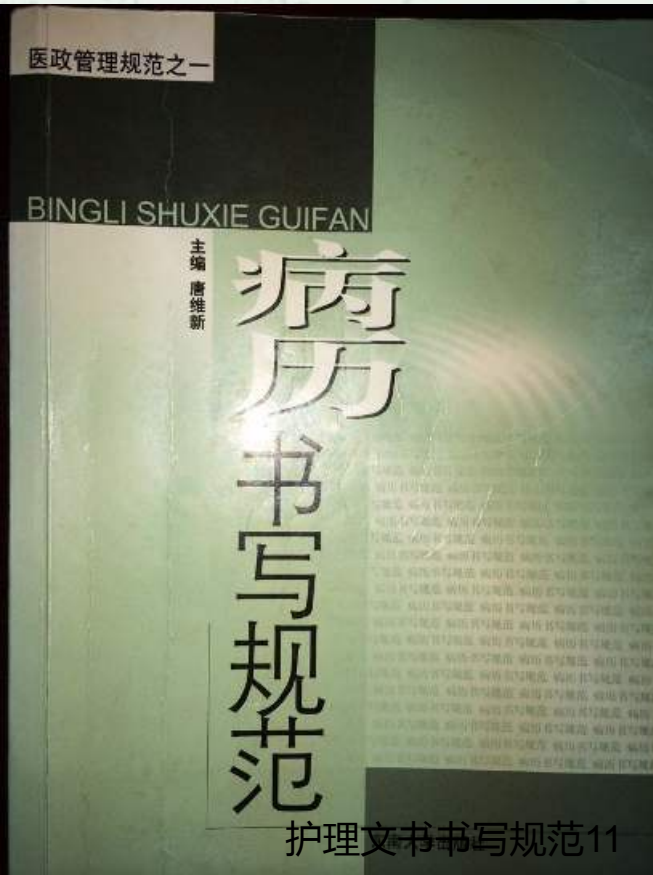
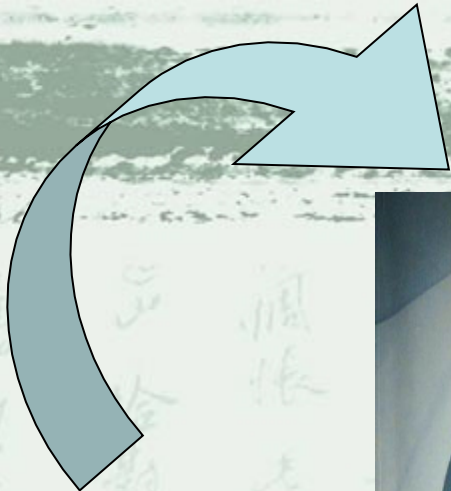


江南



护理文书书写规范

江南



江南



一、护理病历更改的目的

节约护
士书写
时间

提高基
础护理
质量

二、护理文书书写的重要性

1

关系到医疗纠纷侵权诉讼的成败

2

直接反映医护人员的医疗质量、服务水平

3

医疗费用药品报销的凭证

江南

二、护理病历书写基本规范

**基本要求：
客观、真实
准确、及时
完整、规范**

四、护理记录单的适用范围

3. 需要观察某项症状、体征或其他情况的患者。

2. 病情发生变化需要监护的患者。

1. 告病重、病危的患者。



江南

五、我院归档护理文件

- 1、体温单
- 2、长期医嘱单
- 3、临时医嘱单
- 4、护理记录单
- 5、新生儿护理记录单
- 6、产科新生儿护理记录单
- 7、重症监护病房护理记录单
- 8、手术清点记录
- 9、单项监测记录单
- 10、血糖监测记录单

六、我院不归档护理文件

1. 整体护理大病历（2份/月教学、查房用）
2. 护理评估单[取消≠不评估]
（作为护士评估指南）
3. 交接记录单
4. 护理措施（压疮、跌倒评估等）
执行记录单
5. 巡视单等（翻身、氧疗记录等）
6. 血液净化治疗记录单

七

护理记录单的填写方法

1. 表格日期、时间格式:

采取24小时制记录。

上午08:00 中午12:00

午夜00:00 凌晨01:00。

第一页填写年、月、日, 几时几分;

转天或转页记录月、日, 几时几分;

其他只记录几时几分。

七

护理记录单的填写方法

2

生命体征、血氧饱和度、书写测得的数据，不需要在数字后面书写计量单位。

3

意识：清醒、嗜睡、意识模糊、昏睡、浅昏迷、深昏迷、谵妄状态。

4

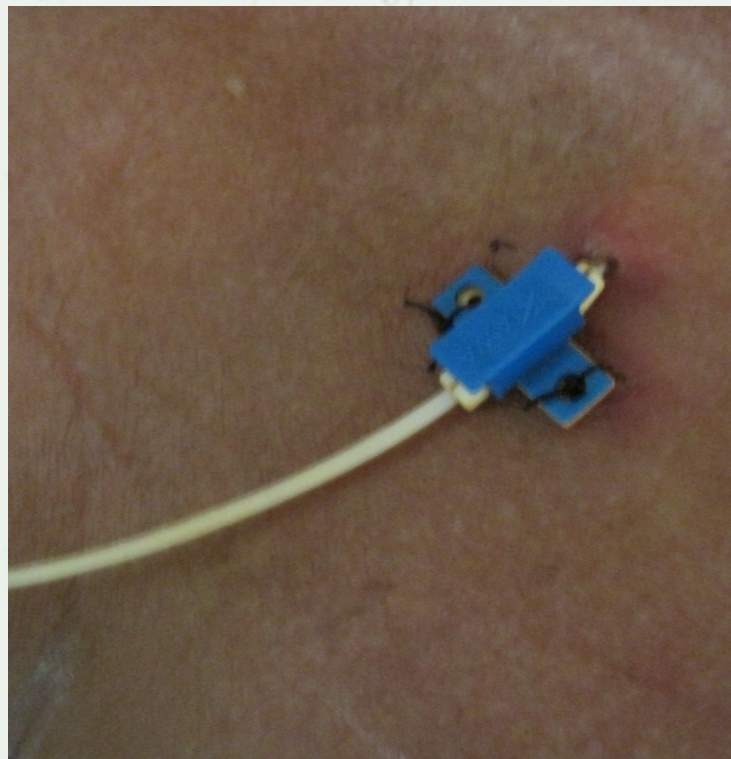
瞳孔：描述大小：左*右*；
对光反射：消失、存在；
不一致：左/右 消失/存在。

七、 法

护理记录单的填写方法

5. 静脉置管:

穿刺部位有无异常
敷贴情况、
导管外露长度
在位、通畅与否。



七、护理记录单的填写方法

6. 引流管管路护理：如导尿管、引流管等（管道标识）
7. 皮肤情况：如压疮、出血点、破损、水肿
8. 病情观察及措施（符合病人的实际情况）
7:00-18:59记录用蓝笔；
19:00-次日6:59记录用红笔书写



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/818015043035006103>