



# 护理文书书写规范

1. 世de婚嫁  
我們哒愛  
时间見證

## 肖珊珊

实用文档

# 目录



一、规范护理病历的目的

二、怎样书写护理病历

三、常见问题与法律责任



# 一、规范书写护理病历的目的

节约护士  
书写时间  
提高  
书写质量

实用文档



## ❖ 记录语言不准确或不清楚

患者躁动不安，偶有对答，排尿1次

记录时应尽量避免使用模棱两可的语言

## ❖ 无重点、无意义，缺乏个性化，勿千篇一律

**腹痛**入院患者，记录内容未体现观察腹痛情况；

**脑出血**患者，有嗜睡现象，未观察和记录意识；

**鼻出血**患者没有记录患者鼻腔出血情况。

**入院病危**“热情接待、入院宣教、卫生处置??”

# 一、规范书写护理病历的目的

节约护士  
书写时间  
提高  
书写质量

提高基础  
护理质量  
规 避  
法律风险

实用文档



## ❖告知患者或家属做的操作如何记

- (×) 嘱患者勤翻身，防止褥疮发生
  - (√) 指导（协助）患者2小时翻身1次
- (×) 嘱患者家属24小时留陪护
  - (√) 告知家属需留陪护人员

## ❖易纠纷的语言：

“患者要求外出，嘱多穿衣”

“患者额部有 $6 \times 0.5\text{cm}$ 刮痕，未作特殊处置”

“测快速血糖19.3，告知医生，未做处理”

## ❖护理记录要求真实客观、排除主观

“腰背部疼痛”

“左胸部疼痛”

书写——第5腰椎疼痛？ 肋骨疼痛？





## 二、怎样书写护理文书

客观、真实、  
准确、及时、  
完整、规范

(一) 体温单

(二) 医嘱单

(三) 出入量记录单

❖ (四) 护理记录

实用文档



# ③ 出入量记录单

入量的项目：

① 注明：经静脉输注的药物

② 口服的各种食物和饮料

③ 经鼻胃管、肠管输入的营养液等

出入量记					
姓名 保密		病区 24 病区		床号 10 住院	
日期	时间	入量			
		药 物		食 物	
		名称	量 (ml)	名称	量 (ml)
2014-10-21	01:00	补液	20	水	50
	01:15	补液	100		
	02:00	补液	20		
	02:10	输血	150		
	02:50				
	03:00			水	100
	03:25	补液	30		
	03:40	补液	250		
	05:20	补液	270		
	06:30			米粥	150

# ③ 出入量记录单

出量的项目：

排泄量（小便、大便）、

呕吐量、咯血量、痰量、

胃肠减压液量、渗出液、

各种穿刺及引流液量等。

液体以ml为单位记录



2014/09/09 疾病诊断 骨质疏松

出量		其它	护士 签名
名称	量 (ml)		
痰	5		
呕吐物	50		
痰	10		
尿	300		
痰	5		
尿	400		



# 山八里北水干

姓名 保密

病区 24 病区

床号 10

住院号 201499999

疾病诊断 骨质疏松

日期	时间	入量				出量		其它	护士 签名
		药 物		食 物		名称	量 (ml)		
		名称	量 (ml)	名称	量 (ml)				
2014-10-21	01:00	补液	20	水	50	痰	5		
	01:15	补液	100			呕吐物	50		
	02:00	补液	20						
	02:10	输血	150			痰	10		
	02:50								
	03:00			粥	100				
	03:25	补液	30			痰	5		
	03:40	补液	250						
	05:20	补液	270			尿	400		
	06:30			米粥	150				
	07:00	6 小时 20 分钟总结		入量	1140	出量	770		
	08:00			水	50				

批注 [微软中国1]:

**注明药名** 具体信息可查医嘱或输液巡视卡,如输血制品,写“输血、血小板、白蛋白”等名称。

批注 [微软中国2]:

记录时避免进餐、饮水与大小便在同一时间点。

批注 [微软中国3]:

首次总结常不足 24 小时,起始时间同医嘱时间。

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/956112142152010212>