

### 知识目标

1. 了解患者住院病案的重要性、组成和管理要求；护理文件的构成。
2. 熟悉入院和出院患者的护理程序；住院病案和护理文件的记录顺序和内容；医嘱处理的原则和注意事项。
3. 掌握入院和出院患者的护理措施和要求；住院患者分级护理的概念及要求；医嘱的概念、种类及执行原则。

### 技能目标

1. 熟练进行用轮椅、平车运送患者的方法且操作符合质量标准。
2. 正确排列和填写入院病案和出院病案。
3. 正确识别长期医嘱、临时医嘱和备用医嘱。

### 态度目标

1. 通过学习，建立起为入出院患者常规进行入出院指导的意识，并能自觉地加以应用。
2. 通过学习，明确护理记录文件是重要的法律文件，模拟书写中表现出慎独、仔细、认真和科学的职业态度。

医院是向人们提供医疗护理服务的重要机构，医生根据门诊或急诊就诊患者的病情决定患者是否需要住进医院相关病区接受医护人员直接而持续的观察和治疗。患者入院和出院均有规定的程序和制度，住院期间医护人员必须将患者检查、诊断、治疗、护理的全过程进行全面、真实、详细的记录，以保证患者的权益和医疗工作的正常进行。因此，在医院工作的护理人员应熟知患者入院和出院的护理程序、内容和要求，以及住院期间患者病案的管理、医疗护理文件执行和记录的规定。

## 项目1 患者入院护理



### 案例导入

案例一：成某，男性，24岁，因打篮球意外左脚跟腱断裂，门诊医生诊断后决定患者收入骨科病区3床，准备接受手术治疗。

案例二：王先生，63岁，患高血压病15年，3天前晚间因情绪激动突发脑血管破裂，昏迷，家人急送医院急诊中心抢救，经手术后患者仍呈昏迷状态，生命体征稳定，现转入神经外科病区监护病室6床继续接受观察和治疗。

问题提示：

1. 患者住院的依据和程序是什么？如何将患者从门诊或急诊送入病区？
2. 上述两位患者入院后初步护理一样吗？为什么？
3. 患者入院后，当班护士应如何为患者排列并填写住院病案？
4. 按照分级护理要求，患者入院后应采取什么级别的护理？

门诊或急诊就诊的患者，经医生初步诊断和治疗后，确定需要住院进一步观察或治疗时，由医生签发住院证并通知病区做好接收准备。患者或其亲属持医生签发的住院通知单，到住院处办理入院手续，住院后患者将得到全面、系统的治疗和护理。

入院护理是指患者入院时，护理人员对其进行的一系列护理工作。护士应明确入院护理的一般程序，按照整体护理的要求，对患者进行评估，给予相应的护理，使其尽快地适应新环境，处于接受治疗 and 护理的最佳状态。

## 任务一

## 患者入院程序及初步护理

患者入院的基本流程是办理住院手续、进行个人卫生处置、入住指定病区。

### 一、入院程序

#### （一）办理住院手续

患者在住院处填写住院登记表、预付住院保证金后，携带住院证和病案首页由住院处或急诊室的护理人员送入病区。病区值班护士将根据病情做好接纳新患者的准备。

#### （二）实施卫生处置

根据患者的病情及身体状况进行卫生处置，如理发、沐浴、更衣、修剪指甲等。有头虱或体虱者，先行灭虱，再沐浴、更衣；传染病患者或疑似传染病的患者送隔离室进行卫生处置；急诊、危重的患者可酌情免浴。患者换下的衣服和不需用的衣物可交家属带回，或带至病室存放衣柜内。

#### （三）护送患者入病区

根据病情需要护士可选用步行、轮椅、平车或担架等方式护送患者进入病区。护送时应注意患者的保暖和安全，并且不能停止必要的治疗（如输液、给氧等）。护送患者入病区后，应与病区值班护士详细交接患者的病情、个人卫生及所携带的物品等。

### 二、入病区后的初步护理

#### （一）一般患者的护理

1. 准备床单位 病区护士接到门诊医生通知后，了解患者入院的原因及目前的疾病情况，根据病情需要准备患者床单位，将备用床改为暂空床。备齐患者所需用物，如面盆、漱口杯、痰杯、热水瓶等。

2. 迎接新患者 以热情的态度、亲切的语言接待患者，将患者带至病床旁，妥善安置患者于病

床;向患者介绍主管医师、护士及护士长,介绍同室病友以及病区的环境和病室设置的使用方法。

3. 通知医生协助体检 通知医生诊察患者,必要时协助体检。医嘱下达后按分级护理要求实施与落实护理措施,进行各项治疗和护理。

4. 排列并填写患者入院相关资料

(1) 准备住院病历一套,并排列病历顺序(表3-1-1)。

表3-1-1 住院病历排列顺序

序号	内 容	序号	内 容
1	体温单	10	特殊治疗同意书
2	长期医嘱单	11	特殊治疗记录单
3	临时医嘱单	12	一般护理记录单
4	住院病案或入院记录	13	危重症护理记录单
5	病程记录,如手术病例尚有:① 手术前小结;② 手术审批书;③ 手术同意书;④ 麻醉前小结;⑤ 麻醉记录(或待产记录);⑥ 手术记录(或产时记录);⑦ 手术护理记录单;⑧ 手术后病程记录(或产后记录)	14	病理报告单
		15	器械检查报告单
		16	血、尿、粪常规检查报告单
		17	临床化学、免疫、微生物及其他检验报告单
6	ICU 记录单	18	病案首页及住院证或其他
7	会诊单	19	病案内容目录表
8	输血同意书	20	门诊病案及以往住院病案或其他医院诊疗资料等
9	特殊检查同意书。		

(2) 填写相关内容:① 用蓝笔逐页填写住院病历眉栏及有关表格;② 用红笔在体温单40~42℃的相应时间栏内纵行填写入院时间;③ 填写入院登记本、诊断卡(插在患者住院一览表上)、床尾卡(置于床尾牌夹内)。

5. 做好膳食准备 根据医嘱确定饮食种类,通知营养室准备膳食。

6. 测量生命体征 测量患者的体温、脉搏、呼吸、血压,询问药物和食物过敏史;对能站立的患者测量体重,必要时测量身高,并将结果按要求记录于体温单上。

7. 实施健康教育 根据患者的病情、心理变化,以及医院的规章制度对患者进行健康教育,如作息制度、探视制度、卫生制度等。指导患者留取常规标本的种类、意义、方法、时间及注意事项等。

8. 完成入院护理评估 评估患者入院时的健康状况,了解其基本情况和身心需要,并在入院24小时内完成患者入院护理评估单的填写,确定护理诊断,拟订初步护理计划。

## (二) 急诊、危重患者的护理

病区接收的急诊、危重患者多从急诊室直接送入或由急诊室经手术室手术后转入,护士接到通知后应立即做好以下工作。

1. 准备床单位 危重患者应置于抢救室或危重病室,床上加铺橡胶中单和中单,对急诊手术后的患者,应备好麻醉床。

2. 备好急救药品和物品 根据患者情况备好如氧气、输液器具、吸引器、急救车等急救物品和

药品,并通知医生做好抢救准备。

3. 观察病情协助抢救 患者入病室后,应密切观察病情变化,积极配合医生进行抢救,做好护理记录。

4. 防止意外事故发生 老年人、婴幼儿、意识不清或躁动不安的患者,需安置床档加以保护,以防发生坠床等意外事故。

5. 不能正确叙述病情和要求的患者(语言障碍、听力障碍等),意识不清患者,精神障碍者或婴幼儿等,需暂留陪送人员,以便询问病史,协助医生尽快做出诊断。

### 三、住院患者的护理分级

护理分级是患者在住院期间,医护人员根据患者的病情和(或)自理能力进行评定而确定的护理级别。患者入院后接受的护理级别规定为四等:特级护理、一级护理、二级护理、三级护理(表3-1-2)。

表 3-1-2 分级护理及内容

护理级别	适用对象	护理内容
特级护理	① 病情危重,随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者;② 维持生命,实施抢救性治疗的重症监护患者;③ 各种复杂或者大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者	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 根据医嘱,准确测量出入量;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,实施安全措施;⑤ 保持患者的舒适和功能体位;⑥ 实施床旁交接班
一级护理	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 自理能力重度依赖的患者;④ 病情不稳定随时可能发生变化的患者	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,实施安全措施;⑤ 提供护理相关的健康指导
二级护理	① 病情趋于稳定或未明确诊断前仍需观察,且自理能力轻度依赖的患者;② 病情稳定,仍需卧床,且自理能力轻度依赖的患者;③ 病情稳定或处于康复期,且自理能力中度依赖的患者	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
三级护理	病情稳定或处于康复期,且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者	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

## 任务二

## 运送患者的常用方法

患者年老体弱或因病不能自行活动和行走,常用轮椅、平车或担架运送患者入院、出院、接受



检查、治疗或外出活动。

### 一、评估重点

- (1) 评估患者病情、体重、意识状态、医嘱及诊断治疗要求。
- (2) 评估患者生命体征、病损部位及配合能力。
- (3) 评估运送工具的性能是否完好。

### 二、操作准备

1. 护士准备 根据患者情况适当增加辅助护士 1~3 人。
2. 患者准备 向患者说明运送的目的、过程和配合注意事项。
3. 用物准备 根据运送要求准备运送工具及相应用物。
4. 环境准备 环境宽敞、整齐,路面平整。

### 三、操作步骤

#### (一) 轮椅运送患者

1. 操作流程和方法 轮椅运送法运送不能行走但能坐起的患者入院、出院、检查、治疗或室外活动。

(1) 备齐用物:轮椅,按季节备毛毯、别针,需要时备软枕、外衣。

(2) 检查轮椅,核对患者:① 检查轮椅性能,推轮椅至患者床旁。② 核对患者床号、姓名,向患者及家属解释操作目的及配合要求。

(3) 协助患者上轮椅法(图 3-1-1):① 轮椅背与床尾平齐,面向床头,翻转脚踏板。如需要毛毯保暖时,将毛毯平铺于轮椅上,上端高出患者颈部 15 cm。② 拉起车闸,固定轮椅(如无车闸,应安排另一辅助护士站在轮椅后面,固定轮椅)。③ 扶患者坐起,协助穿鞋下地,扶助患者坐在轮椅上,放下脚踏板将患者双脚放于其上,如患者下肢水肿或有伤口,可在双脚下垫软枕。④ 将毛毯上端的边向外翻折约 10 cm 围在患者颈部,用别针固定。用毛毯围着两臂作为两个袖筒,各用一别针在腕部固定,再用毛毯围好上身,并将双下肢和两脚包裹。⑤ 嘱患者扶稳轮椅的扶手,尽量靠后坐,勿向前倾身或自行下车,以免跌倒。⑥ 整理床单元为暂空床。

(4) 协助患者下轮椅法:① 将轮椅推至床尾,固定轮椅,翻起脚踏板,扶患者下轮椅。② 协助患者上床,取舒适卧位,观察病情。

(5) 整理记录:整理床单位,需要时记录患者外出及返回时间和患者病情的变化。

#### 2. 注意事项

- (1) 操作前应仔细检查轮椅的各个部件性能。
- (2) 在推轮椅过程中要注意观察病情,保证患者安全。推车下坡时宜减慢速度;过门槛时先翘

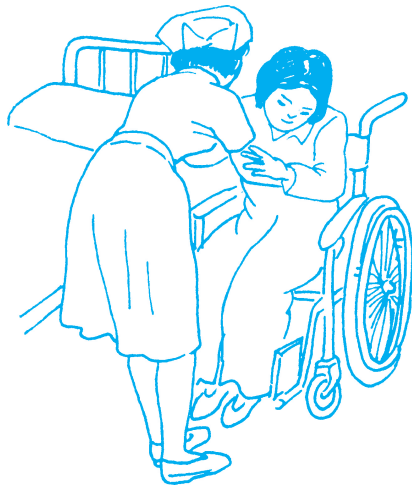


图 3-1-1 协助上轮椅法

起前轮,使患者的头、背后倾,并嘱患者抓住扶手,以防发生意外。

(3)外出时注意患者保暖,防止着凉。

### (二) 平车运送患者

运送不能起床的患者去手术室、特殊检查或治疗室等(图 3-1-2)。

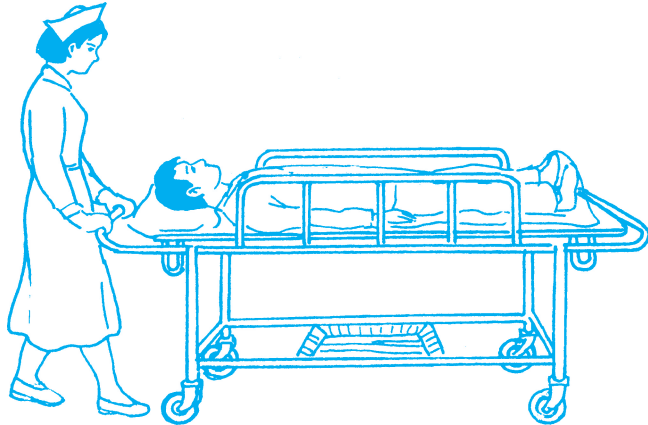


图 3-1-2 平车运送法

#### 1. 操作流程和方法

(1) 备齐用物:平车(上置以被单和橡胶单包好的垫子和枕头)、带套棉被或毛毯、枕头。必要时备氧气袋、输液架、木板和中单。

(2) 检查平车,备齐用物:检查平车性能,根据天气在平车上铺好棉被或毛毯,备齐用物至患者床前。

(3) 核对、解释:核对患者床号、姓名,向患者及家属解释操作目的及配合要求。

(4) 移动患者至平车上:将各种导管妥善放置,避免移动中滑脱。根据病情和患者体重采用自行挪动法、一人协助搬运法、多人协助搬运法或用“过床器”移动等方法将患者移动至平车上。

1) 挪动法(图 3-1-3):适用于病情较轻、能够配合移动身体的患者。① 移开床旁桌、椅,推平车紧靠床边。② 护士在旁抵住平车,协助病员按上身、臀部、下肢顺序向平车挪动,使患者卧于舒适位置。回床时,先助其移动下肢,再移动上半身。如有导管,应安置妥当,防止脱落及扭曲。

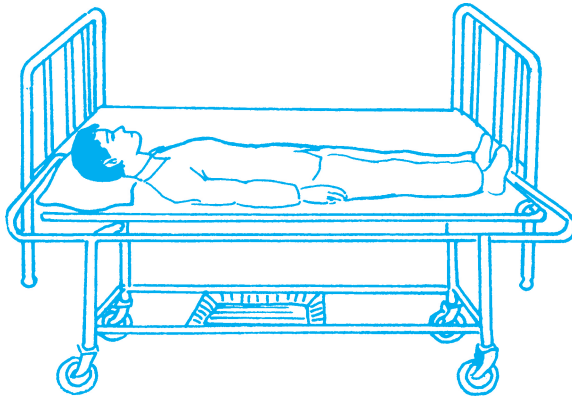


图 3-1-3 挪动法

2) 一人搬运法(图 3-1-4):适用于患儿及病情许可、体重较轻者。① 将平车推至床尾,使平车头端与床尾成钝角,固定平车,松开患者盖被。② 搬运者站在钝角内的床边,一只手臂从患者腋下伸至肩部外侧,一只手臂伸入患者大腿根部,患者双臂交叉依附于搬运者颈部。③ 搬运者抱起患者,移步转身,将患者轻轻放于平车上,盖好盖被。



图 3-1-4 一人搬运法

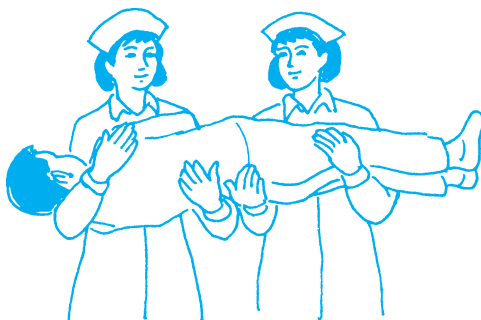


图 3-1-5 二人搬运法

3) 二人搬运法(图 3-1-5):适用于病情较轻,但不能自己活动、体重又较重者。① 平车放置同一人搬运法。② 松开盖被,将患者上肢交叉置于胸前。③ 甲、乙两位搬运者,甲托住患者颈肩部与腰部,乙托住臀部与腘窝处,两人同时抬起患者平稳地移向平车。

4) 三人搬运法(图 3-1-6):适用于病情较轻,但不能自己活动、体重又较重者。① 平车放置同一人搬运法。② 松开盖被,将患者上肢交叉置于胸前。③ 搬运者甲、乙、丙三人,甲托住患者的头颈、肩背部,乙托住腰、臀部,丙托住腘窝、腿部之后,由中间一人喊口令,同时抬起患者,并使之身体稍向搬运者倾斜,动作协调一致移至平车上。

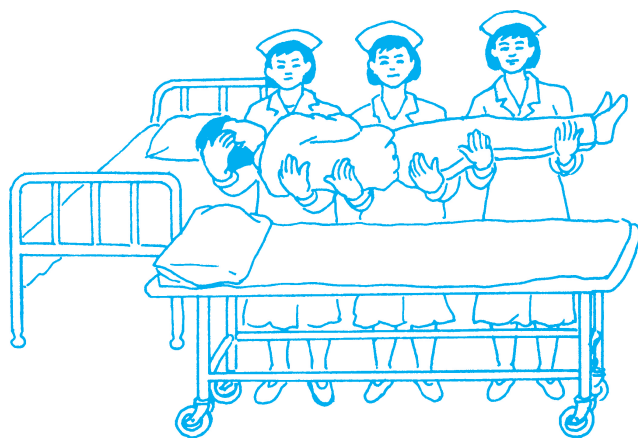


图 3-1-6 三人搬运法

5) 四人搬运法(图 3-1-7):适用于颈椎、腰椎骨折或病情危重患者。① 移开床旁桌、椅,将平车紧靠床边。在患者腰、臀下铺中单,中单应选择布质牢固的,保证搬运时患者的安全。② 四位

搬运者分别立于床的四个面:甲立于床头,托住患者的头和肩部,乙立于床尾托住患者的两腿,丙和丁分别站在病床及平车的两侧。③ 四人抓紧中单四角,由一人发出指令,同时抬起患者,轻轻将患者放在平车中央。如是颈椎损伤或疑似损伤患者,搬运时保持头部中立位,平卧时去枕,头下可垫软、厚毛巾,搬运后在头颈或腰椎两侧用枕头、沙袋、衣物等固定,防止颈、腰椎错位以及脊髓损伤,导致患者致残甚至危及生命。

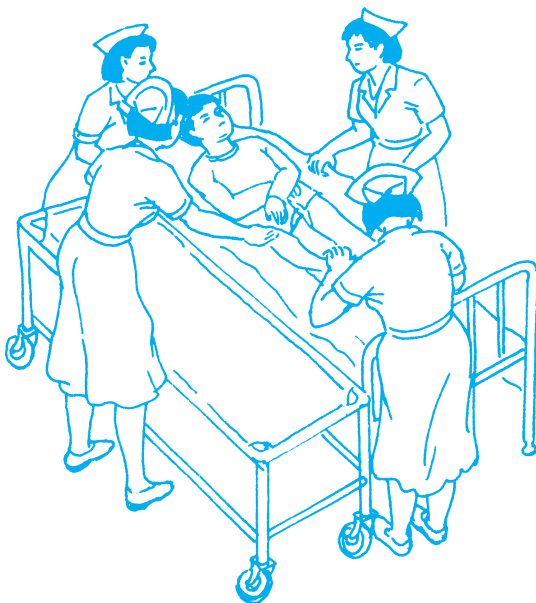


图 3-1-7 四人搬运法

6) 过床器移动法(图 3-1-8):适用于不能自行移动的卧床患者。将患者平移至床侧,靠近平车,向对侧稍侧翻转患者身体,将过床器边缘部分插入患者身下,其余部分平置于平车上。稳妥推移患者,让其滑动至平车中央,撤去过床器,安置患者于合适、安全的卧位。

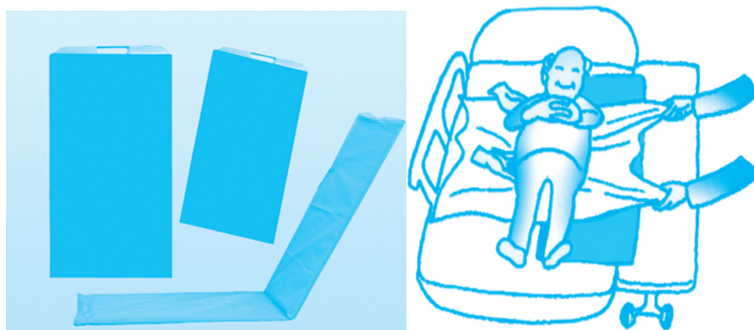


图 3-1-8 过床器

(5) 整理:根据病情需要安置好舒适体位,重新检查各种导管,用盖被包裹患者。整理床单位,铺暂空床。

(6) 送患者:松开车闸,推患者至指定地点。



## 2. 注意事项

(1) 操作前应仔细检查平车的各个部件性能。搬运患者时注意节力,两脚前后分开站立,屈膝,保持重心稳定;尽量使用大肌群搬运,并将患者尽量靠近搬运者,以减轻身体重力线的偏移。

(2) 多人搬运时动作应轻稳、协调一致,保证患者安全。如平车有大、小轮,应让患者头部卧于大轮一侧,以减少转动和颠簸带来的不适。推车进出门时,应先开门再推行;推患者上下坡时,保持患者头部在高位以免低垂引起不适。

(3) 行进过程中护士应立于患者头端,注意观察患者的面色及脉搏的改变;颅脑损伤、颌面部外伤和昏迷患者,应将头偏向一侧。骨折患者搬运时应在车上垫木板,并做好骨折部位的固定;如有输液及引流装置时,保持管道通畅。

(4) 外出时注意患者保暖,防止着凉。

### (三) 担架运送法

运送不能起床的患者去手术室、特殊检查或治疗室等。特别在急救过程中,担架是运送患者最基本、最常用的工具。

#### 1. 操作流程和方法

(1) 备齐用物:担架(通常用帆布担架,紧急情况下可以使用木板等)、棉褥、中单、带套棉被或毛毯、枕头。

(2) 可采用二人或三人搬运法。搬运时由两人抬起并使担架与床平齐,便于搬运患者,具体方法同平车搬运法。抬担架运送患者的基本要求:① 尽量保持患者身体呈水平位或头部稍低位。② 行走时,患者的足在前,头在后。上下楼梯时,注意使担架保持平衡。③ 在将患者抬入救护车时,应使患者头在前,足在后,以使患者感到舒适。

## 2. 注意事项

(1) 患者应位于担架中央,取仰卧位,颈下垫软枕或衣物,以保持呼吸道通畅。

(2) 患者四肢不可靠近担架边缘,以免碰撞造成损伤。

(3) 密切观察病情变化,保证安全。

(4) 胸、腰椎损伤患者应使用硬板担架。

## 四、质量标准

(1) 根据评估结果采取正确的移动和搬运患者方法。

(2) 搬运轻、稳、准确,患者安全、舒适、无损伤。

(3) 妥善处置各种管路,患者的持续性治疗未受影响。

# 项目2 住院病案和护理文件的书写



## 案例导入

神经外科病区监护病室6床,王先生,63岁,医疗诊断:脑血肿清除术。患者在住院期间,管床医生和责任护士依据各自的权利范围和医疗文件的书写要求,将患者住院期间每天的病情变化、病情观察和治疗内容、护理措施等完整、准确、规范地记录在住院病案中。

问题提示：

1. 什么叫病案？病案的意义是什么？
2. 病案记录、书写和保管的要求是什么？
3. 护理记录文件有哪些？在记录内容和要求上有什么规定？

病案是诊疗工作中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，是医务人员通过对患者问诊、查体、实验室及器械检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料，进行归纳、分析、整理所形成的医疗护理工作记录。它反映了患者疾病的全过程，是临床医师进行正确诊断、抉择治疗和制定预防措施的科学依据，是具有法律效力的医疗文件。因此病案有其重要的意义。

### 一、病案提供了患者的信息资料

病案是医疗工作的全面记录，客观地反映了患者患病、治疗及其转归的全过程，为患者再次入院的诊断、治疗提供重要信息，为医生对疾病进行更细致和更全面的分析判断提供依据。

### 二、病案提供了教学和科研资料

在现代医院管理中，病案作为医疗活动信息的主要载体，是患者病情变化及治疗过程的最原始记录，因此也是教学和科研的第一手资料。

### 三、病案提供了医疗事故鉴定的法律依据

当发生医疗纠纷争议时，由医疗机构保管的病案资料，是医疗事故技术鉴定中审查医疗行为和医疗过程的重要文书，是举证的法律书证，是判断责任的重要证据之一。

### 四、病案提供了医护质量评价依据

病案反映了医院的医疗护理质量，在医院评审和日常的医疗、护理质量检查中，病案抽查都是不可缺少的重要项目。

## 任务一

## 记录和保管住院病案的要求

患者住院期间的病案包括医疗文件和护理文件，由医护人员共同完成书写、记录和整理。依据医生和护士的权利和职责，医护人员需要真实、规范、及时，并按照规定的格式书写病案。

### 一、病案记录要求

#### （一）书写规范

病案书写应当内容客观、真实、准确；表述通顺、语句精练，重点突出、层次分明；书写工整、清楚、不超过格线，若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，不得采用刀刮、胶粘、涂黑、剪

贴等方法抹去原来的字迹;标点符号引用正确。

#### (二) 记录及时

各种病案应及时完成,因抢救危急患者未及时书写病案时,应在抢救结束后6小时内据实补记,并注明抢救完成的时间。

#### (三) 内容、格式正确

病案应当按照规定的内容书写,各项记录应用中文和医学术语,记录后记录者在右下角签全名,并注明年、月、日,急诊、抢救等记录应注明至时、分,采用24小时制和国际记录方式。每项记录字、行之间不得留有空格。

#### (四) 记录者身份合法

实习医务人员、试用期医务人员(毕业后第一年)书写的病案,应当经过本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名,审查修改应保持原记录清楚可辨,并注明修改时间。修改、签名一律用红笔,签在署名医师(护师)的左侧,以斜线相隔。修改该病案应在72小时内完成。

#### (五) 用规定的笔墨记录

病案应当使用蓝黑墨水或碳素墨水书写,需复写的资料可用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。凡药物过敏者,应在病案中用红笔注明过敏药物的名称。

## 二、病案管理要求

#### (一) 规定放置区域用后放回

患者住院期间的病案由所在病区负责集中、统一保管,并按住院病案次序排列存放;因复印或复制等需带离病区时,病区应指定专人负责携带和保管,用后及时归还。

#### (二) 保持病案清洁完整

病案应保持清洁,各种检查报告单,在检查结果出具后24小时内按规定粘贴归入病案,不得遗漏。严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病案,保持病案的原始性和完整性。

#### (三) 非医护人员不得擅自查阅病案

除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病案。因科研、教学需要查阅病案的,需经患者就诊的医疗机构有关部门同意后方可查阅,查阅后应当立即归还,不得泄露患者隐私。

#### (四) 病案需要长期保存

患者出院时,由病区办公室护士负责按出院病案排列次序整理,统一编码后,填写病案内容目录表。病案室于患者出院后次日回收。住院病案保存期不得少于30年,观察室病案保存期不得少于15年。需要保存门诊病案的医院或专科,其门诊病案保存期不得少于15年。

#### (五) 复印病案须申请和盖章方可进行

患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构要求复印或者复制病案资料时,应向医务科(处)提出申请,并提供有关证明有效身份的材料。医疗机构受理申请后,由医务科(处)通知病案室或者病区,在申请人在场的情况下复印或复制,并将需要复印或复制的病案资料在规定时间内送至指定地点。其资料经申请人核对无误后,医疗机构应当加盖证明印记。

## 任务二

## 记录和书写护理文件

护理文件是指根据卫生部相关文件规定,由护士记录或处理的患者住院期间病情变化及各项护理活动等内容的文字资料,反映了患者接受医疗护理行为的过程,是病案的重要组成部分。护理文件包括:体温单、医嘱单、一般护理记录单、危重护理记录单、手术护理记录单等。

### 一、体温单的记录

体温单是用于记录患者体温、脉搏、呼吸曲线,血压数据,以及患者出入院、手术、分娩、转科或死亡时间、大小便等情况的表格记录单。

#### (一) 体温单的内容

包括患者姓名、科室、床号、住院号、出入院时间、转科时间、死亡时间、手术、手术日数、分娩、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、身高、体重、出入量、药物过敏试验结果等。

#### (二) 体温单填写方法(附录 2:附表 5)

(1) 眉栏各项均用蓝笔填写,如姓名、科别、床号、住院号等。

(2) 用蓝笔填写日期栏,日期栏每页第一日应填写年、月、日,其余 6 日只写日,中间遇到新的年度或月份均应填全。

(3) 用蓝笔填写“住院日数”,入院日起始日为“1”,连续写至出院;用红笔填写手术或分娩日期,当天为“术日”,记为“0”,次日为第一日,依次填写至 14 日止。如在 14 天内行第二次手术,则将第一次手术日作为分母,第二次手术日数作为分子填写。

(4) 入院、出院、转科、手术、分娩、死亡时间等标记应用红笔纵向顶格记录在体温单 40~42℃ 之间,内容和时间不空格,时间用大写,使用 24 小时时间制。

(5) 绘制体温曲线,见模块 5 项目 2 体温的记录方法。

(6) 绘制脉搏曲线,见模块 5 项目 2 脉搏的记录方法。

(7) 绘制呼吸曲线,见模块 5 项目 2 呼吸的记录方法。

(8) 在“大便次数”栏及以下所记录的内容只填写数量不写单位,均用蓝笔填写。大便应填前 24 小时的次数,无大便记作“0”;排便失禁或人工肛门用“\*”表示。如患者需要灌肠排便,记录方法见模块 4 项目 4 排泄异常的护理。

(9) 在入院时测体重一次,以后每周测一次,住院期间根据病情需要,按医嘱测量记录。若卧床不能测者,记录“卧床”两字;出入量应记录前 24 小时的量;患者入院时测血压,并填写在当日相应栏内。

(10) 根据皮试结果将皮试阳性药物名称对应日期填写在“过敏药物”栏内,用红笔写(阳性),蓝笔写(阴性)。

(11) “其他”栏可根据医嘱或由病情需要记录相关项目,如特别用药、腹围等。

### 二、医嘱和医嘱执行单的记录

医嘱是指经治医生在医疗活动中为诊治患者而下达的医疗指令。医嘱由经治医生直接写在

医嘱单上或在电脑上开立,然后由护士按医嘱种类处理执行并记录。医嘱的内容及起始、停止时间应由医生书写。

### (一) 医嘱的种类

1. 长期医嘱 指有效时间在 24 小时以上的医嘱,医生注明停止时间后即失效。例如,维生素 C 100 mg po tid。长期医嘱由医生开立在长期医嘱单上(附录 2:附表 6),内容包括:患者姓名、科别、病区、床号、住院号或病案号、页码、起始日期和时间、医嘱内容、停止日期和时间、医生签名、执行时间、执行护士签名、核对者签名。

2. 临时医嘱 指有效时间在 24 小时以内的医嘱,有些临时医嘱需要立即执行。例如:急诊血常规;全胸片。临时医嘱由医生开立在临时医嘱单上,内容包括:医嘱时间、内容、医师签名、执行时间、执行护士签名。

3. 备用医嘱 指由医生开立的预定医嘱,护士可根据患者病情在有效期内酌情使用。根据医嘱的有效期又可分为:

(1) 长期备用医嘱(prn 医嘱):有效时间在 24 小时以上。例如,哌替啶 50 mg im q6h prn。

(2) 临时备用医嘱(sos 医嘱):仅在 12 小时内有效。例如,地西洋 5 mg po sos。

### (二) 医嘱的执行和记录

#### 1. 执行和记录方法

(1) 长期医嘱:将长期医嘱转抄于执行单上(服药单、治疗单、注射单、饮食单等),护士在医嘱单上签名,另一护士核对签名,以后即按执行单上的要求依次去做,直到医生注明停止时间后方为失效。

(2) 长期备用医嘱:每执行一次后应由执行者在临时医嘱栏内写明执行时间并签全名,经治医生注明停止时间后方失效。

(3) 临时医嘱及临时备用医嘱:执行临时医嘱和临时备用医嘱后均应及时注明执行时间并签名,指定执行的临时医嘱,应严格在指定时间内执行。临时备用医嘱过期尚未执行则自然失效。

(4) 停止医嘱:应在相应执行单上注销,并在停止时间栏内注明停止时间和签名。

#### 2. 注意事项

(1) 处理医嘱应先急后缓,先执行临时医嘱,后执行长期医嘱。

(2) 一般情况下,医生不得下达口头医嘱,在抢救危重患者和手术中需下达口头医嘱时,护士应当复诵一遍,抢救结束或术后医生应立即据实补记医嘱(不得超过 6 小时)。

(3) 如出现转科、出院(死亡)、手术、分娩情况时,应在长期医嘱单的最后一项医嘱的下面用红笔画一横线,表示以前的医嘱一律作废;线下正中用蓝笔标明“转科医嘱”或“手术后医嘱”(红线上、下均不得空行),在日期时间栏内写明当天日期时间。如有空格应用蓝笔从左上到右下顶格画一斜线。

(4) 执行药物过敏试验医嘱后,由执行者将药物名称及结果填写在体温单相应栏内。对于 2 小时后出现迟缓阳性反应者,应及时记录到护理记录单上。

### (三) 整理医嘱

(1) 长期医嘱单超过 3 张应及时整理。

(2) 重整医嘱应在长期医嘱单的最后一次医嘱下面用红笔画一横线,在红线下用蓝钢笔写上“重整医嘱”字样及日期。

(3) 重整医嘱时,必须准确抄录横线以上未停止的长期医嘱,按原医嘱的日期、时间抄写,医生



与护士签名均按原医嘱；横线以上医嘱必须停止执行。

#### （四）长期医嘱执行单

长期医嘱执行单是护士执行长期医嘱时的客观、真实、原始记录。

（1）内容包括患者姓名、科室、床号、病案号（或住院号）、医嘱开立日期及时间、医嘱停止日期及时间、医嘱内容、执行日期及时间、执行护士签名、页码。

（2）格式各医院可根据情况自行设计。

（3）要求执行口服药长期医嘱时，应当在长期医嘱执行单上注明医嘱内容、发药时间、执行护士签名；执行注射等其他长期医嘱时，应当在长期医嘱执行单上注明医嘱内容、执行时间、执行护士签名。执行时间应具体到分钟。

### 三、护理记录单

#### （一）一般患者护理记录

是护士根据医嘱和病情对一般患者在住院期间护理过程的客观记录。

1. 记录内容 患者姓名、科别、床号、病案号（或住院号）、页码、记录日期和时间、患者的病情、护理措施和护理效果、护士签名（附录 2：附表 7）。

2. 记录要求

（1）应在病情栏内如实记录患者病情、护理措施和实际效果。

（2）新入院患者应记录患者的一般情况、相关专业疾病特点的客观反应等；急诊入院患者应记录生命体征、患者主诉、执行医嘱及给药情况、护理措施等。

（3）对于手术当日、病情较重、病情处于变化阶段、体温超过 38.5℃ 以上、特殊检查等患者，应记录：① 患者主诉、简要病情与观察结果；② 生命体征、液体出入量；③ 去手术室时间、术后回病房时间；④ 回病房后的生命体征、麻醉清醒时间；⑤ 伤口引流及各种管道情况；⑥ 特殊检查名称及注意事项、采取的护理措施及护理效果等。

（4）应用危重患者护理记录单的患者，不再使用一般患者护理记录单，但 2 种记录单应紧密衔接，避免遗漏或脱节。

（5）一级护理的患者每班要有病情小结，病情稳定后每周应记录 2 次；二级、三级护理患者，病情稳定后每周至少记录 1 次；病情发生变化时随时记录。

（6）记录时间应具体到分钟。

#### （二）危重患者护理记录

是指护士根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录。适用于危重、抢救、大手术及特殊手术后、特殊治疗和需要严密观察病情变化的患者。

1. 记录内容 患者姓名、科别、床号、病案号（或住院号）、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察内容，护理措施和效果、护士签名（附录 2：附表 8）。

2. 记录要求

（1）根据相应专科的护理特点，在病情栏内如实记录患者的主诉、生命体征、意识情况、液体出入量、各种仪器监测指标、管道护理情况、病情变化、护理措施、执行特殊医嘱、治疗护理效果等。

（2）死亡患者应重点记录抢救经过、抢救时间、死亡时间。

（3）每班至少记录一次，病情变化及时记录，遇有特殊情况，应在 6 小时内如实补记。

(4) 应准确记录出入量或根据医嘱记录出入量;仅记“24小时出入量”的医嘱,可不记录其他内容。

(5) 应用红蓝笔记录,当日7:00至19:00用蓝笔记录,19:00至次日7:00用红笔记录。24小时出入量由夜班护士在次日7:00用蓝笔总结,填入所画两道红线之间;未满24小时总结用蓝笔写明具体时数。

### (三) 手术护理记录单

指巡回护士对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料的记录,应当在手术结束后及时完成。

1. 记录内容 患者姓名、病案号、手术日期及时间、手术名称、术前诊断、药物过敏史、器械包监测结果、患者入室(离室)时间、术中所用各种器械名称和数量、清点核对情况、术中护理情况、手术护士和巡回护士签名等(附录2:附表9)。

#### 2. 记录要求

(1) 应当填写完整、清楚、不漏项。

(2) 手术护士和巡回护士在手术结束前,必须对手术器械和敷料进行清点,发现器械、敷料种类或数量与手术前不符合时,应向手术医生提出不得缝合手术切口,如手术医师拒绝,护士应注明并由手术医师签名。

## 四、护理病案

护理程序在临床护理中的提出和应用,使得护士能够有计划、系统地对患者实施护理,在实施过程中,首先对患者的病情进行评估,在评估的基础上确定患者的护理诊断(或护理问题),然后为患者制定个体化的护理计划,并通过计划的实施,达到预防、减轻和解决患者问题的目的。因此,护理病案包括:入院评估单、护理计划单、护理记录单和出院计划单(详见模块1项目5护理程序)。

## 五、病区交班报告

病室交班报告不属于护理文件,但它是班班交接时的书面交接内容。第四版病历书写规范出台后,为了避免书写的重复,有的医院在交接班时直接用护理记录的内容作为书面交班内容,但也有医院仍采用病室报告(附录2:附表10)。

### (一) 书写要求

(1) 报告应按照书写顺序,在巡视病房了解病情的基础上书写。

(2) 书写内容应全面、真实、简明扼要、重点突出,报告内容要前后衔接,如白天交班渗血较多,夜间应注明是否终止或仍渗血,是新鲜还是陈旧性血液等。

(3) 措辞恰当,使用医学术语,无错别字,字迹清晰、整洁,不得随意涂改或伪造。日间用蓝钢笔书写,夜间用红钢笔书写。

(4) 填写时,先写床号、姓名、诊断,再简要记录病情、治疗和护理情况。

(5) 对新入院、转入、手术、分娩患者,在诊断的右下角分别用红笔注明“新”“转入”“手术”“分娩”;危重患者做红色标记,病重注明“\*”;病危注明“危”。

### (二) 书写顺序

(1) 眉栏填写清楚,详细填写病室名称,日期(年、月、日),患者总数、入院、转入、出院、转出、手术、生产、病重、病危、死亡等人数。

(2) 根据下列顺序,按床号先后顺序书写报告:① 出院、转出患者的姓名、床号、诊断及出院或

转出的时间;② 死亡患者的姓名、床号、诊断及呼吸心跳停止时间;③ 新入院、转入患者姓名、床号,性别、年龄、入院原因及时间;④ 当日手术患者姓名、床号,麻醉方式、手术名称;⑤ 明日手术患者姓名、床号,麻醉方式、手术名称;⑥ 病危或病重患者姓名、床号、诊断,病情情况交代。

### (三) 交班内容

1. 出院、转出、死亡患者 出院者写明离开时间;转出者注明转往何院、何科;死亡者简要记录抢救过程及死亡时间。

2. 新入院及转入患者 写明入院(转入)的原因、时间、主要症状、体征,目前的治疗及护理主要措施。

3. 手术患者 当天手术患者写明麻醉种类、手术名称及过程,麻醉清醒时间,回病房后生命体征、伤口、引流、排尿及镇痛药使用情况。次日手术患者应写明术前准备和术前用药情况等。

4. 产妇 应报告胎次、产次、产程、分娩时间、会阴切口及恶露情况。

5. 危重患者和有异常情况、特殊检查治疗的患者 应写明主诉、生命体征、神志、病情变化、抢救及特殊治疗护理情况,需重点观察的内容。

## 项目3 患者出院护理



### 案例导入

成某,男性,24岁,因打篮球意外左脚跟腱断裂,门诊医生诊断后决定患者收入骨外科住院接受治疗。经固定和手术治疗14天,后患者已能拄拐下地行走,医生评估后下达出院医嘱,患者可回家休养并继续接受社区康复治疗。

问题提示:

1. 患者出院的依据和流程是什么?
2. 护士接到出院医嘱后应为患者进行哪些护理?
3. 护送患者离开医院后护士还有哪些后续护理工作需要完成?
4. 患者出院后的住院病案、治疗执行单和卡片应如何处理?

出院护理是指患者出院时,护理人员对其进行的一系列护理工作。如患者经过治疗和护理,病情好转,逐渐康复,经医生决定可以出院时,护士应协助其办理出院手续,同时对出院的患者进行健康指导并做好患者出院后的护理。出院患者一般包括痊愈出院患者、未痊愈需转院的患者或要求自动离院的患者等。

### 任务一

## 患者出院前的护理

### 一、通知患者和家属

医生根据患者的身体恢复情况,决定出院时间。护士应按医嘱,将出院日期提前通知患者及

家属,使之做好出院准备。

## 二、评估患者身心需要,适时进行健康教育

出院前护士应评估患者健康状况,心理变化,预计出院后可能存在的问题等。根据患者的情况进行健康教育,做好心理护理,指导出院的患者注意饮食、服药、休息、功能锻炼和定期复查等,并做好记录。必要时可为患者或家属提供有关方面的书面资料,教育患者出院后的自我护理。对于因经费或病床周转等问题,术后未拆线或病情相对稳定即出院者,护士应制定出院计划,以便患者回到社区或家庭病房后能得到连续性的医疗和护理,以帮助患者更好的康复。

## 三、办理出院手续

(1) 护士根据出院医嘱和出院通知单,结算患者在住院期间所用的药品及治疗护理费用。指导患者和家属到出院处办理出院手续。

(2) 患者出院后仍需服药时,护士则凭出院医嘱处方到药房领取药品,交给患者带回并指导患者正确用药,说明用药的注意事项等。

(3) 护士收到患者的出院证后,协助患者整理个人用物并给予物品带出证。

## 四、征求患者及家属意见

在患者出院前,征求患者及家属对医院工作的意见和建议,以便不断改进工作方法,提高护理质量。

## 五、护送患者出院

根据患者具体情况,采用不同的方式护送患者离开病区。

# 任务二

## 患者出院后的护理

护士将患者送出院后,需要对其所住病室环境、床单位进行终末处理,同时注销各种执行单及卡片,整理病案,填写相关出院文件。

### 一、整理出院医疗文件

#### (一) 填写出院时间

在体温单 40~42 °C 相应时间栏内,用红笔纵行填写出院时间。

#### (二) 注销各种执行单及卡片

出院后注销所有治疗、护理执行单,如服药单、注射单、治疗单、饮食单等;注销各种卡片,如诊断卡、床尾卡等。

#### (三) 填写出院登记,整理病案

填写出院患者登记本,按要求整理病历,排列出院病历的顺序,交病案室保存(表 3-3-1)。

表 3-3-1 出院病历排列顺序

序号	内 容	序号	内 容
1	病案首页及住院证	10	特殊治疗记录单
2	出院记录或 24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录	11	一般护理记录单
3	住院病案或入院记录	12	危重症护理记录单
4	病程记录,如手术病例尚有:① 手术前小结;② 手术审批书;③ 手术同意书;④ 麻醉前小结;⑤ 麻醉记录(或待产记录);⑥ 手术记录(或产时记录);⑦ 手术护理记录单;⑧ 手术后病程记录(或产后记录)	13	病理报告单
		14	器械检查报告单
		15	血、尿、粪常规检查报告单
		16	临床化学、免疫、微生物及其他检验报告单
5	ICU 记录单	17	长期医嘱单
6	会诊单	18	临时医嘱单
7	输血同意书	19	体温单
8	特殊检查同意书	20	死亡患者门诊病案
9	特殊治疗同意书		

## 二、处理病室环境和病床单位

- (1) 撤去病床上的污被服,放入污衣袋,送洗衣房处理。
- (2) 床垫、床褥、枕芯、棉胎放在日光下曝晒 6 小时或用紫外线照射消毒后,按要求放置。
- (3) 用消毒液擦拭病床及床旁桌椅。非一次性痰杯、面盆等须用消毒液浸泡后再做进一步处理。
- (4) 打开病室门窗,通风换气。
- (5) 传染性疾病的床单位及病室,均按传染病终末消毒法处理。
- (6) 铺好备用床,准备接收新患者。

(华 茵)



## 练习与检测

### 一、名词解释

长期医嘱 临时医嘱 备用医嘱

### 二、单项选择

1. 一般病员入院,值班护士接医生通知后,应先 ( )
  - A. 准备病床单位
  - B. 迎接新病员
  - C. 填写入院病历
  - D. 通知医生
  - E. 通知营养室



2. 出院护理的“卫生指导”,下列哪项概念的陈述不妥 ( )
- A. 单纯普及卫生常识 B. 包括饮食指导  
C. 包括休息指导 D. 包括复诊指导  
E. 必要时给予功能锻炼
3. 门诊发现肝炎患者,护士应立即 ( )
- A. 安排提前就诊 B. 转急诊治疗  
C. 转隔离门诊治疗 D. 给予卫生指导  
E. 问清病史
4. 一般患者入病区后的初级护理,应首先 ( )
- A. 介绍住院规章制度 B. 扶助上床休息,护士自我介绍  
C. 测量生命体征 D. 通知医生,协助体检  
E. 填写住院病历有关栏目
5. 李某,女,53岁,因哮喘急性发作,急诊入院。护士在住院初步护理中,下列哪项不妥 ( )
- A. 护士自我介绍,消除陌生感 B. 立即给患者氧气吸入  
C. 安慰患者,减轻焦虑 D. 详细介绍环境及规章制度  
E. 通知医生,给予诊治
6. 患者刚出院,对病床单位的处理下列哪项不妥 ( )
- A. 撤下被服送洗 B. 床垫、棉胎置于日光下暴晒6小时  
C. 痰杯、便盆浸泡于消毒液中 D. 病床单位用消毒液擦拭  
E. 立即铺好暂空床
7. 护士采用挪动法协助患者从床上向平车移动时顺序为 ( )
- A. 下肢,臀部,上身 B. 上身,下肢,臀部  
C. 上身,臀部,下肢 D. 臀部,下肢,上身  
E. 臀部,上身,下肢
8. 用平车搬运腰椎骨折患者,下列措施哪项不妥 ( )
- A. 车上垫木板 B. 先做好骨折部位的固定  
C. 宜用四人搬运法 D. 下坡时头在后  
E. 让家属推车,护士在旁密切观察
9. 护士为住院患者测量T、P、R、BP后应记录于 ( )
- A. 治疗单上 B. 体温单上 C. 医嘱单上 D. 病程记录单上  
E. 护理诊断项目单上
10. 住院患者的病历排列首页的是 ( )
- A. 体温单 B. 医嘱单 C. 住院病历封面 D. 出院记录  
E. 病程记录
11. 患者出入院的时间应写在体温单的 ( )
- A. 35℃以下 B. 36~38℃之间 C. 38~40℃之间 D. 40~42℃之间  
E. 42℃以上
12. 患者女性,36岁。卵巢囊肿摘除术后疼痛难忍,医嘱哌替啶50mg肌内注射prn,此医嘱属于 ( )
- A. 长期医嘱 B. 临时备用医嘱  
C. 长期备用医嘱 D. 指定时间的医嘱  
E. 临时医嘱
13. 属于临时备用医嘱的是 ( )

- A. 流质饮食
- B. 地西泮 5 mg, sos, po
- C. 哌替啶 50 mg, im, q6h
- D. 餐后血糖, st
- E. 心电图检查

14. 患者女性, 35 岁。行背部手术后感到疼痛, 为减轻患者疼痛, 下午 2 时医生开出医嘱: 阿法罗定(安那度) 10 mg, im, SOS。此项医嘱的失效时间是 ( )

- A. 晚 8 时
- B. 晚 12 时
- C. 第 2 日凌晨 2 时
- D. 第 2 日下午 2 时
- E. 医生注明的停止时间

15. 护理工作人员在下午 4 时巡视病室后, 书写交班报告, 首先应写的是 ( )

- A. 5 床、某某, 于上午 1 时转科
- B. 10 床, 某某, 于下午 15 时入院
- C. 13 床, 某某, 于上午 8 时手术
- D. 27 床, 某某, 病情危重
- E. 30 床, 某某, 下午行胸腔穿刺术

16. 护送患者出院时, 护士不妥的用语是 ( )

- A. 请安心休养, 按时服药
- B. 请注意休息, 加强营养
- C. 请定期门诊复查
- D. 请多保重, 再见
- E. 请注意劳逸结合, 适当运动

17. 扶助患者上下轮椅时, 错误的操作是 ( )

- A. 轮椅椅背与床尾平齐
- B. 扶患者坐起, 穿袜、鞋
- C. 护士站在轮椅前固定轮椅
- D. 嘱患者尽量靠后坐
- E. 嘱患者勿向前倾身

### 三、思考简答

1. 一般患者入病区的初步护理工作有哪些?
2. 患者出院后, 病床单位应如何处理?

### 四、情景案例讨论及分析

1. 成某, 男性, 24 岁, 因打篮球意外左脚跟腱断裂, 门诊医生诊断后决定患者收入骨外科病区 3 床, 准备接受手术治疗。

讨论:

- (1) 该患者的入院程序和入院后的初步护理有哪些?
- (2) 为该患者整理 1 份住院病案。

2. 王先生, 63 岁, 患高血压病 15 年, 3 天前晚因情绪激动突发脑血管破裂, 昏迷, 家人急送医院急诊中心抢救, 经手术后患者仍呈昏迷状态, 生命体征稳定, 现转入神经外科病区监护病室 6 床继续接受观察和治疗。

讨论:

- (1) 该患者入院后的初步护理有哪些?
- (2) 患者应用哪种方式送入病区? 运送过程中应注意什么?
- (3) 你认为该患者可以是几级护理? 护理要求有哪些?