

目 录

绪 论	1
项目一 入院患者护理评估单	9
任务一 认识临床案例及文书范例	9
任务二 掌握书写基本要求	16
任务三 解析案例	17
项目二 体温单	18
任务一 认识临床案例及文书范例	18
任务二 掌握书写基本要求	20
任务三 解析案例	22
项目三 医嘱单	23
任务一 认识临床案例及文书范例	23
任务二 掌握书写基本要求	26
任务三 解析案例	28
项目四 手术护理及物品清点记录单	29
任务一 认识临床案例及文书范例	29
任务二 掌握书写基本要求	31
任务三 解析案例	32
项目五 急诊患者护理记录单	34
任务一 认识临床案例及文书范例	34
任务二 掌握书写基本要求	37

任务三 解析案例	38
项目六 危重患者护理记录单	39
任务一 认识临床案例及文书范例	39
任务二 掌握书写基本要求	78
任务三 解析案例	80
项目七 产科护理记录单	86
任务一 认识临床案例及文书范例	86
任务二 掌握书写基本要求	91
任务三 解析案例	94
项目八 新生儿护理记录单	96
任务一 认识临床案例和文书范例	96
任务二 掌握书写基本要求	98
任务三 解析案例	98
项目九 精神疾病患者护理记录单	100
任务一 认识临床案例及文书范例	100
任务二 掌握书写基本要求	102
任务三 解析案例	103
项目十 病室交班报告	104
任务一 认识临床案例及文书范例	104
任务二 掌握书写基本要求	105
任务三 解析案例	106
附录 相关文件汇编	110
附录一 中华人民共和国护士管理办法	110
附录二 护士条例	113
附录三 病历书写基本规范	118
附录四 医疗机构病历管理规定	126
附录五 关于进一步简化护士书写的实施意见	128
附录六 医学领域容易读错的常用字	130

绪 论

护理文书是护理工作的重要组成部分,无论在临床护理、教学科研,还是在医院管理、医疗法律等方面,其重要意义和学术价值都越来越得到广泛认识和认同。

随着社会的不断进步,人们法律意识逐渐增强,医院功能日益多元化,对护理文书提出了更高要求。首先,法律效能更加突出。国务院颁发的《医疗事故处理条例》实施后,实行举证责任倒置。一旦发生医疗纠纷和事故,患者有权要求复印相关护理记录资料。因此,护理文书成为处理医疗纠纷,进行医疗事故鉴定,判定医务人员对错以及医疗活动与损害之间因果关系的重要法律依据。其次,文书内涵不断拓展。护理文书的内涵随着护理专业的发展和学科的细化不断拓展。各种专科护理记录在不断延伸,维护医护权益的各种知情同意书等新内容也陆续加入。第三,文书形式更加完善。当前除了传统的护理文书形式外,随着医院信息化建设的不断深入和发展,电子病历与护理记录逐步普及,其形式也更加多样。

这些新变化,必然对护理文书的内容、形式与质量管理等方面提出更高要求。因此,加强对护理人员规范书写护理文书能力的培养势在必行。

一、护理文书的概念

护理文书是指护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总称。它包括入院护理评估单、体温单、医嘱单、护理记录单、手术清点记录单、病室交班报告等。

护理文书属于医疗文件的一部分。医疗文件就是我们通常所说的病历,卫生部统一称为病案。

护理文书是护理临床实践的原始记录文件,是医院管理的重要内容和依据。例如,病室护理交班报告是护士值班的重要工作记录,通过交班报告护理人员可以了解全病区每天重点患者的病情变化及治疗、护理效果,可以了解病区医疗及护理工作的动态,能够有力地促进医疗及护理工作准确无误地连续顺利运行。

根据《医疗事故处理条例》相关规定,体温单、医嘱单、护理记录单属于患者复印或复制资料的范围,因此具有法律效力。

二、护理文书的意义

1. 护理文书是对患者实施诊断、抢救、治疗、护理的重要依据

护理文书提供患者的基本信息资料。患者从入院开始,护士就为其测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,观察病情,了解状况,并及时、准确地记录于护理文书。特别是危重患者和手术后患者,更是需要严密观察和详细记录。护理文书中的医嘱单、护理记录单等记录护士执行医嘱和实施各项抢救、治疗、护理措施的详细情况,是临床第一手原始资料,为医生诊断、抢救、治疗患者提供重要的决策依据。

2. 护理文书是护理团队合作的重要内容和形式

护理文书在护理团队内部各成员之间传递患者的重要信息,是进行护理诊断、判断病情变化、制定护理方案的重要依据。它需要由各班次护理人员共同努力完成,目的明确,操作性及实用性强。

3. 护理文书是反映护理质量的重要评价依据

护理文书反映护士的依法执业行为。护士及相关人员在某个时间点上为患者提供的护理技术、服务和实行某种患者安全管理的护理行为,是护理质量的核心要素之一。它是一项严谨而重要的工作,是护士根据医嘱和病情,对患者进行护理过程的客观记录,其质量的好坏不仅反映了护士的实际工作能力、工作责任心,而且也反映护理管理的整体水平。护理文书中各种表格的书写质量,在很大程度上反映了护理工作的状况及护理质量,是评价临床护理质量、病房护理管理质量以及护士专业能力的重要依据。

4. 护理文书是教学和科研的重要档案资料

在现代医院管理中,护理文书是对患者疾病发生、发展、转归过程中的临床护理的全程记录。它不仅是医院医疗、护理、预防、保健、管理工作的重要资料,也是教学和科研的重要档案资料,是护理理论、技术的具体转化和体现。护理文书记录的资料也是护理教学取之不尽、用之不竭的案例来源,是书本理论知识和临床具体实践的紧密结合,是护理教学的宝库。

5. 护理文书是提供医疗护理行为的法律凭证

2002年国务院颁布施行的《医疗事故处理条例》及国家卫生部和国家中医药管理局联合印发的《病历书写基本规范》,进一步明确了护理文书的法律地位。随着人们法律意识的提高,患者依照法律规定,衡量医疗护理行为和后果的意识不断增强,护理文书的法律敏感性显得尤其重要。因此,应将法律意识教育及相关政策法规性文件学习纳入护理及相关管理工作的始终,明确法律与护理的关系,从而增强护理人员的职业法律意识,提高其在护理文书书写中运用法律知识的能



力,强化对患者负责和对护士负责的责任意识,同时增强护患双方的自我保护意识,使护理文书真正成为护理工作举证倒置的重要资料。

三、护理文书书写基本原则

护理文书书写应遵循:①符合《医疗事故处理条例》及其配套文件的要求;②符合临床基本的诊疗护理常规和规范;③有利于维护护患双方合法权益,减少医疗纠纷;④做到客观、真实、准确、及时、完整地记录病人病情的动态变化;⑤有利于促进护理质量的提高,为教学、科研提供可靠的客观资料;⑥融科学性、规范性、创新性、实用性和可操作性为一体,体现护理专业特点和学科发展水平;⑦明确职责,谁执行,谁签字,谁负责,规范护理管理等基本原则,预防护理差错事故及纠纷的发生。

四、护理文书书写要求

1. 书写清晰准确

护理文书书写的最基本要求是:文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。书写过程中如出现错字、错句时,应在错字、错句上用双横线标示,在画线的错字、错句上方签上本人全名。应保持原记录清晰可辨,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

2. 内容客观真实

护理文书是用于记录各项护理活动及护理人员对患者病情观察情况的客观记录,具有客观性、真实性,不能推测。

3. 记录及时完整

护理记录应该及时、完整、突出重点。所谓及时,就是在完成护理观察、评估或措施后立即书写。如果因抢救危重患者未能及时记录,当班护士应在抢救结束6小时内据实补记,并加以注明。

4. 格式正确合理

护理文书应按照规定格式书写。成段文字应该按照段落格式,条目内容应当按照条文格式。日期用公历年,时间用北京时间记录。护理文书纸张规格与医疗记录纸张规格相一致,页码用阿拉伯数字表示。书写者书写完毕签上姓名;实习期或试用期护理人员书写的护理文书,必须经过本科室具有执业资格并经注册的护理人员审阅并签名。

5. 用语科学规范

护理文书应使用中文和医学术语或中医术语。通用的外文缩写和无正式译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。文书中使用的计量单位一律采用中华人民共和国法定的计量单位(米 m、厘米 cm、毫米 mm、微米 μm 、升 L、毫升 ml、千克 kg、克 g、毫克 mg、微克 μg)。表格内已注明计量单位的,记录时只填数,不必重复写单位名称。

6. 笔墨合乎要求

护理文书应使用蓝黑墨水或碳素墨水笔书写。上级护理人员审查、修改下级护理人员书写的护理文书,其修改和补充的部分需用红色水笔,修改人员必须签名并注明修改日期。修改必须保持原记录清晰可辨。

五、护理文书管理的相关制度

临床护理管理制度包括:护士注册、执业管理制度,护理质量管理体系,执行医嘱制度,查对制度,分级护理制度,抢救工作制度,护理安全管理制度,护理值班交班制度,护理会诊制度,护理查房制度,护理不良事件报告制度,病房一般消毒隔离管理制度等。其中,与护理文书关系相对比较密切的包括以下几种:

1. 执行医嘱制度

(1) 医嘱必须由在本医疗机构拥有两证(医师资格证和执业证)和处方权的医生开具方可执行。医生应将医嘱直接书写在医嘱本或电脑上。

(2) 医生开出医嘱后,护士应及时、准确、严格执行医嘱,不得擅自更改。如发现医嘱中有疑问或不明确处,应及时向医生提出,明确后方可执行。

(3) 在执行医嘱的过程中,必须严格遵守查对制度,以防差错和事故发生。

(4) 一般情况下,护士不得执行医师的口头医嘱。因抢救急危患者需要执行口头医嘱时,护士应当复诵一遍无误后方可执行。抢救结束后,护士应及时在医生补录的医嘱后签上执行时间和姓名。

(5) 密切观察治疗效果和不良反应,发现异常及时报告医生处理并做好记录。

2. 查对制度

(1) 执行医嘱、处方或进行治疗时,应查对患者姓名、性别、床号、住院号或门诊号。

(2) 执行医嘱时要严格执行“三查八对”:①“三查”,操作前、操作中、操作后查。②“八对”,对床号、姓名、药名、有效期、剂量、浓度、时间、用法。

(3) 清点药品时和使用药品前,要检查药品质量、标签、失效期和批号,如不符合要求,不得使用。

(4) 给药前,注意询问有无过敏史;使用毒、麻、限、剧药时要经过反复核对;静脉给药注意有无变质,瓶口有无松动、裂缝;给多种药物时,要注意配伍禁忌。

(5) 输血前,需经两人查对无误后方可输入;输血时应注意观察,保证安全。

(6) 使用无菌物品前,应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁,灭菌日期、有效日期、灭菌效果是否达到要求等。

(7) 医嘱执行后执行人注明执行时间并签名。



3. 值班交班制度

(1) 病房护士实行 24 小时三班轮流值班制。值班人员应严格遵照护理管理制度,服从护士长安排,坚守工作岗位,履行职责,保证各项治疗护理工作准确及时地进行。

(2) 交班前,值班护士应检查医嘱执行情况 and 危重患者护理记录,并整理好所用物品,保持治疗室、护士站清洁,并为下一班做好必要的准备。

(3) 每班必须按时交接班,接班者提前 10~15 分钟到科室,清点应接物品,阅读交接班报告和护理记录单。未交接清楚前,交班者不得离开岗位。

(4) 对规定交接班的毒、麻、限、剧药及医疗器械、被服等当面交接清楚并签字。

(5) 交班内容包括当天患者的总数,入院、出院、手术、分娩、病危、死亡、转科(院)等患者人数;患者的心理情况、病情变化、当天或次日手术患者及特殊检查患者的准备工作及注意事项;急救药品器械、特殊治疗和特殊标本的留取等。

(6) 交班方法有:文字交接,每班书写护理记录单进行交班。床头交接,与接班者共同巡视病房,重点交接危重及大手术患者、老年患者、小儿患者及特殊心理状况的患者。口头交接,一般患者采取口头交接。

(7) 交班报告(护理记录)应按要求书写。进修护士或实习护士书写护理记录时,由带教护士负责修改并签名。

4. 分级护理制度

根据病情、医嘱执行护理级别,并在患者一览表上作相应标记。护理级别分特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

(1) 特级护理:适用于病情危重随时需要进行抢救的患者,各种复杂、疑难、新开展的大手术后需要重点观察的患者,严重创伤、大面积烧伤和“五衰”的患者等。

(2) 一级护理:适用于重症、大手术后需要严格卧床休息的患者,生活完全不能自理的患者及病情随时可能发生变化的患者。

(3) 二级护理:适用于病情较重、生活不能自理的患者,老年、幼儿、慢性病不宜活动的患者。

(4) 三级护理:适用于各疾病康复期、病情较轻、生活能自理等的患者。

5. 抢救工作制度

(1) 各科室的抢救工作由具有临床经验和技术水平的医生和护士承担,由科主任、护士长负责组织和指挥。遇重大抢救应立即报医务处、护理部,并上报院领导,根据病情提出抢救方案,凡涉及法律纠纷要报告有关部门。

(2) 急救器材、药品齐备完好。抢救物品一般不外借,以保证应急使用。

(3) 各级人员必须熟练掌握相关抢救技术和抢救用药,熟悉各种抢救仪器的性能及使用方法。

(4) 参加抢救人员应全力以赴,分工明确、紧密配合、听从指挥,严格执行各项规章制度,及时、

准确执行医嘱,用药、处置正确无误。

(5) 若遇患者病情发生变化,在通知医生的同时,护理人员应根据病情及时测量生命体征,实施给氧、吸痰、建立静脉通道、人工呼吸、胸外心脏按压、配血、止血等措施。

(6) 对危重患者应就地抢救,待病情稳定后方可搬动。抢救过程中必须严密观察病情变化,根据病情实施特别护理,及时评价护理计划的完成情况。

(7) 对病情变化、抢救经过、用药种类要进行详细交接。执行口头医嘱时必须复述核对无误后方可执行,抢救结束后医生应及时据实补写医嘱。药品空安瓿必须经两人核对后方可弃去。

(8) 对病情变化、抢救经过、各种用药等记录应准确、及时、完整,因抢救病人未能及时书写记录的,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。

(9) 抢救工作进行的同时,要通知患者家属并做好安抚工作。如家属不在,应及时与病人家属联系或通知有关部门。

(10) 抢救完毕,及时清理用物,补充药品、器材,进行终末消毒处理等。

6. 护理安全管理制度

(1) 严格执行各项规章制度及操作规程,确保治疗、护理工作的正常进行。

(2) 严格执行查对制度,坚持医嘱班班查对,每天总查对,护士长每周总查对一次并登记、签名。

(3) 毒、麻、限、剧药品做到安全使用,专人管理,专柜保管并加锁。保持固定基数,用后督促医生及时开处方补齐,每班交接并登记。

(4) 内服、外用药品分开放置,瓶签清晰。

(5) 各种抢救器材保持清洁、性能良好;急救药品符合规定,用后及时补充,专人管理,每周清点两次并登记;无菌物品标识清晰,保存符合要求,确保在有效期内。

(6) 供应室供应的各种无菌物品经检验合格后方可发放。

(7) 对于所发生的护理差错,科室应及时组织讨论,并上报护理部。

(8) 对于有异常心理状况的患者要加强监护及交接班,防止意外事故的发生。

(9) 工作场所及病房内严禁患者使用非医院配置的各种电炉、电磁炉、电饭锅等电器,确保安全用电。

(10) 制定并落实突发事件的应急处理预案和危重患者抢救护理预案。

7. 护理不良事件报告制度

(1) 各科室建立护理不良事件登记本,登记不良事件发生的经过、原因、后果等并及时上报。

(2) 发生不良事件后,要采取积极补救措施,以减少或消除不良后果,护士长应及时进行调查,组织科室有关人员讨论,进行原因分析和定性,总结经验教训,并进行详细记录。

(3) 对发生不良事件的单位和个人,有意隐瞒不报者,按情节轻重予以处理。



(4) 护理部应定期组织护士长分析不良事件发生的原因,并提出防范措施。

六、护理文书管理要求

1. 严格人员管理

病室护士长负责管理,护士长不在时由值班护士负责管理。病室护士长、科护士长、护理部要定时检查护理记录,发现问题及时指出。出院患者的病历经整理后由护士长总检查一次。

2. 保持整洁完整

各种记录单应按病历排列顺序整理,不得撕毁、涂改或丢失。用后归还原处。

3. 不得随意带出

患者不得自行携带病历出科室。外出会诊或转院时,只许携带病历摘要。

4. 照章进行保存

患者出院或死亡后,其病历须按规定编码装订、填写目录表,由病案室负责保管。凡进入病案室后的病历不得再借出进行重新修改。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。病室交班报告本保存期不得少于 1 年。

5. 复印照章进行

患者本人或其代理人、保险机构、公检法机关要求调阅及复印病案资料时,应向医务处提出申请,并提供身份证明材料。复印后在规定时间内送至指定地点。

七、护理文书书写中潜在的法律责任问题

护理文书记载了对患者治疗、护理及抢救的全部过程,是重要的法律依据。如果护理文书出现以下情况就会有潜在的法律责任问题。

1. 字迹不清有涂改

在医疗事件有争议时,如因护理文书有字迹不清或有涂改情况,则存在举证不力的缺陷。与之相关的法律解释是护理人员工作责任心不强、院方文书缺乏真实性等。

2. 病情评估欠真实

由于医护人员沟通少,医生和护士的记录可能会出现差异。护理记录中对病情的描述与医生的病程记录不一致;抢救措施、用药、死亡时间也会不一致。这是潜在发生医疗事故争议时举证不力的关键法律责任问题。

3. 客观数据有遗漏

随着江苏省《病历书写规范》(第 4 版)长期医嘱执行单的临床使用,为了方便护士的操作和病人的监督,许多医院统一将长期医嘱执行单的输液巡视卡放置在病人床边,便于护士更换病人输

液后即时记录。如果护士执行后漏写,明显存在法律责任。

4. 护理记录有偏差

医嘱时间、内容如果与护理记录不符,这就潜伏了延误抢救、治疗不及时或护理不细致等法律责任。

5. 护理记录不完整

如果护理记录页码不全,项目残缺;或者危重病人护理缺少相应记载;或者虽然有护理记录但重点不突出;或者护理效果动态评价不及时;或者病人出院带走病例材料等;这些情况都容易导致护理记录缺失,导致护患矛盾。

八、针对潜在的法律问题的对策

(1) 强化护理安全与法制知识教育。

长期以来,护士主观上更多考虑病人的健康问题,往往忽视自身的法律问题。特别是在举证责任倒置的情况下,极易引发医疗护理纠纷。因此,护士应加强法律知识的学习,做到知法、懂法;用法律来约束自己的行为和保护自己。护理文书实际上是最重要的法律性文件,是处理医疗纠纷、医疗保障等事项中不可缺少的重要原始依据,具有民法、刑法等法律证据意义。由于护理文书的多种法学意义,确立了其严肃性、真实性和科学性。因此,在一定程度上可以说,护理文书的书写规范是履行法律义务而不是完成一项简单的工作任务。

(2) 加强护理文书质量监控,提高护理文书书写质量。

医院实行三级管理责任,成立护理质量管理委员会,落实管理责任,定期分析、总结、反馈,防患于未然。护理部经常深入科室督察各种护理记录的书写,要求从法律角度规范书写,遵循科学性、真实性、完整性、及时性,以及与医疗文件同步的原则。护理部按计划组织相关护士长不定期对病区危重患者、死亡患者的护理记录单进行检查,对存在的问题进行研讨、讲解,督促其及时改正,提高护理文书的书写质量。

(3) 注重教育,提高素质,加强规范化培训。

加强对护士规范化培训和继续教育学习、进修深造,提高整体技术水平。强化病历书写要求,定期进行病历书写质量的检查、讨论、分析,通过培训考核提高护士护理文书的书写能力。同时培养护士临床观察习惯,提高护士评估观察能力和记录水平。

(4) 加强医护人员交流,避免记录不符。

医疗护理记录的不符,主要是医护双方在收集患者资料过程中信息来源的误差而产生的。护士在发现医生的记录与自己的不一致时,应找医生予以核对,避免医护记录不符。

项目一

入院患者护理评估单

入院护理评估是指护士对患者入院时基本护理信息收集后的记录和评估。评估的目的是判断患者是否有现存的或潜在的健康问题。入院护理评估是制定护理计划的重要依据,其客观与否对患者入院后能否得到及时、有效的护理起着至关重要的作用,这一工作直接影响护理质量。

入院患者护理评估单则是用来收集和记录患者入院资料的评估表格。使用入院患者护理评估单有利于护士全面收集病患资料,缩短书写时间,从而提高护理工作效率。

任务一 认识临床案例及文书范例

一、一般患者入院护理评估单

患者王××,男,68岁,教师,汉族,籍贯山东,已婚,大学学历,无宗教信仰,现住徐州市××路1-2号4单元3楼3号,联系人:李××,联系电话:1339985××××。2011年5月24日患者因慢性咳嗽咳痰加重入院,该患者10年来无明显诱因出现咳嗽咳白痰,活动后气喘,一周前无明显诱因导致上述症状加重,现由门诊检查转为入院治疗。入院方式:步行。入院后被安排到内科04号病室1号病床,住院号:146735。请根据以上情况,为患者填写入院护理评估单。

×××××× 医院入院护理评估单

姓名：王×× 科别：内科 病室：04 床号：1 住院号：146735

一、一般资料

性 别：男 年 龄：68 职 业：教师 民 族：汉 籍 贯：山东 婚 姻：已婚

文化程度：大学 宗教信仰：无

联系地址：徐州市××路1-2号4单元3楼3号

联 系 人：李×× 电 话：1339985××××

入院时间：2011.05.24 入院方式：步行 扶行 轮椅 平车

入院原因：因慢性咳嗽咳痰加重入院(该患者10年来无明显诱因，出现咳嗽咳白痰，活动后气喘，一周前无明显诱因导致上述症状加重，现由门诊检查转为入院治疗)。

入院诊断：慢性支气管炎

用药情况：无 有(药品名称

剂量用法

末次用药时间

)

既往史：无 有(

)

过敏史：无 有(药物

食物

其他

)

家族史：无 有(

)

二、生活状况及自理程度

饮 食：正常 异常：

睡 眠：正常 异常：

大 便：正常 异常：

小 便：正常 异常：

嗜 好：不吸烟 吸烟 (10 支/日， 10 年)

自理能力：自理 部分依赖 完全依赖

肢体活动：自如 障碍：(原因

)

三、体格检查

T36.5℃ P82次/分 R18次/分 BP130/80 mmHg 身高178 cm 体重75 kg

意识状态：清醒 其他：

皮肤完整性：完整 其他：



视力:正常√ 异常:

听力:正常√ 异常:

情绪:正常√ 异常:

职业状态:固定职业 丧失劳动力 失业 待业 其他 退休√

亲友关系:和睦√ 冷淡 紧张

评估护士:王 丽

记录时间:2011年5月24日11时20分

二、传染科患者入院护理评估单

患者张××,男,53岁,技工,汉族,江苏南京市人,已婚,大专学历,无宗教信仰,浦口区江浦街道××花园2栋1单元302室,联系人:胡××,联系电话:1396531××××。该患者于2011年6月28日夜间断咳嗽后出现咯血,29日上午经急诊予以抗炎止血对症处理后,于11时31分入院。入院方式:步行。入院医疗诊断:右上肺结核。入院后被安排到结核科7病区12号病床,住院号:112010。请根据以上情况,为患者填写入院护理评估单。

×××××× 医院传染科患者入院护理评估单

姓名: 张×× 科别: 结核科 病区: 7 床号: 12 住院号: 112010

一、一般资料

性别: 男 年龄: 53 职业: 技工 民族: 汉 籍贯: 南京 婚姻: 已婚

文化程度: 大专 宗教信仰: 无

联系地址: 浦口区江浦街道××花园2栋1单元302室

联系人: 胡×× 电话: 1396531××××

入院时间: 2011年6月29日11时31分 入院方式: 步行√ 扶行 轮椅 平车

入院原因: 咯血一天

入院医疗诊断: 右上肺结核

目前用药情况: 无√ 有(药品名称

剂量用法

末次用药时间

)

既往病史: 无√ 有()

)

过敏史: 无√ 有(药物

食物

其他

)

家族史:无√ 有()

二、生活状况及自理程度

饮食:正常√ 异常()

睡眠:正常√ 异常()

大便:正常√ 异常()

小便:正常√ 异常()

嗜好:不吸烟√ 吸烟()

自理能力:自理√ 部分依赖 完全依赖

肢体活动:自如√ 障碍:(原因)

三、体格检查

T37.0℃ P77次/分 R19次/分 BP124/82 mmHg 身高169 cm 体重64 kg

1. 神经系统

意识状态:清醒√ 意识模糊 嗜睡 谵妄 昏迷

语言表达:清楚√ 含糊 语言困难 失语

定向能力:准确√ 障碍(自我 时间 地点 人物)

2. 皮肤黏膜

皮肤颜色:正常√ 潮红 苍白 发绀 黄染

皮肤温度:温√ 热 凉

皮肤湿度:正常√ 干燥 潮湿 多汗

完整性:完整√ 皮疹 出血点 其他

压 疮:(I II III度)(部位/范围)

口腔黏膜:正常√ 充血 出血点 糜烂溃疡 疱疹 白斑

其 他:无

3. 呼吸系统

呼吸方式:自主呼吸√ 机械呼吸

节 律:规则√ 异常 (频率 次/分)

深 浅 度:正常√ 深 浅

呼吸困难:无√ 轻度 中度 重度

咳 嗽:无 有√

痰:无 容易咳出 不易咳出√ 痰(色: 量: 黏稠度:中)

其 他:无



4. 循环系统

心 率:规则✓ 心律不齐 次/分
 水 肿:无✓ 有(部位/程度)
 其 他:无

5. 消化系统

胃肠症状:恶心 呕吐(颜色 性质 次数 总量)
 暖气 泛酸 烧灼感腹痛(部位/性质)
 腹 部:软✓ 肌紧张 压痛/反跳痛
 可触及包块(部位/性质)
 腹 水:无✓ 有(腹围 cm)
 其 他:无

6. 生殖系统

月 经:正常 紊乱 痛经 月经量过多 绝经
 其 他:无

7. 认知/感受

疼 痛:无✓ 有(部位/性质)
 视 力:正常✓ 远/近视 失明(左/右/双侧)
 听 力:正常✓ 耳鸣 重听 耳聋(左/右/双侧)
 触 觉:正常✓ 障碍(部位)
 嗅 觉:正常✓ 减弱 缺失
 思维过程:正常✓ 注意力分散 远/近期记忆力下降 思维混乱
 其 他:无

四、心理社会方面

情绪状态:镇静✓ 易激动 焦虑 恐惧 悲哀 无反应
 就业状态:固定职业 丧失劳动力 失业 待业✓
 沟通:希望与更多人交往✓ 语言交流障碍 不愿与人交往
 医疗费用来源:自费✓ 劳保 公费 医疗保险 其他
 与亲友关系:和睦✓ 冷淡 紧张
 遇到困难最愿向谁倾诉:父母 配偶✓ 子女
 其他:无

五、入院介绍(患者知道)

负责自己的医生、护士姓名,病室环境,病室制度(查房、进餐、探望、熄灯时间)及粪尿常规标本留取法。

六、主要护理问题及措施

护理问题:(1) 焦虑;(2) 有窒息的可能。

护理措施:(1) 与患者多交流,告知疾病相关知识,使其消除忧虑,积极配合治疗;(2) 告知患者咯血时不要紧张,不要把血咽下,采取头低侧卧位。进食温凉流质,勿过硬过烫。

护士签名:张 华 记录时间:2011年6月29日11时40分

三、精神科患者入院护理评估单

患者李××,男,42岁,无业,汉族,江苏南京市人,离婚,高中文凭,无宗教信仰,玄武区××街道××小区4栋2单元405室,联系人:李××,联系电话:1396593××××。该患者于2011年6月18日下午由其哥哥及派出所民警陪同下步入病房,于15时40分入院。据其哥哥反映,患者1997年因婚姻不顺利,出现自言自语,讲家里人要害他,家人见其异常送入南京脑科医院治疗。出院后不能坚持服药,先后两次被送往附近精神病院治疗,有藏药、自杀史。患者近期时常自言自语,2日前在家中打骂父母,认为父母害他,家人难以管理,于是送精神病院精神科治疗。入院方式:步行。入院医疗诊断:精神分裂症。入院后被安排到精神科8病区15号病床,住院号:83695。请根据以上情况,为患者填写入院护理评估单。

×××××× 医院精神科患者入院护理评估单

姓名: 李×× 科别: 精神科 病室: 8 床号: 15 住院号: 83695

一、一般资料

性 别: 男 年 龄: 42 职 业: 无 民 族: 汉 籍 贯: 南京市 婚 姻: 离婚

文化程度: 高中 联系地址: 玄武区××街道××小区4栋2单元405室

联 系 人: 李×× 联系电话: 1396593××××

入院时间: 2011年6月18日15时40分 资料收集时间: 2011年6月18日15时50分

入院处置:沐浴 更衣 未处理

入院方式:步行 扶行 轮椅 平车 担架 背入

入院介绍:住院须知 对症宣教 饮食 作息 探陪 卫生 财务管理



入院原因:近期时常自言自语,2日前在家中打骂父母,认为父母害他,家人难以管理。

入院医疗诊断:精神分裂症

既往史:患者1997年因婚姻不顺利,出现自言自语,讲家里人要害他,家人见其异常送入南京脑科医院治疗。出院后不能坚持服药,先后两次被送往附近精神病院治疗,有藏药、自杀史。

家族史:无 高血压病 冠心病 糖尿病 肿瘤 癫痫 精神病 传染病 遗传病 其他

过敏史:无 有(药物 食物 其他)

二、生活状况及自理程度

基本膳食:普食 软饭 半流质 流质 禁食

食欲:正常 增加 亢进 日/周/月 下降/厌食 日/周/月

睡眠:正常 入睡困难 易醒 早醒 多梦 噩梦 失眠

辅助睡眠:无 药物 其他方法

排泄:排便:1次/日 性状:正常 /便秘/腹泻/便失禁/造瘘

排尿:5~6次/日 颜色:淡黄 性状:正常

嗜好癖:吸烟:无 有(10支/日) 饮酒/酗酒:无 有() 药品:无 有()

自理能力:自理 部分依赖 全部依赖 障碍(进食 沐浴 卫生 穿着 修饰 如厕)

活动能力:下床活动 坐椅 卧床(自动翻身 辅助翻身)

健康意识:良好 一般 差(原因)

三、体格检查

T36.7°C P 84次/分 R 19次/分 BP 130/80 mmHg 身高 177 cm 体重 88 kg

神志:清醒 恍惚 模糊 谵妄 昏迷 表情:正常 淡漠 痛苦

语言表达:清楚 含糊 语言困难 失语

营养状况:良好 中等 欠佳 肥胖 消瘦 恶病质

皮肤:正常 松弛 紧张 褥疮:I II III度 部位/范围

瞳孔:左右等大 不等大 散大 缩小 对光反射:存在 迟钝 消失

五官功能:正常 失明 左/右 失聪 左/右 失语

口腔:正常 溃疡 假膜 出疹 舌:正常 偏斜 震颤

牙龈:正常 红肿 出血 溃疡 牙:正常 假/缺牙

四肢活动:正常 偏瘫 左/右 截肢

各种导管情况:无

伤口情况:无

四、心理社会方面

情绪状态:镇静 易激动√ 焦虑 恐惧 悲哀 孤独 沮丧 欣快 无反应

社交能力:希望与更多人交往 语言交流障碍 不愿与人交往√

住院顾虑:无√ 有(经济问题 自理能力 角色改变 其他)

家属配合:良好 一般√ 欠佳(亲属少 忙于工作 不关心 在外地)

五、精神症状

仪表不整 注意力不集中 不合作√ 无接触 错认人 定向错误 记忆不好

计算不好 自言自语√ 言语破碎 怪异动作 性色彩 情感淡漠 情感不协调√

情感高涨 傻笑 兴奋躁动 冲动毁物 忧伤哭泣 木僵状态 消极意念行为

听/视幻觉 妄想(关系 被害√ 影响 夸大 嫉妒 钟情 虚无 非血统)否认有病√

其他

六、主要护理问题及措施

护理问题:1. 有外走的可能——与否认有病有关。

2. 有藏药的可能——与否认有病有关。

护理措施:1. 将其安排在视线范围内活动,近期内避免外出活动。

2. 认真做好服药管理,为患者备好服药开水,监督患者及时服药,并检查口杯和口腔,确保患者服药。

3. 加强病情观察,做好门窗、钥匙的管理,保证患者安全。

记录护士签名:王 玲 护士长或主管护师签名:李亚丽

任务二 掌握书写基本要求

入院护理评估应该对患者入院时的情况进行认真、全面的评估,评估内容包括一般情况、生理、心理、社会、精神等各方面。由于具有初始性,所以入院护理评估单的书写一般需要注意以下几点。

1. 书写及时

入院患者护理评估应由护士在患者入院4小时内完成。遇急诊手术、抢救等特殊情况不能及时评估时,必须在24小时内完成。

2. 如实填写

记录的内容必须与患者的实际情况相符,绝不能主观臆断或者抄写别人记录。



3. 不得遗漏

应逐条填写,不得遗漏,多种选项的应在合适选项处画“√”。

4. 按需备注

表中未涉及但对患者护理有需要的评估内容,如专科护理情况、特殊需求等,应在备注栏内加以描述。

5. 具体要求

- (1) 有过敏史者,应详细填写过敏的药物、食物名称及反应的症状。
- (2) 有既往病史者,应写明过去所患疾病的医疗诊断。
- (3) 饮食异常者,应注明吞咽困难、咀嚼困难、管饲等。
- (4) 睡眠使用药物时,应详细写明药名、剂量。
- (5) 皮肤有破损或压疮时,应注明部位,详细情况记入护理记录单。
- (6) “其他”项目是指患者入院后护士收集到的,在入院护理记录单中未列入的项目。

任务三 解析案例

入院患者护理评估单有相对比较统一的格式和内容,但不同科室的患者护理评估单评估的侧重点会有所不同。

(1) 普通患者王××是老年慢性病患者。针对老年患者症状不典型、敏感性差等特点,入院时评估的内容要尽可能丰富、全面、详细,并考虑到其家庭状况。收集资料时语言通俗易懂,语速稍慢,便于与患者沟通,提高资料收集的准确性和护理工作效率。

(2) 传染科患者张××的入院护理评估单,在普通评估的基础上,要重点突出传染科患者的主要护理问题及措施。由于其入院原因是咯血,入院医疗诊断为右上肺结核,因此要注意突出焦虑、有窒息可能的护理问题,并针对这些问题采取适当的护理措施,并与患者多交流。告知疾病相关知识,使其消除忧虑,积极配合治疗。告知患者咯血时不要紧张,不要把血咽下,采取头低侧卧位;进食温凉流质,不能过硬过烫等。

(3) 精神科患者入院护理评估要侧重于关注患者的健康意识、神志、语言表达、嗜好癖、安全情况,还要关注其心理状态、住院顾虑、家属配合等情况。体格检查需要注意瞳孔、五官等容易影响患者治疗、护理、康复的因素。尤其要关注患者的精神症状,包括是否合作、是否承认有病、是否存在妄想等情况。这些评估内容是精神科患者入院护理评估特有的内容,一定要予以重视。同时,由于患者李××否认有病,不能够合作,不能坚持服药,有藏药的经历。因此,护理问题中要关注其有外走、藏药的可能。要尽量将其安排在视线范围内活动,近期内避免外出活动;认真做好服药管理,仔细检查口杯和口腔,保证及时服药;加强病情观察,做好门窗、钥匙的管理等。