

目 录

一、患者入院护理操作考核评分表.....	1
二、患者出院护理操作考核评分表.....	2
三、生命体征监测技术操作考核评分表.....	3
四、导尿技术操作考核评分表.....	5
五、胃肠减压技术操作考核评分表.....	7
六、鼻饲技术操作考核评分表.....	8
七、灌肠技术操作考核评分表.....	9
八、口腔护理操作考核评分表.....	11
九、雾化吸入疗法操作考核评分表.....	12
十、血糖监测操作考核评分表.....	13
十一、口服给药技术操作考核评分表.....	14
十二、密闭式周围静脉输液技术操作考核评分表.....	15
十三、密闭式静脉输血技术操作考核评分表.....	16
十四、静脉留置针技术操作考核评分表.....	17
十五、静脉血标本的采集技术操作考核评分表.....	18
十六、静脉注射技术操作考核评分表.....	19
十七、肌肉注射技术操作考核评分表.....	20
十八、皮内注射技术操作考核评分表.....	21
十九、皮下注射技术操作考核评分表.....	22
二十、物理降温技术操作考核评分表.....	23
二十一、经鼻/口腔吸痰技术操作考核评分表.....	24
二十二、协助患者翻身及有效咳痰技术操作考核评分表.....	25

二十三、经气管插管/气管切开吸痰技术操作考核评分表.....	26
二十四、心电监测技术操作考核评分表.....	27
二十五、输液泵/微量注射泵的使用技术操作考核评分表.....	28
二十六、无菌技术(换药盘准备)评分原则.....	29
二十七 心电监护（成人）技术操作考核评分表.....	30
二十八、徒手心肺复苏（单人）操作考核评分表.....	32
二十九、氧气吸入技术（双腔导管氧气瓶）评分表.....	33

一、患者入院护理操作考核评分表

考核人：

考查对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		原则分	扣分	扣分原因
准备	人员：衣帽整洁、洗手	5		
	用物：治疗盘、急救物品、药物	5		
	患者：1、理解患者入院原因，并观测患者目前的疾病状况。2、评估患者皮肤、意识状态、饮食、睡眠及大小便状况。3、询问患者有无过敏史。	5		
操作流	1、备好床单元，根据病情备好对应物品，告知医生接诊。	5		

程	2、接待患者，妥善安顿患者于病床。做自我介绍，并简介主管医生、护士长及护士。	5		
	3、测量患者生命体征并记录，理解患者的主诉、症状、自理能力、心理状况。	10		
	4、填写患者入院有关资料	5		
	5、简介病区环境、呼喊铃的使用、作息时间、探视制度及有关管理流定等。	5		
	6、完毕入院护理评估。	5		
	7、与医生沟通确定护理级别。	3		
	8、遵医嘱实行有关治疗及其护理。	5		
	9、完毕患者清洁护理，协助更换病员服。	7		
	10、完毕患者身高、体重的测量，并记录。	10		
	质量评价	指导患者沟通有效，关爱病人。	5	
物品准备符合患者需要，病人得到及时救治。		5		
患者 / 家属知晓护士告知的事项，对护理服务满意。		5		
理论提问	目的及其注意事项	10		
得分		100		

二、患者出院护理操作考核评分表

考核人：

考查对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：衣帽整洁、洗手	5		

	患者：评价患者疾病恢复状况	5		
	确认出院日期，告知患者，完毕出院的护理工作。	5		

操作 流 程	1、针对患者病情及其康复程度制定康复计划，包括出院后注意事项、带药指导、饮食及功能锻炼等。	10		
	2、诚恳听取患者住院期间的意见和提议，以便改善工作。	10		
	3、告知患者复诊的时间和地点。	5		
	4、患者出院后终止多种治疗和护理，做好出院登记。	10		
	5、整顿出院病历。	15		
	6、送患者出病房。	5		
	7、患者床单元按出院常流处理，特殊感染病人按院内感染规定进行终末消毒。	5		
质量评估	指导患者沟通有效，关爱病人。	5		
	患者 / 家属可以知晓护士告知的事项，对护理服务满意。	5		
	床单位清洁消毒符合规定。	5		
理论提问	目的及注意事项	10		
总分		100		

三、生命体征监测技术操作考核评分表

考核人： 考查对象： 考核日期：

(1) ——体温、脉搏、呼吸测量

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：衣帽整洁、洗手、戴口罩	5		
	用物：治疗盘（已消毒体温计）弯盘、纱布3块、记录本、笔、有秒针的表；需要时带少许棉花（呼吸测量）	5		
	患者：评估患者有无影响生命体征监测有关原因，选择合适的测量措施。告知测口温注意事项；测脉搏时，评估测量脉搏部位的皮肤状况，理解有无心律失常；评估呼吸状况以及呼吸与否流则。	5		
操作	体温测量 1、携用物至床旁，查对患者、解释目的，获得配合	3		

流 程		2、检查体温计与否完好，将水银柱甩至35度如下	5		
		3、测腋温时擦干腋下，将体温计水银端放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，防止脱落。测量5-10min后取出	5		
		4、测口温时，将体温计水银端斜放于患者舌下，嘱患者用鼻呼吸，勿咬体温计，3分钟后取出	2		
		5、测肛温时，暴露测温部位(侧卧、俯卧、屈膝仰卧位)，在肛表前端涂润滑剂，将肛温计水银端轻轻插入肛门3-4CM，3MIN后取出，用消毒纱布擦拭体温计	5		
		6、读取体温数，消毒体温计，记录	5		
		脉搏测量	1、携用物至床旁，查对，解释目的，获得配合	3	
	2、协助患者采用舒适的姿势，手臂轻松置于床上或桌面		2		
	3、以食指、中指、无名指的指腹按压桡动脉或其他浅表大动脉处，力度适中，以能触及到脉搏搏动为宜		5		
	4、一般患者测量30分钟，脉搏异常的患者，测量1分钟，核算后，汇报医师		5		
	5、短绌脉测量，应由两人同步测量，一人听心率，一人测脉率，两人应同步开始，由听心率者发出“起”与“停”口令，同步测量1分钟，以分数式记录(心率/脉率)		5		
	呼吸测量	1、测量完脉搏后，保持诊脉手势，以分散患者的注意力	2		
		2、观测患者胸部或腹部的起伏(一起一伏为1次呼吸)，深度，节律，音响，形态及有无呼吸困难	5		
		3、测量计数30秒，成果乘以2即得呼吸频率；危重患者、呼吸困难、婴幼儿、呼吸不流则者测量1分钟	3		
		4、危重患者呼吸微弱不易观测时，可用棉花少许置于鼻孔前，观测棉絮被吹动的状况，计数1分钟，记录	3		
		5、将测量成果告诉患者/家眷。测量成果有异常时，观测伴随的症状和体征，及时与医师沟通并处理。	2		
质量评估	指导患者沟通有效，关爱病人	5			
	选择测量措施对的，程序流畅，测量值精确	5			
	记录精确，对异常状况沟通及时	3			
	用物备齐，处理流范	2			
理论提问	目的及注意事项	10			
总分		100			

考核人： 考核对象： 考核日期：

(2) —— 血压测量

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	5		
	用物：血压计、听诊器、记录本、笔	5		

	患者:评估患者的病情,衣袖松紧,选择宽窄合适的袖带	5		
呈流作操	1、备齐用物至床旁,查对,解释测量血压的目的,获得患者的配合	5		

	2、协助患者采用坐位或卧位，保持血压计零点、手臂肱动脉与心脏同一水平（坐位—平第四肋；卧位—平腋中线）	5		
	3、卷袖，露臂，肘部伸直	5		
	4、打开血压计，垂直放妥，启动水银槽开关，驱尽袖带内空气，平整地缠于患者上臂中部，下缘距肘窝2—3cm，松紧以能放入一指为宜	8		
	5、戴好听诊器，将听诊器胸件置于肱动脉搏动处并固定	5		
	6、向袖带内匀速充气，至动脉搏动音消失，再加压使压力升高20~30mmHg	4		
	7、放气，使汞柱以4mmHg/秒的速度缓慢下降	4		
	8、当从听诊器上听到第一次搏动，汞柱所指刻度为收缩压；继续放气，到搏动声忽然变弱或消失，汞柱所指刻度为舒张压	8		
	9、如血压听不清或有异常时，间隔1—2分钟后重新测量	2		
	10、测量完毕，解开袖带，排尽余气，血压计盒盖右倾45°，使水银所有流回槽内，关闭开关，将袖带放入血压计盒内，关闭血压计	5		
	11、协助患者穿好衣服，取舒适卧位，整顿床单位	5		
	12、记录测量成果，以分数式记录收缩压/舒张压mmHg	2		
	13、将测量成果告诉患者/家属。测量成果有异常时，观测伴随的症状和体征，及时与医师沟通并处理	2		
质量 评估	护患沟通有效，关爱病人	5		
	测量措施对的，测量值精确	5		
	记录精确，对异常状况沟通及时	5		
理论 提问	目的及注意事项	10		
总分		100		

四、导尿技术操作考核评分表

考核人： 考查对象： 考核日期：

(1) ——女病人导尿法

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	3		
	用物：治疗盘内置无菌导尿包。清洗外阴用物，橡胶单，垫巾	5		
	患者及环境：评估患者的年龄、性别、病情、合作程度、膀胱充盈度、局部皮肤等，选择适合的导尿管。关闭门窗、遮挡患者。	5		

操 作 流 程	1、将用物携至患者处，查对，告知患者/家属留置尿管的目的、注意事项，获得患者的配合	5		
	2、嘱患者自行洗净会阴，协助不能自理患者，清洁会阴	2		
	3、术者立于患者右侧，协助患者脱去对侧裤腿，盖在近侧腿上，对侧腿用被盖遮挡	5		
	4、协助患者取仰卧屈膝位，双膝略外展，露出外阴，注意保护患者隐私	5		
	5、将橡胶单垫于臀下，在近外阴处置弯盘	2		
	6、初步消毒（大腿内侧1/3处，阴阜大阴唇，尿道口至肛门）由外向内，自上而下。每个消毒棉球，只用1次	8		
	7、将导尿包置患者两腿间，打开导尿包。倒消毒液于盛棉球药杯中	5		
	8、戴无菌手套。铺孔巾于会阴，使之形成一无菌区	5		
	9、润滑尿道前端。弯盘移近外阴处，左手分开并固定小阴唇。再次消毒尿道口、小阴唇、尿道口。自上而下，由内向外分别消毒，每个棉球只用一次	10		
	10、左手继续固定，右手用血管钳持尿管插入尿道内4-6cm，见尿液后再插入1-2cm，松开左手，固定尿管。尿潴留患者一次导出尿量不超过1000ml。	5		
	11、需做尿培养者，用无菌标本瓶，取中段尿5ml	5		
	12、导尿毕，拔出尿管。擦净外阴	3		
	13、协助病人穿好衣服，取舒适卧位	5		
	14、整顿床单位及用物。尿标本送检	5		
	15、做好记录	2		
质量 评估	与患者沟通有效，关爱患者	5		
	严格执行无菌技术操作考核评分表及查对制度	5		
	操作规范、纯熟、安全，未给患者导致不必要的损伤	3		
	用物齐备，处理规范	2		
理论 提问	目的、注意事项	5		
总分		100		

考核人： 考查对象： 考核日期：

(2) ——保留导尿法

操作流程及质量原则	标准分	扣分	扣分原因
-----------	-----	----	------

准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	3		
	用物：准备同导尿法，另备无菌引流袋、胶布、别针、宽胶布一段、剪刀、备皮用物	4		
	患者及环境：评估患者的年龄、性别、病情、合作程度、膀胱充盈度、局部皮肤等，选择合适的导尿管。关闭门窗、遮挡患者。	3		
操作流程	1、剃去阴毛	5		
	2、按导尿法操作插入尿管	25		
	3、固定导尿管			
	(1) 一般导尿管采用胶布固定法：	5		
	①女患者导尿固定法：用2—3条胶布分别将导尿管固定在一侧大阴唇和大腿内侧1/3处			
	②男患者导尿固定法：用两蝶形胶布分别固定在阴茎两侧，再用细长胶布半环形固定蝶形胶布，开口向上，勿使两端重叠，在距尿道口1cm处用胶布将折叠的两条胶布贴在导尿管上，再用一条胶布将尿管固定于大腿内侧			
	(2) 气囊导尿管固定法：			
	①插入导尿管，见尿后再插入5—7cm	7		
	②向气囊内注入10—15毫升无菌生理盐水，轻拉尿管以证明尿管固定稳妥。	8		
	4、检查引流袋，取出引流管与导尿管相接，妥善固定于床边。	10		
5、指导患者在留置尿管期间注意事项，保持畅通，防止逆行感染	5			
质量评估	与患者沟通有效、关爱患者	5		
	严格执行无菌技术和操作考核评分表，操作有序、动作纯熟	6		
	尿管与尿袋连接紧密，引流畅通，固定稳妥	5		
	用物齐备、处理规范	4		
理论提问		5		
总分		100		

五、胃肠减压技术操作考核评分表

考核人：

考查对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	2		
	用物：治疗盘内置压舌板、胃管、50ml注射器、纱布2张，弯盘内置别针、胶布、棉签、治疗巾、棉带，治疗车上置胃肠减压器、液体石蜡、听诊器、无菌手套、迅速洗手液，床旁备水杯，热水瓶	5		
	患者与环境：评估患者病情、意识状态、合作程度、患者鼻腔与舌畅通，有无消化道狭窄或食道静脉曲张等，患者与有以往插管的经验，选择合适的胃管。环境安静、整洁、光线充足	5		
操作 流 程	1、携用物至床旁，查对、解释，告知患者/家眷目的、注意事项，获得配合	5		
	2、准备温开水，协助患者取舒适卧位，确定剑突位置，颌下铺治疗巾	5		
	3、清洁鼻腔，准备胶布。戴手套，取胃管	5		
	4、测量插管长度（成人45-55cm, 婴幼儿14-18cm，即从鼻尖到耳垂到剑突的距离），标识胃管刻度，用液体石蜡润滑胃管前端	5		
	5、左手持纱布托胃管，右手持胃管前端沿一侧鼻孔轻轻插入，至咽喉部（约14-15cm）时，嘱病人做吞咽动作，同步迅速将胃管插入。插入不畅时应检查胃管与舌盘在口中	10		
	6、昏迷患者应先将其头向后仰，插至咽喉部（约15cm），再用一手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，插至需要的长度。	3		
	7、插管过程中如病人出现呛咳、呼吸困难、发绀等状况，表达误入气管应立即拔出，待病人休息半响后重插	2		
	8、确定与在胃内	8		
	（1）接注射器于胃管末端，回抽能抽出胃液			
	（2）置听诊器于胃部，用注射器从胃管迅速注入10ml空气，能听到气过水声			
	（3）将胃管末端置于水中，无气体逸出			
	9、证明胃管在胃内后，用胶布固定于一侧鼻翼及颊部，脱手套	5		
	10、将胃肠减压器排气后连接胃管末端	5		
11、用别针、棉带妥善固定于床旁	5			
12、协助病人取舒适卧位，整顿床单位，做健康指导	5			
13、整顿用物，做好记录	5			
质量 评估	与病人有效沟通，关爱病人，患者配合	3		
	措施对的，操作过程规范、精确、动作轻巧	5		
	保证胃管于胃内，固定稳妥，保持有效胃肠减压	5		
	用物齐备，处理规范	2		
理论 提问		5		
总分		100		

六、鼻饲技术操作考核评分表

考核人：

考核对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	3		
	用物：治疗盘内放治疗巾、治疗碗、手套(或镊子)、压舌板、胃管、50ml注射器、纱布、液状石蜡、棉签、胶布、别针、夹子、弯盘、听诊器、温开水、水杯、鼻饲流质（200ml，温度38-40℃）；拔管用物：治疗盘内放松节油或汽油、乙醇、棉签、纱布、弯盘	5		
	患者：评估患者病情、意识状态、合作程度、患者鼻腔与舌畅通，有无消化道狭窄或食道静脉曲张等，与有否以往插管的经历；评估患者的消化、吸取、排泄功能和进食需求。根据评估成果选择适合的胃管和鼻饲时机。	5		
操作	一、插胃管法			
	1、携用物至床旁，查对病人，解释获得合作，准备胶布	4		
	2、协助患者取舒适卧位，颌下铺治疗巾，清洁鼻腔	4		
	3、戴手套，取胃管，测量插管长度（成人45-55cm，婴幼儿14-18cm，即从鼻尖到耳垂到剑突的距离），标识胃管刻度，用液体石蜡润滑胃管前端	3		
	4、左手持纱布托胃管，右手持胃管前端沿一侧鼻孔轻轻插入，至咽喉部（约14-15cm）时，嘱病人做吞咽动作，同步迅速将胃管插入。插入不畅时应检查胃管与舌盘在口中	8		
	5、昏迷患者应先将头向后仰，插至咽喉部（约15cm），再用一手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，插至需要的长度			
	6、插管过程中如病人出现呛咳、呼吸困难、紫绀等状况，表达误入气管应立即拔出，待病人休息半晌后重插			
	7、确定胃管与舌在胃内	3		
	（1）接注射器于胃管末端，回抽能抽出胃液			
	（2）置听诊器于胃部，用注射器从胃管迅速注入10ml空气，能听到气过水声			
	（3）将胃管末端置于水中，当病人呼气时，无气体逸出			
	8、证明胃管在胃内后，用胶布固定于一侧鼻翼及颊部	3		
	9、鼻饲前理解上一次鼻饲时间、进食量，检查胃管与舌在胃内以及有无胃潴留			
	10、胃管开口接注射器，先缓慢注入少许温开水后。再抽吸流质食物缓慢注入，注食完毕后再注入20-50ml温开水冲洗管腔，用营养泵持续滴入时，将流质饮食放在专用的容器内，滴注端接胃管，可持续滴注	6		
	11、鼻饲完毕，将胃管末端反折，用纱布包好，夹子夹后用安全别针固定于病人枕旁或衣服上，脱手套	3		
	12、协助患者取舒适卧位，道谢	3		
	13、整顿床单位和用物	2		
	14、洗手，记录插管时间、患者反应、注入的饮食种类及量	4		
	二、拔管法：			
	1、携拔管用物至患者床旁，查对，解释拔管的目的及配合措施	4		
2、置弯盘与患者颌下，轻轻扯去固定的胶布	2			
3、用纱布包裹鼻孔处胃管，边拔边用纱布擦胃管，拔到咽喉处时迅速拔出，以免液体滴入气管	5			
4、将拔除的胃管放于弯盘内，清洁患者口、鼻、面部，擦净胶布痕迹	5			
5、协助患者去舒适卧位，道谢	3			
6、整顿床单位及用物	2			
7、洗手，记录拔管时间及患者的反应	4			
质量评估	护患沟通有效，关爱患者，意识清醒患者能配合操作	4		
	掌握插管要领，动作轻柔，无粘膜损伤及其他并发症	6		
	用物齐备，处理流范	4		
理论提问		5		
总分		100		

七、灌肠技术操作考核评分表

考核人： 考查对象： 考核日期：

——大量不保留灌肠

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁，洗手，戴口罩	3		
	用物：1、治疗盘内放灌肠筒一套、肛管（24—26号）、弯盘、血管钳、另备量筒、水温计、润滑油，棉签、卫生纸、尿垫、治疗巾。2、便盆、输液架、屏风。3、按医嘱准备灌肠溶液（常用溶液：0.1—0.2%肥皂液或生理盐水）500—1000ml，温度39—40摄氏度（降温使用28—32摄氏度，中暑时用4摄氏度）。	5		
	患者及环境：评估患者的年龄、意识、情绪及配合程度，有无灌肠禁忌症；关门窗，放下窗帘或屏风遮挡患者。	5		
操作流程	1、携用物至床旁，查对患者，告知目的及注意事项，指导患者配合；嘱患者先排便。	7		
	2、协助患者取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护患者隐私。	5		
	3、协助患者脱裤至膝部，双膝屈曲，移臀部靠近床沿，将尿垫垫于臀部下。	5		
	4、查对医嘱，将灌肠筒挂于输液架上，灌肠筒内液面距肛门40—60cm。	5		
	5、弯盘置臀旁，连接灌肠筒管道和肛管，排尽管内空气，用止血钳夹闭肛管，放于弯盘内。	5		
	6、戴手套，润滑肛管前端，一手分开病人臀部暴露肛门，一手将肛管自肛门轻轻插入7—10cm，妥善固定肛管。	10		
	7、松开止血钳，使液体缓慢注入，观测病人反应及液体流速。如遇液体流入受阻，可稍移动或挤压肛管，检查有无粪块阻塞。灌肠过程中，患者有便意，指导患者做深呼吸，同步合适调低灌肠筒的高度，减慢流速	5		
	8、待溶液注入完毕后，反折肛管并拔出，放入弯盘内	5		
	9、用卫生纸清洁肛周，嘱患者平卧，尽量忍耐5至10分钟再排便	5		
	10、对不能下床者提供便盆。观测排出大便的量、颜色、性质及排便次数。清理用物，脱手套。	5		
	11、协助患者取舒适体位。整顿床单位，开窗通风。	5		
	12、整顿用物，按规定处置。洗手，做好记录	5		
质量评估	与病人有效沟通，动作轻柔，关爱病人	3		
	操作过程规范，精确	5		
	到达灌肠治疗的效果，无并发症	5		

	用物齐备，处理流范	2		
--	-----------	---	--	--

总分		100		
----	--	-----	--	--

考核人： 考核对象： 考核日期：

——保留灌肠

操作流程及质量原则		原则分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁，洗手，戴口罩	2		
	用物：1、治疗盘内放小容量灌肠筒、肛管（14号或16号）、量杯、温开水（5-10ml）、弯盘、卫生纸、尿垫、润滑油、棉签、手套，血管钳，另备便盆，屏风，输液架。 2、常用溶液：药物及剂量遵医嘱。溶液量<200ml。温度39-41℃	5		
	患者及环境：评估患者的年龄、意识、情绪及配合程度，有无灌肠禁忌症；环境宽阔，安静，室温合适，关门窗，放下窗帘或屏风遮挡病人	5		
操作流程	1、携用物至床旁，查对医嘱，告知目的及注意事项，指导患者配合	8		
	2、嘱患者先排便，以利药物吸取	2		
	3、协助患者取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护患者隐私	5		
	4、脱裤至膝部，抬高臀部约10cm	5		
	5、查对后解开灌肠包，将灌肠筒挂于输液架上，灌肠筒内液面距肛门部超过30 cm	5		
	6、连接灌肠筒管道和肛管，排气完毕后用止血钳夹闭肛管，放于弯盘内（弯盘置臀旁）	8		
	7、戴手套，润滑肛管，一手分开病人臀部暴露肛门，一手将肛管自肛门轻轻插入15-20 cm，妥善固定肛管	10		
	8、松开止血钳，缓慢注入药液。观测病人反应及液体流速	5		
	9、药液注入完毕后，再注入少许温开水，反折肛管并拔出肛管，放入弯盘内	5		
	10、用卫生纸清洁肛周，嘱病人尽量忍耐，保留药液1小时以上	5		
	11、脱手套，整顿床单位，观测病人反应，做好记录	5		
	12、整顿用物	5		
质量评估	与病人有效沟通，动作轻柔，关爱病人	5		
	严格执行操作考核评分表，操作精确	5		
	到达灌肠治疗的效果，无并发症	3		
	用物齐备，处理流范	2		
理论提问	目的及注意事项	5		

总分		100		
----	--	-----	--	--

八、口腔护理操作考核评分表

考核人：

考查对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		分值	扣分	扣分原因
准 备	1. 仪表端装，服装整洁，头发符合规定。	3		
	2. 用物准备：手电筒、治疗巾内放：纱布、治疗碗2个，（1个盛无菌溶液，1个盛漱口溶液浸湿的棉球）、润滑油、镊子、压舌板、吸水管、治疗巾及弯盘，必要时备开口器，根据患者病情选择口腔护理液	7		
	3. 评估患者：理解患者病情（意识状态，自理能力），口腔状况（有无异常气味、炎症、溃疡、出血）患者卫生习惯等	5		
操 作 程 序	1. 携用物至床旁，查对医嘱确认患者，尊称患者，自我简介，向患者解释操作的目的及配合措施，获得患者合作，告知患者操作中如有不适可抬手示意，协助患者处理需求	5		
	2. 洗手、戴口罩，协助患者取平卧或侧卧位，头偏向一侧，面向护士，打开口腔护理盘，铺治疗巾于颌下、放置弯盘于患者口角旁、清点棉球数量，湿润口唇、口角	6		
	3. 用手电、压舌板检查口腔黏膜、舌苔的变化，（有无出血、溃疡、特殊气味等），发既有活动假牙，应取下放于水杯中保留	6		
	4. 协助患者用吸水管吸取漱口液漱口，护士用弯盘接取患者吐出的漱口液。用纱布擦干患者面部	4		
	5. 用镊子拧干棉球，用压舌板轻轻撑开左侧颊部，请患者咬合上下齿，从内向门齿纵向擦洗左外侧面、同法擦洗右外侧面；请患者张开上下齿按序擦洗牙齿左上内侧、左上咬合面、弧形擦洗左侧颊部，同样措施擦洗右侧。再擦洗上鄂、舌面、舌下。（口述：擦洗上鄂时不可触及咽喉部，以免引起恶心，擦洗舌下时注意擦洗舌下腺开口处）	30		
	6. 协助患者用吸水管吸水漱口，擦干面部，再次观测口腔，根据病情涂药（能口述三种以上）。给患者口唇涂上润滑油，清点棉球数量	4		
	7. 与患者交流，询问并满足其需要，协助取舒适体位，嘱其休息，整顿用物，撤离病房，洗手、记录	5		
评 估 量	1. 着装流范、仪表大方、举止端庄，尊重患者、耐心解释、语言柔和恰当、态度和蔼可亲	5		
	2. 棉球干、湿适度，擦拭按次序进行，一种棉球只能擦洗一种部位，擦拭中无引起患者恶心，擦洗各面无遗漏，口腔黏膜、牙龈无损伤，棉球无遗漏口腔，动作轻柔、纯熟、时间<15min	10		
	3. 用物齐备，用药精确，处理流范，满足患者的身心需要	5		

提问	内容：漱口液选择，注意事项。	5		
总分		100		

九、雾化吸入疗法操作考核评分表

考核人：

考核对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	5		
	用物：超声雾化器、蒸馏水、药液（遵医嘱）、水温计、治疗巾（或病人毛巾）、口含嘴（或面罩）。检查雾化器主机与各附件的连接，水槽内加入冷蒸馏水	6		
	患者：评估患者的病情、意识状态、呼吸状况及配合能力；理解患者过敏史、用药史等	6		
操作 流程	1、携用物至床旁，查对，告知患者治疗目的、药物名称，指导患者配合	6		
	2、将药液用蒸馏水稀释至30—50ml加入雾化罐内	6		
	3、协助患者取舒适体位、颌下放治疗巾或毛巾	6		
	4、接通电源、先开电源开关预热3-5min，调定期开关15-20min，打开雾化开关，调整雾量	6		
	5、将口含嘴放入患者口中（或用面罩放在患者口鼻部）	6		
	6、指导患者做均匀深呼吸吸入药物	6		
	7、治疗完毕，擦干患者面部及颈部	6		
	8、先关雾化开关，后关电源开关	6		
	9、协助患者取舒适卧位，观测患者吸入药物后的反应及效果	6		
	10、整顿床单位、处理用物	6		
质量 评估	护患沟通指导患者吸入有效，关爱患者	6		

	操作规范，安全，预期目的到达	6		
	用物齐备，处理规范	6		
理论提问		5		
总分		100		

十、血糖监测操作考核评分表

考核人：

考核对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手、戴口罩	3		
	用物：常流治疗盘（皮肤消毒盒，75%酒精，无菌棉签，污物杯）、迅速手消毒剂、血糖仪、一次性采血针、血糖试纸、检查记录单；生活垃圾桶、医疗垃圾桶、锐器盒、消毒桶。	5		
	患者：评估患者病情、身体状况、穿刺部位皮肤状况；心理反应	5		
操作流程	1、携用物至床旁，查对病人，查对医嘱，告知患者监测血糖的目的、注意事项，获得患者的配合	8		
	2、确认血糖仪的型号与试纸型号一致，对的安装采血针，确认监测血糖的时间（如空腹、餐后2小时等）	7		
	3、使患者的手心朝上放于桌上，取一次性采血针头，拧开保护帽	5		
	4、75%酒精棉签擦拭患者采血的手指，消毒范围第1 指节掌面及双侧面	5		
	5、开血糖仪电源，取无菌干棉签备用	5		
	6、确认患者手指消毒剂干透后实行采血，持采血针，将采血针贴紧病人的皮肤，按压弹簧按钮，在右手按压的同步，左手轻捏病人的手指以减轻疼痛	10		
	7、取出血糖试纸将试纸的粉色吸血区域对准血滴进行采血，使试纸试区完全变成红色	7		
	8、将试纸插入血糖仪内进行测试，同步迅速将干棉签轻压穿刺部位，指导患者按压1-2分钟止血	5		
	9、读取血糖数据后关闭血糖仪，将成果告知患者/家眷	3		
	10、拔出试纸放入黄色垃圾桶，采血针直接弃入锐器盒	5		

	11、清理用物，洗手、做好记录。数值异常时告知医师	5		
质量评估	沟通有效，患者/家属能知晓护士告知的事项，动作轻柔	5		
	操作过程规范，成果精确	5		
	用物齐备，处理规范	2		
理论提问	测血糖的目的、注意事项	5		
总分		100		

十一、口服给药技术操作考核评分表

考核人：

考核对象：

考核日期：

操作流程及质量原则		标准分	扣分	扣分原因
准备	人员：着装整洁、洗手	3		
	用物：口服治疗单、药物、温开水、电筒。鼻饲者备空针、药杯。	7		
	患者：评估患者病情、身体状况、治疗状况、药物过敏史及药物使用状况，观测患者口咽部与舌有溃疡、糜烂等状况，获得患者配合。	10		
操作流程	1、按流定期间送药至患者旁。理解患者所服药物的作用、不良反应以及某些药物服用的特殊规定。	5		
	2、发药前进行三查七对。（如有疑问应核对无误后方可给药）	5		
	3、协助患者服药，为鼻饲患者给药时，应当将药物研碎溶解后由胃管注入。	10		
	4、若患者不在病房或者因故暂不能服药者，暂不发药，并做好交班。	5		
	5、告知患者所服的药物药名、服用措施及特殊药物的注意事项。	10		
	6、待患者服药完毕后方能离开病房	5		

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/115212200244011240>