

妇产科护理病历书写规范



| CATALOGUE |

目录

- 病历书写基本概念与重要性
- 患者信息记录与评估
- 妇产科专科检查及结果描述
- 诊断、治疗及护理计划制定
- 药物使用、效果观察及调整策略
- 围手术期管理要点记录
- 出院指导、随访计划安排

01



病历书写基本概念与重要性



病历定义及功能



病历是医务人员对患者疾病的发生、发展、转归，进行检查、诊断、治疗等医疗活动过程的记录。

病历是医疗、教学、科研的重要资料，也是医院管理的重要信息来源。



病历是患者健康状况的档案，对于患者再次就医或转诊时，医生可以通过查阅病历了解患者的病史和治疗情况，为制定治疗方案提供依据。



妇产科护理病历特点



妇产科护理病历具有专科性，需要记录女性生殖系统的生理和病理变化，以及妊娠、分娩等过程中的护理情况。



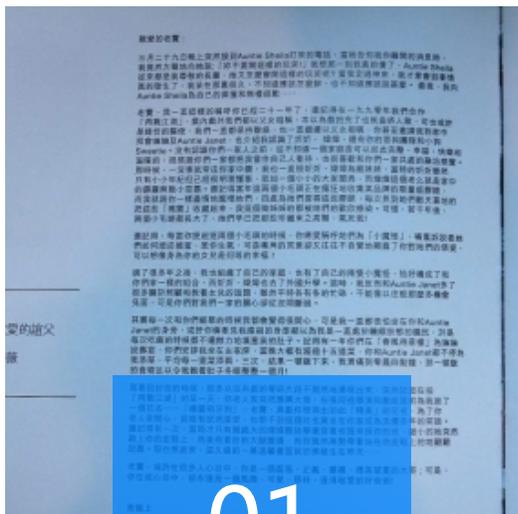
妇产科护理病历涉及患者隐私较多，需要特别注意保护患者隐私权。



妇产科护理病历中涉及的医疗术语和护理操作较多，需要书写人员具备相应的专业知识和技能。



规范书写意义与价值



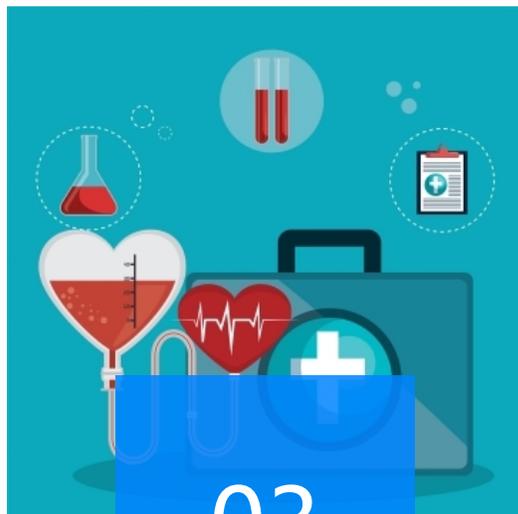
01

规范书写妇产科护理病历有利于提高医疗质量，保障医疗安全。



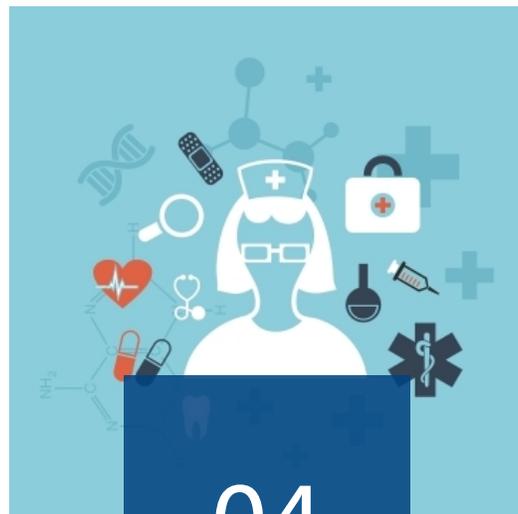
02

规范书写妇产科护理病历有利于加强医护患沟通，减少医疗纠纷。



03

规范书写妇产科护理病历有利于提高医院管理水平，促进医院可持续发展。



04

规范书写妇产科护理病历有利于医学教育和科研工作地开展，推动医学事业的发展。

02

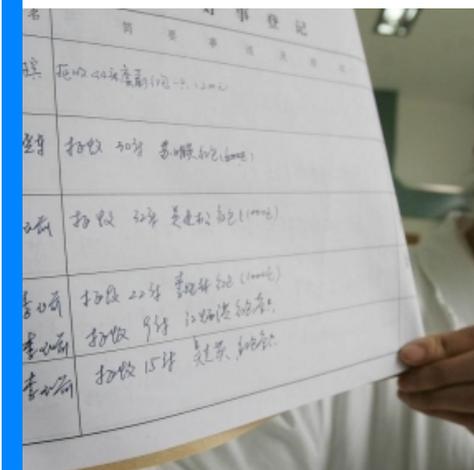


患者信息记录与评估

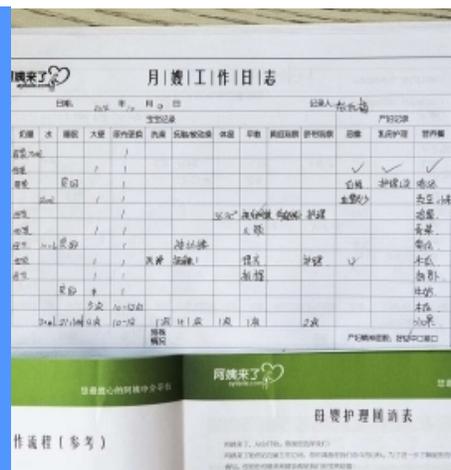


患者基本信息登记

患者姓名、性别、年龄、民族、职业等基本信息应准确无误地记录。



入院时间、记录时间、病史陈述者等信息需一并注明。



婚姻状况、联系方式及地址等也应详细登记，以便随访和联系。





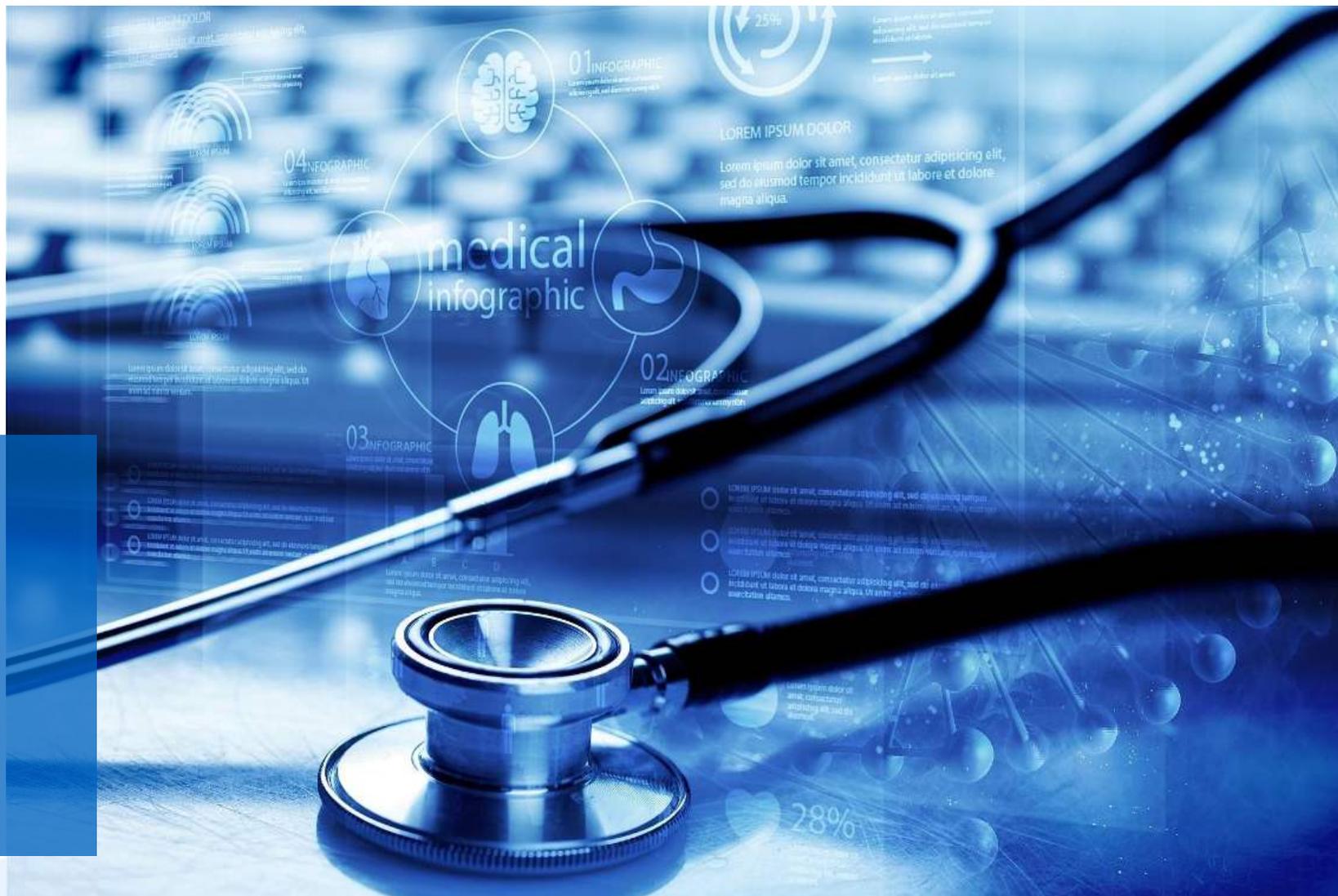
主诉、现病史采集与整理

主诉

患者就诊时最主要的症状或体征，及其持续时间。应准确、简练地描述。

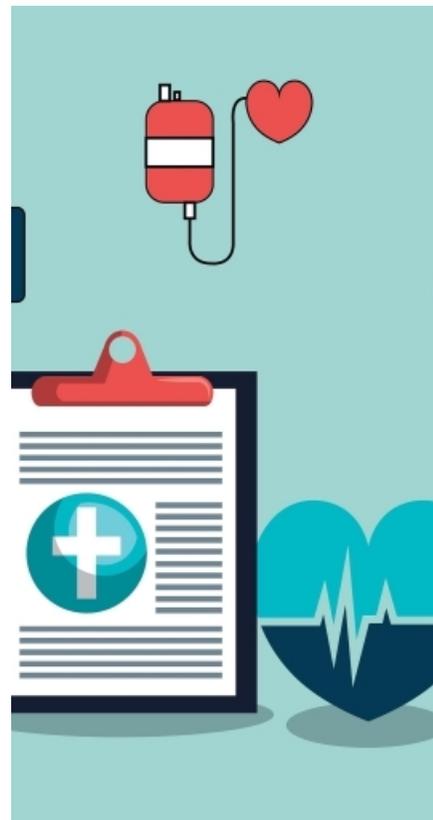
现病史

详细记录患者从起病到就诊时疾病的发生、发展和变化过程。包括症状的出现时间、部位、性质、程度、持续时间、缓解方式等。





既往史、家族史了解与记录



既往史

了解并记录患者过去的健康状况和患病情况，包括各种传染病、外伤史、手术史、过敏史等。



家族史

询问并记录患者家族成员中是否有类似疾病或遗传性疾病，以及家族成员的健康状况。

03



妇产科专科检查及结果描述



妇科检查方法及注意事项

外阴检查

观察外阴发育、阴毛分布及有无异常分泌物。



宫颈检查

观察宫颈大小、颜色、有无糜烂或息肉。



阴道检查

使用窥阴器观察阴道壁、宫颈及分泌物情况。





妇科检查方法及注意事项



- 子宫及附件检查：通过双合诊或三合诊检查子宫大小、形态、位置及附件情况。





妇科检查方法及注意事项

- 注意事项

- 检查前应排空膀胱，取膀胱截石位。

- 动作轻柔，避免损伤。

- 严格遵守无菌操作原则。





产科检查项目选择与执行

腹部检查

观察腹部形态、大小，测量宫高、腹围。



骨盆测量

评估骨盆大小及形态，预测分娩方式。



胎心监测

听取胎心音，评估胎儿宫内情况。



产科检查项目选择与执行



- 产程观察：记录宫缩、宫颈扩张、胎头下降等情况。



产科检查项目选择与执行

01

执行要求

02

根据孕周和孕妇情况选择合适的检查项目。

03

检查前向孕妇解释检查目的和注意事项。

04

操作规范，确保检查结果的准确性。



检查结果详细记录和分析



详细记录各项检查结果，包括数值、单位、正常范围及异常情况的描述。



对检查结果进行分析，结合孕妇病史和症状，提出初步诊断和处理意见。



对于异常结果，应及时与医生沟通，采取相应措施进行干预和治疗。

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/127062162150006064>