

苏州市立医院北区

表格式护理记录单书写要求

一、护理相关规章——《医疗机构病历管理规定》

病历书写的基本原则和要求：

- 1、书写应当客观、真实、准确、及时，完整，规范
- 2、安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字‘
- 3、手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。
- 4、病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。病重（病危）患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）床位号、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、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

二、护理病历书写基本规范

护理文书（归档）包括：

- 1、体温单
- 2、医嘱单

3、病程记录中的手术清点单

4、护理记录单表格式护理记录单

设：

手术科室护理记录

单非手术科室护理记录

单脑神经科护理记录单

产科护理记录单

另：

24 小时进出量记录单

毛细血糖监测单

不归档护理文件

整体护理大病历

护理评估单

交接记录单

护理措施（翻身、压疮、跌倒评估等）

执行记录单

巡视单等

简化记录遵守的原则

一、根据患者病情的需要。临床护理实践中，患者个体情况和病情的差异千变万化，判断何时书写护理记录要根据实际情况灵活掌握，不可机械理解“只有当医生下达病危、病重时的医嘱之时”。

二、医、护记录做到互补、统一。护理记录应当准确、客观、专业，突出生命体征、出入量、体位、管道护理、病情变化及护理措施等指标或客观描述，应当与医生的记录互为补充，保持一致。

管理中值得注意的问题

1、“实施现场管理式”质控模式，避免管理形式化

有效指导护士以患者需求为导向，运用专业知识和技能，不断提高护理服务质量。

2、如何判断记录的情况和时机？

原则性与灵活性的掌握，要有独立思考能力。

卫生行政部们要将整体护理的内涵质量作为重点纳入等级医院复核评审、大型医院巡查等各种形式的检查或评优评奖，给护理记录以合理导向。

三、表格式护理记录单书写具体要求

1、现分为四种：手术科室护理记录单、非手术科室记录单、神经科护理记录单、产科护理记录单。

2、需要进行护理记录的情况为：

① 危：病危

② 重：病重

③ 急：有病情变化

④ 有医嘱或按专科规定监测项目执行。

记录内容及频次

- 1、表格栏：遵医嘱表格栏内各项应客观、真实、及时、准确记录。
- 2、皮肤情况：根据皮肤出现的异常情况填写：压疮、出血点、破损、皮疹、水肿等。
- 3、管路情况：导管（含深静脉置管），名称写中文，根据专科需要记录刻度、性状、量及通畅情况。
- 4、病情观察及措施：简要记录患者病情，以及根据医嘱或病情变化采取的措施。
病情观察栏内：危重患者每班至少记录一次，大手术患者术后三天每班应出现记录一次，一般手术术后 24 小时内每班应出现记录一次。有变化及时记录。（禁止阶段式小结，体现 **PIO**）。
- 5、患者病危、病重、急诊或症状体征典型患者入院时必须全面评估、客观记录，体现问题、措施和评价，记录的内容、频率要能体现专科特点，并按各专科护理单元自订的在护理部备案的内容执行。
- 6、出入量：入量包括使用静脉输注的各种药物（含输血）、口服的各种食物和饮料、经鼻胃管、肠管输注的营养液等；出量包括尿、便、呕吐物、引流物等。
24 小时进行总结性记录，在体温单上正确填写。
- 7、级别护理栏内采用罗马数字书写（如 I、II、III、特），如遇病危、病重请在相应栏内注明后打勾。
- 8、护理记录突出患者的生命体征，出入量，管道，体位（均有相应表格填写或打勾），引流液的量每班在相应栏内记录色、量。
- 9、患者出现特殊情况或病情变化（如特殊症状、体征、用药等）请及时记录。
（例：有呕吐，黑便要记录色和量）。

- 10 、使用特殊药物或调整药物的用药量时或有不良反应时需记录。
- 11 、疼痛在相应栏内注明级数，如使用药物治疗时应进行记录，用药后进行跟踪评估。
- 12 、给予特殊的护理措施（如使用约束带等）、引流管如有脱落引流不畅等情况应进行记录。
- 13 、给予特殊用药后要有一次跟踪评价。
- 14 、输血三部曲仍需记录。（核心制度要求）
- 15 、压疮评分数值、跌倒危险因素在相应栏内书写。如有压疮请记录面积、分级以及处理措施等。
- 16 、有精神病史或神志、精神、情绪改变者必须记录。
- 17 、手术病人术后一定要把麻醉及手术名称写完整，术前可以不用写。
- 18 、所有药物皮试阴性者只需在体温单、临时医嘱单上体现，药物皮试阳性及过敏史以及 RH（一）者除需在体温单、临时医嘱单上体现还需在护理记录中进行三班记录。
- 19 、监测血糖、血压 Bid 可以写在体温单上，若 q8h 、q6h 、q4h 则可写在血糖监测单上。如同时使用多功能监护， Q1h ，均可记在护理记录单上。监测血压 Bid 可以写在体温单上，若 q8h 、q6h 、q4h 、Bid 均可记在护理记录单。
- 20 、基础护理内容可以在基础护理执行单上出现，针对护理问题的措施，可以在护理记录单上记录。如压疮高风险患者，翻身拍背 Q2H 。
- 21 、健康教育常规内容不用记录，如入院、术前、术后、出院宣教等，但专科护理中能影响患者康复、治疗的关键内容必须做和记。如骨外科的功能锻炼、专科饮食宣教和评价。

22 、客观资料有明显异常者，应结合患者症状体征的改变，重点观察和记录。

如：体温、血压、血糖过高过低等。

23 、注重护理、药物、治疗中的第一次观察和记录如：禁食后的第一次进食；尿管拔除后有无尿频尿急、第一次小便能否自解；第一次使用的药物要观察其有无副作用。

24 、简化内容；

I 级护理患者不再需要三天九交班和一周两次的护理记录。

II 级护理患者也不再需要一周一次的护理记录，如有特殊情况或病情变化，请及时记录。

患者入院、首次记录如患者某某因——诊断——步行入院等均不需记录。

如何判断记录的情况和时机

1、特殊治疗

输血、腰穿、肾穿、胸穿、骨穿、化疗、各类骨折固定及牵引、血透、腹透、环磷酰胺冲击、使用特殊用药等。

2、特殊检查：

病情突然变化、并发症所需做的检查，如腹痛腹部 B 超检查等

各类造影、纤支镜检查等

3、特殊导管：

特殊管道新置入、维护中有问题者、拔管时及时记录

各种引流管、中心静脉导管、胃管、导尿管置入、 VSD 持续负压术等

气管插管、气管切开及拔管；头部引流管及保留导尿管后有异常情况；头皮下

积液穿刺引流置管及拔管；腰大池引流置管及拔管；深静脉置管及拔管；胸管置

管及拔管等等。

4、急性症状：

护理常规的症状护理

专科疾病护理的主要症状和体征

5、特殊护理问题：

压疮护理、高热（腋温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ）、疼痛评估 ≥ 8 级等

6、风险事件：擅自离院、意外拔管、静脉炎、自杀、抑郁、皮肤破损、压疮、烫伤、跌倒、坠床、静脉炎、输液输血反应、走失、逃逸等意外要写明汇报处理意见。

记录中《医学术语》的描述

意识：清醒 嗜睡 昏睡 浅昏迷 中昏迷 深昏迷 模糊 谵妄 朦胧

光反应：灵敏 迟钝 消失

吸氧方式：导管 鼻塞 面罩

管路名称：

CVC、PICC、胃管、腹腔引流、导尿管、伤口引流、T管、空肠营养、胸管、气切套管、气管插管、硬膜外引流、硬膜下引流、皮下引流、脑室引流、腰大池引流、胃管、CVC、腹腔引流管、左颈部引流、右颈部引流、左上臂引流、右上臂引流、左前臂引流、右前臂引流、左腋窝引流、右腋窝引流、腹腔引流、腹壁引流、脾窝引流、盆腔引流、左腹股沟引流、右腹股沟引流、左大腿引流、右大腿引流、左腘窝引流、右腘窝引流、左小腿引流、右小腿引流。

通畅度：通畅、不畅

流量：正常、异常

流血性质：暗红、鲜红、淡红、红色、黄色、

伤口敷料：干燥、渗液、渗血、陈旧性渗液、陈旧性渗血

疼痛（0—10级）：采用视觉模拟评分表

皮肤和粘膜颜色：正常、异常（紫绀、苍白、瘀血等）

皮肤和粘膜完整性（完整、破损）

心律：窦律、起搏、房早、房速、房扑、房颤、室早、室速、室扑、室颤、AVB；

阴道流血：无、少量、中等量、大量；

尿量（ml）；

血糖（mmol/L）

水柱波动（mmHg）；

肢体末梢血运：

部位：左桡 A、左足背 A、左胫后 A、左股 A、右桡 A、右足背 A、右胫后 A、

右股 A

颜色：正常、紫绀、苍白、花斑

皮温：暖、凉

动脉搏动：-、+、++、+++

骨科

胶体活动：自如、受限

末梢（皮瓣）血运：

部位：左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、双上肢、双下肢

颜色：红润、暗红、发紫、苍白、灰白

皮温：暖、凉

肿胀：-、+、++、+++

动脉搏动：触及、未及

CRT：延长、正常

产科

伤口情况：干燥、渗血、无红肿、红肿

泌乳：量少、量中、量多、肿胀、不畅

子宫收缩情况：

宫底：脐上3、脐上2、脐上1、脐平、脐下1、脐下2、脐下3

质地：硬、中、软

流血量：正常、异常

流血性质：暗红、鲜红、淡红

肛门排气：已、未

宫缩：有、无

膝反射：存在、减弱、消失

水肿：-、+、++、+++

阴道流水性质：清、淡黄、黄绿、中黄、胎粪

阴道流血性质：暗红、鲜红、淡红

排尿情况：未解、已解、不畅

留置导尿：通畅、不畅

护理部

2011 年修订

产科护理记录单书写要求

一、产前护理记录：所有孕妇

记录要求：1、病危、病重、特别护理和严密观察病情者；

2、生命体征监测（根据医嘱）

3、胎心监测，常规 q4h，胎动 tid，血压根据医嘱（临产者除外）

4、有以下病情变化及时记录

①发热（体温大于 38.5℃）

②有头晕、眼花等自觉症状，特殊主诉

③用药后不良反应

④有阴道流血、流液

⑤情绪不稳定

⑥静脉输血

⑦各种评估

⑧擅自外出

二、产后护理记录：所有产妇

记录要求：1、平产后按护理常规观察并记录宫底、恶露和小便等，常规记录

Q1h ×6 次。

、剖宫产按术后护理记录根据医嘱，常规记录 24 小时。

3、生命体征监测（根据医嘱）

4、有以下病情变化及时记录：

①发热（体温大于 38.5℃）

② 阴道出血量异常

③拔除导尿管后解尿情况

④平产后小便自解情况

⑤乳房胀痛

⑥伤口出血等

⑦情绪不稳定、特殊主诉等

⑧静脉输血

三、新生儿护理记录：所有在院新生儿

记录要求：1、每 2 小时记录一次。

2、有以下病情变化及时记录：呕吐、面色异常、发热（大于 37.5℃）、皮肤出现脓包、呼吸异常、进食异常。

一、病重、病危患者每班至少记录一次，按 P10 模式，不能总结式记录，有变化及时记录，转页要写级别护理及神志。

二、管道记录：

1、胸腔穿刺及胸管闭式引流管（单腔深静脉管）的记录

1) 胸腔穿刺的术前、术后宣教

) 胸腔闭式引流管的记录, 包括置管的深度, 固定的情况, 穿刺点及周围皮肤情况, 引流时是否通畅, 引流液的性质和量, 夹闭后的观察。

2、深静脉穿刺及带入记录, 记录穿刺部位、通畅情况、固定情况, 穿刺点及周围皮肤情况。

3、各导管有异常情况应及时记录

1) 导管堵塞、回抽不畅(胸管无胸液, 深静脉管无回血)、导管脱出、导管破裂漏水

2) 穿刺点有红、肿、触痛、分泌物、渗出、渗液

3) 穿刺点周围皮肤皮疹, 穿刺局部红、肿胀(静脉炎)

4) 拔除胸管及深静脉管

4、其他引流管的记录

1) 胃管: 记录置入长度, 每次鼻饲的量及是否在胃内

2) 导尿管: 夹管训练记录, 异常尿液性质的记录, 拔除导尿管要观察解尿情况

三、病情观察

1、意识、瞳孔改变, 生命体征的变化

2、病人主诉, 用药后效果评价一次

1) 疼痛: 记录疼痛的部位、程度(级数, 用阿拉伯数字), 采取的医疗护理措施。

2) 恶心呕吐: 记录呕吐的色质量, 护理措施如漱口等

3) 便秘(3天未解大便): 护理措施如饮食宣教等, 跟踪至排便

4) 腹泻: 腹泻5次/天及以上要记录, 记录大便的色质量, 护理措施如饮食指导, 肛周护理等。

5) 血便黑便、呕血: 测血压脉搏, 记录出血量、颜色, 观察有无头晕乏力, 必

6) 咳嗽咳痰：记录痰液的色质量，护理措施如有效咳嗽咳痰的方法等。

7) 胸闷气急：测呼吸，体现卧位

3、病人症状：如水肿写明部位及程度，轻（脚踝以下）中度（脚跟以上）重（小腿以上）。

4、异常化验，要有评价（用药复查后记录）

1) 白细胞 $\leq 1.0 \times 10^9/L$ ，观察记录口腔肛周等感染症状及防感染宣教（保护性隔离，紫外线病房消毒）

2) 血小板 $\leq 50 \times 10^9/L$ ，观察皮肤黏膜及其他部位出血情况及防出血宣教

3) 血色素 $\leq 80g/L$ ，观察记录有无头晕乏力等症状及防跌倒宣教

4) 血钾 $\leq 3.0mmol/L$ ，观察记录肌力等饮食宣教

5) 白蛋白 $\leq 30g/L$ ，观察记录有无水肿及饮食宣教

6) 血糖过高或过低的观察记录及护理措施

5、意外事件：跌倒、压疮、烫伤、坠床、静脉炎、意外拔管、病人自杀、病人擅自离院要记录，写明措施、汇报处理意见

6、病人的心理，精神、情绪的改变，长期服抗精神病药的要记录，并写明家属陪客签字

7、更改护理级别，更改饮食、转科

更改饮食后观察记录一次进食情况。特殊饮食要宣教并观察记录一次进食情况。

四、特殊用药、治疗及检查

1、化疗：化疗前健康宣教记录。化疗当天记录化疗反应、饮食、留置针的静脉情况

、有药物不良反应时应记录，使用利尿剂记录尿量，调整用药剂量时应记录（如多巴胺，可拉明等）

3、输血三部曲

4、气管镜检查的术前宣教、术后宣教及观察记录

5、胃肠镜检查，术前宣教、术后宣教及观察记录（饮食、腹痛等）

6、病情突然变化时做的检查检验要记录

五、护理安全

1、防跌倒宣教及记录，压疮高危评估及记录（周二）

2、约束带（写明约束原因、部位、皮肤观察、家属宣教、解除约束时间

3、老年病人、吞咽困难病人防窒息措施及家属宣教的记录

六、专科疾病护理要点（详见专科护理常规）

咯血病人应有防大咯血措施的记录。

高热病人给予药物及护理措施，体温监测的记录。

慢性支气管炎病人有桶状胸的要记录。

肺癌病人有痰中带血要记录。

一．症状：

1．疼痛：记录疼痛的部位、性质、持续时间、疼痛的级数；给予相应的护理及治疗措施后予效果评价。

2．呕吐：记录呕吐物的色、质、量，如为呕血应记录血压，给予相应的护理及治疗措施后予效果评价。

大便异常：记录大便的色、质、量，如有便血应记录血压，给予相应的护理及治疗措施后予效果评价。

4. 排便异常：腹泻者记录排便的次数，色、质、量；如连续 3 天无大便者或排便困难者需记录相应的护理、治疗措施及效果评价。
5. 黄疸：记录黄疸的部位、程度及相应的护理措施。

二. 病情观察：

1. 消化道出血：每班评估出血情况直至正常（有无呕血、黑便、腹痛、肠鸣音亢进），跟踪记录血红蛋白情况。
2. 急性胰腺炎：每班评估腹痛、腹胀、肠鸣音、肛门排气及大便情况直至正常，跟踪记录血尿淀粉酶及 CT 报告结果。
3. 肝硬化伴腹水：每日测量并记录腹围体重，每班记录尿量，跟踪记录血清白蛋白情况。
4. 炎症性肠病：排便异常及时记录。
5. 肝性脑病：每班评估神志、精神、情绪及行为情况，跟踪记录血氨检验结果。
6. 消化性溃疡：出现腹痛、出血症状及时记录。
7. 胆囊炎、胆石症：出现腹痛症状及时记录。（腹痛的部位、性质、持续时间、疼痛的级数及放射的部位）
8. 肠梗阻：每班评估肠鸣音、肛门排气、排便情况及腹部体征（有无肠蠕动波及胃肠形）至正常。跟踪记录 X 线检查结果。
9. 阻塞性黄疸：每周三评估记录黄疸的程度及有无消退，出现大小便颜色异常时及时记录，跟踪记录血胆红素及尿胆原情况。

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/246110111123011002>