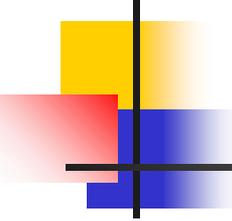


护理文件书写的重要性



一、目前的形势要求

1、落实执行新的《医疗事故处理条例》

病历是医疗事故处理的法律证据，护理统计是病历的主要构成部分

2、落实执行《病历书写基本规范》

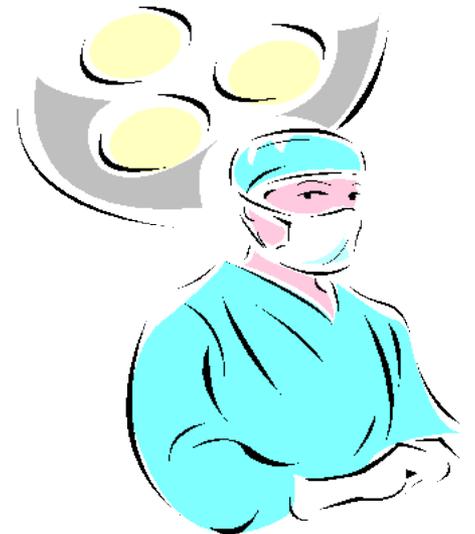
中国护理发展史上的一场伟大变革——每个病人建立临床护理统计、手术病人建立手术护理统计

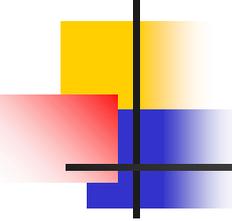
3、今年卫生部提出：管理年

质量和安全是病人选择医院的两个关键原因

二、基本概念

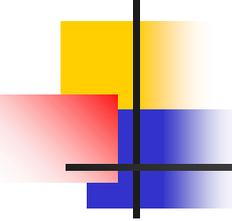
1、**病历**：指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。涉及门（急）诊病历和住院病历。





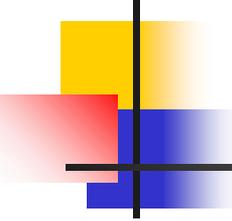
2、护理统计

- 病历中全部有关护理文书资料统称为护理统计。
- 指护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总和，涉及体温单、医嘱单、医嘱执行单、临床护理统计单、手术护理统计单等。
- 是病历的主要构成部分，是医疗事故进行技术鉴定的主要根据。



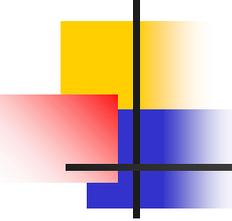
3、护理统计质量

- 指护理活动统计的客观性、真实性、及时性、精确性及完整性。



4、护理统计质量的全程管理

- 利用**PDCA**管理措施，对病人从入院→出院**全过程**的护理统计质量进行监控，确保为病人提供优质护理服务，满足病人在住院期间的生理、心理、社会各方面的护理需求。

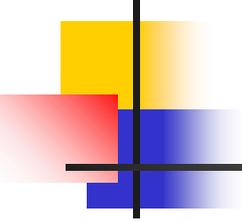


三、护理统计的主要性

1、护理统计是法律证据，具有举证责任

(1) 举证和举证责任

- 举证：指对自己主张的事实提供证据

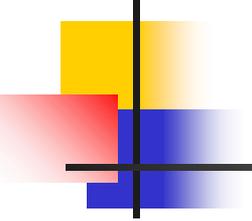


举证责任：

★一般民事诉讼举证：谁主张谁举证

★医疗事故的举证：举证倒置

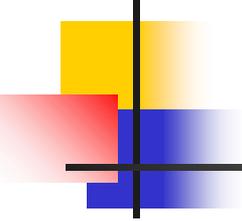
因医疗行为引起的侵权诉讼，因为医疗机构就医疗行为与损害成果之间不存在因果关系及不存在医疗过失承担举证责任。



(2) 举证内容（举什么）

医疗事故举证应围绕**5个要点**进行：

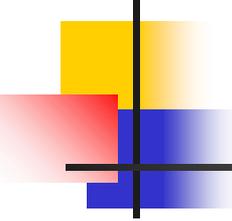
- 医疗机构及其医务人员
- 当事者的行为有无违法
- 是否有过失：指主观动机，非主观有意
- 是否造成患者人身损害的后果
- 过失行为与后果之间是否存在必然的因果关系



(3) 举证根据（拿什么举证）

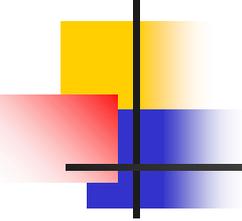
■ 病历的作用及分类

作用：医疗活动的统计，法律根据，是处理医疗事故争议的主要证据



病历资料分类

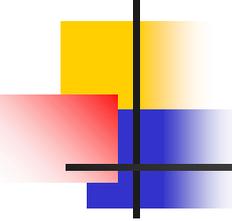
- **客观性病历资料**：指统计患者的症状、体征、病史、辅助检验成果、医嘱、手术、特殊检验及其他特殊治疗时向患者交待情况、患者或其近亲属签字的医学文书资料。
- **患者有权复印或复制客观性病历资料**：护理统计中的客观资料（体温单、医嘱执行单、手术护理统计单）



■ 主观性病历资料：

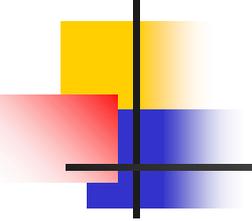
★ 指在医疗活动中医务人员经过对患者病情发展、治疗过程进行观察、分析、讨论并提出诊治意见等而统计的资料，多反应医务人员对患者疾病及其诊治情况的主观认识。

★如病情逐日志、手术讨论统计、会诊统计、临床护理统计、重症监护统计单等。



护理统计

- 从法律上明确了护理统计是病历的主要构成部分
- 护理统计分为客观资料和主观资料
- 病人能够复印、复制护理统计，能够作为护患双方举证的根据



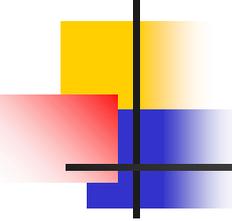
2、护理统计质量客观反应了一种医院的护理质量

- 做和写是护理活动的两个方面，是有机的整体
- 护理统计质量是衡量护理人员素质、护理管理水平、护理技术水平和工作效率的主要标志之一

3、规范护理行为，完善护理统计，防范医疗事故

- 是每个护理执业人员的基本职责
- 应引起每个护理执业人员的高度注重





4、护理统计保护护士与病人的正当权益

明确责任：医护之间、护护之间。

5、护理统计是临床教学和护理研究的基本资料

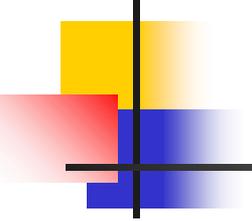
四、护理统计的全程 质量管理

1、成立护理质量管理组织

- 一、二级医院： 护理部——科室
- 三级医院： 护理部——大科——科室
- 科室： 护士长——质控护士——专业
护士

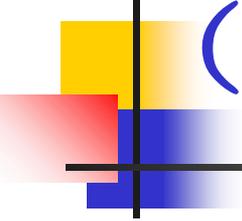
2、制定各级护理质控组织的职责

- (1) 护理部
- 制定各级护理质控组织的职责
- 设计各类护理登记表格
- 制定护理文件书写规范
- 制定护理记录质量标准
- 培训各级护理人员
- 检验、考核、评价全院护理记录质量
- 持续改进全院护理记录质量



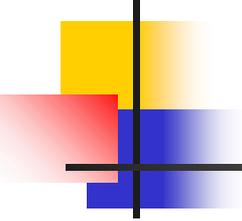
(2) 科室

- 执行护理文件书写规范及护理统计质量原则
- 培训科内护理人员掌握护理文件书写规范及护理统计质量原则
- 检验、考核、评价科室护理统计质量
- 上下反馈，连续改善护理统计质量



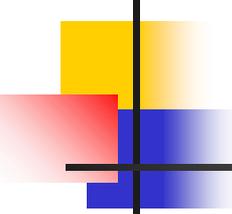
(3) 质控护士

- 执行护理文件书写规范及护理统计质量原则
- 检验、考核、评价科室护理统计质量
- 上下反馈，连续改善护理统计质量



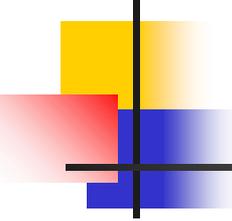
(4) 专业护士

- 执行护理文件书写规范及护理统计质量原则
- 自控护理统计质量，连续改善护理统计质量



3、设计各类护理登记表格

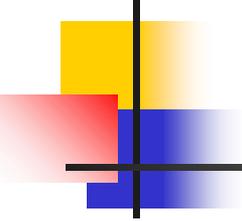
- (1) 设计原则：遵照规范，结合实际，易于了解，便于操作。
- (2) 分类设计

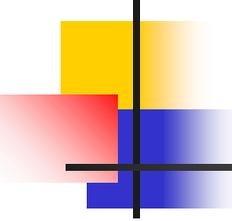


4、制定护理文件书写规范

(1) 基本要求

- 护理统计应客观、真实、及时、完整。
- 使用蓝黑墨水或黑签字笔书写，文字工整，笔迹清楚，表述精确，文句通顺，用医学术语，标点和页数正确。
- 书写过程中出现错字(句)时，应该用双线横行划在错字上，就近写上正确字(句)并在右上方署名，不得采用刮、粘、涂等措施掩盖或清除原来的笔迹。

- 
- 护理文件应该按照要求的内容进行书写，并由相应的护士注明日期并签全名，实习、试用期护理人员书写统计，必须由正当执业的带教老师经过审阅、修改并注明修改日期签全名。
 - 因急救急危患者，未能及时书写急救统计的，当班护士应该在急救结束后**6小时内**及时据实补记，统计时间应该详细到分钟，并注明急救完毕时间和补记时间。



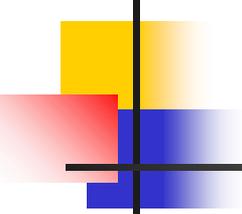
(2)书写内容及要求

- 体温单
- 医嘱单
- 医嘱执行单
- 临床护理统计单
- 手术护理统计单
- 重症监护统计单
- 产科护理统计单

5、制定护理统计质量考核原则

(1) 护理统计质量管理目的

- 一级综合医院：护理文件书写合格率 $\geq 85\%$
(合格原则为80分)
- 二级综合医院：护理文件书写合格率 $\geq 90\%$
(合格原则为80分)
- 三级综合医院：护理文件书写合格率 $\geq 95\%$
(合格原则为80分)



(2) 制定护理统计质量原则

- **原则：**分类制定，质量要求明确，扣分细则易于操作，采用百分制，表格化。
- **考核表内容：**项目、质量要求、分值、扣分细则、得分、存在问题

乐山市人民医院

体温单评分表

科室 _____

年 ____ 月 ____ 日

平均分	合格数 / 抽查数

检 查 项 目	床号	床号	床号	床号	床号
	姓名	姓名	姓名	姓名	姓名
姓名、病室、床号、住院号、页数填写完整					
年月日、住院日数、手术日数完整正确					
入院、出院、转入、手术、分娩、死亡时间均在 40-42℃ 之间用红钢笔在相应时间内按规范竖写					
新入病人每日至少测量 3 次，危重、手术后病人每日至少测量 4 次，连续 3 天，根据病情变化，随时测量					
一般病人每日测试 2 次					
高热病人每日至少测量 6 次，体温正常后连续测量 3 天，物理或药物降温后的体温按规范绘制					
体温上升或下降幅度较大者，应重复测试，无误者在原温度符号上方以蓝色“V”表示核实					
脉搏少于 35 次以下，在 35 次处用红笔写实际次数，并与相邻脉搏相连					
呼吸少于 10 次者，在呼吸线 10 次处填写实际次数，并与相邻呼吸相连					
使用呼吸机或心脏起搏器的病人按规范记录					
根据病情需要在空格栏记录相关项目，如特殊用药、药物过敏、人工冬眠					
用蓝钢笔正确填写大便次数、入量、出量					
血压、体重每周至少记录 1 次，每日监测 2 次以上血压者记录 2 次					
质点圆、大小相等，连线直、粗细一致，点线分明					
书写整洁，无皱折、破损、无涂改					
各种特殊标记绘制正确					
得 分					

注：满分 100 分，每小项某一点不合格扣 1 分

检查人：_____

乐山市人民医院

医嘱（执行）单评分表

科室

年 月 日

平均分	合格数 抽查数

检查项目	床号	床号	床号	床号	床号
	姓名	姓名	姓名	姓名	姓名
楣栏	填写完整、正确				
医嘱内容	转抄医嘱完整准确（药名、浓度、剂量、单位、给药途径、时间）				
医嘱规范	长期医嘱执行日期、时间准确，签名规范，红钩标记明确				
	取消医嘱用红笔标注“取消”并签名				
	“转科医嘱”、“重整医嘱”、“术后医嘱”、“产后医嘱”用红笔书写，红笔划线				
	临时医嘱执行及时，时间准确，签名规范				
医嘱执行单书写规范	皮试医嘱在临时医嘱反映具体到分钟，“皮试”结果标记正确，及时填写，阳性红色标记（+），阴性蓝色标记（-）				
	版面清洁无涂改，楣栏各项填全				
	执行医嘱在相应项目栏内按规范记录				
	输液、注射、发药后及时签名签时间，做到无遗漏				
	执行医嘱、转抄人用蓝笔，延续内容下面黑笔打两点				
	停止医嘱、转抄人用红笔，延续内容下面红笔打两点，时间栏内黑笔划斜线				
	肌肉注射、静脉注射输液（注射）每日查对，并在日期栏右上角打小红钩				
	口服药、其它治疗每周查对两次，并在日期栏右上角打小红钩				
无执业资格人员不得自行签名					
书写质量	字迹清楚，无涂改、污迹及错格				
	无简化字、错别字				
得分					

注：满分100分，每小项某一点不合格扣1分

检查人：

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/268002045011006136>