

中医医院

护理工作核心制度

一、分级护理工作制度

一、医护人员根据患者病情、身体状况与生活自理能力确定患者的护理级别，并根据患者的情况变化进展动态调整。

二、分级护理分为四个级别：特级护理〔蓝色〕、一级护理〔红色〕、二级护理〔绿色〕与三级护理〔白色〕。分别在病房一览表与患者床头牌上显示相应的护理级别。

三、护士应当遵守临床护理技术标准与疾病护理常规，并根据患者的护理级别与医师制订的诊疗方案，按照护理程序开展护理工作。

四、护士实施的护理工作包括：

- 〔1〕密切观察患者的生命体征与病情变化；
- 〔2〕正确实施治疗、用药与护理措施，并观察、了解患者的反响；
- 〔3〕根据患者病情与生活自理能力提供照顾与帮助；
- 〔4〕提供康复与安康指导。

五、分级护理病情依据及护理要点

〔一〕特级护理

1、病情依据

- 〔1〕病情危重，随时发生病情变化需要进展抢救的患者；
- 〔2〕重症监护患者；

- 〔3〕 各种复杂或者大手术后的患者；
- 〔4〕 严重外伤与大面积烧伤的患者；
- 〔5〕 使用呼吸机辅助呼吸，需要严密监护病情的患者；
- 〔6〕 其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

2、护理要求

- 〔1〕 严密观察病情变化与生命体征，监测患者的体温、脉搏、呼吸、血压；
- 〔2〕 根据医嘱，正确实施治疗、用药；
- 〔3〕 准确测量 24 小时出入量；
- 〔4〕 正确实施口腔护理、压疮预防与护理、管路护理等护理措施，实施平安措施；
- 〔5〕 保持患者的舒适与功能体位；
- 〔6〕 实施床旁交接班。

〔二〕 一级护理

1、病情依据

- 〔1〕 病情趋向稳定的重症患者；
- 〔2〕 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- 〔3〕 生活完全不能自理的患者；
- 〔4〕 生活局部自理，病情随时可能发生变化的患者。

2、护理要求

- (1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，每日测量患者体温、脉搏、呼吸等生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、用药；
- (4) 正确实施口腔护理、压疮预防与护理、管路护理等护理措施，实施平安措施；
- (5) 对患者提供适宜的照顾与康复、安康指导。

(三) 二级护理

1、病情依据

- (1) 病情稳定，仍需卧床的患者；
- (2) 生活局部自理的患者；
- (3) 行动不便的老年患者。

2、护理要求

- (1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，测量患者体温、脉搏、呼吸等生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、用药；
- (4) 根据患者身体状况，实施护理措施与平安措施；
- (5) 对患者提供适宜的照顾与康复、安康指导。

(四) 三级护理

1、病情依据

- (1) 生活完全自理，病情稳定的患者；

(2) 生活完全自理，处于康复期的患者。

2、护理要求

(1) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；

(2) 根据患者病情，测量患者体温、脉搏、呼吸等生命体征；

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、用药；

(4) 对患者提供适宜的照顾与康复、安康指导。

二、医嘱执行制度

1、护士应遵医嘱为患者实施各种治疗与护理。

2、医师开出医嘱后，护士必须经 2 人核对后及时、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，必须问清后方可执行。

3、执行者应根据医嘱内容严格执行“三查七对”，并签全名。

4、除抢救或手术过程中以外，不得执行口头医嘱。如医生下达口头医嘱，执行者需重复一遍，药物经二人核对准确后立即执行，并保存使用过的空安瓿，医生补记医嘱后，方可弃去。

5、凡需下一班执行的临时医嘱，做好交接班。

6、执行药物过敏试验医嘱，必须由执行者与核对者双方确认皮试结果，红笔在〔 〕里填写“+”或“-”结果并双签名。皮试阳性者，须报告主管医师，告知患者及家属考前须知，并在病历夹封面、体温单、护理记录单、一览表、床头卡进展标识与记录。

三、急救药品、器材管理制度

1、抢救药品、器材做到五固定〔定数量品种、定点放置、定人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修〕、二及时〔及时检查维修、及时领取补充〕。物品有明显标记，不准任意挪用。

2、抢救必备器械齐全，性能良好，处于备用状态。

3、抢救药物齐全，药品标签清晰，无变色、变质、过期失效、破损现象，按药物失效期的先后放置与使用。

4、各科室抢救车的急救药品、物品按要求统一配备，专科急救药品及物品须经科室主任审核定出种类、数量、规格、剂量配备。抢救车须定点放置、定人管理，保证平安与使用方便。

5、抢救药品、器材使用后，24小时内补充齐全，如因特殊原因无法补齐时，应在交接登记表上注明，并报告护士长协调解决，以保证抢救患者时能及时使用。

6、设有药品、器械配备基数卡。做到帐物相符，班班交接。

7、封存抢救车管理：封存前护士长〔或分管护士〕与另一护士按基数卡清点药品、器械，核对无误后用封条封存，双人签名并填写封存时间。护士每班检查一次封条的完好情况并做好交班，分管护士每周检查一次，每月由护士长与分管护士启封检查急救车内药品、器械一次、并有记录。

8、非封存抢救车管理：每班按基数卡清点药品、器械一次并做

好交班，分管护士每周检查一次，护士长每二周检查一次，并有记录，帐物相符。

四、护理文件书写制度

1、护理人员严格执行按照卫生部与广西壮族自治区医疗机构病历书写标准手册最新版执行。

2、各种记录规格工程符合护理文书书写检查内容及评价标准。

3、记录内容客观、真实、准确、及时、完整、标准。

4、记录工程齐全、字迹工整、清晰、无错别字；格式正确、无漏项。使用中文、医学术语与通用的外文缩写、简单扼要、版面清洁。

5、护理记录书写出现错字时，应当用双线划在错字上，保存原纪录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6、体温单、医嘱单、患者护理记录单、手术清点记录单应按时归档。

五、病房管理制度

1、病房的护理工作由科主任与科护士长领导下，由护士长负责管理。

2、保持病房清洁、舒适、安静、平安、美观、防止噪音，注意通风。

3、按照医院的要求统一着装，并保持仪表整洁、仪容端庄、举

止大方、谈吐文雅。

4、建立健全各项护理制度、岗位职责、疾病护理常规、技术操作规程并认真遵照执行，以确保护理质量。

5、室内物品与床位要摆放整齐，固定位置，贵重仪器有使用要求并专人保管。

6、定期对患者进展安康教育。定期召开患者座谈会，征求意见，改良病房工作。

7、各项护理工作以患者为中心，调整、简化工作流程，方便患者。

8、为患者提供力所能及的便民措施。

9、护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别指定专人管理，建立帐目，定期清点，如有遗失应及时查明原因，按规定处理。管理人员调动时，要做好交接班手续。

六、交接班制度

1、值班者必须坚守工作岗位，履行职责，巡视病房，了解病情，保证各项治疗护理工作准确及时进展。

2、每班必须按时交接班，接班者应提前 15 分钟到病房，清点器械物品、毒麻药品，并做好登记。阅读有关护理记录单，清点住院人数，在交接班中如发现病情、治疗、护理、器械、物品等不符，应立即查问，接班时间发现问题应由交班者负责；接班后才发现问题，那

么由接班者负责。

3、值班者必须在交班前完成本班各项工作，遇有特殊情况必须做详细交班。

4、白班应为夜班做好物品准备，以便夜班工作。

5、交接班者要共同巡视病房，做好床边交班，检查昏迷、瘫痪等危重患者基础护理情况，有无压疮发生，各种导管有无脱落，引流是否通畅等。

6、危重患者、急诊、手术、ICU 的患者、产科新生儿的转科交接要标准，填写交接护理记录，并双方签名。

7、交班方法：

〔1〕文字交接：每班书写护理记录单，进展交班。

〔2〕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。

〔3〕口头交接：一般患者采取口头交接。

七、查对制度

〔一〕医嘱查对制度

1、护士过医嘱时应做到及时、准确，需 2 人核对，同时做到每天查对医嘱二次，并记录。

2、对有疑问的医嘱，必须问清楚，方可执行。

3、抢救患者时，医师下达口头医嘱，执行者需重复一遍，经二

人核对准确无误前方执行，并保存使用过的空安瓿，医师补开医嘱后，方可弃去。

4、护士长每周组织总查对医嘱一次，并记录。

〔二〕服药、注射、输液、处置查对制度

1、严格执行护理操作查对原那么：三查：摆药后查，服药、注射、处置前查，服药、注射、处置后查；七对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法。

2、备药时要查药品的质量、标签、批号、有效期、药瓶有无裂缝、瓶口有无松动以及瓶中有无杂质。如不符合要求，不得使用。

3、摆药后需经另一人核对无误后方可执行。

4、易致敏的药物给药前应询问患者有无过敏史。需做皮试的药物，皮试阴性者方可使用。

5、毒、麻、限剧药品使用前应反复核对，使用后保存空安瓿，以便核对，并做好记录。

6、使用多种药物时，要注意配伍禁忌。

7、给药或治疗时，如患者提出疑问，应及时查对，无误后方可执行。

8、观察用药后反响，对因各种原因患者未能及时用药者应及时报告医生，根据医嘱做好处理，并在护理记录中有记载。

〔三〕输血查对制度

1、取血时的查对：取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊 / 病室、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时，双方共同签字后方可发出。

2、输血时前的查对：输血前由经 2 人核对穿插配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，准确无误方可输血。

3、输血时的查对：输血时由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊 / 病室、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进展输血。

4、输血完毕，医护人员对有输血反响的应逐项填写患者输血反响回报单，并返还输血科〔血库〕保存。

5、输血完毕后，医护人员将输血记录单〔穿插配血报告单〕贴在病历中，并将血袋送回输血科〔血库〕至少保存一天。

〔四〕饮食查对制度

1、护士每天查对医嘱患者饮食种类，并及时告知患者或家属。

2、送餐员分发饮食时，护士应查对特殊患者饮食种类、数量是否与医嘱相符。

3、特殊患者的家属送来的饮食须经医师同意后方可给患者食用，护士应给予监视。

4、禁食的患者护士要做好交班，并告诉患者及家属禁食的目的与时间，配挂禁食标记。

5、护士应根据医嘱及病情对患者的饮食给予指导。

〔五〕手术室查对制度

1、严格执行卫生部《手术平安核查制度》〔卫办医政发〔2021〕41号〕。

2、手术平安核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师与手术室护士三方〔以下简称三方〕，分别在麻醉实施前、手术开场前与患者离开手术室前，共同对患者身份与手术部位等内容进展核查的工作。

3、接病人时，应查对患者的科别、床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、术前用药、腕带、药物过敏。

4、术前严格核对患者床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、手术部位、麻醉方式及术前用药、病历、患者禁食等情况，手术前护士、麻醉医生、手术医生再次核对以上有关内容，无误后开场手术。

5、检查无菌手术包名称、灭菌日期、化学指示胶带及包内无菌指示剂是否符合要求，手术器械是否齐全完好，评价灭菌效果，到达标准前方可使用。

6、进展体腔或深部组织手术时，要在术前、缝合前、缝合后经

两人核对所使用的敷料与器械数，做好记录并签名，防止异物遗留在体内。

7、手术中的各项治疗、护理应严格执行相关的查对制度。

8、手术取下的标本，经两人核对无误前方能送检。

(六) 供给室查对制度

1、收器械包时，查对品名，数量、质量、清洁处理情况。

2、清洗消毒时：查对消毒液的有效浓度及配制浓度；浸泡消毒时间、酶洗前剩余消毒液是否冲洗干净。

3、准备器械包时，查对品名、数量、质量〔检查器械的完好性、灵活性、咬合性等性能，刀刃器械、穿刺针的锋利度〕、清洁度(目测或放大镜检查器械有无残留物质、血渍、水垢、锈斑)。

4、灭菌前：查对器械敷料包装规格是否符合要求，装放方法是否正确；灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求。

5、灭菌后：查试验包化学指示卡是否变色、有无湿包。

6、发器械包时，查对名称、消毒日期、包装以及化学指示胶带。

7、发无菌包时，查对名称、灭菌日期、包装、化学指示胶带；发一次性物品时，查对名称、生产批号、有效期、包装，不符合要求不能发放。

(七) 急、门诊输液室护理查对制度

1、护士接收处方、注射单、输液单后必须再次核对治疗药物名

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/296030241022010042>