

护理文件书写规范（5篇）

第一篇：护理文件书写规范

护理文件管理规范

2016年4月修订

护理文件书写管理办法

1.护理质量与安全委员会依据《河北省护理病历书写基本规范》，制定我院护理文件书写要求、规范及考核标准。

2.护理文件终末质量由护理病案质检室负责考核，由质检人员每日对归档病历进行检查；护理文件环节质量由护理部负责考核，由科护士长不定期对科室运行病历进行抽查。

3.每月对全院科室护理文件考核结果进行汇总、分析，以简报形式下发，找出需追踪检查的共性问题，作为下月考核重点。4.护理文件考核结果兑现科室绩效奖金。

5.科室根据本管理办法制定科室护理文件书写管理办法。

护理文件书写要求及规范

一、基本要求

1.护理文件书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏。

2.使用中文和医学术语，要求表述准确，语句通顺，标点正确。通用的外文缩写和中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。记录日期应当使用阿拉伯数字，记录时间应当采用24小时制。

3.遵循简化原则，避免重复书写（评估单有的内容不在记录中体现）。4.护理人员采用专有的身份标识和识别手段登录电子病历系统完成各项记录等操作并予确认。操作人员对本人身份标识的使用负责。

5.上级护士（护士长及护理组长）负责审查、修改，护理组长仅对当天的内容具有修改的权限，护士长则在病历归档前具有修改权。修改时，电子病历系统进行身份识别、标记准确的修改时间和修改人信息，并将被修改内容用括号标注保存历次修改痕迹。

6.护理记录书写主要内容必须与医生病历记录相吻合。7.每次护理

记录后护士应签全名。

二、书写时间及频次要求

1.住院患者入院评估单、自理能力评估单、跌倒坠床评估单、压疮评估单、疼痛评估单，患者入院后 2 小时内完成，遇急诊手术、抢救等特殊情况不能及时评估时，须在 24 小时内完成。

2.首次护理记录、各种相应告知宣教等在本班内完成。

3.护理计划在本班制定完成，根据病情及时修订，体现动态变化。

4.根据病情、检查、治疗等需要进行个性化的健康教育并填好健康教育实施记录单。

5.手术（含介入手术）患者术前评估单要求术前 4 小时内完成评估并记录。术后回房即刻评估并在 2 小时内完成记录。6.手术及转科交接记录要求交接完毕即刻完成。

7.交班报告要求本班完成。

8.病危患者、特级护理、病重患者病情评估至少每 2 小时记录 1 次。生命体征至少每 4 小时测量并记录 1 次。9.监护记录每小时记录 1 次。

10.全麻术后、一级护理患者术后连续 3 天每班记录。术后二级护理、介入术后患者连记三班。其余患者根据医嘱、病情变化应及时客观记录，体现动态变化。

11.体温单、医嘱单等详见具体要求。

三、护理文件种类

1.护理评估单：入院护理评估单、自理能力评估单、跌倒坠床危险因素评估单、疼痛评估单、压疮高危风险评估单、导管脱落危险因素评估单、深静脉血栓评估单、术前评估单、术后评估单、介入术前评估单、介入术后评估单和手术风险评估单等。

2.护理记录单：包括文字式记录和表格式记录两种形式。具体有一般/重症护理记录单、危重症患者病情评估护理记录单、出入量记录单、血压记录单、监护记录单、转交接记录单、手术清点记录单、手术安全核查表、健康教育实施记录单等。3.

宣教告知单：入院宣教告知书、预防住院患者跌倒及坠床宣教指导同意书、预防住院患者发生压疮宣教指导同意书、预防住院患者导管脱落宣教指导同意书、应用保护性约束具知情同意书、预防住院患者深静脉血栓宣教指导同意书等。4.体温单 5.医嘱单 6.护理计划 7.交班报告

四、各种记录具体书写要求

(一) 入院评估单

1.患者入院护理评估应由责任护士在患者入院2小时内完成。遇急诊手术、抢救等特殊

情况不能及时评估时，须在24小时内完成。2.评估单项目填写完整、真实、正确，无漏项。

3.评估内容要与客观实际情况相符，与医生首次病程相一致。4.责任护士在评估后签名并注明时间，组长或护士长审核后签名

5.新入院、转入患者的需填写入院评估单，将评估次数填写在评估次数栏内。

6.一般资料：

①姓名、住院号、科室、床号、性别、年龄、入院诊断、入院时间由系统自动生成。

②其他选项通过询问、观察、测量逐项评估。③依据评估结果在选项内容前“□”打“√”；在相应空格内记录相应数字；

通过下拉菜

单进行选项。

④需要描述的内容填写在相应的空格内。

7.生命体征：将患者住院后即刻测量的结果填写在相应的空格内，异常情况要具体描述。

8.健康史、手术史、过敏史，此栏项目主要通过病人或家属交流获得，如患者既往有

多种疾病，需依次填写在不同的空栏内。有手术史，要写明具体手术名称。有过敏史者，要在相应栏内写明，不包含在药物及食物内的，填写在其他项。

9.认知/感知/社会/心理，此栏主要是根据询问结果，在相应栏下拉框内进行选项，瞳孔大小无论正常与

否，都要填写左：右瞳孔的具体数值，不能有空项。

10.饮食及营养状况填写要正确，符合患者实际情况。

11.皮肤与排泄：皮肤（异常时要具体描述部位、程度、大小）。

12.跌倒坠床、压疮、自理能力及疼痛评估，通过点击“》”符号，进入到相应的评估单进行评估，评估结果将自动显示在相应的评估项目内。有疼痛者，应注明疼痛部位及性质。

（二）风险评估单

λ 跌倒坠床危险因素评估

1.护士依据《跌倒坠床危险因素评估表》对新入院患者进行跌倒风险初始评估（新生儿除外），在2小时内完成，首次评估后将分值体现在入院评估单中。

2.评估标准：评分1-2分为低度危险，≥3分高度危险；监护室评分≥6分为危险，≥10分为高度危险；儿童评分0分为无危险，1-2分为低度危险，≥3分高度危险。

3.存在危险因素的患者，责任护士须告知患者及家属并填写预防住院患者跌倒及坠床宣教指导同意书且签名。更换不同家属时须再次宣教告知，确保陪伴人员了解。

4.患者出现下列情况时需再次完成评估：

①转入患者、病情变化（如手术后、意识、活动、自我照顾能力等改变）；②使用镇静/镇痛/安眠/利尿/降血压/调解血糖等药物时；

③跌倒后、跌倒风险因子项目发生改变时、卧床患者第一次下床前及时复评；

④存在跌倒坠床危险患者病情稳定时每周一次复评；无危险且病情稳定患者不需复评。

5.评估表填写齐全后责任护士须签全名 λ 压疮风险评估

1.护士依据 Braden 评分表对每个入院患者进行压疮风险初始评估，在2小时内完成，首次评估后将分值体现在入院评估单中。

2.评分标准：15-16分为压疮发生低度危险（≥70岁，15-17分）；评分13-14分为压疮发生中度危险；BradenScale评分≤12分为高度危险。

3.Braden 计分表评估存在危险者需告知患者及家属并在宣教告知同意书中签名，注明与患者的关系。

4.压疮风险再评估：低度危险每周 1 次；中度危险 3 天 1 次；病情危重者和评分 ≤ 12 分者每日复评。病情变化者及时复评。

5.评估表填写齐全后责任护士须签全名，组长或护士长审核后签名。 λ 深静脉血栓评估

1.高风险科室（骨科、ICU、神经内科、神经外科、妇科、产科）护理人员依据《VTE 风险评估表》对的每位住院患者进行 VTE 风险评估，其他科室护理人员对高危风险病人进行 VTE 风险评估。首次评估应在本班内完成。2.评分标准：0 分为无危险，1 分为低度危险，2-4 分为中度危险，5-8 分为高危， ≥ 9 分极高危，3.对患者或家属做好相关知识宣教，使之了解尽早活动的必要性，取得患者及家属的配合。

4.复评时间：低危、中危患者每周复评一次，高危及极高危患者每天复评一次，患者病情变化时及手术后应立即进行复评。5.评估表填写齐全后责任护士须签全名 λ 导管脱落危险因素评估

1.护理人员依据《导管脱落危险因素评估》对每个留置导管的患者要进行各导管脱落危险因素评估。2.首次置管患者，院外或转科带管患者 2 小时内完成初评并填好导管脱落危险因素评估单。

3.评分标准：分值 < 5 分为无危险；5-7 分为低度风险； ≥ 8 分为高度风险。4.评估 ≥ 5 分者，须告知患者及家属并填写预防住院患者导管脱落宣教指导同意书且家属签名，责任护士采取预防非计划性拔管措施。

5.复评：意识、影响导管固定的因素、疼痛程度发生变化时及时复评 6.评估表填写齐全后责任护士须签全名。

（三）导管情况评估表

1.护理人员依据《导管情况评估表》对每位患者留置的导管情况进行全面评估。评估的主要内容：导管固定情况、是否通畅、植入深度或外露长度、导管周围情况及引流情况。

2.护理人员应从患者开始留置导管时进行评估记录，填写齐全。

3.

评估记录频次：无异常高危导管每班记录一次，中危导管每天记录一次，低危导管无异常不记录。各种导管置入、换管、拔管时要有记录。4.剂量单位：置入深度及外露长度单位为 cm。引流量单位 ml，引流的总量默认为 24 小时，如不足 24 小时，应在引流量之前注明合计时间。5.根据导管种类选择相应的代码如实填写管路序号，在导管情况评估表下面分为 H 高危导管，M 中危导管，L 低危导管。例如：导尿管应写 L1，其他按医嘱时间相应填写。

6.导管情况中导管外露长度、置入深度及引流液量项直接填写数值，余各项根据表下相应代码填写，如：导管周围清洁干燥可在导管周围相应的时间栏内填写“1”即可。

（四）自理能力评估单

1.护理人员依据《自理能力评估表》对每个患者要进行自理能力评估。首次评估在入院 2 小时内完成。首次评估后将分值体现在入院评估单中。2.评估标准：≤40 分为自理能力重度依赖，41-60 分为自理能力中度依赖，61-99 分为轻度依赖，100 分为无需依赖。

3.复评时间：病情发生变化时或手术后当日、全麻术后 3 天每日复评。4.评估表填写齐全后责任护士须签全名。

（五）疼痛评估单

1.护理人员依据《疼痛评估表》对每位新入院患者均进行疼痛评估，根据患者认知情况和喜好选择其中的一种评估工具（文字描述评定法、数字疼痛量表法、面部表情疼痛评定法、长海痛尺），同一患者使用同一种评估工具。首次评估应在 2 小时内完成，将分值体现在入院评估单中

2.对特殊患者如认知障碍、无认知能力的婴幼儿则使用面部表情疼痛量表法。

3.根据患者选用的疼痛评估工具，在相应的“□”内打“√”，并将评估的时间、疼痛的性质、措施、效果填写在相应的表格内。4.评估频次：没有疼痛的患者仅入院当天评估一次；中度以下疼痛每天两次，时间为 2Pm、8Am；中度以上疼痛病人每天 3 次，2Pm、8Pm、8Am；剧痛或疼痛程度发生变化时随时评估并记录。

5.观察用药情况的病人遵医嘱按时评估并记录。6.

评估表填写齐全后责任护士须签全名。

(六) 术前评估单

1.护理人员依据《术前评估单》对择期手术患者进行术前评估，在术前4小时内完成。

2.按评估单的各项内容，通过询问、观察、测量结果逐项评估。依据评估结果在选项内容前的“□”打“√”，需要概要描述的内容填写在相应的横线上。

3.如患者术前备皮应在后面详细注明备皮部位；药物皮试结果阴性应注明药物名称等。

4.患者皮肤存在破损及压疮情况应准确详细描述 5.应用药物辅助睡眠者，应详细注明药名、剂量。

6.女性患者应填写是否妊娠及月经来潮情况，男性患者在这两项中应选择“不适用”

7.评估表填写齐全后责任护士须签全名。

(七) 术后评估单

1.护理人员依据《术后评估单》对手术后回房患者进行即刻评估，在2小时内完成记录。

2.按评估单的各项内容，通过询问、观察、测量结果逐项评估。依据评估结果在选项内容前的“□”打“√”，需要概要描述的内容填写在相应的横线上。

3.对留置引流管患者评估记录引流管的种类、引流部位、引流量及引流液颜色。

4.评估切口有无渗血渗液，按要求敷料是否覆盖或者暴露。5.评估患者温度、颜色及感觉等末梢血运情况并做好记录。6.评估表填写齐全后责任护士须签全名。

(八) 护理计划

1.责任护士依据每位患者的个性化护理需求制定护理计划。

2.护理计划在本班制定完成，根据病情及时修订，体现动态变化。

3.应根据患者需要解决问题的重要性和紧迫性列出优先次序。4.

护理诊断陈述要正确。通常现存的护理诊断及有危险的护理诊断描述时应包含护理诊断名称（P）、相关因素（E）；对用于健康促进的护理诊断则可只包括护理诊断名称，如：有睡眠改善的趋势。

5.患者可能发生的或已发生的某种并发症，需医护共同解决的合作性问题，用“潜在并发症”描述，如潜在并发症心律失常。6.预期目标通过护理手段能够达到，目标陈述的行为标准应切实可行、具体，能够评价。

7.护理措施应具体可行与护理常规相符合，对合作性问题应以病情监测作为护理的重点。

8.急诊手术、抢救等特殊情况不能及时制定时，须在手术、抢救后6小时内完成。

9.计划制定完成后责任护士须签全名，由护士组长/护士长审核。

（九）健康教育实施单

1.护理人员依据患者病情、检查、治疗等需要进行个性化的健康教育。2.责任护士依据患者的实际情况有计划、分阶段进行健康教育。3.根据患者认知、知识水平、需求合理选择宣教方式、宣教对象、宣教次数。4.责任护士评估患者及看护人员对健康教育内容掌握情况，必要时给予重复宣教。

5.将宣教内容如实填写在备注栏内。

6.健康教育执行单记录内容应反映护理记录单及护理计划措施内容。7.责任护士依据健康内容填好健康教育实施记录单并签名。

（十）交接记录单

1.患者转科时做好交接，按交接记录单要求做好交接记录，无空项。2.交接记录要求交接完毕后即刻完成。3.交接记录包括“患者科间交接记录”、“手术患者交接记录”、“急诊患者入院交接记录本”

4.患者科间交接记录

①转出科室护士填写原科室内容，如生命体征、特殊需要观察与注意事项等，要求与患者的实际情况相符。

②备注栏内由原科室护士填写带药等内容。

③转出科室护士检查无误后签名保存，无需打印。

④

转入科室护士按填写内容逐项核对，确认无误，将生命体征填写完整后签名，然后打印归档。5.手术患者交接记录

①手术患者交接包括三个阶段：术前交接、复苏室交接、病房交接。

②术前交接记录由病房填写；复苏室交接记录由手术室填写；回病房交接记录由复苏室填写，因特殊情况不经过复苏室直接回病房的患者由手术室填写回房交接记录。

③交接双方护士共同签名确认，交接时间精确到分钟。

④手术交接记录项目填写完整、正确、符合患者客观实际情况。

⑤护士签名及时间均用蓝黑笔书写。⑥血制品项按要求填写。

⑦手术交接记录单项目填写齐全后由科室归档。6.急诊患者入院时按要求填写交接记录本，交接记录应由急诊科护士和入科护士共同签名确认，交接记录本由急诊科保存。

（十一）体温单

1.体温单自动生成患者姓名、性别、年龄、入院日期、科室、床号、病案号等眉栏内容。

2.在每一页的年、月、日系统将自动生成。3.住院日数自动生成至出院止。

4.手术后日数填写的信息均由系统自动生成，需核对信息准确性。

①手术（分娩）当日为术日，手术（分娩）后的次日为手术后第一日，系统自动生成“1”至“14”日止。

②住院期间行第二次手术，则在手术当日填写“术2”，次日手术后第一日，系统自动生成“1”至“14”日为止。

③若术后日期已填写好，而在14天内又行二次手术，在原日数的后面加一斜线，写上“术2”，术后日数以同一格式表示。例如术日1 2/术2 3/1 4/2。翻页后仅记录第二次手术的日数。

4.录入入院、出院、手术、分娩、死亡、转入时间时，选择正确日期，点击“床头事件”，自动在40℃~42℃纵向间生成，时间记录精确到“分”。5.体温、心率、脉搏、呼吸数值录入后系统自动绘制。

①在相应时间栏内准确录入体温、心率、脉搏和呼吸数值

②体温每小格为 0.2℃。蓝 “×” 表示腋温，蓝 “●” 表示口温,蓝

“○”表示肛温。脉搏每小格为4次。红“●”表示脉率，红“○”表示心率。相邻两次体温以蓝直线自动连接，相邻两次脉搏以红直线自动连接。如果数值落在粗线上不予连接。

③物理或药物降温30分钟后应重测体温，在相应的时间栏录入降温后体温数值，以红“○”显示，自动以红虚线与降温前的数值连接。下次测得的温度与降温前温度连接。

④体温与脉搏重叠时，显示脉搏红“○”包裹体温蓝“×”。短绌脉者要同时测量心率、脉率，并准确录入，在脉搏和心率两曲线之间以红直线自动连接。

⑤呼吸以数字表示，显示在呼吸栏相应时间内，相邻两次呼吸上下错开。使用呼吸机辅助呼吸在下拉菜单选择“R”标识，在“呼吸数”相对的相应时间纵列内上下错开显示“R”，不写次数。

⑥患者住院期间每天都应有体温、心率/脉搏、呼吸记录。请假或外出检查返回后应及时测量并补记。患者如果请长假外出或拒测等原因未能测量体温时，在体温单对应时间录入原因，如“外出”“拒测”等，在35℃-34℃之间显示“拒测”字样。以后的体温、脉搏曲线不再与外出前的相连。⑦体温不升时，在体温单相应时间内点击下拉菜单选择“不升”，在体温单35℃线处出现蓝“×”不再与相邻温度相连，在其蓝叉下有一“↓”。脉搏20次以下，在体温单35℃以下相应时间栏内顶格纵写测不到，不与相邻的脉搏相连。

⑧若患者体温与上次温度差异较大骤然上升（1.5℃以上）或突然下降（2℃以上），或与病情不符时应予复测，重测相符者在体温单对应时间点击下拉菜单选择“核实”，在原体温符号右上方绘上一红色小英文字母“V”（Verified，核实）。

⑨新入院病人根据入院时间在入院时、6:00、10:00、14:00、18:00需测体温、心率/脉搏、呼吸1次，分别画在上相应时间内；住院病人常规体温、脉搏、呼吸每日14:00测试一次；择期手术术前晚18:00加试1次，术晨6点加试1次；手术后3天每日常规连测两次（6:00、14:00）；体温≥37.5℃患者，每日测生命体征4

次，直至体温持续正常三天后按常规执行；重症患者、新生儿每日需记录体温至少 4 次（6:00,10:00,14:00,18:00）。

⑩如患者高热经多次采取降温措施后仍持续不降，受体温单记录空间的限制，需将体温变化情况记录在护理记录单中，但必须将最高体温在体温单中体现。

6.底栏的内容包括大便、血压、出入量、引流量、身高、体重、过敏药物及其他，用拉伯数字录入在相应的栏内。①大便的记录方法：

a 记录前一日大便次数，并显示在前一日内，每日记录 1 次。b 灌肠用“E”表示。1/E 表示灌肠后大便一次；0/E 表示灌肠后无大便；1 1/E 表示灌肠前自行排便一次，灌肠后又排便一次；4/2E 表示灌肠 2 次后排便 4 次。“※/E”：表示清洁灌肠后排便多次。c 大便失禁用“※”表示，人工肛门用“☆”表示。

d 需记录排便量时，大便次数作为分子,排便量作为分母，例：1/200。

②总出/入量记录: a 记录患者前一日 24 小时总出量/总入量，总出量/总入量以“ml”为单位，用阿拉伯数字填写在相应栏内。

b 总入量包括进食量、饮水量、输液量和输血量等；总出量包括大便量、尿量、痰量、呕吐量、引流量及其它排出物的总量。

c 总出量/总入量每 24 小时总结、填写一次，不足 24 小时的以实际时间总结、填写。例如：12 小时内总入量 800ml，记为“12h800”。若记录时间超过 24h 者，应分开记录，如 2h700 24h2785，同时记录在前一日格内。③引流量记录：

记录患者前一日 24 小时的总引流量，以“ml”为单位，填写阿拉伯数字。每 24 小时总结填写一次，不足 24 小时的以实际时间总结、填写。引流量包括胸水、腹水、胃液和伤口引出液的总量。

④尿量记录：记录患者前一日 24 小时的总尿量。以“ml”为单位，用阿拉伯数字。每 24 小时总结填写一次，不足 24 小时的以实际时间总结、填写。如：20 小时尿量 1700ml,记为“20h1700”。导尿以“C”表示；尿失禁用“※”表示，记录并显示在前一日尿量空格里。例如：“1500/C”表示导尿患者排尿 1500ml。如零点后入院的需记

出入量者需与下一日出入量在第一格内分别记录，并注明小时数。

⑤血压记录：新入院患者常规测量、记录一次，以后每周至少测量、记录一次或按医嘱要求执行。术晨常规测试血压一次，并记录在体温单相应栏内。一日内测量血压两次，则上午血压写在前，下午血压写在后，中间加“空格键”。3/日以上的血压，体温单上只记录晨6：00血压。血压记录方式为收缩压/舒张压（120/80），单位毫米汞柱（mmHg）。

⑥体重：记录患者实测体重，以“Kg”为单位。填写阿拉伯数字。新入院时测量一次，以后每周测量一次或遵医嘱测量并记录。危重或卧床不能测量的患者，应在该项目栏内填写“卧床”。

⑦身高：记录患者实测身高，以“cm”为单位。填写阿拉伯数字。根据医嘱或病情需要测量。新入院病人常规记录一次身高。危重或卧床不能测量的患者，不用填写。⑧过敏药物：将患者住院期间皮试获得的过敏药物的名称记录在相应时间的栏内。同时做出两种以上阳性药者，一种药占一格；将对病人进行健康评估所获得的患者过敏药物信息，应标记在“其他栏”，一种药占一格；且每页起始日应有标识。

⑨末尾空格可以根据患者特殊情况填加内容。

7.以上项目输入完毕须点击保存按钮进行保存，信息将显示在体温单上。8.查阅或录入生命体征前须核对病人信息及日期时间。

（十二）交接报告

1.护理交班报告内容从简书写应在本班完成。2.要求叙述简明扼要、重点突出。

3.按出院、转出、死亡、新入院、转入、手术、危重、病情变化、特殊情况

（预手术，特殊检查、检验）的患者顺序书写。4.书写内容：

①新入院及转入患者，主要书写入院时间、主诉、简要病情等。

②手术患者，需书写麻醉方式、手术名称、术中情况、回房时间、意识状态、回房时的生命体征、体位、切口及引流情况、皮肤情况、特殊病情变化等。③危重患者交班记录应与危重患者护理记录单内容相吻合。

④

产妇应书写胎次、产程、分娩时间、分娩方式、分娩创口及恶露情况。⑤死亡患者应扼要交待病情变化及抢救经过，呼吸、心跳停止时间。

⑥预手术患者需书写手术时间、麻醉方式、手术名称、术前准备、睡眠情况及术晨生命体征等。

5.交班报告由夜班护士认真核对楣栏及交班内容后确认打印。

(十三) 护理记录单

1.护理记录包括重症护理记录和一般护理记录。对于特级护理、病危、病重的住院患者需书写重症护理记录，其他住院患者书写一般患者护理记录。护理记录分表格式和文字式两种形式，尽可能用表格式记录，表格式记录中无法体现的，可在文字式护理记录单中描述。

2.护理记录应从护理观察的角度动态和连续的反映患者的客观情况。①患者的生命体征出现异常变化或不适主诉要及时记录，记录病情变化时的症状、采取的治疗、护理措施及效果，突出专科特点。

②对行特殊检查及治疗（胃镜、肠镜、消化道造影、外周血管造影、气管镜、心脑血管造影、肾穿、胸穿、腰穿、腹穿等）者，记录去检查及回房时间，观察内容可在表格护理记录单中体现。

③手术前记录患者手术日期、时间、名称、麻醉方式。手术当日记录患者去手术室的时间、术毕回病房的时间、名称、麻醉方式。术后观察内容可用表格的记录体现。

④术后（含介入手术）一级护理患者术后连续3天每班记录。术后二级护理患者连记三班。

3.护理记录书写的主要内容及时间必须与医生病历记录相吻合。

4.根据病情进行一般患者护理记录与危重患者护理记录单转换使用时，在记录的最后一行应说明患者病情加重或好转并注明“转记危重/一般患者护理记录”（例：因患者病情好转，转记一般患者护理记录）。5.护理记录按书写时间的先后顺序排列。

6.护理人员通过护理文书系统书写护理记录名字自动生成。在打印重症护理记录后，还需每班护士在最后一行记录手写签名一次，一般护理记录单无需手签名，打印即可。

7.

不同专科的护理记录表格可以根据专科特点设计，以简化实用为原则，报护理部审批，护理质量管理委员会讨论同意后方可使用。8. 记录内容要求：

①新入院患者首次记录可简化（如患者于今日入院），在评估单中未能体现的内容仍需在首次记录中加以描述；转入、转出病人时应有小结（注明转

入转出的原因，跨科转入转出填好转科记录单）；出院记录简化，只记录“患者今日出院，离房时间另起一行记录”。

②重症记录间隔时间最长不超过2小时，重点描述病情动态变化，采取的治疗、护理措施及效果评价，每班小结一次，24小时总结一次。

③抢救记录写明抢救时间、抢救经过，结果要描述清楚。④死亡记录写明抢救时间、抢救过程、死亡时间。⑤手术当日重点记录麻醉方式、手术名称、手术情况、患者返回病室时间、意识状态、生命体征、体位、皮肤情况、伤口情况、各种管道及引流情况等。

⑥抢救急危患者未能及时书写护理记录，护士应当在抢救结束后6小时内据实补记，并注明补记的时间，补记时间具体到分钟，补记内容完毕后签全名。

（十五）出入量记录单

1.责任护士根据医嘱要求及时、准确、详细记录，注明出、入量的具体时间，每班小结一次，24小时总结一次，将结果记录在体温单相应栏内。2.出、入量除大便以克为单位外，液体以毫升为单位记录。

3.每日摄入量包括：饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量等。

4.每日排出量主要为尿量，此外其它途径的排出液，如大便量、汗液、呕吐物量、咯出物量（咯血、咳痰）、出血量、引流量、创面渗液量等。5.入量记录分为初始入量、实际入量及剩余量。

①初始入量指的静脉输入的液体根据医嘱每组更换时的液量；②实际入量指的是每班次每组液实际输入的液量；

③剩余量指的是每班次每组液按照医嘱要求尚未输入的液量，如医生根据病情停止继续输入，则在相应栏内注明“负数”或“舍”；

如需继续执行则转记到下一班继续执行。6.出量记录：

①项目栏内记录出量名称。

②大便的量记录在大便栏内，其余出量均记录在数量栏内。

7.小结、总结入量时须按实际入量统计，剩余液量如需转入下一班输入时，仍要写清液体及药物名称，按实际剩余量记录。全营养液（三升袋）可以简写。

8.非重症记录，停止记录出入液量后，记录单无需保存。（十六）
手术清点记录单

1.手术清点记录内容包括患者科别、床号、姓名、住院号、术间号、手术日期、手术名称、输血情况、术中所用各种器械和敷料名称、数量的清点核对（每台手术完成四次清点：术前数、术中增加、关前数、关后数、术毕）、手术洗手护士、巡回护士和术者签名等，特殊情况记录于备注栏内。2.手术清点记录应须在手术结束后即时完成，由手术洗手护士、巡回护士和术者签全名；接班手术：接班洗手护士和巡回护士要分别签名，并记录接班时间。

3.表格内的清点数必须用数字说明，不得用“√”表示。表格内的清点数目必须清晰，数字书写错误时应由当事人即时重新书写，不得采用刮、粘、涂等方法涂改，字体清晰。

4.手术清点记录中的楣栏部分应当逐一填写，不得空格，清点内容的空格处可以填写其他手术用物品。

5.无菌包包外灭菌指示标识、植入体内医疗器具的相关标识、条形码整齐有序（由左至右，由上至下）粘贴于手术清点记录单背面。6.手术名称：在手术结束后按实施的实际手术名称填写。

7.手术日期：应当具体填写手术的年-月-日（如2016年3月18日）。8.手术间：填写阿拉伯数字，如1、2、3等，不需写“号”。9.手术用物核对情况

①指巡回护士和洗手护士在术前、关体腔前、关体腔后、皮肤缝合后四个节点清点核对各种器械和敷料等物品的数量和完整性，并做好记录。清点的数量以阿拉伯数字表示，填写在相应栏目内。②如果手术中需增加器械或敷料时，可在“术中增加”栏目内填写增加数目，在关前数、关后数、术毕栏目内填写“原有数量+添加数量”的总和。

10.记录完毕，巡回护士、洗手护士和术者应当分别签全名。

11.术毕，巡回护士将手术清点记录放入患者住院病历内，一同送回病房随病历保存。

(十七) 手术安全核查表

1.手术安全核查表眉栏项目由管床医生填写。

2.麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前的项目栏内容用打“√”的方式记录。

3.手术安全核查表应在手术医生、麻醉医生、手术室护士三方共同核查后，逐一填写各项，不得提前填写，均不得漏项，其中不能涵盖的重要内容记录在“其他”栏内。

4.麻醉实施前：三方核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。（假体、植入物项是指患者手术前体内有无假体或植入物）。麻醉实施前项目内容由手术医生填写。

5.手术开始前：三方再次核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识、麻醉、手术风险预警、手术物品准备情况由手术室巡回护士向手术医师和麻醉医师报告，以上内容均由麻醉医生填写。

6.患者离开手术室前：三方再次共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。患者离开手术室前项目内容由巡回护士填写。

7.手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下

一步操作，不得提前填写表格。三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

8.所有手术均需填写手术安全核查表，住院手术安全核查表应及时完成并随病历送回病房，门诊手术安全核查表应由手术室保存两年。

(十八) 手术风险评估单

1.手术风险评估单上手术切口清洁程度应由手术医生在手术前对患者进行评估打分签名。

2.麻醉分级(ASA 分级)由麻醉医生在麻醉实施前对患者进行评估打分签名。3.手术持续时间由手术室护士根据手术实际情况进行填写签名, 及时完成并存放于病历内送回病房。

五、电子医嘱管理规定(一)处理医嘱的规定

1.医生开具医嘱, 确认录入后及时通知护士。2.护理人员及时接收、生成医嘱, 并及时打印医嘱执行单, 交责任护士执行。即刻医嘱执行时间不超过 15 分钟。若发现医嘱违反法律法规、规章或诊疗技术规范, 应及时向开具医嘱的医生提出改正意见。

3.在手术、抢救时医师可下达口头医嘱, 护士在执行口头医嘱时, 须向下达医嘱的医师复述一遍医嘱内容, 医师核对无误后方可执行, 手术、抢救结束 30min 之内应补下医嘱, 补下医嘱时间与实际执行时间一致。4.根据医嘱补充录入材料费, 要求准确、及时、完整。5.作废医嘱

①作废医嘱要慎重, 只有有作废权限的医生方可作废医嘱。②已执行的医嘱不能作废。长期医嘱只能停止。③已确认记账的用药医嘱和退费医嘱不能作废。

④作废医嘱后查看有无退药单生成, 及时退药。已打印的医嘱要重打。7.护理人员生成当日医嘱后, 药房工作人员即可打印药品统领单和口服药单后发药。

8.领取毒麻药、精神类药品时, 护士需携带手写处方与打印的处方一同交药房, 麻醉药品需一同带空安瓿。

9.护理人员每日下班前要核查有无退药。10.患者转科之前要完成领药和退药。

11.出院带药者, 按临时医嘱处理, 由患者/家属自行领取。12.患者信息处理与查询

①病房负责核对医嘱系统中的患者姓名和病历号, 及时更新床号等动态数据。

②

见转科和出院医嘱，及时为患者办理转科和出院手续。当日转科或出院患者必须当日完成转科或出院医嘱处理。

③护士可以利用医嘱处理系统查询患者基本信息、医疗信息和费用信息等。

（二）医嘱单打印规范

1.自动生成长期医嘱单和临时医嘱单的楣栏内容，核对信息准确性。

2.医嘱单打印字迹清晰整齐，医嘱内容完整，有执行人和执行时间。

3.患者进行手术或转科时，术前医嘱或原科医嘱一律停止，在长期医嘱单上以红笔划一横线，以示截止，重新开具术后医嘱和转科后医嘱。4.药物过敏试验结果及时录入到临时医嘱单上。5.患者出院、死亡时，所有医嘱全部停止。6.医嘱单随病历归档。

第二篇：护理文件书写规范[范文]

护理文件书写规范

护理文件是护理人员在医疗、护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总称，是护士工作行为记录的文字材料，也是各项护理活动及病情观察的客观记录 [1]。2002 年颁布的《医疗事故处理条例》明确了护理记录是病历的重要组成部分，是患者可以复印或复制的内容之一 [2]。因此，全面、真实、准确的护理记录，不仅反映护士的综合素质，也是保护护患双方合法权益的举证依据。

护理文件书写目的强化护士的自我保护意识,提高护理文件书写质量.方法通过对 147 处护理文件书写缺陷进行分析,提出整改措施,加大对护理文书件写质量的监督管理.减少缺陷,提高了护理文件书写质量,消灭因护理文书缺陷引发的医疗纠纷,使病人满意率提高.提高护理文件书写质量同时要提高护士的综合素质,书写缺陷才能减少到最低限度,才能保障医疗安全.(一)护理文件书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

(二)护理文件书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水笔。

(三)护理文件书写应当使用中文和医学术语，通用的外文缩写可以使用。

(四)

护理文件书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，应当用同色笔双线横行划在错字(句)上，就近写上正确字(句)并签名，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

(五)护理文件应当按照规定的内容进行书写，并由相应护士注明日期并签全名，签名要清晰、可辨。实习、试用期护士书写的护理文件，应当经过在本医疗机构合法执业的护士审阅、修改并签名。进修护士应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写护理文件。

(六)因抢救急危病人，未能及时书写抢救记录的，当班护士应当在抢救结束后 6 小时内及时据实补记，记录时间应当具体到分钟，并注明抢救完成时间和补记时间。

(一) 书写规范

一 体温单

体温单用于记录体温、脉搏、呼吸曲线及其他情况，如出入院、手术(分娩)、转科或死亡时间、出入液量、血压、体重等。

(一)眉栏各项：姓名、科：别、床号、住院病历号、日期、手术(分娩)后日数均用蓝黑墨水、碳素墨水笔填写。

(二)填写“日期”栏时，每页第一日应填写年、月、日，其余 6 天只填写日期。如在 6 天中遇到新的或月份开始时，则应填写年、月、日或月、日。

(三)填写“手术(分娩)后日数”时，以手术(分娩)次日为第一日，依次填写至 14 天为止。如在 14 天内行第二次手术，则不需填完 14 天，而在第二次手术的次日用 1 / 2 表示第二次手术后第一日，再填写至 14 天。三次以上手术以此类推。

(四)在 40℃—42℃间相应时间格内，用红墨水笔纵行顶格填写入院、出院、转入、手术、分娩、死亡，除手术外均写时间。如“入院于九时三十分”。

(五)病人请假离院须经医师书面签名同意，由护士在体温单呼吸线 10—15 次处用蓝黑墨水、碳素墨水笔注明“请假”，在离院和来院时各测一次体温。测体温时，外出作检查和未请假离院的病人，原则上

应补测，如不能补测，则在呼吸线 10—15

次处用蓝黑墨水、碳素墨水笔注明“外出”，并在护理记录单上记录外出原因和时间。如病人拒测体温，则在体温单呼吸线10—15次处用蓝黑墨水、碳素墨水笔注明“拒测”，并在护理记录单上记录拒测的时间。请假、外出、拒测病人的体温、脉搏、呼吸前后不连线。

(六)呼吸线以下各栏包括住院周数均用蓝黑墨水，碳素墨水笔填写，用阿拉伯字记数，可免记计量单位。

1. 大便次数：每24小时记录一次，记录前一日的大便次数。无大使用“0”表示，灌肠符号用“E”表示，0/E表示灌肠后无大便排出，1/E表示灌肠后大便1次，11/E表示灌肠前自解大便1次，灌肠后又大便1次。大便失禁或人工肛门则用“米”表示。

2. 液体出入量应当记录前一日24小时的出入总量，用ml表示，分别填写于相应栏内。

3. 血压、体重应当按医嘱或护理常规测量，每周至少记录一次。血压用mmHg表示，体重用Kg表示。入院当天应有血压、体重的记录。入院时或住院期间因病情不允许测体重时，分别用“平车”、“卧床”表示。

4. 空格作为机动，根据病情需要记录相关项目，如特殊用药、药物过敏、人工冬眠等。

(七)体温曲线的绘制

1. 体温符号：口腔温度以蓝点表示，腋下温度以蓝叉表示，直肠温度以蓝圈表示。

2. 按测量度数，用蓝笔绘制于体温单上，相邻的体温用蓝线相连，如在同一平行线上不连线。

3. 新入院病人每日至少测量3次体温，危重病人、手术后病人每日至少测量4次体温，连续测量3天，根据病情变化，随时测量。高热病人每日至少测量6次体温，体温正常后连续测量3天。一般病人每日常规测量2次体温。

4. 物理降温半小时后，

测量的温度以红圈表示，划在物理降温前温度的同一纵格内，并以红虚线与物理降温前的温度相连，若体温无改变，在原体温符号外划一红圈；下次测得的温度应与降温前的温度相连；若病人高热经多次物理降温，应将体温变化情况记录于护理记录单上。

5.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。

6. 体温低于 35℃，在 35℃线处用蓝笔划一蓝点，并在蓝点处向下划一蓝箭头表示，长度不超过 2 小格，并与相邻的温度相连。

7. 人工冬眠(冬眠降温、亚低温治疗)的体温绘制，在 35℃线处用蓝笔划一蓝箭头表示，长度不超过 2 小格，并与相邻的温度相连。同时，在体温单相应日期的空格内填写“人工冬眠”。

(八)脉搏、心率曲线的绘制 脉搏以红点表示，相邻的脉搏用红线相连，如在同一平行线上不连线。

2.脉搏短绌时，心率以红圈表示，相邻的心率用红线相连，在脉搏与心率两曲线之间用红笔斜行划线填满。

3. 脉搏与体温相重叠时，先划体温符号，再用红笔在其外划红圈表示。

4.使用心脏起搏器的病人，心率应以红“H”表示，相邻两次心率先用红线相连。

(九)呼吸曲线的绘制

1. 呼吸以蓝点表示，相邻的呼吸用蓝线相连，如在同十平行线上不连线。

2. 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。

3. 呼吸与脉搏相重叠时，先划呼吸符号，再用红笔在其外划红圈表示。

4. 使用机械辅助呼吸的病人，呼吸应以蓝“R”表示，相邻的两次呼吸用蓝线相连。

二、医嘱及医嘱执行单

(一)医嘱是医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱内容及起始、停止时间应当由医师直接书写在医嘱单上。护士须及时、准确的执行

医嘱。对有疑问的医嘱，护士应与主管医师联系，确认无误后再执行。

(二)医嘱包括长期医嘱、临时医嘱、长期备用医嘱、临时备用医嘱。

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/306123045123010212>