

第一部分  
组织架构、职责  
护理安全管理组织架构、职责

一、目的:

为了进一步加强护理安全管理，落实各级护理人员职责和各项护理规章制度，加强护理安全前馈管理，及时发现护理安全隐患并制定落实整改措施。

二、目标

- 1、建立护理质量安全管理体系统。
- 2、加强护理安全制度的建设。
- 3、及时发现及纠正护理安全隐患。
- 4、杜绝严重差错事故的发生，降低护理缺陷发生率，保障患者安全。

三、护理安全小组架构

护理质量管理 与持续改进委 员会	-	护理部安 全小组	-	科护理安全 小组<3-4 名	-	病区护理 安全员< 至少 1 名>
------------------------	---	-------------	---	-------------------	---	-------------------------

四、护理安全小组主要职能

1. 制定临床护理安全考核标准。
2. 制定质控计划及考核内容。
3. 督促指导所在科室护理安全相关制度执行情况，及时发现存在问题并适时提出修改建议。
4. 及时发现本科室护理安全工作过程中的存在问题、安全隐患，并针对护理安全的相关存在问题进行原因分析，提出改进意见并落实整改措施。
5. 协调处理护理制度建设方面的有关工作。
6. 定期组织护理缺陷分析，提出改进建议。
7. 定期修订各项护理应急预案并检查落实情况。

五、工作程序

1. 凡医院或护理部下发的护理安全相关的规章制度，由科护长及区护长逐层宣传及落实，护理安全小组协助做好落实工作及落实情况反馈。
2. 凡需要责任追究的事项<护理质量及服务缺陷，意外事故等>由所在科室区、科护长、护理部及相关安全小组成员逐级调查核实并提出处理及整改意见，最后交由护理部病管组及护理部主任会议讨论决定。
3. 安全小组成员根据工作职能开展工作，针对临床护理安全工作实际所收集和提出的意见和建议由区-科-护理部逐级提出和汇总讨论，最后交由护理部病管组及护理部主任会议讨论决定。

六、工作要求

1. 安全小组成员随时发现及收集有关护理安全制度及护理工作过程中的安全隐患，并提出相关整改措施。
2. 安全小组成员每月按《护理安全隐患检查内容》对所管辖病区进行检查，以发现病区安全隐患，并与相关护理管理人员共同分析原因，提出整改措施并进行追踪落实。
3. 每半年逐级组织安全小组成员进行有关安全工作和研讨和提出护理安全工作的改进措施。
4. 每月对护理缺陷进行讨论分析、定性并提出整改意见。

七、护理安全小组成员名单<见附页>

1. 护理部安全小组名单：王芳英、朱凤霞、潘婉玲
2. 各科室护理安全小组成员名单<见附页>

各科安全小组成员名单

大科别	科安全员	科室	人员	科室	人员	科室	人员	科室	人员
非术科	韦红泉 李翠芳 卢杏娟 邓翠丽	心内	潘玉芬	呼内	卢秀珍	消化内	朱艳斐	神经内	曾利红
		感染内	高梅芳	血液肿瘤	谢敏贞	血透	卢婉娴	康复	岑婉平
		儿科	陆钻球	供应中	何月霞	急诊	何惠仪	输液中心	符燕球
		门诊部	姜燕玲	体检中心	李芬	临床支持中心	朱佩群		
术科	王芳英 苏月英 吴碧珊 廖先梅	普外	黄燕平	神经外	杨露宁	骨一	李金燕	骨二	邓燕芬
		泌尿	冯丽梅	眼科	李海芸	耳鼻喉	张丽金	妇科	陆雪梅
		产科	蔡杏梅	温产	陆雪霞	产房	欧倩英	手术室	李慧卿
		ICU	黄翠芬						

## 第二部分

### 一、患者安全目标

- (一) 严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份识别的准确性
- (二) 提高用药安全
- (三) 建立与完善在特殊情况下医务人员之间的有效沟通，做到正确执行医嘱
- (四) 建立临床实验室“危急值”报告制度
- (五) 严格防止手术患者，手术部位及术式发生错误
- (六) 严格执行手部卫生，符合医院感染控制的基本要求
- (七) 防范与减少患者跌倒事件发生
- (八) 防范与减少患者压疮发生
- (九) 鼓励主动报告医疗安全<不良>事件
- (十) 鼓励患者参与医疗安全

### 二、实施患者安全目标的措施的相关规定

为了确保患者的临床护理安全，请各级护理人员确实落实患者安全目标的主要措施。

1. 在实施由护士负责操作的深静脉穿刺等高危护理活动前，责任者应在操作前向患者 <或家属>做好沟通并签知同意书
2. 完善关键流程的识别措施，急诊与病房、与手术室、与 ICU 之间流程管理的识别见相关具体的指引。
3. 建议各科室尽可能使用“腕带”作为患者标识，对于手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者以及语言、听力和交流障碍、痴呆、高龄、小儿等患者必须使用。
4. 药物的存放符合防治管理规定，病区尽量少设自备用药：氯化钾、磷化钾及超过 0.9% 的氯化钠、肌肉松弛剂和细胞毒等高危物品等应单独存放，避免与包装类似的药物近放，并用白底红色字体醒目标志。
5. 输液患者在外出检查期间合理安排好输液时间管理，在检查期间必须输液的患者做好输液观察及注意事项的交接班。
6. 在紧急抢救急危重症患者时，对医师下达的口头临时医嘱，护士应向医生重复背述，在执行时需落实二人核对<特别是超出常规用量和用法时>，事后准确记录。
7. 严格落实手部卫生管理制度和手部卫生实施规范，加强落实床边交接班、晨间护理等群体护理活动时的手部卫生。
8. 严格落实压疮的评估，预防措施及逐级上报制度，对于高龄、危重、意识障碍及精神异常等患者做好相关的防跌倒措施。科区护长每天巡查主管病区的危急重患者的相关护理情况，遇特殊情况及时做好上报沟通工作。
9. 各级护理人员树立对工作负责、对患者负责的态度和分享工作缺陷的文化氛围，对于主动上报各类护理缺陷的科室和个人给予鼓励，对于有意隐瞒的科室和个人每月护长大会点名并按服务行为处罚规定进行处罚。

# 第三部分

## 环 境 安 全

### 一、 病房安全制度

〈2005-04〉

#### 1. 病人安全教育

- (1) 评估病人安全危险因素，向病人、家属、陪伴人员做好安全教育工作。
- (2) 儿童、老年病人。意识障碍和需要卧床休息的患者，应设提示牌，加防护栏等，落实床边安全护理措施，并向病人做到解释，防坠床，跌倒等意外事件发生。向病人解释呼叫器的使用，保持呼叫器的完好，护士随叫随到。
- (3) 落实病人请假外出制度，并做好解释。病人住院期间，一般原则上不能请假外出。
- (4) 告知病人不要自行使用热水袋，如必须使用时应告知护士，并在护士指导下使用，严格执行操作规程，并向家属做好解释工作，交代注意事项。对使用热水袋的病人要经常观察、加强巡视，防止烫伤，作好书面记录及床边交班。

#### 2. 环境安全制度

- (1) 病区物品固定位置，不影响病人行走，保证病人的行动安全；病房走廊要求地面保持清洁，干燥，拖地时要放防滑标志，防止病人滑到，跌伤。
- (2) 病人使用的物品合理放置，便于病人拿取。
- (3) 提供足够的照明措施。
- (4) 洗手间，浴室潮湿及有积水的地面，要有防烫、防滑标志，热水器要有操作指引。

#### 3. 防火安全制度

- (1) 病房内一律不准吸烟，尽职使用电炉。酒精灯及点燃明火，以防失火。
- (2) 防火通道保持通畅，有明显的标志，不堆、堵杂物。
- (3) 消防设施应完好齐全（如灭火筒等）。
- (4) 有火灾应急预案。

#### 4. 停电安全制度

- (1) 有停电的应急措施，病房应备应急灯或其他照明设施；
- (2) 有停电的应急预案。

#### 5. 氧气安全制度

- (1) 中心氧房防燃设备完好。
- (2) 防火标志清晰、明确。
- (3) 氧房要上锁，做好交接工作。
- (4) 有氧、无氧牌标志准确，清楚。

#### 6. 防盗安全制度

- (1) 做好陪人的管理。节假日值班人员，应注意病区的流散人员，发现可以应查问及上报。

- (2) 晚上 9 点以后应及时清理病房探视人员，并劝导其按时离开病区。
- (3) 指导患者勿把贵重物品放在病房，做好个人物品上锁保管及防盗措施。
- (4) 加强巡视，如发现可疑人员，及时报告保卫处。
- (5) 空病房要及时上锁。

## 第四部分

### 患者安全

#### 一、患者身份识别

##### (一) 关于加强输血查对制度落实的相关规定

根据中国医院协会(CHA)《患者安全目标》的要求,为保证患者的安全,加强输血查对制度落实。现作补充规定如下:

1. 护理人员在执行输血时,必须使用至少二种患者身份识别方法(不能仅以床号、房号作为识别标识。)

2. 输血时必须由两名医务人员携带病历与输血单共同到病人床边核对床头卡及病人的其余核对病人床号、姓名、住院号、血型等。

其余核对内容严格按照输血查对制度执行。以上规定请大家遵照执行。

##### (二) 患者佩戴腕带操作指引

为了加强护理安全管理,提高患者识别的准确性,现制定如下患者佩戴腕带相关要求,请各级护理人员遵照执行:

一、腕带内容包括:病区、姓名、年龄和住院号。腕带内容需要工整的字体写上并由二名护士核对后给患者戴上。男性患者用蓝色腕带,女性患者用粉红色腕带。

二、住院患者均要佩戴腕带。

三、若发现患者腕带上自己模糊及时给予更换。

四、爱婴区及新生儿病区为新生儿沐浴前后应认真核对腕带,避免滑脱。

五、凡需佩戴腕带的患者,在进行护理操作时除核对床头卡及与患者核对姓名外,尚需核对腕带内容。向患者及家属解释戴腕带的意义。

#### 二、住院患者安全转运管理流程及交接规范

##### (一) 送患者接受手术的管理流程及交接规范

1. 询问:(如有特殊,及时通知医生)

(1) 问患者是否饮水及进食;

(2) 若是女患者,问是否来月经;

(3) 有无流鼻涕、打喷嚏等感冒症状。

2. 通知:

(1) 临床支持中心:告知是需送手术的病区、手术患者的床号、姓名、需要的运转工具(轮椅或车床)。

(2) 患者:上厕所解小便、更衣、脱下饰物等。

3. 核对:

(1) 带病历,两人核对术前针及所需带去手术室的物品、药品等。

(2) 两人床边核对患者,测生命体征,如有异常通知医生处理。如服用降压药或已使用术前针的患者,嘱患者要卧床,起床动作要缓慢,并使用运送工具运送患者,防止跌倒。

(3) 在送患者时与送手术人员一起核对物品,药品是否齐全,完好。

4. 检查:

(1) 腕带：检查患者是否戴好，核对腕上的科室、姓名、住院号。

(2) 衣服：交代患者要注意保暖，内层为病人衣服，外面可穿患者自己的外套，但不能穿内衣内裤。

(3) 饰品：取下患者身上的饰物，用品：首饰、手表、发夹，活动假牙等。

(4) 贵重物品：检查有无带手机，钱包等，如没有家属在场，装饰品及贵重物品帮患者保管，要两人核对，点数，封存，交还给患者时也要两人点数。

(5) 管道：固定好留置管道，防止牵拉，脱出：(1) 胃管：用别针固定在患者衣服上，尽量不要扣在外套，指导患者脱外套时要小心，防止拔出胃管。(2) 尿管：倒空尿袋的尿液，用别针固定于患者的衣服，指导患者及运送人员尿袋不能抬高于腰部，防止逆行感染。

5. 书写交班记录：术前针的名称，注射时间，生命体征，送手术室时间等。

(二) 接手术后患者的管理流程及交接规范

1. 接收患者前：

做好相应的准备，包括：床单位的准备；特殊专科物品的准备；根据病情需要准备吸氧和负压吸引用物及床边监护仪等。

2. 接收患者时：

(1) 接病历：核对患者腕带上患者的姓名，住院号，查看手术室护理记录单，麻醉记录单，医生的手术记录，医嘱单，了解术中发生的特殊情况。内容有：麻醉方式、手术时间、手术名称、手术者、术中出血量，有无应用特殊药物（抗生素、甘露醇、降压药/升压药、血浆、红细胞）。皮肤记录情况。术后的级别护理，饮食，用药和特殊治疗。

(2) 判断患者的意识，安全过床：（可通过呼唤患者的姓名、询问简单问题、检查患者对时间、地点等定向力等来判断意识情况）。

(3) 安置安全恰当的体位

①全麻未清醒者：予平卧位头偏向一侧，置弯盘于口角旁。

②麻醉清醒者：取头高卧位，抬高床头 20-30 度；或根据患者具体情况处理。

③局麻者：以患者舒适及病情允许为原则，可给予半坐卧位或侧卧位等。

(4) 检查全身受压皮肤情况：尤其注意枕后、耳廓（耳部手术要检查检测皮肤有无红肿、淤紫、水泡等）肩胛部和骶尾部。如发现皮肤异常且与手术室护士记录不一致，则应立即通知手术室相关护理人员，同时为患者作相应处理。

(5) 检查各管道情况。包括：

①引流管（包括胃管等）和尿管是否通畅，固定位置是否合理。

②引流液的性质及量。

③手术室带回未用完的输液情况应注意查对姓名及输液内容，滴速是否适当，针头与输液管的接口是否牢固，管长是否适当。

(6) 检查伤口敷料有无渗血（液）。

(7) 测量生命体征，必要时吸氧，床边心电监护。

(8) 向患者或家属交代术后注意事项：

①开始活动的时间。

②如何解决二便。

③饮食：开始时间，类型。

④药物的作用。

⑤可能出现的症状及自我观察，出现什么情况时要及时通知医务人员。⑥停留各管道的注意事项。

3. 接完患者后

①审核和处理术后医嘱：临时医嘱和长期医嘱。

②书写术后护理记录，及时记录各项检测结果。

③做好病情观察，有异常情况或疑问应立即通知管床 / 值班医生或护士长，及时处

理。

### （三）手术患者安全运送过程管理

1. 凡手术患者由工作人员或医务人员负责接送。不能行走及给予麻醉前用药的手术患者，应用轮椅或平车接送。

2. 接送患者出入经房门时应注意保护患者，防止碰伤，移动患者到手术台或平车，须锁住刹车或有人扶住车身防止滑动，搬动患者时应轻巧稳妥。

3. 患者（特别是小儿）卧在手术台上等待手术或手术完毕等待送回病房时，应妥善固定，巡回护士负责照看好患者，防止坠床摔伤。

4. 手术完毕，患者由相关医务人员护送回病房，护送途中注意保暖，输液通畅及患者安全等情况。

5. 手术室经常检查平车，担架有无损坏，防止接送时摔伤患者。

### （四）送患者到功能科室检查的运送管理流程及交接规范（病房—功能科室）

1. 核对患者腕带上的姓名、床号、住院号。核对患者的检查时间，检查项目，需携带的物品，药物等。检查患者的准备工作：禁食、洗肠、镇静等。

2. 住院患者在院内做各种检查或治疗时，应通知临床支持中心派人护送；危重患者须由医生或护士陪送。一级护理患者，病情危重或行走困难者，应用平车或轮椅运送。

3. 患者到院外检查，治疗时，病情危重者，应派医护人员陪送，并备好急救药品及氧气。

4. 在运送途中应观察患者的情况，危重患者加强观察生命体征，随时做好抢救准备。

5. 运送过程注意各种管道安全放置。

6. 做好与运送工人及检查科室工作人员的交接班。

### （五）患者转科转运管理流程及交接规范（病房、ICU—病房、ICU）

#### 1. 患者转出

①医生开出医嘱，高级责任护士确定转出患者的病区、床号、时间，并告知患者或家属做好转科准备，同时与转入科室联系。

②通知药疗护士审核医嘱，检查和处理药物、治疗、检查等收费及退费后，办理转科手续。

③高级责任护士或护士长审核医嘱，检查病历书写情况和相关治疗完成情况。

④书写转科记录。

⑤通知临床支持中心的工作人员协助患者转科：视患者情况选择运送工具；保管好病历并由工作人员携带至友科。

⑥与接受病区做好交接班：包括病情、治疗、注射、服药、检查及当天医嘱处理情况。

另注：有补液时必须在输液卡和输液袋（已加药的）上注明有两人核对签名。

#### 2. 接收转科患者

①接到通知要从急诊室或其它科室转入患者时，要立即准备病床单元，通知主管或值班医生。患者到达病区后做好姓名、床号、住院号地查对，立即通知医生，把患者安置到病床后做好病情交接及护理记录的审阅，注意检查患者全身受压皮肤有无压疮、皮肤是否清洁、伤口有无渗血、引流管是否通畅、安全。

②交接当日医嘱执行情况：（1）补液执行情况：正确输注的液体名称、滴速、用量、特殊药物的使用情况，注意事项等。（2）各项治疗、检查执行情况。



③检查病历资料是否齐全，体温单有无缺页、缺项。护理记录是否符合要求。

④检查患者的其他资料，如：CT片、MRI片、X光片。

⑤测量生命体征，收集相关资料，开出医嘱。

⑥如果没有护士送的专科患者，发现患者的病情与交班记录不符，电话告知对方病区的护理人员，及时协调处理并做好护理记录。

⑦如果接患者后对医嘱有任何疑问时，必须询问清楚再执行。

## （六）急诊患者院内运转管理流程及交接规范（急诊-病房、ICU、手术室）

1. 转运程序：（运送危重病例须得到主管或值班医生的同意并有医嘱）

通知接收科室→评估病情→转送前的准备→提前准备电梯→转送、监护→交接

### 2. 转运前的准备

①评估运转的危险因素，如患者生命体征不稳定，转运过程病情有可能加重，高级责任护士应要求有主管医生一同前往，如不能得到配合，应及时向护长或二值护长报告。

②检查静脉通路是否通畅，评估路途中用药，保证运送过程中有足够的备药。

③检查各种引流管是否通畅并妥善固定，排空尿袋。

④运送昏迷病人时，备好口咽通气管，气管插管等用物。

⑤运送脑外伤病人前应去除颅内压的因素（吸净痰液，控制烦躁、抬高床头，妥善约束）。

⑥检查人工气道的固定情况，必要时加固原有的固定，以防运送过程中插管滑脱。

⑦记录运转前生命体征，便于评估运转过程中的病情变化。

### 3. 仪器的准备：

多功能监护仪、简易呼吸机、足够的氧气、必要时携带呼吸机、吸痰用物

### 4. 药物准备：肾上腺素、阿托品、利多卡因、其他专科用药

### 5. 转运人员要求：

由当值的高级责任护士根据病情决定护送病人的护士（必要时应有主管医生同行）。

### 6. 途中的监测与记录：

转运途中应密切监测、详细记录呼吸、心率、血压、血氧饱和度、意识状态，活动性出血情况等。有颅内压增高危险者尤其应严密监测血压波动情况。

### 7. 交接：

到达运送地点后，护送护士应协助接管病人者过床或必要的初步处置，做好病情和物品交接。接管者应提前了解病人情况。备好病床单位、抢救及监护仪器、药物，通知医生，必要时报告护长或二值护士。

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/468016021135006117>