



西宁卫校

护理教研组二
田锦春

医疗与护理文件记录

- 1、医疗与护理文件的记录、保管要求
- 2、医疗与护理文件的书写规范

医疗与护理文件的记录、 保管要求

- 医疗与护理文件记录的重要意义
- 医疗与护理文件的记录要求
- 医疗与护理文件的保管要求及排列顺序



医疗与护理文件记录的 重要意义

- 沟通信息
- 提供教学与科研资料
- 提供评价依据
- 提供法律依据



医疗与护理文件的记录要求

- 及时
- 准确
- 完整
- 简明扼要



病案的排列顺序

- 体温单
- 医嘱单
- 入院病历及入院记录
- 诊断治疗计划
- 病程记录
- 会诊记录
- 辅助诊断检查报告记录
- 护理记录文件
- 病案首页
- 住院证
- 门诊病案



出院（转科、死亡）患者病案排列顺序

- 病历首页
- 住院证
- 出院或死亡记录
- 入院病历及入院记录
- 诊断、治疗计划
- 病程记录
- 会诊记录
- 辅助诊断检查报告记录
- 护理记录文件
- 病案首页
- 住院证
- 医嘱单
- 体温单



一、体温单

- 眉栏填写
- 40~42℃之间填写
- 体温、脉搏、呼吸曲线的绘制
- 底栏填写



眉栏填写

- 蓝钢笔填写姓名、科别、病室、床号、住院号及日期、住院日数等项目
- 填写“日期”栏时，每页第一日应填写年月日，其余只写日
- “住院日数”从入院后第一天开始写，直到出院
- 用红钢笔填写“手术（分娩）后日数”，以手术（分娩）次日第1日，依次填写至14日为止。若在期间行第二次手术，则停写首次日数，而将二次手术当日填写Ⅱ—0，依次填写至14天为止



40~42℃之间的填写

- 用红钢笔纵行在40~42℃间相应时间格内填写入院、转入、手术、分娩、出院、死亡时间，注意时间应使用24小时时间制。转入时间由转入病室填



体温、脉搏、呼吸曲线 的绘制

- 体温曲线的绘制
- 脉搏曲线的绘制
- 呼吸曲线的绘制



底栏填写

- 底栏的内容包括血压、体重、尿量、大便次数、出入水量、其他等，用蓝钢笔填写。
- 1、大便次数：每24小时记一次，记前一日的大便次数
“0” 未解
“※” 大便失禁 “E” 灌肠 “1/E” 灌肠后大便一次
“1¹/E” 表示自行排便一次，灌肠后又排便一次
 - 2、尿量：记前一日的总量
 - 3、出入量：记前一日的出、入总量，分子为出量、分母为入量
 - 4、体重：以kg计算填入
 - 5、血压：以mmHg计算填入
 - 6、其它：



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/6861331301510140>