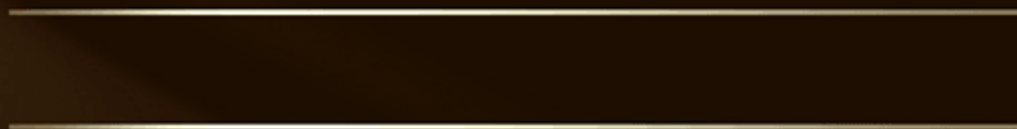


护理文书书写规范培训

课件



CONTENTS

目录

- 护理文书概述
- 患者入院评估及记录
- 患者日常护理记录
- 患者出院评估及记录
- 护理文书书写常见问题及解决方法
- 护理文书书写规范培训总结与展望

CHAPTER 01

护理文书概述



护理文书的定义与重要性

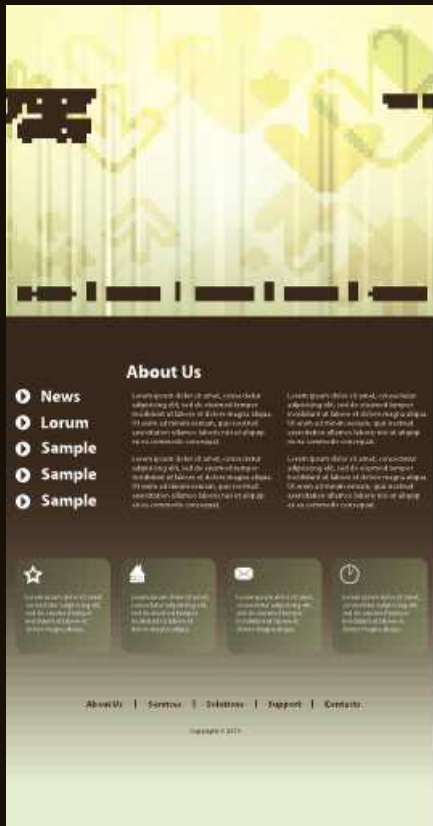
定义

护理文书是医疗护理工作中的重要记录，是护理人员对患者病情观察、评估、护理措施及效果的客观、真实、准确的记录。

重要性

护理文书是医疗护理工作的重要组成部分，是医疗、护理、教学、科研的重要资料，也是评价医院医疗护理质量和管理水平的重要依据。

护理文书的种类与内容



种类

包括护理记录单、护理计划单、
护理评估单、护理交班报告等。



内容

包括患者的基本信息、病情观察、
护理措施、健康教育、心理护理、
康复训练等方面的内容。

●●●● 护理文书的书写原则与要求



- 书写原则：客观、真实、准确、及时、完整、规范。



●●●●● 护理文书的书写原则与要求



书写要求

使用医学术语，字迹清晰，表述准确。

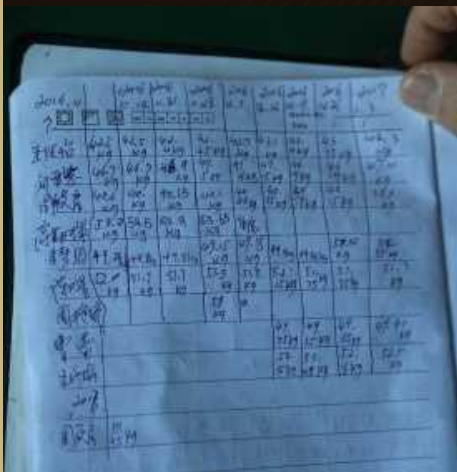


记录内容应与医疗记录保持一致，避免重复和矛盾。

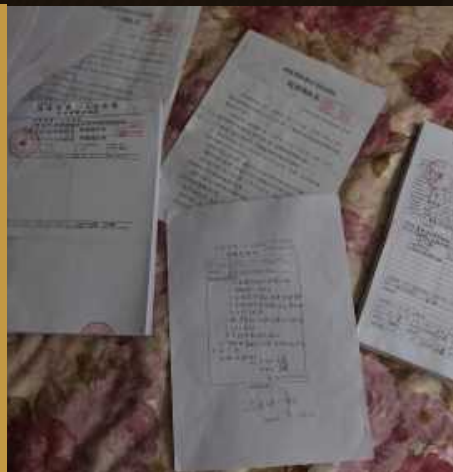


护理文书的书写原则与要求

护理记录应及时完成，
不得拖延或提前填写。



护理记录应妥善保管，
不得随意涂改或销毁。



护理记录应反映患者的
病情变化和护理措施
的效果。



CHAPTER 02

患者入院评估及记录

患者入院评估的内容与方法

评估内容

包括患者的一般情况、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史、心理社会状况等。

评估方法

通过询问病史、观察病情、检查身体等方法进行评估。



入院记录的书写规范与要点



书写规范

使用医学术语，准确、完整地记录患者的病情和诊疗过程。

书写要点

包括患者的一般信息、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史、体格检查、辅助检查、初步诊断、诊疗计划等。

案例分析：入院评估与记录的实践应用



案例一

患者因急性阑尾炎入院，通过入院评估和记录，医生制定了相应的诊疗计划，最终患者康复出院。



案例二

患者因高血压入院，医生在入院评估和记录中发现了患者存在的不良生活习惯，通过健康教育和生活方式干预，患者的血压得到了有效控制。



案例三

患者因糖尿病入院，医生在入院评估和记录中了解了患者的家族史和既往病史，制定了个性化的治疗方案，最终患者的病情得到了稳定控制。

CHAPTER 03

患者日常护理记录



日常护理记录的内容与要求

护理记录的基本内容

包括患者的基本信息、护理操作、病情观察、护理措施和效果等。



护理记录的频次和时限

根据患者的病情和护理级别，确定护理记录的频次和时限，确保及时、完整地记录患者的护理情况。



护理记录的书写要求

要求字迹清晰、表述准确、客观真实，反映患者的病情变化和护理工作的连续性。



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/758115040057006070>