

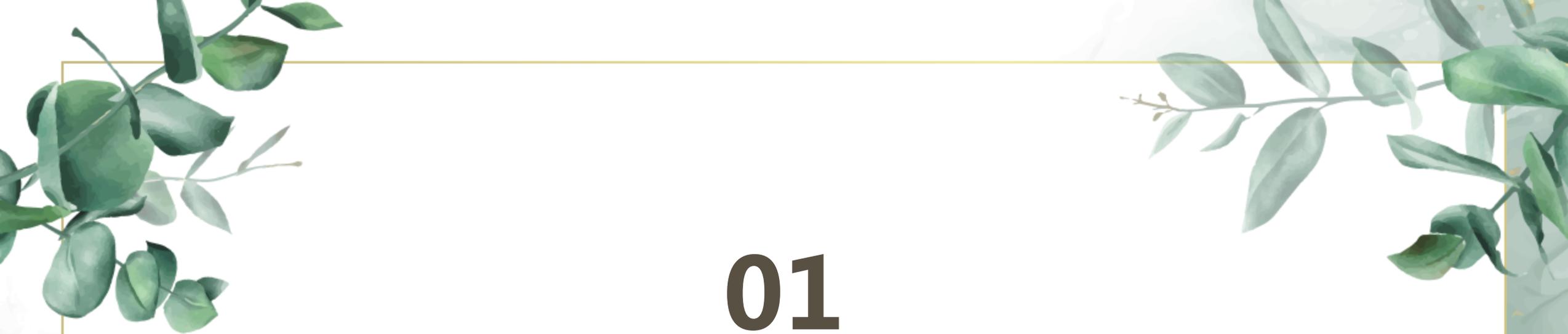
护理文书书写规范2023

汇报人：xxx

2024-05-06

目录

- 护理文书概述
- 患者信息记录规范
- 各类护理文书书写要点
- 药物使用与观察记录规范
- 质量评估与持续改进策略
- 培训与考核要求



01

护理文书概述



护理文书定义与重要性

护理文书是医疗护理工作中的重要记录，是反映患者病情、护理措施和效果的主要依据，也是医疗机构进行质量管理和法律维权的重要工具。

定义

重要性

护理文书是医疗护理工作中不可或缺的一部分，它记录了患者的病情、护理措施和效果，为医生提供了重要的诊断和治疗依据，同时也是医疗机构进行质量管理和法律维权的重要证据。



护理文书种类及适用范围



种类

护理文书包括体温单、医嘱单、一般患者护理记录单、危重患者护理记录单、特殊护理记录单等。

适用范围

各种护理文书适用于不同的医疗护理场景，如体温单适用于所有住院患者，医嘱单适用于医生下达的医嘱记录，一般患者护理记录单适用于普通住院患者的日常护理记录，危重患者护理记录单适用于危重患者的特殊护理记录，特殊护理记录单适用于产科、新生儿科、精神科等特殊科室的护理记录。



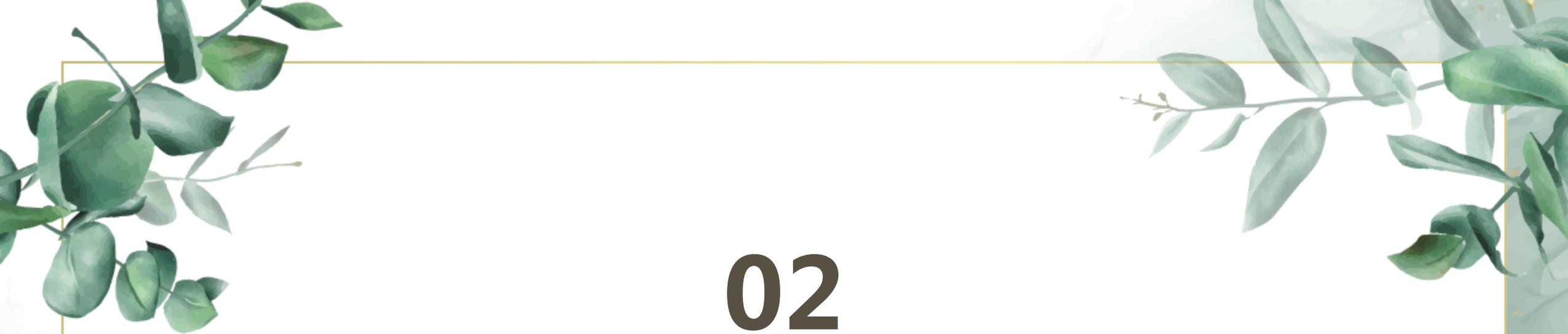
书写基本原则与要求

基本原则

- 客观、真实、准确、及时、完整、规范。

基本要求

- 使用医学术语，文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确；记录内容应当客观、真实、准确、及时、完整；书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、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。



02

患者信息记录规范



患者基本信息核对与记录



01

确保患者信息准确无误

在记录患者基本信息时，务必仔细核对，包括姓名、性别、年龄、住院号等，确保信息的准确无误。

02

使用规范术语

在书写护理文书时，应使用规范的医学术语，避免使用口语化或不规范的词汇。

03

记录完整及时

对于患者的入院、出院、转科等重要事件，应及时记录，并确保信息的完整性。



病情变化及时更新策略

01



密切观察病情变化



护理人员应密切观察患者的病情，包括生命体征、症状、体征等方面的变化。

02



及时更新记录



一旦发现患者病情有变化，应及时更新护理记录，详细记录病情的变化情况、处理措施及效果等。

03



与医生沟通协作



在更新护理记录时，应与医生保持沟通协作，确保医疗护理工作的连贯性和一致性。



隐私保护措施与注意事项



尊重患者隐私权

在书写护理文书时，应尊重患者的隐私权，避免泄露患者的个人信息和病情。



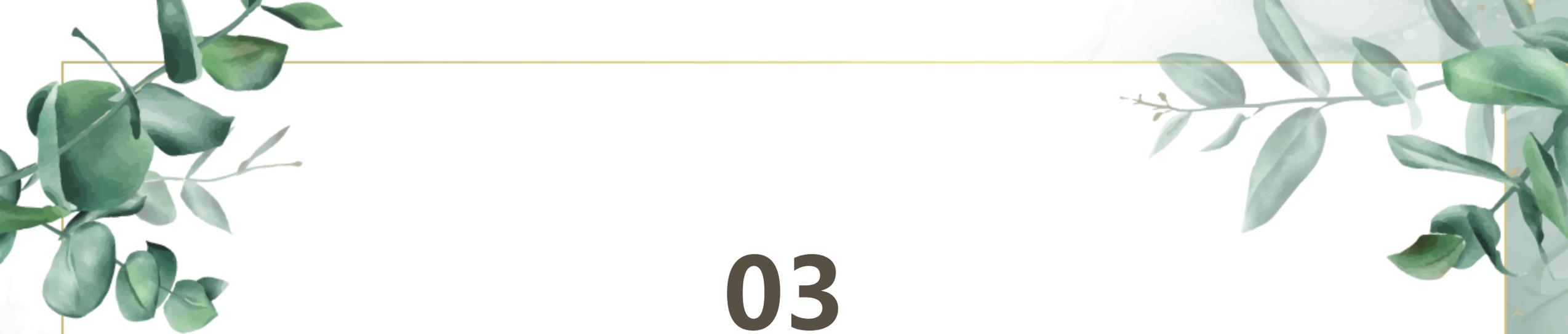
严格保密制度

对于涉及患者隐私的信息，应严格保密，不得随意泄露给无关人员。



遵循相关法律法规

在书写护理文书时，应遵循相关法律法规的要求，确保文书的合法性和规范性。



03

各类护理文书书写要点



体温单、医嘱单、护理记录单等常见类型介绍



体温单

用于记录患者的体温、脉搏、呼吸等生命体征信息，是评估患者病情的重要依据。

医嘱单

医生开具的书面治疗计划，包括用药、检查、手术等指令，是护士执行治疗操作的依据。

护理记录单

护士对患者病情观察、护理措施和效果评价的详细记录，是反映患者病情变化和护理工作质量的重要文件。

🔴 各类文书具体书写要点详解

体温单书写要点

准确记录测量时间、部位和读数，注意异常体温的绘制和标注，保持页面整洁清晰。

医嘱单书写要点

正确书写医嘱内容，包括药物名称、剂量、用法、时间等，注意核对患者身份和医嘱执行情况，确保治疗安全。

护理记录单书写要点

客观、真实、准确记录患者的病情、护理措施和效果，注意描述护理问题的原因和解决方法，及时反映患者的心理状态和需求。



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/947131145152006113>