

# 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。

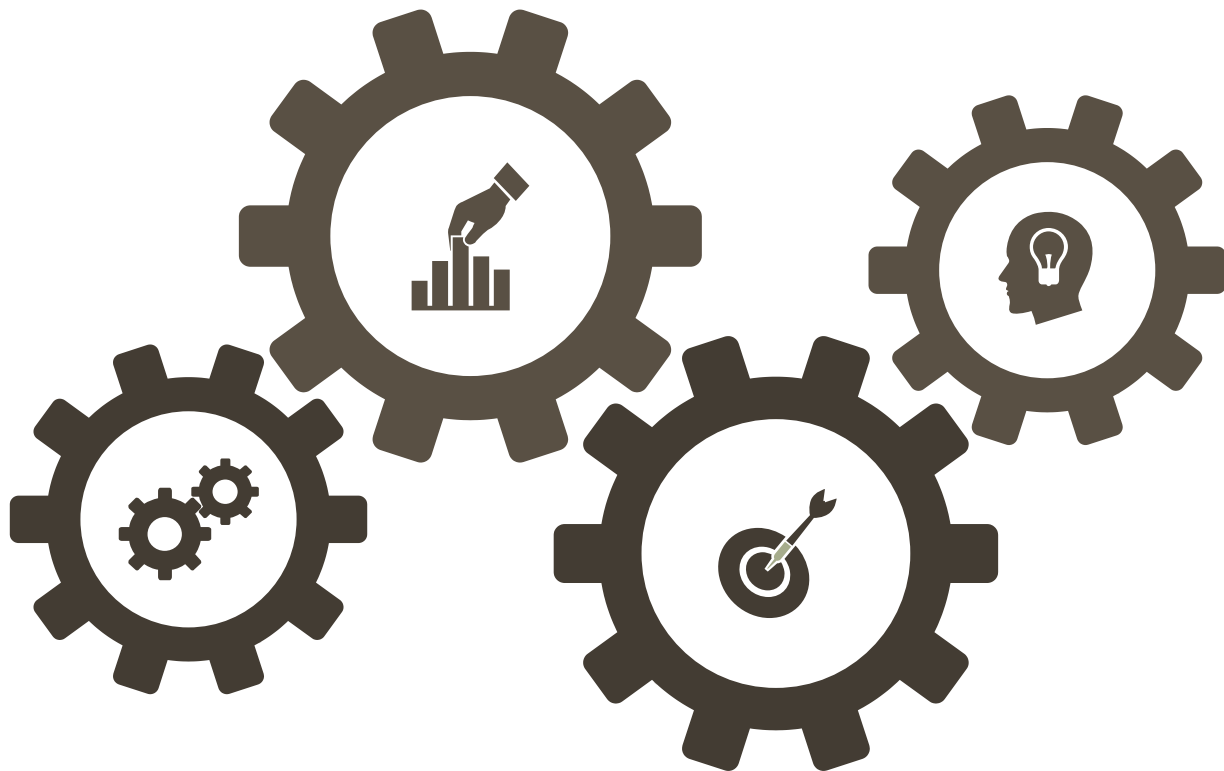
定义

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>