

护理文书书写规范 及管理规定

HULI WENSHU SHUXIE
GUIFAN JI GUANLI
GUIDING

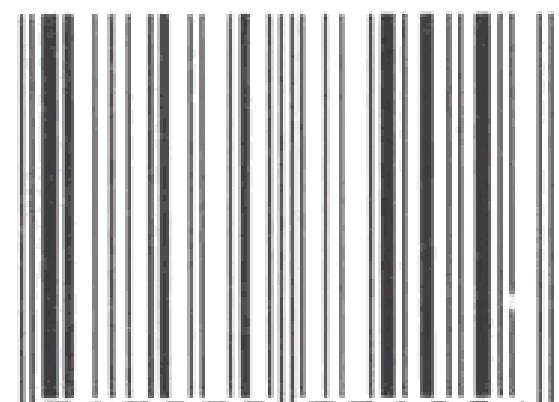
□湖南省卫生厅编

■湖南科学技术出版社

HULI WENSHU SHUXIE
GUIFAN JI GUANLI
GUIDING

责任编辑/李 忠
装帧设计/吴新霞

ISBN 7-5357-3905-9



9 787535 739056 >

R · 888 定价：15.00元

护理文书书写规范 及管理规定

HULI WENSHU SHUXIE
GUIFAN JI GUANLI
GUIDING

□ 湖南省卫生厅编

■ 湖南科学技术出版社

护理文书书写规范及管理规定

编 者：湖南省卫生厅

责任编辑：李 忠

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路 280 号

<http://www.hnstp.com>

印 刷：长沙市银北盛印务有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：长沙市岳麓区观沙岭

邮 编：410013

出版日期：2004 年 7 月第 1 版第 2 次

开 本：787mm×1092mm 1/16

印 张：8.5

字 数：200000

书 号：ISBN7-5357-3905-9/R·888

定 价：15.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

为进一步规范我省医疗机构护理文书的书写及管理，客观、真实、准确、及时、完整地记录患者病情的动态变化，促进临床护理质量的提高，维护医患双方合法权益，适应《医疗事故处理条例》及其配套文件的要求，湖南省卫生厅组织专家历时1年，经过反复征求意见、讨论和修改，制定了《护理文书书写规范及管理规定》（以下简称《规定》）。

该《规定》包括入院告知书、入院患者护理评估、三测单、临时医嘱单、长期医嘱单、长期医嘱执行单、手术护理记录、一般患者护理记录、危重患者护理记录、专科护理记录、病室护理交班志、相关管理制度、护理文书质量评价标准等，努力做到融科学性、规范性、创新性、实用性和可操作性为一体，体现护理的专业特点和学术发展水平。

在《规定》的制定过程中，雷立良、黄金、谌永毅、胡立珍、冯梅、丁四清、张月娟、周嫻君等护理专家参与了起草的全过程；蒋冬梅、姜冬九、王满凤、王金爱、印爱珍、王曙红、常清明等护理专家参加了多次修订讨论；中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、中南大学湘雅三医院、湖南省人民医院、湖南省肿瘤医院、湖南省妇幼保健院、湖南省儿童医院、湖南省老年医院、湖南省脑科医院、湖南中医学院第一附属医院、湖南中医学院第二附属医院、湖南省中医药研究院附属医院、中国人民解放军第163医院等医院给予了大力支持和积极协助。《规定》初稿出台后，中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、中南大学湘雅三医院、湖南省人民医院、湖南省肿瘤医院、湖南省妇幼保健院、湖南省儿童医院、湖南省老年医院、湖南省脑科医院、湖南中医学院第一附属医院、湖南中医学院第二附属医院、湖南省中医药研究院附属医院等12家医院对《规定》进行了为期3个月的临床试用，提出了许多宝贵意见；全省各市、州卫生局医政科组织本辖区范围内的护理专家进行了讨论，提出了许多好的建议。在此，谨一并致以诚挚的谢意。

湖南省卫生厅

2004年2月

目 录

第一章 基本原则和相关依据	(1)
第二章 护理文书书写基本要求	(2)
第三章 护理文书表格及书写要求	(3)
第一节 入院告知书书写要求	(3)
附件 1: 入院告知书	(4)
附件 2: 精神疾病患者入院告知书	(6)
第二节 入院患者护理评估书写要求	(8)
附件 1: 入院患者护理评估	(9)
附件 2: 入院患者护理评估(中医)	(11)
附件 3: 精神疾病患者入院护理评估	(13)
第三节 三测单书写要求	(15)
附件 1: 三测单	(17)
附件 2: 三测单样表	(18)
第四节 临时医嘱单书写要求	(19)
附件 1: 临时医嘱单	(20)
附件 2: 临时医嘱单样表	(21)
第五节 长期医嘱单书写要求	(22)
附件 1: 长期医嘱单(序号式)	(23)
附件 2: 长期医嘱单(无序号式)	(24)
附件 3: 长期医嘱单样表	(25)
第六节 长期医嘱执行单书写要求	(28)
附件 1: 长期医嘱执行单(序号式)	(29)
附件 2: 长期医嘱执行单(表格式)	(30)
附件 3: 长期医嘱执行单(粘贴式)	(31)
附件 4: 执行卡(一)	(32)
附件 5: 执行卡(二)	(33)
第七节 手术护理记录书写要求	(34)
附件 1: 手术护理记录	(35)

附件 2: 手术护理记录样表	(37)
第八节 一般患者护理记录书写要求	(39)
附件 1: 一般患者护理记录	(40)
附件 2: 一般患者护理记录样表(中医)	(41)
附件 3: 护理记录(综合)	(42)
附件 4: 护理记录(综合)样表	(43)
第九节 危重患者护理记录书写要求	(45)
附件 1: 重症患者监护记录	(47)
附件 2: 危重患者护理记录	(49)
第十节 产科护理记录书写要求	(50)
附件 1: 产科护理记录(综合)	(52)
附件 2: 产前护理记录	(53)
附件 3: 产前护理记录样表	(54)
附件 4: 产时护理记录	(55)
附件 5: 产时护理记录样表	(56)
附件 6: 产程图	(58)
附件 7: 产程图样表	(59)
附件 8: 产后护理记录	(60)
附件 9: 产后护理记录样表	(61)
附件 10: 新生儿出生记录	(63)
附件 11: 新生儿护理记录	(64)
附件 12: 新生儿护理记录样表	(65)
第十一节 新生儿患者护理记录书写要求	(68)
附件: 新生儿患者护理记录	(70)
第十二节 精神疾病患者护理记录书写要求	(71)
附件: 精神疾病患者监护记录	(73)
第十三节 病室护理交班志填写说明	(74)
附件 1: 病室护理交班志封面	(75)
附件 2: 病室护理交班志	(76)
附件 3: 病室护理交班志样表	(77)
第四章 护理文书管理规定	(78)
第一节 值班、交接班制度	(78)
第二节 执行医嘱制度	(79)



第三节 查对制度	(80)
第四节 住院病历管理制度	(80)
第五节 护理文书质量评价标准	(82)
附件 1: 出院病历排列顺序	(83)
附件 2: 住院病历排列顺序	(84)
[附] 相关文件汇编	(85)
附录一 医疗事故处理条例	(85)
附录二 医疗事故技术鉴定暂行办法	(94)
附录三 医疗事故分级标准 (试行)	(100)
附录四 病历书写基本规范 (试行)	(108)
附录五 医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员资格认定办法	(114)
附录六 医疗事故技术鉴定专家库学科专业组名录(试行)	(115)
附录七 医疗机构病历管理规定	(116)
附录八 重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	(118)
附录九 中华人民共和国护士管理办法	(123)

第一章 基本原则和相关依据

2002年4月4日国务院颁布的《医疗事故处理条例》及卫生部和国家中医药管理局联合印发的《病历书写基本规范（试行）》中，进一步明确了临床护理文书的法律地位。为使护理文书的书写更严谨、完整、科学、真实和规范，按照下列基本原则和相关依据，制定护理文书书写规范及管理规定。

一、基本原则

1. 符合《医疗事故处理条例》及其配套文件要求。
2. 符合临床基本的诊疗护理常规和规范。
3. 有利于保护医患双方合法权益，减少医疗纠纷。
4. 有利于客观、真实、准确、及时、完整地记录患者病情的动态变化，促进护理质量提高，为教学、科研提供可靠的客观资料。
5. 融科学性、规范性、创新性、实用性和可操作性为一体，体现护理的专业特点和学术发展水平。
6. 规范护理管理，明确职责，谁执行，谁签字，谁负责，预防护理差错事故及纠纷发生。

二、相关依据

1. 《医疗事故处理条例》及其配套文件。
2. 《全国医院工作条例》。
3. 《湖南省医院护理管理与工作质量评分标准》。
4. 卫生部制定的有关护理病历书写格式的基本框架。
5. 借鉴国内外先进的护理病历书写格式和管理要求。

第二章 护理文书书写基本要求

1. 护理文书是指护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总和。包括三测单、护理记录、手术护理记录、长期医嘱单、长期医嘱执行单、临时医嘱单、入院告知书、入院患者护理评估、病室护理交班志等。根据《医疗事故处理条例》规定，三测单、医嘱单、护理记录属于患者复印或复制资料的范围。

2. 护理文书书写应当客观、真实、准确、及时、完整，签全名，盖章无效。

3. 护理文书应当使用蓝黑墨水或碳素墨水笔书写，有特殊要求者除外。

4. 每种表格的楣栏内容包括姓名、科室、床号、住院病历号、页码，页码设置于各表格底部居中。

5. 护理文书书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。书写过程中出现错字时，应当用双横线画在错字上，在画线的错字上方用同色笔更正并签全名，并应保持原记录清晰可辨。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 护理文书应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

7. 护理文书应当按照规定的内容书写。实习护士、试用期护士书写的内容，应当经过本科室执业护士审阅、修改并签全名。

8. 因抢救危重患者，未能及时书写记录时，当班护士应在抢救后6小时内据实补记，并加以注明。

9. 日期用公历年，时间用北京时间、24小时制记录。文书中使用的计量单位一律采用中华人民共和国法定计量单位。

10. 为了保持医疗护理记录的一致性，负责护士与主管医师应多沟通和交流。

11. 对于两种或两种以上形式的记录表格，每个医疗机构可自行确定统一采用其中的一种。

第三章 护理文书表格及书写要求

第一节 入院告知书书写要求

入院告知书是患者入院时，护理人员对患者或患者亲属进行病室环境、入院须知及相关制度的介绍。

1. 患者入院后，护士应及时发放告知书并口头介绍。遇急症手术、抢救等特殊情况，应在 24 小时内完成。

2. 入院告知书由告知人和被告知人双方签名后，放入病历中归档保存。精神疾病患者入院告知书应一式两份，另一份交患者亲属。

3. 专科医院可参照本告知书并结合本院的特点，制定患者入院告知书。

附件 1：入院告知书

附件 2：精神疾病患者入院告知书

入院告知书

尊敬的病友（亲属）：

感谢您对我院的信任。为了让您（患者）的疾病尽快得到有效的治疗和护理，早日康复，请仔细阅读以下内容，希望理解并积极配合。

一、病室及人员介绍

患者姓名_____，入住_____病室_____床。病室主任_____，主管医师_____，护士长_____，负责护士_____。

二、环境制度介绍

- 1. 为了患者的安全和治疗护理措施的落实，住院期间请勿外出、外宿。擅自外出时发生的各种情况均由患者自己负责。
- 2. 我们为患者配备了病床、床上用品、床头呼叫器及热水瓶等，请保持床单位整洁，不要携带过多用品入病室。
- 3. 为了保证患者和其他病友有一个安静、清洁、安全的环境，请勿互串病房和大声喧哗，不向窗外、地面倒水或扔垃圾，不在室内吸烟。上午不要进行娱乐活动。
- 4. 为了保证患者和其他病友的治疗和休息，医院规定探视时间为每天下午_____。请告知您的亲人及朋友，非探视时间请勿探视。
- 5. 陪护人员应持陪护证并遵守医院和科室有关规定。

三、享有的知情权

- 1. 可向病室医务人员了解有关患者的病情、诊断、治疗、护理等情况。
- 2. 如果需要查询医疗费用，请与病室医务人员联系。
- 3. 医院严禁医务人员收受红包、礼金。您对我们工作的理解和支持，就是对我们最好的鼓励。

四、注意事项

1. 为了保证安全，请不要在病房内使用电炉、电热杯、酒精炉等，以免发生火灾。医院营养科或食堂将为您提供饭菜。

2. 请妥善保管好您的贵重物品和现金，随身携带，不要随意委托他人看管，以免丢失。

3. 为了保证用药安全，请不要自行邀请医院外的医师诊治和擅自使用药物。

对护理工作有何建议和要求，请及时与我们联系。

联系电话：_____

感谢您的信任、理解、支持与配合。祝您早日康复！

如果您已知晓以上告知内容，请您签名：_____；与患者的关系：_____；

联系人及电话：_____。

告知人：_____

年 月 日

精神疾病患者入院告知书

尊敬的病友（亲属）：

感谢您对我院的信任。我院为精神疾病专科医院，在为患者服务的过程中和管理上有一定的特殊性，为保证患者的治疗护理效果与安全，请仔细阅读以下内容，希望理解并积极配合。

一、病室及人员介绍

患者姓名_____，入住_____病室_____床。病室主任_____，主管医师_____，护士长_____，负责护士_____。

二、作息时间安排

早晨起床：6:30 午 睡：12:00 ~14:00 晚上睡觉：21:30

早 餐：7:00 午 餐：11:30 晚 餐：17:00

工娱活动：上午 9:00 ~10:30 下午 15:00 ~16:00

发 药：

夏季 上午 10:30 下午 16:30 晚上 21:00

冬季 上午 10:30 下午 16:00 晚上 21:00

三、探视规定

为了让患者安心接受治疗，原则上入院后前 3 周应避免探视，此期间患者亲属可通过电话了解有关情况。3 周后亲属探视时间为每天下午 16:00 ~20:00，非探视时间请勿探视。

四、特殊告知

1. 请您和家人、朋友遵守国家相关法律法规和医院的有关规章制度，积极配合医护人员对患者的诊疗、护理工作。
2. 请陪送人员切勿将贵重物品以及刀剪、玻璃、绳子、药品等可能造成患

者人身损害的物品带入病室；所有带入病室的食物应在探视人员的监护下食用，且及时将盛装食物的玻璃、金属、瓷器等包装物带离病室。

3. 住院期间患者发生突然冲动所致的人身或财产损害，由患者亲属承担，并酌情照价赔偿。工作人员为维护患者安全、防止伤害他人而采取的保护措施所致患者意外损伤，请予以理解。

4. 患者住院期间可能突然发生逃跑、自杀、自伤、毁物等行为时，工作人员采取积极防范措施而出现的不良后果属于意外，请予以理解。

5. 为了保证用药安全，请不要自行邀请院外的医师诊治和擅自使用药物，更不能在病房实施迷信活动。

对护理工作有何建议和要求，请及时与我们联系。

联系电话：_____

感谢您的信任、理解、支持与配合。祝您早日康复！

如果您已知晓以上告知内容，请您签名：_____；与患者的关系：_____；
联系人及电话：_____。

告知人：_____年 月 日

第二节 入院患者护理评估书写要求

入院患者护理评估是指护士对患者入院时基本护理信息收集后的记录。

1. 入院患者护理评估应由护士在本班内完成。遇急症手术、抢救等特殊情况不能及时评估时，须由下一班护士在患者入院后 24 小时内完成。
2. 入院患者护理评估填写要求无漏项，评估后应在所选项目目前的方格内以“√”表示。
3. 有过敏史者，应详细填写过敏的药物或食物名称。
4. 有既往病史者，应写明过去所患疾病的医疗诊断。
5. 饮食异常者，应注明吞咽困难、咀嚼困难、管饲等。有特殊嗜好者应注明，如烟、酒、喜酸、喜辣等。
6. 睡眠使用药物时，应详细写明药名、剂量。
7. 安置各种引流管者，应注明管道名称、部位、通畅情况。
8. 皮肤有破损或压疮时，应注明部位，详细情况记入护理记录。
9. 视力、听力有障碍应具体描述。
10. 表中未涉及但对患者护理有需要的评估内容，如专科护理情况、特殊需求等，应在备注栏内加以描述。
11. 中医医院护理评估均采用《中医医院入院患者护理评估》。

附件 1：入院患者护理评估

附件 2：入院患者护理评估（中医）

附件 3：精神疾病患者入院护理评估

附件 1：入院患者护理评估

医院

入院患者护理评估

姓名 科室 床号 住院病历号

一、一般资料

性别：☐男 ☐女 年龄： 职业： 民族： 籍贯： 宗教：
文化程度：☐文盲 ☐小学 ☐初中 ☐高中 ☐中专 ☐大专 ☐大学及以上
婚姻状态：☐未婚 ☐已婚 ☐离婚 ☐再婚 ☐丧偶
医疗费用：☐省医保 ☐市医保 ☐自费 ☐其他：
家庭地址：
联系人： 与患者关系： 联系电话：
入院时间： 通知医师时间：
入院方式：☐步行 ☐扶助 ☐轮椅 ☐平车 ☐背送 ☐抱送 ☐其他：
入院陪送：☐家人 ☐朋友 ☐其他：
入院诊断：

二、健康评估

既往病史：☐无 ☐有
过 敏 史：☐无 ☐有 过敏药物： 过敏食物： 其他：
饮 食：☐正常 ☐异常： ☐嗜好：
睡 眠：☐正常 ☐入睡困难 ☐药物：
大 便：☐正常 ☐便秘 ☐腹泻 ☐造口 ☐其他：
小 便：☐正常 ☐尿失禁 ☐尿潴留 ☐留置导尿管 ☐其他：
自理能力：☐自理 ☐部分依赖 ☐完全依赖
肢体活动：☐自如 ☐障碍： ☐瘫痪：☐偏瘫 ☐单瘫 ☐截瘫 ☐交叉瘫
带管情况：☐无 ☐有：
生命体征：体温 ℃ 脉搏 次/min 呼吸 次/min
 血压 mmHg