

中西医结合护理手册



前言

QIANYAN

中西医结合是我国医学的一大特色，在临床诊疗水平及研究领域都取得了丰硕成果，而中西医结合护理又是中西医结合工作中的重要组成部分。

所谓中西医结合护理，主要就是辨病与辨证相结合的护理，也就是说，既要按照西医护理学的要求实施其相应的护理措施，又要结合病人当时的中医辨证，按中医整体观念和辨证施护的原则，采取相应的护理方法。这些措施与方法，不是简单的中西医两法的重叠与堆砌，而是根据斯人、斯时、斯病、斯证的需要，做出中西医两方面护理措施的优化选择与实施。这种结合充分体现在具体病人、具体病情的护理需要上，体现在中西医两方面能相互兼容、相互一致的护理措施上。所以说，中西医结合护理是落实在具体病人身上能体现出中西医各自优势互补的护理，是从整体观念出发，针对全部病情需要的系统护理，亦即体现具有中国特色的中西医结合的系统化整体护理。

为了规范中西医结合护理管理制度，提高疾病临床护理质量，创新中西医结合临床护理技术，培养中西医结合护理人才，河北省沧州中西医结合医院广大护理工作者在总结多年临床护理实践经验的基础上，认真撰写了《中西医结合护理手册》一书。本书内容包括：中西医结合护理管理，临床内、外、妇产、骨伤、肛肠等科常见疾病的中西医结合护理常规，临床常用中医、西医护理技术操作规程等三部分内容。

本书从实用的角度出发，理论联系实际，充分体现了中西医结合护理工作的特色，是各中西医结合医院、中医医院和其他综合医院有关科室加强护理三基训练，推行护理工作规范化管理，以及广大临床护理工作不断提高理论知识和操作技能的一本重要参考书。

本书虽几易其稿，但由于编者实践经验还不全面，水平有限，难免有疏漏之处，敬请各位专家及同仁批评指正。本书在编写过程中承蒙院领导的支持和各位护理同仁的热诚帮助，并参考了许多专家、学者的著作和文献，在此一并感谢。

编者

目 录

管 理 篇

第一章 护理工作制度	(3)
一般护理工作制度	(3)
出入院病人护理制度	(4)
转科病人护理制度	(4)
分级护理制度	(5)
危重病人抢救制度	(6)
护理安全管理制度	(7)
病人安全管理制度	(7)
护理查对制度	(8)
护理值班制度	(10)
护士交接班制度	(10)
护理查房制度	(11)
护理会诊制度	(13)
护理病例讨论制度	(13)
病房管理制度	(13)
消毒、灭菌、隔离制度	(14)
治疗室管理制度	(15)
换药室管理制度	(16)
处置室管理制度	(16)
病区药品管理制度	(17)
物品、器材管理制度	(17)
护理不良事件报告与管理制度	(18)
护理不良事件防范措施	(19)
护理不良事件报告流程	(20)



护理缺陷原因及分度	(20)
抢救及特殊事件报告处理制度	(23)
压疮管理及上报制度	(24)
压疮诊疗及护理规范	(24)
住院病人跌倒管理制度	(27)
住院病人坠床管理制度	(27)
住院病人管道管理制度	(28)
住院患者身份识别转接与登记制度	(29)
附录	(30)
院内关键科室间的患者转换流程	(30)
探视陪护管理制度	(31)
第二章 中西医结合各级护理人员岗位职责	(32)
护理副院长职责	(32)
护理部主任职责	(32)
护理质量控制办公室主任职责	(33)
科护士长职责	(34)
护士长职责	(34)
供应室护士长职责	(35)
主任（副主任）护师职责	(35)
主管护师职责	(36)
护师职责	(36)
护士职责	(37)
第三章 护理服务规范	(38)
护士着装规范与要求	(38)
护理语言规范与要求	(40)
护士日常礼貌用语规范	(40)
日常护理操作规范用语	(40)
特殊诊疗护理规范用语	(44)
第四章 护理质量评价体系	(47)
护理质量管理委员会	(47)
中医护理服务质量评价方案	(48)
附件	(49)
中医护理技术应用记录单	(49)
中医护理工作量月报表	(49)
各项护理工作质量考核标准	(50)

病房护理工作质量考核标准 (100 分)	(50)
手术室护理工作质量考核标准 (100 分)	(54)
消毒供应中心护理工作质量考核标准 (100 分)	(57)
新生儿病房护理工作质量考核标准 (100 分)	(60)
血液透析室护理工作质量考核标准 (100 分)	(62)
急诊科护理工作质量考核标准 (100 分)	(66)
重症医学科护理工作质量考核标准 (100 分)	(68)
产房护理工作质量考核标准 (100 分)	(70)
介入手术部管理质量考核标准 (100 分)	(72)
基础护理质量考核标准 (100 分)	(74)
危重患者护理质量考核标准 (100 分)	(76)
护士仪表、行为、语言规范考核标准 (100 分)	(78)
物品管理质量考核标准 (100 分)	(79)
换药室管理质量考核标准 (100 分)	(79)
治疗室管理质量考核标准 (100 分)	(80)
药品管理质量考核标准 (100 分)	(82)
护理文书书写质量考核标准 (100 分)	(82)
消毒隔离管理质量考核标准 (100 分)	(84)
分级护理质量考核标准 (100 分)	(85)

临 床 篇

第一章 急危重症中西医结合护理	(89)
第一节 急危重症一般护理常规	(89)
第二节 脱证	(90)
第三节 多脏器功能障碍综合征	(92)
第四节 急性呼吸窘迫综合征	(93)
第五节 神昏	(95)
第六节 猝死	(97)
第七节 高热	(98)
第八节 心衰	(99)
第九节 肺衰	(101)
第十节 肾衰	(103)
第二章 内科常见疾病中西医结合护理	(105)
第一节 内科一般护理常规	(105)
第二节 感冒	(106)



第三节 咳嗽	(107)
第四节 哮喘	(109)
第五节 喘证	(111)
第六节 肺炎喘嗽（肺炎）	(113)
第七节 手足口病	(115)
第八节 肺癌	(116)
第九节 眩晕	(118)
第十节 缺血性中风病（脑梗死）	(120)
第十一节 出血性中风病（脑出血）	(122)
第十二节 消渴病	(125)
第十三节 消渴目病	(127)
第十四节 消渴病肾病	(129)
第十五节 消渴病淋证（糖尿病神经源性膀胱）	(130)
第十六节 消渴病痹证	(132)
第十七节 瘰病	(134)
第十八节 大瘰	(136)
第十九节 痛痹	(138)
第二十节 尪痹（类风湿关节炎）	(140)
第二十一节 肾风（IgA 肾病）	(142)
第二十二节 水肿病（肾病综合征）	(144)
第二十三节 慢性肾衰竭病	(146)
第二十四节 高血压病	(148)
第二十五节 喘证水肿病（心力衰竭）	(150)
第二十六节 胸痹心痛病（冠心病、心绞痛）	(152)
第二十七节 面瘫	(153)
第二十八节 腹痛病（急性胰腺炎）	(155)
第二十九节 积聚（肝硬化）	(157)
第三十节 上消化道出血	(159)
第三十一节 失荣病（恶性淋巴瘤）	(160)
第三十二节 特发性血小板减少性紫癜病	(162)
第三十三节 急惊风（病毒性脑炎）	(164)
第三十四节 癰闭	(165)
第三十五节 泄泻	(167)
第三章 外科常见疾病中西医结合护理	(170)
第一节 外科一般护理常规	(170)

第二节	外科手术护理常规	(171)
第三节	乳痈	(172)
第四节	乳核	(173)
第五节	乳岩	(175)
第六节	气瘰(结节性甲状腺肿)	(177)
第七节	石瘰(甲状腺癌)	(178)
第八节	噎膈病(食管癌)	(180)
第九节	肠痈	(181)
第十节	淋证	(183)
第十一节	股肿	(185)
第十二节	脱疽病	(186)
第十三节	糖尿病性足病	(188)
第十四节	颅脑损伤	(190)
第四章	肛肠科常见疾病中西医结合护理	(192)
第一节	肛肠科一般护理常规	(192)
第二节	肛肠科手术护理常规	(193)
第三节	肛裂	(193)
第四节	肛痈	(195)
第五节	痔	(196)
第五章	妇产科常见疾病中西医结合护理	(199)
第一节	妇科一般护理常规	(199)
第二节	妇科手术护理常规	(200)
第三节	产科一般护理常规	(201)
第四节	癥瘕	(202)
第五节	异位妊娠	(203)
第六节	妇人腹痛	(205)
第七节	胎动不安	(206)
第八节	产后发热	(208)
第九节	子痫	(210)
第十节	女性不孕症	(212)
第六章	五官科常见疾病中西医结合护理	(217)
第一节	眼科一般护理常规	(217)
第二节	内眼手术护理常规	(218)
第三节	耳鼻咽喉科一般护理常规	(218)
第四节	聚星障	(219)



第五节 圆翳内障	(221)
第六节 暴盲（视网膜静脉阻塞）	(222)
第七节 鼻渊	(224)
第七章 骨伤科常见疾病中西医结合护理	(226)
第一节 骨伤科一般护理常规	(226)
第二节 骨伤科手术护理常规	(227)
第三节 小夹板外固定护理常规	(228)
第四节 牵引术护理常规	(228)
第五节 石膏外固定护理常规	(229)
第六节 骨折患者的功能锻炼	(229)
第七节 项痹病（颈椎病）	(231)
第八节 膝痹病（膝关节骨性关节炎）	(233)
第九节 腰痹病（腰椎间盘突出症）	(235)
第十节 上肢骨折	(237)
第十一节 骨盆骨折	(238)
第十二节 股骨粗隆间骨折	(240)
第十三节 脊髓损伤	(242)
第十四节 手指离断再植	(244)
第十五节 伤筋病（周围神经损伤）	(246)
第十六节 手指复合软组织缺损修复	(248)
第十七节 骨蚀（股骨头无菌性坏死症）	(249)
第十八节 拇外翻	(251)
第十九节 跟骨骨折	(253)
第二十节 脱位病（小儿发育性髋关节脱位）	(255)

技 能 篇

第一章 常用中医护理技术操作规程	(261)
第一节 针刺法	(261)
第二节 灸法	(279)
第三节 拔罐法	(287)
第四节 刮痧法	(289)
第五节 熏洗法	(292)
第六节 全身药浴法	(294)
第七节 穴位按摩法	(296)
第八节 湿敷法	(298)

第九节 涂药法	(300)
第十节 中药保留灌肠法	(302)
第十一节 敷药法	(304)
第十二节 贴药法	(306)
第十三节 药熨法	(308)
第十四节 坐药法	(310)
第二章 常用西医护理技术操作规程	(313)
第一节 一般洗手技术	(313)
第二节 外科手消毒技术	(315)
第三节 无菌技术	(316)
第四节 生命体征监测技术	(321)
第五节 口腔护理技术	(327)
第六节 鼻饲技术	(330)
第七节 胃肠减压技术	(334)
第八节 导尿技术	(337)
第九节 大量不保留灌肠技术	(341)
第十节 氧气吸入技术（中心供氧装置）	(344)
第十一节 超声雾化吸入技术	(347)
第十二节 密闭式静脉输液技术	(350)
第十三节 静脉血标本采集技术	(353)
第十四节 动脉血标本采集技术	(356)
第十五节 静脉注射技术	(358)
第十六节 肌内注射技术	(361)
第十七节 皮内注射技术	(364)
第十八节 皮下注射技术	(367)
第十九节 经外周插管的中心静脉导管（PICC）护理技术	(370)
第二十节 心肺复苏基本生命支持技术	(374)
第二十一节 经鼻/口腔吸痰技术	(377)
第二十二节 经气管插管/气管切开吸痰技术	(380)
第二十三节 痰标本采集技术	(383)
第二十四节 胸腔闭式引流护理技术	(385)

管理篇

第一章 护理工作制度

一般护理工作制度

一、生命体征测量

(一) 新入院病人入院时测体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重 1 次 (8 周岁以下儿童, 不包括 8 周岁, 免测血压), 当天每班测体温、脉搏、呼吸 1 次, 共 3 次, 以后 2 次/d。

(二) 一般病人每日测体温、脉搏、呼吸两次, 下午询问大便 1 次, 血压、体重每周 1 次 (特殊情况按照医嘱执行)。

(三) 体温在 37.5°C 以上的, 测体温、脉搏、呼吸 4 次/d, 直至体温持续正常 3d 后按常规执行。危重病人、新生儿测体温、脉搏、呼吸 4 次/d, 或根据病情需要随时测量并记录。高热 (38.5°C 及以上) 病人 (病理性高热, 如颅脑损伤、肿瘤病人除外) 实施物理、药物降温 0.5h 后测量体温 1 次, 将测量数值绘制在体温单上。

(四) 手术患者, 术前日晚增测一次体温、脉搏、呼吸, 术后按护理级别执行。

(五) 其他按医嘱执行。

二、床单位准备

(一) 新入院病人备好清洁的床单位, 床单位每周更换一次, 其余随脏随换。

(二) 手术、分娩的病人更换床单位, 全麻病人铺麻醉床、备急救物品。

(三) 每日上午采用湿式扫床法, 为病人清扫、整理床单位一次 (晨间护理), 每日下午整理床单位一次 (晚间护理)。其余随时需要随时整理。

(四) 病人出院时进行彻底终末处理: 清理床单位、床柜、床头桌内杂物, 用消毒液擦拭床、桌、凳, 更换床上棉织品, 铺好备用床。

(五) 小儿、烦躁、老年患者备床档。

三、护理服务

(一) 病人入院后, 根据病情决定护理级别; 按分级护理制度进行标识, 实施有效护理; 按护理程序对病人进行评估, 找出护理问题, 制定护理计划, 实施护理措施, 根据病情实施健康教育。

(二) 值班护士按级护理及时巡视、观察病人。

(三) 禁食或带有鼻饲管的患者口腔护理 2 次/d。

(四) 带有尿管的患者外阴冲洗 1~2 次/d。

(五) 昏迷、瘫痪者每日 1~2h 翻身、拍背 1 次; 每周洗头、擦浴 1 次 (病情不许可者除外)。

出入院病人护理制度

一、入院病人的护理

(一) 入院病人须持门诊或急诊医生签发的《入院通知单》，到住院处办理住院手续，交住院押金，登记有关事项。持《入院通知单》和《病历首页》到病区护理站办理手续。

(二) 病房护士站立问候病人及家属，先将病人安置在指定床位上，再办理入院手续。床上用品、暖瓶、传呼器等与病人当面解释清楚。

(三) 急诊、手术病人或危重病人，须立即做好抢救准备工作。

(四) 接诊护士为病人建立入院病历手续，测量体重、身高、体温、脉搏、呼吸、血压，向病人及家属介绍主治医生、责任护士、护士长、病区环境、有关物品使用方法、作息时间、探视时间、开饭时间，医院的规章制度及有关病房制度等。

(五) 护士通知主管医生检查病人，执行医嘱。急诊、危重病人与医生一同抢救。

二、出院病人的护理

(一) 医生在“临时医嘱单”内开具出院医嘱，护士负责办理出院手续，停止所有的治疗医嘱，在微机里逐项确定，退清剩余药物，核准药品费用，按要求处理病人出院医嘱。

(二) 整理出院病历，在长期医嘱单上用红钢笔画一直线符号将医嘱终止，并在电子体温单 40~42℃ 之间标出出院时间，办清手续后在“临时医嘱单”上执行人签全名，按病历顺序排列在医院规定期限内送病案室归档。

(三) 护士将《病人出院结算通知单》送住院处，并通知病人及家属结账时间，护士长征求病人意见，询问需要帮助的事宜，确定离院时间。

(四) 护士对病人进行全面评估，健康教育，介绍出院后应注意的问题，如：饮食、锻炼、休息，复诊的时间及出院药物的服用方法，教会病人及家属必要的操作。

(五) 病区护士确认病人结账后，帮助病人整理用物，进行话别，送病人至病区门口。

(六) 撤销各种标识，填好出院登记，写好出院交班报告，对床单位进行终末处理。

转科病人护理制度

一、危重病人转科过程的管理规定及程序

转出科室

(一) 医生确定转科后通知护士，何时转科、转至何科，并通知家属。

(二) 主管护士：通知转入科室病人到达时间、病情、需要准备的物品、仪器及特殊交代等。整理检查病历，打印、核对、检查病历质量，护士长检查转出科室病历。

(三) 治疗护士：核对治疗用药、临时、长期医嘱的药品，未用药品应在转科当日或次日退还药房。整理交接治疗单、服药单、输液卡，清点自备用药数目与家属交接清楚。

(四) 主管医生、护士长：确定转出所需陪同的医护人数。

(五) 主管护士：检查基础护理质量，完成重症记录转科小结，根据病情备好急救物

品必要时备急救车。与家属共同清点物品。转出前评估病人的病情，测量生命体征并记录，确定目前能否转出，确保转运过程中病人安全性。彻底吸痰、吸氧 5min。上呼吸机病人转科提前将氧气接口等备好。检查各种管道，确保通畅，固定牢固。病人离开后进行计算机转科处理。

(六) 转运途中密切观察病情、各种管道及固定架的情况等。

(七) 病人到达转入科室后与转入科室护士共同交接：病情（包括心理问题）、治疗、药品（包括自备药）、皮肤、手术部位、敷料情况、各种管道、物品、病历、未完成的检查、化验及注意事项，转科过程中病情变化及记录。

转入科室

(一) 医生确定转入后通知主管护士，何时转入。

(二) 主管护士：做好接收病人准备：根据病情选择病房，备好床单位。根据病情备好急救物品、仪器。病人转入后，通知医生看病人。与转出科室护士共同交接班：根据病情将病人移至床上，安置好病人（吸氧、心电监护等）；接病情（包括心理问题）、记录转科过程及病情，检查病人、测量生命体征并记录；接治疗、核对药品（包括自备药）及医嘱、输液卡等；检查皮肤、接褥疮报告表；检查手术部位、敷料，检查各种管道等；检查病历（护理表格内容、病历页数等），接未完成的检查、化验等；接危重病人转科记录及注意事项。

二、一般病人转科过程的管理规定及程序

转出科室

(一) 医生确定转科后通知护士，何时转科、转至何科，并通知病人及家属。

(二) 主管护士：通知转入科室病人到达时间、病情特殊交代等。整理检查病历，打印、核对、检查病历质量，护士长检查转出科室病历。病人离开科室后，进行计算机转科处理。

(三) 治疗护士：核对治疗用药、临时、长期医嘱的药品，未用药品应在转科当日或次日退还药房。整理交接治疗单、服药单、输液卡，清点自备用药数目与家属交接清楚。

(四) 病人到达转入科室后与转入科室护士共同床头交接：病情（包括心理问题）、治疗、药品（包括自备药）、皮肤、手术部位、敷料情况、各种管道、物品、病历、未完成的检查、化验及注意事项。

转入科室

(一) 医生确定转入后通知主管护士，何时转入。

(二) 主管护士做好接收病人准备：根据病情选择病房，备好床单位。

(三) 病人转入后，通知医生看病人。

(四) 病人到达转入科室后与转出科室护士共同床头交接。

分级护理制度

医生根据病人病情确定护理级别，开具医嘱，护士根据医嘱进行分级护理，做出标记，按护理级别观察巡视病人。

一、特级护理

(一) 病人一览表卡片右上角以红色标记，左上角以蓝色标记表示。

(二) 选择病人条件：

病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；重症监护患者；各种复杂或者大手术后的患者；严重创伤或大面积烧伤的患者；使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者；根据医嘱执行。

(三) 护理要点：严密观察患者病情变化，监测生命体征；根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据医嘱，准确测量出入量；根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；保持患者的舒适和功能体位；实施床旁交接班。

二、一级护理

(一) 病人一览表卡片右上角以红色一级护理标记表示。

(二) 选择病人条件：手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；生活完全不能自理且病情不稳定的患者；生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者；按医嘱执行。

(三) 护理要点：每小时巡视患者，观察患者病情变化；根据患者病情，测量生命体征；根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；提供护理相关的健康指导。

三、二级护理

(一) 病人一览表卡片右上角以绿色一级护理标记表示。

(二) 选择病人条件：病情稳定，仍需卧床的患者；生活部分自理的患者；按医嘱执行。

(三) 护理要点：每 2h 巡视患者，观察患者病情变化；根据患者病情，测量生命体征；根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；提供护理相关的健康指导。

四、三级护理

(一) 无需标记。

(二) 选择病人条件：生活完全自理且病情稳定的患者；生活完全自理且处于康复期的患者；按医嘱执行。

(三) 护理要点：每 3h 巡视患者，观察患者病情变化；根据患者病情，测量生命体征；根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；提供护理相关的健康指导。

危重病人抢救制度

(一) 医护人员发现患者病情危重，需抢救时，应立即通知上级医师或科主任、护士长，准备好抢救物品。

(二) 接收成批危重患者抢救时，应在抢救同时报医务部或主管院长。

(三) 凡需抢救的危重患者尽量安置在抢救室,抢救室备有抢救物品、抢救设备、药品,做好记录。抢救室内的各种物品非经科主任批准不准外借或挪用。

(四) 危重病人抢救均由科主任或正、副主任医师负责组织,护士长、主管护士及当班护士积极配合,设专人治疗,专人护理,根据情况设科内或院内抢救小组。

(五) 需请院内协助抢救时,可用电话或去人邀请,应邀请者应及时前往,应积极主动进行配合,不得以任何理由拒绝或拖延。需邀请院外人员来抢救时,须报医务科联系。

(六) 负责抢救的医护人员要密切观察病情,及时准确做好各种记录,并向上级医师、护士长汇报病情、用药、医嘱执行情况,基础护理和监护参数等。

(七) 抢救结束后,护士长组织护理人员进行病历讨论,总结经验教训。

护理安全管理制度

(一) 护士长负责定期对本科护理人员进行法制和护理安全教育,增强护理安全意识,提高护理质量。

(二) 建立健全各项规章制度,完善各项操作规程,落实各级各类人员岗位职责,加强护理工作的事先控制。

(三) 护士长每天对护理服务质量进行检查、评价、纠正出现的问题,控制缺陷。

(四) 各级护士都必须严格执行查对制度,确保各项治疗及时、准确,护士长每周召开分析会一次,分析出现问题的原因,以减少差错,杜绝事故发生。

(五) 各级护士都必须严格执行无菌操作技术核和消毒隔离制度,手术室、产房、婴儿室、治疗室、换药室、ICU、CCU 病房等部门,加强消毒隔离的落实,定期进行细菌检测;对传染病人用过的衣物、被褥、房间做好相应的终末消毒,控制院内感染。

(六) 严格执行交接班制度,要将物品、病人当面交接清楚,保证病人连续治疗,同时也要分清责任。

(七) 值班人员按时巡视病房,及时发现病人病情变化,采取相应措施。对小儿、躁动、老年病人要给予适当防护,确保小儿及老年病人安全。

(八) 对各项物品、药品和器械随时检查,及时补充。急救器械、药品,定位、定量存放,定期清点,专人管理,不准外借,以免影响抢救。毒、麻、剧、限药品应专人专柜保管。

(九) 对易燃、易爆和贵重物品,要加强管理,专人负责,做到防火、防盗。

(十) 对电源、水源、防火设备定时检查,及时维修,保证安全适用。并按规定要求保管和使用,严禁乱拆、乱动。

病人安全管理制度

(一) 患者持住院通知单进入病区后,要在护士指定的床位上入住,未经主管医生、护士允许不能随意调换床位或串病室、串床位,以免发生医疗、护理差错和交叉感染。

(二) 病人住院期间,未经主管医师同意,不能随意请院外医生诊治,或未经医生同意自行用药。

- (三) 已执行的输液卡、治疗单要签全名、执行时间,每日输液卡要妥善保存1个月。
- (四) 病人每日的口服药,核对后,将药片塑料外包装遗弃,无异物后给病人服用。
- (五) 各病区安全出口要标记醒目保持通畅,以免发生意外。
- (六) 病人住院期间未经医生允许不准自行离院,因某种情况需要暂时离院时,要经过主管医生的同意后办理离院手续。值班护士负责病人或家属的离院登记。
- (七) 病房内每周紫外线消毒2次(特殊病房例外)。病人用过的被服每周更换一次,特殊情况下,随脏随换。
- (八) 病区各出口及危险场所要有警示标识,告诫病人远离。
- (九) 病人所带的物品,要提醒病人妥善保管,以免丢失。
- (十) 昏迷、烦躁或年老无行为能力患者要加强防护,如:加床档、用约束带,以防病人坠床。
- (十一) 对使用监护设备或精密仪器时,患者、家属、工作人员,不准在有干扰范围内使用移动通讯设备,以免干扰抢救仪器的使用。
- (十二) 妥善保管好病人携带的医疗资料、标本、图片等与病人交接清楚。
- (十三) 病区的医用电源及时检修,非医疗行为禁止使用,以保证病人的治疗。

护理查对制度

护理人员在执行各项治疗、护理等工作之前,必须坚持查对制度,按要求认真查对,必要时须两人查对,防止差错事故的发生。

一、医嘱查对制度

- (一) 医生开写医嘱后,护士正确转抄在执行单上,须经查对无误后方可执行,并做到每班查对。
- (二) 医嘱开写后做到:口头医嘱不执行(抢救除外)、医嘱不全不执行、医嘱不清不执行、用药时间剂量不准不执行,对有疑问的医嘱须核对后,方可执行。
- (三) 抢救患者执行口头医嘱时,护士须复述一遍,与医生核对无误后,方可执行,空安瓿保留至抢救结束,以备记录,抢救结束后6h内督促医生据实补齐医嘱并签字。
- (四) 处理医嘱后,护士要再次核对后签全姓名、时间。
- (五) 护士长每日组织全部医嘱大查对,由当班护士和医嘱录入护士等至少3人以上全面查对一遍,夜班护士对当日所有医嘱查对一次,并在登记本上签字。
- (六) 执行医嘱须严格执行“三查”“七对”。

二、口服、注射、治疗查对制度

- (一) 口服、注射、输液用药前必须严格执行“三查”“七对”制度。
- 三查:操作前查、操作中查、操作后查。
- 七对:床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法。
- (二) 备药前要检查药品的名称、剂量、质量,注意有无变质,安瓿、针剂有无裂痕,有效期和批号,液体有无浑浊沉淀,瓶口有无松动、漏液等。如不符合要求或标签不清楚,不得使用。