

护理文书书写规范

张玉英 / 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社



护理文书书写规范

张玉英 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理文书书写规范 / 张玉英编著. — 昆明 : 云南
科技出版社, 2013.12

ISBN 978-7-5416-7839-4

I. ①护… II. ①张… III. ①护理—病案—书写规则
IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 306861 号

责任编辑: 赵伟力 吴 琼 师力唯

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

北京京华虎彩印刷有限公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 7 字数: 170 千字

2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定价: 42.00 元

目 录

第一章 概 述	1
一、护理文书的概念	1
二、护理文书的意义	1
三、护理文书书写的基本原则	3
四、护理文书书写基本要求	3
五、护理文书中常用术语释义	4
第二章 体温单	11
一、书写内容及要求	11
二、质量考评	12
第三章 医嘱单	14
一、医嘱单的内容、种类和质控要求	14
二、长期医嘱单	16
三、临时医嘱	17
四、备用医嘱内容及要求	18
五、重整医嘱	18
六、医嘱单计算机管理的主要事项	19
第四章 一般患者护理记录单	20
一、书写内容	20
二、书写要求	20
三、格 式	21
四、质量考评	21
第五章 危重患者护理记录单	23
一、书写内容	23
二、书写要求	23

三、质量考评	25
第六章 特殊护理记录单	26
一、产科护理记录单	26
二、新生儿护理记录单	27
三、精神病患者护理记录单	27
四、护理会诊单	28
五、静脉输液记录单	29
六、康复护理治疗单	30
七、血液透析治疗护理记录表	30
第七章 手术护理记录单	31
一、手术护理记录单	31
二、质量考评	31
三、术前访视记录单	32
第八章 病室交班报告	33
一、书写内容	33
二、书写要求	34
三、书写顺序	34
四、质量考评	34
第九章 整体护理病历	36
一、入院病人护理评估单	36
二、护理计划单	37
三、健康教育评估单	38
四、护理查房记录单	39
五、护嘱记录单	40
六、住院病人护理评价单	40
七、住院病人出院指导单	41
八、整体护理病例质量考评	41
第十章 护理告知及知情同意书	43
一、入院病人告知书	43
二、住院病人离院责任告知书	44

第十一章 护理文书工作流程	45
一、执行长期医嘱工作流程	45
二、执行临时医嘱工作流程	46
三、封存标本时应急预案	47
四、护理记录单书写工作流程	47
五、健康教育工作流程	48
六、护理计划单制作工作流程	48
七、入院患者护理评估工作流程图	49
八、病室交班报告工作流程	50
九、护理查房工作流程	51
第十二章 护理文书管理	52
一、护理文书书写中存在问题	52
二、护理文书的责任制管理	54
三、护理文书的质量监控	55
四、护理文书的培训管理	56
五、护理文书的风险规范管理	57
六、护理文书的档案管理	58
第十三章 护理文书相关制度	60
一、执行医嘱制度	60
二、关于医嘱执行单签字及保存的规定	61
三、查对制度	61
四、抢救工作制度	62
五、护理事故、缺陷登记报告制度	63
六、住院病历排列顺序	63
七、出院病历排列顺序	64
八、住院病历管理制度	65
九、病房医疗文件管理制度	66
十、值班、交接班制度	66
十一、分级护理制度	68
参考文献	70

附录一	病历书写基本规范	71
附录二	护士条例	83
附录三	医疗机构病历管理规定	90
附录四	医疗机构管理条例	96
附录五	医疗事故处理条例	103
附录六	医疗事故分级标准(试行)	117
附录七	医疗事故技术鉴定暂行办法	129
附录八	重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	139
附录九	医疗护理工作制度	143
附录十	电子病历基本规范(试行)	193
附录十一	卫生系统电子认证服务管理办法(试行)	199
附录十二	处方管理办法	204

第一章 概 述

一、护理文书的概念

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、图表等资料的总称。它包括体温单、护理记录单、手术护理记录、长期医嘱单、临时医嘱单、病室护理交班报告等。它是护理工作的全面记录,是正确诊断、抉择治疗和护理的科学依据,体现着医院医疗、护理质量、管理水平和护士业务素质、也是临床、教学、科研的重要资料。根据《医疗事故处理条例》规定,体温单、医嘱单、护理记录单属于病人复印或复制资料的范围,因此具有法律效力。

二、护理文书的意义

1. 护理文书是病人诊断、抢救、治疗、康复的重要依据。病人从入院开始,护士就为病人测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,观察病情,了解病人状况,并及时、准确地记录于护理文书上。特别是危重症病人及围手术期病人,更是需要严密观察,必要时几分钟就要测量生命体征,记录病情观察结果。再者护理文书的医嘱单、护理记录单等记录着护士在执行医嘱,完成各项抢救、治疗、护理措施的详细情况,是临床第一手观察资料,为医师诊断、抢救、治疗病人提供重要的决策依据,对顺利完成抢救、手术、治疗及病人早日康复具有重要的意义。

2. 护理文书是医疗文件的重要组成部分。护理文书是护理临床实践的原始记录文件,是具有价值的科学资料。其主要内容包括:交班报告、危重患者护理记录单、一般患者护理记录单、医嘱本、体温单、

医嘱单、整体护理病历等,是医院分级管理护理文书书写合格率要求达标的表格。护理文书是由各班护理人员共同努力完成的,目的明确,操作性及实用性强,如交班报告是护士值班的重要工作记录,通过交班报告可了解全病区每天重点病人的病情变化及治疗、护理效果等情况;病区医疗及护理工作的动态,使医疗及护理工作准确无误地连续顺利运行。因此护理文书不仅是医院病历的重要组成部分,也是医院医疗、护理、教学、科研、预防、保健及管理工作的重点档案资料。

3. 护理文书是护理纠纷判定法律责任的重要佐证。2002 年国务院颁布施行的《医疗事故处理条例》及国家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》中,进一步明确护理文书的法律地位。随着人们法律意识的提高,病人依照法律规定,衡量医疗护理行为和后果的意识不断增强,护照文书的法律敏感件显得尤其重要。因此,应将法律意识教育及相关政策法规性文件学习纳入护理工作及护理管理的始终,从而增强护理人员的职业法律意识,明确法律与护理工作的关系,提高护理文书中运用法律知识的能力,强化对病人负责和对护士负责。增强自我保护意识,使护理文书真正成为护理工作举证倒置的重要资料。

4. 护理文书是护理质量的重要内容。护理文书是护理质量的核心要素之一,是一项严谨而重要的工作,是护士根据医嘱和病情,对病人进行护理过程的客观记录。其质量的好坏不仅反映了护士的实际工作能力、工作责任心,而且也反映护理管理的整体水平。护理文书中的各种表格书写质量,在很大程度上反映了护理工作状况及护理质量,是医院分级管理质量评价指标中的重要一项,因此,应重视提高护理文书的书写质量。

5. 护理文书是教学、科研的重要资料。护理文书全面、及时、准确地记录下某一伤病发出、发展、成功过程中的临床护理全过程,是护理学科理论、技术的具体转化和体现。通过护理文书的学习,可以使书本的理论和具体实践紧密结合,巩固书本上所学的知识。所以护理文书是护理教学的重要资料。护理文书也是护理科研取之不尽、用之不竭的宝库。通过一定数量护理文书的归纳、分析,可以总结出对

某一伤病的护理客观规律和成熟的经验,从而促进护理学科的发展和护理水平的提高。

三、护理文书书写的基本原则

1. 符合国务院颁布的《医疗事故处理条例》及国家卫生部下发的有关法律法规要求的原则。

2. 符合医疗护理常规、制度、职责和规范的原则。

3. 符合维护护患双方合法权益,防患医疗护理纠纷的原则。

4. 符合病人早诊断、早治疗、早康复的原则。

5. 符合客观、真实、准确、及时、完整地记录病人病情变化的原则。

6. 符合有利于提高护理质量的原则。

7. 符合为医疗、教学、科研提供可靠客观资料的原则。

8. 符合集科学性、规范性、技术性、实用性和可操作性为一体,体现现代护理专业特点和学科发展水平特点。

9. 符合有利于科学、规范护理管理,防护护理差错事故及纠纷的原则。

10. 符合方便、快捷,提高共做效率的原则。

四、护理文书书写基本要求

1. 护理文书书写应客观、真实、准确、及时、完整,签全名,盖章无效。

2. 护理文书书写应表述准确,语句通顺,标点符号正确,医学术语确切,内容简明扼要,文笔通畅,文字工整,字迹清晰端正,不涂改,格式准确。书写过程中出现错别字,应当用双横线画在错别在上,在画线的错别字上方用同色笔更正并签全名,并应保持原纪录清晰可辨。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

3. 每种表格的眉栏内容应包括科室、床号、姓名、住院病历号。

4. 护理文书应按规定内容书写:实习护士、试用期护士书写的内容,须经本科室执业护士(带教名师)审阅、修改并签全名。

5. 护理文书书写中应使用中文医学术语。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。

6. 因抢救危重症病人未能及时书写记录时,当班护士应在抢救后6小时内及时据实补记,并加以注明。

7. 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。

8. 为保持医疗及护理记录的一致性,负责护士应与主管医师多沟通和交流,避免引起不必要的误会和纠纷。

五、护理文书中常用术语释义

为使护理文书书写规范、统一,现将护理文书常用的术语释义如下:

1. 护理程序。以恢复或增进护理服务对象的健康目标所进行的一系列护理活动称为护理程序。它是一种有目标的、有系统的、动态的、有理论根据的,并能进行评价的护理方法分评估、诊断、计划、实施和评价五个阶段。通过这种系统的程序循环,可以随时调节病人所需要的护理,预防一些潜在性健康问题及防止护理并发症的发生,科学地评价效果,总结护理经验教训,提高护理质量,从而保证病人得到适合其个性的整体护理。

2. 护理诊断。是对一个人生命过程中的生理、心理、社会文化、发展及精神方面健康问题的说明。这些问题是属于护理职责范围以内的,能用护理方法解决的。也可以说护理诊断是有关需要护理措施来解决或减轻患者存在或潜在的健康问题的陈述。

3. 护理计划。为达到护理目标而设计的护理方案。是护理程序的中心部分,可使病人得到系统的整体护理。在此过程中,须建立目标和措施,并将护理诊断、目标、措施、护嘱等项目有次序地记录于护理病历的表格即构成护理计划。要使护理诊断确切、护理措施切实可行并取得较好的护理效果,须根据病程中各阶段病人的生理,心理上的具体问题去分析制定;根据病情变化与效果评价、随时更改和补充护理计划,体现疾病的阶段性和个体的差异性。

4. 护理措施。是护士为病人提供的特定工作项目及其具体实施

方法。包括根据护理目标而制定的具体措施及根据医嘱而拟定的具体措施两个方面。措施要具体,要便于执行和检查,使护理目标得以实现。措施应在护士职权范围之内,防止将医疗措施作为护理措施。

5. 护理质量。护理质量是指护理工作中为病人提供护理技术和护理服务的效果和程度,是在临床护理过程中形成的客观表现。护理质量从广义的角度看,是指护理管理所涉及的各方而工作质量总和。而狭义的护理质量,主要是指临床护理质量,主要包括基础护理、专科护理、康复护理、心理护理及预防和治疗病人现有的及潜在的健康问题等方面所达到的护理效果。

6. 护理质量标准。护理质量标准是护理质量管理的基础,是护理实践的依据,是衡量整个工作、单位及个人的工作数量、质量的标尺和砝码。护理质量标准是以工作项目或管理要求或管理对象而分别确定的。护理质量管理的标准化,就是制定、修改质量标准,执行质量标准,并不断进行建设的工作过程。它具有系统性、统一性、规范性的特征。

7. 基础护理。实施临床护理的基本理论、基本知识和基本技能,是专科护理的基础。其内容包括:观察病情,监测病人生命体征和生理信息,满足病人的身心需要,危重病人的抢救,基本护理技术,消毒隔离,病区护理管理等。

8. 生活护理。生活护理属于基础护理的一部分,由于复杂的致病因素和疾病的特殊件,不仅引起病人机体功能的变化,同时也导致生理需要的变化,表现在生活上的需要也有特定的要求,如饮食、睡眠、排泄、活动、室温、光线、安全等方面的生理需要都不同于健康人,因而反映在生活上的各种护理需要也应随着疾病的变化而变化。满足这些生活上的护理需要,不应误解为所谓的“生活上的照顾”。

9. 心理护理。护理过程中,通过人际交往,以医护人员的言行来影响、改变病人的心理状态和行为,促进其康复的方法和手段。临床护理对改善病人的症状、言行起着重要作用。根据新的生物—心理—社会医学模式,为满足病人的心理、社会需要,更需依靠心理护理。临床护理和心理护理两者相互依存,其共同目标在于提高病人的“自我

护理”能力,保持其身心的“稳态”。

10. 护理技术操作规程。针对护理技术操作而规定的程序和标准。实质是护理质量控制的标准。内容包括基础护理技术操作和专科护理技术操作。操作者须掌握其原则和理论依据,须符合人体解剖、生理和病理的特点,以避免增加病人痛苦;严格掌握清洗、消毒、无菌原则,操作目的必须符合疾病的诊断、治疗,保证病人生命安全。

11. 护理病历。是护理程序的文字记录,反映护理的全过程和护理质量。书写护理病历的目的:提供病人病情动态的资料依据;作为护理工作交接班的资料记录;评定护理工作质量的依据;为护理科学研究提供临床资料;必要时可为医疗诉讼提供法律佐证。它包括护理病历首页、护理计划单、护理记录单、护嘱、健康宣教及出院指导等内容。

12. 意识。是人的心理最集中、最本质的体现,是人所特有的对客观事物的反映。基本特征为:①社会性。人的意识不仅是自然界长期发展的结果而且受社会条件所制约,是社会存在的产物。②自觉。是意识最基本的特点,表现为不仅能认识客观事物,而且能意识到自身的存在和自己的心理与行为;人在行动之前,总是有目的地制订计划、选择最佳方式方法等,并能预测行动可能取得的结果。③能动性。表现在意识能反映客观事物的本质和规律,预见事物发生过程,以指导人的有关活动。

13. 无意识。又称下意识,意识不到的心理活动。在无意识状态下所完成的不自觉的行为称为无意识的行为。无意识的心理活动和行为包括:睡眠状态下所发生的梦幻;所感知不到的但实际上是由起作用的某些刺激所引起的反应;过去意识到的行为经过不断重复,在无意识状态下,这些动作和行为也能顺利完成;其他还有不自觉活动所引起的冲动等。无意识是精神分析学说的基本概念。此学说认为,心理的范围比意识要广,心理活动并不是都受意识支配的。心理可以分成意识和无意识两个对立的部分。无意识即原始冲动和本能,潜在地支持意识,意识则压制本能冲动,使它只能得到象征件的满足。

14. 医疗文书。包括病案资料的所有内容。包括病人医疗、护理、

及各种检验、检查的所有内容。其作用为便于收集、管理、贮存和使用。

15. 护理常规。是对各专科疾病所制定的常规护理措施的规范条例。规范专科疾病的发病机理、主要症状、治疗原则及并发症,协助诊断、治疗或判断疗效,以护理理论为依据结合实践经验制订临床实施的规范条例。按种类分为:①特殊症状护理。根据各种疾病所比现的共同症状,如高热、昏迷、休克等制定的常规护理。②各专科一般护理常规。根据专科疾病的共同特点找出疾病发展的规律而制定的护理常规,如内科、外科、妇产科、儿科等。③各种疾病的护理常规。按每种疾病的特点,制定具体的护理常规,如肾小球肾炎、病毒性心肌炎病毒性、肺炎等疾病的护理常规等。根据业务、技术的操作特点,制定相应的护理措施。

16. 护理制度。各项护理工作应遵循的法规。是在长期护理工作中总结出来的客观规律,是处理各项护理工作的准则,也是评价工作的依据;是维护正常工作秩序的保证,也是防范护理事故差错的重要措施;是护理工作达到工作程序化、管理制度化、操作规范化,确保病人安全,提高工作质量和工作效率的重要保障。护理制度主要有:病区(包括病人)管理制度,分级护理制度,饮食管理制度,病人出、入、转院制度,卫生宣传制度,差错事故管理制度。

17. 护理事故。凡在护理工作中,由于不负责任、不遵守规章制度或技术操作规程,作风粗疏或业务不熟悉而给病人带来严重痛苦,造成残废或死亡等严重不良后果称为护理事故。事故等级分类:一级事故是由于护理人员的过失,直接造成病人死亡者。二级事故是指促使病人死亡或造成残疾者。三级事故是指造成病人轻度残疾或严重痛苦。

18. 治疗性语言。是指能起到心理治疗性的语言。包括针对病人思想顾虑采期的开导性语言、对某些疾病的暗示性语言、对检查结果正常和预后良好的解释性语言及不良预后或难治的病症患者的保护性语言等。

19. 保护性语言。针对病人的心理状态所使用的具有保护作用的

语言。在治疗工作中对预后不良的病人,在沟通和表述病情时应注意措辞,避免对病人造成恶性刺激,对病人不愿透露的隐私,必须注意语言的保密性。

20. 保护性医疗。主要专指医疗机构及其医务人员为保护病人健康利益,在某些特定情况下采取隐瞒病情真相或其他相关措施,以避免对病人形成不良心理刺激,造成不良后果或对治疗效果产生不利影响。保护性医疗措施的实施在我国有法可依,其提出和被接受的理由是:担心病人得知病情真相后,不能承受病情严重带来的心理打击,所以医师有权对病人隐瞒病情。近年来,虽然有愈来愈多的学者开始质疑保护性医疗措施的法律基础和伦理学基础,但我国对绝症患者习惯上仍多采取保护性医疗措施。

21. 药品。是指用于预防、治疗、诊断疾病,有目的地调剂人的生理功能,并规定有适应证或者功能上主治、用法和用量的物质。包括中药材、中药饮片、中成药、化学原料药及其制剂、抗生素、生化药品、放射性药品、血清、疫苗、血液制品和诊断药品等。

22. 不良反应。药物对防治疾病无益甚至不利于机体的反应。一般可分为4种类型:副作用、毒性反应、继发反应和变态反应。药物作用具有双重性,即一方面有防治作用,另一方面又可发生不良反应。

23. 副作用。药物在治疗剂量下出现的与治疗目的无关的作用。可给病人带来不适或痛苦,一般较轻,危害不大,可以预料,应预先将可能发生的副作用告诉病人。

24. 毒性作用。药物引起机体的病理变化或损害。毒性作用可由用药剂量过大或用药时间过久,药理作用加重或机体对某种药物特别敏感所引起。可表现为中枢神经、消化、心血管、造血、泌尿等系统,以及肝、肾等重要器官的功能性或器质性损坏,甚至危及生命。在临床用药时必须严格掌握剂量、方法和疗程,以免引起毒性作用。

25. 继发反应。应用药物治疗后引起的一种不良后果:例如长期应用广谱抗生素,使敏感菌株受到抑制而耐药株乘机繁殖,破坏生态平衡,造成的二重感染。为防止药物的继发反应,必须严格掌握适应证,合理选用药物,杜绝不恰当的联合用药和无明确指征的滥用。

26. 客观性病历资料。是指记录病人的症状、体征、病史、辅助检查结果、医嘱等客观情况的资料,还包括为病人进行手术、特殊检查、其他特殊治疗时病人或其亲属签字的医疗文书资料、《医疗事故处理条例》中规定的患者可以复印或复制病历资料中的客观病历资料。

27. 主观性病历资料。是指在医疗活动中医务人员通过对患者病情发展和治疗过程进行观察、分析、讨论并提出诊治意见等而记录的资料,多反映医务人员对患者疾病及其诊治情况的主观认识,不同医务人员,对于病程的不同时期均可能出现不同结果,甚至出现相反的观点或意见。发生医疗事故争议时,主观病历资料作为医疗机构须提交的材料之一交医疗事故技术鉴定专家组。

28. 抢救。是对病情严重危及者或突然遭受意外伤害者所进行的紧急救护。其目的在于挽救患者的生命,使病情缓解或减少损害的影响,预防并发症或后遗症的发生。

29. 抢救成功。急、危重患者经过抢救,病情得到缓解,生命体征基本平稳 24 小时以上,可认为一次抢救成功。如果病情虽有暂时减轻,但患者 24 小时内死亡,应认为抢救无效。

30. 抢救次数。对急、危重患者的抢救,如果其病情得到缓解、生命体征基本平稳 24 小时以上,可计为一次抢救(抢救成功)。如果 24 小时后病情恶化,应作为第二次抢救。如果患者虽经过抢救,但 24 小时内死亡,也应计为一次抢救(抢救无效)。

31. 猝死。世界卫生组织定义为非暴力意外发生后 6~24 小时内死者称为猝死,现国内外多数学者主张发病后 1 小时内死亡者为猝死。

32. 临床死亡。指呼吸和心跳停止,大脑活动暂时停止,瞳孔散大、固定和对光反射消失。呼吸和心跳的停止并非意味着一定是病情不可逆的终结,近年随着复苏技术公支持疗法的提高,即使心脏停搏 4~6 分钟,如实施正确的基本生命支持和进一步生命支持措施,仍有部分患者心、脑等重要器官功能可以部分或较完全恢复至发病前状态。

33. 脑死亡。即全脑死亡,为大脑、小脑、脑干和颈髓功能的不可

逆停止和神经坏死。脑死亡的标准在不同国家及不同时期有所不同,我国还没有统一的法定标准。在排除抑制脑功能的可能因素(如药物、低温等)后,并连续观察 24 小时,以现下列指标可考虑诊断:①无自主呼吸;②深度昏迷,意识完全丧失,刘外界刺激今无知觉,也无运动反应;③无自主运动,肌肉张力低;④脑干反射消失,即头眼反射、前庭反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、呕吐反射等均消失;⑤脑生物电活动消失,脑电图呈电静止.诱发电位各种波消失。