

护理专业发展丛书

Linchuang Huli Wenshu Guifan (Zhuanke pian)

临床护理文书规范 (专科篇)

广东省卫生厅 编

10 110 01 01011 0101 01
0101011



广东省出版集团

广东科技出版社 (全国优秀出版社)

中国图书馆学会图书馆学分会

Electronic Mail Address: lib@lib.org.cn

信网图书馆建设

（附光盘）

中国图书馆学会图书馆学分会



清华大学出版社
地址：北京清华大学学研大厦A座
电话：(010) 62770175
http://www.tup.tsinghua.edu.cn

护理专业发展丛书

临床护理文书规范

(专科篇)

广东省卫生厅 编

广东省出版集团

广东科技出版社

· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

临床护理文书规范. 专科篇 / 广东省卫生厅编. —广州:
广东科技出版社, 2009.1
(护理专业发展丛书)
ISBN 978-7-5359-4892-2

I. 临… II. 广… III. 护理—病案—书写规则
IV. R197-323

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第008013号

责任编辑: 熊晓慧 张翠君
装帧设计: 陈维德
责任校对: C.DN
责任印制: 罗华之
出版发行: 广东科技出版社
(广州市环市东路水荫路11号 邮码: 510075)
E-mail: gdkjzbb@21cn.com
http: //www.gdstp.com.cn
经 销: 广东新华发行集团股份有限公司
排 版: 广东科电有限公司
印 刷: 佛山市浩文彩色印刷有限公司
(南海区狮山科技工业园A区 邮码: 528225)
规 格: 787mm × 1 092mm 1/16 印张29.75 字数600千
版 次: 2009年1月第1版
2009年1月第1次印刷
定 价: 45.00元

如发现印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

《护理专业发展丛书》

编 委 会

总策划 廖新波

策 划 彭刚艺 吴少林 温伟群

编委会主任委员 廖新波

编委会成员 廖新波 吴少林 温伟群 彭刚艺 李亚洁 钟华荪 刘雪琴
黄惠根 成守珍 陈伟菊 冯秀兰 张 莉

《临床护理文书规范（专科篇）》

编 审 组

主 编 陈伟菊 彭刚艺

主要编审人员 彭刚艺 陈伟菊 刘雪琴 冯秀兰 李亚洁

参加编审人员 张 莉 成守珍 覃惠英 潘继红 黄惠根 林 岩 陆新容
关丽婵 潘丽贞 伦丽芳 丁小容 王华珍

秘 书 汪亚红 周自由

主要编写人员 彭刚艺 陈伟菊 刘雪琴 冯秀兰 张 莉 成守珍 黄惠根
宋慧娟 毛惠娜 李 漓 张瑞英 周佩如 黄洁薇 李智英
许红璐 冯恽霞 刘雅玲 陈 凌 杨海轶 潘继红 林 岩
陆新容 谢婉花 郑美春 辛明珠 冯丽芬

参加编写人员（按姓氏笔画排序）

马泽萍	王 飞	王 梅	王丽芝	王灵晓	冯建宇	卢小娟	卢少萍
古成璠	司徒敏红	申校燕	石兰萍	乔 惠	刘沛珍	刘婕婷	刘翠青
刘 静	朱 颖	何 冰	何玉红	何明娇	余桂芳	吴子谕	吴文争
张 莉	张秀平	张细顺	李 华	李杏菘	李 芸	李秋屏	李茶香
李绮慈	李绮薇	杜 静	杨 青	杨满青	肖 晖	肖 萍	苏永静
苏敏谊	邱逸红	邹文霞	陈书人	陈少华	陈宝红	陈钰仪	陈焕娣
陈霭玲	冼雪红	周凤婵	周春兰	林丽霞	林颂华	胡丽萍	贺意辉

赵海璇	容超贤	徐信兰	徐燕芳	殷彩欣	袁 方	郭慧玲	陶惠琴
顾天骄	高世琴	梁素娟	梁翠琼	龚妮容	彭小苑	曾秀月	程忠才
谢青梅	韩 旒	蓝惠兰	翟云霞	谭淑芳	谭琳玲	谭霭谊	潘丽芬
戴雪梅							

主要编写单位

广东省卫生厅
暨南大学附属第一医院
南方医科大学珠江医院
中山大学附属第一医院
广东省人民医院
广州市第一人民医院
南方医科大学南方医院
佛山市第一人民医院
广东省妇幼保健院
中山大学附属肿瘤医院
广州市儿童医院

参加编审单位

广州医学院附属第一医院
广州医学院附属第二医院
中山大学附属第二医院
珠海市人民医院
东莞市人民医院
深圳北大医院
广东医学院附属医院

编 者 的 话

为了加强广东省医疗机构护理文书的管理工作，依法行医，规范临床护士行为，改进临床护理工作模式，提高专科护理质量、护理文书书写质量和效率，充分体现护理学科的专业内涵以及学科的发展趋势。广东省卫生厅在遵从卫生部《病历书写基本规范》及《广东省病历书写规范》有关规定的基礎上，组织编写《临床护理文书规范（专科篇）》（以下简称《规范》），《临床护理文书规范（专科篇）》是继《护理工作管理规范》、《临床护理技术规范（基础篇）》之后又一本广东省护理专业发展的力作。

《规范》的编写过程用时3年多，经历了4个阶段。第一阶段（2005年8月至2006年6月），形成《护理文书书写规范》初稿阶段。2005年8月，广东省卫生厅委托暨南大学附属第一医院组织人员开始编写《护理文书书写规范》，2006年6月形成初稿，共6章，包括护理文书书写基本要求、患者评估记录、护理文书书写内容、格式与要求（含一般患者护理记录、危重患者护理记录、手术患者护理记录）、专科护理记录（含15个专科）、医嘱执行记录及护理文书质量评价标准。初稿形成后，下发12家医院征求意见。

第二阶段（2006年10月至2007年8月），形成《护理文书书写规范及相关管理规定》。继2006年8月《护理工作管理规范》出台后，编写组在2006年10月13日文书修订的工作会议上，讨论决定此次修改的思路集中体现在以下几点：一是根据《护理工作管理规范》的护理核心工作制度，如查房制度、会诊制度等，护理文书书写方面也应随之作出相应的调整，如增加护理技术知情同意书、护嘱执行单、护理会诊申请单，在样表中体现上级护士（高级责任护士或组长）的查房意见；二是将《护理工作管理规范》中有关文书的管理规定纳入到本书中；三是调整了护理评估思路，强调评估的目的是为了后续的干预或护理措施，评估的重点内容应该是护理关注的重点问题，如卧位、活动、皮肤、自理能力、情绪等。而且，将一般患者护理评估单细分为内、外、妇、儿、老年等多个专科护理评估单，强调了专科情况的评估，为制定具有专科护理特色的护理计划提供了依据；四是建立了各专科护理观察记录单，强调过程的记录、实时记录。经过多家医院护理部主任、临床护理专家多次审稿、讨论、修改，确定护理观察记录单使用表格式，内容包括患者的生命体征、出入量、专科观察内容、护理措施以及特殊情况记录等。同时，将涵盖的基础护理和专科护理的具体内容进行标准化处理并印制在护理记录单上，旨在为各层级的护理人员提供一个书面的护理指引，方便书写；五是增设了“特殊护理需要评估与记录”章节（4个方面），为专科护士或高级责任护士实施个性化护理、专科护理提供了依据；六是修改了病室交班日志内容。除了每班患者数量

动态变化的记录，增加了护理重点关注内容的交接，如动静脉置管护理、静脉输液、吸氧、引流管护理、防压疮护理、自杀倾向等患者的书面交接。2007年10月形成《护理文书书写规范及相关管理规定》第二版修订稿，全书分为4章，包括护理文书书写基本要求、各类护理文书的表格及书写要求、护理文书管理规范及护理文书质量评价标准。通过广东省卫生厅医政处下发全省15个地级市36家医院试用并反馈了意见。

第三阶段（2008年1～9月），形成《广东省护理文书书写与管理规范》。第二稿下发后，在讨论及整合各医院反馈意见并参考香港护理文书的基础上，我们再次对书稿进行了调整和修改。本次调整的思路主要体现在：一是将入院评估与首次护理记录整合，更名为首次护理记录（单页）。首次护理记录（单页）的内容包括患者一般资料、护理评估、住院告知、特殊护理需要评估及记录等；二是在原有基础上，拓展了“特殊护理需要评估与护理记录”的内容（12个方面）并设立单张，供护士根据患者实际情况选择使用；三是将临床护理记录重新梳理，划分为3类：一般患者护理记录、专科护理记录和危重患者护理记录。其中，专科护理记录有两个层面，一是以医疗三级学科分类的“护理记录单”，如“心血管专科护理记录单”、“骨科专科护理记录单”等；二是以护理专业分类，由专科护士或高级责任护士使用的“专科护理记录”。后者涵盖了广东省护理专业发展比较成熟的专科，如压疮、造口、静脉治疗、糖尿病、老年病、骨科、产科、手术室、血透、腹透等。内容上涵盖了本专科需要的一般护理评估、专科护理评估及专科护理记录；四是增加了手术患者交接核对单和危重患者转运评估记录单。2008年9月医政处向广东省下发第三次征求意见稿，10月25日收集了来自广东省各地市级50家医院的326条反馈意见。

第四阶段（2008年10～12月），形成《临床护理文书规范（专科篇）》终稿。本次修订有两个里程碑标志的会议，其中第一次是南海会议，第二次是从化会议。根据全省各医院的反馈意见，经过多次修稿，反复思考、审视，达成共识：一是将专科护理单独成章节，把专科护理评估、评估意见和护理措施整合成专科护理单张，每一单张都包含护理目标、适用范围、格式与内容、书写说明、相关知识等五个部分。本书设计了老年护理、疼痛护理、压疮护理、失禁护理、输血安全护理、静脉治疗护理、呼吸护理、管道护理、骨科护理、糖尿病护理、造口护理、患者安全、透析护理、产科护理、手术护理、急诊护理、危重症护理等17个专科门类共71张专科护理单。专科护理单是临床护士实施专科护理行为的实时记录，此部分的设计希望能

起到抛砖引玉的作用，各医院可以根据各自的需要自行增加专科护理单，供临床护士选择使用。二是首次护理记录单的内容涵盖一般资料、护理评估、住院告知和护理重点四部分。三是将一般患者护理记录单更名为护理记录单，并设计了16张专科护理记录单，供护士根据患者专科情况选择使用。四是重新规范了护理文书书写与管理相关制度。五是建立护理文书评价体系。护理文书评价旨在提高护士能力，依法行医，落实护理工作核心制度和质量持续改进。同时将书名更改为《临床护理文书规范（专科篇）》。

修编后的《规范》全书共4个章节，从内容和形式上都有了全新的突破。从内容上跳出了固有的思维定势，突出了专科护理的内涵，顺应了专科护理发展的趋势。并根据临床护理文书相关管理制度建立了相应的护理文书，通过护理文书，能够真正反映临床护理质量。从形式上尝试改变护士书写记录费时费力的现状，全部设计为表格式记录，做到快捷省时的实时记录。

本《规范》的编写得到了各级领导的支持和各相关单位的帮助。参加的编写人员均为广东省近年培养和引进的高学历、高素质、拥有丰富临床经验的一线护理骨干。参与评审的专家中，有经验丰富的护理管理老专家、从事护理教育数十年的老教授、中青年护理部主任等。编审人员分别来自省内多家三级医院、3所护理学院（系）等机构。《规范》编写组全体人员通过3年多来不断的学习、讨论和反思，加深了对护理专业内涵的理解，明晰了护理专业发展的方向，希望能在护理文书书写方面为广东省同行提供一个范本，既不脱离各医院现状，又能顺应专业发展和体现专业特性。本书吸取了国内外许多专家、学者的研究成果，引用的著作、论文、资料等参考文献已在文后列出，并在此表示深深的谢意。

由于本书涉及的内容广泛，并且部分章节进行了全新的尝试，受编者学识和能力的限制，存在不足在所难免，诚请各位专家和同行批评指正。

本书编写组
2008年12月12日

序

护理文书是护士及其相关人员在临床护理活动过程中，对患者病情、医疗护理过程和护士行为的记录。由于护理文书能客观反映患者住院期间的病情发展、动态变化和医疗护理过程，因而一直是医护人员确立医疗护理诊断、判断病情变化、制定医疗护理方案的重要依据，并成为医疗护理团队内部各班次、各成员之间传达、传递患者信息的重要媒介。2002年随着《医疗事故处理条例》的出台，医疗护理文书因其具有提供医疗护理行为法律证据的效用而备受关注，护理文书书写的能力也成为护士应当具备的重要的核心能力之一。

然而，现行的临床护理文书种类单一，不能涵盖广东省现行的护理工作管理规范、临床护理技术规范和专科护理实践，对护士专业行为的指导作用不够。加之管理者对护理文书的功能作用缺乏深入的研究，对护士书写文书的质量缺乏有效的教育、训练，对书写的场所、方式、时机选择缺乏有益的探讨，故护理文书书写一度成为护士的负担，内容单一、重复、遗漏、脱节，所描述的情形与实际状况不符，书写耗时造成护士拖班等问题长期困扰护士和管理者。

《临床护理文书规范（专科篇）》是继《护理工作管理规范》、《临床护理技术规范（基础篇）》之后，又一本指导临床护理工作的专业工具书。全书从起草到出版历时3年，曾经在2006年、2007年和2008年3次整理成书，通过省卫生厅医政处下发全省征求意见，2007年9月17日第二次征求意见稿下发的同时，组织了广东省15个地市36家医院对文书的试用。根据试点过程中出现的问题及反馈意见和建议，从2008年1月22日到8月12日，共11次组织专家重新审核修订，形成了《广东省护理文书书写与管理规范》（第三次征求意见稿）。第三稿下发后从9月24日开始又组织了15次较大规模的审稿会，其中2008年10月23~24日的南海会议、25日的广州会议和12月12~13日的从化会议最终确定了全部“专科护理单”（本书第三章第四节）的内容、结构、命名，解决了表格式“护理记录单”（本书第三章第三节）如何选择护理项目，如何建立规范的体例和样表等难题。

应该感谢所有参编单位和前线的护士们，他们以求真务实的科学态度，以服务护士和患者的满腔热忱，以坚忍不拔的意志、愚公移山的精神，不断地试点、调整和总结，在反复的思维碰撞中，创造出一个全新概念的临床护理文书体系。

《临床护理文书规范（专科篇）》的总体设计理念是从实际出发，充分体现“以患者为中心”的护理文化，体现护理工作贴近患者、贴近临床、贴近社会的核心价值观，充分满足护士临床护理实践的需要，充分满足患者能够接受到更多、更专业、更具品质和成效的护理的需要。我们期待和相信，《临床护

理文书规范（专科篇）》的实施将把临床护理从基础护理时代引领到专科护理时代。全书提供的17个专科护理门类的71张“专科护理单”，7个项目的“首次护理记录单”和16个项目的表格式、专科的“护理记录单”，将促进广东省各医院以组织实施“专科护理”项目的方式，推进临床专科护理的实践和发展，把广东省护理事业发展提升到一个更高标准的平台。同时，《临床护理文书规范（专科篇）》提供了临床护理全过程的记录，包括观察、评估、判断的护理记录，执行医嘱护嘱记录、实施专科护理措施的记录，以及查房记录、会诊记录、疑难病历讨论记录等，以此强调对护士临床思维能力和解决问题能力的培养。而通过对上述不同种类护理文书使用者权限的设定，必将使正在实践中的临床护士分层级管理更加严谨和具可操作性，使各层级护士的核心能力、职责、权限更加清晰和明了，也使向患者提供临床护理服务的不再是护士个体，而是一个能力有大小、职责有分工、“护士管到患者”的负责任的合作团队。

更为重要的是，全书努力诠释“操作性护理文书”的理念，把《临床护理文书规范（专科篇）》与《护理工作管理规范》、《临床护理技术规范》有机衔接，把护理工作和管理层面和技术层面的实践通过护理文书表达和反映出来，以更加有效地促进前两个规范的落实。进一步说，正因为目前设计的护理文书表达了相关管理制度（见第二章）和各类护理技术的具体实施，我们就能通过护理文书看到在某个时间点，当患者出现问题后，护士是否能及时观察和评估，是否能及时采取护理措施，护理行为是否规范等等；也就是说，能通过护理文书看到护士依法行医、护理质量持续改进、患者安全、护士临床思维及能力等，实现以护理文书质量作为追溯和评价护理工作质量的目标，使护理文书成为评价临床护理工作质量最可靠、最真实的依据。

本规范具有很强的系统性、科学性、实用性和可操作性等特点，既是护士开展临床护理实践和书写记录的工具书、指南和标准，也是管理者设计和拓展专科护理项目、培养护士专科能力的重要依据，还是开展专科护理培训和“三基三严”训练的教材，更是建立护理质量评价思路的重要参考。本规范的出版将促进《护理工作管理规范》和《临床护理技术规范》的落实，有助于规范护士行为，帮助护士在平凡的工作中实现专业的价值和自身的价值。

目 录

第一章 临床护理文书的概念和基本要求	1
第一节 临床护理文书概述	1
一、临床护理文书的概念和种类	1
二、临床护理文书的作用	1
三、临床护理文书表格设计的基本原则	2
第二节 临床护理文书书写制度	4
一、临床护理文书书写的基本原则	4
二、临床护理文书书写的基本要求	4
第三节 临床护理文书管理制度	5
一、临床护理文书管理的基本原则	5
二、临床护理文书质量的分级管理	6
第二章 临床护理文书书写与管理相关制度	8
第一节 临床护士分层级管理制度	8
第二节 护理查房制度	9
一、护理业务查房	9
二、护理行政查房	9
三、护理教学查房	10
第三节 护理会诊制度	11
一、专科护理会诊	11
二、疑难病例护理会诊	11
第四节 医嘱护嘱执行制度	11
一、医嘱执行制度	11
二、护嘱执行制度	12
第五节 护理查对制度	13
一、医嘱查对制度	13
二、服药、注射、输液查对制度	13
三、手术患者查对制度	14
四、输血查对制度	14
五、饮食查对制度	15
第六节 护理交接班制度	15
第七节 护理不良事件报告制度	16
第八节 患者告知制度	20
第三章 各类护理文书表格及书写要求	21

第一节 体温单·····	21
第二节 首次护理记录单·····	24
一、内科首次护理记录单·····	24
二、外科首次护理记录单·····	28
三、妇科首次护理记录单·····	31
四、产科首次护理记录单·····	35
五、新生儿科首次护理记录单·····	38
六、儿科首次护理记录单·····	41
七、老年科（患者）首次护理记录单·····	44
第三节 护理记录单·····	47
一、护理记录单（文字式）·····	48
二、护理记录单（表格式）·····	51
（一）护理记录单（通用格式）·····	51
（二）护理记录单（心血管专科）·····	54
（三）护理记录单（消化专科）·····	56
（四）护理记录单（呼吸专科）·····	58
（五）护理记录单（血液专科）·····	60
（六）护理记录单（内分泌专科）·····	62
（七）护理记录单（肾脏专科）·····	64
（八）护理记录单（普通外科）·····	66
（九）护理记录单（骨科专科）·····	68
（十）护理记录单（泌尿外科）·····	70
（十一）护理记录单（心胸外科）·····	72
（十二）护理记录单（神经外科）·····	74
（十三）护理记录单（妇科专科）·····	77
（十四）护理记录单（产科专科）·····	79
（十五）护理记录单（新生儿科）·····	82
（十六）护理记录单（儿科）·····	84
第四节 专科护理单·····	86
一、意识护理单·····	86
二、智能状态护理单·····	90
三、睡眠护理单·····	91
四、疼痛护理单·····	96

五、吞咽进食护理单.....	100
六、营养护理单.....	103
七、老年综合征护理单.....	106
八、压疮风险护理单.....	109
九、压疮（伤口）护理单.....	121
十、约束护理单.....	128
十一、跌倒护理单.....	132
十二、轮椅护理单.....	136
十三、输血安全护理单.....	139
十四、药物外渗护理单.....	143
十五、失禁（尿）护理单.....	147
十六、失禁（大便）护理单.....	152
十七、排尿功能康复护理单.....	155
十八、排便功能康复护理单.....	159
十九、深静脉置管知情同意单.....	163
二十、经外周穿刺中心静脉导管置入术（PICC）护理单	165
二十一、经外周穿刺中心静脉导管置入术患者健康教育单.....	169
二十二、深静脉导管置入术后维护单.....	171
二十三、脐动静脉置管术前知情同意单.....	175
二十四、脐动静脉置管术护理单.....	177
二十五、脐动静脉置管术后维护单.....	181
二十六、外周血循环护理单.....	184
二十七、断肢再植/皮瓣移植组织血运观察护理单	188
二十八、深静脉血栓观察护理单.....	191
二十九、外固定（牵引、石膏、夹板、外固定架）护理单.....	195
三十、骨筋膜室综合征风险护理单.....	199
三十一、肘杖护理单.....	203
三十二、髋关节置换术后预防假体脱位护理单.....	207
三十三、颈椎损伤/手术患者呼吸功能观察护理单	211
三十四、排痰护理单.....	215
三十五、引流管（T管）护理单	219
三十六、造口（肠）护理单.....	223
三十七、造口（肠）自护能力护理单.....	229

三十八、血糖自我监测护理单.....	235
三十九、使用口服降糖药物护理单.....	238
四十、胰岛素注射护理单.....	242
四十一、胰岛素自我注射护理单.....	245
四十二、低血糖风险护理单.....	249
四十三、饮食治疗依从性护理单.....	254
四十四、糖尿病足护理单.....	258
四十五、糖尿病酮症酸中毒护理单.....	263
四十六、产后乳房胀痛护理单.....	267
四十七、产后尿潴留护理单.....	271
四十八、透析（血液）护理单（首次）.....	275
四十九、透析（血液）护理单（续页）.....	281
五十、透析（腹膜）护理单.....	284
第五节 产科专科护理单.....	288
一、产前待产记录单.....	288
二、硫酸镁注射液静脉滴注观察记录单.....	291
三、宫缩抑制剂静脉滴注观察记录单.....	294
四、催产素静脉滴注观察记录单.....	296
五、伴行产程图及头位分娩评分记录单.....	299
六、头位分娩评分表.....	302
七、分娩记录单.....	304
八、经阴道接生器械敷料清点记录及产后观察记录单.....	307
九、新生儿出生记录单.....	309
第六节 手术专科护理单.....	313
一、术前准备单.....	313
二、手术安全核对单.....	316
三、手术护理记录单.....	318
第七节 危重症专科护理单.....	323
一、护理记录单（危重患者）.....	323
二、危重症监护单（ICU）.....	325
三、危重症监护单（NICU）.....	329
四、危重症监护单（PICU）.....	333
五、危重症监护单（CCU）.....	337

六、危重症患者转运护理单·····	341
第八节 急救专科护理单·····	345
一、心肺复苏单·····	345
二、院前急救单·····	349
三、急诊抢救单·····	351
四、急诊留观护理单·····	353
第九节 其他部门护理记录单·····	355
一、高压氧治疗护理记录单·····	355
二、介入、导管治疗术后护理记录单·····	362
第十节 医嘱、护嘱执行单·····	365
一、医嘱执行单·····	365
二、护嘱执行单·····	367
第十一节 特殊护理技术操作知情同意书·····	369
第十二节 护理会诊单·····	371
第十三节 病房护理交班志·····	373
第四章 临床护理文书质量评价·····	375
第一节 临床护理文书质量评价的目的和意义·····	375
一、维护临床护理文书的法律效应·····	375
二、建立完善的临床护理文书质量评价机制·····	375
三、促进护理质量的持续改进·····	375
四、提高护士的临床护理专业水平·····	376
第二节 临床护理文书质量评价的原则和方法·····	376
第三节 临床护理文书质量评价的指标体系·····	376
附录 护理文书样表 ·····	390
附录1 一例心衰患者护理文书样表 ·····	390
附录2 一例心肌梗死患者护理文书样表 ·····	400
附录3 一例髋关节置换术患者护理文书样表 ·····	411
附录4 一例分娩产妇护理文书样表 ·····	428
参考文献 ·····	452

第一章 临床护理文书的概念和基本要求

第一节 临床护理文书概述

一、临床护理文书的概念和种类

临床护理文书是指护士在临床护理活动过程中形成的全部文字、符号、图表等资料的总和，是护士在观察、评估、判断患者护理问题，以及为解决患者问题而执行医嘱、护嘱或实施护理行为过程的记录。

临床护理文书书写是护士及其相关人员在临床护理工作中对患者病情、护士行为和医疗护理过程的记录。

临床护理文书种类涉及临床护理工作的各个部门和各个专科领域。本《临床护理文书规范（专科篇）》所规定的护理文书范畴基本包括两类：

（1）反映住院患者病情和治疗护理过程各类记录，包括体温单、首次护理记录单（含入院首次综合评估）、护理记录单、专科护理单（本书第三章第四至第九节）、医嘱护嘱执行单、护理会诊单、患者入院出院须知、健康教育单、护理知情同意书等。

（2）保证日常工作规范管理和有效衔接的各类记录，包括患者安全警示、急救药械交接记录、麻醉药品交接记录、护理不良事件报告单、病房护理交接班日志等各类护理文书。

二、临床护理文书的作用

护理文书的表格及书写是护理文书质量最集中的文字表达，直接与临床质量息息相关，也是具有法律效应的重要文件。

对于护理工作而言，护理文书的书写也是培养、培训护士专科护理能力的重要手段，护理文书还是考核评价护理工作的重要依据。

综上所述，护理文书的作用主要表现在以下几个方面：

（1）反映患者病情发展和动态变化。

（2）反映患者住院期间的医疗护理过程。

（3）在医疗护理团队内部各成员之间传达、传递患者的重要信息，是医疗护理诊断、判断病情变化、制定医疗护理方案的重要依据。

（4）反映护士的依法执业行为，护士及相关人员在某个时间点上为患者提供的护