

DIANZI HULI WENSHU GUIFAN SHOUC

电子护理文书 规范手册

主 编 ◆ 张利岩 王 英 马洪杰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

电子护理文书规范手册

DIANZI HULI WENSHU GUIFAN SHOUCHE

主 编 张利岩 王 英 马洪杰

副主编 (以姓氏笔画为序)

刘万芳 陕海丽 宫静萍 高艳红
管晓萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

马洪杰 王 英 王文妍 李 红
李冬梅 杨玉凤 张利岩 罗 敏
陕海丽 宫静萍 高 歌 高艳红
管晓萍



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

电子护理文书规范手册/张利岩,王英,马洪杰主编. —北京:人民军医出版社,
2013.7

ISBN 978-7-5091-6746-5

I. ①电… II. ①张… ②王… ③马… 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 139419 号

策划编辑:郝文娜 文字编辑:马凤娟 责任审读:余满松

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8724

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市世纪兴源印刷有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:5.5 字数:97千字

版、印次:2013年7月第1版第1次印刷

印数:0001—4000

定价:20.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

目 录

第 1 章 护理文书概述	(1)
一、护理文书的概念	(1)
二、护理文书的重要性及法律意义	(1)
三、护理文书书写基本原则	(1)
四、护理文书书写基本要求	(2)
五、临床护理移动信息系统在护理应用中的优势	(3)
第 2 章 体温单	(4)
一、体温单的概念	(4)
二、体温单书写内容	(4)
三、体温单书写要求	(4)
四、体温单的格式	(6)
五、体温单书写注意事项	(6)
六、体温单评分标准	(7)
七、体温单录入流程及重点提示	(8)
第 3 章 手术护理记录单	(12)
一、手术护理记录单的概念	(12)
二、手术护理记录单书写内容	(12)
三、手术护理记录单书写要求	(12)
四、手术护理记录单书写格式	(13)
五、手术护理记录单书写注意事项	(13)
六、手术护理记录单评分标准	(13)
七、手术护理记录单的录入流程及重点提示	(15)
第 4 章 护理记录	(16)
第一节 护理记录概述	(16)
第二节 入院护理评估单	(16)
一、入院护理评估单的概念	(16)
二、入院护理评估单书写内容	(16)
三、入院护理评估单书写要求	(17)
四、入院护理评估单书写格式	(17)
五、入院护理评估单书写注意事项	(17)

六、入院护理评估单评分标准	(18)
七、入院护理评估单录入流程及重点提示	(18)
第三节 一般护理记录单	(19)
一、一般护理记录单的概念	(19)
二、一般护理记录单书写内容	(20)
三、一般护理记录单书写要求	(20)
四、一般护理记录单书写格式	(21)
五、一般护理记录单书写注意事项	(22)
六、一般护理记录单评分标准	(22)
七、一般护理记录单的录入流程及重点提示	(23)
第四节 重(危)病人护理计划单	(25)
一、重(危)病人护理计划单的概念	(25)
二、重(危)病人护理计划单书写内容	(25)
三、重(危)病人护理计划单书写要求	(25)
四、重(危)病人护理计划单书写格式	(25)
五、重(危)病人护理计划单书写注意事项	(25)
六、重(危)病人护理计划单评分标准	(26)
七、重(危)病人护理计划单的录入流程及重点提示	(27)
第五节 特别(抢救)护理记录单	(28)
一、特别(抢救)护理记录单的概念	(28)
二、特别(抢救)护理记录单书写内容	(28)
三、特别(抢救)护理记录单书写要求	(28)
四、特别(抢救)护理记录单书写格式	(29)
五、特别(抢救)护理记录单书写注意事项	(29)
六、特别(抢救)护理记录单评分标准	(30)
七、特别(抢救)护理记录单录入流程及重点提示	(31)
第5章 医嘱	(35)
一、医嘱的概念	(35)
二、医嘱的内容、种类	(35)
三、医嘱处理方法	(35)
四、医嘱处理要求	(36)
五、医嘱单格式	(37)
六、医嘱处理注意事项	(38)
七、医嘱评分标准	(39)
八、医嘱的处理流程及重点提示	(40)

第 6 章 护士交班报告	(44)
一、护士交班报告的概念	(44)
二、护士交班报告书写内容	(44)
三、护士交班报告书写要求	(44)
四、护士交班报告书写格式	(45)
五、护士交班报告本书写注意事项	(45)
六、护士交班报告考评标准	(46)
七、护士交班报告的录入流程及重点提示	(46)
参考文献	(50)
附录 A 体温单示例	(51)
附录 B 手术护理记录单示例	(52)
附录 C 入院护理评估单示例	(55)
附录 D 一般护理记录单示例	(57)
附录 E ×××医院重(危)病人护理计划单示例	(62)
附录 F 特别(抢救)护理记录单示例	(64)
附录 G 医嘱单示例	(72)
附录 H 医嘱本示例	(73)
附录 I 护士病情交班记录示例	(75)

疗机构病历管理规定》的要求。

2. 符合医疗护理常规、制度、职责和规范的原则。
3. 有利于保护医患双方合法权益,减少医疗纠纷。
4. 重点记录患者病情发展变化和医疗护理全过程。
5. 体现护理行为的科学性、规范性,体现护理专业自身的特点、专业内涵和发展水平。
6. 护理文书书写应体现“实时性”,即在完成护理观察、评估或措施、效果后立即书写。
7. 符合方便、快捷、提高工作效率的原则。
8. 护理文书的书写方式要体现和适应临床护士分层级管理、连续性排班和责任制护理工作模式。
9. 明确权限和职责,谁执行,谁签字,谁负责。
10. 健全临床护理文书书写和管理制度。

四、护理文书书写基本要求

1. 书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整的原则。
2. 除另有规定外,应当使用蓝黑墨水笔书写,体温单中体温、脉搏曲线用蓝色及红色绘制。
3. 应当使用中文书写,通用的外文缩写或无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。
4. 应当按照规定的格式和内容书写,规范使用医学术语,文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。
5. 护理文书一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用 24 小时制记录。
6. 手工书写过程中出现错字时,应当用双线画在错字上,保留原记录清楚、可辨,然后在错字的右侧更正,并在括号内注明修改时间和修改者签名,不得采用刮、粘、涂等方式掩盖或去除原来的字迹。
7. 实习护士、试用期护士书写的内容,须经本科室执业护士(带教老师)审阅、修改并签执业护士全名。
8. 为确保病人安全而设计的各种安全警示,如药物过敏、防跌倒、防坠床、防烫伤、防自杀等,提供给病人时要在护理记录中注明起始时间。
9. 实施特殊护理技术前,必要时签署患者知情同意书。
10. 因抢救危急重患者而未及时书写的记录,有关人员应在抢救后 6 小时内据实补记。
11. 各类护理文书眉栏共同项目包括:患者姓名、科别、病区、床号、住院号或病案号。

五、临床护理移动信息系统在护理应用中的优势

临床护理移动信息系统是在为进一步推进医院信息化建设的需求下产生的。它着重解决在移动中医护人员之间的信息交流问题。不仅保证了各项医嘱执行的及时和准确,还便于护士随机确认各项材料费用;同时达到护理部对护士个人工作的量化和质化管理,为医院管理带来了显著的效益。主要体现在:

1. 提高了工作效率,预防临床护理差错 护理临床电子移动系统的应用,实现了护士对病人信息获取、浏览、查对、采集、执行和传输、检索数据等一体化,同时系统会自动将所采集的数据生成相应的表格,克服了以往手工护理病历字迹潦草、涂改、有刮痕、不整洁的弊端,代之以统一、美观、整洁的文书,尤其对更改错字、内容更方便,使护士从烦琐的事务性工作中解脱出来,提高了护士的工作效率。移动系统可自动检索需要复测体温的患者,自动汇总 24 小时出入量,具有各种不正常数据的提醒功能,为护士准确监测患者生命体征提供了依据。同时移动系统提供了新医嘱的提醒和执行医嘱后的自动上传,以及自动查对功能,不仅保证了各项医嘱执行的及时和准确,同时也有效地预防了医疗差错和事故。

2. 缩短了年轻护士的适应时间,加快了人才培养 通过统一制作的模板,规定书写项目、内容、时间、专科观察重点等,使年轻护士能在短期内学会某一疾病的观察护理要点,并运用到实际工作中,解决了年轻护士由于知识缺乏,不能准确把握观察、护理要点,不能全面规范书写等问题。

3. 加强了医护沟通,减少了护理纠纷 通过医院设定权限,护士能方便查看医生书写的病历及病人各种检查结果,减少了医、护文书记录上的矛盾,一定程度上避免了日后可能发生的医患纠纷。

4. 为护理人员的绩效评估提供了客观的依据 临床护理移动信息系统能根据要求,提供每位护士及每个护理单元不同时间段的工作量,为护理人员的绩效考评提供客观依据。

第2章 体温单

一、体温单的概念

体温单为表格式,主要用于记录住院病人体温、脉搏、呼吸曲线及各种相关数据,如出入院、分娩、转出、转入、死亡时间、血压、体重、出入量、胃液、腹水情况等。住院期间体温单排列在病历首页之前,以便查看,为医疗护理提供病人最基本的信息。

军队医院所用体温单的书写格式、内容和要求主要依据总后勤部卫生部主编的《医疗护理技术操作常规》(第4版)(以下简称《常规》)。

二、体温单书写内容

体温单包括眉栏各项,入院、出院、分娩、手术、转科、死亡时间、住院日数、住院日期、手术后日数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、尿量、出入量、身高、体重、腹围、药物过敏记录等。

三、体温单书写要求

(一)眉栏

1. 用蓝黑墨水笔填写的内容 包括姓名、入院时间、床号、病区、住院号、住院日期、住院天数、手术后日数。使用临床护理移动信息系统直接导入,不需要护士填写。

2. 住院日数 自入院当天开始计数,连续填写至出院日,用蓝黑墨水笔填写阿拉伯数字。使用临床护理移动信息系统,住院天数直接导入,不需要护士填写。

3. 住院日期 为患者实际住院日期,首页第1天及跨年度的第1天应填写年、月、日,其余只写日,用蓝黑墨水填写阿拉伯数字。使用临床护理移动信息系统直接导入,不需要护士填写。

4. 手术(分娩)后日数 以手术(分娩)次日为术后第1日,用蓝黑墨水填写阿拉伯数字“1、2、3……”连续写至14日止,如果在14日内行第2次手术,则停写第1次术后日数,在第2次手术当日填写—0,连续写至14日为止。临床护理移动信息系统自动将手术后日期导入,不需要护士填写。

(二)体温单的40至42℃区间

用红笔在40至42℃区间纵向顶格填写患者入院、转入、手术、分娩、转科、出院、死亡时间。时间精确到分,要与医生的病历记录相一致,用中文大写数字书写××时××分。若使用电子临床移动系统,护士在电脑PC端体温录入系统的“补充项目明

细”中,选好所录项目,直接输入时间,会自动显示在体温单上,手术不写名称,转科不注明特别。

(三)体温、脉搏、呼吸栏

1. 体温的记录 体温单内每小格为 0.2°C , 5 小格为 1°C , 用蓝笔将所测的体温结果绘制在体温单上。

(1)口温以蓝“.”表示;腋温以蓝“x”表示;肛温以蓝“o”表示,相邻两次体温之间用蓝实线相连。

(2)高热病人物理降温或药物降温 30 分钟后,复测一次体温,所测体温绘制在降温前体温的同一纵格内,以红“o”表示,并用红色虚线与降温前的体温相连,下一个时间点测得的体温应与降温前的体温相连。若使用临床护理移动信息系统,护士在 PDA 端录入时直接录入物理降温后的数据即可显示以上内容。

(3)体温低于 35°C 者,在 34 至 35°C 区间用蓝笔写“不升”。

(4)如测体温时患者不在病房,应在本班时间段内尽量补测,若确实无法测量,则于 41 至 42°C 区间用蓝黑笔纵向顶格注明“外出”“请假”“拒试”,前后两次体温曲线断开不相连。

(5)任何异常高或低的体温,应重复测试,待肯定无误后记入,并须立即报告医生。

(6)常规测量体温每日 1 次,新入院病人常规测每日 2 次体温,连测 3 天,如体温正常改为每日 1 次,直至出院。一级护理或发热(体温超过 37.5°C)应每日测 4 次体温,体温在 39°C 以上者应每 4 小时测 1 次体温,体温正常 3 天后由每日 4 次或每日 6 次改为每日 1 次或按等级护理要求确定体温测量频次。

(7)大中手术前 1 天测体温 2 次,大手术后测体温每日 4 次,连测 7 天,体温正常改为每日 1 次,或按等级护理要求确定体温测量频次;中小手术即手术后医嘱为二级或三级护理者,测体温、脉搏每日 2 次,连测 7 天,体温正常者改为每日 1 次,或按等级护理要求确定体温测量频次;有发热者按发热处理。

(8)专科疾病须观测体温者,按疾病常规或医嘱执行。

(9)一级护理的瘫痪、牵引、卧石膏床患者,只要病情平稳,可每日测 1 次体温。

2. 脉搏或心率的记录 体温单内每小格为 4 次,5 小格为 20 次,用红笔将所测的脉搏或心率绘制在体温单上。

(1)脉搏:脉率均以红“.”、心率以红“o”表示,若有心电监护,相邻的脉率或心率之间用红色直线相连。

(2)脉搏短绌者在同一时间内分别录入心率和脉搏,要求在心率与脉搏之间用红色笔画斜线涂满。

(3)当脉搏与体温重叠时,先画体温符号,再用红笔在体温符号外画红“o”表示,如相邻两次体温与脉搏均重叠,中间用红色直线相连。

(4)如测脉搏时患者不在病房,处理方法同体温。

3. 呼吸的记录 要求呼吸在底栏填写阿拉伯数字,相邻两次呼吸上下错开填写。

(四)底栏

底栏的内容包括血压、体重、尿量、输入液量、饮水量、抽出液量、大便次数、出入量、其他等。

(1)尿量:记录前一天7时至当天7时患者的24小时总尿量,以“ml”为单位。

(2)大便次数:记录前一日至当天同一时间的24小时的大便次数,均于当日下午测量体温时询问。未解大使用“0”表示,大便失禁或人工肛门者以“*”表示,灌肠以“E”表示。例如:“0/E”表示灌肠后大便0次;“1.2/E”表示灌肠前自行排便1次,灌肠后又排便2次;“4/2E”表示2次灌肠后排便4次。

(3)饮水量:以“ml”为单位,用阿拉伯数字填写,包括饮水量和食物的含水量。

(4)抽出液量:以“ml”为单位,用阿拉伯数字填写,包括胸腔积液、胆汁、腹水引流总量。

(5)出入量:记录前一日24小时的出入量,用阿拉伯数字填写。

(6)血压:以“mmHg(kPa)”为单位,用阿拉伯数字填写;新入院患者常规测量、记录血压,均按医嘱执行。1日内连续测量2次血压,则上午血压写在前半格,下午血压写在后半格。

(7)体重:以“kg”为单位,用阿拉伯数字填写;新入院患者的首次体重常规记录在体温单相应栏内,住院患者每周测量体重1次并当天记录在体温单的相应栏内;以平车、轮椅入院的患者在相应栏内填写“平车”或“轮椅”,卧床或危重病不能测量的患者以填注“卧床”。

(8)其他:作为机动栏,根据病情需要填写,如过敏药物、腹围等。

四、体温单的格式

体温单的格式见附录A。

五、体温单书写注意事项

1. 体温单眉栏填写齐全、准确,符合要求,有住院日数,有年、月、日。使用临床护理移动信息系统可直接导入,不需要护士填写。

2. 40~42℃区间填写内容齐全,正确无误。

3. 曲线绘制点圆、线直、粗细均匀,次数符合要求。电子体温单绘制及时,与原始数据吻合,每7天打印1次。

4. 呼吸、血压、体重记录符合要求。

5. 大便次数按要求记录,灌肠患者的大便次数(人工肛门、大便失禁)记录符

合要求。

6. 摄入量量和排出液量记录准确无误。

7. 术后天数记录准确无误。

8. 体温单页面清洁整齐、内容无涂改、无缺项漏项(电子体温单要求相同)、填写项目齐全。

六、体温单评分标准

体温单书写质量考核标准见表 2-1。

表 2-1 体温单书写质量考评标准

项目	考评内容	分值	总分值 100 分
一般要求	眉栏项目、日期、页数填写齐全、准确,书写格式正确,页面清洁整齐。错项或漏项 1 处扣 1 分	10 分	20 分
	在 40 至 42℃ 区间按要求填写入院、转科、手术、分娩、出院、死亡等,时间与病历记录一致,填写正确。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
	底栏按要求填写正确,无漏项,数据与其他护理文书相符。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
书写内容	曲线绘制符合要求,点圆、线直、粗细均匀,次数符合要求。电子体温单绘制及时,与原始数据相符。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	80 分
	按要求测量并记录体温,高热患者物理降温 30 分钟后记录体温,体温不升(<35℃)者记录清楚,“外出”“请假”“拒试”等填写正确,检查患者回病房后补测体温。错项或漏项 1 处扣 1 分	25 分	
	入院时测量体温、脉搏、呼吸、血压、身高及体重并记录,记录符合要求。错项或漏项 1 处扣 1 分	10 分	
	一般患者记录脉搏,心电监护患者记录心率,脉搏短绌者在同一时间内分别记录心率和脉率,记录频次符合要求。错项或漏项 1 处扣 1 分	10 分	
	呼吸记录符合要求,入院当日记录呼吸,住院期间根据医嘱测量并记录。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
	血压记录符合要求,入院当日记录血压,住院期间根据医嘱测量并记录。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
	大便记录符合要求,每日 14:00 记录大便次数,大便失禁或人工肛门者以“*”表示,灌肠者以“E”表示。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
	出入量记录符合要求,7:00 记录前一日出入量,用阿拉伯数字填写,引流量和抽出液量记录清楚。错项或漏项 1 处扣 1 分	10 分	
	手术、分娩患者当日在 40 至 42℃ 区间填写,底栏填写术后天数,连续记录 14 天止,如在 14 日内行第二次手术则停写第一次术后天数,记录第二次手术。错项或漏项 1 处扣 1 分	5 分	
	非本医疗机构注册护理人员单独书写并签名的加扣 5 分		

七、体温单录入流程及重点提示

(一) 录入流程

台式机客户端(又叫 PC 端)与掌上电脑客户端(又叫 PDA 端)流程相同。

1. 双击  图标,出现登录界面,依次输入用户名和密码,点击“确定”进入程序。(与进入护士站方法相同)(图 2-1)

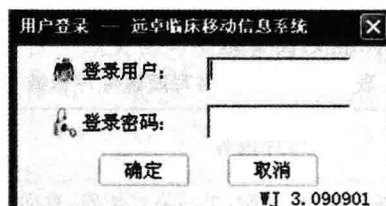


图 2-1 登录界面

2. 进入主界面。主界面包含的信息有病人信息栏,可切换床号选择病人;生命体征显示栏;出入量、手写项目信息显示栏。(图 2-2)

远卓临床移动信息系统 VJ 3.090901
系统(Q) 设置(E) 体征单(E) 护理记录单(E) 护士交班记录 统计查询(S) 帮助(H)

护理单元: 十三病区护理单元 床号: 1 病人标识号: J00117754
姓名: 王丽影 性别: 女 年龄: 29 费别: 外地医保
诊断: 肝区积水 经治医生: 陶涛

2010年 2月22日 保存当日体征(S)

打印起始日期 入院第8周 2010年 2月18日 打印多日体征(Q)

时间	体温	脉搏	呼吸	收缩压	舒张压	血氧	心率	物理降温	血糖
09:33	37.0	50		110	80				
15:33	36.5	60	40	120	90				

体重(千克) 未测

总出量(毫升) 1550

原量(毫升) 1000

总入量(毫升)

大便次数(次) 2/1

项目名称	项目数值
手术	12 时
鼻胆管引流	200 ml
胆汁引流	150 ml

图 2-2 主界面

3. 基本生命体征录入。(1)鼠标左键点开“体征单”一栏中“体征明细”一项,出现体征录入界面。(图 2-3)

(2)在“时间”一栏里更改所要录入的时间点,如 14:00,在相应的体温、脉搏、收缩压、舒张压栏里,输入相应的数据。(图 2-4)

图 2-3 体征录入界面

图 2-4 不同时间点体征录入界面

(3)用鼠标左键点击“添加”按钮，即录入完毕。

(4)修改一条数据:选择一条数据在录入栏中修改原有数据,点击“更改”,完成。

(5)删除一条数据:选择一条原有数据,点击“删除”完成。

(6)双击“√”可取消此条数据在体温单显示。

4. 出入量录入。点击“体征单”→“出入量明细”→进入录入界面。

(1)添加一条数据:选择床号和时间,在录入栏录入出入量数值,点击“添加”完成。

(2)修改一条数据:选择一条数据在录入栏中修改原有数据,点击“更改”完成。

(3)删除一条数据:选择一条原有数据,点击“删除”完成。

(4)总量自动累计。

5. 引流液明细录入。点击“体征单”→“补充项目明细”→进入体征项目明细录入界面。(图 2-5)

图 2-5 体征项目明细录入界面

(1)添加一条数据:选择“体征项目明细”中下拉框中的任意一条引流液项目,录入数值,点击“添加”完成。

(2)总量:同一条引流液可录入多条明细数据,总量显示在“体征项目”显示栏中。

(3)修改、删除一条数据:选择体征项目中某条引流液的总量,点击单条明细数据使用修改、删除按钮进行操作。(图 2-5)

(4)所有引流液出入量均自动累计到出入量总量中。

6. 非引流液明细录入。点击“体征单”→“补充项目明细”→进入录入界面。

(1)在左侧下拉框中选中所需项目并录入数值(时间以数值方式录入),添加即可。

(2)非引流液项目和引流液项目总量均显示在左侧显示栏中。

(二)重点提示

1. 若使用电子临床移动系统,体温单中的眉栏、住院日期会自动导入,不需护士填写。

2. 电子临床移动系统中,体温的录入我们默认为腋温。

3. 手术、分娩、出院、转科、死亡患者,在录入系统的“补充项目明细”中,选恰当的项目,直接输入手术时间,手术名称等会自动显示在体温单上,手术不写名称,手术(分娩)后日数会自动显示。

4. 若使用电子临床移动系统,则于 41 至 42℃ 区间写明外出、拒试、请假、检查、术中、透析等情况。

第3章 手术护理记录单

一、手术护理记录单的概念

手术护理记录单是手术室护士对患者术中护理情况及所用器械、辅料的记录，应当在手术结束后即时完成。在临床上为了护理安全的需求，我们在手术护理记录单中增加了与临床科室的交接时间和内容。

二、手术护理记录单书写内容

1. 术前核对 包括患者科室、住院病历号、床号、姓名、性别、年龄、体重、过敏史、手术名称、麻醉方法、手术体位、术前准备、手术类别及交接护士等。
2. 入手术室情况 入室时间、生命体征、皮肤情况等。
3. 病人术中一般情况 皮肤情况、保温措施、术中输血量、输液量、病人术中尿量、标本情况及术中是否有植入物等。
4. 术中特殊护理记录 指除一般情况以外的其他护理观察内容。
5. 术中物品清点记录单 术中各种物品清点记录。
6. 出手术室基本情况 出室时间、生命体征、病人将转往的科室、及体内是否有填塞物等。
7. 术后与临床护士的交接 生命体征、意识、皮肤、各种管路情况、切口情况、物品等。

三、手术护理记录单书写要求

1. 手术护理记录单由巡回护士用蓝黑笔填写，字迹清楚、表达准确、不得涂改、不能用缩写、简写。
2. 记录内容应当填写清楚、完整、不漏项。书写的各个项目要用全称，书写应客观、真实、准确、及时、完整，符合《病历书写基本规范》的要求。
3. 术前核对后和术后交接后均应有手术室护士和病区护士的签名，并注明时间。
4. 术中如有留取病理标本，应有标本处理者签名。
5. 患者出手术室时应有手术医生签名。
6. 器械护士、巡回护士在手术护理记录单上签全名，签名要清晰可辨。