



## 第十五章

# 医疗与护理文件记录

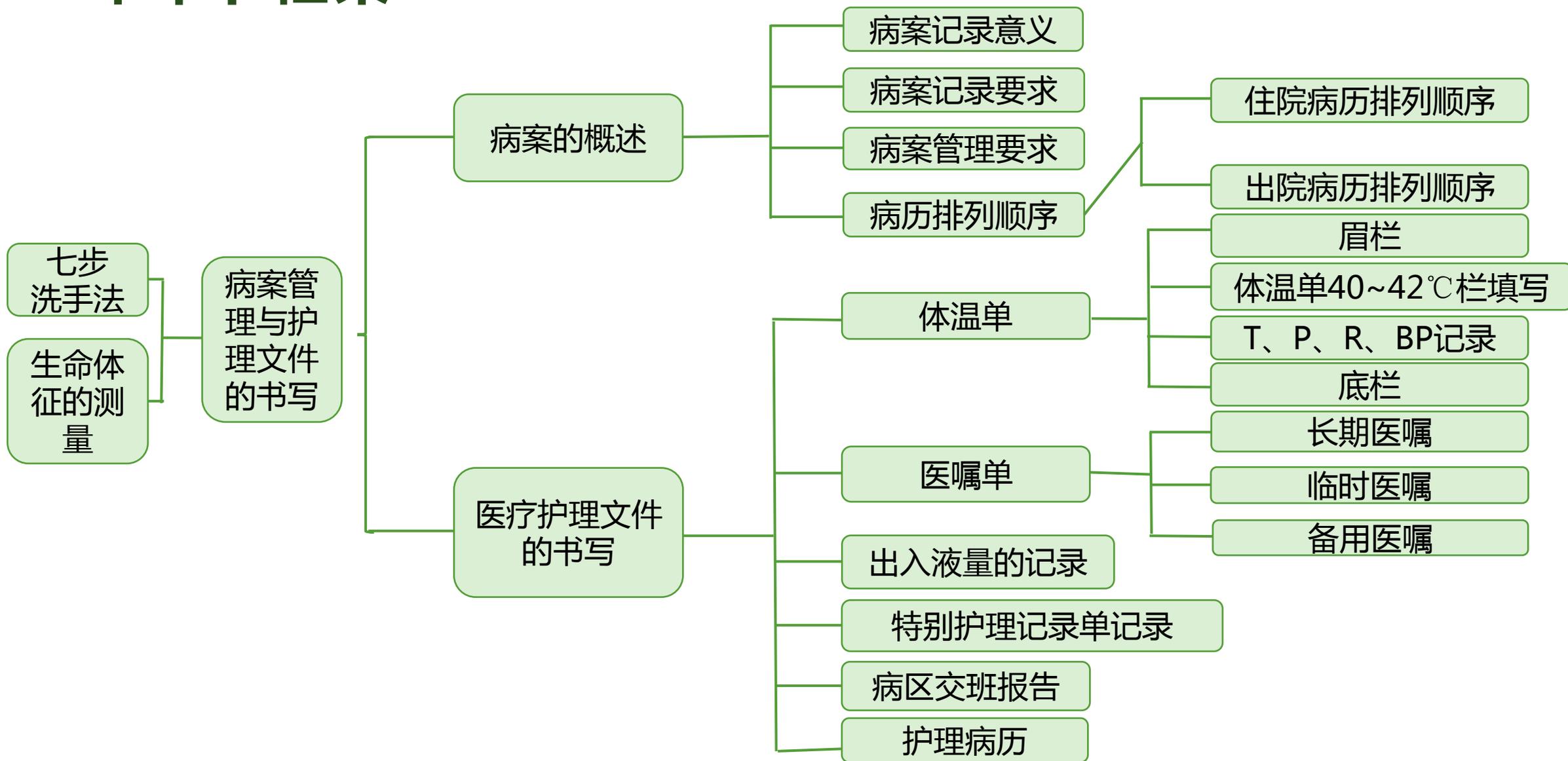


主讲人：陈亚静



单位：郑州澍青医学高等专科学校

# 本章节框架





**学习使我清醒**

知乎 @冷静小男孩

**1.了解：医疗与护理文书记录的意义**

**2.熟悉：1) 医疗与护理文书书写的原则及管理要求**

**2) 病区交班报告书写要求**

**3.掌握：1) 住院病历、出院病历的正确排序**

**2) 不同种类医嘱的概念**

**3) 各种医嘱的处理方法及注意事项**

**4) 出入液量记录内容**

**5) 特别护理记录单的记录要求**

**6) 病区交班报告书写顺序**

**7) 能够正确绘制体温单、处理医嘱**



## 第一节

# 概述





# → 记录的意义



## 提供病人信息资料

医护人员进行正确诊疗、护理的依据，也是进行交流合作的纽带。

## 提供教学与科研资料

医学教学的最好教材，也是开展科研工作的重要资料。

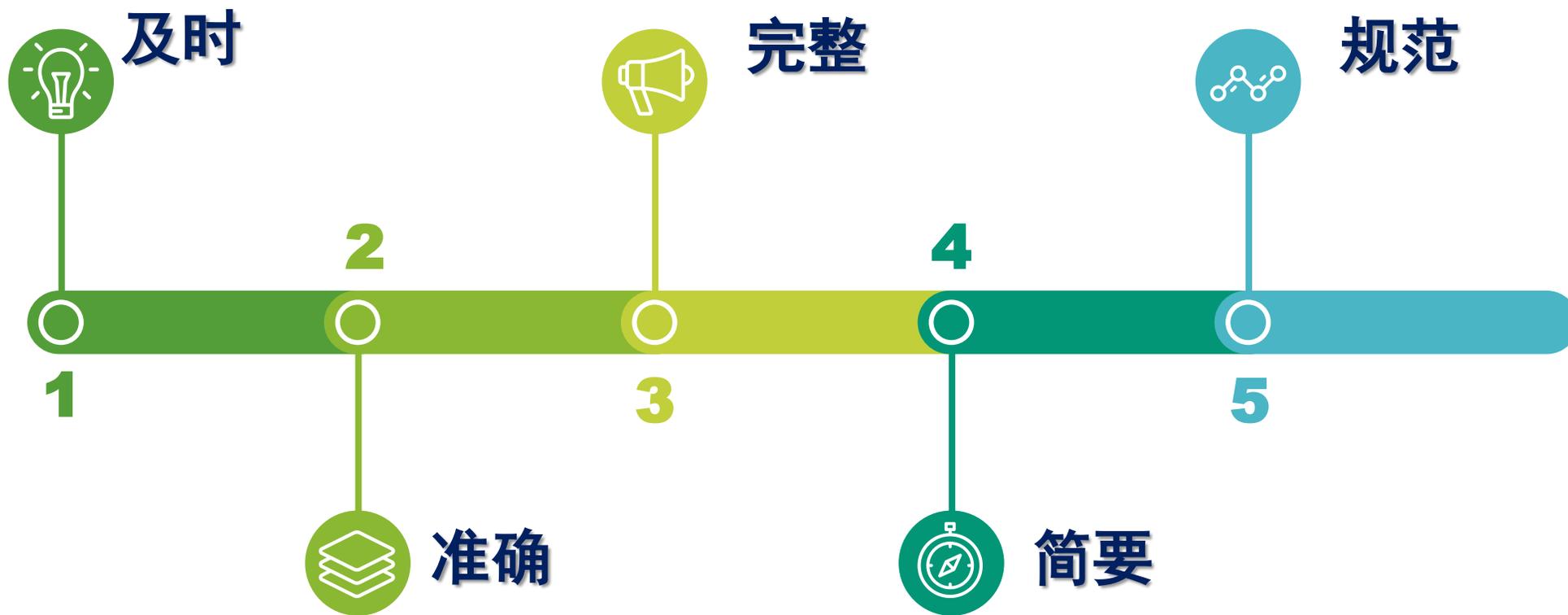
## 提供法律依据

法律认可的证据性文件，可作为医疗纠纷、人身伤害、保险索赔等的证明。

## 提供评价依据

反应医疗护理质量、学术及技术水平，是医院医疗护理管理水平的重要标志之一。

# 记录的原则





## 及时

各种病案应及时完成，使用24小时制记录；因抢救危急病人未及时书写病案的，应在抢救结束后6小时内据实补记，并注明抢救完成的时间。



## 完整

眉栏、页码填写完整；记录连续，不留空白，签全名。不得丢失，不得拆散、外借、损坏。





## 准确

记录内容在时间、内容及可靠程度上真实、准确无误，病人主诉和行为详细、真实、客观描述。

执行者为记录者，按执行的时间记录，**书写错误**用**双横线**划在错字上，保留原记录清楚、可辨，在划线的错字上方修改，并注明时间，签名。

瞳 邓莉莹

神志清楚，双侧瞳孔





## 简要

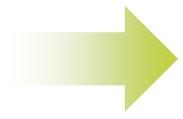
记录内容简洁、流畅、重点突出。使用医学术语和公认的缩写，避免笼统、含糊不清或过多修辞。



## 规范

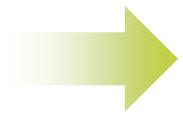
不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

起始		医嘱内容	医师 签名	护士 签名	核对 签名	停止		医师 签名	护士 签名
日期	时间					日期	时间		
<b>2-9</b>	<b>9:30</b>	内科护理常规							
		二级护理							
		低脂饮食							
		<b>ATP 20mg im Qd</b>	李明	王红	刘英	<b>2-26</b>	<b>9:10</b>	李明	王红
<b>2-20</b>	<b>9:40</b>	硝苯地平 10mg Tid							
		黄连素 0.2 Qd	李明	王红	刘英	<b>2-26</b>	<b>9:20</b>	李明	王红



# 管理要求

- ◆ 按规定放置，记录或使用后必须放回原处。
- ◆ 保持文件清洁、整齐、完整，防止污染、破损、拆散和丢失。
- ◆ 病人及家属不得随意翻阅文件，且不得擅自带出病区；需复印或复制时，制定专人负责携带与保管。
- ◆ 按要求妥善保管。
  - 门诊、急诊病历保存期自病人最后一次就诊之日起不少于15年。
  - 病区交班报告本由病区保存1年。
  - 病人出院后，住院病历送病案室长期保存。



## 管理要求

- ◆ 病人本人或其代理人、死亡病人亲属或其代理人、保险机构等**有权利**复印门（急）诊病历、住院病历。
- ◆ 教学或科研需要查阅病历时，需经医疗机构相关部门统一，**使用后**立即归还，不得泄露病人隐私。
- ◆ 发生医疗事故纠纷时，医患双方在场的情况下**封存病历**，由医疗机构负责医疗质量监控的部门或专人保管。



## 第二节

# 医疗护理文件书写





# 一、体温单



## 体温单 (Temperature chart)

主要用于记录病人的生命体征及其他情况，如病人入院、手术、分娩、转科、出院、死亡等时间，体温、脉搏、呼吸、血压、体重、大便次数、出入量等，住院期间体温单排列在住院病历的首页，以便医务人员查阅。

**体 温 单**

科别 \_\_\_\_\_ 床号 \_\_\_\_\_ 门诊号 \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 岁 诊断 \_\_\_\_\_ 住院号 \_\_\_\_\_

日	晨	午	晚	夜	晨	午	晚	夜	晨	午	晚	夜	晨	午	晚	夜	晨	午	晚	夜
住院次数																				
手术日期																				
呼吸																				
脉搏																				
体温																				
180																				
160																				
140																				
120																				
100																				
80																				
60																				
40																				
20																				
10																				
大便 (次)																				
小便 (次)																				
摄入量 (ml)																				
入水量 (ml)																				
体重 (kg)																				
血压 (mmHg)																				
药物过敏																				



# 一、体温单——眉栏



- ◆ **眉头部分** 用蓝(黑)钢笔填写姓名、年龄、科别、病室、入院日期和住院号等，均使用阿拉伯数字。
- ◆ **“日期”栏** 每页体温单的第1d应填写年、月、日，其余6d只写日，如在6d内遇到跨年或跨月，则应填写年、月、日或月、日。
- ◆ **“住院日数”栏** 入院当天开始填写，连续写至出院日。
- ◆ **“手术（分娩）后日数”栏** 用红色钢笔填写。以手术（分娩）次日为第1d，连续写至14d止。若在14d内行二次手术，则第一次手术日数为分母，第二次手术日数为分子，连续写至二次手术后14d止。



# 一、体温单——眉栏



每一页第一天必须有年月日

××中心 医院

住院住到哪天就写到哪天为止

## 三测单

姓名 张三 科室 心内科 床号 5床 入院日期 2019-12-29 住院病历号 687536

日期	2019-12-29	30	31	2020-01-01	2	3	4
住院天数	1	2	3	4	5	6	7
术后天数				1	2	3	1/4
时间	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23	3 7 11 15 19 23

手术次日开始记数，连续填写14d。

手术

如果是出现手术  
转月填写  
月-日





# 一、体温单——体温曲线的绘制



◆ **体温符号** 绘制在体温单35~42℃之间，每小格0.2℃。

口温 ● 腋温 × 肛温 ○

◆ **T < 35℃** 体温不升。在35℃以下相应时间纵格内用**红笔**写“**不升**”

◆ **物理降温后复测体温** 测得体温以 **○** 表示，与降温前T同一纵格，**红 - - - - -** 与降温前T相连，下次T仍用 **——** 与降温前T相连。



# 一、体温单——体温曲线的绘制



- ◆ **“病人拒测、外出进行诊疗或请假”未测体温** 在 $40\sim 42^{\circ}\text{C}$ 之间用**红笔**在相应时间纵格内填写“**拒测**”“**外出**”“**请假**”等，前后断开不相连。
- ◆ **对测得T有异议** 重新测量，确认无误后，在T符号上用**蓝（黑）笔**写“**V**”（核实）
- ◆ **需密切观察T，如：每小时测体温1次** 体温单上按规定时间记录，其余时间点的体温记录在护理记录单上。

# 一、体温单

①体温每格为 $0.1^{\circ}\text{C}$ ，用蓝笔绘画，口温为“●”、肛温为“○”、腋温为“×”

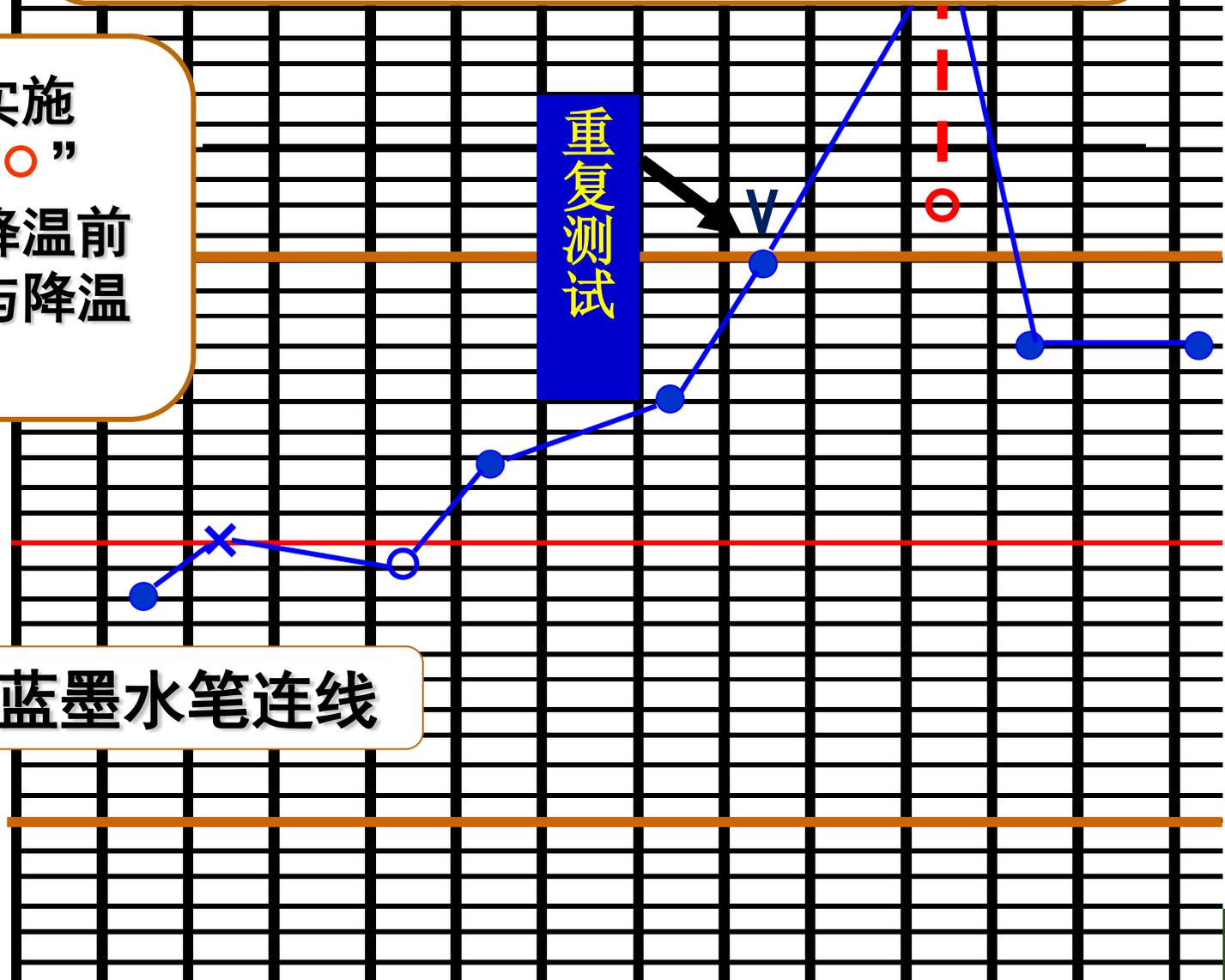
③高热物理降温措施实施30min后测体温，以“○”表示，并用红虚线与降温前的T相连，下一次T应与降温前的T相连。

②相邻两次体温之间用蓝墨水笔连线

39

37

36

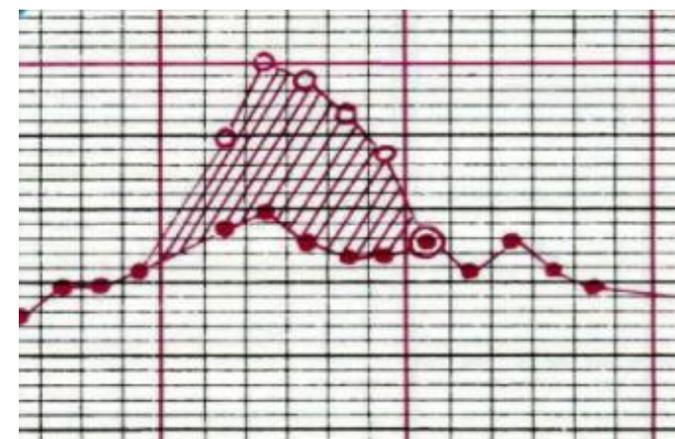
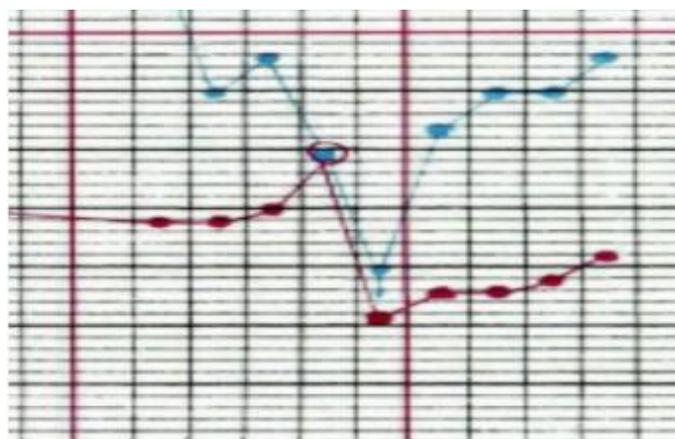
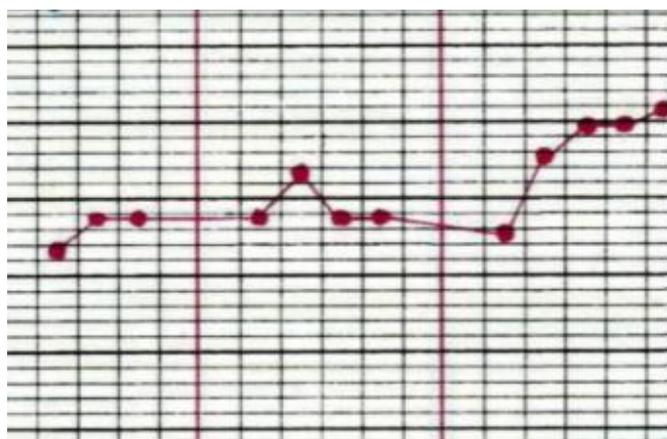




# 一、体温单——脉率（心率）曲线的绘制



- ◆用**红笔**绘制，脉率符号为“●”，心率为“○”，每小格4次/min。
- ◆脉搏与体温重叠，先蓝笔划体温（腋温），再红圈画其外表示脉搏  
⊗；如系肛温？ ● 如系口温？ ⊙
- ◆相邻两次脉搏或心率用——相连。
- ◆脉搏短绌时，脉率和心率两曲线之间用**红线**填满。





# 一、体温单——呼吸的记录



- ◆ 用红色笔记录患者自主呼吸的次数，以阿拉伯数字表示，填写在“呼吸”栏，相邻两次上下错开。
- ◆ 使用呼吸机病人的呼吸以  $\textcircled{R}$  表示，在体温单相应时间内顶格用黑笔画  $\textcircled{R}$ 。

呼吸 (次/min)		18		22		R			R										
十 百 分 数		18		20		18		R											



# 一、体温单——底栏填写



大便次数		
小便		
体重(Kg)	52	卧床
血压(mmHg)	110/85	
总入量(mL)	2000	1500
总出量(mL)	2200	1300
药物过敏	青霉素	

◆大、小便**24小时**记录一次，用**蓝笔**填写在相应的栏内。

◆灌肠用“E”表示。

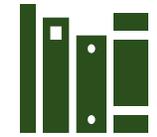
① “ $\frac{0}{E}$ ” 灌肠后无大便；

② “ $\frac{1}{E}$ ” 灌肠后排便1次；

③ “ $1\frac{2}{E}$ ” 自行排便1次、灌

肠后排便2次。

◆大小便失禁都以“※”表示，导尿以“C”表示。



## 二、医嘱单——内容



# 医嘱单

医生根据病人病情需要，为达到诊断、治疗的目的而拟定的书面嘱咐，由医护人员共同执行。分为纸质医嘱和电子医嘱两种形式。

## 内容

日期、时间、床号、姓名、护理常规、护理级别、饮食、体位、药物（注明剂量、用法、时间等）、各种检查及治疗、术前准备，以及医生和护士签名。

求你们了！！

遵医嘱，遵医嘱，遵医嘱！！！！





## 二、医嘱单——医嘱的种类



### 长期医嘱

从医生开出医嘱起，至医生注明停止时间，有效时间在24h以上的医嘱。

### 临时医嘱

有效时间在24h以内，应在短时间内执行。

- 需要立即执行 (st)
- 需要限定时间内执行
- 出院、转科、死亡

### 备用医嘱

**prn:** 医生开写在长期医嘱单上，有效时间在24h以上，必要时用，两次执行之间有时间间隔时，注明停止时间后失效。

**sos:** 仅在12h内有效，必要时用，只执行1次，过期未执行则失效。





## 二、医嘱单——医嘱的处理原则



### 长期医嘱

护士转抄至各执行单上，并注明时间、签全名。

### 临时医嘱

- 需要立即执行 (st)，尽快执行，注明执行时间，签全名。
- 需要限定时间内执行，转抄至临时治疗本，执行后注明时间，签全名。

### 备用医嘱

**prn:** 无须注明执行的具体时间，每当必要时执行后，在临时医嘱单上记录执行时间并签全名。

**SOS:** 病人需要时执行，注明执行时间，签全名。过时未执行，医嘱栏“未用”，并签全名。

起 始		医生 签名	护士 签名	长 期 医 嘱	停 止		医生 签名	护士 签名
日 期	时 间				日 期	时 间		
25	9Am	李伟 王文		①. 按内科疾病常规护理				
11	..		..	②. I 级护理				
	..		..	③. 注意呼吸情况				
	..		..	④. 吸 O <sub>2</sub> p.r.n				
	..		..	⑤. 半 流				
	..		..	⑥. Inj . Penicillin G    80 万 <sup>U</sup>				
	..		..	im    bid    AST(    )				
	..		..	⑦. Inj.10% G . S    250 ml				
	..		..	Inj. Inosinum    0 .2                      iv				
	..	..	Inj. A . T . P    40 mg                      drip					
	..	..	Inj. Co—A    100 <sup>U</sup> qd					
	..	..	Inj. Vit . C    2 . 0					
				⑧. Tab. Bisolvon    16 mg    tid				
	9Am	李伟 王文		⑨. Syr. Vit Bco    10 ml    tid				

## 停止医嘱

医生写上停止日期和时间、签名；护士停止执行单上相应项目，并在医嘱单相应位置签名。



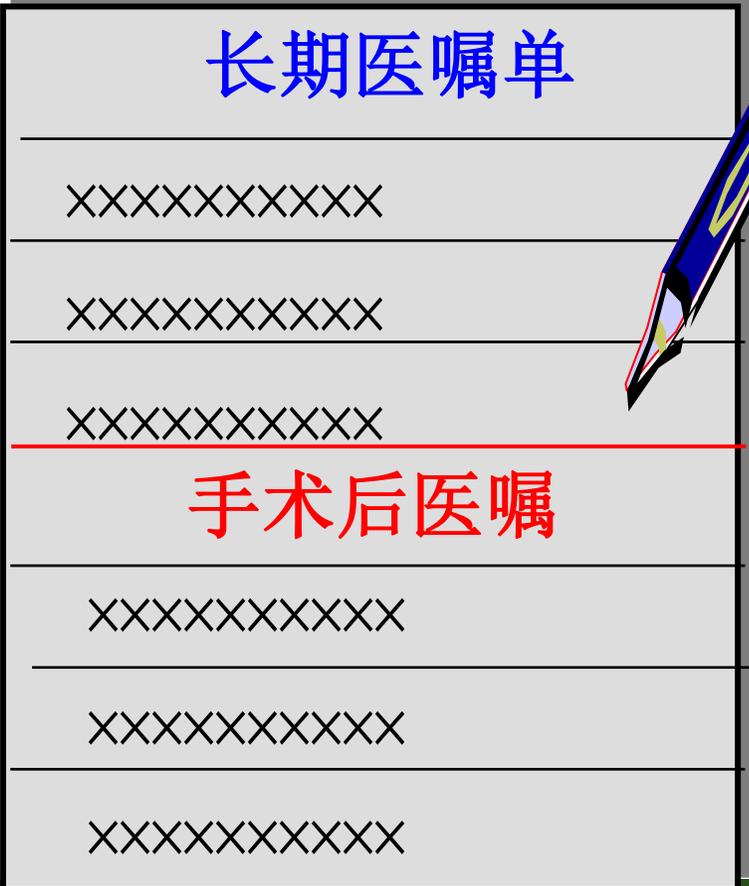
## 重整医嘱

长期医嘱单超过3页，或医嘱调整项目较多时应重整医嘱。

# 重整医嘱

在医嘱最后一行下面画**红横线**，在红线下面正中写“**重整医嘱**”，将红线上有效的长期医嘱按原日期、时间顺序抄于红线下。双人核对无误，重整人签名。

病人手术、分娩或转科后，需重整医嘱，在原医嘱最后一行下面画**红横线**，在红线下面正中写“**术后医嘱**”“**分娩医嘱**”“**转入医嘱**”，红线以上医嘱自动停止，医生开写新医嘱。



长期医嘱单
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
手术后医嘱
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX



## 二、医嘱单——CIS医嘱的处理



医生登陆医生工作站，将医嘱按照长期医嘱、临时医嘱、辅助检查、化验等分类录入系统

护士登陆护士工作站系统处理医嘱，主要有审核医嘱——执行医嘱——打印表单和医嘱单。



**我就是解密大师**

# 意 事 注 项

- 1.有疑问时，必须核实清楚再执行。
- 2.医嘱必须经医生签名后方有效。“口头医嘱”如何执行？何时记录？
- 3.医嘱须**每班、每日核对，每周总查对**，查对后由查对者签全名并记录查对时间。
- 4.处理医嘱先急后缓，**先执行临时医嘱，再执行长期医嘱**。
- 5.需下一班执行的临时医嘱要**进行交班**，在交班记录上注明。
- 6.医嘱不得贴盖、涂改，如需取消，由医生用**红笔**写“**取消**”。



### 三、出入液量记录单——内容与要求



正常人每天的液体摄入量与排出量之间保持动态平衡，当摄入水分减少或疾病导致排出水分过多，都可引起机体脱水，护士必须正确测量和记录病人每日的出入液量，作为了解病情、作出诊断及治疗方案的重要依据。

内

容

每日摄入量：每日的饮水量、食物含水量、输液量、输血量等。（固定容器）

每日排出量：尿量、大便量、呕吐量、咯血量、出血量、引流量及创面渗液量等排出液。（留置导尿、纸尿裤）





### 三、出入液量记录单——记录方法



- ◆眉栏填写。科别、床号、姓名、住院号、页码等。
- ◆晨7时至晚7时用**蓝墨水笔**，晚7时至晨7时用**红水笔**记录。单位ml。
- ◆同一时间记录摄入量和排出量，在同一横格记录；**不同时间的各自另起一行。**
- ◆12h或24h作一次小结或总结。晚7点作12h小结，用蓝黑笔在晚7时记录的下面一格上下划横线，将12h小结记录在划好的格子内；次晨7时作24h总结，在次晨7时记录的下面一个上下划横线，将24h总结记录在划好的格子里，并将24h总出入量填入体温单。
- ◆无需继续记录、病人出院或死亡后，记录单不需保存。

## 记录方法





## 四、特别护理记录单——内容、方法、要求



### 内 容

病人的生命体征、出入液量、特殊治疗、治疗和护理措施、药物治疗效果及反应等。

- ◆眉栏填写。晨7时至晚7时用蓝墨水笔，晚7时至晨7时用红水笔记录。
- ◆及时准确记录病人的生命体征、出入液量等，常规时间的生命体征数值绘制在体温单上。
- ◆记录出入量的同时，应将颜色、性状记录于病情栏内，24h出入总量记录在体温单上。
- ◆详细记录病情变化、治疗、护理措施及效果，签全名。
- ◆12h或24h就病人的总出入量、病情、治疗、护理等作一次小结。
- ◆病人出院或死亡后，特别护理记录单随病历留档。

### 记录方法和要求

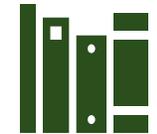


# 五、病区交班报告——内容、要求



## 内 容





# 五、病区交班报告——内容、要求

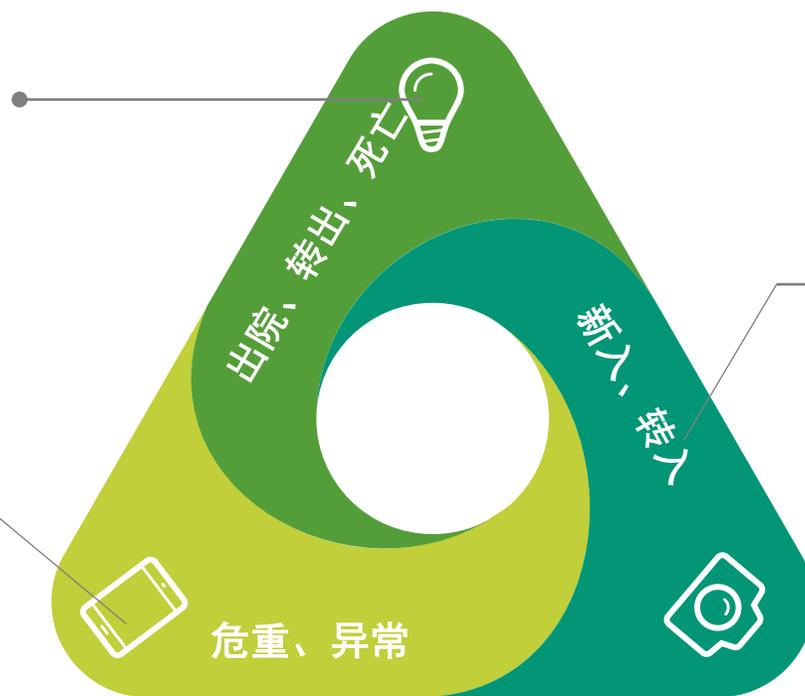


## 出院、转出、死亡病人

出院者（离开时间）；  
转出者（转往的医院、  
科别及时间）；死亡（  
抢救过程及死亡时间）

## 危重、有异常情况 及做特殊检查 治疗的病人

写明生命体征、神志、病情动态、特殊抢救、治疗、  
护理措施及效果，下班重点观察和注意事项。



## 新入院及转入病人

时间、方式、主要症状  
及体征、既往重要病史  
、过敏史，存在护理问  
题及后续重点观察及注  
意事项，给予的治疗、  
护理措施及效果等。

# 五、病区交班报告——内容、要求



## 手术病人

准备手术者：术前准备及术前用药情况等。

当日手术者：麻醉种类、手术名称及过程，麻醉清醒时间，回病室后的生命体征、伤口、引流、排尿及镇痛药使用情况等。



## 老年、小儿及生活不能自理的病人

报告生活护理情况，如：口腔护理、皮肤护理、压疮预防与护理、饮食和排泄护理等。

## 产妇

胎次、产式、分娩时间、会阴切口及恶露等情况，自行排尿时间，新生儿性别、评分。



# 五、病区交班报告——内容、要求



01



## 眉栏填写

病区、日期、时间、病人总数、入院、出院、转出、转入、手术、分娩、死亡人数等。

02



## 交班报告书写顺序

先写离开的，再写进入的，最后写重点观察和护理的病人。

03



新入、转入、手术、分娩的病人在诊断下方用红笔注“**新**”“**转**”“**入**”“**术**”“**分**”“**娩**”“**危**”

04



交班前1h书写，写完后注明页数并签名。



## 六、护理病历



在临床应用护理程序过程中，有关病人的健康资料、护理问题、护理计划、护理措施和效果评价等，均应有书面记录，这些记录构成护理病历。

内

容

病人入院评估表、住院评估表、护理计划单、护理记录单、健康宣教计划、出院指导等。



## 入院病人评估表

一般资料	科室 _____ 床号 _____ 住院号 _____																																		
	姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 职业 _____ 民族 _____ 宗教信仰 _____																																		
基本情况评估	初步诊断 _____ 入院时间 _____ 入院方式: <input type="checkbox"/> 步行 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 平车 <input type="checkbox"/> 背入 第 _____ 次入院 联络人 _____ 电话 _____ 与患者关系 _____ 态度: <input type="checkbox"/> 关心 <input type="checkbox"/> 不关心 <input type="checkbox"/> 过于关心 <input type="checkbox"/> 无人照顾																																		
	主诉: _____ 过敏药物或食物: <input type="checkbox"/> 未发现 <input type="checkbox"/> 有: _____ 手术外伤史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 个人特殊嗜好: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 家族遗传及传染病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 大小便: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常: _____ 意识状态: <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 烦躁 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 自主能力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 全瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 体格检查: T _____ °C、P _____ 次/分、R _____ 次/分、BP _____ mmHg、体重 _____ Kg. 皮肤情况: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常: _____ 管道情况: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 心脑血管: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 呼吸系统: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 消化系统: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 神经系统: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 重要的辅助检查阳性体征: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____																																		
护理方面: 危险因数评估	<b>Braden 压疮危险因数评估表:</b>																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>项 目</th> <th>1 分</th> <th>2 分</th> <th>3 分</th> <th>4 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>感觉</td> <td>完全受限</td> <td>非常受限</td> <td>轻度受限</td> <td>未受限</td> </tr> <tr> <td>潮湿</td> <td>持续潮湿</td> <td>潮湿</td> <td>有时潮湿</td> <td>很少潮湿</td> </tr> <tr> <td>活动力</td> <td>限制卧床</td> <td>可以座椅子</td> <td>偶尔行走</td> <td>经常行走</td> </tr> <tr> <td>移动力</td> <td>完全无法移动</td> <td>严重受限</td> <td>轻度受限</td> <td>未受限</td> </tr> <tr> <td>营养</td> <td>非常差</td> <td>可能不足够</td> <td>足够</td> <td>非常好</td> </tr> <tr> <td>摩擦力和剪切力</td> <td>有问题</td> <td>有潜在问题</td> <td>无明显问题</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>注: 对危险因素进行打“√”。 得分: _____</p> <p>评分≤18分, 提示病人有发生压疮的危险, 建议采取预防、干预措施。 院外带来压疮应填写下列项目: 已发生压疮部位及面积 _____ 压疮评定级: _____</p>	项 目	1 分	2 分	3 分	4 分	感觉	完全受限	非常受限	轻度受限	未受限	潮湿	持续潮湿	潮湿	有时潮湿	很少潮湿	活动力	限制卧床	可以座椅子	偶尔行走	经常行走	移动力	完全无法移动	严重受限	轻度受限	未受限	营养	非常差	可能不足够	足够	非常好	摩擦力和剪切力	有问题	有潜在问题	无明显问题
项 目	1 分	2 分	3 分	4 分																															
感觉	完全受限	非常受限	轻度受限	未受限																															
潮湿	持续潮湿	潮湿	有时潮湿	很少潮湿																															
活动力	限制卧床	可以座椅子	偶尔行走	经常行走																															
移动力	完全无法移动	严重受限	轻度受限	未受限																															
营养	非常差	可能不足够	足够	非常好																															
摩擦力和剪切力	有问题	有潜在问题	无明显问题																																

分  
险  
因  
数  
评  
估

### 防范措施:

- 对入室病人认真进行皮肤状况的评估, 高危患者书面上报, 做好记录。
- 对病情允许翻身的病人每 2-3 小时翻身一次, 做好记录。对病情不允许者, 给气垫床或局部垫气圈。
- 采取舒适卧位, 平卧位抬高床头 (不应高于 30 度), 需半卧位时做好衬垫, 防止身体下滑。
- 协助病人翻身或更换床单及衣服时, 要抬起病人的身体, 防止托、拉、拽等动作。
- 使用便盆时, 应抬高病人臀部, 不可硬塞, 硬拉, 严禁使用掉瓷的便盆。
- 使用石膏、夹板、牵引的病人, 衬垫要松软适度, 尤其注意骨突出的衬垫。
- 保持病人皮肤清洁, 保持床单元平整、干燥、无渣, 及时清理大、小便, 及时更换床单。
- 认真交接皮肤及护理措施执行情况, 对于 1 度压疮的病人压红部位严禁按摩, 防加重局部组织损伤。

### 跌倒风险因素评估及报告表:

项目	神智	自理能力	步态	既往史	目前状况	年龄	陪护	服药情况
0 分	清楚	全部自理	稳健	无	四肢活动自如	<60 岁或 >70 岁	24 h 有人陪护	未服镇静药、安眠药
3 分	模糊	部分自理	不稳	眩晕病	体弱无力	3-7 岁或 60-70 岁	陪护不固定	小剂量长期服镇静药、安眠药
5 分	躁动	不能自理	踉跄	癫痫	肢体残疾	<3 岁或 >70 岁	无	超剂量短期服镇静药、安眠药

注: 对危险因素进行打“√”。 得分: \_\_\_\_\_

评分≥15分, 提示病人发生跌倒的危险很大, 应积极采取防范措施。

### 防范措施:

- 评估病人容易跌倒的高危因素, 高危人员应加强巡视。
- 加用床栏或保护性约束, 留家人陪护。
- 指导床上使用便器和患者渐进下床活动方法, 必要时护士帮助。
- 告知患者不可做体位突然变化的动作, 以免发生危险。
- 帮助患者选择合适的运动方式, 固定好床、护栏、轮椅等。指导患者选择合适的鞋及衣裤。
- 行动不便者, 告知活动时必须有人员陪伴。
- 提供足够的灯光, 保持病房地面清洁干燥 清除病房及床旁走道障碍物。
- 高危患者, 书面上报并认真做好交接班。

护  
理  
措  
施

- 疾病评估等级: 病危 病重 一般
- 处置结果: 重症监护室 普通病房
- 护理等级: 特级护理 一级护理 二级护理 三级护理
- 自理程度: 完全不能自理 部分自理 完全自理
- 护理协助: 完全协助 部分协助 病人自理
- 饮食情况: 禁食 流食 半流食 普食
- 吸氧情况: 高流量吸氧 中流量吸氧 低流量吸氧 面罩吸氧 \_\_\_\_\_ L/分
- 宣教情况: 入院宣教 检查宣教 治疗宣教 疾病宣教
- 治疗护理: 急诊手术 监护 输液 输血 雾化 导尿 灌肠
- 警示标示: 使用腕带 药物过敏 跌倒 压疮 管路脱落
- 其它: 准备急救器械及药品 进行护理记录

定  
护  
理  
诊  
状  
况。





## 六、护理病历——病人住院记录单



### ◆ 住院病人护理评估表

为及时全面掌握病人病情变化，对病人每班、每天或数天进行评估。

### ◆ 护理计划单

对病人实施整体护理的具体方案。

### ◆ 护理记录单

护士运用护理程序的方法为病人解决问题的记录。

PIO格式：P：（problem）病人的健康问题

I：（intervention）针对健康问题采取的护理措施

O：（outcome）护理效果





## 六、护理病历——病人住院期间健康教育



### ◆ 健康教育计划

为恢复和促进病人健康，保证病人出院后能够获得有效的自我护理能力而制定和实施的，帮助病人掌握健康知识的学习计划与技能训练计划。

### ◆ 出院指导

对病人出院后的活动、饮食、药物、复诊等进行指导。



The background features a complex, abstract design in various shades of green. It consists of overlapping, low-poly geometric shapes that resemble stylized leaves or facets. A fine, light-green grid pattern is overlaid on these shapes, creating a sense of depth and structure. The overall aesthetic is modern and digital.

**谢谢观看**