

# 德州市卫生和计划生育委员会 德州市中医药管理局

## 文件

德卫医字〔2018〕33号

### 转发《山东省卫生计生委 山东省中医药管理局 关于印发<山东省护理文书书写基本要求和 格式（2018年修订版）><山东省精神卫生 专业护理文书书写基本要求和格式 （2018年修订版）的通知》的通知

各县市区卫生计生局（社会事业管理部、社会事务管理局），市直各医疗卫生机构：

现将《山东省卫生计生委 山东省中医药管理局关于印发<山东省护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）><山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）的通知》（鲁卫医字〔2018〕49号）转发给你们，请认真学习，遵照执行，进一步加强护理文书管理，规范护理文书书写行为。

德州市卫生和计划生育委员会



德州市中医药管理局

2018年8月29日



(信息公开形式：主动公开)

# 山东省卫生和计划生育委员会 文件

# 山东省中医药管理局

鲁卫医字〔2018〕49号

---

## 山东省卫生计生委 山东省中医药管理局 关于印发《山东省护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）》《山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）》的通知

各市卫生计生委，委属（管）医疗机构：

为进一步加强护理文书管理，规范护理文书书写行为，根据《山东省病历书写基本规范（2010年版）》《关于加强医院临床护理工作的通知》（卫医政发〔2010〕7号）等有关要求，结合我省护理工作实际，我委组织对《山东省护理文书书写基本要求和格式（2010年修订版）》和《山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（试行）》进行了修订和完善，形成了《山东省护理文

书书写基本要求和格式（2018年修订版）》《山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）》，现印发给你们，请遵照执行。医疗机构可结合临床路径的开展和电子病历的推进，探索护理记录的路径化和电子化，不断提高工作效率，为患者提供优质护理服务。

本通知自2018年10月15日起施行，有效期至2023年10月14日。《关于印发〈山东省护理文书书写基本要求和格式（2010年修订版）〉的通知》（鲁卫医字〔2010〕131号）、《关于印发山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（试行）的通知》（鲁卫医字〔2010〕58号）自本通知施行之日起废止。《山东省精神卫生专业护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）》适用于精神卫生专业，未涉及的内容依据《山东省护理文书书写基本要求和格式（2018年修订版）》相关内容执行，《山东省中医病历书写基本规范（2010年版）》中涉及护理内容与本文不一致的，以本通知为准。

山东省卫生和计划生育委员会



（信息公开形式：主动公开）

山东省中医药管理局

2018年8月9日



# 山东省护理文书书写基本要求和格式

(2018年修订版)

护理文书是护士在临床护理过程中，记录患者信息和为患者提供护理照护的纸质或电子文件。

## 一、基本要求

### (一) 护理文书书写要求

1. 清晰：护理文书书写应字迹工整，清晰可辨。记录的内容简明扼要。

2. 及时：为避免记忆错误或遗漏，应在事件发生后及时记录，如果因各种原因未及时记录，应由责任护士当班完成补记。

3. 有序：护理文书应当根据事件发生的时间顺序，进行客观记录。

4. 规范：护理文书记录中应遵守以下书写规范。

(1) 护理文书应由医院注册护士按照规定的内容书写，记录人应为所记录内容的执行人。

(2) 上级护理人员有审查修改下级护理人员所书写护理文书的责任，实习护士、试用期护士、进修护士书写的护理文书，应由本医院注册护士审阅、修改、确认并共同签名，形式如下：老师/学生。

(3) 纸质护理文书应按要求用蓝/黑或红色钢笔/签字笔书写，不应使用铅笔或可涂擦笔。

(4) 护理文书中的日期和时间应采用阿拉伯数字,24 小时制。

(5) 计量单位应采用中华人民共和国法定计量单位。

(6) 护理文书书写应使用中文,通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可使用外文。

(7) 护理文书记录应使用规范医学术语。

(8) 护理文书书写过程中出现错别字时,应用同色双横线划掉,保持原记录清楚可辨,在出错的第一个字上方书写正确内容并注明修改时间、修改人签名。不应采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来字迹。

(9) 护理文书的每一页上均应有患者的识别信息,如姓名、性别、科室、住院号/病案号等。

## (二) 护理文书内容要求

### 1. 准确。

(1) 记录内容的表述应清楚准确,不应使用模糊不确定的描述,比如:“多饮水”应记为“2 小时内饮水不少于 1000ml”。

(2) 记录时间应与实际执行时间一致,与其他医疗文件内容一致,互相补充,不应有矛盾。

### 2. 客观、真实。

(1) 记录内容应描述患者的客观信息,护理人员通过观察、交谈、体格检查获得的信息,不应有主观的推测、判断,禁止伪造。

(2) 记录内容应反映患者接受的真实照护，包括健康教育和心理护理。

### 3. 完整。

(1) 记录内容应体现患者病情变化和治疗护理的动态变化过程。

(2) 记录内容应反映护理程序的全过程，体现护理问题的解决思路和过程。

### 4. 以病人为中心。

护理文书应体现以病人为中心的服务理念。记录内容应体现患者病情变化、健康需求及护士给予的照护等。

### 5. 突出中医护理特色。

中医护理文书记录内容应突出中医护理特色，体现辨证施护。

## 二、不同护理文书书写要求

### (一) 体温单

体温单用于记录患者体温、脉搏、呼吸及其他情况，内容包括患者姓名、科室、入院日期、住院病历号（或病案号）、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等，有条件的医院亦可将疼痛评估结果记入体温单。主要由护士填写，住院期间体温单排列在病历最前面。

#### 1. 体温单书写的基本要求。

(1) 体温单应以表格的形式呈现。

(2) 体温单的眉栏项目、日期及页数均用蓝黑或碳素墨水笔

填写。各眉栏项目应填写齐全，字迹清晰。数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

(3) 在体温单  $40\sim 42^{\circ}\text{C}$  之间的相应格内用红色笔纵式填写入院、分娩、手术、转入、出院、死亡等项目。除手术不写具体时间外，其余均按 24 小时制，精确到分钟。转入时间由转入科室填写。

(4) 体温单的每页第 1 日应填写年、月、日，其余 6 天不填年、月，只填日。如在本页当中跨越月或年度，则应填写月、日或年、月、日。

(5) 体温单  $34^{\circ}\text{C}$  以下各栏目，用蓝黑或碳素墨水笔填写。

(6) 住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

(7) 手术当日写 0，次日开始计数，连续填写 14 天。如在 14 天内又做手术，则第二次手术日数作为分子，第一次手术日数作为分母填写。例：第一次手术 10 天又做第二次手术，即写  $10(2)$ ， $1/11$ ， $2/12$ ， $3/13$ ， $4/14$ ，第一次手术写到 14 天止。如在第一次、第二次手术 14 天内又做第三次手术，则将第一次、第二次手术天数作为第三次手术天数的分母进行填写。例：在第一次手术第 12 天、第二次手术第 2 天又做第三次手术，即写  $2/12(3)$ ， $1/3/13$ ， $2/4/14$ ，……。体温单换页后只记录最近一次手术天数，其他手术天数可以不再记录。

(8) 患者因做特殊检查或其他原因而未测量体温、脉搏、呼吸时，应补测并填入体温单相应栏内。患者如特殊情况必须外出



者，其外出期间，在体温单 40~42℃之间的相应格内用红色笔纵式填写“不在”两字，护士不测量和绘制体温、脉搏、呼吸，返院后的体温、脉搏与外出前不相连。

(9) 体温在 35℃（含 35℃）以下者，可在 35℃横线下用蓝黑或碳素墨水笔写上“不升”两字，不与相邻两次测量的体温相连。

## 2. 体温的记录。

(1) 体温曲线用蓝色笔或碳素墨水笔绘制，以“×”表示腋温，以“○”表示肛温，以“●”表示口温。

(2) 降温 30 分钟后测量的体温是以红圈“○”表示，再用红色笔画虚线连接降温前体温，下次所测体温应与降温前体温相连。

(3) 与上次测量记录的体温相比，体温骤然上升（ $\geq 1.5^{\circ}\text{C}$ ）或突然下降（ $\geq 2.0^{\circ}\text{C}$ ）者要进行复测，在体温右上角用红笔划复测标号“v”。

(4) 常规体温每日 15:00 测量 1 次。当日手术患者 7:00、19:00 各加测 1 次；手术后 3 天内每天常规测量 2 次（7:00、15:00）。新入院病人，即时测量体温 1 次，记录在相应的时间栏内。

(5) 发热患者（体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）每 4 小时测量 1 次。如患者体温在 38℃以下者，夜间体温酌情免测。体温正常后连测 3 次，再改常规测量。

## 3. 脉搏的记录。

(1) 脉搏以红点“●”表示，连接曲线用红色笔绘制。

(2) 脉搏如与体温相遇时，在体温标志外画一红圈。如“⊗”“⊙”“⊕”。

(3) 短绌脉的测量为二人同时进行，一人用听诊器听心率，一人测脉搏。心率以红圈“○”表示，脉搏以红点“●”表示，并以红线分别将“○”与“●”连接。在心率和脉搏两曲线之间用红色笔画斜线构成图像。

(4) 脉搏过快，其数字不能在体温单上呈现时，可在180次/分横线下面用蓝黑或碳素笔写“过快”两字，不与相邻两次测量的脉搏相连，并将具体数字记录到护理记录单上。

#### 4. 呼吸的记录。

(1) 呼吸的绘制以数字表示，相邻的两次呼吸数用蓝黑或碳素墨水笔，上下错开填写在“呼吸数”项的相应时间纵列内，每一页第1次呼吸应当记录在上方。

(2) 使用呼吸机患者的呼吸以Ⓡ表示，在“呼吸数”项的相应时间纵列内上下错开用蓝黑笔或碳素笔画Ⓡ。

#### 5. 血压的记录。

(1) 血压应当按医嘱或者护理常规测量。

(2) 入院时应测量血压并记录。住院期间每周至少1次。手术前后均应测量血压，记录于体温单相应栏内。持续监测血压，每日在体温单上记录2次，根据病情需要确定记录的时间。

(3) 如为下肢血压应当标注，如：140/80(下)。

#### 6. 大便的记录。

(1) 应在每日常规测量体温时询问患者 24 小时内大便次数，并用蓝黑或碳素墨水笔填写。

(2) 用“\*”表示大便失禁，用“☆”表示人工肛门。

(3) 服用导泻剂或灌肠后大便 1 次，应在当日大便次数栏内记 1/E，大便 2 次记 2/E，无大便记 0/E，1<sup>2</sup>/E 表示自行排便 1 次灌肠或服用导泻剂后又排便 2 次，依此类推。当大便次数无法或无需记数时，记录为\*/E。

#### 7. 尿量的记录。

可根据病情需要和医嘱要求进行测量并记录。

#### 8. 体重的记录。

(1) 体重应当按医嘱或者护理常规测量。

(2) 入院当天测量体重并记录，住院期间每周至少 1 次。

(3) 入院时或住院期间因病情不能测体重的，分别用“平车”“轮椅”或“卧床”表示。

#### 9. 身高的记录。

可根据病情需要和医嘱要求进行测量并记录。

#### 10. 其他内容的记录。

如腹围、24 小时痰量、呕吐量、引流量等项目，可根据病情需要和医嘱要求进行测量，并记录。

### (二) 医嘱单

医嘱单是医生开写医嘱所用，也是护士执行医嘱的依据。分为长期医嘱单和临时医嘱单。

1. 医嘱由医师直接书写在医嘱单上或输入微机，护士不得转抄转录。

2. 长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行者签名等。

3. 医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色笔标注“取消”字样并签名。

4. 一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，核对无误方可执行。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

5. 医嘱必须经医生签名后方为有效。

### （三）入院护理评估记录

入院护理评估记录是患者入院后，由责任护士通过查阅记录、诊断报告及利用视、触、叩、听（望、闻、问、切）等方法，评估患者与护理相关的健康资料，并对资料归纳分析而成的系统的完整记录。

1. 入院护理评估记录的基本要求。

（1）评估内容应包括患者生理、心理、社会等方面的情况，体现整体护理理念。

(2) 书写内容应基于循证、可靠；对患者诊治有价值，能作为制定护理计划和护理措施的基础。

(3) 入院护理评估记录应由责任护士当班完成。

## 2. 书写内容及要求。

(1) 患者一般情况。

应包括姓名、性别、年龄、入院时间、入院医疗诊断等内容。

(2) 现在健康状况及生理功能。

按发生的先后顺序记录主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素、演变发展情况以及伴随症状。

(3) 日常状况及自理程度。

应包括进食与营养、休息与睡眠、排泄、活动与运动。

(4) 心理社会状况。

(5) 症状严重程度以及风险评估。

①可根据患者情况进行症状严重程度及风险评估。

②症状严重程度以及风险评估应选择合适的评估工具和方法，选择的评估量表应具有较高的信度和效度。

③症状严重程度以及风险评估的内容可根据患者病情及专科特点进行选择，可涉及以下几个方面：

a) 压疮风险评估；

b) 跌倒风险评估；

c) 营养风险评估；

d) 生理预警（MEWS）系统评估；

e) 疼痛严重程度评估;

f) 意识状态评估;

g) 其他专科评估: 如血栓/栓塞风险评估、卒中风险评估、APACH II 评分、自杀风险等。

(6) 中医护理评估要以中医理论为基础, 遵循整体观及辨证施护原则, 应用四诊方法收集与病因、病位、病性等有关资料, 为辨证施护提供依据。

#### (四) 护理记录

护理记录是指继入院护理评估记录之后, 对患者在整个住院期间的病情观察、实施的护理措施及护理效果的真实、客观、及时的记录。

##### 1. 护理记录基本要求。

(1) 护理记录应体现整体护理理念, 体现护理程序的基本方法, 反映护理工作的连续性。

(2) 应结合相应专科疾病护理特点、反映专业护理内涵。记录内容简明扼要。

(3) 应根据病情需要决定记录频次, 实时反映病情及治疗护理动态。

(4) 每一条护理记录的时间应具体到分钟。

(5) 护理记录的格式可根据专科特点设计为表格式。

(6) 病危病重患者必须建立护理记录单, 一般患者可根据病情需要做相应记录。

(7) 中医护理记录要突出中医护理特色，体现辨证施护内容，正确应用中医术语。

## 2. 书写内容及要求。

### (1) 患者病情评估。

应根据患者病情及医嘱，评估并记录生命体征、出入量及重点观察内容的变化情况。

### (2) 实施的护理措施。

应记录为患者实施的主要措施及实施的时间，包括病情观察、执行医嘱、各种专科护理措施、健康教育、沟通情况等。常规用药及治疗护理措施不需要记录，如常规使用抗生素、护理常规等。因病情变化而使用的特殊药物，需要记录用药情况及用药后的反应。

### (3) 各种特殊时点的护理记录。

包括患者术前、术后护理记录，转科/转院护理记录，出院护理记录，死亡护理记录等。

①术前护理记录：应重点记录病情观察、术前准备与核对情况、向患者交待的注意事项以及护理、健康教育执行情况等。

②术后护理记录：应重点记录患者返回病室时间及麻醉清醒状态、生命体征、伤口情况、术后体位、引流情况、术后医嘱执行情况以及护理措施等。

③转科/转院护理记录：应记录转出日期、患者目前情况及注意事项等。

④出院护理记录：应记录出院日期、患者目前健康状况及出院指导等，应在患者出院 24 小时内完成。

⑤死亡护理记录：应记录对患者进行的临终护理措施。

(4) 出入量记录。

①入量：包括食物含水量、每次饮水量、输液及输血量等。

②出量：包括尿量、呕吐量、大便、各种引流量等，除记录液量外，必要时还需记录颜色、性质等。

③根据排班情况每班小结出入量，大夜班护士每 24 小时总结一次，并记录在体温单的相应栏内。各班小结和 24 小时总结的出入量需用红双线标识。

(5) 护理查房。

对危重、大手术、特殊患者进行查房时，建立护理查房记录单，做好记录，内容应体现护士长、专科护士或护理组长的意见。

(6) 护理会诊或讨论。

对有疑难护理问题的患者应进行疑难病例讨论或护理会诊，建立护理会诊记录单，做好记录，内容应体现相关专科护士的指导意见。

**(五) 手术清点记录单**

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。

1. 用蓝黑或碳素墨水笔填写，字迹清楚、整齐，不漏项。

2. 眉栏内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日



期、手术名称等。

### 3. 物品的清点要求与记录。

(1) 手术开始前，器械护士和巡回护士须清点、核对手术包中各种器械及敷料的名称、数量，并逐项准确填写。

(2) 手术中追加的器械、敷料应及时记录。

(3) 手术中需交接班时，器械护士、巡回护士要共同交接手术进展及该台手术所用器械、敷料清点情况，并由巡回护士如实记录。

(4) 关闭体腔前、关闭体腔后和缝合皮肤后，器械护士和巡回护士共同清点台上、台下的器械、敷料，确认数量核对无误。

(5) 清点时，如发现器械、敷料的数量与术前不符，护士应当及时要求手术医师共同查找，如手术医师拒绝，护士应记录清楚，并由医师签名。

### 4. 器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

5. 术毕，巡回护士将手术清点记录单放于患者病历中，一同送回病房。

# 山东省精神卫生专业护理文书书写 基本要求和格式

(2018年修订版)

护理文书是护士在临床护理过程中,记录患者信息和为患者提供护理照顾的书面或电子文件。

## 一、基本要求

### (一) 护理文书书写要求

1. 清晰: 护理文书书写应字迹工整, 清晰可辨。记录的内容简明扼要。

2. 及时: 为避免记忆错误或遗漏, 应在事件发生后及时记录, 如果因各种原因未及时记录, 应由责任护士当班完成补记。

3. 有序: 护理文书应当根据事件发生的时间顺序, 进行客观记录。

4. 规范: 护理文书记录中应遵守以下书写规范。

(1) 护理文书应由医院注册护士按照规定的内容书写, 记录人应为所记录内容的执行人。

(2) 上级护理人员有审查修改下级护理人员所书写护理文书的责任, 实习护士、试用期护士、进修护士书写的护理文书, 应由本医院注册护士审阅、修改、确认并共同签名, 形式如下: 老师/学生。

(3) 纸质护理文书应按要求用蓝/黑或红色钢笔/签字笔书写, 不应使用铅笔或可涂擦笔。

(4) 护理文书中的日期和时间应采用阿拉伯数字，24 小时制。

(5) 计量单位应采用中华人民共和国法定计量单位。

(6) 护理文书书写应使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可使用外文。

(7) 护理文书记录应使用规范医学术语。

(8) 护理文书书写过程中出现错别字时，应用同色双横线划掉，保持原记录清楚可辨，在出错的第一个字上方书写正确内容并注明修改时间、修改人签名。不应采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来字迹。

(9) 护理文书的每一页上均应有患者的识别信息，如姓名、性别、科室、住院号/病案号等。

## (二) 护理文书内容要求

### 1. 准确。

(1) 记录内容的表述应清楚准确，不应使用模糊不确定的描述，比如：“多喝水”应记为“2 小时内饮水不少于 1000ml”。

(2) 记录时间应与实际执行时间一致，与其他医疗文件内容一致，互相补充，不应有矛盾。

### 2. 客观、真实。

(1) 记录内容应描述患者的客观信息，护理人员通过观察、交谈、体格检查获得的信息，不应有主观的推测、判断，禁止伪造。

(2) 记录内容应反映患者接受的真实照护，包括健康教育

和心理护理。

### 3. 完整。

(1) 记录内容应体现患者病情变化和治疗护理的动态变化过程。

(2) 记录内容应反映护理程序的全过程，体现护理问题的解决思路和过程。

### 4. 以病人为中心。

护理文书应体现以病人为中心的服务理念。记录内容应体现患者病情变化、健康需求及护士给予的照护等。

## 二、不同护理文书书写要求

### (一) 体温单

体温单用于记录患者体温、脉搏、呼吸及其他情况，内容包括患者姓名、科室、入院日期、住院病历号（或病案号）、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等，有条件的医院亦可将疼痛评估结果记入体温单。主要由护士填写，住院期间体温单排列在病历最前面。

#### 1. 体温单书写的基本要求。

(1) 体温单应以表格的形式呈现。

(2) 体温单的眉栏项目、日期及页数均用蓝黑或碳素墨水笔填写。各眉栏项目应填写齐全，字迹清晰。数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

(3) 在体温单 40~42℃ 之间的相应格内用红色笔纵式填写入院、分娩、手术、转入、出院、死亡等项目。除手术不写具体

时间外，其余均按 24 小时制，精确到分钟。转入时间由转入科室填写。

(4) 体温单的每页第 1 日应填写年、月、日，其余 6 天不填年、月，只填日。如在本页当中跨越月或年度，则应填写月、日或年、月、日。

(5) 体温单  $34^{\circ}\text{C}$  以下各栏目，用蓝黑或碳素墨水笔填写。

(6) 住院天数：自入院当日开始计数，入院及出院当天填写，其余时间不填写。

(7) 患者因做特殊检查或其他原因而未测量体温、脉搏、呼吸时，应补测并填入体温单相应栏内。患者如特殊情况必须外出者，其外出期间，在体温单  $40\sim 42^{\circ}\text{C}$  之间的相应格内用红色笔纵式填写“不在”两字，护士不测量和绘制体温、脉搏、呼吸，返院后的体温、脉搏与外出前不相连。若患者有特殊测血压医嘱，返院后即时测血压 1 次，记录于体温单相应栏内。

(8) 体温在  $35^{\circ}\text{C}$ （含  $35^{\circ}\text{C}$ ）以下者，可在  $35^{\circ}\text{C}$  横线下用蓝黑或碳素墨水笔写上“不升”两字，不与下次测量的体温相连。

## 2. 体温的记录。

(1) 体温曲线用蓝色笔或碳素墨水笔绘制，以“×”表示腋温，以“○”表示肛温，以“●”表示口温。

(2) 降温 30 分钟后测量的体温是以红圈“○”表示，再用红色笔画虚线连接降温前体温，下次所测体温应与降温前体温相连。

(3) 连续测划体温的患者与上次测量记录的体温相比，体

温骤然上升 ( $\geq 1.5^{\circ}\text{C}$ ) 或突然下降 ( $\geq 2.0^{\circ}\text{C}$ ) 者要进行复测, 在体温右上角用红笔划复测标号 “v”。

(4) 新入院患者, 即时测量体温 1 次, 记录在相应的时间栏内。常规体温每日测量 1 次, 体温  $< 37.5^{\circ}\text{C}$  时不绘制。

(5) 发热患者 (体温  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) 每 4 小时测量 1 次。如患者体温在  $38^{\circ}\text{C}$  以下者, 23:00 和 3:00 酌情免测。体温正常后连测 3 次, 再改常规测量。

### 3. 脉搏的记录。

(1) 脉搏以红点 “●” 表示, 连接曲线用红色笔绘制。

(2) 脉搏如与体温相遇时, 在体温标志外画一红圈。如 “⊗” “⊙” “⊕”。

(3) 短绌脉的测量为二人同时进行, 一人用听诊器听心率, 一人测脉搏。心率以红圈 “○” 表示, 脉搏以红点 “●” 表示, 并以红线分别将 “○” 与 “●” 连接。在心率和脉搏两曲线之间用红色笔画斜线构成图像。

(4) 脉搏过快, 其数字不能在体温单上呈现时, 可在 180 次/分横线下用蓝黑或碳素笔写 “过快” 两字, 如新入院患者脉搏过快时, 在入院时间下面用蓝黑或碳素笔写 “过快” 两字, 均不与相邻测量的脉搏相连, 并将具体数字记录到护理记录单上。

### 4. 呼吸的记录。

(1) 呼吸的绘制以数字表示, 相邻的两次呼吸数用蓝黑或碳素墨水笔, 上下错开填写在 “呼吸数” 项的相应时间纵列内,

每一页第 1 次呼吸应当记录在上方。

(2) 使用呼吸机患者的呼吸以 $\textcircled{R}$ 表示，在“呼吸数”项的相应时间纵列内上下错开用蓝黑笔或碳素笔画 $\textcircled{R}$ 。

#### 5. 血压的记录。

(1) 血压应当按医嘱或者护理常规测量。

(2) 入院时应测量血压并记录。住院期间每周至少 1 次。MECT 治疗前后均应测量血压，记录于体温单相应栏内。持续监测血压，每日记录 2 次，根据病情需要确定记录的时间。

(3) 如为下肢血压应当标注，如：140/80(下)。

#### 6. 大便的记录。

(1) 应在每日常规测试体温时询问患者 24 小时内大便次数，并用蓝黑或碳素墨水笔填写。

(2) 用“\*”表示大便失禁，用“☆”表示人工肛门。

(3) 灌肠后大便 1 次，应在当日大便次数栏内记 1/E，大便 2 次记 2/E，无大便记 0/E，1<sup>2</sup>/E 表示自行排便 1 次灌肠后又排便 2 次，依此类推。当大便次数无法记数时，记录为\*/E。

#### 7. 尿量的记录。

可根据病情需要和医嘱要求进行测量并记录。

#### 8. 体重的记录。

(1) 体重应当按医嘱或者护理常规测量。

(2) 入院当天测量体重并记录，住院期间每月至少 1 次。

(3) 入院时或住院期间因病情不能测体重的，分别用“平车”“轮椅”“卧床”或“不合作”表示。

### 9. 身高的记录。

可根据病情需要和医嘱要求进行测量并记录。

### 10. 其他内容的记录。

如腹围、24 小时痰量、呕吐量、引流量等项目，可根据病情需要和医嘱要求进行测量，并记录。

## （二）医嘱单

医嘱单是医生开写医嘱所用，也是护士执行医嘱的依据。分为长期医嘱单和临时医嘱单。

1. 医嘱由医师直接书写在医嘱单上或输入微机，护士不得转抄转录。

2. 长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行者签名等。

3. 医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色笔标注“取消”字样并签名。

4. 一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，核对无误方可执行。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

5. 医嘱必须经医生签名后方为有效。

## （三）入院护理评估记录



入院护理评估记录是患者入院后，由责任护士通过观察、交谈、测量、体格检查、查阅记录及诊断报告方式，评估患者与护理相关的健康资料，并对资料归纳分析而成的记录。

### 1. 入院护理评估记录的基本要求。

(1) 评估内容应包括患者生理、心理、社会等方面的情况，体现整体护理理念。

(2) 书写内容应基于循证、可靠；对患者诊治有价值，能作为制定护理计划和护理措施的基础。

(3) 入院护理评估记录应由责任护士当班完成。

### 2. 书写内容及要求。

(1) 患者一般情况。

应包括姓名、性别、年龄、入院时间、入院诊断等内容。

(2) 现在健康状况及生理功能。

按发生的先后顺序记录主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素、演变发展情况以及伴随症状。

(3) 日常状况及自理程度。

应包括进食与营养、休息与睡眠、排泄、活动与运动。

(4) 心理社会状况。

(5) 症状严重程度以及风险评估。

①可根据患者情况进行症状严重程度及风险评估。

②症状严重程度以及风险评估应选择合适的评估工具和方法，选择的评估量表应具有较高的信度和效度。

③症状严重程度以及风险评估的内容可根据患者病情及专

科特点进行选择，可涉及以下几个方面：

- a) 自杀风险评估；
- b) 暴力行为风险评估；
- c) 擅自离院风险评估；
- d) 跌倒风险评估；
- e) 压疮风险评估；
- f) 噎食风险评估；

g) 其他评估：如营养风险评估、疼痛严重程度评估、意识状态评估等。

#### （四）护理记录

护理记录是指继入院护理评估记录之后，对患者在整个住院期间的病情观察、实施的护理措施以及护理效果的真实、客观、及时的记录。

##### 1. 护理记录基本要求。

（1）护理记录应体现整体护理理念，体现护理程序的基本方法，反映护理工作的连续性。

（2）应结合相应专科疾病护理特点、反映专业内涵。记录内容简明扼要。

（3）应根据病情需要决定记录频次，实时反映病情及治疗护理动态。

（4）每一条护理记录的时间应具体到分钟。

（5）护理记录的格式可根据专科特点设计为表格式。

（6）病危病重患者必须建立护理记录单，一般患者可根据

病情需要做相应记录。

## 2. 书写内容及要求。

### (1) 患者病情评估。

应根据患者病情及医嘱，评估并记录生命体征、出入量及重点观察内容的变化情况。

### (2) 实施的护理措施。

应记录为患者实施的主要护理措施及实施的时间，包括病情观察、执行医嘱、各种专科护理措施、健康教育、沟通情况等。常规用药及治疗护理措施不需要记录，如常规使用抗生素、护理常规等。因病情变化而使用的特殊药物，需要记录用药情况及用药后的反应。

### (3) 各种特殊时点的护理记录。

包括患者入院护理记录、转科/转院护理记录、出院护理记录、死亡护理记录等。

①入院护理记录：应记录患者基本情况、简要病史、入院后表现、护理风险及干预措施等。

②转科/转院护理记录：应记录转出日期、患者目前情况及注意事项等。

③出院护理记录：应记录出院日期、患者目前健康状况及出院指导等，应在患者出院当班内完成。

④死亡护理记录：应记录对患者进行的临终护理措施。

### (4) 出入量记录。

①入量：包括食物含水量、每次饮水量、输液及输血量等。

②出量：包括尿量、呕吐量、大便、各种引流量等，除记录液量外，必要时还需记录颜色、性质等。

③根据排班情况每班小结出入量，大夜班护士每24小时总结一次，并记录在体温单的相应栏内。各班小结和24小时总结的出入量需用红双线标识。

#### (5) 护理查房。

对新入院、危重、特殊患者进行查房时，应建立护理查房记录单，做好记录，内容应体现护士长、专科护士或护理组长的意见。

#### (6) 护理会诊或讨论。

对有疑难护理问题的患者应进行疑难病例讨论或护理会诊时，建立护理会诊记录单，做好记录，内容应体现相关专科护士的指导意见。

### 3. 护理记录频次要求。

(1) 新入院患者，每日三班记录，连续记录2天。

(2) 入院1月内患者，每周至少记录1次。

(3) 入院1-3个月的患者，每2周至少记录1次。

(4) 入院3个月以上患者，每月至少记录1次。

(5) 患者病情变化时，随时记录。

