

T/CEMA

中国民族医药协会团体标准

T/CEMA XXX—2025

中西医结合护理文件书写规范

Norms for Writing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing
Documents

申报草案

(本稿完成时间：2025年01月03日)

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

中国民族医药协会 发布

目 录

前 言	II
引 言	III
1 范围	4
2 规范性引用文件	4
3 术语和定义	4
4 基本要求	5
5 中西医护理评估单	6
6 体温单	8
7 医嘱单	13
8 护理操作护患沟通记录单	14
9 护理记录单	14
10 患者转科中西医护理交接记录单	19
11 中西医护理会诊单	21
12 各类记录归档及排序要求	21
13 病区中西医交班报告	26

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由贵州中医药大学第一附属医院提出。

本文件由中国民族医药协会归口。

本文件起草单位：贵州中医药大学第一附属医院、贵州云中医院、温州市中医院、北京中医药大学东方医院、佛山市中医院、上海中医药大学附属曙光医院、首都医科大学附属北京友谊医院、广东省中医院、内蒙古自治区国际蒙医医院、甘肃省中医院、中日友好医院、重庆市中医院、天津中西医结合医院、云南中医药大学第一附属医院、广西国际壮医医院、贵州省人民医院、贵阳市妇幼保健院、中山大学附属第一医院贵州医院、上海儿童医学中心贵州医院、贵阳康养职业大学。

本文件主要起草人：冷毅、谢薇、唐东昕、郑曙光、曾曼杰、王正、唐玲、刘继洪、栾伟、骆金凯、林美珍、白一萍、张丽平、王巧、田旭、李金亭、王家兰、林琴、李娟、常玲、汤晋、吕云芬、冷羽、王明珍、刘洋、王飞清、田恬、郑明慧、李坤、田先丽、奚经玉、姚青、黄燕、刘廷英、任秀亚、董画千、袁丹、罗丽媛、张天姣。

引 言

为深入贯彻落实《医疗质量管理办法》等文件精神，病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。中西医护理病历是重要的法律文书之一，能有效客观地呈现护士的依法执业行为，健全完善护理病历书写规范，对于提升护理质量、保障患者权益、提升工作效率、强化教学与科研以及促进医院管理等方面具有重要意义。中西医护理病历书写是护理病历书写中的一种类别，是护士通过四诊合参、治疗、护理等活动获得的相关资料，并进行归纳、分析、整理形成的中西医护理活动记录行为，是护士实施证候观察、辨证施护全过程的原始文字记载。中西医护理病历书写是指护士通过望、闻、问、切及查体、辅助检查、治疗、护理等护理活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成护理活动记录的行为。

各类护理记录单、临床常用护理评估表单、护理告知同意书、电子护理病历、护理文书工作流程、护理文书相关制度、书写要求与质量监控等内容进行描述，但未系统全面覆盖中医护理内容。本标准根据《中华人民共和国民法典》、《病历书写基本规范（试行）》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历应用管理规范（试行）》等法律法规，结合当前医疗机构管理和护理质量管理面临的新形势和新特点，从护理评估表单、体温单、医嘱单、护理操作护患沟通记录单、护理记录单、患者交接记录单、护理会诊单、各类记录归档及排序要求、病区交班报告等方面规范中西医护理病历书写，为临床中西医护理病历书写提供科学依据。

中西医结合护理文书书写规范

1 范围

本标准规定了中西医结合护理病历书写的基本要求，护理评估单、体温单、医嘱单、护理记录单、转科交接记录单、各项护理操作护患沟通记录单等的书写要求。

本标准适用于各级各类中医、中西医结合医疗机构、综合医院中医科医护人员，其他医疗机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

DB22/T 3469-2023 医疗机构护理文书书写规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 中西医护理文书

中西医护理文书是病历资料的重要组成部分，是护士根据医嘱、证候要点、辨证分析，对患者住院期间中西医护理过程的客观记录。

3.2 中西医护理评估单

中西医护理评估单是护士通过对患者入院时的证候、生活自理能力、各项功能的评估等信息收集后的记录，为患者辨证施护提供依据。

3.3 体温单

DB22/T 3469-2023 医疗机构护理文书书写规范 界定的术语和定义适用于本文件。

3.4 医嘱单

医嘱单是指与医嘱相关的表格，包括长期医嘱、临时医嘱单、各种执行卡及医嘱查对本。

3.5 中西医护理操作护患沟通记录单

中西医护理操作护患沟通单是护士在实施中西医护理操作前和患者（或）家属沟通，以确保其知悉中西医护理操作的情况和风险，保障患者的知情权，由沟通对象签字同意实施的书面告知形式的护理记录。

3.6 中西医护理记录单

中西医护理记录单是护士根据临床证候表现，采取相应中西医治疗和护理方法为患者解决问题的记录。

3.7 病区中西医交班报告

病区中西医交班报告是由值班护士书写的书面交班报告，其内容是护士值班期间，对入院患者、在院患者的评估、临床证候动态观察等的收集及总结，并形成记录。

3.8 患者转科中西医护理交接记录单

患者转科中西医护理交接记录单是在转移患者到不同科室时，护士需要详细记录患者的中西医证候要点及临床表现、诊断、治疗、护理等信息，确保患者得到及时、有效适当的治疗和护理的记录单。

3.9 中西医护理会诊单

中西医护理会诊单是护士在中西医护理业务、技术方面的疑难问题，通过他科或多科进行中西医护理会诊，共同分析、研究，提出解决措施的客观记录。护理会诊按范围分为院内、院外会诊，按急缓分为慢、急会诊。

3.10 护理病历归档

护理病历归档是指将患者的护理病历资料按照法律、管理、医学等规定的要求整理、分类、编号、标识并妥善保存的过程。

3.11 护理病历排序

护理病历排序是将各类各项护理记录排列顺序，以方便查找患者相关资料，便于统计、沟通以及护理病历质量检查和评价工作的开展。

4 基本要求

用于科研、教学等目的的护理病历资料，须保护患者个人信息安全不外泄。

5 中西医护理评估单

5.1 入院评估单

入院评估单是指患者入院后由责任护士采集并书写的第一次护理信息的记录。需符合以下要求：

- a) 凡是办理入院的患者/患儿都应建立入院患者/患儿护理评估单。
- b) 患者入院后由责任护士对患者/患儿进行评估后填写，在所选项目的方格内打“√”表示。
- c) 首次评估应在 24 小时内完成，保存电子病历档案。
- d) 凡急诊由绿色通道直接送临床科室的患者，入院评估应由相应科室完成。
- e) 入院诊断：填写中医诊断及证型，如“腰痛 气滞血瘀证”；西医诊断填写主要诊断各 1~2 个，如“1、腰椎滑脱症 2、右肘关节骨关节炎”。
- f) 有过敏史者，应详细填写过敏药物、食物等过敏源的名称。
- g) 主诉：简明扼要地叙述患者最主要的症状及持续时间。如：“反复腰骶部疼痛半年，加重 1 月”。
- h) 主要病情：阐述本次发病的原因或诱因，目前的主要症状、临床特征及体格检查的阳性体征等。
- i) 既往史：包括诊断、时间、治疗方案、是否治愈等。
- j) 体温、脉搏、呼吸、血压、体重应填写入院时的数据，因病重或行动不便等不能测量体重者，可填“卧床”、“轮椅”、“担架”等。
- k) 四诊检查：运用望、闻、问、切四诊方法，全面评估患者的整体情况，尤其是与主证有关的，以便采集真实的资料，为辨证分析提供可靠的依据，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，描述采用中医术语。
- l) 心理社会评估：心理评估包括患者情志、患者对疾病的了解和程度，社会评估包括家庭关系、经济状况、自理能力、生活起居的综合评估。
- m) 入院评估单模板详见附表 1。

5.2 生活自理能力评估单

生活自理能力评估单是护士了解患者的自理能力，为制定护理措施提供可靠的依据，以促进患者康复的护理记录。需符合以下要求：

- a) 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据 Barthel 指数评定量表评估患者运动、自理、等一系列基本活动的分值。
- b) Barthel 指数评定量表总分 ≤ 40 分为重度依赖，全部需要他人照护；总分 41~60 分为中度依赖，大部分需他人照护；总分 61~99 分为轻度依赖，少部分需他人照护；总分 100 分为无依赖，无需他人照护。
- c) 在病情发生变化或护理等级发生变化时进行 Barthel 指数评定。
- d) 在一天内需评估两次者，在相应项目栏内记录，如“第一次评估分值/第二次评估分值”。
- e) Barthel 指数评定量表详见附表 2。

5.3 皮肤压力性损伤危险因素评估单

皮肤压力性损伤危险因素评估单是护士对患者发生压力性损伤风险判断的记录，通过评

估，筛选出风险患者，给予预防措施，降低皮肤压力性损伤的发生。需符合以下要求：

a) 危重患者、昏迷、活动严重受限、截瘫、使用矫形器械、极度营养不良、肿瘤晚期需长期卧床、自理能力不足或缺乏自理能力、大小便失禁、高度水肿的患者采用 Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单，总分 23 分，入院 2 小时内评估，评估分值 ≤ 12 分为高风险患者应每天评估；13 分以上入院时评估一次以后每周评估；有病情变化及时评估，19 分以上停用评估单。

b) 老年患者采用 Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单，总分 20 分，评估分值 15-19 分为轻度危险，有发生压力性损伤的可能，但可能性较小；13-14 分为中度危险，每周评估 1 次； ≤ 12 分为高度危险，每天评估 1 次。

c) 已发生压力性损伤的患者每天评估 1 次；转入、病情变化（手术后、意识、活动、自我照顾能力等改变）随时评估。

d) Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单详见附表 3。

e) Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单详见附表 4。

5.4 跌倒坠床风险评估单

跌倒坠床风险评估单是护士筛查出跌倒坠床高风险患者，以制定跌倒坠床防范计划，并采取预防措施，避免或减少跌倒坠床的发生及其所致的伤害。需符合以下要求：

a) 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据跌倒/坠床危险评估单评估患者的分值。

b) 在转科、病情变化时、手术/麻醉后、初次使用易增加跌倒坠床风险药物时、住院期间易跌倒药物调整时须进行再次评估，之后每周或病情发生变化时重新评估。

c) Morse 跌倒风险评分 ≥ 45 分为跌倒高风险，需每 3 天评估一次。每周评估一次。评分 < 45 分，每周评估 1 次。

d) 跌倒坠床风险评分详见附表 5。

5.5 非计划拔管风险评估单

5.5.1 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据《非计划拔管风险评估单》评估患者的分值。

5.5.2 评分 ≤ 18 分，为低风险，每 3 天评估 1 次。评分 > 18 分，为高风险，每天评估 1 次。病情变化随时评估。

5.5.3 发生管道滑脱的患者按不良事件上报。

5.5.4 非计划拔管风险评估单模板详见附表 6。

5.6 深静脉血栓评估单

5.6.1 及时评估，高风险人群入院 24 小时内、手术后患者即时完成评估。患者住院期间如病情发生变化（手术前 4h、手术后 2h、专科后 24h、出院前 24h 等）需动态评估。

5.6.2 正确评估，深静脉血栓风险每周常规评一次，高度风险每天评估一次。

5.6.3 评估内容包括患者的健康史，既往有无疾病、手术等诱因；评估测量双下肢大、小腿同一部位周径，了解患肢色泽、温度、感觉、脉搏强度，了解有无肺栓塞症状等。

5.6.4 填写要求无漏项，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，及时完成签字。

- 5.6.5 进行手术或有创操作的住院患者使用 Caprini 风险评估量表，1-2 分为低危；3-4 分为中危； ≥ 5 分为高危。
- 5.6.6 内科治疗的住院患者使用 Padua 风险评估量表，0-3 分为低危； ≥ 4 分为高危。
- 5.6.7 所有内科治疗的肿瘤患者使用 Khorana 评估量表，0 分为低危；1-2 分为中危； ≥ 3 分为高危。
- 5.6.8 妊娠期或产褥期患者使用妊娠期/产褥期患者评分量表，0-1 分为低危；产前 3 分或产后 1-3 分为高危；24 分为极高危。
- 5.6.9 Caprini 评估量表模板详见附表 7。
- 5.6.10 Padua 评估量表模板详见附表 8。

5.7 昏迷评分单

- 5.7.1 格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 是一种用于评估和计算患者意识水平的工具。
- 5.7.2 格拉斯哥昏迷评分法从睁眼反应、语言反应、运动反应三个方面评价，最高分为 15 分，表示意识清楚；13~14 分为轻度意识障碍；9~12 分为中度意识障碍；3~8 分为重度意识障碍（昏迷状态）。分数越低则意识障碍越重。
- 5.7.3 格拉斯哥昏迷量表模板详见附表 9。

5.8 RASS 躁动-镇静评分单

- 5.8.1 RASS 躁动-镇静评分单 (Richmond Agitation-Sedation Scale) 是成人 ICU 患者测量镇静质量与深度的最真实与可靠的镇静评估工具，该评分表的范围从+4 到-5，用于评估患者的镇静状态。
- 5.8.2 RASS 躁动-镇静评分单模板详见附表 10。

5.9 出院评估单

出院评估单是患者住院期间，护士针对所患疾病制定宣教计划，针对患者现状在生活起居、饮食、运动、康复、用药、复诊等方面进行出院指导的护理过程记录。需符合以下要求：

- a) 凡是办理出院的患者都应建立出院评估单。
- b) 患者出院前由责任护士对患者进行评估后填写，不得主观臆断。
- c) 在患者出院前 24 小时内完成出院评估，保存电子病历档案，无需打印纸质归档病案室。
- d) 出院评估单模板详见附表 11。

6 体温单

体温单为表格式，主要用于记录患者的生命体征及有关情况，包括眉栏、日期时间记录栏、生命体征记录栏、特殊项目记录栏。

6.1 眉栏

包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号。需符合以下要求：

- a) 年龄：儿童及成年人年龄以岁为单位，如 25 岁；新生儿年龄以天为单位，如 1 天，分娩出生当日为第一天。
- b) 转科：在科别处书写从 A 科转至 B 科，两科之间用箭头表示，如科别：肛肠科二病房→ICU。
- c) 转床：在床号处书写从 A 床转至 B 床，两床号之间用箭头表示，如床号：14→15。
- d) 入院日期：需填写年-月-日（如：2023-01-01）。

6.2 日期时间记录栏

包括日期、住院天数、手术后天数、时间。需符合以下要求：

- a) 住院日期：首页/跨年第 1 栏日期填写，填写年-月-日（如：2023-01-01），翻页第 1 栏日期填写月-日（如：01-01）。
- b) 住院天数：住院当日为第 1 日，记录于首页天数的第一栏，自入院当日开始计数，直至出院。
- c) 手术（分娩）后天数：自手术（分娩）次日为术后第 1 天，连续书写 14 天，若在 14 天内进行第 2 次手术，则将第 1 次手术天数作为分母，第 2 次手术天数作为分子填写，如第 1 次手术后第三天行第 2 次手术，第 2 次手术术后第一天的表示方法，如 1/3。需多次手术者以此类推。
- d) 患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡记录方式及时间：在 40℃—42℃之间纵向填写患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡等，除手术不写具体时间外，其他均按 24 小时制，精确到分钟，如“入院——八时二十四分”。转入时间由转入科室填写。
- e) 患者入院时间应与系统自动生成的时间一致，出院、手术、转入、死亡时间应与相应的医嘱时间一致。

6.3 生命体征记录栏

包括体温、脉搏、心率、呼吸、血压、疼痛评估分数。

6.3.1 体温

- 6.3.1.1 体温符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。
- 6.3.1.2 每小格为 0.2℃，按实际测量度数，用蓝色绘制于体温单 35℃—42℃之间，相邻温度用蓝线相连。
- 6.3.1.3 特殊情况记录：体温不升时，红色注明“不升”二字在 35℃线以下两格。“拒测”、“请假”或“外出”者在 40℃—42℃之间用红色注明，每字一小格，以上情况体温及脉搏线不连接。临时外出回病房后须补测并记录。
- 6.3.1.4 新入院患者体温正常时每日测量体温三次（8:00-12:00-20:00），连续测量三天后，转为每日一次（12:00）持续监测。
- 6.3.1.5 物理或药物降温 30 分钟后复测的体温以红圈“○”表示，划在物理降温前温度的同一纵格内，以红虚线与降温前温度相连。
- 6.3.1.6 重点体温：手术后患者测量手术当天、术后第一天、术后第二天、术后第三天体温，每日测量 4 次（8:00-12:00-16:00-20:00），而后改为每天 1 次（12:00）；发热体温 <38.5℃，从发热当天开始连测 3 天体温，每日测量 3 次（8:00-12:00-20:00），待体温恢复正常后改为每天 1 次（12:00），发热体温 ≥38.5℃，从发热当天开始连测 3 天体温，每

4 小时测量一次（8:00-12:00-16:00-20:00-00:00-04:00），待体温恢复正常后改为每天 1 次（12:00）或遵医嘱。

6.3.1.7 在院患者应根据病情变化，随时测量体温。如医嘱开具 Q2h 监测体温，体温单不能满足绘制，则记录在护理记录单中。

6.3.1.8 转科患者从转入即日起，转入科室按照新入院患者每日测量体温三次（8:00-12:00-20:00），连续测量三天后，转为每日一次（12:00）持续监测。

6.3.2 脉搏、心率

6.3.2.1 脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为 4 次/分，相邻的脉搏以红直线相连。

心率用红“○”表示，两次心率之间也用红直线相连。

6.3.2.2 短绌脉的患者，两次心率之间也用红直线相连，在心率与脉搏曲线之间用红斜线填满。

6.3.2.3 脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再在体温符号外划“○”。

6.3.2.4 使用心脏起搏器的患者，心率应以“Ⓜ”表示，相邻心率用红线相连。

6.3.3 呼吸

6.3.3.1 以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

6.3.3.2 如每日记录呼吸 2 次，应当在呼吸栏目内上下交错记录，第 1 次呼吸应当记录在上方。如医嘱开具 Q2h 监测呼吸，体温单不能满足记录，则记录在护理记录单中。

6.3.3.3 使用呼吸机患者的呼吸在体温单相应表格中用以“Ⓜ”表示标注，入院当日和翻页第一天记录。

6.3.4 血压

6.3.4.1 记录频次：新入院患者当日应当测量并记录血压，根据患者病情及医嘱测量并记录，如为下肢血压应当标注（130/80 下）。

6.3.4.2 记录方式：收缩压/舒张压（130/80）。

6.3.4.3 单位：毫米汞柱（mmHg）。

6.3.4.4 测量血压每天一次，血压录入在前半格，测量血压每天二次，上午血压录入在前半格，下午的录入在后半格，如“120/60|130/70”。测量血压每天三次及以上，或根据患者情况需同时检测血压和脉搏者，则记录在护理记录单中。

6.3.5 疼痛

6.3.5.1 新入院患者应在入院 8 小时内，采用疼痛评估量表对患者进行疼痛常规评分。

6.3.5.2 疼痛评分为 0 分且无疼痛症状，则只需在入院当天评估一次，记录于当前相应时

间的疼痛项目栏内。

6.3.5.3 疼痛评分 1-3 分，评估及记录时间每天两次（12:00、20:00）；疼痛评分 4-6 分，评估及记录时间每天三次（8:00、12:00、20:00）；疼痛评分 7-10 分，评估及记录时间每天四次（8:00、12:00、16:00、20:00）。

6.3.5.4 疼痛评分绘制在体温 35℃ 以下栏目内，以黑色“▲”表示，每小格为 2 分，疼痛强度共计 10 分。相邻的疼痛评分以黑色直线相连。

6.3.5.5 疼痛评分 ≥7 分的重度疼痛处理后（静脉 15 分钟后、肌肉注射 30 分钟、口服给药或非药物性干预后 60 分钟后），对患者再次进行疼痛评估，其分数绘制同发热体温绘制，在镇痛处理前评估结果同一纵格栏内绘制“△”，干预前后疼痛评分之间用黑色虚线相连，下一次疼痛评分应与疼痛处理前疼痛评分相连。

6.3.5.6 术后返回病房时与血压、脉搏及呼吸同时评估一次，记录在相应时间栏内。手术当日 8:00、12:00、16:00、20:00 评估，连续评估三天，三天后按术前疼痛评估的原则进行动态评估。

6.3.5.7 暂停评估和记录的时机：持续疼痛者和停止镇痛泵的术后患者，疼痛评估连续三日显示疼痛强度 <1 分，可暂停疼痛评估和记录。

6.4 特殊项目记录栏

6.4.1 大便

6.4.1.1 记录频次：应当将前 1 日 24 小时大便次数记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。入院当天应评估记录患者的大便次数。

6.4.1.2 记录符号：患者无大便，以“0”表示；大便一次及以上以具体次数表示；“※”表示大便失禁；灌肠后大便以“E”表示，分子记录大便次数，例：0/E 表示灌肠后无排便，1/E 表示灌肠后大便 1 次，11/E 表示自行排便 1 次灌肠后又排便 1 次，4/2E 表示 2 次灌肠后排便 4 次；“☆”表示人工肛门（入院当日和翻页第一天记录）；大便形态改变及处理的情况书写在护理记录中。

6.4.1.3 与排便相关的护理技术包括灌肠法、口服高渗溶液清洁肠道、简易通便法及肛管排气法。

6.4.1.4 单位：次/日。

6.4.2 尿量

6.4.2.1 记录频次：应当将前一日 24 小时尿量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次，入院日不满 24 小时记录实际时间的尿量，如“15 小时尿量”。

6.4.2.2 昏迷患者、尿失禁患者或需密切观察尿量的患者，应留置导尿。婴幼儿测量尿量应先测量干尿布的重量，再测量尿不湿的重量，两者之差即为尿量。

6.4.2.3 单位：毫升（ml）。

6.4.3 总入量

6.4.3.1 记录频次：应当将前一日 24 小时总入量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写

1次，入院日不满24小时记录实际时间总量，如“15小时总入量”。

6.4.3.2 每日总入量包括饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量等。

6.4.3.3 单位：毫升（ml）。

6.4.4 总出量

6.4.4.1 记录频次：应当将前一日24小时总出量记录在相应日期栏内，每隔24小时填写1次，入院日不满24小时记录实际时间总量，如“15小时总出量”。

6.4.4.2 每日总出量包括尿量、大便量、呕吐物量、咯出物量（咯血、咳痰）、出血量、引流量、创面渗液量等。

6.4.4.3 患者饮水应使用固定的饮水容器，并测定其容量。固体食物应记录单位数量或重量，再核算其含水量。

6.4.4.4 单位：毫升（ml）。

6.4.5 身高

6.4.5.1 记录频次：新入院患者当日应当测量身高并记录，住院期间根据患者病情及医嘱动态测量并记录。

6.4.5.2 单位：厘米（cm）。

6.4.6 体重

6.4.6.1 记录频次：新入院患者在入院当日应测量体重一次，不能测量者记录“平车”或“轮椅”；住院患者每周需测量体重一次，于每次体温单翻页时填写在翻页第一天的项目栏内。

6.4.6.2 因病情重或特殊原因不能测量者，在体重栏可填上“卧床”，住院期间根据患者病情及医嘱动态测量并记录。

6.4.6.3 单位：公斤（kg）。

6.4.7 生活自理能力（Barthel）评分

6.4.7.1 记录频次：根据患者病情发生变化或护理等级发生变化时进行评分。

6.4.7.2 记录方式：24小时内评分一次，其结果记录在相应时间栏内，若24小时内评估两次，第一次的评分结果打斜杠后记录第二次的评分结果，如“90/50”。

6.4.8 皮试结果

6.4.8.1 记录方式：在执行过敏试验的相应日期栏内填写药物名称及药物过敏试验结果，如“青霉素（+）”。

6.4.8.2 一天内执行两种及以上的药物皮试，同时记录在当天皮试项目栏内。

6.4.9 空格栏

- 6.4.9.1 可作为需观察增加内容和项目，如记录管路情况等。
- 6.4.9.2 按医嘱要求，一条引流管记录一栏，引流量用词统一，如“腹腔引流”“胃管引流”“胸腔引流（左）/（右）”“T管引流”等。

6.4.10 体温单模板详见附表 12。

7 医嘱单

医嘱单包括与医嘱相关的表格，如长期医嘱单、临时医嘱单、各种执行单及医嘱查对本。

7.1 医嘱单

7.1.1 医嘱单是医生医嘱所用，包括长期医嘱单和临时医嘱单，内容包括护理常规、护理级别、饮食、体位、活动范围、隔离种类、各种检查、手术、麻醉、治疗以及药物名称、剂量、用法等，医嘱单存于病历中，作为护士执行医嘱的依据。

7.1.2 医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱只包含一个内容，并注明医嘱起始和停止的时间，处理医嘱时也应注明医嘱起始和停止的时间，并且具体到分钟，护士执行时间晚于开医嘱时间，发现有疑问的医嘱时，落实清楚后再执行。

7.1.3 长期医嘱是指医生开具医嘱起，至医嘱停止，有效时间在 24 小时以上的医嘱，当医生注明停止时间后医嘱失效。长期备用医嘱（PRN）指有效时间在 24 小时以上，必要时用，两次执行期间有时间间隔，由医生注明停止日期后失效。

7.1.4 临时医嘱单是指医嘱有效时间在 24 小时以内、在短时间内或立即执行，限定执行时间的医嘱。执行临时医嘱，应严格在指定时间内执行，并在临时医嘱栏内注明执行人和时间。临时医嘱需立即执行（ST），一般只执行一次。临时备用医嘱（SOS）指自医生开写医嘱起，12 小时内有效，必要时用，过期未执行则失效。

7.1.5 一般情况下，护士不得执行口头医嘱。因抢救急危患者需要执行口头医嘱时，护士应当复诵一遍，双方确认无误后方可执行，抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

7.1.6 药物过敏试验及结果，由医生在临时医嘱单开具医嘱，处理医嘱的护士确认处理时间，执行医嘱的护士确认执行时间和皮试结果，阳性结果用红色“十”表示，阴性结果用蓝色“—”表示，并在患者床头作医院统一标记。

7.1.7 转院、出院、死亡医嘱由医生开具于临时医嘱栏内并注明时间，即表明全部医嘱已停止。死亡医嘱要用红色标注心跳、呼吸停止死亡时间。

7.1.8 医嘱满页或开具出院医嘱后打印医嘱，对“术后医嘱”需要用双横线用红笔标记。由管床医师、护士长、办公班护士以及医嘱单上出现的其他医生和护士签名确认。

7.1.9 长期医嘱单模板详见附表 13。

7.1.10 临时医嘱单模板详见附表 14。

7.2 各类执行单

7.2.1 执行单是执行医嘱的各类记录单，以便于治疗和护理的实施，包括服药单、注射单、治疗单、输液单。

7.2.2 采取表格式，服药单应写明患者信息、药品名称、剂量、用法用量、用药时间、执行人。注射单括患者信息、注射药物名称、剂量、注射方式（如静脉注射、肌肉注射等）、执行人。治疗单详细记录患者信息、患者信息、治疗项目、治疗时间、治疗部位、治疗穴位、执行人。输液单记录输液药物名称、剂量、输液速度、执行人。

7.2.3 停止或更改医嘱后，及时进行执行单重整，注销相应项目，同时注明停止日期和时间，并由双人核对。

7.2.4 服药单模板详见附表 15。

7.2.5 注射单模板详见附表 16。

7.2.6 治疗单模板详见附表 17。

7.2.7 输液单模板详见附表 18。

7.3 医嘱查对本

7.3.1 医嘱查对本用于查对医嘱执行是否准确及时。

7.3.2 医嘱须每班查对，当班护士查对上一班医嘱执行情况。

7.3.3 护士长完成病区每日所有班次医嘱核对情况。

7.3.4 护士长组织每周大查对至少一次，重整各类执行单、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等）护理工作一览表。

7.3.5 每次查对后应在医嘱查对本上及时记录日期、班次、医嘱起止时间、医嘱情况及存在问题、处理措施、查对者签名、护士长签名。

7.3.6 医嘱查对本模板详见附表 19。

8 护理操作护患沟通记录单

护理操作护患沟通书是护士在实施护理操作前和患者和（或）家属沟通，以确保其知悉护理操作的情况和风险，保障患者的知情权，由患者或家属签字认可沟通程序、同意实施的书面告知形式的护理记录。

8.1 记录内容：包括患者的一般信息、临床诊断、护理侵入性/非侵入性相关操作、可能出现但不限于相关的风险、意外及并发症、护患双方签字确认。

8.2 记录频次：在给患者实施相应的治疗/护理，或实施风险告知时。

8.3 护理侵入性操作护患沟通记录单模板详见附表 20。

8.4 护理非侵入性操作护患沟通记录单模板详见附表 21。

8.5 压力性损伤风险护患沟通记录单模板详见附表 22。

8.6 跌倒坠床风险护患沟通记录单模板详见附表 23。

8.7 非计划拔管风险护患沟通记录单模板详见附表 24。

9 护理记录单

9.1 基本内容及要求

- 9.1.1 护理记录单是护士运用护理程序的方法为患者解决问题的记录。
- 9.1.2 护理记录单适用范围：新入院患者；“病危”或“病重”的患者；围手术期患者观察和护理的记录；病情发生变化、需要监护和观察的患者；根据医嘱要求需要观察某些症状、体征的患者，或某些特殊治疗需要重点观察某些症状、体征或其他特殊情况的患者。
- 9.1.3 建立各类护理记录的表格式、格式化模式，表格底部设计代替文字叙述的相应符号。
- 9.1.4 各类护理记录单按照在架病历和归档病例顺序要求排列，原则上按时间顺序排列。

9.2 首次护理记录单

- 9.2.1 适用范围：适用于除 ICU、新生儿、产房以外的所有科室入院患者。
- 9.2.2 记录内容：包括患者一般信息，入院时间、平诊、急诊、入院方式、入院时病情、主观资料（患者主诉）、客观资料（四诊合参评估）、生命体征、医嘱、护理级别、饮食、主要治疗、中医护理要点及措施（起居护理、饮食护理、情志护理、用药护理、中医特色治疗）、签名。
- 9.2.3 记录时间：首次护理记录于患者入院后 8 小时内完成。
- 9.2.4 首次护理记录模板详见附表 25。

9.3 一般/危重患者护理记录单

- 9.3.1 适用范围：适用于除 ICU、新生儿、产房以外的所有科室入院患者，为提高工作效率，一般患者护理记录单和危重患者护理记录单进行整合。
- 9.3.2 记录内容：住院患者住院期间病情变化、护理观察、各种治疗、护理措施等。
- 9.3.3 记录的频次或停止记录时间应当根据病情或医嘱决定。新患者及手术患者（含手术当日）连续记录三天，每天一次；一级、病危患者每天记录一次；病重患者 2 天记录一次；二级护理、三级护理患者至少每七天记录一次；病情变化随时记录。
- 9.3.4 患者因病情变化，一般患者护理记录和危重患者记录之间转换时，为体现护理记录连续性，记录之间不留空白，页码接上续编，病历归档时按序排列。
- 9.3.5 患者由普通病房转入重症监护室时，使用重症医学科护理记录单。
- 9.3.6 一般/危重患者护理记录单模板详见附表 26。
- 9.3.7 重症医学科护理记录单

适用于重症监护室（ICU）的患者，是一种表格式记录单，能全面反映患者重要脏器功能状态，能及时地反映病情变化的监测记录。需符合以下要求：

a) ICU 患者检测观察的内容，也就是监护记录重点记录的内容。包括呼吸系统检测内容呼吸形式、频率、节律、深浅度；呼吸困难类型、程度和紫绀程度；吸氧方式、氧流量；呼吸机各参数，如呼吸模式、呼吸频率、压力支持等。循环系统监测内容包括心电监测和血流动力学监测，如心率、心律、无创或有创动脉压监测、中心静脉压等，还包括体温和末梢循环，如皮肤黏膜的颜色、肢端的温度和湿度等。中枢神经系统监测项目包括数值、瞳孔、四肢反射以及肢体活动等。水、电解质及酸碱平衡监测项目包括出入液量及相关的血液检验结果。肾功能监测内容主要包括尿量、尿比重、血肌酐及尿素氮指标等。

b) 记录基础护理落实情况包括晨晚间护理、皮肤护理、体位、饮食及静脉留置管的护理等。

- c) 记录专科护理落实情况包括气管插管的护理、气管切开的护理、各种引流管的护理等。
- d) 记录特殊药物如血管活性药物、抗心律失常药物、镇静药物用量、起止时间等。
- e) 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。
- f) 重症医学科护理记录单模板详见附表 27。

9.4 手术护理及物品清点记录单

手术护理及物品清点记录单是指巡回护士对患者术中护理情况及所用器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术护理及物品清点记录单内容包括患者一般项目、术前准备、术中护理、术后患者交接、所用器械和敷料数量的清点核对等。需符合以下要求：

9.4.1 物品的清点要求与记录

- a) 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。
- b) 手术中追加的器械、敷料应及时记录。
- c) 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。
- d) 手术结束前，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，告知医师。
- e) 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。

9.4.2 器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

9.4.3 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。

9.4.4 手术护理及物品清点记录单模板详见附表 28。

9.5 麻醉复苏记录单

适用于所有在麻醉结束后需要转入复苏室观察的患者。需符合以下要求：

- a) 记录内容包括患者一般信息，术后诊断、麻醉方式、已施手术名称、通气方式、用药及输液情况、生命体征（心率、血压、呼吸、意识、血氧饱和度、入室体温）、入复苏室时间、出复苏室时间、出室情况（疼痛评分、意识、携带物品或药品等）、签名。
- b) 记录时间：患者入复苏室至患者出复苏室期间。
- c) 麻醉复苏记录单模板模板详见附表 29。

9.6 日间病房一般护理记录单

日间病房一般护理记录单是日间手术患者按照诊疗计划在一日（24 小时）内入、出院完成的手术或操作（不含门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过 48 小时，期间所需要完成的护理评估及记录。需符合以下要求：

- a) 采用表格式设计，包括患者的一般信息、入院评估及术前相关知识宣教、术前记录及术后记录。
- b) 填写要求无漏项，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，及时完成签字。
- c) 入院评估内容包括术前生命体征、意识、皮肤情况、过敏史。

d) 术前相关知识宣教内容包括对人员、设施、环境介绍、探陪制度、安全制度（防跌倒/坠床、防烫伤、防火、防盗等）、手术及麻醉方式、术前知识宣教（饮食、活动、心理等）。

e) 术后记录内容包括生命体征测量、患者术后意识、皮肤情况、静脉通路情况、伤口敷料、疼痛评分，有无术后伴随症状、健康宣教、特殊病情记录。

f) 完成时间：入院评估及术前相关知识宣教、术前记录在术前完成，术后记录在术后8小时内完成。

g) 日间病房一般护理记录单模板详见附表 30。

9.7 新生儿病情观察记录单

新生儿病情观察记录单采用表格式，适用于新生儿科的全部患儿。需符合以下要求：

a) 记录专科情况包括循环系统：体温/箱温、心率、经皮氧饱和度、面色、肢端、毛细血管充盈度（CRT）、（A）BP；呼吸系统：呼吸频率、氧疗方式、气道分泌物、吸痰耐受情况；排出情况：尿量、大便、胃肠减压等；营养：喂养方式、医嘱量、完成量、补足量、呕吐情况、鼻饲（摄入量、储留量）；用药：口服、静脉、肌肉注射等；记录出入量、尿量；其他项目：反应、抽搐、腹胀、体位等。

b) 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。

c) 新生儿病情观察记录单模板详见附表 31。

9.8 输血护理记录单

9.8.1 输血护理记录单是对患者输血全过程的原始记录，使用对象为长期或临时医嘱需要输血的患者。需符合以下要求：

a) 输血护理记录要求在输血前、开始输血后 15 分钟、输血结束、输血结束后 4 小时内，以及根据患者情况监测生命体征并做好记录。

b) 输血记录内容包括：输血前十五分钟患者的生命体征、神志，执行人签名；输血过程观察记录时间、血袋编号、输血滴数、患者生命体征、神志、输血过程观察有无异常、执行人签名、核对人签名，在输血前和输血结束时须双人核对；输血后观察记录时间、患者生命体征、神志、输血后有无异常、执行人签名。

c) 于手术输血患者，其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中的血量与输血量必须一致，且输血量与发血量也要一致，以确保记录的准确性和一致性。

d) 记录频次：当班完成输血记录。

e) 未完成的输血，科室之间做好交接，转出和转入科室均应完成各时间段的输血护理记录及观察，转出科室记录需记录剩余输血量及观察要点。输血护理记录单是对输血过程的患者生命体征、神志的观察和记录，而对于输血前后的治疗及护理，如肌肉注射抗过敏药物、生理盐水冲管，以及患者出现不适的特殊处理均须记录在护理记录单中。

9.8.2 输血护理记录单模板详见附表 32。

9.9 静脉导管留置维护护理记录单

9.9.1 静脉导管留置维护护理记录单是护士对患者留置的静脉导管实施维护，以保持穿刺部位清洁无菌、预防导管感染、保证导管通畅、维持导管正常功能的护理过程的记录。需符

合以下要求:

a) 凡住院患者留置 CVC、PICC、输液港, 责任护士均须填写静脉导管留置维护护理记录单。

b) 如患者 CVC、PICC、输液港院外带入, 置管日期填写“院外带入”。

c) 记录单采取表格式, 内容包括患者一般信息、置管日期、拔管日期、导管拔除原因、置管目的、导管类别、置管频次、置管部位、导管管腔类型。

d) 维护护理记录内容包括日期、时间、手卫生、体温、导管标识维护标识、导管外露刻度、穿刺点情况、敷料情况、周围皮肤情况、导管功能、输液接头消毒、皮肤消毒、敷料大小、输液接头情况及更换、评估留置导管的必要性等。

9.9.2 静脉导管留置维护护理记录单模板详见附表 33。

9.10 健康教育实施记录单

9.10.1 健康教育实施记录单是记录护士对患者实施健康教育、患者对教育知识的掌握情况, 以及护士、管理者对健康教育的效果进行评价。

a) 住院患者健康教育实施记录单内容包括患者一般信息、健康教育内容、教育方式、对象、评价患者/家属签名、宣教者签名, 在相应选项内打“√”。

b) 日期栏填写月、日, 如同日期完成数条宣教内容, 只须在第一行和最末行写明日期, 中间打双点。如只有两行的宣教内容, 必须两行均写上日期。

9.10.2 健康教育实施记录单模板详见附表 34。

9.11 产程观察表

是指从孕妇入院后开始至第二产程过程的观察记录。适用范围: 产科病区、分娩室的医生、助产士、护士使用, 以记录孕产妇及胎儿的情况。

9.11.1 填写各产程的时间, 包括产程开始时间、宫口全开时间。

9.11.2 监测及记录内容, 包括但不限于以下内容:

a) 生命征监测: 产科病区每 2h 监测 1 次; 分娩室第一产程每 4h 监测 1 次(或根据医嘱及产妇情况监测), 第二产程必要时监测。

b) 胎心监测: 第一产程潜伏期应每小时监测 1 次, 活跃期应每 30 分钟监测 1 次, 第二产程应每 5-15 分钟监测 1 次直至分娩。

c) 观察宫缩: 第一产程潜伏期应每 2-4 小时监测 1 次, 活跃期应每 1-2 小时监测 1 次, 第二产程应每 5-15 分钟监测 1 次直至分娩。

d) 观察宫颈扩张情况和胎头下降程度: 第一产程潜伏期每 4 小时阴道检查 1 次(可根据产程进展情况缩短或延长检查间隔时间), 活跃期每 2 小时阴道检查 1 次。判断内骨盆情况、抬头固定记录胎头下降程度(胎先露下降位置以坐骨棘水平位 0, 其上的厘米数为正, 其下的厘米数为负, 从上到下依次为: -5, -4, -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3, +4, +5)。

e) 宫口扩张程度记录宫口扩张具体数值, 单位以厘米表示, 如“1cm”。

胎先露记录胎儿先露部位, 如“头”则表示头先露。

f) 胎膜破裂的观察: 胎膜多在宫口近开全时自然破裂, 前羊水流出现。一旦胎膜破裂, 应立即听诊胎心, 并观察羊水性状和流出量、有无宫缩, 同时在备注栏内记录破膜时间、产妇病情变化及相应的处理, 签全名。

g) 胎心音须记录胎心部位及次数, 胎心部位以符号表示, “圈”代表脐部, “叉”代表胎心, 圈叉表示胎心在脐部上、下、左、右的位置。

9.11.3 产程观察表模板详见附表 35。

9.12 分娩记录单

分娩记录单是用于详细记录分娩过程中的各种信息，以更好地监控产程，及时发现和处理异常情况的表单。

9.12.1 产妇规律宫缩进入产程时开始记录直至分娩结束后两小时。

9.12.2 记录内容，包括但不限于以下内容：

a) 分娩情况：分娩日期、产程时间、胎膜破裂时间，精确到分钟；分娩方式（自然分娩、助产分娩或剖宫产），若为助产分娩，需记录助产方式（如产钳、吸引器等）；新生儿出生时间、性别、体重、身长、阿普加评分、胎方位；胎盘娩出时间，检查胎盘是否完整，有无残留；生产时所用的药物详细记录；出血量的估计，包括胎儿娩出后立即出血量及产后 2 小时内出血量。

b) 产后情况：产妇的生命体征：体温、脉搏、呼吸、血压；子宫收缩情况：子宫底高度、硬度，有无压痛。会阴情况：有无裂伤，裂伤的程度及缝合情况；产后出血情况：量、颜色、性状。

c) 记录应由接生人员或参与分娩过程的医护人员书写，并签名。

d) 对于分娩过程中的特殊情况，如难产、产后出血、新生儿窒息等，应详细记录发生的原因、处理措施及结果。分娩记录应与病历中的其他记录保持一致。

e) 准确记录胎盘娩出的失血量、产后一小时的失血量，生产时所用的药物，会阴损伤情况，缝合针数，新生儿性别及评分，体重，产后一小时的血压、脉搏、宫底高度、宫缩情况。填写异常分娩指征、产后诊断以及处理。

9.12.3 分娩记录单模板详见附表 36。

9.13 24 小时出入院护理记录

24 小时出入院护理记录是指患者入院不足 24 小时出院的，可以书写 24 小时内入出院的护理记录。

书写内容包括患者姓名、性别、年龄，入院原因；入院时间应写明年、月、日、时，精确到分，如“2024 年 10 月 29 日 11 时 15 分”；主诉应写明本次患者就诊时的主要症状和/或体征及其持续时间；住院经过内容包括入院情况、入院诊断、诊疗经过，包括经过何种检查、主要结论是什么、用过何种药物及治疗手段、应写明药物名称剂量、给药途径及治疗效果；出院情况应说明患者病情状况，家属反映是否要求出院或放弃治疗等；出院诊断应写明主要诊断，出院医嘱包括出院途中、出院后的建议及主要治疗方法，注意事项。

10 患者转科中西医护理交接记录单

10.1 患者转科交接护理记录单

患者转科交接护理记录单是指在患者从一科室转移到另一科室时，记录患者在转科过程中的相关信息和护理措施的文档，以确保患者在转科过程中的安全和护理连续性。

10.1.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

10.1.2 交接内容应包括患者一般信息、中西医诊断、转运日期、有无佩戴手腕带、转运

方式，患者意识状态、瞳孔、主要体征、过敏史、通气方式、静脉通路及输液情况、伤口敷料情况、各类管道情况、皮肤情况，随同转运的物品药品，特殊交班等内容。

10.1.3 转入、转出科室双方护士明确交接内容后签字，有异议若无法达成共识，及时上报护理部。

10.1.4 患者转科交接护理记录单模板详见附表 37。

10.2 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

患者手术前后护理交接记录单是记录患者在术前从病房、重症监护室或急诊到手术室，术后从手术室到麻醉恢复室、病房、重症监护室或急诊的转运交接情况。这一过程涉及多个科室和相关医务人员，环节多且风险大，因此需要详细记录患者的交接情况，确保各环节中的相关医务人员衔接紧密、交接正确，减少人为疏漏，保障病人手术安全。

10.2.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

10.2.2 交接内容应包括术前交接记录及术后交接记录。术前交接记录内容包括患者一般信息、中西医诊断、拟手术名称、转运日期、有无佩戴手腕带、转运方式，患者意识状态、瞳孔、主要体征、过敏史、术前准备情况、静脉通路及输液情况、各类管道情况、皮肤情况，随同转运的物品药品，特殊交班等内容。术后交接记录内容包括患者到手术室时间、手术名称、病房及手术室护士签字、转运患者日期、有无手腕带、麻醉方式、转运方式、转入科室、患者主要体征、意识状态、镇痛泵、静脉通路及输液、通气方式、伤口敷料、皮肤情况、术后管道情况、随同转运的物品药品，新生儿情况，特殊交班等内容。

10.2.3 如患者因特殊情况由特检室等非病房科室直接进入手术室，术前评估部分由患者手术前所在的相应科室填写。

10.2.4 转入、转出科室有异议时，若无法解决达成共识，及时上报护理部。

10.2.5 为便于交接，患者手术前后/分娩前后护理交接记录设计在同一张表单中。

10.2.6 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单模板详见附表 38。

10.3 患者血液透析前后交接护理记录单

患者血液透析前后交接护理记录单是记录血液透析患者在透析前后，由病区护士与血液透析中心护士交接患者的基本信息、病情状况、治疗参数、血管通路情况、用药情况及护理注意事项等内容的记录单，以明确责任，提高血液透析中心与科室之间衔接的紧密性，确保转运过程及时安全。

10.3.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

10.3.2 交接内容包括透析前交接记录及透析后交接记录。透析前交接记录内容患者一般信息、中西医诊断、病房转运患者日期、转运方式、意识状态、主要体征、过敏史、饮食状态、通气方式、静脉通路情况、透析血管通路情况、其他管道情况、皮肤情况、特殊交班内容、患者到血透中心日期时间、交接双方护士签字。透析后交接记录内容包括转入科室、患者意识、生命体征、通气方式、皮肤情况、静脉通路、透析血管通路情况、其他管道情况、特殊交班内容、患者回病房日期时间、交接双方护士签字。

10.3.3 转入、转出科室有异议时，若无法解决达成共识，及时上报护理部。

10.3.4 为便于交接，患者血液透析前后交接护理记录设计在同一张表单中。

10.3.5 患者血液透析前后交接护理记录单模板详见附表 39。

11 中西医护理会诊单

护理会诊单是护士为提高护理资源利用率、强化护理技术合作、解决疑难护理问题、提高护理质量的护理记录。

11.1 院内护理会诊

11.1.1 科间会诊：由责任护士填写《护理会诊单》，护士长签字同意后送受邀科室，同时向护理部汇报备案。应邀科室及时派出人员进行会诊提出处理意见，并做好会诊记录。科间会诊在 24 小时内完成。

11.1.2 全院会诊：由科室护士长填写《护理会诊单》送护理部，护理部安排相关科室及本部门人员参加。会诊由护士长主持，科室责任护士报告病情，提出需解决的问题，参加会诊人员查看患者后，提出会诊意见，最后由主持人综合会诊意见，总结出解决问题的具体措施并做好会诊记录。危急重症患者全院会诊，在申请科室提出会诊申请的当日完成。

11.1.3 急诊会诊：申请科室在会诊单上注明“急”字，必要时电话联系或派专人急送会诊单直接邀请，护理部或受邀科室立即组织派人参加，急诊会诊在 10 分钟内完成。

11.2 院外护理会诊

由护士长提交《护理会诊单》至护理部，由护理部审批及邀请院外护理专家进行会诊，被邀院外护理会诊者接到邀请通知，上报护理部备案，会诊结束后上传相关资料存档。

11.3 护理会诊单模板详见附表 40。

12 各类记录归档及排序要求

12.1 体温单、医嘱单、各类护理记录单、手术物品清点单、护理会诊单、护理操作护患沟通书随病历归档。

12.2 健康教育实施记录单、输液记录单保存 1 年；病区交班报告、医嘱查对登记本科室保存 5 年；各类护理评估单随电子病历保存。

12.3 在架病历排列顺序

在架病历排列顺序	
1. 体温单（按时间先后倒排）	32. 会诊记录
2. 临床路径表	33. 病危通知书
3. 长期医嘱单（按时间先后倒排）	34. 住院病人（或家属）知情谈话记录
4. 临时医嘱单（按时间先后倒排）	35. 阴道分娩申请单、剖宫产申请单
5. 入院记录	36. 医保病员自费或部分自费项目收费同意书
6. 首次病程记录	37. 患者自动出院或转院告知书
7. 病程记录	38. 住院病人离院责任书
8. 疑难病例讨论记录	39. 病员授权委托书
9. 产房各类记录（产程观察、产程图、分娩记录）	40. 各类专科医疗记录单（如血液透析记录单、化疗观察单）
10. 术前讨论记录	41. 各专科观察表（如血糖观察表、洋地黄类药物观察表、胎心监护单）
11. 手术前小结	42. 病理资料
12. 手术风险评估表	43. 辅助检查报告单
13. 手术同意书	实验室检查报告单【血常规、生化全套、传染病标志物、凝血系列、肿瘤标志物、粘帖单（小便、大便、分泌物），先分类，再按照时间先后倒排】
14. 麻醉同意书	44. 医学影像检查资料（X线检查报告单、心电图报告单、B超单、CT检查报告单、MRI检查报告单）（按时间先后倒排）
15. 麻醉术前访视记录	45. 各专科检查单（动态血压、脑电图、肺功能、胃肠镜、肌电图、骨密度等）（按时间先后倒排）
16. 手术安全核查记录	46. 入院评估表（不归档）
17. 手术部位核查表	47. 病人入院须知（不归档）
18. 手术清点记录	48. 承诺书
19. 麻醉记录	49. 住院病案首页
20. 手术记录	50. 住院证
21. 术中各类医疗记录单（如体外循环单、标本识别确认表、介入记录单等）	51. 前次住院病案或门急诊病历等
22. 手术室护理记录单（分娩记录）	52. 外院诊疗资料，有关医疗证明（患者工作单位介绍信，外院诊断书；医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等）
23. 麻醉术后访视记录	
24. 术后病程记录	
25. 产后观察表	
26. 一般护理记录或危重患者护理记录（页码倒排）	
27. 出院记录	
28. 死亡记录	
29. 死亡病例讨论记录	
30. 输血治疗知情同意书、输血申请单	
31. 特殊检查（特殊治疗）同意书	
新生儿在架病历排列顺序	

<ol style="list-style-type: none">1. 体温单（按时间先后倒排）2. 长期医嘱单（按时间先后倒排）3. 临时医嘱单（按时间先后倒排）4. 入院记录5. 首次病程记录6. 病程记录7. 新生儿复苏记录8. 新生儿出生医学记录9. 新生儿观察表10. 病危新生儿观察表11. 各类知情同意书、告知书12. 新生儿各类检查单13. 新生儿各类化验单14. 新生儿重症监护记录 <p>备注：产科新生儿病历装订时放在母亲大病历之后，装订成一本病历。</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

12.4 归档病历排列顺序

归档病历排列顺序	归档病历排列顺序
<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院病案首页 2. 临床路径表 3. 入院记录 4. 首次病程记录 5. 病程记录 6. 疑难病例讨论记录 7. 产房各类记录（产程观察、产程图、分娩记录） 8. 术前讨论记录 9. 手术前小结 10. 手术风险评估表 11. 手术同意书 12. 麻醉同意书 13. 麻醉术前访视记录 14. 手术安全核查记录 15. 手术部位核查表 16. 手术清点记录 17. 麻醉记录 18. 手术记录 19. 术中各类医疗记录单（如体外循环单、标本识别确认表、介入记录单等） 20. 手术室护理记录单（分娩记录、患者手术前后/分娩前后护理交接记录） 21. 麻醉术后访视记录 22. 术后病程记录 23. 产后观察表 24. 出院记录 25. 死亡记录 26. 死亡病例讨论记录 27. 输血治疗知情同意书、输血申请单、配血单、用血记录、用血评价 28. 特殊检查（特殊治疗）同意书、医保病员自费或部分自费 47. 外院诊疗资料；有关医疗证明（患者工作的介绍信，外院诊断书；医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等） 	<p>费项目收费同意书、中医治疗签字单及各类同意书、VTE 系列表单（评估单、告知书、同意书）</p> <ol style="list-style-type: none"> 29. 住院病人（或家属）知情谈话记录等、各类护患沟通记录单 30. 会诊记录 31. 病危通知书 32. 阴道分娩申请单、剖宫产申请单 33. 患者自动出院、转院告知书及各类告知书 34. 住院病人离院责任书 35. 病员授权委托书 36. 各类专科医疗记录单（如血液透析记录单、患者血液透析前后交接护理记录单、化疗观察单） 37. 各专科观察表（如血糖观察表、洋地黄类药物观察表、胎心监护单） 38. 病理资料 39. 辅助检查报告单 <p>实验室检查报告单【血常规、生化指标（电解质、肝功能、肾功能、血脂、特殊蛋白、心肌标志物）、传染病标志物、凝血系列、肿瘤标志物、血气分析、其他血液检查结果（含院内第三方检测结果报告）、分泌物、骨髓穿刺监测、小便、大便、核酸检查结果及院外三级医院认同的实验室检查报告单。所有检查先分类，再按照时间先后顺序排列】</p> <ol style="list-style-type: none"> 40. 医学影像检查资料（X 线检查报告单、心电图报告单、B 超单、CT 检查报告单、MRI 检查报告单） 41. 各专科检查单（动态血压、脑电图、肺功能、胃肠镜、肌电图、骨密度等） 42. 体温单（按时间先后顺序排列） 43. 长期医嘱单（按时间先后顺序排列） 44. 临时医嘱（按时间先后顺序排列） 45. 一般护理记录或危重患者护理记录、患者转科交接记录单（按时间先后顺序排列） 46. 前次住院病案，死亡病例的急门诊病案

<p>48. 承诺书</p> <p style="text-align: center;">新生儿归档病历排列顺序</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 住院病历首页 2. 临床路径表/临床路径变异表 3. 入院记录 4. 首次病程记录 5. 病程记录 6. 疑难病历讨论记录 7. 出院记录 8. 死亡记录 9. 死亡病例讨论记录 10. 输血治疗告知同意书、输血申请单 11. 会诊记录 12. 病危通知单 13. 医保病员自费收费同意书及各种知情同意书（后附耗材单） 14. 自动出院及转院告知书及各类告知书 15. 更换姓名申请书 16. 病员父母授权委托书 17. 各类专科医疗记录单（如新生儿复苏记录、新生儿出生医学记录、PICC 或脐静脉置管记录及维护单、袋鼠式护理记录单） 18. 各专科观察表（如新生儿观察表、呼吸机观察表、胆红素、血糖观察表、脑氧饱和度检测表、足月儿神经评定表、 	<p style="text-align: center;">新生儿归档病历排列顺序</p> <p>GMS 量表)</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. 病理资料 20. 新生儿各类辅助检查报告单： 实验室检查报告单【血常规、生化指标（电解质、肝功能、肾功能、血脂、特殊蛋白、心肌标志物）、传染病标志物、凝血系列、肿瘤标志物、血气分析、其他血液检查结果（G6PD 检查）、小便、大便、分泌物、院内核酸检查结果、骨髓穿刺监测，先分类，再按照时间先后顺序排列】 21. 医学影像学检查资料（X 线检查报告单，心电图报告单，B 超单，CT 检查报告单，MRI 检查报告单） 22. 各项专科检查单（动态血压、听力筛查单、脑电图、视网膜筛查等） 23. 体温单 24. 长期医嘱 25. 临时医嘱 26. 新生儿科护理记录（生理区护理记录——病理区记录）（按日期编辑顺序）。 27. 外院诊疗资料：有关医疗证明（外院转院记录、外院疾病证明书、身份证复印件及出生证复印件；医疗、行政、司法部门等医疗文件副本） 28. 出院注意事项及出院随访单 29. 住院证
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13 病区中西医交班报告

13.1 病区交班报告是由值班护士书写的书面交班报告，其内容为值班期间取得病区运行情况及患者病情的动态变化。交班内容包括但不限于以下内容：

- a) 交接整个病区的患者总数、出入院、转出/转入、手术、分娩、病危、死亡数。
- b) 新入院及转入患者，交接入院或转入原因、时间、主诉、体征、既往重要病史，存在的护理问题以及下一班需观察及注意的事项，给予的治疗，护理措施及效果。
- c) 手术患者，交接术前准备和用药情况，当天手术患者需交接麻醉种类、手术名称，返回病房后的生命体征、伤口、引流、排尿及镇痛等情况。
- d) 危重患者、有异常情况以及做特殊检查或治疗的患者，交接主诉、生命体征、神志、病情动态、特殊抢救及治疗护理，下一班重点观察及注意事项。
- e) 产妇交接胎次、产式、产程、分娩时间、会阴切口或腹部切口及恶露情况、自行排尿时间等，新生儿性别、评分及重点观察内容。
- f) 出院、转出、死亡患者，交接出院或转出的原因、转归及处理。死亡者简要交接抢救过程及死亡时。

13.2 病区交班报告模板详见附表 41。

参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部.关于印发《病历书写基本规范》的通知[R]. 北京: 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司, 2010.
- [2]卫生部国家中医药管理局.关于印发《中医病历书写基本规范》的通知[R]. 北京: 国家中医药管理局医政司.2010年.
- [3]国家卫生计生委办公厅,国家中医药管理局办公室.关于印发《电子病历应用管理规范(试行)》的通知[R]. 北京: 国家卫生计生委办公厅, 国家中医药管理局办公室.2017.
- [4]李小寒,尚少梅.基础护理学(第7版)[M].北京: 人民卫生出版社,2022.
- [5]桂莉,金静芬.急危重症护理学(第5版)[M].北京: 人民卫生出版社,2022.
- [6]戴新娟.护理评估手册(第1版)[M].南京: 南京大学出版社,2016年.
- [7]杨靓,康慧鑫,范杰梅,王永华.最新护理文书书写基本规范(第2版)[M].辽宁: 辽宁科学技术出版社,2022.
- [8]刘俐,吴琳娜.疼痛护理手册(第1版)[M].四川: 四川大学出版社,2013.

附表

附表1 入院评估单

科别: _____ 床号: 6 住院号: _____ 入院日期: 2024-10-21 08:40:32

姓名: _____ 性别: <u>男</u> 年龄: <u>53岁</u> 职业: <u>退休</u> 民族: <u>汉</u> 文化程度: <u>初中</u>
婚姻状况: <u>已</u> 宗教信仰: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 过敏史: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
入院方式: <u>步行</u> 发病节气: <u>寒露</u>
入院诊断: 中医: <u>肠?薰(气血亏虚证)</u>
西医: <u>1、结肠腺癌术后复发并发多发淋巴结、腹膜、肝脏转移(pT4aM2aM1a?IV期) 2、癌性疼痛</u>
主诉: <u>结肠癌术后1+年,拟行二线第一程化疗联合靶向治疗</u>
主要病情(发病原因+主症): <u>门诊以“肠薰”收入我院肿瘤科病房。自患者以来,体重无明显下降。入院症见:步行入院,神志清楚,精神尚可,自述感手指麻木,无恶寒发热,无腹痛腹胀,无头晕头痛、尿急尿痛、心慌胸闷等不适,精神可,纳可,眠欠佳,二便调。</u>
既往史(诊断+时间+治愈): <u>患者2023-09于“贵州医科大学附属医院住院治疗”诊断为慢性肾功能不全CKD2期,现未诉特殊不适。否认“高血压”“糖尿病”“冠心病”等病史。否认“肝炎”,“结核”,“伤寒”等传染病史。手术史:2023-09-01在“贵州医科大学附属医院肛肠外科”行右半结肠粘液腺癌扩大根治术。否认外伤史,否认输血史。</u>
生命体征: T <u>36.3</u> °C, P <u>78</u> 次/分, R <u>20</u> 次/分, BP <u>125</u> mmHg/ <u>90</u> mmHg, 体重 <u>79</u> Kg
一、四诊内容
(一) 望诊
1. 神智: <input checked="" type="checkbox"/> 神清 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 意识模糊 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷
2. 面色: <input checked="" type="checkbox"/> 如常 <input type="checkbox"/> 红润 <input type="checkbox"/> 两颧潮红 <input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 萎黄 <input type="checkbox"/> 晦暗 <input type="checkbox"/> 无光泽 <input type="checkbox"/> 其他: _____
3. 形态: <input checked="" type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 半身不遂 <input type="checkbox"/> 步履艰难 <input type="checkbox"/> 不得平卧 <input type="checkbox"/> 双下肢活动受限 <input type="checkbox"/> 其他: _____
4. 皮肤: <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 黄染 <input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 紫绀 <input type="checkbox"/> 褥疮 <input type="checkbox"/> 潮红 <input type="checkbox"/> 溃烂 <input type="checkbox"/> 其他: _____
5. 舌象: (1) 舌质: <input checked="" type="checkbox"/> 淡红 <input type="checkbox"/> 淡白 <input type="checkbox"/> 红绛 <input type="checkbox"/> 紫暗 <input type="checkbox"/> 其他: _____
(2) 舌苔: <input checked="" type="checkbox"/> 薄白 <input type="checkbox"/> 薄黄 <input type="checkbox"/> 黄厚 <input type="checkbox"/> 爆裂 <input type="checkbox"/> 腐 <input type="checkbox"/> 腻 <input type="checkbox"/> 其他: _____
(二) 闻诊
1. 语言: <input checked="" type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 语音低微 <input type="checkbox"/> 失语 <input type="checkbox"/> 呻吟 <input type="checkbox"/> 其他: _____
2. 呼吸: <input checked="" type="checkbox"/> 如常 <input type="checkbox"/> 气促 <input type="checkbox"/> 呼吸缓慢 <input type="checkbox"/> 喘息气粗 <input type="checkbox"/> 其他: _____
3. 咳嗽: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无; 色(<input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 铁锈色 <input type="checkbox"/> 血痰); 质(<input type="checkbox"/> 清稀 <input type="checkbox"/> 粘稠); <input type="checkbox"/> 其他: _____

祝液液衣兜页散标忌

4. 嗅气味: 无异味 臭 腥臭 酸臭 腐臭 其他: _____

(三) 问诊

1. 饮食: 正常 纳呆 多饮易食 饥不择食 留置胃管 恶心呕吐 禁食 其他: _____

2. 口渴: 正常 口不渴 口渴欲饮 渴不欲饮 其他: _____

3. 听力: 正常 下降 耳聋 其他: _____

4. 视力: 正常 下降 失明(左) 失明(右) 失明(双眼) 其他: _____

5. 睡眠: 正常 难入睡 易醒 彻夜不眠 多梦 早醒 辅助用药 其他: _____

6. 大便: 正常 便秘 秘结 柏油便 便塘 泄泻 失禁 造瘘口 其他: _____

7. 小便: 正常 频数 癃闭 尿少 失禁 留置尿管 造瘘 其他: _____

8. 嗜好: 无特殊 吸烟 酸 甜 辣 肥甘 其他: _____

(四) 切诊

1. 脉象: 正常 浮 沉 迟 数 弦 滑 涩 洪 细 结代 其他: _____

2. 腕腹: 正常 胀满 腹痛喜按 腹痛拒按 其他: _____

二、心理社会评估

1. 情志: 平和 开朗 易怒 忧郁 焦虑 恐惧 内向 其他: _____

2. 对疾病: 了解 部分了解 不了解

3. 家庭关系: 和睦 紧张 其他: _____

4. 经济状况: 公费 医保 自费 其他: _____

5. 自理能力: 自理 需协助 独居 其他: _____

6. 生活起居: 合住 独居 其他: _____

(责任/当班)护士: 叶云利 护士长: 陈晓琼 审阅日期: 2024年10月21日

附表 2 Barthel 指数评定量表

姓名: _____ 性别: 女 出生日期: 1950-11-10 年龄: 73岁
 科室: 肿瘤科病房 床号: 12 住院/门诊号: _____ ID号: _____

项目	评分标准	分值	10-21	10-24			
			12:46	15:00			
大便	失禁或昏迷	0					
	偶有失禁 (每周<1次)	5					
	控制	10	10	10			
小便	失禁或昏迷或需由他人导尿	0					
	偶有失禁 (每24h<1次)	5					
	控制	10	10	10			
修饰	需要帮助	0	0	0			
	自理(洗脸、梳头、刷牙、剃须)	5					
如厕	依赖他人	0					
	需部分帮助	5					
	自理(进出厕所、使用厕纸、穿脱裤子)	10	10	10			
进食	较大或完全依赖	0					
	需部分帮助 (切面包、抹黄油、夹菜、盛饭)	5					
	全面自理 (能进食各种食物, 但不包括取饭、做饭)	10	10	10			
转移	完全依赖他人, 无坐立平衡	0					
	需大量帮助 (1~2人, 身体帮助), 能坐	5					
	需少量帮助 (言语或身体帮助)	10	10	10			
	自理	15					
活动	不能步行	0					
	在轮椅上能独立行动	5					
	需1人帮助步行 (言语或身体帮助)	10	10	10			
	独立步行 (可用辅助器, 在家及附近)	15					
穿衣	依赖他人	0					
	需一半帮助	5					
	自理 (自己系、解纽扣, 关、开拉链和穿鞋)	10	10	10			
上下楼梯	不能	0					
	需帮助 (言语、身体、手杖帮助)	5	5	5			
	独立上下楼梯	10					
洗澡	依赖	0	0	0			
	自理 (无指导能进出浴室并自理洗澡)	5					
总分			75	75			
评估结果			基本自理	基本自理			
护士签名							

评分结果: 满分100分。 <20分为极严重功能缺陷, 生活完全需要依赖; 20~40分为生活需要很大帮助; 40~60分为生活需要帮助; >60分生活基本自理。

附表3 Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单

姓名: 性别: 女 出生日期: 1934-12-15 年龄: 89岁
 科室: 肿瘤科病房 床号: +2 住院/门诊号: ID号:

项目	评分标准	分值	10-18	10-19	10-20	10-21	10-22
			09:48	10:20	09:00	10:08	10:40
手术后天数							
感觉	完全受限	1					
	非常受限	2					
	轻度受限	3	3	3	3	3	3
	未受损害	4					
潮湿	持久潮湿	1					
	非常潮湿	2					
	偶尔潮湿	3	3	3	3	3	3
	很少潮湿	4					
活动	卧床不起	1	1	1	1	1	1
	局限于椅	2					
	偶尔步行	3					
	经常步行	4					
移动	完全不能	1					
	严重受限	2	2	2	2	2	2
	轻度受限	3					
	不受限	4					
营养	非常差	1					
	可能不足	2	2	2	2	2	2
	适当	3					
	良好	4					
摩擦和剪切力	有问题	1	1	1	1	1	1
	有潜在问题	2					
	无明显问题	3					
总分			12	12	12	12	12
风险等级			高度危险	高度危险	高度危险	高度危险	高度危险
护士签名							

说明:
 1、评估对象: 危重病人、昏迷、活动严重受限、截瘫、使用矫形器械、极度营养不良、肿瘤晚期需长期卧床、自理能力不足或缺乏自理能力、大小便失禁、高度水肿等
 2、符合上述条件的病人, 入院2小时内评估, 评估分值≤12分患者为高风险患者, 由责任护士(当班护士)填写《住院患者压疮/压疮高危风险告知书》。
 3、≤12分每天评估; 13分以上入院时评估一次以后每周评估; 有病情变化及时评估, 19分以上停用评估单。

附表 4 Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单

姓名：		性别：女	年龄：43岁	住院号：					
参数	结果	分数	2024-10-15						
			14:48						
意识状态	清醒	4	4						
	淡漠	3							
	模糊	2							
	昏迷	1							
营养状态	好	4							
	一般	3	3						
	差	2							
	极差	1							
运动能力	运动自如	4							
	轻度受限	3							
	重度受限	2	2						
	运动障碍	1							
活动能力	活动自如	4							
	帮助下可以走动	3	3						
	坐轮椅	2							
	卧床不起	1							
失禁情况	无失禁	4	4						
	偶有失禁	3							
	常常失禁	2							
	完全大小便失禁	1							
循环	毛细血管再灌注迅速	4	4						
	毛细血管再灌注减慢	3							
	轻度水肿	2							
	中度至重度水肿	1							
体温	36.6-37.2	4	4						
	37.2-37.7	3							
	37.7-38.3	2							
	>38.3	1							
药物使用	未使用镇静药和类固醇药物	4	4						
	使用镇静药	3							
	使用类固醇类药	2							
	使用镇静药和类固醇类药	1							
总分			28						
风险等级			无风险						
护士签名									

说明：
1、采用Norton评分法，15~19分说明有发生压力性损伤的可能，但可能性较小；13~14分为中度危险发生压力性损伤；12分以下为高度危险发生压力性损伤的病人。

附表 5 跌倒坠床风险评估表

姓名: 性别: 女 出生日期: 1934-12-15 年龄: 89岁
 科室: 肿瘤科病房 床号: +2 住院/门诊号: ID号:

项目	评分标准	分值	2024-10-18	2024-10-19	2024-10-20	2024-10-23
			09:49	10:35	08:00	10:32
病人曾跌倒(3月内)/视觉障碍	无	0	0	0	0	0
	有	25				
两项或以上疾病诊断	无	0	0	0	0	0
	有	15				
使用助行器具	没有需要/完全卧床/需护士扶持	0	0	0	0	0
	行走时使用拐杖/手杖/助步器	15				
	扶家具行走	30				
静脈输液/留置导管/麻醉药/使用药物	无	0				
	有	20	20	20	20	20
步态	正常/完全卧床/无活动力轮椅代步	0				
	乏力/≥65岁/体位性低血压	10	10	10	10	10
	行走障碍/失调及不平衡	20				
精神状态	了解自己能力	0				
	忘记自己限制/意识障碍/躁动不安/沟通障碍/睡眠障碍	15	15	15	15	15
总分			45	45	45	45
风险等级			高风险	高风险	高风险	高风险
护士签名						

Morse跌倒评分说明:
 1、病人曾跌倒(晕厥)/视觉障碍:病人在入院之前或入院后曾经跌倒(晕厥)的历史或是视觉障碍评分=25分,如果无=0分。
 2、病人有两个或两个以上医学诊断:如果病人有多过一个或以上医学诊断评分=15分,无=0分。
 3、行走时需要的辅助物:病人使用丁形拐杖/手杖/助步器则评分=15分;如果病人行走不需要任何物品辅助而步态自然,或使用轮椅,或病人卧床休息不能起床活动,或由护士协助活动而不需辅助物评分=0分。
 4、留有静脉内置管:病人正在进行静脉内治疗(留有静脉内针管)或是使用药物治疗(麻醉药、抗组胺药、镇静催眠药、抗癫痫抗痉挛药、轻泻药、利尿药、抗抑郁抗焦虑药抗精神病药)均评分=20分,无=0分。
 5、病人步态:病人自然挺胸,肢体协调,正常步态或卧床休息评分=0分。病人年龄超过65岁或存在体位性低血压评分=10分。乏力:病人可自行站立,但迈步时感觉下肢乏力或无力,需要辅助物品支撑 评分=10分。损伤步态:评分=20分,病人主要表现为从椅子上站立困难,站立后低头,眼睛看地板,病人平衡差,下肢颤抖,当护士协助病人行走时发现病人关节伸直,小步态或病人不抬腿拖着脚走。
 6、精神状态:病人表现为意识障碍、躁动不安、沟通障碍、睡眠障碍或是病人非常自信,对护士的评估提醒漠视均=15分,正常=0分。
 7、评估时机:住院患者入院时需进行坠床/跌倒危险因素的初次评估,并于转科、病情变化时、手术/麻醉后、初次使用易增加跌倒风险药物时、住院期间易跌药物调整时须进行再次评估,之后每周或病情发生变化时重新评估。
 8、≥45分为跌倒高风险,提示病人处于易受伤的危险中,需每3天评估1次,并采取相应的防护措施。评分<45分的患者,每周评估1次。
 9、特殊情况可记录在护理记录中。
 10、如发生跌倒、坠床等不良事件,按流程规定进行上报。
 11、量表计分方式为各大类分别取最高分计算。

附表 6 非计划拔管风险评估单

科室:肿瘤科病房 床号: 2 住院号: 姓名: 性别: 女
 年龄: 60岁 入院日期: 2024-10-07 12:18

项目	评分标准	分值	2024-10-07	2024-10-10	2024-10-13	2024-10-16	2024-10-19
			14:51	07:30	11:31	09:20	16:08
年龄	14岁-65岁	1	1	1	1	1	1
	<14岁或≥65岁	2					
意识状态	中昏迷/深昏迷/镇静/清醒	2	2	2	2	2	2
	嗜睡/昏睡/浅昏迷	3					
	意识模糊/烦躁/谵妄	4					
理解程度	理解/深度镇静	1	1	1	1	1	1
	部分理解	2					
	不理解	3					
情绪状态	稳定/深度镇静	1	1	1	1	1	1
	有时稳定	2					
	不稳定	3					
合作程度	合作	1					
	有时合作	2	2	2	2	2	2
	不合作	3					
耐受程度	能耐受管路	1					
	疼痛或不适但基本能耐受管路	2	2	2	2	2	2
	疼痛或不适致患者不能耐受管路	3					
管路数量	1根	1					
	2-3根	2	2	2	2	2	2
	>3根	3					
活动	绝对卧床/完全自主活动	1	1	1	1	1	1
	使用助行器/行走不稳/需搀扶	2					
管路固定方式	缝线	1					
	固定器/气囊/气囊/系带	2					
	胶布/贴膜	3	3	3	3	3	3
管路类型	胃管/鼻肠管/空肠造瘘/尿管/膀胱及肾造瘘管/肾周引流管/其他	2					
	CVC/FICC//动脉置管/其他头部引流管/胸腔闭式引流管/腰大池引流管/T型管/盆/腹腔引流管/其他	3	3	3	3	3	3
	经鼻/口气管插管/气管切开导管/脑室引流管/心包引流管/其他	4					
得分			17	18	18	18	18
评估结果							
护士签名							

留置管路患者进行非计划拔管风险评估, 风险评分结果判断≤18分为低风险, >18分为高风险。高风险患者1次/天, 低风险患者三天评估一次, 病情变化随时评估。

非计划性拔管预防措施:

1. 向患者及家属介绍留置管路的目的及重要性, 防止非计划拔管的发生。
2. 观察留置管路标识、固定、位置等是否正确及安全。
3. 有效保护留置管路防止管路打折、堵塞等情况发生。
4. 对烦躁、不配合等患者采取必要的约束, 约束参照中华护理学会护办字【2019】37号《住院患者约束护理》执行。
5. 根据患者病情按时巡视, 检查管路情况, 做好交接班及记录。
6. 高风险患者床头挂“防管路滑脱”警示标识。

附表 7 Caprini 评估量表

姓名:	住院号:	性别: 男	年龄: 61
身高(cm):-	体重(kg):-	BMI: -	病床号: 9
科室: 重症医学科 (ICU) 病区: 重症医学科(ICU)病区	主管医生	入院时间: 2024-12-06 09:10:28	

评分节点: 入院评分

手术患者VTE风险评分表 (Caprini评分)

其它	<input type="checkbox"/> 无		
1分项	<input type="checkbox"/> 年龄41-60岁	<input type="checkbox"/> 体质指数 > 25 kg/m ²	<input type="checkbox"/> 计划小手术 < 45min
	<input type="checkbox"/> 下肢水肿	<input type="checkbox"/> 严重肺部疾病 (1月内)	<input type="checkbox"/> 败血症 (1月内)
	<input type="checkbox"/> 肺功能异常	<input type="checkbox"/> 静脉曲张	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞
	<input type="checkbox"/> 充血性心力衰竭 (1月内)	<input type="checkbox"/> 炎症性肠病	<input type="checkbox"/> 限制活动 < 72小时
	<input type="checkbox"/> 妊娠期或产后1月	<input type="checkbox"/> 不能解释或二次自然流产病史	<input type="checkbox"/> 口服避孕药或激素替代治疗
2分项	<input checked="" type="checkbox"/> 年龄61-74岁	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 计划关节镜手术 > 45min
	<input type="checkbox"/> 计划开放性手术 > 45min	<input type="checkbox"/> 计划腹腔镜手术 > 45min	<input type="checkbox"/> 石膏固定
	<input type="checkbox"/> 中心静脉通路	<input type="checkbox"/> 限制活动 > 72小时	
3分项	<input type="checkbox"/> 年龄 ≥ 75岁	<input type="checkbox"/> VTE病史	<input type="checkbox"/> VTE家族史
	<input type="checkbox"/> V因子Leiden突变	<input type="checkbox"/> 凝血酶原G20210A 突变	<input type="checkbox"/> 狼疮抗凝物阳性
	<input type="checkbox"/> 抗心磷脂抗体阳性	<input type="checkbox"/> 血清同型半胱氨酸升高	<input type="checkbox"/> 肝素诱导的血小板减少症
	<input type="checkbox"/> 其他先天性或获得性血栓形成倾向		
5分项	<input type="checkbox"/> 脑卒中 (1月内)	<input type="checkbox"/> 择期关节置换术	<input type="checkbox"/> 髌关节、骨盆或下肢骨折
	<input type="checkbox"/> 急性脊髓损伤 (1月内)		

评分标准: 低危: 0~2分, 中危: 3~4分, 高危: 5分

备注: VTE: 静脉血栓栓塞症

结果: 2分 低危

预防建议 _____

评分签字: _____ 确认签名: _____

签名时间: _____ 签名时间: _____

附表 8 Padua 评估量表

科室: 肺病内科病房 姓名: _____ 床号: 5 性别: 女 住院号: _____

评估时机: 入院评分

一、VTE风险评估

非手术患者VTE风险评分表 (Padua评分)

其它	<input type="checkbox"/> 无		
1分 项	<input checked="" type="checkbox"/> 高龄 (≥70周岁)	<input checked="" type="checkbox"/> 心力衰竭和/或呼吸衰竭	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗死或缺血性卒中
	<input checked="" type="checkbox"/> 急性感染和/或风湿性疾病	<input type="checkbox"/> 肥胖 (BMI≥30)	<input type="checkbox"/> 正在接受激素替代治疗
2分 项	<input type="checkbox"/> 近期 (≤1个月) 创伤和/或手术		
3分 项	<input type="checkbox"/> 活动期肿瘤 (6个月内局部或远处转移和/或化疗或放疗)	<input type="checkbox"/> 既往静脉血栓栓塞症	<input type="checkbox"/> 制动, 患者身体原因或医嘱需要卧床至少3 d
	<input type="checkbox"/> 已有血栓形成倾向, V因子Leiden突变, 抗凝血酶III缺乏, 蛋白C和S缺乏, 20210A凝血酶原突变, 磷脂抗体综合征		
评分标准: 低危=0~3分, 高危≥4分			
结果: 3分 低危			
备注:			

护士评分签名: _____

时间: 2024/12/09

附表 9 格拉斯哥昏迷量表

项目	刺激	患者反应	评分
睁眼 (E)	自发	自己睁眼	4分
	语言	呼叫时睁眼	3分
	疼痛	疼痛刺激时睁眼	2分
		任何刺激不睁眼	1分
	如因眼肿、骨折等不能睁眼，应以“C”（closed）表示		C分
言语反应 (V)	语言	能正确会话	5分
		语言错乱，定向障碍	4分
		说话能被理解，但无意义	3分
		能发出声音，但不能被理解	2分
		不发声	1分
	因气管插管或切开而无法发声，以“T”（tube）表示		T分
	平素有言语障碍史，以“D”（dysphasic）表示		D分
运动反应 (M)	口令	能执行简单的命令	6分
	疼痛	疼痛时能拨开医生的手	5分
		对疼痛刺激有反应，肢体会回缩	4分
		对疼痛刺激有反应，肢体会弯曲，呈“去皮质强直”姿势	3分
		对疼痛刺激有反应，肢体会伸直，呈“去大脑强直”姿势	2分
		对疼痛无任何反应	1分
15分意识清楚；12-14分轻度意识障碍；9-11分中度意识障碍，3-8分昏迷			总分

附表 10 RASS 躁动-镇静评分单

+4	有攻击性	有暴力行为
+3	非常躁动	试着拔出呼吸管,胃管或静脉点滴
+2	躁动焦虑	身体激烈移动,无法配合呼吸机
+1	不安焦虑	焦虑紧张但身体只有轻微的移动
0	清醒平静	清醒自然状态
-1	昏昏欲睡	没有完全清醒,但可保持清醒超过十秒
-2	轻度镇静	无法维持清醒超过十秒
-3	中度镇静	对声音有反应
-4	重度镇静	对身体刺激有反应
-5	昏迷	对声音及身体刺激都无反应

附表 11 出院评估单

科别： 肿瘤科病房 姓名： _____ 床号： 18 住院号： _____
 入院日期： 2024-10-22 09:17:52 手术日期： _____ 出院日期： 2024.10.25
 手术名称： _____
 出院诊断： 中医： 积聚类病（气血亏虚证） 西医： 上恶性黑色素瘤并腹股沟淋巴结转移术后T4N1M0
 疾病转归： 痊愈 好转 稳定 恶化 自动出院 死亡

一、出院评估：

1. 对疾病认识程度： 了解 部分了解 不了解
2. 心理状态： 稳定 焦虑 压抑 否认 对抗
3. 自理能力： 自理 完全依赖 协助
4. 皮肤情况： 完整 干燥 破损 褥疮
5. 宣教内容： 自理能力 就诊指导 功能锻炼 病因预防 心理护理
6. 宣教方式： 讲解 示范 宣传单
7. 对宣教理解程度： 完全理解 部分理解 不理解
8. 并发症： 无 有

一、出院指导：

(一)起居指导：

保持居住环境安静清洁，温湿度适宜。

(二)饮食指导：

饮食宜清淡易消化，避免油腻、辛辣、胀气的食品。

(三)情志指导：

向患者及家属讲解疾病的相关知识，采用暗示疗法、指导患者倾听五音中的商调音乐、缓解紧张情绪，参与患者沟通，了解其心理状态，鼓励家属多陪伴患者，亲朋好友给予感情支持，鼓励病友间相互交流治疗体会，提高认知，增强治疗信心，使患者正确面对疾病，积极配合治疗和护理，嘱患者保持心情愉悦。

(四)用药指导：

遵医嘱用药。

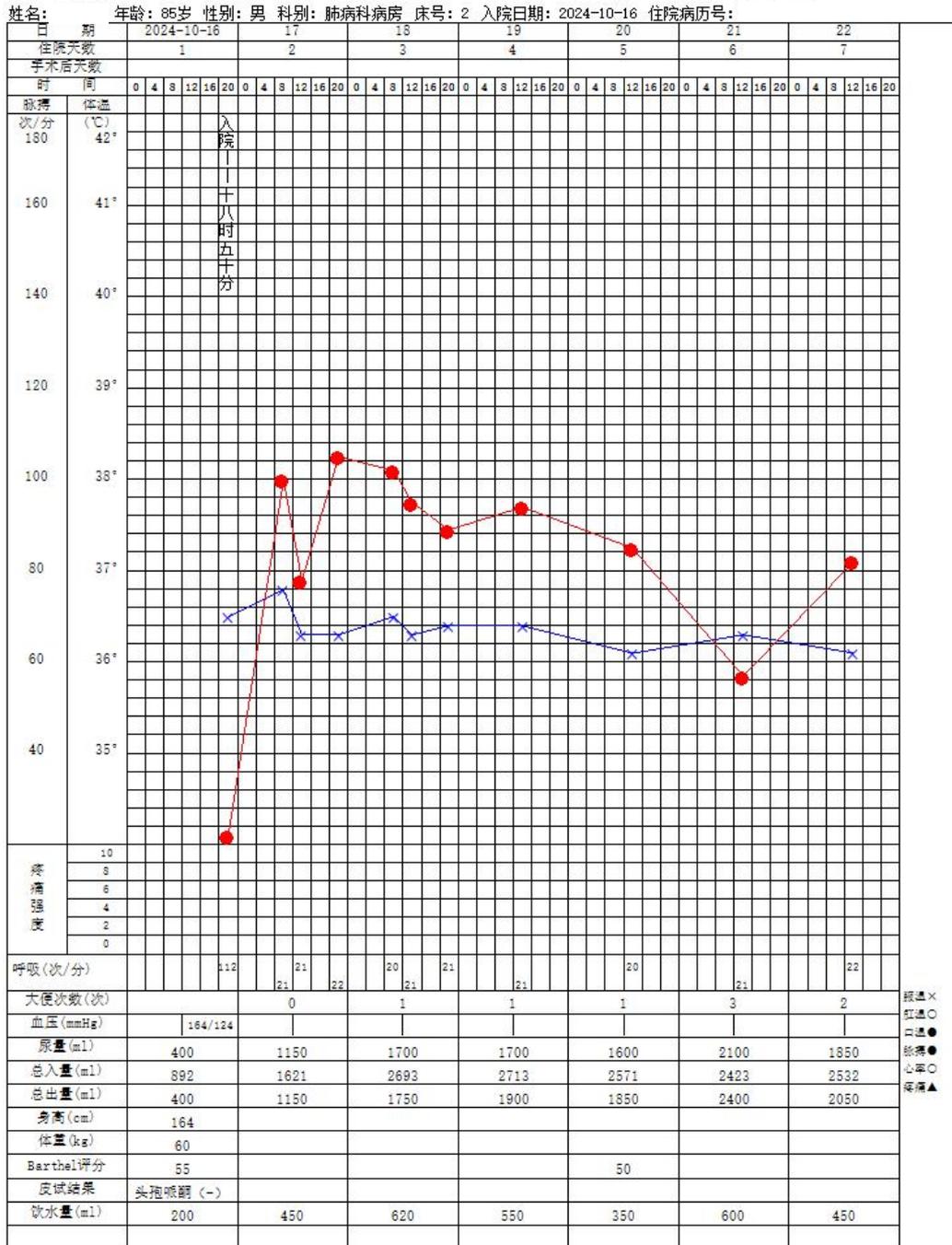
(五)其他指导：

定期复查，不适随诊。

责任护士： _____ 护士长(上级护师)： _____ 日期： 2024年10月24日

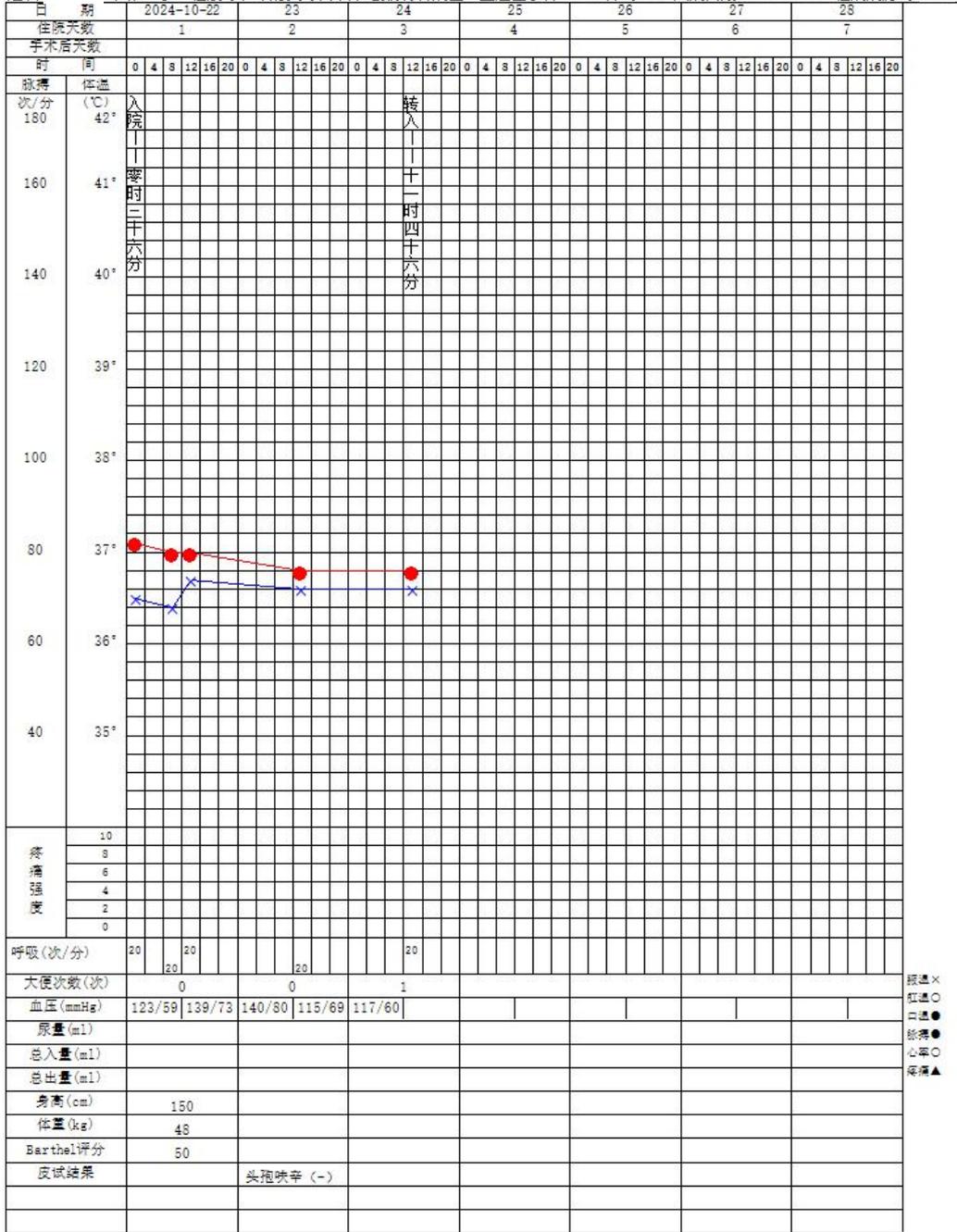
附表 12 体温单

体温单 (入院)



体温单 (转科)

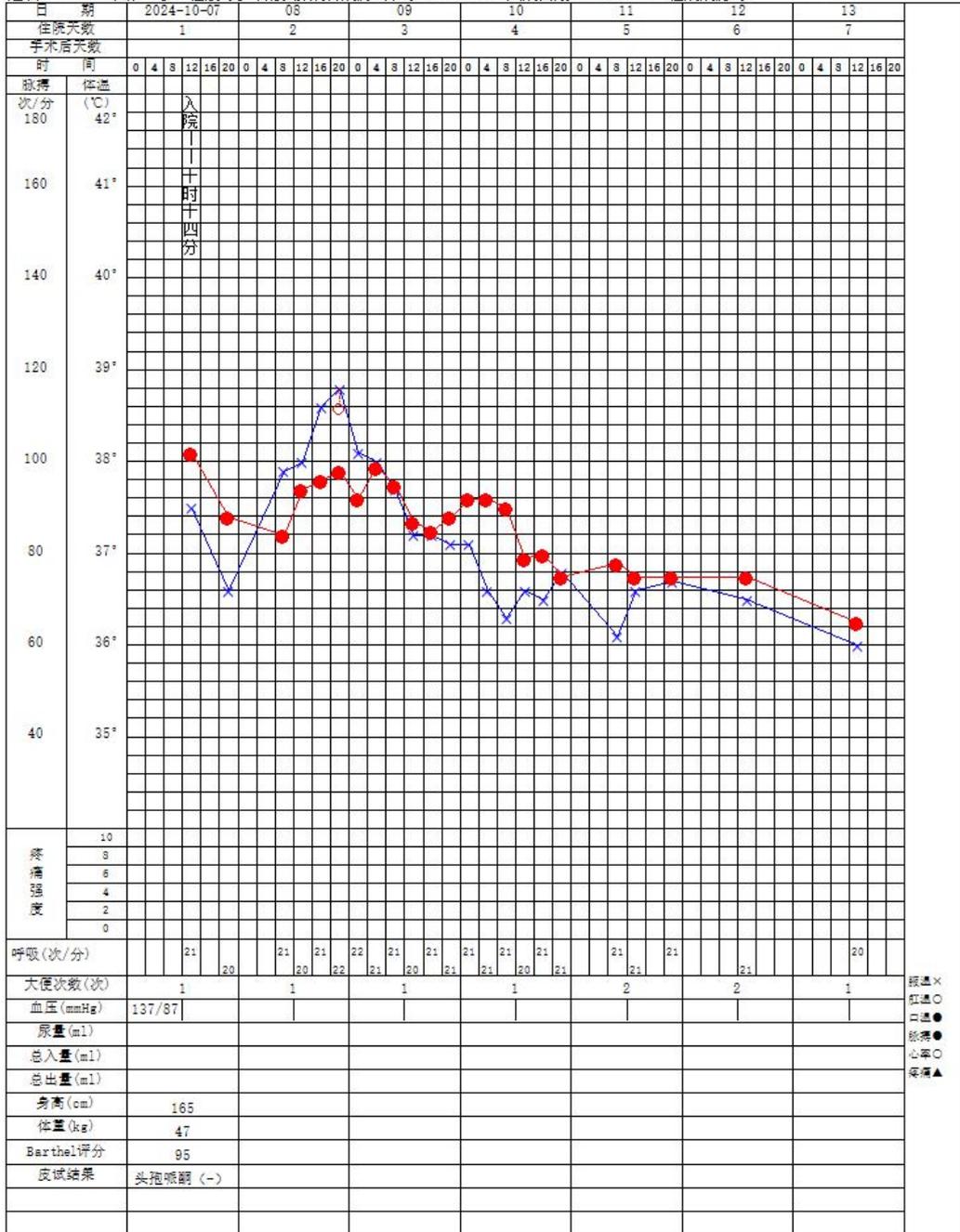
姓名: 年龄: 79岁 性别: 女 科别: 关节外科/创伤骨科病区→重症医学科 (ICU) 床号: 25 入院日期: 2024-10-22 住院病历号:



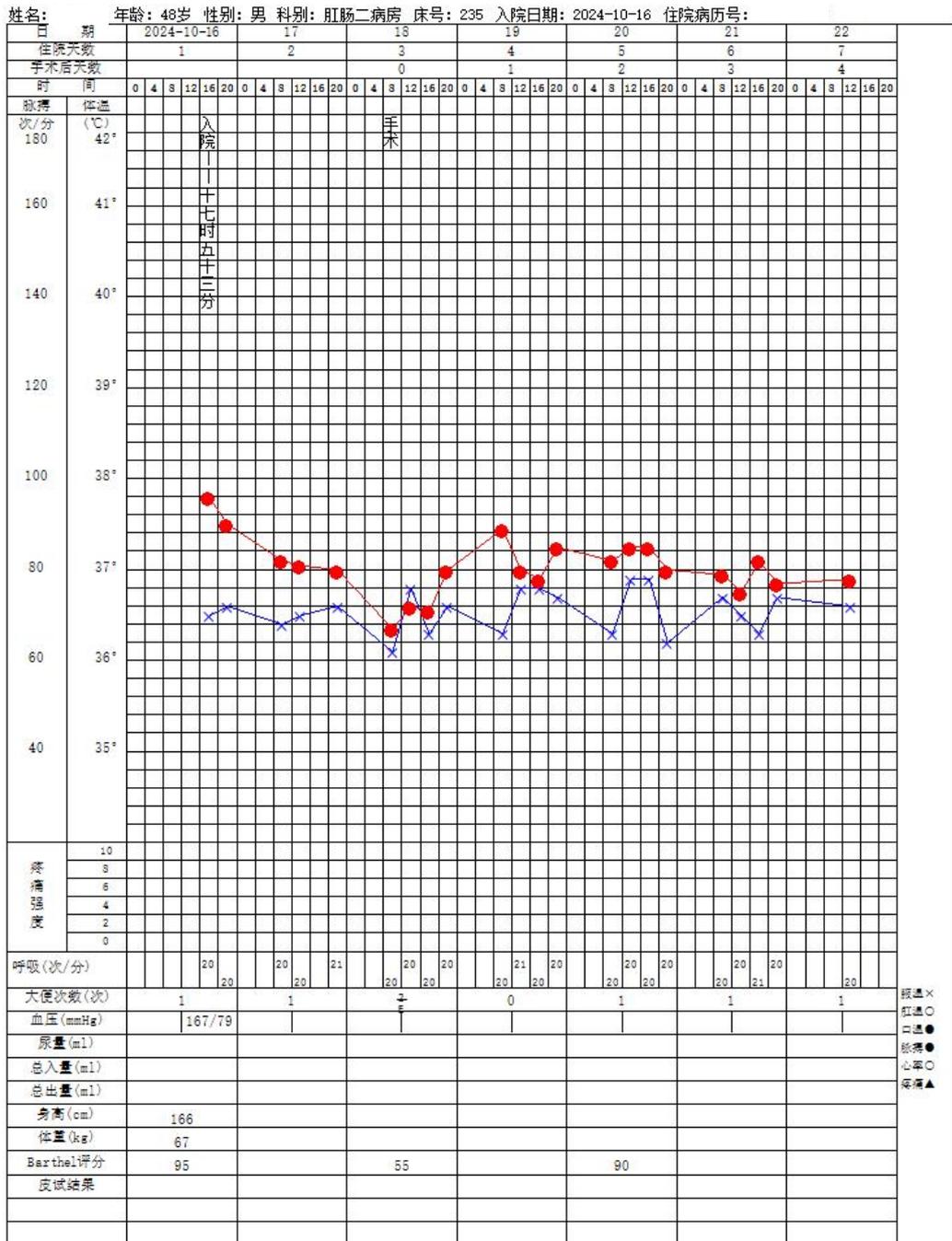
体温 ×
脉搏 ●
呼吸 ○
大便 ▲

体温单（发热）

姓名: 年龄: 73岁 性别: 男 科别: 肺病科病房 床号: 30→80→9 入院日期: 2024-10-07 住院病历号:



体温单 (术后)



体温单（出院）

姓名: 年龄: 52岁 性别: 男 科别: 肺病科病房 床号: 66 入院日期: 2024-10-11 住院病历号:

日期	10-18	19	20	21	22	23	24																							
住院天数	8		9		10		11																							
手术后天数																														
时间	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20
脉搏 次/分																														
体温 (°C)																														
180																														
160																														
140																														
120																														
100																														
80																														
60																														
40																														
37°																														
36°																														
35°																														
疼痛强度																														
呼吸(次/分)																														
大便次数(次)																														
血压(mmHg)																														
尿量(ml)																														
总入量(ml)																														
总出量(ml)																														
身高(cm)																														
体重(kg)																														
Barthel评分																														
皮试结果																														

体温 ×
脉搏 ●
呼吸 ○
疼痛 ▲

附表 13 长期医嘱单

长期医嘱单

科室：老年病科 姓名： 性别：女 年龄：90 床号：10 住院号：

开始时间	医嘱内容	频率	途径	嘱托
2024-10-17	碳酸钙D3片(600mg*30片) 600mg	每天二次	口服	
2024-10-17	复方丹参滴丸(27mg*180丸) 270mg	每天三次	口服	
2024-10-17	艾普拉唑肠溶片(5mg*6片) 5mg	每天一次	口服	
2024-10-17	利伐沙班片(10mg*12片) 10mg	每天一次	口服	
2024-10-17	阿托伐他汀钙片(20mg*7片) 20mg	每天晚上 一次	口服	
2024-10-17	盐酸二甲双胍缓释片(0.5g*60片) 0.5g	每天三次	口服	早中晚餐前30分钟
2024-10-17	艾司唑仑片 0.5mg po qn 0.5	每天晚上 一次	口服	
2024-10-17	盐酸多奈哌齐片(5mg*7片) 5mg	每天一次	口服	
2024-10-17	非布司他片(40mg*10片) 20mg	隔日一次	口服	
2024-10-17	琥珀酸美托洛尔缓释片(47.5mg*28片) 23.75mg	每天一次	口服	
2024-10-17	沙库巴曲缬沙坦钠片(200mg*28片(沙库巴曲97mg/ 缬沙坦103mg)) 100mg	每天二次	口服	
2024-10-17	双歧杆菌四联活菌片(0.5g*30片) 1.5g	每天三次	口服	
2024-10-17	眠安宁颗粒(6g*12袋) 6g	每天二次	冲服	

附表 14 临时医嘱单

临时医嘱单

科室:泌尿外科病房 姓名: 性别:女 年龄:27岁 床号:10 住院号

下达医嘱			临时医嘱		校对医嘱			执行医嘱		
日期	时间	医生	内容	频次	日期	时间	护士	日期	时间	执行人
10-29	10:26	孟永会	测血糖	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	10:26	孟永会	常规心电图 1	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	10:26	孟永会	静脉血栓栓塞出血风险评估 1	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:04	孟永会	电解质测定 血清	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:04	孟永会	肝功能(S不含CHE、ALP) 血清	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:04	孟永会	凝血四项 空腹血浆	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:04	孟永会	传染标志物--酶法(不含甲、戊) 血清	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:18	孟永会	血细胞分析 静脉抗凝血	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:18	孟永会	肾功能 血清	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	11:20	孟永会	C反应蛋白CRP 血清	一次性	10-29	11:36		10-29	11:36	
10-29	14:41	孟永会	彩超泌尿系肾脏输尿管 1	一次性	10-29	14:46		10-29	14:46	
10-29	16:47	孟永会	【小】注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠 皮试注射2.25g(皮试用) 阴性	一次性	10-29	16:49		10-29	16:49	
10-29	16:50	孟永会	尿液检验(干化学+有形成成分分析) 尿液	一次性	10-29	16:50		10-29	16:50	

医护人员确认签名: _____

附表 15 服药单

口服卡（长期）

科室：老年病科 姓名： 性别：女 年龄：90 床号：10 住院号：

开始时间	医嘱内容	频率	途径	嘱托
2024-10-17	碳酸钙D3片(600mg*30片) 600mg	每天二次	口服	
2024-10-17	复方丹参滴丸(27mg*180丸) 270mg	每天三次	口服	
2024-10-17	艾普拉唑肠溶片(5mg*6片) 5mg	每天一次	口服	
2024-10-17	利伐沙班片(10mg*12片) 10mg	每天一次	口服	
2024-10-17	阿托伐他汀钙片(20mg*7片) 20mg	每天晚上一次	口服	
2024-10-17	盐酸二甲双胍缓释片(0.5g*60片) 0.5g	每天三次	口服	早中晚餐前30分钟
2024-10-17	艾司唑仑片 0.5mg po qn 0.5	每天晚上一次	口服	
2024-10-17	盐酸多奈哌齐片(5mg*7片) 5mg	每天一次	口服	
2024-10-17	非布司他片(40mg*10片) 20mg	隔日一次	口服	
2024-10-17	琥珀酸美托洛尔缓释片(47.5mg*28片) 23.75mg	每天一次	口服	
2024-10-17	沙库巴坦缬沙坦钠片(200mg*28片(沙库巴坦97mg/ 缬沙坦103mg)) 100mg	每天二次	口服	
2024-10-17	双歧杆菌四联活菌片(0.5g*30片) 1.5g	每天三次	口服	

附表 16 注射单

长期注射执行单

科室：肿瘤科病房

打印日期：2024/10/25 9:27:39

病人信息		开嘱日期	医嘱			
床号	姓名		内容	频次	途径	嘱托
33		2024-10-22	重组人血小板生成素注射液(7500U/1ml) 剂量：2ml	每天一次 8AM	皮下注射	
33		2024-10-24	人促红素注射液(3000IU/1ml/支(预填充)) 剂量：1ml	每周三次 3PM, 3PM, 3PM	皮下注射	周四、周六、周二

附表 17 治疗单

治疗执行单

日期：2024/10/25 8:30:43

科室：皮肤科病房

床号	姓名	开始执行时间	医嘱名称	执行频次	医生嘱托
603		2024/10/23 13:03:58	自动体位	持续性(小时)	嘱托长嘱
603		2024/10/23 13:03:58	药棒穴位按摩	每天一次	共10穴：双侧肝俞、胆俞、魂门、阳纲、三焦俞
603		2024/10/24 11:06:19	监测七段血糖	每天七次	
603		2024/10/23 13:10:00	中药塌灸治疗	每天二次	左足，右小腿。
603		2024/10/23 13:03:58	中药封包	每天二次	共10个部位：双足皮损及瘙痒区

附表 18 输液单

长期/静脉治疗单

科室：肺病内科病房

打印日期：2024/10/25 8:28:57

病人信息		开嘱日期	医嘱				
床号	姓名		内容	频次	途径	速率	嘱托
1		2024-10-15	【0.9%】氯化钠注射液(100ml:0.9g) 剂量：100ml	每天一次 8AM	静脉滴注	30滴/分	
			盐酸氨溴索注射液(2ml:15mg/支) 剂量：2ml				
1		2024-10-15	【0.9%】氯化钠注射液(100ml:0.9g) 剂量：100ml	每天一次 8AM	静脉滴注		氨溴索冲管
1		2024-10-16	氟康唑氯化钠注射液(100ml:氟康唑0.2g与氯化钠0.9g) 剂量：100ml	每天一次 8AM	静脉滴注		
1		2024-10-23	【大】注射用拉西地坦(4.5g (CISGICINOS 4.5g与C10H12O4OS 0.5g)) 剂量：4.5g	每8小时一次 8AM, 4PM, 11P	静脉滴注	30滴/分	续用
			【0.9%】氯化钠注射液(100ml:0.9g) 剂量：100ml				

附表 20 护理侵入性操作护患沟通记录单

科室:测试科室 床号:2 住院号:52251222 姓名:hana 性别:女 年龄:36岁
 临床诊断:1.1型糖尿病 2.1型糖尿病伴青光眼

尊敬的患者/家属:您好!

根据患者的病情需要进行静脉留置针、注射、PICC置管、输注血管高危药品、安置胃管、安置尿管、安置肛管、吸痰法、灌肠法等操作。这是一种常用的、有助于诊断/治疗/保护的手段,但由于其具有侵入性/损伤性的特点及风险、患者具有个体差异及某些不可预料的因素,可能伴有下述并发症等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果,医护人员会尽力避免下述并发症或不良后果的发生,但不能保证该操作方法的绝对效果和安全,出现严重并发症者可能导致死亡。护理侵入性操作中、操作后有可能出现但不限于以下意外、风险及并发症:

以上情况已向患者及家属告知清楚。

上述情况医生/护士已讲明。在此,我以及(家属)慎重考虑。对护理侵入性操作可能出现的操作意外、风险及并发症表示充分理解并愿意承担其后果。(填“同意”或“不同意”)侵入性操作治疗并承担全部所需费用。

患者签名: 日期:

如患者无法签署沟通记录,请其委托人在此签名:

患者委托人签名: 与患者关系: 日期:

责任护士签名: 日期:

附表 21 护理非侵入性操作护患沟通记录单

科室:测试科室 床号:2 住院号:52251222 姓名:hana 性别:女 年龄:36岁

临床诊断: 1. 1型糖尿病 2. 1型糖尿病伴青光眼

尊敬的患者/家属:您好!

根据患者的病情需要进行耳穴贴压、灸法、拔罐、刮痧、穴位按摩/药棒穴位按摩、穴位贴敷、磁热疗法、中药外敷/涂擦/湿敷/塌渍/药熨/封包/热奄包/熏洗/药浴口腔护理、雾化吸入、氧气吸入、约束技术、轴线翻身技术、无创机械通气、胸外心脏按压术、体外除颤术、等非侵入性操作。这是一种常用的治疗手段,但由于其具有一定风险、患者具有个体差异及某些不可预料的因素,可能伴有下述并发症等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果,医护人员会尽力避免下述并发症或不良后果的发生,但不能保证该操作方法的绝对效果和安全,出现严重并发症者可能危及生命。护理非侵入性操作中、操作后有可能出现但不限于以下意外、风险及并发症:

以上情况已向患者及家属告知清楚。

上述情况医生/护士已讲明。在此,我以及(家属)慎重考虑。对护理非侵入性操作可能出现的操作意外、风险及并发症表示充分理解并愿意承担其后果。 (填“同意”或“不同意”)接受非侵入性操作治疗并承担全部所需费用。

患者签名: 日期:

如患者无法签署沟通记录,请其委托人在此签名:

患者委托人签名: 与患者关系: 日期:

责任护士签名: 日期:

附表 22 压力性损伤风险护患沟通记录单

科室:测试科室 床号:2 住院号:52251222 姓名:hana 性别:女 年龄:36岁

临床诊断:1.1型糖尿病 2.1型糖尿病伴青光眼

尊敬的患者/家属:您好!

皮肤压力性损伤是指由于强烈和(或)长期存在的压力或压力联合剪切力导致骨隆突处、医疗或其他器械下的皮肤和(或)软组织的局限性损伤。皮肤压力性损伤一旦发生,可能导致患者疾病恢复的延期、严重感染甚至死亡。为预防压力性损伤的发生,护士对患者进行压力性损伤风险评估及拟采取相关预防措施,具体如下:

一、压力性损伤风险评估

根据患者的病情,使用Braden评分对患者进行压力性损伤危险因素评估,患者目前风险评估属中/高度危险,患者/家属对评分已明确知晓。

院外带入压力性损伤情况:

二、预防措施

为了防止患者压力性损伤的发生或加重,将采取以下预防措施,希望得到患者及家属的积极参与及配合。

- 1、正确使用预防压力性损伤的用具。
- 2、定时翻身,翻身时避免推、拉、拖、拽患者。
- 3、保持皮肤、衣、被清洁、干燥,避免局部皮肤刺激。
- 4、加强全身营养,平衡饮食,增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。
- 5、使用便器避免强塞硬拉,禁用破损便器。
- 6、必要时,使用伤口敷料。
- 7、其他。

三、患方知情选择

我已阅读上述内容,理解压力性损伤发生的危险、预防的目的及预防措施,护士向我解释了进行压力性损伤风险预防的重要性,我知道我有权拒绝或放弃此预防措施,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就病情、压力性损伤风险以及相关的问题向我的医师/护士进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。现我做以下声明:

我已知晓存在压力性损伤发生风险/压力性损伤的伤口情况,并 (填“同意”或“不同意”) 接受并配合所采取的预防措施。

患者签名: 日期:

如患者无法签署沟通记录,请其委托人在此签名:

患者委托人签名: 与患者关系: 日期:

责任护士签名: 日期:

附表 23 跌倒坠床风险护患沟通记录单

科室:测试科室 床号:2 住院号:52251222 姓名:hana 性别:女 年龄:36岁
 临床诊断:1.1型糖尿病 2.1型糖尿病伴青光眼

尊敬的患者/家属,您好!

跌倒/坠床的原因、风险、危害,已通过医/护人员明确告知,为防止跌倒/坠床的发生,护士对患者进行跌倒/坠床风险评估及拟采取相关预防措施,具体内容如下:

一、跌倒/坠床风险评估

根据患者的病情、治疗及身体状况等,运用跌倒/坠床风险评估表对患者进行风险评估,患者目前评估得分是 分,属高风险人群,患者/家属对评分已明确知晓。在住院期间可能发生跌倒/坠床,导致损伤甚至危及生命。

二、预防措施

为了防止患者跌倒/坠床的发生,将采取以下预防措施,希望得到患者及家属积极参与及配合。

- 1、穿合适衣裤、防滑鞋,避免绊倒及滑倒。
- 2、湿性拖地后避免走动,地面有水渍时须绕行。
- 3、常用物品放在随手易取之处,无家属在旁需协助时请及时按呼叫铃。
- 4、活动不便离床时须有家属/陪护陪伴,留宿的家属/陪护勿与患者同睡一张病床。
- 5、睡觉/烦躁不安/意识不清时须使用床栏,严禁翻越床栏,必要时使用约束带,留家属/陪护陪伴。
- 6、若已服用降压药、降糖药、镇静药等,卧位转站位时,遵循“三部曲”下床,即平躺30s、坐起30s、站立30s再行走。
- 7、下床活动、体位改变、行走时如有眩晕、心慌、黑朦跌倒先兆时应就地休息,症状缓解后移至床旁。
- 8、正确使用行走辅助用具。
- 9、其他

三、患方知情选择

我已阅读上述内容,理解跌倒/坠床风险的原因、危害及预防措施,护士向我解释了预防跌倒/坠床重要性,我知道我有权拒绝或放弃此预防措施,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就病情、跌倒/坠床风险以及相关的问题向我的医师/护士进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。现我做以下声明:

我已知晓跌倒/坠床原因、风险、危害,并 (填“同意”或“不同意”)接受并配合所采取的预防措施。

患者签名: 日期:

如患者无法签署沟通记录,请其委托人在此签名:

患者委托人签名: 与患者关系: 日期:

责任护士签名: 日期:

附表 24 非计划拔管风险护患沟通记录单

科室:测试科室 床号:2 住院号:52251222 姓名:hana 性别:女 年龄 36岁
 诊断:1.1型糖尿病 2.1型糖尿病伴青光眼

尊敬的患者/家属:您好!

留置管路的目的、重要性,已通过医/护人员明确告知,为防止非计划拔管的发生,护士对患者进行非计划拔管风险评估及拟采取相关预防措施,具体内容如下:

一、非计划拔管风险评估

根据患者的病情、用药情况及身体状况等,运用非计划拔管风险评估表对患者进行非计划拔管风险评估,患者目前评估得分是 分,属非计划拔管高风险人群,患者/家属对评分已明确知晓。若发生非计划拔管,医护人员根据病情需要确定是否再次置管。

二、预防措施

为了防止患者非计划拔管的发生,将采取以下预防措施,希望得到患者及家属积极参与及配合。

- 1、共同观察留置管路。
- 2、进行相关治疗、检查、护理、搬动患者时需共同采取必要的保护措施。
- 3、对烦躁、不配合等患者采取必要的约束。
- 4、患者带管活动时防止管路被牵拉脱落。
- 5、其他。

三、患方知情选择

我已阅读上述内容,理解非计划拔管发生的危险、预防的目的及措施,护士向我解释了进行非计划拔管风险预防的重要性,我知道我有权拒绝或放弃此预防措施,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就病情、非计划拔管风险以及相关的问题向我的医师/护士进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。现我做以下声明:

我已知晓存在非计划拔管风险,并 (填“同意”或“不同意”)接受并配合所采取的预防措施。

患者签名 日期:

如患者无法签署沟通记录,请其委托人在此签名:

患者委托人签名 与患者关系: 日期:

责任护士签名: 日期:

附表 25 首次护理记录单

首次护理记录单

科室： 肿瘤科病房 床号： +5 姓名： 住院号：

患者： 女性，77岁，因“确诊结肠腺癌1+年，腹痛伴腹胀1周，加重2天”于2024年10月09日10时47分以“肠癌”收入院，扶行入病房。于“10时48分”通知“贺凡”医生。测：T：37℃，P：80次/分，R：20次/分，BP：145/78mmHg。NRS：3分，NRS2002：4分，入院症见：患者诉腹痛伴腹胀，无头晕、头痛，无心慌、胸闷等不适，纳眠尚可，大小便调，舌象脉象：舌象：舌象：淡红、苔薄白脉象：细弱。一级护理；病人病重；心电图监护；持续吸氧；指脉氧监测；纳入肠癌临床路径；普食。告知患者及家属住院期间医院及科室相关规章制度、入院须知、管床医生、管床护士、护士长，讲解所用药物及检查的注意事项及不良反应。

诊断：

中医诊断：肠覃(气血亏虚证)。西医诊断：结肠腺癌并周围淋巴结转移T2-3N1-2Mx

起居护理：

保持病室安静，温湿度适宜，空气流通，阳光充足，避免对流风，防止受寒。指导患者进行八段锦锻炼，提高机体抵抗力，但是应遵循循序渐进的原则，以不疲劳为度。嘱患者适量多饮水，适度锻炼，预防便秘，穿宽松衣服鞋袜，戒烟戒酒，预防VTE的发生。

饮食护理：

予普食、进食补益气血的食品，如阿胶、红枣、黄芪、枸杞等。忌耗气伤血之品，食疗方：黄芪炖鸡。

情志护理：

向患者及家属讲解疾病的相关知识，采用暗示疗法、指导患者倾听音乐、缓解紧张情绪，多与患者沟通，了解其心理状态、鼓励家属多陪伴患者，亲朋好友给予感情支持，鼓励病友间相互交流治疗体会，提高认知，增强治疗信心，使患者正确面对疾病，积极配合治疗和护理，嘱患者保持心情愉悦。

用药护理：

予复方苦参注射液（20ml静滴）凉血解毒，散结止痛；密观患者用药效果及有无不良反应。

中医特色治疗及护理：

予药棒穴位按摩、益气养血；埋针治疗、活血养血；予穴位贴敷治疗、活血止痛；告知患者配合要点及注意事项。

护士： 手签：

附表 26 一般护理记录单及非重症医学科危重患者护理记录单

护理记录单（特级护理）

科室：神经外科病房 姓名： 年龄：85岁 性别：女 床号： 住院号： 入院日期：2024-10-16
西医诊断：1. 脑梗死（右侧大脑中动脉闭塞急性期） 2. 脑梗死后遗症期 中医诊断：中风-中经络（风痰阻络）

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Includes data for 2024-10-16 at 20:00, 20:10, 21:00, 21:02, and 21:36.

意识状态：1. 清醒 2. 嗜睡 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞳孔 7. 其它（首次书写请注明病情观察栏） 导管名称：1. 鼻饲管 2. 颈静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 脑脊液引流 11. 尿管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理：置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室：神经外科病房 姓名： 年龄：85岁 性别：女 床号：22 住院号： 入院日期：2024-10-16
西医诊断：1. 脑梗死（右侧大脑中动脉闭塞急性期） 2. 脑梗死后遗症期 中医诊断：中风-中经络（风痰阻络）

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Includes data for 2024-10-16 at 21:36, 22:00, 23:00, 23:59, and 2024-10-17 from 01:00 to 06:59.

意识状态：1. 清醒 2. 嗜睡 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞳孔 7. 其它（首次书写请注明病情观察栏） 导管名称：1. 鼻饲管 2. 颈静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 脑脊液引流 11. 尿管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理：置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室: 神经外科病房 姓名: 年龄: 85岁 性别: 女 床号: 22 住院号: 入院日期: 2024-10-16
西医诊断: 1. 脑梗死(右侧大脑中动脉闭塞急性期) 2. 脑梗死后遗症期 中医诊断: 中风-中经络(风痰阻络)

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, RR, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Contains multiple rows of patient data from 2024-10-17.

复核签名:

页码:

意识状态: 1. 清醒 2. 嗜睡 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞻望 7. 其它(首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1. 鼻饲管 2. 深静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 骶神经引流 11. 肛管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室: 神经外科病房 姓名: 年龄: 85岁 性别: 女 床号: 22 住院号: 入院日期: 2024-10-16
西医诊断: 1. 脑梗死(右侧大脑中动脉闭塞急性期) 2. 脑梗死后遗症期 中医诊断: 中风-中经络(风痰阻络)

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, RR, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Contains multiple rows of patient data from 2024-10-17.

复核签名:

页码:

意识状态: 1. 清醒 2. 嗜睡 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞻望 7. 其它(首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1. 鼻饲管 2. 深静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 骶神经引流 11. 肛管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

护理记录单（一级护理）

科室：胃肠甲乳外科病区 姓名： 年龄：51岁 性别：女 床号：5 住院号： 入院日期：2024-10-07

西医诊断：1. 盆腔包块原因：炎性包块？其他？；2. 盆腔炎症性疾病；3. 卵巢子宫 中医诊断：瘕瘕（气滞血瘀证）

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Includes data for 2024-10-22 from 09:00 to 14:00.

复核签名: 页码: 意识状态: 1. 清醒 2. 模糊 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞳孔 7. 其它 (首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1. 鼻饲管 2. 深静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 骶钱引流 11. 肛管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室：胃肠甲乳外科病区 姓名： 年龄：51岁 性别：女 床号：5 住院号： 入院日期：2024-10-07

西医诊断：1. 盆腔包块原因：炎性包块？其他？；2. 盆腔炎症性疾病；3. 卵巢子宫 中医诊断：瘕瘕（气滞血瘀证）

Table with columns: 日期, 时间, T, P, R, NBP, ABP, SPO2, 意识, 瞳孔, 导管, 入量, 出量, 病情观察及措施, 护士签名. Includes data for 2024-10-22 at 14:00.

复核签名: 页码: 意识状态: 1. 清醒 2. 模糊 3. 昏睡 4. 浅昏迷 5. 深昏迷 6. 瞳孔 7. 其它 (首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1. 鼻饲管 2. 深静脉置管 3. 尿管 4. 胃肠减压管 5. 胸腔引流管 6. T管 7. 胸腔闭式引流 8. 膀胱造瘘引流 9. 伤口引流 10. 骶钱引流 11. 肛管 12. 头部引流 13. 血肿腔引流 14. 腰椎穿刺引流 15. 镇痛泵 16. 其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室: 胃肠甲乳外科病区 姓名: 年龄: 51岁 性别: 女 床号: 5 住院号: 入院日期: 2024-10-07

西医诊断: 1. 盆腔包块原因: 炎性包块? 其他?; 2. 盆腔炎症性疾病; 3. 浆膜子宫 中医诊断: 腹痛(气滞血瘀证)

日期	时间	T °C	P 次/min	R 次/min	HRP (mmHg)	ABP (mmHg)	SPO2 (%)	意识	瞳孔		导管				入量		出量		病情观察及措施	护士签名
									左右mm	对光反射	名称	量(ml)	颜色性状	护理	项目	量(ml)	项目	量(ml)		
2024-10-22	14:00																		不适。	
2024-10-22	14:56														【0.9%】氯化钠注射液	100				
2024-10-22	15:00		85	18	123/69		95								人血白蛋白	100	小便	550	测患者CVP值为: 7.2cmH2O。	
2024-10-22	15:46														【0.9%】氯化钠注射液+ 氟比洛芬酯注射液	105			患者自诉腹部疼痛难忍, 告知值班医生, 遵医嘱予 NS100ml+氟比洛芬酯50mg静脉滴注, 密切。	
2024-10-22	16:00		87	20	128/73		96													
2024-10-22	16:20														【0.9%】氯化钠注射液+ 注射用艾司奥美拉唑钠40mg	100			患者诉腹痛较前缓解。	
2024-10-22	17:00		86	20	121/66		98													
2024-10-22	18:00		85	20	124/69		98								注射用美罗培南1g+【5%】葡萄糖注射液	250				
2024-10-22	19:00		82	21	123/71		96													
2024-10-22	19:50														吗啡磷酸氢化钠注射液	100				
2024-10-22	20:00		81	20	128/70		98													
2024-10-22	21:00		89	20	124/74		96													
2024-10-22	22:00		82	20	121/70		98													
2024-10-22	23:00		84	20	125/74		97										小便	600	测患者CVP值为:	

复核签名: 页码:

意识状态: 1.清醒 2.嗜睡 3.昏迷 4.浅昏迷 5.深昏迷 6.瞳孔 7.其它(首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1.鼻饲管 2.深静脉导管 3.尿管 4.胃肠减压管 5.腹腔引流管 6.T管 7.胸腔闭式引流 8.膀胱造瘘引流 9.伤口引流 10.腋线引流 11.肛管 12.头部引流 13.血肿腔引流 14.腰椎穿刺引流 15.镇痛泵 16.其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室: 胃肠甲乳外科病区 姓名: 年龄: 51岁 性别: 女 床号: 5 住院号: 入院日期: 2024-10-07

西医诊断: 1. 盆腔包块原因: 炎性包块? 其他?; 2. 盆腔炎症性疾病; 3. 浆膜子宫 中医诊断: 腹痛(气滞血瘀证)

日期	时间	T °C	P 次/min	R 次/min	HRP (mmHg)	ABP (mmHg)	SPO2 (%)	意识	瞳孔		导管				入量		出量		病情观察及措施	护士签名
									左右mm	对光反射	名称	量(ml)	颜色性状	护理	项目	量(ml)	项目	量(ml)		
2024-10-22	23:00																		7.8cmH2O。	
2024-10-23	00:00		89	20	118/69		95													
2024-10-23	01:00		91	21	120/65		95													
2024-10-23	02:00		91	20	124/68		95								注射用美罗培南1g+【5%】葡萄糖注射液	250				
2024-10-23	03:00		92	20	120/63		95								【0.9%】氯化钠注射液+ 氟比洛芬酯注射液	105			患者自诉全身疼痛, 告知值班医生知晓, 遵医嘱予患者静脉滴注【0.9%】氯化钠注射液+氟比洛芬酯注射液, 止痛治疗。	
2024-10-23	03:11																		患者自诉疼痛有所缓解。	
2024-10-23	04:00		89	20	120/65		95													
2024-10-23	05:00		90	21	124/68		95													
2024-10-23	06:00		88	20	125/69		95													
2024-10-23	06:55																24h尿量	1750		
2024-10-23	06:56																左侧术区	15		
2024-10-23	06:57																左侧术区	10		
2024-10-23	06:58																右侧术区	10		
2024-10-23	06:59																尿管	5		
2024-10-23	07:00		86	20	128/71		95										小便	600	测患者CVP值为:	
2024-10-23	07:00																		7.6cmH2O。	
2024-10-23	08:00		82	20	122/72		95								24小时总入量	3596.2	24小时总出量	1780		

复核签名: 页码:

意识状态: 1.清醒 2.嗜睡 3.昏迷 4.浅昏迷 5.深昏迷 6.瞳孔 7.其它(首次书写请注明病情观察栏) 导管名称: 1.鼻饲管 2.深静脉导管 3.尿管 4.胃肠减压管 5.腹腔引流管 6.T管 7.胸腔闭式引流 8.膀胱造瘘引流 9.伤口引流 10.腋线引流 11.肛管 12.头部引流 13.血肿腔引流 14.腰椎穿刺引流 15.镇痛泵 16.其他 导管护理: 置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

护理记录单（二级护理）

科室：眼科 姓名： 年龄：66岁 性别：男 床号：10 住院号： 入院日期：2024-10-21
 西医诊断：双眼糖尿病性视网膜病变（并黄斑水肿） 中医诊断：消渴内障（双眼）气阴两虚、络脉瘀阻证

日期	时间	T °C	P 次/min	R 次/min	NBP (mmHg)	ABP (mmHg)	SPO2 (%)	意识	瞳孔		导管			入量		出量		病情观察及措施	护士签名
									左右mm	对光反射	名称	量 (ml)	颜色性状	护理	项目	量 (ml)	项目		
2024-10-22	14:26	36.3	71	20				清醒										患者日间清醒，自诉双眼视力下降，精神可，尚可眠差，二便调。舌质紫暗，苔少、脉象：沉细无力。嘱患者调情志，起居，积极配合治疗，下床活动注意安全。患者为跌倒高风险，指导患者床栏的使用注意事项，改变体位时动作宜慢。	
2024-10-23	09:19							清醒										患者清醒，精神可，遵医嘱予明日在局麻下行“双眼玻璃体穿刺抽液术（包括注药）”，告知患者及家属注意事项，嘱患者放松心情，积极配合手术治疗。	
2024-10-23	16:09	36.6	72	20				清醒										患者日间清醒，自诉双眼视力下降，精神可，尚可眠差，二便调。舌质紫暗，苔少、脉象：沉细无力。指导患者多食益气养阴、活血通络的食物，如莲子、山药、百合等，食疗方如：山药排骨汤。	
2024-10-24	08:00				172/94			清醒										今晨测患者血压偏高，患者未诉特殊不适，告知值班医生知晓，嘱患者予自备	

复核签名： _____

页码： _____

意识状态：1.清醒 2.模糊 3.昏睡 4.浅昏迷 5.深昏迷 6.瞳孔 7.其它（首次书写请注明病情观察栏）导管名称：1.鼻饲管 2.深静脉置管 3.尿管 4.胃肠减压管 5.胸腔引流管 6.T管 7.胸腔闭式引流 8.膀胱造瘘引流 9.伤口引流 10.骶神经引流 11.尿管 12.头部引流 13.血栓腔引流 14.腰椎穿刺引流 15.镇痛泵 16.其他 导管护理：置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

科室：眼科 姓名： 年龄：66岁 性别：男 床号：10 住院号： 入院日期：2024-10-21
 西医诊断：双眼糖尿病性视网膜病变（并黄斑水肿） 中医诊断：消渴内障（双眼）气阴两虚、络脉瘀阻证

日期	时间	T °C	P 次/min	R 次/min	NBP (mmHg)	ABP (mmHg)	SPO2 (%)	意识	瞳孔		导管			入量		出量		病情观察及措施	护士签名
									左右mm	对光反射	名称	量 (ml)	颜色性状	护理	项目	量 (ml)	项目		
2024-10-24	08:00																	苯磺酸左氨氯地平2.5mg、厄贝沙坦片0.15g口服，继续观察患者血压变化。	
2024-10-24	08:30	36.8	99	20	164/83			清醒										复测患者血压仍高，其余术前生命体征平稳，告知值班医生知晓，暂无特殊处理，已遵医嘱予术前进行双眼结膜囊冲洗。现遵医嘱送往手术室行手术治疗。	
2024-10-24	09:35	36.3	95	20	173/88			清醒										手术记录 患者今日在局麻下行“双眼玻璃体穿刺抽液术（包括注药）”，2024年10月24日09时35分，现已安返病房。患者神志清醒，自诉术眼轻微疼痛、视物能忍，伤口敷料清洁、干燥。遵医嘱予二级护理。术后宣教已做患者已知。患者术后血压仍高，告知值班医生知晓，暂无特殊处理，继续观察患者血压变化。	
2024-10-24	10:30				162/76			清醒										复测患者血压较前降低。	
2024-10-24	15:15				178/100			清醒										测患者血压高，告知值班医生知晓，遵医嘱予调整	

复核签名： _____

页码： _____

意识状态：1.清醒 2.模糊 3.昏睡 4.浅昏迷 5.深昏迷 6.瞳孔 7.其它（首次书写请注明病情观察栏）导管名称：1.鼻饲管 2.深静脉置管 3.尿管 4.胃肠减压管 5.胸腔引流管 6.T管 7.胸腔闭式引流 8.膀胱造瘘引流 9.伤口引流 10.骶神经引流 11.尿管 12.头部引流 13.血栓腔引流 14.腰椎穿刺引流 15.镇痛泵 16.其他 导管护理：置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

附表 27 重症医学科危重患者护理记录单

每小时出量	50	50	50	55	50	70	20	35	80	60	50	105	50	50	50	86	60	50	58	50	50	55	70	57	1361
每小时差值	303	-	50	-55	200	-70	-	-35	230	-60	52	178	-27	-47	-47	-83	-57	-48	-58	-50	-50	-55	-70	-57	104

附表 28 手术护理及物品清点记录单

患者姓名		性别	男	年龄	78岁	科室	肝胆外科病房	床号	2	住院号		手术间号	12	
术前诊断: 胆囊结石伴有急性胆囊炎														
手术名称: 腹腔镜检查+开腹胆囊切除术+腹腔脓肿清除术+肠粘连松解术														
麻醉方式: 全身麻醉 药物过敏史: 无														
护 理 情 况	术前	入室时间: 14:00 入室意识: <input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 浅昏睡 <input type="checkbox"/> 深昏睡 皮肤情况: <input checked="" type="checkbox"/> 完好 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 压红 (部位: / / 大小: / /) 静脉输液: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 深静脉穿刺: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 导尿管: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 禁食: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 胃管: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无												
	术中	手术开始时间: 14:27 手术结束时间: 15:50 体位: 仰卧位 静脉通路: <input checked="" type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 头皮 <input type="checkbox"/> 颈部 负极板:左侧大腿 通路方式: <input checked="" type="checkbox"/> 留置针 <input type="checkbox"/> 深静脉置管 <input type="checkbox"/> 静脉切开 <input type="checkbox"/> 普通输血(液)针 止血带: <input type="checkbox"/> 有[/ 上肢(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) / 下肢(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)] <input checked="" type="checkbox"/> 无 使用时间: / / 导尿: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 尿量: 100 ml 引流管: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 输血: <input type="checkbox"/> 有(自体输血: / ml 异体输血: / ml 输血浆: / ml) <input checked="" type="checkbox"/> 无												
	术后	意识: <input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 浅昏睡 <input type="checkbox"/> 深昏睡 <input type="checkbox"/> 麻醉状态 标本: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 皮肤情况: <input checked="" type="checkbox"/> 完好 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 压红 (部位: / / 大小: / /) 出院时间: 16:00 术后送回: <input type="checkbox"/> 病房 <input checked="" type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 麻醉恢复室												
	术中用器械、敷料清点情况													
名称		术前清点	术中添加	关前清点	关后清点	结束清点	名称	术前清点	术中添加	关前清点	关后清点	结束清点		
蚊式钳		6	0	6	6	6	小纱布	6	0	6	6	6		
小弯钳		4	0	4	4	4	盐水纱	5	5	10	10	10		
中弯钳		12	0	12	12	12	盐水垫	0	0	0	0	0		
大弯钳		0	0	0	0	0	脑棉片	0	0	0	0	0		
皮肤钳		4	0	4	4	4	棉球	0	0	0	0	0		
持针器		4	0	4	4	4	缝针	6	0	6	6	6		
布巾钳		6	0	6	6	6	带线针	6	0	6	6	6		
长平镊		3	0	3	3	3	刀片	3	0	3	3	3		
有齿镊		1	0	1	1	1	吸引头	1	0	1	1	1		
无齿镊		0	0	0	0	0	电刀头	1	0	1	1	1		
消毒钳		1	0	1	1	1	注射器	0	0	0	0	0		
手术剪		3	0	3	3	3	针头	0	0	0	0	0		
刀柄		3	0	3	3	3	头皮夹	0	0	0	0	0		
拉钩		6	0	6	6	6	钢板	0	0	0	0	0		
压肠板		1	0	1	1	1	螺丝钉	0	0	0	0	0		
特殊器械		19	17	36	36	36	/	/	/	/	/	/	/	
/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
利多卡因乳膏局麻后静脉穿刺 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 奥布卡因凝胶局麻后导尿 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 特殊情况: /														
器械护士: _____ 巡回护士: _____ 手术日期: 2024/11/04														

附表 29 麻醉复苏记录单

日期: _____ 科室: 耳鼻咽喉科病房

姓名: _____ 性别: 男 年龄: 70岁 住院号: _____ 床号: 25

术后诊断: _____ 麻醉方法: 全身麻醉

已施手术: _____

时间 (分钟)	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	
入室/苏醒	ELM 吸入									
出室										
生命体征	2024/10/31 15:13 PR 220 SpO ₂ 96 收缩压 120 舒张压 80 自主呼吸 自主 机械通气 自主 进出复苏室 1,2,3... 事件序号 插管 拔管 PR BP									
监测	意识	清醒	清醒	清醒						
	SpO ₂ (%)	96	95	95						
	temp(°C)	36.0								
标记	① 15:00 进复苏室 ② 15:13 吸氧血气分析一次, 结果略后附。 ③ 15:40 出复苏室									
备注	疼痛评分: 2 分 意识: <input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 <input type="checkbox"/> 麻醉状态 其他: <input checked="" type="checkbox"/> 病例 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input type="checkbox"/> 衣物 <input type="checkbox"/> 贵重物品 <input type="checkbox"/> 其他: / 出室时间: 15:40 麻醉医师: _____ 护士: _____									
患者去向:	ICU 病房									

附表 30 日间病房一般护理记录单

姓名: _____ 出生日期: _____ 病人 IL: _____
 科室: _____ 床号: _____ 住院号: _____

入院评估及术前相关知识宣教

入科时间: _____ 入院方式: 步行 扶助 平车 轮椅 其他 _____

T: _____ °C P: _____ 次/分 R: _____ 次/分 BP: _____ / _____ mmHg 体重 _____ Kg 其他 _____

意识: 清醒 模糊 嗜睡 昏睡 昏迷

皮肤情况: 正常 破损/压疮/其他 _____

过敏史: 无 有 _____

人员、设施、环境介绍 探陪制度 安全制度 (防跌倒/坠床、防烫伤、防火、防盗等)

手术及麻醉方式 术前知识宣教 (饮食、活动、心理等)

责任护士: _____ 时间: _____

术前记录

拟于今日 _____ 麻下行 _____ 术, 患者术前准备已完善, 于 _____ 时 _____ 分接入手术室。

责任护士: _____ 时间: _____

术后记录

返回病房时间: _____

T: _____ °C P: _____ 次/分 R: _____ 次/分 BP: _____ mmHg

意识: 清醒 模糊 嗜睡 昏睡 昏迷

皮肤情况: 正常 破损/压疮/其他 _____

静脉输液: 无 有: 留置针 PICC PORT 其他 _____

伤口敷料: 无 有: 有渗出 带管情况: 无 有 _____

疼痛评分: _____ 分 恶心呕吐: 无 有

术后处置: 输液 心电监护 吸氧 雾化吸入 其他 _____

健康宣教: 伤口护理 管道护理 饮食护理 用药指导 疼痛护理 专科指导 心电护理

特殊病情记录: _____

责任护士: _____ 时间: _____

附表 31 新生儿护理记录单

科室：新生儿科病房 姓名： 年龄：9小时13分 性别：女 床号：24 住院号： 入院日期：2024-09-21

西医诊断：1. 早产儿(孕周等于或大于28整周,但小于32整周);
2. 新生儿呼吸困难原因：呼吸窘迫综合征?

中医诊断：胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		速度 (ml/h)	病情观察及护理措施	签名			
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	脐部	肢端	肌张力	喂养方式	管道				项目	量(ml)	项目
2024-09-21	09:19	36.6	145	45	54/30	90	1.3	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW	维生素K1注射液1mg					遵医嘱予抽血标本送检,予维生素K1肌肉注射防止出血,灌肠促进患儿胎粪排出。	
2024-09-21	09:23														10%GS	2.6			测患儿末梢血糖为1.8mmol/L,遵医嘱予10%GS 2ml静脉推注,继续。		
2024-09-21	09:24														10%GS	150					
2024-09-21	09:30																		遵医嘱予床边查床旁摄片正位。		
2024-09-21	09:30																		予右前臂行头抱曲松钠皮试(皮内注射)及左前臂行青霉素钠皮试(皮内注射),并观察患儿皮肤过敏情况。		
2024-09-21	09:50														0.9%氯化钠注射液 2ml+注射用青霉素钠 0.005g	2		4	青霉素皮试与头孢曲松钠皮试结果均为阴性,遵医嘱予输注此组液体。		
2024-09-21	10:00		148	46		91		清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW							
2024-09-21	10:20														0.9%氯化钠注射液 2ml+注射用头孢曲松钠 0.005g	2		4			

复核签名： 页码：

科室：新生儿科病房 姓名： 年龄：9小时13分 性别：女 床号：24 住院号： 入院日期：2024-09-21

西医诊断：1. 早产儿(孕周等于或大于28整周,但小于32整周);
2. 新生儿呼吸困难原因：呼吸窘迫综合征?

中医诊断：胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		速度 (ml/h)	病情观察及护理措施	签名			
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	脐部	肢端	肌张力	喂养方式	管道				项目	量(ml)	项目
2024-09-21	11:00		152	48	59/32	92		清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW	脐静脉置管			小便	9	患儿为30周早产儿,出生体重1300g,征得家人同意行脐静脉插管术,取仰卧位,消毒脐部及周围皮肤,铺无菌洞巾,切断脐带残端,脐静脉导管插入脐静脉,插入长度8.0cm,未见回血,查胸腹片示脐静脉导管末端位于T10,予退管至2.5cm,回血通畅,缝线固定,作为外周静脉使用,过程顺利,术中术后无不良反应。	
2024-09-21	11:44																		遵医嘱予猪肺磷脂注射液3ml气管内滴入,禁吸痰6h。		
2024-09-21	12:00		145	45		91		清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW							
2024-09-21	12:31																		复测患儿血糖为5.0mmol/L。		
2024-09-21	13:00	36.5	148	45	60/32	90		清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW	肝素钠注射液6.5IU						
2024-09-21	13:01																		遵医嘱予抽血交叉配血送检。		
2024-09-21	14:00		145	46		92		清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMW							

复核签名： 页码：

惠州市妇幼保健院新生儿科重症监护室记录单

科室: 新生儿科病房 姓名: 冯XX 年龄: 9小时13分 性别: 女 床号: 24 住院号: K1111111 入院日期: 2024-09-21
 西医诊断: 1. 早产儿(孕周等于或大于28整周, 但小于32整周); 2. 新生儿呼吸窘迫综合征: 呼吸窘迫综合征?
 中医诊断: 胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		病情观察及护理措施	签名			
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	肺部	肢端温度	肌张力	喂养方式	管道			项目	量(ml)	项目
2024-09-21	15:00	149	42	61/33	91	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV					大便+小便	22	遵医嘱测血糖	罗安琪
2024-09-21	16:00	145	45		90	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV							4.9mmol/L	罗安琪
2024-09-21	16:35																		遵医嘱予同型新鲜冰冻血浆20ml静脉输注, 血液经双人核对无误后, 输前予0.9%NS5ml冲管, 予6.6ml力输注, 输注血期间下调静脉营养速度为3ml/h	罗安琪
2024-09-21	17:00	36.6	148	46	58/30	92	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV						白班患儿予呼吸机SIMV模式下辅助通气, 反应好, 呼吸平稳, 血氧饱和度波动在90%-91%之间, 吸痰见少量白色分泌物, 可耐受, 持续胃肠减压引流未见特殊	罗安琪
2024-09-21	17:35																		患儿输血过程中生命体征平稳, 无不良反应	罗安琪
2024-09-21	18:00	145	45		90	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV	留置胃管、尿管、脐静脉置管				小便	37		罗安琪
2024-09-21	19:00	142	45	59/34	91	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV								
2024-09-21	19:35																		患儿输血完毕, 过程顺利, 无不良反应	白佳鑫

复核签名: _____ 页码: _____

科室: 新生儿科病房 姓名: 冯XX 年龄: 9小时13分 性别: 女 床号: 24 住院号: K1111111 入院日期: 2024-09-21
 西医诊断: 1. 早产儿(孕周等于或大于28整周, 但小于32整周); 2. 新生儿呼吸窘迫综合征: 呼吸窘迫综合征?
 中医诊断: 胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		病情观察及护理措施	签名				
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	肺部	肢端温度	肌张力	喂养方式	管道			项目	量(ml)	项目	量(ml)
2024-09-21	19:35																		予0.9%NS 5ml冲管, 恢复静脉营养速度为3.5ml/h, 并于拔除留置针		
2024-09-21	20:00	142	46		90	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV									
2024-09-21	21:00	36.8	145	46	61/30	91	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV		肝素钠注射液6.5IU						
2024-09-21	21:00														0.9%氯化钠注射液 2ml+注射用青霉素钠 0.03g						
2024-09-21	22:00	146	45		90	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV					小便	17			
2024-09-21	23:00	142	43	62/31	90	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV									
2024-09-21	23:59	142	45		91	清醒	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV									
2024-09-21	01:00	36.7	148	48	64/32	91	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV	留置胃管、尿管、脐静脉置管						晚班患儿予呼吸机SIMV模式下辅助通气, 反应好, 呼吸平稳, 血氧饱和度波动在90%-91%之间, 吸痰见少量白色分泌物, 可耐受, 持续胃肠减压引流未见特殊	
2024-09-22	02:00	145	44		90	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV					小便	10			
2024-09-22	03:00	142	40	63/30	91	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV		肝素钠注射液6.5IU							
2024-09-22	04:00	147	42		90	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV									
2024-09-22	05:00	36.8	140	44	67/36	91	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV								
2024-09-22	06:00	142	47		90	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV									
2024-09-22	07:00	145	40	66/35	91	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV								患儿班中尿量较少	

复核签名: _____ 页码: _____

科室：新生儿科病房 姓名： 年龄：9小时13分 性别：女 床号：24 住院号： 入院日期：2024-09-21
 西医诊断：1.早产儿(孕周等于或大于28整周,但小于32整周); 2.新生儿呼吸困难原因：呼吸窘迫综合征? 中医诊断：胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		速度 (ml/h)	病情观察及护理措施	签名					
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	脐部	肢端温度	肌张力	喂养方式	管道				项目	量(ml)	项目	量(ml)	
2024-09-22	07:00																			告知值班医生知晓后,继续。测患儿末梢血糖为4.9mmol/L。			
2024-09-22	07:00														21+小时总入量	113.1	21+小时总出量	116					
2024-09-22	08:00		147	45		90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	SIMV	剩余静脉补液	83.5						夜班患儿于呼吸机SIMV模式下辅助通气,反应好,呼吸平稳,血氧饱和度波动在90%-91%之间,吸痰见少量白色分泌物,可耐受,持续胃肠减压引流未见特殊。禁奶中。	
2024-09-22	09:00	36.8	141	42	59/34	90	1.4	神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP	0.9%氯化钠注射液 2ml+注射用青霉素钠0.03g	2		4				遵医嘱于呼吸机SIMV模式改BIPAP模式辅助呼吸,呼吸机参数: FIO2:21%, PEEP: 6.0cmH2O, PIP:16cmH2O 血氧饱和度和波动在90%-91%之间。	
2024-09-22	09:01														肝素钠注射液6.5IU								
2024-09-22	09:30														0.9%氯化钠注射液 2ml+注射用头孢曲松钠0.07g	2		4					

复核签名: _____ 页码: _____

科室：新生儿科病房 姓名： 年龄：9小时13分 性别：女 床号：24 住院号： 入院日期：2024-09-21
 西医诊断：1.早产儿(孕周等于或大于28整周,但小于32整周); 2.新生儿呼吸困难原因：呼吸窘迫综合征? 中医诊断：胎怯 脾肾两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		速度 (ml/h)	病情观察及护理措施	签名					
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	脐部	肢端温度	肌张力	喂养方式	管道				项目	量(ml)	项目	量(ml)	
2024-09-22	10:00		145	46		91		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP	奶	0.5						遵医嘱予胃管内置食,母乳喂养,不足予补足早产儿奶。	
2024-09-22	11:00		143	42	60/31	90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP	【10%】葡萄糖注射液+【50%】葡萄糖注射液+小儿复方氨基酸注射液(8AA-1)+左卡尼汀注射液+浓氯化钠注射液+脂肪乳注射液(C14-24)	96.5		4					
2024-09-22	12:00		141	43		91		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP			小便	7					
2024-09-22	13:00	36.7	145	45	58/34	90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP			小便	9					
2024-09-22	14:00		141	43		91		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP									
2024-09-22	15:00		144	44	61/34	90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP	肝素钠注射液6.5IU								
2024-09-22	16:00		142	41		91		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP	奶	0.5	小便	7			测患儿末梢血糖为4.3mmol/L。		
2024-09-22	17:00	36.9	141	45	59/33	90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	正常	BIPAP							白班患儿于呼吸机BIPAP模式下辅助通气,反应好,呼吸平稳,血氧饱和度波动在90%-91%之间,吸痰见少量白色分泌物,可耐受,持续胃肠减压引流未见特殊。		
2024-09-22	18:00		147	48		91		神尚清	红润	完整	干燥	暖	稍低	BIPAP	胃管、静脉补液管								
2024-09-22	19:00		144	41	58/28	90		神尚清	红润	完整	干燥	暖	稍低	BIPAP									

复核签名: _____ 页码: _____

重慶市江北區第一婦孺醫院新生兒重症監護病房記錄單

科室：新生兒科病房 姓名：馬明宇 年齡：9個月13天 性別：女 床號：21 住院號：K142212 入院日期：2024-09-21
 西医診斷：1. 早產兒(孕周等於或大於28整周，
 2. 新生兒呼吸困難原因：呼吸窘迫綜合征？ 中医診斷：胎怯 脾腎兩虛證

日期	時間	觀察項目											入量		出量		速度 (ml/h)	病情觀察及護理措施	簽名		
		體溫	心率	呼吸	血壓	血氧飽和度	體重(kg)	神志	面色	皮膚	臍部	肢端	肌張力	氧疗方式	管道	項目				量(ml)	項目
2024-09-22	20:00	36.7	145	45	55/26	90	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP				大便+小便	16		張梅南	
2024-09-22	21:00	36.7	145	45	55/26	90	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP		肝素鈉注射液6.5IU					測TCB:12.6mg/dl, 遵醫囑予雙面光疗12 小時。	張梅南
2024-09-22	21:01														0.9%氯化鈉注射液 2ml+注射用青霉素鈉 0.03g	2		4		張梅南	
2024-09-22	22:00		142	47		91	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP		奶	0.5					張梅南
2024-09-22	23:00		147	44	57/21	90	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP								張梅南
2024-09-22	23:59		145	40		91	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP								張梅南
																					張梅南
																					張梅南
2024-09-23	01:00	36.8	144	45	58/31	90	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP	胃管、靜脈輸液管			小便	5			張梅南
2024-09-23	02:00		141	46		91	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP								張梅南
2024-09-23	03:00		142	48	56/30	92	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP		肝素鈉注射液6.5IU						張梅南
2024-09-23	04:00		141	45		92	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP		奶	0.5					張梅南
2024-09-23	05:00	37	142	46	55/36	91	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP				小便	7			張梅南
2024-09-23	06:00		141	42		90	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP								張梅南
2024-09-23	07:00		142	45	59/31	92	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP				小便	23		遵醫囑測血糖 4.6mmol/L。	羅安琪

復核簽名：_____ 頁碼：_____

科室：新生兒科病房 姓名： 年齡：9小時13分 性別：女 床號：21 住院號： 入院日期：2024-09-21
 西医診斷：1. 早產兒(孕周等於或大於28整周，但小於32整周)；
 2. 新生兒呼吸困難原因：呼吸窘迫綜合征？ 中医診斷：胎怯 脾腎兩虛證

日期	時間	觀察項目											入量		出量		速度 (ml/h)	病情觀察及護理措施	簽名		
		體溫	心率	呼吸	血壓	血氧飽和度	體重(kg)	神志	面色	皮膚	臍部	肢端	肌張力	氧疗方式	管道	項目				量(ml)	項目
2024-09-23	07:00														24小時總入量	105.2	24小時總出量	74			張梅南
2024-09-23	08:00		141	46		91	神高	紅潤	完整	乾燥	暖	稍低	BIPAP								張梅南
																					張梅南
																					張梅南
																					張梅南
																					張梅南
																					張梅南
2024-09-23	09:00	36.8	142	45	60/30	90	1.38	神清	紅潤	完整	乾燥	暖	正常	BIPAP	臍靜脈、胃管	0.9%氯化鈉注射液 2ml+注射用青霉素鈉 0.03g	2		4	光疗結束，測 TCB:3.9mg/dl。	張梅南
2024-09-23	09:01														肝素鈉注射液6.5IU						張梅南
2024-09-23	09:30														0.9%氯化鈉注射液 2ml+注射用頭孢曲松 鈉0.065g	2		4		張梅南	
2024-09-23	10:00		146	42		90	神清	紅潤	完整	乾燥	暖	正常	BIPAP		奶	0.5	小便	10		遵醫囑予胃管內注 食，母乳喂养，不足 予補足早產兒奶。	張梅南
2024-09-23	11:00		148	41	55/30	90	神清	紅潤	完整	乾燥	暖	正常	BIPAP		10%葡萄糖注射液+50 %葡萄糖注射液+小兒 复方氨基酸注射液 (18A-1)+左卡尼汀 注射液+濃氯化鈉注射 液+脂肪乳注射液(C14	96		4	遵醫囑予臍靜脈 營養補液。	張梅南	

復核簽名：_____ 頁碼：_____

科室：新生儿科病房 姓名： 年龄：9小时13分 性别：女 床号：24 住院号： 入院日期：2024-09-21
 西医诊断：1.早产儿(孕周等于或大于28整周,但小于32整周); 2.新生儿呼吸窘迫综合征; 呼吸窘迫综合征?
 中医诊断：胎怯 脾胃两虚证

日期	时间	观察项目										入量		出量		病情观察及护理措施	签名					
		体温	心率	呼吸	血压	血氧饱和度	体重(kg)	神志	面色	皮肤	脐部	肢端	肌张力	喂养方式	管道			项目	量(ml)	项目	量(ml)	速度(ml/h)
2024-09-21	23:59		141	45		91	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP								晚班患儿予呼吸机，反应好，呼吸平稳，血氧饱和度波动在90%-91%之间，吸痰见少量金黄色分泌物，可耐受，持续胃肠减压引流未见特殊。	
2024-09-21	01:00	36.8	145	45	60/32	90	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP	胃管、脐静脉管	奶	0.5						
2024-09-21	02:00		141	42		91	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP				大便+小便	22				
2024-09-21	03:00		142	43	59/32	90	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP		肝素钠注射液6.5IU							
2024-09-21	04:00		141	45		91	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP		奶	0.5						
2024-09-21	05:00	36.9	144	42	58/34	90	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP				小便	11				
2024-09-21	06:00		143	43		91	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP									
2024-09-21	07:00		141	41	61/36	90	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP		奶	0.5		81			遵医嘱测血糖 4.6mmol/L。	
2024-09-21	07:00														24小时总入量	110	24小时总出量					
2024-09-21	08:00		145	45		91	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP		剩余静脉营养组	16					夜班患儿予呼吸机，反应好，呼吸平稳，血氧饱和度波动在90%-91%之间，吸痰见少量金黄色分泌物，可耐受，持续胃肠减压引流未见特殊。	
2024-09-21	09:00	36.9	142	46	62/31	90	1.32	清醒	红黄	完整	干燥	暖	正常	BI/PAP	胃管、脐静脉管	0.9%氯化钠注射液	2		4		光疗结束，测	

复核签名：_____ 页码：_____

附表 32 输血护理记录单

申请单

患者信息:

姓名: 性别:女 年龄:36岁 床号:1894 住院号:
 科室:妇科病房 临床诊断:1.异常子宫出血 出生日期:
 输血史:无 不良反应史:无 妊娠史:无 受血者血型:型 RH(D)

取血前十五分钟	体温	脉搏	心率	呼吸	血压	神志	执行人签名
2024-11-02 19:30	36.7	78	78	20	117/74	清醒	冯潇潇

输血前治疗处理:

输血记录

供血者血袋编号	血型	品种	血量	血袋失效期	血袋接收信息	输注开始信息
024012411825455	AB型 RH(D)阳性	去白细胞悬浮红细胞	1U	2024-11-26 11:33:00	2024/11/2 19:54:00 李小颖/冯潇潇	2024-11-02 20:20:00 冯潇潇/李小颖
024012411442155	AB型 RH(D)阳性	去白细胞悬浮红细胞	1U	2024-11-29 13:49:00	2024/11/2 19:54:00 李小颖/冯潇潇	2024-11-02 21:30:00 冯潇潇/李小颖

输血过程观察记录

记录时间	血袋编号	滴数	体温	脉搏	心率	呼吸	血压	神志	输血过程观察	执行人签名	核对人签名
2024-11-02 20:20	024012411825455	30	36.5	74	74	20	120/66	清醒	未诉不适。		
2024-11-02 20:35	024012411825455	40	36.1	77	77	21	108/64	清醒	未诉不适。		
2024-11-02 21:20	024012411825455	50	36.6	74	74	20	112/69	清醒	未诉不适。		
2024-11-02 21:25	024012411825455		36.4	70	70	21	110/66	清醒	输血顺利。		
2024-11-02 21:30	024012411442155	50	36.7	77	77	20	102/65	清醒	未诉不适。		
2024-11-02 21:45	024012411442155	50	36.8	75	75	21	108/67	清醒	未诉不适。		
2024-11-02 22:10	024012411442155		36.7	78	78	20	110/60	清醒	输血顺利。		

输血后观察记录

记录时间	体温	脉搏	心率	呼吸	血压	神志	输血后观察	执行人签名
2024-11-02 23:25	36.7	80	80	21	105/66	清醒	未诉不适。	
2024-11-03 01:25	36.8	74	74	20	110/69	清醒	未诉不适。	

科室：妇科病房 姓名： 年龄：36岁 性别：女 床号：30 住院号： 入院日期：2024-11-02

西医诊断：1.异常子宫出血2.失血性贫血(重度)3.宫腔占位；黏膜下子宫肌瘤？其他？4.盆腔占位原因：？ 中医诊断：崩漏(气血两虚证)

日期	时间	T °C	P 次/min	R 次/min	SpO ₂ (%)	意识	瞳孔		导管				入量		出量		病情观察及措施	护士签名
							左	右	名称	量 (ml)	颜色性状	护理	项目	量 (ml)	项目	量 (ml)		
2024-11-02	19:00		76	20	124/68	98	清醒											
2024-11-02	20:00		74	20	126/64	97	清醒											
2024-11-02	20:20						清醒											
2024-11-02	20:35						清醒											
2024-11-02	21:00		78	20	128/74	97	清醒											
2024-11-02	22:00		80	21	117/78	98	清醒											
2024-11-02	22:10						清醒											
2024-11-02	23:00		75	20	120/65	98	清醒											
2024-11-03	00:00		77	21	114/65	98	清醒											
2024-11-03	01:00		74	20	118/60	98	清醒											
2024-11-03	02:00		71	21	117/67	97	清醒											
2024-11-03	03:00		84	20	120/69	98	清醒											
2024-11-03	04:00		80	21	112/60	98	清醒											
2024-11-03	05:00		79	20	108/74	98	清醒											
2024-11-03	06:00		77	21	117/69	98	清醒											
2024-11-03	07:00		76	20	120/64	98	清醒											
2024-11-03	08:00		80	21	119/66	97	清醒											
2024-11-03	09:00		77	20	122/67	95	清醒											
2024-11-03	10:00		74	21	116/67	97	清醒											

复核签名：_____

页码：_____

意识状态：1.清醒 2.模糊 3.昏睡 4.浅昏迷 5.深昏迷 6.濒死 7.其它(首次书写请注明病情观察栏) 导管名称：1.鼻饲管 2.深静脉置管 3.尿管 4.胃肠减压管 5.腹腔引流管 6.T管 7.胸腔闭式引流 8.膀胱造瘘引流 9.伤口引流 10.骶线引流 11.肛管 12.头部引流 13.血肿腔引流 14.腰椎穿刺引流 15.镇痛泵 16.其他 导管护理：置管 固定 通畅 拔管 夹管 带入 阻塞 出血

附表 33 静脉导管留置维护护理记录单

静脉导管留置维护护理记录单

科室：老年病一病房 床号：19 住院号：R10030368 姓名： 性别：男 年龄：96岁

置管日期：2024/10/8 0:00:00		拔管日期：2024/10/25 10:14:14		导管拔除： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 非计划拔管 <input type="checkbox"/> 意外脱出 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 感染															
置管目的： <input checked="" type="checkbox"/> 补液 <input type="checkbox"/> 静脉高营养 <input type="checkbox"/> 血管活性药物 <input type="checkbox"/> 化疗 <input type="checkbox"/> 监测CVP <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 外周静脉穿刺困难 <input type="checkbox"/> 其他：																			
导管类别： <input type="checkbox"/> 中心静脉导管（CVC） <input checked="" type="checkbox"/> 经外周静脉置入中心静脉导管（PICC） <input type="checkbox"/> 输液港（PORT）																			
置管频次： <input checked="" type="checkbox"/> 院外带入 <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 第二次 <input type="checkbox"/> 第三次 <input type="checkbox"/> 其他：																			
CVC： <input type="checkbox"/> 颈内静脉 <input type="checkbox"/> 锁骨下静脉 <input type="checkbox"/> 股静脉 <input type="checkbox"/> 其他：																			
置管部位： PORT： <input type="checkbox"/> 颈内静脉 <input type="checkbox"/> 锁骨下静脉 <input type="checkbox"/> 其他： PICC： <input checked="" type="checkbox"/> 贵要静脉 <input type="checkbox"/> 肘正中静脉 <input type="checkbox"/> 头静脉 <input type="checkbox"/> 其他：																			
导管的腔： <input checked="" type="checkbox"/> 单腔 <input type="checkbox"/> 双腔 <input type="checkbox"/> 其他：																			
日期	时间	严格手卫生	患者体温	导管标识维护	导管外露刻度 (cm)	穿刺点情况	敷料情况	周围皮肤情况	导管功能	输液接头消毒	皮肤消毒	敷料大小	输液接头	输液接头情况	输液接头更换	封管液	冲/封管注射器	导管留置必要性	护士签名
2024-10-14	10:45	是	36.8	是	5	正常	正常	正常	通畅	其他	其他	10×12cm	肝素帽	正常	肝素帽	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-19	11:06	是	36.9	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-20	09:25	是	36.8	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-21	15:07	是	37	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-22	11:39	是	36.9	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-23	18:03	是	36.8	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	
2024-10-24	10:15	是	36.9	是	5	正常	正常	正常	通畅	泰尔碘	泰尔碘	6×7cm	三通	正常	三通	肝素盐水	10ml及以上注射器	有	

备注：1. 如患者CVC、PICC、输液港院外带入，置管日期填：“院外带入”。
 2. 使用导管前应用机械法用力擦拭消毒输液接头的横截面和外围。
 3. 凡住院患者留置CVC、PICC、输液港的患者，责任护士均需填写静脉导管置管维护护理记录单。

附表 34 健康教育实施记录单

健康教育实施记录单（内科）

科室： 床号： 姓名： 性别： 年龄： 住院号：

健康教育内容	日期	方式		对象		评价			病人家属 签名	宣教者 签名
		书面	讲解	示范	病人	家属	示范	讲述		
入院介绍	介绍责任护士、管床医生、 护士长、科主任	2024.10.31		✓		✓			✓	
	介绍病区环境、呼叫器使用	..		✓		✓			✓	
	介绍科室治疗流程及注意事项	..		✓		✓			✓	
	介绍科室电话、食堂电话	..		✓		✓			✓	
	介绍作息、探视、安全相关 制度	..		✓		✓			✓	
	意见箱或意见簿位置及投诉 流程	..		✓		✓			✓	
	其他：1、									
	2、									
住院期间 护理	生活起居指导	2024.10.31		✓		✓			✓	
	饮食指导	..		✓		✓			✓	
	情志护理	..		✓		✓			✓	
	用药护理	..		✓		✓			✓	
	特殊检查的目的、注意事项	..		✓		✓			✓	
	特殊治疗的目的、注意事项	..		✓		✓			✓	
	特殊功能锻炼方法与步骤	..		✓		✓			✓	
	其他：1、									
	2、									
出院宣 教	生活起居指导	2024.10.31		✓		✓			✓	
	饮食指导	..		✓		✓			✓	
	用药指导	..		✓		✓			✓	
	情志调理	..		✓		✓			✓	
	康复指导	..		✓		✓			✓	
	运动	..		✓		✓			✓	
	出院后随访的有关注意事项	..		✓		✓			✓	
	其他：1、									
	2、									

备注：若病人有手术等情况，需对照外科健康宣教单再次宣教并做好记录。

健康教育实施记录单（外科）

科室: 床号: 11 姓名 性别 年龄: 住院号:

健康教育内容	日期	方式		对象		评价			病人/家属 签名	宣教者 签名
		书面	讲解	示范	病人	家属	示范	讲述		
入院介绍	介绍责任护士、管床医生、护士长、科主任	2024.10.23	✓		✓	✓		✓		
	介绍病区环境、呼叫器使用	"	✓		✓	✓		✓		
	介绍科室治疗流程及注意事项	"	✓		✓	✓		✓		
	介绍科室电话、食堂电话	"	✓		✓	✓		✓		
	介绍作息、探视、安全相关制度	"	✓		✓	✓		✓		
	其他: 1、 <u>术前宣教</u>	"	✓		✓	✓		✓		
2、 <u>术前沟通</u>	"	✓		✓	✓		✓			
住院期间护理	生活起居指导	"	✓		✓	✓		✓		
	饮食指导	"			✓	✓		✓		
	情志护理	"		✓	✓	✓		✓		
	用药护理	"		✓	✓	✓		✓		
	特殊检查的目的、注意事项	"		✓	✓	✓		✓		
	特殊治疗的目的、注意事项	"		✓	✓	✓		✓		
	特殊功能锻炼方法与步骤	"		✓	✓	✓		✓		
	其他: 1、	"		✓	✓	✓		✓		
	2、	2024.10.23		✓	✓	✓		✓		
	术前宣教: 饮食指导、用药指导、情志调 理、物品准备、皮肤准备、胃 肠道准备	2024.10.24		✓		✓	✓		✓	
术后1-6小时: 饮食指导、卧位指导、用药指 导、情志调理	"		✓		✓		✓	✓		
术后6-12小时: 饮食指导、卧位指导、用药指 导、情志调理、中医特色治疗 指导	"									
术后12小时后: 饮食指导、卧位指导、用药指 导、情志调理、中医特色治疗 指导	"		✓		✓		✓	✓		
其他: 1、										
2、										
出院宣教	生活起居指导	2024.10.28		✓	✓	✓		✓		
	饮食指导	"		✓	✓	✓		✓		
	用药指导	"		✓	✓	✓		✓		
	情志调理	"		✓	✓	✓		✓		
	康复指导	"		✓	✓	✓		✓		
	运动	"		✓	✓	✓		✓		
	出院后随访的有关注意事项	"		✓	✓	✓		✓		
	其他: 1、 <u>术后宣教</u>	"		✓	✓	✓		✓		
2、 <u>出院随访</u>	"									

备注: 若病人有多次手术等情况, 需再次宣教并做好记录。

附表 35 产程观察表

姓名: 王芳 性别: 女 科室: 产科病房 住院号: D10030024

日期	时间	宫缩		mf心音		胎头固定	宫口扩展	胎先露	羊膜	何种检查	血压	备注	检查者
		间歇(分)	时限(秒)	部位	次数								
2024-11-07	01:10	不规	10-15	0x	135	-2	一指	头	已破	阴查		未见阴道流血, 报告谢波医生查看, 遵医嘱按胎膜早破常规护理。	早松梅
2024-11-07	02:00	5-10	10-15	0x	142	-2	一指	头	已破	阴查			
2024-11-07	04:00	5	10-15	0x	133	-2	二指	头	已破	阴查			
2024-11-07	05:00	3-5	10-15	0x	150	-2	1cm	头	已破	阴查		送入产房。	
2024-11-07	05:05	4-5	20-25	0x	142	-2	1cm	头	已破	阴查	124/82	入室, 做胎心监测, 遵医嘱予0.9%氯化钠注射液500ml静脉滴注, 建立静脉通道。	曹丽1
2024-11-07	05:26	4-5	20-25	0x	150							胎心监测结果请示刘苑茹医生, 评II类胎监, 嘱行分娩镇痛后复查胎心监测。	曹丽1
2024-11-07	05:40	4-5	20-25	0x	146								
2024-11-07	06:00	4-5	20-25	0x	140								
2024-11-07	06:30	4-5	20-25	0x	134								
2024-11-07	07:00	4-5	20-25	0x	146								
2024-11-07	07:15	4-5	20-25	0x	140							行椎管内麻醉分娩镇痛术。	
2024-11-07	07:30	4-5	20-25	0x	142	-2	2-3cm	头	已破	阴查	120/85	T:37.2° C, P: 88次/分, R: 20次/分, 已破膜未灌肠, 小便自解, 色黄清, 量约150ml, 臀部皮肤完好、无红肿, 无破溃。未诉发热及寒颤等不适, 未见明显羊水流出, 潜伏期: 3小时30分。	曹丽1
2024-11-07	08:00	2-3	30-35	0x	142	+1	6-7cm	头	已破	阴查	105/79	见清亮羊水流出, 量约50ml。	
2024-11-07	08:10	2	40-45	0x	142	+2	开全	头	已破	阴查	112/69	未见明显羊水流出, 持续胎心监护、心电监护、上氧、指脉氧至分娩, P: 86次/分, R: 20次/分, SP02: 99%。	唐小琴
2024-11-07	08:20	2	40-45	0x	132							胎心监护情况立即报告刘苑茹医生, 遵医嘱指导用力, 尽快结束分娩。	唐小琴
2024-11-07	08:26											胎儿娩出。	唐小琴

复核签名 _____

附表 36 分娩记录单

分娩记录单

姓名: 王慧 性别: 女 科室: 产科 住院号: P10020004 胎1

产程开始时间: 2024-11-07 04:00				第一产程: 4时10分									
宫口开全时间: 2024-11-07 08:10				第二产程: 0时16分, 处理: 顺产									
婴儿娩出时间: 2024-11-07 08:26:35				第三产程: 0时14分, 处理: 人工剥离									
胎盘娩出时间: 2024-11-07 08:40				总产程: 4时40分									
破膜时间: 2024-11-06 23:30 方式: 自然 羊水颜色: 清亮, 量: 50ml				麻醉方法: 有 会阴神经阻滞麻醉, 药名: 盐酸利多卡因, 剂量: 0.1g									
				会阴裂伤: 1°裂伤 会阴切开: 无 指征: 无 外缝: 无 内缝: 有									
阴道壁裂伤: 有部位: 阴道壁正中裂伤3cm 缝合: 间断				产道血肿: 无									
宫颈裂伤: 有 长3cm 部位3点 缝合: 间断 '8'字缝合: 3针				缝合者: 李从超									
新生儿情况	性别	体重	身长	胎方位	产瘤	水肿	新生儿抢救		畸形	无			
							窒息	复苏方法			给药		
胎1	男	3200g	50cm	LOA	无	无	无	保暖, 清理呼吸道	无				
新生儿评分		呼吸		心率		肌张力		喉反射		皮肤颜色		评分	
1分钟		2		2		2		2		2		10	
5分钟		2		2		2		2		2		10	
10分钟		2		2		2		2		2		10	
母乳哺养指导: 母婴皮肤接触30分钟													
胎盘娩出情况: 完整, 重量: 500g, 体积: 18×18×2 cm ³ 副胎盘: 无 胎膜情况: 不完整 处理: 行手取胎盘术后, 取出少许胎膜组织仍感宫腔粗糙, 建议产后复查b超, 必要时行产后清宫术。其他: 无													
脐带情况	脐带附着	脐带长	脐带情况	脐带扭转	真假结	胶质脐带	血管畸形	脐带脱垂					
胎1	中央	50cm	无	无	无	无	无	无					
后羊水颜色: 清亮, 粘稠度: 0°, 量: 300ml, 总羊水量: 350ml, 其他情况: 无													
产时用药: 见医嘱, 产后用药: 见医嘱, 无痛分娩用药: 详见麻醉记录													
特殊情况记录:	产妇产后, 遵医嘱予0.9%氯化钠注射液10ml+缩宫素10单位静脉推注, 麦角新碱0.2mg肌肉注射, 0.9%氯化钠注射液100ml+缩宫素10IU静脉滴注促进子宫收缩, 见宫颈裂伤予缝合, 阴道壁裂伤予缝合, 会阴裂伤予缝合, 术毕未见阴道流血, 密观宫缩及阴道流血情况。												
手术: 会阴裂伤1°修补术, 手取胎盘术, 近期产科阴道裂伤缝合术, 子宫颈裂伤缝合术, 椎管内麻醉分娩镇痛术													
产后诊断	1、G3P2孕38+2周LOA平产 2、胎膜早破 3、B族链球菌定植 4、胎盘粘连不伴出血 5、单胎活产												
新生儿诊断	无												
新生儿出生特殊情况	新生儿因母亲“B族链球菌定植”需入新生儿科, 新生儿科医生袁俊辉沟通病情后, 产妇及家属拒绝入新生儿科。												
新生儿去向	产科病房												
时间	出血量 (ml)	宫底高度	宫缩	血压 (mmHg)	脉搏 (次/分)								
产时	150	平脐	好	112/65	85								
一小时	30	脐下一指	好	102/72	89								
二小时	10	脐下一指	好	122/68	83								
总出血量	190												
接生者: 李从超	记录者: 唐小琴	护送人: 李红											

剖宫产分娩记录单

姓名: _____ 性别: 女 科室: 产科 住院号: _____ 胎1

婴儿娩出时间: 2024-11-06 15:27:00						第三产程: 0时3分, 处理: 徒手剥离						
胎盘娩出时间: 2024-11-06 15:30						破膜时间: 2024-11-06 08:30, 破裂方式: 人工 前羊水性状: 清亮 量: 20ml						
新生儿情况	性别	体重	身长	胎方位	产瘤	血肿	新生儿抢救			畸形	无	
							窒息	复苏方法	给药			
胎1	女	3400g	50cm	LOT	无	无	无	保暖	无			
新生儿评分		呼吸		心率		肌张力		喉反射		皮肤颜色		评分
1分钟		2		2		2		2		2		10
5分钟		2		2		2		2		2		10
10分钟		2		2		2		2		2		10
胎盘娩出情况: 完整, 重量: 500g, 体积: 16×19×2 cm ³ 副胎盘: 无 胎膜情况: 完整 处理: 无 其他: 无												
脐带情况	脐带附着	脐带长	脐带情况	脐带扭转	真假结	胶质脐带	血管畸形	脐带脱垂				
胎1	中央	55cm	有 绕颈1周	无	无	无	无	无				
术中羊水颜色: 清亮, 粘稠度: 0°, 量: 200ml, 其他情况: 无												
总羊水量: 220ml												
产时用药: 见医嘱, 产后用药: 见医嘱, 无痛分娩用药: 无												
特殊情况记录:	详见手术记录单。											
手术: 子宫下段剖宫产术												
产后诊断	1、G1P1孕40+1周LOT难产: 剖宫产 2、单胎活产											
新生儿诊断	无											
新生儿出生特殊情况	无											
新生儿去向	新生儿送产科病房。											
	出血量 (ml)		宫底高度		宫缩		血压 (mmHg)		脉搏 (次/分)			
术中	400		平脐		好		100/61		90			
术后	20		平脐		好		112/70		94			
接生者:	记录者:				护送人:							

附表 37 患者转科交接护理记录单

科室: 重症医学科 (ICU) 姓名: 王** 性别: 女 年龄: 79岁 住院号: 210022222 床号: 1

转出 科室 填写	中医诊断: 骨折病(气滞血瘀证) 西医诊断: 右股骨转子间骨折 ?右侧人工全髋关节置换术
	病房转运患者日期: 2024 年 10 月 25 日 时间: 时 分 手腕带: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
	转运方式 <input checked="" type="checkbox"/> 平车 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 扶行 <input type="checkbox"/> 步行 其他:
	意识状态 <input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 其他:
	瞳孔 左: 2 mm <input type="checkbox"/> 灵敏 <input checked="" type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 消失 其他: 右: 2 mm <input type="checkbox"/> 灵敏 <input checked="" type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 消失 其他:
	主要体征 T: 36.7 ℃ P: 96 次/分 R: 20 次/分 BP: mmHg 指脉氧: 98 % 疼痛: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 评估工具: <input type="checkbox"/> 数字评定量表 <input type="checkbox"/> 面部表情评分: 2 分 部位: 术区 性质: <input type="checkbox"/> 胀痛 <input checked="" type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 剧痛 <input type="checkbox"/> 放射痛 <input type="checkbox"/> 绞痛 其他:
	过敏史 <input checked="" type="checkbox"/> 否认 <input type="checkbox"/> 有 过敏药物名称: 其他:
	通气方式 吸氧: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鼻氧管吸氧 <input type="checkbox"/> 面罩吸氧 其他: 人工气道: <input type="checkbox"/> 口咽/鼻咽通气管 <input type="checkbox"/> 经口气管插管 <input type="checkbox"/> 经鼻气管插管 <input type="checkbox"/> 气管切开 插管长度: cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 <input type="checkbox"/> 氧气袋 <input type="checkbox"/> 氧气瓶(10升) <input type="checkbox"/> 呼吸气囊 <input type="checkbox"/> 转运呼吸机
	静脉通路及输液 输液: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 钢针穿刺 <input checked="" type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT 其他: <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: 穿刺点: <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 正在输入液体名称: 量: 药物名称: 剂量: 其他: 止痛泵
	伤口敷料 <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 部位: 右髌 <input checked="" type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他: 部位: <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他: 部位: <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他:
	胃管 <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 胃液颜色: 插管长度: cm 其他:
	尿管 <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 尿液颜色: 无 其他:
	引流管 <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 根 名称: 部位: 外露长度: cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他: 名称: 部位: 外露长度: cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他: 名称: 部位: 外露长度: cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他:
	皮肤情况 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 黄染 <input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 潮红 其他: 压力性损伤: <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 部位: 分期: 面积: 深度: 潜行: 颜色: 部位: 分期: 面积: 深度: 潜行: 颜色: 部位: 分期: 面积: 深度: 潜行: 颜色:
	物品药品 <input type="checkbox"/> 病历 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input type="checkbox"/> 药物 名称: 数量: 其他:
其他 身体内金属内置物: <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 内置物名称: 部位:	
特殊交班 1. 四肢散在青紫, 腹部散在青紫。2. 右下肢轻度肿胀, 右大腿内侧大面积青紫。 3. 骶尾部压红压之褪色, 予泡沫敷料保护。	
以上内容已核查, 双方护士确认交接内容。 转出护士: 王** 转入科室: 运动医学科 转入时间: 时 分 转入科室护士:	

注: 1、严格执行患者转运及交接班制度。

2、转入、转出科室有争议时, 应双方确认并核实, 做好记录及签字。遇无法解决达成共识, 及时上报护理部。

附表 38 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

科室：肝胆外科病房 姓名： 性别：男 年龄：72岁 住院号： 床号：44

术前交接记录 病房护士填写	诊断：	升结肠癌	拟手术名称：	腹腔镜右半结肠癌根治术	
	病房转运患者日期：	2024年08月29日	时间：	时 分 手腕带： <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	转运方式	<input type="checkbox"/> 平车 <input checked="" type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 扶行 <input type="checkbox"/> 步行 其他：			
	意识状态	<input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 其他：			
	主要体征	T: 36.5 ℃ P: 次/分 R: 20 次/分 BP: mmHg 指脉氧: 98 %			
		疼痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 评估工具： <input type="checkbox"/> 数字评定量表 <input checked="" type="checkbox"/> 面部表情 评分： 分 部位： 性质： <input checked="" type="checkbox"/> 胀痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 剧痛 <input type="checkbox"/> 放射痛 <input type="checkbox"/> 绞痛 其他：			
	过敏史	<input checked="" type="checkbox"/> 否认 <input type="checkbox"/> 有 过敏药物名称： 其他：			
	禁食	<input checked="" type="checkbox"/> 禁食 <input type="checkbox"/> 无需禁食			
	皮试	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 皮试结果： 药物名称： 生产批号：			
	备皮	<input checked="" type="checkbox"/> 备皮 <input type="checkbox"/> 无需备皮			
	首饰、发卡	<input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有			
	义齿	<input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有			
	皮肤情况	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常（请注明）：			
	引流管	<input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 引流管名称： 胃管 <input checked="" type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他：			
	静脉通路及输液	输液： <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 钢针穿刺 <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT 其他： <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他：			
		穿刺点： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 肿胀			
正在输入液体名称： 量： 药物名称： 剂量：					
其他：					
应携带物品、药品等	<input checked="" type="checkbox"/> 病历 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input checked="" type="checkbox"/> 病历服 <input type="checkbox"/> 药物 名称： 数量： 其他：				
特殊交接					
患者到手术室时间： 时 分		病房护士： 手术室护士：			
手术名称：					
术后交接	转运患者日期：	年 月 日	时间：	时 分 手腕带： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
	麻醉方式	<input type="checkbox"/> 全麻 <input type="checkbox"/> 椎管内麻醉 <input type="checkbox"/> 神经阻滞 <input type="checkbox"/> 局麻 其他：			
	转运方式	<input type="checkbox"/> 平车 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 扶行 <input type="checkbox"/> 步行 其他：			
	转入科室	<input type="checkbox"/> 复苏室 <input type="checkbox"/> 原科室 <input type="checkbox"/> ICU 其他：			
	主要体征	T: ℃ P: 次/分 R: 次/分 BP: mmHg 指脉氧: %			
		疼痛： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有			
	意识状态	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 其他：			
	镇痛泵	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他：			
	静脉通路及输液	输液： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 钢针穿刺 <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT 其他： <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他：			
		穿刺点： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 肿胀			
正在输入液体名称： 量： 药物名称： 剂量：					
其他：					

接 记 录 — 手 术 室 麻 醉 复 苏 室 护 士 填 写	通气方式	吸氧： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鼻氧管吸氧 <input type="checkbox"/> 面罩吸氧 其他： 人工气道： <input type="checkbox"/> 口咽/鼻咽通气管 <input type="checkbox"/> 经口气管插管 <input type="checkbox"/> 经鼻气管插管 <input type="checkbox"/> 气管切开 插管长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 <input type="checkbox"/> 氧气袋 <input type="checkbox"/> 氧气瓶(10升) <input type="checkbox"/> 呼吸气囊 <input type="checkbox"/> 转运呼吸机
	伤口敷料	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 部位： <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他： 部位： <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他： 部位： <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他： 部位： <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他： 部位： <input type="checkbox"/> 清洁干燥 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 渗血 其他：
	皮肤情况	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 请注明： 压力性损伤： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 部位： 分期： 面积： 颜色： 部位： 分期： 面积： 颜色： 部位： 分期： 面积： 颜色：
	术后引流管	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 术区引流管 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 根 名称： 部位： 外露长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他：
	携带物品	<input type="checkbox"/> 病历 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input type="checkbox"/> 病员服 其他：
	新生儿	新生儿1： 性别： 体重： Apgar评分： 新生儿2： 性别： 体重： Apgar评分：
	特殊交接	
	以上内容已核查，双方护士确认交接内容。 患者回病房日期 年 月 日 时间： 时 分 手术室/麻醉科护士： 病房护士：	

注：

- 1、患者手术前后/分娩前后严格执行患者转运及交接班制度。
- 2、转运护理记录单使用蓝黑水性笔填写，字迹清晰，页面整洁、无涂改、无漏项，签全名。
- 3、如患者因特殊情况由特检室等非病房科室直接进入手术室，术前评估部分由患者手术前所在的相应科室填写。
- 4、转入、转出科室有争议时，应双方确认并核实，做好记录及签字。遇无法解决达成共识，及时上报护理部。

附表 39 患者血液透析前后交接护理记录单

患者血液透析前后交接护理记录单

科室:重症医学科 姓名: 性别:女 年龄:73岁 住院号: 床号: 7

透析前交接记录 病房护士填写	中医诊断: 肾衰病(脾肾两虚, 湿毒瘀互结) 西医诊断: 1.慢性肾衰竭 CKD5期	
	病房转运患者日期: 2024年10月23日 时间: 时 分 手腕带: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	转运方式	<input type="checkbox"/> 平车 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 扶行 <input type="checkbox"/> 步行 其他: _____
	意识状态	<input checked="" type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 其他: _____
	主要体征	T: 36.4℃ P: 84次/分 R: 20次/分 BP: 65/71 mmHg 指脉氧: 95% 血糖: 5.4 mmol/L 疼痛: <input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 评估工具: <input type="checkbox"/> 数字评定量表 <input type="checkbox"/> 面部表情 评分: 分 部位: _____ 性质: <input type="checkbox"/> 胀痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 剧痛 <input type="checkbox"/> 放射痛 <input type="checkbox"/> 绞痛 其他: _____
	过敏史	<input checked="" type="checkbox"/> 否认 <input type="checkbox"/> 有 过敏药物名称: _____ 其他: _____
	饮食状态	<input checked="" type="checkbox"/> 已进食 <input type="checkbox"/> 未进食
	通气方式	吸氧: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鼻氧管吸氧 <input type="checkbox"/> 面罩吸氧 <input type="checkbox"/> 氧气袋 <input checked="" type="checkbox"/> 氧气瓶(10升)
	静脉通路	<input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 钢针穿刺 <input type="checkbox"/> PVC <input checked="" type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT 其他: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: _____
		穿刺点: <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 长期 <input checked="" type="checkbox"/> 临时 <input checked="" type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: _____
	透析血管通路	部位: <input type="checkbox"/> 右颈 <input type="checkbox"/> 左颈 <input checked="" type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 左股 其他: _____ 导管、敷料: <input type="checkbox"/> 导管打折 <input type="checkbox"/> 导管脱出 <input checked="" type="checkbox"/> 敷料干燥 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 脱落 其他: _____
		<input checked="" type="checkbox"/> 自体内瘘 <input type="checkbox"/> 移植体内瘘 部位: <input checked="" type="checkbox"/> 左前臂 <input type="checkbox"/> 右前臂 <input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 胸壁 其他: _____ 内瘘震颤: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 强 <input type="checkbox"/> 弱 穿刺部位: <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 血肿 其他: _____
	引流管	<input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 引流管名称: 文氏孔、胰腺前方、左侧胸腔引流 <input checked="" type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: _____
	皮肤情况	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 异常 (请注明): 双上肢散在青紫, 右手腕5x5cm青紫
	特殊交接	
患者到透析室日期: 2024年10月23日 时间: 时 分 病房护士: 血透室护士: _____		
透析后交接记录	转入科室	<input type="checkbox"/> 原科室 <input type="checkbox"/> ICU 其他: _____
	意识	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 浅昏迷 <input type="checkbox"/> 深昏迷 其他: _____
	生命体征	T: ℃ P: 次/分 R: 次/分 BP: mmHg 指脉氧: % 血糖: mmol/L 疼痛: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 评估工具: <input type="checkbox"/> 数字评定量表 <input type="checkbox"/> 面部表情 评分: 分 部位: _____ 性质: <input type="checkbox"/> 胀痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 酸痛 <input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 剧痛 <input type="checkbox"/> 放射痛 <input type="checkbox"/> 绞痛 其他: _____
	通气方式	吸氧: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鼻氧管吸氧 <input type="checkbox"/> 面罩吸氧 <input type="checkbox"/> 氧气袋 <input type="checkbox"/> 氧气瓶(10升)
	皮肤情况	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 (请注明): _____
静脉通路	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 钢针穿刺 <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PORT 其他: _____ <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: _____	
	穿刺点: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 肿胀	
透析管路	导管、敷料: <input type="checkbox"/> 导管打折 <input type="checkbox"/> 导管脱出 <input type="checkbox"/> 敷料干燥 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 脱落 其他: _____	

血透室护士填写	内瘘	内瘘震颤: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 强 <input type="checkbox"/> 弱 穿刺部位: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 渗血 <input type="checkbox"/> 渗液 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 青紫 <input type="checkbox"/> 血肿 其他: _____ 穿刺点压迫时间: _____时__分 注: 每20分钟松一次绷带, 松紧以不渗血为宜, 直至完全松开无渗血, 穿刺点创可贴24小时后揭除。
	引流管	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 引流管名称: _____ <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 堵塞 <input type="checkbox"/> 脱出 其他: _____
	特殊交班	内瘘侧肢体: 禁止输液、抽血、测血压、受压、提重物、戴首饰等。 导管: 禁止沐浴及浸湿置管口敷料、牵拉导管、经导管输液、抽血等。 其他: _____
	以上内容已核查, 双方护士确认交接内容。 患者回病房日期 _____年__月__日 时间: __时__分 血透室护士: _____ 病房护士: _____	

注:

- 1、患者透析前后转运严格执行患者转运及交接班制度。
- 2、转入、转出科室有争议时, 应双方确认并核实, 做好记录及签字。遇无法解决达成共识, 及时上报护理部。

附表 40 护理会诊单

姓名：范XX 性别：男 年龄：58岁 科室：泌尿外科病房 床号：48 住院号：52XXXXX2

会诊申请单	
请肛一会诊普通会诊	邀请会诊时间2024-02-23 15:35
<p>病史摘要：入院时间：2024-02-23 09:56:53 主诉：耻骨区、阴茎疼痛，伴肢软乏力1+月。目前诊断：1.膀胱癌术后盆腔、髂骨、耻骨、阴茎多发转移(TxNxM1 IV期); 2. 癌性疼痛; 3. 重度营养不良</p> <p style="text-align: center;">患者小肠造瘘术后，更换造瘘袋。请贵科进行会诊、谢谢！</p> <p>会诊目的：指导治疗；</p>	
送达时间：2024-02-23 15:36	医师签名：陈XX
<p>会诊意见： 查患者右腹壁见泌尿造口血运良好，排出黄清小便，周围皮肤完好无破溃；查患者左腹壁见肠造口血运良好，排出黄色软便，周围皮肤完好无破溃；查患者耻骨联合处见伤口2*6cm予造口袋覆盖，引出脓血性液体约100ml，周围皮肤完好无破损。</p> <p>诊断：1. 泌尿造口 2. 肠造口； 3. 慢性伤口。</p> <p>处理：常规更造双侧造口及耻骨联合处造口袋。 如有不适我科随诊，谢谢！</p>	
会诊时间：2024-02-23 17:36	医师签名：张XX

时间	时间：08:00—17:00			时间：17:00—00:00		时间：00:00—08:00	
	病人动态	总数：56	入院：13	出院：10	总数：0	入院：0	总数：0
床号	转出：0	转入：0	手术：1	转出：0	转入：0	转出：0	转入：0
姓名 病情	危急值：1	病危：20	外出：11	分娩：0	病危：0	分娩：0	病危：0
诊断	入院：			转出：			
	转入：			转入：			

8床 郭XX 中医诊断：胸痹心痛(气虚血瘀、痰浊痹阻证) 西医诊断：胸痛 原因：1)冠状动脉粥样硬化性心脏病?	患者：郭XX, 女性, 59岁, 因“反复胸痛2+年, 加重2+月。”于2024年10月30日09时41分以“胸痹心痛”收入院, 步行入病房。于“10时00分”通知“吴娟”医生。测：36.2℃P: 78次/分 R: 20次/分 BP: 122/88mmHg 入院症见：时有胸痛, 伴头晕头痛; 膝关节疼痛, 纳可, 眠差, 大便可, 偶有尿频、尿急、尿痛; 舌淡黯, 苔白腻, 脉弦滑。 遵医嘱予按内科常规二级护理, 予测血压、脉搏每天三次, 间断吸氧(2L/min)。治疗予营养心肌。		
54床 曾XX 中医诊断：心悸(痰火内扰证) 西医诊断：心律失常 心房颤动	患者：曾XX, 男性, 69岁, 因“反复心慌6天。”于2024年10月30日13时55分以“心悸”收入院, 步行入病房。于“13时55分”通知“王占占”医生。测：T: 36.5℃, P: 90次/分, R: 20次/分, BP: 128/94 mmHg。入院症见：反复心慌, 活动后加重, 每次持续约5分钟, 休息后可缓解, 伴随胸闷, 两肋肋、背部胀痛, 纳少, 眠欠佳, 小便频, 大便可。舌红, 苔黄腻, 脉弦滑。 遵医嘱予按内科常规一级护理, 予持续心电监护及指脉氧监测, 持续吸氧(2L/min)。治疗予控制心室率。		

手术	51床 蔡XX 患者冠脉结果示：冠状动脉粥样硬化性心脏病, 前降支单支病变。前降支球囊扩张并植入药物洗脱支架1枚成功, 前降支冠状动脉内溶栓成功。		
危急值	51床 蔡XX 血标本结果回示报告危急值：高敏肌钙蛋白T >10000.00 pg/mL 偏高, 已告知值班医生, 余结果详见化验单。		

晨间重点血压	2、5、6、7、8、21、25、38、41、42、51、52、53、60		
24小时尿量:			
24小时出入量:	6床总入量: 总出量: 小便量: 大便量: 52床总入量: 总出量: 小便量: 大便量: 重3床总入量: 总出量: 小便量: 大便量:		
	护士:	护士:	护士:

备注

- 1、交班顺序: 新入院病人、手术病人、危重及抢救病人、重点生命体征、SPO₂、血糖、特殊事项;
- 2、交班报告要体现病情的连续性、准确性、及时性;
- 3、日间交班报告原则上由责任班书写, 晚夜间交班报告由值班人员书写。

病区交班报告 (外科)

2024年10月18日至今晨交班

病人动态	时间: 08:00~16:00			时间: 16:00~00:00			时间: 00:00~08:00		
	总数:	入院:	出院:	总数:	入院:	出院:	总数:43	入院: 14	出院: 20
床号 姓名	转出:	转入:	手术:	转出:	转入:	手术: 0	转出: 0	转入: 0	手术: 10
病情	分娩:	病危:	死亡:	分娩:	病危:	死亡:	分娩: 0	病危: 1	死亡: 0
诊断									
<p>病人总数:43人, 入院:14人, 31.51.52.53为日间手术病人, (其中“一”组:3人; 47.43.49床, 张奎原组:7人; 4.9.33.30.45.48) 手术11人, 23.40.12.37.41.11.51.52.53.31.33床, 手术病人24床周五、周六均发烧, 最高体温39.2℃, 遵医嘱物理降温, 复方氨林巴比妥注射液肌肉注射, 补液等对症治疗后体温降至正常, 今晨体温36.6, 余手术病人晚夜间病情平稳无特殊交班。</p> <p>今日手术4人, 8.34.35.48均为“一”组, 手术病人术前准备已完善。</p> <p>病危病人46床, “一”, 女, 62岁。患者为开放性右肾切除术, 予重酒石酸去甲肾上腺素泵速为1ml/小时, 晚夜间生命体征平稳。昨日24小时总入量为: 3395ml, 其中输液量2995ml, 口服量为400ml; 24小时总出量为: 2540ml, 其中肾窝上引流量为: 0ml, 肾窝下引流量为: 1870ml, 十二指肠引流量为: 0ml, 尿量: 570ml, 大便0ml, 呕吐物100。</p> <p>术后病人发热</p> <p>20床, “一”, 患者为腹腔镜左肾部分切除术, 术后第5天, 患者周六最高体温38℃, 遵医嘱予患者继续抗感染、补液等对症处理后体温降至37℃, 今晨体温36.8℃。</p> <p>32床, “一”, 女, 59岁, 患者为B超引导下左侧经皮肾镜钬激光碎石取石术, 术后4天, 周六、周日体温正常, 24小时左肾造瘘管引流量为: 0ml。</p> <p>记24h术区色量:</p> <p>2床, “一”, 患者为腹腔镜中转开放右肾切开取石术, 右肾孟切开取石术后第6天, 24小时术区引流量75ml, 色淡红。</p> <p>3床, “一”, 患者为腹腔镜右侧肾盂癌根治性切除术后第5天, 24小时肾窝引流量0ml, 色淡红, 盆腔引流量1ml</p> <p>17床, “一”, 患者为腹腔镜右输尿管结石切开取石术后第5天, 24小时术区引流量 0ml。</p> <p>20床, “一”, 患者为腹腔镜左肾部分切除术术后第5天, 昨日24小时术区引流量 0ml。</p> <p>24床, “一”, 患者为腹腔镜左肾部分切除术术后第3, 昨日24小时术区引流量3ml, 色淡红。</p> <p>28床, “一”, 患者为腹腔镜右肾部分切除术, 术后5天, 昨日24小时术区引流量0ml。</p> <p>29床, “一”, 机器人辅助腹腔镜下前列腺根治性切除术, 昨日24小时腹腔镜引流量 0ml。24小时盆腔引流量3ml, 色淡红。</p>									

<p>新48床患者: “一”, 男性, 75岁, 因“左侧腰部疼痛10+天”于2024年10月18日14时52分以石淋收入院, 步入病房。于14时52分通知 “一”医生。测: T: 36.6℃, P: 77次/分, R: 20次/分, BP: 118/77 mmHg。入院症见: 一般情况可, 精神可, 左侧腰部疼痛, 呈间歇性胀痛, 无牵拉放射痛, 偶有肉眼血尿, 呈洗肉水样, 无血块, 无尿频、尿急, 无尿痛, 无恶寒、发热, 无恶心、呕吐, 无心慌、胸闷, 无腹胀、腹痛等不适, 纳眠可, 大便正常。舌红, 苔黄腻, 脉滑。按外科护理常规, 二级护理, 普食, 自动体位, 查随机血糖6.7mmol/L, 入院积极完善相关检查, 告知科室各项规章制度、注意事项, 护士长、管床医及护理人员, 今日已抽血, 嘱患者留取二便标本, 并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>45床, 患者: “一”, 女性, 28岁, 因“尿道口灼痛3+天, 加重1天。”于2024年10月18日12时12分以热淋收入院, 步入病房。于12时12分通知 “一”医生。测: T: 36.8℃, P: 77次/分, R: 20次/分, BP: 111/84 mmHg。入院症见: 一般情况可, 精神可, 尿道口灼痛, 伴肉眼血尿, 呈深红色, 偶感尿频、尿急, 无恶寒、发热, 无恶心、呕吐, 无心慌、胸闷, 无腹胀、腹痛等不适, 纳眠可, 大便正常。舌红, 苔黄腻, 脉滑。按外科护理常规, 二级护理, 普食, 自动体位, 查随机血糖5.1mmol/L, 入院积极完善相关检查, 告知科室各项规章制度、注意事项, 护士长、管床医及护理人员, 今日已抽血, 嘱患者留取二便标本, 并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>患者, 男性, 72岁, 因“排尿不畅5+年, 加重伴尿频、尿急2+天”于2024年10月18日10时15分以精囊收入院, 步入病房。于10时15分通知 “一”医生。测: T: 36.3℃, P: 95次/分, R: 20次/分, BP: 134/75mmHg。入院症见: 一般情况可, 排尿不畅, 伴有尿频、尿急, 起夜增多, 约4-5次/夜, 无心慌、胸闷, 无肢软乏力, 无发热寒战, 无恶心呕吐, 纳可眠欠佳, 大便调。舌淡, 苔薄白, 脉沉细。</p>
<p>33床, 患者: “一”, 女性, 46岁, 因“腰部间歇性疼痛10+年”于2024年10月18日09时17分以石淋收入院, 步入病房。于09时20分通知 “一”医生。测: T: 36.3℃, P: 82次/分, R: 20次/分, BP: 120/80mmHg。入院症见: 一般情况可, 精神可, 腰部间歇性胀痛, 无尿急、尿频及肉眼血尿, 无恶寒、发热, 无恶心、呕吐, 无心慌、胸闷等不适, 纳眠可, 大小便正常。</p>	<p>4床患者 “一”, 男性, 70岁, 因“尿道口灼痛10+天, 加重1天。”于2024年10月18日10时09分以热淋收入院, 步入病房。于10时09分通知 “一”医生。测: T: 36.0℃, P: 84次/分, R: 20次/分, BP: 136/90mmHg。入院症见: 一般情况可, 精神可, 尿道口灼痛, 无尿频、尿急, 无恶寒、发热, 无恶心、呕吐, 无心慌、胸闷, 无腹胀、腹痛等不适, 纳眠可, 大便正常。舌红, 苔黄腻, 脉滑。按外科护理常规, 二级护理, 普食, 自动体位, 查随机血糖6.8mmol/L, 入院积极完善相关检查, 告知科室各项规章制度、注意事项, 护士长、管床医及护理人员, 今日已抽血, 嘱患者留取小便标本, 并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>9床以精囊收入院, 步入病房。于08时54分通知 “一”医生。测: T: 36.6℃, P: 63次/分, R: 20次/分, BP: 106/60mmHg。入院症见: 一般情况可, 排尿不畅, 伴有尿频, 起夜增多, 4-5次/夜, 无心慌、胸闷, 无肢软乏力, 无发热寒战, 无恶心呕吐, 纳可眠欠佳, 大便调。舌淡, 苔薄白, 脉沉细。按外科护理常规, 二级护理, 普食, 自动体位, 查随机血糖7.1mmol/L, 入院积极完善相关检查, 告知科室各项规章制度、注意事项, 护士长、管床医及护理人员, 今日已抽血, 嘱患者留取二便标本, 并告知各项检查的目的、注意事项。</p>

<p>47床患者：王某某，男性，42岁，因“左侧腰部疼痛10+年，加重1天”于2024年10月19日15时26分以腰痛收入院，步行入病房。于15时30分通知张某某医生。测：T: 36.8℃，P: 75次/分，R: 20次/分，BP: 129/77mmHg。入院症见：一般情况可，精神可，左侧腰部疼痛，呈间歇性胀痛，无牵拉放射痛，小便时有可见肉眼细小砂石，可见肉眼血尿，无尿频、尿急、无尿痛，饥饿时候偶有干呕，腹部疼痛，性质为绞痛，无恶寒、发热，无心慌、胸闷等不适，纳眠可，大便正常。舌红，苔黄腻，脉滑。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖7.3mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>33床，患者：张某某，女性，34岁，因“右侧腰部疼痛1+月，加重1+天。”于2024年10月20日11时53分以右淋步行收入院，于11时54分通知张某某医生。测：T: 36.5℃，P: 82次/分，R: 20次/分，BP: 106/68mmHg。入院症见：一般情况可，精神可，右侧腰部疼痛，呈间歇性胀痛，无牵拉放射痛，无血尿，无血块，无尿频、尿急，无尿痛，无恶寒、发热，无恶心、呕吐，无心慌、胸闷，无腹胀、腹痛等不适，纳眠可，大便正常。舌红，苔黄腻，脉滑。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖5.2mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>43床患者：周海新，女性，67岁，因“血尿10+年。”于2024年10月20日14时45分以血淋收入院，步行入病房。于14时46分通知张某某医生。测：T: 36.3℃，P: 83次/分，R: 20次/分，BP: 115/68mmHg。入院症见：间断性肉眼血尿，呈淡红色，无尿频、尿急、无尿痛，无腹痛、腹胀等不适，无恶心呕吐、无恶寒发热等症。纳眠可，大便调。舌红、苔黄腻、脉滑。按外科护理常规，二级护理，糖尿病饮食，自动体位，监测七段血糖，查随机血糖10.6mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>
<p>49患者：王自中，男性，69岁，因“排尿不畅，伴尿频、尿急6+月，加重1天”于2024年10月20日11时54分以精囊收入院，步行入病房。于11时54分通知张某某医生。测：T: 36.8℃，P: 78次/分，R: 20次/分，BP: 140/98mmHg。入院症见：一般情况可，排尿不畅，伴尿频、尿急，无尿痛及肉眼血尿等症，偶有心慌、言语不清，无胸闷胸痛，无肢软乏力，无发热寒战，无恶心呕吐，无腹胀腹泻，纳可眠欠佳，大便正常。舌淡，苔薄白，脉沉细。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖5.3mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>		

<p>47床患者：陈先文，男性，42岁，因“左侧腰部疼痛10+年，加重1天”于2024年10月19日15时26分以腰痛收入院，步行入病房。于15时30分通知张某某医生。测：T: 36.8℃，P: 75次/分，R: 20次/分，BP: 129/77mmHg。入院症见：一般情况可，精神可，左侧腰部疼痛，呈间歇性胀痛，无牵拉放射痛，小便时有可见肉眼细小砂石，可见肉眼血尿，无尿频、尿急、无尿痛，饥饿时候偶有干呕，腹部疼痛，性质为绞痛，无恶寒、发热，无心慌、胸闷等不适，纳眠可，大便正常。舌红，苔黄腻，脉滑。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖7.3mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>33床，患者：宋红枚，女性，34岁，因“右侧腰部疼痛1+月，加重1+天。”于2024年10月20日11时53分以右淋步行收入院，于11时54分通知张某某医生。测：T: 36.5℃，P: 82次/分，R: 20次/分，BP: 106/68mmHg。入院症见：一般情况可，精神可，右侧腰部疼痛，呈间歇性胀痛，无牵拉放射痛，无血尿，无血块，无尿频、尿急，无尿痛，无恶寒、发热，无恶心、呕吐，无心慌、胸闷，无腹胀、腹痛等不适，纳眠可，大便正常。舌红，苔黄腻，脉滑。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖5.2mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>	<p>43床患者：周海新，女性，67岁，因“血尿10+年。”于2024年10月20日14时45分以血淋收入院，步行入病房。于14时46分通知张某某医生。测：T: 36.3℃，P: 83次/分，R: 20次/分，BP: 115/68mmHg。入院症见：间断性肉眼血尿，呈淡红色，无尿频、尿急、无尿痛，无腹痛、腹胀等不适，无恶心呕吐、无恶寒发热等症。纳眠可，大便调。舌红、苔黄腻、脉滑。按外科护理常规，二级护理，糖尿病饮食，自动体位，监测七段血糖，查随机血糖10.6mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>
<p>49患者：王自中，男性，69岁，因“排尿不畅，伴尿频、尿急6+月，加重1天”于2024年10月20日11时54分以精囊收入院，步行入病房。于11时54分通知张某某医生。测：T: 36.8℃，P: 78次/分，R: 20次/分，BP: 140/98mmHg。入院症见：一般情况可，排尿不畅，伴尿频、尿急，无尿痛及肉眼血尿等症，偶有心慌、言语不清，无胸闷胸痛，无肢软乏力，无发热寒战，无恶心呕吐，无腹胀腹泻，纳可眠欠佳，大便正常。舌淡，苔薄白，脉沉细。按外科护理常规，二级护理，普食，自动体位，查随机血糖5.3mmol/L，入院积极完善相关检查，告知科室各项规章制度、注意事项，护士长、管床医及护人员，今日已抽血，嘱患者留取二便标本，并告知各项检查的目的、注意事项。</p>		

<p>周五手术病人，</p> <p>10床林祥兰，拟于今日在麻醉下行腹腔镜左肾囊肿切除术</p> <p>11床谢发银，拟于今日在麻醉下行“经尿道左侧输尿管硬镜钬激光碎石术、左侧输尿管支架管置入术、左侧输尿管狭窄扩张术”</p> <p>12床李明贤，拟于今日在麻醉下行经尿道右侧输尿管硬镜钬激光碎石术</p> <p>12床患者今日在麻醉下行“经尿道右侧输尿管硬镜钬激光碎石术、右侧输尿管支架管置入术、右侧输尿管狭窄扩张术”，术毕于14时20分安返病房。</p> <p>23床张仕贵，拟于今日在麻醉下行经尿道膀胱镜膀胱激光碎石术+经尿道前列腺等离子电切术</p> <p>37床罗军，拟于今日在麻醉下行经尿道右侧输尿管硬镜钬激光碎石术备软镜</p> <p>40床彭莹，拟于今日在麻醉下行右肾多发结石输尿管软镜钬激光碎石术</p> <p>41床李桂芬，拟于今日在麻醉下行左输尿管镜钬激光碎石术（备软镜）</p> <p>23，患者今日在麻醉下行“膀胱结石钬激光碎石取石术、膀胱镜检查、尿道狭窄扩张术</p> <p>53,31为日间手术病人</p> <p>20/10手术：33床，宋红枚，在麻醉下行经膀胱输尿管支架置入术。</p> <p>21/10手术：8床，李进，患者拟于明日在麻醉下行膀胱镜检查、左侧输尿管镜检查、左侧输尿管支架置入术</p> <p>34床李书生患者拟于明日在麻醉下行经输尿管镜钬激光碎石术、经尿道输尿管支架置入术</p> <p>35罗崇荣患者拟于明日在麻醉下行经尿道前列腺激光切除术TULIP手术、经尿道膀胱颈电切术</p> <p>48 患者拟于明日在麻醉下行输尿管镜钬激光碎石术、经尿道输尿管支架置入术等</p>			
外出病人：	9. 21. 37. 38. 39. 30. 54. 43. 42. 45	均已短信通知返回病房，患者拒回。	24小时病区无危急值报告，无消防安全隐患，交班完毕，请值班医生补充。

备注：1、交班顺序：出院病人、新入院病人、手术病人、危重及抢救病人、晨间重点生命体征、SPO2、血糖、特殊事项等交班；
 2、交班报告要体现病情的连续性、准确性、及时性；