

T/CEMA^{XXXX}

中 国 民 族 医 药 协 会 团 体 标 准

T/CEMA 039—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

（稿件类型：报批稿）

（本稿完成时间：2025 年 9 月 10 日）

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

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 6

5 评估单 6

6 体温单 8

7 医嘱单 12

8 护患沟通记录单 12

9 护理记录单 13

10 护理交接记录单 17

11 会诊单 18

12 归档及排序 19

13 交班报告 19

附录 A（规范性）评估单 21

附录 B（规范性）体温单 34

附录 C（规范性）医嘱单 39

附录 D（规范性）护患沟通记录单 41

附录 E（规范性）护理记录单 46

附录 F（规范性）患者转科中西医护理交接记录单 61

附录 G（规范性）会诊单 66

附录 H（规范性）归档及排序 67

附录 I（规范性）交班报告 71

参考文献 73

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、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、天津市中西医结合医院、云南中医药大学第一附属医院、广西国际壮医医院、温州市中医院、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、龙奉玺、曾曼杰、王明强、唐玲、刘继洪、栾伟、骆金铠、林美珍、白一萍、张丽平、王巧、田旭、李金亭、王家兰、林琴、王正、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、奚经钰、姚青、黄燕、刘廷英、刘蕾、胡晓、王妍、任秀亚、董画千、袁丹、罗丽媛、张天姣。

引 言

随着我国医疗卫生事业的快速发展和人民群众健康需求的不断提高,中西医结合护理模式在临床实践中展现出独特的优势和价值。作为中西医结合护理工作的重要载体,护理文件书写不仅直接反映护理质量,更是医疗安全的重要保障。近年来,在国家中医药发展战略的推动下,中西医结合护理在各级医疗机构中得到广泛应用,其文件书写工作也日益受到重视。然而,当前中西医结合护理文件书写仍存在诸多亟待规范的问题:一方面,中医护理记录与西医护理记录尚未形成有机统一的书写体系,中医辨证施护的特色内容未能充分体现;另一方面,各医疗机构在护理文件格式、内容要求、术语使用等方面存在较大差异,缺乏统一标准;此外,中西医结合护理评估工具、效果评价指标等关键要素尚未形成共识,影响了护理质量的科学评价和持续改进。这些问题的存在不仅制约了中西医结合护理的规范化发展,也不利于护理经验的总结交流和科研工作的深入开展。

基于此,制定本文件具有重要的现实意义。本文件根据《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,从评估单、体温单、医嘱单、护患沟通记录单、护理记录单、护理交接记录单、会诊单、归档及排序、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。

中西医结合护理文件书写规范

1 范围

本文件规定了中西医结合护理病历书写的基本要求，包括评估单、体温单、医嘱单、护理记录单、护理交接记录单、护患沟通记录单等。

本标准适用于指导各级各类中医、中西医结合医疗机构、综合医院中医科护士，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 Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Documents

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

评估单 Evaluation Form

护士对入院患者的证候、生活自理能力、各项功能评估等信息收集，为患者辨证施护提供依据。

3.3

医嘱单 Physician's order sheet

指与医嘱相关的表格，包括长期医嘱单、临时医嘱单。

3.4

护患沟通记录单 Record of nurse and patient communication

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。

3.5

中西医护理记录单 Chinese and Western Medicine Nursing Record Form

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。

3.6

交班报告 Report on the handover

其内容是护士值班期间，对出入院患者及在院患者的评估、临床证候的动态观察所形成的护理病历文书总结，并形成记录。

3.7

护理交接记录单 Patient Transfer and Handover Nursing Record Form

在转送患者到不同科室时，护士需要详细记录患者的基本信息、诊断、证候要点、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。

3.8

会诊单 Consultation Form

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，按急缓分为急、慢会诊。

3.9

护理病历归档 Archiving of nursing medical records

将患者的护理病历资料按照国家相关病历管理规定要求进行整理、分类、排序并妥善保存的过程。

3.10

护理病历排序 Sorting of nursing medical records

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

参照DB22/T 3469-2023中第4章的规定。

5 评估单

5.1 入院评估单

5.1.1 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，入院评估单模板见附录A.1。

5.1.2 凡是办理入院的患者/患儿都应建立入院护理评估单。

5.1.3 患者/患儿入院后由责任护士评估后填写，在相应项目方格内打“√”。

5.1.4 首次评估应在24小时内完成，保存电子病历档案。

5.1.5 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。

5.1.5.1 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1~2个，如“1、腰椎滑脱症 2、右肘关节骨关节炎”。

5.1.5.2 有过敏史者，应详细填写过敏药物、食物等过敏源的名称。

5.1.5.3 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”。

5.1.5.4 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。

5.1.5.5 既往史：包括患病史、传染病史、手术、外伤史、输血史、预防接种史等。

5.1.5.6 体温、脉搏、呼吸、血压、体重、疼痛评分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。

5.1.5.7 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，为辨证分析提供可靠依据，在相应项目方格内打“√”，未呈现的症状可在“其它_____”进行描述。

5.1.5.8 心理社会评估：包括患者情志、对疾病的态度；家庭关系、经济状况、自理能力、生活起居的综合评估。

5.1.5.9 安全评估：生活自理能力评估、压力性损伤风险评估、跌倒风险评估、深静脉血栓评分、营养评估等。

5.2 生活自理能力评估单

- 5.2.1 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。评估包括但不限于以下要求。生活自理能力评估单见附录 A.2。
- 5.2.2 首次评估由责任护士在患者入院24小时内完成。
- 5.2.3 在病情发生变化或护理等级发生变化时进行 Barthel 指数评定。
- 5.2.4 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”。

5.3 皮肤压力性损伤危险因素评估单

- 5.3.1 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,通过评估筛选风险患者并采取预防措施,降低皮肤压力性损伤的发生。评估包括但不限于以下要求。Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单附录 A.3。Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单附录 A.4。
- 5.3.2 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、高度水肿等患者。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,评估分值低于等于 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。
- 5.3.3 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;低于等于 12 分为高度危险,每天评估 1 次。
- 5.3.4 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。

5.4 跌倒/坠床风险评估单

- 5.4.1 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。评估包括但不限于以下要求。跌倒坠床风险评估表附录 A.5。
- 5.4.2 Morse 跌倒风险评估量表。
- 5.4.3 评估对象:成年住院患者。
- 5.4.4 评估时机:新入院时、转科、病情变化时、发生跌倒后、使用高风险药物后、跌倒风险患者出院前。
- 5.4.5 风险等级:低于 25 分为跌倒低风险,25~45 分为跌倒中风险,高于 45 分为跌倒高风险。
- 5.4.6 评估频次:高风险每 3 天评估 1 次;中风险、低风险每周评估 1 次。

5.5 非计划拔管风险评估单

- 5.5.1 评估对象:留置 CVC、PICC、动脉置管、经鼻/口气管插管、气管切开、胃管、鼻肠管、空肠造瘘管、尿管、膀胱造瘘管、肾造瘘管、肾周引流管、胸腔闭式引流管、腰大池引流管、T 型管、盆腔引流管、腹腔引流管、脑室引流管、心包引流管和其他头部引流管等患者。非计划拔管风险评估单模板附录 A.6。
- 5.5.2 评估时机:患者留置导管后
- 5.5.3 风险等级:评估表总分 12~60 分,低于等于 18 分为中风险,高于 18 分为高风险。
- 5.5.4 评估频次:高风险患者每天 1 次,中风险患者 3 天评估 1 次,病情/治疗/合作程度变化时动态评估。

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。评估量表模板附录 A.7。Padua 评估量表模板附录 A.8。

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。

5.7 昏迷评分单（ICU）

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。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。格拉斯哥昏迷量表模板附录 A.9。

5.8 RASS 躁动-镇静评分单（ICU）

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。RASS 躁动-镇静评分单模板附录 A.10。

5.9 出院评估单

5.9.1 出院评估单是护士对患者出院前的综合评估，对患者出院后生活起居、饮食、运动、康复、用药、复诊等进行指导的护理过程记录，包括但不限于以下要求。出院评估单模板见附录 A.11。

5.9.2 出院患者都应建立出院评估单。

5.9.3 护士在患者出院前 24 小时内客观、真实完成评估，并留存电子档案。

6 体温单

6.1 体温单是主要用于记录患者的生命体征及其他情况，包括眉栏、日期时间、生命体征及相关数据等内容的记录。体温单模板见附录 B。

6.2 眉栏

6.2.1 包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号。包括但不限于以下要求：

6.2.2 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。

6.2.3 转科：在科别处书写从 XX 科转至 XX 科，两科之间用箭头表示，如：心内科→ICU。

6.2.4 转床：在床号处书写从 XX 床转至 XX 床，两床号之间用箭头表示，如：14→15。

6.2.5 入院日期：须填写 XX 年 XX 月 XX 日（如：2025-01-01）。

6.3 日期时间记录栏

6.3.1 包括日期、住院天数、手术后天数、时间。包括但不限于以下要求：

6.3.2 住院日期：首页/跨年第 1 栏日期填写内容年-月-日（如：2023-01-01），翻页第 1 栏日期填写月-日（如：01-01）。

6.3.3 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。

6.3.4 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，如第 1 次术后第 3 天行第 2 次手术，第 2 次术后第 1 天的表示方法，如 1/3。需多次手术者以此类推。

6.3.5 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。

6.3.6 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。

6.4 生命体征记录栏

6.4.1 体温

6.4.1.1 体温的表示符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。

6.4.1.2 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。

6.4.1.3 特殊情况记录：体温不升时，在 35℃线以下两格用红色标注“不升”字样。“拒测”、“请假”、“外出”、“检查”等在 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予连接。临时外出回病房后须补测并记录。

6.4.1.4 新入院患者常规每日 8:00-12:00-20:00 进行测量体温，连续测量三天，若为正常三天后转为每日 12:00 监测一次。

6.4.1.5 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。

6.4.1.6 重点体温：对手术后患者，应在手术当天、术后第一天、第二天、第三天每日 8:00-12:00-16:00-20:00 测量体温，体温正常后改为每日 12:00 测量；体温在 37.5℃~38.5℃之间，从发热当天开始每日 8:00-12:00-20:00 测量体温，待体温恢复正常后改为每日 12:00 测量，体温高于等于 38.5℃，从发热当天开始每 4 小时 8:00-12:00-16:00-20:00-00:00-04:00 测量体温，待体温恢复正常 3 天后改测每日 1 次。

6.4.1.7 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。

6.4.1.8 转科患者从转入即日起，转入科室按照新入院患者每日 8:00-12:00-20:00 监测体温，连续测量三天后，转为每日 12:00 监测体温。

6.4.2 脉搏、心率

6.4.2.1 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。

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

6.4.2.3 脉搏与体温重叠时，先划体温符号，在体温符号外划“○”。

6.4.2.4 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。

6.4.3 呼吸

6.4.3.1 以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

6.4.3.2 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。

6.4.3.3 使用呼吸机患者的呼吸在体温单相应表格中用“Ⓡ”表示。

6.4.4 血压

6.4.4.1 记录频次：新入院患者当日应测量并记录血压，住院期间根据患者病情及医嘱测量并记录。

6.4.4.2 记录方式：收缩压/舒张压（130/80），如为下肢血压应标注为130/80下。

6.4.4.3 单位：毫米汞柱（mmHg）。

6.4.4.4 测量血压每日一次，血压录入在前半格，测量血压每日二次，上午血压录入在前半格，下午血压录入在后半格，如“120/60 130/70”。测量血压每日三次及以上，或根据患者情况需同时监测血压和脉搏者，则记录在护理记录单中。

6.4.5 疼痛

6.4.5.1 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。

6.4.5.2 疼痛评分为0分且无疼痛症状，只需入院当日评估一次并记录于相应时间疼痛栏。

6.4.5.3 疼痛评分1~3分，评估及记录时间每日12:00、20:00各一次；疼痛评分4~6分，评估及记录时间每日8:00、12:00、20:00各一次；疼痛评分7~10分，评估及记录时间每日8:00、12:00、16:00、20:00各一次。

6.4.5.4 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。

6.4.5.5 疼痛评分≥7分者，通过静脉用药15分钟后或肌肉注射30分钟后或口服给药60分钟后或非药物性干预60分钟后，对患者进行疼痛评估，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。

6.4.5.6 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。

6.4.5.7 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低于1分，可暂停疼痛评估和记录。

6.5 特殊项目记录栏

6.5.1 大便

6.5.1.1 记录频次：每日记录前1日24小时大便次数在相应日期栏。

6.5.1.2 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；大便

以“E”表示分母，分子以大便次数表示，例：0/E表示灌肠后无排便，1/E表示灌肠后大便1次，1 1/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；“※”表示大便失禁；“☆”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。

6.5.1.3 单位：次/日。

6.5.2 尿量

6.5.2.1 记录频次：应将前一日08:00至当日08:00的24小时尿量记录在相应日期栏，入院日不满24小时者按实际时间记录，如“15小时尿量”。

6.5.2.2 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。

6.5.2.3 单位：毫升（ml）。

6.5.3 总入量

6.5.3.1 记录频次：应将前一日08:00至当日08:00的24小时总入量记录在相应日期栏，入院日不满24小时者按实际时间记录，如“15小时总入量”。

6.5.3.2 每日总入量包括饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量等，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。

6.5.3.3 单位：毫升（ml）。

6.5.4 总出量

6.5.4.1 记录频次：应将前一日08:00至当日08:00的24小时总出量记录在相应日期栏，入院日不满24小时者按实际时间记录，如“15小时总出量”。

6.5.4.2 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。

6.5.4.3 单位：毫升（ml）。

6.5.5 身高

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

6.5.5.2 单位：厘米（cm）。

6.5.6 体重

6.5.6.1 记录频次：新入院患者在入院当日应测量体重一次，住院患者每周测量体重一次并记录在体温单翻页的第一天栏目内。

6.5.6.2 因病情危重或卧床不能测量者，在体重栏内注明“卧床”，住院期间根据病情及医嘱动态测量并记录。

6.5.6.3 单位：公斤（kg）。

6.5.7 生活自理能力（Barthel）评分

6.5.7.1 记录频次：入出院、手术、病情变化时、护理等级变化时进行评分并记录于相应栏目内。

6.5.7.2 记录方式：将评分数值填在相应时间栏内，若24小时内评估两次，第一次的评分结果打斜杠再记录第二次的评分结果，如“90/50”。

6.5.8 皮试结果

6.5.8.1 记录方式：在体温单中皮试栏内填写药物名称及结果，如“青霉素（+）”。

6.5.8.2 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。

6.5.9 空格栏

6.5.9.1 作为其他观察项目记录所用。

6.5.9.2 如记录管路，一条引流管记录一栏，管路名称用词与医嘱统一，如“腹腔引流”“胃管引流”“胸腔引流（左）/（右）”“T管引流”等。

7 医嘱单

7.1 医嘱单

7.1.1 医嘱单是医生开具医嘱所用，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。长期医嘱单模板见附录 C.1。临时医嘱单模板见附录 C.2。

7.1.2 医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱只体现一个内容，并注明医嘱起始停止时间，处理医嘱时也应注明医嘱起始或停止时间，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。

7.2 一般情况下，护士不应执行口头医嘱。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开医嘱。

7.3 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“+”在临时医嘱单表示，阴性结果用蓝色“—”在临时医嘱单表示，并在患者床头牌作统一标识。

7.4 “术后医嘱”需要用双横线用红笔标记。

7.5 转院、出院、死亡医嘱由医生在临时医嘱栏内开具，一旦开具即表明全部医嘱已停止。死亡医嘱须用红色字体描述心跳、呼吸停止及死亡时间。

7.6 医嘱满页或开具出院医嘱后打印医嘱，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。

8 护患沟通记录单

8.1 护患沟通记录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结果并同意实施的书面告知形式的护理记录。中西医护理侵入性操作护患沟通记录单模板见附录 D.1。中西医护理非侵入性操作护患沟通记录单模板见附录 D.2。压力性损伤风险护患沟通记录单模板见附录

D.3. 跌倒坠床风险护患沟通记录单模板见附录 D4。非计划拔管风险护患沟通记录单模板见附录 D.5。

8.2 记录内容：包括患者的一般信息、临床诊断、中西医护理侵入性/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。

8.3 记录频次：在给患者实施相应的中西医治疗/护理，或实施风险告知时。

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 各类护理记录单按照在架病历和归档病历顺序要求排列，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新入院患者。首次护理记录模板见附录 E.1。

9.2.2 记录内容：包括患者一般信息、中医诊断、西医诊断、起居护理、饮食护理、情志护理、用药护理、中医特色治疗及护理等。

9.2.3 记录时间：首次护理记录于患者入院 8 小时内当班完成。

9.3 一般患者护理记录单

9.3.1 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或危重患者护理记录单进行整合。一般患者护理记录单模板见附录 E.2。

9.3.2 记录内容：住院患者在院期间的病情、中西医治疗/护理等。

9.3.3 记录频次：新入院患者及手术患者（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，一般患者护理记录或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。

9.4 重症医学科护理记录单

9.4.1 适用于重症监护室（ICU）的患者，以表格式记录单为主，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。包括但不限于要求。重症医学科护理记录单模板见附录 E.3。

9.4.2 ICU 患者观察内容：包括呼吸系统的呼吸形式、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；循环系统的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；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等；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。

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

9.4.4 记录专科护理落实情况包括气管插管、气管切开、各种引流管的护理等。

9.4.5 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。

9.4.6 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。

9.5 手术护理及物品清点记录单

9.5.1 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。包括但不限于以下要求。手术护理及物品清点记录单模板见附录 E.4。

9.5.2 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、数量等，并逐项准确填写。

9.5.3 手术中追加的器械、敷料等应及时记录。

9.5.4 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、敷料等清点，并由巡回护士如实记录。

9.5.5 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。

9.5.6 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。

9.5.7 术毕，器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

9.5.8 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。

9.6 麻醉复苏记录单

9.6.1 适用于所有在麻醉结束后需要转入复苏室观察的患者。包括但不限于以下要求。麻醉复苏记录单模板见附录 E.5。

9.6.2 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。

9.6.3 记录时间：患者入复苏室至患者出复苏室期间。

9.7 日间病房一般护理记录单

9.7.1 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 24 小时内入、出院完成的手术或操作，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。包括但不限于以下要求。日间病房一般护理记录单模板见附录 E.6。

9.7.2 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。

9.7.3 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。

9.7.4 入院评估内容包括术前生命体征、意识、皮肤情况、过敏史。

9.7.5 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）。

9.7.6 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。

9.7.7 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。

9.8 新生儿病情观察记录单

9.8.1 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。新生儿病情观察记录单模板见附录 E.7。

9.8.2 记录情况包括：中医诊断、西医诊断、体温/箱温、心率、呼吸、血压、指脉氧、体重、神志、面色、皮肤、脐部、肢端、肌张力、氧疗方式、管道、入量（项目、量）、速度、出量（项目、量、病情观察及护理措施）等。

9.8.3 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。

9.9 输血护理记录单

9.9.1 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。输血护理记录单模板见附录 E.8。

9.9.2 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。

9.9.3 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。

9.9.4 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应一致，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。

9.9.5 记录频次：当班完成输血记录。

9.9.6 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。

9.10 静脉导管留置维护护理记录单

9.10.1 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。静脉导管留置维护护理记录单模板附录 E.9。

9.10.2 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。

- 9.10.3 如患者 CVC、PICC、输液港院外带入，置管日期填写“院外带入”。
- 9.10.4 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。
- 9.10.5 维护护理记录内容包括日期、时间、手卫生、体温、维护标识、导管外露刻度、穿刺点情况、敷料情况及更换、周围皮肤情况、导管固定装置情况及更换、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、冲管量、封管情况有无堵塞、并发症处理等。

9.11 健康教育实施记录单

- 9.11.1 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。健康教育实施记录单模板附录 E.10。
- 9.11.2 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“√”。
- 9.11.3 日期栏填写月、日，如同日期完成数条宣教内容，只需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，应两行均写上日期。

9.12 产程观察表

- 9.12.1 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。用于填写各产程的时间，包括产程开始时间、宫口全开时间。监测及记录内容，包括但不限于以下内容。产程观察表模板附录 E.11。
- 9.12.2 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。
- 9.12.3 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。
- 9.12.4 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。
- 9.12.5 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）。
- 9.12.6 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”。
- 9.12.7 胎先露记录胎儿先露部位，如“头”则表示头先露。
- 9.12.8 胎膜破裂的观察：胎膜多在宫口近开全时自然破裂，羊水流出。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。
- 9.12.9 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。

9.13 分娩记录单

- 9.13.1 分娩记录单是指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。从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。记录内容，包括但不限于以下内容。分娩记录单模板见附录 E. 12。

9.13.2 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。

9.13.3 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。

9.13.4 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。

9.13.5 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。

9.13.6 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、生后诊断以及处理。

9.14 24 小时出入院护理记录

9.14.1 24 小时出入院护理记录是指患者入院不足 24 小时出院，可以书写 24 小时内入出院的护理记录。记录内容，包括但不限于以下内容。

9.14.2 书写内容包括患者姓名、性别、年龄，入院原因

9.14.3 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”；

9.14.4 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；

9.14.5 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；

9.14.6 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；

9.14.7 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 护理交接记录单

10.1 患者转科交接护理记录单

10.1.1 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。患者转科中西医交接护理记录单模板见附录 F. 1。

10.1.2 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。

10.1.3 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。

10.1.4 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。

10.2 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

10.2.1 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。患者手术前后/分娩前后护理交接记录单模板见附录 F.2。

10.2.2 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。

10.2.3 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。

10.2.4 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。

10.2.5 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。

10.2.6 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。

10.3 患者血液透析前后交接护理记录单

10.3.1 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。交接内容包括透析前交接记录及透析后交接记录。记录内容，包括但不限于以下内容。患者血液透析前后交接护理记录单模板见附录 F.3。

10.3.2 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。

11 会诊单

11.1 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。护理会诊单模板见附录 G。

11.2 院内护理会诊

11.2.1 科间会诊

11.2.1.1 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。

11.2.1.2 科间会诊在 24 小时内完成。

11.2.2 多学科会诊

11.2.2.1 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。

11.2.2.2 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。

11.2.3 急诊会诊

11.2.3.1 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。

11.3 院外护理会诊

11.3.1 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。

12 归档及排序

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 常规在架病历排列顺序模板见附录 H.1，

12.4 新生儿在架病历排列顺序模板见附录 H.2。

12.5 归档病历排列顺序模板见附录 H.3。

12.6 新生儿归档病历排列顺序见附录 H.4。

13 交班报告

13.1 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。交班报告模板附录 I。

13.2 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。

13.3 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。

13.4 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。

13.5 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。

13.6 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。

13.7 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。

附录 A

(规范性)

中西医护理评估单

A.1 入院评估单

科室	床号	住院号	入院日期
姓名:	性别:	年龄:	职业:
婚姻状况:	宗教信仰:	民族:	文化程度:
入院方式:	发病节气:		
入院诊断:			
中医诊断:			
西医诊断:			
既往史: (诊断+时间)			
生命体征:	T: °C,	P: 次/分,	R: 次/分, BP: mmHg/ mmHg, 疼痛评分:
一、四诊内容			
(一) 望诊 1. 神志: ☐ 神清 ☐ 嗜睡 ☐ 意识模糊 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏迷 ☐ 深昏迷 2. 面色: ☐ 如常 ☐ 红润 ☐ 两颊潮红 ☐ 苍白 ☐ 萎黄 ☐ 晦暗 ☐ 无光泽 ☐ 其他: 3. 形态: ☐ 自如 ☐ 半身不遂 ☐ 步履艰难 ☐ 不得平卧 ☐ 双下肢活动受限 ☐ 其他: 4. 皮肤: ☐ 正常 ☐ 黄染 ☐ 苍白 ☐ 紫绀 ☐ 褥疮 ☐ 潮红 ☒ 溃烂 ☐ 其他: 5. 舌象: (1) 舌质: ☐ 淡红 ☐ 淡白 ☐ 红绛 ☐ 紫暗 ☐ 其他: (2) 舌苔: ☐ 薄白 ☐ 薄黄 ☐ 黄厚 ☐ 爆裂 ☐ 腐 ☐ 腻 ☐ 其他			
(二) 闻诊 1. 语言: ☐ 清楚 ☐ 语音低微 ☐ 失语 ☐ 呻吟 ☐ 其他: 2. 呼吸: ☐ 如常 ☐ 气促 ☐ 呼吸缓慢 ☐ 喘息气相 ☐ 其他: 3. 咳嗽: ☐ 有 ☐ 无; 色(☐ 白 ☐ 黄 ☐ 铁锈色 ☐ 血痰); 质(☐ 清稀 ☐ 粘稠) ☐ 其他: 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 ☐ 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(☐ 左 ☐ 右) ☐ 耳聋 ☐ 其他: _____ 4. 视力: ☐ 正常 ☐ 下降 ☐ 失明(左) ☐ 失明(右) ☐ 失明 ☐ 其他: _____ 5. 睡眠: ☐ 正常 ☐ 难入眠 ☐ 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 ☐ 便溏 ☐ 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：_____

三、安全评估

1. 生活自理能力评估：（Barthel 量表）_____分
☐完全自理 ☐部分自理 ☐轻度依赖 ☐中度依赖 ☐重度依赖 ☐完全依赖
2. 压力性损伤风险评估：（Braden 量表）_____分
☐轻度危险 ☐中度危险 ☐重度危险 ☐极度危险
3. 跌倒风险评估：（Morse 量表）_____分
☐低风险 ☐中风险 ☐高风险
4. 深静脉血栓评分：
（Padua 评分表）_____分
☐低危 ☐中危 ☐高危
（Caprini 量表）_____分
☐低风险 ☐中风险 ☐高风险 ☐极度风险
5. 营养评估：（营养风险筛查简表 NRS2002）_____分
☐存在营养风险 ☐每周筛查一次

（责任/当班）护士：

护士长：

审阅时间：

A.2 Barthel 指数评定量表

姓名： 性别： 出生日期： 年龄：
 科室： 床号： 住院/门诊号： ID 号：

项目	评分标准	分值				
大便	失禁或昏迷	0				
	偶有失禁(每周<1 次)	5				
	控制	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				
修饰	需要帮助	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				
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				
转移	完全依赖他人, 无坐立平衡	0				
	需大里帮助(1~2 人, 身体帮助), 能坐	5				
	需少量帮助(言语或身体帮助)	10				
	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				
	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、开拉锁和穿鞋)	10				
上下楼梯	不能	0				
	需帮助(言语、身体、手杖帮助)	5				
	独立上下楼梯	10				
洗澡	依赖	0				
	自理(无指导能进出浴室并自理洗澡)	5				
总分						
评估结果						
护理签名						

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。

A.3 Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单

姓名： 性别： 出生日期： 年龄：
 科室： 床号： 住院/门诊号： ID 号：

项目	评分标准	分值					
手术后天数							
感觉	完全受限	1					
	非常受限	2					
	轻度受限	3					
	未受损害	4					
潮湿	持久潮湿	1					
	非常潮湿	2					
	偶尔潮湿	3					
	很少潮湿	4					
活动	卧床不起	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					
	轻度受限	3					
	不受限	4					
营养	非常差	1					
	可能不足	2					
	适当	3					
	良好	4					
摩擦和剪切力	有问题	1					
	有潜在问题	2					
	无明显问题	3					
总分							
风险等级							
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。

A.4 Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单

姓名： 性别： 年龄： 住院号：

参数	结果	分数						
意识状态	清醒	4						
	淡漠	3						
	模糊	2						
	昏迷	1						
营养状态	好	4						
	一般	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						
	运动障碍	1						
活动能力	活动自如	4						
	帮助下可以走动	3						
	坐轮椅	2						
	卧床不起	1						
失禁情况	无失禁	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						
	毛细血管再灌注球慢	3						
	轻度水肿	2						
	中度至重度水肿	1						
体温	36.6-37.2	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						
	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								
风险等级								
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。

A.5 跌倒坠床风险评估表

姓名： 性别： 出生日期： 年龄：
 科室： 床号： 住院/门诊号： ID 号：

项目	评分标准	分值				
病人曾跌倒（3 月内）/视觉障碍	无	0				
	有	25				
两项或以上疾病诊断	无	0				
	有	15				
使用助行器具	没有需要/完全卧床/需护士扶持	0				
	行走时使用拐杖/手杖/助步器	15				
	扶家具行走	30				
静脉输液/留置静脉通道/使用药物	无	0				
	有	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				
	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				
总分						
风险等级						
护士签名						

Morse 跌倒评分说明

- 1、病入曾跌倒(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用物评分=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，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强直，小步态或病人不抬腿拖着脚走。
- 6、精神状况: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，并应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。

A.6 非计划拔管风险评估单

科室:	床号:	住院号:	姓名:	性别:			
年龄:	入院日期:						
项目	评分标准	分值	年-月-日	年-月-日	年-月-日	年-月-日	年-月-日
			点:分	点:分	点:分	点:分	点:分
年龄	14 岁-65 岁	1					
	<14 岁或≥65 岁	2					
意识形态	中昏迷/深昏迷/镇静/清醒	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					
	部分理解	2					
	不理解	3					
情绪状态	稳定/深度镇静	1					
	有时稳定	2					
	不稳定	3					
合作程度	合作	1					
	有时合作	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					
	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					
	>3 根	3					
活动	绝对卧床/完全自主活动	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/水囊/气囊/系带	2					
	胶布/贴膜	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/PICC/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					
	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							
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:							

A.7 Caprini 评估量表

姓名:	住院号:	性别:	年龄:
身高 (cm):	体重 (kg):	BMI:	病床号:
科室:	主管医生:	入院时间: 年-月-日 点:分:秒	
评分节点: 入院评分			
手术患者 VTE 风险评分表 (Caprini 评分)			
其他	☐ 无		
1 分项	☐ 年龄 41-60 岁 ☐ 体重指数 >25kg/m ² ☐ 计划小手术 <45min ☐ 下肢水肿 ☐ 严重肺部疾病 (1 月内) ☐ 败血症 (1 月内) ☐ 肺功能异常 ☐ 静脉曲张 ☐ 急性心肌梗塞 ☐ 充血性心力衰竭 (1 月内) ☐ 炎性性肠病 ☐ 限制活动 <72 小时 ☐ 妊娠期或产后 1 个月 ☐ 不能解释或二次流产病史 ☐ 口服避孕药或激素替代治疗		
2 分项	☐ 年龄 61-74 岁 ☐ 恶性肿瘤 ☐ 计划关节镜手术 >45min ☐ 计划开放性手术 >45min ☐ 计划腹腔镜手术 >45min ☐ 石膏固定 ☐ 中心静脉通路 ☐ 限制活动 >72 小时		
3 分项	☐ 年龄 ≥75 岁 ☐ VET 病史 ☐ VET 家族史 ☐ V 因子 Leiden 突变 ☐ 凝血酶原 G20210A 突变 ☐ 狼疮抗凝物阳性 ☐ 抗心磷脂抗体阳性 ☐ 血清同型半胱氨酸升高 ☐ 肝素诱导的血小板减少症 ☐ 其他先天性或获得性血栓形成倾向		
4 分项	☐ 脑卒中 (1 月内) ☐ 择期关节置换术 ☐ 髋关节、骨盆或下肢骨折 ☐ 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: X 分, (低/中/高) 危			
预防建议			
评分签字:		确认签名:	
签名时间:		签名时间:	
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。			

A.8 Padua 评估量表

科室： 姓名： 床号： 性别： 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	☐ 无		
一分项	☐ 高龄(≥ 70 周岁)	☐ 心力衰竭和/或呼吸衰竭	☐ 急性心肌梗死或缺血性卒中
	☐ 急性感染和/或风湿性疾病	☐ 肥胖(BMI ≥ 30)	☐ 正在接受激素替代治疗
二分项	☐ 近期(≤ 1 个月)创伤和/或手术		
三分项	☐ 活动期肿瘤(6 个月内局部或远处转移和/或化疗或放疗)	☐ 既往静脉血栓栓塞症	☐ 制动, 患者身体原因或医嘱需要卧床至少 3 d
	☐ 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:

A.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	能正确说话	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正常发声，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，3-8 分昏迷			总分

A. 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，但可以保持清醒超过十秒
-2	轻度镇静	无法维持清醒超过十秒
-3	中度镇静	对声音有发应
-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

A.11 出院评估单

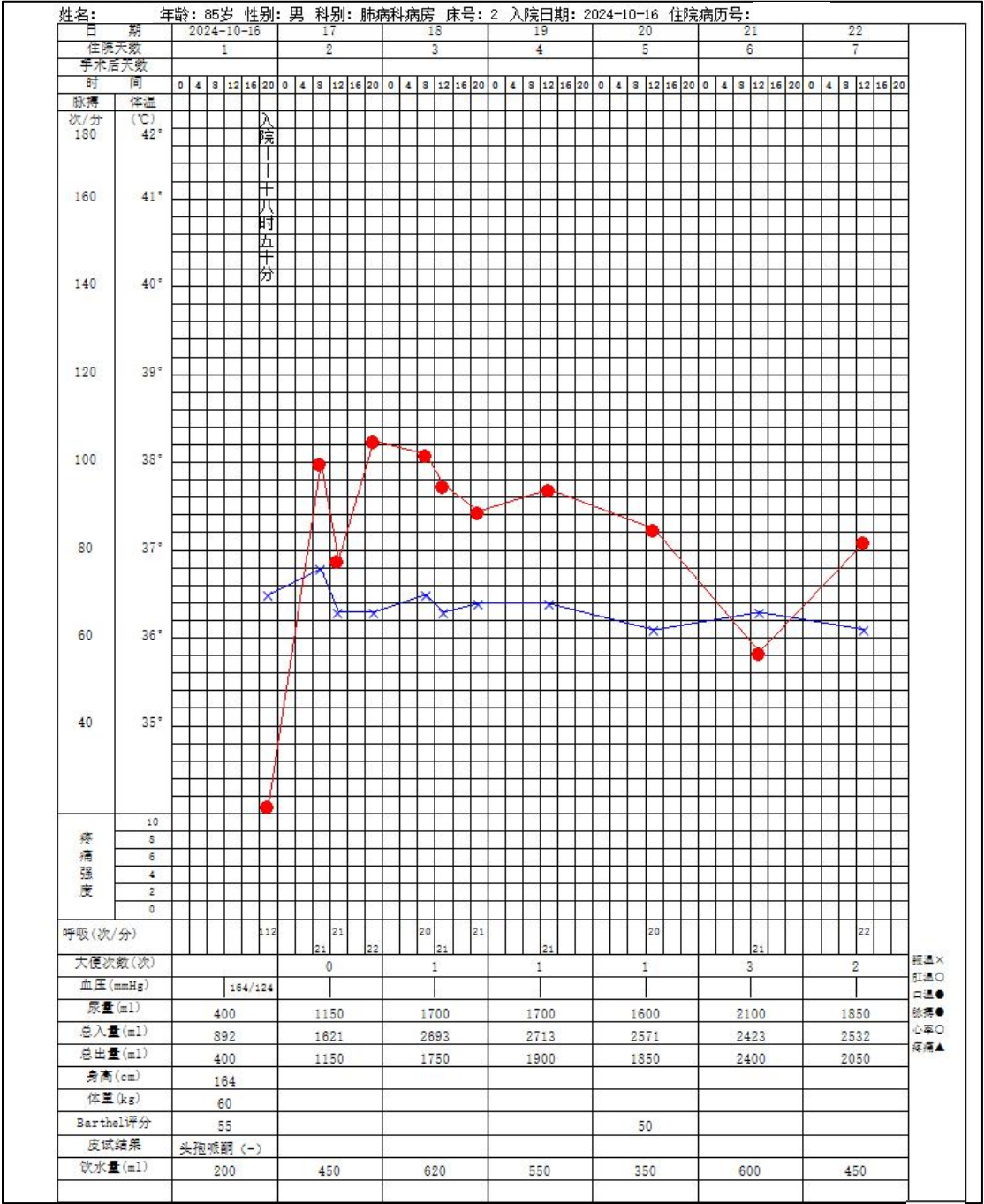
科室：_____	姓名：_____	性别：_____	床号：_____	住院号：_____
入院日期：_____	手术日期：_____		出院日期：_____	
手术名称：_____				
出院诊断：_____	中医：_____	西医：_____		
疾病转归： ☐ 痊愈 ☐ 好转 ☐ 稳定 ☐ 恶化 ☐ 自动出院 ☐ 死亡				
一、出院评估 1. 对疾病认识程度：☐了解 ☐部分了解 ☐不了解 2. 心理状况：☐稳定 ☐焦虑 ☐压抑 ☐否认 ☐对抗 3. 自理能力：☐自理 ☐完全依赖 ☐协助 4. 皮肤情况：☐完整 ☐干燥 ☐破损 ☐褥疮 5. 宣教内容：☐自理能力 ☐就诊指导 ☐功能锻炼 ☐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				
二、出院指导 (一) 起居指导：				
(二) 饮食指导：				
(三) 情志指导：				
(三) 用药指导：				
(五) 其他指导：				
责任护士：_____ 护士长：（上级护师）：_____ 日期：_____				

附录 B

(资料性)

体温单

B.1 体温单（入院）



B.2 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

日期	2024-10-22	23	24	25	26	27	28
住院天数	1	2	3	4	5	6	7
手术天数							
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	0 4 8 12 16 20	0 4 8 12 16 20
脉搏 次/分	180						
体温 (℃)	42°						
	41°						
	40°						
	39°						
	38°						
	37°						
	36°						
	35°						
疼痛强度	10 8 6 4 2 0						
呼吸(次/分)	20	20	20	20			
大便次数(次)	0	0	1				
血压(mmHg)	123/59	139/73	140/80	115/69			
尿量(ml)							
总入量(ml)							
总出量(ml)							
身高(cm)	150						
体重(kg)	48						
Barthel评分	50						
皮试结果		头孢唑林(-)					

体温×

脉搏○

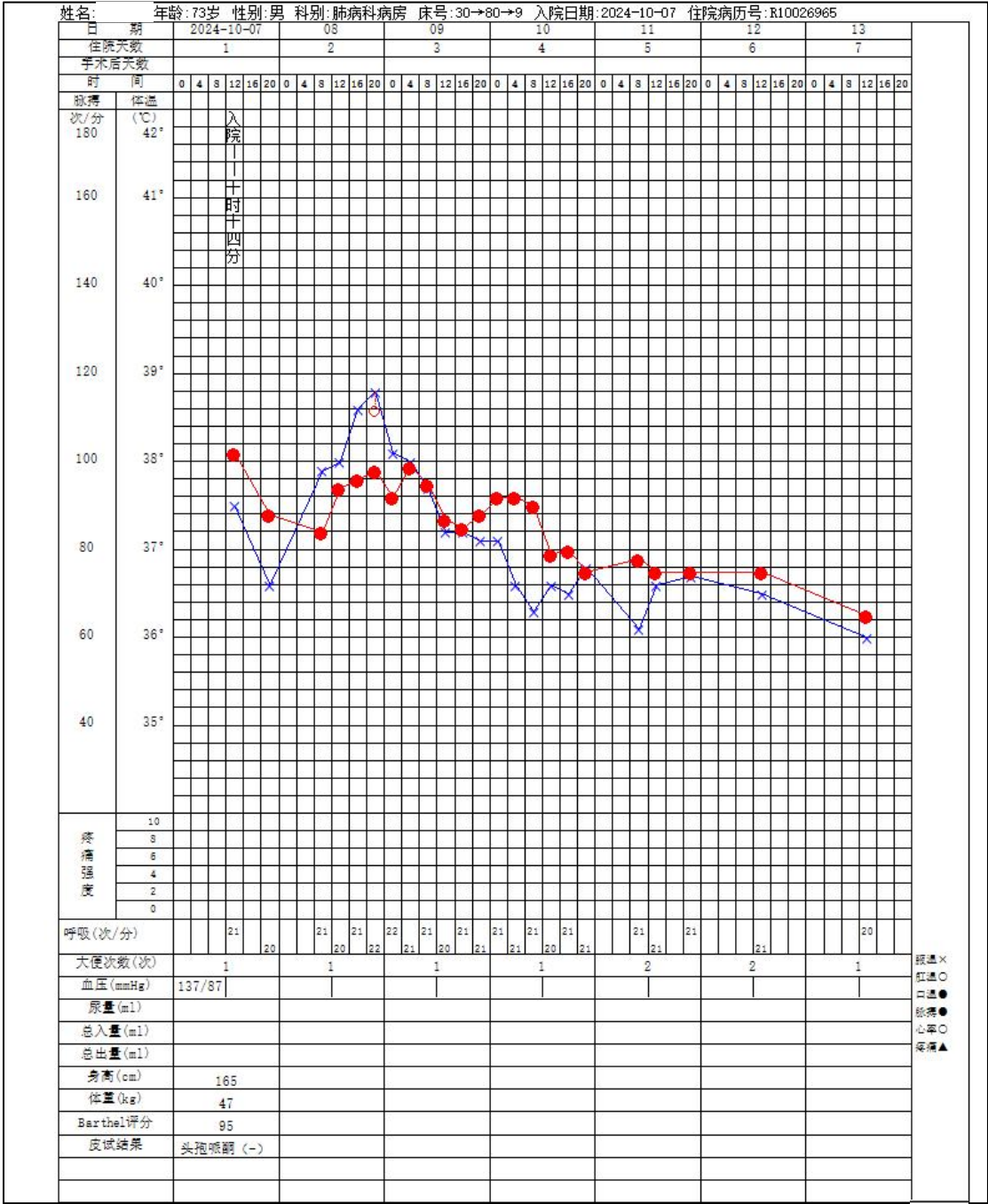
呼吸●

血压●

尿量○

疼痛▲

B.3 体温单（发热）



B.4 体温单 (术后)

[illegible]

B.5 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: R10029333																											
日期		10-18				19				20				21				22				23				24											
住院天数		8				9				10				11				12				13				14											
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	0	4	8	12	16	20
脉搏	体温																																				
次/分	(℃)																																				
180	42°																																				
160	41°																																				
140	40°																																				
120	39°																																				
100	38°																																				
80	37°																																				
60	36°																																				
40	35°																																				
疼痛强度	10																																				
	8																																				
	6																																				
	4																																				
	2																																				
0																																					
呼吸(次/分)		20								21				20								20								20							
大便次数(次)		1								1				1				2				1				1											
血压(mmHg)		120/72																																			
尿量(ml)																																					
总入量(ml)																																					
总出量(ml)																																					
身高(cm)																																					
体重(kg)		60																																			
Barthel评分																																					
皮试结果																																					

附录 C

(规范性)

医嘱单

C.1 长期医嘱单

科室：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
开始时间	医嘱内容		频率	途径	嘱托
年 月 日	碳酸钙 D3 片(600mg*30 片) 600mg		每天二次	口服	
年 月 日	复方丹参滴丸(27mg*180 丸) 270mg		每天三次	口服	
年 月 日	艾普拉唑肠溶片(5mg*6 片) 5mg		每天一次	口服	
年 月 日	利伐沙班片(10mg*12 片) 10mg		每天一次	口服	
年 月 日	阿托伐他汀钙片(20mg*7 片) 20mg		每天上一次	口服	
年 月 日	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
年 月 日	艾司唑仑片 0.5mg po qn 0.5		每天晚上一次	口服	
年 月 日	盐酸多奈哌齐片(5mg*7 片) 5mg		每天一次	口服	
年 月 日	非布司他片(40mg*10 片) 20mg		隔日一次	口服	
年 月 日	琥珀酸美托洛尔缓释片(47.5mg*28 片) 23.75mg		每天一次	口服	
年 月 日	少车巴田沙坦钠片(200mg*28 片)(沙车巴曲 97mg/ 缬沙坦 103mg)) 100mg		每天二次	口服	
年 月 日	双歧杆菌四联活菌片(0.5g*30 片) 1.5g		每天三次	口服	
年 月 日	眠安宁颗粒(6g*12 袋) 6g		每天二次	冲服	

C.2 临时医嘱单

科室:		姓名:		性别:		年龄:		床号:		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	
月 日	时:分	XXX	测血糖	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	常规心电图 1	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	静脉血栓栓塞出血风险评估 1	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	电解质测定 血清	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	肝功能(S 不含 CHE、ALP) 血清	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	凝血四项 空腹血浆	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	传染标志物---酶法(不含甲、戊)血清	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	血细胞分析 静脉抗凝血	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	肾功能 血清	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	C 反应蛋白 CRP 血清	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	彩超泌尿系肾脏输尿管 1	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	【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	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
月 日	时:分	XXX	尿液检验(干化学+有形成分分析)尿液	一次性	月 日		XXX	月 日	时:分	XXX	
医护人员确认签名:											
第 1 页											

附录 D

(规范性)

护患沟通记录单

D.1 中西医护理侵入性操作护患沟通记录单

科室: 肺病内科病房 床号: 11 住院号: R1013018 姓名: XX 性别: 男 年龄: 72岁

临床诊断: XXX

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:

D.2 中西医护理非侵入性操作护患沟通记录单

科室：肺病内科病房 床号：19 住院号：R1013018 姓名：XXX
 性别：男 年龄：72岁

临床诊断：社区获得性肺炎

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：

穴位按摩/药棒穴位按摩：1.过敏 2.疼痛 3.烫伤后感染 4.其他等。

穴位贴敷：1.过敏 2.局部出现水疱后感染 3.色素沉着 4.形成瘢痕组织 5.其他等

雾化吸入：1.过敏反应 2.感染 3.呃逆 4.呼吸困难 5.缺氧及二氧化碳潴留
 6.呼吸暂停 7.哮喘 发作或加重 8.其他等。

氧气吸入：1.无效吸氧 2.气道黏膜干燥 3.腹胀 4.鼻出血 5.感染 6.氧中毒
 7.肺组织损伤 8. 过敏反应 9.其他等。

无创机械通气：1.呼吸机相关肺损伤 2.通气不足 3.过度通气 4.呼吸道阻塞5.
 氧中毒 6.腹胀 7. 刺激性结膜炎 8.面部压伤 9.肺不张 10.呼吸性碱中毒
 11.其他等。

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：

D.3 压力性损伤风险护患沟通记录单

科室：_____ 床号：_____ 住院号：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

临床诊断：_____

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：_____

D.4 跌倒坠床风险护患沟通记录单

科室：_____ 床号：_____ 住院号：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

临床诊断：_____

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：_____

D.5 非计划拔管风险护患沟通记录单

科室：_____ 床号：_____ 住院号：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

临床诊断：_____

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、患者带管活动时应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: _____

附录 E

(规范性)

护理记录单

E.1 首次护理记录单

科室：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 住院号：_____

患者：XXX，女性，7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“肠覃”收入院，扶行入病房。于“10时48分”通知“XX”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：淡红、苔薄白 脉象：细弱。一级护理；病人病重；心电监护；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：XXX。西医诊断：XXXX

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，了解其心理状况、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：_____

E.2 一般患者护理记录单

E.2.1 护理记录单（特级护理）

[illegible]

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.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.导尿管 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

E.3 重症医学科护理记录单

科室:重症医学科 姓名:XX 年龄:XX 岁 性别:女 床号:1 住院号:R10129285 中医诊断: 肺炎喘嗽 痰热壅肺证 西医诊断: 1.重症肺炎 I型呼吸衰竭 入科日期/天数: 2025-07-29 12:20:00/第 12 天 日期: 2025-08-09

项目时间		08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	医嘱执行内容									
生命体征	体温(℃)																																		
	心率（次/分）																																		
	呼吸(次/分)																																		
	无创血压（mmhg）																																		
	血糖 mmol/L(Q6H)																																		
	SPO2(%)																																		
	心律																																		
	神志																																		
瞳孔	左/右瞳孔大小（mm）																																		
	左/右瞳孔对光反射																																		
																												24h摄入量(ml)	项目/班次	责班	晚班	夜班	总计		
摄入量	口服/鼻饲摄入内容																												注射						
	其他摄入内容																																		
	其他摄入量(ml)																																		
	冲洗液入量																																		
																													总计						
排出量	大便(ml)																																		
	小便(ml)																																		
	痰液量(ml)																																		
	胃液(ml)																																		
	冲洗液出量																																		
																													总计						
时间	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00		合计									
每小时入量	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0									
每小时出量	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0									
每小时差值	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0									

E.4 手术护理及物品清点记录单

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 科室：_____ 床号：_____ 住院号：_____ 手术间号：_____											
术前诊断：_____											
手术名称：_____											
麻醉方式：_____ 药物过敏：_____											
护 理 情 况	术前	入室时间：_____ 入室意识： ☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏睡 ☐ 深昏睡 皮肤情况： ☐ 完好 ☐ 破损 ☐ 压红 （部位：_____ 大小：_____） 静脉输液： ☐ 有 ☐ 无 深静脉穿刺： ☐ 有 ☐ 无 导尿管： ☐ 有 ☐ 无 禁食： ☐ 有 ☐ 无 胃管： ☐ 有 ☐ 无									
	术中	手术开始时间：_____ 手术结束时间：_____ 体位：_____ 静脉通路： ☐ 上肢（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 下肢（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 头皮 ☐ 颈部 负极板： 通路方法： ☐ 留置针 ☐ 深静脉置管 ☐ 静脉切开 ☐ 普通输血（液）针 止血带： ☐ 有 [上肢（ ☐ 左 ☐ 右） / 下肢（ ☐ 左 ☐ 右）] ☐ 无 使用时间：_____ 导尿： ☐ 有 ☐ 无 尿量：_____ml 引流管： ☐ 有 ☐ 无 输血： ☐ 有（自体输血：_____ml 异体输血：_____ml 输血浆：_____ml）血型：_____ ☐ 无									
	术后	意识： ☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏睡 ☐ 深昏睡 ☐ 麻醉状态 标本： ☐ 有 ☐ 无 皮肤情况： ☐ 完好 ☐ 破损 ☐ 压红（部位：_____ 大小：_____） 出室时间：_____ 术后送回： ☐ 病房 ☐ ICU ☐ 麻醉恢复室									
	术中所用器械、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						小纱布					
小弯钳						盐水纱					
中弯钳						盐水垫					
大弯钳						脑棉片					
皮肤钳						棉球					
持针器						缝针					
布巾钳						带线针					
长平镊						刀片					
有齿镊						吸引头					
无齿镊						电刀头					
消毒钳						注射器					
手术剪						针头					
刀柄						头皮夹					
拉钩						钢板					
压肠板						螺丝钉					
特殊器械						/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
利多卡因乳膏局麻后静脉穿刺 ☐ 有 ☐ 无 奥布卡因凝胶局麻后导尿 ☐ 有 ☐ 无 特殊情况：_____											
器械护士：_____ 巡回护士：_____											

E. 5 麻醉复苏记录单

日期： 科室：

姓 名		性 别		年 龄		住院号							
床 号													
术后诊断		麻											
醉方法		已施手术											
时间 (分钟)		14:05		14:35		15:05		15:35		16:05		16:35	
								17:05		17:35		18:05	
用 药 及 输 液 情 况													
出 量													
脉 搏 收缩压 舒张压 自主呼吸 机械通气 进出复苏室 1,2,3... 事件序号 插管 拔管 PR BP	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
	100												
	80												
	60												
	40												
监 测	意识												
	SPO2(%)												
标 记													
备 注													
出 室 情 况	疼痛评分: 分												患者去向: ICU 病房
	意识: ☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏睡 ☐ 深昏睡 ☐ 麻醉状态												
	其他: ☐ 病例 ☐ 影像资料 ☐ 衣物 ☐ 贵重物品 ☐ 其他:												
	出室时间: 麻醉医师: 护士:												

E.6 日间病房一般护理记录单

姓名： 出生日期： 病人 ID：
 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

入院评估及术前相关知识宣教

拟于今日 麻下行 术，患者术准备已完善，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 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

E. 7 新生儿病情观察记录单

科室：

姓名：

性别：

年龄：

床号：

住院号：

中医诊断：

西医诊断：

日期	时间	观察项目														入量		速度 (ml/h)	出量		病情观察及 护理措施	护士签名	电子签 名
		体温	心率	呼吸	血压	指脉氧	体重	神志	面色	皮肤	脐部	肢端	肌张力	氧疗方 式	管道	项目	量		项目	量			

E. 8 输血护理记录单

申请单号：

患者信息：

姓名： 性别： 年龄： 床号： 住院号：
科室： 临床诊断： 出生日期：
输血史： 不良反应史： 妊娠史： 受血者血型：

取血前十五分钟	体温	脉搏	心率	呼吸	血压	神志	执行人签名

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

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

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	执行人签字

E.9 静脉导管留置维护护理记录

科室：

床号：

住院号：

姓名：

性别：

年龄：

置管日期：		拔管日期：		导管拔出： ☐ 正常 ☐ 非计划拔管															
置管目的：		☐ 补液 ☐ 静脉高营养 ☐ 血管活性药物 ☐ 化疗 ☐ 监测CVP ☐ 血液透析 ☐ 外周静脉穿刺困难 ☐ 其他：																	
导管类别：		☐ 中心静脉导管 (CVC) ☐ 经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) ☐ 输液港 (PORT)																	
置管频次：		☐ 院外带入 ☐ 首次 ☐ 第二次 ☐ 第三次 ☐ 其他：																	
置管部位：		CVC： ☐ 左颈内静脉 ☐ 右颈内静脉 ☐ 颈下静脉 ☐ 左股静脉 ☐ 右股静脉 ☐ 其他：																	
		PORT： ☐ 左颈内静脉 ☐ 右颈内静脉 ☐ 左锁骨下静脉 ☐ 右锁骨下静脉 ☐ 其他：																	
		PICC： ☐ 左贵要静脉 ☐ 右贵要静脉 ☐ 左肘正中静脉 ☐ 右肘正中静脉 ☐ 头静脉 ☐ 其他：																	
导管官腔：		☐ 单腔 ☐ 双腔 ☐ 其他：																	
日期	时间	严格手卫生	患者体温	导管标识维护标识	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/封管注射液器	评估留置导管的必要性	护士签名

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留置维护护理记录单。

E. 10 健康教育实施记录单

E. 10.1 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	不解		
入院介绍	介绍责任护士、管床医生、护士长、科主任											
	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、											
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、											
出院宣教	生活起居指导											
	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、											

备注：若有病人有手术等情况，需对照外科健康宣教单再次宣教并做好记录。

E. 10.2 健康教育实施记录单（外科）

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	不解		
入院介绍	介绍责任护士、管床医生、护士长、科主任											
	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、											
	2、											
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、											
	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											
	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											
	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：若病人有多次手术等情况，需再次宣教并做好记录。

E. 11 产程观察表

姓名:

性别:

科室:

住院号:

[illegible]

复核签名: _____

E.12 分娩记录单

姓名：_____ 性别：_____ 科室：_____ 住院号：_____

产程开始时间：						第一产程：								
宫口开全时间：						第二产程：								
婴儿娩出时间：						第三产程：								
胎盘娩出时间：						总产程：								
破膜时间：			方式：			麻醉方法：			药名：			剂量：		
羊水颜色：			量：			会阴裂伤：			会阴切开：			指征：		
						外缝：			内缝：					
阴道壁裂伤：			部位：			缝合：			产道血肿：					
宫颈裂伤：			缝合：			“8”字缝合：			缝合者：					
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			
								窒息	复苏方法	给药				
新生儿评分		呼吸		心率		肌张力		喉反射		皮肤颜色		评分		
1分钟														
5分钟														
10分钟														
母乳喂养指导：														
胎盘娩出情况：			重量：			体积：								
副胎盘：			胎膜情况：			处理：			其他：					
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						
后羊水颜色：		粘稠度：		量：		总羊水量：		其他情况：						
产时用药：		产后用药：		无痛分娩用药：										
特殊情况记录														
手术：														
产后诊断														
新生儿诊断														
新生儿出生特殊情况														
新生儿去向														
时间		出血量（ml）		宫底高度		宫缩		血压（mmHg）		脉搏（次/分）				
产时														
一小时														
二小时														
总出血量														
接生者：		记录者：		护送人：										

附录 F

(规范性)

患者转科中西医护理交接记录单

F.1 患者转科交接护理记录单

科室：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 住院号：_____

转出 科室 填写	中医诊断：	西医诊断：									
	病房转运患者日期：	时间：		时	分	手腕带： ☐ 无 ☐ 有					
	转运方式	☐ 平车 ☐ 轮椅 ☐ 扶行 ☐ 步行 其他：									
	意识状态	☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 谵妄 ☐ 浅昏迷 ☐ 深昏迷 其他：									
	瞳孔	左： mm ☐ 灵敏 ☐ 迟钝 ☐ 消失 其他： 右： mm ☐ 灵敏 ☐ 迟钝 ☐ 消失 其他：									
	主要体征	T: °C P: 次/分 R: 次/分 BP: mmHg 指脉氧： % 疼痛： ☐ 无 ☐ 有 评估工具： ☐ 数字评定量表 ☐ 面部表情 评分： 分 部位： 性质： ☐ 胀痛 ☐ 刺痛 ☐ 酸痛 ☐ 隐痛 ☐ 剧痛 ☐ 放射痛 ☐ 绞痛 其他：									
	过敏史	☐ 否认 ☐ 有 过敏药物名称： 其他：									
	通气方式	吸氧： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 鼻氧管吸氧 ☐ 面罩吸氧 其他： 人工气道： ☐ 口咽/鼻咽通气管 ☐ 经口气管插管 ☐ 经鼻气管插管 ☐ 气管切开 插管长度： cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 ☐ 氧气袋 ☐ 氧气瓶（10升） ☐ 呼吸气囊 ☐ 转运呼吸机									
	静脉通道 及输液	输液： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 钢针穿刺 ☐ PVC ☐ CVC ☐ PICC ☐ PORT 其他： ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 其他： 穿刺点： ☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 渗血 ☐ 渗液 ☐ 红肿 ☐ 青紫 正在输入液名称： 量： 药物名称： 剂量： 其他：									
	伤口敷料	☐ 无 ☐ 有 部位： ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他： 部位： ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他： 部位： ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他：									
	胃管	☐ 无 ☐ 有（置管时间： ） ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 胃液颜色： 插管长度： cm 其他：									
	尿管	☐ 无 ☐ 有（置管时间： ） ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 尿液颜色： 其他：									
	引流管	☐ 无 ☐ 有（置管时间： ） 根 名称： 部位： 外露长度： cm ☐ 通畅 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm ☐ 通畅 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他： 名称： 部位： 外露长度： cm ☐ 通畅 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他：									
	皮肤情况	☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 黄染 ☐ 苍白 ☐ 青紫 ☐ 潮红 其他： 压力损伤： ☐ 无 ☐ 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	☐ 病历 ☐ 影像资料 ☐ 药物 名称： 数量： 其他：									
	其他	身体内金属置物： ☐ 无 ☐ 有 内置物名称： 部位：									
	特殊交班										
	转出护士：	转入科室：		转入时间：		时	分	转入科室护士：			

F.2 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

科室：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 岁 住院号：_____ 床号：_____

术前交接记录 病房护士填写	诊断：_____ 拟手术名称：_____	
	病房转运患者日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 时间：_____ 时 _____ 分 手腕带：□无□有	
	转运方式	□平车 □轮椅 □扶行 □步行 其他：_____
	意识状态	□清醒 □嗜睡 □昏睡 □谵妄 □浅昏迷 □深昏迷 其他：_____
	主要体征	T: _____ °C P: _____ 次/分 R: _____ 次/分 BP: _____ mmHg 指脉氧: _____ %
		疼痛：□无□有 评估工具：□数字评定量表 □面部表情评分：_____ 分 部位：_____ 性质：□胀痛 □刺痛 □酸痛 □隐痛 □剧痛 □放射痛 □绞痛 其他：_____
	过敏史	□否认 □有二 过敏药物名称：_____ 其他：_____
	禁食	□禁食 □无需禁食
	皮试	□无 □有 皮试结果：_____ 药物名称：_____ 生产批号：_____
	备皮	□备皮 □无需备皮
	首饰、发卡	□无 □有
	义齿	无 □有
	皮肤情况	□正常 □异常 (请 注 明) : _____
	引流管	□无□有 引流管名称：_____ 胃管 □通畅 □堵塞 □脱出 其他：_____
	静脉通路及输液	输液：□无 □有 □钢针穿刺 □PVC □CVC □PICC □PORT 其他：_____
		□通畅 □堵塞 □脱出 其他：_____
		穿刺点：□正常 □异常 □渗血 □渗液 □红肿 □青紫 □肿胀
		正在输入液体名称：_____ 量：_____ 药物名称：_____ 剂量：_____
	其他：_____	
	应携带物品、药昌等	□病历□影像资□病员服□药物名称：_____ 数量：_____ 其他：_____
特殊交接		
患者到手术至时间：_____ 时 _____ 分		
病房护士：_____ 手术室护士：_____		
术后交接	手术名称：_____	
	转运患者日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 时间：_____ 时 _____ 分 手腕带：□无 □有	
	麻醉方式	□全麻 □椎管内麻醉□神经阻滞□局麻 其他：_____
	转运方式	□平车 □轮椅 □扶行 □步行 其他：_____
	转入科室	□复苏室 □原科室 □ICU 其他：_____
	主要体征	T: _____ °C P: _____ 次/分 R: _____ 次/分 BP: _____ mmHg 指脉氧: _____ %
		疼痛：□无□有
	意识状态	□清醒 □嗜睡 □昏睡 □谵妄 □浅昏迷 □深昏迷 其他：_____
	镇痛泵	□无 □有 □通畅 □堵塞 □脱出其他：_____
	静脉通路及输液	输液：□无 □有 □钢针穿刺 □PVC □CVC □PICC □PORT 其他：_____
□通畅 □堵塞 □脱出 其他：_____		
穿刺点：□正常□异常□渗血□渗液□肿□青紫□肿胀		

		正在输入液体名称:	量:	药物名称:	剂量:
		其他:			
第 1 页					
接 记 录 — 手 术 室 麻 醉 复 苏 室 护 士 填 写	通气方式	吸氧: ☐ 无 ☐ 有 ☐ 鼻氧管吸氧 ☐ 面罩吸氧 其他:			
		人工气道: ☐ 口咽/鼻咽通气管 ☐ 经口气管插管 ☐ 经鼻气管插管 ☐ 气管切开			
		插管长度: c cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出			
		☐ 氧气袋 ☐ 氧气瓶(10 升) ☐ 呼吸气责 ☐ 转运呼吸机			
	伤口敷料	☐ 无 ☐ 有			
		部位: ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他:			
		部位: ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他:			
		部位: ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他:			
		部位: ☐ 清洁干燥 ☐ 渗液 ☐ 渗血 其他:			
	皮肤情况	☐ 正常 ☐ 异常 请注明:			
压力性损伤: ☐ 无 ☐ 有					
部位: 分期: 面积: 颜色:					
部位: 分期: 面积: 颜色:					
术后引流管	☐ 无 ☐ 有 ☐ 胃管 ☐ 尿管 术区引流管 ☐ 无 ☐ 有 根				
	名称: 部险: 外露长度: cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出其他:				
	名称: 部险: 外露长度: cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出其他:				
	名称: 部位: 外露长度: cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出其他:				
	名称: 部位: 外露长度: cm ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出其他:				
携带物品	☐ 病历 ☐ 影像资料 ☐ 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。

F.3 患者血液透析前后交接护理记录单

科室：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 住院号：_____ 床号：_____

透析前交接记录 病房护士填写	中医诊断：_____ 西医诊断：_____		
	病房转运患者日期：_____年_____月_____日 时间：_____时_____分 手腕带： ☐ 无 ☐ 有		
	转运方式	☐ 平车 ☐ 轮椅 ☐ 扶行 ☐ 步行 其他_____	
	意识状态	☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 谵妄 ☐ 浅昏迷 ☐ 深昏迷 其他：_____	
	主要体征	T: _____℃ P: _____次/分 R: _____次/分 BP: _____mmHg 指脉氧: _____% 血糖: _____mmol/L	
		疼痛： ☐ 无 ☐ 有评估工具： ☐ 数字评定量表 ☐ 面部表情 评分：_____分 部位：_____性质： ☐ 胀痛 ☐ 刺痛 ☐ 酸痛 ☐ 隐痛 ☐ 剧痛 ☐ 放射痛 ☐ 绞痛 其他_____	
	过敏史	☐ 否认 ☐ 有 过敏药物名称：_____ 其他：_____	
	饮食状态	☐ 已进食 ☐ 未进食	
	通气方式	吸氧： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 鼻氧管吸氧 ☐ 面罩吸氧 ☐ 氧气袋 ☐ 氧气瓶(10升)	
	静脉通路	☐ 无 ☐ 有 ☐ 钢针穿刺 ☐ PVC ☐ CVC ☐ PICC ☐ PORT 其他：_____ ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 ☐ 其他	
		穿刺点： ☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 渗血 ☐ 渗液 ☐ 红肿 ☐ 青紫 ☐ 肿胀	
	透析血管通路	导管	☐ 长期 ☐ 临时
			☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 其他：_____
			部位： ☐ 右颈 ☐ 左颈 ☐ 右股 ☐ 左股 其他：_____
			导管、敷料： ☐ 导管打折 ☐ 导管脱出 ☐ 敷料干燥 ☐ 渗血 ☐ 脱落其他_____
		内瘘	☐ 自体内瘘 ☐ 移植内瘘
			部位： ☐ 左前臂 ☐ 右前臂 ☐ 左上臂 ☐ 右上臂 ☐ 左大腿 ☐ 右大腿 ☐ 胸壁 其他_____
			内瘘震颤： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 强 ☐ 弱
穿刺部位： ☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 渗血 ☐ 渗液 ☐ 红肿 ☐ 青紫 ☐ 血肿 其他：_____			
引流管	☐ 无 ☐ 有 引流管名称：_____		
	☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 其他_____		
皮肤情况	☐ 正常 ☐ 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：_____年_____月_____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	☐ 原科室 ☐ ICU 其他：_____	
	意识	清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 昏睡 ☐ 谵妄 ☐ 浅昏迷 ☐ 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： ☐ 无 ☐ 有评估工具： ☐ 数字评定量表 ☐ 面部表情评分：_____分 部位：_____性质： ☐ 胀痛 ☐ 刺痛 ☐ 酸痛 ☐ 隐痛 ☐ 剧痛 ☐ 放射痛 ☐ 绞痛 其他_____	
	通气方式	吸氧： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 鼻氧管吸氧 ☐ 面罩吸氧 ☐ 氧气袋 ☐ 氧气瓶(10升)	
	皮肤情况	☐ 正常 ☐ 异常 (请注明)：_____	
	静脉通路	☐ 无 ☐ 有 ☐ 钢针穿刺 ☐ PVC ☐ CVC ☐ PICC ☐ PORT ☐ 其他：_____ ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 脱出 ☐ 其他：_____	
穿刺点： ☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 渗血 ☐ 渗液 ☐ 红肿 ☐ 青紫 ☐ 肿胀			
透析管路	导管、敷料： ☐ 导管打折 ☐ 导管脱出 ☐ 敷料干燥 ☐ 渗血 ☐ 脱落 ☐ 其他_____		
血透室护士填写	内瘘	内瘘震颤： ☐ 无 ☐ 有 ☐ 强 ☐ 弱	
		穿刺部位： ☐ 正常 ☐ 异常 ☐ 渗血 ☐ 渗液 ☐ 红肿 ☐ 青紫 ☐ 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 小时后拆除。	

	引流管	☐ 无 ☐ 有 引流管名称：____ ☐ 通畅 ☐ 堵塞 ☐ 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。

附录 G

(规范性)

会诊单

姓名: XX 性别:男 年龄: X 岁 科室: XX 病房 床号: 48 住院号: 52xxxxx2

会诊申请单

请XX科普通/急会诊

邀请会诊时间 2024-02-23 15:35

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、髌骨、耻骨、阴茎多发转移(TxNxM1 IV 期);2.癌性疼痛;3.重度营养不良

患者小肠造瘘术后,更换造瘘袋。请贵科进行会诊、谢谢!
会诊目的:指导治疗;

送达时间: 2024-02-23

15:36

护士签名: 陈 xx

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。

诊断: 1.泌尿造口

2.肠造口;

3.慢性伤口。

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, 谢邀!

会诊时间: 2024-02-23

17:36

护士签名: 张 xx

附录 H

(规范性)

归档及排序

H.1 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） 2. 临床路径表 3. 长期医嘱单（按时间先后倒排） 4. 临时医嘱单（按时间先后倒排） 5. 入院记录 6. 首次病程记录 7. 病程记录 8. 疑难病例讨论记录 9. 产房各类记录（产程观察、产程图、分娩记录） 10. 术前讨论记录 11. 手术前小结 12. 手术风险评估表 13. 手术同意书 14. 麻醉同意书 15. 麻醉术前访视记录 16. 手术安全核查记录 17. 手术部位核查表 18. 手术清点记录 19. 麻醉记录 20. 手术记录 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） 22. 手术室护理记录单（分娩记录） 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 32. 会诊记录 33. 病危通知书 34. 住院病人（或家属）知情谈话记录 35. 阴道分娩申请单、剖宫产申请单 36. 医保病员自费或部分自费项目收费同意书 37. 患者自动出院或转院告知书 38. 住院病人离院责任书 39. 病员授权委托书 40. 各类专科医疗记录单（如血液透析记录单、化疗观察单） 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） 42. 病理资料 43. 辅助检查报告单 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、粘贴单（小便、大便、分泌物），先分类，再按照时间先后倒排】 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） 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） 46. 入院评估表（不归档） 47. 病人入院须知（不归档） 48. 承诺书 49. 住院病案首页 50. 住院证 51. 前次住院病案或门急诊病历等 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）

H. 2 新生儿在架病历排列顺序

新生儿在架病历排列顺序 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 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。	
--	--

H.3 在架病历排列顺序

归档病历排列顺序	系列表单（评估单、告知书、同意书）
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. 手术安全核查表 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项目收费同意书、中医治疗签字单及各类同意书、VTE	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 - 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】 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 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） 48. 承诺书

H. 4 新生儿归档病历排列顺序

新生儿归档病历排列顺序	
1. 住院病历首页	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）
2. 临床路径表/临床路径变异表	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）
3. 入院记录	23. 体温单
4. 首次病程记录	24. 长期医嘱
5. 病程记录	25. 临时医嘱
6. 疑难病历讨论记录	26. 新生儿护理记录（生理区护理记录——病理区记录）（按日期编辑顺序）。
7. 出院记录	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）
8. 死亡记录	28. 出院注意事项及出院随访单
9. 死亡病例讨论记录	29. 住院证
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、GMS 量表）	
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】	

附录 I

(规范性)

交班报告

1.1 交班报告（内科）

病人动态	时间	时间：08:00-17:00			时间:17:00-00:00		时间：00:00-08:00	
		总数：	入院：	出院：	总数：	入院	总数：	入院：
病情	床号	转出：	转入：	手术：	转出：	转入：	转出：	转入：
	诊断	危急值：	病危：	外出：	分娩：	病危：	分娩：	病危：
例如：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“XX”医生 。测:36.2℃CP: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。						
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>10000.00pg/mL 偏高，已告知值班医生， 余结果详见化验单。						
晨间重点血压		此处写“床号”						
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:						
		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。

1.2 交班报告（外科）
X 年 X 月 X 日至今晨交

时间 患者动态 床号 病情	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：	入院：	出院：
	转出：	转入：	手术：	转出：	转入：	手术：	转出：	转入：	手术：
诊断	分娩：	病危：	死亡：	分娩：	病危：	死亡：	分娩：	病危：	死亡：
病人总数：（ ）人，入院：（ ）人，（ ）床为日间手术病人，【其中（ ）组：（ ）人：（床号） 手术（ ）人，（ ）床，手术病人（ ）床周五、周六均发烧，最高体温（ ）℃，遵医嘱（ ），今晨体温（ ）℃，余手术病人晚夜间病情平稳无特殊交班。 今日手术（ ）人，（ ）均为（ ）组，手术病人术前准备已完善。 病危病人（ ）床，姓名（ ），女，（ ）岁。患者为开放性右肾切除术后，予（ ）治疗。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:0ml，肾窝下引流量:1870ml，十二指肠引流量:0ml，尿量:570ml,大便 0mL,呕吐物 10。 （ ）床，姓名（ ），患者为经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℃。									
新（ ）床患者:姓名（ ），性别（ ），年龄（ ）岁，因“左侧腰部疼痛 10+天”于“年-月-日-时-分”以“（ ）”收入院，步入病房。于“时-分”通知（ ）医生。测:T:36.6℃,P:77 次/分,R:20 次/分;BP:118/77mmHg。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，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。			（ ）床，患者:姓名（ ），性别（ ），年龄（ ）岁，因“尿道口灼痛 3+天，加重 1 天。”于年-月-日-时-分”以“（ ）”收入院，步入病房。于“时-分”通知（ ）医生。测:T:36.8℃,P:77 次/分,R:20 次/分，BP:111/84mmHg。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			患者:姓名（ ），性别（ ），年龄（ ）岁，因“排尿不畅 5+年,加重伴 尿频、尿急 2+天”于（ ）收入院，步入病房。于“时-分”通知（ ）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。			
周五手术病人， 10 床 xx，拟于今日在麻醉下行腹腔镜左肾囊肿切除术									
外出病人:		此处写“床号”		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、SP02、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。									

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.
- [9]姜梅, 庞汝彦.助产士规范化培训教材(第1版)[M].北京: 人文出版社, 2017.
- [10]刘兴会, 贺晶, 漆洪波.助产(第1版)[M].北京: 人文出版社, 2018.