



爱尔眼科

AIER EYE HOSPITAL

住院部规章制度

沪滨爱尔眼科医院护理部编制

住院部规章制度

文件编号：HL-ZYB2021

版本：第一版

编制：护理部

批准：赵慧院长

2021 年 4 月编制

2021 年 5 月执行

序

为保证医疗安全，满足临床护理工作的需求，使临床护理工作质量持续改进和提高，护理部依据《临床护理实践指南（2011 版）》、《综合医院分级护理指导原则（试行）》、《医院实施优质护理服务工作标准（试行）》、《中国医院协会患者安全目标》、《病历书写基本规范》、《医疗机构消毒技术规范》、《医务人员手卫生规范》等法律法规，同时参考中山眼科中心汇编的《临床眼科护理指引》及《同仁眼科专科护理操作技术规范与评分标准》，结合我院临床护理实际工作，组织修订汇编了《住院部规章制度》，现印发给各临床科室，请遵照执行。

沪滨爱尔眼科医院护理部

二〇二一年四月

目 录

第一节 住院部管理制度	1
1、整体护理工作实施方案	1
2、眼科分级护理制度	2
3、护理风险预警机制、程序及管理制度	4
4、常用仪器设备和抢救物品使用制度及流程	6
5、常用仪器和抢救设备操作规程	7
6、常用仪器和抢救设备可能出现意外情况的处理预案及措施	13
(一) 心电监护仪	13
(二) 吸引器	14
(三) 除颤仪	15
(四) 心电图机	15
(五) 输液泵、注射泵	16
7、急救设备应急调配制度	17
8、重点环节应急管理制度	18
9、留观、入院、出院、转院、转科的制度	19
10、患者转科交接身份识别制度与流程	21
11、手术患者与病房管理流程和交接规范	23
12、住院、出院患者健康教育制度	23
13、围手术期患者安全管理规范及制度	24
14、住院部床位统一调配制度	27
15、医院没有空床或医疗设施有限时的处理制度及流程	28
16、住院患者自带药品管理规定	29
17、配制化疗药物的防护指引	31
18、输液、药物不良反应管理制度	32
19、输注药物配伍禁忌管理制度	32
20、急诊病人入院制度及流程	33
21、急危重症患者优先就诊及住院制度	34
22、病区管理制度及标准	35
23、病区物品管理制度	36
24、病区药品管理制度	37
25、抢救室管理工作制度	39
26、治疗室管理工作制度	40
27、病人探陪人员管理制度	40
28、医护技沟通制度	42
29、护患沟通制度	42
30、工休座谈会制度	43
31、患者的权利与义务告知管理制度	44
32、眼科护理哲理	45
33、科室业务学习管理制度	46
34、头孢类药物皮试液配制方法	47
35、爱尔眼科医院住院须知	47

第二节 患者安全管理制度	50
36、患者身份识别制度和方法及重点环节身份识别流程.....	50
37、重点患者身份识别制度及交接流程.....	51
38、病人腕带标识制度与操作程序	53
39、全麻病人护理常规	54
40、手术患者交接制度	55
41、静脉用药调配与使用操作规范	57
42、医嘱制度与执行流程	59
43、口头医嘱制度与执行流程	61
44、危重病人抢救制度	61
45、患者坠床与跌倒防范制度与措施	62
46、患者坠床与跌倒报告与伤情认定制度和程序	64
47、患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案及工作流程	65
48、患者坠楼防范措施	66
49、患者突发内外科常见急危重症的识别及处理要求	67
50 标本采集核对制度	73
51、四轻十不十不交接	73
52、患者病情评估管理制度	74
53、住院患者病情评估操作规范及程序	75
第三节 护理质量标准及操作流程	76
54、优质护理服务病房工作目标与标准	76
55、整体护理综合质量考核标准	78
56、观察和处置患者用药与治疗反应的制度与流程	80
57、眼科危重患者质量监测指标	82
58、护理文书书写质量要求及考核标准	83
59、住院部各种护理标记标准	86
60、出入院工作流程（含转出、转入流程）	86
61、白内障患者出入院流程	88
62、批量白内障患者接诊流程及要求	89
63、住院部服务标准用语	90
64、病历复印流程	94
第四节 住院部感染控制	96
65、感染管理监控员岗位职责（院感质控员）	96
66、住院部消毒隔离制度	96
67、病房日常清洁消毒制度	97
68、治疗室、治疗准备室紫外线空气消毒说明及标准	98
69、住院部各病区感控检测计划	98
70、眼科护理文书书写规范	100
71、住院部护理质量控制标准（100 分）	106
72、住院部感染预防与控制质量标准	114

第一节 住院部管理制度

整体护理工作实施方案

一、总目标：巩固成果、减负增效、强化内涵、促进责任制整体护理持续健康发展，改进护理质量、保障患者安全、提高患者满意度。

二、组织领导：成立医院责任制整体护理工作指导小组

组 长：院长

副组长：护理部主任

成 员： 住院部护士长或组长、骨干护士、质控护士

三、工作任务

以持续改进护理质量，提高病人满意度为目标，落实护士分层管理、落实护理人力的合理调配、落实护士文明语言行为规范、落实病情变化和病人心理状态的观察、落实手术前后、特殊检查治疗用药前后、病人出入院时的健康教育、咨询和指导，确保责任制整体护理持续健康发展，并使之成为护理工作的一种长效机制。

四、具体措施

1. 加强学习，转变意识。优质护理服务示范工程是医疗体制改革的重要举措之一，而实行责任制整体护理是保障这项举措落实的基础。让护士充分了解开展责任制整体护理是做好优质护理服务工作的前提与保障，真正把护士的时间还给病人，使病人真正获益。
2. 加强沟通，取得配合。护士方面：护士长要利用多种方法和途径宣传优质护理服务和责任制整体护理，让护士明白为什么要这样做、应该怎么做、工作职责怎样调整、人力如何合理安排。要树立“我的病人我负责”的思想。让护士通过加强病人的基础护理、密切和病人接触、更充分地了解病情变化，及时地为治疗提供信息，更好地为病人服务。 病人方面：通过反复的宣传使病人知道“今天谁负责我”，通过专业的、连续的、人性化的护理服务，使病人及家属满意。
3. 改变护理工作模式。取消功能制护理，改变为责任制整体护理。病区根据实际情况分若干个责任护士或组，做到所有护士均分管病人 ≤ 8 人。责任护士姓名上墙，分管患者床位上墙，负责所管病人的所有治疗、基础护理、专科护理、病情观察、出入院宣教和用药、手术前后指导、饮食指导、特殊检查指导等工作。护士分层责任承包病人，实行扁平化管理，病人包干到

护士，缩小护理照顾半径，加强护士责任感。护士长在排班时，结合各组病人的特点，尽量固定每组护士所负责的病人，使病人熟悉“我的护士”，也有利于护士掌握“我的病人”的病情，做到周安排、日调整。

4. 护理文书的完善。护理部在原有表格式书写护理文书的基础上继续完善各种护理文件的书写，客观体现护士所做的病情观察、评估及护理措施等。加强责任护士与病人的沟通，及时了解病人的心理状态，做好相应的心理护理从而为病人提供连续的、全程的护理服务。

5. 进一步完善各项疾病护理常规、健康教育指导，提高患者对健康教育的知晓率。进一步加强护理服务内涵，对患者进行治疗、饮食指导，特殊检查指导，特殊用药指导等，使各项护理工作更规范，使病人获得更优质的护理服务。护士长要对责任护士落实健康教育指导工作进行检查，了解病人是对饮食、检查、治疗、手术前后的每一环节是否知晓，以督促护士全面履行护理职责。

6. 病人对护理服务的满意度反馈。护理部、科室定期开展满意率调查，发放满意度调查表，了解病人对护士的熟悉度以及对科室护理工作的意见和建议，并将满意率作为个人绩效考核和科室评先评优的依据。

7. 绩效考核。建立基于护理人员层级、岗位、护理工作量、工作质量、满意度及技术要求的护士绩效考核办法并与薪酬结合，以充分调动各级护理人员的工作积极性，促进护士全面履行护理工作职责。更好地为病人服务。

8. 实施护理层级管理。根据护士能力、技术水平、工作年限、职称和学历等，对护理人员实施分层级管理，各病区护士共分为助理护士、责任护士、高级责任护士（核心护士）三个层级，明确各岗位职责、工作任务，充分体现能级对应的科学管理。

眼科分级护理制度

依据患者病情和自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

1、特级护理

（1）符合以下情况之一，可确定为特级护理

- 1) 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- 2) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- 3) 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者；
- 4) 其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。应 24 小时专人守护。

（2）护理要求

- 1) 专人守护，严密观察患者病情变化，监测生命体征，备齐急救物品、器材，随时准备抢救。
- 2) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；准确测量出入量。
- 3) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；制定护理计划，设危重患者护理记录单，并做好记录。
- 4) 保持患者的舒适和功能体位。
- 5) 实施床旁交接班。

2、一级护理

（1）符合以下情况之一，可确定为一级护理

- 1) 病情趋向稳定的重症患者，以及伴重要脏器损害的危重病人、眼部恶性肿瘤或严重感染危及生命者；
- 2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- 3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者，如玻切注油、注气术后等；
- 4) 自理能力重度依赖的患者；全麻术后未清醒者；
- 5) 眼球穿通伤、眼化学烧伤、青光眼急性发作、视网膜中央动脉阻塞、眶内容物剜除术后、全层角膜移植术后、有角膜穿孔倾向及已穿孔者。

（2）护理内容

- 1) 每 1 小时巡视一次病房，观察眼部及全身病情变化，如有异常及时报告医生。
- 2) 根据患者病情，测量生命体征，及时、正确采取应急治疗措施。
- 3) 根据医嘱患者绝对卧床，按疾病要求采取正确卧位，饮食为全流、半流或少渣饮食。
- 4) 了解心理状况，给予精神鼓励；必要时制定护理计划，做好护理记录。
- 5) 保持病室整洁，认真做好基础护理，预防压疮，提供护理相关的健康指导。

3、二级护理

（1）符合以下情况之一，可确定为二级护理

- 1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
- 2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
- 3) 病情稳定或处于康复期，视力欠佳，且自理能力中度依赖的患者；
- 4) 一般内眼手术后病情稳定、卧位要求不严格者，如白内障摘除术、抗青光眼手术、板层角膜移植术、眼球摘除术等；

5) 急性虹膜炎、角膜溃疡等眼部症状较重者。

(2) 护理内容

1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。

2、根据患者病情，测量生命体征；嘱患者注意休息，适当进行室内活动，饮食为软食或普食。

3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药等措施。

4) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；生活上给予必要协助。

5) 与病人交谈，做好心理护理，提供护理相关的健康指导。

4、三级护理

(1) 病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理

1) 内眼术前准备阶段、外眼手术前后的病人。

2) 单眼手术后恢复期。

3) 视力尚好，可自理生活的病人。

(2) 护理内容

1) 每 3 小时巡视一次病房，观察病情，了解精神、心理状态。

2) 病人可在病区内活动，注意勿做剧烈活动，治疗期间勿外出；给予普食。

3) 日常生活可自理，应注意眼部卫生；根据病情限制阅读、学习和剧烈活动。

4) 提供护理相关的健康指导，督促病人遵守院规。

护理风险预警机制、程序及管理制度

为进一步加强护理人员工作责任心，树立“以病人为中心，以人为本”的服务理念和为人民服务的宗旨，加强医院管理，改善服务态度，规范护士行为，提高护理质量，增强医疗安全防范意识，确保护理安全，特制定我院护理风险预警机制、程序及管理制度。

一、护理风险

指在护理服务过程中，发生因护理失误或过失导致的病人死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全（不良）事件的不确定性，以及可能发生的一切不安全（不良）事件的风险。护理风险由于医疗工作的复杂性、人的个体差异大、服务对象的特殊性，以及药理学和人体生命科学的未知性，使得医疗风险除了具备风险的一般特征（风险是客观存在的，

不以主观意识为转移的，具有客观性、永恒性、危害性和不定性）的特征之外，还具有：风险水平高，不确定性、十分复杂、存在于护理活动的各个环节中、危害性严重等特点。

二、护理风险的预警机制与程序

1、在临床运用的各类护理技术操作项目均存在不同程度的护理风险，因此，在给患者进行必须的有创的护理技术项目操作前，护士应将护理风险的程度及后果如实告知患者或其法定代理人，在征得患者本人或其法定代理人的同意后方可实施；在实施过程中，护士发现有产生严重护理风险的征兆时，应立即停止操作，避免医疗损害的发生，同时立即向护士长报告，在护士长的同意下将发生的实情告知患者本人或其亲属，以便取得停止操作的理解；如果在操作过程中发生了较为严重的损害，应立即口头上报护理部，再由当事人在 24 小时以内如实写出事件经过交护士长，由护士长签字后报护理部，护理部在接到口头报告后立即通知业务院长和医务部，共同制定补救措施并组织实施，相应科室要积极配合，将医疗损害程度降到最低；事后由事发科室负责人写出书面整改措施，报护理部备案，并在限期内整改到位。

2、重点防范临床护理人员易发生差错不良事件的环节、人群、意识、时段等四方面的危险因素，加强对高危人群、高危环节、高危时段、高危意识预防，对高危人群重点教育、高危环节严格控制、高危时段不忘警示，对主观意识过强、安全意识淡薄、法制观念不强的高危意识予以矫正。

3、利用各种规范醒目的标识起到提醒和警示作用，增强护士的风险意识，加强防范，降低意外事件发生率；医护明确分级护理内容，严格规定口头医嘱的使用范围，规范医护偶合性行为，减少医疗纠纷。

三、存在医疗风险的重点科室、重点环节、重点人员

1、**重点部门：**手术室、治疗室、治疗准备室

2、**重点环节：**安全注射、各种插管（留置针、导尿管等）、手术操作、医疗废物、危重患者的管理、围手术期管理、新开展的业务技术管理、有创诊疗操作、输液、用药和药物不良反应管理、治疗室各项操作、配液室操作等。

3、**重点人员：**重点科室及环节工作的医护人员均为重点人员。

四、重点科室、重点环节、重点人员的预警管理制度

1、各重点科室要严格执行医疗、护理核心制度，科室护士长应注重护理人员“三严”作风的培养，加强对重点环节的技术管理，严禁没有进行专门培训或技术能力达不到要求的人员独立操作重点环节，违者追究护士长责任并免职。

2、重点人员在工作时应排除一切干扰、精心操作，保证患者安全。在有干扰的情况下（如

身体不适、情绪波动、睡眠不足、注意力不能集中等），应主动向科室护士长提出，换他人操作，自己不提出的发生问题责任自负。

3、重点科室的护士长有权对本科室的重点人员进行培养和教育，个别工作不仔细、玩忽职守、有其他不适于进行重点环节操作的护士，科室护士长应书面报告护理部，进行人员调整。

4、重点人员有权越级向医院职能部门报告重点环节设施、设备的安全隐患并主动停止操作，职能部门接到报告后，应立即调查核实，并将情况向主管领导通报，采取积极的应对措施，避免医疗损害的发生。

5、重点环节的设施、设备、技术能力发生了重大改变时，科室护士长应立即报告护理部，由护理部向主管领导汇报，并发布重点环节的预警信号，限制使用或停止使用，同时备案。

常用仪器设备和抢救物品使用制度及流程

一、使用制度

- 1、定位放置：各种仪器、设备和抢救物品等放在易取放的位置，并定位放置、标识明显，不得随意挪动位置。
- 2、定人保管：各抢救仪器有专人负责保管，所有护理人员均应具备识别主要报警信息的基本知识与技能。
- 3、定期检查：
 - （1）每班接班人员对常用仪器设备和抢救物品进行清点记录，开机检查保持性能良好，呈备用状态。
 - （2）每周责任人负责检查、清点，做好卫生，同时护士长每周检查一次，均有记录。
- 4、定期消毒：使用后的仪器设备及抢救物品应立即消毒，未使用者每周消毒一次，每日清洁；对抢救车内物品依据不同效期按时消毒、灭菌，无过期物品。
- 5、仪器不得随意外借，经护理部或相关部门领导同意后方可借出。
- 6、定期保养：
 - （1）夜班每日清洁保养一次。
 - （2）责任人每周清洁保养一次并记录。
 - （3）装备部人员定期检修。

二、使用流程

使用前应先检查仪器、设备、物品等是否完好，正常仪器设备运行期间，不得擅自离岗

↓
仪器设备用完，立即归位

↓
及时做好清理工作，填好使用记录

责任人检查仪器设备是否完好, 签字

常用仪器和抢救设备操作规程

医用氧操作规程

一、使用前的准备和检查

- 1、检查氧气储量、打开气瓶开关, 观察氧压表的指示即可知储氧瓶内的储氧量, 如压力氧量小于 0.05MPa ($5\text{kg}/\text{cm}^2$) 时, 应停止使用, 补充医用氧气。

二、湿化瓶的使用

- 1、使用时旋转拧下, 往湿化瓶中加入无菌水, 拧紧上盖, 水位低于下标线或低于 $1/2$ 时及时补加水。
- 2、湿化瓶旋转拧紧到供氧嘴上。
- 3、使用前仔细检查导氧管、吸氧管、湿化瓶、是否清洁在有效期内。
- 4、当氧气通过湿化瓶时, 可以看到杯内有气泡出现, 表示湿化瓶工作正常。

三、给氧

1. 打开气瓶总开关, 再缓慢打开流量调节开关, 根据需要调节至适当流量再将给氧鼻塞插入患者鼻部, 做好固定即可给氧。
2. 给氧完毕先取下鼻塞再关闭气瓶总开关, 待压力降至 0 时, 再关闭流量调节开关。

三、医用氧气瓶的注意事项:

- 一、充装氧气必须由法定的医用氧气公司配送。
- 二、湿化瓶严禁倾斜。
- 三、使用环境温度不得超过 40°C 。
- 四、气瓶开关, 开启与关闭应缓慢, 不要用力过猛。
- 五、氧气瓶应严禁沾染油污, 严禁碰撞、扔摔, 远离热源、火种及易燃易爆物品, 避免强日光直接照射, 不得粘贴橡皮膏。
- 六、非使用期间, 气瓶开关必须处于关闭状态。
- 七、气瓶内氧气压力不得低于 0.05MPa ($5\text{kg}/\text{cm}^2$)。
- 八、产品出现故障不能继续使用, 也不得随意拆卸, 及时和氧气公司联系。
- 九、缺氧性疾病患者, 应在医生指导下选择氧流量大小

四、吸氧操作流程:

环境评估确保用氧安全——对患者进行评估——做好解释工作——清理鼻腔——开氧气筒的总开关进行吹尘——关闭总开关——安装流量表装置——固定连接好——开总开关检查是否有漏气——上好湿化瓶——接上氧气连接导管——检查管道是否通畅——为患者吸氧——告知注意事项——做好吸氧记录

注：房间内严禁存放易燃易爆等危险物品，无火源，通风应良好，温度适宜。

心电监护仪操作规程

一、使用环境的要求

- 1、工作环境温度：10—70℃；
- 2、相对湿度：30%—80%

二、使用操作规程

- 1、将监护仪推至病人床旁，核对床号、姓名，并向病人解释，以取得合作。
- 2、插上电源，仪器指示灯亮，根据病情摆好病人体位，清洁病人皮肤，贴好电极，将心电、BP、SP02 电缆线分别连接于病人身上，按下仪器的开机键，待仪器屏幕上显示监护画面后，按下‘血压周期设置键’，根据医嘱及病情通过旋转‘选择键’来设置所需的时间周期，再按下‘血压启动键’，仪器默认所设置的血压周期测定，血压测量完毕，显示屏上出现相应的 HR、SP02、R、BP 数值，根据显示的数据记录于护理记录单上。
- 3、监护仪使用完毕后，按下‘关机键’，把各输出电缆从病人身上取下，整理好病人体位，同时记录，整理用物，推回原位放置，用 75%酒精擦拭仪器及各输出电缆线。及时补充电极片、心电图纸，以便备用。
- 4、注意待仪器屏幕上显示监护画面后，需依据患者基础 P、R、BP 或年龄设置报警范围，一般为±10%。

三、注意事项：

- 1、仪器须放在平台上，保持干燥，避免潮湿。
- 2、使用前需检查仪器及各输出电缆线是否有断裂、破损，如仪器表面潮湿，先用干布擦干后再用。
- 3、心电电极贴放部位要准确。
- 4、血压测量禁止在输液或插管肢体上测量血压，局部皮肤破损者禁止绑袖带。
- 5、清洁仪器时，不要使用稀释剂或苯等化学溶剂，以免损坏仪器表面深层。定期检查仪性能。

四、心电监护仪操作流程：

环境评估——对患者进行评估——做好解释工作——检查仪器性能——接电源插座，必须是三线插座——打开电源开关——开启显示屏幕——调节设置功能——连接血压带——血氧饱和度接头——心电监护连接——开启测试开关——并做好记录

吸引器操作规程

一、使用前的准备和检查

- (1) 打开瓶盖，去掉瓶盖上的纱布，分别装入 100ml 的清水。
- (2) 检查吸引器性能是否良好，吸引管是否通畅，连接吸痰管，再次检查负压。

二、使用操作规程

- 1、使病人面向操作者，头略后仰，昏迷病人可用开口器帮助张口，再将吸痰管插入口腔颊部、咽部。若口腔吸痰有困难，可由鼻腔插管至咽部，当插入到适当位置后再接通电源，并使吸痰管左右旋转，缓慢上移，向上提出，将咽部及口、鼻分泌物逐段吸尽。
- 2、吸引过程中，应随时吸水冲洗吸痰管，以免痰液堵塞。如痰液过深不易吸出，可借助吸痰管插入的机械刺激，使病人作有效咳嗽动作，待咳嗽停止后再吸。
- 3、气管插管和气管切开病人吸痰时，护士应洗手，最好应戴无菌手套，送管时，应中断负压，当达到一定深部时再进行负压吸引，并将吸痰管左右旋转，边吸，边上提。当听到痰声后稍停数秒钟，以便吸净该处痰液。在吸痰前后，应加大氧气流量或呼吸机吸入氧浓度 1-2 分钟，以提高病人的血氧浓度，防止缺氧。

三、注意事项：

- 1、监测吸引器及管道的性能。使用吸引器前须检查电源电压与吸引器电压是否相符，进气管与出气管的连接是否正确。
- 2、熟练操作，严格无菌，防止交叉感染。吸痰运用应轻稳，吸引时负压不可过大，以免损伤气管粘膜；一次吸痰时间不超过 15 秒；气管内吸痰按无菌操作进行，吸痰管须每次更换，不得重复使用。

四、吸痰的操作流程：

环境评估——对患者进行评估——做好解释工作——准备用物——检查仪器——连接电源——选择合适管道——连接管道——调节负压——取合适的体位——指导患者深吸气——开始吸痰——每次时间不超过 15 秒——操作完毕做好记录——安置好病人——整理用物。

心电图机操作规程

一、使用前的准备和检查

- 1、检查心电图机各项工作性能是否正常，各附件是否齐全。
- 2、检查电源和地线或充电状态。
- 3、调节走纸速度的电压于标准状态。

二、操作规程

- 1、给受检查者讲解检查心电图的意义，告知检查无疼痛，无损害，打消顾虑，消除紧张情绪，使其肌肉放松，嘱其仰卧在检查床上。
- 2、接好地线，并再检查一遍接地是否可靠
- 3、接好电源线，打开电源开关，进行机器预热。
- 4、按规定接好导联线，先将受检者的双侧腕部及两侧内踝上部暴露，并用酒精纱布擦洗脱脂，
- 5、使皮肤发红。然后涂上导电液体，保持皮肤与电极良好接触。
- 6、肢体导联位置：将电极板按照右上肢→红线、左上肢→黄线、左下肢→绿线、右下肢→黑线（此线与地线相通）。
- 7、校正心电图机的走纸速度、画笔的位置和温度，并打击标准电压，校正后使其 10mm=1mV，记录纸速度一般为 25mm/s.
- 8、按导联旋钮开关顺序，逐个拨动开关，按次序记录 I、II、III、aVR、aVL、aVF、V1、V2、V3、V4、V5、V6 十二个导联的心电图或 5 个导联的心电图。
- 9、检查完后再核对一遍有无遗漏、伪差等，并在心电图纸上标好导联名称，受检查姓名及检查时间。
- 10、将导联开关旋回到“OFF”位，关闭电源开关，然后撤除各个导线。

三、心电图检查注意事项

1. 确认各导联与肢体连接正确及到电性能良好。
2. 做心电图时，如出现振幅超出心电图纸范围和心率过慢过快时及时调整电压和走纸速度至合理范围。
3. 躁动患者做心电图时，由家属协助进行，改用手动模式分步进行逐个导联描记。
4. 进行心电图检查时，发现特殊心电图异常改变（急性改变）应及时同临床医生联系，并限制病人活动，做完心电图后应及时记录患者信息（包括姓名、年龄、时间）并粘贴。
5. 描记常规十二导联心电图后，如 III 导联有异常 Q 波（即 Q 波大于 1 / 4R 波），应加做吸气描记。如 V1、V2 导联 R 波较高，或可疑后壁心肌梗死，应加做 V7-V9 导联；可疑右室梗死者，应加做 V3—V6R 导联。

四、心电图机操作流程：

遮挡屏风→清洁皮肤→连接导联线及导联球→打开开关→设计走纸速度→打开抗干扰键→测试→走纸记录→关闭开关。

Mindray 除颤监护仪的操作规程

主要应用于严重快速心律失常时，如心房扑动、心房纤颤、室上性或室性心动过速等。

一、使用环境的要求

- 1、工作环境温度：0—55℃；
- 2、相对湿度：15%—95%

二、除颤监护仪操作规程

1、做好心电监护，明确除颤指征. 有四种工作模式，按需要选择：

- (1) 手动除颤：选“手动除颤”，必要时调节能量 → 按下“充电”，按下“电击”
- (2) 非同步复律：帖附除颤电极片/电极板选“手动除颤”必要时调节能量 → 按下“非同步”确认主 ECG 上出现 R 波标记 → 按下“充电”，按下“电击”直至放电。
- (3) AED(A 自动体外除颤)：帖附除颤电极片→选“AED”→遵循提示→按下“电击”。
- (4) 心电监护：选择“监护”→按下“导联选择”。

2、患者平卧于硬板床。

3、能量选择。

4、将电极板涂好导电膏或将盐水纱布放于患者胸壁上。

5、按下充电按钮，此时会听到连续的充电声而不是蜂鸣声

6、将电极板放于患者的胸壁上，优化与病人的接触。

7、清楚响亮的喊一声“离床”。术者两臂伸直固定电极板，使自己的身体离开床缘，然后双手同时按下放电按钮，进行除颤。

8、评价除颤效果:电除颤后立即继续 CPR，经过 5 组 CPR 后，检查心律，有指征时再次给予电除颤。

9、解除除颤时，按解除按钮。如 30 秒未执行除颤电击，除颤器将自动解除。

10、操作完毕，关闭电源，复原按钮，清理电极板，按规定位置准确摆好。

三、电除颤的注意事项

- 1、保证操作中的安全，患者去除假牙；
- 2、导电物质不得连接，涂抹均匀，避免局部皮肤灼伤；

- 3、掌握好手柄压力；
- 4、保持电极板的清洁、间隔 $>10\text{cm}$ ；
- 5、为了能够准确计时，记录应以一个钟表为准； 避开溃烂或伤口部位；
- 6、避开内置式起搏器部位；
- 7、误充电须在除颤器上放电；
- 8、尽量避免高氧环境 CPR 过程中除颤时，应在病人呼气终时放电除颤， 以减少跨胸动电阻抗。

简易呼吸器操作规程

一、使用目的：维持和增加机体通气，纠正低氧血症

二、简易呼吸器的适应证：

1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。
2. 运送病员：适用于机械通气患者作特殊检查，进出手术室等情况。
3. 临时替代呼吸机：遇到呼吸机因故障、停电等特殊情况时，可临时应用简易呼吸器替代。

三、使用前的准备和检查：

- 1、人员：着装整洁、洗手
- 2、用物：简易呼吸器，面罩（流量表、湿化瓶），氧气管、口咽通气管；检查呼吸器各连接处是否漏气，面罩与呼吸器相连是否正确

四、操作流程

- 1、使病人去枕平卧解开衣领、腰带，头后仰，托起下颌、开放气道。
- 2、迅速清理呼吸道分泌物，有假牙者将假牙取出。
- 3、正确放置口咽通气管
- 4、氧气管与呼吸器连接，开氧气流量表 $8-10\text{L}/\text{min}$ 。
- 5、上简易呼吸器，扣紧面罩，一手拇指、食指呈“C”型按住面罩，中指、无名指、小指呈“E”型， 托起下颌，使面罩与口鼻紧贴，不漏气
- 6、用另一手挤压呼吸囊，反复有规律地挤压与放松，频率成人 $10-12\text{次}/\text{min}$ ，小儿酌情增加；挤压、放松 呼吸时间比 $1:1$ 。
- 7、观察记录病人反应、效果、时间。
- 8、整理用物，清洁面罩。

五、质量评价

- 1、放置简易呼吸器方法正确，通气有效。

- 2、操作熟练，动作迅速，准确。
- 3、关爱病人，病人无创伤及并发症。

六、简易呼吸器使用的注意事项：

- 1、面罩要紧扣鼻部，否则易发生漏气。
- 2、若病人有自主呼吸，应与之同步，即病人吸气初顺势挤压呼吸囊，达到一定潮气量便完全松开气囊，让病人自行完成呼气动作。

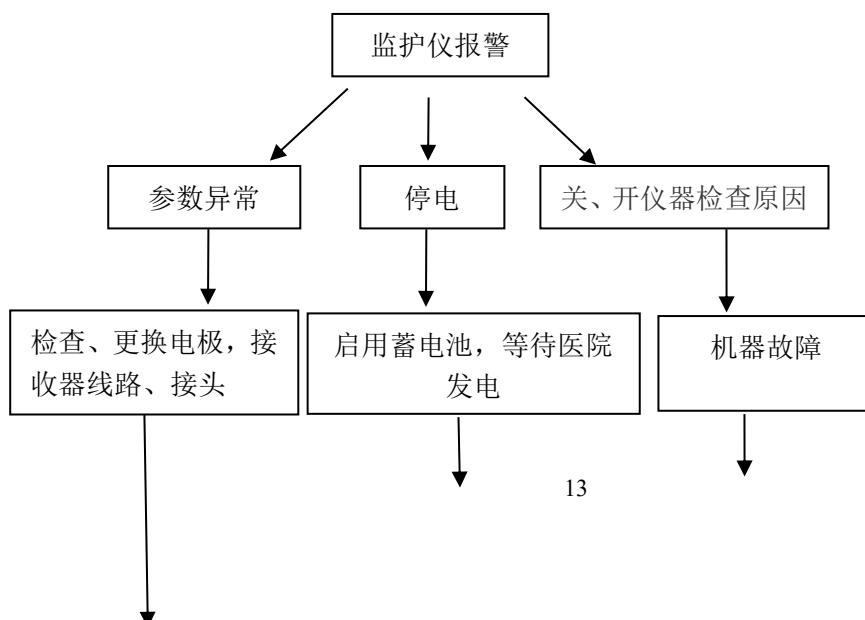
常用仪器和抢救设备可能出现意外情况的处理预案及措施

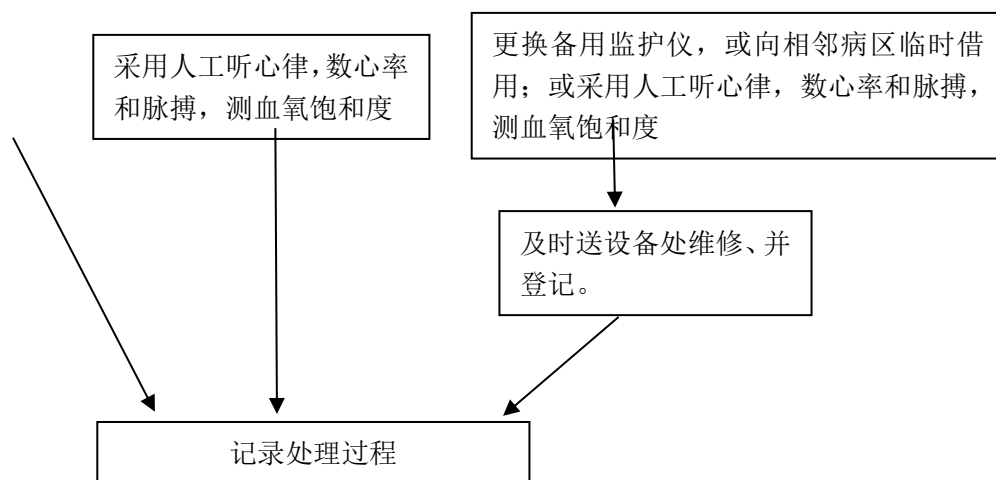
（一）心电监护仪

1、预防措施及主要准备

- 1）带有蓄电池的监护仪平时定期充电使蓄电池处于饱和状态。
- 2）装备部应定期检查监护仪，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。
- 3）有故障的监护仪挂上“仪器故障牌”，及时通知设备科维修；维修过程及维修结果应及时登记备案。
- 4）护士应熟练掌握监护仪操作流程。
- 5）护士应熟知本病房、本班使用的监护仪及使用患者的病情，严密观察患者生命体征及病情变化。
- 6）在使用监护仪过程中，随时观察监护仪的动态变化，确保体征参数正常。如遇监护仪出现紧急情况，如意外停电、参数报警、设备故障等时，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用监护仪的安全。

2、应急处理预案及措施



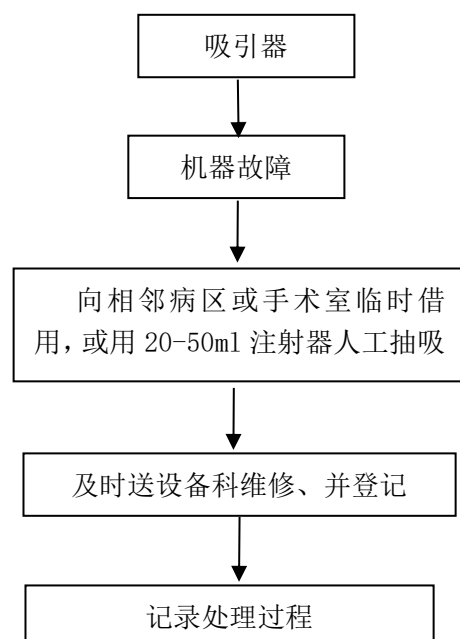


(二) 吸引器

1、预防措施及主要准备

- 1) 检查电源电压与吸引器电压相符, 进气管与出气管的连接正确, 负压瓶密闭良好, 处于备用状态。
- 2) 装备部定期检查吸引器状况, 确保设备运转良好, 做好维修、维护登记。
- 3) 有故障的吸引器挂上“仪器故障牌”, 及时通知设备科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。
- 4) 医护人员应熟练掌握吸引器操作流程及注意事项。
- 5) 严密观察患者生命体征及病情变化。
- 6) 在使用过程中, 如吸引器发生故障时, 医护人员应采取补救措施。

2、应急处理预案及措施

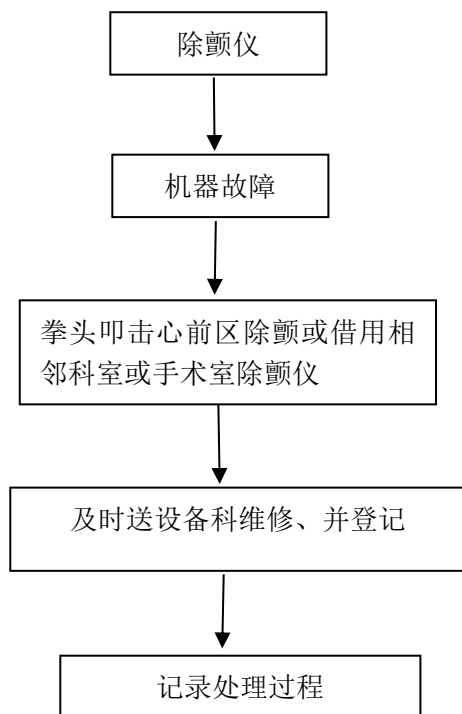


（三）除颤仪

1、预防措施及主要准备

- 1) 带有蓄电池的除颤仪平时定期充电使蓄电池处于饱和状态。
- 2) 装备部应定期检查除颤仪平状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。
- 3) 有故障的除颤仪挂上“仪器故障牌”，及时通知设备科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。
- 4) 医护人员应熟练掌握除颤仪的操作流程。
- 5) 严密观察患者生命体征及病情变化，对有心律失常的患者床旁备除颤仪。
- 6) 在使用过程中，如除颤仪发生故障时，医护人员应采取补救措施。

2、应急处理预案及措施



（四）心电图机

1、预防措施及主要准备

- 1) 带有蓄电池的心电图机平时定期充电使蓄电池处于饱和状态。
- 2) 装备部应定期检查心电图机状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。

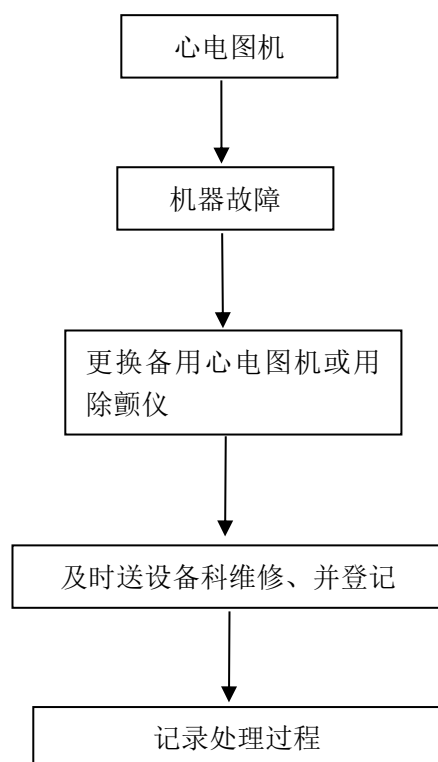
3) 有故障的心电图机挂上“仪器故障牌”，及时通知设备科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。

4) 医护人员应熟练掌握心电图机操作流程。

5) 严密观察患者生命体征及病情变化。

6) 在使用过程中，如心电图机发生故障时，医护人员应采取补救措施。

2、应急处理预案及措施



(五) 输液泵、注射泵

1、预防措施及主要准备

1) 带有蓄电池的输液泵、注射泵，平时定期充电使蓄电池处于饱和状态。

2) 装备部应定期检查输液泵、注射泵状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。

3) 有故障的输液泵、注射泵挂上“仪器故障牌”，及时通知设备科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。

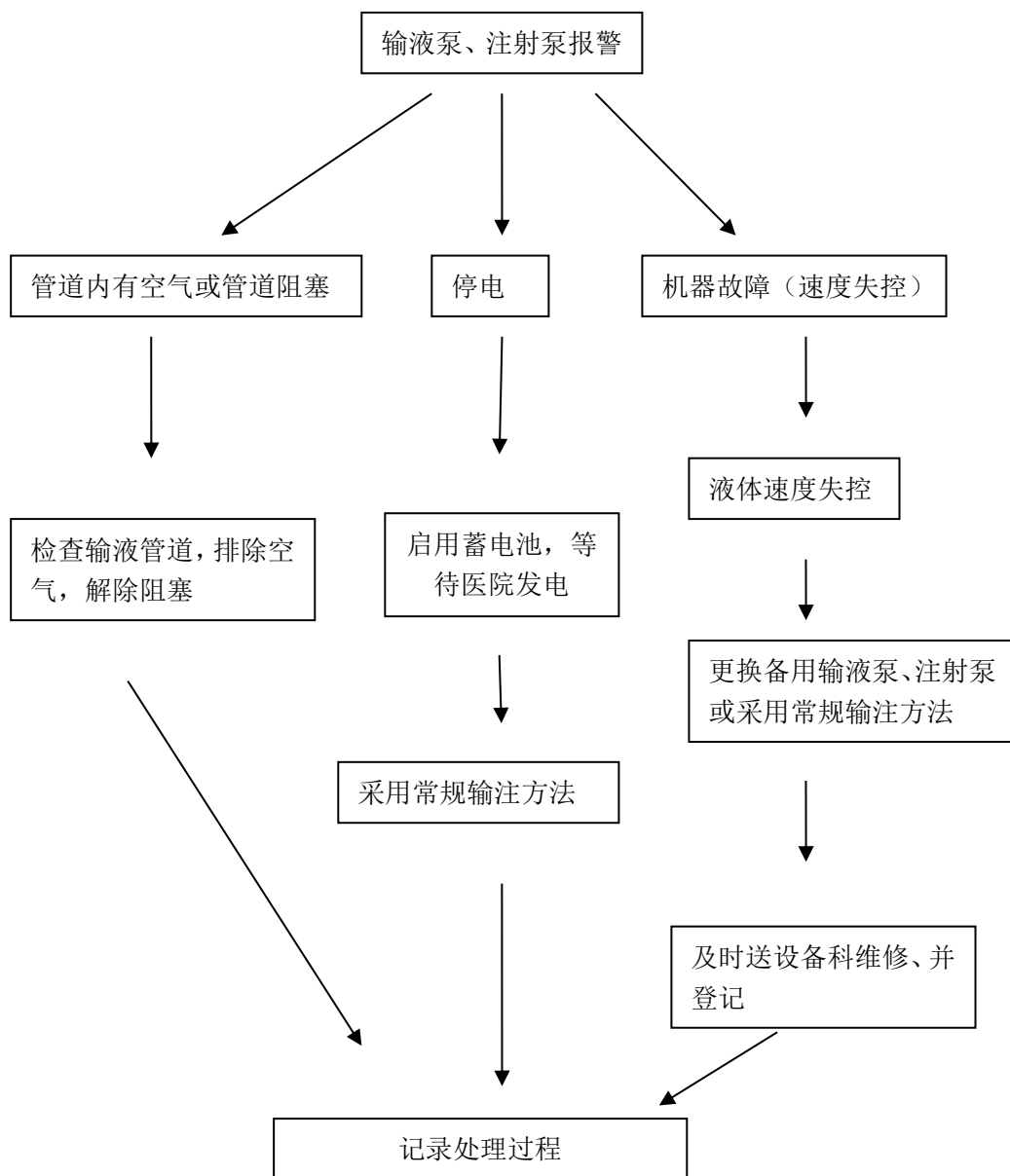
4) 护士应熟练掌握输液泵、注射泵的操作流程。

5) 护士应熟知本病房、本班使用的输液泵、注射泵及使用患者的病情，严密观察患者生命体征及病情变化。

6) 在使用过程中，随时观察输液泵、注射泵的动态变化，确保设备设置参数与实际运行参

数相符合。如遇输液泵、注射泵出现紧急情况，如意外停电、空气报警、管路阻塞、速度失控等设备故障时，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用输液泵、注射泵的安全。

2、应急处理预案及措施



急救设备应急调配制度

全院各部门按实际情况配备急救生命支持系统仪器（氧气、心电监护仪、除颤仪等），设备必须保持完好备用状态，并班班交接。当抢救病人时发生药品、物品不足或设备故障等紧急意外情况时，全院各部门应启动急救设备应急调配机制，具体调配情况如下：

一、急救设施设备的应急调配

- 1、门诊测视力处抢救病人时应到门诊抢救室借调抢救设施、设备和药品、物品等。
- 2、门诊抢救病人时，如急救设备发生紧急意外情况时应向特检科借调，其次向门诊抢救室借调。
- 3、特检科抢救病人时，如急救设备发生紧急意外情况首先向门诊借调，其次向门诊抢救室借调。
- 4、屈光科抢救病人时首先向门诊治疗室借调，其次向住院部借调急救设备和物资。
- 5、手术室抢救病人时，如急救设备发生紧急情况首先向住院部、特检科借调，其次向门诊抢救室借调。
- 6、住院部抢救病人时，如急救设备发生紧急情况向门诊治疗室借调，其次向门诊抢救室借调。

二、除颤仪的应急调配

特检科、小儿眼科、屈光科、手术室急救需要使用除颤仪时，应立即向住院部借调。

重点环节应急管理制度

- 1、科室应设立突发事件应急处理领导小组，科室领导（科主任和护士长）担任总指挥，负责对科室在安全注射、各种插管（留置针、导尿管等）、手术操作、医疗废物处理、治疗用药、输液核对、执行治疗操作、标本采集、围手术期、护理安全等重点环节的应急情况进行管理。
- 2、科室在护理工作中的关键环节管理中，应该有严格的规章制度，规范的抢救流程，在突发重点环节应急处理中，科室应该实行统一领导、统一指挥、责任追究。
- 3、科室应急领导小组应该由科室相关负责人组成，进行责任分管，科室各类人员在各自职责范围内做好应急处理的相关工作。
- 4、对于护理工作中重点环节的应急管理应当遵守预防为主、常备不懈的方针，贯彻依靠科学、统一领导、反应及时、措施果断、加强合作的原则。
- 5、科室应建立重点环节日常监测，做好各个班次的交接班工作。科室应该加强护士抢救能力的训练，加强对护士安全意识的教育。做好护士的培训及演练，采取护士考核达标上岗的管理方法，做到人人知晓科室应急上报流程及应急预案，确保监测与预警系统的正常运行。
- 6、任何个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。
- 7、科室突发事件应急处理领导小组接到报告后应当组织力量对报告事项进行调查核实、取证、采取必要的控制措施，及时报告调查情况并决定是否启动突发事件的应急预案。
- 8、突发事件应急预案启动后科室人员必须及时到达规定的岗位，服从统一指挥、调动。

9、科室应根据事件的关键环节管理出现的问题，组织相关人员分析、讨论，查找原因，认真总结经验教训，对实施中发现的问题及时修订、补充、持续改进医疗工作。

留观、入院、出院、转院、转科的制度

一、急诊留观制度：

（一）不符合住院条件、但病情尚需急诊观察的患者，需有急诊值班医师或门诊、手术医师的医嘱，方可留观察室进行观察；留观时间原则上不超过 72 小时。

（二）办理留观时应提供患者真实姓名、年龄、性别、费用类别（医保、自费），及时交纳费用；医保患者严格履行医保相应流程。

（三）值班医师和护士严密观察患者病情、及时治疗，按时详细认真地进行交接班工作，必要情况应书面记录。值班医师早晚各查房一次，随时查看危重患者，及时修订诊疗计划，按规定格式及时限书写病历，记录病情（包括辅助检查）、处理经过等，必要时请相关专业会诊；值班护士应主动巡视患者，按时进行诊疗护理并及时记录、反应患者病情。

（四）值班医师详细了解患者病情，征求患者或家属对诊疗方案的意见，并签署相关知情同意书或于病历中签字确认。

（五）严格执行留观病人登记制度，记录要全面、详细、认真。

二、入院制度：

（一）各有关部门（住院部、门诊部及各相关科室等）医务人员应通力合作，保证符合收治标准的患者能够尽快入院治疗。

（二）各临床科室应根据各专业疾病的特点收治患者入院。在患者入院、转科或转院前，需有与病史和体格检查所提示的辅助于诊断的各类化验和影像学检查。

（三）对符合本科室收治标准的患者，具有本院执业医师执照的医师才能签发入院证明。入院证明应注明初步诊断，并告知患者及家属初步的诊治计划、治疗结果等信息，帮助患者及家属做出住院与否的决定。

（四）普通患者入院可采取直接住院、协调护理单元住院、加床住院、预约住院等方式，医师并提前告知患者住院的方式。

（五）对急诊或有紧急需求的患者，优先诊治，优先入院，任何科室不得拒收此类病人。

（六）患者入院前需要交纳预交款，对病情不稳定需要抢救的患者，必须先进行抢救，后补款。

（七）医院员工应关注那些在就医过程中存在困难的患者，如年老体弱者、残疾人、语言交流

障碍和听力受损的患者，提供轮椅、翻译等帮助。

（八）患者办理入院手续后，应尽快到相应病区入住；如未入住，在院外发生的一切意外，由患者及家属承担责任；患者住院期间不得请假离院。

三、出院服务制度：

（一）患者出院应由主治医师以上（包括主治医师）在评估患者健康状况、治疗情况基础上，按照本科的具体要求决定；主管医师在评估病人需求的基础上，根据病人的需要制定相应的出院计划，并鼓励患者及家属一起参与。

（二）制定出院计划后，主管医师应提前向患者或家属告知，包括拟定出院时间、出院带药、合适的交通工具、出院后去向等。

（三）医师、护士应根据病情为出院患者提供必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等信息服务。

（四）医师应向每一位出院患者提供出院诊断证明等医疗文书。

（五）患者出院当天，医师下达出院医嘱，并与护士协调出院过程，联系提供必需的服务，根据患者病情帮助其选择合适的交通工具，让患者安全地出院。

（六）病情不宜出院而患者或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明继续治疗的重要性及自动出院可能造成的不良后果，如劝阻无效，应报请副主任医师以上（含副主任医师）批准，由患者或其委托代理人签署相关知情同意文书后办理出院手续，方可离院。如患方拒绝签名，医师在病程记录中写明知情同意告知情况及患方拒绝签字的情况，请在场的第三方证人（如另外一名医师或护士）签名并留下联系方式，书写者签名。

（七）医师通知出院而拒绝出院者，应积极劝导并向患方发出《出院通知书》，必要时报告医务部、行政部和患者所在单位或有关部门，共同协助做好出院工作。

（八）随访及复诊预约制度

1、随访对象：出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者均在随访范围内。

2、随访方式：包括电话随访、接受咨询、上门随诊、书信联系等。

3、随访时间：应根据患者病情和治疗需要具体制定。

4、随访内容：包括了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导等。

5、负责随访的医务人员由患者住院期间的责任护士、主管医师负责，并根据随访情况决定是否与上级医师、护士长、科主任一起随访。随访情况由责任护士按要求填写在《出院病人随访登记表》上。

6、出院患者的首次复诊预约应由主管医师在患者出院时完成。患者复诊时由门诊医师根据患者病情进行下一次复诊预约，保证治疗的连续性。

7、科主任应对出院患者随访和复诊预约情况至少每月检查一次，对没有按要求进行随访的医务人员进行督促。医务部、护理部对各临床科室的出院患者随访情况定期检查督导，并将检查情况及时反馈，促进随访预约管理工作持续改进。

四、转院制度：

（一）限于本院技术设备条件，不能满足患者诊治需求的，由科内讨论或由科主任提出，经医务部报请分管院长批准（门诊患者须经门诊部主任报请分管院长批准），提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。急性传染病、麻风病、精神病患者需按照上级卫生行政部门要求转入指定医疗机构。

（二）如患者病情危重，途中可能出现病情加重或死亡者，应留院处置，待病情稳定或危险过后，再行转院。

（三）转院前应完善各种病历资料；住院患者应当办理出院手续。

（四）病情较重患者转院时应安排医护人员陪护；患者转院时，应同时携带病历摘要。

五、转科服务制度：

（一）住院患者所患疾病，涉及其他专业科室范围，应当邀请有关科室会诊。被邀科室前来会诊同意转科后，主管医师应向科主任汇报，同意后方可办理转科手续。

（二）主管医师应向转入科室联系床位及确定转出时间。

（三）主管医师要仔细检查，完善患者在本科住院阶段中的所有诊疗工作，规范书写转出记录，开具转科医嘱。

（四）主管医师应向患者、家属交待病情，将本科的诊断以及治疗情况概要地说明，并着重说明转科的原因、目的和必要。解除患者的顾虑，使其能安心地转入新的科室，接受治疗。

（五）转出病区时，由本病区工作人员陪送到转入科室病区，并向转入科室病区值班医护人员交接，保证治疗的延续性。

（六）转入科室病区医护人员应及时诊查患者、下达医嘱并书写转入记录。

患者转科交接身份识别制度与流程

一、患者转科交接身份识别制度

1、医护人员在转接患者及各类诊疗活动中，必须严格执行查对制度，应至少同时使用姓名、

性别、年龄 2 种以上方法确认患者身份，当出现同名同姓时应增加家庭住址的查对。

- 2、所有住院患者和手术患者，以及病情危重、意识障碍、围手术期、不同语种或语言交流障碍等患者必须按规定使用“腕带”标识。
- 3、护士在为患者使用“腕带”标识时，应实行双人核对。“腕带”记载信息包括：患者姓名、性别、年龄、住院号、床号、科别、诊断、过敏史等，由病区责任护士负责填写。
- 4、护士在给患者使用“腕带”作为识别标识时，必须双人核对后方可使用，若损坏、字迹模糊等需更新时，同样需要经双人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤、血运是否良好。
- 5、在诊疗活动前，实施者必须亲自与患者或其家属、授权委托人进行沟通，严格执行查对制度，保证对患者实施正确的操作。

二、患者转科要求

- 1、凡住院病人因病情需要转科者，经转入科室会诊同意，并在会诊通知单上签署意见，转出科持会诊单联系好床位，方可转科。
- 2、转入科室对需转入病人应优先安排，及时转科；如急危重症病人转入科应尽快安排好床位；如转科过程中有可能危及患者生命，应待病情稳定后，由转出科室医生陪送至转入科室。
- 3、转科前由经治医生开出转科医嘱，并写好转科记录，通知入院处，按联系的时间由责任护士护送到转入科室，并向值班人员交代有关情况，转接住院病历。
- 4、转入科应及时诊治或抢救转科病人，写好接收等记录，在转科交接本上签字。

三、重点环节患者转科交接流程

- 1、门急诊与手术室转接患者：由医务人员护送，出示患者在门诊就诊病历，佩戴腕带，认真与手术室护士交接，内容包括患者姓名、手术名称、生命体征、手术前准备、药物情况等，并填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。
- 2、手术室与急诊转接患者：手术后，手术室护士应与急诊患者责任护士做好病情、药品及物品、病历的交接，填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。
- 3、急诊与病区交接程序：医生开出住院证，家属办理手续；核对病人身份后；通知病区办公护士，准备物品等待通知；转运前评估病情；与接收科室护士详细交接班。
- 4、病区与手术室转接患者：病区护士认真查对，做好手术前准备；认真与手术室护士进行交接，内容包括：床号、姓名、性别、年龄、手术名称、生命体征、手术前准备、药物情况等，并填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。

5、手术室与病区转接患者：手术后，手术室护士应与病区护士做好病情、药品及物品的交接，填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。

手术患者与病房管理流程和交接规范

一、手术患者身份识别流程：

住院患者：病房责任护士 → 与患者沟通 → 双核对签字 → 做好眼别标识 → 交手术室准备护士 → 沟通双核对签字 → 准备 → 沟通再次确认身份 → 交巡回护士（接患者护士）→ 完成手术安全核查流程 → 手术

二、在手术病人转运交接中的患者身份识别具体措施：

- 1、手术病人去手术室前，实行双核对签字，由病房责任护士 2 人采取与患者及家属沟通的方式识别患者身份及眼别和术式，并做好眼别标识，手术医生确认签字后，护送患者到手术室，将病历及患者一并交与手术室准备护士。
- 2、手术室准备护士接患者时与病房责任护士一起查对，并与患者及家属通过沟通的方式再次核实其身份和术式，以及眼别及标识，使用《手术患者交接核查表》逐项核查，签字确认，方可以给患者做相应的准备工作，做好相应的记录。
- 3、手术患者进手术室时，准备护士、巡回护士与患者通过沟通方式再次查对、识别患者身份、眼别及标识、术式等相关信息无误后交与手术巡回护士。
- 4、手术巡回护士（接患者护士）接患者时必须与患者通过沟通方式再次查对、识别患者身份、眼别及标识、术式等相关信息无误后，方可安排在相应的手术间，并与麻醉医生、手术医生共同进行“手术安全核查”，同时做好记录签字，手术方可进行手术。
- 5、手术结束后，由手术室准备护士通知相应病房责任护士到手术室接术后患者及病历，交接时双方再次共同采取与患者沟通方式核对患者身份无误后，做好相应记录《手术患者交接核查表》并签字，接患者回病房休息，由病房责任护士去掉术眼标识。

住院、出院患者健康教育制度

为有效发挥健康教育在疾病治疗和康复中的作用，各病区应为病人及其家属提供健康管理相关信息的教育，以提高病人、家属自我护理能力，改善健康状况，制定本制度：

一、为住院患者提供健康教育，应依据患者病情和评估病人及家属实际需求进行，由医务人员、

病人、家属共同确定完成。

二、各病区建立健康教育手册及相关资料，方便住院患者及家属取阅，免费为病人提供健康教育资料。

三、各病区严格按照住院患者“出入院工作流程”要求，做好入院和出院宣教，严格按照各项“眼科疾病护理常规、急危重症护理常规”要求，做好住院患者相关疾病知识宣教，做好手术患者术前、术中、术后宣教。

四、各病区认真落实“优质护理服务病房工作目标及措施”，做好各种健康宣教；科室及护理部定期进行督查，发现问题及时改进，制定整改措施，进行复查，确保措施落实到位，不断提高患者满意度。

五、患者出院时各病区根据患者所患疾病治愈情况，做好出院指导，发放相应的“出院指导手册”，做好出院教育，其主要内容包括：

- 1、告知患者出院时间，交代出院流程。
- 2、出院带药的指导：出院后需要连续用药的患者，应告知病人严格按医生规定的时间，给药途径、方法，定期复查服药的效果，用药后如有异常的反应要及时到医院复查。
- 3、活动与休息的指导。
- 4、营养方面的指导。
- 5、教会病人自我保健与自我照顾的能力。
- 6、告诉病人复诊的时间与地点。
- 7、征求患者意见

六、出院病人健康教育的书写记录：

- 1、在护理记录单上记录；
- 2、床旁巡视单上记录。

围手术期患者安全管理规范及制度

一、围手术期患者安全管理规范

（一）术前安全管理

1、手术医生必须严格执行手术分级管理制度、严格掌握手术指征、及时完善术前相关辅助检查，除急诊手术可当天送手术通知单或电话通知手术室外，择期手术应提前0.5-1天下达手术通知单，与手术室预约。

- 2、病房责任护士按医嘱作好术前准备，如：泪道冲洗、术前用药、结膜囊冲洗、散瞳等，全麻患者交待禁食禁饮，并根据患者病情及个人情况，进行术前、术中相关知识和注意事项的宣教，并做好记录。
- 3、术前访视：对于全麻患者，手术室麻醉师、相关手术护士应按手术通知单提前到病区作术前访视，了解患者病情及辅助检查结果，向患者进行麻醉风险及安全告知等，并认真填写术前访视记录。特殊情况须及时与主管医生或手术科室主任或护士长联系，并及时向麻醉科负责人或医务部汇报。
- 4、术前物品准备：麻醉科、手术室须根据日常手术开展的种类，准备手术用物、设备、药品、器械等，并保证其随时处于安全备用状态。特殊手术，应按手术通知单提前作好准备。
- 5、人员准备：手术科室主任、麻醉科负责人及手术室护士长须严格执行依法执业制度、手术分级管理制度，依据手术风险性和难易程度不同合理安排参加手术人员。
- 6、手术间的安排：手术室护士长须按照手术切口种类安排手术间，根据患者病情合理安排手术时间顺序。根据季节、环境温度，调节手术间温湿度，增加患者的舒适度，防止患者着凉。
- 7、麻醉科、手术室工作人员须严格执行《手术安全核查制度》，认真落实“患者身份识别制度和方法及重点环节身份识别流程；交接患者时对照《手术病人交接核查表》逐项交接并记录，严格杜绝手术患者、手术部位及术式发生错误的情况发生。

（二）术中安全管理

- 1、参加手术人员须认真实施手术安全核查与手术风险评估程序，认真执行《查对制度》，准确核查并填写《手术安全核查表》和《手术清点记录单》。
- 3、正确安置病人的麻醉、手术体位，防止压疮和神经损伤。
- 4、严格执行各项医疗护理技术操作规程、《手术室操作常规及流程》、《口头医嘱制度与执行流程》、《抢救工作制度》、《医院感染预防与控制制度》等。
- 5、严格执行安全防范措施，正确使用约束带，防止患者坠床或坠车。
- 6、术中所用无菌物品及植入物标签、灭菌指示卡均应规范粘贴于手术清点记录单上。
- 7、规范使用预防性抗菌药：需要时于术前30分钟至1小时进行预防性使用抗菌药物一剂，手术时间超过3小时，须追加使用一剂抗菌药，由手术室巡回护士（手术室内）执行，并在医嘱单上签名签时。
- 8、严格执行《手术标本管理制度及流程》，严防手术标本错误及丢失。
- 9、手术室麻醉师及巡回护士须严密观察手术患者的病情变化，准确书写麻醉记录单，患者病情有特殊变化时，须立即向主刀医生报告，并及时处理。

- 10、术中如遇特殊情况，如改变术式或麻醉方式等，应及时告知患者及家属，并履行告知签字手续。
- 11、术中如遇参加手术人员无法解决的问题，须及时报告相关科室负责人或医务部、业务院长或总值班，及时进行处理，切忌盲目自行处理，防止不良事件发生。

（三）术后安全管理

- 1、手术用后复用器械、物品等：由器械护士将其放于供应中心回收箱内，由供应中心工作人员回收，按《诊疗器械、器具和物品等十环节处理操作流程》进行清洗、消毒、灭菌后，再发放给手术室。
- 2、手术用后污染布类敷料：由手术室护工负责集中，存放于污染布类桶内，由洗衣房人员收回进行清洗消毒，送供应中心灭菌处理后，再发放至手术室。
- 3、手术后区域环境：由当班保洁员或护士进行清洁、消毒和环境准备，值班护士负责督促，连台手术的环境消毒，其手术护士须在相关手术环境消毒本上进行登记。
- 4、手术结束后，术备间护士负责通知相应病区责任护士到术备间接患者，并与之交接，准确填写《手术病人交接核查表》，未进行交接时由术备间护士负责安排患者休息，并注意观察病情；全麻患者麻醉医师需与接患者的责任护士共同护送患者返回病房或病区抢救室，并与病房医护人员认真进行交接；运送途中注意安全、严密观察病情变化，保证各种管道通畅固定。
- 5、病区医护人员须严格执行手术病人术后用药、医院感染管理制度、手术病人术后护理常规等相关制度。
- 6、病区责任护士针对病人病情及相关手术，及时主动做好手术患者术后宣教，防跌倒坠床再评估，做好相关护理记录，保证医疗安全。
- 7、麻醉医师和手术室护士须在术后1-3天，对手术病人进行术后访视并记录，了解患者术后恢复情况，征求患者意见等，不断改进麻醉及手术室护理工作，提高服务质量。

二、围手术期患者安全管理制度

- 1、医院须按照卫生部《医院手术部管理规范》，结合本院手术工作需要，合理进行麻醉科、手术室硬件设施建设，合理配置各手术相关科室工作人员，建立合理的专业技术人才梯队，积极开展专科培训。
- 2、围手术期安全管理规范是保障手术病人围手术期安全的重要措施，需各科室、麻醉科、手术室、供应中心、洗衣房工作人员高度重视，共同严格执行。

- 3、医务部、护理部、院感科负责《围手术期患者安全管理规范和制度》执行情况的督导、考核。
- 4、值班麻醉医师和手术室护士负责每天的手术用物、设备等的安全检查，并积极配合装备部等进行不定期的安全巡检；安全使用和妥善保管易燃易爆设备、设施和药品，有效预防患者在手术过程中的意外灼伤，防止发生火灾事故。
- 5、各科室、麻醉科和手术室须制定并完善各类突发事件应急预案和处置流程，加强培训，快速有效应对意外事件，提高防范风险的能力，确保医疗安全。
- 6、手术工作的顺利开展需要全院各科室的积极支持。各科室、麻醉科、手术室、供应中心、洗衣房等，须加强科间协作、密切配合；因手术工作需要各职能、临床、医技、药房、设备、后勤科室支持的，相关科室须以手术患者的需求为重，积极支持，切实保证手术工作的顺利开展。
- 7、各手术相关科室工作人员须严格执行《病历书写基本规范》，保证手术病历的完整性，准确填写各种登记本，注重证据保全工作。
- 8、在开展手术患者围手术期服务中，各科室针对手术患者安全管理中存在的问题及建议，有义务及时向医务部、护理部、院感科反馈，共同促进手术患者围手术期服务质量的提高。

住院部床位统一调配制度

为提高医院床位使用率，合理使用床位，缓解住院难的问题，护理部将全院床位集中管理、统一调配、优化流程，提高床单位的收治质量，提高床位使用率，制定相应制度如下：

一、原则上各病区收治本病区相应学组患者，当本病区床位不够使用时，立即通知护理部，由护理部对全院床位进行统筹安排和协调，依据内眼、外眼住院患者，以及就近方便患者及学组医生查房的原则，协调解决住院床位。

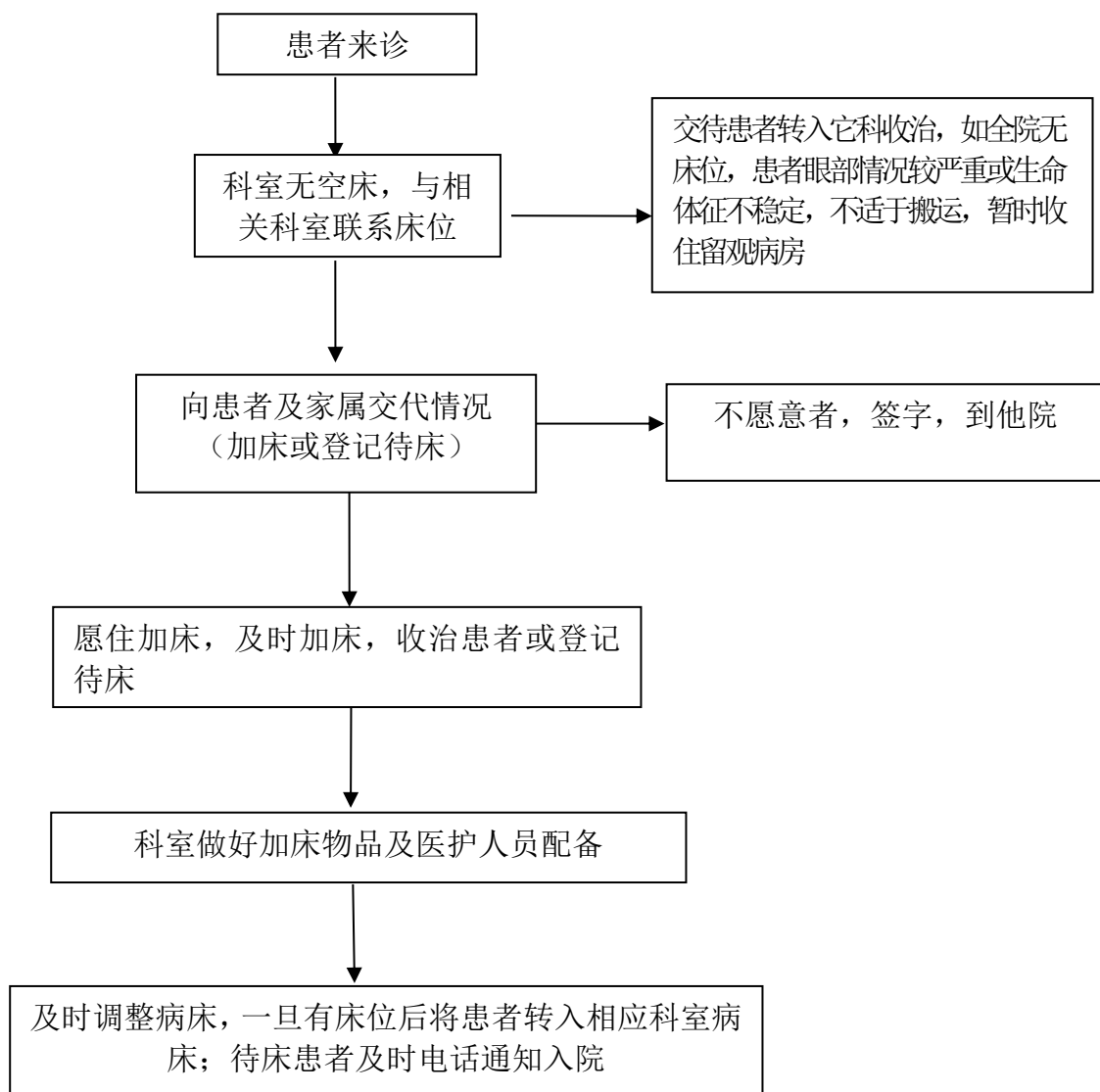
二、全院床位使用完毕，原则上安排患者预约床位，等待通知入院，对于急诊患者应立即收治入院，在没有床位的情况下暂时收入抢救室，一旦普通床位有空床立即转入普通病房治疗。

三、特殊情况下（如行动不便等）需收治新病人，而住院部无床位时可在每间病房加床1-2张，固定摆放位置，有序安置病人，注重加床编号，防止差错不良事件发生。

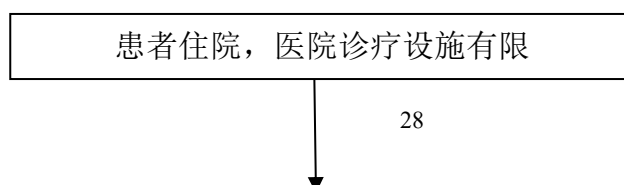
四、护理部每日及时了解各科床位使用情况，需要时合理调配，使床位使用率达到最大化，让有限的床位快速周转、高效利用。

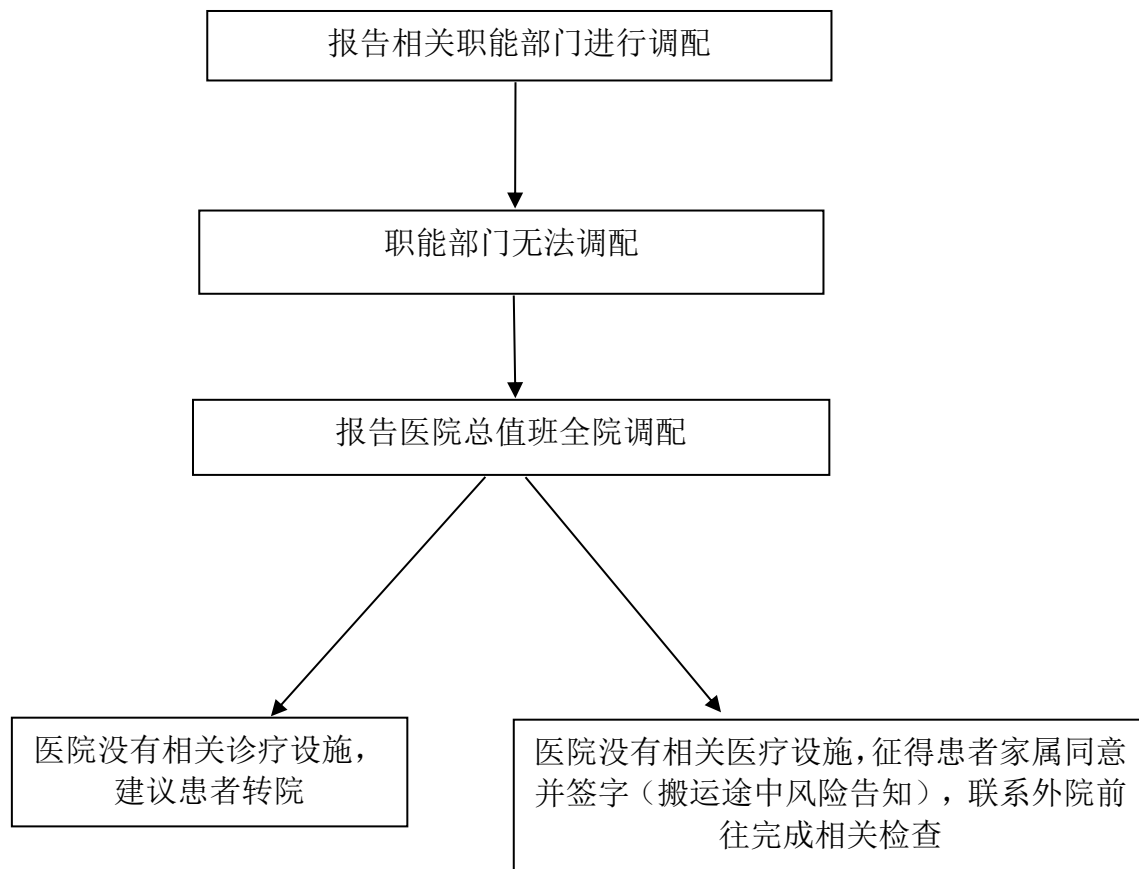
医院没有空床或医疗设施有限时的处理制度及流程

当医院没有空床或医疗设施有限时应严格执行“住院部床位统一调配制度”，全院统一调配床位及设施，相应流程如下：



住院部医疗设施有限时处理流程





住院患者自带药品管理规定

为加强患者自带药品的使用管理，保证用药安全、防止医疗纠纷，特制订患者自带药品使用制度。

原则上住院患者治疗需要的药品均由本院药学部门供应，一般不得使用患者自带药品，确需使用应符合医院规定，主管医师仅在某些特殊情况下经过审批，才可按照药品说明书或诊疗规范下达自带药品医嘱给护士执行。

一、使用条件：

1. 病情危急，医院内无备药可供，患者又有自购或自带“合格”的药品。
2. 一般病情，但医院因各种原因无法供应的药品。

二、使用程序：

1. 临床确需使用自带药品时（指眼科用药），应填写“自带药品使用审批表”履行审批程序，经医务部审批同意后方可使用。
2. 自带药品一般由患者自行保管，若需由病房护士保管的“自带药品”，应在使用审批表中记录清楚“自带药”的规格、剂量、剂型、数量、有效期等。
3. 科室内建立自带药品使用登记本，登记内容包括患者姓名、床号、自带药品名称、药品购置发票号及购置地点。

4. 自带药品使用需经治医师开立医嘱，医嘱上注明“自带药品”或“自备药品”。
5. 药物配制和使用前，由护士按常规要求进行查对及配伍禁忌。

三、使用要求：

1. 不得使用不能说明自带药品合法来源和提供购买发票的。
2. 不得保管与使用药品标志不清晰的、过期的、变质的药物。
3. 不能提供药品合格证书，无使用说明书的药品均不得使用。
4. 不得使用过期或一个月内到效期的。
5. 不得使用国产药品无国药准字号和进口药品未标明进口药品注册证号的。
6. 不得使用可疑、来路不明的药品。
7. 医院任何员工都不得给患者使用无医嘱的任何药物。
8. 未履行“自带药品使用审批表”的审批程序，出现使用自带药品纠纷，由当事者负全责。
9. 住院患者的自带药品使用审批表纳入病历归档永久保管，门诊患者的自带药品使用审批表由门诊部护士长统一集中保管一年。

附件：自带药品使用审批表

自带药品使用审批表

姓 名		性 别		年 龄		住院号或 门诊号	
诊 断							
自带药品名称及使用理由： 医师签名： 年 月 日 科主任审批意见： 科主任签名： 年 月 日							
规格	剂量	剂型	数量	有效期			
患者使用自带药品责	我从考虑本人利益角度出发要求使用自备药品。但任何药物均具有风险，在根据患者病情，切实按用药操作技术规范认真使用自备药的情况下，仍有可能发生以下难以避免的用自备药意外及并发症： ● 患者因个体差异等特殊情况对药物发生过敏、中毒等不良反应，导致休克、心跳呼吸骤停、脑死亡、严重多脏器功能损害。 ● 有关药物的副反应。 ● 其他难以预料的并发症和意外如药品质量问题。 上述情况医师已讲明，并对我提出的问题作了详细的解答。经慎重考虑，我对用自备药品可能出现的风险表示充分的理解，本人相信医护人员将竭尽全力救治，我将积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。由该药品引发的一切不良后果，本人均自愿承担，并放弃通过任何方式来主张权利。本人要求并授权医院使用自备药品，签字为证。						

任	患者或家属签名： 年 月 日
审批意见	签字（盖章）： 年 月 日

备注：为确保用药安全，自带药品原则上不允许在本院使用，对本院没有的特殊药品，诊治医师可与药学部门联系进货。急需使用的自备药品，经医务处审批同意后方可使用。

配制化疗药物的防护指引

- 1、认真阅读药物使用说明书，了解其毒副作用。
- 2、配置环境通风良好，在指定区域配置，操作台铺一次性吸水纸巾或一次性治疗巾，减少药物对环境的污染。
- 3、操作者戴一次性口罩、帽子、穿长袖工作衣、穿隔离防护衣、戴双层手套及面罩。
- 4、操作时，轻弹安瓿颈部，纱布包裹掰开安瓿；溶解药物时，溶媒沿瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再行搅动；抽取药物时不超过注射器容量的 3 / 4；当药液稀释后立即抽出瓶内气体。
- 5、操作后，产生的废弃物放入化学性废物包装袋内，如废物量少，可混入感染性废物内，同时在标签上注明。
- 6、操作完毕，脱去手套后认真洗手，脱口罩、隔离防护衣后再洗手。
- 7、暴露后的处理：
 - (1) 药物溅到衣服、皮肤：立即更换工作衣，并用大量流动清水或生理盐水冲洗局部皮肤 10～15min。
 - (2) 药物溅到眼：立即用等渗盐水彻底冲洗眼部≥10 min，并及时咨询医生以便进一步处理。
 - (3) 药液溢到台面或地面，立即用吸水纸或纱布吸尽，再用肥皂水擦洗。

输液、药物不良反应管理制度

药物的使用是一项重要的治疗措施，护理人员应该具备良好的专业知识和高度责任感，在用药过程中提高警惕，确保病人安全。为加强用药不良反应的预防和管理，特制定以下制度：

一、严格执行医嘱，若有疑虑，可给医生提出参考性意见。

二、随时检查，确保存放的液体、药物在有效期内。

三、严格无菌操作原则。

四、操作前严格执行“三查八对”制度，并特别注意检查液体瓶有无破损及瓶口松动，液体、药物有无异常，并注意用药后的反应。

五、当疑似输液、注射及其他药物引起不良反应时，应按以下程序处理：

1、疑似输液、注射、药物反应引起不良后果时，医务人员应当立即采取有效的措施，避免后果扩大，减轻给患者造成的损失，如根据具体情况，立即停止输液、药物使用或更换液体和输液管道。

2、通知医生，同时密切观察病人情况，作好观察记录，并根据医嘱做进一步的处理。

3、关心和安慰病人，注意耐心解答患者的疑问。

4、在处理的同时，立即报告科室负责人，经现场初步核实，即向护理部、医务部等相关部门报告。

5、现场实物封存：必要时由医务部人员与患者双方共同对现场实物进行取证，封存后的现场实物由医务部负责妥善保管，如冷藏、无菌保存等。

6、需要检验的，护士应做好标本采集工作，如立即配合抽血、留存培养标本等，并注意随时关心检验结果。

输注药物配伍禁忌管理制度

1、在新药使用前，应认真阅读使用说明书全面了解新药的特性，避免盲目配伍。

2、在不了解其他药液对某药的影响时，可将该药单独使用。

3、两种浓度不同的药物配伍时，应先加浓度高的药物至输液瓶中后加浓度低的药物以减少发生反应的速度。两种药物混合时，一次只加一种药物到输液瓶，待混合均匀后液体外观无异常变化再加另一种药物。

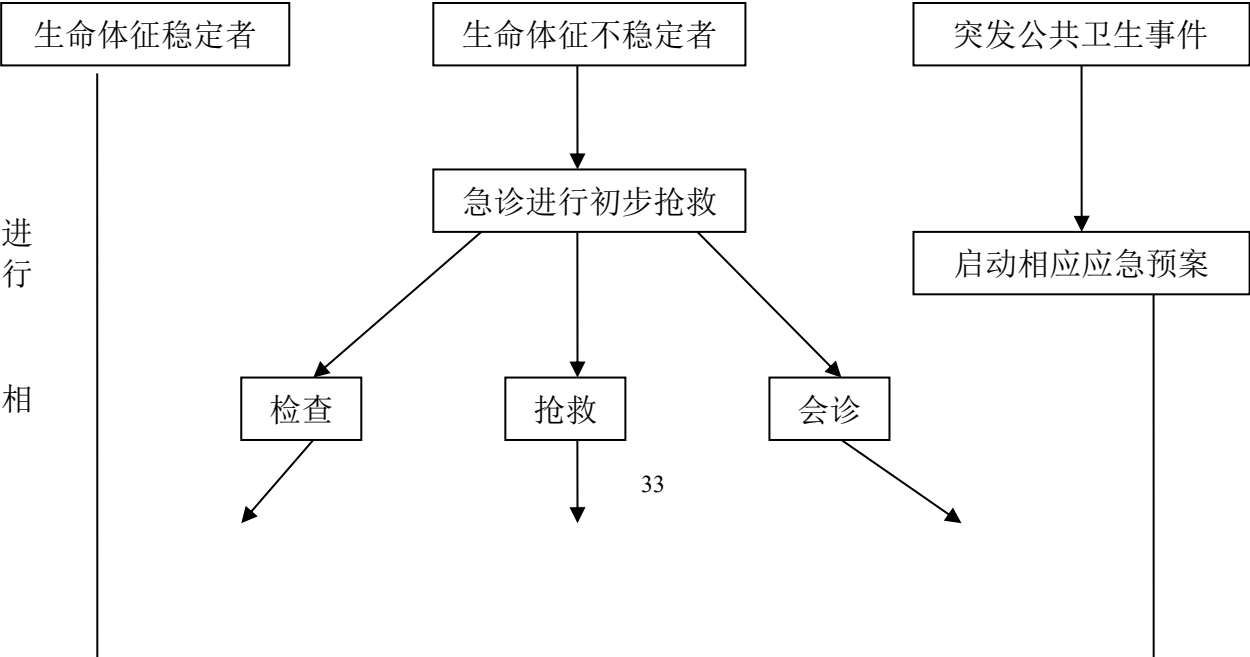
4、有色药液应最后加入输液瓶中，以避免瓶中有细小沉淀不易被发现。

5、严格执行注射器单用制度，以避免注射器内残留药液与所配制药液之间产生配伍反应。

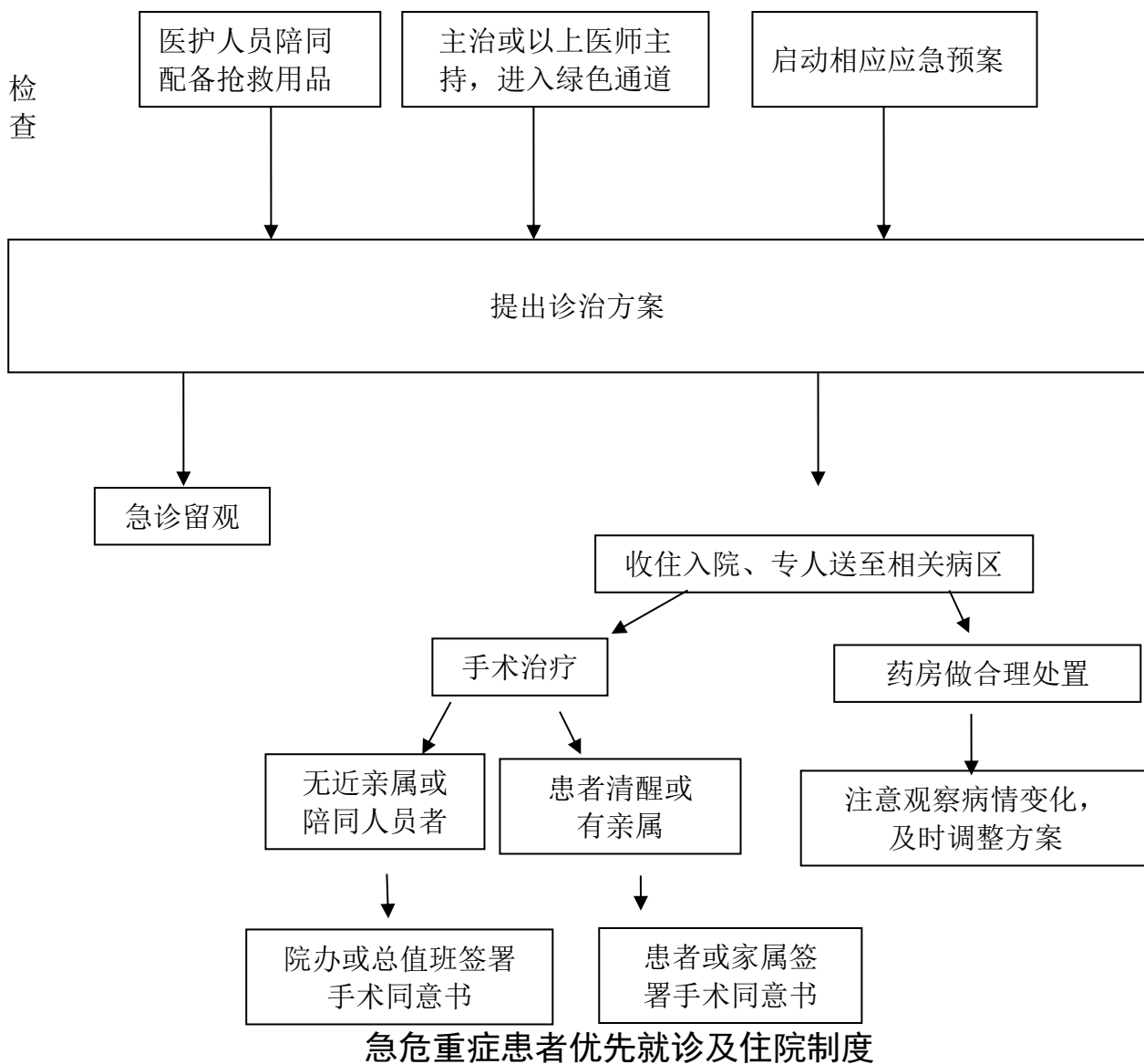
- 6、根据药物性质选择溶媒，避免发生理化反应。
- 7、要根据药物的药理性质合理安排输液顺序，对存在配伍禁忌的两组药液，在使用时应间隔给药，如需序贯给药，则在两组药液之间，应以葡萄糖注射液或生理盐水冲洗输液管过渡。
- 8、在更换补液时如发现输液管内出现配伍反应时，应立即夹管，重新更换输液器，再次检查输液瓶及输液管内有无异常，在输入液体时勤加巡视，观察病人的反应，有无不适表现。

急诊病人入院制度及流程

- 一、 急诊科为急、危重病人入院设立了绿色通道。全体人员必须有急诊服务的窗口意识，熟悉急诊科工作制度，严格执行各项规章制度和技术操作常规，坚守岗位。
- 二、 对急、危重病人来急诊科就诊，医务人员必须在急诊科门口接诊，态度和蔼，用语文明。
- 三、 凡急、危重病人接诊后严格按照各项抢救程序做好急诊抢救工作，陪同并护送病人做必要的检查，对严重眼外伤、眼部大出血等在急救的同时做好术前一切准备，必要时送入手术室，危重病人电话告知病房做好床位准备及抢救的准备工作，对年老、体弱、行动不便者协助办理入院手续，护送入院。
- 四、 护送患者时应注意安全、保暖、人文关怀，途中密切观察病情变化，保持输液、用氧及各管道通畅，对有外伤骨折患者注意保持体位，减少痛苦。
- 五、 传染病人一旦确诊转入传染病医院或有传染科的综合医院后要做好消毒隔离工作，进行终末消毒。
- 六、 我院根本无条件救治的病人，立即转院治疗。通知 120 及时转到其它有条件的医院治疗。
- 七、 所有急诊、危重患者在全院所有科室和环节中都必须遵循先抢救后付费的原则，同时优先办理入院手续。
- 八、 急诊患者入院流程：（见下页）



关



一、急危重症患者优先就诊及住院制度

- 1、门诊、住院部应实行急危重症患者优先收治的原则，在不影响救治的前提下办理挂号、收费等手续，如急危重症患者住院和门诊普通病人住院床位冲突时应停门诊普通病人住院。
- 2、大厅设立醒目标示牌，导医或服务中心人员安排专人指引病人挂号、收费、检查、取药，并在相关窗口设急危重症患者优先提示牌。
- 3、入急诊“绿色通道”的急危重症患者的辅助检查、或送住院时，应有执业医师和护士两人携带相应急救设备陪同。
- 4、各辅助科室对进入急诊“绿色通道”病人的辅助检查优先，检查报告按有关规定时间内发送到相应科室或手术室。
- 5、手术室接到急诊手术通知单应优先安排手术，当与普通计划手术发生冲突时应暂停计划手

术。

- 6、批量严重多发伤、复合伤、特殊病伤员、外伤抢救时，应按“急诊绿色通道”工作要求开展抢救的同时，立即报告科室主任、院总值班、医务部和护理部。
- 7、医院实行科室优先收治急危重症患者的奖励表彰机制。

二、优先就诊及住院的范围

- 1、眼科急诊患者：眼顿挫伤、眼球贯通伤、眼异物伤、眼附属器外伤、酸碱化学伤等眼外伤的患者。
- 2、年老、体弱、行动不便及病情较重的患者。

三、优先就诊及住院的措施

符合优先就诊及住院的患者来院接诊后，应采取下述措施：

- 1、分诊护士接诊后应立即优先安排医生接诊。
- 2、需要检查、处置、住院时优先付款，优先检查和治疗，特殊紧急情况下，应先就诊，后交费。
- 3、安排服务中心人员全程陪同，协助家属办理交费、住院等手续，护送入院。
- 4、对危重病员应立即组织医护人员抢救，予以开放绿色通道。必要时通知总值班联系转诊事宜。
- 5、做好其他候诊患者的解释工作，维持就诊秩序。

病区管理制度及标准

一、病区管理制度

- 1、病区管理是医院医疗护理、后勤保障的综合管理；是以病人为中心，根据病人的需要和自身特点，而提供的深入、细致、全面、有针对性的管理工作。
- 1、护士长是病区管理的具体组织者和领导者，科主任及各级医护人员应尊重和支持护士长履行职责，共同做好病区管理。
- 2、工作人员上班应着工作服，戴工作帽，护士应穿工作鞋及戴好头套，使发不过肩，进行各项治疗无菌操作时，必须戴口罩，做到着装整齐，仪表端庄，精神饱满，有良好的职业素质。
- 3、做好病区环境卫生，保持病区整洁、安静、舒适、安全。病室内应定时通风换气，必要时进行空气消毒；地面应湿式清扫，遇污染时即刻消毒。坚持每天按时进行卫生清扫，每周大扫除彻底清扫1次。

- 4、患者的安置原则应为：感染病人与非感染病人分开，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置。
- 5、病人衣服、床单、被套、枕套每周更换 1——2 次，枕心、棉褥、床垫定期消毒，被血液、体液污染时，及时更换；禁止在病房、走廊清点更换下来的衣物。
- 6、病床应湿式清扫，一床一套（巾），床头柜应一桌一抹布，用后均需消毒。病人出院、转院或死亡后，床单元必须及时进行终末消毒处理。
- 7、餐具、便器应固定使用，保持清洁，定期消毒和终末消毒。对有传染病的患者及其用物按传染病管理有关规定，采取相应的消毒隔离和处理措施。
- 8、病区的治疗室准备室、治疗室、办公室、病室、厕所等应分区域设置专用拖布和抹布，标记明确，分开清洗，悬挂晾干，定期消毒。
- 9、保持“五室一库”（五室：治疗准备室、治疗室、抢救室、医师办公室、护士工作站，一库：住院部库房）物品陈设整洁，摆放定位有序，专人负责保管，未经护士长同意，不得随意搬动、外借，不得丢失或损坏。
- 10、 病区财物由护士长全面负责，可指派专人保管，建立帐目登记，定期清点，发现丢失及时查明；人员调动时做好交接手续。
- 11、 每月召开工休座谈会 1 次，听取对医疗、护理、服务态度、伙食、文化生活等方面的意见，提出管理要求，相互沟通交流，改进工作。
- 12、 加强对探陪人员的管理，在查房、检查和治疗时间应劝阻病人不在病房内会客，以免影响检查与治疗。
- 13、 值班时护士应坚守岗位，认真履行职责，不得在办公室聊天、上网、打闹、会友等，无特殊情况不得打私人电话，不得干私活和看非医学书报杂志，保持病区噪音<45 分贝。

一、 病区管理标准

1. 病区管理达到“四化八字”：

四化：管理目标化、工作制度化、操作规程化、设施规范化

八字：整洁、舒适、安全、安静

2. 责任护士要掌握病人“十知道”：

姓名、性别、年龄、诊断、病情、治疗、饮食、护理、精神心理状态、检查阳性结果

病区物品管理制度

一、目的

为了加强病区管理，保证病房各种设备、仪器和物品的正常使用，避免丢失和损坏，而影响正常工作，尤其是抢救工作，特制定该制度。

二、适用范围

住院部各病区

三、职责

- (1) 病区各种物品由护士长负责管理、领取、报损，并登记。
- (2) 各值班护士负责交接、清点，不能遗失。
- (3) 各贵重仪器由医院设备工程师建卡和档案。

四、管理制度

- (1) 病区内物品管理做到“四定”：定品种、定数量、定地点放置，定专人保管。设立帐目登记，每季或每半年清点1次，登记签名，遇有丢失或损坏，查明原因，及时补充或修理。
- (2) 做好一次性使用无菌医疗用品的清点管理工作，严格遵守消毒隔离制度，保持规定基数不变，每班交班时交接。
- (3) 所有固定存放的物品，必须摆放整齐，标签清楚、干净、整齐、完整无缺，不能有重叠和印迹，且标签与存放物品必须相符，各班做好交接工作。
- (4) 注意随时离开护士工作站时，应收好所有的病历并将病历柜锁上，做好病历管理工作，保证医疗安全。
- (5) 贵重仪器设1机1卡，建立使用档案和维修档案，专人妥善保管，定期维修保养，按时清点登记，保持仪器、器材无锈蚀、无丢失、无损坏，处于良好备用状态。
- (6) 床单位物品按要求配齐，病人入院、出院等时应当面点清；如有丢失，应追究责任，予以补充。
- (7) 库房内物品摆放整齐，经常通风，定时晾晒，防止受潮霉变，其他人员不得随意进入库房。
- (8) 请领物品应由护士长填写请领单并签名，到行政部领取并及时入帐。物品请领应做到量出为入，尽量节俭。
- (9) 各科室间借用物品时，建立借条登记，及时索回，不得丢失或损坏。
- (10) 保管者应认真负责，凡个人损坏、丢失物品，需由本人填写损坏报告，请示护士长和有关部门领导批示，酌情处理或赔偿。

病区药品管理制度

一、 目的

为了加强病区药品管理，提高医疗质量，避免霉变、过期等造成浪费，防止疏忽、差错等不良事件的发生，特制定本制度。

二、 适用范围

住院部各病区

三、 职责

- 1、护士长负责管理病区各种药品，包括剧、毒、限、麻药品及抢救药品，并监督、检查药品质量。
- 2、护士长负责制定病区各种药品基数的申领计划，并领取，限量储备。
- 3、各病区主班护士负责按医嘱处方取药，并按规定存放。
- 4、各班护士应认真交接班，保证病区用药及时、准确、无误，尤其是抢救药品。

四、 管理制度

- 1、病区药品供给住院病人和急诊病人治疗护理使用，任何人不得私自取用或以其他借口索要；医护人员不得开搭车药，不得以病人名义为自己或亲属开药。
- 2、各科办公护士应于上午 11:00—11:30 前将药物取回，由责任护士分次摆好当天的全部口服药，并经双人查对签名后分次发给患者服用。
- 3、病人日间用药，凭处方取药。夜间用药时，先用科内备用常规药，次日凭处方取回药品，补足常备基数。
- 4、病区药品应按内服药、外用药、注射药、消毒液等分类存放，保证药品齐全、标签清晰、剂量准确、无失效变质。治疗药柜由专人负责管理，定期请领补充，固定位置摆放。
- 5、摆药、配药时，应严肃认真，思想集中。严格按服药单、治疗单执行及查对。摆药后整理用物、清洁治疗台，保持药柜、治疗台整齐有序。
- 6、高警示药品、毒、麻、限、剧药品、危化物品按有关规定基数设专柜，加锁定位存放，专人负责，妥善保管；应设专用帐簿、填写清晰、数字确实，帐页必须编号，放在专柜内保存，各班认真交接签名，使用后将废安瓿保存好，依据医嘱及相应处方及时到药房领取补充，护士长定期检查。
- 7、护士长定期督促检查高警示药品、剧、毒、限、麻药品、危化物品各类数量是否相符，发现有沉淀、变质、变色、过期、标签模糊的药品应停止使用，上交药剂科（药房）处理。随时掌握和了解常规用药情况，防止积压，造成过期浪费。
- 8、加强药品管理，药剂科（药房）定期对病区药品管理进行检查并列入质控范围，病区应予

支持配合。对须报废的药品须填写详细品名、规格、单位、数量、价格、处理原因和意见，报请相关领导指示，不得任意处理。

9、凡是领回的药品要根据药物的不同性质，加强妥善管理。

- (1) 容易氧化和遇光变质的药，应装在有色密盖瓶中，放阴凉处，或用黑纸遮盖。如维生素C、安茶碱、盐酸肾上腺素等。
- (2) 容易挥发、潮解或风化的药物，须装瓶内盖紧，如酒精、碘伏、糖衣片等。
- (3) 容易被热破坏的某些生物制品，如抗毒血清、贝复舒眼液、小牛血去蛋白提取物眼用凝胶，以及开瓶后的各种眼液、眼膏等，应放在冰箱内保存。
- (4) 容易燃烧的药物，如乙醚、酒精，应放在远离明火处，以防燃烧。
- (5) 对有效期药物，应按有效日期先后次序，有计划使用，以免过期浪费。

抢救室管理工作制度

- 1、值班人员应加强急救观念，接班时要认真检查急救药品、器械、仪器性能及有效期，及时维修、补充、消毒。抢救室应备常规危重抢救预案，工作人员应熟练掌握常用抢救技术及仪器的使用。
- 2、抢救室内各种贵重抢救仪器、设备应指定专人负责管理、保养，使之完好状态。护士应经有关专业知识的岗前培训，并能熟练掌握各种仪器设备的使用、维护及监测方法。
- 3、抢救药品、器械应完备有效，定位、定人、定量保管，每日检查，未经护士长允许不得外借或移出抢救室，消耗的药品、器材和敷料应及时补充。
- 4、参加抢救的人员应服从领导，准确地完成各项工作。抢救过程应严格执行正规技术操作及查对制度。
- 5、准确记录危重病人抢救时间，医护人员对病人应以高度的责任心和同情心，及时准确，分秒必争进行救治。
- 6、在医师到达前，应酌情先进行止血、吸痰、徒手心肺复苏、开辟静脉通道及有关生命体征监测，并做详细记录。
- 7、按病情需要，协助医师签送血、尿、便及体液化验。严密观察病情变化，认真做好各项配合及记录。
- 8、需急诊手术者，根据医嘱做好必要的术前准备。
- 9、危重病人不宜转送时，应积极进行抢救，待病情稳定后再考虑转院，并由医护人员护送，详细交待病情。

- 10、严格执行医嘱，防止差错事故，对抢救过程中的口头医嘱，护士应复诵 1 遍再执行，抢救完毕由医师及时补下医嘱。
- 11、凡涉及民事纠纷、交通事故、服毒自杀、工伤等情况时，应分别通知有关单位及医务部。
- 12、凡经抢救的患者，应有详细病案及抢救记录。抢救完毕，整理记录，并应进行小结，以便改进工作，提高质量。
- 13、抢救结束，彻底清扫室内卫生，并进行终末消毒。

治疗室管理工作制度

- 1、进入治疗室必须穿工作服，戴工作帽及口罩，操作前洗手，严格执行无菌操作规程，做到一人一用一灭菌；除工作人员及治疗病人外，其余人员不得在室内逗留。
- 2、进行各项治疗操作时要严格执行操作规程和查对制度，注射易过敏药物前应询问有无过敏史，按规定做过敏试验。
- 3、器械物品放在固定位置，及时请领，上报损耗，严格交接手续。
- 4、各种药品分类放置，标签明显，字迹清楚。
- 5、高警示药品、剧毒药品与贵重药品、危化物品应加锁专人保管，严格交接班。
- 6、无菌物品与非无菌物品应分别放置，并有明显的标志，注明灭菌日期，定期检查，过期物品应重新灭菌或销毁；各种使用中的无菌物品、消毒灭菌液体、容器等必须按要求及时更换消毒灭菌。
- 7、保持室内清洁，每做完一项处置治疗，要及时清理，更换。已用过的注射器、输液器等用具要随手清理，按要求分类丢弃于不同类别的医疗废物桶内。用后的体温表等要先清洗后消毒，存放于灭菌清洁盒内备用。
- 8、治疗室应每日通风湿式清扫，台面、地面、治疗车等物表应每日用 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，并进行空气消毒 1-2 次，每周彻底清洁消毒一次，每季度采样做空气、物表和医护人员手的监测，报告留存备查。
- 9、治疗室的拖把、抹布等清洁用具必须专用，用后消毒晾干放在固定位置备用。
- 10、治疗室物品一般不外借，特殊情况经护士长同意，办理借用手续，并及时索回。

病人探陪人员管理制度

一、目的

为了加强病区管理，提供良好的诊疗和休养环境，保证正常的诊疗活动，防止交叉感染，同时体现医院管理的人性化、规范化，更有利于患者的早日康复，特制定本制度。

二、适用范围

全体住院病人

三、职责

- 1、病区护士长负责管理探陪人员，使其遵守院规，服从安排。
- 2、临床护士负责协助护士长做好探陪人员的院规宣讲、教育和监督、检查工作。
- 3、探陪人员应服从病区护士长的统一管理。

四、管理制度

1、陪伴制度

- (1) 神志不清、精神异常、语言不清、智力低下、耳聋及儿童等患者需亲属陪伴，经科主任、护士长同意。陪护人员必须遵守院规，服从工作人员管理，每次只需 1 人留院，协助护士保持病室床单位的清洁整齐，与护士共同做好病人的思想疏导，鼓励病人树立战胜疾病的信心。
- (2) 注意保护性医疗制度，禁止在病人面前谈论有碍于病人身心健康的事情，不得在病区大声喧哗，不得串病房。
- (3) 必须严格遵守住院规则中的有关规定，陪伴时不准与病人同床睡觉和挪用病人的被服。每早 6:30 前务将陪伴床及被服收起放在规定的位置。
- (4) 服从治疗。凡未经医师允许的药品不得私自给病人服用，不得参与病人治疗，如调节滴速、拔出静滴、吸痰、吸氧、灌热水袋、鼻饲等，以防发生意外。
- (5) 不给病人吃变质的食物，不得在病房酿酒，以免影响病人治疗。
- (6) 及时向经治医师和责任护士反映或了解病人的病情，但不得随意进入医护办公室、治疗室，私自翻阅病历或有关护理记录。
- (7) 保持病室卫生，不乱扔果皮，不随地吐痰，不在室内抽烟，不乱坐病人床铺，不乱动病室内物品及仪器，自觉维护公共场所的卫生，爱护公物，注意节约水电。
- (8) 陪伴人员不得随便离开危重或不能自理的病人，如有事经值班护士同意后方可离开病房。

2、探视制度

- (1) 探视时间最好安排在每天下午 14:30—19:00；周日、节假日为 8:00—19:00，以免影响治疗、护理及他人休息。

- (2) 为预防院内交叉感染，每位病人每次同时探视最好不要超过 2 人，学龄前儿童最好不进入病区探视。
- (3) 自觉保持病室内清洁、肃静，不在病床上坐、卧，不在室内大声谈笑、娱乐，不在室内抽烟，不随地吐痰、乱扔果皮、纸屑等杂物，污物一律投入垃圾筐，不向窗外和室外乱丢东西。
- (4) 探视者要遵守医院规定，服从医务人员的劝导，不谈论妨碍病人健康和休养的事情，未经允许不要私自将病人带出院外。
- (5) 抢救室、隔离病房等谢绝探视。如必需，应在采取措施的前提下探视。

医护技沟通制度

- 1、医师应按要求及时开具患者医嘱，并在查房过程中了解患者的医嘱执行情况。
- 2、技师应遵照医嘱及时完成相关功能检查和化验检查，并及时出具检查报告，确保临床各项治疗、诊断的实施，发生“危急值”时应及时通知临床科室，出现特殊情况时应及时与临床医生、护士沟通，必要时复查结果，确保各项检查结果的准确性。
- 3、护士应根据医嘱认真执行，对存在疑问的医嘱应及时与医师联系，对超常规用药及特殊检查的医嘱，医护双方应采取主、被动复述方式，双方核查无误后方可执行；除紧急抢救危重症患者外，护士不得执行口头医嘱。护士在抢救时执行口头医嘱，应向医师复述，双方确认无误后方可执行。
- 4、主管医师与责任护士应加强沟通，对患者的诊断、治疗方案、健康教育等进行沟通，更有利于医患沟通。

护患沟通制度

为提高患者对疾病诊断、治疗、护理等全过程及其风险性的认识、增加患者的健康知识、增强护理人员的责任意识和法律意识，维护良好的医疗秩序及广大护理人员的切身利益；确保护理安全，化解护患矛盾，更深层次提升护理质量，特制订本制度。

一、 护患沟通时间：

护患沟通贯穿于患者从门诊到住院、出院、出院后整个过程。

- 1、门诊设立导医咨询台，进行包含服务咨询、健康知识咨询、投诉等内容。导医人员负责接受患者咨询，耐心解答患者的提问，并行分诊、导诊等。
- 2、患者入院，由责任护士介绍病室人员、环境、医护人员、防跌倒坠床措施等。

- 3、在整个住院过程中，护士在患者检查、治疗、护理、手术、处置等前、中、后均应与患者及家属沟通，说明目的、配合方法、注意事项等。并有针对性的做好饮食、卧位、药物、休息等方面的宣教，交待医药费用等情况。
- 4、患者出院时，责任护士做好出院指导，向患者交代休息、饮食、功能锻炼、服药、病情观察、复查及其它注意事项。
- 5、接受患者出院后的随访及电话咨询，负责对重点患者进行电话随访。

二、护患沟通方式

- 1、床旁沟通：了解患者的需要及心理状况，有针对性地进行沟通。
- 2、分级沟通：可根据患者病情轻重、复杂程度及预后的程度，由不同级别的责任护士进行沟通，尤对已发生或有可能发生纠纷苗头的，要重点沟通。
- 3、集中沟通：召开患者及家属工休座谈会、征求意见并进行健康教育讲课。
- 1、出院电话回访、访视沟通。

三、护患沟通技巧

护理人员应明确沟通的重要性，学习沟通技巧，讲究语言的艺术修养，提高沟通的有效性，从而建立良好的护患关系。

- 1、真诚、耐心地倾听患者及家属的倾诉，尽量让患者和家属宣泄和倾诉，对患者的病情尽可能做出准确解释。
- 2、沟通前要掌握患者病情、检查结果和治疗情况、医疗费用及患者和家属的社会及心理状况。
- 3、沟通语言应通俗易懂、简单明确、避免过于专业化术语和医院常用省略句。
- 4、对有严格要求的注意事项，必须明确无误，一而再、再而三地交待清楚，绝不能含糊不清。
- 5、使用礼貌性的语言，尊重患者人格，使用安慰性的语言，语言讲究科学性、针对性。
- 6、对丧失语言能力的、需进行某些特殊检查治疗的、实施患者家属不配合或不理解的行为或一些特殊患者，应当采用书面形式进行沟通。
- 7、对诊断不明或疾病病情恶化时，在沟通前，医一护，护一护之间要求相互讨论，统一认识后由主管医生或护士长向家属进行解释，避免病人和家属产生不信任的疑虑心理。

工休座谈会制度

- 1、工休座谈会每月召开 1—2 次，由护士长或骨干护士召集，必要时护理部派人参加或科主任参加。

- 2、工休座谈会除向病人宣传医院的制度及健康宣教外，着重听取病人对医疗、护理、饮食、服务态度和管理工作的意见和建议，病人和家属的意见要落实到具体人和事，并据此改善和提高工作质量。
- 3、开会前 1 天应召集人通知病人代表收集意见、建议。
- 4、临床科室应建立工休座谈会记录本，每次记录须有病人代表签字。
- 5、对病人的意见及建议能够改进和采纳的应立即协调有关部门及人员解决。因故暂时不能改进和采纳的应向病人解释，并取得病人的谅解。
- 6、有关部门或人员接到临床科室送交的意见应在三个工作日内做出反应，并将处理情况及时反馈临床科室，由临床科室及时向病人代表反馈。
- 7、医务人员不得因病人提出意见而以任何方式刁难及报复病人。
- 8、工休会议记录本及临床科室与其他部门间就处理病人意见、建议的往来文字材料做到日期准确、有关人员签字，并保存备查。

患者的权利与义务告知管理制度

一、患者的权利

在医疗活动中，患者的权利是指在法律规定范围内应该行使的权利和享受的利益。

- 1、**生命权**：生命权是以每个公民生命安全为内容、他人不得非法干涉的权利。即，一个人享有在心跳、呼吸、脑电波在不停止时的生存权和心跳、呼吸、脑电波暂停情况下的再生存权。
- 2、**接受安全有效诊治权利，享有自由选择 and 拒绝治疗的权利**：医护人员应怀着高度的责任心为患者提供安全有效的诊治，同时告知患者相应的治疗方案和备选方案，便于患者选择。
- 3、**身体权**：公民对自身正常或非正常的肢体、器官、组织拥有支配权，医护人员未经患者或其亲属同意、签字，不能随意进行处理，否则将触犯法律。
- 4、**健康权**：健康是以身体内部机能和外部的完全性为内容的权利。即患者不仅拥有生理健康权，还享有心理健康权；帮助其恢复身心健康是医护人员的责任。
- 5、**享有平等医疗权**：患者对医疗保健享有的权利都是平等的，在医疗保健中都享有得到基本的、平等的、公正的、合理的诊疗和护理的权利。
- 6、**知情同意权**：患者对所患疾病、严重程度以及预后知情权。
- 7、**隐私权**：患者告知医护人员的心理、生理及其他隐私情况，患者有权要求医护人员保密；医护人员未经患者本人同意，不得公开患者隐私。
- 8、**投诉权和获得损害赔偿权**：患者及其亲属有权对医生的诊疗方法和结果提出质疑，有权向

卫生行政部门提出申诉、技术鉴定要求或向司法部门提出诉讼和给予一次性经济赔偿的权利，向医疗机构提出合理改善医疗条件的建议。

9、**部分免责权**：患者在医疗机构证明后，可以免除一定社会责任，同时，有权得到相应福利保障。精神病人在疾病发作期不负责任。

二、患者的义务

患者在医疗活动中承担的义务主要是：尊重医护人员，自觉遵守有关医疗规定，主动配合医疗工作；如实提供与疾病及诊疗相关的情况；及时交纳医疗费；自觉维护医疗工作秩序，即：

- 1、有主动陈述病情的义务；
- 2、有配合医疗机构和医务人员进行检查治疗的义务；
- 3、有尊重医务人员的劳动及人格尊严的义务；
- 4、有遵守医疗机构规章制度的义务；
- 5、有不影响他人治疗，不将疾病传染给他人的义务；
- 6、有接受强制性治疗的义务；
- 7、支付医疗费用及其他服务费用的义务。

三、维护患者的知情同意权

一是**知情**，指患者对病情、医疗措施、医疗风险、费用开支等真实情况的了解、被告知的权利；二是**同意**，是指患者在知情的情况下有选择、接受或拒绝的权利。认真履行告知义务，尊重患者和知情同意权，是医护人员的法定责任和义务，也是密切医患关系、防范医疗纠纷的有效措施。

三、 护理人员须告知患者以下内容：

- 1、医院的基本情况，科室主要医护人员的职称、学术专长等。
- 2、医院规章制度中与患者诊疗工作有利益关系的内容。
- 3、告诉病人正确留取标本及正确留取标本的意义。
- 4、告诉病人眼药、服药、注射、输液等药物使用和注意事项及特殊检查前的准备工作。
- 5、告诉病人手术或侵入性操作前的注意事项。
- 6、长期卧床病人告知预防压疮的重要性。
- 7、告知出现护理纠纷时的解决程序。

眼科护理哲理

护理哲理：是指护理人员对护理工作的信念、理想和所认同的价值，即护理工作的指导思想和

方针，表现在护理活动过程中的每个环节。

- 1、病人是护理工作的中心，要尽最大努力满足病人的需求。
- 2、人是一个包括心理、生理、社会与文化等各个方面的综合体，护理工作应该是以整体护理为原则。
- 3、护理工作应以护理程序为核心，以解除病人伤病为重点，以严格管理为保证，以开拓进取为动力。
- 4、具备良好的职业道德、熟练的技能、全面的专业知识和无私奉献精神的护士，是为病人提供最优质护理的保证。
- 5、整齐、清洁、安静、舒适、安全的环境，是促进病人康复的重要条件。
- 6、护理服务要遵循眼科护理专业的标准，护士长有责任使护士达到这个标准。
- 7、护理工作要进行定期的评价，才能不断提高护理服务的质量。
- 8、充分利用病房的人力、物力、财力是提高服务质量的保证。
- 9、人和万事兴，团结、和谐对个人健康、事业进步非常重要，要与同事合作，发扬团队精神。
- 10、沟通与合作是密切护患关系的纽带；在坦诚相见中求沟通，成为病人推心置腹的朋友是护士应具有的职业素质。

科室业务学习管理制度

一、 业务学习管理制度

- 1、科室每月组织业务学习小讲课 1 次，安排不同层级护士每月按时参加护理部组织的各层级业务学习。
- 2、主要学习内容：
有关法律法规、护理核心制度、岗位职责、操作规程、护理常规、危重抢救病人、疑难罕见病例及大手术、新开展手术病人的护理及新开展的护理技术操作、特殊检查、服务技巧、护士的仪容仪表等。
- 3、要求科室拟定学习计划，学习内容体现知识含量，并收集讲稿，做好记录。

二、 “三基三严” 训练制度

- 1、加强对科室护理人员基础知识、基本理论、基本技能的培训，强化“三基三严”训练意识，提高护理人员学习的主动性。
- 2、科室依据本科培训计划，采取集中培训、个别辅导、外出短训等方式组织实施，定期考核，使之达标。

3、按时完成护理部安排各类“三基三严”学习、考核科目，做好培训和演练，确保科室人人达标。

头孢类药物皮试液配制方法

- 1、头孢类药物皮试液的浓度为 300ug /ml。成人每次皮内注射 0.1ml (30ug)，小儿每次皮内注射 0.02~0.03ml。
- 2、配制方法：

药物剂量	0.5g	加生理盐水稀释至	2ml	含药量 250mg /ml
	0.75g		3ml	
	1.0g		4ml	
	1.2g		4.8ml	
	2.0g		8ml	

- 3、稀释方法：取药液 0.1ml 稀释至 1ml ----- 25mg /ml
 取药液 0.1ml 稀释至 1ml ----- 2.5mg /ml
 取药液 0.1ml 稀释至 0.8ml ----- 0.3mg /ml (300ug)

爱尔眼科医院住院须知

- 尊敬的病员同志及亲属：
- 您好！感谢您对爱尔眼科医院的信任，并来我院诊治疾病。我们将努力为您提供全面优质的医疗护理服务。为方便您在住院期间的安排以及最大限度地理解并配合治疗，现将您住院期间的相关事项作如下告知，以确保您在住院期间一切顺利，希望您能早日康复。
- 1、您应当如实向我们提供真实的姓名以及和病情相关的各项信息，如提供资料不全或不实，将延误疾病的诊断治疗，并对你办理相关手续造成不必要的麻烦。
- 2、入院后请您妥善保管好您的入院收据，出院时凭此结帐。凡是社保病员请主动出示您的社保卡和身份证给住院部的护士，以便确认身份办好社保手续。如系急诊，可于次日补办社保手续。
- 3、入院时护士会向您介绍病区负责人、护士长、您的主管医生、护士及病房环境、设施以及有关疾病情况，若有疑问请向她（他）们咨询。

- 4、每天上午 8—11：30 分，下午 13：00—4：30 分是医生护士查房时间，为您提供主要治疗和护理的时间，请勿离开病房，吃饭、洗漱等个人事情请您在这个时段前后完成，谢谢合作。
- 5、医院开饭时间：早餐 7：00—8：00，午餐：11：00—12：00，晚餐：16：30—18：00；24 小时提供开水。
- 6、医院是公共场所，我们对您的财产不承担保管义务，请您妥善保管好自己的财产，防止被盗、被损或遗失。
- 7、保持病室环境整洁、安静，不随地吐痰，不乱扔果皮、纸屑、乱倒水、禁止吸烟，禁止使用外接电源电器及各种炊具，以保证病员安全。请按规范要求安全的使用微波炉（禁止使用金属盒及加热整个鸡蛋、坚果等微波炉禁用的食品、物品），因违规操作发生意外，一切后果自负。
- 8、由于个体差异和疾病的不断变化，我们对您疾病的诊断需要一定的过程，诊治过程中也可能会改变原有的诊断和治疗方案，但这一切都是为了您的健康，同时会对您进行及时的沟通和解释，请您能够理解。
- 9、我们将根据您的病情对您实施应行的各项常规诊疗措施，包括体格检查，各种辅助检查以及各项治疗措施。除了特殊有创的诊疗项目需事先得到您的书面同意外，其余的常规诊治措施都视为您理解并同意。
- 10、为尊重您的知情选择权，我们将最大限度就重大医疗选择的相关信息与您进行沟通并听取您的意见，希望您能及时和明确表明您的意见，以便我们采取相应的措施。如因您未能及时告知我们导致医疗措施的延迟，您将会承担不利于疾病诊治的后果，这将是您我双方的遗憾。
- 11、您住院期间可以委托 1—2 名代理人为您处理住院期间有关诊疗的一切事宜，您的代理人的意见将会视为您本人的意见并由您承担相应的法律责任。
- 12、为了让我们随时能了解您的病情以及为了防止疾病的多变性、突发性、隐匿性给您的健康带来意想不到的损害，希望您在住院期间不要擅自离开病房，更不能离院及外宿，因你擅自离开发生的意外伤害、病情加重、恶化、出现并发症、猝死以及其它任何意外医院将不承担责任；享受医疗保险、公费医疗的病人，因自行离院所造成的医疗费用不能报销等问题，其责任与后果由患者自行承担。
- 13、建议您住院期间能够留人陪伴，住院老人、儿童、手术病员须有专人陪护，以免发生意外。每日下午 2：30—8：00 为探视时间，每次探视人数尽量不超过三人。为了保证病人的安全，预防交叉感染，住院期间不得随意进入其它病房或自行调换床位，陪伴及探视人员请勿坐、卧病床。

14、住院期间如您需要帮助可及时向医护人员反应，我们将尽力为您提供方便，当您需要帮助时可按呼叫器。住院期间未经主管医师及医院同意不得到院外就医、购药及私自采取其他治疗手段。

15、为保护其他病员及医护人员的权利，您还应遵守医院制定的有关管理规定，自觉维护正常的医疗秩序。

16、入院时责任护士已向我做了防跌倒坠床的宣教，我已知晓，并会注意防范。

欢迎您对我院工作人员服务态度、服务质量、医院管理等方面提出意见或建议，我院将认真对待并按规定及时处理。

祝您早日康复！

病员或代理人签字：

年 月 日

第二节 患者安全管理制度

患者身份识别制度和方法及重点环节身份识别流程

为了确保医疗安全，使患者的权益及生命安全得到最大限度的保障，医院制定本制度。

- 1、患者身份识别制度由医务部、护理部联合制定。
- 2、医务人员为病人采集血液和其他标本、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、以及为病人提供其他的诊疗活动时均应对患者身份进行确认，准确无误后方可从事诊疗活动。
- 3、至少同时使用两种(或二种以上)患者身份识别方式。
- 4、我院患者身份识别对于常规的患者采用姓名、性别和年龄作为统一的身份核查方法，对于特殊病人如：同名同姓的病人需增加核对患者的家庭住址。**核实时应让患者及其近亲属或授权委托书人陈述患者姓名、性别、年龄等，共同参与身份的确认。**
- 5、对所有来诊患者均要进行身份识别，相关工作人员有责任依据患者的身份证、户口本、医保卡等有效证件，在各种医疗文书、收款依据上准确填写患者的姓名、性别、年龄等。
- 6、无有效证件证明其身份的患者，接诊医师要求患者本人亲自填写姓名、年龄等；对暂时无法识别身份的患者要在病历上注明原因，待明确身份后再按病历书写规范补写。
- 7、严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中，至少同时使用姓名、性别、年龄三种方法确认患者身份，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。
- 8、进行有创诊疗前，施术者要亲自与患者（或患者亲属及授权委托书人）面对面沟通，主动邀请患者及家属或授权委托书人参与身份识别，并把沟通内容简明扼要记录在病历上。
- 9、医院要求各科对无法有效沟通（如昏迷、神志不清、无自主能力、婴幼儿等患者）及需要手术治疗的患者，以及住院患者建立使用“腕带”标识牌，作为住院患者的识别制度，在进行各项诊疗操作前要认真核对患者“腕带”上的信息，准确确认患者的身份。
- 10、“腕带”牌记载患者信息包括：科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、诊断等，由办公护士负责打印或由病房的责任护士或值班护士负责打印。
- 11、“腕带”牌上填写的患者信息必须经二人核对后方可使用，若损坏需更新时同样需要经两人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤，血运良好。
- 12、完善并落实护理各关键流程（门诊、病房、手术室）的患者识别措施、交接程序与记录。
- 13、**身份识别的方法：**主动邀请患者及家属或授权委托书人参与身份识别
 - 1）采用反问式提问（请问您叫什么名字？多大年纪？家住哪里？做什么手术？哪只眼做手术

或哪只眼滴眼液？等等）

- 2) 使用核对床头卡、腕带、提问等两种以上患者身份识别的方法
- 3) 使用核对患者姓名、性别、年龄、家庭住址等两项以上患者身份识别方法
- 4) 主动邀请患者或家属共同核对治疗护理执行单、输液瓶签、试管标签等信息
- 5) 长期医嘱执行单、床旁巡视单、临时医嘱执行单、输液卡等核对执行后及时签名确认。

14、重点环节的患者身份识别流程及方法

1) 手术患者识别：采用“腕带”、“患者家属或授权委托人”、“患者姓名、性别、年龄”识别。

- 手术前一天由病房责任护士确认患者身份，核对“腕带”信息，并于手术当日进行手术部位标记。
- 手术患者核对：依据手术通知单和患者病历查对：患者姓名、性别、年龄、病案号、诊断、手术名称、手术部位(左、右)等。
- 接患者之前：手术室护士与病房或门诊护士查对；还必须与清醒的患者交谈查对，进行“患者姓名、性别、年龄、手术名称、手术部位”的确认。
- 进入手术间之后，麻醉之前：麻醉医生主持查对；相关医护人员严格使用《手术安全核查表》的三步流程规范查对，并按要求规范填写，入病案保存。
- 手术开始之前：手术医生、麻醉师与手术室巡回护士还必须共同与清醒的患者交谈查对，进行“患者姓名、性别、年龄、手术名称、手术部位及标识等”再次的确认。昏迷及神志不清患者：应通过“腕带”及与陪伴亲属等进行查对。

2) 昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者、手术患者、患儿在诊疗活动中使用“腕带”和“患者家属及授权委托人”作为各项诊疗操作前辨识患者的手段，并在全院各科室实施，并按要求做好登记记录。

3) 门诊病人使用患者姓名、性别、年龄识别，必要时增加出生日期、住址、电话号码作为患者识别的补充信息。

重点患者身份识别制度及交接流程

- 一、 我院患者身份识别对于常规的患者采用姓名、性别和年龄作为统一的身份识别核查标准。
- 二、 对于特殊病人如：同名同姓的病人需增加核对患者的家庭住址。对无名氏患者应首先确立无名氏序号，由首次接诊护士给患者戴上腕带并注明：姓名(无名氏+序号+来源地)。

三、对于急诊、无法有效沟通（如昏迷、意识不清、语言交流障碍、镇静期间、儿童等患者）及需要手术治疗的患者，由患者家属或授权委托人陈述患者姓名等，并建立使用“腕带”标识牌，作为患者的身份识别标识，在进行转科交接时和各项诊疗操作前要认真核对患者“腕带”上的信息，准确识别患者的身份，并与患者家属或授权委托人共同核对患者身份。

四、“腕带”牌记载患者信息包括：科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、诊断等，由病房的值班责任护士负责填写。

五、“腕带”牌上填写的患者信息必须经二人核对后方可使用，若损坏需更新时同样需要经两人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤，血运良好。

六、重点患者交接流程：

重点患者转科→评估病情、记录、核查腕带→责任护士或主管医生护送→相应科室交接，核查腕带→邀请患者家属或授权委托人共同核对患者身份→做好交接登记、签字。

七、无名患者身份识别方法：

1、身份确认前：

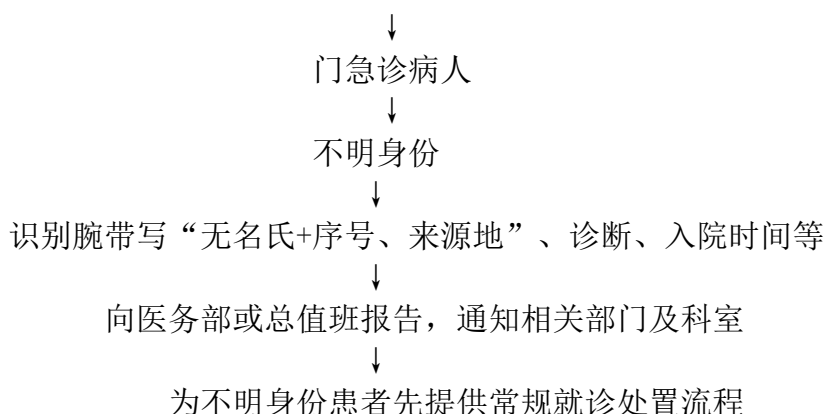
- 1) 门急诊护士接诊身份不明患者后首先确立无名氏序号；
- 2) 由门急诊护士给患者戴上腕带并注明：姓名(无名氏+序号、来源地)；
- 3) 如需急诊检查、手术、住院，各类申请单均填无名氏+序号、来源地、性别等，并在必要时报告医院行政总值班和医务部；
- 4) 根据患者随身携带的相关物品、证件及时联系患者家属。

2、身份确认后：

- 1) 联系患者家属，确认患者身份，并换上标有患者正确姓名、性别、年龄等信息的腕带。
- 2) 未住院的无名患者如在离开门急诊室时其身份已得到确认，门急诊室护士应在门急诊病历上记录，并通知医生更改患者信息。
- 3) 如患者已住院其身份已得到确认，经主管医生确认在住院证更改并签字，患者凭身份证去住院处更改相关信息。
- 4) 以无名氏出院，出院后其身份已得到确认按照相关规定执行。

八、无名患者身份确认流程

病人来院



病人腕带标识制度与操作程序

一、病人标识的概念

病人标识，即对在医疗机构接受治疗的病人使用准确而可靠的方法 进行身份标记以方便识别，是对病人实施医疗活动的基础。只有基于可靠的病人标识，才有可能对确定的病人采取相对应的治疗措施。医疗活动是一种多方参与的管理活动，其管理应遵循病人第一原则：即一切从病人需要出发，在现实可能与可行条件下，让病人满意；要以病人为中心，而不是以疾病为中心展开诊疗工作。病人标识正是对首要管理对象(或服务对象)的身份确认，保证以病人为中心的各项医疗管理活动有秩序地正确进行。

病人标识应遵循以下三个基本原则：

- 1、 由于病人标识的使用范围涵盖医疗机构的各个相关部门，因此这种标识必须是准确而且统一的；
- 2、 病人标识应确保病人与其医疗档案和各种治疗活动的明确对应关系；
- 3、 应使用科学可靠的标识产品进行病人标识，确保该标识不会被调换或丢失，从而减少错误发生的可能性，降低医疗风险。

二、腕带标识管理制度

- 1、“腕带”使用范围：手术室（所有进入手术室）的手术患者、所有意识不清、语言交流障碍的患者、住院部各病区（所有的住院患者）、准分子、白内障批量手术和住院部留观患者、急诊抢救患者；
- 2、当病人被收治住院（含留观患者）或手术时，必须使用腕带标识对病人身份进行 24 小时随身标识。腕带必须记录患者姓名、性别、年龄、床号、住院号、过敏史、诊断/或手术名称等关键信息，以保证对病人身份进行准确快速识别。

- 3、根据不同的患者，在“腕带”的颜色上进行了区分：准分子手术患者用粉红色，其余所有患者用浅蓝色；腕带规格分为成人、小儿两种规格。
- 4、必须确保“腕带”标识准确无误。“腕带”项目内容填写完毕后，需由双人核对（护士——患者、护士——家属、护士——护士、护士——医生）无误签名后方可给患者佩戴。
- 5、在采取各种治疗操作前，包括发送药品、输液、滴眼液、标本采集、手术、转送病人到其它科室等，必须核对腕带标识以确定病人身份；除特殊情况外，对标识信息无法辨别或标识丢失的病人不能进行任何治疗、检查、手术等处置，必须首先确定病人身份并更换腕带标识。
- 6、在病人住院治疗期间，责任护士、值班医护人员和医院相关工作人员应经常检查病人腕带标识，确保病人随身佩戴，确保病人腕带标识上记载的信息足够清晰并可以辨认，同时每班检查患者“腕带”皮肤情况一次，保证佩戴部位皮肤完整，无擦伤、血运情况良好。
- 7、只有当病人出院时，医护人员才能将病人佩戴的腕带标识除去；如果病人在医院死亡，应让腕带标识保留在尸体上。
- 8、将科室使用识别“腕带”的工作纳入护理质控检查项目中，实行三级护理质量控制。

三、腕带使用操作程序

入院时或手术前 → 填写腕带信息 → 双人核对 → 佩戴腕带 → 各种处置治疗、检查、手术等操作前识别身份 → 出院时取下（死亡除外）

全麻病人护理常规

一、患者手术前遵医嘱禁食 12 小时，术前 4—6 小时禁饮水。

二、术前床旁用物准备

1、术前准备好各类急救设施设备和物品、药品等，使其处于 100%的备用状态，以便术后发生意外时立即使用。

2、床旁用物准备：

- ① 氧气及导管，湿化瓶中有 1/2-2/3 的无菌水；用氧记录单。
- ② 治疗盘 1 个，内有弯盘 1 个、棉签 1 包、治疗碗或杯 1 个、无菌注射用水。
- ③ 负压吸引器 1 台，负压吸引器的缓冲瓶和储液瓶内分别加水 200ML，接通电源。

④ 抢救车，确保抢救车内用物、药品齐全、完好。

三、手术日术前称体重，并认真记录于病历中。

四、术后护理

- 1、患者返回病房时与麻醉医师交接手术后患者，了解术中有无特殊异常情况。
- 2、观察液体及穿刺部位情况，上心电监护，给氧，测量生命体征，并做好相应的护理记录。
- 3、麻醉未完全清醒前患者应去枕平卧，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，防止呕吐物吸入气管引起窒息或吸入性肺炎；如遇舌后坠，应将下颌部向前向上托起，需要时通知麻醉医师置入通气管。
- 4、每间隔 5 分钟左右呼唤患者一次，防止发生意外；幼儿、老人或病情需要者应专人守护至完全清醒。
- 5、严密观察病情变化，每 30—60 分钟测 BP、P、R 一次，观察血氧饱和度，并做好记录，直到完全清醒、生命体征平稳。
- 6、麻醉苏醒期如病人躁动，应两侧加床挡保护，防止坠床和抓脱手术敷料及各种管道。
- 7、苏醒过程中禁止使用镇静止痛药物，禁作各种药物皮试。
- 8、注意保暖，室内温度适宜。
- 9、术后返回病房根据情况一般 6 小时内禁食、禁饮，6 小时后先进食少量流质饮食，注意观察无呛咳、呕吐后，再逐步进食半流质至普食。患者清醒后鼓励患者做深呼吸。

手术患者交接制度

- 1、手术当日按规定时间，病房责任护士携带患者的病历（必要时带 X 光片）、术中用药等必须物品，将手术病人送往手术室；接台手术患者或急诊患者，病房责任护士在接到手术室电话可以送病人的通知后及时将病人送往手术室。
- 2、手术当日按规定时间，术备护士在患者通道处等待患者入室，并与病房护士根据《手术病人交接核查表》上的内容做好查对和交接工作：
 - （1）查对患者的病历基本信息和患者的腕带标识信息是否相符等，确认患者身份。
 - （2）查对患者手术名称、方式、部位是否正确及眼压、瞳孔、敷料等眼部情况。
 - （3）检查术前准备如禁食、禁水、手术野皮肤准备情况，带入的输液及术前用药等情况。
 - （4）检查携带的物品，如病历、X 光片、术中用药等，假牙、手机及与手术无关的私人物品不得带进手术室。

- (5) 检查是否有压力性损伤等，交接清楚后双方共同在《手术病人交接核查表》上双签名。
- 3、患者入室前戴隔离帽，必要时使用轮椅接入室，根据患者情况进行约束，进入手术间后，不得离开病人，防止坠车、坠床等意外发生。
- 4、手术结束后，术备护士及时通知病房责任护士将患者接回病房休息、观察，必要时巡回护士与麻醉师共同将患者送回病房，手术室护士与病房责任护士严格依据《手术病人交接核查表》交接患者，并双签名，将交接核查表放于手术病历中保存。
- 5、接送患者途中注意保暖，保护患者的头部及手足，防止患者撞伤、坠床等，保持输液管道及各种引流管通畅，防止脱落，密切观察患者的生命体征。

附件：



滨州沪滨爱尔眼科医院

手术病人交接核查表

姓名：	性别：男（ ）/女（ ）	年龄：	床号：	眼别：	住院号：
手术名称：					
药物过敏	无 / 有 _____	手术日期：	术眼标记正确（ ）	病区：八楼病区	
术前生命体征： T： ℃ P： 次/分 R： 次/分 BP： mmHg					
	术 前		术 后		
身份确认	是（ ）/ 否（ ） 腕带： 有 / 无		是（ ）/ 否（ ） 腕带： 有 / 无		
患者情况	术前抗菌素眼液点眼次数： _____次； 散瞳/缩瞳次数： _____ 次 意识： 清醒/烦躁/嗜睡/昏迷		意识： 清醒/烦躁/嗜睡/昏迷		
输液情况	输液： 有（ ） / 无（ ）		输液： 有（ ） / 无（ ）		
	输液药名：		输液药名：		
	部位： 上肢（左 / 右）下肢（左 / 右）		部位： 上肢（左 / 右）下肢（左 / 右）		
	穿刺方式： 浅静脉 / 套管针 / 深静脉穿刺		穿刺方式： 浅静脉 / 套管针 / 深静脉穿刺		
	输液通畅： 是（ ） / 否（ ）		输液通畅： 是（ ） / 否（ ）		
带入/带出药	有（ ）/无（ ）		有（ ）/无（ ）		
	药物名称、剂量、规格：		药物名称、剂量、规格：		

物				
物品交接	病历：有（ ） / 无（ ）		病历：有（ ） / 无（ ）	
	影像资料：X片 无 / 有 ____张 MRI（磁共振断层照相术）无 / 有 ____张 CT 无 / 有 ____张		影像资料：X片 无 / 有 ____张 MRI（磁共振断层照相术）无 / 有 ____张 CT 无 / 有 ____张	
	其他；		其他；	
皮肤完整情况	完整（ ）	压力性损伤部位/面积/深度：	完整（ ）	压力性损伤部位/面积/深度：
	不完整（ ）		不完整（ ）	
其他情况				
交接时间				
交班人（八楼病区）签名： 接收人（手术室）：以上情况确认（ ） 签名： 洗眼者：			交班人（手术室）签名： 接收人（八楼病区）：以上情况确认（ ） 签名：	

静脉用药调配与使用操作规范

一、静脉用药的调配必须在病区治疗准备室内进行调配，但需参考《静脉用药集中调配质量管理规范》有关要求，严格管理，其他场所不能用于静脉用药的调配。

二、进行静脉用药调配工作的人员需接受岗位专业知识培训并经考核合格，同时具有护士资质并注册在我院，否则，不能进行此项工作；应定期接受相关知识的继续教育。

三、进行配液操作的工作人员必须着装规范，注意手卫生，严格执行无菌技术操作规程。

四、治疗准备室应当每日通风换气，清洁消毒，其清洁卫生工具不得与其他功能室混用，必须存放于规定的处置室内，标识清楚。治疗准备室（治疗室）应定期进行空气、物表的细菌生物检测，并有记录。

五、静脉用药调配所用药品、医用耗材和物料，所使用的注射器等器具，由医院有关部门统一采购，应当符合有关规定；一次性医疗用品应当采用符合国家标准的一次性使用产品，临用前应检查包装，如有损坏或超过有效期的不得使用。

六、静脉用药调配操作程序：

1、静脉用药调配工作流程

临床医师开具静脉输液治疗处方或用药医嘱→用药医嘱信息传递→药师审核→发药→打印标签→贴签摆药→核对→混合调配→输液成品核对→给患者用药前护士再次与医嘱执行单核对→给患者静脉输注用药。

2、摆药前应首先将输液标签整齐地贴在输液袋（瓶）上，但不得将原始标签覆盖；摆药时应当仔细阅读、核查输液卡和标签是否准确、完整，按输液卡所列药品顺序摆药，按其性质、不同用药时间，分批次将药品放置于不同的容器内或不同位置，同时应确认同一患者所用同一种药品的批号相同。

3、调配人员应按输液卡和输液贴核对摆放的药品名称、规格、数量、有效期等的准确性和药品完好性，检查输液袋（瓶）有无裂痕，瓶口有无松动、裂缝，输液袋（瓶）内有无沉淀、絮状物等，确认无误后，方能进行调配。

4、用碘伏棉签、75%乙醇消毒输液袋（瓶）口，待干。

5、除去瓶盖，用碘伏棉签、75%乙醇消毒瓶胶塞；安瓿用砂轮切割后，需用75%乙醇仔细擦拭消毒，去除微粒。

6、选用适宜的一次性注射器，拆除外包装，旋转针头连接注射器，确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向。

7、抽取药液时，注射器针尖斜面应当朝上，紧靠安瓿瓶颈口抽取药液，然后注入输液袋（瓶）中，轻轻摇匀。

8、溶解粉针剂，用注射器抽取适量静脉注射用溶媒，注入于粉针剂的西林瓶内，必要时可轻轻摇动助溶，全部溶解混匀后，用同一注射器抽出药液，注入输液袋（瓶）内，轻轻摇匀。

9、调配结束后，进行检查及核对：

- （1）再次检查已配药液有无沉淀、变色、异物等；
- （2）进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处；
- （3）按医嘱执行单内容逐项核对所用输液和空西林瓶与安瓿的药名、规格、用量等是否相符；
- （4）核检非整瓶（支）用量的患者用药剂量和标识是否相符；
- （5）操作人员和核对人员应当分别签名，签名需清晰可辨；
- （6）检查完成后，空安瓿等废弃物按规定进行处理。

10、输液调配操作完成后，应立即清洁治疗准备室，用清水或75%乙醇擦拭台面，除去残留

药液，不得留有与下批输液调配无关的药物、余液、注射器等。

七、静脉用药混合调配注意事项：

1、不得采用交叉调配流程。

2、静脉用药调配所用的药物，如果不是整瓶（支）用量，则必须将实际所用剂量在输液贴上明显标识，以便校对。

3、若有两种以上粉针剂或注射液需加入同一输液时，应当严格按药品说明书要求和药品性质顺序加入，并注意配伍禁忌；对高警示药品和某些特殊药品的调配，应当制定相关的加药顺序调配操作规程。

4、调配过程中，输液出现异常或对药品配伍、操作程序有疑点时应当停止调配，保留相关药品及用具，报告护士长或与处方医师协商调整用药医嘱，上述情况应做好详细记录，防止再次发生。

5、调配操作危害药品注意事项：

（1）危害药品调配应当重视操作者的职业防护，严格按照有关规程操作；

（2）危害药品调配完成后，必须将留有危害药品的西林瓶、安瓿等单独置放于适宜的包装中，以供核查；

（3）调配危害药品用过的一次性注射器、手套、口罩、及检查后的西林瓶、安瓿等废弃物，按规定统一处理；

（4）危害药品溢出处理按照相关规定执行。

医嘱制度与执行流程

一、医嘱制度

1、凡用于患者的各类药品、各类检查和操作项目等，医师均应下达医嘱，办公护士审核确认或整理医嘱后，直接打印，必须准确、及时，不得涂改，并及时通知相关责任护士执行医嘱。

2、各班所接医嘱应做到“五不执行”（除抢救等紧急情况外，口头医嘱不执行；医嘱不合规不规范不执行，医嘱不清不执行，用药时间、剂量不准不执行，自备药无医嘱不执行）。

3、非紧急情况，护士不得执行口头医嘱。如抢救患者或其它紧急情况下执行口头医嘱时，护士应复诵一遍，在得到医师确认后方可执行，并保留所用安瓿，事后经二人核对无误后，方可弃去，抢救结束6小时内督促医师据实补记医嘱，护士签名。

4、护士长或骨干护士每周参与查对医嘱至少一次，需三人同时查对，包括电脑的记账，各种

打印或重整医嘱单，长期、临时医嘱的执行情况等，核对完毕后三人签名。护士每班查对上班医嘱；各类医嘱如为手工转抄必须于转抄后经另一护士查对无误后方可执行。

- 5、所有用药医嘱由当天办公护士负责审核后打印医嘱执行单，交由相应的责任护士摆药、查对，并在执行单上相应栏目签全名，再由另一名护士再次进行核对签名后方可执行；如为输液医嘱需配药，配好药物后需再由另一责任护士核对执行单及配液后的空药瓶进行查对签名后才能执行；所有医嘱执行后需在执行单上记录执行时间及签名。
- 6、按时执行医嘱。临时医嘱：必须在规定时间内执行，无规定时间者在 15-30 分钟内执行，要求先执行，后签名，签时间；长期医嘱：一般情况下，每日 4 次(Qid)，应于每日 8-12-16-20 时给予；每日三次 (Tid)，应于每日 8-12-16 时给予；每日二次 (Bid)，应于每日 8-16 时给予；每日一次 (Qd)，应于每日 8 时给予；每晚一次 (Qn)，应于每日 20 时给予，其余特殊医嘱据实执行；对急危重患者的处置时间不超过 30 分钟，一般患者处置时间不超过 1 小时。医嘱有明确时间要求的，按医嘱时间执行。
- 7、新下达的长期医嘱中的每日 3—4 次的治疗方案（如眼液、口服药等），上午所接医嘱应据实执行，下午所接医嘱当日至少执行 2—3 次；每日 2 次治疗方案，上午所接医嘱应据实执行，下午所接当日必须至少执行 1 次，如有必要应按医嘱执行 2 次；每日 1 次方案应立即与相关医师沟通当日是否执行。医嘱有明确时间要求的，按医嘱时间执行。
- 8、患者所用各种药物在执行前必须有二人以上查对签名后方可执行；中班、夜班科室只有 1 人值班需核对药物时，由住院部总值班护士负责核对，并签字，交班前医生下达的用药医嘱当班护士需摆药并核对签字后才能交班；凡需下班护士执行的临时医嘱，应向有关人员交待清楚，做好标本容器、特殊检查要求（如禁食、禁饮、术前用药等）各项准备，并在交班报告中详细交班，做好记录。
- 9、凡过敏试验结果必须双人查看，双人在临时医嘱上签字；对皮试阳性者做好相应标识和提示，同时也必须双人核对，并双人签字。
- 10、患者手术、转科、出院或死亡后，办公护士应遵医嘱停止之前所有医嘱，重新查对打印执行术后医嘱。

二、执行流程

- 1、医嘱处理护士（办公护士）接医生下达的医嘱后，认真阅读及查对
- 2、查对无质疑后输录医嘱于电脑里记账
- 3、分别打印相应的医嘱执行单，并签全名
- 4、医嘱处理护士按医嘱执行要求的缓急分配给相关责任护士执行

- 5、责任护士接医嘱执行单后，按照医嘱制度相关要求认真查对，并在查对人处签全名，严格按照医嘱的内容、时间等要求准确执行，不得擅自更改
- 6、医嘱执行后，签全名及执行时间，并应认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时与医生反馈

常规流程：

阅读→查对→打印相应的医嘱执行单→执行（操作前、操作中、操作后查对）
→签全名及时间→观察疗效及不良反应

口头医嘱制度与执行流程

- 1、适用范围：急救、特殊紧急情况时。各科室在任何环境和任何地点都必须持续地履行“只有在紧急抢救情况下方可使用口头临时医嘱的相关制度与流程”。
- 2、发生急救、特殊紧急情况时，应立即通知主治医师或值班医师，同时护理人员必须做好职责允许范围内的应急处理，如给氧、吸痰、建立静脉通道、测血压、徒手心肺复苏等，医师赶到立即密切配合抢救。
- 3、因急救等需下达口头医嘱时，其医师应为该病人之负责医师，或急救现场中最资深之医师方可下达口头医嘱。口头医嘱只能由本院注册护士在紧急情况下接受。
- 4、非特殊紧急情况，护士不得执行口头医嘱。如抢救患者或其它特殊紧急情况下执行口头医嘱时，护士应复诵一遍，在得到医师确认后方可执行，并保留所用安瓿（药瓶），事后经二人核对无误后，方可弃去；抢救结束6小时内督促医师据实补记医嘱，护士签名。
- 5、发生急救、特殊紧急情况时，基于病人安全，应立即通知住院总医师或住院部主任，以及医务部和护理部，组织协调各项急救工作。

六、执行流程：

急救、特殊紧急情况 → 医师下达口头医嘱 → 护士复诵 → 医师确认 → 执行 → 保留安瓿（药瓶） → 双核对 → 丢弃 → 6小时内据实补记医嘱 → 护士签名

危重病人抢救制度

- 1、对危重患者，应做到详细询问病史，准确掌握体征，密切观察病情变化，及时进行抢救。
- 2、抢救工作应由值班医生、科主任、护士长负责组织和指挥，并将病情及时报告医务部、

护理部。对重大抢救或特殊情况（如查无姓名、地址者、无经济来源者）须立即报告医务部、护理部及分管院长。

3、在抢救过程中，应按规定做好各项抢救记录，须在抢救结束后 6 小时内补记。

4、各科应有抢救室、抢救车及抢救器械专人保管，做好急救、抢救药品、器械的准备工作，随时检查，随时补充。确保药品齐全、仪器性能完好，保证抢救工作的顺利进行。

5、抢救时，护理人员要及时到位，按照各种疾病的抢救程序进行工作。护士在医生未到以前，应根据病情，及时做好各种抢救措施的准备，如吸氧、吸痰、人工呼吸、建立静脉通道等。在抢救过程中，护士在执行医生的口头医嘱时，应复述一遍，认真、仔细核对抢救药品的药名、剂量，抢救时所用药品的空瓶，经两人核对后方可弃去。抢救完毕立即督促医生据实补写医嘱。危重病人就地抢救，病情稳定后，方可移动。

6、抢救时，非抢救人员和家属一律不得进入抢救室或抢救现场，以保持环境安静，忙而不乱。抢救完毕，整理抢救现场，及时补充、更换消毒和灭菌物品，清点抢救药品，及时补充，急救物品完好率要达到 100%。

7、认真书写危重患者护理记录单，字迹清晰、项目齐全、内容真实全面，能体现疾病发生发展变化的过程，确保护理记录的连续性、真实性和完整性。

8、凡遇有重大灾害、事故抢救，应服从医院统一组织，立即准备，随叫随到。科室之间支持支援配合，必要时成立临时抢救组织，加强抢救工作。

患者坠床与跌倒防范制度与措施

1、入院患者均应按“防范患者跌倒（坠床）评估记录表”进行危险因素评估，明确坠床/跌倒的高危人群，尤其是需对年老体弱（70 岁以上）、有跌倒史、生活不能完全自理、不能正常行走、合作意愿差、神志不正常、视觉障碍、尿频尿急、腹泻、近期服用利尿剂、降压药、降糖药、镇静安眠药等任意一种情况的患者，进行跌倒（坠床）风险评估和再评估，高危患者须进行相关标识并做好相关预防与护理工作，并对病人及陪伴人员进行宣传、教育。

2、病人入院初始评估后每周评估一次，手术后、首次使用特殊药物后应重新再评估；

3、对特殊患者及有坠床与跌倒高危因素的患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者，要主动告知坠床/跌倒危险，加强预防措施，使用床旁护栏，悬挂“防坠床/跌倒警示牌”，语言提醒、搀扶或请帮助，并有家属陪伴，列入交班内容，床旁交接等措施，防止意外发生，同时在患者一览表上做好相应的标识，警示责任护士注意。

- 4、注意保持病区地面干燥，洗手间应有注意防滑的警示标志。
- 5、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。
- 6、对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康宣教，告诉患者不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。
- 7、教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用床旁信号灯告诉医护人员，给予必要的处理措施。
- 8、加强巡视至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报，并及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。

附件：防范患者跌倒（坠床）评估记录表



滨州沪滨爱尔眼科医院

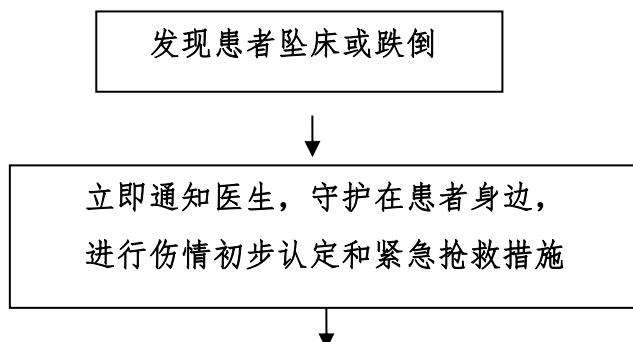
防范患者跌倒（坠床）评估记录表

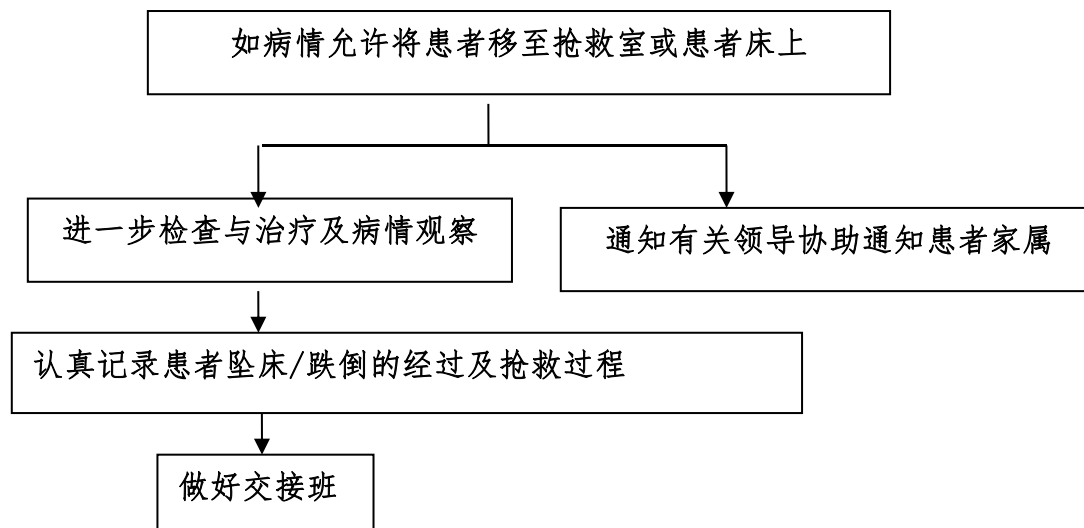
科别：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
诊断：	入院日期：			计分标准	评估日期
评 估 内 容				是	否
年龄	≥75 岁或≤7 岁			1	0
跌倒史	最近一年内有跌倒史或因跌倒住院			1	0
运动异常	步态异常、假肢、行走需要设施帮助			1	0
精神状态异常	谵妄、痴呆、意识不清、无定向感或躁动不安			1	0
排泄异常	大小便失禁或频率增加，留置导尿			1	0
视力受损	较好眼矫正视力<0.05 独眼手术或双眼包扎者			1	0
听力受损	患者有复听、耳聋、自述听力障碍			1	0
睡眠障碍	多醒、失眠、夜游症或自述睡眠不好			1	0
相关病史	中风、心血管疾病、骨质疏松症、骨折、低血压、缺氧			1	0
用药史	心血管药物、抗癫痫药物、麻醉止血药、镇静催眠药、降糖药、降压药			1	0
其他	患者当日使用散瞳滴眼药			1	0
	住院期间无家属陪护			1	0
	患者及家属不遵从医护人员的健康指导			1	0
评估结果得分					
预 防 措 施 实 施 情 况					
保持地面无水渍、障碍物、病室及活动区域灯光充足					

悬挂严防跌倒标示，必要时班班交接			
告诉患者及家属可能导致跌倒的原因，并采取相应预防措施			
患者日常用物放于可触及处			
指导患者穿长短合适的衣裤及防滑鞋			
将呼叫器放于可及处，提醒患者下床时若有必要寻求帮助			
使用适当的约束			
依据风险程度必要时专人陪护			
责任护士签字：			
1. 对于年老体弱（70 岁以上）有跌倒史生活不能完全自理、不能正常行走、合作意愿差神志不正常、视觉障碍、尿频尿急、腹泻、近期服用利尿剂、降压药、降糖药、镇静安眠药等任意一种情况的患者，需要进行跌倒（坠床）风险评估高危患者须进行相关预防与护理工作。			
2. 病人入院初始评估后每周评估一次，手术后重新评估，每项评估情况请在相应评估日期栏内打“√”。			
3. 请在评估得分中填写得分填写相应得分。			
4. 在是否实施相关措施（若以实施打√）			
5. 评分 3 分以上属于高危患者			

患者坠床与跌倒报告与伤情认定制度和程序

1. 值班护士发现患者不慎坠床、跌倒，立即赶赴现场，同时马上通知值班医生及内科医生。如病情允许，将患者移至抢救室或患者床上。
2. 对患者的伤情做初步认定，测量 BP、P、R、意识及判断有无皮肤擦伤、骨折等。
3. 医生到场后，协助医生进行检查，为医生提供信息，遵医嘱进行正确处理，包括必要的检查和治疗，必要时拨打 120 急救电话。
4. 立即向医务部和护理部、院总值班报告，必要时立即通知行政后勤部；若无家属在场，应设法立即通知患者家属。
5. 记录事件经过及病人情况，并书写《护理不良事件报告表》呈护理部，并向业务院长汇报。
6. 程序：





患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案及工作流程

一、患者跌倒、坠床等意外事件的报告制度

（一）患者一旦发生跌倒、坠床等意外事件时，当班护士应立即报告值班医生、护士长，并上报科室负责人，由科室负责人立即汇报医务部、护理部，以及医院总值班，立即对患者进行积极的救治和处理，处理结束后科室应填写《医疗不良事件报告表》按时上报，报表内容包括跌倒、坠床等意外事件发生的具体时间、地点、经过、原因及事后处置情况，对患者造成的影响和采取的补救措施。医务部、护理部详细了解具体情况后，制定指导意见及整改措施。

（二）科室设置报告的原则，鼓励主动报告，坚持非处罚性主动报告的原则，促进不良事件的良性转归。

二、跌倒、坠床等意外事件的处理预案

（一）值班医护人员发现患者不慎跌倒、坠床等意外事件发生时应立即对患者受伤情况做初步判断，测量 BP、P、R、意识及判断有无皮肤擦伤、骨折等，并立即通知内科医生（节假日通知总值班）到场共同诊治患者，必要时拨打 120 急救电话。如患者病情允许，同时将其移至抢救室或病床上，联系家属。

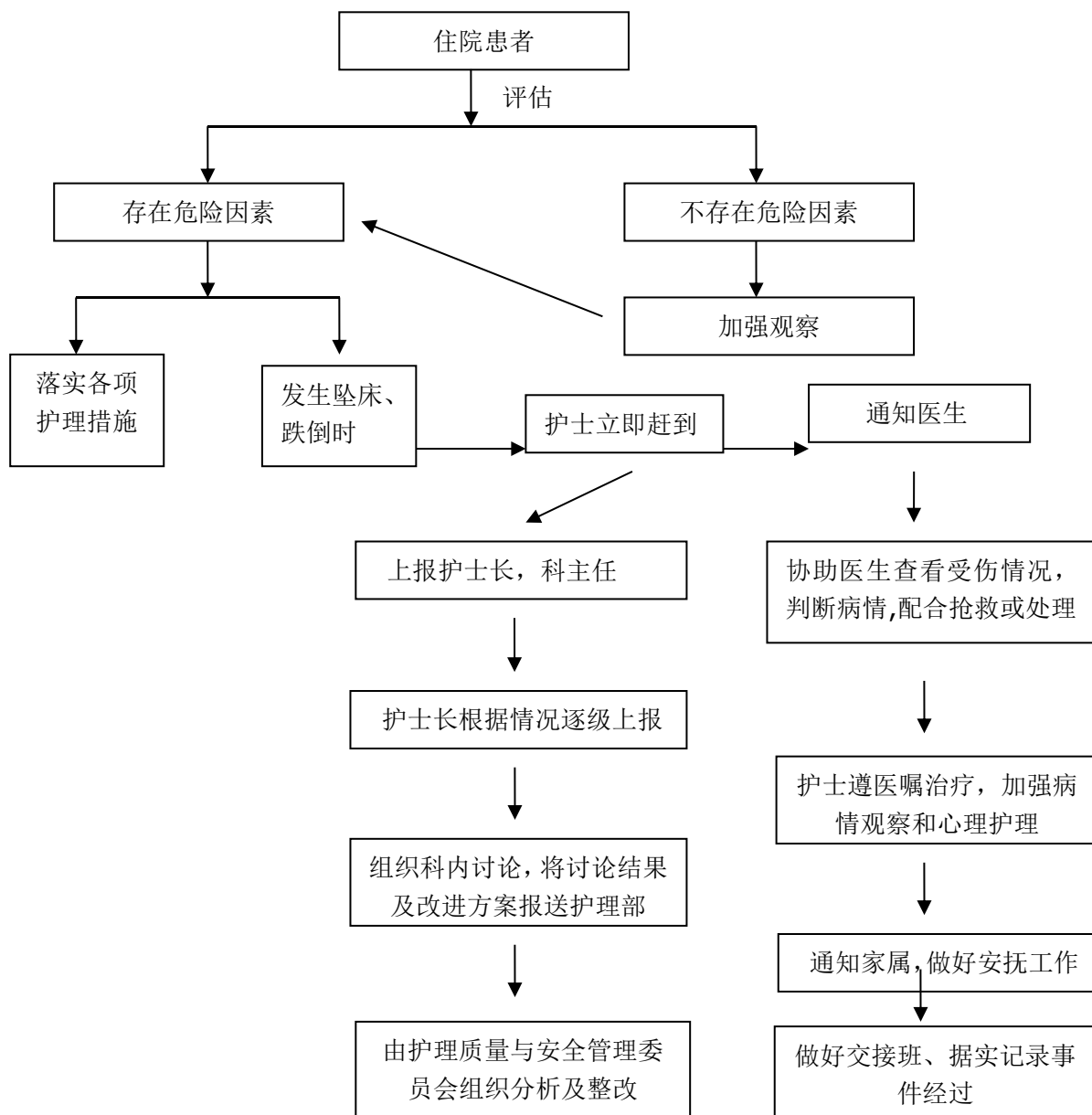
（二）立即通知科室负责人；科室负责人到场后，应问清事件发生的具体情况，对此作出相应的应急处理，同时向上级主管职能部门（医务部、护理部）汇报；必要时立即通知行政后勤部或通知医院总值班，通知检验科、特检科工作人员立即到场进行相应的检查。

（三）使用危重患者护理记录单记录事件经过及患者情况，并填写《护理不良事件报告表》

上报护理部。

（四）科室负责人及时组织讨论，查找原因，总结经验，采取针对性整改措施，减少跌倒、坠床等意外事件的发生。

三、跌倒、坠床等意外事件的工作流程：



患者坠楼防范措施

- 1、 医院窗户应做好防护措施。
- 2、 护士要多巡视病房，与病人做好沟通工作，及时了解患者心理状态。
- 3、 发现患者有跳楼念头时，应立即向科室护士长汇报。

- 4、通知主管医师、医务部、护理部、行政后勤部及业务院长、CEO。
- 5、做好必要的防范措施，包括锁好门窗、防止意外。
- 6、通知患者家属，要求 24 小时陪护，家属如果需要离开患者时，须通知值班医护人员。
- 7、详细交接班，同时多关心患者，查找跳楼原因，有针对性的做好心理护理。

【程序】

做好必要的防范措施→发现患者有自杀倾向时→向上级领导汇报，通知值班医师→通知家属，要求 24 小时陪护→每班重点交接班，掌握心理状态

患者突发内外科常见急危重症的识别及处理要求

一、常见急危重症的范畴

急危重症通常指病人的脏器功能衰竭，包括“六衰”；衰竭的脏器数目越多，说明病情越危重（两个以上称“多脏器功能衰竭”），而最危重的情况莫过于心跳骤停。

- 1、脑功能衰竭：如昏迷、中风、脑水肿、脑疝形成、严重脑挫裂伤、脑死亡等。
- 2、各种休克：由于各种原因所引起的循环功能衰竭，最终共同表现为有效血容量减少、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损的一组综合征。休克的常见病因，可分为创伤性、失血性、失液性、感染性、心源性、过敏性、神经源性和内分泌性等类型。
- 3、呼吸衰竭：包括急性与慢性呼吸衰竭，根据血气分析结果又可分为 I 型呼衰（单纯低氧血症）、II 型呼衰（同时伴有二氧化碳潴留）。
- 4、心力衰竭：如急性左心衰竭（肺水肿表现）、慢性右心衰竭、全心衰竭和泵衰竭（心源性休克）等。
- 5、肝功能衰竭：表现为肝昏迷，包括急性肝坏死和慢性肝硬化。
- 6、肾功能衰竭：可分为急性肾功能衰竭和慢性肾功能衰竭（后者又称为“尿毒症”）。

二、急危重症的快速识别

要点——生命“八征”（T、P、R、BP、C、A、U、S）

通过对生命“八征”的重点体格检查，来快速识别病人是否属于急危重症——T、P、R、BP、C、A、U、S。

- 1、体温（T）：正常值为 36 ~ 37℃；体温超过 37℃称为发热，低于 35℃称为低体温。
- 2、脉搏（P）：正常 60~100 次/分、有力；同时听诊心音，心律整齐、清晰有力，未闻及杂音。

3、呼吸（R）：正常 14 ~ 28 次/分、平稳；同时听诊双肺，呼吸音清晰一致，未闻及干湿罗音。

4、血压（BP）：正常收缩压 >100 mmHg 或平均动脉压 >70 mmHg

（平均动脉压=舒张压 + 1/3 脉压差），一旦血压低于此数值，即应考虑休克的可能性；而舒张压如果超过 90mmHg，则称之为高血压。

5、神志（C）：正常神志清楚、对答如流，采用格拉斯哥评分 ≥ 9 分；如果病人烦躁、紧张不安，往往提示休克早期；而神志模糊或嗜睡，说明即将发生昏迷；各种急危重症的晚期都会出现昏迷，分为浅昏迷（刺激无睁眼反应）、中度昏迷（无应答反应）与深昏迷（无肢体反应）三种程度。

6、瞳孔（A）：正常直径 3~5 毫米，双侧等大等圆，对光反应灵敏；瞳孔散大并固定提示心跳停止，瞳孔缩小提示有机磷或毒品中毒，而一大一小为脑疝形成。

7、尿量（U）：正常 >30ml/h；如果小于 25ml/h 称为尿少、小于 5ml/h 称为尿闭，提示发生了脱水、休克或者急性肾功能衰竭。

8、皮肤黏膜（S）：皮肤苍白、四肢湿冷提示休克；皮肤和口唇甲床紫绀提示缺氧；皮肤黏膜黄染可能为肝细胞性、溶血性或者阻塞性黄疸所致；皮肤黏膜广泛出血说明凝血机能障碍，提示发生了 DIC（全身弥漫性血管内凝血）。

三、急危重症的处理技巧

最基本的五项急救首要措施——适用于任何急危重症：

- （1）体位——仰卧、侧卧或端坐位
- （2）开放气道——保持呼吸道畅通
- （3）有效吸氧——鼻导管或面罩
- （4）建立静脉通路——应通畅可靠
- （5）纠正水电酸碱失衡——酌情静脉输液（多选平衡盐液和糖水）

四、常见急危重症的处理要求

（一）急性心肌梗死

处理要求：

- 1、吸氧（流量 4-5L/min）。
- 2、生命体征监测（心电、血压、脉搏、血氧饱和度）。
- 3、输液：在左侧肢体建立静脉通道，先留血标本，再输液。
- 4、用药：按医嘱用药：溶栓药、抗心律失常药、扩张血管药（如硝酸甘油）、止痛药（如度

冷丁)等。

5、无低血压时，静脉滴注硝酸甘油 15 μg /分钟。

6、硫酸吗啡 3~5mg 肌肉注射或加入到 25%GS20ml 缓慢静脉注射或地西洋 5~10mg 静脉注射。

7、出现心律失常、心力衰竭、心源性休克时予以相应救治。

8、嚼服阿司匹林 150mg。

9、记录：做好抢救记录

10、宣教：针对护理问题进行宣教，交待注意事项（嘱绝对卧床休息）

（二）急性左心衰竭

处理要求：

1、患者取坐位或半卧位，以减少回心血量

2、高流量鼻导管或面罩吸氧，增加供氧

3、应用镇静剂如吗啡或哌替啶

4、快速利尿，可用呋塞米或利尿酸钠

5、应用血管扩张剂，如硝普钠或硝酸甘油，可联用多巴胺

6、应用强心剂，如毛花苷丙或毒毛旋花子苷

7、可使用茶碱类药物

8、其它措施如应用糖皮质激素，危急时可静脉放血

9、两肺湿啰音和哮鸣音监测和各项生命指标监测及血压、尿量监测

10、进行心电监护、心电图检查和电解质监测

（三）高血糖

控制高血糖是防治糖尿病及其并发症的重要手段。按照《中国 2 型糖尿病防治指南》的要求，血糖控制目标：早上空腹血糖 5.0~6.0mmol/L, 不超过 7.0mmol/L; 非空腹（餐后）血糖 8.0~9.0mmol/L, 不超过 10.0 mmol/L。超过这些标准，均为高血糖。

1、早上空腹高血糖

处理要求：晚餐前适当增加药量，或改用缓释口服降糖药，或改换胰岛素品种，或合理调换注射胰岛素时间，晚餐后适当运动。

2、餐后高血糖

处理要求：科学饮食，合理搭配，少吃含糖量高的食品；适当运动，按时足量用药，对症治疗。

3、全天高血糖

1) 病情加重：因为糖尿病时间较长，平时治疗不规范，胰岛素抵抗严重，长期持续的高血糖

形成胰岛素血症，从而引起全天高血糖。

治疗：早联合用药，早用胰岛素治疗。

2) 病久病重：因为患糖尿病时间过长，平时治疗效果差，长期持续严重高血糖，导致氧化应激过重，最终使胰岛细胞受到破坏和微血管及大血管产生严重病变，出现多种并发症，从而引起全天血糖过高，难以控制。

治疗：自身体内细胞衰竭，胰岛素分泌量过少，类似1型糖尿病，不适应手术治疗，口服降糖药和GLP-1新药治疗也无效，必须用胰岛素治疗。同时，坚持饮食、运动、心态、综合管理和对症联合用药。

3) 体内病变：由于自身体内有其他病变，如肥胖症、内分泌严重失调、甲状腺肿大、各类炎症、各种癌变和不明原因的高热等病灶引起。

治疗：进行医学监测，查明病因，对症治疗、合理用药，加大降糖药剂量。

4) 药源性高血糖：因为治疗其他疾病时，服用了升高血糖或激素类药品，如强的松、地塞米松等能升高血糖的药品。

治疗：立即停止使用能升高血糖的药品；在治疗其他疾病时，向医生讲明自己是糖尿病患者，按病情规范用药。

5) 应激反应：由于突发事件，精神受到刺激，体内多种升高血糖的激素（如肾上腺素、生长激素等）明显增高。再加上急躁、心事过重，或外伤、感染、皮肤过敏、伤风感冒、咳嗽发热等引起全天的血糖偏高。

治疗：应多学习糖尿病防治知识，客观辩证地认识事物，及时检查身体，有病及时治疗，改善病症，缓解情绪，血糖自然就会稳定。

（四）高血压急症

1、脑出血 脑出血急性期时血压比明显升高多数是出于应激反应和颅内压增高，原则上实施血压监控与管理，不实施降压治疗，因为降压治疗有可能进一步减少脑组织的血流灌注，加重脑缺血和脑水肿。只有在血压极度升高情况时，即 $>200/130\text{mmHg}$ ，才考虑严密血压监测下进行降压治疗。血压控制目标不能低于 $160/100\text{mmHg}$ 。

2、脑梗死 脑梗死患者在数天内血压常自行下降，而且波动较大，一般不需要作高血压急症处理。

3、急性冠脉综合征 部分患者在起病数小时内血压升高，大多见于前壁心肌梗死，主要是舒张压升高，可能与疼痛和心肌缺血的应激反应有关。c 血压升高增加心肌耗氧量，加重心肌缺血和扩大梗死面积；有可能增加溶栓治疗过程中脑出血发生率。可选择硝酸甘油或地尔硫卓静脉滴

注，也可选择口服 β 受体阻滞剂和 ACEI 治疗。血压控制目标是疼痛消失，舒张压之 100mmHg。

【预防】

高血压病人应在医师指导下，控制血压，并避免剧烈变动、饱餐、剧烈活动、用力排便、性交等可能诱发血压升高的因素。如出现剧烈的后侧头痛或项部痛、运动感觉障碍、眩晕或晕厥、鼻出血、视物模糊等可能是脑出血前兆，应及时到医院检查。以上药物的剂量及用法，须遵医嘱。

（五）脑溢血

脑溢血较为典型的表现有：一侧的肢体突然麻木、无力或瘫痪，这时病人常会在毫无防备的情况下跌倒，或手中的物品突然掉地；同时，病人还会口角歪斜、流口水、语言含糊不清或失语，有的还有头痛、呕吐、视觉模糊、意识障碍、大小便失禁等现象。

处理要求：

- 1、保持安静、绝对卧床，应在当地进行抢救，不宜长途运送及过多搬动，以免加重出血；
- 2、保持呼吸道通畅，随时吸除口腔分泌物或呕吐物。
- 3、适当给氧，以间歇吸用为宜；
- 4、保持营养和水电解质平衡。
- 5、控制脑水肿，降低颅内压，控制高血压。
- 6、预防及治疗并发症，重症病人应特别加强基础护理，定时轻轻更换体位，注意皮肤的干燥清洁，预防褥疮和肺部感染，瘫痪肢应注意保持于功能位置，按摩及被动运动，以防关节挛缩。

（六）创伤

创伤是指机械性致伤因子造成的损伤。有明确的致伤因素存在的外伤史，清醒者可出现伤处疼痛；全身有一处或多处伤痕；严重时出现呼吸困难、休克、昏迷等。处理要求：

- 1、迅速脱离致伤因子，判断伤员有无威胁生命的征象，如心跳呼吸骤停，立即进行心肺复苏术。对休克者予以抗休克治疗。
- 2、保持呼吸道通畅：吸氧，必要时气管插管。
- 3、伤口的处理：用无菌纱布或敷料包扎伤口，对开放性气胸或胸壁塌陷致反常呼吸者需用大块棉垫填塞创口，并予以固定。
- 4、疑有颈椎损伤者应予以颈托固定，胸腰椎损伤者应用平板或铲式担架搬运，避免脊柱的任何扭曲。
- 5、骨折需妥善固定，常用各种夹板或就地取材替代之。

- 6、离断指（肢）体、耳廓、牙齿等宜用干净敷料包裹，有条件者可外置冰袋降温。
- 7、刺入性异物应固定好后搬运，过长者应设法锯断，不能在现场拔出。
- 8、胸外伤合并张力性气胸者应紧急胸穿减压。
- 9、对合并胸腹腔大出血者，需快速补充血容量，建立两条静脉通道，必要时使用血管活性药物。
- 10、有脏器外露者不要回纳，用湿无菌纱布包扎。
- 11、严重多发伤应首先处理危及生命的损伤。
- 12、对于内脏损伤患者进行修复和止血以确保救命的目标手术。

（七）外伤出血

1、外伤出血的临床表现：

- 1) 动脉出血： 由于动脉血管内压力较高， 所以出血时呈泉涌、搏动性，尤其是大的动脉血管破裂，血液呈喷射状， 颜色鲜红，常在短小时内造成大量失血， 易引起生命危险。
- 2) 静脉出血：出血时缓缓不断地外流，呈紫红色，如大静脉出血，往往受呼吸运动的影响， 吸气时流出较缓， 呼气时流出较快。
- 3) 毛细血管出血：出血时，血液成水珠样流出， 多能自动凝固止血。

2、处理要求：

1) 指压止血法，在伤口的上方，即近心端，找到跳动的血管，用手指紧紧压住. 这是紧急的临时止血法，与此同时，应准备材料换用其他止血方法。采用此法，救护人必须熟悉各部位血管出血的压迫点：

- 面部出血： 用拇指压迫下颌角与颞结节之间的面动脉。
- 前头部出血：压迫耳前下颌关节上方的颞动脉。
- 后头部出血：压住耳后突起下面稍外侧的耳后动脉。
- 腋窝和肩部出血：在锁骨上凹，胸锁乳突肌外缘向下内后方， 对准第一肋骨，压住锁骨下动脉。
- 前臂出血：在上臂肱二头肌内侧沟处， 施以压力，将肱动脉压于肱骨上。
- 手掌和手背出血：在腕关节内，即我们通常按脉搏的地方，按到跳动的桡动脉血压住。
- 手指出血：用健侧的手指，使劲捏住伤手的手指根部，即可止血。
- 大腿出血：屈起其大腿，使肌肉放松，用大拇指压住股动脉之压点，（在大腿根部的腹股沟中点），用力向后压，为增强压力， 另一手的拇指可重叠压力。
- 足部出血：在踝关节下侧，足背跳动的地方，用手指紧紧压住。

2) 加压包扎止血法：用消毒的纱布，棉花作成软垫放在伤口上，再用力加以包扎，以增大压力达到止血的目的。此法应用普遍，效果也佳。

标本采集核对制度

- 1、护士应掌握各种标本的正确留取方法，各种标本的数量与质量均应符合检验要求。
- 2、采集标本严格遵医嘱执行。
- 3、标本采集前认真执行查对制度，医嘱和检验单逐项核对无误后，方可执行。
- 4、标本采集时要携带检验单再次核对确认病人（主动邀请患者及家属参与核对）。
- 5、检验标本送检时，应在标本盛器上标明病人科室、床号、姓名等。
- 6、各种标本应于上班后集中送检，以便集中检验，如确因急需而检验时，应在申请单右上角加注“急”字。
- 7、送检标本要做好相应登记，必要时由接受科室签名。

四轻十不十不交接

四 轻

说话轻 走路轻 操作轻 开关门窗轻

十 不

不擅自离岗外出	不违反护士仪表规范
不带私人物品入工作场所	不在工作场所吃东西
不做私事和长时间接打私人电话	不打瞌睡不闲聊
不私自带朋友和小孩上班	不与患者及探陪人员争吵
不接受患者馈赠	不利用工作之便谋私利

十 不 交 接

衣着穿戴不整齐不交接
危重患者抢救时不交接
患者出、入院或转科、死亡未处理好不交接
皮试结果未观察、未记录不交接

医嘱未处理完不交接
床旁处置未做好不交接
物品、麻醉药品数目不清不交接
清洁卫生未处理好不交接
未为下一班工作做好准备不交接
护理记录未写完不交接

患者病情评估管理制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，使患者从入院开始就能够得到客观科学的评估，医生能够做出详细科学的治疗计划，当病情变化的时候能够及时调整修改治疗方法，使患者得到科学有效的治疗，根据卫生行政部门有关文件精神要求，结合我院实际情况，医院医务部、护理部联合制定患者评估管理制度。

- 1、明确规定对患者进行评估工作由注册的执业医师和护士，或者经医院授权的其他岗位的卫生技术人员实施。
- 2、医院制定患者评估的项目、重点范围、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式、评估操作规范与程序。
- 3、医院职能部门定期实施检查、考核、评价和监管患者评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证医疗质量。
- 4、医师对接诊的每位患者都应进行病情评估。重点加强手术前、麻醉前、急危重患者的病情评估、危重病人营养评估、住院病人再评估、手术后评估、出院前评估。
- 5、医师对门诊病人进行评估时要严格掌握住院标准，严格按照患者的病情作为制定下一步治疗的依据，严禁将需住院治疗的病人进行门诊观察治疗。假如门诊医生决定需要住院的患者拒绝入院治疗，医生必须做好必要的知情告知，详细告知患者可能面临的风险，并签署患者的名字。
- 6、病人入院后，主管医师应对病人全面情况进行评估，包括病情轻重、急缓、营养状况等做出正确的评估，做出正确的诊断，参照疾病诊治标准，制定出经济、合理、有效的治疗方案并告知患者或者其委托人。
- 7、对病人在入院后发生的特殊情况的，应及时向上级医生请示，再请科主任共同再次评估。必要时可申请会诊，再集体评估。

- 8、病人在入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。
- 9、麻醉科手术室实行患者病情评估制度，对手术科室的病人进行风险判断，要求手术科室在术前小结、术前讨论中予以评估，及时调整诊疗方案。
- 10、手术前实行患者病情评估，术前主管医师应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估。
- 11、对于急危重症患者实行患者病情评估，根据患者病情变化采取定期评估、随机评估两种形式。及时调整治疗方案。
- 12、临床医生除了对患者的病情进行正确科学的评估，还应该对患者的心理状况作出正确客观的评估，全面衡量患者的心理状况，对有可能需要作心理辅导的患者进行必要的登记并作记录，随时请心理学科医生给予必要的心理支援。
- 13、所有的评估结果应告知患者或其病情委托人，病人不能知晓或无法知晓的，必须告知病人委托的家属或其直系亲属。
- 14、患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

住院患者病情评估操作规范及程序

- 一、患者在住院期间由有资质的主管医师、责任护士及相关人员对患者进行病情评估。
- 二、通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、营养状况、治疗依从情况、家庭支持情况、医患沟通情况等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。
- 三、患者病情评估的范围是所有住院患者，尤其是新入院患者、手术患者、危重患者、住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、再次手术患者。
- 四、应在规定的时限内完成对患者的评估。责任护士采用护理部制定的表格式“入院病人护理评估单”及表格式“护理记录单”，在记录单规定的时限内完成评估和记录。
- 五、执行患者病情评估人员的职责
 - 1、主管医师对患者进行检查、诊断、治疗，书写医嘱和病历。（对于低年资的医师应由上级医师审核并签字）
 - 2、随时掌握患者的病情变化，并根据病情变化及疾病诊疗流程，适时的对患者进行病情评估。
 - 3、在对患者进行病情评估的过程中，应采取有效措施，保护患者隐私。
 - 4、评估结果应告知患者或其委托人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的家属

或其直系亲属，并取得其知情签字。

六、医师对患者病情评估

- 1、医师主要通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段对患者进行病情评估。
- 2、按照相关制度，在规定时限内完成首次病程记录、入院记录等病历书写。
- 3、手术（或介入诊疗）患者还应在术前依照《手术风险评估制度》进行术前评估。
- 4、患者在入院后发生病重、病危等特殊情况的，主管医师应及时向上级医师请示，科内应组织再次评估。必要时申请全院会诊，进行集体评估。
- 5、住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、再次手术患者，主管医师应按照相应的评估要求进行病情评估，重点针对患者长期住院、再次入院的原因、再次手术原因进行评估。
- 6、患者入院经正确评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。
- 7、对出院患者要进行出院前评估，完成出院记录，评估内容包括：患者现状、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

七、教育监督考核机制

- 1、本制度执行情况将纳入到医院医疗质量管理考核体系中，与评优选先、职称晋升和奖金挂钩。
- 2、医务部、护理部等职能部门对患者病情评估工作开展情况进行不定期监督检查，检查过程中发现的问题及时反馈给相关科室，并限期整改。
- 3、对于在执行患者病情评估过程中存在重大失误，造成恶劣影响者，相关职能部门将根据医院相关规定严肃处理。

第三节 护理质量标准及操作流程

优质护理服务病房工作目标与标准

一、优质护理服务工作目标

- 1、患者满意度要求达到95%以上。

- 2、患者基础护理、专科护理措施落实到位。
- 3、患者的护理级别与病情和自理能力相符。
- 4、患者知晓手术前、后的配合和注意事项。
- 5、患者知晓患眼自我护理的方法和注意事项。
- 6、病人卧位舒适，体位符合要求。
- 7、患者饮食护理落实到位，符合病情需要。
- 8、患者知晓出院指导内容，包括办理出院手续方法、出院后注意事项、休息与活动、服药和治疗、随访与复诊等。
- 9、患者得到全程、无缝隙、连续优质护理服务。

二、优质护理服务病房服务质量标准

标准分：100 分

合格分：90 分

项目	质量标准	分值	评分标准
护 士 仪 容、仪表、 仪态 (10 分)	①仪容：微笑服务，和蔼、亲切、淡妆上岗	3	现场检查护士，一项不符合要求，扣 1 分
	②仪表：着装整齐，佩带胸卡，扣子扣齐，帽子干净，额前不留碎发，短发不过肩，别于耳后，长发盘起，戴头花，白裤子、白鞋、白袜子或肉色丝袜。	4	
	③仪态：举止端庄、文雅、大方、坐立行蹲姿态规范。	3	
服务态度 (10 分)	①服务主动、热情，语言亲切、自然，“请”字开头，“您好”为先，“谢”字结尾。	5	不符合要求每例扣 2 分
	②整个护理团队团结，互相协作。	5	不符合要求每例扣 2 分
服务礼仪 (30 分)	①护理服务中做到四轻：说话轻、走路轻、关门轻、操作轻。	5	不符合要求每例扣 2 分
	②对所有来访者一律主动打招呼问“您好”或点头微笑、主动示好。	5	不符合要求每人次扣 2 分
	③与患者沟通时要求有称谓，如“大爷、大娘、先生、女士等”。	5	不符合要求每人次扣 2 分
	④同志之间称呼得体，如“王老师，李医生”，禁称哥姨姐等。	5	不符合要求每人次扣 2 分
	⑤在病室内，在为患者处置时，在与患者交流时不接听私人电话。	5	不符合要求每人次扣 2 分
	⑥在工作时间手机铃声应设为振动。	5	不符合要求每人次扣 2 分
护理服务的及 时性、预见 性 (20 分)	①及时为入院患者提供服务，患者进入病区护士站三步之内护士应有问候声。	8	不符合要求一次扣 2 分
	②及时为病人提供护理服务。	8	不符合要求不得分 不符合要求每例扣 2 分
	③病人提出的问题，在可能的情况下尽量给予满足，不能满足的也要做好解释工作。	4	
护理主动	①按入院流程及时为患者安排床位，并引领患者到	5	不符合要求每例扣 2 分

服务流程 落实到位 (10 分)	病室办理入院相关手续。 ②按出院流程要求及时为病人提供出院指导及相关 注意事项。	5	不符合要求每例扣 2 分
护患沟通 系统完善 (20 分)	①护士长每天利用晨晚间交接班时间, 经常了解患 者对服务的意见建议和患者的要求。 ②出院患者下发满意度调查表, 进行问卷调查。	10 10	不符合要求扣 5 分 未能做到扣 5 分

三、优质护理服务病房护理质量标准

标准分：100 分

合格分：90 分

项 目	质量要求	分值	评分标准
基础护理 落实到位 (30)	根据病情及患者需求做好基础护理, 包括整理床 单位、面部清洁、口腔护理、梳头、眼部护理、 皮肤护理、修剪指甲, 叩背等 要求: 床单位整洁, 物品摆放整齐, 面部、眼部、 皮肤清洁, 头发清洁, 口腔清洁无异味, 指甲清 洁, 不超过指端。	30 分	现场查看, 1 名患者床单元脏乱扣 2 分, 1 名患者眼部不清洁扣 2 分
专科护理 落实到位 (30)	1. 健康指导到位, 患者知晓疾病相关护理知识 2. 病情观察及时到位, 按分级护理要求巡视病 人, 包括眼局部、生命体征、意识、精神状 态、皮肤、输液情况、导管、病房环境等 3. 病人严格执行术后医嘱体位 (如长时间俯卧 位者, 可遵医嘱暂时用其它替代体位以缓解 不适) 4. 护理措施得当, 无护理并发症 5. 责任护士熟悉病人病情, 掌握患者十知道 6. 护士掌握角膜病、视光护理常规	30 分	1 名病人不知晓相关知识扣 2 分, 查 看医嘱, 1 例病情观察及护理措施不 到位扣 2 分, 护士不熟悉病情 1 例扣 2 分, 护士不会疾病护理常规扣 2 分
安全指导 及时到位 (10)	1. 患者知晓安全指导相关内容 2. 无跌倒、烫伤、坠床等发生 3. 有安全标识	10 分	现场查看病人, 1 名病人不知晓相关 内容扣 2 分, 无安全标识扣 2 分, 发 生 1 例安全事件不得分
护理人性 化服务到 位 (10)	1. 尊重病人作息习惯, 常规护理工作根据病情需 要合理安排 2. 协助病人就餐、检查等生活护理 3. 选择穿刺能手为静脉条件不好的患者行静脉 穿刺 4. 提供便民箱 (如针线、牙签等)	10 分	现场了解病人或堪查, 1 例未体现人 性化服务, 患者有意见扣 2 分
护患沟通 到位 (20)	1. 患者知晓责任护士的名字及管床医生的名字 2. 患者对各项治疗、护理措施及相关知识知晓 3. 出院患者下发满意度调查表	20 分	现场查看病人, 1 名患者不知晓责任 护士扣 2 分, 1 名患者不知晓疾病相 关知识扣 2 分, 查看调查表, 1 例未 调查扣 1 分

整体护理综合质量考核标准

病区:

日期:

考核者:

得分:

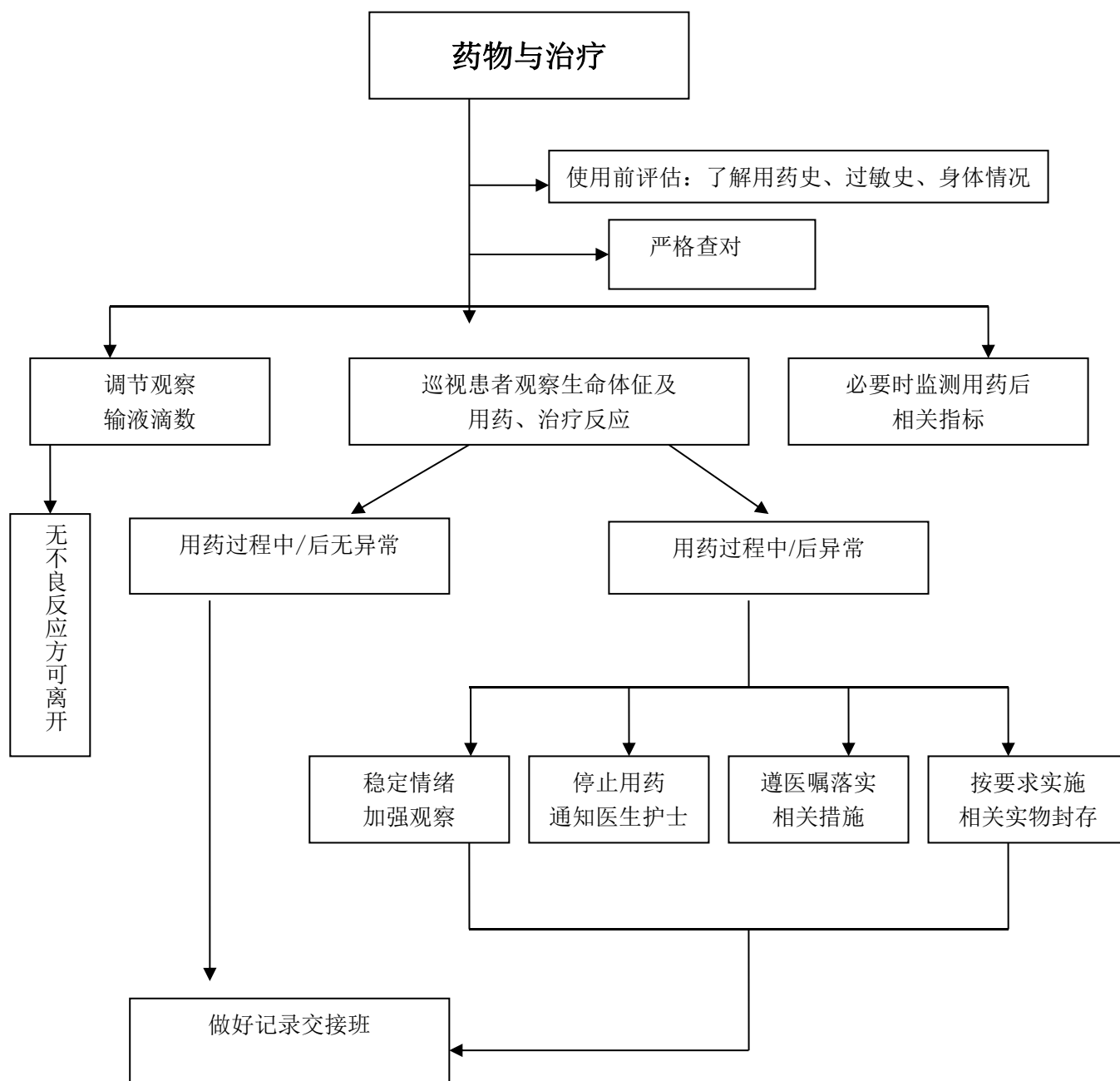
检查项目	检查内容及要求	标准分	扣分标准	扣分原因	得分
组织管理	1. 查看排班, 护士长能按照整体护理要求排班(每位责任护士平均负责病人数 ≤ 10 人); 2. 询问专业护士能按照整体护理要求开展工作; 3. 特、危重病人护士长有督查指导记录。	10	一项不符扣 2 分, 没有按整体护理要求安排工作不得分		
病情掌握	1. 专业护士掌握病人十知道: 如床号、姓名、性别、诊断、病情、治疗、心理精神状态、饮食、护理、检查阳性结果等情况; 2. 全面评估病人实际情况及诊疗经过, 发现问题; 3. 掌握病人治疗效果及检查结果(特别是阳性检查结果)。	15	了解不全或不符, 一项扣 3 分		
应用护理程序	1. 护理评估方法正确, 正确应用护理体检; 2. 建立良好的护患关系, 具有良好的沟通能力; 3. 能确立主要的护理诊断, 首优问题正确; 4. 护理措施具有针对性, 切实可行, 落实到位; 5. 评价及时正确, 能进行动态管理。	30	一项做不到扣 2 分, 重要措施不落实扣 5—10 分		
护理记录	1. 护理记录符合护理文书书写要求; 2. 护理记录客观真实完整, 体现病人的动态变化; 3. 重点突出, 护理措施的落实体现专科护理内涵; 4. 体现护理程序思维方法或护理计划等整体护理病历书写符合要求。	20	记录不全或不符合要求, 每处扣 2 分, 记录不真实扣 5 分		
健康教育	1. 病人能了解疾病的相关知识, 有利于健康的行为; 出院时做好出院指导; 2. 了解用药的作用和注意事项; 3. 特殊检查、治疗、手术的相关注意事项及安全告知; 4. 了解与疾病康复相关的饮食知识; 5. 熟悉责任护士、病区护士长。	10	一项不符扣 2 分		
综合服务	1. 病房环境整洁, 温湿度适宜; 2. 经常巡视病房, 主动服务, 满足病人需求; 3. 卧位符合治疗要求, 病人舒适; 4. 基础护理到位, 标识全; 5. 按照护理级别, 为患者提供必要生活照护; 6. 护士了解病人两便情况, 相关护理措施到位; 7. 有安全防范意识及具体措施落实; 按需准备抢救器材、物品及药品; 8. 关注病人睡眠, 有促进睡眠的相关措施; 9. 注意人性关怀, 按需使用窗帘和其他遮挡用物。	15	一项不到位扣 2 分		

观察和处置患者用药与治疗反应的制度与流程

一、治疗用药与治疗反应的制度

- (一) 护士应熟练掌握常用药物的作用和不良反应，对易发生过敏的药物和特殊人群（婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全的患者）应密切观察。
- (二) 应用特殊药物时应密切观察，如甘露醇、呋塞米、降压药、降糖药等应加强巡视，密切观察用药效果和不良反应，发现问题及时停止用药，必须逐级报告护士长、护理部和药剂科，确保用药安全。
- (三) 定时巡视病房，根据病情和药物性质调整输液滴速，观察有无发热、皮疹、恶心、呕吐等不良反应，发现异常及时通知医生进行处理。
- (四) 做好患者的用药指导，使其了解药物的一般作用和不良反应，指导正确用药。
- (五) 发现给药错误时应立即停止给药，并按应急预案处理。
- (六) 护士长要随时检查患者药物的使用及不良反应的发生情况。
- (七) 责任护士应加强药物与治疗反应的观察，经常巡视病房，了解和观察患者的用药和治疗反应，除按分级护理要求巡视外还应根据患者的实际情况，如使用特殊药物、婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全等情况，增加巡视次数并加强沟通，注重了解患者感受，一旦发生药物与治疗反应当班护士应做到：
 - 1、立即停止药物的使用；
 - 2、立即报告护士长，同时报告值班医生；
 - 3、根据医嘱进行处理，情况严重者应配合医生，立即抢救；
 - 4、落实相应的护理措施；
 - 5、及时记录“病重（病危）护理记录单”，做好抢救观察记录；
 - 6、发生输液反应时，应将撤下的输液器形成密闭状态，并用无菌治疗巾包裹，标明时间，冷藏备检。
- (八) 加强重点药物观察
 - 1、重点药是抗菌药物，中枢性肌松药，抗精神失常药，中枢镇静催眠药等。
 - 2、重点药使用前
 - 1) 应掌握药物基本知识和不良反应等。
 - 2) 询问患者药物过敏史及用药史，必要时监测生命体征。
 - 3) 认真执行医嘱，严格执行三查十对制度，注意配伍禁忌。
 - 4) 告知病人和家属将要使用药物名称、用法用量、可能出现的不良反应。
 - 3、重点药物使用中和使用后
 - 1) 观察输液滴数，按患者病情，年龄及药物性质，合理调节滴数。
 - 2) 告知患者及家属不得自行调节滴数，用药中如有不适及时与医护人员联系。
 - 3) 加强巡视，观察生命体征和用药反应，及时询问和听取患者主诉。
 - 4) 必要时监测患者用药后相关指标，做好交接班。
 - 5) 患者出现用药不适或不良反应，应立即停药，及时通知医生采取有效措施，遵医嘱落实相关治疗与护理，并根据要求做好护理记录及交接班，并填报不良事件表，上报护理部。

二、药物使用与治疗流程



眼科危重患者质量监测指标

序号	检查项目	危重病人数	合格例数	合格率
1	分级护理符合标准，标记与级别相符，分级护理合格率（合格≥90%）			
2	护士掌握患者病情，对危重病人做到“十知道”掌握率（合格率 100%）			
3	静脉用药现配现用，输液速度与病情相符，口服用药准确、安全、及时、无存药，执行医嘱用药正确率（合格率 100%）			
4	病人有“腕带”标识，佩戴符合率 100%			
5	跌倒、坠床高危患者风险评估率（合格为≥90%）			
6	病人口腔、眼睛、头发、手足、皮肤、会阴清洁。基础护理合格率≥90%			
7	病人体位与病情相符，按时翻身，特殊病人有约束带、床栏，无意外发生，意外发生率 0%			
8	危重病人专人陪检，陪检率为 100%			
9	转科病人专人护送，有交接记录，护送率 100%			
10	跌倒、坠床、压疮、管路滑脱的风险评估准确，警示标识齐全，宣教到位，防护措施到位，落实率 100%			
11	无护理并发症：压疮、烫伤、冻伤、坠床、输液外漏，护理并发症发生率 0			
12	按时巡视，准确记录出入量。护理记录及时准确，护理文书合格率（合格率>90%）			
13	对患者或家属进行健康教育，实施针对性心理护理，健康教育率（合格率 100%）			
14	围手术期护理合格率（合格为≥90%）			
15	压疮高危患者风险评估率（合格为≥90%）			
16	制定护理计划率 100%，计划措施落实率 100%			
17	静脉留置针有时间标记，留置时间符合要求，符合率 100%			
18	留置导尿管相关泌尿系感染发生率			

护理文件书写质量要求及考核标准

护理文件书写质量要求及考核标准（一）

	8、点圆线直、无间断、无漏项、无超格（每项 1 分）	1	一处不符合扣一分
内容项目	质量要求	分值	考核标准
基本要求 (5)	1、病历书写规范：客观、真实、准确、及时、完整。文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确、眉栏齐全。书写过程中出现错字时，应用双线划在错字上，并签全名及日期。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹	3	字迹潦草，不清楚，一处扣 1 分，弄虚作假，一次扣 5 分
	2、书写除皮试（+）、医嘱单上的（取消）二字，病员过敏史，术后划线并写术后医嘱，三测单上病员出入院时间，夜间书写危重护理记录单用红笔外，一律用蓝黑笔或碳素墨水书写	2	书写颜色错误扣 2 分
入院病人 护理 评估 单 (10)	1、姓名、性别、科别、床号、住院病历号、联系方式填写正确、完整、签名正规	2	一处不符扣 1 分
	2、各“□”填写准确，评估记录在 4 小时内填写完成，资料收集属实，字迹清楚，用碳素墨水或蓝黑笔书写，无涂改	5	一处不符扣 2 分
	3、所有住院病历均有入院患者评估单	3	无评估单不得分
防范患者 跌倒 (坠床) 评估记 录表 (10)	1、姓名、性别、年龄、科室、住院病历号、诊断、入院时间、出院时间、填写齐全、正确	2	一处不符扣 1 分
	2、所有住院的病人，评估率达到 100%，每一项计分符合实际情况	5	一处不符扣 2 分
	3、对病人进行了预防措施宣教	3	一处未宣教 1 分
体温单 (15)	1、眉栏、页码填写完整、正确	2	一处不符扣 1 分
	2、入、出院、转入、转出、手术、分娩、死亡、外出、请假、拒测填写正确	3	一处不符扣 1 分
	3、新入院病人及手术后病人和危重病人每日至少测 4 次体温（2 分），连续 3 天（不含危重病人）；发热病人每日至少测 6 次（2 分），体温正常后改每日测量 4 次，连续 3 天。（1 分）	2	填写错误、缺少一处扣 2 分
	4、一般病人每日测 2 次体温（2 分）；高热病人每日至少测体温 6 次（2 分），体温正常后连续测 3 天（1 分）	2	
	5、各种特殊标记测绘正确	2	
	6、一般病人每周测一次血压和体重。入院无法测体重者，记录平车或轮椅，住院患者不能测体重者记录卧床。	1	缺少一项扣 1 分
	7、呼吸线以下栏目填写正确	1	填写错误，缺少一处扣 1 分
	9、页面整洁，无涂改及破损	1	涂改，破损一处扣 2 分
医嘱	1、眉栏、页码填写完整、正确	2	一处不符扣 1 分
	2、长期医嘱处理及时、正确	3	不及时不正确不得分

单 (15)	3、临时医嘱执行及时、正确	3	
	4、药敏试验结果标记及时、正确	3	
	5、执行医嘱签字正规、清晰可辨，日期、时间准确	2	缺一处扣 1 分,字迹潦草一处扣 1 分,提前签名扣 1 分
	6、页面整洁，无遗漏及破损	2	涂改，破损一处扣 2 分
病重 (病危) 护理 记录 单 (15)	1、眉栏、页码填写完整，换页、转科有日期，每次记录有时间，签名栏内护士签全名	2	缺少一项扣 1 分
	2、应记录出入量及体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征，记录时间应具体到分钟，一般情况下至少每 4 小时记录一次，其中体温无特殊变化的至少每日测量 4 次。	2	缺少一项扣 1 分
	3、病情栏内容客观记录患者病情观察、护理措施和效果等。记录时间应当具体到分钟。手术患者还应记录麻醉方式、手术名称、患者返回病室时间、伤口情况、引流情况等。	4	不及时不正确不得分
	4、根据患者情况决定记录频次，病情变化随时记录，病情稳定后每班至少记录一次。	3	不及时不正确不得分
医 嘱 执 行 单 (10)	1、眉栏、页码填写完整、正确	1	涂改，破损一处扣 1 分
	2、医嘱分类执行正确、及时	4	不及时不正确不得分
	3、医嘱执行后签名及时、字迹工整	1	缺一处扣 1 分,字迹潦草一处扣 1 分,提前签名扣 2 分
	4、页面整洁，字迹清楚无涂改及破损，抄写准确，书写规范	2	一处不符合要求扣 2 分
	5、特殊用药标记清楚	1	一处不符合扣 1 分
	6、病人出院有标记	1	一处不符合扣 1 分
手 术 安 全 核 查 表 (10)	1、患者姓名、性别、年龄、病历号、麻醉方式、手术方式、术者、手术日期等逐项填写，项目齐全，无空缺	2	一处不符合扣 1 分
	2、在麻醉实施前，手术开始前和病人离室前，三方共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术物品清点等内容进行核对记录。	5	一处不符合扣 1 分
	3、手术医师、麻醉医师和巡回护士三方是否核对确认签字	3	代签扣 5 分
手 术 清 点 记 录 (10)	1、患者姓名、性别、年龄、病历号、手术名称、手术日期等逐项填写，项目齐全，无空缺	1	一处不符合扣 1 分
	2、对手术患者术中所用器械、敷料等数量如实记录	2	一处不符合扣 1 分
	3、表格内的清点数目必须用数字说明。表格内的清点数目必须清晰，数字书写错误时应由当事人即时重新书写，不得采用刮、粘、涂等方法涂改	2	一处不符合扣 1 分
	4、应当在手术结束后即时完成，由手术器械护士和巡回护士签全名	3	代签、未签不得分
	5、无菌包包内、外灭菌指示卡、植入体内医疗器具的相关标识、条形码粘贴于指定处	2	不符合要求不得分

合计		100	
----	--	-----	--

护理文件书写质量要求及考核标准（二）

内容项目	质量要求	分值	考核标准
交接班报告 (10)	1、根据病情对患者住院期间病情变化、护理过程、病情观察、生命体征监测、护理措施、效果和下一班应注意的问题等进行客观记录	5	一处不符合扣1分
	2、交班内容先后顺序正确	2	一处不符合扣1分
	3、运用医学术语正确、条理、语句连贯,签名清晰	3	代签扣5分,其余酌情扣分
床旁巡视单 (10)	1、患者姓名、性别、床号、诊断、病历号逐项填写,项目齐全,无空缺	2	一处不符合扣1分
	2、对患者进行入院宣教和健康宣教,有完成时间记录,完成者签名清晰	5	一处不符合扣1分
	3、责任护士按护理级别要求按时巡视病房,时间与护理级别要求及实际相符	3	一处不符合扣1分
手术患者交接记录 (10)	1、日期、患者姓名、时间、床号、性别、年龄、眼别、手术名称等逐项填写,术眼标识填写核实正确,项目齐全,无空缺	2	一处不符合扣1分
	2、送患者手术的护士与术前准备间护士交接患者基本情况、药物过敏、输液情况、皮肤完整情况,并在相应内容下打“√”。	3	一处不符合扣1分
	3、交接病历及相关影像资料、药品等,与实际相符	3	一处不符合扣1分
	4、对患者特殊情况的交接有记录,交接班人双方签名清晰	2	一处不符合扣1分
护理计划单 (10)	1、危重患者、全麻、一级护理患者住院期间应制定护理计划,书写病重(病危)患者护理记录,其护理计划要与护理记录保持一致,护理计划内容应根据患者病情变化适时进行调整。	3	一处不符合扣1分
	2、一般资料填写齐全,根据护理问题轻重缓急的顺序制定护理计划。	2	一处不符合扣1分
	3、一项护理计划只针对一个护理问题(包含相应措施)	3	一处不符合扣1分
	4、护理诊断命名,诊断依据恰当排序合理	2	一处不符合扣1分

注：现场至少查看5份病历，每份病历满分100分，85分合格，合格率≥90%。

住院部各种护理标记标准

一览卡标记：

护理级别标记在下方正中
防跌倒/坠床患者标识在
左上角或右上角

特级护理



一级护理



二级护理



三级护理



	
科别	
姓名	床号
性别	年龄
入院诊断	
入院时间	



药物过敏：

青霉素过敏

隔离患者：

接触隔离

出入院工作流程（含转出、转入流程）

（一）入院流程

- 1、门诊医生开住院证。
- 2、需住院患者至分诊台，由分诊护士指引患者办理住院手续，并交待办好住院手续后坐电梯

到几楼护士站。

（二）患者到病房后

- 1、病房办公或值班护士主动、热情接待患者，及时安排床位、建立住院病历。
- 2、责任护士将患者送到床旁，妥善安置后请患者及家属详细阅读《住院须知》并签字。
- 3、带患者或家属熟悉病室环境并做好入院宣教，如病室内不准吸烟、饮酒，住院期间不准外出等；详细介绍入院须知，包括病室环境、防跌倒坠床宣教、作息时间、饮食制度、探视、陪护制度、医生查房时间、呼叫器的使用、物品保管、放火防盗、主管医生、主管护士及护士长等。
- 4、告知家属住院所需物品，将多余物品带回，保持病室整洁。
- 5、通知医生为患者做进一步检查（如为急危重患者，到病房后立即通知医生）。
- 6、责任护士对新入院患者做入院评估、防跌倒/坠床评估，依据需要按相关规定提出护理问题，制定护理计划和措施。
- 7、做好患者的心理护理和各项宣教，认真履行告知程序，取得患者主动配合。
- 8、遵医嘱为患者进行治疗护理。

（三）出院流程

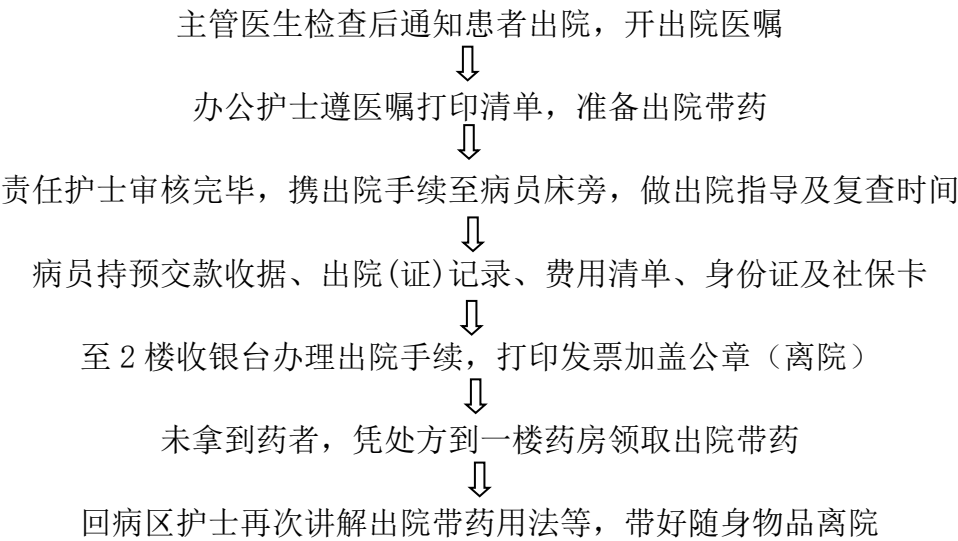
- 1、患者出院由主管医生决定，接到出院医嘱后责任护士及时告知患者，并介绍办理出院手续的方法及流程。
- 2、为患者做出院指导，包括病情观察、饮食、休息、睡眠、运动、正确用药、复查时间等。
- 3、将出院后用的药物核对、整理后，注明用法及注意事项，交患者或家属妥善保管。
- 4、向患者征求意见或建议，不断改进护理工作。
- 5、整理病历，撤床头牌及各种治疗单，一览表卡。
- 6、为患者办理出院手续，向患者或家属交待清楚结帐单据。
- 7、责任护士帮患者整理携带物品，并送出病房。必要时协助联系车辆。
- 8、床单位做终末消毒处理后，铺备用床迎接新患者。

（四）转出、转入流程

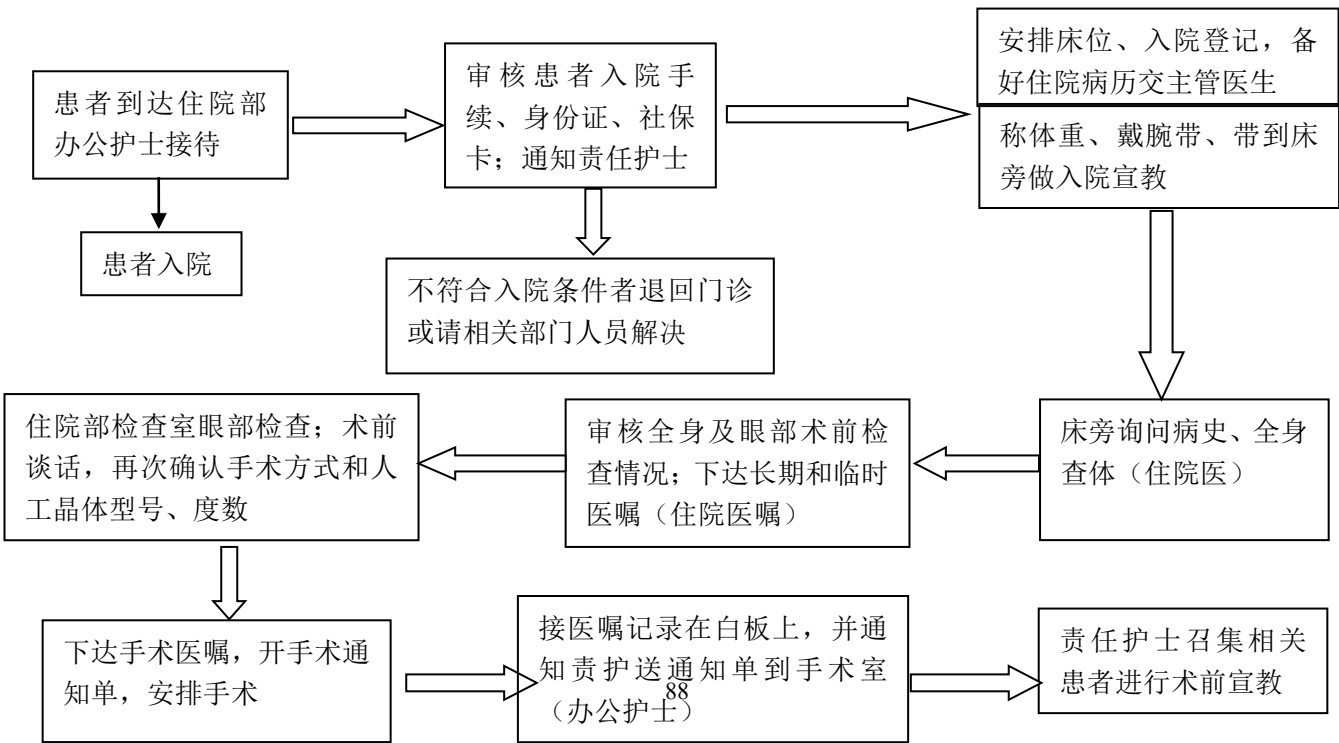
- 1、由病房主管医生确定转出或转入。
- 2、责任护士遵医嘱通知患者或家属收拾用物。
- 3、转出前，责任护士评估患者的一般情况、生命体征，危重患者由医护人员陪送。
- 4、办公护士将转出患者的病历按转出要求书写，并交与相关人员。
- 5、转出患者由医生交代病情，护士交代患者皮肤、输液、用药、护理记录等。

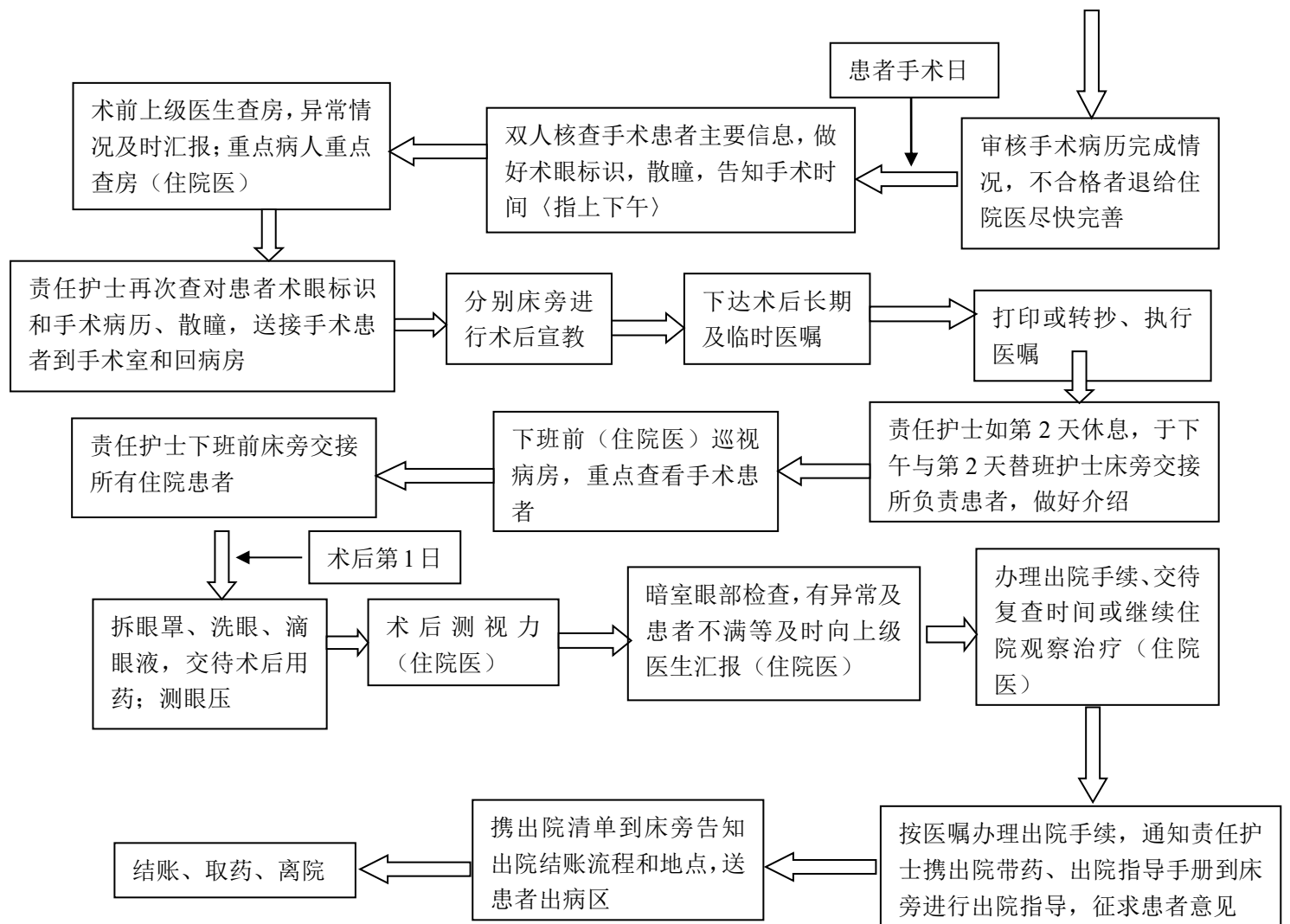
- 6、交接病历、患者皮肤状态，病情、生命体征、输液等；患者的客观情况记录在护理记录单上；特殊问题做好交接班。
- 7、责任护士向患者介绍新病房的有关规定、环境、医生及护士长等情况，取得患者的配合。
- 8、手术患者返回病房后，责任护士记录返回病室的时间，测试患者生命体征、观察意识状态、伤口、输液以及皮肤情况，连同麻醉方式、手术名称一并记录在护理记录单上，并在此进行防跌倒/坠床评估，按要求及时采取相应的防护措施。

（五）住院病员出院流程



白内障患者出入院流程





批量白内障患者接诊流程及要求

- 1、 测视力
- 2、 5楼登记（批量办公护士负责）、测BP（批量辅助负责）；批量责任护士可协助；注意单子上有患者姓名、测血压者姓名和日期。
- 3、 医生检查
- 4、 开单（批量办公护士负责）；批量辅助护士可协助。
- 5、 抽血（批量责任护士负责）；批量辅助护士可协助。
- 6、 发早点（批量责任或批量辅助护士负责）
- 7、 核对、分检查单和病历：介绍信、身份证复印件、医保卡复印件、检查单、心电图单、

化验单放在一起，与该患者病历放一起为1套。（批量辅助护士负责）

8、讲解门诊病历上的优惠卡不要丢失，点名带患者去门诊二楼。（批量辅助护士负责）

9、去门诊二楼：

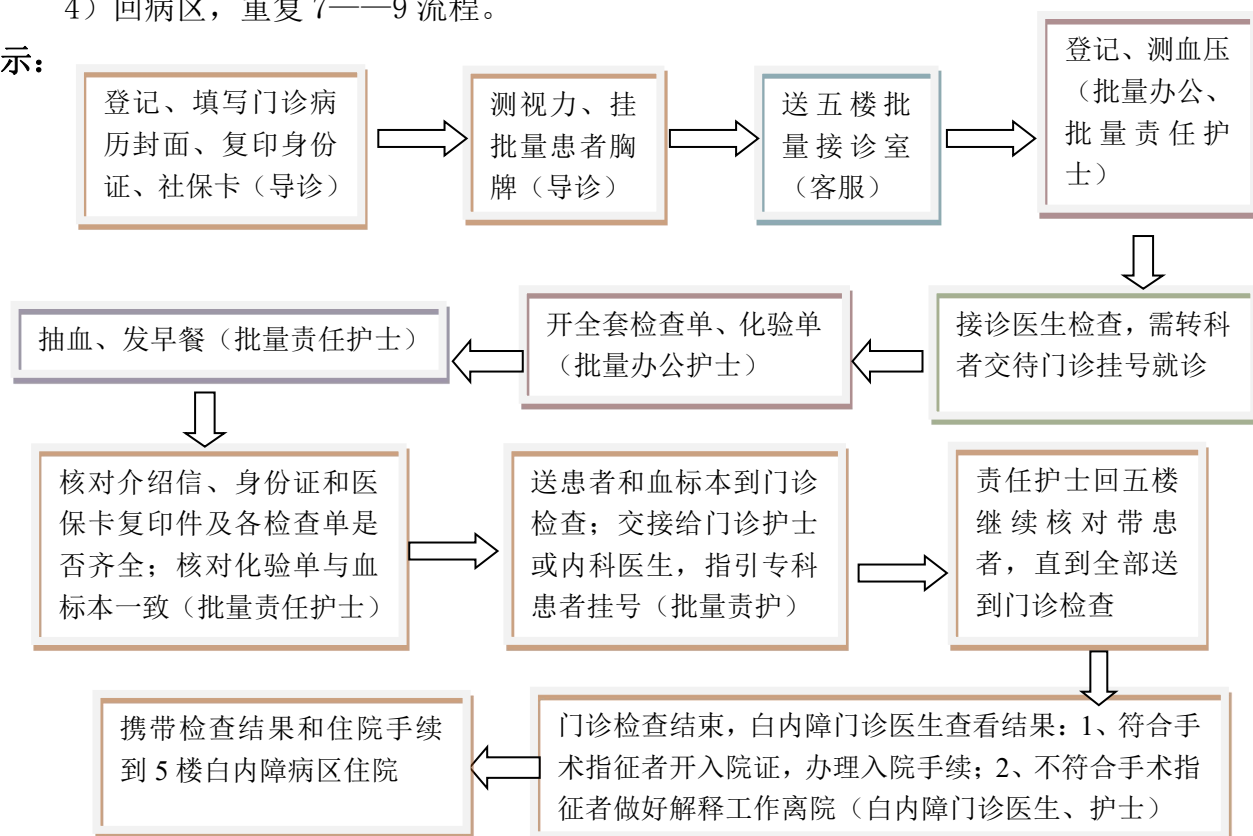
1) 全部带去做心电图、留小便，以及高血压患者带给内科医生，交心电图单、化验单及血到相应科室。

2) 将需要转科的患者交与门诊白内障科护士处理。

3) 交门诊病历及检查单给测眼压护士。

4) 回病区，重复7——9流程。

图示：



住院部服务标准用语

一、巡视病房标准用语

1、您好，昨晚休息的好吗？晚上被子合适吗？冷不冷？或热不热？

2、早晚有热水吗？水温合适吗？洗脸了吗？或洗脚了吗？需要帮忙接热水吗？洗脸、洗澡设施都会用吗？需要我协助洗漱吗？

3、您好，吃早餐了吗？或吃午餐了吗？或吃晚餐了吗？是在什么地方买的饭呀？这里的饭菜感觉怎么样呀？或为什么没在医院买饭呀？

- 4、您好，我要为您们大家整理一下床铺，需要开窗，请大家穿好衣服，盖好被子，把桌面上吃的东西都收到抽屉或柜子里，收不了的就先盖一下，谢谢大家的帮忙。
- 5、我们每天都要通风换气，确保室内空气清新，减少室内病菌的存留，对大家身体好，所以每天整理床铺时，因为要扫床会有一些灰尘，所以更需要开窗通风换气，希望大家理解和支持。
- 6、您好，需要喝水吗？帮您接点开水，这里的饮水机是纯净水，冷热都可以直接饮用的，当然泡茶需要开水，是等待指示灯变成绿色时水就开了。接水时开关是按下去就出水，再按一下弹起来就关好了，如果关不了可以立即按铃或通知我，我会立即来关的，最重要的是不要一直接着开水会烫伤您们的，浪费一点开水没关系，重要的是不可以烫着您们大家了，请大家注意或 XX 大爷、大妈要注意哟，如果接水不方便，看不清只管来找我，我会帮忙接开水的，我不在随便找哪位护士大家都会帮忙的，或有护士来点药、发药、输液时都可以请她们帮忙，都没问题的，总之要注意安全。
- 7、您好，今天感觉怎么样了？好些了吗？有什么不舒服的吗？需要输液者：一会要输液了，您可以先上个卫生间，做好准备，想好输哪只手。
- 8、您好，今天输液了感觉怎么样？用了药感觉好些吗？输了液有什么不舒服的吗？您每天需要输液 XXX 次，目的是维持药物在体内的浓度，达到更好的治疗效果，所以有什么问题可以随时来找我，有什么不舒服也随时可以按铃或来找我。现在医生给你开了 XXX 天得药，故需要输液 XXX 天。每天输液的时间是 XXX 时，在这之前您需要处理好自己的一些事情，如洗漱、吃饭、上厕所等等，做好准备，输液后就不方便了。
- 9、您好，有什么不舒服吗？手冷吗？给你一个热水袋放在手这里，注意不要烫伤了，输液时有任何不舒服就随时按铃或告诉我们。查看输液处有无红肿、渗漏现象等。
- 10、您好，今天点眼液了吗？点的哪只眼呀？点了几次呀？好的，您用的是 XXX 类眼液和 XXX 类眼液等，每天需要点眼液 XXX 次，每次都只点这只眼（左眼或右眼或双眼），所以每次点眼液时要和护士一起查对，如果她搞错了先不要她点，问清楚后再让她点好吧，感谢您对我们工作的支持。
- 11、您好，今天吃药了吗？吃几次呀？好的，我告诉您哈，您每天要吃 XXX 次药，吃的是 XXX 类的药，吃药后有什么不舒服要及时告诉我们，谢谢您的支持。
- 12、今天或明天您需要做 XXX 项检查，所以不要吃早餐，等抽了空腹血您再吃早餐，抽血的时间大致是早上 XXX 点，此外，上班后医生会查房，大致是什么时间，您不要离开病房，查房后会为您安排一些相关的检查，会有人带您去，所以不要离开病房在病房等候，以免

找不到您，误了给您检查的时间，谢谢。

- 13、 明天会为您安排手术，因为手术患者比较多，医生会按照每个人的具体情况安排手术时间，所以您不要着急，在病房里休息等候就可以了，安排到您的时候我会来病房里带您去手术室，您不要紧张，现在我给您介绍一下明天的程序（术前准备大致什么时间开始，要做哪些准备，是哪位医生做手术，这位医生的情况，大致手术时间长短、是否疼痛、介绍术前注意事项、术中注意事项等），今天晚上做好个人卫生，但要注意不要着凉感冒，注意休息，如果睡不着可以告诉医生或护士给您用一点促进睡眠的药，休息好了明天做手术后恢复会更好的。
- 14、 您好，今天做了手术感觉怎么样？有什么不舒服吗？介绍术后注意事项。
- 15、 您好，手术眼感觉怎样？痛吗？能够忍受吗？是什么样的疼痛能描述一下吗？如针刺样痛，还是胀痛？头痛吗？想吐吗？好的，我这就去告诉医生，您不用担心。
- 16、 您好，您今天要出院了，等医生查完房，开出出院的通知后，我们这边就会尽快给您办理出院结账等收手续，您只需要在病房休息等候就可以了，等办好以后我就会来通知您去结账，您要注意一定要去1楼或2楼结账，结账时需要带上您的社保卡和身份证，否则您出去以后在任何地方您的社保卡都不能用了，只有结账以后从我们医院退出，您出去后社保卡才能再用，所以记住一定要去收费处结账，谢谢您的支持。
- 17、 现在我给您讲解一下出院带药如何使用。。。。。。，清楚了吗？如果忘记了，这个出院证上面写的有，您再看看这上面就知道了，或者打病历上的这个咨询电话来询问也可以的。现在我再告诉您一下出院后的注意事项等（做出院指导，如什么时候复查、在哪里复查，以及各项注意事项等）。

二、输液时标准用语

1、输液护士准备好液体后，去到患者床旁:您好！我来输液需要查对一下，谢谢您的配合。请问您叫什么名字，多大年纪？是几床？什么眼病或做了什么手术？哪只眼做了手术？（2种以上身份识别）我是您的责任护士XXX，现在给您输液了，请问需要上个卫生间吗？您想输哪只手呢？让我看看（选择血管）。

2、液体输上后:（再次核对后无误后在输液单上签字和时间，挂好输液牌。）向病人介绍用的什么药，主要目的，（提醒患者）输液速度我已调整好,请不要自己随意调整,以免引起不适和意外，输液中感觉有任何不适，请立即按铃通知我，输液中有什么需要可以随时告知我们或按铃，我们都会很快来到你身边的，你的责任护士XXX，她随时会来巡视，我忙完了也会来看你的，不用担心，谢谢。

- 3、拔针时：X 先生（女士），您的药已输完，现在我给您拔针，请您在这按压 3—5 分钟，以免出血。
- 4、病人不满时：（口气应缓和，诚恳）X 先生（女士），请您不要着急，您有什么需求和意见请尽管提出，我尽快帮您或找 XX 部门解决的，相信我好吗？
- 5、病人有不适时：X 先生（女士），请问哪不舒服？立即减慢输液速度，我马上通知医生，您别紧张。
- 6、静脉穿刺未成功时：X 先生（女士），不好意思，非常抱歉，我给您再扎一针或叫其他护士为您输液。
- 7、病人等候时间较久时：X 先生（女士），不好意思，因为今天病人比较多或您的药刚取回来，让您久等了，我马上为您输液或注射。
- 8、病人对药品有疑问时：X 先生（女士），您别着急，我马上给您查一下，您稍等！
- 9、介绍某药品的不良反应时：X 先生（女士），您用的 XX 药可能会出现 XXXX 反应，如有什么不适请随时告诉我。
- 10、工作出现失误或病人不满时：X 先生（女士），非常抱歉，因为我的失误给您带来麻烦，请原谅，对不起！

三、点眼液时标准用语

- 1、您好！点眼液了，我要先查对一下，谢谢您的配合：请问您叫什么名字？是多少床？什么眼病？或哪只眼做了手术？这只眼点过眼液吗？点的什么药您知道吗？每天点几次您知道吗？仔细核对执行单与眼液瓶签、药名、有效期、患者姓名及左右眼，没问题方可点药。（在更换药液、药瓶、补充药物时都必须严格执行查对制度和操作规程，以免发生差错事故。）
- 2、如果病人是单眼用药，使用眼液时须向病人讲解所滴眼液只能用于患眼，尤其是青光眼患者更应特别交代，（严格按医嘱执行）并向患者讲解用药的种类及注意事项，切忌不要直接将眼药水滴在角膜上。
- 3、X 先生（女士）你好！使用散瞳药（美多丽眼液）或缩瞳药（匹罗卡品眼液、乐青）等滴眼后，应用自己的拇指和食指压迫泪囊区 2~3min，以防药液经泪道流入鼻腔引起中毒。儿童用药时应特别注意。
- 4、特别提醒有些眼药（如散瞳或缩瞳剂）用后会出现视力改变，这是正常现象，停药后视力即可恢复。
- 5、点药后再次核对无误后在执行单上签字。

四、发口服药时标准用语

- 1、用治疗车推药进病房，送药到床头：XX 先生（女士）您好！发药了，请问您叫什么名字？是多少床？什么眼病？或哪只眼做了手术？之前吃过药吗？吃的什么药知道吗？每天吃几次知道吗？今天吃了几次了？好的。
- 2、核对发药执行单与所发药名及数量是否正确后，XX 先生（女士）请服药，倒水→协助服药。必要时交代注意事项。再次核对后在执行单上签字。
- 3、如果病人有疑问，应暂停发药，耐心听取后，去护士站再次核对医嘱（病历上医生所写）并与医生取得联系核对没问题后，给患者做好解释工作后，再发药。
- 4、服用激素类药物，一定要交代早餐后顿服，按医嘱逐渐减量。如果出现胃痛等异常情况要及时告知医护人员。
- 5、如果眼压高，服用降眼压药时，一定要叮嘱病人少喝水。

五、晨间护理标准用语

- 1、早上好！昨晚休息的好吗？或晚上被子合适吗？或吃早餐了吗？
- 2、我们现在要为您们大家整理一下床铺，需要开窗，请大家穿好衣服，不能下床的盖好被子，把桌面上吃的东西都收到抽屉或柜子里，收不了的就先盖一下，谢谢大家的帮忙。

【指导病人及家属将所有物品按医院要求放置、衣服或水果放在床头柜里面或将衣服叠好放于枕头下，床头柜上只放药杯、水杯及眼液；手抽纸或卫生纸放在枕头边即可。

为了确保病室干净整洁，请把安全护栏放下（上夜关灯前巡视病房将所有患者病床护栏提起放好）】。

- 3、每天为病人打开病室窗户通风换气，并告知病人：“为了保持病室空气新鲜，减少空气中的病毒和细菌，每天需要定时开窗通风，希望大家能理解！谢谢”

病历复印流程

患者本人（应当提供本人身份证）

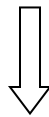
代理人（代理人与患者代理关系的法定证明材料、委托书、代理人及患者本人身份证）

↓
在出院七个工作日后

↓
医院四楼病案室复印（避开法定节假日）

↓
94

在申请人在场的情况下复印病历资料



并经申请人核对无误后医疗机构加盖证明印记

可复印的病历资料：

1、 门（急）诊手术病历和住院病历中的住院记录、体温单、医嘱单、化验单、检验报告单、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

2、登记复印记录，按国家规定收取一定的工本费。

第四节 住院部感染控制

感染管理监控员岗位职责（院感质控员）

- 1、监督落实医院制定的各项感染控制及消毒隔离制度。
- 2、结合本科室的实际情况，制定并督促实施消毒隔离措施和工作流程。对存在问题及时进行整改及反馈。
- 3、配合医院感染管理科进行卫生学监测、消毒灭菌效果监测及医院感染监测工作。
- 4、监督紫外线灯管日常监测、登记工作，每半年监测紫外线强度并记录，将结果上报医院感染管理科。
- 5、对消毒药械和一次性使用无菌医疗用品定期检查，杜绝过期物品，禁止一次性使用的医疗用品重复使用。
- 6、发现或可疑医院感染病例，督促经治医生及时留取标本送病原学检查及药敏试验，填写《医院感染病例报告卡》及科室“医院感染病例登记”，24小时内报医院感染管理科，并积极采取有效措施，防止造成医院感染的爆发流行。
- 7、定期对本病区医护人员、工人进行消毒隔离、职业防护等控制医院感染知识的培训、指导，对本病区病人进行预防医院感染等健康教育宣传工作。做好保洁员、陪护、探视者的卫生学管理。
- 8、监督执行手卫生的各项工作。每月对本科室院感预防、控制等工作情况进行自评一次，并记录。
- 9、负责参与对本科医院感染病例进行讨论，记录完善。

住院部消毒隔离制度

- 1、医护人员上班时要衣帽整洁，不得穿工作服进食堂，离院外出。
- 2、诊疗、换药、治疗等处置前后均应洗手，必要时进行手消毒，无菌操作时要严格遵守无菌技术操作规程。
- 3、无菌器械、容器、敷料罐、持物钳等要定期灭菌，消毒液要定期更换，体温计用后要清洗后再用消毒液浸泡消毒，注射做到一人一针一管，换药做到一人一伤，一用一消毒，已用

过和未用过的物品应有明显标记，并分开放置，定期检查无菌物品是否过期，不得使用过期物品。各种医疗用品使用后均须消毒或灭菌。

- 4、换药室、治疗室、治疗准备室、检查室等应保持室内清洁，每日一小扫，每周一大扫除，私人物品不得带入，清洁用具应专用，每日用紫外线灯或循环风紫外线消毒机消毒空气，定期作空气培养检测，结果保存备查。
- 5、病房应每天定时通风换气，保持室内空气新鲜流通，地面每天用湿拖布擦试、病房、办公室、治疗室、厕所的拖布分开使用，床、床旁桌及椅每日湿擦试、抹布要专用，用后消毒。
- 6、换下来的脏被服应放于护理车上，不得随地乱丢，不得在病房、走廊内清点。
- 7、出院、转科、死亡病员的床单位须做好终末消毒处理。
- 8、感染性疾病患者与非感染性疾病患者宜分室安置。同种感染性疾病、同种病原体感染患者可安置于一室，病床间距宜大于 0.8m。病情较重的患者宜单人间安置。
- 9、隔离病室应有隔离标志，并限制人员的出入。黄色为空气传播的隔离，粉色为飞沫传播的隔离，蓝色为接触传播的隔离。
- 10、疑似传染病者，应按常规隔离，病员用过的物品和排泄物，要进行消毒处理，未经消毒的物品，不得带出病房，也不得给他人使用，病房内污染布类采用双套装清洁运出，应先做消毒处理后再清洗。
- 11、厌氧菌、绿脓杆菌等特殊感染的病员，应严格隔离，用过的器械、被服、病室须严格进行消毒灭菌处理。

病房日常清洁消毒制度

- 1、正常情况下每日对病区环境、工作区域物表、病房物表做好清洁卫生擦拭工作，各岗位桌面、台面物品摆放整齐，尽量减少不必要的物品。
- 2、每日用清水擦拭病房床头柜桌面等；湿式拖病房及走廊地面 1—2 次，每周用 500mg/L 含氯消毒液擦拭病房床头柜、桌面、拖地 1-2 次。
- 3、每日用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒病房卫生间、门把手等易污染部位，做好记录，如发生血液、分泌物、呕吐物等污染时，立即进行处理，并用 1000-2000mg/L 含氯消毒液进行消毒处理。
- 4、治疗室、治疗准备室、抢救室、污物间每日空气消毒 1 次(夜班负责)。
- 5、病区各类压脉带、血压计、湿化瓶等消毒物品按时更换，由消毒供应中心统一回收处理，

体温计用后先清洁后消毒，用 75%酒精浸泡消毒，每周更换酒精及容器两次。

6、出院病人床单位用 500mg/L 含氯消毒液做终末消毒处理，用紫外线循环风消毒机消毒床垫、床絮、枕芯及室内空气等，并登记；

7、每周各病房进行一次空气消毒，有记录；患者出院后病房呼叫器用 500mg/L 含氯消毒液消毒处理。

8、病区公共区域座椅每日清洁，每擦拭 3 张座椅，清洁一次抹布。

治疗室、治疗准备室紫外线空气消毒说明及标准

根据卫生部《消毒技术规范》和《医院感染管理规范》的要求，治疗室必须达到三类环境的空气消毒标准，结合我院实际情况选用了双管合计 60W 的紫外线灯消毒，每日照射 1-2 次，每次照射 1 小时，并做好日常监测记录，每季度做一次空气培养，要求上岗人员必须做到：

1、必须认真填写“记录本”内各项内容，不得使用省略符号，以达到及时更换灯管，保证消毒效果的目的；灯管的更换时间依据灯管的使用说明书上要求的时间，于到期前 1-2 周通知装备部工程师更换。

2、注意事项：

（1）在使用过程中，应保持紫外线灯表面的清洁，每周大扫除时，必须用酒精纱布或棉球擦拭清洁一次，发现灯管表面有灰尘、油污时，应随时擦拭。

（2）消毒房间内要保持清洁干燥，减少尘埃和水雾，温度低于 20 度或高于 40 度，相对湿度大于 60%时应适当延长照射时间。

（3）消毒物品表面时，应使照射表面受到紫外线的直接照射，且应达到足够的照射剂量。

（2）不得使紫外线光源照射到人体，以免引起损伤。

住院部各病区感控检测计划

根据成都爱尔眼科医院院感科下发的成都爱尔眼科医院感控检测计划，制定住院部各病区的感控检测计划，如下：

一、空气检测：每季度一次

1、住院部各病区：治疗准备室 1 间，治疗室 1 间，共计需要平板培养皿 6 个；每间需 1 个对照皿，共需 2 个，合计 8 个；所有房间均 $\leq 30\text{ m}^2$ ，每次检测摆放 5 分钟。

注意：每次采样前，应认真做好各处卫生，杜绝死角，按规定消毒，关好门、窗，在无人走动的情况下，静止 10 分钟以上进行采样，采样后立即送化验室进行培养。培养皿从化验室到各科室及检测完送回化验室时，需准备灭菌治疗巾 2 张，铺一个无菌盘，将培养皿放于其中，避免中间环节的污染导致检测结果误差。

二、手的消毒效果检测

1、采样时间：**每季度一次**，在消毒后立即采样

2、医护人员按 6 步洗手法洗手后立即采样

3、采样方法：被检者五指并拢，用浸有含相应中和剂的无菌洗脱液浸湿的棉拭子 1 支，在双手指曲面从指跟到指端往返涂擦 2 次，一只手涂擦面积约 30C m²，涂擦过程中同时转动棉拭子，将棉拭子接触操作者的部分剪去，将棉拭子投入 10ml 含相应中和剂的无菌洗脱液试管内，立即送检。

三、物品和环境表面消毒效果的检测

1、采样时间：**每季度一次**，在消毒后立即采样

2、采样方法：用 5cmX5cm 的标准灭菌规格板，放在被检物体（桌面、治疗车表面、柜子里面、治疗床等）表面，采样面积 $\geq 100\text{ C m}^2$ ，连续采样 4 个，用浸有含相应中和剂的无菌洗脱液的棉拭子 1 支，在规格板内横竖往返均匀涂擦各 5 次，并随之转棉拭子，剪去手接触部位后，将棉拭子投入 10ml 含相应中和剂的无菌洗脱液试管内，立即送检。门把手、柜子把手、抽屉把手等不规则物体表面用棉拭子直接涂擦采样。

3、采样地点：住院部各病区治疗准备室、治疗室

四、使用中的消毒剂检测：必须进行生物和化学监测

1、采样时间：

① 安尔碘 III 型消毒液、75%酒精、碘伏等消毒剂，**每季度生物检测一次**

② 含氯消毒液原则上现配现用，每天化学监测一次。

2、采样地点：住院部各病区治疗准备室、治疗室。

第五节 眼科护理文件书写规范

眼科护理文件书写规范

一、 书写基本要求

- 1、护理文件是病历的重要组成部分，是护士根据医嘱和病情，对病人住院期间护理过程的客观记录。护理文件包括：体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录、手术安全核查表、手术清点记录、入院评估单、护理分级评估表、护理计划等，应存入病历统一管理。
- 2、护理文书书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。根据医嘱和眼科护理常规的要求进行记录。
- 3、护理文件书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水。
- 4、护理文书书写应当使用中文和医学术语，通用的外文缩写可以使用。
- 5、护理文书书写应当文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确、眉栏齐全。病历书写过程中出现错字（句）时，应当用同色笔双线横行划在错字（句）上，保留原记录清楚、可辨，并就近写上正确字（句），注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
- 6、护理文件应当按照规定的内容进行书写，并由相应注册执业护士注明日期并签署全名，签名要清晰可辨。实习、试用期护士书写的护理文件，应当经过在本医疗机构合法执业的护士审阅、修改并签名。进修护士应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写护理文件。
- 7、因抢救急危病人，未能及时书写抢救记录的，当班护士应当在抢救结束后 6 小时内及时据实补记，记录时间应当具体到分钟，并注明抢救完成时间和补记时间。
- 8、病情描述应突出重点、简明扼要，各项记录内容和时间相对应，能反映护理问题和护理效果。
- 9、护理文件书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录；记录时间应当具体到分钟。

二、护理病历书写内容及要求

（一）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，内容包括：患者姓名、性别、年龄、科室、床号、住院病历号、入院日期、住院日数、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重等。

1、**楣栏**、一般项目栏、特殊项目栏均使用蓝黑墨水或碳素墨水笔书写；数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

2、**楣栏项目包括**：姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号，均使用正楷字体书写。

3、**一般项目栏包括**：日期、住院天数、手术后天数等。

① 日期：住院日期首页第1日及跨年度第1日需填写年-月-日（如：2010-03-26）。每页体温单的第1日及跨月的第1日需填写月-日（如03-26），其余只填写日期。

② 住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

③ 手术后天数：自手术次日开始计数，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。

4、**体温、脉搏描记栏**：包括体温、脉搏描记及呼吸记录区。

① 体温。

（1）40℃-42℃之间的记录：应当用红色笔在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，其余均按24小时制，精确到分钟。转入时间由转入科室填写，死亡时间应当以“死亡于X时X分”的方式表述。

（2）体温符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。

（3）每小格为0.1℃，按实际测量度数，用蓝色笔绘制于体温单35℃-42℃之间，相邻温度用蓝线相连。

（4）体温不升时，可将“不升”二字写在35℃线以下。

（5）物理降温30分钟后测量的体温以红圈“○”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。

② 脉搏。

（1）脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为2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。

（2）脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再用红色笔在体温符号外划“○”。

③ 呼吸。

(1) 用红色笔以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

(2) 如每日记录呼吸 2 次以上，应当在相应的栏目内上下交错记录，第 1 次呼吸应当记录在上方。

(3) 使用呼吸机患者的呼吸以 R 表示，在体温单相应时间内呼吸 30 次横线下顶格用黑笔画 R。

5、特殊项目栏包括：血压、入量、出量、大便、体重、身高等需观察和记录的内容。

① 血压。

(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。

(2) 记录方式：收缩压/舒张压（130/80）。

(3) 单位：毫米汞柱（mmHg）。

② 入量。

(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。

(2) 单位：毫升（ml）。

③ 出量。

(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。

(2) 单位：毫升（ml）。

④ 大便。

(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。

(2) 特殊情况：患者无大便，以“0”表示；灌肠后大便以“E”表示，分子记录大便次数，例：1/E 表示灌肠后大便 1 次；0/E 表示灌肠后无排便；1¹/E 表示自行排便 1 次，灌肠后又排便 1 次；“※”表示大便失禁，“☆”表示人工肛门。

(3) 单位：次/日。

⑤ 体重。

(1) 记录频次：新入院患者当日应当测量体重并记录，根据患者病情及医嘱测量并记录。

(2) 特殊情况：如因病情重或特殊原因不能测量者，在体重内可填上“卧床”。

(3) 单位：公斤（kg）。

⑥ 药物过敏。

该患者有药物过敏史的，必须用红色笔填写过敏药物的名称，以起到警示作用。

⑦ 空格栏。

可作为需观察增加内容和项目，如记录管路情况等。

6、注意事项

- ① 新入院病人一日至少测量 4 次 T、P、R，连测三天。
- ② 体温正常的一般病人每日常规测量 2 次 T、P、R。
- ③ 危重病人、手术后病人每日至少测量 4 次 T、P、R，连续三天，根据病情变化，随时测量。
- ④ 高热病人每日至少测量 6 次 T、P、R，体温正常后一日 4 次 T、P、R，再测 3 天。
- ⑤ 每周至少测体重、血压各一次。
- ⑥ 三天未排便者要立即汇报，予以处理。

（二）医嘱单

医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。

1、医嘱应由有处方权的医师开写。无处方权的医师开写的医嘱，必须由上级医师审查后签名方有效。

2、医嘱内容及起始、停止时间应当由医师下达或书写，护士须及时、准确的执行医嘱，对有疑问的医嘱，护士应主动与主管医师联系，确认无误再执行。

3、医嘱包括长期医嘱、临时医嘱、长期备用医嘱、临时备用医嘱。

① 长期医嘱：有效时间 24 小时以上，医师注明停止时间后即失效。长期医嘱可由医师直接下在医嘱执行单上或由办公护士/当班护士及时分别转抄于长期医嘱执行单上（输液、注射、口服、眼液、其他等），每项医嘱护士执行后均应及时注明执行日期、时间并签名。

② 临时医嘱：有效时间在 24 小时以内，护士应在短时间内执行，对限定执行时间的临时医嘱，应在限定时间内执行。执行后在临时医嘱单上注明执行日期、时间并签名。

③ 长期备用医嘱（prn 医嘱）：有效时间在 24 小时以上，医师注明停止时间后即失效。长期备用医嘱每次执行时应由医师在临时医嘱单上记录医嘱内容，护士每次执行后应在临时医嘱单上记录执行日期、时间并签名。

④ 临时备用医嘱（SOS 医嘱）：仅在 12 小时内有效，过期尚未执行则失效。护士执行后应及时在临时医嘱单上注明执行日期、时间并签名。过期未执行应由当班护士用红笔在医嘱上标注“未用”并签名。

4、一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危重症患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，医师表示无误后，方可执行。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱，护士应当据实补记执行时间，并签名。

5、 药物过敏皮试结果，阴性用蓝（黑）墨水或碳素墨水笔在临时医嘱上书写“（-）”，阳性用红墨水笔书写“（+）”，同时在病历夹、病人床头等处做醒目标记。

6、医嘱执行单是护士执行医嘱时的客观、真实的原始记录。医嘱执行单内容包括病人姓名、科别、住院病历号、床号、页码、医嘱转抄日期和时间、转抄护士签名、医嘱内容、医嘱停止日期和时间、护士签名、医嘱执行日期、执行护士签名等。医嘱执行单用后归入病历。

7、医生下达医嘱，因病人预付款不够等原因无法执行时，应及时告诉病人，并在医嘱上注明，签字。

（三）病重（病危）患者护理记录

病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。凡下病危，病重的均需进行危重（病危）患者护理记录。

1、医生下达病危、病重、特护医嘱后，护士应立即进行危重、特护病人护理记录；记录应根据医嘱，护理常规和病情做好记录，记录时间应当具体到分钟。病情观察应根据各专科的护理特点、重点如实记录病人客观的病情变化，施行护理措施和护理效果。

2、记录内容包括病人姓名、科别、住院病历号、床号、页码、记录日期及时间、出入量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。

3、危重病人及须严密观察病情的病人，日间至少 1 小时记录 1 次，夜间至少 4 小时记录 1 次，病情变化随时记录。病情稳定后至少每班记录 1 次。

4、抢救病人应随时记录，未能及时书写抢救记录，当班护士应在抢救结束后 6 小时内据实补记，并签名加以注明。

5、大手术后的病人根据术后情况随时记录，手术当天应重点记录手术时间、麻醉方式、手术名称、病人返回病房的时间及情况、麻醉清醒时间、术眼情况、镇痛药使用情况，详细记录生命体征变化情况及出入量。

6、护士应准确记录出入液量或遵医嘱记录出入液量。责任护士每日 17 时总结记录 24 小时出入量，将结果填写在记录单、体温单上。入量包括每日饮水量、食物中含水量、输液量等，出量包括尿量、呕吐量、粪便量、其他排出液等。

7、出入液量、血压、用药、氧疗等应注明单位、浓度、方法、剂量等。

8、准确记录生命体征，T、P、R 每日测量记录 6 次，但医嘱频次大于此规定，严格按医嘱执行，小于此规定按此规定执行，BP 按医嘱频次记录。

9、死亡病人应重点叙述抢救经过、抢救时间、死亡时间。

10、病危、病重、特别护理患者应制定重点护理计划，并于医嘱下达后 4 小时内完成。

11、每次记录结束均需签全名。

（四）手术安全核查记录

是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

记录要求： 应当在手术结束后即时完成。填写完整、清楚、不漏项。

（五）手术清点记录

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用液体、器械、敷料、药品等的记录，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、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。

（六）护理计划

1、危重患者、全麻患者、一级护理患者应制定护理计划，书写病重（病危）患者护理记录，其护理计划要与护理记录保持一致，护理计划内容应根据患者病情变化适时进行调整。

2、一般资料填写齐全，根据护理问题轻重缓急的顺序制定护理计划。

3、一项护理计划只针对一个护理问题（包含相应措施）。

4、除以上情况外还应依据患者需求（包括病情诊治康复需要，患者自身生理、心理、社会、文化等方面需求）制定个性化护理计划。

第六节 住院部护理质量控制标准

住院部护理质量控制标准（100 分）

护理管理与质量持续改进（55 分）			
检查项目	质量标准	分值	检查细则
一、护士依法执业及岗位管理	1、各科室护士应严格按照“护士注册、执业管理制度”的规定实行准入制，做到依法执业。查各科室排班表及护理文书等签字人员的注册、护士资质是否符合国家相关规范要求。 2、各科室有与本科室护理岗位相一致并适用的岗位说明书、岗位职责； 3、临床护理人员知晓本科室、本岗位的岗位职责，知晓率 100%。 4、科室有岗位职责培训考核计划，并落实到位，有完整的培训记录可查。 5、实施护士分级管理，根据临床护理人员能力、职称、护龄等进行分级，科室有统一管理的护士分级管理档案；护士配备合理并能对护理人员分层次使用，体现能级对应。 6、查看排班表及责任护士一览表，每位责任护士负责一定数量的患者，每位患者有相对固定的责任护士。	5	查资料、抽问，一项不符合扣 1 分
二、核心制度/护理常规	1、科室有护理核心制度、眼科疾病护理常规、急危重症护理常规、护理技术操作规范、护理质量控制标准及临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范，并根据国家规范要求及时进行修订。 2、科室每周对核心制度、护理常规等落实情况进行自查，并认真做好自查记录。 3、科室制定有年度护理核心制度（16 项）、相关护理管理制度、护理技术操作、专科护理常规等培训计划，并有专（兼）职人员负责落实培训计划，培训资料齐全。 4、护士熟练掌握护理核心制度等内容，知晓率 100%。 5、临床护士均经过泪道冲洗、结膜囊冲洗、非接触眼压、电脑眼光仪等常见眼科技术操作及并发症预防措施及处理流程的专业培训，并考核合格，达到熟练掌握。	5	查资料、抽问，一项不符合扣 1 分
三、分级护理	1、依据《综合医院分级护理指导原则》制定符合本院实际情况的眼科分级护理制度。 2、对所有住院患者的病情及自理能力等进行评估，并认真填写《病人护理分级评估表》，确保护理级别与病情相符。 3、患者一览表和床旁均应注明护理级别，护理人员严格按护理级别	3	实地查看、查资料、抽问，一项不符合扣 1 分

	巡视每位患者，观察病情并记录，床旁巡视单按规范要求按时填写。 4、认真做好晨晚间护理，预防并发症，落实床头交接班。 5、每月有分级护理落实情况专项检查改进记录，做到持续改进。 6、组织本科室护士学习、掌握本院分级护理制度，做到人人知晓，有学习记录。		
四、优质护理	1、科室有开展优质护理服务总体目标与内涵；有具体的优质护理服务工作目标与服务质量标准，以及整体护理综合质量考核标准，科室每月对照标准进行自查，持续改进，有记录。护士长手册上每月有开展优质护理工作计划及落实措施、小结等记录。 2、实施“以患者为中心”的责任制整体护理，每位护士平均分管一定数量的患者，建议$\leq 8-10$人，并体现能级对应：全麻患者、高龄、危重、特殊患者应由高年资的责任护士负责，其所负责的患者人数应低于低年资的责任护士分管患者人数。 3、责任护士能运用护理程序为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务，应有：入院评估（含皮肤完整性评估）、防跌倒/坠床评估与再评估、入院宣教（入院须知）、术前、术中、术后宣教、相关疾病知识宣教、出院指导等内容，资料齐全、真实，能体现专科特点，患者或家属对健康宣教内容理解掌握，大致知晓。 4、病人对自身疾病、用药情况、卧位、饮食、休息、活动、特殊检查及注意事项基本了解；患者情绪稳定，安心主动配合治疗，无心理障碍，护患沟通融洽，护患关系和谐。 5、责任护士知晓并掌握所负责患者病情变化及护理重点，根据需求及评估结果采取相应的防护措施，如使用警示标识、温馨提示、床栏防护等，实地查看责任制整体护理措施落实情况持续改进情况。 6、采用责任制整体护理模式，在排班表、病房门牌、患者床旁等均有所体现，患者知晓自己的责任护士和主管医生，以及病区护士长；护理评估及时规范填写。 7、各病区有落实优质护理服务的便民服务措施，有多种方式和途径为患者提供各类健康宣教，如：大厅资料架（资料齐全、摆放整齐）、医院宣传栏、病区走廊和病房、科室宣教手册、出院指导手册、温馨提示等，方便患者及家属查阅，以及便民箱（提供针线盒、手机充电器、电吹风、便签纸等）等。实地查看，抽问责任护士对指导内容的掌握情况。 8、开展患者满意度调查、电话随访工作，定期听取患者及医护人员等多方意见和建议，病人满意度$\geq 95\%$，有资料可查；每月召开工休座谈会，主动征求患者意见，加强沟通，并宣传住院须知和注意事项等，得到患者及家属的理解和配合，并努力改进护理工作，有资料可查。 9、科室有组织护士对优质护理服务目标和内涵的学习、考核，培训资料齐全（计划、签到、讲课提纲、小测验试卷），知晓率100%。 10、护士着装规范、整洁、淡妆上岗，规范使用服务用语，接诊患者站立、主动、热情、微笑服务，主动为病人解决各种力所能及的困难，体现急病人所急、想病人所想。 11、执行首问负责制，耐心详细解答病人及家属提出的有关问题，持续改进护理服务。	10	实地查看、查资料、抽问，一项不符合扣1分，可倒扣分

	12、责任护士对所负责患者做到十知道：床号、姓名、性别、诊断、病情、治疗、饮食、护理、精神心理状态、检查阳性结果。 13、病区整体环境卫生达标，所有物品、设施、设备清洁、整齐、干净，按时打扫消毒；厕所无异味，地面清洁无水渍，各类警示标识完善（小心台阶、小心滑倒、禁烟、安静等）科室有自查记录。		
五、危重患者/围手术期护理	1、科室应有急危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。 2、护士经过危重患者护理理论和技术培训并考核合格，有记录。 3、护士具备的技术能力包括：危重患者护理常规及抢救技能、生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。<u>常见抢救技能如：心肺复苏术、给氧、吸痰、心电监护、除颤仪使用、过敏性休克、输液反应、低血糖休克、高血压危象、虚脱等。</u> 4、各病区收治危重患者时均应使用“危重患者风险评估及防范措施表”，依据评估情况，制定切实有效的防范措施。 5、有患者围手术期护理常规、评估制度与处置流程。 6、有开展各类手术的术前、术后标准宣教内容；对患者及家属做好术前、术后各项宣教和解释工作，并有相应的记录。患者及家属对围手术期宣教内容理解知晓。 7、执行围手术期护理常规、评估制度与处置流程有记录。	4	查资料、抽问、抽考，一项不符合扣1分
六、执行查对制度、医嘱核对与处理	1、科室有医嘱核对与处理制度，有在紧急情况下方可使用口头医嘱的相关制度与流程；经过资格认定及相关培训的护士方可执行给药医嘱。 2、用药医嘱抄（转）录须经双人核对，确保准确无误，并有转抄者及核对者签名。 3、科室有防范给药差错的措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，有核对人签字确认。 4、护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录；有特殊情况使用患者自带药品的相关规定，并认真执行。 5、护士按照医嘱给药时间分次给药，每次给药均应有记录留档备查（含口服药、眼液、静脉给药、各类注射等）。 6、使用注射药物时要注意药物配伍禁忌；使用抗生素要注意合理性和安全性，使用需做药敏试验的药物时，要有专用急救药品等，现用现配，药物过敏患者按规定在相应部位或区域有警示标识、病历上有记录。 7、每日一次医嘱大查对，对所有医嘱进行核对，并有记录可查。 8、有医嘱核对与处理制度、医嘱查对流程及措施、查对制度、口头医嘱制度与执行流程等的培训，培训资料齐全；护士知晓并掌握上述相关制度与流程的内容。	6	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣1分；可倒扣分
七、抢救设施和物品	1、科室有常用仪器设备和抢救物品使用制度及流程；有常用仪器和抢救设备可能出现意外情况的处理预案及措施；有常用仪器和抢救设备操作规程，以及急救设备应急调配制度、维护保养制度，所有急救设备上悬挂相应的操作流程，如：<u>心电监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器、给氧等。</u> 2、护理人员熟练掌握常用抢救设施设备和物品的管理制度、维护保	5	实地查看、看资料、随机抽问、抽考，一项不符合扣1—2分

	养制度以及相应的操作规程，掌握常用急救技术、急救程序，熟背抢救药品的编号、剂量和药理作用，有相应的考核记录（理论及操作考核试卷），考核人人合格（85 分以上）。 3、氧气有“四防”、有氧或无氧标志，严格执行用氧操作规程，并需“穿衣戴帽”。 4、有急救类、生命支持类医学装备的应急预案，保障紧急救援工作需要。 5、各科室急救类、生命支持类装备、抢救物品、药品时刻保持备用状态，完好率为 100%；急救车内物品齐全、无过期、无变质、无失效；定种类、定位放置、定量保管、定期消毒；及时检查、及时补充；有专人负责管理和护士长每周检查签字、有布局图。		
八、病历书写	1、根据卫生部《病历书写基本规范》及本省市相关要求制定本院适用的护理文件书写规范及质量考核标准。 2、严格执行护理文件书写规范的各项标准要求，各护理文件记录应及时、准确、完整，字迹清晰，无涂改，无空格，使用医学术语，记录时间精确到分钟（使用 24 小时制），记录者必须是执行者，由有护士执业证并注册在本院的护士审核签字（进修实习生书写记录由带教老师审阅后签全名）。 3、护理文件至少应包括：体温单、长期医嘱单、临时医嘱单、手术清点记录单、病重（病危）护理记录单、手术患者交接核查表、入院评估表、防跌倒/坠床评估表、各类医嘱执行单、患者床旁宣教巡视单、护理计划单等，并认真执行记录，同时依据当地相应规范要求存放于病历中保存或科室自行保存至少 3 年；推荐使用：普通患者表格式护理记录单；推荐备用：危重患者风险评估及防范措施表、压疮危险因素评估表及压疮报告单、难免压疮申报表、皮肤压疮观察记录表。 4、特殊情况（病人拒绝治疗、护理的原因，提供治疗后仍不能缓解甚至恶化的症状体征，自杀倾向异外事件发生经过、病人外出时间地点等）必须有相应的记录。 5、病室交班报告内容简明扼要，重点突出，按照相关规范要求顺序正确填写（出院、转出、死亡、入院、转入、手术、病危等），并有护士长审核签字。 6、临床护士对《病历书写基本规范》相关内容知晓率 100%，有完整的培训资料（计划或通知、签到、课件或提纲、试卷、评价）。 7、科室每月有依据“护理文件书写质量要求及考核标准”进行的科室护理文件自查记录；护士长每月依据检查标准对病历质量进行检查评定，对存在的问题提出整改措施并做好复查工作，确保整改措施落实到位，有记录（护士长工作手册）。	7	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1 分；可以倒扣分
九、重点环节应急管理制度	1、科室有重点环节应急管理制度与相关应急预案，应有制度明确重点环节。重点环节包括：患者用药、治疗、标本采集、围术期管理、安全管理等，相关岗位护士均知晓。 2、科室组织对相关应急预案的培训、学习和演练，演练资料记录齐全（组织人、参与人签到、演练项目、场景设置、演练流程设计、照片、讲评、改进记录），推荐演练项目：心跳呼吸骤停、失火、停电、停水、虚脱或休克、职业暴露。临床人员（包括保洁员）对失火、停电、停水等应急预案、紧急处理流程知晓率 100%。	4	查资料、抽问，一项不符合扣 1 分

	3、科室根据关键环节管理发现的问题，组织相关人员分析、讨论、反馈，制定整改措施并落实到位，对实施中发现的问题及时修订、补充、改进工作，有相关记录。		
十、在职继续教育	1、科室能认真执行“新员工岗前培训制度、卫生技术人员轮岗（转岗）培训制度”，其科室新员工的岗前培训参培率必须达到 100%。 2、根据专科特点对新入职（轮岗）人员实行岗前培训和岗位规范化培训，必须做到人人有岗位培训计划，并认真落实，及时考核，达标上岗；同时必须严格按照集团下发《新入职（轮岗）护士规范化培训手册》内容及要求进行规范化培训，记录及时、完善，并体现内容与资质要求相符合。 3、科室有根据本科室具体情况及相关要求开展的每周一问，有记录可查。 4、有年度“三基三严”业务学习培训计划，并认真落实，月度学习、培训、考核与年度计划保持一致，学习培训资料齐全（计划、签到、课件提纲、试卷、评价等），并积极参加医院和护理部组织的业务学习培训，其各类培训的参培率应达到 100%，考试合格率达 100%，有记录可查。 5、科室可采用多种形式定期组织对岗位职责、核心制度、优质护理服务目标与内涵、病历书写基本规范、患者身份识别制度与流程、危急值报告制度与流程、医疗安全不良事件报告制度与流程等的学习，有记录。（多种形式：科室每周一问、每月一次小讲课、自学签到考试、护士长或专业考评员早会讲解强调等，均需有记录备查） 6、参加医院和护理部等业务学习和培训，每位护士均应有学习笔记，记录齐全真实，每季度按时交护理部审核 7、重视在职学历教育，积极参加在职学历、职称考试，努力使科室护理人员的大专以上学历人员达到 60-80%以上 8、完成护理部的投稿计划，积极撰写学术论文，不断总结工作经验，持续改进，不断提高。	6	看资料：1、参加医院和科室会议和学习率未达到95%以上者不得分 2、参加后考试考核合格率未达到 100% 者不得分；3、带教 1 名护士加 2 分（要求时间满 1 个月或以上，不每月重复得分） 集团报刊录用 1 篇文章加 1 分，集团和省级学术杂志录用发表的论文加 2 分，国家级（中华护理杂志）论文加 4 分，引进新技术新项目加 2 分
患者安全（45 分）			
一、患者身份识别制度	1、科室有明确规定至少同时使用两种以上（不含 2 种）患者身份识别方式，并认真落实，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。对于特殊病人：如同名同姓、无名氏患者等应有明确的身份识别方式规定，核对时应主动邀请患者及其近亲属或授权委托人共同参与患者身份的确认，并注重采用正确的识别方法，如反问式提问进行身份识别等。 2、对重点患者如手术、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间等患者的身份识别和交接流程有明确规定：在诊疗活动中使用“腕带”作为各项诊疗操作前识别患者的手段之一，必须确保腕带信息的准确无误，需有双人核对后的腕带方可使用，有相关记录。 3、手术患者采用“患者姓名、性别、年龄”、“眼别”、“腕带”、“患者家属或授权委托人”等方式识别。 4、科室每月对“患者身份识别和查对制度”落实情况进行自查，有记录可查。 5、临床护理人员熟悉上述患者身份识别制度和流程并认真落实，有培训，资料齐全，知晓率 100%。	6	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1—2 分

二、转科交接制度	1、科室有“患者转科交接身份识别制度和流程”，尤其急诊、病房、手术室之间的转接。 2、手术患者必须使用《手术患者交接核查表》，其余转科患者科室应建立《转科交接记录本》，记录完整。 3、重点环节患者转科交接流程： （1）门急诊与病区交接程序：医生开出住院证，家属办理手续；核对病人身份后通知病区办公护士，准备物品等待通知；转运前评估病情；与病区护士详细交接班，并有交接记录。 （2）病区与手术室交接程序：病区护士认真查对，做好手术前准备；认真与手术室护士进行交接，内容包括：床号、姓名、手术名称、生命体征、手术前准备、药物情况等，并填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。 （3）手术室与病区交接程序：手术后，手术室护士应与病区护士做好病情、药品及物品的交接，填写《手术患者交接核查表》，无误后方可离开。 4、科室每月对“患者转科交接制度”落实情况进行自查，有记录可查。 5、临床护理人员熟悉上述制度和流程并执行。	5	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣1—2分
三、腕带标识制度	1、制定“病人腕带标识制度与操作程序”，对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确规定，全院统一。“腕带”使用范围：住院部各病区（所有的住院患者）、所有进入手术室（含门诊手术）患者、准分子、白内障批量手术和住院部留观患者。 2、对于无法有效沟通（如昏迷、神志不清、无自主能力、儿童等患者）等患者，由患者陪同人员陈述患者姓名等，并建立使用“腕带”标识牌，作为住院患者的识别标识，在进行各项诊疗操作前或转科交接时要认真核对患者“腕带”上的信息，准确识别患者的身份，并与患者家属或授权委托人共同核对患者身份。 3、“腕带”记载患者信息包括：科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、诊断等，由责任护士负责填写。 4、“腕带”信息必须经二人核对（护士—患者、护士—家属、护士—护士、护士—医生）后方可使用，若损坏需更新时同样需要经两人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤，血运良好。 5、科室每月对“患者腕带标识制度”落实情况进行自查，有记录可查。 6、临床人员熟悉上述制度和流程并执行。	6	实地查看、看资料，一项不符合扣1—2分
四、手术部位标识制度	1、认真执行“手术部位识别标示制度与流程”，对手术眼或部位有规范统一的标记；对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。 2、手术患者在离开病区或门诊到手术室前，相关责任护士必须再次认真查对患者手术眼别是否按要求进行标示，并认真查对医嘱，同时应主动邀请患者及家属或授权委托人共同参与手术部位标识的确认与核对。 3、患者送入术前准备室和手术室前必须已经正确标记手术部位。 4、手术室工作人员在接患者时必须查看即将手术患者的手术眼别标	6	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣1—2分

	识，若无标识禁止将患者接进手术室。 5、麻醉医生或手术医生在为手术患者进行麻醉或手术前，严格遵守《手术安全核查制度》，必须查看即将手术患者的手术眼别标识，并确保术眼标识正确，若无标识或标识与手术眼别不一致，麻醉医生和手术医生拒绝为患者进行麻醉和手术，直至相关人员标识清楚方可进行麻醉和手术。 6、科室每月对“手术部位标识制度”落实情况进行自查，有记录可查。 7、临床护理人员熟悉上述制度并执行；有培训记录，培训资料齐全。		
五、高警示药品及危化物品管理	1、有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的高警示药品存放区域、警示标识和贮存方法的管理规定，各科室应分柜或分层存放、加锁，不得同层混放，需标识醒目、清楚、正确。 2、建立“高警示药品使用登记本和危化物品使用登记本”，出入帐物要绝对一致；使用高警示药品时严格双人核对，并做好记录，做到账物吻合。 3、有危化物品存放区域、警示标识和贮存方法的管理规定，应专柜或专层存放、加锁，不得与其它物品、药品混放，如 75%酒精、95%酒精、甲醛溶液、环氧乙烷气体等。 4、各临床科室储存和使用中的散瞳药、滴鼻液、表面麻醉液虽不属于高警示药品，但为避免出现用药错误，需有相应的警示规定和标识，分层存放，有条件的科室应分室存放，避免用药错误。 5、临床护理人员熟知以上制度及本院高警示药品（高危药品）和危化物品的标识，以及听似、看似等易混淆药品的管理规定及标识，并正确执行。	4	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1 分
六、“危急值”报告制度	1、科室有“危急值报告制度及流程”内含“危急值项目及报告范围”。“危急值”报告的接收应遵循“谁接收，谁记录，谁通知”的原则，科室有“临床接获危急值报告记录本”，对“危急值”处理的过程和相关信息（患者识别信息、危急值内容、报告者信息等）做详细准确记录。 2、“临床接获危急值报告记录本”记录内容应包括：接获日期、时间（具体到分钟）、患者姓名、性别、床号、危急值信息、报告科室报告人及报告时间、接获科室记录人及通知人、被通知医师签名、诊治措施或内容、诊治时间、报告科室确认人签名、科室质控员签名。 3、科室接获危急值报告者记录后应复述一遍与报告科室报告人员再次确认，按流程复核确认无误后必须在半小时内向相关医生报告，知晓报告流程。 4、医生接到危急值报告后及时采取相应诊治措施，及时追踪，在登记本上确认签字并于 6 小时内在病程记录中记载接收到的危机值报告结果、诊治措施或内容及诊治时间。 5、科室质控员每月检查“危急值报告制度和流程”落实情况及“临床接获危急值报告记录本”记录是否完善、合格，并签名；科室“临	4	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1—2 分

	床接获危急值报告记录本”应记录及时、完整，符合规范要求。 6、临床人员对“危急值报告制度及流程”知晓率 100%，并熟知本部门常见的“危急值”项目及内容。		
七、防范跌倒、坠床	1、有防范患者跌倒、坠床的相关制度及发生跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案、工作流程。 2、对入院患者均应按“防范患者跌倒（坠床）评估记录表”进行危险因素评估，明确跌倒/坠床的高危人群，尤其需对年老体弱（70 岁以上）、有跌倒史、生活不能完全自理、不能正常行走、合作意愿差、神志不正常、视觉障碍、尿频尿急、腹泻、近期服用利尿剂、降压药、降糖药、镇静安眠药等任意一种情况的患者，进行跌倒（坠床）风险评估和再评估，高危患者须进行相关警示标识并做好相关预防与护理工作，并对病人及陪伴人员进行宣传、教育，患者及家属基本知晓。 3、根据制度对病人入院初始评估后每周评估一次，手术后重新评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录，高危患者入院时的跌倒、坠床风险评估率$\geq 95\%$。 4、对特殊患者及有坠床与跌倒高危因素的患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者，认真落实：主动告知坠床/跌倒危险，保持地面干燥，病室内整洁，采取适当防范措施，使用床旁护栏，悬挂“防坠床/跌倒警示牌”，语言提醒、搀扶或请人帮助，并有家属陪伴，列入交班内容、床旁交接等措施，防止意外发生，同时在患者一览表上做好相应的标识，警示责任护士注意，科室有自查记录。 5、使用《护理不良事件报告表》，对每例跌倒、坠床等意外事件进行成因分析及讨论、制定整改措施并落实。 6、临床护理人员对患者发生坠床、跌倒等意外事件报告程序及处置流程知晓率$\geq 95\%$。	8	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1—2 分；可倒扣分
八、医疗安全（不良）事件	1、有护理安全（不良）事件报告制度、流程及主动报告的激励机制，对不良事件呈报实行非惩罚制度，并执行，有记录。 2、各科室建立《护理缺陷、疏忽记录本》，每月及时记录护理缺陷和疏忽，所发生的护理不良事件需如实登记，并按时填写“护理不良事件报告表”上报护理部，并按要求及时做好成因分析、讨论，制定整改措施并落实，有记录（报告表、科室护理不良事件改进记录表）。 3、发生护理不良事件后，应本着患者“安全第一”的原则，立即如实向护士长和当班医生汇报，迅速采取补救措施，避免对患者健康造成损害或将损害降到最低程度，并按要求登记在《护理缺陷、疏忽记录本》上。 4、建立护理风险预警机制与程序，落实护理缺陷报告讨论分析和管理制度，对科室护士进行不定期的安全教育和培训演练，有记录。 5、开展主动报告护理安全（不良）事件报告制度与流程的培训，培训资料齐全，临床人员对不良事件报告制度及流程知晓率 100%。	6	实地查看、看资料、抽问，一项不符合扣 1 分

	6、制定有多种上报护理安全（不良）事件的途径，如：电话、内部信息系统、护理不良事件报告表、科室护理缺陷、疏忽记录本、立即当面向科室负责人和当班医生报告、网络 QQ 邮件、信件等。 7、鼓励全科护士共同参与科室质量控制，做好查漏补缺工作，每月有护理缺陷检查及分析、讲评记录（护士长工作手册）。 8、科室有年度“不良事件案例成因分析或较严重疏忽成因分析”书面总结。		
--	--	--	--

住院部感染预防与控制质量标准（总分 100 分）

检查项目	质量标准	分值	评分细则
一、健全制度	1、科室有根据国家相关法律法规要求（《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》、《医院感染监测规范》、《医院空气净化管理规范》、《医务人员手卫生规范》、《医疗废物管理办法》、《传染病防治法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等），结合本院实际工作情况，修订和完善的医院感染预防与控制制度、医疗废物及污水处理制度、传染病管理制度、职业防护等规章制度，以及相关应急预案，落实的具体措施，有修订与更新记录，资料齐全，能用于指导临床工作。 2、科室感染管理质量控制人员熟知岗位职责及相关制度、工作流程及眼科医院感染特点，并认真履行岗位职责，按本科室医院感染控制检查标准及评分细则每周抽查 1 次，达到每月全面检查 1 次的目标，对存在问题有分析、有措施、有评价、有记录，对存在的严重问题及时以书面形式向院感科和护理部汇报，体现持续改进。 3、科室全体医护人员熟知本科室、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并认真执行。	5	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分 2、抽问，回答不全扣 1-2 分
二、手卫生规范/设施	1、根据《医务人员手卫生规范》制定手卫生管理相关制度和实施规范、流程，有相关图示。 2、手卫生设施种类、数量、安置位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求，手卫生设施（流动水、六步洗手流程图、洗手液或皂、干手纸或擦手毛巾、快速手消毒剂等）配置齐全、有效、使用便捷。 3、定期开展手卫生知识与技能的培训，有记录；医务人员手卫生知识知晓率 100%。 4、认真执行洗手指征及手清洁消毒操作规程，对制度的执行有监管，每月对规范洗手及洗手指征落实情况进行日常检查、督导、总结、反馈，对存在问题与缺陷制定整改措施，持续改进，有记录（每月科室手卫生督察记录须达到 30 次以上洗手指征，有原始督察记录单）。 5、不断提高洗手依从性和正确率，手卫生依从性逐月提高，洗手正确率 ≥95%；治疗室、治疗准备室、检验科等重点科室医务人员手卫生正确率 100%。	15	1、查资料，资料不全扣 1 分，无原因分析、整改措施扣 1 分； 2、实地查看，一项不符合要求扣 1 分； 3、洗手正确率未达标扣 5 分； 3、抽问，回答不全扣 2 分。
	（一）重点环节感染控制 1、无菌区、清洁区、污染区分区明确合理，标识完整、清楚、统一。		

三、感染预防与控制	2、进行注射、配药等操作前半小时应停止清扫地面等工作，避免不必要的人员活动。严禁在配液室、治疗室以外的非清洁区域进行注射、配液准备等工作。保持静脉留置针穿刺部位清洁，有污染时及时更换敷贴，每日评估，及时撤管。 3、无菌物品与非无菌物品分开放置，无菌物品放置在专用柜内或专用架上，物品存放架或柜应距地面高度 20cm-25cm、离墙 5cm-10cm,距天花板 50cm；灭菌后的物品应按灭菌日期先后顺序依次放入，包外有物品名称、灭菌日期、失效日期、灭菌指示胶带、灭菌锅次、责任人等基本信息，包内有灭菌化学指示卡，禁止在包外化学指示胶带上书写基本信息，灭菌包保持干燥，有效期 7 天，过期或污染须重新清洗、消毒、灭菌，禁止直接灭菌使用，每日清点记录并签名。 4、治疗车上层为清洁区，下层为污染区，物品应摆放有序，利器盒放置于治疗车的侧面；进入病室的治疗车、输液车、服药车、滴眼液车等应配有速干手消毒剂。治疗室、配液室的台面上无多余物品，污物及时清理；无菌物品必须一人一用一灭菌，一人一针一管执行率达 100%。 5、酒精和碘伏密闭保存每周更换 2 次，其容器每周灭菌 2 次，有记录；一次性小包装的瓶装碘酒、酒精，启封后使用时间不超过 7 天。体温计用后立即清洗、消毒处理，干燥备用，其消毒液及盒每周更换 2 次；血压计和听诊器每日用 75%酒精擦拭消毒，袖带每周更换清洗消毒，定期效验，有记录；含氯消毒液应现配现用，防止挥发，每周抽查监测浓度，做好记录。 6、受水器、网套、压脉带、服药杯一人一用，使用后由供应中心集中回收处理（清洗后用 1000mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟），消毒处理烘干后装袋，外有相应的标识注明：科室、物品名称、消毒时间、责任人等，下发各科室使用。 7、抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明开启日期和时间及责任人，放置时间超过 2 小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过 24 小时不得使用。一份无菌物品仅供一位病人使用；无菌物品一旦打开，如无菌棉球、纱布、棉签等应每日更换，提倡使用小包装，无菌手术包、无菌持物筒及镊、无菌有盖方盘等 4 小时过期；使用中的无菌物品或器械，疑有污染不得使用，应重新灭菌或更换；无菌盘现用现铺，4 小时过期。 8、开启的各种眼膏和眼药水必须注明开启日期及责任人，有效期 7 天，如遇污染随时丢弃，不再使用。 9、医务人员进入治疗室、配液室应衣帽、口罩整洁，随手关门，严格执行无菌技术操作原则。 10、治疗室、配液室每日通风换气，用 500mg/L 含氯消毒液擦拭各种仪器设备、台面、地面湿式清洁 1—2 次，无污迹，有记录（日常消毒记录）。 11、一次性使用无菌医疗用品用前应检查小包装的密封性、灭菌日期及失效日期，进口产品应有相应的中文标识等，发现不合格产品或质量可疑产品时不得使用。使用中发生热原反应、感染或其他异常情况时，应当立即停止使用，并及时上报院感科、医品部及护理部。 12、冰箱每周清理、消毒一次，定期除霜，无过期物品及私人物品，所有药品注明失效期，分类存放，标识清楚。 13、科室有对上述各环节要求落实情况的自查，以及对存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施，有记录，资料齐全可查。	30	实地查看，一项不符合要求扣 1 分；无科室自查记录，无问题分析、改进措施及评价记录扣 10 分
-----------	--	----	--

	(二) 急救物品 1、氧气导管或面罩、湿化瓶一人一套，连续使用应每日消毒、更换，湿化液每日更换；氧气瓶上未使用的备用氧气导管根据其效期定期更换、湿化瓶每周由消毒供应中心集中清洗消毒处理（用 1000mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟），清洗烘干后用消毒物品包装袋包装，标识清楚备用；有更换记录。 2、急救车内压舌板、开口器、舌钳等物品灭菌后备用，定期更换；皮肤消毒液、棉签等根据其效期定期更换，无过期，处于备用状态；血压计、听诊器、手电筒等定期消毒，定期校正，有记录。 3、吸引器的引流瓶应一人一用一更换，未使用者应每周更换一次，由消毒供应中心集中清洗消毒、发放，有更换记录。 4、患者转运轮椅应每日清洁，每周消毒处理 2 次，被患者体液、血液等污染时立即进行清洁消毒处理。 (三) 病区及床单位 1、每日通风换气，保持空气新鲜，温湿度适宜，每周有清洁卫生固定日；一般情况病房每周进行空气消毒 1 次，并记录。 2、地面整洁干净，每日湿式清洁，保持干燥防止病人滑倒，遇污染时即刻消毒。 3、各种设施设备、床旁桌、椅，病床、门窗等每周 2 次用含氯消毒液 500mg/L 擦拭并记录，患者出院、转院或者死亡后，床单元及其相邻区域必须进行清洁和终末消毒处理。 4、病区卫生间、洗漱间台面、门把手、水龙头等每日用含氯消毒液 500mg/L 擦拭并记录（保洁员）。 5、患者的安置原则应为：感染病人与非感染病人应分室，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置。 6、病房内、走廊、电梯门口等公共区域随时保证有快速手消毒液，有开启日期在效期内，其表面清洁干净，确保手卫生落实到位。 7、床单位清洁整齐，湿式清扫、一床一套（巾）、床头柜一桌一抹布，用后均需消毒凉干备用 8、直接接触皮肤的床上用品和病员服应一人一换，遇污染及时更换。住院一周以上病人衣裤、床单、被套、枕套每周至少更换 1—2 次，枕心、棉褥、床垫定期消毒，被血液、体液污染时，及时更换；禁止在病房、走廊清点更换下来的床单、衣物等。		实地查看，一项不符合要求扣 1 分；无科室自查记录，无问题分析、改进措施及评价记录扣 10 分
四、医院感染监测	1、科室能按照国家相关法律法规要求，结合科室实际情况，制定有“病区感控检测计划”，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目；对检测不合格项目有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。所有资料齐全，结果留存 5 年备查。 2、每季度对治疗室、配液室空气、物表、医务人员手、使用中的消毒液进行检测，对检测不合格的项目应有原因分析，整改措施及整改后的合格检测结果（报告），对使用中的含氯消毒剂每周有浓度抽查记录，资料齐全。 3、使用三氧空气消毒机或紫外线灯管消毒，应进行日常监测，包括每次照射时间、累计照射时间、照射地点和物品，使用人签名。循环风紫外线消毒机应依据使用频率每周清洗过滤网 1-2 次，有记录；紫外线灯照射强	15	查资料，一项不符合要求扣 2 分，资料不全扣 1 分，无原因分析、整改措施扣 1 分；未开展各项感控检测不得分

	度每半年监测一次，紫外线灯管每周用酒精棉球或纱布擦拭，保持清洁，确保消毒效果，并按使用说明书要求时间及时更换灯管。 4、灭菌后物品的监测，每月抽查 30 个使用后灭菌包内外指示卡，其医疗器械及物品灭菌合格率达到 100% 。 5、建立持续质量改进制度及措施，科室每周、每月开展自查，对发现问题及时分析、改进，有记录。		
五、消毒与防护用品	1、科室有按照《医疗机构消毒技术规范》、《医院隔离技术规范》等规范要求，制定的医院感染管理与消毒隔离工作制度、隔离与预防措施、职业暴露应急预案、职业卫生安全防护制度，明确标准预防核心内容及预防措施，并认真落实。 2、隔离病室应有隔离标志，并限制人员出入，黄色为空气传播的隔离，粉色为飞沫传播的隔离，蓝色为接触传播的隔离；科室应有相应的隔离标识，需要时严格按规范要求进行标识。 3、根据工作岗位的不同需要，科室备有合格的消毒与防护用品（圆帽、口罩、护目镜或面罩、手套、防水围裙、防护服、鞋套等），采取适宜的防护措施，避免交叉感染。 4、科室定期对消毒剂的浓度、细菌指数等进行监测，有记录；医务人员知晓消毒剂的使用范围、方法、浓度配置、浓度监测、更换时间等知识。 5、对医务人员进行相关理论、隔离与防护知识、职业暴露的处理及报告等进行培训，有培训考核记录；医务人员对“标准预防、传播途径、易感人群、感染链”等概念熟知。 6、医务人员对消毒与防护用品的获取和使用符合规定；相关人员接触血液、体液、分泌物、排泄物及被其污染的物品时的操作符合规范，标准预防落实到位。 7、科室定期对上述内容进行督查、分析、总结，对存在问题制定整改措施，持续改进，有自查记录。	10	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分，无原因分析、整改措施扣 1 分 2、抽问，回答不全扣 1-2 分 3、科室未开展自查，无记录扣 5 分
六、医疗废物及污水管理/卫生洁具	1、科室有依据《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及《医疗机构水污染排放标准》等法律法规要求制定的医疗废物和污水处理管理制度和岗位职责。 2、科室产生的医疗废物必须由医院指定的“专人”统一收集、包装、转运，必须放入防渗漏、防锐器穿透的专用包装物或密闭容器内，分类收集，不得与生活垃圾混装。每日出科，48 小时离院；回收人员上岗前经过相关知识培训合格，有资料备查。 3、科室废物分类至少有：感染性、损伤性、生活垃圾、废弃药品包装，固定存放位置，标识清楚、完整、规范，少量药物性废物可以混入感染性废物，但应当在标签上注明。 4、医疗废物专用包装物、容器，应当有明显的警示标识和警示说明。 5、隔离或疑似传染病病人产生的生活垃圾，按照医疗废物进行管理和处置；具有传染性的排泄物，应当严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排入污水处理系统。 6、科室回收人员每日将本科室产生的医疗废物用黄色垃圾袋包装，保证	10	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分，无原因分析、整改措施扣 1 分 2、实地查看，一项不符合要求扣 1 分 3、科室未开展自查，无记录扣 5 分

	封口紧实、严密，如其表面被污染，应对被污染处进行消毒或增加一层包装，并做好相关登记，按时进行交接，实行双签字确认，数量相符，记录完整，资料保存 3 年。 7、清洁卫生用具（拖把、扫把、抹布）应分区使用，标识清楚，定位放置，标识正确（如：红一治疗室、黄一办公室/值班室、绿一病房/走廊、黑一卫生间），其抹布应分台面以上和台面以下（不同颜色区分），使用后清洗、消毒、悬挂晾干，处置规范。 8、对相关制度和处理流程进行培训，医务人员及保洁员知晓相关内容；培训资料完善。 9、科室定期对上述内容进行督查、分析、总结，对存在问题制定整改措施，持续改进，有自查记录。		
七、传染病管理	1、科室有依据《传染病防治法》和《突发公共卫生事业应急条例》等相关法律法规制定的“传染病管理制度”等，并定期修订，有修订标识。 2、病区住院患者出入院登记本、传染病登记本记录齐全、完善，无空格等现象。 3、病区有“传染病报告卡”备用，全体医护技人员知晓传染病的分类及上报时限，当出现传染病患者时能及时按照相关规范要求，及时上报和登记，并严格执行相关隔离制度和措施，避免传染病流行。 4、科室医护技人员每年参加传染病知识的学习及培训 1-2 次，有完善的培训资料可查（科室、院感科）	5	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分 2、抽问，回答不全扣 1-2 分 3、制度未执行不得分
八、感染暴发报告与处置	1、科室有根据《医院感染管理办法》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》等法律法规制定的：医院感染暴发报告流程与处置预案、医院感染暴发报告和处置预案控制有效措施、医院感染暴发报告的信息核查机制，并与本院实际情况相吻合，应及时更新修订完善，有修订标识。 2、科室医护技人员知晓多种途径获得医院感染的信息，并能按要求及时上报医院感染暴发事件。 3、做好病人及家属的卫生宣教，按不同病种，向病人讲解预防感染的卫生知识。 4、知晓个人安全防护措施，并做好个人防护，预防交叉感染，防止病菌扩散。 5、科室医护技人员熟知“医院感染、医院感染暴发、疑似医院感染暴发”等概念，对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达到 100%，有培训记录，资料齐全保存至少 3 年备查。	5	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分 2、抽问，回答不全扣 1-2 分
九、感染知识培训	1、科室有针对本科室专业特点开展的各级各类人员的医院感染管理知识培训，各类人员每年参加医院感染相关知识继续教育学习培训不少于 8 学时，保洁员每年培训不少于 4 次，培训后的各类人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。有完善的培训、考试及考核记录，资料完整，保存至少 3 年。 2、对新（入职）上岗人员、进修人员等进行不少于 3 小时的岗前医院感染知识培训，考核合格后才能独立上岗。	5	1、查资料，缺一项扣 2 分，资料不全扣 1 分 2、抽问，回答不全扣 1-2 分

	3、科室定期对医院感染培训计划落实情况进行督查，对培训效果进行评价，有记录。		
--	--	--	--

沪滨爱尔眼科医院院感科/护理部