



目 录

查对制度	1
交接班制度	3
患者身份确认制度	5
分级护理制度	8
抢救工作制度	12
医嘱管理制度	13
危重患者护理风险评估及安全护理制度	15
约束具使用管理制度	19
昏迷患者管理制度	21
老年患者管理制度	23
新生儿、婴儿安全管理制度	24
围手术期护理管理制度	26
非住院患者输液管理制度	29
病房环境安全管理制度	30
患者转运管理制度	31
患者转科交接管理制度	33
抢救车、除颤仪及转运箱使用和管理制度	35
可转运抢救仪器设备管理制度	37
病床、轮椅和平车安全使用制度	38
检验标本采集和送检管理制度	39
住院患者压力性损伤管理制度	40
患者坠床、跌倒管理制度	47
疼痛护理管理制度	53
探视、陪伴管理制度	55
新冠肺炎防控期间病区陪护/探视制度	57
出院患者随访制度	60
护理安全（不良）事件与近似错误报告处理制度	61



主动报告安全（不良）事件激励制度	63
鼓励患者主动参与医疗安全制度	64
自杀/其他行为紊乱患者管理制度	65
患者离院/失踪管理制度	66
患者隐私保护、民族习惯和宗教信仰制度	67
患者健康教育制度	69
有害物质溢出应急处理管理制度	71
护理岗位管理制度	74
特殊护理岗位资质认定、再授权管理制度	75
护士执业管理制度	78
护理人员配置及调配制度	79
护士排班制度	83
护理人员绩效考核制度	84
护理会议制度	89
护理查房及病例讨论制度	91
护理会诊制度	93
护理文书书写基本规范与质量管理体系	94
PDA 使用管理制度	99
移动护理车使用管理制度	100
“互联网+护理服务”管理制度	101
护理教学质量检查管理制度	103
护理人员继续教育培训管理制度	104
在职护理人员培训制度	105
新入职护士岗前培训制度	109
新入职护士轮转制度	110
护理人员外出进修管理制度	111
专科护士培养及使用管理制度	112
临床实习护士管理制度	114
护理责任组长聘任与考核制度	117



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区

护士进阶管理制度	118
优质护理服务管理制度	121



文件编号	NXYH-HLB-ZD001	文件名称	查对制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 严格执行查对制度，确保所执行的诊疗活动准确无误，保障患者的医疗安全。</p> <p>2.参考文件 国家卫生健康委员会等相关文件。</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 给药</p> <p>4.1.1 严格执行三查八对及操作流程。 三查：给药前、给药中、给药后。 八对：姓名、病历号、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。</p> <p>4.1.2 配置前检查药品的质量，注意有无变质、针剂有无裂缝，失效。如不符合要求或标签不清者，不得使用。</p> <p>4.1.3 配药前必须经第二人核对后方可执行。配药时注意药物的配伍禁忌。</p> <p>4.1.4 易致过敏的药物，给药前应详细询问过敏史。须作皮试的药物，试验结果应由执行者和复查者双签名，皮试阴性方可使用。</p> <p>4.1.5 使用特殊高危药物（静脉用肝素、静脉用胰岛素、注射用化疗药、高浓度电解质及麻醉药、第一类精神类药品）实行执行、核对双签名制，必要时核对护士可由在岗医师核对签名或护士双重签名。</p> <p>4.1.6 对患者/家属提出的疑问须查清，无误并向患者解释后方可执行。</p> <p>4.1.7 药物标签及腕带条码双重核对后给药。</p> <p>4.1.8 抢救时的口头医嘱，执行者须复述一遍，二人核对无误后方可执行，安瓿用后保留，待抢救工作结束时双人核对后方可弃之。</p> <p>4.2 输血</p> <p>4.2.1 交叉配血标本采集</p> <p>4.2.1.1 根据医嘱打印交叉配血检验标签，并将标签贴在血交叉试管上。</p> <p>4.2.1.2 护士应持贴好标签的试管到病人床前，由二位医务人员核对患者姓名、性别、年龄、病历号、血型和诊断等信息，无误后方可采集。</p> <p>4.2.1.3 采集后，再次核对患者身份和血样，并及时连同输血申请单、输血知情同意书送输血科。</p> <p>4.2.2 血液交接查对</p> <p>4.2.2.1 四查：检查血袋上的采血日期、血液有效期、血液质量、输血装置是否完好。</p> <p>4.2.2.2 十对：病区、床号、病历号、姓名、性别、产品号、血型、交叉配血试验结果、血的种类和血量等是否相符。</p> <p>4.2.3 输血时，由两位医护人员共同核对。</p> <p>4.2.3.1 核对医嘱。</p> <p>4.2.3.2 交叉配血单上受血者的姓名、住院号是否与电子病历基本信息相符。</p> <p>4.2.3.3 交叉配血单上受血者的血型是否与血常规报告中的血型相符。</p> <p>4.2.3.4 核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无渗漏，血液颜色是</p>					



否正常，并查看交叉配血结果。核对者在交叉配血报告单上双签全名。

4.3 手术查对

4.3.1 接患者时必须查对科别、姓名、病历号、性别、年龄、诊断、手术名称、手术标记、术前用药。

4.3.2 手术前必须查对病历号、姓名、性别、年龄、诊断、手术部位、备皮、药物过敏试验结果、麻醉方法及术中用药、所带物品（病历、X光片等）。

4.3.3 术中补液、用药时必须严格执行三查八对制度。

4.3.4 术中输血必须严格执行输血查对制度。

4.3.5 手术过程必须四次清点物品，即手术前、关体腔前、关体腔后、缝合皮肤后。

4.4 标本采集查对

4.4.1 必须严格执行查对制度，确保标本采集的正确、及时。

三查：采集前、采集中、采集后。

八对：姓名、病历号、采集项目、采集途径、采集时间、采集方法、采集量、采集容器。

4.4.2 采集前核对标本容器是否正确、有无破损。

4.4.3 标本采集中：

4.4.3.1 确认患者身份。

4.4.3.2 对患者/家属提出的疑问须查清后方可执行。

4.4.3.3 检验标签及腕带双重核对后采集。

4.4.3.4 采集血交叉标本时，一次操作只能采集一个病人的标本，并须经两人核对。

4.4.3.5 标本采集后，医技部门接收标本时，有签收记录。

4.5 饮食查对制度

4.5.1 护士根据医嘱将饮食种类输入电子病历系统中“病人信息”栏，核对患者饮食种类是否符合医嘱及病情。

4.5.2 发放饮食时责任护士与配餐员共同核对病人姓名、手腕带信息及饮食种类。特别是治疗饮食、检查饮食。

4.6 检查患者转运

4.6.1 转运前由护士评估患者使用何种转运工具，根据医嘱准备好转运期间的连贯治疗（氧气、药物等）。

4.6.2 护士到床边核对患者身份和检查/治疗项目，把患者交给陪送工人或根据病情由相关医护人员一起护送患者。

4.6.3 检查/治疗科室在检查/治疗前，核对患者身份和检查/治疗项目，确保患者身份和检查/治疗项目正确。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人： 

签发时间：2022-12-20




文件编号	NXYH-HLB-ZD002	文件名称	交接班制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	俞燕
<p>1.目的 为了确保临床护理工作连续有效地进行，保证护理安全。</p> <p>2.参考文件 国家卫健委 2016《医疗质量管理办法》；2017《医疗质量安全核心制度要点》</p> <p>3.名词定义 指医疗机构及其医务人员通过交接班机制保障患者诊疗、护理过程连续性的制度。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 每班必须按时交接班，接班者提前 15 分钟到科室，清点物品、药品，在接班者未明确交接班内容前，交班者不得离开岗位。</p> <p>4.2 值班者必须在交班前完成本班各项工作和护理记录，整理好物品；遇到特殊情况须详细交接班，并与接班者共同处理后方可离开。日班要为夜班做好物品准备，如敷料、试管、器械、一次性物品和被服等。</p> <p>4.3 接班者如发现病情、治疗、物品、药品等交接不清，应立即查询，接班时发现的问题，由交班者负责；接班后因交接不清发生的问题，由接班者负责。</p> <p>4.4 护理记录内容客观、真实、及时、准确，简明扼要、有连贯性，运用医学术语。进修护士或实习护士书写护理记录时，由带教护士负责修改并签名。</p> <p>4.5 交接班方式和要求：</p> <p>4.5.1 交接班时，应严肃认真地听取交班报告，要求做到书面、口头、床边交接清楚。</p> <p>4.5.2 日班、夜班在下班前均应互相进行口头及书面交接班；所有患者均须进行床边交接。</p> <p>4.5.3 晨会时夜班、日班须进行集体交接班。</p> <p>4.5.4 患者在部门间的转科/床，护士需进行详细的口头、书面、床边交接班，保证临床医疗护理工作的连贯性。</p> <p>4.6 病区内交接班内容：</p> <p>4.6.1 病房日志：包括住院患者总人数、出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数。要求字迹清晰，整齐、重点突出。</p> <p>4.6.2 对于新患者、重危患者、手术前后患者、特殊处置患者（检查、操作、治疗）及其他有病情变化的患者，须把患者的诊断、病情、治疗、药物、护理措施、注意事项等交接清楚。</p> <p>4.6.3 患者的心理变化、患者对疾病的态度，家庭、单位态度和支持情况。</p> <p>4.6.4 各种检查、标本采集的准备。</p> <p>4.6.5 常备贵重、麻、抢救、普通药品及物品、仪器、器械等的数量；抢救仪器和器械要保持功能状态。</p> <p>4.6.6 交接班者共同巡视病房，检查是否达到清洁、整齐、安静、舒适、安全的要求及各项制度的落实情况。</p> <p>4.6.7 床边交接班包括以下内容：</p> <p>4.6.7.1 患者病情：综合护理评估、观察和患者主诉等，观察并实时记录床边监护结果；</p> <p>4.6.7.2 输液及滴速、穿刺周围有无渗漏、红肿；</p>					



- 4.6.7.3 查看全身皮肤，有无发红、破损、皮疹、烫伤等；
- 4.6.7.4 检查各种导管是否通畅及有无脱出，观察引流液的颜色、性状和量；
- 4.6.7.5 检查敷料包扎、渗出情况；
- 4.6.7.6 专科需特殊观察的内容；
- 4.6.7.7 床单是否整洁、干燥。
- 4.7 病区间护士交接班：接收护士首先要完成对患者的评估，再与转送护士进行交接，获得患者的基本信息，交接内容包括：
 - 4.7.1 身份确认、诊断、病情、治疗、药物、费用等
 - 4.7.2 医疗文件：病历、影像资料等
 - 4.7.3 心理、社会、精神状况
 - 4.7.4 输液及滴速、穿刺周围有无渗漏、红肿
 - 4.7.5 查看全身皮肤，有无发红、破损、皮疹、烫伤等；
 - 4.7.6 检查各种导管是否通畅及有无脱出，观察引流液的颜色、性状和量；
 - 4.7.7 检查敷料包扎、渗出情况；
 - 4.7.8 专科需特殊观察的内容及注意事项。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人： 签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD003	文件名称	患者身份确认制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>通过严格执行查对制度，提高对患者身份识别的正确性，确保执行的诊疗活动过程准确无误，保障患者安全。</p> <p>2. 主要参考依据</p> <p>浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 身份识别：是指医务人员在医疗活动中对患者的身份进行查对、核实，以确保正确的治疗用于正确的患者的过程。患者身份的准确辨认是保证医疗护理安全的前提，正确的患者身份识别是医疗安全的保障。</p> <p>3.2 腕带：是指标有患者重要资料的身份标识带，一般系在患者手腕上，能够有效保证医务人员随时对患者进行快速而准确的识别，防止被调换或随意取下，确保标识对象的唯一性及正确性。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 正确采集患者身份信息</p> <p>4.1.1 来院就诊的每位患者必须提供真实的身份信息，门、急诊工作人员必须指导患者如实填写和提供身份信息。</p> <p>4.1.2 挂号收费处工作人员正确录入并核查就诊患者的身份信息，首次就诊患者凭有效身份证件(如医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码)给予就诊号，持有二代身份证的就诊患者可直接扫描录入身份信息。</p> <p>4.1.3 急诊身份不明的患者根据就诊当天日期及先后顺序进行身份标识，“年月日+无名氏1”，“年月日+无名氏2”，标记依次类推，在身份确认后凭身份证等有效证件给予改名。</p> <p>4.2 正确识别患者的身份信息</p> <p>4.2.1 医院对就诊患者身份实行唯一的标识管理，即就诊号/住院号，门诊患者身份识别采用姓名+就诊号，住院患者身份识别采用姓名+住院号。</p> <p>4.2.2 门急诊普通患者：门急诊医生为就诊患者开具检查单、处方、住院证时必须核实患者的身份信息和就诊卡，发现不符应予拒绝。</p> <p>4.2.3 急诊抢救及留观患者：护士需核对患者姓名、就诊号、年龄、性别等基本信息，发现不符及时纠正。手腕带上注明姓名、就诊号、入院日期，经双人或者双重核对后为患者佩戴，作为患者身份识别的工具，确保为正确的患者实施正确的操作。</p> <p>4.2.4 住院患者</p> <p>4.2.4.1 在住院处办理入院手续后打印患者腕带，腕带信息要求内容清晰，项目齐全。</p> <p>4.2.4.2 责任护士或当班护士（值班医生）应双人或者双重核对腕带上的姓名、年龄、性别等基本信息与患者实际是否相符，并要求患者陈述自己的姓名。对无法沟通交流的患者，如新生儿、儿童、意识不清、语言交流障碍及（或）镇静期间等患者的身份识别，应在场的患者家属或代理人陈述患者的姓名，然后核对住院号；</p> <p>4.2.4.3 腕带一般应佩戴在患者手腕上，佩戴前评估局部皮肤，观察手部血运，根据患者的生活习惯及病情佩戴合适的肢体，如病情禁忌，则佩戴在脚踝上，佩戴松紧以垫1指为宜。</p>					



4.2.4.4对患者实施各种治疗、检查、操作前必须核对患者身份，医务人员应让患者自己陈述姓名，并使用二种以上方法确认患者身份（患者姓名、住院号/二维码识别），确认正确后才可执行操作。无法沟通的患者由家属陈述患者姓名，无家属在场时，使用患者所戴的腕带进行单人双重核对。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核查。确保为正确的患者实施正确的操作。

4.2.4.5患者转科(如急诊、病房、手术室、ICU等之间)，交接双方医务人员逐一核查各种档案资料中患者的姓名、住院号、腕带，并请患者陈述自己的姓名。

4.2.4.6在住院期间，护士应向患者和家属做好宣教工作，佩戴的手腕带不可自行解除。

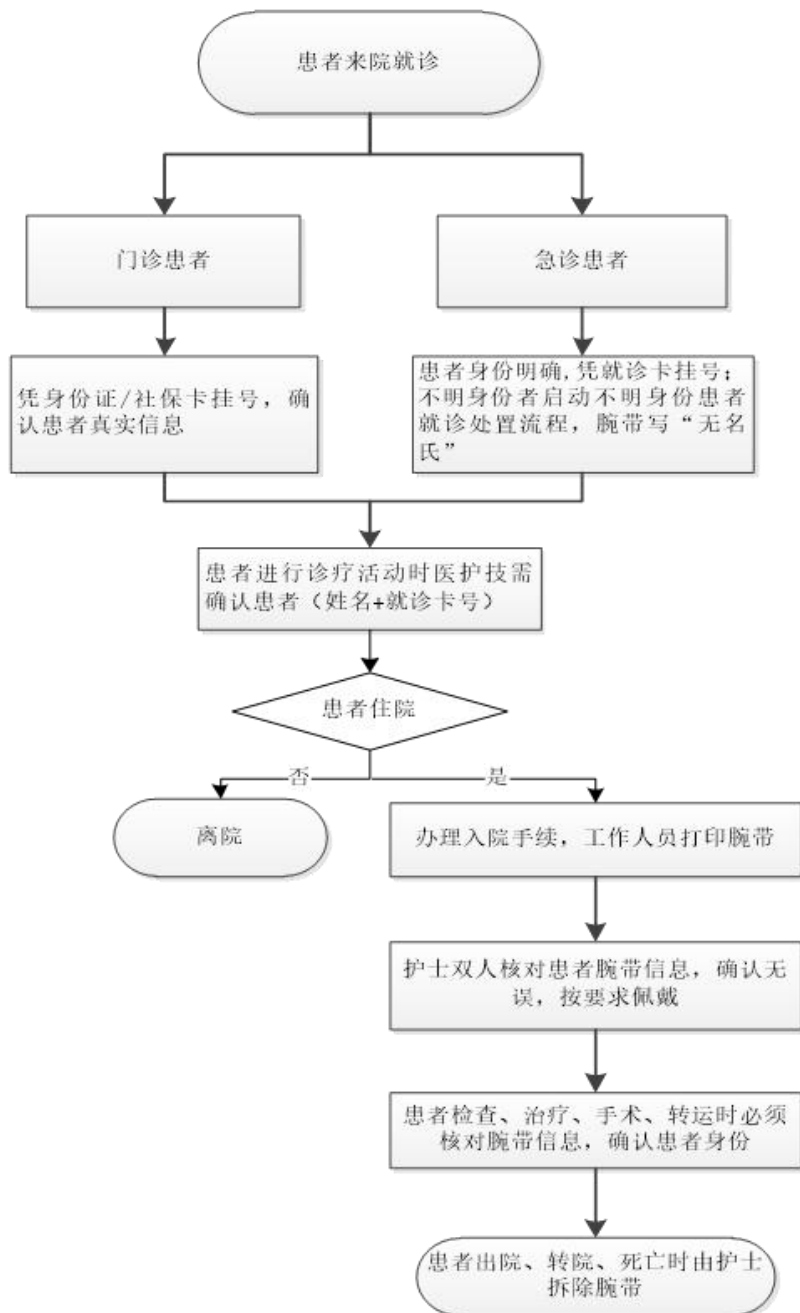
4.2.4.7 患者的一些特殊情形如传染性、药物过敏、高危跌倒等信息在腕带和床头显示屏上有明显标识。

4.2.4.8 患者转科后及时更换腕带，出院、转院、死亡时由护士拆除腕带。


5.流程图（附后）



附件：患者身份确认流程



审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD004	文件名称	分级护理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	俞燕
<p>1. 目的 规定医院住院患者护理分级的方法、依据和实施要求，保障住院患者的护理质量和护理安全。</p> <p>2. 参考文件 中华人民共和国卫生行业标准 WS/T431-2013。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 护理分级 nursingclassification 患者在住院期间，医护人员根据患者病情和自理能力进行评定而确定的护理级别。</p> <p>3.2 自理能力 abilityofself-care 在生活中个体照料自己的行为能力。</p> <p>3.3 日常生活活动 activitiesofdailyliving, ADL 人们为了维持生存及适应生存环境而每天反复进行的、最基本的、具有共性的活动</p> <p>3.4 Barthel 指数 BarthelIndex, BI 对患者日常生活活动的功能状态进行测量，个体得分取决于对一系列独立行为的测量，总分范围在 0~100。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 护理级别 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。</p> <p>4.2 分级方法</p> <p>4.2.1 患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级。</p> <p>4.2.2 根据患者 Barthel 指数总分，确定自理能力的等级（见表 1）。</p> <p>4.2.3 依据病情等级和自理能力等级，确定患者护理分级。</p> <p>4.3.4 临床医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。</p> <p>4.3 分级依据</p> <p>4.3.1 符合以下情况之一，可确定为特级护理：</p> <p>4.3.1.1 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；</p> <p>4.3.1.2 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；</p> <p>4.3.1.3 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。</p> <p>4.3.2 符合以下情况之一，可确定为一级护理：</p> <p>4.3.2.1 病情趋向稳定的重症患者；</p> <p>4.3.2.2 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；</p> <p>4.3.2.3 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；</p> <p>4.3.2.4 自理能力重度依赖的患者。</p> <p>4.3.3 符合以下情况之一，可确定为二级护理：</p> <p>4.3.3.1 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；</p> <p>4.3.3.2 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；</p> <p>4.3.3.3 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。</p> <p>4.3.4 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。</p>					



4.4 自理能力分级

4.4.1 分级依据

采用 Barthel 指数评定量表（见附件 1）对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

4.4.1.1 分级对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目进行评定，将各项得分相加即为总分。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级，具体见下表：

自理能力等级	等级划分标准	需要照顾程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41~60 分	大部分需他人照护
轻度依赖	总分 61~99 分	少部分需他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

4.5 实施要求

4.5.1 临床护士应根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务。

4.5.2 应根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。

4.6 护理要求

4.6.1 特级护理

4.6.1.1 严密观察患者病情变化，监测生命体征；

4.6.1.2 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

4.6.1.3 根据医嘱，准确测量出入量；

4.6.1.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

4.6.1.5 保持患者的舒适和功能体位；

4.6.1.6 实施床旁交接班。

4.6.2 一级护理

4.6.2.1 每小时巡视患者，观察患者病情变化；

4.6.2.2 根据患者病情，测量生命体征；

4.6.2.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

4.6.2.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

4.6.2.5 提供护理相关的健康指导。

4.6.2.6 严格床头交接班。

4.6.3 二级护理

4.6.3.1 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；

4.6.3.2 根据患者病情，测量生命体征；

4.6.3.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

4.6.3.4 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

4.6.3.5 提供护理相关的健康指导。

4.6.4 三级护理

4.6.4.1 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；

4.6.4.2 根据患者病情，测量生命体征；



4.6.4.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

4.6.4.4 提供护理相关的健康指导。

附件 1

日常生活能力评定 Barthel 指数量表

项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1. 进食	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
2. 洗澡	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
3. 修饰	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
4. 穿衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
5. 控制大便	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
6. 控制小便	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
7. 如厕	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
8. 床椅转移	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
9. 平地行走	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
10. 上下楼梯	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -
总分				
分级				

日常生活能力评定 Barthel 指数评分细则

1.进食：指用合适的餐具将食物由容器送到口中，包括用筷子、勺子或叉子取食物、对碗碟的把持、咀嚼、吞咽等过程

10分：可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物）

5分：需部分帮助（前述某个步骤需要一定帮助）

0分：需极大帮助或完全依赖他人

2.洗澡：

5分：准备好洗澡水后，可自己独立完成

0分：在洗澡过程中需他人帮助

3.修饰：包括洗脸、刷牙、梳头、刮脸等。

5分：可自己独立完成 0分：需他人帮助

4.穿衣：包括穿/脱衣服、系扣子、拉拉链、穿/脱鞋袜、系鞋带等。

10分：可独立完成

5分：需部分帮助（能自己穿或脱，但需他人帮助整理，如系扣子、拉拉链、系鞋带等）

0分：需极大帮助或完全依赖他人

5.大便控制


10分：可控制大便

5分：偶尔失控




- 0分：完全失控
- 6.小便控制：
- 10分：可控制小便
- 5分：偶尔失控
- 0分：完全失控
- 7.如厕：包括擦净、整理衣裤、冲水等过程。
- 10分：可独立完成
- 5分：需部分帮助（需他人搀扶、需他人帮忙冲水或整理衣裤等）
- 0分：需极大帮助或完全依赖他人
- 8.床椅转移：
- 15分：可独立完成
- 10分：需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖）
- 5分：需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶和帮助）
- 0分：完全依赖他人
- 9.平地行走：
- 15分：可独立在平地上行走 45m
- 10分：需部分帮助（需他人搀扶，或使用拐杖、助行器等辅助用具）
- 5分：需极大帮助（行走时较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行在平地上移动）
- 0分：完全依赖他人
- 10.上下楼梯：
- 10分：可独立上下楼梯
- 5分：需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖等）
- 0分：需极大帮助或完全依赖他人

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD005	文件名称	抢救工作制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	俞燕
<p>1. 目的 为急救复苏提供基本原则，提高抢救成功率。</p> <p>2. 参考文件 国家卫生健康委员会等相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 抢救组织</p> <p>4.1.1 各种抢救工作应由科主任、护士长负责组织和指挥，参加抢救人员必须全力以赴、明确分工、紧密配合、听从指挥、坚守岗位，严格执行各项规章制度。</p> <p>4.1.2 对重大抢救需根据病情提出方案，必要时呼叫医疗急救小组协助抢救，急救小组成员随叫随到。</p> <p>4.1.3 凡涉及法律纠纷者，要报告医务部、护理部等相关部门。</p> <p>4.2 抢救制度</p> <p>4.2.1 抢救器材及药品必须完备，定人保管，定位放置，定量储存，用后随时补充。抢救物品一般不外借，以保证应急使用。</p> <p>4.2.2 参与抢救人员必须熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法，熟记抢救药品的定位、用途、剂量、用法等，做到临场不乱。</p> <p>4.2.3 医生未到前，护理人员应根据病情及时给氧、吸痰、测量血压、建立静脉通路，必要时立即行心肺复苏、备血、止血等，并提供诊断依据。</p> <p>4.2.4 抢救过程中严密观察病情变化，对危重患者应就地抢救，待病情稳定后方可搬动。</p> <p>4.2.5 及时、正确执行医嘱，医生下达口头医嘱时，护士应当在《口头医嘱登记本》上记录并复诵一遍，医生确认，第二人核对无误后执行，安瓿用后保留，待抢救工作结束时两人核对后方可弃之。抢救结束后，医生应当即刻据实补记医嘱。</p> <p>4.2.6 严格执行交接班制度和核对制度，对病情变化、抢救经过、各种用药等要详细交班，及时、正确记录。因抢救患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内补记，并加以注明。</p> <p>4.2.7 抢救结束后，做好各项登记和用品消毒工作。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-11-02</p>					



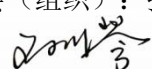
文件编号	NXYH-HLB-ZD006	文件名称	医嘱管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 规定医嘱书写资格、书写要求、医嘱种类、自动停止医嘱及口头医嘱的执行要求，以规范医嘱，保证患者安全。</p> <p>2.参考文件 浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书《病历书写规范》2018版</p> <p>3.名词定义 医嘱是指具有执业资格的医生在医疗活动中下达的医学指令。适用于住院患者的各类药物治疗及一切检查、操作和其他治疗措施。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 医嘱书写资格 医嘱内容及起始、停止时间由本院执业医师和获得医务部批准的进修执业医师才具资格。</p> <p>4.2 医嘱书写要求</p> <p>4.2.1 医嘱内容必须完整、准确、清楚，格式规范。</p> <p>4.2.2 医师下达医嘱应认真负责，严禁未诊查患者就下医嘱，医嘱下达后应复查一遍，确认无误后再交由护士执行。</p> <p>4.2.3 一般情况下，医师不得下达、护士不得执行口头或电话医嘱。仅在紧急抢救急危重症患者时，方可执行口头医嘱。</p> <p>4.2.4 药物医嘱的书写要求见“处方和药物医嘱管理制度”。</p> <p>4.2.5 麻醉处方的书写要求见“麻精药品管理制度”。</p> <p>4.3 医嘱种类：长期医嘱、临时医嘱，临时医嘱又分为 once 医嘱、St 医嘱。</p> <p>4.3.1 长期医嘱：有效期大于 24 小时，当医师注明停止时间后医嘱失效。也包括需要时执行的长期备用医嘱（PRN）。</p> <p>4.3.2 once 医嘱：有效期在 24 小时之内、只执行一次；St 医嘱，半小时内执行，只执行一次。也包括仅在 12 小时内有效的临时备用医嘱（SOS），临时备用医嘱一般只执行一次。</p> <p>4.4 护士执行医嘱要求</p> <p>4.4.1 护士在处理医嘱时，应先检查医嘱是否符合规范，如有异议，应与相关医师核实清楚后，方可执行。</p> <p>4.4.2 护士处理医嘱应班班查对。医嘱核对必须由 2 名护士完成，核对者签全名。</p> <p>4.4.3 变更医嘱单每日整理、装订，放固定处，保留三个月。</p> <p>4.5 自动停止的医嘱</p> <p>4.5.1 患者转科时所有医嘱自动停止，必须重开医嘱。</p> <p>4.5.2 一旦患者进行手术，停止术前医嘱，术后医生重开术后医嘱。</p> <p>4.5.3 患者出院、死亡、转院时所有医嘱自动停止。</p> <p>4.6 口头医嘱 在紧急抢救急危重症患者时，方可执行口头医嘱。具体要求如下：</p> <p>4.6.1 医生在下达口头医嘱时必须清晰地说出患者姓名、床号、药名、剂量、浓度、途径等，避免使用片、瓶等单位来表示所使用药物的剂量。</p>					



4.6.2 护士执行口头医嘱时，执行者须复述一遍，双方确认无误后，方可执行；用过的安瓿保留，待抢救工作结束时二人核对后方可弃之。

4.6.3 抢救结束，医生应在 6 小时内据实补记医嘱，并与执行护士核对确认后方可离开。执行时间为抢救当时时间。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人： 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYY-HLB-ZD007	文件名称	危重患者护理风险评估及安全护理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人		申屠敏姣	
<p>1. 目的 危重患者由于病情复杂、变化快，应用多种监护、抢救仪器和设备，存在诸多安全风险，所以应对危重患者存在或潜在的风险进行全方位的评估，及时采取防范措施，保障患者的生命安全。根据我院的实际情况，制订了危重患者风险评估制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 危重患者 criticalpatient 在原有（或没有）基础病的前提下，由于某一或某些急性原因造成危及生命或器官功能的短暂或较长期的紧急病理生理障碍，需要紧急给予抢救治疗的患者。</p> <p>3.2 风险评估 RiskAssessment 量化测评某一事件或事物带来的影响或损失的可能程度。</p> <p>3.3 改良早期预警评分 ModifiedEarlyWarningScore, MEWS 对患者心率、收缩压、呼吸频率、体温和意识 5 项生理指标进行评分, 每个参数 0-3 分, 总分 15 分。MEWS 分值越高, 提示患者的潜在病情越重。MEWS4-5 分作为加强监护的指示指针, MEWS 评分≥ 5 分, 各个科室视情况启动紧急呼叫。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 护理风险评估</p> <p>4.1.1 评估对象</p> <p>4.1.1.1 新入院的危重患者。</p> <p>4.1.1.2 住院期间发生病情变化的危重患者。</p> <p>4.1.2 评估内容</p> <p>4.1.2.1 意识评估: 根据患者昏迷程度分级, 运用《GCS 评分量表》评估患者的意识程度, 见附件 1。</p> <p>4.1.2.2 瞳孔评估: 严密观察瞳孔变化, 注意双侧瞳孔的形状、对称性、边缘、大小及对光反应。</p> <p>4.1.2.3 生命体征及氧饱和度测量: 根据危重患者病情测量, 病重患者每班至少测量一次, 病危患者至少 q2h 测量或根据医嘱测量, 病情变化或发生管道意外滑脱、跌倒坠床等情况时及时测量。</p> <p>4.1.2.4 改良早期预警评分(MENS) 法: 重症医学科住院患者运用《改良早期预警评分表》, 对患者病情危险性进行预测并处理, 见附件 2。急诊患者运用《改良早期预警评分表》, 指导急诊预检分级分诊。</p> <p>4.1.2.5 CVP 监测: 根据医嘱监测, 发生病情变化及时监测。</p> <p>4.1.2.6 疼痛评估: 按照《疼痛护理管理制度》评估。</p> <p>4.1.2.7 肌力评估: 根据肌力分级标准评估。</p> <p>4.1.2.8 导管评估: 每班评估并记录导管情况, 包括导管名称、留置时间、留置深度、留置部位、是否道畅、标识情况、周围皮肤情况等, 并记录各引流管引流液的色、质及量。</p> <p>4.1.2.9 跌倒和坠床评估: 见《患者跌倒坠床防范与管理制度》。</p>							



- 4.1.2.10 压力性损伤评估:按照《压力性损伤管理制度》评估。
- 4.1.2.11 ADL 评估:每日进行评估,患者自理能力发生改变及时评估和记录。
- 4.1.2.12 心理评估:加强与患者及家属的沟通交流,了解其心理动态。
- 4.1.3 评估的实施
 - 4.1.3.1 危重患者应由责任护士进行风险评估,积极采取防范措施,杜绝风险事件的发生。
 - 4.1.3.2 对危重患者进行及时动态的评估并做好记录。对风险因素要进行防范,以保证危重患者安全。
- 4.2 危重患者安全护理措施
 - 4.2.1 体位护理:安置患者于舒适、有效卧位。
 - 4.2.2 基础护理:如口腔、皮肤、大小便及呼吸道护理。
 - 4.2.3 导管护理:标识明确、清晰,导管连接正确、妥善固定,密切观察引流液的颜色、量,保持通畅。
 - 4.2.4 标本采集:正确采集各种血、尿、粪、痰、引流液等标本,及时送检。
 - 4.2.5 安全护理:严格执行身份识别制度及护理操作规程。对意识丧失、谵妄、躁动的患者注意安全保护,严防烫伤、撞伤、坠床、跌倒等意外伤害情况发生,必要时按医嘱使用约束具。
 - 4.2.6 沟通宣教:主动与患者家属沟通交流,取得患者家属的理解与配合。尊重患者人格,维护患者隐私,侵入性检查必须取得患者或家属知情同意。
 - 4.2.7 预见性护理:掌握患者主要治疗、护理及潜在并发症的风险,做好相应护理。
 - 4.2.8 疑难问题处理:护士长及时组织讨论,必要时申请护理会诊。
 - 4.2.9 护理记录:客观、真实、准确、及时、完整,并签署全名。
- 4.3 危重患者病情变化时处理
 - 4.3.1 护士立即汇报经管医生或值班医生。
 - 4.3.2 医生未到场:护士进行初步抢救处理,如测量生命体征、吸氧、建立静脉通路、心肺复苏等。
 - 4.3.3 医生到场:医生、护理人员密切配合抢救。医生下达口头医嘱时,按照口头医嘱要求执行。



5. 流程图（附后）

附表 1:

昏迷程度分级

程度	疼痛刺激反应	无意识自发动作	腱反射	瞳孔对光反射	生命体征
浅昏迷	有反应	可有	存在	存在	无变化
中度昏迷	重刺激可有	很少	减弱或消失	迟钝	轻度变化
深昏迷	无反应	无	消失	消失	明显变化

格拉斯哥量表

睁眼反应		语言反应		运动反应	
自动睁眼	4	回答正确	5	正确执行指令	6
呼唤睁眼	3	对答混乱	4	对刺激定位	5
刺痛睁眼	2	答非所问	3	逃避刺激	4
无反应	1	含糊不清的声音	2	刺痛屈曲（去皮层强直）	3
		无反应	1	刺痛伸展（去大脑强直）	2
				无反应	1

附表 2:

改良的早期预警评分 MEWS

项目	评分						
	3	2	1	0	1	2	3
心率（次/分）		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
收缩压（mmHg）	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
呼吸频率（次/分）		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
体温（℃）		<35.0		35.0-38.4		≥38.5	
意识				清楚	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应

说明：改良早期预警评分 MEWS：对患者心率、收缩压、呼吸频率、体温和意识 5 项生理指标进行评分，每个参数 0-3 分，总分 15 分。MEWS 分值越高，提示患者的潜在病情越重。MEWS 评分 5 分是鉴别病情严重程度的最佳临界点，当患者 MEWS 评分 > 5 分时病情恶化的可能性较大，MEWS ≥ 9 分，提示患者死亡的危险性明显增加。




附件 3:

肌力分级标准（6 级法）

分级	项目
0 级	完全瘫痪
1 级	只能见到肌肉收缩，但不足以引起肢体的运动
2 级	肢体只能沿床面伸屈水平运动，不能克服重力抬离床面
3 级	肢体能抬离床面，但不能抵抗施加的阻力作用
4 级	肢体能抵抗阻力，但力量比正常弱
5 级	正常

（参考：杨丽丽，陈小杭. 急重症护理学. 人民卫生出版社，2009:270）

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人： 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD008	文件名称	约束具使用管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 对由于心理、生理等原因造成不能自主控制行为的患者进行适当的约束，提供安全、有序、周到的医疗服务，确保患者及其他人员的安全。同时充分地尊重患者及家属对病情的知情权及对治疗的选择权，尊重患者人格和尊严。</p> <p>2.参考文件 国家卫生健康委员会等相关文件</p> <p>3.名词定义</p> <p>3.1 约束具 constrainttools 主要指约束患者身体及四肢的约束工具。</p> <p>3.2 约束是指用合适的工具对因心理、生理等原因造成不能自主控制行为的患者进行制约，防止发生自伤/伤人、非计划拔管等意外事件。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 医院尊重每个患者自主选择治疗方案的权利，其中包括不受约束的自由，除非有明确的指征。当患者自主选择的自由与医疗安全相冲突时，应充分考虑两者之间的平衡以找到最佳解决方案，以便提供人性化的服务。</p> <p>4.2 对患者实施约束必须严格掌握指征，并在其它帮助性措施无效的情况下才能使用。</p> <p>4.3 帮助性措施：</p> <p>4.3.1 镇痛、镇静和安慰手段等。</p> <p>4.3.2 在条件允许情况下，尽量将患者移至靠近护士站的病室。</p> <p>4.3.3 减少噪音。</p> <p>4.3.4 经常帮助患者变换体位。</p> <p>4.3.5 安排家属陪伴患者。</p> <p>4.3.6 为患者提供教育。</p> <p>4.4 使用约束的指征：</p> <p>4.4.1 保证必要的治疗通路通畅。</p> <p>4.4.2 减少因意识改变造成自我伤害。</p> <p>4.4.3 在特殊操作期间的临时制动，如深静脉穿刺等。</p> <p>4.5 约束具种类 本院可以使用的约束具种类：约束带、约束手套等。</p> <p>4.6 约束具使用和记录：</p> <p>4.6.1 执业医师评估必要性后，开具约束医嘱，并让患者家属签署《约束具使用知情告知》。</p> <p>4.6.2 注册护士按医嘱使用约束具，并做好记录（约束原因、约束具种类、约束部位、约束开始时间、约束部位皮肤及血液循环情况），确保约束具适宜的松紧度，约束固定带处能放入1-2个手指为宜；约束期间护士至少每2小时放松约束部位3-5分钟。</p> <p>4.6.3 约束的指征消失后，根据医嘱及时取下患者身上的约束具并记录约束终止时间和局部皮肤及血液循环情况。</p> <p>4.6.4 严重精神疾病病人，如果使用约束具后或采取其他约束措施后，仍难以保证病人自身及其他人员的安全，可请精神卫生科会诊干预，并及时向医务部或总值班报告备案。</p> <p>4.6.5 如果患者/家属拒绝使用约束具，须在病历上注明，必要时由患者/家属签字。</p>					



4.7 医护人员给患者使用约束具时应注意:

- 4.7.1 为患者约束时应礼貌对待患者，保护患者隐私，为患者提供一个安全、舒适的环境，以利于患者有效地得到治疗。
- 4.7.2 向患者及其家属说明使用约束目的、必要性等。
- 4.7.3 正确使用约束具，并在发生紧急情况时易于取下。
- 4.7.4 注意观察约束患者的心理变化，加强心理疏导和护理，并做好相应的护理记录。
- 4.7.5 患者出院时除非必须，应取下约束具，以避免对患者造成伤害。
- 4.7.6 定期对护理人员进行约束具使用及如何护理约束患者的教育。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：

签发时间：2022-12-20




文件编号	NXYH-HLB-ZD009	文件名称	昏迷患者管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 加强昏迷患者的护理，保障昏迷患者的安全，预防并发症，促进康复。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 昏迷的定义：昏迷是指高级神经活动对内、外环境的刺激处于抑制状态。主要临床特征是意识丧失和随意运动丧失，对外界刺激减缓或无反应，并出现运动、感觉、反射功能的障碍和大小便失禁等。昏迷按其程度可分为三个阶段：浅昏迷、中度昏迷、深昏迷。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 保持呼吸道通畅：</p> <p>4.1.1 患者取半卧位或侧卧位，以利口腔及呼吸道分泌物引流。</p> <p>4.1.2 去除活动性假牙，舌后坠时可酌情放置口咽通气管，床旁备负压吸引装置及吸痰相关物品。</p> <p>4.1.3 气管插管或切开患者落实相应的护理措施。</p> <p>4.1.4 根据病情遵医嘱给予不同的氧疗。</p> <p>4.2 病情观察：观察神志、瞳孔，定期测量生命体征，症状体征及治疗用药观察，评估 Glasgow 昏迷指数及反应程度的变化，如有异常及时报告医生，必要时给予相应处理。</p> <p>4.3 降低颅内压：</p> <p>4.3.1 抬高床头 30°。</p> <p>4.3.2 遵医嘱给予药物治疗，并观察用药后反应。</p> <p>4.4 维持适当的肢体活动：</p> <p>4.4.1 保持肢体处于良肢位，定期给予关节运动，防止挛缩畸形。</p> <p>4.4.2 在康复治疗师指导下帮助患者进行床上被动运动。</p> <p>4.5 维持水电解质平衡，补充营养：</p> <p>4.5.1 详细记录每天出入量。</p> <p>4.5.2 根据医嘱给予鼻胃管或鼻肠管管饲营养，并落实肠内营养护理。</p> <p>4.5.3 定期检测血电解质、血生化等。</p> <p>4.5.4 实施胃肠外静脉营养者，应保证有效的静脉通路。</p> <p>4.6 保持身体的清洁与舒适：</p> <p>4.6.1 口腔、会阴护理每日 2 次。</p> <p>4.6.2 保持皮肤清洁、完整，协助每周洗头 1 次，每天擦身 1-2 次，每 2-4 小时翻身，同时检查受压部位皮肤。</p> <p>4.6.3 保持床铺平整、清洁、干燥。</p> <p>4.7 维持正常的排泄功能：</p> <p>4.7.1 每 2-4 小时检查一次膀胱充盈程度，必要时协助排尿。</p> <p>4.7.2 落实留置导尿管常规护理，更换引流袋时要注意无菌操作。</p> <p>4.7.3 男性尿失禁患者可以使用尿套外接引流，降低导尿管相关性感染发生率。</p> <p>4.7.4 保持大便通畅，协助腹部按摩或中药贴敷下腹部等以促进排便。</p> <p>4.8 保护眼睛，防止角膜受刺激：</p>					



- 4.8.1 有隐形眼镜者须取下并交家属保管。
- 4.8.2 用生理盐水滴眼后再根据医嘱给予眼膏保护。
- 4.9 保护患者安全，防止发生意外：
 - 4.9.1 妥善固定各种管道，防止滑脱。
 - 4.9.2 常规使用床栏，防坠床。
 - 4.9.3 烦躁患者可使用约束具，约束具使用见医院制度“约束具的使用”。
 - 4.9.4 避免使用热水袋，防止烫伤。
- 4.10 保持环境安静，保持室内适宜的温湿度。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD010	文件名称	老年患者管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	俞燕
<p>1. 目的 针对老年患者易出现的安全问题进行重点防范，保障老年患者的安全。</p> <p>2. 参考文件 《中华人民共和国老年人权益保护法》</p> <p>3. 名词定义 老年患者的定义：根据《中华人民共和国老年人权益保护法》和 WHO 规定，老年人是指 60 周岁以上的公民，60-74 周岁为老年前期，75 周岁以上为老年期。老年人由于在生理、心理、情感、认知、社会等方面的特殊性，在临床工作中必须加以重视，以确保他们的安全。</p> <p>4. 内容 老年患者在治疗、护理中，应关注以下安全问题</p> <p>4.1. 防坠床：通过加强患者和陪护的安全知识宣教，提高安全意识。护士及时巡视病房，满足患者所需，规范使用床栏，24 小时陪护等措施防止坠床发生。</p> <p>4.2. 防跌倒：保持地面清洁干燥、无障碍；行动不便、视力欠佳等患者应有家属陪护；体位改变应缓慢，起床活动遵循“三步曲”：即床上坐起 30 秒、双腿下挂坐床沿 30 秒、床边站立 30 秒，进行安全评估后在协助下行走。</p> <p>4.3. 防走失：要求家属陪护，并加强相关事项交代。</p> <p>4.4. 防假牙误吸：手术、气管插管、睡眠、病情危重等情况下，应取下活动性假牙。</p> <p>4.5. 转运过程的安全：转运老年患者时尽量使用轮椅和平车，并有专人陪护。</p> <p>4.6. 皮肤保护：老年卧床患者易发生压力性损伤。应关注患者的活动方式和活动能力，尤其是久坐、长期卧床的患者，加强皮肤护理。</p> <p>4.7. 准确服药：应做到服药到口。</p> <p>4.8. 所有报警装置和呼叫系统应处于功能状态，并指导患者和陪护正确使用呼叫铃。</p> <p>4.9 关注老年人的心理健康：关注患者的心理变化，做好心理疏导，提倡家属力量的支持，增进老年人心理健康。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：俞燕 签发时间：2021-11-02</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD011	文件名称	新生儿、婴儿安全管理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人		申屠敏姣	
<p>1.目的 防止新生儿、婴儿丢失、被诱拐或抱错。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 新生儿标志：新生儿出生后，应让父母看清新生儿的性别，然后由助产士核对母亲姓名及新生儿性别并打印出手腕带，在手腕及脚踝部各佩戴一个腕带，此标志不得摘除或剪下，由责任护士在新生儿出院前摘除。</p> <p>4.2 入院时指导母亲及其他监护人：</p> <p>4.2.1 鉴定医院工作人员身份的方法：穿本院工作服、佩戴本院工作身份牌，且身份牌照片与工作人员外貌相符。</p> <p>4.2.2 只将新生儿 / 婴儿交给佩戴本院身份标识的人员。</p> <p>4.3 新生儿转运：</p> <p>4.3.1 新生儿须严格执行患者转运制度和流程，认真做好交接记录。</p> <p>4.3.2 将新生儿交给父母及监护人前确认他们的身份并在登记本上签字。</p> <p>4.4 新生儿/婴儿丢失的处置流程：</p> <p>4.4.1 最早发现新生儿 / 婴儿失踪的员工应立即通知护士长和保卫科，并按要求提供以下信息：</p> <p>4.4.1.1 新生儿 / 婴儿母亲姓名。</p> <p>4.4.1.2 出生日期。</p> <p>4.4.1.3 性别、身高、体重、种族、毛发颜色和发型、衣着。</p> <p>4.4.1.4 最后所在地点的细节。</p> <p>4.4.1.5 医学诊断和特殊情况。</p> <p>4.4.1.6 家庭地址。</p> <p>4.4.1.7 新生儿可能去向。</p> <p>4.4.1.8 任何不正常的家庭社会背景如父母系离婚、分居。</p> <p>4.4.1.9 父母对该事件的看法。</p> <p>4.4.1.10 任何其它背景包括对可疑诱拐的描述。</p> <p>4.4.2 护士及护士长立即组织员工封闭病房的全部出口和楼道，仔细搜寻。</p> <p>4.4.3 保安部立即：</p> <p>4.4.3.1 通知所有保安人员组织搜寻，并向他们提供新生儿 / 婴儿信息。</p> <p>4.4.3.2 派遣保安人员到相关科室了解情况。</p> <p>4.4.3.3 一旦确认丢失新生儿 / 婴儿超过 1 小时，按规定报告公安局。</p> <p>4.4.4 病区护士长应立即：</p> <p>4.4.4.1 询问有关丢失新生儿 / 婴儿的所有细节。</p> <p>4.4.4.2 通知主管医师。</p>							



4.4.4.3 如果需要，通知血库和临床实验室以保留 DNA 鉴定的样本。

4.4.4.4 与当班护士一起填写不良事件报告。

4.4.4.5 安慰其他家属。

4.4.5 医院的所有员工一旦发现有携带新生儿 / 婴儿的人，携带大型包裹的人出现，立即向保卫科汇报，在保卫科到达之前详细询问可疑人物。

4.4.6 如果没有医院行政部门的许可，医院员工不得对外发布任何公开声明。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20

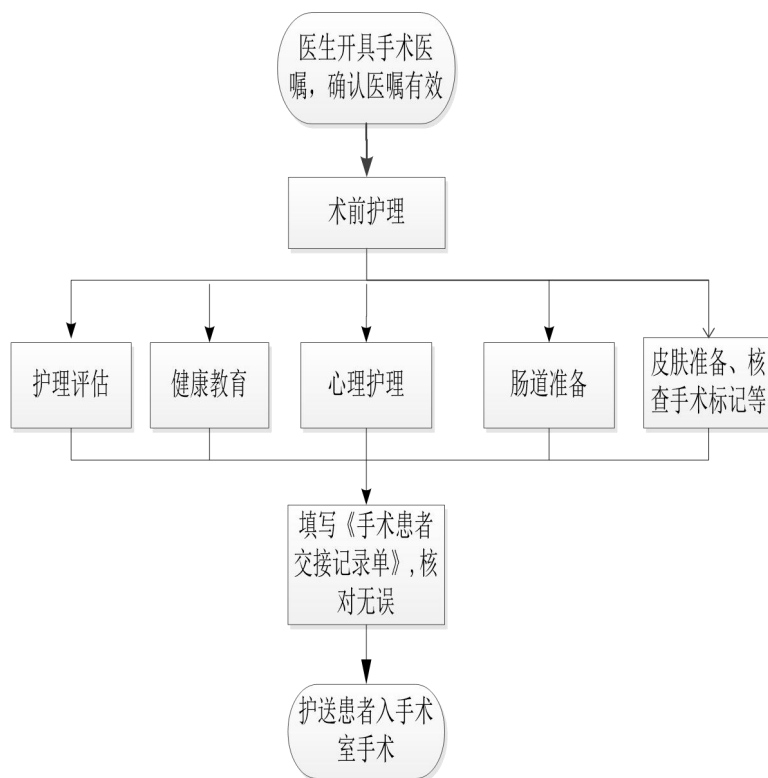


文件编号	NXYH-HLB-ZD012	文件名称	围手术期护理管理制度	适用范围	内审人	护理单元	俞燕
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红				
<p>1. 目的 为患者手术做好充分准备, 提高手术安全性, 减少术后并发症, 缩短手术恢复期, 促进术后康复, 降低手术死亡率, 确保患者安全。</p> <p>2. 主要参考依据 《中国加速康复外科围手术期管理专家共识》2018 版、浙江省综合医院等级评审标准（2019 版）、医院《围手术期管理制度》2022 版。</p> <p>3. 名词定义 围手术期: 是围绕手术的一个全过程, 从患者决定接受手术治疗开始, 到手术治疗直至基本康复。包含手术前、手术中、手术后三个阶段。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 责任护士对患者的术前管理</p> <p>4.1.1 遵医嘱完成各项术前准备。</p> <p>4.1.2 做好术前宣教: 包括禁食时间、深呼吸、咳嗽咳痰与皮肤准备方法, 介绍手术流程、疼痛的应对措施、术后注意事项、术后体位活动等。</p> <p>4.1.3 做好患者心理护理。</p> <p>4.1.4 做好术前一日的准备: 遵医嘱完成药物皮试, 配血, 肠道准备等。</p> <p>4.1.5 术日准备</p> <p>4.1.5.1 评估患者病情。</p> <p>4.1.5.2 检查手术部位标识, 采用 2 种方法确认手术患者身份, 完成手术区域备皮。</p> <p>4.1.5.3 按《手术患者交接记录单》内容逐项进行核查交接, 记录, 并签名, 发现问题及时纠正。</p> <p>4.1.5.4 准备手术麻醉床及术后相关物品。</p> <p>4.2 手术室护士对患者的术中管理</p> <p>4.2.1 配合手术医生, 麻醉师进行术前评估。</p> <p>4.2.2 与手术医生、麻醉师共同按照《手术安全核查表》项目完成 Timeout, 并记录。</p> <p>4.2.3 配合外科医生, 麻醉科医生完成手术, 确保手术, 治疗护理的连贯。</p> <p>4.2.4 手术中严格遵守无菌操作原则和核查制度。</p> <p>4.3 责任护士对患者的术后管理</p> <p>4.3.1 与手术室护士或麻醉师规范交接班。</p> <p>4.3.2 妥善安置患者体位, 保持管道有效引流。</p> <p>4.3.3 处理术后医嘱, 落实各项护理措施。</p> <p>4.3.4 密切观察病情变化, 动态监测生命体征。</p> <p>4.3.5 观察术后并发症, 发现报告医生处理。</p> <p>4.3.6 做好健康宣教, 指导患者早期康复活动。</p> <p>4.3.7 关心支持患者, 做好心理护理。</p> <p>4.4 责任护士对患者的疼痛管理</p> <p>4.4.1 选择合适的疼痛评估方法进行疼痛评分。</p> <p>4.4.2 术后患者疼痛评估参照《疼痛护理管理制度》。</p> <p>4.4.3 指导患者正确使用 PCA, 加强管理。</p>							



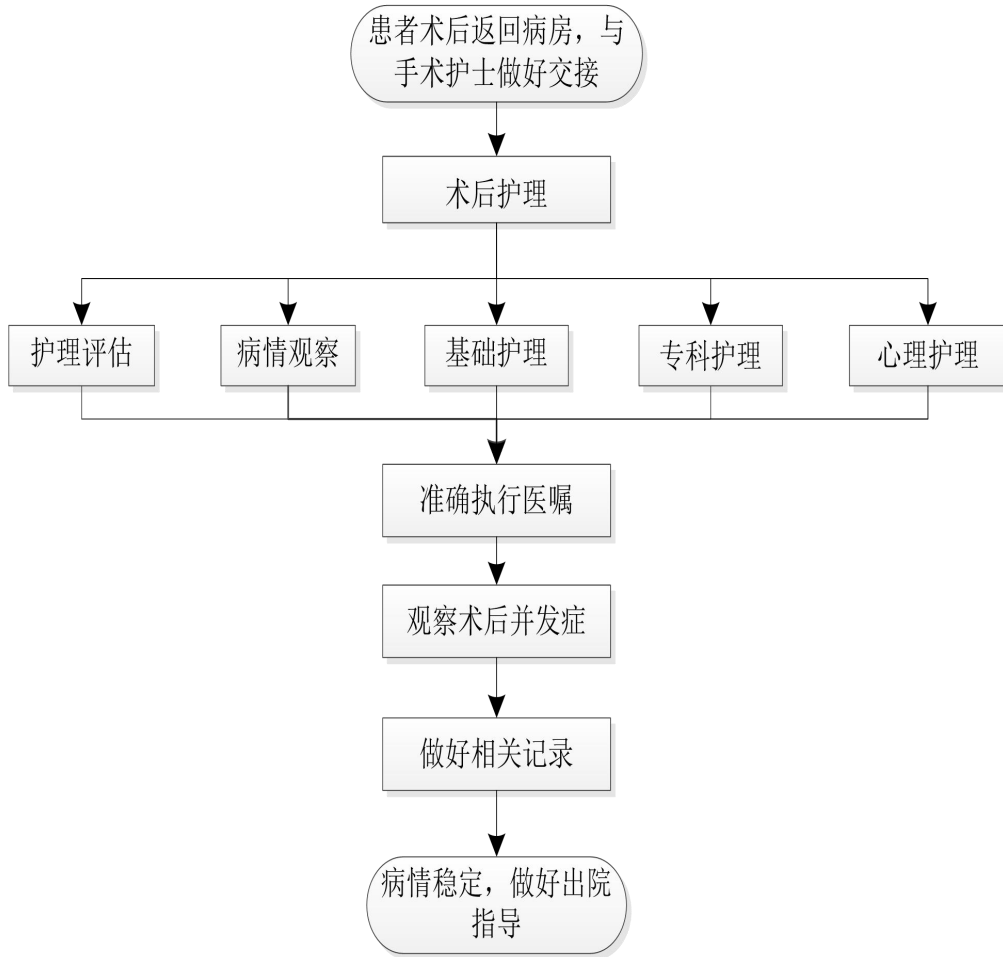
- 4.4.4 落实动态评估, 并进行疗效观察。
- 4.5 责任护士对患者的出院管理
 - 4.5.1 完成出院宣教, 如饮食、药物、休息与活动、复诊等注意事项。
 - 4.5.2 听取患者意见, 不断完善护理工作。
 - 4.5.3 根据患者病情, 做好定期随访及延伸服务。
- 5. 流程图 (附后)

围手术期术前护理管理流程图






围手术期术后护理管理流程图




审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会


签发人： 

签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD013	文件名称	非住院患者 输液管理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人		俞燕	
<p>1. 目的 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 非住院患者在医院指定的区域集中输液管理。</p> <p>4.2 输液前严格进行查对制度。</p> <p>4.3 易致过敏的药物，给药前应询问有无过敏史，做过敏试验，皮试阴性者方可使用。</p> <p>4.4 备药前检查药品质量，如安瓿有无裂痕、有效期等，确保用药安全。</p> <p>4.5 若需同时加入多种药物，注意各种药物配伍禁忌，发现异常及时通知医生修改医嘱。</p> <p>4.6 做好液体质量的管理。使用液体之前，再次检查液体有无混浊、变色、絮状物；检查瓶体或软包装有无裂痕或漏液，检查液体的生产日期及有效期。</p> <p>4.7 护士应遵循静脉输液操作技术规范，严格执行操作规程。</p> <p>4.8 对输液患者每 30-60min 巡视一次，特殊病人和单瓶液体量小的病人要加强巡视，及时发现并处理病人在输液过程中的病情变化和异常情况。</p> <p>4.9 在巡视过程中，针对不同病人做好相关疾病的健康教育。严格掌握输液滴速，并做好控制输液速度的解释工作，特殊药物按照说明书输注，避免因输液速度过快而引起药物不良反应的发生。</p> <p>4.10 输液区配备急救所需的药品、仪器及设备并处于应急备用状态。病人一旦发生输液不良反应，当班护士立即按输液反应的应急预案流程进行应急处理，并做好药物不良反应或不良事件报告工作。</p> <p>4.11 医务人员按规范执行标准预防。</p> <p>4.12 保持输液区内清洁，室内定时通风换气（或使用动态空气消毒机）防止交叉感染。</p>							
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-11-02</p>							



文件编号	NXY-Y-HLB-ZD014	文件名称	病房环境安全管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	俞燕
<p>1. 目的 规范病房设施设备等安全管理，增进部门负责人及员工的安全意识与主动参与性，为住院患者、来访者和员工提供一个安全的病房环境，避免人员意外伤害的发生。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 病房走廊、楼道及消防通道须保持通畅，禁止堆放物品、仪器设备等。</p> <p>4.2 病房禁止吸烟，禁止使用电炉、蜡烛及点燃明火等。</p> <p>4.3 病房应按要求配备消防设施设备，保卫科定期检查其性能的完好性，定期组织培训，医护人员能熟练运用灭火器等消防设备。</p> <p>4.4 各临床科室要统一、固定病室门号和床位编号，按统一位置粘帖门号床号。</p> <p>4.5 定期检查床栏的牢固性及完好性，床轮上锁。床尾手摇柄收起，及时排除障碍物，以防绊倒行人。走廊设扶手。</p> <p>4.6 呼叫器摆放位置合适，方便患者取用，定时检查性能，发现异常及时维修。</p> <p>4.7 保持厕所、病区地面清洁干燥，拖洗或有水迹时要放置防跌倒温馨提示牌。</p> <p>4.8 用轮椅和平车运送患者时注意安全，采用安全防护措施，避开障碍物，轮椅和平车定期检查维修。</p> <p>4.9 病室光线充足，夜间设有地灯照明。</p> <p>4.10 病区门窗要保持完好，定期检查，发现异常及时维修。</p> <p>4.11 病区内电源开关、插座等定期检查，发现异常及时维修，不随意私拉线路。</p> <p>4.12 规范病区门禁管理，护士站一键报警装置性能完好。</p>					
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-11-02</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD015	文件名称	患者转运管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 加强患者转运管理，保障患者的转运安全。</p> <p>2. 参考文件： 中国重症患者转运指南(2010)</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 危重患者转运程序</p> <p>4.1.1 本制度适用的危重患者</p> <p>4.1.1.1 生命体征不稳定；</p> <p>4.1.1.2 昏迷、躁动；</p> <p>4.1.1.3 抽搐；</p> <p>4.1.1.4 气管内插管；</p> <p>4.1.1.5 使用镇静药后有意识抑制等改变；</p> <p>4.1.1.6 带有有创压力监测管；</p> <p>4.1.1.7 静脉持续使用调节血压、心律及呼吸方面药物。</p> <p>4.1.2 下列情况，不宜转运（相对禁忌症）：</p> <p>4.1.2.1 在现有条件下积极处理后血流动力学仍不稳定；</p> <p>4.1.2.2 不能维持有效气道开放、通气及氧合的患者。</p> <p>4.1.3 需立即外科手术干预的急症(如胸、腹主动脉瘤破裂等)，视病情与条件仍可积极转运。</p> <p>4.1.4 病情危重患者原则上应尽量减少搬运，就地检查和抢救。转运前应该充分评估转运的获益及风险。</p> <p>4.1.5 主管医生评估病情后，确定患者转运，通知患者家属，并告知转运目的和风险，家属知情同意并签字。</p> <p>4.1.6 转运患者前责任护士按需要做好以下准备：</p> <p>4.1.6.1 开通静脉通路，对于大出血患者，应保持两路及以上的静脉通路。</p> <p>4.1.6.2 按需准备以下抢救物品：心电监护仪、供氧设备、便携式血氧饱和度仪、型号合适的简易人工呼吸器、吸引器装置等。</p> <p>4.1.6.3 配备必要的抢救药品。</p> <p>4.1.6.4 使用高危药物者有明显标记，应用带蓄电池的注射泵，以保证连续给药。</p> <p>4.1.7 转运前，责任护士通知接收科室，以确保接收科室获知病情，做好准备工作。</p> <p>4.1.8 转运前，再次评估患者，护士填写《危重患者转运交接记录单》，由取得执业资格并具备 CPR 能力的医、护人员共同护送。护士正确核对患者身份，全面评估患者，医护人员填写《危重患者转科交接记录单》。</p> <p>4.1.9 转运及检查过程中，医护人员严密观察生命体征及病情变化，并完成所需的治疗和护理工作。头颈外伤患者检查、固定好颈托。</p> <p>4.2 一般患者转运程序</p> <p>4.2.1 一般患者由工人或护士负责转运。</p>					



4.2.2 转运护士至少采用 2 种方法核查患者身份，即患者姓名、住院号/门诊号，评估后选择合适的转运工具；填写《一般患者转科交接记录单》。

4.2.3 电话通知接收科室，做好相应准备。

4.2.4 患者转入时，接收科室护士主动迎接并妥善安置患者，转运护士协助做好患者安置工作。

4.2.5 两名护士确认患者身份；接收科室护士评估患者生命体征、皮肤情况、病情、用药等，填写《一般患者转科交接记录单》；双方交清患者病历资料等，接收科室护士通知经管医生诊治患者。

4.2.6 转科患者由护士在《患者转科登记本》上填写患者信息。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYY-HLB-ZD016	文件名称	患者转科交接管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	高飞虹	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>为完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，确保患者在转科交接过程中信息的准确、有效、规范的传递，保证护理工作安全和连续性。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫计委等相关文件，浙江省第四周期等级医院医院评审标准</p> <p>3. 名词定义</p> <p>转科交接：指患者从一个护理单元转到另一个护理单元时的交接</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 标准化交接模式：在转科交接过程中，护理人员根据 SBAR 交接程序，即 Situation（现况）、Background（背景）、Assessment（评估）、Recommendation（建议）进行标准化的交接。交接内容应包括有病情和病历等资料交接，病情交接内容应包括患者患者简要病史、治疗护理过程、现有病情、评估项目、下一步护理建议。</p> <p>4.2 交接分类：</p> <p>4.2.1 患者转科时：一般患者、危重患者、分别按照《一般患者转科交接记录单》、《危重患者转运交接记录单》、详细评估并完整记录。</p> <p>4.2.2 患者手术时：患者由急诊或病区送手术室进行手术及术后返回病区或 ICU 时，按照《手术患者交接记录单》详细评估并完整记录。门诊手术按照《门诊手术患者交接记录单》详细评估并完整记录。</p> <p>4.2.3 患者外出检查或治疗时：患者由急诊或病区至医技科室进行检查或治疗时，通过含有患者信息的检查预约单与医技科室进行患者信息交流。进行介入诊疗、血液净化治疗时，按照《患者介入诊疗交接记录单》、《血液净化治疗患者交接记录单》详细评估并完整记录。</p> <p>4.2.4 患者分娩时：患者由急诊或产科病区送分娩中心或手术室进行分娩及分娩后返回病区或 ICU 时，按照《产科自然分娩患者交接记录单》《产科手术患者交接记录单》详细评估并记录。</p> <p>4.3 交接要求：</p> <p>4.3.1 遵守《患者转运管理制度》；</p> <p>4.3.2 转出科室责任护士：根据患者具体情况逐项评估和填写“交接记录单”，或在相应符合的项目上打“√”并签名；</p> <p>4.3.3 转入科室责任护士根据病历确认患者身份，将交接记录单逐项核对，确认无误后签名；</p> <p>4.3.4 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。用统一的身份识别方法：患者姓名+病案号，使用条码管理；</p> <p>4.3.5 对无法交流沟通的患者，如无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别，请患者家属或代理人陈述患者姓名，然后核对病案号。无代理人在场时，使用患者所带的身份识别工具（如腕带、病历、挂号单、收费单、标签、检查单等）进行核对，确保正确的患者实施正确的操作。</p> <p>4.4 转科交接记录单一律用纸质版，《手术患者交接记录单》、《产科患者转科交接</p>					



单》、《介入诊疗交接记录单》归档病历保存，《血液净化治疗患者交接记录单》保存 3 个月，其余交接记录单由转入科室保存 12 个月。

4.5 护理部根据患者安全目标对转科交接工作开展质量监控，持续质量改进，不断完善交接管理的方式方法。

4.6 附件

- 《一般患者转科交接记录单》
- 《危重患者转运交接记录单》
- 《手术患者交接记录单》
- 《产科自然分娩患者交接记录单》
- 《产科手术患者交接记录单》
- 《门诊手术患者交接记录单》
- 《介入诊疗患者交接记录单》
- 《血液净化治疗患者交接记录单》
- 《内镜手术治疗患者交接记录单》

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD017	文件名称	抢救车、除颤仪及转运箱使用和管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣

1.目的
合理安排抢救车、除颤仪、转运箱的分布，规范管理，确保抢救车、除颤仪、转运箱时刻处于备用状态，有效、快捷地进行危重患者的抢救。

2.主要参考依据
浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。

3.名词定义
3.1 抢救车、除颤仪：用于满足病人的紧急抢救。
3.2 转运箱：用于危重病人转运途中的紧急抢救。

4.内容
4.1 医院各护理单元、特殊科室根据实际需求备有抢救车、除颤仪、转运箱，指定专人管理，定位放置，放置位置应便捷、醒目、避免阳光直晒（具体见“全院抢救车、除颤仪、转运箱配置明细表”），不准任意挪用或外借。
4.2 全院抢救车、转运箱内药品、物品进行标准配置（特殊科室例外，如门诊缺墙式吸引装置），定位放置、定量贮存、定人保管、定期检查，必须配有相应的《抢救车示意图》、《转运箱示意图》。
4.3 抢救车、转运箱保持锁闭状态，打开条件仅限抢救患者和每月定期检查，打开后请：
4.3.1 及时补充药品、物品，做好清洁、消毒。
4.3.2 检查抢救车、转运箱内药品、物品的数量、质量及有效期，发现药品有效期在3-6个月内者，通过“三级药房”系统更换，并在最小包装上粘贴“近效期”警示标识；供货紧缺且临床必需情况除外。
4.3.3 双人核对、上锁备用，在相应的清点本上登记，记录锁号和日期并签名。
4.4 抢救车、转运箱每班交接，交接者检查是否处于有效锁闭状态，核对锁号，并记录在《抢救车/转运箱清点本》。
4.5 护士每天对除颤仪进行功能检测，检测纸张贴在《除颤仪记录本》，并保留1年。
4.6 抢救车及除颤仪如报损，及时联系设备科。
4.7 医护人员必须掌握除颤仪的性能和使用方法，熟悉抢救车、转运箱内的物品，熟记抢救药品的种类、用途、剂量、用法等。
4.8 护理部、科室定期检查，存在问题不断改进。

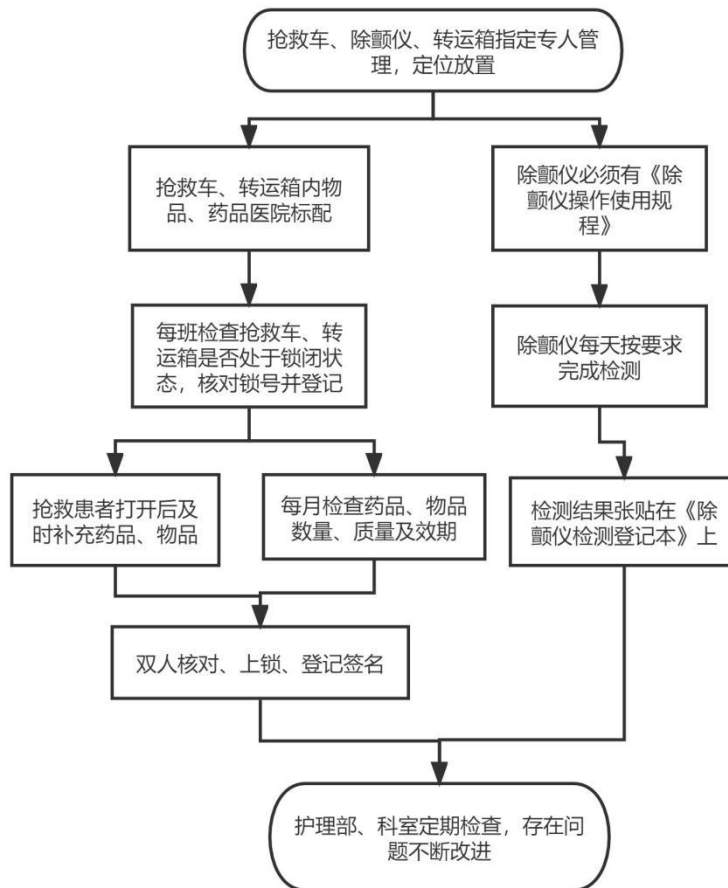
5.流程图（附后）

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会


签发人：  签发时间：2022-12-20




附件：抢救车、除颤仪、转运箱使用流程






文件编号	NXYY-HLB-ZD018	文件名称	可转运抢救仪器设备管理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人		申屠敏姣	
<p>1.目的 规范管理可转运抢救仪器设备，确保可转运抢救仪器设备的正常运行和使用，保障病人转运安全。</p> <p>2.参考文件无</p> <p>3.名词定义 病人在转运途中使用的可移动抢救仪器设备，特指心电监护仪、微泵、吸引器、转运氧气钢瓶等。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 各护理单元按需要配置可转运抢救仪器如心电监护仪、微泵、吸引器、转运氧气钢瓶等。</p> <p>4.2 各护理单元对可转运抢救仪器设备管理执行“四定一标识”原则，即：定位放置、定人负责、定期清洁、定期检查，标识清楚，不准随意挪用或外借。</p> <p>4.3 各护理单元设可转运抢救仪器专管员，负责检查仪器的常规性能、数量、定点位置、使用维修追踪、清洁消毒等情况，并作好记录。</p> <p>4.4 可转运抢救仪器使用后及时清洁，保持干燥、性能良好。需要维修时有“故障”标识并及时送修，并做好交接班，准备替代仪器。</p> <p>4.5 可转运抢救仪器需定时放、充电。</p> <p>4.5.1 定于每月将可转运微泵及心电监护仪先放电，待放电毕再充电不少于 8 小时。</p> <p>4.5.2 放电时观察放电时间，小于半小时者上报护士长及时更换储备电池。</p> <p>4.6 科室建立“仪器运行登记本”，其内容包括：</p> <p>4.6.1 每日对仪器进行性能检测，并作好记录签名；如有维修及时作好维修记录。</p> <p>4.6.2 每周彻底清洁消毒一次。</p> <p>4.6.3 如遇到科室应急使用时，必须班班交接可转运仪器的使用位置。</p> <p>4.7 科内护士熟练掌握可转运抢救仪器操作。</p>							
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>							



文件编号	NXY-Y-HLB-ZD019	文件名称	病床、轮椅和平车安全使用制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 维持病床、轮椅和平车的性能良好，可供正常使用。医务人员掌握正确的使用方法，保证患者的安全。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 病床的使用和维护</p> <p>4.1.1 推移电动病床时，须拔除电源并将电源线放置在合适的位置。</p> <p>4.1.2 抬高/降低整张病床或局部的高度至极限时，须立即停止操作，以免损坏病床。</p> <p>4.1.3 除治疗或操作需要外，病床在任何时候都须保持在最低水平。</p> <p>4.1.4 定期检查床栏的牢固性及完好性，床轮上锁。床尾手摇柄收起，及时排除障碍物，以防绊倒行人。</p> <p>4.1.5 下列患者需常规使用床栏：意识障碍、视力障碍、药物过量或药物中毒、镇静或麻醉恢复阶段、躯体 / 肢体移动障碍等容易坠床 / 跌倒风险的患者。</p> <p>4.1.6 护士须向患者及家属解释使用床栏的目的及必要性。</p> <p>4.1.7 如果患者及家属拒绝使用床栏，须在护理记录单上注明，必要时由患者或家属签字。</p> <p>4.2 轮椅和平车的使用和维护</p> <p>4.2.1 运送患者前应将患者安置在合适的体位。</p> <p>4.2.2 转运患者时必须有工作人员陪同。</p> <p>4.2.3 轮椅不要前倾（下坡时，轮椅处于后退状态，以防患者摔倒），必要时用躯体固定带固定患者。</p> <p>4.2.4 进电梯时，工作人员先行，以后退方式将轮椅拉入电梯。</p> <p>4.2.5 平车转运患者时，必须有床栏保护，必要时用躯体固定带固定患者。</p> <p>4.2.6 轮椅和平车应存放在指定区域，定期检查轮椅、平车功能是否完好，发生故障及时联系维修部门维修。</p>					
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYY-HLB-ZD020	文件名称	检验标本采集和送检管理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人		俞燕	
<p>1. 目的 规范我院检验标本的采集、保管、送检流程，确保标本质量和检验的及时性。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医生开具检验医嘱，护士确认医嘱有效性。</p> <p>4.2 由护士核对、执行医嘱，打印检验条码，并与医嘱变更单核对，按条码提示选择正确的标本容器，正确粘贴，确保医嘱、条码、容器三者信息一致。</p> <p>4.3 血标本采集和运输流程：</p> <p>4.3.1 护士采血时，正确核对患者身份，用 PDA 扫描患者腕带再逐个扫描试管条码，扫描结束后核对试管数量是否正确，并根据采血流程执行采血操作。交叉配血标本必须两人进行床边确认、采集。</p> <p>4.3.2 通知送检标本，护士与标本运送员必须当面交接，取样送检。</p> <p>4.4 大、小便和痰液标本采集和运送流程：</p> <p>4.4.1 护士正确核对患者身份，向患者说明标本采集的方法及注意事项，一般情况下要求患者大便标本在 72 小时内留取、小便标本在 24 小时内留取、痰液标本即刻留取，指导患者标本采集后放至指定位置。</p> <p>4.4.2 每日责任护士对未留取标本的患者进行催留，1-8 班护士查看患者标本留取情况，对仍未留取的患者再次催留，并与责任护士交班。后续操作同 4.3.2。</p> <p>4.5 护士及时关注检验结果，异常情况及时通知医生并做好记录。</p> <p>4.6 特殊原因导致条码打印后未采集，需通知医生取消医嘱。</p> <p>4.7 由医生采集的标本，采集后将标本交与护士，后续操作同 4.3.2。</p>							
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-11-02</p>							



文件编号	NXYY-HLB-ZD021	文件名称	住院患者压力性损伤管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	俞燕

1.目的
利用压力性损伤评估表识别患者压力性损伤发生危险状态,并对已识别的危险状态采取预防和治疗策略,为防范与减少患者压力性损伤发生,促进压力性损伤愈合,确保患者安全,特制定本制度。

2.参考文件
《中国压疮护理指导意见 2014 版》、《压疮的预防与治疗快速参考指南》、《现代伤口与肠造口临床护理实践》、《美国国家压疮咨询委员会 (NPUAP) 声明》、《护理敏感质量指标实用手册 (2018 版)》。

3.名词定义
3.1 压力性损伤:指位于骨隆突处、医疗或其它器械下的皮肤和/或软组织的局部损伤。可表现为完整皮肤或开放性溃疡,可能会伴疼痛感。损伤是由于强烈和/或长期存在的压力或压力联合剪切力导致。

3.2 压力性损伤分级标准:

严重程度	临床特征
1 期	皮肤完整,出现压之不褪色的局限性红斑(通常在骨隆突处等易受压部位)。与周围组织相比,该部位可能有疼痛、硬结或松软,皮温升高或降低
2 期	表皮和部分真皮缺损,表现为完整的或开放/破溃的血清性水疱,也可表现为浅表开放的粉红色创面,周围无坏死组织
3 期	全层皮肤组织缺损,可见皮下脂肪,但骨骼、肌腱或肌肉尚未显露或不可探及,伤口床可能存在坏死组织或腐肉、潜行或窦道
4 期	全层皮肤组织缺损,伴有骨骼、肌腱或肌肉外露,伤口床可能会部分覆盖腐肉或焦痂,常伴有潜行和窦道
深部组织损伤期	由于压力和/或剪切力造成皮下软组织损伤,局部皮肤完整,但褪色的皮肤已出现颜色改变,如紫色、褐红色,充血水疱或瘀斑,与周围组织相比,该区域可先出现疼痛、硬结、糜烂、松软、潮湿、皮温升高或降低
不可分期	缺损涉及到组织全层,但溃疡完全被创面的腐肉(包括黄色、黄褐色、灰色、绿色或棕褐色)和(或)焦痂所覆盖,无法确定其实际缺损程度,彻底清除坏死组织和/或焦痂,暴露出创面基底可帮助确定其实际深度和分期

4.患者皮肤管理制度
4.1 评估工具: BradenScale 压力性损伤危险因素评估量表(成人用,附表 1), BradenQ 儿童压力性损伤评估量表(儿童用,附件 2)。

4.2 评估环节:入院时、转入时、手术当日、病情发生变化时(高热、失禁、活动能力发生改变等)。

4.3 评估频次:不同评估量表评估频次不同,详见附件 1、附件 2。



4.4 评估内容：皮肤有无破损，破损部位、程度、大小、有无潜行、窦道、渗出等并做好护理记录。

4.5 压力性损伤高危人群：

4.5.1 神经系统疾病患者：自主活动受限，长期卧床，身体局部组织长时间受压；

4.5.2 老年患者：年龄大于 60 周岁；

4.5.3 肥胖、水肿患者；

4.5.4 身体衰弱、营养不良者；

4.5.5 疼痛、使用镇静剂、麻醉剂的患者；

4.5.6 石膏固定患者；

4.5.7 大小便失禁患者；

4.5.8 高热患者。

4.6 患者压力性损伤管理：

4.6.1 建立伤口造口护理专业委员会，健全伤口造口护理专业委员会、护士长、责任组长/责任护士三级监控网络。

4.6.2 高危压力性损伤患者筛选：对患者采用合理的压力性损伤评估量表进行风险评估，筛选高危压力性损伤发生患者，及时采取相应预防措施。主动告知其发生压力性损伤的风险，签署《压力性损伤高危风险评估告知书》，一式两份，一份科室保存，一份交给患者。患者出院后，发生压力性损伤事件患者其告知书与 PDCA 资料一同保存。

4.6.3 压力性损伤预防：加强防范压力性损伤知识教育；保持皮肤清洁干燥；减少对组织的压力，Q2h 翻身，正确使用预防压力性损伤的用具，如翻身垫等；适时加强全身营养等。（附件 3）。

4.6.4 压力性损伤患者：对患者进行评估，如患者发生压力性损伤，需评估压力性损伤病因和详细的伤口评估，并记录物理特征，如部位、分期、大小、组织类型、伤口床、创缘、窦道、渗出物、干性组织、异味、肉芽及上皮生长情况等。及时在护理管理系统中上报压力性损伤不良事件。

4.6.5 压力性损伤会诊：当遇到情况特殊无法解决时，应请伤口造口专科护士会诊。

4.6.6 压力性损伤交接和记录：对有压力性损伤者，入院后每班、转科等有交接并记录；每次伤口换药时，有伤口评估；病情变化及时评估。

4.6.7 压力性损伤治疗：科学、合理、适当的局部处理（附件 4）。

4.6.8 根据压力性损伤危险因素评分重点落实护理措施（成人住院患者）：

有危险（Braden 评分 15-18 分）

- 经常翻身
- 最大限度的活动
- 如果是卧床或依靠轮椅，要使用床面或椅面减压设备

中度危险（Braden 评分 13-14 分）

- 使用翻身计划表
- 使用楔形海绵垫，保证 30° 侧卧姿势
- 使用床面或椅面减压设备
- 最大限度的活动



高度危险（Braden 评分 10-12 分）
• 保证翻身频率
• 增加小幅度的移位
• 使用楔形海绵垫，保证 30° 侧卧姿势
• 最大限度的活动
极高度危险（Braden 评分 9 分及以下）
• 采取以上所有措施
• 使用体表压力缓释设备；当患者有不可控制的疼痛时，或者翻身导致剧痛加重时，应及时予有效镇痛。
<p>4.7 压力性损伤报告</p> <p>4.7.1 院外（带入）压力性损伤者，科室应在患者入院 24 小时内网报《院外压力性损伤》事件，必要时通知伤口造口专科护士会诊，以确认是否属于带入压力性损伤。</p> <p>4.7.2 患者住院期间发生压力性损伤，当班护士应及时报告护士长，并在 24 小时内进行网报《院内压力性损伤》事件，超过时限未上报者属于隐瞒不报。</p> <p>4.7.3 转科：发现患者皮肤问题，交接双方需当面指出皮肤问题，在交接单上记录并签名，并由发生压力性损伤的科室网报相关压力性损伤事件。</p> <p>4.7.4 压力性损伤转归：院外（带入）压力性损伤及院内压力性损伤申报后，当患者压力性损伤愈合或患者出院时，责任护士需提醒护士长及时在护理管理系统中填报压力性损伤转归。</p> <p>4.8 压力性损伤认定</p> <p>4.8.1 院外（带入）压力性损伤：科室 24 小时内网报《院外压力性损伤》事件，必要时通知伤口造口专科护士，确认是否属于院外（带入）压力性损伤。</p> <p>4.8.2 院内压力性损伤：患者住院期间因病情变化或治疗护理不当新发生的压力性损伤（入院时已发生的除外，即患者入院 24 小时新发生的压疮）。</p>



附件 1

压力性损伤风险评估表
BradenScale 评估量表

感觉	潮湿	活动方式	活动能力	营养（摄入）	摩擦/剪切力
1.完全丧失 2.严重丧失 3.轻度丧失 4.未受损害	1.持久潮湿 2.十分潮湿 3.偶尔潮湿 4.很少发生	1.卧床不起 2.局限于床上 3.偶尔步行 4.经常步行	1.完全不能 2.严重限制 3.轻度限制 4.不受限	1.恶劣 2.不足 3.适当 4.良好	1.有 2.有潜在危险 3.无

使用说明：

1. 此表适用于各类成人患者。最高分 23 分，最低分 6 分。

极高危：总分≤9 分；

高危：总分≤12 分，

中危：总分 13~14 分，

低危：总分 15~18 分。

2. 评估频次：评分≤9 分者需每班评估；评分≤12 分者需每日评估一次；≥13 分每周复评一次。



附件 2

BradenQ 儿童压力性损伤评估量表

项 目	分值及细则
可移动性	1分：完全不能移动（四肢完全没有活动能力）
	2分：重度受限（四肢有细微活动，但不能自行翻身）
	3分：轻度受限（四肢活动有些限制，可自行翻身）
	4分：没有限制（完全自主活动四肢）
活动能力	1分：卧床不起（活动范围限制在床上）
	2分：入座椅子或轮椅（无行走能力，需协助下入座椅子或轮椅）
	3分：偶尔行走（有帮助或没帮助情况下偶尔行走一小段路）
	4分：经常行走（除了太小还不能行走的病人外，都能自由地行走）
感知觉	1分：完全受限（大部分体表对疼痛刺激感知障碍）
	2分：极度受限（全身 1/2 以上的体表对疼痛刺激感知障碍）
	3分：轻度受限（一至二个肢体对疼痛刺激感知障碍）
	4分：没有受限（对疼痛刺激的知觉能力正常）
潮湿	1分：一直潮湿（每次移动病人时都能发现病人是潮湿的）
	2分：潮湿（每 8 小时换一次衣服）
	3分：偶尔潮湿（每 12 小时换一次衣服）
	4分：很少潮湿（皮肤通常是干燥的，每 24 小时换一次衣服）
摩擦力	1分：严重问题（痉挛、挛缩等引起持续摆动和摩擦）
	2分：存在问题（需中度或极大的协助才能移动身体）
	3分：潜在问题（需要一些协助才能移动身体）
	4分：无明显问题（凭自己能力移动身体）
营养	1分：非常差（不能进食或流质饮食，或进食提供食物的 1/2 以下）
	2分：不足（流质饮食或鼻饲饮食和 TPN，或进食提供食物的 1/2）
	3分：足够（鼻饲饮食或 TPN 并提供足够的卡路里，或进食 1/2 以上的正
	4分：非常好（正常饮食，提供足够的卡路里）
组织灌注	1分：非常危险（低血压或者病情不允许体位改变）
	2分：危险（血压正常、SPO ₂ <95%，或毛细血管充盈时间>2s，血清 PH
	3分：适当（血压正常、SPO ₂ <95%，或毛细血管充盈时间>2s，血清 PH
	4分：非常好（血压正常、SPO ₂ >95%，或毛细血管充盈时间<2s）

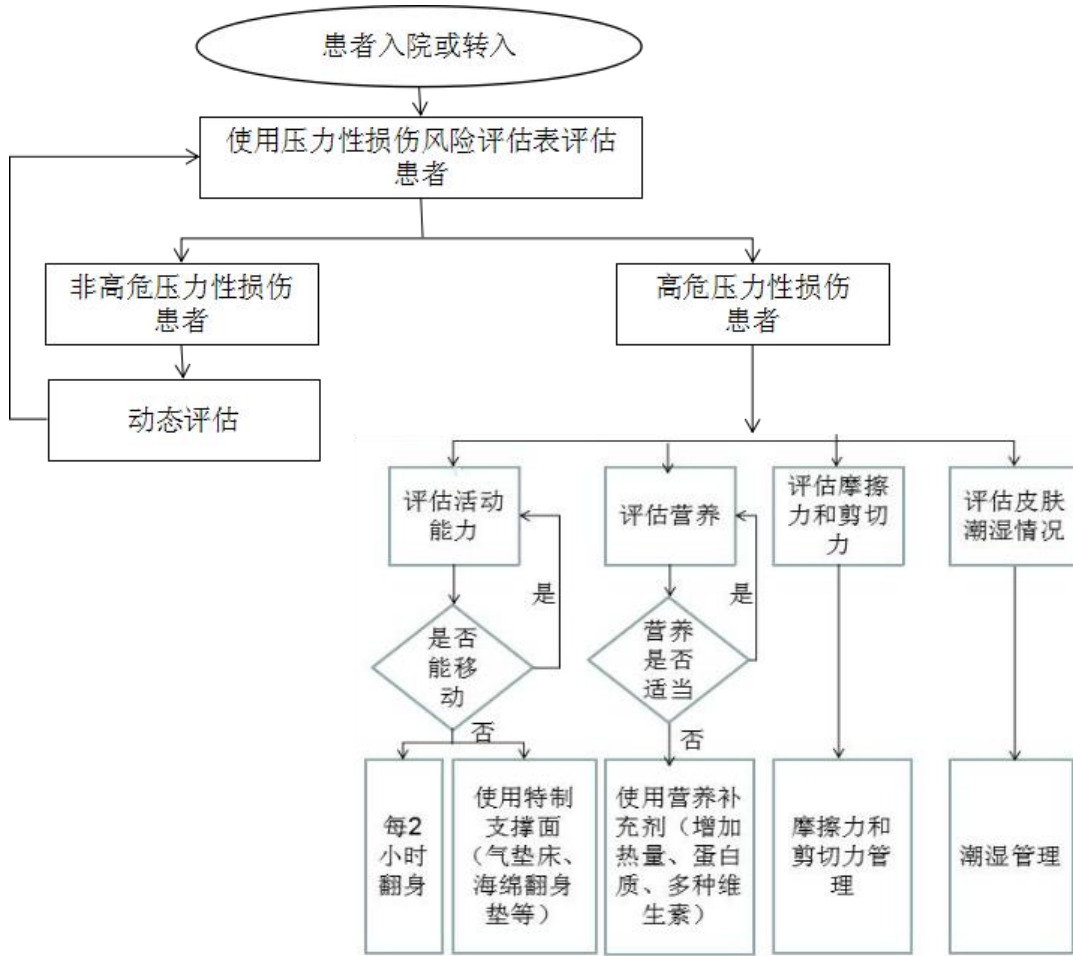
使用说明：

1. 此表适用于儿童患者。总分 7-28 分，得分越低，压力性损伤风险越大。
2. 评估频次：
 - 评分 ≤ 16 分，每班评估并选措施，
 - 评分 17-20 分，每日评估并选措施；
 - 评分 > 20 分，每周评 1 次。



附件 3

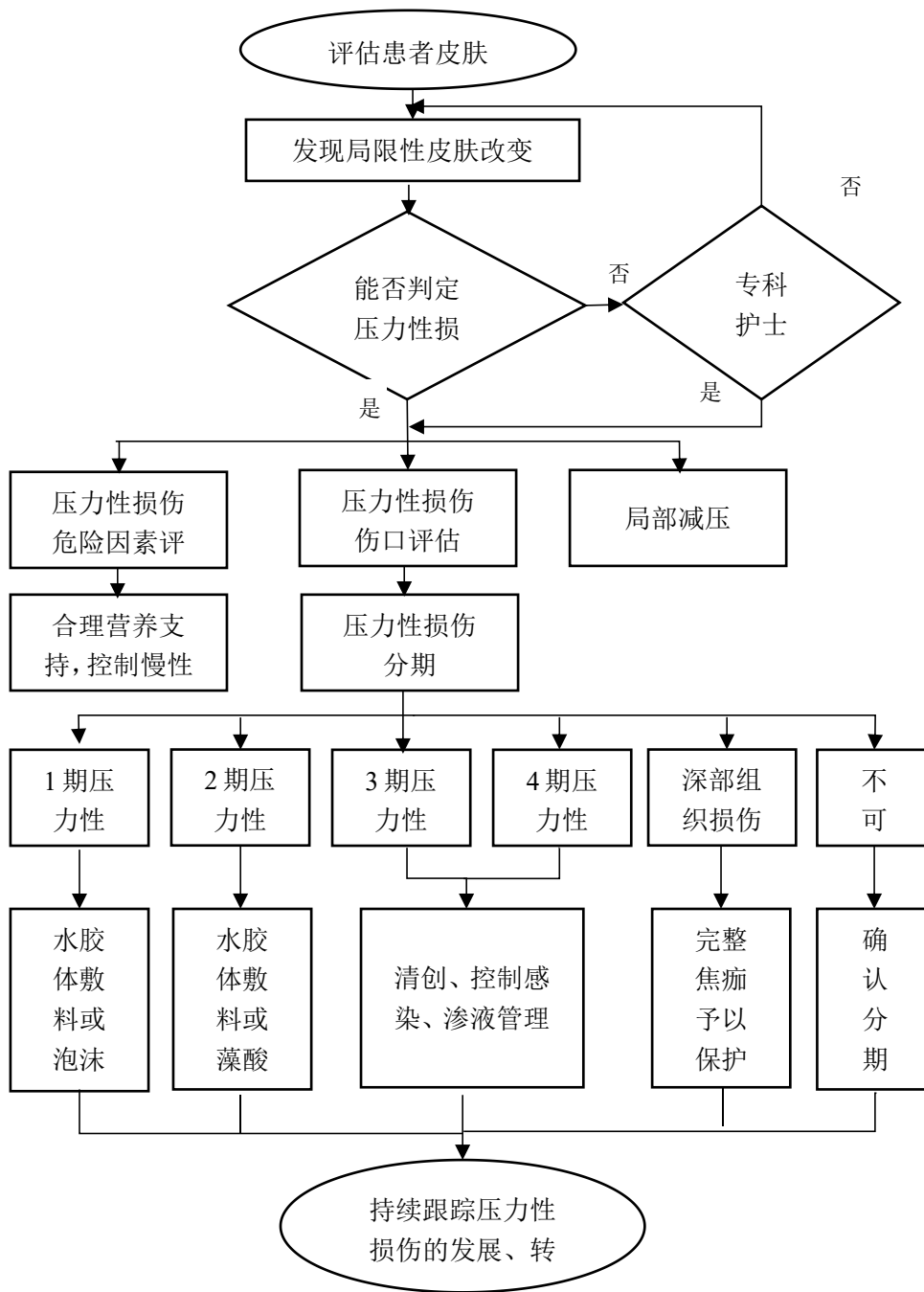
压力性损伤预防流程





附件 4

压力性损伤治疗流程



审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会
 签发人：[Signature] 签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD022	文件名称	患者坠床、跌倒管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 准确评估患者跌倒/坠床风险，落实预防措施，减少跌倒/坠床的发生，确保患者安全。</p> <p>2.参考文件 《浙江省综合医院等级评审标准（2019版）》</p> <p>3.名词定义</p> <p>3.1 跌倒是患者突发的、不自主的或非故意的体位改变，倒于地面或比初始位置更低的地方。按照国际疾病分类（ICD-10）对跌倒的分类，跌倒包括以下两类：从一个平面至另一个平面的跌落；同一个平面的跌落。</p> <p>3.2 坠床是身体非故意的从床上坠落，掉于地面或其它物体上。坠床是一种特殊类型的跌倒。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 评估</p> <p>4.1.1 门诊患者：</p> <p>4.1.1.1 以下区域为重点跌倒风险筛查科室：门诊康复科、针灸理疗科、心血管内外科、神经内外科、骨科、眼科、儿科。</p> <p>4.1.1.2 筛查标准：用目测法进行评估，凡符合以下任意一项内容即确定为跌倒高风险患者：意识障碍、步态不稳、使用助行器（非独立行走）、双盲/双眼包扎、眼科散瞳/低视力、特殊诊疗后（如手术、血透患者）及护士根据专业判断认为患者存在跌倒风险。</p> <p>4.1.1.3 对于跌倒高风险患者，患者左前胸黏贴“小心跌倒”标识，及时给予预防跌倒宣教，并落实防范措施，如提供轮椅、平车等工具。每个候诊区域设跌倒高风险人群专座；有家属陪伴者指导家属看护。</p> <p>4.1.1.4 卫生间都设有“小心地滑”的温馨提醒，每个卫生间配有紧急呼叫铃；保持门诊公共区域和楼梯无障碍物，危险环境有防跌倒警示标识；及时清除地面上的积水、油、水果皮等。</p> <p>4.1.1.5 患者发生跌倒，按跌倒应急预案及处理流程处理。</p> <p>4.1.2 门诊手术室、内镜中心、血透室、急诊抢救室、重症监护室默认为跌倒/坠床高风险区域，这些区域的患者为高风险患者。</p> <p>4.1.3 急诊诊间患者参照门诊患者标识方法。</p> <p>4.1.4 住院患者：患者入院或转入 8 小时(班)内进行首次评估；患者住院期间需每周复评一次并记录；高危患者每日评估；患者病情（意识、肢体活动）改变时需及时评估；及时再次评估。病情变化、手术及跌倒/坠床危险因子项目发生改变、患者发生跌倒后及时再评估并记录。</p> <p>4.1.4.1 成年患者(≥14 周岁)使用《约翰霍普金斯跌倒风险评估量表》进行跌倒/坠床风险评估。见附件 1。</p> <p>4.1.4.2 儿童患者：1-13 周岁的患儿使用跌倒/坠床风险管理记录表，见附件 2。评估结果总分≥12 分，属跌倒/坠床高危患儿，≤1 岁的患儿无需进行风险评估。</p> <p>4.2 预防措施</p> <p>4.2.1 成人患者</p> <p>4.2.1.1 一般患者预防措施(≤5 分)</p>					



- 4.2.1.1.1 入院时向患者介绍医院环境;
- 4.2.1.1.2 启用病床的制动装置将病床固定并放置在最低位;
- 4.2.1.1.3 病房、走廊无障碍,走廊、浴室和洗手间有防滑标记,照明适度;
- 4.2.1.1.4 床边和卫生间安装夜灯,确保照明良好;
- 4.2.1.1.5 卫生间设置扶手、紧急呼叫铃等辅助设施;
- 4.2.1.1.6 提供助步器、拐杖、有护手的轮椅等辅助工具;
- 4.2.1.1.7 嘱患者穿防滑鞋,不穿拖鞋外出;
- 4.2.1.1.8 有床头柜,可以将水和眼镜、假牙、手机等生活物品放在床头柜上,保证患者可及;
- 4.2.1.1.9 病床、轮椅和平车的安全使用(见《病床、轮椅和平车安全使用制度》)。
- 4.2.1.2 标准预防措施(6-13分),除一般护理措施外,还包括以下措施。
 - 4.2.1.2.1 患者活动时要有陪伴,保证呼叫系统通畅,呼叫铃放在患者可及处;
 - 4.2.1.2.2 协助患者大小便,减少紧急情况和失禁的发生;
 - 4.2.1.2.3 提醒患者起床前呼叫帮助,改变体位时动作要慢,遵循“三步曲”,即平躺30秒,坐起30秒,站立30秒,再行走;
 - 4.2.1.2.4 提供合适的辅助设施如助行器、轮椅,并确保患者能正确使用;
 - 4.2.1.2.5 保证患者鞋袜合适,穿防滑鞋;
 - 4.2.1.2.6 告知患者在行走过程中,如出现头晕、双眼发黑、下肢无力、步态不稳时,立即原地坐(蹲)下或靠墙,呼叫帮助。
 - 4.2.1.2.7 观察患者用药后的反应。
- 4.2.1.3 高风险患者的预防措施(≥ 14 分),除一般护理措施及标准预防措施外,还包括以下措施:
 - 4.2.1.3.1 告知家属应有专人陪护患者,签署《住院患者跌倒危险及注意事项告知书》;
 - 4.2.1.3.2 高危患者通知医生,进行针对性的治疗;
 - 4.2.1.3.3 卧床患者拉起床栏;
 - 4.2.1.3.4 使用气垫床、意识不清、麻醉未清醒和喜欢无帮助下起床的患者,需将所有床栏拉起;
 - 4.2.1.3.5 在手腕带上贴上“跌”警示标识;
 - 4.2.1.3.6 床头信息牌有“防跌倒”提醒标识;
 - 4.2.1.3.7 巡视病房时询问患者有无上厕所等生理需求;
 - 4.2.1.3.8 烦躁患者,恰当使用约束具(见《约束具使用管理制度》);
 - 4.2.1.3.9 患者在陪同下离开病房或医院;
 - 4.2.1.3.10 列入交班内容。
- 4.2.2 儿童患者
 - 4.2.2.1 低危患儿预防措施(7~11分、 ≤ 1 岁)
 - 4.2.2.1.1 指导患儿和/或家长熟悉环境、病床、检查床。
 - 4.2.2.1.2 给患儿和/或家长提供预防跌倒/坠床的告知书。
 - 4.2.2.1.3 病床放置在低位,使用双面床栏,任何时候保证制动。
 - 4.2.2.1.4 检查设施是否完好(如制动轮、安全带、床栏功能等)。
 - 4.2.2.1.5 评估家长是否能正确使用床栏。
 - 4.2.2.1.6 无人陪伴时保证双面床栏拉起(除外ICU)。
 - 4.2.2.1.7 呼叫铃放在合适位置,教会患儿和/或家长正确使用。
 - 4.2.2.1.8 水杯、纸巾、毛巾等常用物品必须放置在患儿或家长能够触及到的范围内。



- 4.2.2.1.9 眼镜或助听器应放置在患儿能拿到的范围内。
- 4.2.2.1.10 合理限制患儿活动，如禁止跳、跑、爬高。
- 4.2.2.1.11 走动的患儿穿防滑鞋，着尺寸合适的衣裤防止绊倒。
- 4.2.2.1.12 清除无用的设备和危险物品，家具放在合适的位置；通往厕所的通道没有障碍，地面不滑。
- 4.2.2.1.13 湿性拖地后放警示牌，避免不必要走动。
- 4.2.2.1.14 夜班时开启夜灯，确保能充分照亮去厕所和其他地方的路。
- 4.2.2.2 高危患儿预防措施（ ≥ 12 分、PICU、SICU），除执行低危患儿预防措施外，还包括以下措施：
 - 4.2.2.2.1 在手腕带上贴上“跌”警示标识。
 - 4.2.2.2.2 床头信息牌有“防跌倒”提醒标识。
 - 4.2.2.2.3 每隔2小时至少巡视患儿一次。
 - 4.2.2.2.4 做好交班。
 - 4.2.2.2.5 任何时间须有人陪伴，特别是走动或去厕所时。
 - 4.2.2.2.6 评估患儿和/或家长的依从性，对低依从性的患儿和/或家长再教育，强调安全隐患。
 - 4.2.2.2.7 给药时间要适合。
 - 4.2.2.2.8 使用镇静、镇痛等药物后，给患儿和/或家长提供健康教育，加强评估和观察。
 - 4.2.2.2.9 因安置管道或设备需拉低床栏时，给予必要约束并加强观察。
 - 4.2.2.2.10 转运时医护人员陪伴，系好安全带，拉起床栏。
 - 4.2.2.2.11 根据病情给予约束、镇静。
- 4.3 患者发生跌倒/坠床时的处理措施
 - 4.3.1 立即妥善安置患者，评估患者的意识、瞳孔、生命体征及受伤部位的情况，有无骨折、内脏损伤等征象，根据损伤情况采取合适的搬运方法。伤情严重的立即给予紧急处理，如吸氧、建立静脉通路等。
 - 4.3.2 通知医生，汇报跌倒/坠床的经过及受伤情况，根据需要采取合适的治疗和护理，密切观察病情变化。
 - 4.3.3 将患者的跌倒/坠床经过、受伤部位及伴随的症状与体征、相应的处理等，准确、及时地记录在病历中。
 - 4.3.4 评估与分析患者跌倒/坠床的危险因素，完善警示标识，加强防范。对评估有再次跌倒/坠床危险的患者加强防范，躁动不安者专入陪护，必要时采取保护性约束措施。
 - 4.3.5 对患者和家属做好安慰、解释工作。
 - 4.3.6 向护士长汇报患者跌倒/坠床情况，并上报不良事件。
 - 4.3.7 护士长组织讨论，分析原因，落实整改措施。
- 4.4 跌倒/坠床伤害程度分级：
 - 4.4.1 无伤害。
 - 4.4.2 I级伤害：只需稍微治疗与观察的伤害，如：挫伤、擦伤、不需缝合的皮肤小裂伤等。
 - 4.4.3 II级伤害：需冰敷、包扎、缝合或夹板等医疗或护理处置和观察的伤害，如：扭伤、大而深的撕裂伤或小挫伤等。
 - 4.4.4 III级伤害：需医疗处置及会诊的严重的组织或功能损害，如：骨折、意识丧失、精神状态改变等。此伤害会严重影响患者疗程及造成住院天数延长。



4.5 事件监控和反馈：由护理部对患者跌倒/坠床事件进行监控、定期分析并反馈。

附件 1 约翰霍普金斯跌倒风险评估量表

第一部分：可以根据患者情况直接进行跌倒危险等级的评定			
●完全瘫痪或完全行动障碍的患者		0 分	
●住院前 6 个月内有 2 次及以上的跌倒经历的患者		14 分	
●此次住院期间患者有跌倒经历的		14 分	
第二部分：患者的状况不符合第一部分的任何条目，则进入第二部分的评定，并计算跌倒风险得分			
条目	内容	分值	得分
年龄（单选）	60-69 岁	1	<input type="checkbox"/>
	70-79 岁	2	<input type="checkbox"/>
	≥80 岁	3	<input type="checkbox"/>
跌倒史	最近 6 个月曾有不明原因跌倒经历	5	<input type="checkbox"/>
排泄，大便和小便（单选）	失禁	2	<input type="checkbox"/>
	频繁或紧迫的排泄	2	<input type="checkbox"/>
	失禁且频繁和紧迫的排泄	4	<input type="checkbox"/>
使用高跌倒风险的药物：包括止痛泵/麻醉剂，抗癫痫药，降压药、降糖药、利尿剂、催眠药、泻药、镇静剂和精神药物（单选）	患者使用一种高跌倒风险的药物	3	<input type="checkbox"/>
	患者使用 2 种或 2 种以上的高跌倒风险的药物	5	<input type="checkbox"/>
	患者在过去的 24 小时之内曾有手术镇静史	7	<input type="checkbox"/>
患者携带的导管：是指任何与患者相连接的导管，例如：静脉输液、胸腔引流管、留置导尿管等（单选）	患者携带 1 种导管	1	<input type="checkbox"/>
	患者携带 2 种导管	2	<input type="checkbox"/>
	患者携带 3 种或以上导管	3	<input type="checkbox"/>
活动能力（多选）	患者移动、转运或行走时需要辅助或监管	2	<input type="checkbox"/>
	患者步态不稳定	2	<input type="checkbox"/>
	患者因视觉或听觉障碍而影响活动	2	<input type="checkbox"/>
认知（多选）	患者定向力障碍	1	<input type="checkbox"/>
	烦躁	2	<input type="checkbox"/>
	认知限制或障碍	4	<input type="checkbox"/>
无		0	<input type="checkbox"/>
总分			
第二部分得分范围：0-35 分。低危跌倒风险值：0-5 分；中危跌倒风险值：6-13 分；高危跌倒风险值：≥14 分。			



附件 2	
跌倒/坠床风险评估管理记录表 (>1 岁)	
项目	分 值
年龄	4分: >1岁-≤3岁
	3分: >3岁-≤7岁
	2分: >7岁-≤13岁
	1分: >13岁
性别	2分: 男
	1分: 女
诊断	4分: 神经系统疾病; 骨骼、关节系统疾病; 眼科疾病
	3分: 氧合功能改变(呼吸系统疾病、心血管系统疾病、脱水、贫血、厌食、晕厥、头晕等); 电解质紊乱
	2分: 心理、行为疾病
	1分: 其他疾病; 疾病导致不能活动或移动
认知障碍	3分: 没有意识到不能自我行动
	2分: 忘记有行动的限制
	1分: 能自我辨识方位; 昏迷, 无反应
环境因素	4分: 住院期间有跌倒/坠床史; 患儿活动或移动时需使用辅助工具(拐杖、助行器、转运床、轮椅等); 婴幼儿放置在没有护栏的成人床
	3分: 近1个月有跌倒/坠床史; 婴幼儿放置在有护栏的成人床
	2分: 近3个月有跌倒/坠床史; 婴幼儿放置在有护栏的儿童床
	1分: >3个月有跌倒/坠床史; 无跌倒坠床史
镇静/麻醉后	3分: 12小时内
	2分: 24小时内
	1分: 超过24小时或没有镇静麻醉
药物使用	3分: 联合用药: 镇静剂、安眠药、巴比妥类药、吩噻嗪类药、抗抑郁药、利尿剂、降压药、强心药、麻醉药、化疗药、散瞳剂
	2分: 以上其中一种药物
	1分: 其他药物/没有
总分	



附件 3

住院患者跌倒危险及注意事项告知书

患者存在以下跌倒的危险因素：

- 年龄≥60岁 排泄，大便和小便 使用高跌倒风险的药物
 携带导管 活动障碍 认知障碍 跌倒史

因患者存在上述跌倒危险因素，医务人员告知患者及其陪护人员防范跌倒的相关知识与注意事项：

- 床头铃、卫生间呼叫铃用途与使用方法。
 患者需家属或自请陪护人员在院照看。照看者应随时注意患者动静，以防患者擅自行动而发生跌倒。
 穿防滑鞋、衣裤勿过紧或过大过长。
 妥善放置生活用品，便于患者取用。
 患者应卧床休息，卧床时注意拉器两侧床栏，需下床时切勿跨越床栏。
 患者禁止下床活动，如厕等，大小便应利用床边便器，陪护者协助其大小便。
 当患者病情允许下床活动，如起床、下床、走路、如厕等活动应慢而稳，根据活动能力利用助行工具、扶手等，或请陪护者或护理人员帮助。
 走路、活动时看清并避开地面不平、湿滑的地方。看到地面不平、湿滑能告诉工作人员。
 使用跌倒相关的药物前应先上厕所。
 如遇头晕、心慌、眼花等不适情况，不要急于行动，应利用旁边扶手或设施先坐稳或站稳，并立即请求帮助，以避免意外发生。
 如患者发生跌倒情况，千万别隐瞒，应立即告知医务人员。
(此告知单一式二份，一份院方保管，一份交患者与陪护人员)
- 护士： _____ 病人/家属： _____
陪护者： _____ 告知日期： _____

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-08-02



4. 内容

4.1 确定疼痛评估对象与评估方法

4.1.1 疼痛评估是疼痛管理的重要环节，住院患者须进行常规疼痛评估。

4.1.2 根据患者的情况选择合适的评估方法。

4.2 确定评估频次

4.2.1 所有在院患者每日常规评估一次，记录在体温单上。

4.2.2 急诊患者 30 分钟内、住院患者入院 8 小时（班）内完成初始评估。

4.2.3 手术患者术后返回病房半小时内评估一次，使用 PCA 患者每 8 小时评估一次，直至撤除镇痛泵。

4.2.4 患者有疼痛主诉就应有疼痛评估。

4.2.5 疼痛评分 ≥ 4 分时须有镇痛措施；实施镇痛措施后及时评估并记录镇痛效果及副作用，根据用药途径确定复评时间：静脉注射后 15min；皮下/肌肉注射后 30min；口服给药后 60min，直至评分 ≤ 3 分。阿片类药物剂量滴定及时评估。

4.3 疼痛评估原则

4.3.1 尊重和支持患者对疼痛评估和处理的权利。

4.3.2 病人的主诉是疼痛评估的金标准。

4.3.3 及时、全面、动态、量化评估患者的疼痛情况。

4.3.4 评估急性疼痛时，尤其要关注疼痛对患者功能活动的影响。

4.3.5 评估癌性疼痛时，尤其要关注患者的心理情绪状态、宗教或精神层面的因素。

4.3.6 评估慢性非癌性疼痛时，尤其要关注疼痛对患者生活质量的影响及患者的心理状态。

4.4 疼痛干预措施：

4.4.1 采取阿片类药物、非阿片类药物或辅助性镇痛药物治疗疼痛。

4.4.2 采取放松法、想象法、安置舒适体位、冷敷、热敷、吸氧、牵引、理疗及针刺、创建安静的休息环境、心理疏导等非药物措施缓解患者疼痛。

4.4.3 患者疼痛评分 ≥ 4 分时必须采取干预措施。

4.5 疼痛患者/家属的教育主要包括：

4.5.1 对镇痛的正确认知。

4.5.2 教会患者疼痛评估方法，及时、主动与医务人员沟通，告知疼痛强度。


4.5.3 有效控制疼痛的方法和镇痛治疗方案。

4.5.4 针对性的出院指导。

4.6 疼痛护理记录要求：疼痛评分 ≥ 4 分时须有镇痛措施，实施镇痛措施应及时复评。内容应完整准确，包括：疼痛的部位、性质、强度、时间特点、患者状态、疼痛评分方法、伴随症状、所使用的止痛药物的剂量和频率、止痛效果、副作用及处理、患者心理状态及支持系统、疼痛宣教及宣教效果。

4.7 对疼痛专项护理质量定期进行评析，开展疼痛护理的持续质量改进。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-11-02




文件编号	NXYH-HLB-ZD024	文件名称	探视、陪伴管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 以保持病房的安静及保证日常工作的有序进行, 促进患者早日康复。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 病房陪护/探视者管理由病区护士长总负责, 责任组长协助, 护士及主管医师参与, 必要时医院保卫部门协调。</p> <p>4.2 严格控制陪护, 是否陪护须由主管医师根据患者的病情、生活自理能力等决定, 由护士长或责任护士签发陪护证明。</p> <p>4.3 陪护适用原则:</p> <p>4.3.1. 各种疾病导致多脏器功能损害, 病情较严重, 却未收治专科监护室的患者。</p> <p>4.3.2. 有可能突然发生严重并发症的患者。</p> <p>4.3.3. 疾病诊断不清或病情反复、发展等情况而致生活不能自理的患者。</p> <p>4.3.4. 各种原因造成的精神异常、意识障碍的患者。</p> <p>4.3.5. 各种介入治疗、手术治疗患者。</p> <p>4.3.6. 需特殊检查和治疗的患者。</p> <p>4.3.7. 语言沟通障碍、失明及失聪患者。</p> <p>4.3.8. 有自杀倾向患者。</p> <p>4.3.9. 老年患者(超过 65 岁以上), 儿童(14 岁以下)。</p> <p>4.3.10. 诊疗需要陪护的其它患者。</p> <p>4.4 陪护须遵守下列规定:</p> <p>4.4.1. 与医护人员密切配合, 在医护人员指导下照顾患者。</p> <p>4.4.2. 自觉遵守医院各项规章制度, 遵守医院对宗教及宗教思想传播的管理, 保持病房的安静和整洁。</p> <p>4.4.3 医院提供两用躺椅供陪护夜间休息, 由工作人员按规定时间(16:30 开锁, 6:00 上锁) 收放躺椅。</p> <p>4.4.4 节约水电, 爱护公共财产, 损坏公物须照价赔偿。不随地吐痰, 不在院内吸烟, 不窜病房, 不在病房使用电器, 不得自带行军床、躺椅等。</p> <p>4.4.5 陪护只限一人, 不得擅自离开患者, 如陪护必须外出, 需告知医护人员, 予以关注。</p> <p>4.4.6 不得私自将患者带离至院外。陪护人员如违反院规或影响医院治安, 经说服教育无效者, 可停止其陪护, 并与保卫科等有关部门联系处理。</p> <p>4.4.7 探视规定</p> <p>4.4.7.1 日常探视每次探视人员不超过 2 人; 查房和实施治疗期间, 请探视者暂离病房, 当探视人数超过 2 人而影响病房的安静及正常工作时, 当班护士应及时劝离病房; 20:30 夜班护士应动员探视者离开病房, 保持病室安静。</p> <p>4.4.8 当病区管理陪护/探视者遇到困难时, 应及时向保安人员/主管医生/总值班寻</p>					



求帮助。

4.4.9 陪护探视人员不得参与患者的治疗，如调节滴速、吸氧、鼻饲等。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD025	文件名称	新冠肺炎防控期间病区陪护/探视制度	适用范围	全院
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	俞燕

1.目的
为了加强新型冠状病毒肺炎的疫情防控工作，切实保障患者和人民群众身体健康。

2.参考文件
国家卫生健康委《新型冠状病毒肺炎防控方案》（第八版）、《关于进一步做好常态化疫情防控下医疗机构感染防控工作的通知》、南浔区人民医院新型冠状病毒感染防控期间医疗工作指导意见等相关文件

3.名词定义
无

4.内容

4.1 住院病区严格执行 24 小时门禁管理与出入管控。

4.2 谢绝探视。提倡以电话、微信、短信、视频慰问。

4.3 非必须不陪护。根据病情需要，确需陪护的，要求陪护人员固定，仅限一名，规范佩戴口罩且必须配合病区管理工作。该陪护人员必须提供 3 天内新冠病毒核酸检测阴性报告，“健康码”绿码，绿色行程卡、无流行病学史、体温正常、无发热及呼吸道等十大症状，进入住院病区后由病区护士对患者及陪护进行流调核查。

4.4 住院期间，所有患者及陪护人员按防控要求进行新冠核酸检测。

4.5 每天对陪护人员进行体温测量 1 次，并按要求进行登记。

4.6 有以下情况中任何一条者不得陪护：（1）14 天内有中高风险地区旅居及接触史；（2）14 天内有新冠肺炎确诊或疑似患者接触史；（3）聚集性发病。（4）具有发热、干咳、乏力、嗅觉味觉减退等新冠肺炎相关表现。

4.7 陪护人员出现发热等症状必须及时向医护人员报告至发热门诊就诊。

4.8 不允许聚集聊天或到其他病室串访，尽量减少外出病区，离开病房必须佩戴口罩。

4.9 患者及陪护人员住院期间原则上不得离开医院，医生不得允许患者请假外出。

4.10 当病区管理陪护/探视遇到困难时，应及时向保安人员/主管医生/总值班寻求帮助。

4.11 陪护证办理方法

4.11.1 携带患者及家属的身份证在入院准备中心进行登记，在采样室进行核酸采样，录入人脸信息，核酸阴性审核通过后，取住院证，出入住院大楼刷脸通行。

4.11.1.1 绿色通道（需急诊手术，急危重患者）由主管医生开具核酸抗体（抽血检测），等待约半小时，取得核酸抗体正常结果后，至入院准备中心领取住院证和陪护腕带，进入病区缓冲间，等待核酸检验阴性报告后，转入普通病房，由护士摘除陪客腕带。

4.11.1.2 快速通道（急危重症患者），采样后等待约 2 小时取核酸报告。

4.11.1.3 普通通道（择期住院患者），采样后等待 6-12 小时取核酸报告。

4.11.2 出现以下情况者，如未及时按要求办理，人脸识别系统不通过，不予进入病区，后果自负。

4.11.2.1 新增或更换陪客者：因特殊情况（如手术、分娩、病情危重等），需新增或更换陪客，由患者所在病区护士站开具“新增或更换陪客证”证明书，携带患者及本人身份证，付款后在入院准备中心进行登记，核酸采样。6-12 小时取得核酸阴性报告后，录



入人脸识别系统，方可进入病区。

4.11.2.2 陪客证延期者：陪客核酸证明 3 天有效（以取得核酸报告时间计算），在失效期前由患者所在病区护士站取得“陪客证延期”证明书，并携带患者及本人身份证前往入院准备中心再次进行核酸采样。

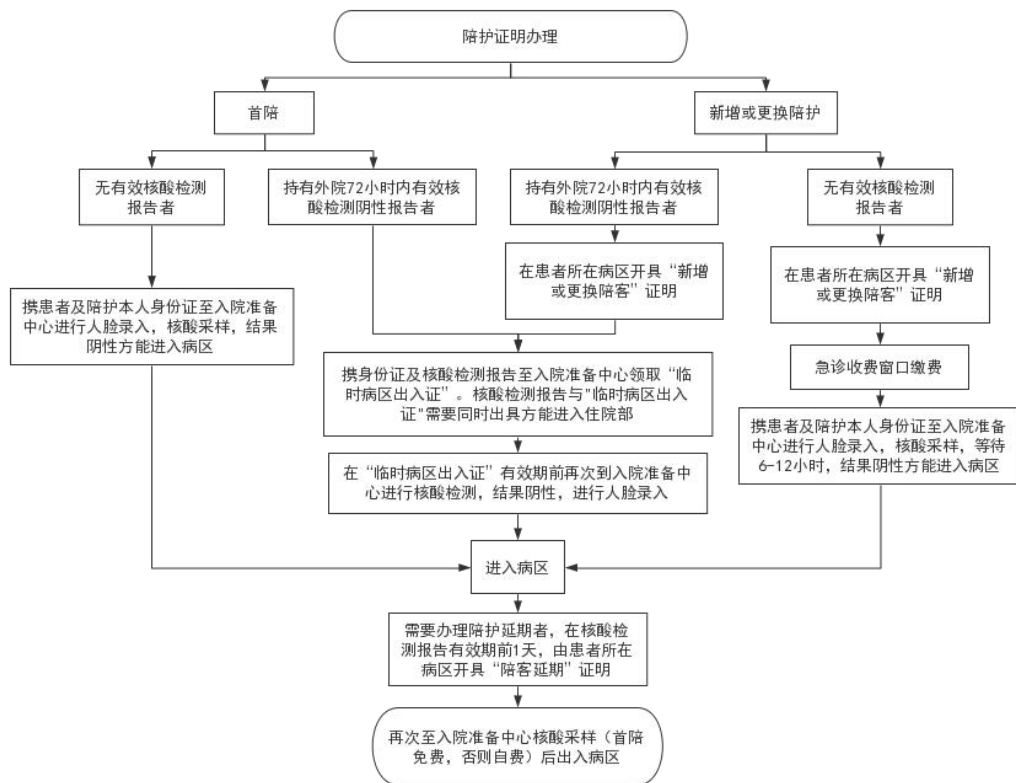
4.11.2.3 持有外院核酸报告者：外院核酸证明 72 小时内有效，首次办理陪客证时无需录入人脸识别系统，由入院准备中心开具“临时病区出入证”与核酸证明同时使用，方可进入住院病区。有效期截止前一天，请携带患者及本人身份证前往入院准备中心再次进行核酸采样，取得核酸阴性证明后录入人脸识别系统，方可进入病区。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

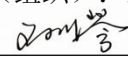
签发人：  签发时间：2021-11-02



附件：陪护证明办理流程





文件编号	NXYH-HLB-ZD026	文件名称	出院患者随访制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 为进一步加强护患沟通，提升护理质量，积极倡导一体化护理服务模式，将护理服务延伸至院外和家庭，使住院患者的院外康复和后续治疗、护理等能得到科学、专业、便捷的技术指导及服务，切实解决患者最关心、最需要解决的问题，让患者出院后还能感受到医院的关爱，提升医院服务水平，提高医院的社会效益。</p> <p>2.参考文件 无</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 随访对象</p> <p>4.1.1 主要为治愈、好转、转院患者。 4.1.2 所有出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者。 4.1.3 死亡、自动出院患者不包含在内。</p> <p>4.2 随访时间</p> <p>4.2.1 治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的病人出院后应随时随访。 4.2.2 首次随访时间在患者出院后 2 周内。 4.2.3 痊愈患者随访 1 次。 4.2.4 慢性病患者酌情增加随访次数。</p> <p>4.3 随访方式</p> <p>4.3.1 短信随访 4.3.2 电话随访 4.3.3 接受咨询 4.3.4 上门随诊</p> <p>4.4 随访内容</p> <p>4.4.1 了解患者出院后的恢复情况、存在困难和问题。 4.4.2 提供饮食、用药指导，活动计划和康复锻炼指导，提醒复诊时间。 4.4.3 询问对住院环境及所接触的医护人员等的服务是否满意。 4.4.4 询问对医院诊疗服务的评价与合理化建议。</p> <p>4.5 随访注意事项</p> <p>4.5.1 住院收费处工作人员在患者办理住院手续时负责正确录入可供随访的联系电话，病区护士在入院评估时负责核对联系电话。 4.5.2 随访前应先了解患者在院的基本情况和出院时的病情及治疗，最佳随访人为责任护士。 4.5.3 随访人必须热情礼貌专业，避免与患者争执。 4.5.4 对患者的诉说要耐心听取，对于提问要按专业语言规范谨慎回答，对治疗原则问题不清楚的不得随意敷衍。 4.5.5 对当时不能马上解决或者电话解释不清的问题应采取另行答复、预约专家。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD027	文件名称	护理安全（不良）事件与近似错误报告处理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 鼓励护理人员主动报告护理安全（不良）事件及近似错误，增强风险防范意识，及时发现护理安全（不良）事件及隐患，避免类似事件再次发生，实现患者安全目标。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委等相关文件</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 护理安全（不良）事件：是指在护理过程中发生的、不在计划中的、未预计到的或通常不希望发生的事件。包括患者的跌倒、坠床、压力性损伤、给药错误、非计划拔管、走失、误吸或窒息、烫伤及其他与患者安全相关的非正常的护理意外事件。</p> <p>3.2 不良事件分类及定义</p> <p>I 级警讯事件：非预期的死亡或非自然病程中永久性的功能丧失。</p> <p>II 级不良后果事件：指在疾病医疗过程中因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。</p> <p>III 级无伤害事件：虽然有发生了错误事实，但未给患者机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。</p> <p>IV 级近似错误：如果在某些环节中确实出现错误或异常，但是由于有意或无意的及时介入，错误并未真正发生于病人身上。</p> <p>3.3 不良事件结果的严重度分级：</p> <p>3.3.1 无：没有伤害；</p> <p>3.3.2 严重度 1 级：任何需要额外的观察或监护治疗的病人安全性事件，以及导致轻度损害；</p> <p>3.3.3 严重度 2 级：任何导致适度增加治疗的病人安全性事件，以及结果显著但没有永久性伤害；</p> <p>3.3.4 严重度 3 级：任何出现持久性伤害的病人安全事件；</p> <p>3.3.5 死亡：任何直接导致病人死亡的病人安全性事件。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 发生或发现护理不良事件，应立即汇报主管或值班医生和护士长，迅速采取补救措施，尽量避免或减轻对患者健康的损害。</p> <p>4.2 发生医疗争议时，在医患双方在场的情况下封存和启封病历资料。病历资料不得擅自涂改或销毁。</p> <p>4.3 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医院保管；需要检验的，应当由双方共同指定的依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由卫生行政部门指定。</p> <p>4.4 护士长督导信息上报，组织全科护理人员讨论，分析原因，制定整改措施并落实，促进护理质量持续改进。</p> <p>4.5 护理部根据护理不良事件进行审核，在第一时间了解科室发生的不良事件，及时下科室查看，指导整改，追踪科室整改效果，审核修改 PDCA 和 RCA 分析报告，并加强对分管科室此类安全事件的防范管理。</p>					



4.6 护理部在审核后提出审核意见。每季组织进行讨论，寻找避免类似事件再发生的有效预防手段，定期召开护理不良事件分享会。

4.7 上报的形式：口头/电话报告、钉钉护理管理系统上报。

4.8 上报时限与途径


4.8.1 I级和II级事件责任人须在处理事件的同时立即上报护士长、护士长即时电话报告护理部，当事人24小时内向相关部门提交书面报告。护理部根据事件严重程度决定立即或24小时内上报分管院领导。

4.8.2 III级、IV级不良事件：当事人立即报告主管医生和护士长，48小时内完成护理不良事件填报。

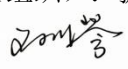
审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-20




文件编号	NXYH-HLB-ZD028	文件名称	主动报告安全（不良）事件激励制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏皎
<p>1. 目的 为鼓励护士主动报告护理安全（不良）事件及近似错误，及时发现护理安全（不良）事件及隐患，并将获取的护理安全信息进行分析，发现薄弱环节，进而采取系统改进，避免事件的再次发生，为护理人员提供更安全的系统，实现患者安全的目标。</p> <p>2. 参考文件 国家卫计委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 发生护理不良事件按要求上报的，经护理部质量与安全管理委员会审核后，给予 50 元/例的奖励（每月奖励不超过 3 例）。</p> <p>4.2 预防安全事件发生的呈报：及时呈报并有效阻止意外事件发生，或有效降低病人安全危害者，经护理安全委员会审核，呈报护理部，申请奖励。</p> <p>4.3 对预防安全事件发生及改善工作流程有贡献的报告，经护理安全管理委员会审核后，呈报护理部，给予 100 元/例奖励。</p> <p>4.4 下列情况，由质量与安全管理委员会审核：</p> <p>4.2.3.1 同一事件多人报，仅认定第一位完成报告系统中的呈报者，其余不计。</p> <p>4.2.3.2 经护理质量与安全管理委员会审核后发现有虚报事件者不列入范围。</p> <p>4.2.3.3 同一天同一人呈报相关相同事件 2 次以上，将视为 1 次呈报。</p> <p>4.2.3.4 同一事件描述，有超过一个以上事件分类，将视为 1 次呈报。</p> <p>4.2.3.5 同一事件同一时间发生在多人身上，将视为同 1 次呈报。</p> <p>4.5 惩罚范围： 本制度虽以不究责为原则而设立，但为兼顾公平，并非所有错误的发生皆为免责范围，如经调查发现有下列行为所导致病人的安全事件，则采取相应惩罚措施：</p> <p>4.5.1 该行为系护理人员蓄意所造成。</p> <p>4.5.2 错误的过程系护理人员严重违反护理制度及操作规范。</p> <p>4.5.3 过去已有违反过安全行为的记录且屡劝不听者。</p> <p>4.5.4 发现不良事件漏报、瞒报，扣除当事人及科室负责人各 100 元/例。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					




文件编号	NXYH-HLB-ZD029	文件名称	鼓励患者主动参与医疗安全制度	适用范围	全院
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 为了保障患者安全，鼓励患者主动参与医疗活动，获取疾病和安全相关知识，特制订本制度</p> <p>2. 参考文件 国家卫生健康委员会等相关文件.</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 建立环境安全与温馨提示标识，医务人员主动向患者介绍环境、鼓励患者参与环境安全管理。</p> <p>4.2 适时、适宜向患者和（或）家属作好健康教育与指导，包括入院、疾病、用药、饮食、检查、手术、康复训练、出院等。</p> <p>4.3 主动向患者说明提供真实病情和有关信息的重要性。</p> <p>4.4 鼓励患者主动获取安全用药和疾病相关知识。</p> <p>4.5 为患者及其家属提供参与医疗安全活动的知识，如防范跌倒、压力性损伤、深静脉血栓、导管滑脱、导管相关感染等措施与注意事项。</p> <p>4.6 职能科室、科室负责人定期发放调查表，向患者了解对医疗护理工作的满意度，对存在问题及时分析，并加以整改。</p> <p>4.7 护士长每月召开一次工休座谈会，征求病人与其家属意见、建议。</p>					
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD030	文件名称	自杀/其他行为 紊乱患者管理制度	适用范围		护理单元	
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人			俞燕
<p>1. 目的 尽早识别有自杀倾向或自杀 / 其他行为紊乱患者,及时提供安全和有效的治疗护理。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 发现或怀疑患者存在或有潜在的自杀意图或其他行为紊乱患者时,应:</p> <p>4.1.1 告知主管医生/值班医生,报告护士长/护理总值班,医务部/行政总值班备案。</p> <p>4.1.2 保持镇定,给患者安抚、倾听、接纳、疏导情绪。</p> <p>4.1.3 必要时建议精神卫生科医生会诊,根据医嘱给予安全范围内的镇静剂。</p> <p>4.1.4 告知患者家属或单位,要求家属 24 小时陪伴,以保护患者及其他人员的安全,做好护理记录。</p> <p>4.1.5 提供安全的病室环境:移除病房内危险或潜在危险性物品,如剪刀、剃须刀片、打火机、玻璃、绳子、皮带等,交给患者家属保管,并在尊重患者及充分告知的前提下采取安全措施,遵医嘱使用约束具,并做好相关记录。</p> <p>4.1.6 患者病情稳定后,仍需继续观察其行为和情绪。</p> <p>4.2 如果患者已自杀,应:</p> <p>4.2.1 立即评估患者意识、呼吸、循环等情况,呼叫抢救。</p> <p>4.2.2 立即汇报值班医生/主管医生,积极配合抢救。</p> <p>4.2.3 报告护士长/护理总值班,报告医务部/行政总值班。</p> <p>4.2.3 通知保卫科,以控制病房秩序及联系处理善后事宜。</p> <p>4.2.4 通知患者家属。</p> <p>4.2.5 做好详细的护理记录。</p> <p>4.2.6 填写不良事件报告单。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会(组织): 护理质量与安全管理委员会 签发人:  签发时间: 2021-11-02</p>							



文件编号	NXYH-HLB-ZD031	文件名称	患者离院/失踪管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	俞燕
<p>1. 目的 防范住院患者擅自离院/失踪，及时发现离院 / 失踪患者，正确执行处理流程，保证患者人身安全。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 患者入院时，责任护士准确填写患者及联系人电话号码，告知其住院期间不得擅自离院，并在住院须知单上签名确认。</p> <p>4.2 失踪预防主要对象：患儿、痴呆症、老年人、记忆力明显减退、定向力障碍等容易迷失方向的患者。对以上患者应加强宣教，告知家属 24 小时陪护。</p> <p>4.3 发现患者离院/失踪时：护士应立即寻找并联系患者或家属，获知患者去向时，护士应：</p> <p>4.3.1 催促患者尽早回院，以免延误治疗及护理。</p> <p>4.3.2 有特殊情况需暂时离院的，应由患者本人或被授权的家属来院补办手续。</p> <p>4.3.3 做好交接班，患者回病房后予以评估并记录。</p> <p>4.4 当使用任何可能的方法找遍任何可能的区域均未能发现患者行踪时称为患者失踪。</p> <p>4.4.1 立即汇报主管医生 / 值班医生，报告护士长/ 护理总值班，医务部 / 行政总值班，报告保卫科。</p> <p>4.4.2 将患者失踪情况记录于护理记录单上，包括失踪时间、行政措施、寻找结果等。</p> <p>4.4.3 通知患者家属。</p> <p>4.4.4 填写不良事件报告单。</p>					
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-11-02</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD032	文件名称	患者隐私保护、民族习惯和宗教信仰制度制度	适用范围	临床
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	俞燕
<p>1.目的 为进一步提升服务质量、落实服务改进措施、保护患者隐私、尊重患者人权，特制定《患者隐私保护制度》。</p> <p>2.参考文件 《民法通则》、《执业医师法》、《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》等相关法律法规。</p> <p>3.名词定义 患者的权益是指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益。医务人员应当尊重和维护患者的合法权益。</p> <p>4.内容 尊重和维护患者隐私权是医务工作者应尽的义务，是医院品牌和品质的重要体现，也是三级医院评审条款的具体要求。由于医疗工作的特殊性，在医疗过程中主动保护患者个人隐私不受非法揭露，保护其个人生活中的秘密不为他人知悉的权利，保护患者隐私越来越受到医疗机构的高度重视。</p> <p>4.1 维护病人的隐私权</p> <p>4.1.1 病人就诊时做到“一医一患”，无围观。</p> <p>4.1.2 规范服务行为，保护病人隐私。要求医务人员深切理解患者就医心理，通过规范服务取得病人的信任、增强安全感。</p> <p>4.1.3 完善门诊诊室及医技检查设施，保护病人隐私。每间诊室、检查室内安装隔帘，形成独立、隐秘的诊察，从细节入手，切实做好保护病人隐私工作。</p> <p>4.1.4 护士对患者进行暴露性身体检查、治疗、护理的操作中，应使用床帘或屏风遮挡避免暴露患者隐私。</p> <p>4.1.5 涉及患者隐私的有关临床检验结果，本人如因各种原因不能来取化验单的，应交给其授权人，其他无关人员不能 查阅患者的检查结果。</p> <p>4.1.6 病人住院期间的病历资料，除因医生诊疗、会诊、讨论等活动需要外，无关人员不得查阅、记录、复印等。</p> <p>4.1.7 不得随便议论和泄露患者的有可能造成精神伤害的疾病、病理、生理上的缺陷、有损个人名誉的疾病、患者不愿他人知道的隐情等。</p> <p>4.1.8 医护人员离开电脑时，应退出电脑界面或设有屏保。</p> <p>4.2 尊重和维护患者的民族风俗习惯及宗教信仰</p> <p>4.2.1 要尊重患者的民族风俗习惯，如果患者是少数民族，一定要详细询问患者的风俗习惯，有什么忌讳，并设法帮助患者安排好每一项检查、治疗及生活细节如就餐等。</p> <p>4.2.2 入院接待时通过入院介绍使少数民族患者尽快熟悉和了解医院、病区、病房环境、设备、工作人员、医院的规章制度等医院的文化环境。根据患者的文化背景及需求，尽量安排语言沟通较好的护士负责接待少数民族患者。</p>					



4.2.3 在沟通中要尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰，从语言、饮食、治疗方式、生活习惯等各方面给予充分尊重。对少数民族的饮食习惯，医院膳食科应充分了解和掌握并尽可能满足其民族饮食需求。

做

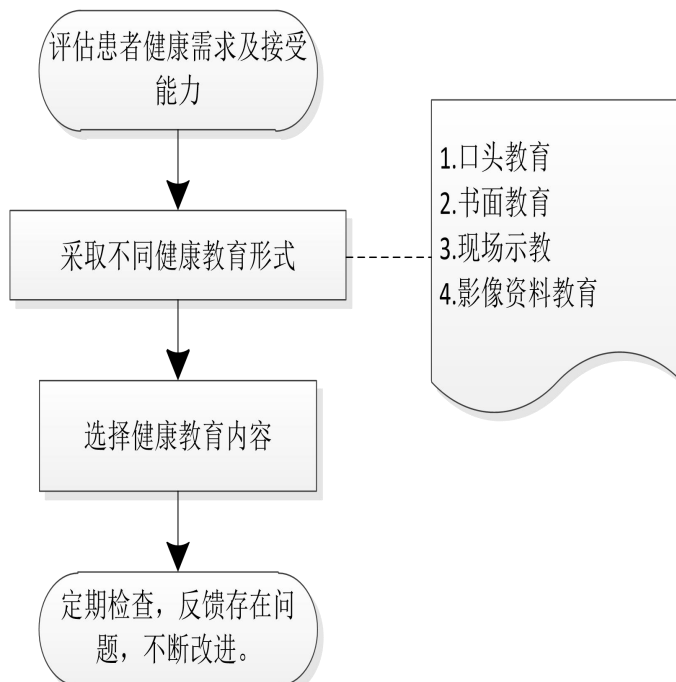
审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD033	文件名称	患者健康教育制度	适用范围	全院
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 为了提高广大患者的科普知识水平，增加医患沟通的效率，提高患者对疾病的自我认识。</p> <p>2. 主要参考依据 医院《健康教育管理制度》2018版、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3. 名词定义 健康教育是有计划、有组织、有评价的系统干预活动，它以调查研究为前提，以传播健康信息为主要措施，以改善对象的健康相关行为为目标，从而达到预防疾病，促进健康，提高生活质量的最终目标。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 住院患者健康教育：</p> <p>4.1.1 开展候诊、入院、住院患者健康教育工作，采取多样化的健康教育形式。</p> <p>4.1.2 根据患者疾病不同阶段及需求，落实健康教育。</p> <p>4.1.3 根据病情及时完成患者及家属健康需求评估，健康教育内容与评估相符合。</p> <p>4.1.4 健康宣教记录及资料齐全：患者或家属知晓教育内容。</p> <p>4.1.5 每月召开健康教育讲座，健康教育橱窗内容定期更换。</p> <p>4.2 出院患者健康教育：</p> <p>4.2.1 责任护士根据专科特点，做好出院患者用药、饮食、活动等各项宣教工作。</p> <p>4.2.2 指导患者出院后建立良好的健康行为，掌握自我监测的方法，定期复诊。</p> <p>4.2.3 患者出院2周内进行随访，并给予相应的健康知识宣教。</p> <p>4.3. 健康教育的形式：</p> <p>4.3.1 口头教育：语言通俗易懂，尽量避免使用专业术语，对存在语言沟通障碍者，请求相关人员帮助。</p> <p>4.3.2 书面教育：书面教育材料要及时更新，避免内容老化陈腐，版面单调古板。</p> <p>4.3.3 现场操作训练：如吸入剂的使用、血糖仪的使用、胰岛素的注射等。</p> <p>4.3.4 影像资料教育：视频教育内容应卡通化，形象生动。</p> <p>5. 流程图（附后）</p>					



附件：患者健康教育流程图



审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD034	文件名称	有害物质溢出 应急处理管理 制度	适用范围	全院
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 加强有害物质溢出处理，防止环境污染，危害人体健康。</p> <p>2.参考文件 GB13690-2009化学品分类和危险性公示通则，《危险化学品安全管理条例》国务院第591号令、国家安全监管总局办公厅关于危险化学品目录（2017版）实施指南</p> <p>3.名词定义： 有害物质：包括危险化学品、精麻药品、化疗药物、放射性元素、增压容器、尖锐物品等。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 全面评估：首先应正确评估溢出物量、性质、暴露在环境中的人员。</p> <p>4.1.1 如果患者的床单被化疗药物液体或在 48 小时内接受过化疗药品治疗患者的血液、呕吐物和排泄物等污染，病房护士应将污染床单卷入干的床单里面，放入密封袋内，并做好标记。</p> <p>4.1.2 如果人员受污染，须及时清洗，必要时急诊室就诊。</p> <p>4.1.3 在储存、调配、运送过程中出现化疗药物溢出污染时，须及时使用有害物质溢出处理箱，按流程正确处理。</p> <p>4.2 有害药物溢出处理：</p> <p>4.2.1 少量溢出处理：少量溢出是指有害溢出物的体积$\leq 5\text{ m l}$。</p> <p>4.2.1.1 首先不要惊慌，将溢出箱打开。</p> <p>4.2.1.2 做好个人防护：穿好防护衣；戴口罩、帽子；双层乳胶手套，穿鞋套；必要时戴防溅眼罩、产生气雾或气化的药物戴防护面罩。</p> <p>4.2.1.3 将溢出物用吸附纸擦去，如有玻璃渣应放入锐器盒中。</p> <p>4.2.1.4 当有害物质完全被除去后，溢出的地方用清洁剂、吸附纸洗 3 遍，再用清水洗干净。</p> <p>4.2.1.5 锐器盒、吸附纸、防护衣、口罩、帽子、手套等被污染的物品均弃于黄色垃圾袋中并封口。将上面已封口的垃圾袋装入第二层黄色垃圾袋中，封口后做好标记。</p> <p>4.2.1.6 记录药物名称、溢出量、溢出如何发生、处理溢出的过程、暴露人员等。</p> <p>4.2.2 大量溢出的处理：大量溢出是指有害溢出物的体积$> 5\text{ m l}$。</p> <p>4.2.2.1 当发生大量溢出时首先评估暴露在溢出环境中的每一个人。如果不慎皮肤接触，应立即用自来水至少冲洗 5 分钟，用洗手液和自来水清洁污染部位 3 遍；若溅入眼内，则用大量生理盐水或清水冲洗，并寻求眼科治疗；不慎溅到工作服上，立即更换，冲洗。</p> <p>4.2.2.2 打开有害物质溢出处理箱，沿受污染区域放置警示隔离带。</p> <p>4.2.2.3 做好个人防护：戴口罩、帽子、双层乳胶手套，穿鞋套，必要时戴防溅眼罩。产生气雾或气化的药物戴防护面罩。</p> <p>4.2.2.4 如有碎玻璃，用小铲子将碎玻璃放入锐器盒。</p> <p>4.2.2.5 用吸收性好的毛巾覆盖在溢出的液体之上，并用毛巾将玻璃渣清理干净放入锐器盒中。如果药物是粉末状则用湿毛巾覆盖在粉状药物之上，以防止药物进入空气，之</p>					



后用毛巾擦去。

4.2.2.6 有害物质完全被除去后,溢出的地方先用清水冲洗干净,再用清洁剂洗3遍,最后用清水冲洗干净。

4.2.2.7 所有被污染的物品及用来清洁的物品均放入第1层黄垃圾袋中,并密封放入第二个医疗垃圾袋中,封口后做好标记,由工人送到专门的地方处理。

4.2.2.8 用洗涤剂清洗可重复使用的物品,并用水冲洗。

4.2.2.9 记录药物名称、溢出量、溢出如何发生、处理溢出的过程、暴露人员。4.2.2.10 尽快重新补充溢出处理箱内物品。

注意:清理溢出物时,台面和地面擦洗的范围应尽可能大,并螺旋式的由外到里擦洗。

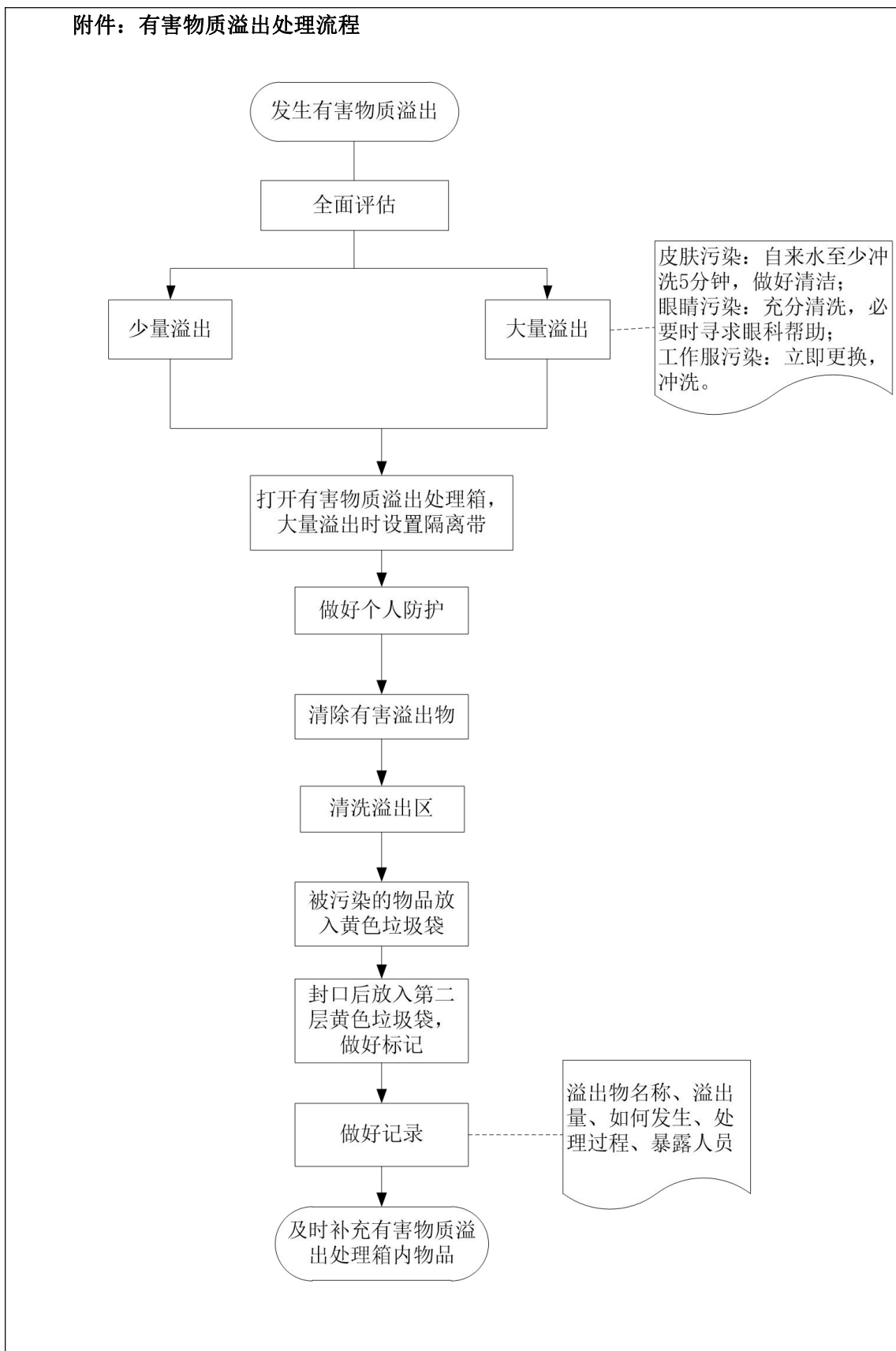
5. 流程图(附后)

审批委员会(组织): 护理质量与安全管理委员会

签发人:  签发时间: 2022-12-20



附件：有害物质溢出处理流程





文件编号	NXYH-HLB-ZD035	文件名称	护理岗位管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 使护理岗位管理工作能够规范执行，有效运用护理人力资源。</p> <p>2.主要参考依据 《护士分层管理实施方案》、《医院岗位管理制度》2018版、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义</p> <p>3.1 护理管理岗位：从事护理管理工作的岗位，指护理部主任/副主任、护理部干事、护士长、副护士长。</p> <p>3.2 临床护理岗位：直接为患者提供临床护理服务的岗位，包括：如病房、ICU等。</p> <p>3.3 其他护理岗位：为患者提供非直接护理服务的岗位，如消毒供应中心等。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 护理部负责护理岗位管理工作，包括岗位设置、岗位职责的修订，监督岗位职责的履行和考核。</p> <p>4.2 护理部根据岗位设置，建立“护理岗位说明书”，包括：</p> <p>4.2.1 护理部</p> <p>4.2.2 护士长</p> <p>4.2.3 专职专科护士</p> <p>4.2.4 临床护士</p> <p>4.3 每个岗位根据岗位工作量和专业需求配备不同数量和不同层级的护士。</p> <p>4.4 每个岗位要有相应的岗位职责，主管部门定期修订，并提交护理部审核通过。</p> <p>4.5 岗位评价：</p> <p>4.5.1 护士评价：护士长对护士一季度一次。</p> <p>4.5.2 护士长评价：护士与医生对护士长评价半年一次，护理部对护士长评价一年一次。</p> <p>4.6 因更换科室，护士岗位变动时：</p> <p>4.6.1 护理部：</p> <p>4.6.1.1 通知护士长。</p> <p>4.6.1.2 护理管理系统中进行转岗护士相关资料的科室变更。</p> <p>4.6.1.3 如该护士为护理带教、专业小组成员等，需要确认是否继续担任以上岗位。</p> <p>4.6.2 变动前科室护士长：</p> <p>4.6.2.1 如护士在原科室当前季度工作超过2个月，完成护士的岗位评价。</p> <p>4.6.2.2 与下一个科室护士长进行交接沟通。</p> <p>4.6.3 变动后科室的护士长：</p> <p>4.6.3.1 接收该护士资料归入科室管理，并进行审查。</p> <p>4.7 因进阶导致岗位变动时由护理部发布通知。</p> <p>4.8 每个护士切实履行岗位职责。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：曹丽娟 签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD036	文件名称	特殊护理岗位资质认定、再授权管理制度	适用范围	特殊护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 护理部审核特殊护理岗位护理人员资质，确保护理人员资质与岗位要求相匹配。</p> <p>2.主要参考依据 《护士条例》、《中华人民共和国护士管理办法》、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义 特殊护理岗位包括急诊科、重症医学科、及手术室的护士；PICC置管维护护士、中重度镇静管理配合护士。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 特殊护理岗位资质认定及要求</p> <p>4.1.1 急诊护士岗位资质要求</p> <p>4.1.1.1 需在本院或上级医院资深护士/专科护士带教3个月后考核合格方可独立管理患者。</p> <p>4.1.1.2 熟练掌握心肺复苏术、心电监护、呼吸机、洗胃机、除颤起搏器等急救仪器的应用及护理技术。</p> <p>4.1.2 重症医学科护士岗位资质要求</p> <p>4.1.2.1 需在本院或上级医院资深护士/专科护士带教3个月后考核合格方可独立管理患者。</p> <p>4.1.2.2 熟练掌握心肺脑复苏、血流动力学监测、呼吸机应用及管理、危重患者的镇静、镇痛管理、肠内营养等，常用急救与监护仪器的使用和管理，包括除颤仪、心电监护仪、控温仪、床边血气分析仪、血液净化治疗仪等。</p> <p>4.1.3 手术室护士岗位资质要求</p> <p>4.1.3.1 需在本院或上级医院资深护士/专科护士带教3个月后考核合格方可独立管理患者。</p> <p>4.1.3.2 掌握手术器械的处理、各项手术基本操作(包括展开无菌台、穿脱无菌手术衣和手套、洗手方法等)、专科手术的配合、抢救危重患者能力等。</p> <p>4.1.4 PICC置管维护护士岗位资质要求</p> <p>4.1.4.1 从事静脉输液护理和临床护理工作5年以上，经上级或本院静疗专业培训，考核合格方可独立操作。</p> <p>4.1.4.2 掌握标准维护、宣教、识别及处理并发症。</p> <p>4.1.5 中重度镇静管理配合护士资质要求</p> <p>4.1.5.1 具有CPR证书。</p> <p>4.1.5.2 需经镇静相关课程学习，掌握相关知识点。</p> <p>4.1.5.3 熟练进行气道管理，为患者提供足够的氧气，维持良好的通气功能。</p> <p>4.2 特殊护理岗位资质授权</p> <p>4.2.1 特殊护理岗位资质申请</p> <p>在符合特殊护理岗位资质准入基本要求的基础上，护士本人填写《特殊护理岗位资质审核授权备案表》见附件，提交科室护理质量与安全管理小组。</p>					



4.2.2 科室护理质量与安全管理小组审核基本资料，并对其服务品质、职业道德、理论、技能方面进行岗前考核，考核合格签署意见后将备案表递交护理质量与安全管理委员会审核。

4.2.3 护理质量与安全管理委员会对其资质进行审核，批准后由护理部给予授权、备案，本人方可履行相应岗位职责。

4.2.4 护理部每 3 年对特殊护理岗位资质进行评价、资质再授权。特殊情况报请护理质量与安全管理委员会后另行安排。

5.流程图（附后）

附件：

南浔区人民医院特殊护理岗位资质审核授权备案表

填表时间： 年 月 日

基 本 信 息					
申请人姓名		工号		病区	
拟申请准入的护理岗位：					
<input checked="" type="radio"/> 急诊护士		<input checked="" type="radio"/> 重症医学科护士			
<input checked="" type="radio"/> 手术室护士		<input checked="" type="radio"/> PICC 维护护士			
<input checked="" type="radio"/> 中重度镇静管理配合护士					
科室护理质量与安全管理小组					
资质认定	<input checked="" type="radio"/> 合格		<input checked="" type="radio"/> 不合格		
	<input checked="" type="radio"/> 本院资深/专科护士带教 3 个月		<input checked="" type="radio"/> 上级医院进修 3 个月		
	<input checked="" type="radio"/> 本院资深/专科护士带教 1 个月		<input checked="" type="radio"/> 上级医院进修 1 个月		
<input checked="" type="radio"/> PICC 维护培训		<input checked="" type="radio"/> 静疗专科护士证			
职业道德	<input checked="" type="radio"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				
理论考核	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				
技能考核	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				
临床实际工作能力	<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="radio"/> 不合格				
科室考核小组意见：					
签名：					
日期：					
护理质量与安全管理委员会意见：					
签名：					
日期：					



填表说明：


- 1.由护士本人填写说明“特殊护理岗位资质审核授权备案表”基本资料，提交科室护理质量与安全管理小组。
- 2.科室护理质量与安全管理小组审核基本资料，并对其服务品质、职业道德、理论、技能方面进行岗前考核，考核合格签署意见后报护理质量与安全管理委员会审批。
- 3.护理质量与安全管理委员会对其资质进行审核批准后，本人方可履行相应岗位职责，原件留护理部保存。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：

签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD037	文件名称	护士执业管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 为了加强我院护士队伍的建设,提高护士的职业道德和业务素质,保障护士的合法权益,规范护士的执业行为,保护人民健康,制定本制度。</p> <p>2.参考文件 《中华人民共和国护士管理办法》、《护士条例》,国家卫健委、浙江省卫健委等相关文件。</p> <p>3.名词定义 无。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 护士执业应当经执业注册取得中华人民共和国护士执业证书,以下简称护士执业证书,申请执业注册必须符合《护士条例》的有关规定。</p> <p>4.2 新护士注册要求</p> <p>4.2.1 具有完全民事行为能力。</p> <p>4.2.2 在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门和国务院卫生主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习,包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习,并取得相应学历证书。</p> <p>4.2.3 通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试。</p> <p>4.2.4 符合国务院卫生主管部门规定的健康标准。</p> <p>4.3 护理部负责通知新护士在浙江政务网办理护士执业证书首次注册,护士执业证书注册的有效期限为五年,在有效期届满前三十日护理部通知在院护士办理延续注册。</p> <p>4.4 已有护士执业证书的新进护士,需要在浙江政务网办理执业地点变更手续,护理部负责在护士执业注册联网管理信息系统中进行查证。</p> <p>4.5 证书上执业地点与护士实际执业的地点非同一医院,护士不得独立从事护理诊疗活动。</p> <p>4.6 在医院进行护理临床见习或实习的同学不得独立从事护理诊疗活动。</p> <p>4.7 护理部对全院护士的执业情况进行管理,护士长对病区内护士的执业情况进行查检。</p>					
<p>审批委员会(组织): 护理质量与安全管理委员会 签发人:  签发时间: 2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD038	文件名称	护理人员配置及调配制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>满足临床需求，建立紧急、特殊及临时护理人员紧缺时的应急调配机制，使患者得到及时、高效、优质的护理，提高抢救成功率，减少护理风险。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>2.1 《护士条例》、《中国护理事业发展规划纲要（2021-2025 年）》、《国家卫健委医院实施优质护理服务工作标准（试行）》、《国家卫健委关于实施医院护士岗位管理的指导意见》、《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 紧急大事件调配：主要为短时间内大批抢救病人：包括群体创伤或群体食物中毒事件；发生院内或院外突发公共事件、意外事件等情况需要。</p> <p>3.2 特殊情况下应急调配：特殊危重症患者救治。</p> <p>3.3 临时调配：科室某个时间段因各种原因致人力资源不足时，通过全院护理人员机动库的管理和运作，满足临床护理人力资源的临时需求。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 配置原则</p> <p>4.1.1 以患者为中心按需配置原则：根据各护理单元的实际工作需要，护理岗位数量结构的配置应满足患者护理的需要，保障护理管理目标的实现，最大限度地发挥护理人力资源的效能。</p> <p>4.1.2 动态调整原则：根据各护理单元护理工作量情况可进行动态调整。</p> <p>4.2 配置方法</p> <p>根据我院护士分层管理规定，结合护理单元实际工作量配置，并进行动态调配。</p> <p>4.2.1 普通护理单元配置：依据护理工作量和患者病情配置护士数，护士与开放床位达到以 0.4:1 为目标。工作量大、风险高、危重患者较多的护理单元，护士配置适当增加，而工作量相对较轻、风险低、危重病人少，且病情较稳定的护理单元，护士配置可低于 0.4:1。</p> <p>4.2.2 特殊护理单元护理人员配置：ICU 床护比为 1:2.5-3，手术室 1:3.0，血透室 1:0.4，新生儿室为 1:0.6，逐步达标完善。</p> <p>4.3 紧急大事件调配</p> <p>4.3.1 具体实施方案详见附件 1《紧急状态下护理人力资源调配方案》。</p> <p>4.3.2 梯队人员服从领导小组的调配，不得以任何理由推诿、拒绝，必须保持 24 小时通讯畅通。</p> <p>4.3.3 技能要求和培训</p> <p>护理部有计划地对梯队人员进行业务培训，提高梯队人员急危重病人急救理论知识、实践技能及应急反应能力。主要培训内容包括心肺复苏技术、群体创伤、群体食物中毒等应急演练。</p> <p>4.3.4 应急梯队每次实战或演练后，由各梯队领队将存在的问题及时反馈给护理部，由护理部汇总分析改进。</p> <p>4.4 特殊情况下应急调配。</p> <p>4.4.1 具体实施方案详见附件 2《特殊情况下护理人力资源应急调配方案》。</p>					



4.5 临时调配

4.5.1 各护理单元建立本科室应急人力调配方案。

4.5.2 护理部建立护理人力资源机动库。

4.5.3 遇到人力紧张不能满足临床需求时，按科室—科片—全院先后顺序进行调配。护理机动库人员及具体实施详见附件 3《护理机动库人员建立与调配》。

5. 护理人力资源应急实施方案

5.1 发生以上紧急状态，当班护士立刻汇报护士长，护士长立刻汇报科片主任和护理部，同时汇报医务科、院领导，节假日、双休日、夜间立刻汇报行政总值班和护理总值班。

5.2 护理部接到报告后，立即启动紧急状态下护理人力资源调配方案，由护理人力应急调配领导小组统一指挥。

5.3 梯队人员，若第一梯队中的人员临时外出，由第二梯队中的相应人员替代，两组互为替补。

5.4 紧急事件如发生在节假日、双休日、夜间等情况，为确保人员第一时间能到位，科室直接呼叫护理总值班，由其负责呼叫科室备班，必要时启动梯队人员。

附件 1：紧急状态下护理人力资源调配方案

1. 紧急状态调配：主要为短时间内大批抢救病人：包括群体创伤或群体食物中毒事件；发生院内或院外突发公共事件、意外事件等情况需要。
2. 紧急状态下护理人力资源应急预备小组成员名单



护理人力资源应急调配领导小组

组长：申屠敏姣：15356826950

组员：周小红：13567240300 蒋惠芳：13819289281

2.2 护理人力资源应急预备人员名单

第一梯队：组长：高飞虹15067275822

成员：

序号	姓名	联系电话	序号	姓名	联系电话
1	陶涛	13819213747	11	朱佳琪	13738275890
2	莫月华	13857289722	12	郑丽英	15868226695
3	吴瑛瑛	13567288560	13	屠剑飞	15167251020
4	钮戎英	18057230257	14	陆文华	18057238039
5	蒋亚健	13665724845	15	李文娟	13867274083
6	李群	13819228502	16	叶芳	13867283948
7	严丽	13587299123	17	冯伊丽	13587933247
8	王新芳	18057230275	18	华国英	15268251171
9	陈燕	18057230060	19	戴金伟	13757242886
10	何梦婷	15715896644			

第二梯队：组长：蒋斌丽 18057230058

成员：

序号	姓名	联系电话	序号	姓名	联系电话
1	沈钰	13967296481	12	严新娣	13587249330
2	沈雪莉	13819289180	13	余文英	15967233632
3	沈潇	13665738652	14	潘燕珍	13738240752
4	李萍	13738207475	15	朱利群	13511208166
5	吴赢莹	13511217570	16	陈海燕	15088326998
6	沈月花	18057230270	17	秦海燕	13511238716
7	计晓芳	13362252335	18	张晓妹	18767221366
8	徐娜	13665733416	19	朱玲燕	17816792100
9	金淑芳	18057230316	20	徐红瑛	13567299737
10	张焯	13665710025	21	金利华	13757089050
11	沈雪黎	18057230192			



附件 2：特殊情况下护理人力资源应急调配方案

为了保障病人安全，在“紧急状态下护理人力资源调配方案”的基础上，建立危急重症患者抢救时的护理人力资源储备库。包括科室内调配，内科片、外科片调配。全院急危重症患者抢救时护理人力资源调配方案如下：

1. 适用范围：全院急危重症患者抢救时。
2. 储备人员对象要求：
 - 2.1 取得护士执业资格，本专科工作三年及以上，有急诊、ICU 工作经历者优先。
3. 实施方法：在科室、科片无法调配的情况下，护理部可启动此储备人员调配方案。

行政时间汇报护理部主任/副主任，非行政时间汇报护理总值班（电话：611111/13385829276）。被叫者接到电话后按通知时间到达相应科室。

4. 管理与要求：
 - 4.1 护理部建立储备人员信息库，库内人员确保手机 24 小时保持通畅。
 - 4.2 储备人员被叫上班，由使用科室发奖金。
 - 4.3 储备人员在院科级考评、考核中给予加分，同等条件优先评优晋升。

每次被叫后有登记，建立登记单，被叫者将登记单上交护理部。


5.技能要求与培训：

护理部有计划地对护理应急储备人员进行业务培训，要求掌握基本急救能力，熟悉急诊、输液室、EICU、ICU 的环境。


附件 3：护理机动库人员建立与调配

1. 机动库成员由 N1、N2 护士组成，包括内、外、儿、急危重症片区等，以满足不同科室护理人力资源的临床需求。
2. 护理部每年对机动库人员进行调整和培训。
3. 临床科室临时护理人力资源紧张向护理部提出需求及需要支援的时限。
4. 护理部审核后启动机动库，按专科性质选择支援人员。
5. 护理部通知支援护士所在科室护士长，由护士长通知护士。
6. 支援护士根据护理部安排到需求科室报到，支援护士在需求科室的工作由需求科室护士长统筹安排。
7. 支援期结束支援护士回到原科室工作。
8. 机动库护士在支援期间的人事关系不变动。
9. 支援期支援护士奖金、夜班费等根据实际情况由需求科室发放，其他福利由人事关系所在科室发放。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD039	文件名称	护士排班制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 使各级护理管理者和护理人员明确排班原则和要求，合理利用护理人力资源。</p> <p>2.主要参考依据 浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义 按各层级护士确定其岗位职责和工作内容，做到定人、定岗、定职，按层级管理护士，为患者提供连续的、无缝隙、均衡的护理质量和服务，保障患者安全。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 排班原则</p> <p>4.1.1 各班次护理力量符合各时段护理工作量要求。</p> <p>4.1.2 排班要体现合理、具体、机动、分层、公平等原则。</p> <p>4.2 排班要求</p> <p>4.2.1 合理性：排班者排班前要认真调查所排时段工作量，配置合理的单位时间上班人员力量。</p> <p>4.2.2 具体性：各班次明显，有具体的各班职责。</p> <p>4.2.3 机动性：弹性排班，可以根据部门工作量实行各班制，有应急人员可以调动。</p> <p>4.2.4 层次性：根据各级护士能力合理搭配各班次力量，实行小组护理模式，双休日、节假日等应至少安排一名护理组长或本科室工作至少三年的 N2 层级以上者，对科内护理工作把关、协调，保证患者的安全护理。</p> <p>4.2.5 预先性：每周或每月排班一次，排班者至少在本周五前完成下周或下月的工作安排，部门成员有休假等需求必须提前书面告知排班者，一经排定，成员不得随意换班，特殊情况换班需报告护士长获批准。</p> <p>4.2.6 公平性：排班者应根据部门成员的工作能力合理安排工作量，公平对待每一个部门成员。</p> <p>4.2.7 服从性：各护理单元在人员的使用上必须服从医院领导、护理部的统一调配。</p> <p>4.3 科室建立护士排班需求本:记录护士对排班的要求。一般护士应提前一周提出要求，并注明理由。护士长根据科室护士在岗及人员搭配情况，尽量满足护士的合理要求。如果不能满足，护士长应提前与护士商量，讨论协调方法，为护士合理安排自己的工作、学习、家庭生活创造有利条件。</p> <p>4.4 换班程序</p> <p>4.4.1 排班生效后，无特殊情况不应擅自更换，如需更换排班应在 24 小时前提出。</p> <p>4.4.2 申请换班人员需对换班全过程负责。</p> <p>4.4.2.1 找到一个与自己工作能力相等或较高，工作时间相同且愿意换班的护士。</p> <p>4.4.2.2 申请者在排班要求上填写换班相关信息。</p> <p>4.4.2.3 经护士长同意后生效，当病房工作繁忙时，护士长有权不同意换班申请。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYY-HLB-ZD040	文件名称	护理人员绩效考核制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 为调动护理人员工作的积极性和主动性，提高护理质量和护理管理水平，促进医院分配制度改革，更合理地分配护理人员的绩效工资，更好地促进护理工作的可持续性发展，特制定本制度。</p> <p>2.参考文件 《卫生部关于实施医院护士岗位管理的指导意见》</p> <p>3.名词定义 护士绩效考核，是指对各级护理人员工作中的成绩和不足进行系统调查、分析、描述的过程，就是考核和评价护理人员实际工作能力，包括护理工作数量、质量、技术难度、患者满意度等。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 各护理单元成立考核小组，护士长担任组长，组员由高、中、低不同年资护士组成，采取定时考核与随时抽查相结合，每月对科内护士进行考核，考核成绩作为奖金（月奖、年终奖）、评优（先进个人、星级护士、满意护士、责任组长、带教老师等）、晋升的依据之一。</p> <p>4.2 考核小组应以严肃、认真、客观、公正的态度评价每位护士。考核结果按时反馈给护士，并进行有效沟通。护士了解自己绩效和工作中的不足，认识到自己的优势和缺点，扬长避短，主动改进工作，营造和谐的工作氛围。</p> <p>4.3 护士绩效考核评分表（见附表 1）：</p> <p>4.3.1 总分为 120 分，月度不能考核的项目可放在年终时考核(加减分)，每月以 100 分计算。</p> <p>4.3.2 护理技能评价/考核应与其职称、工作年限相适应。</p> <p>4.3.3 论文/课题计分：如第 1 年完成任务，当年可得 4 分，也可分 2 年平均得分。第 1 年未完成任务，当年扣 2 分。如第 2 年也未完成任务，当年也扣 2 分，完成任务当年可得 4 分。</p> <p>4.3.4 最高分不超过其分值。</p> <p>4.3.5 各护理单元根据实际情况可对岗位考核分做适当调整。</p> <p>4.3.6 月考核、加减分与年终奖、评优、职称评定挂钩。</p> <p>4.4 由于护理部人员流动的原因，每月上报人员变动名单。</p> <p>4.5 护理单元绩效考核方案 (月度) 见附表 2.</p>					



附件1 护士绩效考核评分表

病区/科室:

姓名:

职称: 总分:

考核项目	考核内容	分值	考核方法	扣分	得分
工作岗位 (35)	全勤	5			
	责任组长	30	1分/班		
	责任护士(N2-N3)		0.8分/班		
	责任护士(N1)		0.6分/班		
	夜班组长		1.1分/班(责任组长夜班)		
	夜班护士		1.0分/班		
	治疗护士		0.6分/班		
	办公护士		0.7分/班		
	帮夜班护士		0.7分/班		
	休息日		0.6分/天		
	节假日上班		加0.1分/班		
工作态度 质量 (24)	工作态度	8	根据护士行为评价情况计算。		
	基础质量	15	根据护理部、质控小组、护士长、上级部门、夜查房检查情况酌情扣分。		
	护理质控	1	根据分管科室质控工作,每月按完成质控情况给分		
护士层级 6	N4	6			
	N3	4			
	N2	3			
	N1	1			
专业职称 8	主管护师/副主任护师	8			
	护师	2-6	2年2分,3-4年3分,5-6年4分,7-8年5分,≥9年6分		
	护士	1			
学历学位 3	本科	3			
	大专	2			
	中专	1			
护理技能 (16)	临床知识	4	实际水平与考核成绩相结合(不合格1分,合格2,良3分,优4分)。		
	护理操作	4	实际水平与考试成绩相结合(不合格1分,合格2,良3		



			分，优 4 分)。		
	应急能力	4	实际水平与考试成绩相结合 (不合格 1 分，合格 2，良 3 分，优 4 分)。		
	沟通合作能力	4	不合格 1 分，合格 2，良 3 分， 优 4 分)。		
教学/ 查房 (8)	接受培训教育	4	参加医院、护理部、委员会、 科室等业务学习、查房者 0.5 分/次。利用休息时间参加 1 分/次。 (业务学习：晨间提问、制度 学习、操作并发症学习、应急 预案学习等)		
	护理查房/讲课	4	医院\护理部业务学习主讲 2 分/次。科室业务学习主讲 1.5 分/次。医院、护理部组织活 动主讲者(如演讲、QCC、小 革新等)2 分院外讲课 2 分。护 理查房：主讲\主查者 1.5 分/ 次		
加减分 (20 分)	参加比赛	5	参加院级比赛 1 分、区级比赛 2 分、市级比赛 3 分、省级比 赛 4 分。		
	获得荣誉	5	院级 2 分、区级 3 分、市级 4 分、省级以上 5 分。		
	论文/课题/新技术新 项目/专利	4	撰写论文篇计 2 分，申报课题 /新技术项目/专利 1 项计 3 分、发表/立项一项得 4 分。		
	志愿者服务	1	根据服务内容、时间 1 分/次。		
	完成特殊使命	2	根据任务的艰巨性 2 分/次。		
	表扬信	1	1 封表扬信或锦旗 0.5 分。		
	护理投诉	2	护理投诉一起扣 1 分。		




附件2 护理单元绩效考核方案（月度）

序号	考核项目	考核内容	分值	考核方法
1	护理质量 (50分)	病房管理 ≥ 95 分	50	根据护理部制定护理质量评价标准，每月常态检查6-8项，每季度循环1次，每半年护理质量佳态检查。 以平均分计分： 99.50-100分计50分； 99.00-99.49分计49分； 98.50-98.99分计48分； 98.00-98.49分计47分； 97.00-97.99分计46分； 95.00-96.99分计45分； 低于95分计40分； 任何一项低于基准值扣1分
		改善服务质量 ≥ 95 分		
		护理书写 ≥ 95 分		
		身份核查=100分		
		健康教育 ≥ 95 分		
		住院患者护理 ≥ 95 分		
		仪器设备管理 ≥ 95 分		
		抢救车管理 ≥ 100 分		
		交接班质量 ≥ 95 分		
		药品管理 ≥ 95 分		
		精麻药品管理100分		
		危化品管理=100分		
		危急值管理 ≥ 95 分		
		围术期管理 ≥ 95 分		
		消毒隔离 ≥ 95 分		
		应急专科 ≥ 90 分		
分级护理 ≥ 95 分				
质量改进制度落实 ≥ 95 分				
培训及教学 ≥ 95 分				
输血管理 ≥ 95 分				
2	护理安全 (10分)	护理不良事件发生	5	1.发生给药错误、身份核查错误事扣1分； 2.发生不良事件未及时上报扣1分，隐瞒不报经查实者扣2分； 3.护理部评估护理单元的安全隐患严重程度进行酌情扣分； 4.每月风险报告表未及时上报扣1分
		护理不良事件报告及时率	3	
		月风险评估报表上报及时率	2	
3	护理服务 (10分)	护理服务与投诉	5	医疗纠纷办、护理部接到有效投诉进行调查分析，经确认发现一次扣1分，因服务态度等导致有效投诉扣2分，各职能科室巡查发现无护理服务意识扣0.5分。



		出院患者随访率 $\geq 80\%$	2	护理单元每月按要求完成出院患者随访，完成率 80-99%计 2 分，完成率小于 80%不计分。
		患者满意度 ($\geq 95\%$)	3	护理单元每月满意度调查分析反馈： ≥ 95 计 3 分、低于 95%不计分
4	护理理论与技能 (15分)	护理业务知识	10	科室各层级护士参加护理部组织理论考核 分值=合格人数/科室参加总人数 $\times 10$
		护理技能操作	5	科室各层级护士参加护理部组织操作考核 分值=合格人数(92分以上)/科室参加总人数 $\times 5$
5	会议培训参与度(10分)	护士长会议参会率	3	参加护理部组织的会议，参会率 $\geq 90\%$ ，请假大于 1 次/月扣 1 分
		护士培训参与率	3	科室各层级护士每月参加护理部组织理论培训 分值=实际参会人员数/科室应到总人数 $\times 3$ 。
		会议传达知晓率	4	护士长及时传达各种会议精神，各级护士人人知晓，随机抽查，知晓率 $\leq 80\%$ 不计分
6	智慧结算率 (5分)	智慧结算率 $\geq 70\%$	5	智慧结算率 $\geq 70\%$ 计 5 分， $< 70\%$ 不计分
7	加分项			<ol style="list-style-type: none"> 1. 当月竞赛活动获奖前三名分别加 2、1.5、1 分； 2. 风险管理规避重大不良事件发生经护理部讨论酌情加分。

审批委员会(组织)：护理质量与安全管理委员会

签发人： 签发时间：2022-12-20




文件编号	NXYH-HLB-ZD041	文件名称	护理会议制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	曹丽娟	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 保证组织内的信息畅通，加强各级人员之间的相互交流，增强团队协作精神，解决护理管理与护理质量问题，持续改进护理管理质量。</p> <p>2. 参考文件 《卫生部医院实施优质护理服务工作标准（试行）》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 护理部例会</p> <p>4.1.1 护理中层会议</p> <p>4.1.1.1 主持人：护理部主任。</p> <p>4.1.1.2 参加者：护士长、副护士长。</p> <p>4.1.1.3 记录者：护理部干事。</p> <p>4.1.1.4 时间：每月 1-2 次（必要时按需增加）。</p> <p>4.1.1.5 会议内容：</p> <p>4.1.1.5.1 传达上级、医院指示、任务。</p> <p>4.1.1.5.2 布置有关工作。</p> <p>4.1.1.5.3 反馈护理质量检查情况，提出整改措施或解决方案。</p> <p>4.1.1.5.4 通报护理不良事件，讨论分析不良事件原因，提出整改措施或处理意见。</p> <p>4.1.1.5.5 讨论疑难问题与解决方案。</p> <p>4.1.1.5.6 学习有关制度、规章。</p> <p>4.1.2 护理部科务会</p> <p>4.1.2.1 主持人：护理部主任。</p> <p>4.1.2.2 参加者：护理部成员。</p> <p>4.1.2.3 记录者：指定人员。</p> <p>4.1.2.4 时间：每月 1-2 次（必要时按需增加）。</p> <p>4.1.2.5 会议内容：</p> <p>4.1.2.5.1 传达上级、医院指示、任务。</p> <p>4.1.2.5.2 工作阶段总结与计划实施方案。</p> <p>4.1.2.5.3 反馈全院护理工作现状。</p> <p>4.1.2.5.4 讨论疑难问题与解决方案。</p> <p>4.1.2.5.5 学习有关文件、制度。统一思想和行动，夯实思想基础。</p> <p>4.1.3 护理行政管理/专业委员会会议</p> <p>4.1.3.1 主持人：委员会主任</p> <p>4.1.3.2 参加者：委员会成员、特邀嘉宾。</p> <p>4.1.3.3 记录者：委员会秘书。</p> <p>4.1.3.4 时间：每季度 1 次。</p> <p>4.1.3.5 会议内容：</p> <p>4.1.3.5.1 总结回顾本季度委员会工作情况，讨论布置下阶段工作计划。</p>					



- 4.1.3.5.2 讨论委员会工作中发现的问题及临床护理人员反馈的信息，持续改进。
- 4.1.3.5.3 制定相关管理规定，工作流程，相关表单，质检标准等。
- 4.1.3.5.4 组织工作坊、竞赛等活动。
- 4.2 护理单元例会
 - 4.2.1 护理单元科务会
 - 4.2.1.1 主持人：各护理单元护士长。
 - 4.2.1.2 参加人员：护理单元全体护士（参加人员不得少于 80%）。
 - 4.2.1.3 记录者：指定人员。
 - 4.2.1.4 时间：每月 1 次。
 - 4.2.1.5 会议内容：
 - 4.2.1.5.1 月工作情况总结。
 - 4.2.1.5.2 护理质量与安全：
 - （1）反馈护理质量检查情况，讨论分析存在问题的原因、整改措施，效果评价。
 - （2）反馈不良事件与安全隐患、讨论整改措施。
 - （3）评价上月质量改进方案执行与改善情况。
 - 4.2.1.5.3 确定下月工作重点。
 - 4.2.2 工休座谈会
 - 4.2.2.1 主持人：科主任或护士长。
 - 4.2.2.2 参加者：护士、医生、患者/家属代表。
 - 4.2.2.3 记录者：指定人员。
 - 4.2.2.4 时间：每月 1 次。
 - 4.2.2.5 会议内容：
 - 4.2.2.5.1 征求患者对本科工作的意见与建议。
 - 4.2.2.5.2 规章制度宣传与健康教育。
 - 4.2.2.5.3 调查住院患者满意度。
 - 4.3 会议要求
 - 4.3.1 严肃会议纪律，提高会议效率，要求与会人员安排好日常工作，准时参加会议，无故不缺席、迟到、早退。
 - 4.3.2 会议应做好记录，并及时正确传达到科室护理人员，必要时将传达的情况反馈至护理部。
 - 4.3.3 如遇特殊情况不能参加会议，须事先请假报备，并委托合适人员准时参加会议。
 - 4.3.4 各类会议实行签到制，与会者须及时签到。
 - 4.3.5 开会期间务必将手机静音或振动状态，以保持良好的会风。
 - 4.3.6 会议参加和传达情况，列为护士长年度考核内容之一。
 - 4.3.7 组织各级各类会议，必须有充分的准备，会议内容重点突出，议题明确。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD042	文件名称	护理查房及病例讨论制度	适用范围	内审人	护理单元	申屠敏姣
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红				
<p>1.目的</p> <p>1.1 通过查房及疑难或多学科病例讨论，发现问题，确认问题，提出解决问题的决策，提高护理质量。和管理水平。</p> <p>1.2 通过业务查房，对遇到疑难、抢救等病例进行讨论分析，提高护理人员的专业水平，了解国内外专科护理发展新动态。</p> <p>1.3 通过教学查房，提高教学管理水平，提高学生的综合实践能力。</p> <p>1.4 通过夜间/节假日查房，解决和处理夜间/节假日护理工作中的重点问题，保证夜间/节假日护理工作顺利进行。</p> <p>2.主要参考依据</p> <p>浙江省综合医院等级评审标准（2019 版）。</p> <p>3.名词定义</p> <p>护理查房及病例讨论制度：是检查护理质量，，落实规章制度，提高护理质量及护理人员业务水平的重要措施，是提高管理水平，解决疑难问题的有效方法。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 行政查房</p> <p>4.1.1 行政查房的内容</p> <p>4.1.1.1 查护理质量，尤其是重危患者的护理质量。</p> <p>4.1.1.2 查服务态度</p> <p>4.1.1.3 规章制度的执行情况。</p> <p>4.1.1.4 查岗位职责落实情况。</p> <p>4.1.1.5 查护理记录。</p> <p>4.1.1.6 查护理操作。</p> <p>4.1.1.7 查病房管理。</p> <p>4.1.1.8 查护理安全隐患等。</p> <p>4.1.2 行政查房的要求</p> <p>4.1.2.1 护理部行政查房：由护理部组织，护士长参加，每半年一次，有重点检查内容。</p> <p>4.1.2.2 病房护士长行政查房：有计划地安排检查内容，每周一次。</p> <p>4.2 业务查房及病例讨论</p> <p>4.2.1 业务查房及病例讨论的内容</p> <p>4.2.1.1 分析讨论重危患者、典型、疑难、死亡病例的护理。</p> <p>4.2.1.2 查基础护理、专科护理落实情况。</p> <p>4.2.1.3 根据面临的疑难、特殊问题及时分析、讨论、提出护理方案，及时解决问题。</p> <p>4.2.1.4 结合病例学习国内外护理新动态、新业务、新技术。</p> <p>4.2.2 业务查房及病例讨论的要求</p> <p>4.2.2 查房要求：</p> <p>4.2.2.1 护理部组织疑难病例业务查房（MDT 形式）及讨论每年 1-2 次。</p> <p>4.2.2.2 病区护士长组织业务查房，即三级查房每月 1 次；疾病查房每 2 个月 1 次。</p> <p>4.2.2.3 病区护士长或责任组长参加医生查房或病例讨论每月 1-2 次。</p> <p>4.2.2.4 查房前预先告知有关人员查房的内容、目的，做好查房记录，保存资料。</p>							



4.3 教学查房

4.3.1 教学查房的内容

4.3.1.1 分析典型病例，指导学生运用护理程序对患者实施整体护理。

4.3.1.2 检查教学计划、教学目标落实情况。

4.3.1.3 指导或示范护理技术操作。

4.3.1.4 结合病例学习专科护理新动态、新业务、新技术。

4.3.2 教学查房的要求

4.3.2.1 病区护士长/带教老师组织教学查房，每一轮学生至少一次。

4.4 护理值班查房

4.4.1 值班组织与排班

4.4.1.1 夜间、双休日及节假日全天值班由护理部及全院护士长轮流参加。

4.4.1.2 护理部每月制定值班表，每天夜间安排 1 名护士长值班，并指定需查房的护理单元，双休日、节假日全天由当日值班护士长统一查房。

4.4.1.3 值班时间：夜间为当日 5PM 至次日 8AM；双休日、节假日为 8Am-次日 8 时。

4.4.2 值班制度

4.4.2.1 值班护士长应认真负责，履行值班职责。

4.4.2.2 巡视指定的护理单元，了解重病患者的护理、陪客管理、环境管理、抢救物品的准备、值班护士掌握病情的程度和工作态度等。

4.4.2.3 查房、处理好有关事宜后，应在值班室休息。

4.4.2.4 当护士遇到技术上的困难或特殊情况时，值班护士长应随叫随到，给予帮助、指导，妥善解决问题。

4.4.2.5 查房情况及有关问题应记录于夜查房记录单上，重要问题次日向护理部汇报。

4.4.2.6 做好与下一班值班护士长的交接工作。

4.4.2.7 对查房发现的共性问题，护理部在护士长会议上讨论解决。

4.5 护理部安全护理查房

4.5.1 护理部定期巡查各护理单元护理安全管理情况，每月一次护士长会议进行安全护理分享：

4.5.2 反馈本月安全隐患、事件信息，并提出整改措施。


4.5.3 对护理安全疑难问题在护理管理安全委员会层面展开讨论，研究、制定妥善解决问题的办法。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature]

签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD043	文件名称	护理会诊制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 协助解决临床科室的护理疑难问题，以明确下一步护理方案，确保护理质量和安全；减轻患者身心痛苦，促进早日康复。</p> <p>2. 主要参考依据 浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3. 名词定义 护理会诊：在护理工作中，对遇到的疑难、危重病例或护理操作及护理新技术等问题时，邀请相关科室具备一定资历、经验，专业的人员会诊，保障临床疑难重症及实施手术、新疗法患者的护理质量。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会诊组织 护理部成立专业护理会诊小组，包括静脉输液专科会诊组、伤口、造口护理专科会诊组、糖尿病护理专科会诊组等。本科室遇难以解决的护理问题时，可请求他科或多科进行护理会诊。会诊小组成员资质要求，需符合下面条件之一者：</p> <p>4.1.1 从事专科护理工作 5 年以上的主管护师。</p> <p>4.1.2 有系统的专科知识和技能的护士长、专科护士或专科质量检查小组成员。</p> <p>4.2 院内会诊 由要求会诊科室的责任护士提出，护士长同意后，提交至被邀请科室，被邀请科室接到通知后，要求在 24 小时内完成，急会诊 30 分钟内到达。会诊者到申请科室听取责任护士汇报患者病情，查看相关资料和查体，讨论该采取的护理措施，并书写会诊记录。</p> <p>4.3 院外会诊：由申请科室护士长填写会诊单，送交护理部，护理部负责与有关医院联系，安排会诊。</p> <p>4.4 会诊意见反馈：会诊人员应以对病人高度负责的精神和实事求是的科学态度认真会诊，并将处理意见详细记录与会诊单上，并签上全名。</p> <p>4.5 责任护士关注患者是否在规定时间内得到会诊，会诊后责任护士根据会诊意见落实相关措施并记录。</p>					
<p>审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD045	文件名称	护理文书书写基本规范与质量管理体系	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>1.1 通过记载患者的资料，提供观察患者病情动态变化的第一手资料。</p> <p>1.2 提供法律依据。</p> <p>1.3 规范护理书写，提高护理书写质量，减少安全隐患。</p> <p>2. 主要参考依据</p> <p>2018年浙江省卫健委颁发的《病历书写规范》、《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>护理文书是护理人员在护理活动过程中形成的文字、符号、图表等资料的总称，是护理人员科学的思维方式和业务水平的具体体现，是病历的重要组成部分。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 护理文书书写的基本要求</p> <p>4.1.1 护理文书书写应做到客观、真实、准确、及时、完整。</p> <p>4.1.2 护理文书书写应使用中文和医学术语。通用的外文缩写或无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等，可以使用外文。所涉及数据的计量单位采用中华人民共和国法定计量单位。缩写参照《医学术语缩写规定执行》，禁止使用禁用缩写。</p> <p>4.1.3 护理文书应由本医疗机构具有执业资格并经注册的护士书写。未取得执照的新护士用工号登录电子病历系统书写的护理病历，须经过带教老师当班审阅并签名。</p> <p>4.1.4 因抢救急、危重病患者未能及时书写护理文书的，须在抢救结束后6小时内据实补记，并加以说明。</p> <p>4.1.5 所有护理记录需在班内完成。</p> <p>4.2 护理文书书写具体要求</p> <p>4.2.1 体温图：</p> <p>4.2.1.1 在40-42℃之间的相应时间里，填写以下相应项：入院、出院、转科、手术、分娩、介入、死亡等，其中入院、分娩和死亡时间需要精确到分钟。有关入院时间的界定：从急诊室直接送手术室/介入室/分娩室的患者，以办理入院手续的时间为入院时间；普通住院患者及急诊室转入病区的患者，以办理入院手续后，到达病区的时间为入院时间。</p> <p>4.2.1.2 体温记录要求：体温以耳温（△）表示，同一患者选择相同体温记录模式，特殊情况允许有口温表示；降温后的体温使用降温标识，用虚线与高热体温相连；一般患者1次/日（14:00）；新入院患者2次/日（上午入院时、14:00；下午入院时、18:00；晚上入院时，22:00；第二天:6:00、14:00，连续测2日；分娩及术后3日内患者3次/日（6:00、14:00、18:00）；新生儿出生24小时内6次/日（6:00、10:00、14:00、18:00、22:00、02:00）；新生儿出生24小时后2次/日（6:00、14:00）。体温≥37.5℃的患者3次/日；≥38℃的患者4次/日；≥39℃的患者6次/日；≥38.5℃有降温措施，降温措施后0.5~1小时需复测体温；发热患者，体温正常后3次/日，连续测2日。</p> <p>4.2.1.3 脉搏记录要求：房颤患者记录心率，窦性心律及阵发性房颤患者记录脉搏。</p>					



- 4.2.1.4 呼吸次数输入后以阿拉伯数字显示在相应时间栏内。
- 4.2.1.5 疼痛评估：每日评估一次，记录在体温单上，病情变化时，随时评估、记录。
- 4.2.1.6 一般情况下，体温、脉搏、呼吸测量次数应互相对应。遇患者外出 24 小时内返回病房及时补测（记录）；患者外出 24 小时内未返回时，应在体温单相应时段做空项处理，在护理记录单上如实记录。
- 4.2.1.7 体温单底栏：记录入量、出量、尿量、血压、体重、大便次数等。
- 4.2.1.7.1 入院当天及每周应有体重、血压及过敏史的记录，入院时、住院期间不能测体重者应分别注明原因，如：“车入”、“卧床”等；血压根据医嘱或病情需要在相应时间段记录。
- 4.2.1.7.2 血压记录：入院日应有血压记录，根据医嘱测血压并记录，无医嘱每周测血压一次并记录。≤6 岁的患儿，在患儿没有血液动力学改变的情况下，可免去常规测血压。病情变化随时测量。
- 4.2.1.7.3 每天记录大便次数，以阿拉伯数字填写在相应时间栏内。灌肠后排便次数以“E”分之几表示。如“1/E”表示灌肠一次后排便一次；“0/E”表示灌肠一次后无大便；大便失禁用符号“※”表示。“人工肛门”用文字“造口”表示，一周记录一次。
- 4.2.1.7.4 24 小时入量、出量、尿量等记录在相应时段栏内，不用记录单位（ml、mmHg 等）。
- 4.2.2 医嘱单：
- 4.2.2.1 医嘱的种类：医嘱分为长期医嘱和临时医嘱。
- 4.2.2.1.1 临时医嘱：指有效时间在 24 小时内，临时医嘱分为 ONCE 医嘱、紧急医嘱。ONCE 医嘱，有效期在 24 小时内，只执行一次；紧急医嘱，半小时内执行，只执行一次。也包括仅在 12 小时内有效的临时备用医嘱（SOS），临时备用医嘱一般只执行一次。
- 4.2.2.1.2 长期医嘱：指有效时间在 24 小时以上，要求护士定期执行的医嘱，也包括需要时执行的长期备用医嘱（PRN）。
- 4.2.2.2 医嘱单记录内容
- 4.2.2.2.1 长期医嘱单显示医嘱起始日期及时间、医嘱内容、停止日期及时间、医师签名、执行时间和执行护士签名。执行时间和护士签名，为首次接到该医嘱指令、着手处理该医嘱内容的开始时间和护士签名。长期备用医嘱（P. R. N）由医师在临时医嘱单上开具医嘱，护士执行并签名。
- 4.2.2.2.2 临时医嘱单显示医嘱开具时间、医嘱内容、医师签名、执行时间和执行护士签名。执行时间和护士签名，为实际执行该医嘱的开始时间、护士签名；对非护士为主要操作者的各种临时医嘱（心电图检查、腰椎穿刺术等），护士不必输入执行时间及签名。
- 4.2.2.2.2.1 药物皮试结果显示时间与实际判断时间一致，并有两名执行护士的签名一并显示在临时医嘱单上，必要时由在岗医师核对签名。相应药物的长期或临时医嘱执行时间应在皮试结果显示时间之后。若皮试结果为阳性，需在床头信息栏、手腕带及白板上做好相应过敏标识。
- 4.2.2.2.2.2 输血医嘱按实际执行时间记录，并有两名执行护士的签名显示在临时医嘱单上，执行时间、护士签名与输血单上一致。
- 4.2.2.3 抢救情况时下达的口头医嘱，待抢救结束，执行护士应在医师据实补记医嘱后，注明实际执行时间并签名。
- 4.2.2.4 医嘱双签名：皮试结果、临时输血医嘱、血交叉医嘱、特殊高警示药物（静脉用肝素、静脉用胰岛素、注射用化疗药、高浓度电解质及麻醉药、第一类精神类药品）实行执行、



核对双签名制，必要时核对护士可由在岗医师签名代替或护士双重签名。

4.2.2.5 护士在查对中遇到明显违反诊疗常规的错误医嘱时有责任及时通知医师进行更改，对有疑问或模糊不清的医嘱应核对无误后执行。

4.2.2.6 变更医嘱单上的临时医嘱由执行护士注明执行时间并签名，处理医嘱的护士与另一名护士进行变更医嘱核对并签名，班班核对，夜间也需由两人核对签名，变更医嘱单保存三个月。

4.2.3 护理记录单

4.2.3.1 记录形式：以表格式进行记录，采用时点记录法。

4.2.3.2 记录时间：应在本班内完成；抢救情况下，可先记录在抢救记录单，在抢救结束后 6 小时内据实补记。

4.2.3.3 记录频次：根据医嘱或患者病情决定记录频次。新入院患者均需进行首次护理记录；特级护理、心电监护患者至少每小时记录 1 次；I 级护理患者至少每日记录 1 次；手术患者进行术前、术后情况记录；发生病情变化、有特殊处理的患者随时记录；II、III 级护理的患者至少每周记录 1 次。

4.2.3.4 记录内容及要求：

4.2.3.4.1 首次护理记录内容包括患者现病史、既往史、特殊用药史、入院时的主诉、身心状况、相关评估情况、主要治疗和护理处置等，以分段式记录。

4.2.3.4.2 手术前护理记录内容包括患者拟行手术的名称、术前准备及健康教育完成情况、患者的身心状况及对手术的了解程度。

4.2.3.4.3 手术后护理记录内容包括手术后返回病室时间、生命体征、麻醉及手术方式、神志与精神状态、患者主诉、术后体位、伤口敷料、皮肤完整性、引流情况、伤口疼痛、术后治疗护理措施及健康教育内容等。

4.2.3.4.3 根据医嘱需要记录出入量的患者，应于每日晨 7 时记录结束后进行统计，总结 24 小时出入量，并记录。

4.2.3.4.5 病情变化、特殊用药及抢救时用药等情况需详细记录，并观察疗效。

4.2.3.4.6 危急值记录要求：实时记录危急值的内容及相关的症状与体征；有处理与宣教记录；处理后的病情及复查结果等。

4.2.3.4.7 输血记录要求：输血开始，记录时间、生命体征、血型、成份血种类、输血量、输血前用药、滴速；输血后 15 分钟记录生命体征、输血滴数及患者反应；每袋血输注结束及输血完毕 15 分钟有生命体征及反应评估记录；如有输血反应，及时评估记录。

4.2.3.4.8 导管记录要求：

4.2.3.4.8.1 根据导管风险程度分三类：高危、中危、低危每班评估；病情变化及时评估。

4.2.3.4.8.2 导管评估内容：

评估导管部位、名称、留置时间、深度(根据导管特点)、导管的固定情况、是否通畅、局部情况、护理措施(包括引流量、颜色、性状等)；拔出各类导管必须及时记录；如发生导管滑脱应按相应处理流程处理并记录处理经过。

4.2.3.4.9 约束记录要求：约束开始及停止有记录；每 2 小时放松 3-5 分钟有记录，同时对约束部位皮肤及血液循环有评估记录。

4.2.3.4.10 疼痛护理记录要求：疼痛评分 ≥ 4 分时须有镇痛措施，实施镇痛措施应及时复评。内容应完整准确，包括：疼痛的部位、性质、强度、时间特点、患者状态、疼痛评分方法、伴随症状、所使用的止痛药物的剂量和频率、止痛效果、副作用及处理、患者心理状态及支持系统、疼痛宣教及宣教效果。



4.2.3.4.11 实验室检查记录要求：一般情况不需记录，但与护理措施密切相关的实验室及特殊检查的阳性结果及重要的专科阴性结果要记录。同时要有相关的护理措施和健康指导内容的记录。

4.2.3.4.12 护理记录中的健康教育内容，可只写一些重要告知内容或告知项目。

4.2.3.4.13 转入护理记录内容：入科后的护理评估、主要的治疗及护理措施等。

4.2.3.4.14 转出护理记录内容：患者主要病情、正在进行治疗和实施的主要护理措施等；将要转入的科室名称。

4.2.3.4.15 出院护理记录只需写明出院时间及出院指导条目即可，内容包括：后续治疗、饮食、休息、康复锻炼及复查等。

4.2.3.4.16 死亡护理记录内容：如实记录配合抢救情况及死亡时间等，死亡时间必须精确到分钟，并与医疗记录保持一致。

4.2.3.4.17 交接单记录要求：

4.2.3.4.17.1 患者转科、手术、进行介入诊疗及内窥镜治疗时，分别按照《一般患者转科交接记录单》、《危重患者转运记录单》、《门诊手术患者交接记录单》、《手术患者交接记录单》、《介入诊疗患者交接记录单》、《内窥镜治疗患者交接记录单》《血液净化治疗患者交接记录单》详细评估并完整记录。

4.2.3.4.17.2 交接记录单由转出科室责任护士根据患者具体情况逐项评估和填写“交接记录单”，或在相应符合的项目上打“√”并签名，接收科室责任护士进行患者身份确认，对相关信息核实无误后，在“交接记录单”上签名确认。

4.2.3.4.18 知情告知单记录要求：根据病情需求填写各种知情告知单，要求及时、准确、完整填写，并签名确认。

4.2.4 各种护理评估表记录要求：

4.2.4.1 ADL 评估表：每日有评估，病情变化随时评估，评估结果与实际相符。

4.2.4.2 跌倒高危险因子评估表：

4.2.4.2.1 应用对象：所有住院患者。

4.2.4.2.2 评估环节：患者入院或转入 8 小时（班）内进行首次评估；患者住院期间需每周复评一次；患者跌倒评分 ≥ 14 分，需建立跌倒告知单，并每日评估；患者病情（意识、肢体活动）改变时需及时评估；患者发生跌倒后及时再次评估。

4.2.4.2.3 高危跌倒患者住院时间 ≥ 7 天者须每周有 1 次防跌护理措施和健康宣教记录。

4.2.4.2.4 对发生跌倒患者：记录跌倒的时间、经过、受伤部位及伴随症状与体征、周围环境、生命体征及采取的措施，重点交班。

4.2.4.3 疼痛评估：

4.2.4.3.1 疼痛评估表

4.2.4.3.1.1 评估环节：所有在院患者每日常规评估一次，记录在体温单上；急诊患者 30 分钟内；普通入院患者 8h 内；术后患者返回病房 30 分钟内；使用镇痛泵患者每 8h 评估直至撤泵；评分 ≥ 4 分时有镇痛措施，并依据给药途径进行复评：口服给药后 60 分钟，皮下和肌肉注射后 30 分钟，静脉注射后 15 分钟；阿片类药物剂量滴定及时评估。

4.2.4.3.1.2 评估内容：疼痛部位、性质、强度、时间、患者状态及伴随症状、疼痛评分方法，药物或非药物止痛措施、止痛效果。

4.2.4.4 压力性损伤评估表：

4.2.4.4.1 评估对象：住院患者



4.2.4.4.1.1 评估量表适用范围及危险程度：

4.2.4.4.1.1.1 Braden 评分表：适用于年龄 ≥ 14 周岁的住院患者。评分 ≤ 12 分为压力性损伤高风险患者，其中 ≤ 9 分为极高危风险患者。

4.2.4.4.1.2 评估环节：入院时、转入时、手术当日、病情发生变化时（高热、失禁、活动能力发生改变等）

4.2.4.4.1.3 评估频次：患者入院或转入时 8 小时（班）内完成首次评估；高风险患者每日评估一次，病情变化时及时评估； ≤ 9 分为极高危风险患者每班评估；非高风险患者每周评估一次。

4.2.4.4.1.4 压力性损伤书写要求：压力性损伤需详细描述部位、分期、大小等伤口情况，并记录护理措施，至少 24h 评估记录一次伤口及敷料渗出情况。

4.2.4.5 营养风险评估表（住院患者营养风险筛查 NRS-2002 评估表）：

4.2.4.5.1 适用人群：18-90 周岁人群

4.2.4.5.2 评估时机：患者入院或转入时 8 小时（班）内完成首次评估；非手术患者：总评分小于或等于 3 分（胸水、腹水、或白蛋白 $< 30\text{g/L}$ ），病情变化时，根据检验结果（白蛋白）随时评估；手术患者：手术前日评估、术后次日评估，白蛋白 $< 30\text{g/L}$ ，根据白蛋白的变化随时评估；拟行腹部大手术患者术前一天疾病状态按照 2 分评定；评分 ≥ 3 分，根据病情随时评估。

4.2.4.5.3 无特殊变化，每周复评一次。


4.2.4.5.4 营养评分 < 5 分，给予营养支持并做好宣教，必要时请营养科会诊；营养评分 ≥ 5 分，请营养科会诊。

4.2.4.6 VTE 预防记录要求：

4.2.4.6.1 评估工具：Caprini 风险评估表（外科）、Padua 风险评估表（内科）

4.2.4.6.2 VTE 评估均由医师进行评估，护理记录中对 VTE 预防措施要有相关记录。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD046	文件名称	PDA 使用管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 规范管理和使用 PDA，提高 PDA 的使用寿命，提高护理操作的安全性和工作效率。</p> <p>2. 主要参考依据 无。</p> <p>3. 名词定义 无线护理移动终端（PDA）：是移动数据终端结合了增强的 PDA 改进架构，它具有多种高级数据采集功能，能协助护士准确、高效地完成床边业务。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 全院各病区根据医院统一配置要求定量配置 PDA。</p> <p>4.2 护士长负责 PDA 的培训，培训内容包括功能、操作流程、日常维护等。护士必须通过培训才能使用。</p> <p>4.3 PDA 管理</p> <p>4.3.1 PDA 使用时责任到人。</p> <p>4.3.1.1 护士在使用 PDA 前必须检查 PDA 的性能</p> <p>4.3.1.1.1 开机后选择移动护士站，输入执行者工号和密码，点击确定登陆。</p> <p>4.3.1.1.2 按 PDA 右侧下方按钮，顶端的红外射线出现“+”光标，表示扫描功能正常。</p> <p>4.3.1.2 护士在使用过程中妥善保管，避免碰撞、掉落、进水，保持设备的清洁、性能完好。</p> <p>4.3.1.3 PDA 清洁：每班使用后或污染后用消毒湿巾擦拭表面，擦拭时避免过湿，以免液体渗入机内，损坏机器。</p> <p>4.3.1.4 PDA 使用结束后，护士要及时把 PDA 放入固定位置保存并充电。</p> <p>4.3.2 每日检查 PDA 的性能、清洁度，每班清点 PDA 数量并做好登记。</p> <p>4.4 PDA 使用</p> <p>4.4.1 护士在使用 PDA 给药或采血前，必须先核对患者身份。</p> <p>4.4.2 PDA 扫描顺序：先扫腕带条码，后扫药物、试管等条码。输液接瓶扫描时，先扫腕带，再扫接瓶液体。所有输液完毕，需扫描腕带，再扫空瓶。</p> <p>4.4.3 如果两者信息匹配，PDA 语音提示“执行成功”。护士再次核对给药时间、给药途径、给药速度确认无误后按医嘱要求执行给药。</p> <p>4.4.4 如果两者信息不匹配，PDA 将会有错误的提示语音“条码不在当前列表中”，显示屏上即显示“该瓶输液不属于该病人”，请仔细查对处理。</p> <p>4.4.5 医嘱执行结束后及时退出患者信息系统。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：周小红 签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD047	文件名称	移动护理车使用管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 规范管理和使用移动护理车，使操作及维护同质化，保障护理车的正常使用，降低故障率，提高使用寿命。</p> <p>2. 主要参考依据 无。</p> <p>3. 名词定义 移动护理车：由多功能护理车和计算机系统组合而成，能协助护士准确、高效的完成床边业务。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 移动护理车管理</p> <p>4.1.1 各护理单元配备一定数量的移动护理车，各个抽屉分层放置，无菌物品与非无菌物品分类放置。利器盒、医疗垃圾桶加盖，保持清洁。</p> <p>4.1.2 护士长负责培训移动护理车的使用，培训内容包括功能、操作流程、日常维护等。所有护理人员均应具备识别主要故障的基本知识与技能，护士必须掌握后才能使用移动护理车。进修、实习生须在带教老师指导下进行操作。</p> <p>4.1.3 移动护理车放置位置相对固定，易操作、使用安全。</p> <p>4.1.4 根据科室特点，移动护理车固定班次每日清点；每日日班下班后及时充电，并保持性能良好呈备用状态。</p> <p>4.1.5 移动护理车表面每日清洁，电脑触摸屏建议用不滴水的湿布清洁，车体污染后用消毒湿巾擦拭。</p> <p>4.1.6 使用过程中如移动护理车硬件出现故障，上报后勤保障部；计算机系统出现故障时，及时与信息科联系。</p> <p>4.2 移动护理车操作流程</p> <p>4.2.1 确认移动护理车备用状态。</p> <p>4.2.2 开机：长按开机键 3 秒，电量指示面板灯亮起；</p> <p>4.2.3 使用移动护理车过程中注意屏保应用，保护患者隐私。护理人员离开移动护理车时及时上锁。</p> <p>4.2.4 关机：Windows 操作系统环境里选择（关机），直至电量指示面板灯熄灭，开机状态下长按开机键 3 秒，直至显示器及电量指示面板灯熄灭。</p> <p>4.2.5 护理工作结束，清洁和整理移动护理车。</p> <p>4.2.6 移动护理车移至指定充电位置充电：连接电插座，电量指示面板白色灯进入跑马状态（即充电成功状态）。充电时间一般不低于 4 小时。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：周小红 签发时间：2022-12-20</p>					



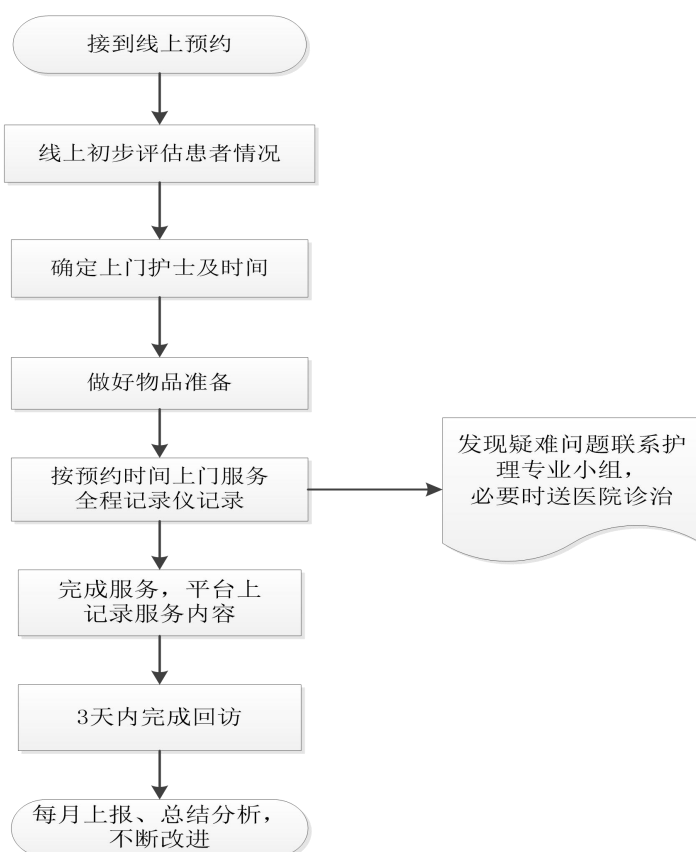
文件编号	NXYY-HLB-ZD048	文件名称	“互联网+护理服务”管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 积极响应《浙江省“互联网+护理服务”工作实施方案(试行)》有关精神，规范开展“线上申请、线下服务”的居家护理服务模式，保障护理服务质量和安全。</p> <p>2.主要参考依据 《浙江省“互联网+护理服务”工作实施方案(试行)》《浙江省卫生健康委办公室关于推广“浙里护理”应用的通知》</p> <p>3.名词定义 “互联网+护理服务”是指以“线上申请、线下服务”为特色的护理活动。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 服务对象:本院出院或罹患疾病且行动不便的特殊人群，老年病、慢性病、特殊疾病患者或孕产妇等健康人群。</p> <p>4.2 护士资质准入</p> <p>4.2.1 提供健康促进及常见临床护理项目的居家护理要求:具备5年及以上临床护理工作经验和护师及以上技术职称。</p> <p>4.2.2 专科护理居家护理要求:取得省级以上相关专科护士培训合格证明，或具有副主任护师及以上技术职称并在相关专科工作3年以上。</p> <p>4.2.2 线上护理专科门诊要求:取得省级以上相关专科护士培训合格证明，或具有副主任护师及以上技术职称并在相关专科工作3年以上的护士，或取得主管护师技术职称10年以上并具有专科工作经历3年以上。</p> <p>4.3 服务要求</p> <p>4.3.1 规范服务，统一着装、挂牌服务、语言文明、细致耐心。</p> <p>4.3.2 严格遵守相关法律法规、职业道规范和护理技术操作规程，做到院内院外同质化，切实保障医疗护理质量和安全。护理人员不得以个人身份提供“互联网+护理服务”，必须依托单位构建的平台，提供规范的护理服务。</p> <p>4.3.3 服务时需有第三人在场，同时应尊重患者生活习惯，保护患者隐私，严禁推销任何商品，严禁收受患者礼品。</p> <p>4.3.4 在护理过程中，严密观察病情，发现疑难问题及时与专科护理小组沟通，寻求帮助，必要时告知家属及时到医院就诊。如遇到意外或突发事件，必须采取积极应对措施，避免不良后果发生。</p> <p>4.3.5 实施“首约”负责制，如护理人员不能及时出诊，应安排同等资质护理人员出诊，并与患者做好沟通解释。</p> <p>4.3.6 服务结束应及时记录，并向患者及家属交代注意事项，3天内进行回访，了解有无相关不良反应及对服务的评价。</p> <p>4.4 按规定收取治疗费、材料费，并按服务平台规定收取服务费。</p> <p>4.5 动态监管</p> <p>4.5.1 服务过程中产生的数据资料必须全程留痕并保存，满足行业监管要求。</p> <p>4.5.2 出现不良事件应及时向护理部汇报，讨论、分析，提出改进措施。</p> <p>4.5.3 定期组织培训交流，提高服务能力，改进服务质量。</p>					



4.5.4 护理部定期对互联网+护理服务开展情况进行分析、总结、推广，满足患者需求。

5. 流程图（附后）

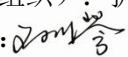
附件：“互联网+护理服务”工作流程



审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD049	文件名称	护理教学质量检查管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 通过对教学过程中的检查和评价，验证所提供的临床教学质量是否满足目标要求。</p> <p>2.主要参考依据 浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 护理部一名副主任负责教学工作，各护理单元护理带教老师负责实习护士、进修护士的教学工作。</p> <p>4.2 每季度召开一次护理教学工作会议，收集信息、讨论、交流实习护士、进修护士教学质量状况和临床需求。</p> <p>4.3 临床带教老师要求：</p> <p>4.3.1 护理责任组长兼任带教老师,竞聘上岗，无责任组长特殊护理单元择优录用。</p> <p>4.3.2 各级带教老师根据专科特点，制定教学计划与教学目标。</p> <p>4.3.3 主动学习教学新知识、新进展，积极参加带教老师教学能力培训。</p> <p>4.4 临床教学质量要求：</p> <p>4.4.1 专人带教，各带教老师资质符合要求。</p> <p>4.4.2 教学计划完整合理，体现专科特色。</p> <p>4.4.3 参加科室每周提问，护理查房及业务学习均有记录。</p> <p>4.4.4 有实习护士入科教育评估和出科鉴定，有记录。</p> <p>4.4.5 实习护士能按时按要求完成教学计划。</p> <p>4.4.6 各带教科室及时将意见及建议、学生违纪情况（包括缺陷）等实习护士学习情况反馈给护理部。</p> <p>4.4.7 每科轮转结束前，根据知识、技能、态度目标，进行考核评估。</p> <p>4.4.8 每批次实习生轮转结束一周内及时完成科室评语填写。</p> <p>4.5临床教学质量评价：</p> <p>4.5.1 向实习护士发放带教评价表（二维码）。深入了解实习情况，解决带教中存在问题。</p> <p>4.5.2 以各种方式了解教师对教学工作的态度、采取的方法并给予反馈。</p> <p>4.5.3 收集各医学院校对医院护理临床教学的评价，以促进工作。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人： 签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD050	文件名称	护理人员继续教育培训管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣

1. 目的
满足护理人员不断更新护理新理论、新知识、新技术、新方法需求，提高护理队伍素质。

2. 主要参考依据
卫生部《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》、《浙江省护理管理与临床护理技术规范》、《浙江省继续医学教育学分授予与管理办法（2007）》、医院《继续医学教育管理制度》2022版、《浙江省综合医院等级评审标准》（2019版）。

3. 名词定义
护士继续教育：护士毕业后，以学习新理论、新知识、新技术和新方法为主的一种护理学教育。

4. 内容

4.1 护理部：

4.1.1 护理部根据《浙江省继续医学教育学分授予与管理办法（2007）》，组织和督促各护理单元完成继续教育 I、II 类学分。在不影响正常工作的前提下，向科室提供各种学习信息，鼓励护士参加继续教育等。

4.1.2 护理部每年根据不同护理岗位、不同专业护理人员的特点，结合护士不同层级，每年有针对性地制定具体的院级继续教育培训计划。统筹和组织继续教育的计划、内容、实施、检查、评估工作，完善和规范护士继续教育的学分管理。

4.1.3 护理部协助组织申报市级、省级等护士继续教育项目。

4.2 科室：

4.2.1 科室根据护理部对科室继续教育的项目要求，制定科级继续教育培训计划，培训形式包括业务学习、护理查房、专科知识等。

4.2.2 护士主动参与院级和科级的分层培训，获得相应 I、II 类学分。参加分层进阶的护士，全年累计完成的学分数应满足相应级别的进阶要求。

4.3 护士参加各类继续教育学习班、培训班等院外继续教育项目，需要征得护理部同意批准，报销要求和流程参照医院相关规定。

4.4 定期召开护理教学委员会会议，通报继续教育相关信息，讨论工作。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：周小红 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD051	文件名称	在职护理人员培训制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>规范在职护理人员培训内容和实施流程，有效落实各级护理人员在职培训相关工作，提高护理人员综合素质。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《护士条例》、南浔区人民医院《护理岗位管理制度》、南浔区人民医院《护理人员继续教育管理制度》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>在职培训：也称“工作现场培训”，是人力资本投资的重要形式，对已具有一定教育背景并已在工作岗位上从事有酬劳动的各类人员进行的再教育活动。在职护理人员培训是对医疗机构护理人员所进行的提高教育。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 在职护理人员培训：每年根据需求，制订护理部和科室培训计划与实施方案</p> <p>4.2 培训对象及时间</p> <p>4.2.1 对新入职护士进行岗前培训，时间为 1-2 周。</p> <p>4.2.2 对全体护理人员每年进行理论和操作培训：</p> <p>4.2.2.1 护理部：每年对基本理论和基本知识及意识形态进行不同形式的培训，如护理病历书写、法律法规、护理质量与安全、护理人文、护理服务与沟通交流等。护理部每季度对各科相应护理人员进行现场基础理论和基础知识的提问、专科护理常规提问考核和应急能力考查。</p> <p>4.2.22 各护理单元：对护理制度、护理常规、护理专科理论、护理操作常见并发症、应急预案等以业务学习、小讲课、三级查房、疾病查房等形式进行培训，每季度进行相应的考试。</p> <p>4.3 成立护理培训考核小组，负责理论及操作技能的考核工作。</p> <p>4.3.1.操作技能考核：各科室：N0 护士每月 1 次理论考核，N1-N2 每两月 1 次理论考核，N3- N4 护士每季度 1 次理论考核。护理部：N0 护士每两月参加护理部组织考核，全院护士每年 2 次。</p> <p>4.3.2 理论考核： 各科室：N0 护士每月 1 次理论考核，N1-N2 每两月 1 次理论考核，N3- N4 护士每季度 1 次理论考核。护理部：N0 护士每两月、N1-2 护士每季度、N3-N4 护士每年 2 次理论考试。</p> <p>4.4 奖惩</p> <p>4.4.1 每年举办多形式护理相关知识技能比赛，评选一、二、三等奖和优胜奖，并予以奖励。</p> <p>4.4.2 代表医院参加省、市、区理论或技能操作比赛获奖者，医院予以奖励。省、市、区获奖者在晋升职称时，同等条件下予以优先考虑。</p> <p>4.4.3 新入职护士上岗培训达标者护理部发放合格证，不达标者不予上岗，直至达标。</p> <p>4.4.4 护理人员参加护理部等组织的在职护士分层培训，每人每年获得 II 类学分不少于 20 分，学分不达标的护理人员，其年度考核不合格。</p> <p>4.4.5 护理人员每年必须参加护理部组织的理论考试 2 次（除长病假人员，请假时间 ≥6 个月）。</p>					



4.5 年底全面评价培训计划的落实和各级护理人员培训目标的完成情况，纳入个人技术档案。

4.6 各级护理人员培训目标与计划

4.6.1 N0 护士

4.6.1.1 培训目标

4.6.1.1.1 热爱护理专业，遵守医务人员道德规范，法律法规，护理人员行为规范。

4.6.1.1.2 完成岗前培训，理论和操作考试成绩合格，取得上岗资格证，仪表端正、仪容整洁、举止大方、着装符合规范要求。

4.6.1.1.3 新护士上岗后由相关临床科室负责继续培训，指定专人带教，使其在 3 个月内尽快熟悉本科室各班护士职责及相关工作程序，逐步掌握常见专科疾病的护理和熟练基本操作技术等。

4.6.1.1.4 具有良好的工作态度和进取精神、尊敬师长、礼貌待人、虚心好学、业务素质好。

4.6.1.1.5 基本掌握专科护理常规和操作规程，能运用护理程序对病人实施整体护理，进行健康教育。规范书写各种护理文书，掌握医嘱处理流程。

4.6.1.1.6 认真做好各项基础护理工作，完成晨晚间护理，各项操作符合规程。

4.6.1.1.7 基本掌握本专业重危病人的抢救配合工作，做好安全护理，无护理并发症。

4.6.1.1.8 按照新护士规范化培训考核要求完成各项考核，成绩合格(包括科室每季度综合评价考核)。

4.6.1.1.9 服务态度良好，未发生护理投诉。

4.6.1.1.10 每季度完成一篇读书笔记，由带教老师审核后上交护士长。

4.6.1.1.11 工作满一年，完成相关内容的考核，成绩合格方可定级。

4.6.2.1 培训方法

4.6.2.1.1 新护士经上岗培训考核合格后，按护理部轮转计划实行全院主要科室轮转。

4.6.2.1.2 轮转由护士长与带教老师督促指导新护士及时完成培训项目，并根据本科特点对新上岗护士进行入科培训，包括科室环境与人文、规章制度、日常护理流程等内容。相关科室根据专业特点制订本科室轮转护士计划。技能培训的内容为临床常用的临床护理操作技术。

4.6.2.1.3 培训方式实行临床科室专科培训与护理部集中培训相结合。

4.6.2.1.4 采用参加各类业务讲座和自学相结合的方式，提高业务能力。

4.6.3.1 考核方法

4.6.3.1.1 各单元在出科时给予考试(理论、操作、应急能力)、素质考核和小结鉴定，作为定科的依据。经过培训后的新护士，开展单独上岗前考核评价，在新护士取得执业资格注册时，能够独立顶班，工作满一年，完成规范化培训所有项目。

4.6.3.1.2 护理部组织相关理论操作考核。

4.6.3.1.3 出现以下情况，经护理质量与安全管理委员会讨论，给予延迟晋级，严重者建议人事科取消定级或辞退。

4.6.3.1.3.1 不能独立上岗者。

4.6.3.1.3.2 发生严重差错或隐瞒差错。

4.6.3.1.3.3 发生护理投诉。

4.6.3.1.3.4 护理部/科室考核不合格者(包括综合评价)。

4.6.3.1.3.5 未完成新护士规范化培训要求。

4.6.2 N1 护士



4.6.2.1 培训目标

4.6.2.1.1 认真执行各项护理制度、操作规程、法律法规和护理人员行为规范，服从全院性护士轮转，熟练掌握各项基础护理操作技能，能正确执行医嘱。

4.6.2.1.2 熟悉本专业及危重病人的护理常规，能按护理程序实施整体护理。

4.6.2.1.3 杜绝严重差错、事故的发生，并与晋升、进阶挂钩。

4.6.2.1.4 做好病房管理、消毒隔离及物品保管工作。

4.6.2.1.5 规范书写护理病历。

4.6.2.1.6 按要求完成读书笔记及个案护理。

4.6.2.1.7 完成继续教育学分。

4.6.2.2 培训方法

4.6.2.2.1 由各病区护士长、带教老师作具体指导。

4.6.2.2.2 参加全院性的各类讲座和科室业务学习，护理查房等。

4.6.2.3 考核方法

4.6.2.3.1 完成护理部组织的护理理论考试每年 4 次，成绩合格。

4.6.2.3.2 参加护理部组织的各种护理技能竞赛。

4.6.2.3.3 科室每两月进行理论、操作技能考核，护士长每季对综合能力进行评价。

4.6.2.3.4 能胜任本科室的各岗位工作，能应用护理程序对患者实施整体护理。

4.6.3 N2 护士

4.6.3.1 培训目标

4.6.3.1.1 通过培训教育能规范执行各项规章制度、法律法规。掌握本科危重病人的护理、急救处理等步骤，具有较强的专业理论知识和操作技能。

4.6.3.1.2 查阅文献，掌握和了解国内外护理新技术、新进展。

4.6.3.1.3 参与本科室的护理科研和技术革新工作，并具有带教护生、进修生的能力。

4.6.3.1.4 能对本科室发生的护理不良事件进行分析，提出防范措施。

4.6.3.1.5 完成全年继续教育学分。

4.6.3.1.6 完成 1 篇个案护理或在市级及以上杂志发表护理论文 1 篇（第一作者）或参加市级以上论文交流。

4.6.3.2 培训方法

4.6.3.2.1 参与临床实习护生、轮转护士、进修护士的临床带教工作。

4.6.3.2.2 参加院内、院外护理继续教育和各种形式的护理学术活动。

4.6.3.2.3 积极参加全院和科室业务学习、护理查房/疑难病例讨论。

4.6.3.3 考核方法

4.6.3.3.1 完成护理部组织的护理理论考试每年 4 次，操作考试每年 2 次，成绩合格。

4.6.3.3.2 参加护理部组织的各种护理技能竞赛。

4.6.3.3.3 科室每两月进行理论、操作技能考核，护士长每季对综合能力进行评价。

4.6.3.3.4 能胜任本护理单元的各岗位工作，能应用护理程序对患者实施整体护理。

4.6.4 N3 护士

4.6.4.1 培训目标

4.6.4.1.1 遵守法律法规、规章制度，掌握本科疾病理论、护理技能。

4.6.4.1.2 具有独立带教、示教、护理查房及授课能力，指导下级护理人员提高护理素质和业务水平。

4.6.4.1.3 能针对科室发生的护理不良事件进行分析讨论，并能提出防范措施。

4.6.4.1.4 每年完成 I 类学分 5-10 分，II 类学分 15-20 分。



4.6.4.1.5 发表市级及以上论文 1 篇（第一作者）或市级护理课题 1 项（前三位）或专利 1 项（排名第一），或开展新技术新项目 1 项（排名第一）。

4.6.4.2 培训方法

4.6.4.2.1 协助护士长参与科室临床护理管理工作。

4.6.4.2.2 参与实习护生、轮转护士、进修护士临床带教工作。

4.6.4.2.3 参与护理科研课题的设计与研究。

4.6.4.2.4 参加医院、护理部、科室组织的业务学习，有计划地外出学习、进修，并参加全国、省市的各种学习班及学术会议。

4.6.4.3 考核方法

4.6.4.3.1 完成护理部组织的护理理论考试每年 2 次，操作技能考试 2 次，成绩合格。

4.6.4.3.2 参加护理部组织的各种护理技能竞赛。

4.6.4.3.3 科室每季进行理论、操作技能考核，护士长每季对综合能力进行评价。

4.6.4.4 承担院内外、科室的教学工作，如小讲课、示教、护理查房等。

4.6.4.4.5 撰写 1~2 篇护理论文并争取发表或参与科研课题工作。

4.6.4.4.6 能胜任护理管理相关工作。

4.6.4.4.7 能运用管理工具进行护理品质改进（如 QCC、PDCA 等）。

4.6.4.4.8 具有一定的外语水平，了解国内外护理新进展。

4.6.5 N4 护士

4.6.5.1 培训目标

4.6.5.1.1 具有全面的专科护理理论知识，掌握本专业国内外临床新进展、新业务。

4.6.5.1.2 具有丰富的临床或技术工作经验，能解决本专业复杂的疑难问题。

4.6.5.1.3 具有一定的带教临床实习生的能力和护理管理能力。

4.6.5.1.4 每年完成 I 类学分 5-10 分，II 类学分 15-20 分。

4.6.5.1.5 具有指导和组织开展护理科研和撰写护理论文的能力。

4.6.5.1.6 具有一定的外语水平，了解国内外护理新进展。

4.6.5.2 培训方法

4.6.5.2.1 承担临床护理管理工作，如承担护士长、护理组长、专科护士、护理教学秘书等工作。

4.6.5.2.2 参与实习护生、轮转护士、进修护士临床带教工作。

4.6.5.2.3 参与护理科研课题的设计与研究。

4.6.5.2.4 参加医院、护理部、科室组织的业务学习，有计划地外出学习、进修，并参加全国、省市的各种学习班及学术会议。

4.6.5.3 考核方法

4.6.5.3.1 完成护理部组织的护理理论考试每年 2 次，操作技能考试 2 次，成绩合格。

4.6.5.3.2 参加护理部组织的各种护理技能竞赛。

4.6.5.3.3 科室每季度进行理论、操作技能考核 1 次，护士长每季对综合能力进行评价。

4.6.5.3.4 能组织护理查房和护理会诊，开展新业务、新技术及护理科研。


4.6.5.3.5 撰写 1~2 篇护理论文并争取发表或参与科研课题工作。

4.6.5.3.6 能胜任护理管理、护理教学工作或专科护理工作。

4.6.5.3.7 能运用管理工具进行护理品质改进（如 QCC、PDCA 等）。

4.6.5.3.8 具有一定的外语水平，能了解国内外护理新进展。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人： 签发时间：2022-12-20




文件编号	NXYH-HLB-ZD052	文件名称	新入职护士岗前培训制度	适用范围	新入职护士
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 使新入职护士尽快适应医院的工作环境，熟悉医院各项规章制度，胜任本职工作。</p> <p>2.主要参考依据 《护士条例》、国家卫计委《新入职护士培训大纲》、《浙江省护理管理与临床护理技术规范》、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 岗前培训</p> <p>4.1.1 集中培训</p> <p>4.1.1.1 医院集中培训：人力资源部组织医院新员工进行为期 5-7 天的集中岗前培训，包括医院简介、医院规章制度、意识形态、行为规范、职业道德、法律法规、院内感染等内容。</p> <p>4.1.1.2 护理部集中培训：护理部组织新入职护士进行为期 3 天的集中培训，包括护理服务规范，服务礼仪，人性化护理理念，护理质量，患者安全目标，护理书写，护患沟通，临床检验标本采集，静脉治疗规范，护士素质要求与职业发展等。护理技能相关理论讲授及操作示教：心肺复苏、除颤、呼吸囊、心电监护、吸痰、静脉输液等。</p> <p>4.1.1.3 完成岗前培训后组织考核：理论考试为所有培训项目的相关理论知识点，操作考核须人人过关，不合格者予补考至合格。</p> <p>4.1.2 入科培训：新护士到科室后，各科护士长或科室带教老师，根据本科特点对新上岗护士进行入科培训，包括科室环境与人文、规章制度、日常护理流程等内容。</p> <p>4.2 规范化培训</p> <p>4.2.1 轮转科室培训：新入职护士以 6-8 个月为一个轮转周期，由各科护士长或带教老师负责指导、协助、督促护士完成每轮既定的培训与考核项目，适时反馈。</p> <p>4.2.2 护理部培训：新护士参加护理部定期组织的全院护理人员理论、技能培训与考核。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：周小红 签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD053	文件名称	新入职护士轮转制度	适用范围	新入职护士
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的 规范护士轮转与培训，提高护士专业素质，掌握各相关专科的护理方法与程序，锻炼护士观察、分析、思考、解决问题的能力，改善护理服务质量，促进护理学科发展。</p> <p>2. 主要参考依据 国家卫计委《新入职护士培训大纲》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 轮转对象：参加工作 2 年内护士进行规范化培训轮转。</p> <p>4.2 轮转方式：</p> <p>4.2.1 参加规范化培训，每 6-8 个月轮转一个科室，2 年内需完成 3-4 个科室的轮转。</p> <p>4.2.2 轮转期间，在带教老师的指导下，参加科室护理工作，结合实践进行理论学习，完成轮转目标。</p> <p>4.3 职责</p> <p>4.3.1 护理部职责：</p> <p>4.3.1.1 根据护理专业人员培养的目标要求安排轮转培训。</p> <p>4.3.1.2 制定并落实护士规范化培训方案与轮转计划，定期评估轮转培训工作情况，及时反馈并改进。</p> <p>4.3.1.3 征求各护理单元用人需求及护士的意见，收集相关信息，合理调配护理人员。</p> <p>4.3.2 护理单元职责：</p> <p>4.3.2.1 制定本科室的培训计划，明确具体措施，安排中级及以上职称或高年资护师担任带教老师。</p> <p>4.3.2.2 护士长和带教老师要明确培训目标，及时检查考核，使计划落到实处。</p> <p>4.3.2.3 出科前，对轮转护士进行考核，将考核成绩记入新护士规范化培训手册，书写轮转评议，护士长进行审核。</p> <p>4.3.3 轮转护士职责：</p> <p>4.3.3.1 熟悉轮转计划及目标，主动学习、认真完成培训项目与内容，严格执行各项规章制度、制度和技术操作规程，保障护理安全。</p> <p>4.3.3.2 参加教学活动，如护理查房及各类护理学术活动，提高专科护理水平。</p> <p>4.3.3.3 出科前做好自我总结。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：周小红 签发时间：2022-12-20</p>					



文件编号	NXYH-HLB-ZD054	文件名称	护理人员外出进修管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 加强护理专业技术人员的业务培训，拓展护理人员视野，建立一支梯队合理、业务精湛、服务优质、管理科学的护理人才队伍。</p> <p>2.主要参考依据 本院《外出进修管理规定》。</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 组织部门：护理部作为护理人才培养管理的职能部门，负责护理人员外出进修管理，鼓励临床护理人员外出进修学习。</p> <p>4.2 进修计划： 各护理单元根据专科发展需要，每年提出外出进修申请，科室提交护理部审核。</p> <p>4.3 外出进修人员申请条件：大专或以上学历，从事护理工作3年以上的注册护士，勤奋好学，具有良好的职业素质与业务能力。</p> <p>4.4 进修申请流程：</p> <p>4.4.1 申请人根据实际情况选择进修期限，一般为1~3个月，最长不超过6个月。</p> <p>4.4.2 护理部视进修项目情况予以审核，必要时参加医院组织的选拔考试，合格者优先获取进修资格。</p> <p>4.4.3 明确进修学习目标，根据进修医院要求准备进修申请表、报名表等相关资料，确定进修时间及报到相关事宜。</p> <p>4.4.4 外出前到科教科登记进修信息，办理相关手续。</p> <p>4.5 外出进修注意事项：</p> <p>4.5.1 护士长对本护理单元外出进修人员进行统筹安排，保证正常的护理工作不受影响。</p> <p>4.5.2 护士长外出进修时，指定1名护理组长负责护理单元的管理工作，并报护理部审核备案。</p> <p>4.5.3 进修期间务必遵守进修医院各项规章制度，认真工作，虚心学习。</p> <p>4.6 进修结束</p> <p>4.6.1 进修结束及时返回医院上班，根据护理部安排进行汇报、讲课或项目推广应用。</p> <p>4.6.2 外出进修期间的福利、补贴、费用报销等，参照医院有关规定执行。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2022-12-20</p>					




文件编号	NXYH-HLB-ZD055	文件名称	专科护士培养及使用管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1. 目的</p> <p>为更好地贯彻落实《中国护理事业发展规划纲要（2011-2015年）》，促进医院护理事业全面、协调、可持续发展，加快培养一批临床专业化护理骨干，进一步加强我院专科护理人才力量，提高护士在某一特殊或专门的临床护理领域的专业技术水平，促进护理工作与临床诊疗技术的同步发展。根据浙江省护理学会专科护理领域护士培训相关要求，特制定本院专科护士培训管理制度。</p> <p>2. 主要参考依据</p> <p>《浙江省专科护士培训方案（试行）》（浙卫发〔2009〕34号）、《专科护理领域护士培训大纲》（卫办医发〔2007〕90号）、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>专科护士（Clinical Nurse Specialist, CNS）是指在某一特定护理专科领域，具有熟练的护理技术和知识，并完成了专科护士所要求的教育课程学习而被认定合格的护士。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 培养对象</p> <p>护理专业大专及以上学历，具有5年以上临床护理实践经验，在相关专科工作3年以上，有良好的职业道德，热爱护理事业，有一定外语基础的注册护士（特别优秀除外）。</p> <p>4.2 培养目标</p> <p>4.2.1 掌握护理学及相关学科的理论知识、熟练掌握专科护理操作技能，能解决本专科护理领域的难点与重点问题。</p> <p>4.2.2 具备一定专科教学能力，对同业的护理人员提供专科领域的信息和建议，能够指导和帮助其他护理人员开展业务工作，提高医院的专科护理水平。</p> <p>4.2.3 具有一定的科研水平，能结合专科临床护理实践，开展护理科研，撰写有价值学术论文或综述，同时促进护理质量的不断改进。</p> <p>4.3 培养方案</p> <p>根据医院发展总体需要及科室人力情况，经科室选拔与推荐，护理部审核，每年选派专科骨干参加浙江省护理学会等学术机构举办的专科护士培训班。</p> <p>4.4 培养计划</p> <p>4.4.1 每年选派护理骨干参加专科护士培训。</p> <p>4.4.2 以急诊急救护理、静脉治疗、母婴护理、糖尿病护理、伤口造口、加速康复外科、重症监护、手术室护理、血液净化、疼痛护理等专业领域为培养重点。</p> <p>4.4.3 专科护士培养以医疗行政部门、学会等机构认证培养为主。</p> <p>4.5 专科护士的使用</p> <p>4.5.1 专科护士负责疑难重症患者护理并参与院内外护理会诊。</p> <p>4.5.2 定期对全院护理人员提供专科培训和专业指导，并对专科护理有关工作提出完善和改进的建议。</p> <p>4.5.3 参与专业学术活动，提出专科领域护理质量改进方案并参与实施。</p> <p>4.5.4 开展本专科的护理科研，在护理专业期刊上发表本专科有价值的护理工作论文。</p>					



- 4.5.5 提供专科疾病知识的咨询和指导，承担专科护理门诊工作。
- 4.5.6 积极开展专科领域新技术、新项目。
- 4.6 追踪评价
 - 4.6.1 护理部建立专科护士技术档案，记录参加培训情况。
 - 4.6.2 定期对专科护士的业务水平、教学科研水平以及工作表现进行评价。
 - 4.6.3 评价与专科护士的绩效考核挂钩。
 - 4.6.3.1 专科护士负责疑难重症患者护理并参与院内外护理会诊。
 - 4.6.3.2. 定期对全院护理人员提供专科培训和专业指导，并对专科护理有关工作提出完善和改进的建议。
 - 4.6.3.3. 参与专业组织学术活动，提出专科领域护理质量改进方案并参与实施。
 - 4.6.3.4. 参与教学活动，至少每年授课一次。
 - 4.6.3.5. 开展本专科的护理科研，至少每 2-3 年在护理专业期刊上发表论文 1 篇。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20



文件编号	NXY-Y-HLB-ZD056	文件名称	临床实习护士管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 为了全面提高实习护士的临床能力，培养合格的护理人才，提高临床护理带教质量，保证医院带教过程中临床护理工作的顺利进行，并圆满完成毕业实习任务。特制定本制度。</p> <p>2.主要参考依据 无</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 实习护士总目标：通过临床实习，养成良好的职业道德品质，树立以病人为中心的服务理念；熟悉医院工作制度，工作流程；巩固和运用基本理论、基本知识、基本技能；了解与掌握护理常规、专科护理技术操作规范；养成思考问题、分析问题和解决问题的能力。</p> <p>4.2 实习安排：护理部根据各医学院校要求安排实习时间及轮转科室。</p> <p>4.3 护理实习生报到流程：护理实习生携学校临床实习介绍信、本人身份证复印件、实习手册至护理部报到。</p> <p>4.4 护理部职责：</p> <p>4.4.1 临床带教老师通过科室护士长推荐、护理部审核同意后开展工作，如有特殊情况科室提出申请，护理部审核后予以调整。</p> <p>4.4.2 实习生进入医院后，护理部安排岗前培训。</p> <p>4.4.3 指导科室按计划实施教学，并定期检查。</p> <p>4.4.4 全院业务知识培训及操作培训每月各 1 次、护理查房每月 1 次。</p> <p>4.4.5 指导科室和实习生按要求对实习阶段的教与学作出评价，推荐优秀带教老师和优秀实习生。</p> <p>4.4.6 与院校保持联系，定期反馈学生实习工作表现、实习大纲完成等情况。</p> <p>4.5 临床带教老师职责：</p> <p>4.5.1 临床带教老师从接受临床实习教学任务起，应对实习教学制定详细的教学计划，要求实习生熟悉本科护士日常工作程序、病房环境及各种治疗设施。</p> <p>4.5.2 根据实习大纲，带教老师要对实习生进行业务指导，结合临床实际进行小讲课，实习生每周参加专科或科室联合的讲课 1 次。</p> <p>4.5.3 临床带教老师应重视实习生的“三基”（基本知识、基本技能、基本理论）训练，培养实习生独立处理问题的能力，启发学生在学习上的主动性、积极性和创造性。实习护士在各科实习期间，必须按实习大纲要求书写 1 份护理教学查房案例。</p> <p>4.5.4 护士长及带教老师对实习生应严格要求、严格训练、严格管理，耐心指导，热情帮助；培养实习生的慎独精神和良好医德医风，同时关注学生的身心健康。</p> <p>4.5.5 根据教学大纲，科室应有针对性地安排教学查房，每轮 1 次。教学查房过程中，各级带教老师要运用启发、诱导、提问、分析、推理、归纳、综合等方式，理论结合实际，培养学生的临床工作能力及综合思维能力。</p> <p>4.5.6 对于学有余力的学员，可以超出实习大纲的要求，在带教老师的指导下，进行进一步的临床实践，或参加部分临床科研工作，以培养学生的基本科研能力。</p>					



4.5.7 实习科室要在每轮学员实习结束后对学员进行考核，考核学习效果、思想表现，并将考核结果记录于实习考核登记本。

4.5.8 在每一轮、每一阶段的实习中，教学委员会秘书应组织带教老师针对学生学习情况进行小结，认真阅读学生月反思日记，收集学生对实习教学工作的意见和建议，不断总结经验教训，更加合理的安排实习教学，提高实习带教质量。

4.5.9 毕业实习鉴定：每个科室实习结束时应认真做好出科实习成绩考核，严格按照要求评定成绩。先由学生本人自我鉴定，再由带教老师填写实习评语，最后由护士长审核并签字。

4.6 实习护士守则：

4.6.1 实习护士职责

4.6.1.1 遵守医院各项规章制度，服从医院和科室的安排。

4.6.1.2 必须在带教老师的指导或许可下从事护理活动。严格遵守操作规程，认真执行三查八对制度，防止护理缺陷、事故的发生。一旦发生或发现事故隐患应立即报告带教老师或护士长，不得隐瞒，以争取处理问题的时机，以免造成严重的后果。

4.6.1.3 勤奋学习，虚心请教。参加科室组织的每一次小讲课，业余时间参加小讲课不补休。业余时间自觉自修，做好实习笔记，加强理论与实践结合，打下扎实基本功。实习反思日记每周提交给带教老师批阅。

4.6.1.4 在带教老师的指导下学习记录电子病历，由带教老师审阅签名。不可自行使用老师的工号进行书写。

4.6.1.5 严格执行保护性医疗制度。遇患者及家属对诊断、治疗或预后有询问时，应按照上级医师、护士意见解答，对预后不良或其他严重合并症者不得自行向患者或家属透露。

4.6.1.6 完成实习大纲要求，大科（4周）结束前三天、小科结束前二天，写好实习小结交带教老师写评语。

4.6.1.7 实习结束前一周将手册送护理部终评，结束时办理离院手续。

4.6.2 实习纪律及注意事项：

4.6.2.1 严格遵守医院的各项规章制度，养成严谨、细致、准确、求实的工作作风。

4.6.2.2 仪表整洁端庄：佩戴胸牌、手表，头发整洁，长发不过肩、戴头花，留海不挡眼；夏装下缘不露出裙子，冬装一律穿工作裤子，穿白色护士鞋，白色或肉色袜子。工作服保持整洁。

4.6.2.3 自觉遵守劳动纪律：提前 15 分钟到岗，作好个人准备。上班时不得擅自离开工作岗位，不早退，不私自调班。不得向护士长和带教老师提出不合理的排班要求；不得旷工，查岗发现无故旷工的，每缺一天补实习三天，旷工累计达 10 天以上者，退回学校；在岗必须保持良好的精神状态。

4.6.2.4 关心、爱护、尊重病人。对病人及家属态度热情和蔼、语言文明有礼，不泄露、不谈论病人、家属隐私和秘密，不与其闹纠纷，不托其办事，不私自随同病人外出。

4.6.2.5 尊敬老师，与其他学校同学友好相处，互相帮助。

4.6.2.6 爱护公物，不拿医院用物。损坏医疗器械、物品，按价赔偿。

4.6.2.7 实习期间做好自我健康管理。牢固树立安全第一的思想，后夜班须在 21 时前在医院值班室休息、前夜班下班后须在医院值班室休息。

4.6.2.8 自觉遵守请假制度：请假必须由实习生本人办理手续，填写护生请假单(特殊情况可由家长或委托他人代为请假)，必须在手续办妥后方可离开实习岗位。

4.6.2.8.1 事假：原则上不能请，必须请事假时，须提前书面申请，经学校教务处同意



盖章后交护理部审批。

4.6.2.8.2 病假须持本院病假证明（急诊例外，不超过 3 天），并持病假证明和门诊病历到护理部登记批准，办妥手续后休息。病假超过 1 周，经学校教务处同意盖章后交护理部审批，并在正常实习结束后，补相同时间实习。

4.6.2.8.3 就业面试假：尽量利用自己的休息日，需提前一天请假，学生全程面试假不超过 7 天，工作已落实者不再请面试假，并不得挪为他用。


4.6.2.8.4 请假一周以内者由科室护士长签字批准后提交护理部，护理部批准后方可离岗；一周以上者需学校批准。

4.6.2.8.5 无故旷实习者，通报学校视其情节和本人态度，给予批评教育或纪律处分；实习中累计旷 3 天以上者，除给予纪律处分外，根据受处分的性质及本人态度，决定是否允许其继续实习。

护生请假单

姓名： 学校： 请假总数：

日期	请假时间	去哪里？干什么？	所在科室	护士长签名	护理部 签署	备注

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会
 签发人： 签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYY-HLB-ZD057	文件名称	护理责任组长聘任与考核制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	俞燕

1. 目的

1.1 全面提高护理质量，合理利用人力资源，充分调动各级护理人员的主观能动性。

1.2 储备护理干部后备人才，建立护理人才梯队。

2. 主要参考依据
《南浔区人民医院护理部护理责任组长竞聘及聘任方案》。

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 岗位设置：每个护理单元设置护理组长 2 名，特殊护理单元可根据工作需要设置。

4.2 竞聘资格与条件

4.2.1 具备大专及以上学历，护师及以上资格，从事护理工作至少 5 年。（特别优秀者例外）

4.2.2 熟悉本专业基础理论、临床知识及实践能力，有丰富的临床护理工作经验，有指导下级护士有效开展基础护理、专科护理的能力。

4.2.3 有一定的沟通、管理能力，能配合护士长工作，主动参与病区管理，提高病人、医生对护理工作的满意度。

4.2.4 身体健康，能胜任本职岗位工作。

4.3 竞聘程序
医院坚持民主集中制的原则，采取公开、公正、公平竞聘上岗的方式，具体程序如下：

4.3.1 公布职位。

4.3.2 报名：采用自主报名和推荐报名，报名时要填写统一的推荐表，群众推荐的须在推荐表上签名。


4.3.3 资格审查：按照竞争上岗实施方案规定的条件，对报名人员进行初步审核，符合条件者参加竞聘。

4.3.4 竞聘方式：理论知识、技能操作考核及面试，择优录取。

4.3.5 任命公示：根据测评结果讨论决定拟任人选，公示。

4.4 护士长定期对护理组长工作进行考评，对存在的问题及时与护理组长沟通，不断改进工作中的不足，提高自身素养和工作水平。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-11-02



文件编号	NXYH-HLB-ZD058	文件名称	护士进阶管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	周小红	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 根据护士的工作经历、学历水平、业务能力，将护士分成不同层级，有利于护士职业发展和个人成长。</p> <p>2.主要参考依据 《护士分级管理实施方案》、浙江省综合医院等级评审标准（2019版）。</p> <p>3.名词定义</p> <p>3.1 读书笔记：读书时为了把自己的读书心得记录下来所做的笔记，包括结合工作中的所思、所想、所悟所记录的文字。</p> <p>3.2 个案护理：是指护士在护理患者的过程中，能发现临床护理问题，并运用循证护理措施对患者进行护理，观察其效果。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 护士分层包括 N0、N1、N2、N3、N4，应逐级进阶。护士必须达到至少 N2 的层级，进阶 N3 和 N4 以自愿为原则。</p> <p>4.2 新毕业参加工作的护士,取得护士执业资格证书满 1 年（相当于工作满 1.5 年内）为 N0；</p> <p>4.3 申请进阶人员当年病假累计时间不能超过 3 个月，本周期内病假累计时间不能超过 6 个月，当年度超过 3 个月或周期内超过 6 个月者推迟 1 年进阶。</p> <p>4.4 有工作经验入院的护士：入院时由护理部初定 N0，试用期（3 个月）结束后由护士长界定层级，要求工作年届、临床工作能力需达到同层级护士水平，填报《护士进阶申报表》交至护理部审核，护理部审核通过予以反馈并调整个人档案。</p> <p>4.5 进阶条件</p> <p>4.5.1 申请进阶 N1 的护士必须达到：</p> <p>4.5.1.1 取得护士执业资格证书,实际临床工作≥1 年。</p> <p>4.5.1.2 获得院级 CPR 合格证书。</p> <p>4.5.1.3 完成新护士岗前培训课程。</p> <p>4.5.1.4 完成 N0 护士分层培训规定课程，达到 90%及以上。</p> <p>4.5.1.5 参加护理部及科室理论考核、操作考核成绩合格。</p> <p>4.5.1.6 每年至少完成科内、院内在职教育培训≥20 学分，其中全院护士分层培训≥10 学分。</p> <p>4.5.1.7 完成读书笔记 4 篇，其中工作反思日记至少 2 篇。</p> <p>4.5.2 申请进阶 N2 的护士必须达到：</p> <p>4.5.2.1 实际临床工作时间大专及以上学历≥3 年，中专学历≥5 年；</p> <p>4.5.2.2 获得院级 CPR 合格证书</p> <p>4.5.2.3 参加护理部及科室理论考核、操作考核成绩合格。</p> <p>4.5.2.4 完成 N1 分层培训规定课程，达到 80%及以上。</p> <p>4.5.2.5 每年至少完成科内、院内外在职教育≥18 学分，其中全院护士分层培训≥10 学分。</p> <p>4.5.2.6 每年至少 1 次科内培训或疾病查房主讲。</p> <p>4.5.2.7 完成读书笔记 4 篇，其中工作反思日记至少 2 篇。</p>					



- 4.5.2.8 参与完成至少 1 项持续性护理质量改进项目。
- 4.5.2.9 完成 1 篇个案护理，通过护士长审核；或发表或进行院外学术交流护理论文 1 篇。
- 4.5.3 申请进阶 N3 的护士必须达到：
- 4.5.3.1 实际临床工作时间本科学历 ≥ 6 年，大专学历 ≥ 8 年；中专学历 ≥ 10 年；
- 4.5.3.2 获得院级 CPR 合格证书。
- 4.5.3.3 参加护理部及科室理论考核、操作考核成绩合格。
- 4.5.3.4 完成 N2 分层培训规定课程，达到 70%及以上。
- 4.5.3.5 每年至少完成科内、院内外在职教育 ≥ 16 学分，其中全院护士分层培训 ≥ 9 学分。主管护师参加省级或国家级继续教育，每年度 I 类学分 ≥ 5 分。
- 4.5.3.6 参与新护士及护生的带教，参与片区或者科室培训授课至少 2 次。
- 4.5.3.7 协助护士长参与科室行政事务管理，并提出建设性意见。
- 4.5.3.8 至少主持 1 次科室护理查房，并通过护士长审核。
- 4.5.3.9 协助完成至少 1 项 CQI 或 QCC 项目。
- 4.5.3.10 完成 1 篇个案护理，通过护士长审核；或在市级及以上杂志发表护理论文 1 篇（第一作者）或参加市级以上论文交流。
- 4.5.4 申请进阶 N4 的护士必须达到：
- 4.5.4.1 竞聘上岗的责任组长、总带教老师或专职专科护士。
- 4.5.4.2 获得院级 CPR 合格证书
- 4.5.4.3 参加护理部及科室理论考核、操作考核成绩合格。
- 4.5.4.4 完成 N3 分层培训规定课程。
- 4.5.4.5 至少完成科内、院内外在职教育 ≥ 25 学分，其中全院护士分层培训 ≥ 8 学分。
- 4.5.4.6 参与新护士及护生的带教，进阶当年参与片区或科室培训授课至少 2 次。
- 4.5.4.7 进阶当年至少主持科室护士会议 1 次。
- 4.5.4.8 协助护士长参与科室行政事务管理，并提出建设性意见，承担护理质量监控。
- 4.5.4.9 至少主持完成 1 项 CQI 或 QCC 项目。
- 4.5.4.10 发表于市级及以上论文 1 篇（第一作者）或市级护理课题 1 项（前三位）或专利 1 项（排名第一），或开展新技术新项目 1 项（排名第一）。
- 4.6 分层培训规定训练课程完成要求
- 4.6.1 分层培训包括全院性分层培训、科室分层培训、护理查房/疑难病例讨论、专业小组培训课程。
- 4.6.2 全院性和专业小组培训课程每次可授予主讲人 2 学分，授予参加者 0.5 学分。参加者全年所获得的该类学分最多不超过 10 学分。片区和科室分层培训、护理查房/疑难病例讨论每次主讲人可授予 1 学分，参加者授予 0.2 学分，参加者全年所获得的该类学分最多不超过 10 学分。
- 4.7 进阶工作实施流程
- 4.7.1 每年年初，计划当年进阶的护士向护士长预报名。
- 4.7.2 护士长对预报名人员进行初审，确定本年度各层级拟进阶人员名单，上报护理部。
- 4.7.3 每年 2 月份护士长对进阶相关资料进行审核，护士长初审后汇总科室所有拟进阶名单级资料，提交至护理部。
- 4.7.4 护理部审核申请进阶人员的资料，护理个案或论文由护理部审核。
- 4.7.5 审核结果反馈给科室，无异议确认进阶。



4.7.6 进阶申请材料必须真实，如有虚假则取消进阶资格。

4.8 补充说明

4.8.1 护理部全面负责护士考核和进阶工作，包括组织全院各层级护士考试、审核所有进阶护士资料。

4.8.2 护士长：年初负责上报科内护士的进阶计划；负责科内护士季度和年度考核；协助护理部组织进阶 N3 和 N4 护士教学能力、查房能力、主持科室会议、持续质量改进项目报告的评估；负责科室进阶护士材料评审工作。

4.8.3 申请进阶的护士：完成季度和年度考核要求，完成进阶要求，并准备进阶相关材料，申请进阶。

4.8.4 进阶护士进阶当年参加护理部理论及操作考核，通过率未达到 70%者延迟半年进阶直至连续两次考核合格后护理部审核后进阶，通过率未达到 80%延迟三个月进阶直至考核一次考核合格护理部审核后进阶。

4.8.5 具有省内外二甲以上综合医院工作经历者入职后，进阶条件参照本院同层级护士；其他医院入职我院者，进阶要求、分层培训内容降一个层级，之后参照医院护士分层进阶考核。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-20



文件编号	NXYH-HLB-ZD059	文件名称	优质护理服务管理制度	适用范围	护理单元
制定部门	护理部	修订/核对人	蒋惠芳	内审人	申屠敏姣
<p>1.目的 医院营造“以患者为中心”的服务理念，优化服务流程，改造服务品质，为患者提供全程、全面、专业、人性化的护理服务，改善患者体验，促进医患和谐。</p> <p>2.主要参考依据 卫生部办公厅关于印发《2010年“优质护理服务示范工程”活动方案》的通知，卫办医政发(2010)13号；《关于印发医院实施优质护理工作标准(试行)》的通知（卫医政发(2010)18号）；《关于进一步深化优质护理、改善护理服务的通知》，国卫办医发（2015）15号；《三级医院优质护理服务检查评价表》（卫办医政函（2011）973号）。</p> <p>3.名词定义 优质护理:是指以患者为中心，强化基础护理，全面落实护理责任制，深化护理专业内涵，整体提升护理服务水平。 以患者为中心:是指在思想观念和医疗行为上，处处为患者着想，一切活动都要把患者放在首位。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 后勤保障科、物资管理中心</p> <p>4.1.1 保持 24 小时电话通畅，接到报修电话或网络报修信息，2 小时内到达现场维修，接到急修电话，30 分钟内到达现场维修。</p> <p>4.1.2 建立巡视机制，定时巡视病房，发现问题及时处理，并做好记录。</p> <p>4.1.3 保证水、电、暖的及时供应和维修。</p> <p>4.1.4 根据临床需求做好物资配备，采购合格的医疗用品，保障医疗安全。</p> <p>4.1.5 常用办公用品满足病房工作要求，下送至病房。</p> <p>4.1.6 做到“三下”(下送、下收、下修)，为临床提供及时、便捷、高效服务；保证“三通”(水通、电通、气通)，及时处理“三漏”(漏水、漏电、漏气)。</p> <p>4.2 膳食科</p> <p>4.2.1 制定并落实基本饮食服务，开展订餐，提供营养配餐、基本膳食、治疗膳食，满足临床治疗工作需要。定期下病房征求患者的意见并改进。</p> <p>4.2.2 提供送饭菜到病房服务。</p> <p>4.3 采购中心、物资管理中心</p> <p>4.3.1 满足各科室已批复的设备及配件采购工作。</p> <p>4.3.2 建立巡检机制，定时巡视，主动进行设备的维护和保养，确保设施的完好工作状态。</p> <p>4.3.3 及时应答各临床科室的设备检修请求，并提供替代方案，确保临床所需。</p> <p>4.3.4 建立全院应急调配机制，重点部门抢救设备运转良好。</p> <p>4.4 药学部</p> <p>4.4.1 保证配发药品质量合格、安全。</p> <p>4.4.2 严格执行处方调剂操作规程，发出药品准确无误。</p> <p>4.4.3 每日按时将各病区所需药品送至病区。</p> <p>4.4.4 落实基本药物使用制度，药师定期检查与处方点评，指导临床药物的合理应用。</p> <p>4.5 消毒供应中心</p>					



- 4.5.1 遵守消毒供应管理制度，保证消毒灭菌物品质量。
- 4.5.2 开展信息系统请领服务，及时收下送，满足临床物资的需要。
- 4.5.3 加强与科室的协调沟通，对提出的问题与建议，及时讨论分析、整改，并进行质量跟踪，有记录。
- 4.5.4 开展弹性排班，满足临床科室工作需求。
- 4.6 医技部门(检验科、影像科等)
 - 4.6.1 实行 24 小时值班制，及时有效地为患者提供服务。
 - 4.6.2 及时完成相关床边检查，如:床边 X 线、床边心电图等。
 - 4.6.3 各种检查、检验报告在规定时间内出具，并及时发送。
 - 4.6.4 急诊和病危等患者优先检查，检查结果及时通知临床。
 - 4.6.5 保护患者隐私，提供便民服务。
 - 4.6.6 加强与临床科室的沟通协调，树立“以患者为中心”的服务理念，不断改进工作。
- 4.7 医务部
 - 4.7.1 加强科室医生的管理，规范医疗行为。
 - 4.7.2 加强医生培训，严格落实医院《分级护理制度》，根据患者病情和生活能力开具护理级别医嘱。
 - 4.7.3 加强医护协作和有效沟通。
- 4.8 医院宣传科
 - 4.8.1 负责病房所需各种公示牌及温馨提示牌的制作。
 - 4.8.2 采集优质护理服务的新闻并及时报道。
- 4.9 人事科
 - 执行国家有关工资、福利待遇等规定，保证护士岗位同工同酬。
- 4.10 护理部
 - 4.10.1 计划和实施
 - 4.10.1.1 制定优质护理服务规划，明确岗位职责。
 - 4.10.1.2 每年开展制度培训。
 - 4.10.1.3 对制度的落实进行监督、考核、评价、记录。
 - 4.10.2 落实基础护理，改善护理服务。
 - 4.10.2.1 每季对住院患者进行护理工作满意度调查。
 - 4.10.3 深化“以患者为中心”理念，丰富工作内涵
 - 4.10.3.1 每年举行推进优质护理服务的相关活动。
 - 4.10.3.2 规范护理人员仪表、礼仪、服务行为，并组织培训。
 - 4.10.3.3 提供连续性护理服务。
 - 4.10.4 充实临床护士队伍，加强人力资源管理。
 - 4.10.4.1 实施护士分层管理，每年制定护士分层培训内容并落实。
 - 4.10.4.2 不断充实护理队伍，逐步使普通病房护士与床位比达到 0.4:1。每名护士平均负责的患者不超过 8 个。
 - 4.10.4.3 定期进行护理人员工作满意度调查。
 - 4.10.4.4 制定护理人力资源调配方案和各级护理人员岗位职责、技术能力要求、工作标准。
 - 4.10.5 完善护理质量管理，持续质量改进。
 - 4.10.5.1 制定护理质量检查、专项护理质量检查标准及检查方法。



4.10.5.2 对检查存在的问题及时反馈，追踪评价。

4.10.6 落实《护士条例》，建立护士绩效考核制度。

4.11 护理单元

4.11.1 各护理单元制定细化、量化的优质护理服务目标和措施。

4.11.2 全面落实责任制整体护理。

4.11.2.1 根据病情及护理级别，按时巡视病房，落实分级护理措施。动态评估患者的生命体征和病情变化并记录。

4.11.2.2 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助，执行卫生部基础护理服务项目和工作规范要求，正确实施护理，如晨、晚间护理、饮食、排泄护理、皮肤护理、口腔护理、压力性损伤护理、气道护理等。

4.11.2.3 保持患者的舒适和功能体位，实施安全措施。

4.11.2.4 遵医嘱正确实施治疗及护理措施，并观察患者的反应，发现异常及时报告。

4.11.2.5 为患者提供康复指导，协助患者进行功能锻炼，鼓励和指导患者进行自我照护。

4.11.2.6 具备良好的护患沟通能力，为患者提供心理指导。

4.11.2.7 熟悉健康教育的实施方法，向患者及家属进行个性化出院指导、健康教育。

4.11.3 各护理单元每月发放 30 份住院患者满意度调查表，针对调查中存在的问题，进行整改、评价及记录。

4.11.4 各护理单元建立绩效分配方案，每月以工作数量、工作质量、服务质量、技术难度、护理安全、满意度等为依据进行绩效考核；。

4.11.5 各护理单元每月召开工休座谈会，及时听取意见，采取改进措施。

4.11.6 落实护士分层管理，进行专科理论和专科护理技术操作的培训及考核。

4.11.7 每月进行护理质量检查、分析整改、评价。


4.12 信息科

4.12.1 主动进行信息系统设备的维护和保养，确保设备设施的完好工作状态。

4.12.2 及时应答各临床科室的计算机检修请求，确保临床所需。

4.12.3 根据临床护理需求，不断完善信息化建设，提升优质护理质量。

审批委员会（组织）：护理质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2022-12-20