



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

护 理 学 基 础

Z H O N G Y I H U L I J I N E N G



主编：XXX
主讲：XXX





护理学基础



第二十章

医疗与护理文件的书写与管理

第二十章 医疗与护理文件的书写与管理

目录

01

医疗与护理文件的
书写与管理的概述

02

护理病历的书写

学习目标

第二十章医疗与护理文件的书写与管理

知识目标

- (1) 能正确描述医疗与护理文件的记录及管理要求。
- (2) 能正确区分医嘱的种类及执行要求。
- (3) 能正确陈述病区交班志书写顺序及要求。

能力目标

- (1) 正确绘制体温单
- (2) 正确处理各种医嘱。
- (3) 能准确书写护理记录单、病区交班志。

素质目标

能够正确认识医疗与护理文件记录的重要性，规范、认真记录相关文件。



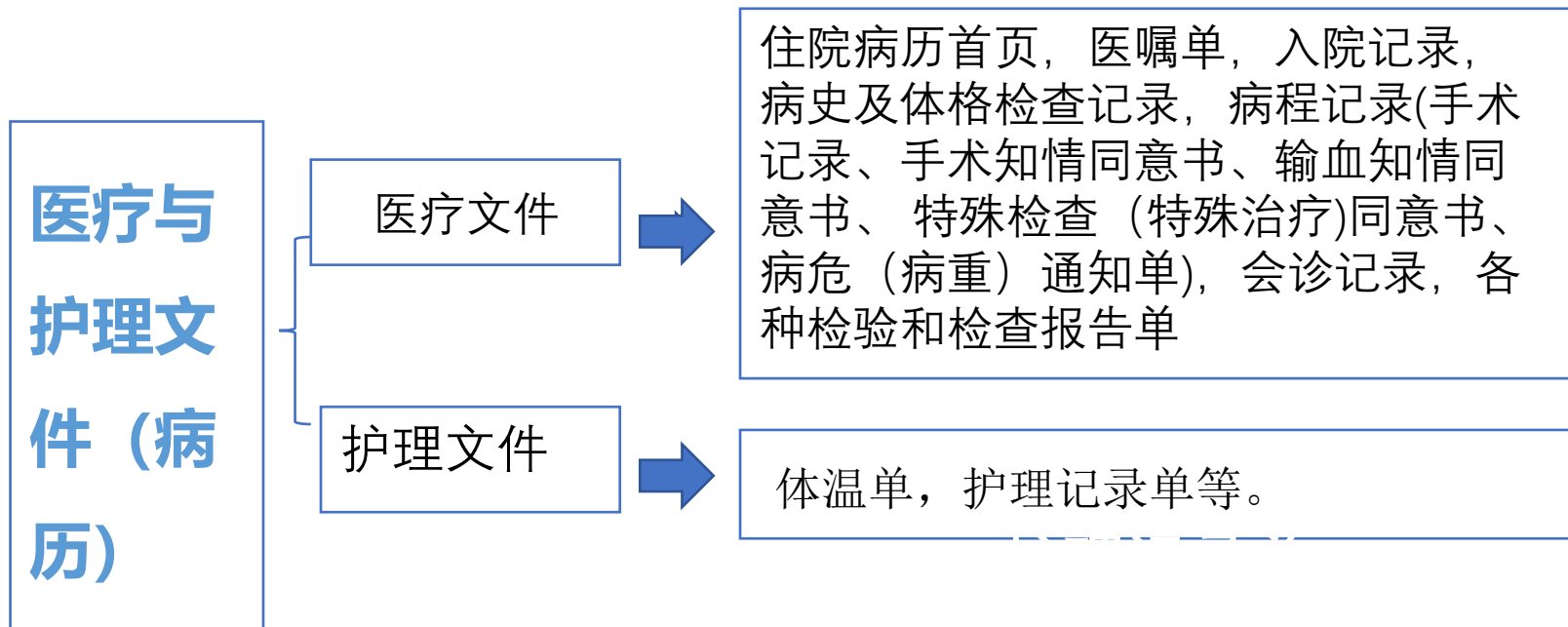
学习重点

1. 体温单的绘制
2. 医嘱的处理
3. 护理记录单
4. 病区护理交班志

学习难点

体温单的绘制

第一节 医疗与护理文件的概述



> 第一节 医疗与护理文件的概述

医疗与护理文件（病历）的作用：

- ◆ 提供信息
- ◆ 提供教学与科研资料
- ◆ 提供评价依据
- ◆ 提供法律依据

医疗与护理文件（病历）书写的基本原则：

- ◆ 及时
- ◆ 准确
- ◆ 完整
- ◆ 简要
- ◆ 清晰

三、医疗与护理文件（病历）管理的要求

（一）排列病历的顺序

住院病历和出院病历排列顺序

1. 住院期间病历排列顺序

- (1) 体温单（按时间先后倒排）
- (2) 医嘱单（按时间先后倒排）
- (3) 入院记录
- (4) 病史及体格检查
- (5) 病程记录（手术、分娩记录单等）
- (6) 会诊记录
- (7) 各种检验和检查报告
- (8) 护理记录单
- (9) 长期医嘱执行单
- (10) 住院病历首页
- (11) 门诊和/或急诊病历

2. 出院（转院、死亡）后病历排列顺序

- (1) 住院病历首页
- (2) 出院或死亡记录
- (3) 入院记录
- (4) 病史及体格检查
- (5) 病程记录
- (6) 各种检验及检查报告单
- (7) 护理记录单
- (8) 医嘱单（按时间先后顺排）
- (9) 长期医嘱执行单
- (10) 体温单（按时间先后顺排）

第一节 医疗与护理文件的概述

住院
期间
病历
的管
理要
求

患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管

医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后24小时内归入或者录入住院病历

必须保持医疗护理文件的清洁、整齐、完整，防止污染、破损、拆散、丢失。任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历

发生医疗事故纠纷时，应于医患双方同时在场的情况下封存或启封死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医生查房记录、会诊记录、病程记录、各种检查报告单、医嘱单等，封存的病历资料可以是复印件，封存的病历由医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员保管

第一节 医疗与护理文件的概述

出院
(含
死亡
)病
历的
管理
要求

患者出院后，住院病历由病案管理部门或者专（兼）职人员统一保存、管理

其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构

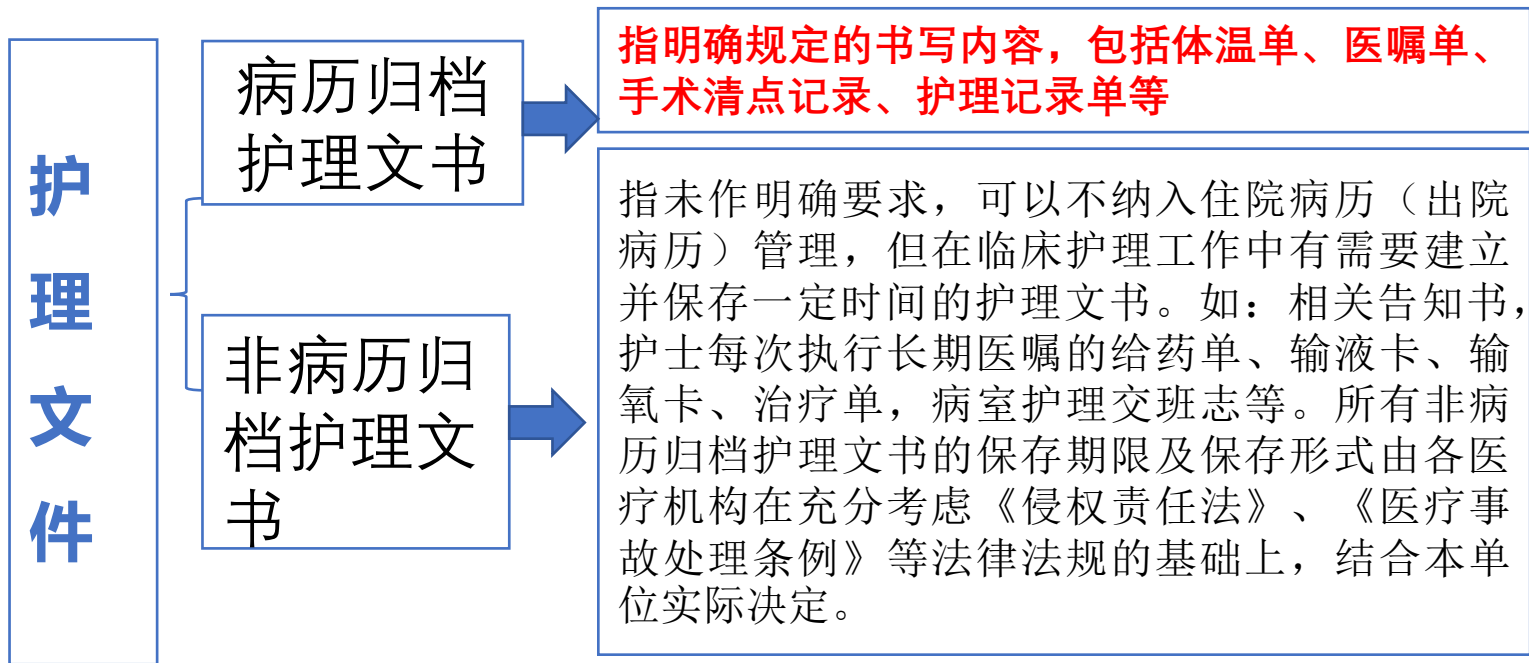
患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构有权复印或复制患者的门（急）诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料

管理时限要求：

- （1）门（急）诊病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年；
- （2）住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。

第二节 护理病历的书写

按《医疗事故处理条例》、原卫生部《病历书写基本规范》及《关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》（卫办医政发〔2010〕125号）的规定，护理文件包括病历归档护理文书和非病历归档护理文书。



> 第二节 护理病历的书写

一、体温单的绘制

体温单为表格式，是记录患者生命体征等基本信息的护理文书，内容包括出入院、手术、分娩、转科或死亡时间、体温、脉搏、呼吸、血压、疼痛、大便次数、小便、出入液量、体重、身高、药物过敏等。

第二节 护理病历的书写

体温单眉栏的填写

- ◆ 蓝色或黑色钢笔填写眉栏各项：姓名、科别、病室、床号、住院号
- ◆ 日期的填写：填写“日期”栏时，每页第一日应填写年、月、日，其余六天只写日。如在6天中遇到新的年度或月份开始，则应填写年、月、日或月、日。
- ◆ 住院日期的填写：自入院当日开始计数，直至出院
- ◆ 手术后日期的填写：手术当日用红笔在40℃~42℃之间相应时间栏内填写手术（不写时间），手术次日开始记数，如在7天内患者行第2次手术，则将第1次手术日数作为分母，第2次手术日数作为分子填写，连续填写7天，如第一次手术后第1日行第二次手术，记录方式为1/2~7/8。，连续填写7天；

第二节 护理病历的书写

体温单40~42℃之间体温栏的内容记录

- ◆ 一律使用专用印章或红笔记录
- ◆ 纵向顶格填写“入院”、“出院”、“转科”、“手术”、“分娩”、“死亡”等（电子病历除外）。
- ◆ 除“手术”不写时间外，其余均要求填写时间具体到分钟；
- ◆ 转入时间由转入科室填写。
- ◆ 若患者因拒测、外出进行诊疗活动或请假等原因未能测量体温时，则在体温单40~42℃横线之间用红笔在相应时间纵格内填写“拒测”“外出”或“请假”等，并且前后两次体温断开不相连。

第二节 护理病历的书写

体温曲线的绘制

- ◆ 口温为蓝或黑圆点“●”、肛温为蓝或黑圆圈“○”、腋温为蓝或黑叉“×”。
- ◆ 相邻两次体温之间用蓝或黑笔连线。
- ◆ 物理或药物降温30分钟后，应复测体温，测量的体温以红圈表示，划在物理降温前温度的同一纵格内，并用红虚线与降温前的温度相连，下次测得的温度用蓝线仍与降温前温度相连。
- ◆ 体温不升者，用蓝或黑笔在35℃以下顶格用“↓”表示。“↓”占2~3小格。
- ◆ 患者因故外出，回病房后补测的体温绘制于相应时间栏内

第二节 护理病历的书写

体温单脉搏曲线的绘制

- ◆ 脉搏以红圆点“●”绘画，相邻两次脉搏用红线相连。每小格为2次。
- ◆ 2.体温与脉搏重叠时，在口温蓝或黑圆点“●”或腋温蓝或黑叉“×”外以红圈“○”表示，在肛温蓝或黑圆圈“○”内画红点“⊙”。
- ◆ 3.脉搏短绌时，以红圈“○”表示心率，红点“●”表示脉搏，相同时间测得的心率与脉搏用红色直线相连。

> 第二节 护理病历的书写

体温单呼吸的记录

- ◆ 用蓝笔记录自主呼吸的次数（数字），相邻两次上下错开，先上后下。
- ◆ 使用呼吸机的患者，记录在辅助状态下的呼吸次数，数字前加“A”（如“A16”）。

第二节 护理病历的书写

体温单底栏的记录

- ◆ 身高 单位为厘米（cm），患者入院时视病情测量身高并记录。
- ◆ 体重 单位为公斤（kg），患者入院时视病情测量体重并记录。因病情或特殊原因不能测量体重时，分别用“平车”或“卧床”表示。
- ◆ 血压 单位为毫米汞柱（mmHg），新入院患者首次血压，以及住院期间每周1次的血压常规记录在体温单对应日期的栏目内；一般情况下，7岁以下的患儿入院时不要求记录血压
- ◆ 出入水量 单位为毫升（ml），将24小时总量转记在体温单对应日期的相应栏内

第二节 护理病历的书写

体温单底栏的记录

- ◆ 大便 填写次数，未解用“0”表示，大便失禁、肠痿，用“*”表示，人工肛门用“☆”表示，清洁灌肠用“E”表示。①“0/E”表示清洁灌肠后未解大便；②“1/E”表示清洁灌肠后解大便1次；③“1，2/E”表示清洁灌肠前解大便1次、清洁灌肠后解大便2次；④“*/E”表示清洁灌肠后解大便3次以上；⑤“2/2E”表示第2次清洁灌肠后解大便2次。
- ◆ 小便 已解用“+”表示，未解用“0”表示，失禁用“*”表示，若需记录小便量时，用数字记录，计量单位为“ml”。
- ◆ 7. 药物过敏 患者如有药物过敏史，在体温单“住院第1天”相应栏内用红笔填写过敏药物名称。入院后发生的药物过敏在对应日期相关栏目内填写药名。
- ◆ 8. 空格 可作为需增加的观察内容和项目

二、医嘱单的处理

- ◆ **医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令，主要由护士负责执行。**
- ◆ **医嘱的内容包括：日期、时间、床号、姓名、护理常规、护理级别、饮食、体位、药物（注明剂量、用法、时间等）、各种检查及治疗、术前准备以及医生和护士的签名。**
- ◆ **一般由医生开写医嘱，护士负责执行。**

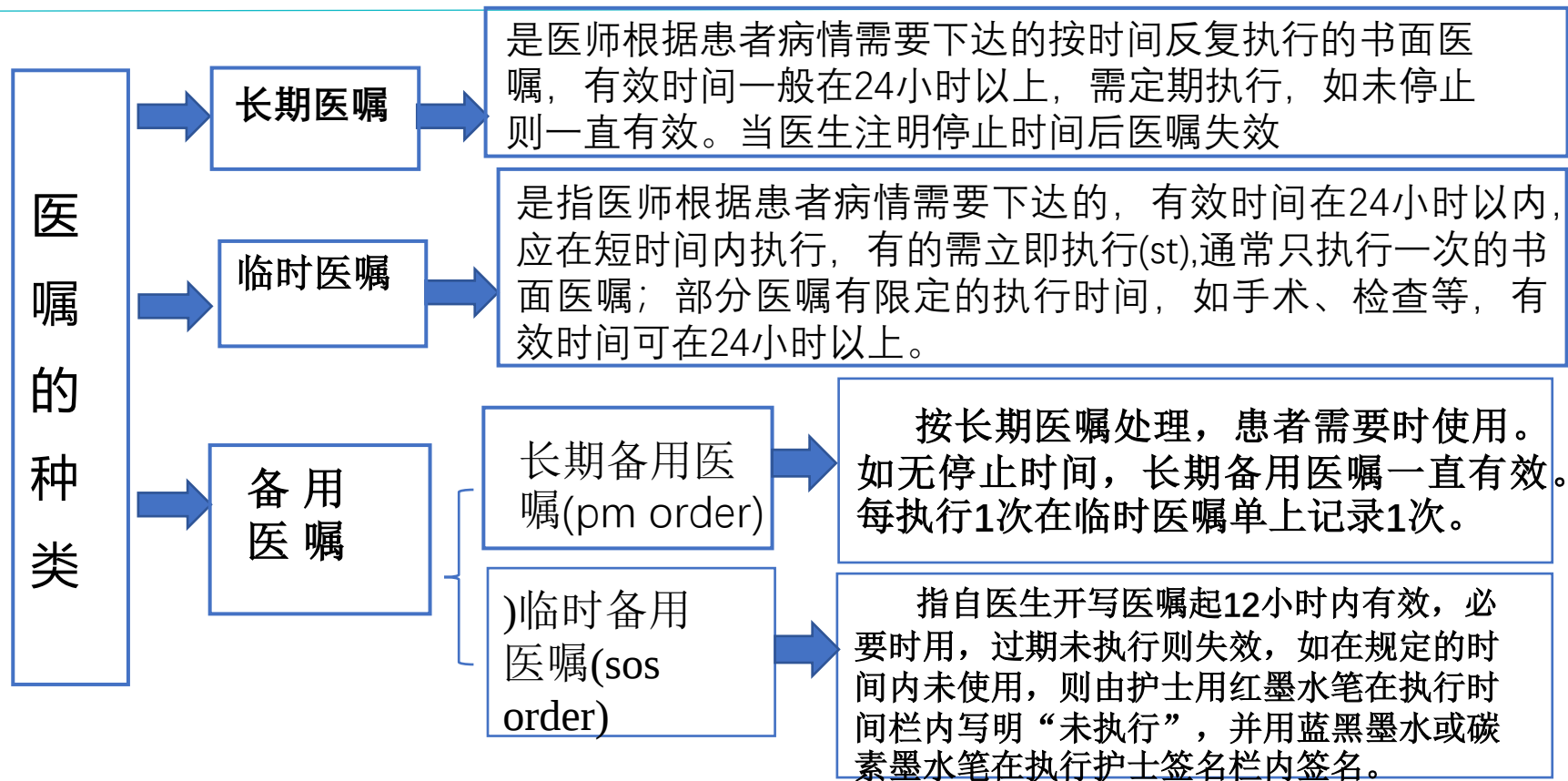
第二节 护理病历的书写

与医嘱相关的单据

1. 医嘱单 是记录医嘱的医疗文书，包括长期医嘱单和临时医嘱单

2. 各种执行单 包括服药单、注射单、治疗单、输液单、饮食单等，护士确认医嘱后直接生成并打印执行单，是治疗和护理实施的依据。

第二节 护理病历的书写



> 第二节 护理病历的书写

医嘱的处理程序与方法

- ◆ 提取医嘱
- ◆ 校对医嘱
- ◆ 生成执行单
- ◆ 执行医嘱

医嘱的处理原则

- ◆ 先急后缓，
- ◆ 先临时，后长期
- ◆ 有疑问，核实后执行
- ◆ 医嘱执行者应签全名

第二节 护理病历的书写

医嘱处理的**注意事项**

- ◆ 医嘱必须经医生签名后方为有效。一般情况下，护士不得执行口头医嘱。因抢救急危患者需要医师下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，医师确认无误后执行。抢救结束后6小时内，医师据实补开医嘱，当事护士据实补记执行时间和签名。
- ◆ 处理医嘱时，应先急后缓，即先执行临时医嘱，再执行长期医嘱。
- ◆ 医嘱需每班、每日核对，核对后签全名。
- ◆ 凡需下一班执行的临时医嘱要交班，并在护士交班记录上注明。

三、护理记录单

护理记录单是护士根据医嘱和病情，对患者住院期间护理过程客观记录的护理文书。

记录内容包括患者生命体征、出入量、病情动态、护理措施、药物治疗效果及反应等。

第二节 护理病历的书写

(一) 一般护理记录单

◆ 记录内容与要求

- ✓ 根据临床实际，一般护理记录单可采用表格式；也可采用描述性记录方式，简要记录主要的护理过程。
- ✓ 记录的内容与频次遵医嘱和视病情及治疗等需要决定，病危患者至少每班记录1次，病重患者至少每日记录1次，所有患者病情发生变化或意外情况时随时记录，记录时间应当具体到分钟。
- ✓ 护理记录体现个性化，有观察重点、针对性的护理措施与效果等。

第二节 护理病历的书写

(一) 一般护理记录单

◆ 一般护理记录单（表格式）相关栏目填写说明

- ✓ 填写眉栏各项(如为电子病历则自动生成)，包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、住院病历号、入院日期、诊断等。
- ✓ 及时准确地记录患者的体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度等。计量单位写在标题栏内，记录栏内只填数字。
- ✓ 意识 根据患者意识状态选择填写：清醒、嗜睡、昏睡、浅昏迷、深昏迷。如患者使用镇静剂无法判断意识状态，可在意识栏记录“镇静状态”。
- ✓ 瞳孔 包括大小和对光反射。记录以患者的解剖学位置的方向为准，大小用数字记录，单位为“mm”，记录于瞳孔标识的正下方。对光反射存在用“+”，对光反射迟钝用“±”，对光反射消失用“-”表示，记录于瞳孔标识的正上方。两侧瞳孔等大时，在瞳孔标识之间用“=”表示，如；两侧瞳孔不等大时，在瞳孔标识之间用“>”或“<”表示，如“○>○”表示右侧瞳孔大于左侧瞳孔。一侧眼球摘除（如左侧摘除）以“○-”表示。

第二节 护理病历的书写

(一) 一般护理记录单

◆ 一般护理记录单（表格式）相关栏目填写说明

- ✓ 出入量 单位为“毫升（ml）”。记录时直接填写数量，不需填写单位。
 - 入量 入量项目包括：使用静脉输注的各种药物、口服的各种食物和饮料，以及经鼻胃管、肠管输注的营养液等。因故停止或更换液体时，应在入量栏记录丢弃量，在数字前加“-”（如-100）表示，并在病情观察栏说明原因。
 - 出量 出量项目包括：小便、大便、呕吐物、引流物等，需要时写明颜色、性状。大便的单位为克“g”，水分可忽略不计，如为水样大便或便血时单位为毫升“ml”，纳入出水量计算。
 - 出入量总结 在入量的“项目”栏注明“日间小结”（7:00-19:00的出入水量）或“24小时总结”（7:00至次日7:00的出入量）。总入量记入入量栏内，总出量记入出量栏内，并将总出入量记录于体温单（前1日）的相应栏内。
- ✓ 病情观察、护理措施及效果 简要、客观记录患者的病情变化，治疗、护理措施以及效果，并签全名。护理记录必须及时，如因抢救未能及时记录的，应在抢救结束6小时内据实补记。

第二节 护理病历的书写

表20-2 医院常用食物含水量

食物	单位	原料重量/g	含水量/ml	食物	单位	原料重量/g	含水量/ml
米饭	1中碗	100	240	藕粉	1大碗	50	210
大米粥	1大碗	50	400	鸭蛋	1个	100	72
大米粥	1小碗	25	200	馄饨	1大碗	100	350
面条	1中碗	100	250	牛奶	1大杯	250	217
馒头	1个	50	25	豆浆	1大杯	250	230
花卷	1个	50	25	蒸鸡蛋	1大碗	60	260
烧饼	1个	50	20	牛肉		100	69
油饼	1个	100	25	猪肉		100	29
豆沙包	1个	50	34	羊肉		100	59
菜包	1个	150	80	青菜		100	92
水饺	1个	10	20	大白菜		100	96
蛋糕	1块	50	25	冬瓜		100	97
饼干	1块	7	2	豆腐		100	90
煮鸡蛋	1个	40	30	带鱼		100	50

第二节 护理病历的书写

表20-3各种水果含水量

水果	重量/g	含水量/ml	水果	重量/g	含水量/ml
西瓜	100	79	葡萄	100	65
甜瓜	100	66	桃	100	82
西红柿	100	90	杏	100	80
萝卜	100	73	柿子	100	58
李子	100	68	香蕉	100	60
樱桃	100	67	橘子	100	54
黄瓜	100	83	菠萝	100	86
苹果	100	68	柚子	100	85
梨	100	71	广柑	100	88

第二节 护理病历的书写

（二）相关专科护理记录单

医院一些特殊专科，如手术室、重症监护室、产科、新生儿科、精神科等，可根据本科专科特点及临床实际需要，规范本专科常用护理记录单。护理观察记录单是护理人员在向患者实施护理过程中的原始有力的证据，应当规范、认真、客观地书写，患者出院或死亡后，随病历留档保存。

四、病区护理交班志

病区护理交班志是值班护士对本班病区患者的动态、需要交待的事宜及患者病情交班的索引。交班志上病危、病重患者及病情发生明显变化患者的相关情况应在护理记录单上记录。

第二节 护理病历的书写

四、病区护理交班志

◆ 书写内容与要求

- ✓ 交班志书写应在各班下班前完成
- ✓ 使用蓝黑墨水笔书写，不得涂改，书写者签全名
- ✓ 准确填写交班日期、本班患者动态
- ✓ 续写交班志时，应在前页的右下方注明“转下页”，并在续页上填写日期
- ✓ 护理交班志书写顺序为出院→转出→死亡→入院→转入→手术→分娩→病危→病重→特殊情况→明日手术或特殊检查等。若同一患者在本班内有2项或2项以上的项目需填写时，可在同一项目栏内填写。

第二节 护理病历的书写

五、护理相关告知书

入院告知书

- ◆ 介绍病区工作人员
- ◆ 介绍病区环境、住院须知及规章制度
- ◆ 介绍治疗、护理、检查时间安排

保护性约束知情同意书

- ◆ 患者相关情况
- ◆ 使用保护性约束的原因、时间
- ◆ 使用保护性约束可能发生的风险
- ◆ 患者及家属需注意的事项等

六、相关护理评估指导工具

◆ 入院护理评估内容与方法

◆ 常用护理风险评估量表

- ✓ 日常生活能力评定推荐量表（Barthel指数量表）
- ✓ 跌倒/坠床危险因素评估推荐量表（Morse量表）
- ✓ 压疮危险因素评估推荐量表（Braden量表）
- ✓ 疼痛评估推荐量表

医疗与护理文件的书写与管理

医疗与护理文件 (病历) 的概述

病历书写的作用

病历书写的要求

病历保管的要求

病历排列的顺序

医疗与护理文件 (病历) 的书写

体温单的绘制

医嘱单的处理

护理记录单

病区护理交班志

护理相关告知书

相关护理评估指导工具

思考题：

患者李某某36岁，于3天前受凉后高热，最高达40℃，服用退热药后出汗多，体温下降，但不久体温又开始升高，并有咳嗽，偶尔咳痰，痰不多，白色黏液，咳时伴胸痛，急诊收入院。查体：T39.6℃，P102次/分，R21次/分，BP 120/79mmHg，两肺底可闻及干湿啰音，心(一)腹(一)。医嘱：急查血常规，胸部X线检查，青霉素皮试，青霉素400万U静脉滴注每日2次。

思考：

- (1)上述医嘱各属于哪一类？
- (2)各类医嘱有何特点？
- (3)如何处理各类医嘱？

参考答案:

(1)“血常规检查、胸部X线检查及青霉素皮试”属于临时医嘱;“青霉素400万静脉滴注每日2次.”为长期医嘱。

(2)长期医嘱的特点:①有效时间>24h以上;②当医生注明停止时间后医嘱失效。

临时医嘱的特点:①有效期在24h以内, 应在短时间内执行;②通常只执行一次。

(3)医嘱处理流程

1)**提取医嘱**: 处理医嘱护士需录入工作代码及个人密码, 进入护士工作站系统后提取录入医嘱。

2)**核对医嘱**: 处理医嘱前先双人核对医嘱, 核对内容包括医嘱类别、内容及执行时间等。核对无误进行医嘱确认。对有疑问的医嘱应及时向医生查询, 严防盲目执行医嘱。

3)**医嘱生成**: 医嘱确认汇总生成后, 中心药房根据网络信息摆药, 分发针剂等;处理医嘱护士通过各自的终端机直接打印当天各种药物治疗单, 包括输液等长期、临时医嘱执行单, 并由执行医嘱护士执行。

4)**医嘱执行**: 执行医嘱护士再次核对医嘱无误后, 按执行单要求进行医嘱的执行。执行后, 注明执行时间, 并签全名。长期医嘱确认生成后, 直接打印输液单, 在执行单上注明具体的执行时间8a.m.、4p.m.。护士执行长期医嘱后, 应在执行单上注明执行的时间, 并签全名。临时医嘱为需立即执行的医嘱, 护士执行后, 在临时医嘱执行单上注明执行时间并签上全名。胸部X检查申请单应及时送到相应科室。



谢谢观看

