



前 言

随着医疗卫生体制改革的不断深化，护理专业进入了快速发展轨道，护理工作内涵不断丰富、工作范围不断扩展。2018年我院将迎来等级医院复审，原有的护理工作制度已不能满足现行工作需求。为进一步建立各项护理工作长效机制、有效提升护理管理水平、深化优质护理服务、促进护理品质再上台阶，使我院的护理工作能更好地适应新的服务模式，能满足广大人民群众的健康服务需求，我院护理部根据等级医院评审及优质护理服务工作需求，结合我院工作实际，修订2017年版《护理工作制度与职责》，使我院各级各类护理人员在工作中有章可循。

2017年版《护理工作制度与职责》是在我院2009年版《护理管理手册》基础上，结合临床护理管理经验及当前工作需求进行重新修订。本书遵循我国有关护理工作标准，围绕患者安全，着眼于临床实践，深化优质护理服务。本书主要包括护理工作制度、护理人员管理制度、护理质量与安全管理制度、护理科研教学培训制度、药品安全管理制度、仪器设备管理制度、特殊科室管理制度、精神科护理管理制度以及护理人员职责等九部分内容，可作为我院各级护理人员的工作指南，希望我院护理人员认真学习并严格执行。

由于编写时间和水平有限，本书可能存在一些不妥之处，敬请广大医护工作者在实践过程中多提宝贵意见，以便不断修改，使之日臻完善。

本书的编写过程中得到了院领导和各科室护理同仁的大力支持，在此表示衷心的感谢！

护理部
2017年12月



目 录

第一部分 护理工作制度

| | |
|------------------------|----|
| 1、护理部工作制度 | 1 |
| 2、护理会议制度 | 1 |
| 3、患者入院制度 | 2 |
| 4、患者出院制度 | 2 |
| 5、患者转科（转院）制度 | 2 |
| 6、特殊人群办理入院、出院制度 | 3 |
| 7、保护患者隐私制度 | 3 |
| 8、住院患者管理制度 | 4 |
| 9、住院患者饮食管理制度 | 4 |
| 10、护理过程中各种标识管理制度 | 5 |
| 11、病区环境管理制度 | 6 |
| 附：病房规范要求 | 6 |
| 12、护士站、医护办公室管理制度 | 7 |
| 13、护士值班室管理制度 | 7 |
| 14、病区库房管理制度 | 7 |
| 15、住院病历管理制度 | 8 |
| 16、紧急病历、实物封存管理制度 | 8 |
| 17、探视、陪伴管理制度 | 9 |
| 18、分级护理制度 | 9 |
| 一、特级护理 | 10 |
| 二、一级护理 | 10 |
| 三、二级护理 | 10 |
| 四、三级护理 | 11 |
| 19、护理交接班制度 | 11 |
| 20、护理沟通制度 | 12 |
| 21、护患沟通制度 | 13 |
| 22、护理巡视制度 | 14 |
| 23、护理服务补救制度 | 14 |
| 24、陪检陪送制度 | 15 |
| 25、抢救及特殊事件报告制度 | 16 |
| 26、门诊患者管理制度 | 17 |
| 27、门诊环境管理制度 | 17 |



| | |
|-----------------------------------|----|
| 28、病房预留床位管理制度 | 17 |
| 29、一次性使用无菌医疗用品、器械管理制度 | 18 |
| 30、医疗废物管理制度 | 19 |
| 31、责任制整体护理实施管理制度 | 21 |
| 32、责任护士实施管理制度 | 22 |
| 33、护理投诉管理制度 | 22 |
| 34、患者意见收集管理制度 | 22 |
| 35、优质护理服务工作制度 | 23 |
| 36、优质护理服务保障制度 | 24 |
| 37、优质护理服务护士长责任制度 | 25 |
| 38、患者身份识别制度 | 25 |
| 39、病房护士首问负责制度 | 26 |
| 40、医嘱执行制度 | 26 |
| 41、PDA 使用管理制度 | 27 |
| 42、财产物资管理制度 | 27 |
| 43、护理评估管理制度 | 27 |
| 44、疼痛护理管理制度 | 28 |
| 45、出院患者护理随访制度 | 29 |
| 46、出院患者健康教育制度 | 29 |
| 47、出院患者电话回访制度 | 30 |
| 48、临终关怀护理制度 | 30 |
| 49、护理人员职业防护制度 | 31 |
| 50、职业暴露的防护措施及登记报告处理制度 | 31 |
| 一、预防职业暴露的措施 | 31 |
| 二、发生职业暴露后的处理措施 | 32 |
| 三、登记报告制度 | 32 |
| 附：关于医疗活动中安全使用利器，减少利器损伤的操作原则 | 32 |
| 51、健康教育管理制度 | 33 |

第二部分 护理人员管理制度

| | |
|---------------------------|----|
| 1、护理人力资源管理制度 | 35 |
| 2、新护士招聘制度 | 36 |
| 3、护理人员注册、执业准入制度 | 36 |
| 4、新上岗护士执业管理制度 | 37 |
| 5、低年资护士科室轮转培训制度 | 37 |
| 6、特殊、重点科室护理岗位人员准入制度 | 37 |
| 7、护理人员劳动纪律管理制度 | 38 |



| | |
|------------------------------|----|
| 8、护理人员工作着装管理制度 | 39 |
| 9、护理排班管理制度 | 39 |
| 10、护理人员值班管理制度 | 40 |
| 11、护理人员休假管理制度 | 40 |
| 12、护理员（护工）管理制度 | 41 |
| 13、护理员工作管理制度 | 41 |
| 14、护理人员绩效考核制度 | 42 |
| 15、护理人员夜班费登记管理制度 | 42 |
| 16、护理技术档案管理制度 | 43 |
| 17、护士长管理制度 | 43 |
| 18、资源护士管理制度 | 44 |
| 19、专科护士培养与管理制度 | 44 |
| 20、护理人力资源调配管理制度 | 46 |
| 附：湖北科技学院附属第二医院护士暂行管理办法 | 47 |

第三部分 护理质量与安全管理制度

| | |
|---------------------------|----|
| 1、护理质量一般管理制度 | 49 |
| 2、护理质量管理考评制度 | 49 |
| 3、护理质量管理及持续改进管理制度 | 50 |
| 4、护理质量与安全管理委员会工作制度 | 50 |
| 5、护理质量可追溯管理制度 | 50 |
| 6、护理质量重点环节管理制度 | 51 |
| 7、限制患者管理制度 | 52 |
| 8、住院患者风险评估制度 | 53 |
| 9、护理查对制度 | 53 |
| 一、医嘱查对制度 | 53 |
| 二、服药、注射、输液查对制度 | 54 |
| 三、输血查对制度 | 54 |
| 四、手术患者查对制度 | 54 |
| 10、危重患者风险评估制度 | 55 |
| 11、危重患者安全管理制度 | 55 |
| 12、急危重患者抢救制度 | 56 |
| 13、危重患者、大手术患者转运交接制度 | 57 |
| 14、疑难重症护理查房、病例讨论制度 | 58 |
| 15、危重患者报告制度 | 58 |
| 16、危重患者护理质量管理制度的 | 58 |
| 17、护理会诊制度 | 59 |



| | |
|----------------------------|----|
| 18、非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度 | 59 |
| 19、“危急值”报告制度 | 60 |
| 20、输血安全管理制度 | 61 |
| 21、普通病房患者转科交接制度 | 62 |
| 22、急诊科与病房交接制度 | 63 |
| 23、急诊科与手术室交接制度 | 63 |
| 24、急诊科与ICU交接制度 | 63 |
| 25、ICU与病房交接制度 | 64 |
| 26、手术室与ICU交接制度 | 64 |
| 27、病房与手术室交接制度 | 64 |
| 28、急诊或病房与产房交接制度 | 65 |
| 29、产房与新生儿室交接登记制度 | 65 |
| 30、围手术期护理评估制度 | 66 |
| 31、临床输血过程的质量管理监控及效果评价制度 | 66 |
| 32、临床输血不良反应处理及报告制度 | 68 |
| 33、护理安全（不良）事件防范管理制度 | 68 |
| 34、安全隐患管理及防范措施 | 71 |
| 35、导管脱落、跌倒、走失、压疮评估、预报、监控制度 | 73 |
| 一、预防各类导管脱落管理制度 | 73 |
| 二、预防病人坠床/跌倒的管理制度 | 74 |
| 三、患者外出不归（或走失）评估监控制度 | 75 |
| 四、压疮风险评估制度 | 75 |
| 五、压疮上报制度 | 76 |
| 36、留置导管安全管理制度及防范脱落措施 | 76 |
| 37、各项护理操作前告知制度 | 78 |
| 38、特殊用药、特殊检查、治疗告知制度 | 78 |
| 39、药物过敏试验管理制度 | 78 |
| 40、口头医嘱执行制度 | 79 |
| 一、抢救中执行口头医嘱 | 79 |
| 二、手术中执行口头医嘱 | 79 |
| 41、侵入性护理操作管理制度 | 80 |
| 42、病房安全管理制度 | 80 |
| 附：病房工作人员守则 | 81 |
| 43、护理部薄弱时间查房制度 | 81 |
| 44、护理临床路径与单病种护理质量控制制度与流程 | 82 |
| 一、临床路径与单病种护理质量控制制度 | 82 |
| 二、临床路径与单病种护理质量控制流程 | 82 |



| | |
|--------------------------|----|
| 45、护理病例讨论制度 | 82 |
| 46、护理查房制度 | 83 |
| 一、护理部二级查房制度 | 83 |
| 二、薄弱时间查房制度 | 84 |
| 三、护理教学查房制度 | 84 |
| 47、护理文件书写基本规范及管理制度 | 84 |
| 48、静脉治疗安全管理制度 | 85 |
| 49、护理安全管理制度 | 86 |
| 附：护理安全管理措施 | 86 |

第四部分 护理科研、教学、培训管理制度

| | |
|----------------------------|----|
| 1、护理新技术、新业务准入管理制度 | 90 |
| 2、护理教学管理制度 | 90 |
| 3、护理科研管理制度 | 91 |
| 4、进修护士管理制度 | 91 |
| 5、临床实习、见习护生管理制度 | 92 |
| 6、护理人员培训制度 | 92 |
| 7、护理人员“三基”培训考核制度 | 94 |
| 8、徒手心肺复苏培训制度 | 94 |
| 9、护理人员参加护理学术活动管理制度 | 95 |
| 10、护理人员在职继续教育培训与考评制度 | 95 |
| 11、护理业务查房及业务学习制度 | 97 |
| 一、全院护理业务查房制度 | 97 |
| 二、全院护理业务学习制度 | 97 |
| 三、病房护理业务查房制度 | 98 |
| 四、病房护理业务学习制度 | 98 |
| 12、护理人员技能考核制度 | 98 |
| 一、护士考核制度 | 98 |
| 二、护师考核制度 | 98 |
| 三、主管护师及以上护理人员考核制度 | 99 |

第五部分 药品安全管理制度

| | |
|----------------------------|-----|
| 1、病区药品一般管理制度 | 100 |
| 2、安全给药管理制度 | 100 |
| 3、毒、麻、精、放等特殊药品使用管理制度 | 102 |
| 4、高危药品观察制度 | 103 |
| 5、输注药物配伍禁忌管理制度 | 103 |



| | |
|-------------------------------|-----|
| 6、药物静脉外渗护理管理制度 | 104 |
| 附：静脉药物外渗分度 | 104 |
| 7、自备药品与自理药品管理规定 | 105 |
| 8、给药错误处理制度 | 105 |
| 9、药品不良反应报告与处理制度 | 106 |
| 10、患者用药与治疗反应的观察、处置制度及流程 | 106 |

第六部分 仪器设备管理制度

| | |
|-------------------------|-----|
| 1、病区急救物品、器械管理制度 | 108 |
| 2、急救仪器设备管理及保养制度 | 108 |
| 一、急救仪器保养制度 | 108 |
| 二、急救仪器设备管理制度 | 110 |
| 3、常用仪器设备管理及使用维护制度 | 110 |
| 一、常用仪器设备管理制度 | 110 |
| 二、常用仪器设备使用、维护制度 | 111 |
| 4、血压计管理制度 | 111 |
| 5、治疗室冰箱管理制度 | 112 |
| 6、体温表管理制度 | 112 |

第七部分 特殊科室管理制度

| | |
|------------------------|-----|
| 1、门诊护理制度 | 113 |
| 一、门诊护理工作制度 | 113 |
| 二、门诊预检分诊护理工作管理制度 | 113 |
| 2、急诊科工作管理制度 | 114 |
| 一、院前急救工作制度 | 114 |
| 二、急诊科一般工作制度 | 114 |
| 三、急诊患者身份识别查对制度 | 115 |
| 四、急诊科绿色通道管理制度 | 115 |
| 五、急诊科抢救室管理制度 | 116 |
| 六、急诊科观察室管理制度 | 116 |
| 七、急诊科护士岗位培训制度 | 117 |
| 八、急诊科预检分诊制度 | 118 |
| 3、ICU 室工作管理制度 | 118 |
| 一、ICU 工作制度 | 118 |
| 二、ICU 新入院患者管理制度 | 119 |
| 三、ICU 室仪器管理制度 | 119 |



| | |
|-------------------------------|------------|
| 四、ICU室消毒隔离制度 | 120 |
| 4、手术室工作管理制度 | 120 |
| 一、手术室一般工作制度 | 120 |
| 二、手术安全核查制度 | 121 |
| 三、手术室安全管理制度 | 122 |
| 四、手术室查对制度 | 123 |
| 五、手术室参观制度 | 124 |
| 六、手术室消毒隔离制度 | 124 |
| 七、手术室交接班制度 | 125 |
| 八、手术部位标记核对制度 | 125 |
| 九、手术患者压疮管理制度 | 125 |
| 十、手术患者访视制度 | 126 |
| 十一、手术室接送患者制度 | 127 |
| 十二、手术标本管理制度 | 128 |
| 十三、手术间管理制度 | 128 |
| 5、产房护理管理制度 | 129 |
| 一、产房工作制度 | 129 |
| 二、产房消毒隔离制度 | 129 |
| 三、隔离孕产妇的感染控制制度 | 130 |
| 四、母婴同室管理制度 | 131 |
| 五、产科健康教育制度 | 133 |
| 6、新生儿室工作制度 | 134 |
| 一、新生儿室一般管理制度 | 134 |
| 二、新生儿室入院管理制度 | 135 |
| 三、新生儿转运管理制度 | 135 |
| 四、新生儿室探视制度 | 136 |
| 五、新生儿手卫生管理制度 | 136 |
| 7、感染性疾病科门诊工作管理制度 | 139 |
| 一、感染性疾病科门诊预检分诊制度 | 140 |
| 二、发热门诊感染管理制度 | 140 |
| 三、肠道门诊工作制度 | 141 |
| 8、消毒供应中心工作管理制度 | 141 |
| 一、消毒供应中心工作管理制度 | 141 |
| 二、消毒供应中心消毒隔离制度 | 142 |
| 三、消毒供应中心查对制度 | 143 |
| 附：各区主要查对工作内容 | 143 |



| | |
|----------------------------|------------|
| 四、毒供应中心交接班制度 | 145 |
| 五、消毒供应中心安全管理制度 | 146 |
| 六、消毒供应中心护理人员职业防护制度 | 146 |
| 七、消毒供应中心监测制度 | 147 |
| 八、消毒供应中心质量控制与可追溯制度 | 147 |
| 9、PICC 门诊管理制度 | 148 |
| 一、PICC 门诊一般管理制度 | 148 |
| 二、PICC 门诊接诊制度 | 148 |
| 三、PICC 疑难护理会诊制度 | 149 |
| 10、纤支镜管理制度 | 149 |
| 一、纤支镜室一般管理制度 | 149 |
| 二、纤支镜室消毒隔离制度 | 150 |
| 三、纤支镜室患者接诊制度 | 150 |
| 11、内镜室工作管理制度 | 151 |
| 一、内镜室一般管理制度 | 151 |
| 二、内镜室消毒隔离制度 | 151 |
| 三、内镜室接诊制度 | 152 |
| 四、内镜室查对制度 | 152 |
| 12、精神科护理管理制度 | 152 |
| 1. 精神科分级护理制度 | 152 |
| 2. 病区安全管理制度 | 154 |
| 3. 重管室病人护理安全制度 | 155 |
| 4. 精神科病房巡视制度 | 155 |
| 5. 三防病人护理管理制度 | 156 |
| 6. 护送病人外出管理制度 | 157 |
| 7. 精神科约束保护制度 | 157 |
| 8. 病人物品保管制度 | 158 |
| 9. 服药制度 | 158 |
| 10. 探视管理制度 | 159 |
| 11. 陪护管理制度 | 159 |
| 12. 病人开放制度 | 160 |
| 13. 老年痴呆患者外出活动安全管理制度 | 160 |
| 14. 心理科病房管理制度 | 161 |
| 15. 精神科病房门锁管理制度 | 161 |

第八部分 岗位说明书



| | |
|--------------------------|-----|
| 1、护理部工作人员岗位说明书 | 163 |
| 一、护理部主任 | 163 |
| 二、护理部质量管理副主任 | 165 |
| 三、护理部教学培训副主任 | 166 |
| 四、护理部干事 | 167 |
| 2、病区工作人员岗位说明书 | 168 |
| 一、病区护士长岗位说明书 | 168 |
| 二、病区副护士长岗位说明书 | 170 |
| 三、责任护士岗位说明书 | 171 |
| 四、带教护士岗位说明书 | 173 |
| 五、主班护士岗位说明书 | 174 |
| 六、质控护士岗位说明书 | 175 |
| 七、专科护士岗位说明书 | 176 |
| 3、临床分级护士岗位说明书 | 177 |
| 一、N1级临床护士岗位说明书 | 177 |
| 二、N2级临床护士岗位说明书 | 179 |
| 三、N3级临床护士岗位说明书 | 180 |
| 四、N4级临床护士岗位说明书 | 181 |
| 五、N5级临床护士岗位说明书 | 182 |
| 4、门诊护理人员岗位说明书 | 184 |
| 一、门诊预检分诊护士岗位说明书 | 184 |
| 5、急诊科护理人员岗位说明书 | 185 |
| 一、急诊科护士长岗位说明书 | 185 |
| 二、急诊科护士岗位说明书 | 186 |
| 6、ICU病室护理人员岗位说明书 | 187 |
| 一、ICU病室护士岗位说明书 | 187 |
| 7、手术室护理人员岗位说明书 | 188 |
| 一、手术室护士长岗位说明书 | 188 |
| 二、手术室器械护士岗位说明书 | 190 |
| 三、手术室巡回护士岗位说明书 | 191 |
| 8、产房护理人员岗位说明书 | 192 |
| 一、助产护士岗位说明书 | 192 |
| 9、新生儿室护士岗位说明书 | 193 |
| 10、消毒供应中心护理人员岗位说明书 | 194 |
| 一、消毒供应中心护士长岗位说明书 | 194 |
| 二、消毒供应中心护士岗位说明书 | 195 |



| | |
|--------------------------|-----|
| 11、静脉药物配置护理人员岗位说明书 | 196 |
| 一、静脉药物配置护士岗位说明书 | 196 |
| 12、放射科护理人员岗位说明书 | 197 |
| 一、放射科护士岗位说明书 | 197 |
| 13、内镜室护理人员岗位说明书 | 198 |
| 一、内镜室护士岗位说明书 | 198 |
| 14、体检中心护理人员岗位说明书 | 199 |
| 一、体检中心护士岗位说明书 | 199 |
| 15、妇科门诊护理人员岗位说明书 | 201 |
| 一、妇产科门诊护士岗位说明书 | 201 |
| 16、中医康复科护理人员岗位说明书 | 202 |
| 一、中医康复科护士长 | 202 |
| 二、中医康复科护士岗位说明书 | 204 |
| 17、医技科室护士岗位说明书 | 205 |
| 18、皮肤美容科护理人员岗位说明书 | 206 |
| 一、皮肤美容科护士长岗位说明书 | 206 |
| 二、皮肤美容科护士的岗位说明书 | 208 |
| 19、医院感染性疾病科护士岗位说明书 | 209 |

第九部分 各级职称护理人员职责

| | |
|----------------|-----|
| 1、主管护师职责 | 210 |
| 2、护师职责 | 211 |
| 3、护士职责 | 211 |
| 4、助理护士职责 | 212 |



第一部分 护理工作制度

护理部工作制度

1. 护理部有健全的护理管理组织体系，实行二级护理管理，建立护理垂直管理体系。

2. 实行目标管理，制定中长期工作规划、年计划、月工作重点，并认真组织落实，半年及年终有工作总结。

3. 建立健全各项护理工作制度、疾病护理常规及护理技术操作规范。

4. 落实岗位管理，建立健全各级护理人员岗位职责、岗位考核标准和绩效考核工作。

5. 认真实施优质护理服务。

6. 负责护理质量与护理安全管理工作：制定全院护理质量管理计划并组织实施；健全护理质量考核标准，每月组织护理质量抽查，护士长绩效考核，每季组织护理质量全面检查，落实奖惩制度；负责全院护理不良事件的管理，落实上报、原因分析及讨论，并持续改进。

7. 每季度组织一次全院护理查房、护理疑难病例讨论。

8. 坚持薄弱时间（节假日、夜间、晨间、午间）查房制度。

9. 每月进行全院护理工作满意度调查、分析、持续改进。

10. 执行会议制度，每月召开护士长例会，护理质量与安全会议，总结、分析、安排护理工作。

11. 护理部负责并参与全院护理人员的聘任、调配、奖惩、培训、选留等有关事宜，向医院提出意见和建议，做好人力资源的应急调配，重大问题及时请示报告。

12. 负责全院护士在职继续教育培训和考评；负责各级护生临床实习、进修护士进修的管理工作；负责护理科研管理工作。

13. 重视护理文化建设，规范护理服务。

14. 负责护理对外交流工作，接待同行来医院参观，选派骨干赴上级医院学习。

15. 全院护士业务培训、考试严格按照培训、考试制度执行。

16. 完成医院交办的其他工作事宜。

护理会议制度

1. 护理部周会：由护理部每周组织1次，传达医院会议精神，研究布置近段工



作重点；分析护理质量；讨论人员调动等事宜。

2. 护士长例会、护理质量与安全例会：由护理部每月组织1次，全院护士长、护理质量与安全委员参加。分析总结上月全院护理工作及护理质量；传达上级有关指示及会议精神，布置下月护理工作任务；对本月护理缺陷情况进行分析并制定整改措施；介绍护理管理经验、交流护理管理信息，安排护理质量控制。与会者须认真记录，以便及时准确向科室护士传达。

患者入院制度

1. 病房护士接到患者入院通知后，备好病房床单位及用物。热情接待患者，向患者介绍自己、经管医生、责任护士、护士长。

2. 陪同患者至指定床位，确保其舒适，告知病区环境、入院须知及相关制度。

3. 危重抢救患者，护士应立即通知医生，做好抢救准备。

4. 填写患者住院病历信息及各种卡片。

5. 双人核对患者信息，并佩戴患者手腕带。

6. 通知医生接诊患者，准确执行医嘱。

7. 及时完成护理评估、落实分级护理及护理措施。

8. 完成护理病历书写。

患者出院制度

1. 护士接到患者出院医嘱，核对所有录入医嘱、记账明细，确认无误后，办理出院。

2. 告知患者和家属办理出院的手续及流程，协助患者做好出院准备。

3. 征求患者对医院及护理工作的意见和建议，进行出院指导。

4. 协助患者清理个人物品，发放健康教育资料，建立联系方式，护送患者出院

5. 床单位进行终末消毒处理，铺备用床。

患者转科（转院）制度

1. 护士根据转科（转院）医嘱，及时与相关科室或医院联系。

2. 通知患者或家属做好转科（转院）准备，告知注意事项。

3. 及时准确书写转科（转院）护理记录，并整理好患者的病历、药品及物品，随同患者转科；转院时准备好与患者病情相关的病历资料，随同患者转院，保障患者诊疗资料连续性。



4. 对患者转科（转院）途中可能遇到的情况有紧急处理预案和措施。
5. 填写交接记录，危重患者交接时经现场核对后签字确认。

特殊人群办理入院、出院制度

1. 各楼层均设科室分布图、路标及指示牌。
2. 在门诊大厅设导医台，配备导诊员，对危重、行动不便的特殊患者实行全程导诊。
3. 门诊为行动不便的患者提供轮椅及平车等相关辅助工具，方便患者就诊。
4. 门诊候诊区、医技检查区、手术室等候诊区域均配置供患者休息的候诊椅。
5. 完善无障碍设施，病房走廊安装防滑栏杆，保障老、弱、病残等特殊患者的行走安全。
6. 医院门诊、住院部过道安装电子监控设备，保卫科 24 小时不间断巡逻，为患者提供安全的就医环境。
7. 急诊科开辟绿色通道，配 120 电话、救护车；实行 24 小时接诊，做到急危重症者立即抢救。
8. 门诊残疾人、孕妇、现役军人、70 岁以上老人等特殊人群优先就诊。
9. 开展预约挂号服务（电话、114 预约、现场预约），特殊患者预约挂号就诊时，导医引导优先挂号就诊。
10. 病房设呼叫系统，方便患者随时呼叫护士。
11. 提供床边订餐，由饮食服务中心工作人员送餐到床头。
12. 在门诊和病区显著位置配备意见箱，公布举报电话，方便患者对医院工作提出意见或建议。
13. 门诊、住院部湿滑地面有防滑提醒标志，防止跌倒；玻璃门或墙栏有项目提示标志，防止撞伤。
14. 医院认真落实上述各项便民措施。

保护患者隐私制度

1. 护士应当遵循《护士条例》规定的护士义务，尊重、关心、爱护患者，保护患者的隐私。
2. 护士在工作中有获得与患者疾病治疗、护理相关的信息的权利，应为患者保守医疗秘密，实行保护性医疗，不泄露患者的隐私。
3. 在工作中不随意谈论患者及家属不愿公开的患者信息。
4. 在进行暴露性护理、治疗、特检操作时，应关门、用隔帘或屏风保护患者隐私。



5. 对涉及到患者隐私或敏感问题的医疗护理信息收集时，应选择合适的环境和场所，避免信息传播。
6. 教学、参观等活动应提前告知患者，并征得患者同意。
7. 在收治患者时，非特殊情况，禁止男女混室。

住院患者管理制度

1. 住院患者需保持医院环境整洁、安静，不随地吐痰，不乱丢果皮、纸屑，禁止在病区内吸烟、喧哗。
2. 患者须留陪护者，由医生根据病情开具医嘱；患者家属需遵守医院探视、陪伴管理制度。
3. 为了保障患者的安全，住院期间不得随意离院、外宿，特殊情况时，按患者外出管理制度执行。
4. 遵守病房作息时间，维持病房良好秩序，病房电视开放时间以不影响查房及患者休息为原则。
5. 住院患者饮食应严格遵照医嘱的要求，自己不得随意更改。
6. 病区内禁止烹饪生食或使用电饭煲、电炉等大功率电器，加热食品可在工作人员指导下正确使用病区内提供的微波炉。
7. 患者不得互串病房或自行调换床位，防止交叉感染；不得翻阅病案及其他有关医疗记录，如有疑问，可向医生咨询。
8. 患者在住院期间应积极配合各种治疗和护理。
9. 患者须妥善保管随身携带的贵重物品，以防丢失。
10. 发现违反医院规章制度的患者，及时劝阻，加强宣教。
11. 住院部显著位置配备意见箱，方便患者对医院工作提出意见或建议。

住院患者饮食管理制度

1. 医护人员评估患者营养状况、宗教信仰、饮食习惯、饮食需求及咀嚼能力，尊重患者喜好和宗教信仰。
2. 患者的饮食由医生根据病情开出医嘱，护士按要求做好患者的饮食指导并及时通知配餐员。
3. 保持良好的进餐环境，做好进餐前的准备，督促或协助患者餐前洗手并询问患者需要。
4. 配餐员应衣帽整洁、洗手、戴口罩，与患者饮食单查对后将饭菜送至患者床旁。对不能自行进食的患者，由护理人员协助进食。



5. 注意食物温度、软硬度、冬季饭菜应保温。
6. 注意观察患者进食情况，对食欲不佳的患者应鼓励进食，必要时与饮食服务中心联系，单独订餐，以保证营养。
7. 注意观察患者进食情况，对食欲不佳的患者应鼓励进食，必要时与营养中心联系，指导调节食谱，以保证营养。
8. 为检查治疗而需要禁食、禁水者，应向患者及家属说明原因及禁食、禁水时间。
9. 治疗饮食、特殊饮食应向患者及家属详细说明准备方法及注意事项。
10. 患者进食 / 水延迟时，应进行交接班。
11. 餐具应保持清洁和消毒，非工作人员不得进入配餐室。
12. 定期征求患者意见和建议，及时改进。

护理过程中各种标识管理制度

1. 病区及设施标识

(1) 病区大门上方标明科室名称，病区的治疗室、换药室、库房等有标识挂牌，各病室有病室号和床号牌。

(2) 每张病床固定床号且标识醒目。

(3) 每张病床固定床头牌，床头牌统一规范。

2. 护理过程标识

(1) 护理级别的标识：患者床头牌有护理级别标识，以卡片的颜色加以区分。特级护理绿色、一级护理用红色标识卡；二级护理用黄色标识卡；三级护理用白色标识卡，在更改患者护理级别时应及时更换标识卡。

(2) 入院标识：患者入院安排床位后，护士应在病区患者一览表、患者床头牌上作入院标识记录。

(3) 饮食类别标识：禁食、治疗饮食、普通饮食均应在患者床头牌上进行标识。

(4) 药物过敏标识：药物过敏试验阳性患者的病历夹上进行标识，应注明姓名、过敏药物名称及红色“+”符号；在床头牌药物过敏史一栏写上药物名称；在护士站白板上注明过敏药物患者及药物名称。

(5) 所有住院患者均应使用手腕带，标明科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号等。

(6) 其他护理标识：

1) 给氧“四防”卡为红底白字标识卡，氧气筒上挂绿底白字“满”或“空”标识卡。

2) 血型卡分为“A、B、O、AB”四型，为白底红字。



- 3) 膀胱冲洗卡为绿底白字标识卡。
- 4) 关节腔冲洗卡为黄底黑字标识卡。
- 5) 肠内营养卡为黄底黑字标识卡。
- 6) 各类导管标识按导管标识管理规范执行。

6.1 高危导管：（口鼻）气管插管、气管切开套管、T管、脑室引流管、胸腔引流管、动脉留置针、吻合口以下的胃管（食道、胃、胰十二指肠切除术后）、鼻胆管、胰管、透析管、心包引流管、前列腺及尿道术后的导尿管。红底黑字。

6.2 中危导管：三期二囊管、各类造瘘管、腹腔引流管、深静脉置管、PICC。黄底黑字。

6.3 低危导管：导尿管、普通氧气管、普通胃管、外周静脉导管。绿底黑字。

病区环境管理制度

1. 病房应保持安静、整洁，温度、湿度适宜，给患者营造一个良好的休养环境。
2. 病房内严禁吸烟，加强微波炉、开水器等的管理，严禁携带易燃、易爆物品，如酒精炉、电炉等进入病区，以免污染环境及引发火灾。
3. 加强病房的财产安全管理，注意病区防火、防盗，经常做有关安全方面知识宣传，保障患者住院期间的安全。
4. 医护人员要做到“四轻”（走路轻、说话轻、关门轻、操作轻），限制探视时间及探视人数，保持病区安静。
5. 护理人员做好晨、晚间护理，整理床单位，协助整理办公室及休息室，保持整洁，物品摆设规范；保洁员做好清洁卫生及污物处理，保证病区清洁整齐。
6. 病室内温湿度适宜。定时开窗通风，保持病区内空气新鲜。
7. 严格执行消毒隔离制度，包括墙面、地面、床单元、空气等消毒处理，避免院内感染的发生。
8. 病房设有消防措施，备有消防栓，要求人人做到会报警、会使用消防器材、会疏散逃生，保证消防通道的畅通。

附：病房规范要求

1. 病室保持空气新鲜，安静整洁，温馨舒适。
2. 病室床单位摆放整齐、固定、整洁无灰尘、无杂乱物品、无悬挂衣物；桌面、窗帘保持清洁、无破损、无污迹；床号、门号按规定位置粘贴。
3. 仪器摆放整齐、清洁、有专人保管，设备有使用说明和使用记录本，定期检查和维修，保持备用状态。



4. 各种治疗盘位置固定，并有专人管理。
5. 护士站、水池及周围环境干净、整齐，无私人物品。
6. 护士站陈设按各抽屉、柜内物品按要求放置，干净、整齐。
7. 病房走廊清洁，无多余物品。
8. 病房内禁止粘贴宣传画、广告画、告示、通知及便条。
9. 紧急通道及公共阳台不得堆放杂物，保证通道畅通。
10. 护士休息室整洁美观，床褥叠放整齐，不放置工作服及工作鞋，个人用物放在柜内，垃圾筐及时清理，无溢出。

护士站、医护办公室管理制度

1. 室内陈设按护理部规定定点、整齐、有序摆放，标识清晰。
2. 护理人员不得在护士站闲谈，非本院工作人员未经允许不得进入护士站及医护办公室。患者、家属及探视人员不得翻阅病历资料。
3. 护士站无私人物品，交接班时做到事清、物清、室内清。
4. 保持病区呼叫系统性能良好，随叫随到。

护士值班室管理制度

1. 值班室保持安静、整洁，护理人员不得在室内聚集、闲谈、会客及娱乐。
2. 护士长安排人员负责清扫卫生，每日检查，并列为病区质量管理范畴。
3. 保持整洁美观，床褥叠放整齐，不放置工作服及工作鞋，个人用物放在柜内，垃圾筐及时清理，无溢出。
4. 为保障安全，护理人员值班休息及人员离开及时上锁。

病区库房管理制度

1. 做好病区库房的保管和供应工作，物品请领做到量出为入，尽量节约。
2. 病区内各类物品标识清晰，定期清点，数量相符。
3. 库房内物品左进右出，定点摆放整齐、有序、整洁，收发方便。
4. 各类物品存放规范，妥善保管，做好防腐、防霉、防虫蛀、防自燃、防盗窃、防损坏工作。
5. 做好库房安全管理，随时上锁，严禁无关人员进入库房。



住院病历管理制度

1. 患者住院期间，其住院病历由所在病区负责集中保存、加锁保管，严格交班，医护人员均按管理要求执行。
2. 住院病历中各类资料、表格均按顺序整齐排列，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。
3. 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。因科研、教学需要查阅病历的，需经患者就诊的医疗机构有关部门同意。阅后应当立即归还，不得泄露患者隐私。
4. 住院患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入住院病历。
5. 住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应由病区指定专人负责携带和保管，用后还原。
6. 发生医疗事故争议时，应当在患者或其代理人在场的情况下封存死亡病历讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医生查房记录、会诊意见病程记录。
7. 患者出院或死亡后，住院病历按要求顺序排列整齐，送病案科集中、统一保存与管理。

紧急病历、实物封存管理制度

1. 发生医疗事故争议时，需要紧急封存病历，内容有死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录、护理记录等。
2. 应当在医患双方在场的情况下封存和启封并加盖印记证明。封存的病历资料可以是复印件，由医疗机构保管。
3. 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物（包括输液器、注射器、残存的药液、血液、药物以及服药使用的器皿等）进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的具有依法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。封存物品送检启封时，双方当事人共同在场，在场的双方当事人应具有完全民事行为能力，均保证 2 人以上。
4. 封存病历前护士应完善的工作：
 - （1）完善护理记录，要求护理记录要完整、准确、及时，护理记录内容全面与医疗记录一致，如患者死亡时间、病情变化时间、疾病诊断等。



- (2) 检查体温单、医嘱记录单是否完整，包括医师的口头医嘱是否及时记录。
- (3) 病历封存后，由医务科指定专职人员保管。

5. 可复印病历资料

门（急）诊病历和住院病历中的入院记录、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、知情同意书、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。

探视、陪伴管理制度

1. 保持病房清洁、安静，病区内禁止吸烟。
2. 爱护医院公共财物，如有损坏，照价赔偿。
3. 探视人员应遵守病房作息时间，在规定时间内探视患者。探视时间为：11:00-13:00；15:00—20:00；非探视时间无特殊情况不得探视。
4. 按管理规定有序探视患者，每次不超过 2 人；学龄前儿童因抵抗力较低，谢绝探视；传染患者不得探视、陪伴。
5. 为了保证患者的健康和安全，对于须留陪护的患者，由医生根据病情开具留陪医嘱，办理陪伴证，病情稳定时将陪伴证收回。
6. 陪伴人员不得携带自己的躺椅、床及被褥等进入病房，可到医院指定的地点预订躺椅。为保证患者休息及安全，陪伴人员不得靠、坐、卧病床。
7. 探视、陪伴人员必须遵守院规，不得擅自翻阅病历及其他医疗记录，不得擅自进入治疗室、监护室、医护办公室。在查房及治疗时间，陪伴人员应主动离开病房。如需了解病情，待查房结束后或在约定时间向医护人员询问。
8. 探视、陪伴人员不得私自带患者外出，不得谈论有碍患者健康和治疗的事宜，应协助医务人员，鼓励患者配合治疗和护理。

分级护理制度

分级护理是根据对患者病情和自理能力，给予不同级别的护理。

分级方法：

1. 患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级。
2. 根据患者 barthel 指数总分确定自理能力的等级。
3. 依据病情等级和（或）自理能力等级，确定患者护理分级。
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。



一、特级护理

护理对象：维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；病情危重，随时可能发生病情变化需要监护、抢救的患者；各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理要点：

1. 由医生开具特级护理医嘱，家属签写特级护理同意书。
2. 安排责任护士专人 24 小时护理，详细制订护理计划、严密观察生命体征等病情变化，熟悉患者病情及专科护理常规，及时准确做好护理记录。
3. 正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应。
4. 根据医嘱，准确记录出入液量。
5. 备好急救所需药品和用物，保持完好备用状态。
6. 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管道护理等，实施安全护理措施。
7. 保持患者的舒适和功能体位。
8. 做好理相关的健康指导。
9. 实施床边交接班，护士长每天检查护理工作落实情况。

二、一级护理

护理对象：病情趋向稳定的重症患者；病情不稳定或随时可能发生变化的患者；手术后或治疗期间需要严格卧床的患者；自理能力重度依赖的患者。

护理要点：

1. 每小时巡视患者，观察患者病情变化。
2. 根据患者病情，测量生命体征。
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
4. 据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管道护理等，保持患者“三短九洁”（指/趾甲、头发、胡须短、颜面、口腔、皮肤、眼、鼻、耳、肛门、四肢、会阴部清洁），实施安全防护措施。
5. 提供护理相关的健康指导。
6. 及时、准确、完整书写护理记录。

三、二级护理

护理对象：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；病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；病情稳定或处于恢复期，



且自理能力中度依赖的患者。

护理要点：

1. 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；根据患者病情，测量生命体征并做好相关护理记录。
2. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
3. 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施，协助患者落实生活护理，保持床单元清洁、整齐。
4. 提供护理相关的健康指导。

四、三级护理

护理对象：病情稳定或处于恢复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

护理要点：

1. 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；根据患者病情，测量生命体征，并做好相关护理记录。
2. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
3. 提供护理相关的健康指导。
4. 指导、落实生活护理及进行功能锻炼。

护理交接班制度

交接班制度是保证临床医疗护理工作昼夜连续进行的一项重要措施，必须严肃认真地贯彻执行，以保证各项治疗护理准确、及时地进行。

1. 值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项治疗护理工作的准备及进行。
2. 交班前值班者应完成本班工作，写好交接班报告及各项护理记录，处理好医疗物品，并为下一班做好必要的准备工作。
3. 交接班应详细作好晨会集体交班、书面、口头及床边交接班。

(1) 在晨会上。夜班护士用普通话，简明扼要、重点突出报告病房 24 小时动态，重点为新患者、危重、手术和特殊检查患者的床号、姓名、诊断、病情变化、治疗、护理和特殊检查要点等。护士长简单小结前一天工作，布置当天工作。

(2) 值班护士认真书写《护士交班本》及护理记录，要求内容简明扼要，重点突出，运用医学术语。进修护士或实习生书写《护士交班本》及护理记录，由带教护士或护士长审核并冠签。

(3) 各班均要进行床边交接班，重点是新患者、危重抢救、手术前后、特殊检查及治疗的患者。



(4) 交接班时, 认真查看患者, 做到病情、治疗、护理“三清”, 如: 患者用药情况, 外出患者去向, 患者皮肤有无破损、压疮、患者的输液、各种引流管是否通畅, 穿刺局部有无外渗, 病房是否清洁、整齐等。

4. 应认真做好病房物品、器材、药品、被服交接班。

(1) 建立登记制度, 定期清点, 记录时间、班次、数量、清点人。

(2) 病区高危药品、急救药品、麻醉精一药品每班交接、登记, 用后及时补充。

(3) 病房物品、器材、被服应定人负责管理, 如有外借、丢失、损坏等情况应做好记录, 并及时向护士长反应。

5. 要求交接班时间均应提前 15 分钟。

6. 十个不交不接:

(1) 衣帽不整齐不交不接;

(2) 本班工作未完成不交不接;

(3) 输液、输血不通畅不交不接;

(4) 各种引流不通畅不交不接;

(5) 医嘱不查对不交不接;

(6) 危重患者床铺不整齐不交不接;

(7) 为下一班准备工作未做好不交不接;

(8) 医疗器械物品不齐不交不接;

(9) 抢救物品不齐不交不接;

(10) 治疗室办公室不整齐不交不接。

7. 住院患者的交班方法

(1) 书面交接: 每班书写交班报告和护理记录单, 进行交班。

(2) 床头交接: 与接班者共同巡视病房, 重点交接危重及大手术患者、老年患者、小儿患者及特殊心理状况的患者。

(3) 口头交接: 对一般患者采取口头交接。

护理沟通制度

1. 护理部与各部门的沟通

护理部在护理管理过程中, 与各职能科室、临床科室可通过书面资料或口头交谈方式随时进行密切沟通: 护理设备设施问题与药械科保持沟通; 消毒隔离问题与院感办保持沟通; 物资问题与总务科保持沟通等。

2. 护理部与护士长的沟通

护理部的工作部署及护理工作检查情况, 增补、修改涉及全院统一的护理规章



制度、技术操作规程和护理部的质量体系文件等可通过院内信息系统、护士长例会、护士长 QQ 群、微信群等途径向下贯彻、反馈和沟通，对个别小范围的问题可通过口头形式进行沟通。

3. 护士长与相关科室的沟通

护士长必须与后勤总务部门就饮食供应、水电供应、物资供应、保洁工作等问题进行沟通；门急诊与住院各科室之间、各护理单元与信息科、药械、财务收费等相关部门保持沟通，以保证护理服务工作的顺利进行。

4. 护士长与护理人员的沟通 护士长通过早会、查房、谈话、护士会等形式与护理人员保持沟通。

5. 护理人员与医生的沟通

(1) 护理人员在工作中对口头医嘱、书面医嘱有疑问时应及时与医生沟通。

(2) 护理人员发现患者病情、思想情绪有变化时及时与医生沟通。

6. 护理人员之间的沟通

加强护士查房制度、交接班制度，将执行医嘱情况、病情发展等做好沟通交接。同事之间发现工作中的不足之处时，可通过口头形式与当事人沟通，跨部门可由护士长沟通。患者转科时，由运送患者的护士与接患者的护士做好沟通交接。

护患沟通制度

1. 遵循“患者第一、全员参与、全过程沟通、持续改进”的护患沟通原则。

2. 实施应用护理沟通常用文明礼貌用语及护理服务禁语，建立全方位、全过程“护患沟通制”，即在患者入院、手术前后、治疗前后、护理操作前后、巡视病房时、接听呼叫铃、创伤性操作前后、特殊检查前、出院等环节上，主动与患者沟通，针对患者及家属提出的问题，护理人员耐心解答，使患者及家属充分了解医院的信息并被尊重，从而使患者安心、家属放心。

3. 注意沟通技巧，与患者或家属沟通时应体现尊重对方，耐心倾听对方的倾诉，同时患者的病情，愿为患者奉献爱心的姿态并本着诚信的原则，坚持做到以下几点：

(1) 一个技巧：多听患者或家庭说几句，尽量让患者和家属宣泄和倾诉，对患者的疑问尽可能地做出满意的解释。

(2) 二个掌握：掌握病情、检查结果和治疗情况；掌握患者医疗费用及患者、家属的社会心理状况。

(3) 三个留意：留意沟通对象的教育程度、情绪状态及对沟通的感受；留意沟通对象对病情的认知程度和对交流后期望值；留意自身的情绪反应，学会自我控制。

(4) 四个避免：避免使用刺激对方情绪的语气、语调、语句；避免压抑对方情



绪、刻意改变对方的观点；避免过多使用对方不易听懂的专业词汇；避免强求对方立即接受医护人员的意见和事实。

(5) 五主动：主动介绍、主动宣传、主动进行健康教育、主动解答疑问、主动沟通。

(6) 六规范：迎接患者规范、文明用语规范、礼仪着装规范、称呼患者规范、征询意见规范、送别出院规范。

(7) 七声：来有迎声、问有答声、去有送声、为患者服务有称呼声、合作后有谢声、工作不到位（或失误）时有道歉声、接听电话有问候声。

4. 护患沟通的形式要因人而异，讲究实效。

5. 护患沟通纳入文明优质服务考评，考评结果与本人及护士长的优质文明服务挂钩。

护理巡视制度

1. 严格执行分级护理制度，据病情和自理能力，确定护理级别，责任护士根据护理级别应主动巡视病房及患者。

2. 巡视时认真观察患者病情，发现病情变化及时通知医生，并给予及时处理。

3. 交接班时，交、接护士应全面巡视病房及患者，详细了解患者的生命体征、病情、治疗、护理、心理等状况，交接清楚。

4. 及时观察输液局部及用药反应、疗效等情况，询问患者有无不良反应及不适；使用强刺激性药物的患者，护士应加强输液部位的检查，防止外渗。

5. 定时巡视各种管路引流是否通畅、固定是否妥善，观察引流液性质、颜色及量，并及时记录；如有异常及时通知医生。

6. 巡视各种仪器的使用状态，发现问题及时处理。

7. 对卧床、皮肤营养状况差、恶病质等患者要定时翻身，并观察皮肤受压情况，保持皮肤清洁、干燥。

8. 巡视时发现患者不在病房，应积极查找患者的去向，并向主管医生、护士长汇报，与家属联系。通过多种途径没有查找到患者去向时，应向医务科、护理部、保安部等汇报，并继续查找患者。

9. 加强安全隐患的巡查，如防跌倒、防坠床、防自杀、病房环境、闲杂人员等，杜绝不安全事件的发生。

护理服务补救制度

1. 预防为主、补救为辅，全面落实“以患者为中心”的服务宗旨，提供最优质



的护理服务，避免出现服务失误。

2. 畅通护患沟通渠道，通过设立意见箱、召开呼唤沟通会、下病房征求意见、满意度调查及电话回访，认真倾听患者及家属提出的意见和建议，并及时解决。

3. 要加强服务补救意识、应变能力、沟通技巧等方面的学习培训，一旦发生失误，立即进行服务补救。

4. 发生服务失误不隐瞒、不敷衍推诿，重视患者问题，现场迅速反应，积极采取补救措施，争取在最短时间内解决问题并给与真诚的道歉，将责任和影响减少到最小范围。对不能解决的问题及时上报相关职能部门，以免贻误解决问题的时机导致问题升级。

5. 服务补救后，当事人要将失误发生的原因、经过、后果和时间立即向护士长汇报，一般失误由护士长科内处理解决，事后组织全科人员进行讨论，通过分析总结案例，主动查找原因，针对共性问题、重点问题及薄弱环节持续改进，及时制定防范措施，组织实施，并做好记录。严重失误由护士长上报护理部，并及时处理。

6. 对出现服务失误有意隐瞒，造成不良影响的个人和科室，按情节轻重给予处罚。

陪检陪送制度

1. 对门诊危重患者及行动不便的患者，门诊护士要陪送就诊、检查和治疗。

2. 对急诊危重患者，急诊室护士要协助挂号、陪送检查，收入院过程中须由医生或护士专送。

3. 住院患者进行各种辅助检查，由护士或护理员陪同。

4. 检查预约申请单要求当班办理。

5. 住院危重患者离科检查或治疗时，主管医师须携带必要的抢救药品等全程陪同。一般住院患者离科检查或治疗时，由护士陪同。

6. 陪检人员应按医嘱认真核对患者的姓名、床号、年龄、住院号、诊断、检查项目，并确认患者已落实检查前的准备工作。

7. 陪检人员应根据患者的病情、运用轮椅或平车送患者去检查，并保证患者的安全和舒适。

8. 陪检人员在送检过程中守护患者身旁，密切观察患者的病情变化，如有特殊病情变化，应立即到就近科室并通知相关人员立即采取抢救措施，并迅速与本科室科主任、护士长及管床医生联系。

9. 陪检人员态度和蔼、关心体贴患者、做好健康教育及心理护理工作，消除患者紧张心理。



10. 陪检过程中，陪检人员不得将病历资料交给患者或患者家属，检查完毕将病历一同带回本科室妥善存放。

11. 送输液患者做检查时，陪检人员应保护患者的静脉输液通道，保持通畅，防止外渗。

12. 检查完毕，护送患者回病房，及时取回检查报告单交给管床医生。

13. 如有未完成的检查项目，应认真及时与下一班次的护士交班。

14. 实施全麻手术的患者，术后须由麻醉医师、手术室护士护送至病房，并进行交接。

抢救及特殊事件报告制度

发生特殊事件，或有重大、特殊病例的抢救时，应及时向医院有关部门及护理部报告，以便医院能够随时掌握有关情况，协调各方面的工作，更好地组织力量进行有效的抢救和对特殊事件的处理。

1. 需要报告的重大抢救、特殊病例及特殊事件。

(1) 涉及灾害事故、突发事件所致死亡3人及以上或同时伤亡6人及以上的抢救。

(2) 知名人士、保健对象、外籍人士、境外人士的抢救。

(3) 本院职工住院及抢救。

(4) 涉及有医疗纠纷或严重并发症患者的医疗及抢救。

(5) 特殊及危重病例的医疗及抢救。

(6) 大型医疗活动。

(7) 突发甲类及乙类传染病患者。

(8) 其他特殊情况，如突然停电，患者坠楼、坠床、跌倒，患者外出24小时未归，失窃等。

2. 应报告的内容。

(1) 灾害事故、突发事件发生的时间、地点、伤亡人数及分类；死亡人员的姓名、年龄、性别、伤亡原因；受伤人员的病情、采取的抢救措施等。

(2) 大型活动和特殊情况中出现的患者姓名、年龄、性别、诊断、病情、预后及采取的医疗措施等。

(3) 特殊病例患者姓名、性别、年龄、诊断、治疗抢救措施、目前情况等。

3. 报告程序及时限。

(1) 参加院前急救、急诊及住院患者抢救的医务人员向医务护理部报告；参加门诊抢救的医务人员向门诊办公室报告；节假日、夜间向院总值班或总护士长报告。接到报告的部门应做好相关的记录。



(2) 医务科、护理部、门诊办公室接到报告后应及时向院有关领导报告。

门诊患者管理制度

1. 患者按就诊流程挂号就诊。
2. 患者需保持公共环境干净整洁，维护良好就诊环境。
3. 患者就诊按序就诊，候诊区内禁止喧哗、抽烟。
4. 患者和家属在交费或等候检查时妥善保管随身携带的贵重物品，以防丢失。
5. 上、下扶梯的老人及小孩需有人搀扶陪同，避免发生意外。
6. 行动不便患者就诊，由导医护士提供帮助与指引。
7. 门诊显著位置配备意见箱，公布投诉电话，方便患者对医院工作提出意见或建议。

门诊环境管理制度

1. 门诊环境和设施整洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。
2. 有就诊流程指示，落实各项便民服务措施。
3. 设立导医咨询台，导医人员正确指导患者就医。
4. 免费为行动不方便的患者提供轮椅、平车，并负责安全护送，协助患者就诊。
5. 分诊护士做好就诊前的准备工作，做好患者宣教工作，保持环境干净整洁。
6. 根据患者病情，合理有序地安排患者就诊。
7. 提供私密性诊疗环境，注意保护患者隐私。
8. 加强巡视，保证患者就医安全。

病房预留床位管理制度

1. 为保证急危重症患者及时入院急救，各科室预留一间病房，设置 1-2 张急救床位，床头标识醒目。
2. 急救病床专为急救患者设置，其他任何情况不得占用。
3. 床边备有急救器械及急救药品，标识清晰，按要求放置。急救器械及急救药品不得任意挪用或外借。
4. 床位专人负责，床边设施班班交接，保证急救工作进行顺利。
5. 急救药品使用后需及时清理、及时补充，确保药品齐全。
6. 急救器械及时清理、消毒、补充，确保仪器性能完好，处于备用状态。



一次性使用无菌医疗用品、器械管理制度

1. 一次性使用无菌医疗器械(以下简称无菌器械)是指无菌、无热源经检验合格,在有效期内一次性直接使用的医疗器械。医院所用一次性使用无菌医疗用品必须由医院统一集中采购,使用科室不得自行购入。

2. 所购一次性使用无菌医疗用品,必须从取得省级以上食品药品监督管理部门颁发医疗器械生产企业许可证、工业产品生产许可证、医疗器械产品注册证和卫生行政部门颁发卫生许可批件的生产企业或取得医疗器械经营企业许可证的经营企业购进。进口一次性导管等无菌医疗用品应具有国务院食品药品监督管理部门颁发的医疗器械产品注册证。

3. 每次购置的一次性使用无菌医疗用品、器械,必须进行质量验收,订货合同、发货地点及货款汇寄账号应与生产企业或经营企业相一致,并查验每箱(包)产品的检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标签和失效期等。进口一次性导管等无菌医疗用品应具有灭菌日期和失效期等中文标识。

4. 库管人员负责建立登记账册,记录每次订货与到货的时间、生产厂家、供货单位、产品名称、数量、规格、单价、产品批号、消毒或灭菌日期、失效期、出厂日期、卫生许可证号、供需双方经办人姓名等。

5. 物品存放于阴凉干燥、通风良好的物架上,且距地面不低于20cm,距墙壁不少于5cm;不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

6. 科室不得使用以下无菌器械:从非法渠道购进的无菌器械;小包装已破损、标签不清的无菌器械;过期、已淘汰无菌器械;无医疗器械产品注册证、无医疗器械产品合格证的无菌器械。不得重复使用无菌器械。

7. 使用时若发生热源反应、感染或其他异常情况,必须及时留取样本送检,按规定详细记录,报告医院感染科、药剂科和设备采购部门。

8. 发现不合格产品或质量可疑产品时,应立即停止使用,并及时报告药品监督及设备管理部门,不得自行做退、换货处理。

9. 一次性使用无菌医疗用品,只能供一个患者一次性使用,用后装入黄色医疗垃圾袋内(必要时消毒、毁形),专人回收,严格按交接制度送卫生行政部门指定的焚烧场焚烧处理。

10. 医院感染管理科对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收负有监督检查职责。



医疗废物管理制度

1. 严格按照卫生部《医疗废物管理条例》及有关配套规章、文件的规定，切实做好医疗废物的分类收集和暂时储存等工作，并将医疗废物交由指定的医疗废物垃圾场集中处置。

2. 医疗废物分类收集。

(1) 包装物：将医疗废物分置于符合《医疗废物专用包装物、容器的标准和警示标志的规定》的包装物或容器内。

(2) 收集：

1) 一般感染性废物放入黄色垃圾袋中。

2) 一次性输液器放入黄色垃圾袋中。

3) 软包装输液袋及输液瓶放入单独的蓝色垃圾袋中。

4) 锐器放入锐器盒中。

5) 感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物不能混合收集。少量的药物性废物可以混入感染性废物中，但应当在标签上注明。

6) 废弃的毒、麻、精、放等药品及其相关废物的管理，依照有关法律、行政法规和国家有关规定、标准执行。

7) 化学性废物中批量的废弃的化学试剂、废弃的消毒剂应当交由专门机构处置。

8) 批量的含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，应当交由专门机构处置。

9) 医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物，应当首先在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按感染性废物收集处理。

10) 隔离的传染病患者或者疑似传染病患者产生的具有传染性的排泄物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排入污水处理系统。

11) 隔离的传染病患者或者疑似传染病患者产生的医疗废物应当使用双层包装物，并及时密封。

12) 放入包装物或者容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物不得取出。

13) 盛装医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时，由科室保洁员及时更换，并将装满的垃圾袋封口。

3. 回收、运送。

(1) 一般感染性废物及病理性废物、输液器、软包装输液袋及输液瓶、锐器均由指定物业公司负责回收、运送。

(2) 运送人员每天从医疗废物产生地点将分类包装的医疗废物按照规定的时间和路线运送至内部指定的暂时储存地点。



(3) 运送人员在运送医疗废物前，应当检查包装物或者容器的标识、标签及封口是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物运送至暂时储存地点。

(4) 运送人员在运送医疗废物时，应当防止包装物或容器破损及医疗废物的流失、泄漏和扩散，并防止医疗废物直接接触身体。

(5) 运送医疗废物应当使用防渗漏、防遗撒、无锐利边角、易于装卸和清洁的专用运送工具。

(6) 每天运送工作结束后，应当对运送工具及时进行清洁和消毒。

(7) 科室建立医疗废物交接登记本，登记内容应当包括种类、袋数，登记种类包括一般感染性废物、输液器、锐器盒，由运送人员、科室保洁员及治疗护士签名。登记资料至少保存 3 年。

(8) 软包装输液袋及输液瓶可由指定物业公司回收后进行处理。

(9) 物业人员将收集的上述医疗废物送至暂时储存垃圾场时必须有交接记录及签名，输液器及锐器盒应单独放置于专用存放间内。

(10) 回收、运送人员必须做好个人防护。

4. 暂时储存。

(1) 医院医疗废物暂时储存设施、设备要求：远离医疗区、食品加工区、人员活动区和生活垃圾存放场所；有严密的封闭措施，由后勤部门派专人管理，防止非工作人员接触医疗废物；需防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防止渗漏和雨水冲刷；避免阳光直射；设有明显的医疗废物警示标志和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。

(2) 暂时储存垃圾场应有专人负责管理。

(3) 暂时储存垃圾场与处置单位的交接。

1) 交予处置的废物采用危险废物转移联单管理。每月由处置单位医疗废物运送人员和医院医疗废物管理人员交接时共同填写危险废物转移联单（医疗废物专用），分别保存 5 年。

2) 每车每次运送的医疗废物，由医院医疗废物管理人员交接时填写医疗废物运送登记卡并签字。

5. 重大传染病疫情期间医疗废物处置的特殊要求。

(1) 分类收集、暂时储存。

1) 医疗废物由专人收集、双层包装，包装袋应特别注明是高度感染性废物。

2) 医疗废物的暂时储存场所应为专场存放、专人管理，不能与一般医疗废物和生活垃圾混放、混装。

3) 暂时储存场所应使用 500mg / L 有效氯的含氯消毒剂喷洒墙壁和拖地消毒，每天上午、下午各 1 次。



(2) 工作人员卫生防护：运送操作人员的防护要求应达到卫生部门规定的一级防护要求，即必须穿工作服、隔离衣、防护靴，戴工作帽和防护口罩。每次运送操作完毕后立即进行手的清洗和消毒。

6. 管理职责。

(1) 禁止买卖、丢弃医疗废物和回收利用医疗废物，禁止将医疗废物交由未经社区的市级以上人民政府环境保护行政主管部门许可的医疗废物集中处置单位处置。

(2) 医院感染管理科负责制订医疗废物管理制度并监督执行，负责全院医疗废物处置的技术指导和人员培训。

(3) 总务科负责指定物业公司的管理。

(4) 指定物业公司负责清洁卫生及生活垃圾袋的管理、医疗垃圾回收及运送人员的管理、相关制度的落实执行。

(5) 护理部负责临床科室分类收集、交接等制度的落实及供应室回收、运送的管理。

(6) 如发生医疗废物外流等事件，应严肃处理当事人并对相关责任单位给予处置。

责任制整体护理实施管理制度

1. 树立整体护理理念，满足患者生理、心理、社会及文化各方面需要。

2. 组织学习责任制整体护理相关理论知识，如责任制护理、整体护理、护理程序等。

3. 改革排班模式，体现责任制整体护理，落实责任包干制。

4. 按整体护理程序收集入院患者资料，进行护理评估，并认真书写评估记录。

5. 建立支持保障系统。低层级护士及护理员完成接送患者检查、送标本、取药、仪器维修、护送新住院患者等，真正体现将时间还给责任护士、把责任护士还给患者。

6. 严格实施分级护理，认真协助、完成患者基础护理、生活护理。落实基础护理工作标准，每月进行检查和评估。

7. 实施个性化康复指导、健康教育及心理护理，每月进行检查和评估。

8. 根据患者的专科疾病特点、病情变化、医嘱、护理常规等，采用表格式方法书写护理记录。

9. 每月进行患者对护理工作的满意度调查，对调查结果进行分析，持续不断地改进护理工作。患者对责任护士工作满意度不低于 95%。



责任护士实施管理制度

1. 实施岗位管理，以整体护理责任护士负责制的方式落实患者的各项临床护理工作。
2. 在排班模式上，责任护士实行 APN 班或 DN 班制，排班时以保证责任护士的资历、工作能力、业务水平等力量配备为原则，每名护士分管患者数不超过 8 人。
3. 责任护士全面负责所分管患者的病情观察、治疗和护理措施、生活护理、康复和健康指导等工作。
4. 护理质量评价检查。
 - (1) 责任护士在完成各项操作程序时进行环节评价。
 - (2) 病区护士长每日评价、检查责任护士工作，并根据沟通信息调整工作安排。
 - (3) 护士长及护理部定期检查责任制整体护理工作执行情况。定期征求患者意见，了解责任护士负责制落实情况。

护理投诉管理制度

1. 凡在护理工作中，因为服务态度、服务质量、自身原因或技术原因引起患者或家属不满，并以书面或口头方式反映到护理部或有关部门转告护理部的意见，均为护理投诉。
2. 护理部负责接待护理投诉，接待人员认真听取投诉者的意见，使投诉者充分表达自己的观点。
3. 护理部设立护理投诉记录本，详细记录投诉事件发生的经过调查结果、处理意见及反馈。
4. 接待人员认真做好沟通解释工作，耐心安抚投诉者，避免引起矛盾。
5. 护理部接到投诉后，应及时调查核实，告知相关的护士长，及时反馈处理意见。科内应认真分析事件发生的原因，总结经验，接受教训，提出整改措施。
6. 投诉事件经护理部调查、核实，确认是护理人员责任的，护理部应及时给予帮助、分析，对科室及当事人给予批评教育，并与绩效考核挂钩。
7. 如果投诉事件反映出的问题具有一定的普遍性和代表性，护理部应充分调研，制订相关管理要求，加以防范，杜绝责任事件再发生。

患者意见收集管理制度

1. 护理部定期组织发放住院患者、门诊患者满意度调查问卷，对调查结果进行



分析和反馈。

2. 每月发放住院患者追踪满意度调查表, 调查人数为每月患者总数的 5-10%。由专人负责, 对出院后患者进行电话调查, 调查人数为每天出院患者总数的 10-20%, 将收到的信息进行分析 and 总结。

3. 医院设立咨询与随访电话, 随时接受患者的意见及建议。对患者反应的意见加以整理分析, 及时反馈相应科室, 尽可能在短时间内回复患者并制定改进措施。

4. 每个病区都设有意见箱, 患者随时可以将意见信投放其中。信箱由专人负责开启。

5. 将各种方式收集的信息进行分析和总结, 急待解决的问题立即反馈, 并提出整改措施, 护理部督促落实; 定期召开全院护士长和护士代表会议, 认真分析、反馈来自患者的信息, 使护士长和护士了解各科患者对护理服务的满意度, 以便进一步改进护理工作; 对于满意度低于 95%; 对于患者不满意的护士, 确认是护士责任的, 给予点名批评; 对于患者提名表扬的护士给予一定的奖励。

优质护理服务工作制度

由院长任组长的领导小组, 定期召开会议, 协调解决护理工作存在的有关问题。院领导组织院长行政查房, 及时听取意见, 采取改进措施, 提高护理服务水平。

1. 制定并落实年度工作计划与实施方案, 有目标、有进度安排、重点任务、相关政策和保障措施, 管理人员和护理人员均知晓优质护理服务的目标与内涵。

2. 加强宣传工作, 在全院营造“以患者为中心”的服务理念, 为患者提供优质服务, 并在工作中不断总结经验, 不断深化优质服务, 让患者受益。

3. 建立健全护理工作规章制度, 制定并落实疾病护理常规和临床护理技术规范, 建立护士岗位责任制, 科室及护理部每季度组织培训考核。

4. 医院保证临床护士配备, 护理部合理配置护理人力资源, 掌握全院护理岗位和护士分布情况; 建立机动护士人力资源库, 根据需要及时弹性调配护士。

5. 转变护士工作模式, 实行整体护理责任包干工作制, 根据护士能力及患者的护理级别、护理工作量安排每名护士负责患者的数量, 保证为患者提供全程、连续的护理服务。

6. 建立健全绩效考核制度。根据护士工作量、护理质量、患者满意度等对护士进行综合考评, 将考评结果与护士薪酬分配、晋升、评优等相结合, 体现多劳多得、优劳优酬。

7. 听取患者及医护人员的意见和建议, 按要求进行患者满意度调查。调查内容客观, 调查资料可信度高, 并根据反馈意见采取改进措施, 不断提高医护人员及患



者的满意度，持续改进。

8. 各相关部门为优质护理服务的持续开展提供支持保障措施。健全支持保障体系，形成全院工作服务于临床的格局。

9. 科室对优质护理工作落实情况进行督查，对存在问题要有改进措施。

10. 护理部对科室落实优质护理工作情况每月进行一次检查，对检查结果进行评价分析，将存在的问题及时反馈给科室，同时提出整改措施，并对改进意见落实情况实施追踪检查和成效评价，有持续改进。

优质护理服务保障制度

为了确保优质护理服务工作顺利开展，护理部、医务科、动力科、总务科、检验科等部门，均应树立为临床一线服务和意识，尽可能减少病房护士从事非护理工作，降低临床护士外出率，真正地把时间还给护士、把护士留在病房，让护士有更多的时间从事专业护理，为患者提供连续、全面、全程的护理服务。

一、保障制度

1. 各科室、各部门要协同配合，确保优质护理服务工作顺利开展；

2. 各科室、各部门要按照相应的职责及分工做好本科室人员的安排、制度的制定以及其他工作的准备，以保证优质护理服务工作顺利；

3. 护理部每季度收集优质护理服务单元反馈的意见和建议，并持续改进；

4. 加强护理人员的学习培训工作，进修、学习予以优先安排，保证资金到位。

二、具体分工

1. 医务科：加强对临床医生和医技科室的管理，保证临床医生的支持配合。开展临床路径，规范患者护理级别的医嘱。

2. 财务科：保证购买各种设备、物资的资金到位。及时解决临床收费、结算等问题。

3. 人事科：负责护理人员的配备，规范人员管理，保障工作人员待遇。

4. 后勤保障部门：负责所需各种公示牌及温馨提示牌的制作；负责常用物资的配备并及时送达；负责水、电、暖等的供应和维护；负责保洁、保卫等职责落实，加强全院消防安全、财物安全巡查，保证环境卫生、正常工作秩序；负责满意膳食供应，必要时提供送餐服务。

5. 药械科：负责病区护理设备购置、检修及药品配送等。

6. 消毒供应中心：负责无菌物品的供应，并负责下收下送。

7. 检验、输血科、医学影像等机能科：负责各种化验、检查报告单及交叉配血单等在规定时间内出具，并送达病房。

8. 门诊办公室：负责门诊导医、分诊、咨询、维持良好就医秩序等工作，同时



提供轮椅、纸笔、开水及一次性水杯等便民服务。

9. 党办、院办：党办做好医德医风、满意度调查等工作，制定相关奖惩制定。院办做好对优质护理服务的宣传及新闻报道等。

优质护理服务护士长责任制

为了改善护理人员的服务态度，为患者提供安全、整洁、温馨的护理环境，实施优质护理服务护士长责任制。

1. 护士长对所管辖科室的所有医护人员的着装仪表、礼貌语言、服务态度、操作规范、劳动纪律、医德医风等方面进行综合管理。

2. 护士长根据优质护理服务质量评价标准对本科室执行情况进行督促、检查，发现问题及时纠正，特殊情况及时向护理部报告。

3. 护理部按优质护理服务质量评价标准定期对护士长所在科室进行质控检查，调查患者对护理服务的满意度。

4. 护士长对优质护理服务管理中存在的问题进行分析，查找原因，并制订详细的改进措施。

患者身份识别制度

严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中，应同时使用床头卡、治疗卡、腕带等方法确认患者身份；对能有效沟通的患者，要求患者自行说出姓名，确认无误后方可执行。

1. 完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室、监护室、产房之间流程）的患者识别措施、交接程序与记录。对住院患者使用“腕带”作为患者识别标识，在进行各项诊疗操作前认真核对患者腕带信息，准确确认患者的身份。

2. 腕带识别信息填好后必须经两名护理人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

3. 腕带的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。

4. 患者使用腕带舒适，松紧度适宜，皮肤完整无破损，且加强对患者腕带使用情况的检查。

5. 护士在抽血、给药或输血时，必须严格执行三查七对制度，至少同时使用二种患者识别的方法（住院患者：住院号与姓名，门诊患者：就诊号（ID）与姓名），不得仅以床号作为识别的依据。

6. 在手术患者转运交接中有识别患者身份的具体措施如：手术患者进手术室前，



由病房护士与接患者的手术室工作人员核对患者身份信息，手术室护士核对无误后方可接入手术间。

7. 在采血、给药或输血等操作前，必须严格执行患者身份识别查对制度，应至少使用两种身份识别方法（床头卡、手腕带、双人核对）。

8. 在实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者亲自与患者（或家属）沟通，陈述患者姓名，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

病房护士首问负责制

1. 护士值班实行首问负责制，即患者或家属询问的首位护理人员，必须给予妥善、满意的答复或安排。

2. 所有咨询、查询的患者或家属，护士都应热情接待，微笑服务。

3. 接待患者的护士要耐心解释，并妥善处理患者，直到患者满意。

4. 如不是本科患者，应主动热情、耐心地解决患者的问题。

5. 如是入住本科的患者，妥善安置后应及时通知所管床的医生及护士。

6. 不推诿、怠慢患者，努力做到有问必答，有求必应，有铃必接，有难必帮。

医嘱执行制度

1. 执行医嘱必须双人核对，严格执行“三查七对”制度。

2. 医生开出电子医嘱，主班护士或值班护士应及时接收、核对无误后保存、签名，并分类准确打印出执行单。

3. 各类医嘱执行单与医嘱必须经两人核对无误，并签名，方可执行。

4. 执行医嘱时，确认患者信息无误后方可执行。

5. 临时医嘱应及时通知责任护士根据病情执行，确保抢救治疗及时、准确落实。

6. 医嘱执行后应在各类医嘱执行单上打“√”，签名并记录时间。

7. 凡需下一班执行的医嘱，要认真交接执行单，必要时在交接班上注明。

8. 护士遵医嘱对患者进行治疗和给药等，一般情况下不执行口头医嘱，抢救时或手术除外，在执行医嘱时，认真聆听，并做好记录，复述医嘱内容2遍，得到医生确认后方可执行，抢救结束后督促医生及时补开医嘱。

9. 严禁执行电话医嘱，不得随意修改医嘱。

10. 护士要准确执行医嘱，不得随意修改医嘱。

11. 护士发现医嘱有疑问时，应及时向医生反馈，核实后方可执行；当医生拒绝核实有疑问的医嘱时，有责任向上级医生或科主任、护士长报告，协调核实后方可执行。



PDA 使用管理制度

1. 病区 PDA 妥善保管，各班次严格交接。
2. 第一次使用 PDA 之前充电 24 小时，连续 3 次，日常使用时每日固定班次充电，保证正常使用，不使用时及时充电备用。
3. PDA 出现故障送电算中心维修时，做好交接工作。
4. 对 PDA 内的常规设置不得随意更改。
5. 做好新护士的培训工作，熟知 PDA 的操作说明、使用手册及常见故障排除。进修、实习护士应用 PDA 时必须在本院护士指导下规范使用。
6. PDA 使用过程中，严格执行操作规程，防止损坏。

财产物资管理制度

1. 各科室对设备、家具、器材、被服须建立账目，并定期清点，防止霉烂，遗失、差错，要求账目相符，保证物资安全。
2. 财务收入与支出要详细登记并有两人签字。
3. 设专人负责物资、被服清领、保管及报废工作。
4. 定期做好物品请领工作，物品请领时，要精打细算，做到物尽其用。除抢救及急需物品以外，原则上每个科室每月只准领取一次。
5. 各科室领取正常消耗器材、物品时应凭物品领取卡才可请领。如听诊器、血压表等需要报废时，还应有维修部门的技术鉴定、签字、证明不能修理时才能以旧换新。
6. 各种物资、被服的报废需经相关科室审核后，方可办理报废手续。
7. 任何人不得将医院的任何物资私自带出院外。

护理评估管理制度

1. 护理评估是为了全面把握患者健康情况，满足患者的需求和预防意外风险的发生，落实各项护理措施，促进患者的康复。
2. 护理评估必须由具有取得中华人民共和国护士执业证书并经过注册的护理专业人员进行。实习护生评估患者后，必须由带教老师确认。
3. 门诊护士对就诊患者进行评估，对残疾、体质虚弱、高龄老人、突然病情变化或病情较重的患者优先就诊，必要时协助抢救和转运。
4. 确定需要住院治疗的患者，护士应评估患者的病情，选择合适的转运方式，



做好安全指导。危重患者应由医务人员陪同转运。所有住院患者都需要进行护理评估，包括住院患者首次护理评估、生命体征评估、病情评估、各种护理风险评估（包括跌倒/坠床、压疮、管道滑脱、走失、自伤等）、健康教育需求评估、生活自理能力评估、疼痛评估、心理评估等。当护理评估结果与医师记录不一致时，应与医师共同探讨，以求护理评估的客观性与准确性。

5. 患者入院后，护士应该在4小时之内完成首次评估，填写《住院患者首次护理评估单》。

6. 责任护士每天对所包干的患者进行护理需求评估，填写《住院患者护理需求评估表》，提供适宜的护理服务。

7. 按照护理级别要求的频率进行巡视及评估，观察病情，有病情变化时，通知医生，配合处理，并记录在护理记录单上。

8. 进行健康教育评估时，鼓励患者/家属参与治疗护理计划的制定和实施，提供必要的教育，并记录在《住院患者健康教育执行单》上。

9. 对住院高危患者必须及时进行相关风险评估，包括压疮、跌倒/坠床、管道滑脱、走失、自伤等风险，执行《住院患者风险评估制度》。

10. 患者出院时，应对患者出院护理需求进行评估，并给予药物、自我护理、复诊等方面的指导，发放出院患者联系卡。

11. 患者出院后，按照《出院患者随访制度》对患者的康复情况进行随访评估，给予病情观察、康复、药物、复诊、自我护理等方面的指导，并指导健康教育咨询服务。

疼痛护理管理制度

1. 建立可靠和有效的评估制度，对所有患者进行疼痛评估。采取0-10数字评分法（NRS）或者面部表情描述法来评估患者的疼痛。

2. 对所有新入院患者进行疼痛初次评估和筛选，评估在患者入院4小时内完成，记录在《住院患者首次护理评估单》疼痛评估栏内。

3. 无疼痛主诉者，不做进一步疼痛评估记录，病情变化出现疼痛时，将疼痛评分结果记录在护理记录单中。

4. 疼痛评分<4分者，责任护士负责进行健康教育、心理疏导，每天评估1次，并将评分结果记录在护理记录单。

5. 疼痛评分 ≥ 4 分的中度疼痛者，护士应及时报告医师，配合处理。责任护士每天评估2次，直至疼痛评估评分<4分；并将评分结果及处理措施记录在护理记录单。

6. 疼痛评分 ≥ 7 分的重度疼痛者，护士应及时报告医师并进行必要的处置，观



察用药效果。护士每班至少评估1次，直至疼痛评估评分 <4 分；并将评分结果及处理措施记录在护理记录单。

7. 责任护士应利用多种形式对患者及家属进行疼痛相关知识宣教，提高处理疼痛的意识和知识。

8. 护士长定期组织护士学习疼痛管理的相关知识，提高对疼痛管理的能力。

9. 将疼痛管理纳入临床护理质量及文书书写质量考核中，定期进行检查、分析和落实改进。

出院患者护理随访制度

随访范围 出院后需院外继续治疗护理、康复和定期复诊的患者以及其他具有特殊情况的患者。出院7天内，由责任护士对患者进行电话回访，了解患者出院后健康恢复情况，及时答疑解惑。

随访方式 电话随访、咨询、信件随访、微信、QQ在线指导、居家方式、健康教育大课堂及各种专病俱乐部等。

随访内容 了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况；提醒患者定时回院复诊；指导患者如何用药、如何康复及病情变化后如何处置；指导患者建立良好的生活方式；征求患者对医疗护理工作的满意度及其建议等。

随访时间 各专科应根据各自科室实际情况及患者病情和治疗需要而定。治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的患者出院后应随时随访；一般需长期治疗的慢性患者或疾病恢复期较长的患者出院一个月内应随访一次，此后根据病情及治疗需要定期随访。

随访档案 建立《出院患者随访登记本》，各专科对于需要随访的出院的患者，应完善随访登记档案，包括姓名、住院号、性别、年龄、联系电话、住院时间、治疗结果、出院诊断、随访情况、患者需求、解决问题、对住院期间医院服务的满意情况等内容。

随访人员 由责任护士、专科护士长、护士长、管床医生落实，确保随访工作及时、规范。

随访控制 护士长对出院随访情况每季度进行一次总结分析，并有记录，护理部每季度抽查随访人数的5%-10%，对存在的问题采取改进措施，不断提高护理服务质量。

出院患者健康教育制度



1. 严格执行医嘱，责任护士按照出院工作流程协助患者办理出院手续。
2. 结合患者病情、自身素质和对疾病相关康复知识的掌握情况，简明扼要地给予出院宣教。
3. 针对不同疾病制定相应的健康教育内容，出院时以健康资料的形式发放给患者及家属。
4. 在出院登记本上详细记录出院患者相关信息。

出院患者电话回访制度

1. 由责任护士对出院患者实行电话回访服务。
2. 回访人必须持有执业资格，回访工作热情、礼貌。
3. 电话回访时间定于患者出院后 7 天内。
4. 回访前了解患者出院时的病情、治疗情况，回访内容包括患者目前情况、服药、锻炼、生活及健康指导等。
5. 回访时耐心听取患者提出的问题，规范慎重回答，不得敷衍；对当时不能解决或电话解释不清的问题采取另行答复、预约专家、回医院复查等方法；对电话投诉需及时调查核实情况，3 天内给予回复。
6. 记录电话回访情况，不能回访者注明原因；遇到可疑病情、特殊病情立即向科主任、护士长汇报。
7. 护理部定期抽查制度落实情况。

临终关怀护理制度

1. 为临终患者营造温馨、舒适、安静、整洁的修养环境，提供人性化关怀。
2. 保护患者的隐私，维护患者的尊严，尊重患者的权利，保留患者对治疗护理方案的知情权。
3. 为患者提供舒适的生活护理，最大限度减轻患者的痛苦，提高患者临终阶段生命质量。
4. 做好生命体征的监测，护理过程中尽可能保留患者原有的生活用品习惯，尽可能满足其生活习惯要求。
5. 做好临终患者家属的心理支持，护士需与家属进行必要的沟通，尽可能解答家属对临终患者治疗护理过程中提出的疑问，取得家属的信任与配合。
6. 发生病情变化及时通知医生及家属。
7. 关注临终患者的心理变化，加强患者的安全措施



8. 尊重死者，尊重家属，尊重民族习惯，做好尸体料理。
9. 做好同病区患者的安抚工作。

护理人员职业防护制度

1. 所有护理人员必须接受医院感染科、护理部及科室组织的有关职业安全防护知识培训，提高护理人员对职业暴露的防范意识。
2. 护理人员在进行护理操作或进行清洁、消毒工作时，应严格执行护理操作规程和护理管理制度，避免发生职业暴露。
3. 护理人员应遵循洗手与手卫生消毒原则，掌握洗手指征，严格按照六步洗手法进行洗手或进行手消毒，严格执行手卫生制度。
4. 护理人员在日常工作中应采取最基本的防护措施，穿工作服和工作鞋，戴口罩、帽子。
5. 当可能接触到患者体液、血液、分泌物、排泄物等时，应戴手套；当患者血液、体液、分泌物、排泄物等可能发生喷溅时，应穿隔离衣，戴眼罩、面罩，穿鞋套等，以防感染。
6. 在护理传染性疾病患者时，根据疾病的主要传播途径采取相应隔离和防护措施，必要时采取双向防护。
7. 及时清理被污染的被服及各种污染物，防止造成二次污染及微生物传播。
8. 及时处理被污染的医疗用品和设备，重复使用的医疗仪器设备应进行清洁消毒。
9. 正确处理医用垃圾，避免造成交叉感染。
10. 若发生职业暴露，应立即采取紧急处理措施，并及时上报医院感染科和保健科等相关部门，按照医院规定进行相应的身体检查和预防治疗。
11. 加强对职业防护的督导检查，持续改进工作，减少职业暴露。
12. 加强护患沟通，避免暴力和意外伤害的发生。
13. 开展护士心理健康评估，加强心理知识的培训及疏导工作。

职业暴露的防护措施及登记报告处理制度

一、预防职业暴露的措施

医务人员的职业暴露防护措施应当遵照标准预防原则，对所有患者的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物质，医务人员接触这些物质时，必须采取防护措施。



1. 医务人员进行有可能接触患者血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。
2. 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。
3. 医务人员手部皮肤发生破损，在进行有可能接触患者血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。
4. 医务人员在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。
5. 使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，或者利用针头处理设备进行处理，也可以使用具有安全性能的注射器、输液器等医用锐器，以防刺伤。
6. 禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

二、发生职业暴露后的处理措施

医务人员发生职业暴露后，应当立即实施以下局部处理措施：

1. 用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。
2. 如有伤口，应当在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗；禁止进行伤口的局部挤压。
3. 受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如：75%乙醇或者0.5%碘伏进行消毒，并包扎伤口；被暴露的粘膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

三、登记报告制度

1. 医务人员发生职业暴露后报告科室医院感染管理小组进行局部处理，网上填写报告卡报感染管理科。
2. 感染管理科负责调查暴露源情况，暴露程度，填写“职业暴露情况登记表”，并采取必要的预防措施，以防类似事件的再发生。
3. 到传染科就诊、随防和咨询。
4. 每月汇总登记表向院领导反馈并向湖北省医院感染监控中心报告。

附：关于医疗活动中安全使用利器，减少利器损伤的操作原则

1. 在医疗活动中，凡进行注射、穿刺等操作时，应将所有患者的血液或体液都看作是具有传染性的，采取标准预防的原则。



2. 进行静脉采血时，应戴合适的手套。
3. 使用后的针尖、利器直接放进利器盒内，杜绝回套针帽。必须套帽时，不要用手，应借助于其他器械进行，如镊子、持针器等。
4. 拔除静脉输液穿刺针时，应手持穿刺针向外拔出，千万不要手持塑料玻璃丝（远离穿刺针）向外拔，以防在拔出针尖时，针尖随玻璃丝原来的韧性卷曲，突然转变方向而刺伤手。
5. 输液器使用完毕，立即分离金属利器，塑料部分放入黄色垃圾袋内收集，金属利器放入利器盒内。
6. 尽量减少或避免手与污染利器或针尖直接接触，如果一定要接触，也应借助于其他器械进行。
7. 一次性利器使用后，直接投入利器盒内，千万不可放入普通医疗垃圾袋内，更不能与生活垃圾混放，防止引起护工和垃圾回收人员利器伤害。
8. 所有使用后的针器等利器均须放入利器盒收集，满三分之二时及时更换。
9. 可重复使用的针尖、利器（如骨穿针、穿刺针等）使用以后，应立即放在弯盘等容器内等候处理，严禁放回包布内，避免在整理包布时被刺伤。
10. 诊疗操作结束后，清理人员应在清理前先打开包布检查是否有针尖等利器，如有，应先作清理再行处理，以防误伤。
11. 手术过程中锐利器械的传递要按规程进行，如手术剪、手术刀、缝针等。
手术医生术中使用过的尖锐器械或缝针应放在固定位置上，千万不要手持器械在空中挥舞，或直接送到器械护士手上，以防止刺伤护士。器械护士，尽量不要直接在空中接医生使用过的器械，防止刺伤。
12. 术后器械处理：
 - （1）处置术后器械应戴好手套；先处置锐利器械，再处理其它器械；
 - （2）不要用手直接接触锐利器械，应借助于其它器械；
 - （3）重复使用的刀、剪、针分类后妥善放置在规定容器内，防止刺伤别人。
13. 供应室工作人员回收器械时，应首先检查是否有破损、裂痕器械和破损玻璃器皿，如果有，先撤除再分类清洗，防止破损利器损伤。

健康教育管理制度

1. 护士长根据各科情况组织实施健康教育工作。
2. 病房注重收集、积累和编写健康教育的资料，保证健康教育的质量。
3. 健康教育方式
 - （1）个别指导：内容包括一般卫生知识如个人卫生、公共卫生、饮食卫生、常



见病、多发病、季节性传染病的防治知识,简单的急救知识、妇幼卫生保健、婴儿保健、计划生育等。可在护理患者时,结合病情、家庭情况和生活条件随时进行具体指导。

(2) 集体讲解:要先确定主题。门诊利用患者候诊时间,病房则根据工作情况及患者作息制度选择时间进行集体讲解。讲解同时可配合幻灯、模型、图片等,以加深印象。

(3) 文字宣传:利用护理网站、宣传栏编写短文、图画或诗词等,标题要醒目,内容要通俗易懂。

(4) 讲座或座谈会:在患者病情允许的情况下,护理人员组织患者对主题进行讲解、讨论并回答提出的问题。

(5) 展览:如图片或实物展览,内容应定期更换。

(6) 视听教材:利用幻灯、投影、录像、广播等视听设备在候诊大厅及住院患者活动区域进行宣教。

4. 健康教育流程

(1) 评估健康教育对象的学习需要及接受能力。

(2) 制定相适应的目标。

(3) 拟定适宜的健康教育内容。

(4) 根据教育对象选择健康教育的形式。

(5) 实施健康教育计划。

(6) 对健康教育结果进行评价。

5. 健康教育内容

(1) 由责任护士做好新入院患者的人院介绍,主要内容为病区环境;探视、陪伴制度;病房管理制度;便民措施;告知管床医生、责任护士、护士长等。

(2) 由责任护士做好住院期间的健康宣教,如标本留取法;病情及健康状况;所用的主要药物、作用、药物不良反应及用药期间的注意事项;有关饮食、休息、活动、卧位、功能锻炼、安全防范方面的知识;检查前和手术前的准备、目的及注意事项;掌握与自身疾病有关的专科功能训练方法及技能,如深呼、排痰、床上排泄、预防压疮、缓解疼痛、置管引流、自理能力等。

(3) 由责任护士做好出院后的注意事项及照顾方法、复诊指导。

6. 护理部定期督促、检查,及时反馈各病区存在的健康教育问题。



第二部分 护理人员管理制度

护理人力资源管理制度

一、护理人员准入管理制度

1. 从事临床护理工作的护士，必须取得《中华人民共和国护士执业证书》，并通过注册。
2. 助理护士只能在执业护士的指导下从事临床生活护理工作。
3. 供应室消毒员必须取得相关部门颁发的合格证，才能从事消毒工作。
4. 新来院护士，上岗前必须经过有关部门的岗前培训。
5. 急诊科、ICU、手术室、血透室、供应室等岗位的护士必须经过专业培训或本岗位临床带教，并经常性开展专科业务学习。

二、护士执业岗位准入管理制度

1. 新来院护士

- (1) 上岗前必须经过护理部及相关部门的岗前培训与考核，合格后方可上岗。
- (2) 护理人员必须持护士执业证按规定完成注册（除应届毕业生）。
- (3) 新入科护士须经科室护士长和带教护士考核相关理论、护理专业技术操作，成绩合格者后方独立从事临床护理工作。

2. 夜班护士

- (1) 具有护士执业资格。
- (2) 从事临床护理工作3—6个月以上。
- (3) 经科室护士长和带教护士考核相关理论、护理专业技术操作，成绩合格者，方可从事夜班工作。
- (4) 具有独立完成急危重症抢救配合工作的能力、病情观察与应急处理能力、规范客观书写护理文件的能力、良好的慎独精神等。

3. 特殊、重点科室护理岗位人员准入制度

- (1) 符合专科护士任职资格，经相关专业进修和培训，获得相应的专科护理人员培训合格证书。
- (2) 掌握特殊、重点科室工作制度、岗位职责、工作流程。
- (3) 有丰富的本专业临床护理工作经验，能有效开展基础护理、专科护理的能力，能对专科患者进行有效的健康教育指导，熟练掌握专科仪器、设备的使用及维护。
- (4) 具备高度的责任心和慎独精神，有一定的病情综合分析能力，工作中善于



发现问题，处理问题。

(5)及时跟踪并掌握国内外本专科新理论、新技术,并有积极应用于临床的能力。

(6)具备良好的协调沟通能力及团结协作精神。

新护士招聘制度

1. 招聘对象：具有国家统招护理中专或大专及以上学历的应或往届毕业生。

2. 招聘人员具备良好的身体素质及一定的基本条件，如身体、视力及在院实习期间的良好表现等。

3. 通过全国护士执业资格考试，成绩合格的护理人员，应届毕业生可缓一年。

4. 招聘人员必须参加由人事科与护理部组织的理论和操作考试，根据成绩排名进入面试选留阶段。

5. 招聘人员面试工作由人事科负责组织评委组成人员，评委对面试人员进行综合评价，通过者进入体检选留阶段。

6. 所有选留对象在选留过程中，如发生一切与选留有关的舞弊行为，立即取消选留资格。

7. 新护士报到后，参加人事科、护理部及科室的岗前培训，然后根据医院工作需要无条件地服从护理部的安排，进入为期6个月的转科或2年的规范化培训。

护理人员注册、执业准入制度

1. 严格按照《护士条例》执行护士注册执业管理。

2. 护理部严格审查护士执业资质，未取得护士执业资格者或未经护士执业注册者不得从事临床护理工作。

3. 严格遵守护士执业注册范围，严禁超范围执业。

4. 护士注册管理

(1) 护士首次注册上级注册管理机构每年1次：在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫生部规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，并取得相应学历证书，通过全国护士执业考试，成绩合格者且身体健康有行为能力的人员。

(2) 护士延续注册每5年一次：从事护理工作的注册护理人员；自觉遵守《护士条例》有关规定；年度考核及继续教育学分合格者。



新上岗护士执业管理制度

1. 参照 2016 年国家卫计委下发的《新入职护士培训大纲（试行）》进行新上岗护士的执业培训。
2. 护理部对新上岗护士进行岗前培训，培养良好的职业道德素养、沟通交流能力、应急处理能力和落实责任制整体护理所需的专业照顾、病情观察、协助治疗、心理护理、健康教育、康复指导等护理服务能力。增强人文关怀和责任意识，能够独立、规范地为患者提供护理服务。
3. 岗前培训包括为期 2 周的基本理论培训，内容包括法律法规、规范标准、规章制度、安全管理、护理文书、健康教育、心理护理、沟通技巧、职业素养等基本理论知识。
4. 岗前培训包括为期 2 周的常见临床护理操作技术培训。
5. 对岗前培训内容经考核合格才能上岗。
6. 对新上岗护士进行为期 6—24 个月专科轮转培训，轮转科室涉及内、外、妇、儿、急诊、精神科等专科。

低年资护士科室轮转培训制度

1. 参照 2016 年国家卫计委下发的《新入职护士培训大纲（试行）》要求，对工作 2 年内护士进行院内轮转培训。
2. 轮转科室包括急诊科、重症医学科、儿科、内科、外科、妇产科等专科，每专科轮转时间为 3-6 个月。
3. 轮转工作由护理部统一安排进行。
4. 各各轮转科室根据《新入职护士培训大纲（试行）》要求，制定轮转护士培训计划，认真执行并严格考核，考核成绩记入护士技术档案。
5. 轮转护士服从工作安排，遵守轮转科室管理，严格要求自己，认真执行各项规章制度和技术操作规程，工作认真负责，虚心求教，善钻好学，尽快提高自己的专科护理水平。
6. 轮转期间工资待遇按医院人事管理规定执行。

特殊、重点科室护理岗位人员准入制度

对急诊科、ICU 室、手术室、新生儿、产房、精神科等特殊、重点科室应实行护理岗位人员准入制度，对护士的资质、技术能力进行认证，具备该岗位资质的



护士由上级培训部门颁发《特殊、重点科室护理人员上岗资质合格证》证书。

1. 具备护理大专及以上学历，根据科室要求，有一定年限及临床护理工作经验的护士。
2. 完成特殊、重点科室专科理论及专科技术培训，经考试合格。
3. 掌握特殊、重点科室工作制度、岗位职责、工作流程。
4. 熟练掌握专科仪器、设备的使用及维护。
5. 掌握专科常见疾病的护理常规、并发症的观察和护理，急危重症患者抢救技术。
6. 能对专科患者进行有效的健康教育指导。
7. 具有一定的病情综合分析能力，善于运用逻辑思维发现问题，处理问题。
8. 具备高度的责任心和慎独精神，独立工作能力较强。
9. 具备良好的协调沟通能力及团结协作精神。

护理人员劳动纪律管理制度

1. 护理人员上岗应服从护理部及科室安排，坚守工作岗位，认真履行各岗位职责，准确及时落实各项治疗和护理工作。
2. 每班提前 15 分钟接班，并认真执行交接班制度。
3. 手术室洗手护士必须对手术患者的全过程负责，手术中途不得换人。
4. 违反劳动纪律（如上班看杂志、做私活、玩手机电脑游戏、听随身听、聚堆聊天等）者，院内通报并处罚款，并与评优及绩效考评挂钩。
5. 严格遵守国家和医院的相关管理条例，凡符合条例规定的护理人员休假，由护士长根据病区工作情况统筹安排。遇特殊情况（家有急事、本人生病等）应提前告知护士长，在不影响工作的前提下，护士长酌情安排。
6. 凡值夜班，不得申请休假。确实因病需要休病假者，应提前出示“病休证明单”，由护士长调整夜班。除特殊意外情况外，尽量不要在下午时间请病假，以免影响夜班的安排。无特殊情况不得电话请假，不得私自调班、找人顶班。
7. 认真执行并完成医院规定的夜班工作时数；喂奶时间、产假、婚假、探亲假不得累计存休。
8. 参加医院派遣的外出会诊、讲课及外出协助医疗、科研等院外活动者，需提前报护理部备案。若个人利用业余时间接受外单位邀请 讲学等活动，也需报护理部备案。



护理人员工作着装管理制度

1. 护理人员淡妆上岗，工作牌端正地佩戴在工作服的左上方。
2. 护士帽保持平整、清洁，戴帽时前不遮眉、侧不遮耳、后不过肩、长头发需用发网网起、不可过肩，头发不得彩染；上班不能佩戴围巾。
3. 工作服装合体，要求整洁、舒适、端庄；无论休息与否，只要穿工作服，都要按规定着装；不得穿工作服外出就餐，或去餐厅等。
4. 护士着装分夏装和冬装。夏装为短袖护士服，冬装着长袖护士服，腰带适中，裙摆、内衣领不应露出工作服外全年均着白色工作裤。工作服有污染、破损应及时更换。
5. 着装换季时间：5月—10月统一夏装，10月—次年4月统一着冬装。如遇特殊天气，同一科室着同一款式工作服。
6. 着白色工作鞋，大小应适宜，保持鞋子清洁干净，无破损。
7. 戴口罩应同时遮住口、鼻，不得将口罩垂挂在耳朵或脖子上。
8. 工作时间不能佩戴戒指、耳环、花色发结、涂擦有色指甲油等。

护理排班管理制度

1. 护理人员每周必须完成医院规定的工作时数。
2. 按责任制整体护理要求，护士长应根据病区工作需要、根据患者病情及实际需求，结合护士的资质能力、工作经验及意愿进行分层次排班分工，并按照护理部相关规定选择排班模式。
3. 特护、抢救、加床多、工作量突然增加等特殊情况下应实行弹性排班，并报护理部。
4. 节假日护士长应酌情安排二线班人员。二线班人员应24小时保持手机开通，随叫随到。
5. 护士长排班应遵循科学、合理、公平、省力、安全的原则。若班已排好，无特殊情况，护士长不得随意改动。
6. 护士长应定期参加护理部安排的全院护理夜查房及病房的各种班次值班，及时了解病房患者及护士的工作动态，并认真履行各班的职责。
7. 护士如有特殊情况需调班，应及时向护士长请示，由护士长按相应的年资给予合理的调整，本人不得随意调班或请人代班。
8. 中夜班时护士不得随意补休或请病假。如有特殊情况，护士长酌情处理。
9. 合理安排护士休假。科室人员紧张时不得安排休假，以免影响工作。



护理人员值班管理制度

1. 临床科室和急诊科实行 24 小时值班制度，门诊和医技科室的护理人员实行白班制。
2. 值班护士必须立足本职，服从护士长排班，坚守岗位，履行职责，在岗期间不做与工作无关的私事，不得随意换班、擅自脱岗或请人代班。如有特殊情况，报告病区负责人并请其妥善安排。
3. 护士值班时，应规范着装，热情、礼貌地接待患者、家属及探视人员。
4. 准时交接班，接班者一般提前 15 分钟到岗。在接班人员未到之前，交班人员不得离开岗位；交班者必须交代清楚方可离开；接班人员负责所有接班后的责任。
5. 值班人员应严格遵照医嘱和各班工作职责，按疾病护理常规对患者进行护理。严格执行交接班制度、查对制度及操作规程，认真完成当班工作。
6. 值班护士应按分级护理要求主动巡视患者，动态观察患者病情变化，发现异常情况，及时报告医生，配合处理。
7. 负责本班病区的整洁及安全保卫工作，严禁收留外来人员在值班室住宿。
8. 护士应及时解答患者提出的疑问。如遇重大抢救及特殊事件，应按抢救及特殊事件报告处理制度执行。

护理人员休假管理制度

1. 护理人员的休假必须遵守国家劳动法和医院的休假管理条例。
2. 护士长在保证病房护理工作正常运转，同时不影响工作质量的前提下，可根据科室实际情况考虑本科室护理人员提出的休假要求，安排休假。
3. 护理人员需要休长假时，必须提前 1-2 周与护士长协商休假的时间与时段，服从护士长的安排。
4. 不同级别的护理人员休假，必须按职务级别向上一级领导请示，取得同意后方能休假。
5. 同一科室原则上不能让同级别 2 名或 2 名以上护理人员同时休假，以保证病房护理工作的正常运转。
6. 本年度未休假时间不能累积到下一年度。
7. 护理人员休假期间，如遇突发公共事件或者科室紧急需要护理人员时，应该服从护士长的调配，及时结束休假而投入到护理工作中。



护理员（护工）管理制度

护理员管理要求

1. 护理员管理、培训，护理员经培训考核合格后上岗。

2. 护理员服务行为

(1) 遵守医院护理人员职业道德规范。

(2) 护理员应在科室护士长或注册护士的业务指导下从事生活护理尊重患者、关心患者，耐心细致地完成患者的生活护理，保护患者的隐私。严禁护理员从事医疗护理工作。

3. 护理员服务质量

护理员服务质量 负责相关日常生活及卫生管理工作，对不适宜从事护理员工作的要及时清退，对出现不履行合同、提供的服务质量对患者和医院造成较大影响、满意度低等情形，医院可与其终止合同。

护理员工作管理制度

一、总体要求：

1. 护理员仪表仪容规范

2. 护理员对患者热情、礼貌、耐心、细致

3. 严格遵守执行医院的各种规章制度

二、护理员工作要求：

1. 工作认真负责，态度热情，说话和气，主动了解患者的思想，积极做好患者的思想工作，讲究职业道德。

2. 上班时不迟到、不早退，工作时必须穿工作服。

3. 维护病区安全，按时通风、通光、开关电视电扇门窗等。

4. 积极配合护士的工作，为责任护士提供患者的各种信息：如睡眠情况，饮食多少，心理活动等。

5. 按照医院规定收拾存放好患者的私人物品。

6. 协助患者的各种检查工作，按照护士的要求协助患者采集检验标本，排队交单据等。帮助（搀扶）患者到各科检查。

7. 按照护士的要求帮助患者整理床单位。保持床单位清洁，床头桌物品摆放整齐、规范。

8. 负责患者的基本生活护理，视情况为患者加减衣服或更换衣服。随时做到患者身体清洁无异味，帮助患者打饭，补充开水，协助洗涮日用品，剪指甲、刮胡子等，



协助患者卧位安全，协助患者卧位安全，协助进餐、洗漱、入厕等。。

9. 一切以患者的生活、安全为重，准确及时地做好相关服务工作。

护理人员绩效考核制度

绩效管理是现代人力资源管理核心，良好的绩效考核制度能提高人力资源管理水平。

1. 所有护理人员及护士长都要参加绩效考评。

2. 根据医院制定的绩效考核办法，临床科室护士长和护理人员每月进行绩效考评一次。护士长由护理部或科护士长考核，护士由科内“护理人员绩效考核小组”考核，并根据绩效考核分数和分配系数发放绩效奖金。

3. 科室成立“护理人员绩效考核小组”，结合本科的工作特点和医院下发的绩效考核管理方案，根据护理人员的层级、工作量、病情轻重、工作技术难度、工作效果、满意度、培训考核等各项要素进行量化考核。护士掌握绩效考核管理程序和方法。

4. 每月小组成员本着公平公开的原则对本科每位护理人员的工作量进行审核，工作效果、满意度、行为素质、优质服务责任护士工作质量、层级护士考评量表、科内培训考核成绩等综合考评打分，根据统计分数和分配系数发放个人绩效考核奖金，本人签字和考核组成员签字，科室存档。

5. 护理部督查科内绩效考核方案实施情况，每月绩效考核分配管理为护士长考核的项目之一。

6. 绩效管理实行按岗设酬体现护士个人业务能力，不同岗位工作性质设置不同系数使岗位和薪酬紧密结合，实施按能力上岗的绩效分配考核方法。

护理人员夜班费登记管理制度

1. 夜班数额由科室负责核报，根据科内排班表认真、准确统计。

2. 统计夜班的个数（中夜班、大夜班、通宵夜班）应按照医院工作时间和护理部相关规定进行申报。

3. 凡需要增加夜班人员的科室，必须上报护理部审批、备案，并按规定发放夜班费。

4. 未独立值班的护士、进修人员、实习护生、护理员等人员不发放夜班费。

5. 各科于每月月底填写《夜班登记表》，护士长审核提交，护理部复核统计后上报院领导审批，由财务科发放。



护理技术档案管理制度

1. 护理技术档案是医院护理人员的护理活动记录资料，是护理人员德、才、勤、绩、能的考核记录资料，由科室护士长统一登记保管。
2. 凡进入医院工作的护理人员均应填写个人技术档案，其内容包括：个人基本信息、进修学习、轮转经历。
3. 及时登记各项内容，字迹清晰端正。不得随意涂改、借阅。
4. 档案要保持完整，放置有序做到防火、防潮、防害、防霉、防蛀、防盗，安全管理，发现破损及时修补完整。
5. 对现存档案经常检查，及时完善档案内容。

护士长管理制度

护士长是护理队伍基层的组织者，又是具体工作的实施者，其管理水平直接影响护理质量，在一定程度上反映了医院的管理水平。因此，加强护士长管理尤为重要。

1. 根据岗位设置科护士长 / 护士长，实行竞聘上岗制，按学院相关人事管理规定执行。
2. 护理部对护士长管理水平、业务素质等方面综合进行培养与考核。
3. 严格执行国家相关法律法规，认真组织学习并落实《护士条例》，保障患者安全，维护护士合法权益。
4. 带头遵守医院各项院纪院规，坚持原则，廉洁奉公，培养高尚的医德风范。
5. 主动执行各项核心制度，增强隐患防范意识，杜绝不良事件发生。
6. 认真推行优质服务工作，强化“以患者为中心”的服务理念，加强人性化管理，提供优质服务。
7. 认真执行护理质量持续改进方案，坚持“护士长一日五查”，提高护理质量及病房满意度。
8. 严格执行护理排班及休假管理制度，科学合理地调配人力资源。加强对重点人群、重点时间、重点设备、重点环节的管理。
9. 亲自参与临床实践工作，组织对疑难危重症病例讨论及抢救，指导危重症患者护理计划的修订及落实。
10. 充分调动护士的学习、工作积极性及主观能动性，加速学习型、创新型团队建设。
11. 突发公共卫生事件中，护士长应身先士卒，全力配合护理部做好应对工作。
12. 护士长工作质量由护理部进行月考评。



13. 护理部每季组织护士长工作考核组定期对护士长工作质量、管理水平及综合素质等进行全面考核。

资源护士管理制度

资源护士，又称全科护士，是为适应医疗服务范围的扩大，满足广大医疗服务对象日益提高的健康需求应运而生的一批具有全面、丰富的理论知识和扎实实践技能的护理人员。为适应医院人事制度的改革，合理调配护理人力资源，满足临床的护理人力需求，医院设立资源护士编制。该编制为临床提供护理人力资源储备，在紧急情况下保临床护理工作的正常运转。

1. 资源护士编制由人事部门确定后，在护理部的领导下开展工作，归属护理部编制。

2. 护理部根据科室提出的护理人员缺编书面申请，评估科室护理人力资源情况，核实后派出相应的资源护士给予支援。

3. 一般情况下支援时间最长不超过3个月，最短不少于3天；如超过3个月，建议科室申请固定护理人员；如少于3天，属医院特殊紧急情况下的特护工作。

4. 被支援的科室有权对资源护士的能力进行评估或试用，如不合格或不能胜任，可向护理部提出更换资源护士的要求。

5. 护理人部有权根据工作需要随机抽调资源护士到急需科室支援。

6. 资源护士在医院和护理部的安排下，有计划地到危重症病房和院外专科医院短期进修学习，以扩充知识面，提高专科理论知识与技能。

7. 在工作允许的情况下，资源护士可由护士长安排休息。一旦医院有紧急任务，应服从安排，按时上岗。

8. 每月由护理部或护士长对资源护士进行工作小结并定期给予工作及业务考评。

专科护士培养与管理制度

为加强临床专科护士的培养，完善我院护理人才队伍体系，提高护理队伍整体素质，适应医院改革与发展需要，保障广大人民群众身体健康，特制定本临床专科护士的培养及管理制度。

一、指导思想

以科学发展观为指导，认真贯彻执行党的卫生工作方针，加强护理队伍专业化建设，以提高护士在专科护理领域的专业技术水平，促进护理工作和临床诊疗技术的同步发展，满足人民群众需求。



二、工作目标

有计划、分步骤地在重症监护、急诊急救、手术室护理、肿瘤患者护理、母婴护理、糖尿病护理、精神心理等专科或专病领域开展专科护士培训，培养一批具有较高业务水平和专长，能较好地解决实际专科护理问题并指导其他护士开展相关工作。同时，通过强化专科护士培训和管理，探索建立以岗位需求为导向的护理人才培养模式，形成较为完善的在职护士培养体系，促进我院护理事业健康发展。

三、临床专科护士的培养

1. 参加临床专业护士培训者须具有执业护士证书，有卫生和教育行政部门认定的护理专业专科以上学历，护师以上职称。

2. 参加重症医学科临床专业护士培训者要求具有3年以上重症医学科临床护理工作经验；参加手术室临床专科护士培训者要求有5年以上手术室护理护理工作经验；参加急诊科临床专科护士培训者要求有2年以上的急诊科护理工作经验；参加肿瘤科临床专科护士培训者要求有5年以上肿瘤科临床护理工作经验；参加精神心理专科培训者要求有5年以上精神科临床护理工作经验。

3. 热爱护理事业，具有高度的工作责任心及为护理事业奉献精神，有一定的外语和教学基础，本人自愿并经科室选拔、推荐。

4. 院外参加专科护士培训者必须与医院签订《护士外出进修合同》，接受省级卫生行政部门组织或委托的专科护士培训，考核合格，取得省级卫生行政部门认可的专科护士资格证书；对未完成培训学习以及回院后不能或不愿开展专科项目者，按合约处理。

四、专科护士的管理

1. 有临床专科护士，须取得相关临床专科护士资格证书，持证上岗。

2. 专科护士每年从事本专科护理实践时间应达到个人临床护理工作总时间的三分之二以上。专科护士应主动、及时地掌握本专科领域护理新理论、新知识、新技术和新方法，每年至少1次参加本专科省级及以上护理继续教育项目的学习，获得规定的专业继续教育学分。

3. 临床专科护士应注重加强科学研究，每3年至少在护理专业期刊上发表本专科护理工作论文或综述1篇以上。

4. 临床专科护士应加强对其他护理人员的专业指导，并对专科护理有关工作提出完善和改进建议。

5. 临床专科护士精通本学科基本理论、专科理论和专业技能，掌握相关学科知识，掌握专科危重患者的救治原则与抢救技能，在突发事件及急重症患者救治中发挥重要作用。



6. 临床专科护士享受绩效考核系数加分。

五、专科护士岗位职责

1. 有权行使高级责任护士的职责。

2. 加入护理部领导的专科护理管理委员会，主管相应专科护理工作小组的工作，并履行相应的职责。

3. 主持并组织、指导本院本专科领域的全面业务技术工作，组织制定本专科护理工作指引，制定并审核所在专科各项护理工作标准、护理质量评价标准等。

4. 参加医疗查房，参与危重症病例、疑难病例讨论，分析患者的护理问题，针对护理问题制定护理计划；组织院内护理会诊，实施循证护理，解决护理疑难问题，指导临床护士工作，确保本专科护理质量。

5. 掌握本护理学科发展的前沿动态，积极组织本专科的学术活动，根据本专科发展的需要，确定本专科工作和研究方向；有计划、有目的、高质量地推广和应用专科护理新成果、新技术、新理论和新方法。

6. 培训专业护士，协助制定医院专业护士人才培养计划。主持或协助完成护理研究生的临床带教工作。

7. 建设专科护理门诊，提供健康教育和咨询。

护理人力资源调配管理制度

管理者最重要的责任之一是根据岗位的需要，安排合适的人力，并发挥其所长，完成任务。在医院护理管理中，人力资源管理直接影响到护理生产力、护理质量，甚至影响护理安全。因此，护理管理者必须了解人力资源的管理政策，掌握人力资源的管理方法，做到人尽其才、才尽其用。

1. 工作的需求。

2. 护理管理人员在调配人力资源时，应重点掌握以下几种因素，并给予合理调配。

(1) 突发公共卫生事件。

(2) 大型医疗抢救，如批量外伤、疾病暴发流行及其他的意外事等。

(3) 特殊病例的守护，如心脏移植。

(4) 病房紧急缺编等。

3. 在以上情况发生时，各科室应本着以大局为重的原则，服从医院和护理部的人力调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

4. 资源护士应保持联络畅通，遇紧急情况时，能随叫随到，及时上岗。

5. 护理部有计划、有组织、系统地对资源护士进行院内外的相关专业培训，以



提高护理人员的专科理论知识和实践技能。

6. 对于具体调配方案，依据专科患者病情、危重病例数、护理工要求、护理人员缺编情况及对社会的影响程度等因素合理配备相应专科护理人员，并保证提供优质的专科护理。

附：湖北科技学院附属第二医院护士暂行管理办法

为了规范我院临床护士管理工作，经护理部、人事科拟定方案，报院办分会审批通过，特制定本管理办法。具体如下：

一、湖北科技学院附属第二医院临床护士暂行管理办法

(一) 根据鄂卫函【2008】443号文，结合医院实际情况，设置全院护理岗位。

(二) 经院领导审批，医院人事科分配到护理岗位工作的护士，由护理部安排调配，并建立护士个人技术档案。

(三) 护士数量配备依据国家相关规定及各科室实际工作需求。各科室有护士进出需求时，均由科室护士长与科主任协商后书面申请到人事科及护理部，护理部根据全院护士情况报人事科，由院长审批。

(四) 全院护士由护理部根据工作需要进行合理调配，各科室配合护理部的调配。树立良好的医德医风，自觉执行医院的各项规章制度，对工作尽职尽责。

(五) 遵守劳动纪律，坚守工作岗位，有事需先请假，经批准后方可离开（非紧急情况下不准电话请假或有他人转告请假，病假需交本院诊断证明及病假条），未经护士长同意不得擅自换班。

(六) 对新分配及调入本院的护理人员均应进行系统岗前培训，考核合格后方能上岗。

(七) 鼓励护士参加继续教育。

(八) 护理部根据各科需要，有计划的选拔德才兼备的护理人员外出进修学习，不断提高护理业务和管理水平。外出进修人员根据湖科附二【2017】80号《湖北科技学院附属第二医院人事管理规定》与人事科签订合同。

(九) 原则上护士不得调离非护理岗位。因个人原因需调离护理岗位（护理岗位参照鄂卫函【2008】443号《湖北省医院护理岗位设置名录》）的，由个人写书面申请，经护士长、科主任签署意见，报护理部、人事科签署意见，报院长审批通过方可调岗。调离后不再享受护理人员任何相关待遇。

(十) 参加院方派遣的外出会诊、授课及外出协助医疗、科研等院外活动，需提前报护理部批准备案。若利用业余时间接受外单位邀请讲学等活动，需报护理部备案。



(十一) 对护士实行层级管理、绩效考核，体现多劳多得、优劳优酬。

(十二) 护理人员职称晋升向临床一线倾斜。

(十三) 全院必须遵守医院护理人员培训考核制度。

(十四) 对于因各种原因需要辞职的人员，至少提前一个月提出书面申请，护士长、护理部签署意见，报人事科并按医院人事管理规定办理好相关手续后方可离开工作岗位。



第三部分 护理质量与安全管理制度

护理质量一般管理制度

护理质量管理是按照护理质量形成的过程和规律制订护理质量评价标准，按照质量标准对质量的全过程进行质量控制，以达到满足服务对象需求的目的。

1. 护理质量实行二级管理模式，即护理部——护士长二级质控。
2. 护理部成立护理质量与安全管理委员会，负责制订或修订护理质量标准与护理质量奖惩管理办法，并落实，定期由质控副主任安排进行各项质量督查、评价，并对检查结果进行分析讨论，提出指导性意见。
3. 护士长每天对病区的护理质量进行督促和检查，发现问题及处理和改进。
4. 护士部每月对所在病区进行护理质量督查，并对存在的问题进行分析、讨论、整改、追踪，进行持续改进。每月检查结果按医院《医疗质量控制管理办法》报质控办。
5. 薄弱时间（节假日、夜间、晨间、午间）由护理部主任、护士长参与质量查房，以督促各项护理工作的落实和解决。
6. 护理部定期召开护理质量分析会，全院护士长和护士代表参加，对每季度的护理质量进行分析和总结，按奖惩条例进行奖惩，并提出持续的质量改进措施。

护理质量管理考评制度

1. 护理部对全院护理人员进行“安全第一质量至上”教育，以强化护理人员护理安全，护理质量意识。
2. 护理部成立护理质量与安全管理委员会，委员会成员每月对全院护理质量进行考核，并将存在的问题及时反馈，将考核结果在护士长例会上通报。
3. 护理部组织质量与安全管理委员会成员在薄弱时间对各病区护理质量随机检查，并将存在问题及时反馈，责令整改。
4. 护理部每季度组织一次基础护理技术操作、专科护理技术操作及护理紧急风险预案考核。
5. 护理部每季组织护理病历检查，并将存在问题及时反馈、整改。
6. 各病区成立护理质量控制小组，每月对本病区护理质量进行检查督导，并将问题、评价、改进措施及追踪检查情况规范记录，将考核结果与个人绩效挂钩。
7. 护理部每季度组织一次护理质量全面检查，并召开护理质量分析会，对护理



质量检查中存在的问题进行讨论，并提出整改措施，以促进护理质量持续改进。

8. 护理部将各种质量考评结果与科室绩效挂钩。

护理质量管理及持续改进管理制度

1. 根据医院的总体规划，结合医院护理服务实际情况，制订护理年度工作计划、工作重点及管理目标和考核标准。
2. 按工作计划及考核标准检查、指导临床护理工作，重点检查实施及落实情况。
3. 护理部质量与安全委员会与总护士长及护士长共同完成临床科室护理工作质量督查，及时发现护理工作中存在的问题和隐患。
4. 护理部将督查结果及时分析、汇总反馈给相关科室负责人，使其了解存在的问题。
5. 护士长针对问题及时分析原因、制订具体的整改措施，并落实。
6. 护理工作质量督查结果作为科室进一步质量持续改进的重要参考依据，并作为护士长管理考核重点。
7. 对临床开展的护理新技术、新业务、新项目做好相关人员培训，制定相应护理常规，报护理部审批、备案。

护理质量与安全委员会工作制度

1. 护理部成立护理质量与安全委员会，负责护理质量标准制定、修订、质量检查及督导工作。
2. 护理质量管理委员会办公室设在护理部、全院护理质量管理工作由护理部负责组织实施。实行院、科二级管理，即护理部—护士长二级控制和管理。
3. 护理部每月按照护理质量考核标准安排各项质量检查，并对检查结果进行分析、讨论、评价，提出整改措施。
4. 总护士长每月对本科室护理质量进行质量检查、分析，并针对存在问题制订质量改进措施，按实事求是的要求将自查的原始资料汇录、妥善保存。月底将检查结果上报护理部。
5. 病区质量控制小组每周对护理质量进行检查，发现问题及时处理和改进。
6. 护理部每月召开一次护理质量分析会，对每月护理质量进行分析与总结，并提出持续的质量改进措施。

护理质量可追溯管理制度



1. 护理质量与安全管理委员会及各质控小组，科室质量控制人员必须高度重视护理质量工作，做到分工和责任明确。

2. 建立健全护理质量管理可追溯机制，护理质量与安全管理委员会每季度定期对上一季度护理质量检查中反复出现的问题进行分析、评价，对质量标准中不适宜的条款进行修订，以利持续改进，促进护理质量的进一步提高。

3. 把护理质量管理贯穿到护理工作的全过程，重点抓环节与终末质量、专项护理质量管理，以提高护理质量。

4. 各质控小组在护理质量与安全管理委员会的管理下，积极开展工作，对每次督查结果及时汇总、分析，将存在问题以书面形式及时反馈到科室，督促科室护理工作的持续改进。

5. 各科室针对存在的质量问题，及时组织讨论分析，找原因，制定切实可行的整改措施，积极改进。

6. 护理部质控组在各科整改后，及时进行质量复查评价，对整改效果不佳的及时给予指导。

7. 对个别科室反复存在的质量问题，经护理质量与安全管理委员会质控组多次督促无果，按医院的相关规定进行严肃处理。

8. 护理质量可追溯程序：护理部质量与安全管理委员会在质量检查结束后的 24 小时内，及时将存在的问题反馈给科室，科室 3 天内组织本科质控人员及全体护理人员进行讨论、分析，查找原因，制定整改措施，积极改进，并进行效果评价。护理部在 1 周内对存在问题进行追踪检查。

护理质量重点环节管理制度

护理工作以护理服务为主题，以护理质量为重点，以规范化管理为目标，为了落实好各项护理工作，必须抓好护理重点环节，即重点时间、重点人群、重点项目、重点科室的管理，消除重点环节的不安全因素，全面提高护理质量。

1. 重点时间的管理：加强中夜班及节假日期间的管理，如人员的合理安排、抢救物品的准备、危重患者护理措施的落实等；护理部主任、护士长加强对中夜班及节假日工作的督导、检查及指导，发现问题，及时处理。

2. 重点人群的管理：加强对实习护生、进修护士及低年护士的管理和指导，对实习护生，带教护士做到既不放手也不放眼；对进修护士实行带教护士负责制，考核合格后才能独立上班。

3. 重点患者的管理：加强对危重、疑难、术后、新入院、情绪不稳定等重点患者的管理，落实好病情观察、各项护理措施和交接班制度。



4. 重点科室的管理：重点科室包括急诊科、ICU室、手术室、精神科、消毒供应中心、产房等，要求优化工作流程，严格执行各项制度管理，加强护理人员责任心和慎独精神。

5. 重点药品及设备的管理：加强病房的药品管理，严格分区存放注射用药、外用药、消毒剂，尤其要重视对毒、麻、精、放等特殊药品的专人、专柜管理；加强急救用物和仪器的管理，按要求定期进行消毒、灭菌，保持性能良好，使之处于完好备用状态。

6. 重点项目的管理：对于手术、创伤性操作、特殊检查、治疗，严格按操作规程，加强督促与检查。

限制患者管理制度

患者因疾病的原因常表现为意识谵妄、抗拒治疗、有攻击行为等，使治疗和护理工作难以正常进行，在充分说服、争取合作无效时，需要采取体力控制或机械性控制等强制性措施以达到治疗和防止发生意外事故的目的。体力控制就是以人力控制患者的活动，机械性控制即使用约束工具控制患者的活动。

1. 病区应建立患者的安全管理制度，各班在岗医护人员有责任管理患者的安全。
2. 各班加强巡视，准确评估患者的意识状态，有预见性地采取恰当的预防措施，防止意外发生。必要时专人守护，遵医嘱给予镇静剂。
3. 征得患者家属同意后，正确使用制动工具。随时评估对患者使用保护措施是否安全有效。
4. 为患者施行各种治疗前，应酌情向患者或家属告知，说明治疗目的及注意事项，取得其合作与信任。
5. 密切观察患者的意识、行为，患者躁动、烦躁时应注意保持其呼吸道通畅。
6. 注意用药安全，严格执行操作规程、交接班制度及查对制度；发药及进行各种操作时，妥善放置物品或操作车，以防发生意外。
7. 对不合作的患者需两人或数人配合执行，以免发生意外。
8. 严格掌握热水袋、冰袋使用指征，防止烫伤或冻伤。
9. 注意对疗效和安全性的评估，观察药物作用和其副作用，尽可能减少给药次数，必要时可使用长效制剂。
10. 病房内保持安静、整洁、无噪音的环境，减少对患者的刺激。
11. 做好患者日常生活护理，勤剪指甲，评估患者皮肤状况，防止并发症。
12. 加强饮食护理，改善全身营养状况，增强机体抵抗力。
13. 做好心理护理、健康教育和家属的安抚工作。



14. 治疗完毕检查用物是否齐全,不可将棉棒、安瓿等遗留病室,以防发生自杀、自伤、伤人、毁物和逃逸等事件。

15. 特殊病例、事件应及时向上级相关部门报告,必要时启动紧急预案。

住院患者风险评估制度

1. 为保证住院患者安全,责任护士或值班护士对住院高危患者必须及时进行相关风险评估,包括压疮、跌倒、坠床、管道滑脱、走失、自伤等风险。

2. 患者入院时,进行首次风险评估,准确地填写《住院患者首次护理记录单》。

3. 住院期间,对于压疮、跌倒/坠床、管道滑脱等高危人群,使用相应的风险评估单进行动态评估并记录。

4. 根据患者危险程度,给予相应的风险告知、挂床头警示标识、交接班等处理,并落实防范措施。

5. 护士长应加强对风险患者的管理,对于各种高危风险的患者,及时按要求上报护理部备案。

6. 一旦发生压疮、跌倒、坠床、管道滑脱、走失、自伤等,按相应的应急预案与流程处理,并按护理部不良事件上报护理部。

7. 科室有意隐瞒不报,事后发现将按情节轻重给予严肃处理,并纳入护士长绩效考核。

8. 护士长定期组织科室护士认真进行患者风险分析与讨论,制定改进措施,不断改进工作,保证护理安全。

9. 护理部定期进行分析及预警,制定防范措施,不断改进护理工作。

护理查对制度

各项医嘱的正确执行和实施关系着患者的治疗和护理的效果及安全。因此,各项操作前、中、后均应严格执行护理查对制度。

一、医嘱查对制度

1. 医生开出医嘱后,护士处理医嘱要记录处理时间、签全名,并及时、准确地操作电脑医嘱系统或转抄在执行单上。

2. 每天查对医嘱,由1人口诵医嘱内容,1-2人核对各类治疗、护理卡,并有记录。

3. 抢救患者时,下达口头医嘱后执行者须复诵一遍,由2人核对后方可执行,并暂保留用过的空瓶,将执行的口头医嘱暂时记录在《口头医嘱记录本》上,抢救结束后6小时内再补记在护理记录单上。



4. 执行医嘱应严格执行“三查七对”（三查：操作前、操作中、操作后查；七对：床号、姓名、药名、剂量、浓量、时间和用法），查对无误，方可执行。发现问题及时补救。

5. 转抄或重整医嘱时，必须经 2 人核对无误后，方可执行。

二、服药、注射、输液查对制度

1. 服药、注射、输液前必须严格进行“三查七对”。

2. 清点药品时和使用药品前要检查标签、失效期和批号，如不符合要求不得使用。

3. 摆药后必须经第 2 人核对方可执行。

4. 对易致过敏的药，给药前需询问患者有无过敏史；使用毒、麻、精神类药品时，必须经 2 种人核对；静脉给药时要注意有无变质、瓶口松动、裂缝；同时使用多种药物时，要注意配伍禁忌。

5. 口服摆药后必须 2 人核对无误，方可发放。

6. 严格按医嘱时间给药。

7. 执行服药、注射、输液时，如有疑问应立即查询，核对无误后方可执行，做好记录并签全名。

三、输血查对制度

1. 采集血交叉标本时必须仔细核对患者信息、医嘱、输血申请单、标本标签。

2. 领血时认真做好“三查十对”：查血袋标签是否完整清晰、血袋有无破损渗漏、血液有无凝块等异常；核对患者床号、姓名、性别、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血液种类、血量及有效期。

3. 输注前，必须再次查对输血医嘱及执行单，严格经过两名医护人员共同到患者床边核对床号、姓名、性别、住院号、血型等，确认与配血报告相符，并核对血液后，用符合国家标准的一次性输血器进行输血。

4. 输血过程中出现输血反应时，及时通知医生，配合处理，并应保留血袋余血及输血器。

5. 输血完毕后，再次核对“十对”，并将配血报告单存入病历。

6. 输血完毕应保留血袋 24 小时，以备必要时送检。

四、手术患者查对制度

1. 术前准备及接患者时，应查对患者床号、姓名、性别、诊断、手术名称、手术部位及手术方式。。



2. 查配血报告、术前用药、药物过敏试验结果等。
3. 查对无菌包内灭菌指示剂以及手术器械是否齐全。
4. 凡体腔或深部组织手术，要在缝合前核对纱垫、纱布、缝针、器械的数目是否与术前相符。
5. 手术取下的标本，应由洗手护士与手术者核对后，再填写病理检验单送检。

危重患者风险评估制度

1. 为保证危重患者的安全，责任护士或值班护士对危重患者必须及时进行相关风险评估。
2. 危重患者风险评估包括管道风险、跌倒坠床风险、压疮风险、意外拔管风险、用具器械风险、意外伤害风险等。
3. 每班都必须对危重患者的护理风险进行及时动态的评估，并记录。
4. 已存在风险者，护士必须班班观察、预防和记录，告知患者及家属，积极采取防范措施，护理记录单作为有效的法律文件，应及时、准确记录。
5. 护士长应加强对危重患者风险的管理，对于各种高危风险的患者，及时按要求上报护理部备案。
6. 一旦发生压疮、跌倒、坠床、管道滑脱、走失、自杀等，按相应的应急预案与流程处理，并按护理部不良事件上报护理部。
7. 科室有意隐瞒不报，事后发现将按情节轻重给予严肃处理，并纳入护士长绩效考核。
8. 护士长定期组织科室护士认真进行患者风险分析与讨论，制定改进措施，不断改进工作，保证护理安全。
9. 护理部定期进行分析及预警，制定防范措施，不断改进护理工作。

危重患者安全管理制度

1. 危重患者入院、转科由所在科室的护士，先电话通知接受科室，并护送患者至病房。接收科室护士接到电话后立即通知医生、准备好病床及抢救物品，并做好患者病情交接。
2. 落实分级护理制度。
3. 危重患者出科做任何检查应由医护人员陪同前往。
4. 遇急、危重患者病情发生异常、医生如果不在场，护士除立即通知医生外，应迅速根据患者的情况采取一些抢救措施，如吸氧、吸痰、建立静脉通道等。
5. 配合医生抢救时，护士应做到沉着、冷静、敏捷，并注意语言严谨，避免引



起纠纷。

6. 对谵妄、躁动和意识障碍的患者，合理使用防护用具，防止意外的发生。牙关紧闭、抽搐的患者，可用牙垫、开口器，防止舌咬伤，同时暗化病室，避免因外界刺激引起抽搐。

7. 危重患者抢救时，尽量避免患者家属在场，以免影响抢救工作的进行，必要时通知家属，听取家属意见。

8. 做好基础护理，严防护理不当而出现的并发症。

8.1 做好皮肤护理，保持皮肤清洁干燥。对长期卧床的患者，进行压疮风险评估及跟踪，落实压疮防范措施。

8.2 引流管护理，保持各种引流管位置正确，引流通畅，固定妥善，保持一定的活动度，防止病人活动时牵拉脱出。加强管道观察，发现问题及时处理。对精神异常或躁动的病人应专人守护，必要时给予镇静药及保护性约束，记录出入液量或倾倒引流液不得依赖家属。

8.3 特殊药物要严格控制输液滴数，防止输液外渗引起输液坏死，输液卡上单位、时间、滴数与实际相符。

9. 保持抢救仪器设备处于完好备用状态。

10. 加强巡视病房，严密监测患者生命体征，及时准确地记录病情，严禁对病历进行涂改、隐匿、伪造、销毁等。

急危重患者抢救制度

1. 对急危重患者，应做到详细询问病史，准确掌握体征，密切观察病情变化，及时抢救。

2. 抢救工作应由值班医师、科主任或正（副）主任医师、护士长负责组织和指挥。特殊患者或需跨科协同抢救的患者应及时报请医务科、护理部和业务副院长，以便组织有关科室进行抢救工作。

3. 对急危重患者严格执行首诊负责制，不得以任何借口推迟、拒绝抢救，必须全力以赴、分秒必争，并做到严肃、认真、细致、准确，各种记录全面，对有他科病情由主诊科负责邀请有关科室参加抢救，涉及到法律纠纷的要报告有关部门。

4. 各科应有抢救室，抢救车及抢救器械专人保管（车内物品与药品必须按护理部要求放置），做好急救、抢救药品、器械的准备工作，随时检查，随时补充。确保药品齐全、仪器性能完好，保证抢救工作的顺利进行。

5. 抢救时，护理人员要及时到位，按照各种疾病的抢救程序进行工作。护士在医生未到以前，应根据病情，及时做好各种抢救措施的准备，如吸氧、吸痰、人工呼吸、



建立静脉通道等。在抢救过程中，护士在执行医生的口头医嘱时，应复述一遍，认真、仔细核对抢救药品的药名、剂量，抢救时所用药品的空瓶，经二人核对后方可弃去。抢救完毕立即督促医生据实补写医嘱。危重患者就地抢救，病情稳定后，方可移动。

6. 抢救时，非抢救人员及患者家属一律不得进入抢救室或抢救现场，以保持环境安静，做好后勤等保障工作。抢救完毕，整理抢救现场，清洗抢救器械，按常规分别消毒以便备用，清点抢救药品，及时补充，急救物品完好率要达到 100%。

7. 病危，患重病人要填写病危通知单，一式两份，一份存入病区，一份交病人家属。安排有权威的专门人员及时向病员家属或单位讲病情及预后，填写病情告知书，以取得家属和单位的配合。

8. 认真书写危重患者护理记录单，字迹清晰、项目齐全、内容真实全面，能体现疾病发生发展变化的过程，确保护理记录的连续性、真实性和完整性。在抢救过程中，如无时间记录，须在抢救结束后 6 小时内补记。

9. 遇有重大灾害、事故抢救，应服从医院统一组织，立即准备，随叫随到。科室之间支持支援配合，必要时成立临时抢救组织，加强抢救工作。需多学科协作抢救的急危重患者，原则上由医务科或医疗副院长组织抢救，并指定主持抢救人员，团结协作致力于病人的抢救工作。

10. 因纠纷，殴斗，效通自杀（他杀）等原因致伤的病员及形迹可疑的伤病员，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制作，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

11. 抢救工作期间，药房、检验、放射或其他特检科室，应满足抢救工作的需要，不得以任何借口拒绝或推迟。总务后勤科室应保证水、电等的供应。

12. 各科每日须留存 1-2 张床位，以备急、重症患者入院治疗抢救时使用。

危重患者、大手术患者转运交接制度

1. 凡大手术，危重患者转运必须由护理人员全程陪护。

2. 危重患者、大手术患者转运前护士应协同医生稳定患者病情，清空各引流袋，妥善固定各种管道，确保患者各项指征能在一定时间内维持平稳方可转运。

3. 危重患者、大手术患者转运前，根据病情通知接收科室准备各种仪器和抢救药物，并通告电梯等候，一切就绪后方可转出，以免耽误病情。

4. 危重（躁动）患者转运前医护人员应做好约束保护工作，并向患者及家属做好解释工作。

5. 负责转运危重患者的医护人员要具有一定的临床经验，转运途中（或交接时），护士严密观察患者的生命体征和病情变化，关注管道是否正常和随身的各种仪器的



工作情况。

6. 转运过程中，患者一旦出现意外情况，遵医嘱利用随身携带的仪器、物班和药品进行就地抢救，并在事后及时补记病情变化和抢救过程。

7. 转运后应向接诊人员详细交接班，并做好记录。

疑难重症护理查房、病例讨论制度

为了更好地落实疑难危重患者的护理工作，保证护理措施的落实，提高护理质量，必须坚持疑难危重患者的护理查房、讨论制度。

1. 护士长必须做到对疑难危重患者每日 5 次查房和跟随医生查房，掌握患者的病情及治疗、护理落实情况。护理部对上报的疑难危重患者每日查房一次，指导和检查护理落实情况。

2. 根据患者病情的需要，护士长安排护理查房讨论，制定出详细的护理计划，保证疑难危重患者各项护理工作的落实，指导低年资护士对疑难危重患者的护理，积累护理经验。

3. 护理部定期组织疑难危重患者的护理讨论，强化临床对疑难危重患者护理工作的重视，解决临床复杂疑难的护理问题，提高护理质量。

危重患者报告制度

1. 护士长每日对病区病重、病危的患者数，做到心中有数，每日对危重患者进行床边护理查房。

2. 将危重患者护理落实情况纳入护理部质控重点监管内容。护理部定期和不定期到科室抽查危重患者的护理落实情况，对护理落实不到位的给予督导。

3. 护理部质控组每日查看 HIS 系统中的临床护理信息系统，了解全院危重患者数及分布科室，查看全院危重患者的详细信息及病情，对于病情危重，生命体征不稳定，需随时观察、抢救的患者，护理部质控组酌情到病房访视患者，查看护理计划是否护理，是否按医嘱及病情变化及时修订计划；各项护理措施落实是否到位，现场进行指导。

4. 对危重疑难患者或护理措施落实有困难时，病房应及时申请护理会诊，由护理部质控组组织护理专家床边会诊，进行危重疑难病例的分析讨论，并给予指导意见。

危重患者护理质量管理制度



1. 对于特殊护理或一级护理的患者，护理工作要责任到人。
2. 及时、清晰、准确地做好每位危重患者的护理记录并有责任护士签名。
3. 随时床旁巡视，观察患者病情。发现病情变化应及时通知医生并给予相应处理。
4. 危重、躁动患者的病床应有床档防护。
5. 严格执行查对制度和抢救工作制度，采取积极有效的防范措施，防止差错事故的发生。
6. 保持患者全身清洁无异味，无血、痰、便、胶布痕迹，保证患者卧位舒适。
7. 保证患者床单位整洁，及时为患者更换被服。
8. 掌握患者的病情和治疗护理方案，包括患者的姓名、年龄、诊断、手术时间、手术名称、治疗用药、饮食、护理要点、重要的化验值、心理状况等。
9. 保证各种管道畅通并妥善固定，采取相应的措施，保证患者的医疗护理安全，避免坠床、外伤、烫伤等情况发生，严格执行患者意外登记、上报、记录制度。
10. 熟悉掌握急救仪器的使用并了解其使用目的及报的排除，仪器报警时能及时判断处理。
11. 患者发生紧急情况时，护士应沉着、熟练地应用紧急状况下的应急预案。
12. 做各种操作前后要注意手卫生，患者使用的仪器及物品要专人专用，采取有效的消毒隔离措施，预防医源性感染。

护理会诊制度

1. 对于本专科不能解决的护理问题，需其他科或多科进行护理会诊的患者，向护理部提出申请。
2. 填写护理会诊记录单，注明患者一般资料，请求护理会诊的理由等。护理会诊单按照要求填好后，护士长签字，通知护理部。
3. 护理部负责会诊的组织协调工作，确定会诊时间、通知申请科室并负责组织有关护理人员进行护理会诊。
4. 会诊地点常规设在申请科室。
5. 护理会诊的意见由会诊人员写在护理会诊单上。
6. 参加护理会诊的人员由专科护士或由护士长选派的护理技术骨干。
7. 所填护理会诊单一式两份，由护理部及科室分别留档。

非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度

通过对护理安全（不良）事件的管理，纠正护理工作中的不安全因素，提高护



理人员的安全防范意识，确保护理安全。

1. 各科室建立护理安全（不良）事件的登记、讨论、报告制度，由专人登记。登记内容包括事情发生的经过、原因、后果和采取的补救措施等。

2. 发生护理安全（不良）事件后要积极采取补救措施，以减少或消除由于护理安全（不良）事件造成的不良后果。各种有关记录、检验报告及造成事故的药品、器材等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，并保留患者的标本，以备鉴定。

3. 发生护理安全（不良）事件后应严格按照护理安全（不良）事件报告流程向护士长及护理部报告，护理部根据情况提出指导性意见。

4. 护理安全（不良）事件发生后，科室要组织全科有关人员进行讨论，查清原因及责任人，以提高认识、吸取教训、落实防范措施。

5. 鼓励护理人员主动报告护理安全（不良）事件，实行无惩罚性报告管理；对积极采取措施、有效防止和避免护理安全（不良）事件发生者给予一定的奖励；发生护理不良事件的科室或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经院领导或他人发现，须按情节轻重给予处罚。

6. 各科室每月组织1次护理安全（不良）事件讨论会，分析成因，及时纠正工作中不安全因素，提出防范措施，并做好记录。

7. 护理部定期组织护理质量与安全委员会成员对上报的护理安全（不良）事件进行讨论、成因分析、定性，通过对事件过程、关键环节、系统的分析等，找出发生事件的根本原因，依此为据进行管理环节、工作流程、制度建立修订的依据。

“危急值”报告制度

一、“危急值”是指检验、检查结果与正常预期偏离较大，当出现这种检验、检查结果时，表明患者可能正处于危险边缘，临床医生如不及时处理，有可能危及患者安全甚至生命，这种可能危及患者安全或生命的检查数值称为危急值，危急值也称为紧急值或警告值。

二、危急值报告项目及标准（见危急值目录）。全体工作人员应熟练掌握各种危急值项目的“危急值”范围及其临床意义，检查出的结果为“危急值”，在确认仪器设备正常，经上级医师或科主任复核后，立即电话报告临床科室，不得瞒报、漏报或延迟报告，并在《危急值结果登记本》中详细做好相关记录。

三、临床科室接到“危急值”报告后，应立即采取相应措施，抢救病人生命，确保医疗安全。

四、检验、检查科室“危急值”报告流程

1、当检查结果出现“危急值”时，检查者首先要确认仪器和检查过程是否正常，



在确认仪器及检查过程各环节无异常的情况下，立即复查，复查结果与第一次结果吻合无误后，检查者立即电话通知患者所在临床科室或门急诊值班医护人员，并在《检查危急值结果登记本》上详细记录，记录检查日期、患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、检查项目、检查结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间、报告人、备注等项目，并将检查结果发出。检验科对原标本妥善处理并冷藏保存一天以上，以便复查。

2、临床科室接到“危急值”报告后，须紧急通知主管医师、值班医师或科主任，临床值班医师需立即对患者采取相应诊治措施，并于6小时内病程记录中记录接收到的“危急值”检查报告结果和采取的诊治措施。

3、临床医师和护士在接到“危急值”报告后，如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题，应重新留取标本送检进行复查。如复查结果与上次一致或误差在许可范围内，检查科室应重新向临床科室报告“危急值”，并在报告单上注明“已复查”。报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”的原则。

4、“危急值”报告涉及所有门、急诊及病区病人，重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急危重症患者。

5、“危急值”报告科室包括：检验科、放射科、CT室、超声科、心电图室等医技科室。

6、为了确保该制度能够得到严格执行，相关职能部门定期对所有与危急值报告有关的科室工作人员，包括临床医护人员进行培训，内容包括危急值数值及报告、处理流程。

7、“危急值”报告作为科室管理评价的一项重要考核内容。医务科对科室的危急值报告工作定期检查并总结。重点追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值”报告的持续改进措施。

输血安全管理制度

1、临床用血应严格执行《医疗机构用血管理办法》和《临床输血技术规范》有关规定，提倡科学合理用血，杜绝浪费、滥用血液，确保临床用血的质量和安

2、医院输血科在输血管理委员会的领导下，负责临床用血的规范管理和技术指导，临床用血的计划申报，储存血液，对本单位临床用血制度执行情况进行检查，并参与临床有关疾病的诊断、治疗与科研。

3、临床用血前，应当向患者及其家属告知输血目的，可能发生的输血反应和经血液途径感染疾病的可能，根据输血技术规范进行相关项目的检验，由医患双方共同签署输血治疗同意书并存入病历。



- 4、无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，报医务科同意、备案，并记入病历。
- 5、临床用血适应症根据《输血技术规范》执行，临床用血指征：HGb $<$ 100g/l，且HcT $<$ 30%
- 6、平诊临床输全血一次用血、备血量超过1600毫升时要履行报批手续，由科室主任签名后报医务科。急诊、抢救用血经主管医师以上同意后可随时申请，但事后应当按照以上要求补办手续。
- 7、输血前，严格执行输血查对制度，对输血病人应挂上醒目标志的血型牌，血液取回后在室温下放置20-30分钟，不宜放置时间过长。输血时要遵循先慢后快的原则，一袋血4小时内输注完。输血中要严密观察病人的生命体征，注意有无输血反应。如发现不良反应，立即停止输血，报告医生，及时配合处理，并做好抢救准备，同时查明发生输血反应的原因，将原输血袋妥善低温保存24小时，以备核查。并填写《输血不良反应报告单》
- 8、临床输血完毕后，护士应认真检查穿刺部位有无血肿或渗血现象，将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，同时详细记录输血时间、种类、量、血型、血袋号以及有无输血反应等。并将血袋送回输血科保存和处理。
- 9、成分输血具有疗效好、副作用小、节约血液资源以及便于保存和运输等优点，应积极推广，成分输血率应高于90%。
- 10、结合我院实际，临床用血需报医务科审批。

普通病房患者转科交接制度

1. 普通病房之间的患者转科，需由转出科室通知接收科室，接收科室做好接收准备工作。
2. 转出科室护士接到患者转科医嘱后，通知患者或家属做好转科准备，同时做好患者心理疏导，缓解患者紧张情绪。
3. 普通病房患者转科一般由责任护士陪同，危重患者需医生陪同，同时携带完整的病历及其他资料。
4. 转出科医护人员必须向转入科负责床位医师或值班医师交待病员情况及有关事项，保障患者得到连续治疗。
5. 科室之间的患者转科，必须使用“腕带”作为身份识别标识，患者病历资料、随身物品需做好交接记录。
6. 交接患者病情、皮肤、管道及物品并详细填写《住院患者转科交接登记本》，护士双签名。《住院患者转科交接登记本》由转出科室留存。



7. 患者转科时，转出科室应在护理记录单上记录转科原因、转出时间，转入科室要重新进行护理评估并在体温单上记录转入时间。

急诊科与病房交接制度

1. 需到病房住院治疗的急诊患者，急诊医生开具住院证，护士协助患者家属办理住院手续。
2. 急诊护士通知病房护士，准备病床及相关医疗设备。
3. 急诊护士整理好患者的病历资料、药品、护送患者到相应病房。
4. 急诊护士与病房护士交接患者：包括患者姓名、腕带、诊断、生命体征、病情、治疗情况和药物等。
5. 急诊护士详细填写急诊患者交接登记本，并同病房护士双签名。
6. 急诊患者交接登记本存放在急诊室，以备核查。

急诊科与手术室交接制度

1. 需急诊手术的患者，由急诊医生或护士联系好手术室，手术室护士准备好手术间及器械等。
2. 急诊护士为患者戴好识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、诊断、血型、手术名称，整理好患者病历资料及药物。
3. 病情危重者必须由医生、护士共同护送患者到手术室，护送过程中需备急救设备与药品。
4. 急诊护士与手术室护士交接患者：包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、术前准备内容、患者的腕带、病历资料等。
5. 急诊患者交接登记本存放在急诊室，以备核查。

急诊科与 ICU 交接制度

1. 急危重症患者经急诊抢救后，需收入 ICU 治疗者，由急诊医生开具住院证。
2. 急诊护士联系 ICU 护士，准备床位及仪器设备。
3. 协助患者家属办好住院手续，急诊护士为患者戴上识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、诊断等，整理好患者的病历资料和药物。
4. 急诊护士和医生一同将患者转送至 ICU，护送过程中需备急救设备与药品。
5. 急诊护士和 ICU 护士交接患者：包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、患者的腕带、病历资料和药物等。



6. 急诊护士详细填写急诊患者交接登记本，同 ICU 接诊护士双签名。
7. 急诊患者交接登记本存放在急诊室，以备核查。

ICU 与病房交接制度

1. ICU 医师和普通病房医师综合评估患者可转出时，通知患者家属。
2. ICU 护士联系普通病房，准备床位及相关医疗设备。
3. ICU 护士写转科小结，整理患者用物。
4. ICU 护士完善收费工作，办理转科手续。
5. ICU 医生和护士一同将患者转送至普通病房，途中密切观察患者病情变化，做好治疗护理工作。
6. ICU 护士和普通病房护士交接患者：包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、患者的腕带、各种管道、病历资料和药物等。
7. ICU 护士详细填写患者交接单，同普通病房护士双签名。
8. 患者交接流程表存入 ICU 病房，以备核查。

手术室与 ICU 交接制度

1. 手术室对手术后需要直接送 ICU 的手术患者，应先电话通知 ICU，简单介绍患者病情及注意要点，以便 ICU 做好迎接患者准备。
2. ICU 护士接到电话通知后，应立即做好迎接患者的准备，备好必须的抢救仪器设备，确保患者安全。
3. 患者出手术室前，手术室护士评估患者的一般情况、生命体征等并按要求完善护理记录。
4. 手术室护士和麻醉师、手术医生一起共同护送患者至 ICU，协助 ICU 护士安置好患者。
5. 手术室护士与 ICU 护士交接患者，核对患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、腕带、各种管道、病历资料和药物。并详细填写患者交接流程表。患者交接单留存手术室。

病房与手术室交接制度

1. 手术科室要先通知手术室，以便手术室做好迎接手术患者及抢救、手术准备。
2. 术前一日手术室护士访视患者，了解患者基本情况，告知相关知识，缓解患者紧张情绪。



3. 病房护士充分做好术前准备，完善护理记录，以确保手术顺利进行。
4. 手术开始前手术室护士需到病房接患者入手术室。
5. 根据手术通知单与病房护士、患者三方核对患者姓名、性别、床号、住院号、诊断、手术部位准确无误后方可接入手术室，同时携带病历及所需物品。
6. 做好手术交接并详细填写患者交接单。
7. 手术结束后，由麻醉师、手术医师共同将患者送回病房。巡回护士与病房护士交接患者的衣物、腕带、病历、X线片、皮肤情况等核对，详细填写患者交接单，并留存手术室。
8. 接送患者时，注意患者安全。尤其是特殊患者：如神志不清、严重外伤、休克等随时有病情变化的患者，应有一名医师陪同护送至手术室，以保证患者安全。

急诊或病房与产房交接制度

1. 严格实施腕带识别制度，对神志不清、危重和无自主能力的患者使用“腕带”识别时，还要询问家属，确保身份识别正确。
2. 急诊产妇由急诊医生和护士负责护送至产房并与产房护士进行交班。
3. 产妇出现临产表现时，病房护士应详细记录宫缩和胎心情况，及时将患者和病历送入产房，接产人员应及时检查胎心、宫缩、胎方位和宫口开大情况。
4. 入产房交接内容包括，产妇的生命体征、胎心、宫缩情况、胎膜是否已破、羊水量和阴道血量、产妇的治疗情况和卫生处置情况及其他特殊情况等。
5. 产妇产后在待产室观察2小时后由产房护士护送回病房，和病房护士进行床旁交接。
6. 出产房与病房护士交接内容包括：产妇的生命体征、子宫收缩情况、会阴伤口情况、母乳喂养早吸吮、皮肤早接触情况、治疗情况、卫生处置、皮肤情况和产后宣教的情况等。
7. 入产房和出产房交接后，病房护士和产房护士在交接本上双签名。出产房《住院患者转科交接登记本》存于产房。

产房与新生儿室交接登记制度

1. 产房当班护士接到接诊患儿通知，立即做好相关物品及抢救治疗准备。
2. 新生儿室护士与转诊护士进行患儿病情交接（含患儿资料、治疗情况），立即报告值班医生进行诊治。
3. 根据病情予以正确的护理评估，采取积极的护理措施。
4. 认真查看出生记录，询问转诊护士患儿出生抢救治疗情况。



5. 询问患儿两苗接种及新生儿疾病筛查情况。
6. 严格执行查对制度，认真核对婴儿姓名牌（包括产妇姓名、性别、出生日期、体重）、婴儿腕带、性别等是否与出生记录一致。
7. 详细填写患者交接单，确认无误护士双签名。《住院患者转科交接登记本》存于产房。

围手术期护理评估制度

1. 评估围手术期患者的病情、护理需求、安全风险等，及时落实各项护理措施，有利于手术患者的康复和安全；

2. 围手术期患者评估的内容：

（1）术前评估：包括评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、既往史、有无慢性病史（高血压、糖尿病等）、有无长期服用抗凝血药物等；评估患者病情、配合情况、自理能力、心理状况等；了解患者对疾病和手术的认知程度；女性患者要询问是否在月经期；术前准备、手术部位标识落实情况。

（2）术中评估：包括评估手术间环境和各种仪器设备的情况；了解患者术前禁食、禁饮等术前准备落实情况、药品、物品带入情况；手术部位标识落实情况；评估手术体位的摆放及皮肤受压情况、手术野皮肤消毒；注意手术过程中的观察（体温、出血量、血液颜色、引流液及引流量）、手术需要的物品及合理放置等。

（3）术后评估：包括神志、生命体征；重要脏器的功能；伤口情况；手术情况（手术方式、术中出血、输血、麻醉等）；疼痛及镇痛情况、各引流情况；自理能力和活动耐力；心理状态；用药情况（药物的作用及副作用）；安全措施落实（防坠床、防管道脱落等）。

3. 择期手术患者术前评估由责任护士在手术前一天全面完成，急诊手术患者术前评估在手术前1小时内完成，特殊情况除外。手术室责任护士负责手术中患者评估。

4. 在评估中出现可能影响手术安全的情况时，护士应及时向主管医生报告并协助进行相应处理。

临床输血过程的质量管理监控及效果评价制度

1. 根据《临床输血流程》规范执行输血管理工作。

2. 各临床用血科室定期进行自查，医务科、输血科、护理部遵照我院《临床输血质量考核标准》对临床用血科室定期进行培训及质量督查。

3. 各临床用血科室针对自查、及职能科室督查的问题进行原因分析，制定有效整改措施并记录。



4、临床输血过程的质量管理监控及效果评价流程：

（一）、输血前：

1、血液到达科室后必须马上输注，不得在科室贮存；如果患者有突发情况导致暂时不能输注，应立即送回输血科代为贮存。

2、由两名护士核对发血报告单及血袋标签上各项内容，检查血袋有无破损，血液颜色是否正常。准确无误后方可输血。

（二）、输血操作：

1、由2名医护人员带病历共同到患者病床核对患者姓名、年龄、病历号、科室、床号、血型等，确认与发血单相符，再次核对血液后，用输血器进行输血。

2、输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，并记录。

3、输血前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物。

4、输血时速度的控制：输血时应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度：

（1）一般情况下，成人输注红细胞速度为5-10ml/min，或5-10ml/（kg.h）。

（2）年老体弱、婴幼儿及心肺功能障碍者，输注速度宜慢至1ml/（kg.h）。

（3）急性大出血患者需快速输血时，成人输血速度可达50-100ml/min，或>50ml/（kg.h），儿童>15ml/（kg.h）。

（4）血浆输注速度一般为：在心功能正常的情况下，一般速度为5-10ml/min为宜，约75-150滴/分。

（5）1U冷沉淀应在10min内输完。

（6）1个治疗量的血小板应在30min内输完。

5、输血时，如遇红细胞输注不畅时，可能因红细胞积于血袋下端所致，护士可将血袋从挂钩上取下，平放于手掌上，以上下30度夹角、每分钟60次频率摇摆血袋，使红细胞充分混匀后继续输注。

6、输注过程中发生堵塞时，要及时更换输血器，不可强行挤压过滤网和输血管道，以免凝块进入患者血管，造成血管栓塞。

7、同一输血器连续使用5h以上应更换，时间过长，部分血液成分在过滤器的黏附沉淀，影响滴速；也有发生细菌污染的可能，易引发输血不良反应。

8、同时输注多种血液成分时，应先输注血小板、冷沉淀，再输注红细胞、血浆等。

9、连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

10、如果大量输血、冷型自身免疫性溶血性贫血患者输血、换血治疗等情况下需要对血液进行加温（32.C）。

（三）、输血观察：



输血中严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理：

1、减慢或停止输血，用静脉输注生理盐水维持静脉通路。

2、立即通知值班医师和输血科值班人员，及时治疗、抢救和检查，并查找原因，做好记录。

3、疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，立即报告上级医师，积极治疗抢救。立即封存血袋和输血器，配合输血科抽样做相关检查。

（四）、输血记录

1、记录内容：

1) 在《输血及输血不良反应登记本上》逐项、规范填写相关内容。

2) 在护理记录单上填写输注血液品种、容量，开始输注时间、结束时间、有无输血反应等。

2、输血完毕后，医护人员将血液发血单贴在病历中，并将血袋送回输血科至少保存1天。

3、输血完毕，医护人员对有输血反应的应逐项填写患者《临床输血不良反应回执单》，送至输血科保存。

临床输血不良反应处理及报告制度

在临床输血过程中应按发生不良反应时处理流程规范执行，努力降低临床输血不良反应发生率和对患者的损害程度，保证患者安全、合理、有效输血。

1. 在输血时，医护人员要密切观察受血者有无不良反应，如出现异常情况：要立即减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路。立即通知值班医生和输血科值班人员。按患者发生输血不良反应的应急预案，及时抢救、治疗和检查，并查找原因，做好记录。

2. 所有输血不良反应及处理经过均应在病历中作详细记录，同时要电话上报并逐项填写输血不良反应回执单上报输血科。

3. 如为护理人员未能认真执行输血相关制度、流程、操作规范所致输血不良反应须按护理不良事件上报流程，填写护理不良事件报告表上报护理部。

4. 各科室发生输血不良反应均应及时上报，隐瞒不报者，一旦发现与其当月绩效考核挂钩。

护理安全（不良）事件防范管理制度

护理安全（不良）事件防范措施规范了护理人员上岗的要求，护理人员应严格



遵守各项规章制度和护理常规，做到防患于未然。

1. 护理人员上班时，注意力应高度集中，不干与工作无关的事情。

2. 严格执行“三查七对”。

(1) 执行各项操作、用药及治疗前，均需将执行单与医嘱经 2 人核对无误，严格确认患者床号、姓名、住院号等身份信息。

(2) 认真听取患者和家属提出的疑问，并进行核实，无误后方可执行。

(3) 集体注射、口服摆药需经 2 人核对，无误后方可执行，并做好核对后的签字记录。

3. 坚持每日查对医嘱，一人值班时的医嘱，下一班应协助查对，护士长每周参加查对医嘱 1-2 次。

4. 对药物过敏者，应告知患者和家属，并在临时医嘱单、病历牌、床头卡上做好标识，予以提醒。做药物过敏试验和第 1 次注射易过敏药物时，应带药物过敏急救盘（盒）。

5. 注射药、口服药、外用药分开存放，标识醒目，如 10% 氯化钾、胰岛素、干扰素等药品应专柜存放，并上锁。10% 氯化钾针剂应有“静止静脉推注”的警示标识。

6. 救患者一律不执行口头医嘱，抢救患者执行口头医嘱时，必须复述核对 2 遍无误后方可执行。

7. 实习护士应在带教护士指导下进行工作，不得给患者做任何治疗性操作。在给患者做非治疗性操作前，应经带教护士核对，并有带教护士在旁指导才能进行。

8. 护士长排班后，护士不得随意代班或换班，特殊原因需换班时由护士长统一安排。

9. 严格交接班制度，对于危重、手术、特检、新人院等患者等应做好床边交接班，做到病情、治疗、护理“三清”，下班前自查本班工作完程情况。

10. 保持病房护理急救设备处于完好备用状态。

(1) 急救车（箱）管理要求。

1) 急救车（箱）内物品规范、齐全，符合专科抢救需求，性能良好。

2) 对于抢救物品和药品，做到定人、定位、定量及定期管理，使用后当班清理、补充。

3) 无菌物品应在有效期内使用。

4) 急救车（箱）各种标识醒目、清晰。

5) 每种药品定量为 5 支，用后及时补充、整理，过期或安瓿字迹模糊药物不得放入急救车（箱）。

(2) 氧气装置管理要求。



1) 中心供氧终端接口处有明显标识, 如有漏气现象, 应及时修检。

2) 氧气流量表使用后, 常规消毒后, 置于通风、干燥、清洁、固定的地方保存, 保持功能良好。

3) 湿化瓶使用后, 用 500 mg /L 有效氯的含氯消毒液浸泡消毒 30 分钟, 再用清水冲洗干净, 晾干后存放于消毒的无菌巾内。

4) 备用氧气瓶应放置在固定、安全的地方, 外套防尘罩, 有“空”或“满”、“四防”(即防火、防热、防油、防震)标识; 处于备用状态, 输氧管接头有保护装置, 湿化瓶消毒后有效期为 1 周。

(3) 吸引装置管理要求。

1) 中心吸引终端接口处有明显标志。

2) 中心吸引压力表使用后, 常规消毒后, 放在通风、干燥、清洁、固定的地方保存, 保持功能良好。

3) 中心吸引储液瓶使用后, 用 500 mg /L 有效氯的含氯消毒液浸泡消毒 30 分钟, 再用清水冲洗干净, 晾干后存放于清洁、固定的地方。

4) 备用电动吸引器的电线、吸引管应理顺扎好, 接头有保护装置, 储液瓶内装 500 mg /L 有效氯的含氯消毒液 200 毫升; 每周检查吸引器的功能, 并更换消毒液。

(4) 对病房环境及患者的安全管理。

1) 各班在岗医护人员有责任管理患者的安全, 加强巡视, 及清理闲杂人员, 以防意外。

2) 天轨式输液架不得挂非治疗用品, 所挂液体不超过 1000 毫升。

3) 当班者应有高度的安全意识, 随时注意防火、防盗、防破坏。病区内禁止使用电炉、煤气炉、酒精炉等, 不允许煮生食和使用明火蚊香; 微波炉放置在通风、安全的地方, 专人负责管理, 有使用说明; 加强对吸烟者的劝说和管理。

4) 当班者如遇火情、被盗等可疑迹象, 应立即报告保卫部门, 并积极协助处理。

5) 对于玩忽职守、不负责任、引起火灾及意外事故者, 根据情节轻重, 按相关规定给予处罚, 并追究各级人员责任。

(5) 麻醉、剧毒药品管理。

1) 专柜专锁、定量存放、专人管理。

2) 有使用登记本, 严格登记。

3) 每班交班并清点数量, 做好记录。

4) 定期检查药品质量, 及时清理过期及变质药品。

11. 护理人员在岗行为准则要求

(1) 上岗“十时、十防止”。



逐项查对时，防止主观臆断；
行交接班时，防止工作脱节；
业务生疏时，防止随意蛮干；
假日值班时，防止思想涣散；
单独值班时，防止精神倦怠；
多人值班时，防止相互推诿；
工作清闲时，防止大意散漫；
工作繁忙时，防止草率慌乱；
人员变动时，防止情绪波动；
临床带教时，防止放任自流。

(2) 操作“不查对、十不执行”。

医嘱不经两人“三查七对”不执行；
口头医嘱不复述两遍不执行；
转抄或重整医嘱不经两人核对不执行；
服药、输液、注射有疑问不查询不执行；
药物质量、标签、有效期不检查不执行；
药物的作用、配伍禁忌不清楚不执行；
易过敏的药物不做过敏试验不执行；
使用毒、麻、精、放等特殊药品不反复核对不执行；
输血不经两人核对不执行。

(3) 交接班“十不交、十不接”。

患者病情不清不交不接；
治疗药物不清不交不接；
危重患者床单元不整洁不交不接；
患者输液外漏不处理不交不接；
抢救患者抢救过程不清不交不接；
当班护理记录不完整不交不接；
新人院患者评估未完成不交不接；
患者特殊治疗未完成不交不接；
药物过敏试验结果未观察不交不接；
病房物品、药品不齐不交不接。

安全隐患管理及防范措施



护理质量与安全管理是医疗管理的重要组成部分，要提高护理质量必须首先保证护理安全。护理管理者须有组织、有计划地对护理工作进行安全检查及管理，提高护士的安全意识，做到以预防为主，消除安全隐患，保证护理安全，提高护理质量。

1. 定期组织护理人员学习有关法律、法规及医院有关规章制度，提高护理人员安全防范意识。严格执行各项规章制度，并督促护理人员学习掌握各项规章制度。

2. 明确护理安全中存在的各项隐患，并采取相应的防范措施，按流程及规定时间及时上报。

3. 接报后按实际情况，相关护理安全管理人员采取相应措施正确处置，及时解决问题，消除安全隐患。

4. 常见安全隐患及防范措施：

(1) 服药中的安全隐患：发错药，药名或剂量错误，未看服到口，发药时未去包装，患者错拿，服药时间交待错误，整盒（或瓶）药未交待服药方法，发药前未查对，发药时未带服药卡，未执行两人同时发药，未交待服药注意事项。

防范措施：加强安全教育，严格执行三查七对，严格执行两人同时发药。

(2) 注射输液治疗中的安全隐患：执行卡查对错误，配制错误，执行时打错患者，未严格遵守无菌操作，滴速过快或过慢，巡视不及时，用药未观察效果，有反应未记录或记录不准，执行口头医嘱。

防范措施：加强安全教育，严格执行三查七对，无菌操作，严格遵守医嘱执行制度。

(3) 处理医嘱中的安全隐患：医嘱处理不及时，床号、姓名、药名、剂量、用法处理错误，核对错误，有疑问的医嘱未及时提出，错误医嘱不能识别。

防范措施：规范医嘱处理程序，加强查对制度，每日总对医嘱，有疑问一定核实后再执行。

(4) 交接班的安全隐患：未床头交接患者的病情，未交接治疗、护理（如管道、皮肤等），未交接麻醉药。

防范措施：执行“十不交接”，不遗漏。

(5) 标本采集中的安全隐患：试管选择错误，标本注入他人试管，采集方法错误，采集好的标本试管被摔破。

防范措施：加强安全教育，查对后再采集标本，采集后注意核对，小心保管标本。

(6) 危重患者抢救中的安全隐患：不能及时发现及判断病情变化，未及时通知医生，延误抢救，抢救措施不及时，不到位，能迅速建立静脉通道，急救药准备不足，用药不及时。

防范措施：护士长加强管理，成立抢救核心；培养护士急救、协调意识；进行心肺复苏技能培训，人人过关；严格管理急救药品、用物、仪器设施，每周检查一次。



(7) 护理记录中的安全隐患: 记录有涂、刮、粘的现象, 记录不及时, 记录不准确, 不完整, 记录未客观地反映病情, 特殊变化、特殊操作以及各种意外发生未做记录。

防范措施: 加强《医疗事故处理条例》的学习, 人人掌握《护理文书书写规范及管理规定》, 并遵照执行; 人人加强环节质控意识, 护理记录(特别是危重患者)每天检查把关。

(8) 院内感染安全隐患: 环境污染, 无菌物品未达到要求, 消毒隔离不严, 一次性无菌用物未达要求。

防范措施: 护士长每天检查, 人人遵守消毒隔离制度, 加强消毒隔离意识。

(9) 护士素质因素造成的安全隐患: 服务态度不好, 语言不规范, 缺少同情心, 不关心患者, 没有应对突发事件的能力, 护理操作技术差, 业务知识水平差, 工作中无慎独精神, 对工作不认真, 不负责, 不能与患者进行有效沟通。

防范措施: 护士长起模范带头作用, 加强教育, 培养护士的学习意识, 规范服务语言、行为, 护士长加强检查、督促。

(10) 护理管理中的安全隐患: 人员安排不合理, 医患矛盾处理不及时。

防范措施: 护士长加强自学管理知识的学习, 能运用先进的管理方式。

(11) 劳动纪律方面的安全隐患: 自动调班、迟到、早退、串岗、溜岗、脱岗。

防范措施: 加强教育, 如有发现严肃批评。

(12) 健康教育中的安全隐患: 病情解释不当, 治疗解释不当, 药物副作用未适度告知, 饮食、休息等知识指导错误, 医护的教育不统一, 特殊治疗、操作、护理未告知。

防范措施: 医护之间多沟通, 加强业务知识的培训, 加强健康教育技巧的培训, 加强沟通技巧的培训, 人人掌握患者权利和义务。

(13) 患者因素造成的安全隐患: 情绪不稳定, 不信任医护人员, 不配合治疗、护理, 家属不配合、不关心患者。

防范措施: 注意服务态度, 加强患者基本情况的评估, 加强心理护理, 加强沟通。

导管脱落、跌倒、走失、压疮评估、预报、监控制度

一、预防各类导管脱落管理制度

为了加强各类留置导管病人的护理, 保持各类导管的功能, 保证各类留置导管



病人的安全，以利于病人的康复，特制定如下制度。

1. 病人各类留置导管应妥善固定，固定时保持一定的活动度，以防病人活动时牵拉、脱出。
2. 护士加强巡视和观察各类留置导管的病人，保持导管通畅，防止扭曲、受压、折叠和牵拉，发现问题及时妥善处理。
3. 护士协助病人翻身、下床、进食、大小便等，应主动满足病人的需求，以免病人活动时致导管脱落。
4. 加强健康教育，告知留置导管的重要性及如何保护导管防止意外脱落，使病人配合。
5. 对精神异常或烦躁病人，应有家属在旁，病情需要时专人守护；遵医嘱使用镇静药物或给予保护性约束，防止导管意外脱落。
6. 如发生导管意外脱落，立即启动导管脱落紧急风险预案。

二、预防病人坠床 / 跌倒的管理制度

1. 所有住院病人在入院评估时进行坠床 / 跌倒的风险评估。
2. 新入院病人使用《住院病人首次护理评估单》对坠床 / 跌倒的高危风险因素进行初次评估，评估在病人入院 4 小时内完成。
3. 凡是初次评估有坠床 / 跌倒高危风险因素的病人，需使用《住院病人跌倒 / 坠床高危因素评估监控表》进行危险等级评分及监测记录。采用“跌倒 / 坠床高危因素监控表”进行评分，确定危险等级：跌倒 / 坠床评分 < 6 分（患儿跌倒 / 坠床评分 ≥ 3 分）提示低度危险性，床头挂警示标识牌并落实相应护理措施；总分 6-13 分（患儿总分为 3-5 分）为中危跌倒风险者，每周动态评估一次；总分 > 13 分（患儿总分 > 5 分）为高危跌倒风险者，需上报护理部；并将评估的结果记录在“跌倒 / 坠床高危因素监控表”上，只需记录评估时间、危险因素的总评分数及签名；并根据其危险等级采取有效的防护措施，预防跌倒、坠床。同时责任护士与医生进行沟通，由医生下达“预防跌倒 / 坠床”的长期医嘱。
4. 病人病情或用药发生变化、术后、转科时需要重新评估。
5. 高危人群需在病人床头悬挂“防跌倒，坠床”警示标识牌，签署“住院患者预防跌倒、坠床告知单”，并列入交班内容，加强交接班，所有工作人员对有跌倒 / 坠床风险病人应予以特别关注。
6. 做好健康宣教，告知病人及家属跌倒 / 坠床的危害及预防的重要性。
7. 对跌倒 / 坠床跟踪评分 < 6 分的病人（评分 < 3 分的患儿），责任护士应及时与医生进行沟通，医生根据患者具体情况，修改医嘱内容。



8. 一旦发生坠床跌倒，立即启动坠床 / 跌倒应急预案措施。

①迅速进行有效的处理，减轻对病人身体健康的损害或将损害降至最低。

②立即向护士长报告。科室按规定填写“护理不良事件报告表”，于24h内按护理不良事件报告流程书面上报护理部。

③护士长要组织科室成员认真分析讨论，制订改进措施并追踪改进效果。

9. 鼓励积极上报跌倒 / 坠床事件，发生跌倒 / 坠床科室有意隐瞒不报，发现后与护士长绩效考核挂钩。

10. 护理部每月进行分析及预警，制订防范措施，不断改进护理工作。

三、患者外出不归（或走失）评估监控制度

1. 密切观察病情变化，了解病人的心理反映。

2. 对疑似有外出不归倾向的患者进行走失危险因素评估，根据《走失危险因素评估监控表》内容，危险因素 ≥ 1 项者，床头挂警示标识牌并落实相应护理措施；病情发生变化或转科时重新评估；危险因素 ≥ 2 项者，填写该评估监控表，并由管床护士每周至少评估1次，护士长检查落实；长期住院（1个月以上）的慢性病人可每月评估一次。

3. 如发现病人有异常表现（如有行为能力障碍），应留陪伴，把患者出走倾向告知家属。

4. 加强入院指导，主动介绍住院环境和周围的人物，使病人尽快熟悉环境，减少或消除不适应感。

5. 无陪护的病人将其安置在工作人员的视力范围内，10分钟巡视1次了解病人的活动情况。

6. 当病人出走行为发生时，立即启动应急预案。

四、压疮风险评估制度

1. 医院成立压疮管理专业小组，对全院患者的压疮风险评估与防治工作进行全面监控。

2. 责任护士对新入院、转入、或住院期间有压疮风险的患者，均应按Braden评估表或BradenQ评估表在当天当班内完成首次压疮风险评估并记录，评估率100%。评分标准：最高23分，15-18分低危，13-14分中危，10-12分高危， < 9 分非常危险。

3. 患者首次评估结果均应记录在《住院患者首次护理评估单》皮肤状况栏；评分13-18分的患者，每周跟踪评估一次，在护理记录单上记录评分及患者皮肤情况，病情变化随时评估；评分 ≤ 12 分或者评分 > 12 分但存在压疮高风险的患者，每天



跟踪评估一次，每班记录皮肤情况，压疮跟踪评估表上每三天记录皮肤或压疮的具体情况，出现病情变化，随时评估。

4. 护士应重点评估入科时或住院期间有压疮风险的患者。如恶病质、重度贫血、重度水肿、低蛋白血症、营养不良、卧床、被迫卧位、大小便失禁、大手术后、昏迷、危重症患者。

五、压疮上报制度

1. 一旦患者评估值达到危险临界值，要逐级上报：低风险（15-18分）及中度风险（13-14分）向病区护士长报告；高风险（评分 \leq 12分）或评分 $>$ 12分但病情特殊者应填写电子版压疮高风险上报表网报压疮管理小组。

2. 按照 Braden 评分标准，18分作为预测有压疮发生危险的诊断价值。评分 \leq 18分应加强对患者及家属的告知，悬挂警示标示，并系统落实预防压疮的措施，密切观察皮肤变化，及时准确记录。

3. 院内发生或院外带入的压疮，须第一时间报告病区护士长，24h内填写压疮高风险上报表、压疮报告表、压疮不良事件报告表（包括院外带入压疮），护士长审核后上报护理部。

4. 对院内或院外发生的压疮，均要系统落实预防压疮的措施，I、II期压疮由责任护士在上级护师的指导下处理，III、IV期或者疑难伤口须请专科护理小组或外科医师会诊并提出指导处理意见。

5. 压疮管理小组负责到科室核查并记录，对其压疮的发生进行定性，讨论并最终定为难免压疮或者可避免压疮。

6. 对疑难压疮，科室填写《护理会诊申请单》交至护理部，由护理部组织压疮管理小组成员及外科相关医疗人员伤口造口专科护士会诊，给予现场指导并填写会诊意见，会诊单一式二份，科室及护理部分别留存。

7. 患者转科时，转出科室将《压疮发生高危人群评估表与跟踪评估表》交由转入科室继续填写。

8. 病人出院或死亡后，科室应及时填写《压疮发生高危人群评估表与跟踪评估表》后面的压疮转归情况，院内压疮管理小组成员审核签字后归入护理部保存。

9. 如科室发生非预期压疮，隐瞒不报，一经发现按护理质量管理相关规定处理。

留置导管安全管理制度及防范脱落措施

1. 护理人员掌握各类导管护理常规并严格执行，一般引流袋每日更换1次，抗返流引流袋每周更换一次。



2. 做好导管固定与体外二次固定，固定时应保持一定的活动度，以防患者活动时牵拉、脱出；二次固定时，采用高举平台法，必要时用一条胶带打底后再行二次固定

3. 各类导管标识与警示标识规范醒目。

4. 护理人员加强巡视和观察各类留置导管的患者，保持导管通畅，防止扭曲、受压、折叠和牵拉，发现问题及时妥善处理。

5. 协助患者翻身、下床、进食、大小便等时，护理人员应主动满足的患者需求，给予协助，以免患者活动时导致导管脱落。

6. 加强健康教育，告知留置导管的重要性及如何保护导管、防止意外脱落，使患者配合。

7. 对精神异常或烦躁患者，应加强防护，病情需要时专人守护；遵医嘱使用镇静药物或给予保护性约束，防止导管意外滑脱。

8. 根据患者风险程度落实导管风险评估，正确记录，并给予防范措施。评估内容：留置时间、部位、深度、固定、是否通畅、局部情况、神志、精神状态等；评估时间：高危导管至少每 4h 评估一次，有情况随时评估；中危导管至少每班评估一次，有情况随时评估；低危导管至少每天评估一次，有情况随时评估。记录要求：根据评估内容进行记录，导管拔除或意外滑脱必须及时记录。如发生导管意外滑脱，立即启动导管滑脱紧急风险预案。

防范导管脱落措施：

1、认真评估患者是否存在管路滑脱危险因素。如存在危险因素，要及时制定防范计划与措施，应列为交接班的对象，并需进行床头交接班，交清管道的通畅、固定是否稳妥、引流液色泽、性质、量。

2、加强巡视，随时了解患者情况并做好护理记录，对存在管路滑脱危险因素的患者，根据情况安排家属陪伴。

3、妥善固定各类管道，引流袋（瓶）连接管应有足够的长度，避免翻身时牵拉拔出导管，用橡皮筋环套后用别针固定，以保证有一定的缓冲余地。

4、做好病人及家属的管道护理健康教育工作，使其充分了解预防管路滑脱的重要意义。护士需详细告知管道的固定、引流、翻身、卧位及离床活动时引流管的护理注意事项。

5、胸腔闭式引流时，掌握正确的挤管方法，妥善固定好引流瓶，避免倾斜、碰翻，更换引流瓶液体或患者外出检查时需用两把止血钳交叉夹住引流管，并有医务人员陪同。若一旦发生导管脱落，迅速用手掌封住胸壁口，紧急呼救其他医务人员进一步处理。



6、更换引流袋(瓶)时,护士应动作轻柔,避免强拉近心端导管,防止导管拔出。

7、气管导管按规定注气(液),牵拉重量适宜,三腔二囊导管及气管插管需标明刻度,班班交接,间歇放气时需床旁守护。床旁常规备急救物品。

8、对带管出院的患者护士需详细交待预防导管脱落的注意事项,必要时给予书面的指导处方。

各项护理操作前告知制度

在实施各项护理操作前,操作者应向患者告知操作的名称、目的及注意事项等,以便取得患者的理解和配合,使操作能顺利进行,同时也尊重了患者的知情同意权。

1. 遵医嘱执行各项护理操作前,向患者讲解该项操作的目的、必要性。
2. 操作前使患者了解该项操作的程序及由此带来的不适,取得患者的配合。
3. 严格遵守各项操作规程,操作中注意动作轻柔、语言文明、行为规范。
4. 将操作程序详细地告知患者,避免不必要的误会。
5. 护士应熟练各项操作技能,尽可能减轻由操作带来的不适及痛苦。
6. 无论何种原因导致操作失败时,操作者应礼貌性地道歉,取得患者谅解。

特殊用药、特殊检查、治疗告知制度

1. 对特殊用药、特殊检查、特殊治疗,实施前必须提前告知,必要时由患者或家属签字。

2. 详细介绍特殊检查、特殊用药、特殊治疗的目的、意义、流程和特殊用药的作用与副作用,特殊检查、治疗的操作方法,注意事项以及由此带来的不适或意外,以取得患者或家属的配合。

3. 特殊检查、治疗要严格遵守操作规程,操作中关键环节仍要随时解释,尽量减轻患者痛苦。

4. 无论何种原因导致特殊检查或治疗失败时应礼貌性道歉,以取得患者谅解。

5. 在履行告诉义务时,护理人员要讲究语言艺术和效果,注意说话方式和态度,对患者态度要亲切和蔼,并注意保护患者的隐私。

药物过敏试验管理制度

1. 护理人员给患者应用药物前应询问是否有该药物过敏史,按要求做过敏试验,凡有过敏史者禁忌做该药物的过敏试验。



2. 严格执行查对制度，做药物过敏试验前要警惕过敏反应的发生，治疗盘内备皮试过敏抢救盒（地塞米松、肾上腺素各 1 支等）。

3. 正确实施药物过敏试验，过敏试验药液的配制、皮内注入剂量及试验结果判断都应按要求正确操作，过敏试验阳性者禁用。

4. 该药试验结果阳性者或对该药有过敏史者，禁用此药。同时在该患者医嘱单、病历夹上注明过敏药物名称，在床头挂过敏试验阳性标志，并告知患者及其家属。

5. 药物过敏试验阴性，第一次注射后观察 20-30 分钟，注意观察巡视患者有无过敏反应，以防发生迟发过敏反应。

6. 抗生素类药物应现配现用，特别是青霉素水溶液在室温下极易分解产生过敏物质，引起过敏反应，还可使药物效价降低，影响治疗效果。

7. 经药物过敏试验后凡接受该药物治疗的患者，停用此药 3 天以上，需重做过敏试验，方可再用该药。

口头医嘱执行制度

在非抢救情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱，对擅自执行口头医嘱的行为视为违规，一经发现，酌情给予处理。如遇特殊抢救情况或手术中必须执行口头医嘱时，应严格遵循口头医嘱执行制度。

一、抢救中执行口头医嘱

1. 危重抢救过程中，医生根据病情下达口头医嘱后，护士必须重复 2 遍，得到医生确认后方可执行。

2. 在执行口头医嘱给药前，必须经 2 人核对药物名称、浓度、剂量，以确保用药安全方可给药。

3. 抢救过程中所使用的药瓶应保留至抢救结束，并做好抢救及用药记录。

4. 抢救结束 6 小时内应督促医生据实补齐医嘱并签名。

二、手术中执行口头医嘱

1. 术中，主管医生及麻醉医生所做的口头医嘱，巡回护士执行前应复诵 2 遍，并同另 1 人核对药名、浓度、剂量后，方可执行。

2. 用药后，应保留药瓶，以备核对，待手术结束后方可弃去。

3. 执行医嘱完毕后，应在病历医嘱栏内做好记录，同时告知麻醉医生记录于麻醉记录单上。



侵入性护理操作管理制度

侵入性护理操作是为达到医学治疗目的,将医用材料置入人体内部的一项操作。因其可能产生并发感染、损伤以及给患者带来一定心理恶性刺激,故制定此制度。

(一) 操作前

1. 材料准备:根据患者情况选择合适型号、规格的材料,确定在有效期内、无破损。

2. 患者准备:操作前务必需做好详细的告知,使患者清楚操作目的、意义、过程及可能带来的不良反应。

3. 医务人员准备:护理操作务必遵医嘱执行,操作者需穿戴好衣帽,洗手、戴口罩,视情况戴无菌手套。

(二) 操作中

1. 操作者严格执行无菌操作原则,动作轻柔,避免因操作带来的机械性损伤。

2. 操作中严密观察患者病情变化及情绪反应,如遇病情变化对症紧急处理,反应过激的患者应暂停操作。

3. 做好患者的心理护理,告知放松的办法,如深呼吸,转移注意力。

(三) 操作后

1. 操作者做好相关的健康宣教,如操作局部保持清洁,管道避免折叠、缠绕,置管侧肢体避免用力,如有异常通知医护人员等。

2. 操作后置管的维护定期执行,根据操作材料的性质按时更换。

3. 患者具有拔管指征,遵医嘱进行拔管,注意观察伤口局部情况,定时换药。

病房安全管理制度

1. 病房由护士长负责管理,医务人员必须按要求着装,佩带胸牌上岗。

2. 保持病房整洁、舒适、安全,避免噪音,注意通风。严禁吸烟,禁止使用电炉、酒精灯及明火,以防失火,工作人员做到走路轻、关门轻、说话轻、操作轻。

3. 病房内的物品和床位要摆放整齐、有序,固定位置,便于清点与使用。

4. 落实防滑、防跌倒措施,保障患者行动安全。

5. 加强对陪护和探视人员的管理。21PM时应清理病房内探视人员,劝导其按规定离开病区。

6. 加强病房财产、设备管理,现金及贵重物品勿放在病房,空房上锁。加强巡视,如发现可疑人员,及时通知保卫科。

7. 按要求畅通防火通道,保持消防设施完好、齐全,不堆、堵杂物。



8. 定期对患者进行健康教育。定期召开患者座谈会，征求意见，改进病房工作。

附：病房工作人员守则

1. 主动向新入院的患者介绍医院的有关制度和病房环境，进行入院评估，了解患者有何需求，使他们尽快适应环境，接受治疗。

2. 工作认真负责，语言文明，态度诚恳。对患者提出的不合理要求应耐心劝解，既要体贴关怀又要掌握原则。

3. 遵守保护性医疗制度，有关病情恶化、预后不良等情况，由负责医生或上级医生向患者进行解释。

4. 尊重患者，注意保护患者隐私。

5. 在检查、治疗和处理中要严格遵守操作规程，耐心细致解释，选用合适的器械，不增加患者痛苦。进行有关检查和治疗时，如灌肠、导尿等，应用屏风遮挡患者或关门处理。

6. 条件允许时，对危重和痛苦呻吟的患者应分别放置。患者死亡和病情恶化时应保持镇静，尽量避免影响其他患者。

7. 对手术患者，术前应做好解释安慰工作，以消除患者的恐惧和顾虑。术后要告诉患者转归情况，使其安心休养。

8. 保持病房安静整洁。合理安排工作时间、避免噪杂。6AM前、9PM后（夏季时间10PM后）及午休时间，尤其应保持病房安静，不得大声喧哗。在不影响医疗效果的情况下，有些治疗可待患者醒后施行。

9. 保持病房空气流通、清洁卫生。生活垃圾、医用垃圾分类放置、及时处理。

10. 重视患者的心理护理，对其治疗、生活、饮食护理等各方面的问题，应及时协调解决，并定时向患者征求意见，改进工作。

护理部薄弱时间查房制度

1. 为加强护理质量管理，护理部实行薄弱时间查房制度。

2. 护理查房人员规范着装，查房认真、细致、实事求是，真实客观的反应各护理单元护理工作状况。

3. 检查各护理单元危重、抢救、急诊、新入院、手术后、压疮高危人群患者的病情观察、治疗护理、护理措施落实情况。

4. 考核当班护士对病区危重患者、新入院患者的护理及病情掌握情况。

5. 协调解决院内护理工作中的复杂疑难问题、危重患者的抢救、解决突发事件、护理人员应急调配等。



6. 负责查夜班护士岗位职责履行情况，包括个人行为规范、劳动纪律、病区环境卫生及护理文书动态记录。将以上检查情况记录在夜班工作本上，并到护理部交班。

7. 护理部每月对值班记录情况汇总整理，对于工作中出现的共性问题在护士长例会上进行通报并讨论解决，做到有检查、有记录、有反馈、有改进。

护理临床路径与单病种护理质量控制制度与流程

一、临床路径与单病种护理质量控制制度

1. 护理三级质控网络负责对临床路径与单病种护理质量实施监控。
2. 凡病区新开展临床路径与单病种的护理表单一律报护理部审核备案。
3. 临床路径护理部分的内容应符合疾病护理常规要求。
4. 护理人员知晓本岗位相关临床路径的工作流程。
5. 制定临床路径与单病种护理质量标准，内容包含患者入院处置、病情观察、用药护理、心理护理、健康教育等。
6. 三级质控网络定期质量评价，针对存在问题与缺陷进行总结分析，修订评价标准，提出改进措施，体现质量持续改进。

二、临床路径与单病种护理质量控制流程

1. 护理部对各病区报备的临床路径、单病种的护理表单进行审核。
2. 制定临床路径与单病种护理质量标准。
3. 按照路径要求对患者实施全程优质护理，落实各项护理措施。
4. 认真填写各类表单。
5. 三级质控网络定期质量评价。评价方法：现场查看患者护理情况，调查患者满意度，查看各类表单记录情况，计划、实施、检查、反馈，对检查结果进行统计分析，及时反馈临床科室，持续改进工作质量。

护理病例讨论制度

1. 凡病情危重，危急生命或难度较大及大手术和新技术以及死亡病例，均应进行护理病例讨论。
2. 护理部每季度组织 1 次病例讨论，各病区至少半年组织 1 次病例讨论。
3. 讨论由护士长和主管护师及以上资格人员主持，病区护士均应参加。
4. 讨论时由责任护士汇报病史，介绍病人病情，目前采取的护理措施，效果，



并提出问题。

5. 主管护师及以上人员对与会的其他护理人员，根据病人的病情，并结合病人的护理情况，提出个人对护理病人的意见和建议。

6. 外科大手术病例，要讨论病人的术前、术后护理，预防术后病人可能出现的护理并发症。

7. 对死亡病例的护理讨论，参加抢救的护士，要汇报抢救的经过，护士长或主管护师就抢救配合，病情观察，基础护理，护理记录等方面进行综合分析，找出护理上存在的不足，并提出改进措施。

8. 讨论情况分别记录在护理病例讨论记录中。

护理查房制度

一、护理部二级查房制度

护理部实行二级查房制度，即护理部主任、护士长二级查房。

1. 护理主任查房

- (1) 不定期进行疑难、危重患者的护理查房；
- (2) 以检查工作为主的行政查房，每周或每月一次；
- (3) 以培养年轻护士为目的的临床查房，结合实际情况进行；
- (4) 新业务、新技术的指导查房，根据开展情况而定。

2. 护士长查房

- (1) 检查病区危、重患者的护理落实情况，每周 1—2 次；
- (2) 按各级人员职责要求，检查护理人员护理技术及执行操作规程情况；
- (3) 指导年轻护士进行专科护理，落实护理常规。

3. 护士长五查房

(1) 第一次（晨会交班前 15-20 分钟）查房内容：晨间护理，术前准备，大手术及危重患者护理，交班报告，标本收集，清洁卫生，夜班工作完成情况。

(2) 第二次（9AM—10AM）查房内容：医嘱执行情况，各种治疗及护理技术操作的规范性，病房环境。

(3) 第三次（11AM—12N）查房内容：患者饮食护理，交接班情况。

(4) 第四次（2PM—3:30PM）查房内容：午间护理，交接班情况，体温单绘制及病历书写、健康教育执行情况。

(5) 第五次（5PM—6PM）查房内容：术后护理及危重患者护理落实，交接班落实，次日手术前准备工作，仪器、设备、药品、物品的准备，病房环境等。



二、薄弱时间查房制度

1. 护理部、护士长轮流参加薄弱时间（节假日、夜间、晨间、午间）查房。
2. 按护理部安排的查房时间、地点和内容进行督导及检查。
3. 查房内容：危重、新入院、手术、特级、一级护理患者的护理，护理技术操作、护理文件书写、护理不良（安全）事件，消毒隔离制度执行情况，护理人员薄弱时间岗位责任制落实情况及护士仪表着装、服务态度、病区安全、治疗准备及操作规程。
4. 督促薄弱时间护理工作的落实，保证护理质量。
5. 协助相关人员处理薄弱时间突发事件及抢救，做好科室之间的协调工作。
6. 查房期间，发生特殊事件应及时向院总值班、及相关部门或领导报告，使问题得到有效解决。认真书写查房记录。

三、护理教学查房制度

1. 实行二级护理教学管理体系：护理部教学——病区护士长或带教老师。
2. 临床教学评估体系，对带教老师、实习学生教学计划的完成情况进行评估的反馈。
3. 临床带教相结合：以病区为单位，由带教老师负责，对基础、专科护理操作及有关理论进行联系实际的现场指导。
4. 查房与教学计划落实相结合：由护理部、护士长随机考核病区教学计划完成情况。定期对实习学生进行理论、操作考核和综合考评；实习结束时，由护理部对学生进行综合评定。

护理文件书写基本规范及管理制度

随着医疗卫生管理法律、法规和规章的逐步健全，护理文书被列入具有法律效应的客观病历之中。因此，加强护理文书的管理具有重要意义。

1. 护理文书包括体温单、临时医嘱单、长期医嘱单、住院首次护理记录单、护理记录单、手术护理记录单。
2. 护理文书书写应当客观、真实、准确、及时、完整。
3. 护理文书书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。书写过程中出现错字时，应当用双横线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或除去原来的字迹。
4. 护理文书应当由具有法定资格的护理人员按规范书写，进修护士和护理实习学生书写的护理文书应当由带教老师审阅、修改并签名。
5. 高年资护士有审阅、修改低年资护士书写的护理文书的责任。修改时，应当



注明修改日期，修改人员签名，并保持原记录清晰、可辨。

6. 抢救记录应当在抢救结束 6 小时内，由相关护士据实补记，并加以注明。
7. 手术护理记录应当在手术结束后及时完成，按规范要求填写，并放入病历中。
8. 护理文书应当及时归入医疗病历中，患者出院后交病案室保存。
9. 制定并落实护理文书检查考核标准及奖惩细则。护理文书质控组每季度对各病区的护理文书进行督查，持续改进，督查结果与绩效考核挂钩。

静脉治疗安全管理制度

1. 静脉药物的配置和使用应在洁净的环境中完成。
2. 实施静脉治疗护理技术操作的医务人员应为注册护士、医师，并应定期进行静脉治疗所必须的专业知识及技能培训。PICC 置管操作应取得省级及以上专科护士证书。
3. 静脉治疗前应评估患者的年龄、病情、过敏史、静脉治疗方案、药物性质等，选择合适的输注途径和静脉治疗工具。
4. 静脉注射、静脉输液、静脉输血及静脉导管穿刺和维护操作应遵循无菌技术，操作前后应执行医务人员手卫生规范（WS/T313）的规定。
5. 穿刺针、导管、注射器、输液（血）器及输液附加装置等应一人一用一灭菌，不重复使用。穿刺点皮肤消毒范围及频次符合要求。
6. 所有操作应执行查对制度并对患者进行两种以上方式的身份识别，询问过敏史。
7. 输注药物前宜通过回抽血液来确定导管在静脉内。
8. 静脉注射、静脉输液、静脉输血应根据药物及病情调节滴速，观察注射部位局部情况及患者的用药（用血）后的反应。
9. PN 宜现用现配，应在 24h 内输注完毕。如需存放，应置于 4℃ 冰箱内，并应复温后再输注。
10. 全血、成分血和其他血液制品应从血库取出后 30min 内输注，1 个单位的全血或成分血应在 4h 内输完，血小板的输注时间应在患者能够耐受的情况下尽可能快速输注。
11. 每日观察穿刺点及周围皮肤有无红、肿、热、痛等反应，有无水疱、破溃等。无菌透明敷料应至少每 7d 更换一次，无菌纱布敷料应至少每 2d 更换一次，若敷料发生松动、污染穿及刺部位发生渗液、渗血时应及时更换敷料。
12. 外周静脉留置针应 96h 更换一次。PICC 留置时间不宜超过 1 年或遵照产品使用说明书。静脉导管拔除后应检查导管的完整性，用无菌敷料密闭式加压覆盖



24h。

13. 静脉导管维护符合要求。输液完毕应用导管容积加延长管容积 2 倍的生理盐水或肝素盐水 2-5ml 正压封管。PORT 在治疗间歇期应至少每 4 周维护一次。PICC 导管在治疗间歇期间应至少每周维护一次。

14. 发生静脉治疗相关并发症应遵循相应的处理原则。

15. 做好针刺伤防护及抗肿瘤药物防护。

护理安全管理制度

1. 严格执行查对制度、交接班制度、医嘱制度和无菌技术操作规程。

2. 严格执行非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，发生护理安全（不良）事件后，责任者立即向护士长报告，护士长根据事件级别在规定时间内报告护理部。

3. 院护理安全（不良）事件管理小组，组织专家定期讨论分析，病区护士长每月、护理部每季度组织一次护理安全（不良）事件分析与安全警示教育会。

4. 对发生的护理安全（不良）事件，做到三不放过：原因不查明不放过，责任不清不放过，经验教训未吸取、防范措施不落实不放过。

5. 严格遵守医院卫生管理法律、行政法规，部门规章和诊疗护理规范，恪守医疗服务职业道德。

6. 各种抢救器材保持清洁、性能良好，用后及时补充；无菌物品标识清晰，保存符合要求，确保在有效期内。

7. 病区高危药品、急救药品、麻醉精一药品，定量存放，专人负责，专柜专锁；用后及时记录并补充，每天清点。

8. 落实突发事件的应急处理预案和危重患者抢救护理流程。

9. 每天进行安全评估，做好标识。对危重、手术、老年及小儿患者应加强护理，必要时加床档、约束带，以防坠床，定时翻身，预防压疮的发生。

10. 奖惩分明，积极采取措施。对有效防止和避免护理安全（不良）事件科室及个人给予奖励；对因护理安全（不良）事件引起医患纠纷及给医院声誉造成影响的科室，参照湖科附二 [2016] 97 号文件《湖北科技学院附二医疗纠纷、事故防范处理管理规定》执行。

附：护理安全管理措施

1. 实行护理部—护士长—科质控组二级安全管理、三级质控，明确职责，确保护理工作顺利进行。

（1）制定护理安全管理质量标准，使护理安全管理有章可循，逐步走向规范化。



(2) 护理部每季度进行护理安全大检查一次，总护士长定期检查，护士长随时查，有记录。

(3) 病区每月组织一次护理安全（不良）事件分析与安全警示教育会；护理部每季度召开护理部每季度组织一次护理安全（不良）事件分析与安全警示教育会，针对易出现的不安全因素，提出防范措施。

(4) 护士长每月查找不安全因素，不安全因素进行分析、整理，提出防范措施并记录于《护理安全（不良）管理手册》。

(5) 护士长要定期对本科人员进行安全教育或安全讲课，不断提高护理人员的安全意识。

2. 认真执行查对制度

(1) 医嘱三班（每天）查对有记录，护士长每周查对两次，有签名。

(2) 执行各项治疗时，严格执行三查七对，各种注射治疗前要 2 人核对，如有疑问的医嘱，要及时与医生沟通，问清后方可执行。

(3) 在一般情况下护士不执行口头医嘱，在抢救或手术过程中，医生下达的口头医嘱，执行必须向医生复述一遍，双方确认无误后方可执行。

(4) 清点和使用药品前要检查药品的质量，有无混浊、有效期及批号、安瓶有无裂缝，不符合要求禁止使用。

(5) 使用毒、麻、限剧药时要经过 2 人核对，用后保留安瓶，严禁执行口头医嘱。

(6) 使用多种药物时，注意查对药物配伍禁忌。

(7) 输血前必须经 2 人核对，无误后方可输入。

(8) 手术患者，护士要做好术前、术中、术后患者的一般情况及手术器械、敷料的清点查对工作。

3. 严格执行交接班制度、分级护理制度，按时巡视病房，及时发现病情变化。

(1) 各班要进行床边交接班，重点交危重患者、新入、手术及特殊治疗检查的患者。

(2) 按级别护理巡视病房，重患者要随时巡视，及时为患者解决护理问题。

(3) 认真做好各种护理记录，记录要准确，使用医学术语。

4. 建立健全各项规章制度、岗位职责及各项操作规程，做到有章可循。

(1) 护理人员在工作中要认真执行各项操作规程，遵守各项规章制度，工作中要互相督促，共同提高。

(2) 护士长要定期检查各项制度的落实情况，定期进行质量分析，找出不足，提高质量。

5. 认真执行护理安全（不良）事件报告制度，做好护理安全管理工作。



(1) 对出现护理安全(不良)事件按规定时间上报,并及时组织讨论,提出防范措施。

(2) 各科室要每月进行一次护理安全(不良)事件讨论分析会,找出护理工作中的安全隐患,提高护理人员的安全意识,防止差错事故发生。

(3) 出现护理安全(不良)事件,当事人及护士长不能隐瞒,如瞒报一经发现按相关管理办法处罚。

(4) 护理安全(不良)事件小组每季度对全院的护理安全(不良)事件进行分析讨论,找出发生的原因,制定防范及改进措施。

6. 做好急救药品、抢救器械的管理工作,确保抢救工作进行顺利。

(1) 抢救器械做到四定(定物品种类、定位放置、定量保存、定人管理)、三及时(及时补充、及时检查、及时维修),做好应急准备,不准外借。

(2) 急救药物定量、定位、专人管理,用后及时补充,毒、麻、剧限药专人加锁管理。

(3) 急救药品、器械要严格交接班、签字。

7. 预防压疮、坠床、烫伤、跌伤等意外发生,防止护理并发症的发生。

(1) 对易发生皮肤压伤患者,要制定预防皮肤压伤的护理计划。

(2) 对昏迷、躁动患者要有保护性措施,防止坠床。

(3) 输注高渗溶液及刺激性较大药物时,要加强巡视,防止液体外渗,要及时进行处理,防止发生皮肤坏死。

(4) 婴幼儿、老年人、麻醉未清醒、末梢循环不良、昏迷患者使用热水袋时,水温应调节在 50°C 以内,不可直接接触皮肤,以免烫伤。

8. 认真做好各项消毒隔离工作,防止交叉感染。

(1) 皮肤消毒盘用物要每周高压灭菌两次,有记录。

(2) 各种外用管道(氧气、吸痰、雾化)及氧气湿化瓶、吸痰瓶,每周定期消毒两次,用后及时消毒。

(3) 各种一次性物品用后要及时消毒、毁形、回收、焚烧,不得倒入垃圾桶。

(4) 做好出院患者的床单位终末消毒工作。

(5) 治疗室、换药室、处置室,每日用臭氧消毒机消毒一次,定期做空气细菌培养,对结果超标者要找出原因,重新进行室内消毒及细菌培养。

9. 做好病房危险物品的安全管理工作。

(1) 对患者及陪护人员应做好病房危险物品(如氧气、电开水箱、微波炉等仪器设备)使用注意的宣教工作。

(2) 使用氧气要做到四防,即防火、防热、防震、防油。



- (3) 电开水箱电源闸上封条，停水时要及时切断电源，防止发生意外。
- (4) 使用各种仪器时，要给患者讲明注意事项，患者不能私自操作各种仪器。

10. 做好各种灭菌物品的管理工作，保证灭菌物品的安全使用。

(1) 消毒供应中心工作人员要严格执行操作规程，要严格执行无菌操作原则，保证无菌物品质量。

(2) 消毒供应中心做好灭菌压力容器的监测工作，并记录。

(3) 各种灭菌物品要有标识，注明名称、有效期、打包员签字及包内有灭菌指示卡，包外有化学指示胶带。

11. 对新上岗护士，实习生、进修人员要做好岗前培训及岗上带教工作，提高整体素质。

(1) 新上岗护士按培训计划进行岗前培训。

(2) 新护士进行两年的规范化培训。

(3) 实习、进修人员进临床科室前进行岗前培训。



第四部分 护理科研、教学、培训管理制度

护理新技术、新业务准入管理制度

护理新技术、新业务是指首次开展的或具有发展趋势、在院内尚未开展和使用的，具有科学性、先进性、实用性和安全性，对科学的发展具有促进作用的临床护理新手段。

1. 护理新技术、新业务项目必须符合国家有关法律法规，所使用的仪器设备和药品必须资质证件齐全。
2. 护理新技术、新业务项目的开展应严格遵守知情同意的原则，并不得违背伦理道德标准。
3. 申报新技术、新业务的护理人员应认真规范地填写申请书，护士长签署意见后，报护理部审阅。
4. 护理部由副主任护师组成专家组，对拟开展新技术、新业务项目的先进性、可行性、科学性、安全性、有效性、效益性等进行科学的初步审查和论证，报医院医务科备案。
5. 项目负责人主动接受医院和护理部的检查、评估和验收工作。
6. 副主任护师专家组负责监督和检查新技术、新业务项目的实施情况。
7. 对护理新技术、新业务相关资料要妥善保管，作为科研技资料存档。
8. 项目总结、论文应上交护理部存档备案，并积极组织参加新术、新业务的评奖和成果申报工作。

护理教学管理制度

护理教学管理是全面提高护生的综合素质，培养高质量优秀护理人才的基本保障。

1. 在护理部主任的领导下，由一名副主任分管教学工作，负责临床护理教研室的教学管理工作、教学的质量及护理生实习期间的安全、护理示教室及教学档案资料的管理。
2. 对新任课教师在开课前进行试讲、预讲、集体备课等，并经教学组评议通过后，任课教师方能授课。
3. 负责安排进修护士的临床学习。



4. 负责组织安排本科生、大专生及中专生的临床实习工作，根据大纲及教学计划，制订具体实施方案。
5. 按实习及进修护士的要求，督促临床各科制订各层次护理人员的实习和进修计划，并保证实施。
6. 制订护理部教学质控标准，定期考核。
7. 每学年结束，须进行教学总结，不断提高教学质量。
8. 开展教学科研，积极申报教学科研课题和组织教材的编写，提高教学水平。

护理科研管理制度

科学研究是护理学科可持续发展的基础，是不断提高临床护理质量、培养护理人才的需要。加强护理科研管理是实现护理管理现代化的一项重要任务。

1. 在护理部领导下，由一名副主任分管科研工作。
2. 全院选拔骨干组建科研小组，以研究、探讨临床护理新技术、新业务学科的前沿等问题。
3. 科研小组成员应随时掌握本学科和本专业的科研动态，积极带头开展各项科研活动，所在科室每年必须有课题申报。
4. 积极组织科研知识讲座，组织本专业的学术交流，帮助临床护理人员选题立项，完成协作项目。
5. 护理部对科研小组成员定期进行科研培训，对成绩突出的科研小组成员给予重点培养，有目的、有计划地选送到院外参加高层次护理科研培训班。
6. 副主任护师组成护理科研专家组，审查科研计划，负责科研题预审。
7. 有科研课题的护理人员，根据科研课题进度需要，可适当安排科研工作时间。
8. 每年由护理部主任定期检查护理科研工作的实施情况。
9. 护理部采取各种激励机制，鼓励护理人员撰写科研论文，其论文完成情况作为重要评价指标之一，参与护理人员年终绩效、职称晋升等评定。

进修护士管理制度

1. 进修护士必须遵守医院的一切规章制度及护理操作规程。
2. 进修护士资质符合要求。
3. 进修护士应以主人翁的态度认真参加科室的临床工作，积极参加各科组织的业务学习及护理查房，不断提高理论及操作水平。
4. 进修期间应严格遵守劳动纪律，如有特殊情况，需持原单位证明或接收医院的医生诊断证明书、请假报告，经所在科室护士长批准后上报护理部审批。在进修



结束前补齐病、事假时间方可结业。

5. 各病区护士长根据进修护士申请的不同计划内容及目标要求, 指派具体护士负责带教。

6. 进修结束后, 考核合格者颁发结业证书。下列情况者不宜颁发证书。

(1) 进修期间, 因责任心不强出现重大护理不良事件或医疗事故服务态度差且造成恶劣影响、严重违纪违规者。

(2) 进修期间因特殊情况请假, 但逾期不归超过 3 天者。

(3) 业务水平差, 进修期间不能完成学习要求或不能胜任现职工作者。

(4) 进修结束后填写进修人员意见反馈表, 以利今后工作改进。

7. 病区护士长不得擅自接受进修护士。

临床实习、见习护生管理制度

护生的临床实习和见习阶段是理论应用于实践、全面培养临床能力的关键时期, 加强护理教学管理是培养合格的护理人才、确保临床带教质量的保障。

1. 实习和见习护生必须遵守医院的一切规章制度。

2. 来院实习护生必须通过护理部组织的考试, 考试合格, 方可进入实习阶段。

3. 护理部根据实习大纲及见习教学计划, 结合医院实际情况制订具体实施方案。

4. 护理部分管教学副主任负责督促各科制订实习和见习计划, 并保证实施。

5. 各科室按带教要求设置带教老师, 带教老师与护士长共同负责督促、检查实习护生在本科室实习、见习计划的落实情况, 认真履行临床带教职责, 护理部定期进行检查。

6. 凡接受实习和见习任务的科室, 须按护生学历程度指定不同职称的护理人员具体负责带教计划的落实。

7. 科室接受实习和见习任务的护理人员必须认真履行《临床带教护士教学管理要求》。

8. 实习护生必须认真履行《护生临床实习管理要求》。

9. 见习护生上班要严格遵守劳动纪律和着装规范, 所有护理工作均应在带教护士的指导下进行, 不得参与治疗性护理操作。

10. 护理部每年组织带教护士的培训学习, 确保临床带教质量。

护理人员培训制度

一、新入职或毕业后 1 年护理人员培训制度



1、新入职的护士，上岗前进行岗前培训。培训内容包括人事科组织的新职工培训、护理部组织为期2周的护理相关制度、理论、法律法规和基本护理技术操作培训，经考核合格后方可进入病房。

2、进入病房后安排内科、外科、急诊科、精神科等临床科室轮转，根据护理部制定的培训计划完成岗前培训，相关科室指定专人负责带教。

3、各科结合临床工作，有计划地进行以基础护理知识为主的基本理论和基本技能培训，引导新护士尽快适应护士角色、适应临床护理工作的能力，全面履行护士职责。

4、相关科室根据护理部的岗前培训计划和要求进行出科考核，完成转科后护理部再进行理论、技能考试，并会同人事科进行综合考核，给予分科定级。

二、毕业后入职2-5年护理人员培训制度

1、2-3年护理人员培训进行基本理论和基本技能培训，熟练掌握各项基础护理技术，考核应全部达标，熟悉并适应责任制整体护理模式。加强专科相关知识学习，熟练掌握专科各项护理常规，基本掌握急、危患者的抢救配合及病情观察。培训掌握病房常规仪器的使用和养护。参与护理查房并承担一定任务，提高理论水平。了解本学科进展状况，完成1篇论文，协助完成中专护生临床见习带教工作。

2、4-5年护理人员主要进行专科护理理论和专业技能培训，注重专科常见的护理操作水平的提高，培养独立分管患者和观察患者疾病转归、变化的能力。指导护生书写护理病历。熟练掌握病房的常规仪器的使用和养护。有计划地安排参与查房，并承担主要任务，提高理论水平。每年至少撰写护理论文1篇，认真完成大、中专护生临床见习带教工作。对工作表现好的专科护士、护师有计划选送学习进修，进行学历教育。

三、5年以上护理人员培训制度

1、以专科理论知识和观察处理重症疾病的护理为主进行培训，尤其是对重危、疑难患者的护理，提高护士的专业技能水平。定向培养专科护士，重点掌握各专科的疾病特点、护理要点，并参与疑难护理病例的讨论。

2、加强对观察发现、分析判断、解决问题的能力及管理能力的培养。

3、培养主动参与护理部组织的业务学习及讲座。

4、积极组织护理查房，并指导下一级护士的业务工作，参加课堂及临床教学。

5、每年撰写并发表护理论文 ≥ 1 篇，参与和开展护理科研工作。

6、选派优秀护理骨干参加省内外培训学习。

四、护理管理人员培训制度

1、培训对象为全院护理管理岗位人员。



2、培训内容包括责任制整体护理模式、护士岗位管理、护理质量管理及持续改进、护理安全与风险管理、护理业务技术管理、护理管理人员能力建设、护理管理相关法律法规等方面知识。

3、护理部每年组织全院护理管理人员院内培训 1-2 次。组织管理人员参加市级继续教育培训 1-2 次。每年选派优秀护士长参加省内外继续教育培训。

护理人员“三基”培训考核制度

1. 护理部和科室按层级分别 制定护理人员的“三基”、护理常规、护理工作制度及职责、工作流程及预案、相关法律法规的培训考试计划。

2. 本着“三严”原则，即严肃的态度、严格的要求、严密的方法，认真落实培训考核工作。

3. 基本理论和基础知识以自学为主，基本技能由院科两级组织培训。

4. 护理部每年组织“三基”考核 2 次，成绩与评优晋升挂钩并记载入个人技术档案。

5. 理论以 60 分为合格，操作以 85 分合格，不合格者需补考，成绩奖惩兑现。

6. 工作五年以内的护士以“三基”内容为主进行培训考核；工作五年以上护士以急救知识和新知识新技术培训为主。同时兼顾“三基”的培训考核。

徒手心肺复苏培训制度

心脏骤停是危及生命的最主要原因。研究表明，院内患者心脏骤停发生时大部分是护士首先发现。如果在 4 分钟内实施有效的心肺复苏，可有 50% 的成活率；超过 6 分钟，成活率仅 4%。说明患者的概率与护士早期实施徒手心肺复苏 CPR 的能力密切相关。因此重视护士 CPR 理论知识与技能的培训非常重要。

1. 制订培训目标

(1) 人人接受 CPR 的培训，人人掌握 CPR 技术。

(2) 应用 CPR 理论知识指导实际操作，有效实施 CPR 抢救程序，在 4-6 分钟内建立有效的人工呼吸和人工循环。

(3) 具备组织抢救的能力，主动配合医生完成抢救工作。

2. 制定培训计划

(1) CPR 相关理论培训：心跳骤停相关理论、抢救程序及 CPR 治疗新进展。

(2) 规范 CPR 的操作程序。

(3) 制定抢救流程，模拟练习，强调分秒必争和操作的有效性。CPR 属于技术操作范畴，动手练习是掌握该技能的关键因素。



3. 实施培训计划

- (1) 以大课的形式对全院护士进行理论知识讲座。
- (2) 以集中形式进行操作指导,以科室为单位组织练习,特别是有效建立人工呼吸和人工循环,护士长组织考核,并建立考核记录档案。
- (3) 根据抢救流程图,结合科室实际,制订 CPR 抢救预案,定时以病区为单位进行 CPR 模拟演习。医护密切配合,使抢救工作协调有序,及时有效。
- (4) 对于新进护理人员,CPR 为必修课,在 3 个月内必须通过 CPR 理论和技能考核。
- (5) 护理部或护理技术指导成员将 CPR 治疗新进展信息及时传递给临床科室,并指导培训。

护理人员参加护理学术活动管理制度

1. 医院支持护理人员参加各级护理学会举办的学术活动。
2. 护理人员参加学术会议或向会议投递论文,须报护理部同意、备案。文章被录用医院同意后方可参会。
3. 凡参加学术活动的护理人员,会前要做好认真准备,会议期间要认真学习 and 交流,会后要向护理部汇报参会的体会及改进本院护理工作的建议,并将交流的论文及论文证书复印件交护理部,作为资料保留。原则上学习回院后均应进行全院或全科讲课。
4. 凡经医院同意参加的学术交流会议,其费用(包括会务费、路费、住宿费)由医院按相关管理规定予以报销。
5. 参加会议的时间,包括路途及会议时间,以通知上的时间为准,启程前按岗职向上级领导明确离院及返回上班时间。

护理人员在职继续教育培训与考评制度

为了提高我院护理人员的整体素质,使我院护理技术水平不断提高,适应社会主义卫生行业的需要,依据《湖北省专业技术人员继续教育规定》特制定我院护理人员在职继续教育培训及考评制度。

1. 继续教育对象:

继续(护理)教育的对象是以完成毕业后护理教育培训(护士)及具有初级(护士)、中级以上(主管护师及正、副主任护师)专业技术职务的护理人员。

2. 继续教育任务:

- (1) 根据护理人员学科、专业、层次的不同进行各种新理论、新任务、新技术、



新方法的教育。

(2) 对专业技术人员进行任职与晋职的知识和业务能力培训。进行专业技术骨干和学术、技术带头人的培训。

3. 组织管理：全院护理人员继续教育组织管理工作由护理部负责。制定各项有关继续教育的管理制度。

4. 继续教育内容与方式：继续教育的内容要适应各层护理人员的实际需要，注意针对性、实用性和先进性。应以现代科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为重点。

(1) 继续教育应坚持形式灵活多样、讲求实效的原则，根据学习目的、内容、条件、对象等具体情况加以选择。

(2) 继续教育项目包括：学术会议、学术讲座、专题报告、专题讲习班、临床病理、临床病例讨论、短期培训或长期进修班等形式。发表论文和出版著作视为参加继续医学教育。

(3) 继续教育应以短期培训和业余学习为主，接受继续教育的护理人员应根据本人的基础和需要、首选参加与本专业和岗位工作相关的继续教育项目。

5. 继续教育学分：

(1) I类学分和II类学分以获得国家级、省级和市级继续教育项目继续教育项目的学分证书为准。

(2) 院内学分包括医院组织的学术报告、专题讲座、技术操作示教、新技术推广等。

6. 护士、护师每年获得的继续医学教育学分不得低于25学分（其中院内学分不少于18分）；主管护师及以上人员每年获得的学分不得低于25学分（其中I类学分为10分，II类学分为6分，院内学分主管护师为15分，副主任护师为10分），I类、II类学分不能相互替代，护理人员院内学分以护理部培训项目为主，需占80%。

7. 考评：继续教育实行学分制，护理技术人员每年参加经认可的继续医学教育活动72学时，25分。接受继续教育既是护理人员的权利，又是护理人员的义务，作为义务，护理人员应当按照单位统一安排参加继续教育学习，在学习期间遵守有关规定和纪律，完成学习任务，接受有关部门考核、检查。

(1) 护理部每年一次对每位护理人员分层次进行全年继续教育完成情况的年终考评。

(2) 护理继续教育学分由护理部、护士长负责管理。学分统一管理，培训组织者根据培训类别发放学分证书或刷学分卡，院内由护理部根据培训签到登记2分/



次。

(3) 各科室护理人员学分先由护士长审核,再由护理部审核。每年12月31日前必须完成当年学分审核,学分数不合格者以科室为单位上报护理部。参加继续教育的人员应妥善保存自己的各种学分证书/证明原件。

(4) 各级各类护理人员按继续医学教育要求完成所需学分,否则将不得申报晋升专业技术职称。个人未达到规定学分者,不得参与当年及第二年晋升、聘任及注册,取消当年评先评优资格。

(5) 病房护士学分合格率作为护士长年终考核指标之一:病房护士学分合格率达到95%以上为合格(门诊护士学分合格率90%以上为合格)。学分合格率低于95%(门诊护士学分合格率低于85%),取消护士长当年评先评优资格,学分合格率达到100%,护士长优先考虑评优。

护理业务查房及业务学习制度

一、全院护理业务查房制度

1. 护理部每季全院性护理业务查房,病区每月组织1次业务查房。
2. 护理部年初制定全年护理业务查房计划,并下发临床各病区。
3. 承办科护士长和主讲护士选择典型病例,收集相关信息和资料,并将电子版患者基本资料及病史资料、护理经过、需要讨论解决的护理问题提前一周上交护理部分管主任审核,下发相关护理单元。
4. 病区护士长、教学骨干无特殊情况均应参加护理业务查房,至少每个病区有一名代表参加,并实行实名签到。
5. 承办科室主讲人员必须按规范要求制作多媒体,查阅文献,收集和报告疾病相关前沿性治疗和护理。
6. 参与查房人员按照提供的查房信息,事前须做好相关准备,以便讨论时能够积极参与,发表见解,解决患者的实际护理问题,以达到护理业务查房的目的。

二、全院护理业务学习制度

1. 护理部根据学科发展情况及相关培训要求制订业务学习计划,每季度组织一次业务学习。
2. 业务学习内容为临床新技术、新业务、新知识、新理论。
3. 护理部提前邀请授课老师,并认真准备学习资料。
4. 护理部提前通知总护士长、护士长,组织相关护理人员参加。



三、病房护理业务查房制度

1. 各病房根据本专科业务查房计划，每月组织 1 次业务查房。
2. 查房患者以疑难、危重、特殊检查和治疗患者为主。
3. 病房护士长要认真组织各级护理人员准备查房资料，保证查房质量，以达到共同学习、共同改进的目的。
4. 护士长与总护士长对病房的业务查房要给予综合指导意见，以提高全科的专业水平。

四、病房护理业务学习制度

1. 各病房根据本病房专科护理特点拟订业务学习计划，与病房业务查房交替进行，每月组织 1 次业务学习，有签到、记录及影像资料备查。
2. 业务学习内容以本专科新技术、新业务、新知识、新理论为主，授课老师要认真备课，准备好学习资料。
3. 护士长要认真制定业务学习计划并组织学习。
4. 凡参加护理部和科室的业务学习，每次授予院内 2 学分。

护理人员技能考核制度

一、护士考核制度

1. 护士考核内容包括：“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）、护理常规、规章制度、护理相关法律法规、责任护士层级考核。
2. 护士考核方式包括：
 - (1) 带教老师和护士长随机抽考和督查，并记录在考核表上。
 - (2) 科室责任护士层级考核每月一次。要求有表格存档，并与绩效挂钩。
 - (3) 科内定期考核理论和操作，要求有相关资料存档，考核成绩记录在考核表上。
 - (4) 护理部每半年组织一次理论，每季度组织一次操作考核。并按相关规定进行奖惩，考核成绩与转正、晋升等挂钩。
 - (5) 年终个人小结，进行自评，护士长、提出考评意见，护理部给予综合考评结论。

二、护师考核制度

1. 护师考核内容包括：“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）、护理常规、规章制度、护理相关法律法规、责任护士层级考核。



2. 护师考核方式包括:

- (1) 护士长随机抽考和督查,并记录在考核表上。
- (2) 科室责任护士层级考核每月一次。要求有表格存档,并与绩效挂钩。
- (3) 科内定期考核理论和操作,要求有相关资料存档,考核成绩记录在考核表上。
- (4) 护理部每半年组织一次理论考核,定期组织操作考核。并按相关规定进行奖惩,考核成绩与转正、晋升等挂钩。
- (5) 年终个人小结,进行自评,护士长、提出考评意见,护理部给予综合考评结论。

三、主管护师及以上护理人员考核制度

1. 主管护师考核内容包括“三基”(基础理论、基本知识、基本技能)、护理常规、规章制度、护理相关法律法规、责任护士层级考核。

2. 主管护师考核方式包括:

- (1) 护士长随机抽考和督查,并记录在考核表上。
- (2) 科室责任护士层级考核每月一次。要求有表格存档,并与绩效挂钩。
- (3) 科内定期考核理论,要求有相关资料存档,考核成绩记录在考核表上。
- (4) 护理部每半年组织一次理论考核。并按相关规定进行奖惩,考核成绩与转正、晋升等挂钩。
- (5) 进行护理查房、公开授课、科研设计、护理技术革新、论文等评议。
- (6) 年终个人小结,进行自评,护士长、提出考评意见,护理部给予综合考评结论。



第五部分 药品安全管理制度

病区药品一般管理制度

1. 病区内根据病种需要保存一定基数的药品，保障住院患者能及时按医嘱使用，其他人员不得私自取用。
2. 护士长指派专人负责领药、退药和管理药品等工作。
3. 药品应根据其种类与性质（如针剂、内服药、外用药等）分别放置，标识醒目；麻醉药、剧毒药、高浓度药、抗精神病药物等应单独存放，加锁保管。每月定期检查并登记药品质量，防止积压变质，如发生沉淀、变色、过期、标识模糊或涂改，不得使用。
4. 抢救车内药品必须定数量品种、定位放置，标识清楚、醒目，每班检查，并记录，保证充足备用。
5. 特殊及贵重药品应注明床号、姓名、住院号，单独存放并加锁。
6. 需要冷藏的药品（如冻干血浆、白蛋白、胰岛素等）应放置在冰箱内，有标识。

安全给药管理制度

1. 经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。
2. 用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名。
3. 护士必须严格根据医嘱给药，给药时应先核对以下内容：
 - （1）药物名称是否与医嘱相符。
 - （2）给药时间和次数是否与医嘱相符。
 - （3）药物剂量是否与医嘱相符。
 - （4）给药途径是否与医嘱相符。
 - （5）询问患者姓名及核对住院号以确认身份。
 - （6）患者是否对该药物过敏。
4. 给药应做好记录：
 - （1）医师给予患者的所有用药必须做好记录。患者用药可记录于门急诊患者的病历及住院患者病历或病历中的给药记录单。
 - （2）门急诊病历用药记录包括就诊日期，患者的疾病描述、诊断；药品的名称、规格、数量、用法、用量等。



(3) 病历中应存有给药记录单。给药记录单记录患者的每日用药情况，包括患者姓名、住院号、床号、药物名称、给药时间、用法用量、给药途径等。

(4) 护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录。

(5) 医师、护士和其他相关医务人员应向患者宣教用药知识，同时观察疗效及不良反应，必要时调整给药方案。

5. 凡住院患者治疗需要的药品均医院药械科供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合《住院患者自备药品制度》的规定。

6. 患者给药时间管理细则

(1) 长期医嘱的给药应在规定时间前后 2 小时内完成，后一次给药时间按相应时间间隔调整，不能按时给药的以给药错误处理。如特殊情况（手术、检查等）延误给药，待医师评估后，方可用药。如不能使用，应由医师在临时医嘱单上开具停用医嘱。

(2) 根据医嘱需准点给药（如每 4 小时给药、每 6 小时给药、每 8 小时给药等）的应在规定的时间内给药。

(3) 特殊用药遵具体医嘱执行。

(4) 紧急抢救医嘱给药：开医嘱后即刻给药。

(一) 口服给药

1. 原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）每日一次给药（qd）给药时间为：8:00。相同药物与次日的给药时间应间隔 12-24 小时。

2. 每日二次给药（bid）给药时间为：8:00-16:00。相同药物每日每次给药时间应间隔 6-12 小时。

3. 每日三次给药（tid）给药时间为：8:00-12:00-16:00。相同药物每日每次给药时间应间隔 4-6 小时。

4. 每日四次给药（qid）给药时间为：8:00-12:00-16:00-20:00。相同药物每日每次给药时间应间隔 3-6 小时。

一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

(二) 静脉给药

1. 首次给药时间：原则上在医师开具医嘱后 2 小时内执行。特殊情况可酌情处理。如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

2. 每日一次给药（qd）给药时间为 8:00：相同药物与次日给药时间应间隔在 12-24 小时。

3. 每日二次给药（bid）给药时间为 8:00-16:00。相同药物每日每次给药时间应



间隔在 6-12 小时。下午三点后开具的 bid 医嘱当天默认为给药一次，如需两次给药，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

4. 特殊药物如甘露醇等需准点使用的药物，给药时间不超过 30 分钟。

5. 一般临时医嘱：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。特殊情况可酌情处理。如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

（三）肌内、皮下给药

1. 原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

2. 每日一次给药（qd）给药时间为 8:00。相同药物与次日给药时间应间隔在 12-24 小时。

3. 每日二次给药（bid）给药时间为 8:00-16:00。相同药物每日每次给药时间应间隔在 6-12 小时。

4. 一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

（四）其他给药

1. 膀胱冲洗

（1）每日一次给药（qd）给药时间为 8:00。相同的药物与次日的给药时间间隔在 12-24 小时。

（2）每日二次给药（bid）给药时间为 8:00-16:00。相同的药物每日每次的给药时间间隔在 6-12 小时。

2. 雾化吸入

（1）每日一次给药（qd）给药时间为 8:00。相同的药物与次日的给药时间间隔在 12-24 小时。

（2）每日二次给药（bid）给药时间为 8:00-16:00。相同的药物每日每次的给药时间间隔在 6-12 小时。

3. 其它途径给药时间按医嘱执行。

毒、麻、精、放等特殊药品使用管理制度

1. 毒、麻、精、放等特殊药品须专人保管，有醒目标识，数量固定，严格每班交班并签名。

2. 毒、麻、精、放等特殊药品应专柜、专锁保管，定期检查，如发现药品变质、过期，应及时更换。

3. 病区毒、麻、精、放等特殊药品只能供住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。



4. 使用毒、麻、精、放等特殊药品，必须填写专用的处方单，项目齐全，字迹清晰，医生签全名。

5. 使用毒、麻、精、放等特殊药品时，应登记患者的姓名、床号、住院号、药名、剂量、使用日期、时间，执行者签名，用后保留空瓶并及时补充。

高危药品观察制度

1. 高危药品，是指临床应用必须且治疗指数较窄，临床应用风险较大的一类药品。在我院观察的重点药物有：抗菌药物、心血管系统药物、细胞毒化药物、中枢性肌松药、抗精神失常药、中枢神经镇静催眠药、麻醉药及麻醉辅助用药、中药注射剂等。

2. 医师处方前询问患者以前是否用过该种药物，有过何种不良反应，并告知患者及家属将要使用的药品名称、用法用量、可能存在的不良反应、注意事项。用药后每日查房时向患者和家属询问用药后有无不适感，是否出现不良反应。

3. 患者和家属向医师反应用药后不适合和不良反应时，医师应高度重视，认真检查，采取有效处置措施，注意与患者和家属沟通的方式与技巧，避免误解，提高病患依从性。

4. 护士用药前也应询问患者的用药情况，并告知患者及家属将要使用的药品名称、用法用量、可能存在的不良反应、注意事项。用药后每日查房时向患者及家属询问用药后有无不适感，是否出现不良反应。静脉给药者用药后护士必须按药品说明书规定调节好滴数并留守 20 分钟方可离开。一组输注后更换下一组输液同样观察 20 分钟，方可离开。其他方式注射给药，在注射完成后，护士也应观察 20 分钟，在确认患者无不良反应后方可离开。口服用药应由护士在场指导患者服用，并交代注意事项后方可离开。当班护士 30 分钟巡视病房一次，询问患者用药后情况。

5. 护士交班时，交班护士应向接班护士介绍病房内使用重点观察药物患者的情况，以利于接班护士进行执行用药后观察。

6. 出现不良反应及时报告当班医生，并安抚患者和患者家属，使其配合治疗。

7. 当班医生接到不良反应报告，应及时对患者进行检查，妥善处理，并填写不良反应报告。

8. 各临床科室依据本科情况，制定本科重点药物清单，用药后观察制度及程序。

输注药物配伍禁忌管理制度

1. 为患者输注药物前，应认真阅读药品使用说明书，全面了解药物的特性，避免盲目配伍。



2. 两种及两种以上药物配伍时，要注意药物之间是否有理化反应及药理性配伍禁忌，避免有配伍禁忌药物的输注。
3. 两种浓度不同的药物配伍时，应先加浓度高的药物至输液瓶中，后加浓度低的药物，以减少发生反应的速度。
4. 两种药物混合时，一次只加一种药物到输液瓶，待混合均匀后液体外观无异常变化再加另一种药物。
5. 多种药物在同一溶媒中输注时，有色药液应最后加，避免瓶中有细小沉淀不容易被发现。
6. 操作中严格执行一具（支）注射器吸取一种药物，以避免注射器内残留药液与其他药液发生反应。
7. 根据药物性质选择溶媒，避免发生理化反应。
8. 根据药物性质合理安排输液顺序，需续加液体时，两种药液之间应单独输注葡萄糖注射液或生理盐水 30—50ml。
9. 在将下一组输液加入输液袋时，如发现配伍反应，应立即夹管，重新更换输液器具，再次检查输液瓶及输液管内有无异常。
10. 输入液体后勤加巡视，仔细观察患者的各种反应。

药物静脉外渗护理管理制度

1. 发现 I 度静脉药物外渗立即报告护士长：当班护士长需在护理记录上记录评估，护理措施、进展情况及转归等情况。
2. 发现 II 度静脉药物外渗立即报告护士长和管床医生；当班护士需记录护理措施、进展情况及转归等情况
3. 发现 III 度以上静脉药物外渗立即报告护士长和管床医生；当班护士需记录护理措施、进展情况及转归等情况，并上报护理部，以便跟踪。
I 度静脉药物外渗由当班护士 1 天内评估跟踪处理。
II 度静脉药物外渗由当班护士 1 天内跟踪处理，护士长 2 天内跟踪处理。
III 度静脉药物外渗由当班护士 1 天内跟踪处理，护士长 2 天内跟踪处理，护理部 1 周内跟踪处理。

附：静脉药物外渗分度

0 度：无任何临床症状

I 度：皮肤苍白、肿胀、触冷、伴或不伴疼痛

II 度：轻度至中度疼痛，可能伴麻木感。任何刺激性药物或血制品的外渗均可



导致

III度：皮肤紧绷、渗漏、变色、瘀斑或肿胀，较深的凹陷性水肿，循环受损，中度至重度疼痛，任何腐蚀性药物的外渗均可导致

自备药品与自理药品管理规定

一、住院患者自备药品的使用

（一）住院患者自备药品指在住院期间患者使用本人或家属带入本医疗机构内而非本院药械科供应的药品。

（二）医院不允许住院患者自备注射药品。非注射药品原则上也不允许自备使用，仅在病情确需，经科主任同意、医务科批准的某些特殊情况下，方可遵照医嘱使用。

（三）住院患者使用的自备药物，必须是本院无此药或同类药物，并且为患者病情所需。

（四）特殊情况下住院患者使用自备药品，按以下程序处理：

1. 患者填写“住院患者自备药物使用责任书（附件）”，并签名。

2. 医师确保患者自备药品来源安全可靠、性质稳定并且是在有效期内，方可在医嘱单上开具医嘱。开医嘱时，在该药品名旁注明“患者自备”，并写明用法和用量。

3. 自备药物由患者自行保管（抗精神类药品除外），按药品说明书规定的储存条件储存，否则不予使用。若需由病房护士保管住院患者自备药品时，则应在“住院患者自备药品使用责任书”中详细记录自备药品的名称、规格、数量、效期等。

4. 自备药品配制和使用前，由护士按常规要求进行查对；使用自备药物时，由责任护士负责给药，并做好记录。

（五）医务人员不得保管与使用标志不清晰的、过期的、变质的药品。

（六）医务人员不得给患者使用无医嘱的任何药品。

（七）住院患者自备药品使用责任书应纳入病历归档永久保管。

二、住院患者自理药品的使用

（一）住院患者自理药物指患者住院期间，由本院药学部配发的药物，由病房护士保管。

（二）使用自理药物时，由患者自行给药，责任护士负责监督并做好记录。

（三）患者住院期间未经许可，禁止自我给药。

给药错误处理制度

1. 给药时发生下列情况，即被认为是给药错误：错误的患者、错误的途径、错误的剂量、错误的药物、给药的时间发生明显偏差。



2. 以下的给药时间偏差被认为是在正常范围内:

(1) 规定每 4 小时给药或给药次数更多时, 药物应在规定时间内给予;

(2) 规定每 12 小时给药或者给药次数更多(如每 6 小时, 每 8 小时等)时, 药物应在规定时间内给予;

(3) 规定大于 12 小时(如每 18 小时, 每天一次)给药时, 药物应在规定时间内给予。

(4) 规定每周一次给药或给药次数更少时, 药物应在规定时间内给予;

(5) 规定每月一次给药或给药次数更少时, 药物应在规定时间内给予。

3. 在规定的规定时间之外给药的, 被认为是给药错误。任何给药错误都应立即通知护士长和主管/值班医师。

4. 护士长应组织科内护士讨论给药错误发生的原因和结果, 并采取正确的改进措施, 同时通过护理不良事件网上上报系统在规定的时间内上报。

药品不良反应报告与处理制度

1. 对所有进行药物治疗的患者, 用药前要告知患者药物相关知识, 并在用药过程中进行严密观察。

2. 科室定期进行药物不良反应相关知识的学习和培训, 进行药品不良反应监测。

3. 对突发、群发, 影响较大且造成严重后果的药品不良反应应积极报告相关部门并处理, 防止事态扩大, 并组织调查、分析及处理, 并采取预防措施。

4. 一旦发生药品不良反应或可疑反应, 护士应立即通知医生, 停止该药使用, 配合处理, 并填写《药品不良反应报告单》至药剂科。

5. 发生输液反应者, 护士应填写《护理不良事情报告表》上报至护理部。

6. 鼓励积极上报药品不良反应; 并与护士长及科室的绩效考核挂钩。每年总结药品不良反应的上报情况, 不断改进监测工作, 提高用药的安全。

患者用药与治疗反应的观察、处置制度及流程

1. 熟练掌握常用药物作用、副作用及不良反应。对易发生过敏的药物和特殊人群如婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全的患者密切观察。

2. 应用微量泵或特殊用药时应密切观察。如甘露醇、钙剂、呋塞米、西地兰、化疗药物等应加强巡视密切观察用药效果和和不良反应, 发现问题及时停止用药, 逐级报告护士长、护理部和药剂科, 确保用药安全。

3. 定时巡视病房。根据病情和药物性质调整输液滴速, 观察有无发热、皮疹、恶心、呕吐等不良反应, 发现异常及时通知医生进行处理。



4. 做好患者的用药指导。使其了解药物的一般作用和不良反应，指导正确用药。
5. 发现给药错误时立即启动应急预案进行处理。
6. 护士长要随时检查患者药物的使用及不良反应的发生情况。

7. 加强药物与治疗反应的观察。经常巡视房间，了解和观察患者的用药和治疗反应，除按分级护理要求巡视外还应根据患者的实际情况如使用特殊药物、婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全等情况要增强巡视次数并加强沟通，注重了解患者感受，一旦发生药物与治疗反应当班护士应做到：

- (1) 立即停止药物的使用；
- (2) 立即报告护士长同时报告值班医生；
- (3) 根据医嘱进行处理情况，严重者应配合医生立即抢救；
- (4) 落实相应的护理措施；
- (5) 及时记录护理记录及抢救观察记录；
- (6) 发生输液反应时应将撤下的输液器形成密闭状态并用无菌治疗巾包裹标明时间冷藏备检。

8. 加强重点药物观察。

(1) 重点药物是指心血管系统药物、细胞毒化药物、抗菌药物、中枢性肌松药、抗精神失常药、中枢镇静催眠药。

(2) 重点药物使用前：

- 1) 应掌握药物基本知识和不良反应等。
- 2) 询问患者药物过敏史及用药史，必要时监测生命体征。
- 3) 认真执行医嘱，严格执行三查七对制度，注意配伍禁忌。
- 4) 告知患者家属将要使用的药物名称、用法用量、可能出现的不良反应。

(3) 重点使用药物中和使用后：

1) 观察输液滴数，根据病情、年龄、药物性质、医嘱调整滴数。
2) 告知患者及家属不得自行调节滴数，用药过程中如有不适及时与医护人员联系。

3) 加强巡视，观察生命体征和用药反应，认真询并听取患者主诉。

4) 必要时监测患者用药后相关指标，做好交接班。

5) 患者出现用药不适或不良反应，应立即停药，及时通知医生采取有效措施，遵医嘱落实相关治疗与护理，并根据要求做好护理记录及交接班，并填报不良事件表上报护理部。



第六部分 仪器设备管理制度

病区急救物品、器械管理制度

1. 凡急救物品、仪器等，必须定位放置、标识醒目、定期检查、定专人保管、定期维修保养，处于完好备用状态。
2. 急救仪器旁醒目处应悬挂仪器使用操作程序及保养、消毒方法，以便指导使用。
3. 急救物品、仪器每日专班或专人检查并登记。
4. 每次用后及时补充、消毒，急救车须贴封条，负责人应详细登记。
5. 急救物品、仪器在使用过程中，如发现问题，应及时向护士长汇报，及时维修，并做好登记。
6. 急救物品及仪器一般情况不得外借。

急救仪器设备管理及保养制度

一、急救仪器保养制度

(一) 呼吸机清洁消毒保养制度

1. 呼吸机回路的清洗和消毒：呼吸机回路的清洗和消毒包括与人工气道连接的各部分接头、呼吸机管道、湿化罐，使用后先松开各类接头，管道先用 75% 酒精浸泡 30 分钟，清水冲净后晾干，然后高压消毒。各接头、湿化罐用 1:60 的 84 消毒液浸泡 30 分钟，蒸馏水冲洗后晾干。
2. 过滤器的清洗和消毒：一次性过滤器每个患者一套，用后毁型，重复性过滤器每个患者用后用高压消毒。
3. 气源过滤网的清洗和消毒：用清水冲净晾干后放回原位。如果压缩机在多灰尘环境中使用，滤尘器每天均应清洁。
4. 呼气封闭盒的清洗和消毒：用 75% 酒精冲洗，小心地晃动并倾斜呼气封闭盒，上下颠倒并重复此动作 5—7 次，然后用蒸馏水冲洗干净，垂直晾干后备用。
5. 湿化器的消毒：呼吸机使用过程中，装有过滤纸者应更换内衬过滤纸，及时更换液体（使用中的呼吸机湿化器内的液体应每天更换，减少细菌繁殖）。湿化器内应注入无菌蒸馏水，以免液体中的结晶物沉淀而损伤蒸发器，影响湿化效果。为避免病源微生物的生长、繁殖及呼吸机被腐蚀损坏，每次使用后应倒掉湿化器内的



液体，浸泡消毒，晾干备用。

6. 日常消毒指长期使用呼吸机时所进行的工作，通常是每日清洁呼吸机表面一次，并将与患者相连接的呼出气管路拆下消毒，同时更换上新消毒后的管路继续工作。另外可根据具体情况，每周拆卸消毒全部管路、湿化瓶，并更换备用管路继续工作，在更换管路后，要进行登记备案。同时呼吸机主机空气过滤网需每日清洗，以防灰尘堆积，影响机器内部散热。

7. 特殊感染物品的处理：特殊感染患者用过的物品可采用一次性处理，也可以用 2% 戊二醛浸泡 10 小时，蒸馏水冲洗后晾干。也可进行环氧乙烷低温灭菌。

8. 呼吸机外壳应保持清洁干燥，使用中软布沾 75% 酒精擦洗屏幕和外壳，机器上不得放置任何杂物。使用完后，收缩各支架，拔去电源和插头，绕好电源线，套好保护罩，移放在固定的地方，避免高温和潮湿。

9. 建立消毒、使用登记本，定期检查维修。一年内必须对其执行一次预防性维护，此由专业人员完成。

（二）除颤器等保养、消毒管理制度

1. 定位放置：除颤仪放在易取放的位置，并定位放置、标识明显，不得随意挪动位置。

2. 定人保管：各抢救仪器有专人负责保管。

3. 定期检查：

（1）每班专人清点记录，开机检查保持性能良好呈备用状态。

（2）护士长每周检查一次。

（3）使用后将电极板充分清洁，及时充电备用。

4. 定期消毒：除颤仪表面每日由治疗班以 250-500mg/L 有效氯消毒液擦拭。

5. 仪器不得随意外借，经相关领导同意后方可出借。

6. 定期保养：

（1）治疗班每日清洁保养一次。

（2）保养人每周清洁保养一次并记录。

（3）设备科定期检修。

7. 做好仪器运行和维修记录。使用中若除颤仪出现故障应立即更换，并立即通知设备科维修并做好标记，已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜内。

（三）心电监护仪的维护和保养制度

1. 定位放置：监护仪放在易取放的位置，并定位放置、标识明显，不得随意挪动位置。

2. 定人保管：各抢救仪器有专人负责保管，所有护理人员均应具备识别主要报



警信息的基本知识与技能。

3. 定期检查:

- (1) 每班专人清点记录, 开机检查保持性能良好呈备用状态。
- (2) 护士长每周检查一次。

4. 定期消毒: 监护仪表面每日由主班以 250-500mg/L 有效氯消毒液擦拭, 电缆、传感器和仪器的所有附件每次使用后需 250-500mg/L 有效氯消毒液擦拭。

5. 仪器不得随意外借, 经相关部门领导同意后方可出借。

6. 定期保养:

- (1) 主班次每日清洁保养一次。
- (2) 保养人每周清洁保养一次并记录。
- (3) 设备科定期检修。

7. 做好仪器运行和维修记录。使用中若监护仪突然出现故障应立即更换, 必要时用手动血压计测量血压, 立即通知设备科维修并做好标记, 已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜内。

8. 定期更换电极片及其粘贴位置, 定时检查指端挤压情况, 每 4 小时将指端 SP02 传感器更换到对侧。

二、急救仪器设备管理制度

1. 急救仪器设备应定位放置, 方便使用, 标识明显, 不得随意挪动位置。

2. 急救仪器设备定专人负责管理、清点、维护和消毒隔离等工作。

3. 备用急救仪器设备每周进行消毒处理, 使用中的仪器设备每日擦拭消毒。

4. 使用中的急救仪器设备, 动态巡视观察其性能状态, 保证正常使用; 使用中若仪器设备突然出现故障应立即更换备用仪器, 不得中断病人抢救或治疗; 并将故障仪器悬挂“待维修”标识, 及时维修处理。

5. 急救仪器设备不得随意外借。

6. 备用仪器保持性能良好, 每周开机检查、维护一次, 充足备用电源, 悬挂“备用状态”标识, 罩防尘罩, 并做好记录。

常用仪器设备管理及使用维护制度

一、常用仪器设备管理制度

1. 科室建立仪器设备档案, 同类仪器进行编号管理。

2. 指定专人负责管理, 进行仪器设备的日常保养和维护, 做好防寒、防热、防潮、



防尘、防火“五防”工作，每周填写仪器维护保养登记本。

3. 各种仪器设备需制订详细的操作及维护保养规程，每台仪器设备应挂操作及维护保养规程标识牌。

4. 负责人每周检查仪器设备的性能，挂好标识牌，性能良好者挂“备用状态”标识，如出现故障，挂“待维修”标识，及时与维修人员联系维修，并记录维修情况。

5. 仪器设备定期进行检测，贴上检测合格标识，包括检测日期及检测责任人；检测不合格的仪器要送检、维修，检测合格方可继续使用。

6. 科室组织对仪器设备操作的培训及考核，人人熟练掌握。

7. 操作者必须严格遵守操作规程，并进行每日维护保养。新进或维修人员在未掌握使用方法之前，不得独立操作仪器，以免造成仪器损坏。

8. 未经科室批准，仪器不得外借。有计划的做好仪器设备更新工作。

二、常用仪器设备使用、维护制度

1. 严格按照仪器设备操作规程使用，以免损坏仪器或影响检查结果及治疗效果。

2. 使用过程中，加强巡视和观察，按要求记录数据。

3. 发现仪器设备异常情况，及时更换新仪器，并观察仪器运行情况。异常仪器及时维修处理。

4. 停止使用仪器设备前，应做好病情评估。

5. 按仪器的使用说明落实备用电源充电，保证储备电源的应急使用。

6. 仪器设备使用后，按程序关机，做好仪器的清洁、消毒及保养工作，盖好防尘罩，悬挂“备用状态”标识，并做好相关登记。

血压计管理制度

1. 血压计应纳入科室仪器管理范畴，进行登记、使用、维护、保养及校验等。

2. 各科室应统一在药械科领一定数量的血压计，以满足临床工作需要。

3. 医护人员在使用血压计为患者测量血压时，严格执行血压测量操作规程。

4. 血压测量完毕，只需进行一般的清洁处理即可，若袖带污染，应取下进行清洗，晾干后备用。

5. 每周进行血压计清洁、维护、保养一次，袖带清洗、晾干、备用，血压计用含有效氯 500mg/L 的消毒剂进行消毒处理。

6. 在测量血压过程中，发现血压计测量异常时，应做好“待维修”标识，及时送设备科维修、检测，严禁使用带故障的血压计为患者进行血压测量。

7. 血压计在完成测量工作后，交付临床科室使用前，必须按照规定对其测量值



进行校准。

8. 血压计校准后,应在血压计上粘贴“合格证”标识,包括校准日期、责任人等。
9. 血压计至少每年送设备科进行检校一次,使用频繁的科室也可半年检校一次。
10. 血压计发生水银泄露按预案处理。

治疗室冰箱管理制度

1. 治疗室由专人管理,负责清理、登记及定期维护、清洁。
2. 治疗室内冰箱用于放置需冷藏的药品、血液制品、物品;不得存放各种标本等;禁止放置日常生活物品和食品。
3. 冰箱内物品、药品放置规范、整齐,并有明显标识。不得有过期的药品及物品。
4. 特殊情况下,患者自备药需冷藏,应做好登记和交接工作。
5. 每天检查冰箱内药品、物品存放情况,并保持冰箱内清洁,运行状态良好。
6. 冰箱冷藏室内应放置温度计1支,每天查看并在《冰箱温度检测登记本》上记录1次。若冷藏室温度超过范围(正常范围 $2\sim 8^{\circ}\text{C}$),需查找原因,必要时联系人员维修。
7. 每月宜除霜或清理一次,在《冰箱温度检测登记本》做好记录。

体温表管理制度

1. 各科室应根据工作需要,统一在药械科领取一定数量的体温表。
2. 体温表的数量不得少于病房患者总数。
3. 每班交接时清点体温表的数量,并有登记。
4. 医护人员在使用体温表为患者测量体温时,严格执行体温测量操作规程。
5. 体温表用后及时,用清水冲洗,然后用500mg/L含氯消毒液浸泡消毒,10min后取出,清水冲洗,晾干备用,每天更换消毒液一次。
6. 每周进行体温表大消毒一次,治疗护士清点体温表总数,清水冲洗后放入有效氯500mg/L消毒液浸泡,10min后取出,用清水冲洗,将体温表甩至 35°C 以下,分次放入 40°C 温水中,3min后取出,检测体温表的外观及测量准确性,误差 $\geq \pm 0.2^{\circ}\text{C}$ 或出现裂缝等不能继续使用,需要更换。
7. 体温表遗失、摔碎应及时补充。
8. 体温表破碎水银泄露按预案处理。



第七部分 特殊科室管理制度

门诊护理制度

一、门诊护理工作制度

1. 门诊护理人员在门诊部和护理部领导下进行工作。
2. 门诊护理人员须热爱本职工作，全心全意为患者服务。
3. 做好开诊前准备工作，维持好门诊秩序，按各科专业分诊，科学的组织患者就诊。对老弱病残孕及行动不便的患者优先照顾就诊，对危重及病情突变的患者配合医生采取积极有效的抢救措施。
4. 保持门诊环境清洁整齐，做好卫生宣传工作和患者就诊指导，利用各种形式，根据各季节宣传常见病、多发病的预防和治疗知识，提高人民群众的自我保护能力。
5. 严格执行消毒隔离制度，诊室每天喷洒消毒液一次，桌椅、诊查台每天用消毒液擦拭一次，诊疗器械按规定消毒灭菌，防止交叉感染。
6. 门诊护理人员负责各种诊疗器械及医疗用品的保管、维修和补充，以利于医疗护理工作的顺利进行。
7. 门诊护理人员须做好本职工作，刻苦钻研业务，熟练掌握本科的各种护理技术操作，减少患者痛苦，提高护理质量。
8. 每月发放门诊护理满意度调查表，征求患者及各科室对门诊护理工作的意见。组织各科室门诊护理负责人召开门诊护理质量持续改进工作会，针对工作中存在的隐患提出整改措施。
9. 下班前要整理好室内物品，关好水电开关及门窗，防止意外事故的发生。

二、门诊预检分诊护理工作管理制度

1. 预检分诊护士必须以高度的热情投入工作，语言温和，了解患者的病情、症状和体征、心理及需求，给予患者正确的就诊指引并做好登记。
2. 若发热、腹泻患者聚增，应立即通知门办主任调配工作人员支援，同时耐心做好患者的解释和沟通工作，取得患者理解和配合。
3. 正确判断患者病情的轻重缓急，及时给患者测量体温，遵照先重后轻，先急后缓的原则，优先提前就诊，以免延误治疗。若患者病情较重或病情发生急剧变化时，应立即通知医生优先诊治，并积极配合医生给予及时处理，同时联系转送急诊



科紧急救治。

4. 根据传染性疾病的流行季节、流行趋势做好特定传染病的预检分诊工作，发现传染性疾病立即进行隔离，适时安排转移，并按国家传染病法规定的疫情报告制度在规定时间内向上级部门报告疫情，防止疾病的传播。

5. 预检分诊护士主动与患者及家属进行沟通，了解他们的健康需求，有针对性的进行健康教育。

6. 管理好预检分诊台各项物品，保证物品齐全，定期检查灭菌物品有效期，过期物品及时予以更换。

急诊科工作管理制度

一、院前急救工作制度

1. 接到出诊呼叫时应清楚具体伤情或病种，并带齐有关急救器械和药物。

2. 院前急救应以抢救患者的生命为首要目的，充分利用所有器械和药物，保障伤员的呼吸道、静脉通道通畅，尽快转送院内处理。

3. 凡到场时伤员呼吸、心跳停止的，应全面仔细检查，采取必要的急救措施，确认抢救无效后，才能宣布死亡。

4. 在积极抢救的同时，应及时向家属交代患者病情，取得家属的理解和配合。

5. 送医院途中，为及时观察和抢救处理，医生和护士应与患者同在救护车的医疗车厢内。

6. 医护人员实施院前急救时要听从急救指挥中心、交警、公安人员的调度安排，保护有法律纠纷的现场。

7. 出诊医护人员详细填写院前急救病历及已完成急救处理的措施，送往医院急诊科或专科病房后应做详细交接，返回后做好及时检查、补充抢救药物和更换物品等工作。

8. 特殊事件加强联系沟通、请示汇报。

二、急诊科一般工作制度

1. 急诊科工作人员必须坚守岗位，24小时应诊，做好交接班，严格执行急诊各项规章制度和技术操作规程。建立各种危重患者抢救技术操作程序。做好就诊、转科，转诊登记和交接班。

2. 急诊科应备齐各类抢救药品和器械，专人管理，做好“四定”：定位放置、定期检查、定时消毒、定量基数，保证随时可用。



3. 急诊护士应严密观察病情变化。遇疑难、危重患者应及时通知医生,及时处理,并做好各项记录。对危重不宜搬动的患者,应在急诊科就地组织抢救,待病情稳定后再护送病房。对需要立即手术的患者应及时与外科联系实施救治。

4. 急诊观察患者由急诊医生和急诊科护士负责诊治及护理。认真书写门诊医疗及护理病历,及时、有效地采取诊治措施,密切观察病情变化。观察时间一般不超过72小时。

5. 遇有大批外伤、中毒患者,除组织积极抢救外,立即报告医务科、护理部及总值班,以便院领导组织急救应急小组进行抢救。凡涉及法律、纠纷的患者,在积极救治的同时,要及时向保卫等有关部门报告。

6. 准确记录危重患者到达时间、诊疗时间或抢救时间及患者住院时间,重危抢救患者到急诊科后应执行先救治后挂号的原则。

7. 做好预诊工作,如发现传染病者,立即进行隔离抢救,并做疫情报告和消毒工作。

8. 对急诊患者的治疗和用药,必须严格执行“三查七对”,避免护理不良事件的发生。

三、急诊患者身份识别查对制度

1. 急诊患者的姓名、性别、年龄信息由患者或家属亲自填写的病历眉栏获取。首次挂号时自动产生门诊(急诊)号,复诊时门诊号不变。

2. 在实施任何诊疗、护理活动前,实施者应亲自与患者(或家属)沟通,作为最后确认的手段,以确保对患者实施正确的操作。

3. 严格执行查对制度,准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中至少同时使用姓名、性别、床号、门诊(急诊)号等两种以上的方式确认患者身份。

4. 对昏迷、神志不清、无自主能力、手术等患者和新生儿,使用“腕带”作为患者身份识别确认方法。在进行各项诊疗操作前认真核对患者腕带信息,准确确认患者的身份。

5. 填入腕带的识别信息必须经两名医务人员核对后方可使用,若损坏需更新时,需要经两人重新核对。腕带填写的信息字迹清晰规范,准确无误。

6. 急诊患者转入病房、手术室、ICU、产房时,双方医护人员必须严格核对门诊病历、手腕带上的患者识别信息,做好交接并记录。

四、急诊科绿色通道管理制度

1. 急诊就诊患者按轻重缓急,优先处理病情较重的急诊患者。

2. 急诊患者的入院及放射、CT、B超等辅助检查由专职护理员全程陪送,如病



情需要，由值班医生或护士陪同检查。

3. 接诊医生可根据病情启用“绿色通道”，即在抢救危重患者时，先抢救处置，后缴费，先入院或手术，后补办手续，给患者提供更快捷有效的医疗服务。

4. 实施抢救患者优先，“绿色通道”的患者不必排队等候，随到随处理、治疗和检查。

5. 对于无名氏、批量患者或病情重、经费暂时未到位的患者，由当班的医护人员立即通知医务科或总值班，在检查和住院单上签字，所有的诊疗费以“欠费记账”处理，保证患者的诊疗落实。

五、急诊科抢救室管理制度

1. 抢救室是重危、抢救患者的救护场所，所处位置应有明显标识，方便、宽敞、明亮、整洁、安静。

2. 抢救室的抢救药品、物品、器械、敷料均须放在指定位置，做到“五定”（定数量，定位置，定专人管理，定期检查，定期消毒和维护），并有明显标识，不得任意挪用或外借。

3. 实施抢救时救护人员要合理分工、定位准确，严格遵照疾病的抢救常规及抢救流程。

4. 护理人员执行口头医嘱要求准确、清楚。执行前需复述两次无误后才可执行。

5. 加强与抢救患者的家属沟通，对病情变化及抢救效果，随时给予告知。患者的贵重物品交给家属保存。

6. 各种急救药物的药瓶、输液空瓶、输血空袋等用完后保留。抢救后必须经两人核对后方可处理，保证抢救的安全性。

7. 抢救完毕，在6小时内，详细、准确地记录抢救患者的抢救经过，对药品、器械用后均需处理、清理、消毒，及时补充，并处于完好备用状态。

六、急诊科观察室管理制度

1. 观察室环境安全、安静、整洁、温馨。告知患者及家属勿在医疗区域使用手机，以免电波干扰仪器性能，保证仪器正常运转。

2. 凡需留观者，由当班医生开留观医嘱，值班护士协助患者入住观察室，向患者及家属做好健康教育及相关治疗、护理知识的告知。

3. 每日科主任、管床医生床边查房，负责观察室的责任护士参与查房，及时了解患者病情发展、转归、治疗及护理要点。

4. 患者留观时间一般不超过72小时。精神病、传染病患者不宜收入观察室。

5. 责任护士要认真落实观察室患者的基础护理和生活护理，防止患者并发症的



发生。

6. 加强对患者的安全管理，保障观察室室内环境安全，无闲杂人员，防止患者坠床、跌倒、各种管道的滑脱等事件发生，一旦发生应启动紧急风险预案。

7. 加强院内感染控制工作。落实医护人员手卫生，观察床、床头柜、地面定期用含有 500mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭，防止院内感染事件发生。

8. 值班护士要严密观察患者病情变化，如有危急情况，及时报告医生并配合处理，随时做好护理记录，严格执行交接班制度。

9. 经抢救无效死亡者，应协助家属及时安置。

10. 观察室患者出院后，应做好终末消毒处理工作，并为迎接新患者做好准备。

七、急诊科护士岗位培训制度

急诊科危重患者多，应急性强，建设一支具有高尚的职业道德、良好的业务素质、结构合理、相对稳定的专业护理队伍，是保障医疗安全、促进急危重症护理发展的根本措施。

1. 继续教育。

(1) 每年每人参加各类培训继续教育学分必须超过 25 学分，并与年终绩效考核挂钩。

(2) 外出进修学习：每年制订专业进修学习计划，每年选送 1-2 人参加学习。

2. 开展多种形式的业务学习。

(1) 积极参加院组织的夜间及日间的业务学习、业务查房等。

(2) 每年制订培训计划，认真落实“三基三严”和专科技能的培训，计划内容包括岗位培训、基础护理及专科护理培训，采取业务学习和业务查房交替进行。

(3) 不定期进行专科紧急预案的练习：心跳骤停的抢救配合、过敏性休克、中毒、窒息、意外脱管、严重创伤等。

(4) 每季度对全科护士进行 1 次理论和操作考核。

3. 各类人员的培训。

(1) 试用期人员：对于经医院选拔的留用人员，在试用期内，指定一名工作 5 年以上的护师及以上人员带教，熟悉护理核心制度、各级各类人员职责、工作流程、抢救程序以及常规工作，试用期考核合格，急诊科低资年护士落实规范培训计划。

(2) 低年资护士：低年资护士指工作 5 年以内的护士。在老师一对一指导下工作，认真落实培训计划，并记录在《培训手册》，护士长、总护士长不定期抽查计划落实情况。

建立护士业务档案，将培训、考核、科研、教学、论文及继续教育情况纳入档案。



八、急诊科预检分诊制度

1. 预检分诊处护士必须熟悉业务，责任心强。
2. 预检护士必须坚守岗位，临时因故离开时必须由护士长安排能胜任的护士代替。
3. 预检护士应热情接待每一位前来就诊的患者，简要了解病情，重点观察体征，进行必要的初步检查，按病情的轻重缓急进行分级分区诊疗。遇有分诊困难时，可请有关医生协助，及时做好分诊登记。
4. 根据“重病优先”的原则，优行安排病情危重患者诊治，危急患者先抢救后挂号。
5. 对危重患者，一边予以紧急处理，一边及时通知有关医护人员进行抢救。
6. 遇有严重工伤事故或成批伤病员时，应立即通知科主任及医务科或院总值班，组织抢救工作。对涉及刑事、民事纠纷的伤病员，应及时向有关部门报告。
7. 对患有或疑患传染的患者，均应到隔离室就诊，以预防交叉感染和传染病扩散。
8. 掌握急诊范围，做好解释工作，对婴幼儿及老年患者酌情予以照顾。
9. 预检护士应准确记录患者到达时间、患者送入病区时间。

ICU 室工作管理制度

一、ICU 工作制度

1. 严格执行 ICU 护士准入制度：ICU 护理人员必须经过专业培训考核取得资质，并有强烈的责任心、熟练的抢救技能、敏锐的观察力、快速的应急能力。
2. 进入 ICU 病房 前需按要求更衣换鞋，室内应做到 “ 四轻 ”（说话轻、走路轻、操作轻、开关门窗轻）。未经允许，任何人不得随意进入 ICU。
3. 保持病房清洁、整齐、规范，保障各床单元用物齐全，物品用毕需放回原处。
4. 病室财产、备用药品定位、定量放置，定期检查并由专人清点，每班交接。如有遗失和损坏，应认真查明原因，及时整理和补充，保证危重患者的正常治疗和抢救工作。
5. 急救车内物品、抢救仪器设备做到定人负责管理、定位存放、定量储备、定时补充、定时消毒及维护。
6. 护理人员要熟悉药品的作用及副作用，掌握各种仪器的正确使用、报警处理及保养。交接班时要详细交接患者用药及仪器的使用情况。



7. 加强安全管理，尤其是对水、电、氧气、负压吸引的保养及维修管理，所有仪器设备均应保持正常备用状态。

8. 加强与患者家属的沟通联系，及时将患者的病情发展、转归及治疗、护理效果告知家属，取得家属的理解和配合。

9. 在接待家属探视时，由管床医生在家属接待室向家属告知病情进展状况。如有特殊情况，必须换鞋、穿隔离衣、戴好帽子、口罩后方可进入。

10. 向家属告知探视时间、探视制度，并留下家属的联系方式，如电话号码（至少两个本地号码）、详细地址，以便联系。

二、ICU 新入院患者管理制度

1. 接到收治或转入患者的通知后，根据患者情况做好各种相关抢救准备，包括床单元、急救药品、抢救仪器（如呼吸机、监护仪、氧气、吸引器）等。

2. 值班医护人员应迅速、及时接待并安置患者，更换患服，根据病情需要，采取合适体位。

3. 耐心向家属做好解释、讲解工作，宣传 ICU 有关管理制度，由两名护士共同处理好患者衣物、财物。

4. 认真填写病历、床头卡并完成入院护理评估，按疾病护理常规测量生命体征，做好护理记录，及时填写各类上报表格。

5. 做好各种管道护理，如氧气管、导尿管、胃管等各种引流管的护理。

6. 认真制订护理计划，并按护理计划认真落实基础护理和专科护理。

7. 严密观察危重患者的病情变化，掌握病情、治疗、护理重点及特殊检查结果，如有异常，及时与医生沟通，配合处理。

8. 熟练掌握和正确使用各种抢救仪器，并加强对仪器、设备的保养和维修，及时完善仪器使用登记。

三、ICU 室仪器管理制度

1. ICU 室护士必须熟悉和掌握抢救仪器的操作程序、性能、保养和维护方法。

2. 根据医嘱正确使用抢救仪器，填写仪器使用卡。

3. 严密观察使用抢救仪器后的效果、生命体征变化，并认真做好护理记录。

4. 当仪器报警时，应先判断是误差还是病情变化，在排除误差和机器故障的情况下，应及时报告医生，做出相应处理。

5. 各种仪器应保持清洁，每天至少擦拭 1 次。当搬动仪器有振动或磁干扰时，应暂时关机。

6. 建立各种仪器使用登记本，并指派专人负责；定期检查各种仪器运转情况，



发现故障应立即找出原因，及时向负责维修人员报告。

7. 仪器使用完之后，负责人员应在仪器使用本上做好登记，仔细检查仪器性能，拔出电源，取出电池，盖好防尘罩备用。

8. 有充电电池的仪器不用时要定期充电。

四、ICU 室消毒隔离制度

1. 进入 ICU 室的工作人员须穿专用工作服，戴帽子和口罩，更换拖鞋或穿鞋套方能进入。

2. 在处理不同患者或同一患者的不同部位前后均必须认真洗手，并严格执行操作规程。

3. 在进行呼吸道护理（如吸痰、清理口鼻腔）、伤口换药、留置尿管、灌肠等操作时，均应戴手套，操作后应脱去手套并立即洗手，不可与清扫病房、更换床单等工作同时进行。

4. 严格控制入室人员，家属探视时须穿隔离衣，戴帽子、口罩，穿上鞋套，探视时间不超过 15 分钟。

5. 地面、物体表面每天采用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟；有血液和其他体液明显污染时，保洁人员戴好手套，先用纸巾去除可见污染物，再用 500mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟。

6. 每季度对空气、物体表面、一次性物品和工作人员的手进行消毒效果检测。

7. 发现或疑似感染时，应立即采集相应的标本，做细菌培养及药敏实验。

8. 加强重症监护病房及床单位的终末消毒，定期清洗通风口过滤网。

9. 患者物品做到分开放置，不得相互使用，避免院内交叉感染。

手术室工作管理制度

一、手术室一般工作制度

1. 进出手术室的工作人员、参观人员必须严格遵守各项规章制度及洁净手术室的封闭式管理，按照规定路线出入。

2. 参加手术的人员必须领取手术衣、裤等相关物品，仪表符合要求。手术结束后交回所领取物品。未经允许不得进入手术室。

3. 参加手术的科内人员必须提前 20-30 分钟到达手术室，做好术前准备，保证手术准时开始。

4. 工作人员严格遵守手术室无菌技术操作规程及各项操作规范。



5. 手术通知单上注明参加手术者名单、特殊器械或物品、特殊病情等。
6. 为防止发生院内感染，严格控制手术间内人数与人员流动，非手术人员不得进入手术室，工作人员不得随意外出或在各手术间交叉走动，特殊情况必须外出时更换外出衣和鞋子。
7. 术中情况需向家属交代，急诊手术麻醉签字应在谈话间内进行。
8. 非手术工作人员不能在手术室浴室洗澡，手术室内禁止吸烟。
9. 手术室内应保持肃静，不得大声喧哗，严禁讲与手术无关的话，所有用物定量、定位放置、专人保管，用后归还原处。未经护士长同意不得外借，禁止私用。
10. 择期手术通知单在手术前一日上午 10 时前送手术室，以便安排手术。因故变动手术时，应及时通知手术室，以便进行调整。急诊手术由值班医生口头或电话通知的同时，填好通知单送至手术室。
11. 患上呼吸道感染者不得入内，确需入内者应戴双层口罩。上肢患皮肤病以及有伤口或感染者不得参加手术。严重感染或特殊感染确定后（含疑似患者），应标注在手术通知单上。并安排在负压手术间内进行。参加手术的各类人员必须严格遵守各种隔离制度，确保患者和工作人员的安全。
12. 手术室护士应有高度的责任心，坚守岗位，履行职责，人人参与管理，保证洁净手术室的正常运行。
13. 需示范教学的手术，提前与手术室护士长联系，根据情况规范有序进入。

二、手术安全核查制度

1. 手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。
2. 本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。
3. 手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。
4. 手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。
5. 实施手术安全核查的内容及流程。

（1）麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次与患者（清醒患者）核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（2）手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士



执行并向手术医师和麻醉医师报告。

(3) 患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

(4) 三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

6. 手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

7. 术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

8. 住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

9. 手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

10. 医疗机构相关职能部门应加强对本机构手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

三、手术室安全管理制度

1. 护理人员工作时，要认真执行相应的护理查对制度及操作规程，确保患者安全。

2. 接送手术患者，应扶起手术推车保护挡架，防止患者碰伤或坠车。

3. 手术前注意保护患者，昏迷、烦躁、老人及小儿未麻醉前有专人守护，防止坠床。

4. 使用电刀及电凝器等要严格遵守操作规程及使用注意事项，防止烫伤、烧伤患者。

5. 严格遵守物品清点制度，防止物品遗落患者体内。

6. 严格执行消毒隔离制度，落实各项消毒措施，以防发生院内感染。

7. 抢救车物品做到定量、定位、定人管理，护士长每月检查1次并记录，以保证各种抢救物品处在功能位。

8. 手术室内各种大型仪器、设备专人保管，培训后使用。使用时严格遵守操作规程，防止使用不当对患者造成伤害或仪器损坏，设备维修员每日对各种仪器进行巡检，发现问题及时处理。

9. 使用酒精灯时人员不能离开，以防失火。

10. 没有取得职业资格证书的新毕业护理人员，必须在护士指导下进行工作，不得单独值班。



11. 注意用电安全，各种电器设备使用后及时断电。
12. 节假日单独值班时，应及时关好大门，保证安全。
13. 护士长每月进行一次检查，监督各项安全措施的实施，发现问题及时处理。

四、手术室查对制度

1. 患者查对制度

(1) 依据手术通知单和患者病历、手腕带查对：科室、床号、住院号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、手术部位、手术间号，防止患者错误。

接患者之前：手术室护士与病房护士查对。

进入手术间之前：病房护士与手术室巡回护士查对。

麻醉、手术实施前：麻醉医生、手术者、洗手/巡回护士查对。

(2) 手术人员（手术医生、麻醉医生和手术护士）手术前要根据“手术安全核查单”再次核对科室、床号、住院号、姓名、手腕带、性别、年龄、诊断、手术名称、手术部位、麻醉方法及用药、配血报告等。麻醉、手术开始实施前时刻必须再次由手术者、麻醉师、洗手/巡回护士在执行最后核对程序后，方可开始实施麻醉、手术。

2. 手术物品查对制度

(1) 清点内容：手术中无菌台上的所有物品。

清点时机：手术开始前、关闭体腔前、体腔完全关闭后、皮肤完全缝合后。

清点负责人：洗手护士、巡回护士、主刀医生。

(2) 清点时，两名护士对台上每一件物品应唱点两遍，准确记录，特别注意特殊器械上的螺丝钉，确保物品的完整性。

(3) 手术物品未准确清点之前，手术医生不得开始手术。

(4) 关闭体腔前，手术医生应先取出体腔内的所有物品再行清点。

(5) 向深部填入物品时，主刀医生应及时告知助手及洗手护士，提醒记忆，防止遗留。

(6) 严禁将与手术相关的任何物品随意拿离、拿入手术间。

(7) 进入体腔内的纱布类物品，必须有显影标记，一律不得剪开使用，特殊情况需剪开时及时告知洗手护士及巡回护士，引流管应及时清点并记录，手术台上失落的物品，应及时放于固定位置（器械台下层），以便清点。

(8) 有显影标记的纱布不得覆盖伤口。

3. 药品查对制度

(1) 严格执行“三查七对”。

(2) 使用过敏药物时，注意询问患者有无过敏史，多种药物配合使用时，注意配伍禁忌。用药时，严格检查药物的质量，认真核对医嘱确保用药正确。



(3) 麻醉和手术医生下达口头医嘱时, 护士需重复口述二遍, 无误后方可执行。

4. 输血查对制度

(1) 采集血标本做血型鉴定和交叉配合时, 必须仔细核对患者医嘱、患者姓名、住院号、输血申请单、标本标签。

(2) 输血时, 认真做好“三查十对”(查血袋标签是否清晰、血袋有无破损渗漏、血液有无凝块等异常; 核对患者姓名、床号、性别、住院号、血袋号、血型、交叉配合结果、血液种类、血量和有效期)

(3) 输注前巡回护士与麻醉医生共同执行“三查十对”。

(4) 输血过程中, 严密观察病情, 发现输血反应和其他异常及时与麻醉医生、手术医生沟通, 配合处理, 并保留余血和输血器。

(5) 输血完毕, 血袋保留 24 小时, 以备核查。

五、手术室参观制度

1. 手术室一般不接待参观者, 确需参观时须提前申请, 经医务科或护理部批准, 征得手术室护士长和有关科室同意后, 统一安排进入。

2. 手术室严格限制参观人数, 每个手术间最多不超过 3 个。

3. 参观人员进入手术室必须着参观服, 更换手术室拖鞋、戴好帽子、口罩、持参观卡, 待手术一切准备就绪后, 方可进入指定手术间, 并遵守手术室相关制度, 离室时将衣服换回指定地点。

4. 外来参观手术者, 应提前一天向医务科申请, 由医务科于手术室护士长联系后参观。

5. 本科医师或进修医师参观手术时, 须征得科主任同意, 并在手术通知单上注明姓名, 由手术室发放参观卡, 凭卡参观。

6. 参观人员服从手术室工作人员管理, 严格遵守无菌技术操作原则, 不得在手术间内来回走动或进入非参观手术间, 不得离手术台太近 (> 30cm) 或站得太高, 以免影响无菌技术操作及手术进行。

7. 特殊感染手术, 激光手术、术中拍片手术、节假日及夜班手术、抢救手术谢绝参观。

六、手术室消毒隔离制度

1. 成立消毒隔离质控小组, 定期检查和制定有效预防感染的措施。

2. 手术人员按要求着装, 严格区分洁净区和非洁净区。

3. 严格执行无菌技术操作规范, 防止切口感染及交叉感染的发生。

4. 有化脓性感染或患皮肤病者不得进入手术室, 上呼吸道感染者须戴双层口罩。



5. 无菌物品分类放置，标识醒目，每天检查，定期灭菌。
6. 认真落实参观制度，严格控制进出手术室的人员。
7. 认真落实卫生消毒制度，保持手术室清洁、整齐、有序。
8. 实施特殊感染手术时，严格按特殊感染手术后处理要求执行。
9. 专人负责手术室感染监控资料储存和信息上报工作。
10. 每月按要求对洁净手术室手术间空气、物体表面、医务人员的手、灭菌物品、皮肤消毒液等进行生物监测，结果要符合要求，并记录存档。

七、手术室交接班制度

1. 每班要求提前 15 分钟交接班：交接班应准时，在接班者未到达之前，交班者不能离开岗位；原则上器械护士手术中途不得交接班。

2. 严格执行患者台边交接班。交接内容包括：交接手术进行情况；手术所用物品的登记（敷料、器械清点数目）；交接输血量输液部位有无外渗、有无输血；检查手术体位、受压部位情况；交接特殊仪器、精密器械、高值耗材的使用；交接病历，X 线片、CT、MRI 片、衣物等。交接完毕，在手术护理记录单上签名。

3. 做好特殊情况的交接班，如手术更、备用器械、药品准备、手术间准备情况、以及未来得及完成的工作。

4. 交班者应给下一班做好必须用品的准备，以减少接班时工作的忙乱，接班人应认真倾听交班人所给的各项工作情况，以保证交接无误。

5. 交接班要仔细、清楚，交班时发现问题由交班者负责，接班后由于交接班不清发生的问题由接班者负责。

八、手术部位标记核对制度

为了保证正确的手术部位，各手术科室应按以下要求做好手术部位的标记。

1. 标记范围：左右部位、左右肢体、手指脚趾、左右眼、耳、鼻腔、左右器官、脊柱平面等标记。

2. 标记时间：术前一天。

3. 标记工具：部位标记使用不褪色记号笔，要求手术铺巾后标记仍清晰可见。

4. 标记人员：经管主治医师标记手术部位，患者和家属参与，病区护士检查，医疗组成员核对；手术前手术室护士、手术医生、麻醉医生在手术过程中的各个环节核对。

5. 标记形式：在手术部位画“一”为标记。

九、手术患者压疮管理制度



由于手术限制，手术患者在术中不能采取翻身或移动身体受压部位等措施，手术结束后，压疮时有发生。针对这一现象，特制订如下管理制度，以保障患者安全。

1. 对所有手术患者进行全面评估，包括以下几方面。

(1) 全面评估患者的病情，如意识、营养状况、皮肤状况（特别是身体受压处）、卧床时间等，并对下列患者重点防范。

(2) 昏迷、意识不清致长期卧床者。

(3) 肝功能不良致低蛋白血症者、

(4) 长期不能进食、慢性出血致营养不良、贫血、皮肤血供不足者。

(5) 消耗性疾病致消瘦、骨骼突出者。

(6) 评估手术时间：对常规情况下手术时间较长的患者重点防护，对不充分了解的手术或新手术要与手术医生有效沟通，同一手术体位、手术时间超过4小时都要重点防护。

2. 根据评估情况，采用适宜的防护方法。

(1) 各种垫单保持平整、无皱折。

(2) 骶尾、肩胛等骨突出部位垫凝胶防压垫。

(3) 保持患者皮肤干燥，特别要防止尿液、皮肤消毒液的浸透。

(4) 妥善放置各种引流管、导线，不可扭曲、受压，避免压伤患者皮肤，如引流袋的调节开关、电刀负极连线等不要放在患者身体下方。

3. 严格交接班，发生压疮要及时讨论，并上报护理部，准确分析发生的原因，采取有效改进措施。

十、手术患者访视制度

1. 术前访视

(1) 术前1日由手术室洗手或巡回护士根据手术安排，对大、中型手术患者到病房进行术前访视。

(2) 按手术患者访视单的内容和程序进行有效沟通，获取患者的有关信息，有特殊需要和特殊情况时应及时反馈给护士长。

(3) 根据访视情况，真实、准确、及时地填写访视记录。

(4) 将填好的访视单按科室规定放在指定地方保存，以便术后随访。

(5) 洗手和巡回护士应明确自己次日的手术安排，并能胜任访视工作。

2. 术后支持服务

(1) 手术结束后，器械护士擦净切口周围皮肤，整理患者衣物。

(2) 注意患者隐私保护与保暖。

(3) 标识引流管名称，妥善固定与放置引流管。



(4) 必要时协助麻醉医生送患者至苏醒室。

3. 术后随访

(1) 对于大、中型手术实行术后随访。

(2) 术后随访在术后第三天到病房完成。

(3) 术后随访时应以征求患者意见为主，以便改进工作。

十一、手术室接送患者制度

接送患者一律使用交换车，运送途中注意保暖，保护患者的头部及手足，防止撞伤、坠床，保持输液管道及各种引流管通畅，防止脱落，接送全过程注意患者安全。

(一) 接患者

1. 根据确定的手术进间提前 30 分钟—1 小时开始接患者，病房应在接患者前完成各项术前准备和相关检查，尤其是术前拍片、撤牵引支架等，若病房术前准备不完善，手术室可拒绝接患者，优先安排接台手术。

2. 按照手术安排表顺序接患者，如有疑问或变动必须和手术室护士长联系确定后，方可将患者接至手术室

3. 手术室工作人员使用交换车接送手术患者，病情危重的由主治医师护送。

4. 到手术科室接患者时，要根据手术患者核对交接单、病历与病房护士共同核对患者科室、床号，住院号、姓名、性别、手术名称、手术部位、手术时间及术前医嘱执行情况等信息，检查手术需要带入手术室物品如病历、特殊用药、X 光片等，和病房护士共同核对后在《手术患者核对、交接单》上签名。

5. 患者穿病员服，嘱患者将贵重物品（如首饰、手表、现金、义齿及助听器等）取下，交家属保管。

6. 患者到手术室后应戴隔离帽；进入手术间后协助患者平卧于手术台上并妥善固定，必要时床旁守护，防止坠床或发生其它意外。

7. 连台手术，提前 30 分钟电话通知有关科室进行术前准备。

(二) 送患者

1. 普通手术后患者，由手术室护理员和麻醉医生送回病房，护理员与病房护士共同交接患者带入手术室的一切用物并在《手术患者核对、交接单》上签名。

2. 大手术和全麻术后患者，由手术医生，麻醉医生和护理员送回病房；对全麻后未清醒，重大手术后呼吸、循环功能不稳定，危重体弱、高龄、婴幼儿患者实施大手术后，以及其它需要监护的特殊患者，术后均送麻醉复苏室或 ICU 病房，巡回护士、护理员与复苏室、ICU 护士当面交接并在《手术患者核对、交接单》上签名，必要时，手术室护士陪同护送。

3. 患者送病房后，麻醉医生应向病房的值班人员详细交待患者术中情况、术后



注意事项及输液等情况。

4. 《手术患者核对、交接单》在手术结束后由护理员带回手术室存档。

十二、手术标本管理制度

1. 术中取出的异物、结石应由器械护士交于巡回护士，手术结束后，再交于手术医生。或由器械护士术毕交于手术医生。

2. 术中切取下的组织需做病理检查的，应由手术医生交于器械护士，与巡回护士核对后，放于标本容器中；术中微小标本取出后，由器械护士即刻交于巡回护士，经核对无误后，装入标本瓶内并贴上标识。手术结束后，巡回护士与手术医生核对标本，贴上标签，注明该标本的名称、患者姓名、床号、科别、住院号，标本袋封口，放在指定处，并登记在标本送检登记本上，巡回护士及医生签名。

3. 手术医生脱下手套后，填好病理申请单。

4. 护士长与专人核对送检标本后，由专人携标本、病理申请单、标本送检登记本一同送至病理科，经病理科人员核对、签收后，将标本送检登记本带回手术室存档，妥善保管。

5. 取下的标本应妥善保管不可遗失、混淆；不可由家属拿走。必须拿走的应由医生或家属在标本登记本上签名，并在备注栏中注明“不需送检”的字样。

5. 快速病检标本及时交于专人送检，并在快检登记本上签名。

6. 传染患者手术标本按隔离要求处理。坏死肢体、脏器、不需病检的送焚烧炉焚烧。

7. 标本存放于标本柜内相应位置，上锁保存，钥匙由送检护工保管；夜班、节假日值班由值班组长保管钥匙，每班交班均清点、核对标本数量及登记情况，并签名。发现异常情况，应及时向护士长汇报。

十三、手术间管理制度

1. 每个手术间设责任护士1名。

2. 手术间内大件物品，如体位用物、电刀、吸引器、约束带、双层器械台、手术转凳等标明房间号，定位放置，保持序号与房间号一致。

3. 手术间的小件物品，如药品、一次性耗材等全部入壁柜，上锁，全天手术完毕由巡回护士负责补充，每周查对有效期。

4. 各类物品、灭菌物品应有标识，及时补充。

5. 电路、医用供气、供氧、空调系统、吸引等设备的运行状况每周由专管技师检查、维护及检修。

6. 责任护士每周对手术间进行全面核查，防止物品、药品过期，并对手术间物表、



地面及回风口进行彻底清洁。

产房护理管理制度

一、产房工作制度

1. 严格区分限制区、半限制区、非限制区，各区布局合理，标识醒目。工作人员进产房前应更换手术衣裤、拖鞋、带好口罩、帽子，非本科室工作人员不得进入。
2. 保持室内环境整洁、空气新鲜，温度 24—26℃，湿度 50%—60%。
3. 工作人员态度认真，对产妇应体贴、关怀，不能随意谈笑。实行一对一陪伴分娩，产妇进产房后应有专人陪护，给予心理支持及指导。
4. 实行弹性值班制，当班人员不得擅离岗位、换班，值二线班人员要 24 小时手机畅通，随叫随到。
5. 严格执行床边交接班制度，保证孕产妇的安全，认真观察产程变化，并定时向产妇家属通报产程进展情况，使家属了解产妇情况，取得配合。
6. 各种设备齐全，性能完好。急救用物及药品定位放置，专人负责，每周检查、消毒，并有记录。
7. 无菌物品专柜存放，各类器械分类放置，标识清楚，有消毒日期及责任者，灭菌有效期 1 周。
8. 新生儿娩出处理完毕，抱给产妇确认性别后给新生儿戴上手圈，手圈上注明床号、姓名、分娩时间及新生儿性别并及时、准确填写各项记录。
9. 产后观察 2 小时，若无异常护送母婴回病房（母婴同室），并与病房护士认真交接产妇及新生儿的情况，填写交接本，以确保母婴的安全。
10. 严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。特殊感染患者，按感染孕产妇隔离制度执行。

二、产房消毒隔离制度

1. 产房内布局合理，严格划分限制区、半限制区、非限制区，区域之间标志明确。
2. 工作人员须穿着专用工作服，戴圆工作帽，更换拖鞋进入产房，非本室人员不得进入。
3. 进入接产室须戴口罩，帽子遮盖全部头发；接生和阴道检查，必须按标准流程洗手，严格执行无菌操作规程。
4. 接产室、急诊诊疗室、待产观察室每日通风 2 次，保持室内空气清新。空气消毒每次 1 小时，每天 2 次，并做好登记。



5. 分娩用过的所有器械送消毒供应中心集中清洗、消毒、灭菌；地面、物体表面每天采用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟；有血液和其他体液明显污染时，保洁人员戴好手套，先用纸巾去除可见污染物，再用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟。

6. 对患有或疑似传染病的产妇须隔离待产、分娩，按隔离技术规程护理和助产，所有物品严格按照消毒隔离原则处理。用后的一次性用品及胎盘必须放在黄色塑料袋内密闭运送，无害化处理，房间应严格进行终末消毒处理。

7. 每月对空气、无菌物品、工作人员的手进行细菌监测，结果符合要求。每周 2 次清洗消毒室内拖鞋，每月底搬家式大扫除 1 次。

8. 医务人员熟悉本科消毒灭菌效果、环境质量控制标准。

三、隔离孕产妇的感染控制制度

凡患有或疑有感染性疾病，如 HbsAg 阳性及肝功能异常的产妇，均应收入隔离分娩室分娩，并按隔离技术护理和助产。

1. 手卫生：配备规范的流动水洗手设施，助产人员按手术要求洗手、手消毒、戴口罩和圆帽子、穿无菌手术衣、戴无菌手套。

2. 个人防护：诊疗过程中应遵循标准预防的原则，有血液、体液暴露危险时应戴防护面罩、穿防水围裙和防护鞋。

3. 一切器具、物品单独固定使用。助产的全过程必须严格按隔离分娩规程操作，新生儿直接送新生儿室或母婴同室隔离观察。

4. 使用后的所有医疗废物，包括患者的生活垃圾及胎盘必须放入双层黄色医用垃圾袋内，密闭运送，无害化处理。

5. 接送隔离孕产妇时，应避免不必要的停留，产后尽快送回隔离区观察。产妇离开隔离分娩室后，应严格进行终末消毒。

(1) 空气消毒：使用空气透析器消毒，每日 3 次，消毒设备定期清洗消毒。保持室内空气清新，每日通风不少于 2 次，每次不少于 30 分钟。

(2) 地面、物体表面每天采用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟；有血液和其他体液明显污染时，保洁人员戴好手套，先用纸巾去除可见污染物，再用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟。

(3) 所有用过的器械、物品使用完毕后，立即清水冲洗干净后送消毒供应中心集中清洗、消毒灭菌。

(4) 产床上的所有织物均应一人一换，感染性疾病患者和明确感染性物质污染的织物应分开收集、标识明确、封闭运送，不应在产房内和走廊上清点污物。

(5) 特殊感染的病产妇用过的隔离室环境和使用过的物品，严格终末消毒后，



并进行细菌学监测符合要求后方可再使用。

四、母婴同室管理制度

(一) 母婴同室一般管理制度

1. 母婴同室病房应环境清洁、舒适、明亮、安静，温、湿度适宜，每组母婴床单位的面积应 $\geq 6\text{m}^2$ 。婴儿床配备足够的婴儿保暖被褥。

2. 实行 24 小时母婴同室。因医疗和护理的需要，每天母婴分离时间不超过 1 小时。高危新生儿入住新生儿室，产妇到新生儿室哺乳室按需哺乳。

3. 母婴同室实行产、儿科医生双查房制度。

4. 母婴同室工作人员应有高度的责任心，并应掌握产科及新生儿室有关知识，认真指导产妇的喂养知识、方法。

5. 做好母乳喂养知识和技能的指导，禁止向产妇及其家属宣传推荐母乳代用品，禁止接受母乳代用品生产者、销售者以推销为由的馈赠，禁止使用奶瓶、奶嘴，无医学指征禁止使用代乳品。

6. 严格执行婴儿安全管理制度。

(二) 婴儿安全管理制度

1. 母婴同室配备专职保安人员 24 小时值守大门，婴儿出入需由本科室人员及家属双人登记签字方可离开病区。

2. 母婴同室工作人员应挂牌服务，并在病区走廊上展示所有工作人员照片。

3. 在病区醒目的地方挂有警示牌及婴儿安全管理相关知识，提高家属安全防范意识。

4. 强化工作人员的婴儿安全管理意识，做好探视人员的管理工作，对于身份不明的陌生人及时向保安人员或护士长反映。

5. 新患者入院及新生儿入室时需向孕产妇及家属进行婴儿安全管理知识的告知，并签字存档。

6. 婴儿接受特殊检查及治疗离开病房，需有本室工作人员陪同，家属及其他人不得随意将婴儿抱离病房。

7. 新生儿沐浴及治疗时由专门的护理员接送，严格按照规定使用母婴分离卡，即接走婴儿时由工作人员签字并将此卡交由婴儿母亲保管，送还婴儿时母亲签字，工作人员收回交接卡。

(三) 母婴同室消毒隔离制度

1. 母婴同室病房每天上、下午各通风 1 次，每次通风 15-20 分钟，注意母婴保暖。

2. 保持室内清洁卫生，禁止吸烟和大声喧哗。

3. 工作人员及其家属、探视者接触婴儿前均应洗手，探视后室内进行清洁和通



风换气。

4. 对住院时间较长的产妇，每周常规进行母婴床单位大消毒 1 次。
5. 母婴出院后，母婴床单位应同时做终末消毒处理。

（四）婴儿治疗室消毒隔离管理制度

1. 医护人员定期体检，包括胸透、大小便培养、乙肝全套等，阳性携带者应暂时调离工作岗位，转阴后方可回婴儿治疗室工作。

2. 婴儿治疗室每日用空气消毒机消毒 3 次，每次 1 小时，做好记录。

每日定时开窗通风，湿式拖地两次（拖把专用），保持室内清洁，空气新鲜。每月进行空气微生物监测。

3. 护理新生儿前洗手，并经常保持手的卫生。

4. 新生儿应一人一床，入室新生儿应提供清洁的床垫、床套及床帏，有污渍应及时更换。直接接触新生儿皮肤的洗浴毛巾、洗浴盆等应消毒灭菌后使用。尿裤应采用一次性使用。使用后的尿裤等物按医用垃圾集中处理。

5. 每日应对沐浴室内沐浴用品、沐浴池及台面、地面进行消毒。使用沐浴用物及爽身粉等应注意防止交叉感染，护臀膏、滴眼液应专人使用，不可共用。

6. 非工作人员禁止进入婴儿治疗室，不接受已出院后的婴儿沐浴及护理。入室时护理人员应向家属宣教有关消毒隔离知识及婴儿安管理知识。

7. 出院后的婴儿床用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭后备用。

8. 疑有感染的婴儿应做好床边隔离。

9. 发现婴儿、产妇有感染征象时，及时隔离治疗，并向院内感染管理办公室汇报。

（五）母婴同室探视制度

1. 严格执行探视时间，确保母婴安全和充分的休息。

2. 家属有感染性疾病者禁止探视和陪同，防止交叉感染。

3. 严格限制探视人数，每床每次不超过 2 人。

4. 加强与产妇及家属的沟通，取得理解和配合。

（六）母乳喂养管理制度

1. 医护人员认真贯彻落实（世界卫生组织 / 联合国儿童基金会）促进母乳喂养成功十大措施，及国际母乳代用品销售守则，保护、促进、支持母乳喂养，正确指导和处理母乳喂养中的问题。

2. 全体医护人员应掌握母乳喂养基本知识及技能。

3. 做好产前健康宣教，使孕妇及家属认识到母乳喂养和母婴同室的好处、重要性及可行性，建立产后母乳喂养的决心和信心。

4. 开展孕期、哺乳期的乳房保健，并教会孕产妇掌握母乳喂养的技巧。



5. 产房工作人员应协助产妇在产后半小时内进行皮肤接触及早吸吮，时间不少于 30 分钟；6 小时内向产妇进一步宣教母乳喂养的知识，正确指导哺乳技术及如何保持泌乳。

6. 要求做到早哺乳，按需哺乳，鼓励多吸吮，以促进乳汁分泌，不喂糖水和母乳代用品。

7. 高危新生儿仍应坚持母乳喂养，允许母亲亲自喂哺患儿，若不能喂哺时将挤出的母乳用滴管或小匙喂养。

8. 医护人员应随时指导母乳喂养，及时解决出现的问题，如乳胀、乳头痛等，指导产妇将多余的乳汁或在不能亲自喂哺时将乳汁挤出收集后合理保存。

9. 产妇出院后，转入支持随访组织，继续做好母乳喂养至 6 个月。

(1) 产妇出院前，主管医生告知产妇如何与有关支持或随访组织联系，并填好围产保健手册。

(2) 产妇出院后，围产保健手册交户口所在地或休养地的保健组织，由保健人员进行访视或代访，并详细记录母乳喂养情况，指导继续坚持纯母乳喂养 4-6 个月。

(3) 产后复查时应了解母乳喂养情况及婴儿生长发育情况，并加以指导。

(4) 提供母乳喂养支持和 24 小时咨询服务。

(5) 医院保健组织和母乳喂养支持组织协同做好母乳喂养支持工作。

五、产科健康教育制度

1. 凡经过产前检查的孕妇在产前至少接受一次有关母乳喂养的健康教育，家属可同时参加，并记录在围产保健手册上。

2. 宣教人员要接受过母乳喂养培养，有一定表达能力，能让孕产妇及家属了解宣教内容，并能解答提出的问题。

3. 每日由责任护士到产妇病床旁宣教，根据产后不同天数的产妇的具体情况进行咨询指导。

4. 设立母乳喂养咨询电话，满足出院产妇母乳喂养知识的需求。

5. 产妇出院前进行母乳喂养技能和知识评价，了解住院期间对母乳喂养和产褥期母婴保健知识的掌握程度，不合格者重点宣教。

6. 健康教育的基本内容应包括以下几方面。

(1) 母乳喂养的好处及意义。

(2) 母乳喂养的技巧：正确的喂奶及含接姿势、挤奶的方法等。

(3) 早吸吮、按需哺乳的重要性。

(4) 母婴同室的好处。

(5) 4-6 个月纯母乳喂养的重要性。



(6) 如何保证有足够的母乳。

7. 健康教育的形式应多样化,孕产妇易接受,如讲课、录音、录像、宣传画、小册子、示教、角色扮演、咨询等。

8. 在产前门诊、产科病房、产房、母婴同室及产后随访各阶段均应进行有关母乳喂养的健康教育,让孕产妇及家属了解有关母乳喂养的知识技巧,提高4个月婴儿的纯母乳喂养率。

9. 所有工作人员均有进行健康教育的义务,孕产妇健康教育覆盖面达100%。

新生儿室工作制度

一、新生儿室一般管理制度

1. 保持环境清洁,空气新鲜,温度 $24^{\circ}\sim 26^{\circ}\text{C}$,相对湿度55%~65%。

2. 工作人员定期体检,无传染病者方能从事新生儿病房工作,非本科室工作人员未经同意,不得随意入室。

3. 工作人员入室前需更换室内工作衣、专用鞋,洗手。每次接触患儿前后均应洗手或消毒手。

4. 严格执行新生儿室消毒隔离制度,防止交叉感染。患儿使用后的浴盆、食具、听诊器等一人一用,用后及时清洗消毒。

5. 患儿必须佩戴手腕带,并注明床号、姓名、性别、住院号、入院日期等,以便识别,发现松脱及时补戴调整,以防差错。

6. 严格执行床边交接班制度。

7. 保持呼吸道通畅:及时清除口鼻腔分泌物,避免患儿颈部过度前曲或后仰,避免其他用物阻挡患儿口、鼻腔引起窒息,遵医嘱给予合适氧疗方式。

8. 做好新生儿一般护理:根据病情每日进行沐浴或擦浴,行眼睛、口腔、脐带、皮肤护理,更换床单、衣被。

9. 喂养:根据病情按医嘱定时定量进行,选择适当方法喂奶,喂奶后观察有无溢乳、呛咳及吐奶,记录实际喂奶量,及时告知医生患儿吃奶情况。

10. 定时、定磅秤测量体重:足月儿每周测量2次,早产儿每周测量3次,特殊患儿遵医嘱测量。

11. 病情观察:观察患儿生命体征、皮肤颜色、哭声、反应、吃奶、反射、大小便情况及有无神经系统症状,如有异常,立即通知医生进行紧急处理。

12. 病室内备有各种抢救药品、仪器,固定专用,定期检查和维修,用后消毒备用,及时补充,保持完好备用状态。



二、新生儿室入院管理制度

1. 接到患儿入院通知，准备相应抢救物品和各种设备，预热暖箱或开放式辐射床。

2. 在入院接诊处，接诊护士初步评估患儿。若需抢救，立刻通知值班医生并组织抢救。不需紧急处理或经紧急处理后的患儿，与家属核对入院证、住院首页、电脑收费单，确认患儿基本信息（姓名、性别、住院号），告知并安置家属在接待室等待，协助医生收治患儿并向家属告知病情。

3. 护士对患儿进行护理评估，检查患儿，测量体温、体重，酌情清洗患儿，为患儿写上手腕带（姓名、性别、床号、住院号、入院日期等），并与家属再次核实患儿姓名、性别。若患儿入院时发现特殊情况（如畸形、皮肤破溃、皮疹等）需立即告知家属，并签字确认。

4. 填写住院病历和护理病历，向家属介绍病区环境设施、管床医生和责任护士、住院须知、探视制度等。

5. 遵医嘱做好相关检查和治疗，调节暖箱温度和湿度适中，发现病情变化及时告知医生，并配合处理。

6. 完善入院患儿各项评估和登记工作，并做好交接班。

三、新生儿转运管理制度

1. 每班检查并保持转运设备性能完好，备齐抢救药品和物品。

2. 接到转运电话，新生儿病房值班医生应详细询问胎龄、日龄、出生体重、Apgar 评分及初步诊断和处理，详细记录转诊医院地址和联系电话，并征得患儿直系亲属和管床医生的转运同意，立即通知转运人员做好准备工作。

3. 转运人员（医、护、转运司机）24 小时值班，配有直通电话，在收到出诊信息后，要求在 15 分钟内到位并立即出发。

4. 转运人员到达后，应详细询问患儿病史，做全面体检，判断其病情是否适于转运，并向家属解释病情、预后、转运途中可能发生病情变化等，再次征得家属同意并签字后方可转运。严格掌握转运指针，对确认属无法挽救的患儿不必转运。

5. 转运前采取有效干预措施（如吸氧、清理呼吸道等，必要时应在离开当地医院前行气管插管，避免途中插管），并建立静脉通路，使患儿病情达到稳定，以便转运顺利。

6. 转运途中注意保暖，保持呼吸道通畅，密切观察病情，随时做好抢救准备；必要时随时与新生儿联络，接受指导，并报告患儿情况，以便及早做必要的准备。

7. 转运患儿到院后立即送入新生儿室，向病房值班医生、护士交接转运过程中



的患儿状况及相应处理。填写转运记录单，清点药品、物品，及时补充，使之处于良好备用状态并小结本例转运工作。

8. 新生儿室应经常评价转运工作，改进不足之处。

四、新生儿室探视制度

1. 为了预防交叉感染，新生儿室实行全无陪管理制度。住院患儿入室后即由护理人员 24 小时陪护，不需家属陪护。

2. 患儿入院时，值班护士与接诊医生应分别向家属介绍科室制度及患儿病情。

3. 每周一、三、五 10:00 至 12:00 为探视时间，管床医生向家属详细告知患儿病情并解答提问。对于病情危重的患儿，由管床医生主动和家属电话联系，及时告知患儿目前病情及治疗方案。

4. 若患儿病情需要，家属进入病房探视者，应穿隔离衣、戴口罩、洗手、换鞋后，在本科工作人员带领下进入病房。患传染性疾病者不得入室探视。

5. 其他科室人员未经许可不得进入新生儿室。

五、新生儿手卫生管理制度

1. 所有医护人员进入新生儿室须严格按照“七步洗手法”洗净双手，尽可能减少不必要的接触，在每次接触新生儿前使用快速手消毒剂，参观者不得接触新生儿。

2. 新进入新生儿病房的工作人员，包括新职工、进修生、实习生等由护士长或上级医生负责进行首次手卫生的培训。

3. 新生儿室内设置非手触式感应洗手设备，所有洗手池旁配有抗菌洗手液、抽取式擦手纸巾或手烘干机。

4. 选择合适的快速手消毒剂，确保每位患儿床旁放置 1 瓶，并注明开瓶日期，开瓶后有效期为 3 个月。定期检查手消毒剂使用情况，及时添加或更换手消毒剂。

5. 当手部有可视污渍或接触血液、体液和蛋白质等污染物时，应使用抗菌洗手液在流动水下按照“七步洗手法”洗手。

6. 当手部无可视污染物时可使用快速手消毒剂代替流动水洗手。

7. 医务人员处理隔离患者前，接触血、体液、分泌物或不完整的皮肤应先戴一次性手套，再使用手消毒剂。进行侵入性操作时应当戴无菌手套，戴手套前后应当进行手消毒。

8. 加强手卫生执行情况的监督和管理，护士长与病房主管教授或医生参与监督。

9. 加强对工作人员手卫生消毒效果的监测。每月定期抽查，并公布细菌菌落总数，对结果异常者应查明原因并制订改进措施，以预防和控制院内感染的发生。



六、新生儿消毒隔离制度

(一) 新生儿一般消毒隔离制度

1. 本科工作人员入科前必须衣帽整齐,更衣、换鞋、洗手,新进人员必须接受手卫生及本科消毒隔离制度的培训后方可开始工作,患呼吸道疾病及传染病者不得入内,严格控制非本科人员进入病区。

2. 严格执行手卫生制度,接触新生儿前后均须用流动水或快速手消毒剂洗手。

3. 保持空气新鲜,每日通风2次,每次30分钟。病区内空气采用负离子空气消毒机消毒,每日3—4次。每月清洗负离子空气消毒机过滤网1次。

4. 新生儿用品严格一次性使用,非一次性用品需严格清洁并消毒。

5. 地面、物体表面每天采用500mg/L有效氯的含氯消毒液擦拭,作用30分钟;有血液和其他体液明显污染时,保洁人员戴好手套,先用纸巾去除可见污染物,再用500mg/L有效氯的含氯消毒液擦拭,作用30分钟。对空调的进、出风口实行每季度2次清洗并登记。

6. 每季度1次定期监测空气、工作人员手、物体表面、奶具、消毒剂等,实行微生物监测,对结果进行分析,发现问题及时报告,并采取相应的改进措施。

7. 室内使用的各种仪器、设备,包括暖箱、摇篮、辐射抢救台、监护仪、呼吸机、微量泵等,严格按照消毒隔离制度实行规范管理。

8. 采用视频可视探视,限制入室探视,未经允许家属不得进入室内。

(二) 新生儿药品准备间消毒隔离制度

1. 布局合理,严格区分清洁区与污染区,并有明显标识;进入药品准备间人员必须衣帽整齐,操作前应洗手、戴口罩;凡私人物品不得带入药品准备间。

2. 使用无菌物品时,应严格执行无菌操作原则。

3. 无菌包、敷料罐外均应粘贴消毒标签、消毒日期和责任人,无菌包灭菌有效期为1周。

4. 药品准备间应湿式清扫,物品专用;每日通风,行空气消毒;每月行空气微生物监测。

5. 地面及物体表面每日湿式打扫。

6. 实行一人一针一管一带(止血带)一消毒;一次性医疗用品使用品使用后毁型,统一回收处理。

7. 药物现配现用,配置好的溶液应在2小时内使用。启封抽吸的各种溶媒超过24小时不得使用,最好采用小包装。

8. 碘酒、酒精应密闭保存,每周更换1次。使用的无菌敷料及棉球小包装,一经打开,使用时间不得超过24小时。



9. 治疗车上物品应摆放有序,上层为清洁区,下层为污染区;进入病室的治疗车、换药车应配有快速手消毒剂。

(三) 新生儿配奶间消毒隔离制度

1. 配奶间工作人员应由经过消毒技术培训并符合国家相关规定的人员担任,定期进行培训和考核。

2. 配奶间内各种标识醒目,区域明确,无私人物品。每日清洁拖地不少于2次,随时保持台面、墙面、地面、物品清洁干净,表面无污迹,室内无异味。

3. 根据医嘱,按配奶流程配置各餐奶液,一餐一配,现配现喂,杜绝余奶至下餐。

4. 配奶前后配奶员清洁配奶台面,洗手、戴口罩、穿一次性围裙,配奶期间关闭门窗,禁止人员出入。

5. 奶瓶、奶嘴一人一用一消毒,用后及时清洗消毒。

6. 定期检查奶瓶、奶嘴使用情况,及时更换变形、破损的奶瓶和奶嘴,每月行奶瓶、奶嘴消毒效果监测,对结果有分析、有改进措施并记录。

7. 保证奶粉质量,严禁过期变质奶粉进入新生儿室。

(四) 新生儿室沐浴间消毒隔离制度

1. 严格划分打包区、松包区、早产儿浴池、足月儿浴池,标识醒目。

2. 及时清理护理盘,保持清洁,每周更换护理液2次。

3. 被服、衣物、浴巾实行一人一用,在洗衣房实行独立清洗,高温消毒,专柜密封存放运送。病室内定期清理、晾晒。

4. 沐浴时使用一次性无菌纱布,一人一次一块。

5. 浴盆一人一用一消毒。

6. 沐浴池每日清洗消毒1次。

7. 污衣、污被、垃圾及时清理,密封外送。

8. 沐浴间台面、墙面、地面每日用500mg/L有效氯的含氯消毒液擦拭消毒1次,并保持清洁干燥。沐浴间每日通风2次,每次30分钟。

9. 每月进行沐浴间空气、沐浴盆、池微生物监测1次,并有结果分析及改进措施。

(五) 新生儿暖箱消毒隔离制度

1. 新生儿暖箱由专人负责清洁、消毒。

2. 备用暖箱放在指定地点,挂上备用标识,并保持清洁。

3. 暖箱内有血迹、污迹必须立即清洗消毒。使用中的暖箱每日用500mg/L有效氯的含氯消毒剂擦拭暖箱表面,清水擦净暖箱内表面;每日清洗消毒湿化槽,更换暖箱湿化水。

4. 暖箱停止使用(患儿出暖箱、出院、死亡)或暖箱连续使用达一周,必须行



暖箱大消毒，将暖箱能拆卸的部分全部拆卸下来，用 500mg / L 有效氯的含氯消毒剂彻底清洗消毒暖箱内外面，通风 30 分钟。传染病或疑似传染病的新生儿使用过的暖箱用 500mg / L 有效氯消毒液擦拭。

5. 每周清洗暖箱过滤网 1 次。

6. 每季度进行暖箱内外表面微生物监测 1 次，对结果有分析并记录。

（六）新生儿重症监护区消毒隔离制度

1. 严格遵守新生儿消毒隔离制度。

2. 新生儿重症监护区每张床占地面积不少于一般新生儿床位的 2 倍，空气新鲜，通风良好，有单独空气消毒设备。

3. 重症监护区与其他区分区清楚，护理人员充足、固定。

4. 呼吸复苏囊与患儿比例为 1: 1，使用后及时清洗、消毒，还原备用。抢救仪器设备如呼吸机、新生儿开放式辐射床、监护仪、新生儿暖箱及吸氧装置等每日用 500mg / L 有效氯的含氯消毒剂擦拭。

5. 一次性呼吸机管道不得重复使用；可重复使用的呼吸机管道使用后由消毒供应中心统一清洗、消毒、灭菌，定期进行微生物监测。每周清洗呼吸机过滤网。

（七）新生儿隔离间消毒隔离制度

1. 严格遵守新生儿隔离间准入制度，对传染病或疑似传染病的新生儿应采取隔离措施并作标识。

2. 隔离间应为独立的区域，配套设施齐全，包括沐浴间、护理用物及被服、衣服等，并配备相应的治疗、抢救设施。

3. 隔离间医护人员固定，如发现特殊感染或传染病患儿，要按传染病的有关规定实施单间隔离，专人护理。接触患儿需穿隔离衣，戴手套，操作结束后立即脱掉手套并洗手。

4. 地面、物体表面每天采用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟；有血液和其他体液明显污染时，保洁人员戴好手套，先用纸巾去除可见污染物，再用 500mg / L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟。

5. 隔离患儿所用物品必须专人专用专消毒，不得交叉使用。被污染的一次性用物用双层黄色塑料袋密封并注明，所用布类物品行消毒浸泡后再清洗消毒。

6. 患儿离开隔离间后需进行终末大消毒，彻底消毒地面、墙面、物体表面、沐浴池、暖箱、婴儿床、仪器设备等，房间进行密闭消毒后通风备用。

感染性疾病科门诊工作管理制度



一、感染性疾病科门诊预检分诊制度

1. 感染性疾病科需具备规范消毒隔离条件和必要的防护用品，严格按照规范进行消毒和处理医疗废物。
2. 从事预检、分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，认真执行临床技术规范、常规以及有关工作制度。
3. 各科室的门诊医师在接诊过程中，应当按要求对患者进行传染病的预检。预检为传染病患者或者疑似传染病患者的，应当将患者分诊至感染性疾病科门诊就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。
4. 根据传染病的流行季节、周期、流行趋势和上级部门的要求，做好特定传染病的预检、分诊工作。初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。
5. 对呼吸道等特殊传染病患者或者疑似患者，应当依法采取隔离或者控制传播措施，并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察及其他必要的预防措施。

二、发热门诊感染管理制度

(一) 设置要求

1. 根据感染性疾病科门诊的特点，门诊与门诊设立应相对独立，与其他科室的医患间进出无交叉，且根据传染病的传播途径特点，要求发热门诊患者与肠道门诊、肝炎门诊患者无交叉，各功能区做到标记明显，便于患者就医，门诊中布局合理，分区清楚，符合医院感染预防与控制要求。
2. 设置独立的挂号收费室，候诊区和诊室治疗室、隔离观察室，检验室、放射检查室，药房（或药柜输液等“一条龙”服务模式，并有专用卫生间（配有洗手池抗菌洗手液或含醇手快速消毒剂）。
3. 各室按规范建筑布局。
4. 严格遵守消毒技术规范，严格消毒，严格落实医务人员防护措施，尤其手部卫生。
5. 根据呼吸道传播途径，采取空气隔离，飞沫隔离与接触隔离措施，在两种传染病门诊同时开诊时应防止不同区域的患者交叉感染。
6. 发热门诊的一切生活垃圾，医疗垃圾均视为感染性废物，采用黄色塑料袋包扎，并装入黄色塑料转运箱内方可在院内隔离，转移，而来自隔离观察室的感染性废物在离开不同的区域时（污染区→半污染区→清洁区）应逐一对箱体外进行喷洒消毒。
7. 在发热门诊工作的医务人员，应增强手部卫生意识，提高手部卫生的依从性，



有明确体液的情况下，应采用抗菌洗手液和水的洗手，一般则可采用肥皂或含醇的手消毒剂进行手部卫生，戴手套能保护医务人员，但不能替代手部卫生，两位患者间或污染与清洁操作间应更换手套，脱去手套手应立即洗手。

（二）消毒要求

1. 工作人员须穿隔离衣和工作鞋、戴帽子，检查、治疗、护理时戴口罩。
2. 室内空气消毒可采用紫外线灯消毒或消毒机消毒，每日消毒时间大于 30 分钟，遇到疑似或确诊传染患者应随时消毒。
3. 一般诊疗器械（体温计或口表、肛表）用含有效氯 1000mg/L 的消毒液浸泡 30 分钟或过氧乙酸 1000mg/L 浸泡 10-30 分钟，清水洗净擦干。
4. 医生接诊每位患者后均应洗手，应用消毒液揉搓消毒 2 分钟后，再用抗菌洗手液和流动水洗手。
5. 地面和物体表面的消毒应用含有效氯 1000-2000mg/L 的消毒剂消毒。
6. 如遇疑似或确诊的烈性传染患者，执行相应的消毒隔离措施，并做好个人防护。

三、肠道门诊工作制度

1. 感染性疾病科肠道门诊每年 5 月至 10 月开设腹泻病门诊，要求专人、专室、专设备，24 小时值班。
2. 严格执行各项诊疗技术操作规范和消毒隔离制度。
3. 腹泻病门诊只准接诊腹泻患者，不得接诊其他患者。
4. 做好腹泻患者的就诊专册登记，需抢救治疗及留床观察患者另做详细病历记录。
5. 做好腹泻患者监测与统计工作，做到“逢泻必检、逢疫必报”。
6. 对中、重型腹泻患者应收治感染性疾病科，积极抢救治疗或留床观察。
7. 对漏报、瞒报、缓报疫情的，依法追究个人责任。

消毒供应中心工作管理制度

一、消毒供应中心工作管理制度

1. 在护理部领导下及院控感染科指导下负责各项工作。
2. 工作人员熟悉各类器械与物品性能、用途、清洗、保养、消毒、灭菌方法，并严格执行各类物品处理流程，保证各类器械、物品完整，性能良好。
3. 各个工作区人员相对固定，严格遵守消毒隔离制度，树立职业防护意识，做好个人防护，确保职业安全。



4. 建立健全相关制度、操作流程及岗位职责。认真执行各项规章制度和严格遵守各项技术操作规程，有效防范工作失误和事故的发生。

5. 分工明确，互相协助，共同完成各项工作任务，并做好相关统计工作。

6. 严格控制人员出入，非本中心工作人员未经许可不得随意进入工作区域，严格控制三个区域（污染区、清洁区、无菌区）的人流、物流、不得逆行。

7. 建立物品账目及清领、发放、回收、报废、赔偿制度，并做到定期检查，要求财物相符。

8. 定期检查各种仪器设备，确保使用安全。发现问题立即按照相应程序处理。

9. 加强与临床科室的沟通，定期征求意见、建议、不断改进工作。

二、消毒供应中心消毒隔离制度

1. 工作区域严格区分去污区、检查包装灭菌区、无菌物品存放区，路线采用强制通过的方式，不准逆行。分别设置污染、清洁、消毒、无菌物品出入口及通道，不得交叉。严格区分无菌物品、清洁物品和污染物品，流水操作不逆行。

2. 凡进入供应中心人员必须更换鞋子，进入工作区域须更换相应区域的工作服及鞋子，做好标准防护，操作前后认真洗手。

3. 消毒供应中心内保持清洁、整齐、墙上无灰尘、霉点、裂缝、蜘蛛网。每天用消毒液擦拭各个工作室内物体表面一次，地面用消毒液拖地，各个区域有专用抹布和拖把，不得交叉使用。每月一次大扫除。

4. 消毒供应中心工人必须经培训后方可上岗，必须熟练掌握各类物品的清洗、消毒、灭菌的方法和质量要求以及各类物品的性质、保养方法和使用范围。消毒员应持有上岗证。

5. 回收用物遵守标准防护原则，可重复使用的医疗器械先清洗后消毒；特殊感染患者用过的物品，用双层黄色胶袋封闭包装作好标记，密闭回收，必须先消毒后清洗，严格按照《医院消毒供应中心操作规范》进行处理，灭菌后备用。

6. 消毒液按规定配比、监测，及时更换。

7. 压力蒸汽灭菌操作程序严格按照《医院消毒供应中心管理规范》执行。使用时必须进行工艺监测、化学监测、生物监测。所有监测必须按照监测制度执行，资料保存三年。

8. 已灭菌物品应按要求分类存放于无菌物品存放间，先进先出、不得有过期物品。各类无菌物品应清洁、无损，并注明物品名称、灭菌日期、有效期和责任者；包内有化学指示卡、包外有化学指示胶带。

9. 消毒供应中心检查包装灭菌区、无菌物品存放区的空气、物表、工作人员的手每季度必须做微生物监测一次。所有的监测必须作好详细记录，资料保存3年备查，



空气净化有管理及记录。

10. 收、送物品洁、污车辆分开,所有物品必须密闭运送。下送车辆必须每日清洁,下收车辆每日清洗消毒,分区存放。

11. 一次性使用无菌医疗用品,须拆除外包装后方可进入无菌物品存放间单独存放,并严格按照一次性医疗用品管理办法实施管理。

三、消毒供应中心查对制度

1. 清点分类时,认真清点核对科室、物品名称、数量、规格及性能,准确无误后登记,如有疑问应及时与相关科室联系。

2. 配置各种消毒液、清洗剂时,应认真查对原有品名、规格、有效期、有效浓度,应配置的方法、浓度和注意事项等。

3. 包装物品时,必须双人核查包内器材和敷料的品名、规格型号、数量、性能、清洁度、所选包装材料的正确性、完好性,以及包外的信息是否完整,包的重量和体积是否符合要求,经双人核对并签名后才能封包。

4. 灭菌时,消毒员与质量检查人员共同查对,即入锅前查数量、规格、装载方法、灭菌方式;入锅后查压力、温度、时间、浓度;出锅时查有无湿包、破损包、散包,查化学指示胶带变色情况及监测包中化学指示剂是否达到灭菌后的标准要求,在记录本上双人签名并保留灭菌资料至少三年。

5. 使用耗材时应检查耗材的有效期、失效期、包装的完整性等。

6. 发放消毒或无菌物品时,认真查对科室、物品名称、灭菌日期、失效日期、锅号、锅次、包外化学指示胶带变色情况及包的完整性和严密性是否达到标准要求,确认无误后方可发放并登记。

7. 物资入库时须查对物资名称,证件是否齐全、厂家、批号、规格、数量、灭菌标识和日期。

8. 定期查对物品基数,及时补充,保证供应。

附:各区主要查对工作内容

1. 器械清洗查对

(1) 污染器械数量查对:污染器械接收时应查对器械名称、规格、数量及功能性状等。

(2) 每天上班时,工作人员查对器械清洗技术参数,每次清洗的物品与清洗程序应相符,并复核。

(3) 清洗效果查对:人工清洗器械时,查对血迹、锈迹及污垢等是否被冲洗;清洗消毒器清洗物品时,查对器械装载重量和程序选择是否正确。如:器械轴节是



否完全打开，有口器具是否开口朝下，器具高度是否低于旋转臂，所有器械的表面均能被水冲洗等。洗毕有无肉眼可见污物。

(4) 使用化学消毒剂，必须查对监测的浓度；湿热消毒室查对消毒温度与时间。

2. 器械包装查对

(1) 组装者和包装者双人查对：器械包装时，由组装者负责准备包内所有的器械，并遵循相关质量要求检查器械质量、数量、规格和功能并按要求正确摆放。包装者负责核对，并注意显微器械的功能部位、尖锐器械的锐利部位及贵重器械的功能部位的保护等，包内化学指示物正确摆放等，确认合格后进行包装；双人签名。

(2) 医用热封机密封性能双人查对：每人开机时，有操作员与质控员对医用热封机热合密封的温度技术参数查对，确认密封性能合格后，方可进行密封包装。定期对医用热封机密封效果查对，检查密封封口质量，如密封宽度 ≥ 6 mm，密封平整均匀，封口处无气泡、无裂隙、无皱褶，可采用医用热封机测试纸进行测试。

(3) 待灭菌物品查对：装载物品时，消毒员再次对待灭菌物品包的体积、质量、外包装、标签信息等进行核对，再次核查物品密封完好性，合格后进行装载灭菌。

3. 灭菌工作查对

(1) 使用预真空压力蒸汽灭菌器在工作前，消毒员必须严格检查灭菌器附近、蒸汽管道水压、蒸汽压力、压缩空气等参数，检查正常后才启动灭菌器工作。

(2) B-D 实验结果应消毒员与质控员双人核对，符合要求后，方可进行灭菌工作。

(3) 每批次灭菌过程中，消毒员密切观察及准确记录灭菌器运行状况、灭菌关键参数，以及所有临界点的时间、温度与压力值等。

(4) 每批次灭菌结束后，消毒员判断物理检测结果，以及灭菌过程验证装置(PCD)结果；质控员(或发放员)核对物理监测记录结果(电脑打印数据或记录笔描记图纸)，以及PCD包的包外和包内化学指示物结果，符合要求后，方可进行卸载。

4. 无菌物品发放查对

(1) 外包装完整、清洁、无潮湿、无破损、无松散、标签信息齐全(炉号、炉次、灭菌日期、失效日期、科室及灭菌责任人)、字迹清晰等，方可进行灭菌物品的分类与摆放。

(2) 接收一次性无菌物品时应查对外包装标识，同批次的检测报告：物理监测、化学监测、生物监测(包括无菌试验及热源检测)，外包装箱上的环氧乙烷灭菌或辐射灭菌等化学指示物，有效期(生产批号、灭菌批号、失效日期)外包装质量等。

(3) 一次性无菌物品拆除外包装进入无菌物品存放区时，必须查对每盒(或包)中包装与外包装的生产批号、灭菌批号、失效日期是否一致，以及中包装质量等。

(4) 发放无菌物品时，必须双人查对无菌物品名称、数量、外包装、包外灭菌



化学指示物及标签信息等符合要求后，方可进行无菌物品的发放工作。

四、毒供应中心交接班制度

1. 交接班基本原则

(1) 各岗位工作人员应认真履行岗位职责，服从工作安排，保证无菌物品生产过程和供应能满足临床需要。

(2) 交班者和接班者进行现场交班，并认真查看相关记录。接班者发现问题，应由交班者负责；接班后如因交班不清，出现问题等，应由接班者负责。

(3) 实行岗位责任制。交班者下班前检查各项工作完成情况，详细记录注意事项，完成交班者工作。接班者上班时认真查看工作记录、清点实物以及各项安全检查等，完成接班者工作，有疑问时及时电话与交班者沟通，必要时与交班者现场交接。

(4) 建立交接班记录本，对需要交接的事宜进行认真记录，记录内容应清晰、客观、及时、不能由其他工作人或进修生、实习生记录。

(5) 科室定期召开质量分析会，对缺陷问题进行分析、讨论与评估，明确责任，及时进行整改，促进质量持续改进。

2. 去污区工作的交接

(1) 回收人员与接收人员交接；清点、检查器械的数量与器械的完好性，发现器械不符或器械损坏，与科室进行沟通，给予及时的淘汰或补充。

(2) 下班交接；未完成清洗的器械，需要特殊处理的器械，清洗设备运行状态，水处理设备、清洗消毒器、高压水枪、超声波清洗机等设备运行情况及出现故障或正在维修等要交接。

(3) 清洗效果交班；对于器械清洗效果监测、清洗设备效果监测等情况，各班之间需要交接。

3. 检查包装及灭菌区工作的交接

(1) 检查包装及灭菌区与去污区人员交接；需要重新返洗的清洗物品、器械数量、损坏的器械、贵重精细器械等。

(2) 上下班交接；物品组合包装时，器械数量、未包装物品的名称和数量；急需灭菌的物品和未灭菌的物品等，干燥柜、医用热封机运行状态交接。

(3) 灭菌器及辅助设备情况交接；仪器设备的运行状况、日常维护状况、运行技术参数情况、发现异常时的故障原因、维修经过等。

(4) 停水停电、停蒸汽等突发事件的应急处理情况的交接。

4. 无菌物品存放区交接

(1) 发放与下送人员交接；下送到各科室的无菌物品应当面清点，供应物品应及时准确，不应有拖欠科室物品的现象。



- (2) 上下班交接；无菌物品库存数量与周转情况，科室特色需要的器械。
- (3) 应急无菌物品的检查、清点与交接；定期检查物品的灭菌日期、数量等。

五、消毒供应中心安全管理制度

1. 消毒供应中心全体工作人员必须树立“安全第一”的意识，掌握防火、防爆知识，能正确使用灭火器材，各班下班前必须关闭水、电、汽和设备开关。
2. 严格执行查对制度和交接班制度，加强各环节查对，并认真登记。
3. 凡接触污染物品、尖锐的器械及刺激性的气、液体、必须做好职业防护，穿隔离衣，戴外科口罩、手套、护目镜，穿专用鞋等。
4. 认真执行各项仪器设备操作规程，做好日常保养维护，发现问题立即按照相关规定处理。
5. 压力蒸汽灭菌器必须专人负责，经过培训后持证上岗，每台灭菌器应有年检合格证。
6. 工作区域禁止吸烟，易燃易爆物品远离火源，保持消防通道的通畅。
7. 各当班者即为安全管理者，不得有闲杂人员进入供应室，夜班应关闭门窗，防止意外。

六、消毒供应中心护理人员职业防护制度

1. 所有护理人员必须接受医院感染科、护理部及科室组织的有关职业安全防护知识培训，提高护理人员对职业暴露的防范意识。
2. 消毒供应中心工作人员在进入各工作区域时，按照要求着装并作好标准防护，戴圆帽子、口罩、手套。配置多酶清洗剂要戴护目镜，防止酶制剂损伤皮肤黏膜，如多酶清洗剂不慎进入眼睛，应第一时间用洗眼装置冲洗眼睛，然后到相关科室处理。
3. 护理人员应遵循洗手与手卫生消毒原则，掌握洗手指征，严格按照六步洗手法进行洗手或进行手消毒，严格执行手卫生制度。
4. 在器械清洗过程中，应当戴具有防渗性能的口罩，防护眼罩、穿戴具有防渗性能的隔离衣或围裙，面罩，穿鞋套等，防护措施应严格以防感染。
5. 工作时要防止烫伤，一旦发生烫伤立即用冷水冲洗，严重者到相关科室处理；接触电源、带电物体必须戴橡胶手套，保持手部干燥。
6. 工作人员在进行器械分类操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意，防止被针头、缝合针、刀片等锐利器械刺伤或划伤，如果手部发生破损，在进行手工器械清洗时必须戴双层手套。
7. 正确处理医用垃圾，避免造成交叉感染。



8. 如不慎被乙型肝炎、丙型肝炎、HIV 病毒污染的尖锐物体划破刺伤时，应立即挤出伤口血液，然后用肥皂水和清水冲洗，再用 0.5% 碘伏消毒，必要时到急诊外科进行伤口处理，按照医院规定进行相应的身体检查和预防治疗，做好随访。

9. 发生职业伤害时，立即上报医院相关管理部门。加强对职业防护的督导检查，持续改进工作，减少职业暴露。

10. 开展护士心理健康评估，加强心理知识的培训及疏导工作。

七、消毒供应中心监测制度

1. 专人负责质量监测工作。

2. 工作人员认真遵守各项检测技术操作规程，以事实求是的科学态度对待工作。

3. 定期对清洗剂、消毒剂、洗涤用水、润滑剂、包装材料等按要求进行质量检查。

4. 定期对监测材料进行质量检查，包括抽查卫生部消毒产品卫生许可批件及有效期等，检查结果应符合要求，自制标准测试包应符合《消毒技术规范》的有关要求。

5. 清洗质量监测：清洗后的器械、器具、物品应进行日常监测和定期抽查，并有记录，监测结果应符合 WS310.3—2009 的规定要求。

6. 清洗消毒效果监测：应对消毒清洗器及其质量进行日常监测，每批次监测清洗消毒器的物理参数和运转情况，并记录存档。

7. 灭菌效果监测：每日对真空型压力蒸汽灭菌器进行空锅 B—D 实验，每次灭菌应连续监测并记录灭菌的温度、压力、时间等灭菌参数，每周进行生物监测一次，灭菌植入型器械、植入物应对每锅进行生物监测。过氧化氢等离子灭菌器应每天至少进行一次灭菌循环的生物监测。环氧乙烷灭菌器应对每批次进行生物监测。

8. 质检员每日随机抽查灭菌包包外化学指示物变色情况和物理监测记录，确认设备运行中各项参数的正确性。

9. 定期对检查包装灭菌区，无菌物品存放区进行微生物学监测。

10. 按照以下要求对设备进行监测与验证

(1) 清洗消毒器：应遵循生产厂家的使用说明或指导手册进行验证。

(2) 压力蒸汽灭菌器：定期对压力表和安全阀进行检测校验。

(3) 低温灭菌器：应遵循生产厂家的使用说明或手册进行验证。

(4) 新安装的灭菌器、清洗消毒设备：应做安装验证、操作验证、性能验证、重复验证。

(5) 各种检测与验证结果应保留原始记录，存档保存。

八、消毒供应中心质量控制与可追溯制度

1. 建立质量控制过程记录与追踪制度，记录应易于识别和追溯。灭菌质量监测



资料保留期应 ≥ 3 年，清洗消毒监测资料保留期应 ≥ 6 个月。

2. 做好日常监测和定期监测，每天记录清洗、消毒、灭菌设备的运行情况和运行参数。

3. 每天记录灭菌的信息灭菌日期、灭菌器锅号、锅次、装载的主要物品、数量、灭菌员等。

4. 灭菌标识要求：灭菌包外应有标识，包括物品名称、灭菌器锅号、锅次、灭菌日期、失效日期、包装者与核对者姓名或编号。使用者应检查包外和包内化学指示物变色符合标准后方可使用，同时将包外标识留存或记录于手术记录单上。

5. 临床使用科室任何质量反馈均有全程（包括处理结果）的记录，并妥善留存。

6. 建立持续质量改进制度及措施，发现问题及时处理，并建立不合格物品召回制度。

PICC 门诊管理制度

规范全院的外周静脉中心置管相关工作，提高 PICC 置管成功率，降低导管相关并发症，医院开设 PICC 门诊，成立静脉治疗小组，并制订 PICC 门诊管理制度。

一、PICC 门诊一般管理制度

1. PICC 门诊设护士长一名，在护理部及静脉治疗小组的领导下，负责 PICC 门诊日常管理工作。

2. 严格遵守医院各项规章制度，严格执行操作规程，严防护理不良事件发生。

3. 负责门诊 PICC 维护和并发症的处理。

4. 负责病房 PICC 置管患者的评估、实施，并为其选择合适的置管方式和血管通道器材。

5. 参与静脉治疗小组对全院静脉治疗护士定期进行业务培训和考核。

6. 加强学术研究，开展护理会诊，解决院内疑难输液问题，院内 PICC 疑难问题会诊。

7. 参与静脉治疗小组质控，收集静脉穿刺及 PICC 相关的数据和临床资料统计工作。

8. 做好置管患者的健康教育。

9. 定期征求患者及相关科室意见，持续改进 PICC 置管与维护质量。

二、PICC 门诊接诊制度

1. 带管患者住院或门诊维护时均需出示《PICC 维护手册》，接诊护士检查现有



带管情况是否与原记录相符，检查置管时间是否超期使用，检查有无并发症。无异常后，方可进行治疗、维护。

2. 如没有原始记录或与原记录不相符，则需重新拍片定位，重新建立患者 PICC 档案和《PICC 维护手册》。

3. 入院患者均需建立“PICC 带管入院维护单”，并存入患者病历中，治疗或维护过程中出现异常需填写在《PICC 维护手册》中的使用维护记录栏；门诊患者填写 PICC 门诊维护登记表。

三、PICC 疑难护理会诊制度

为了解决临床经外周中心静脉导管（PICC）置管、维护和各种并发症的处理等复杂疑难的护理问题，建立 PICC 疑难护理会诊制度。通过护理会诊，降低置管风险，解决临床科室出现的各种维护和并发症的护理难题，有效延长置管时间，保证 PICC 导管的护理质量，减少患者痛苦并避免护患纠纷。同时推进具有专科特色的护理新技术的应用，积累护理经验，加强各专科之间的护理技术协作与指导。

1. 各科室有疑难护理问题及时向护理部及静脉治疗小组上报，电话申请护理会诊，由静脉治疗小组协助护理部组织相关护理专家进行会诊。会诊一般应在 24 小时内完成。

2. 由经管护士报告病情，提出会诊问题，参加会诊的护理专家查看患者及管道使用情况，提出会诊意见，最后综合会诊意见或建议，指导临床 PICC 导管的使用，维护和护理工作。

3. 静脉治疗小组做好会讨论记录，以积累对 PICC 疑难护理问题的护理经验。

4. 促进会诊后护理措施的追踪工作，保证 PICC 导管使用的安全性。

纤支镜管理制度

一、纤支镜室一般管理制度

1. 凡是做支气管镜检查的患者，应由临床医生逐项填写检查申请单。

2. 预约时向患者详细交代检查日期及注意事项，检查当日携带好相关资料以便检查时参考。

3. 工作人员进入纤支镜室应规范穿着工作服，操作时应戴口罩、手套、帽子，严格执行无菌操作。

4. 检查前向受检患者说明检查过程中的注意事项，解除患者疑虑以取得配合。

5. 随时观察患者病情变化，如有异常，立即通知医生，并配合医生处理，如遇



抢救或紧急情况，应全力以赴抢救患者。

6. 术后向患者宣教注意事项，详细交代取检查结果的时间等，观察患者术后反应，发现病情变化随时处理。

7. 镜检后及时做好记录，妥善保管检查资料。

8. 各种抢救药品、仪器，固定专用，定期检查和维修，用后消毒备用及时补充，保持完好备用状态。

二、纤支镜室消毒隔离制度

1. 严格执行医院关于控制院内感染的相关规章制度。

2. 严格执行纤支镜室一般管理制度，对入室人员严格管理。

3. 工作人员进入室内应规范穿着工作服，操作时应戴口罩、手套、帽子，严格执行无菌操作。

4. 医务人员必须遵守消毒灭菌原则，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。

5. 活检钳一人一用一灭菌，一次性活检钳严禁重复使用。

6. 支气管镜使用 2% 戊二醛浸泡消毒灭菌，并每日监测其浓度。

7. 治疗区应保持洁净，每日检查前开窗通风 1 小时，每日检查结束后，紫外线照射房间 2 小时，操作台、桌、椅、地面等用 500mg/L 的有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟。

8. 每月进行环境卫生学监测，并登记。

三、纤支镜室患者接诊制度

1. 接诊人员应热情服务，主动关心患者，耐心解除疑虑，做好宣教指导工作，以取得配合。

2. 查看预约时检查申请单填写是否正确，心电图及凝血时间结果，注意有无禁忌证，填写术前检查预约通知单，详细交代术前准备事项。

3. 检查当日专人负责接诊受检患者，编写检查号，按顺序接诊。核查患者术前检查申请单，测量患者血压、心率及血氧饱和度，询问简要病史，核查患者有无禁忌证及签署术前知情同意书。

4. 核对患者基本信息并输入电脑。

5. 做好纤支镜检查术前静脉复合麻醉镇静或喉头局部麻醉，准备好患者病历和 CT 片等。



内镜室工作管理制度

一、内镜室一般管理制度

1. 在科主任领导下进行工作。
2. 自觉遵守院纪院规，不得擅自离岗、脱岗、早退，在岗不谈论与工作无关的话题。
3. 认真落实患者预约、检查及麻醉内镜患者的苏醒、检查后的卫生宣教。
4. 协助医生完成病理标本的留取并及时送检。
5. 认真落实内镜的清洗、消毒及保养工作。仪器设备定期检查维修。
6. 随时观察患者病情变化，如有异常，配合医生及时处理。
7. 主动关心患者，态度亲切，缓解患者紧张心理。
8. 保持检查区域的环境清洁、安静，合理安排就诊顺序。
9. 各种抢救药品、仪器，固定专用及时补充，保持完好备用状态。
10. 规范一次性物品的使用，严格执行内镜室消毒隔离制度，防止交叉感染。
11. 做好工作人员的职业安全防护，定期组织业务学习，提高理论知识及操作技能。

二、内镜室消毒隔离制度

1. 操作前医务人员衣帽整洁，诊室内保持环境清洁卫生、空气流通每日紫外线照射消毒 2 小时并登记。
2. 消化道传染患者需安排单独胃镜检查，上、下消化道内镜检查分室进行。
3. 每位患者检查前操作者必须更换清洁手套，实行一人一垫一治疗巾，防止交叉感染，内镜每天首次使用前需在消毒液中浸泡 20 分钟。
4. 严格按照内镜的清洗—酶洗—水洗—消毒—水洗的程序洗消内镜，消毒浸泡时间不少于 5 分钟并记录。
5. 穿透黏膜的各类附件如：活检钳、电切刀等需经高压消毒可使用。
6. 每日诊疗结束后必须对吸引瓶、吸引管、清洗槽、酶洗槽、冲洗槽进行清洗消毒。
7. 内镜储存柜每周用 500mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭。
8. 使用中的 0.55% 邻苯二甲醛每日进行浓度监测并记录，每周更换，每月做 1 次细菌培养，每季度对消毒后内镜进行生物学监测并做好监测记录。
9. 对清洗机的储酶罐及酒精罐，酶注洗管道及酒精注洗管道每周进行清洗及消毒。



10. 建立内镜质量追溯制度，健全登记本。

三、内镜室接诊制度

1. 接诊人员应热情服务，主动关心患者，耐心解除疑虑，做好宣教指导工作，以取得配合。根据检查及治疗项目预约就诊时间，发放预约单，将患者就诊时间分时段分配，减少患者候诊时间。

2. 预约时检查申请单填写是否正确，查看心电图及乙肝标志物检查结果，注意有无禁忌证，填写术前检查预约通知单，签知情同意书。

3. 详细指导患者检查前准备事项和治疗的注意事项。

4. 进入检查间就诊时认真核对患者姓名、性别、检查项目、门诊患者检查申请单号或住院患者住院号，无误后方可开始检查。

四、内镜室查对制度

1. 在预约台核对患者姓名、性别、检查项目、门诊患者检查申请单号或住院患者住院号、所需文件资料与物品（病历、影像资料、术中特殊用药）等。

2. 患者进入检查室后，由两名护士再次核对患者姓名、性别、年龄、检查项目、门诊患者检查申请单号或住院患者住院号，无误后方可检查。

3. 检查中如遇危重抢救，医生根据病情下达口头医嘱，护士必须重复2遍，得到医生确认后方可执行。

4. 检查结束后再次核对患者姓名、性别、门诊患者检查申请单号或患者住院号，发放检查报告单，详细宣教指导检查后注意事项。

精神科护理管理制度

1. 精神科分级护理制度

精神科分级护理是根据病情的轻重缓急和对自身、他人、周围环境安全影响程度分为特级护理及一、二、三级护理。躯体疾病的护理按相应疾病的分级护理标准执行。护理级别标识：一级红圈，二级篮圈，三级没圈，红三角病重（病危）。

（1）特级护理

护理对象

①精神障碍伴有严重躯体疾病，病情危重，随时有生命危险，生活完全不能自理者。

②有明显意识障碍，有极严重的自杀、自伤危险。

③受伤或自杀未遂后果严重、生命体征不稳定者。



④因精神药物引起的严重药物不良反应如恶性症状群、急性粒细胞减少等，出现危象、危及生命者。

护理要点

①设 24 小时专人护理，安置在重管室严密观察病情变化，每班评估病情及时制定护理计划，保持水电解质平衡，准确记录出入量，并作好护理记录。

②认真落实基础护理及各项治疗和护理措施，保持各种导管的通畅，严防并发症，确保病人安全。对意识障碍、躁动不安病人应有防护措施，防止烫伤与坠床。

③备好急救物品和药品，以备抢救之需。

④实行封闭式管理。

(2) 一级护理

护理对象

①重症但尚不需特护的病人，如自杀、癫痫发作、木僵、谵妄、瘫痪、中毒、外伤病人；或需严格卧床休息，生活不能自理者。

②较明显的自杀、自伤或极度兴奋躁动者，或严重的被害、自罪妄想、幻觉可能导致的患者自杀、出走、伤人者。

③特殊治疗需要严密评估病情和加强监护的病人，如电休克治疗者，以及大剂量精神药物治疗或有明显不良反应者。

④入院一周内的病人。

⑤接受司法鉴定者。

护理要点

①安置于重点病室，实行封闭式管理，专人监护，需严密评估病情，重点交接班。

②病人以重病室内活动为主，不能脱离护士视野，外出必须由工作人员陪同，生活物品由工作人员保管。合并传染病病人必须隔离，防止交叉感染和感染扩散。

③严格执行危险物品管理制度，定期检查危险物品，定期检查病人有无外伤。

④有自杀、自伤、冲动、毁物行为的病人，适当予以保护性约束，并应注意保护带的松紧度，经常更换保护的位置，做好基础护理及安全防护。

⑤对长期卧床不能自理生活者，做好基础护理，防止并发症。同时加强生活护理，保证生理需要，每天评估病情并记录，病情变化随时记录，并报告医生及时处理。

⑥酌情进行针对性心理疏导。

(3) 二级护理

护理对象

①一级护理病人病情好转而且稳定，精神症状不危害自己 and 他人，或仅有一般躯体病症。



②有轻度自杀、外走念头，能听劝说且无行为者。

③生活自理尚需协助，或年老体弱、儿童病人。

护理要点

①安置于一般病室，以封闭式管理为主，病人可在工作人员的陪同和保证安全的情况下参加户外活动，个人生活物品可由病人自行管理。

②定时巡视，15分钟查房一次，密切观察、评估病情及治疗反应，作好记录。

③督促或协助病人进行生活料理。

④有计划地安排病人集体活动和参加工娱疗等各项康复活动。

⑤进行针对性的健康教育，做好心理护理。

⑥护理记录每周1次，病情变化随时记录并报告医师做好相应的处理。

(4) 三级护理

护理对象

①经治疗症状基本消失、病情稳定，等待出院的康复期病人。

②无自杀、自伤、冲动、外走危险的病人。

③生活能自理的病人。

护理要点

①安置于一般病室，可酌情实施半开放式管理，用物自行管理。

②充分调动病人的积极性，鼓励病人参加病区管理、集体活动和工娱治疗，逐步培养和锻炼回归社会的适应能力。

③评估病情，了解病人出院前的心理状态并进行心理护理、康复训练和健康教育。

④护理记录每周1次，住院半年以上且病情稳定者每半月护理记录1次，病情变化等及时记录。

⑤对病人进行疾病、治疗、防复发和社会适应等方面的健康教育

2. 病区安全管理制度

(1) 严格执行交接班制度。新病人及有严重自杀、逃跑、毁物及保护性约束或调换床位的病人应作重点交接班。

(2) 病人出入病室要清点人数，并有工作人员陪伴。严防病人趁机出走或将违禁物品带入病室。

(3) 病人外出活动前，要对室外活动场所进行安全检查，消除不安全因素。

(4) 根据分级护理标准对病人进行巡视，三防病人重点巡视。夜间病人上厕所时应及时查看。午休和夜寝时勿使病人蒙头睡觉，以防意外。

(5) 病人洗澡应有工作人员照料，防止烫伤、跌倒、溺水或逃跑。理发、刮胡须、修剪指甲时须专人监护，不得将危险工具直接交给病人使用。



(6) 病室各种设备, 如电器、灭火器、门窗、玻璃、床架等应定期检查, 若有损坏, 应及时申请修理。

(7) 病人吸烟应集中在指定地点, 防止乱扔烟蒂引起火灾。

(8) 出入治疗室、配膳室、盥洗室、储藏室等处的门应随时锁好。钥匙、剪刀、消毒液、注射器、体温计、氧气筒、约束带等均应定量定位放置, 并详细交接班。一旦发现数量不符, 及时追查并报告护士长。

(9) 每周二次安全大检查。检查病人衣服口袋、床铺、褥垫、床头柜和病人活动场所等, 检查内容包括病人是否藏有药品、钱、绳索、刀剪、碎玻璃片、火柴等, 并做详细记录。

(10) 对前来探视者作好解释宣传工作, 不得把危险品、限制物等直接交给病人。巡视情况均记录在巡视单上。

3. 重管室病人护理安全制度

(1) 病人入住重管病室, 护士要进行安全检查, 严防危险品、限制品带入。

(2) 每日对重管病室环境及床单位等做安全检查, 每周 2 次安全大检查。

(3) 重管病室病人必须在工作人员视野内活动, 消极病人不单独安置在房间内。

(4) 重管病室病人会客时必须在工作人员视野内, 家属带来的物品要经工作人员检查后才能转交病人, 防止危险品带入病房。

(5) 病人进餐时要密切观察病人的进餐情况, 防止抢食、窒息等意外事件的发生, 必要时协助进餐。

(6) 重管病室工作人员要保持高度警惕性, 不擅离工作岗位, 必须离开时应做好交接。

(7) 非重管病室工作人员不得在重管病室内闲谈, 以免分散工作人员的注意力, 注意保持病区安静。

(8) 约束病人严格按照约束保护制度执行。

4. 精神科病房巡视制度

(1) 精神科病房的巡视工作以护理巡视班为主, 工作人员应加强工作责任心, 提高安全防范意识, 对重点病人应做到心中有数, 密切观察病人的动态, 及时巡视病区。

(2) 白天病人集中在饭厅内活动, 不得将病人独自留在病室, 加强厕所、盥洗室等偏僻处的巡视。白天巡视班主要以安全检(巡)查、新入院患者安检(卫生处置)和协助开展工娱活动。晚上巡视班以整个病房及病人的巡视为主, 确保病房安全。一般情况下, 最多不超过 15 分钟巡视一次病房, 对新病人和有冲动、外跑、自伤



自杀倾向的患者，保护性约束的患者，及有严重躯体疾病的患者，应随时加强巡视。

(3) 病人卧床期间，巡视者需到病人床边，观察病人的脸色及呼吸情况。巡视时，发现病人病情有变化，或异常体征，或有不适主诉等，应及时通知医生，及时处理，并做好的记录。发现病区设施设备有安全隐患时，应及时通知护士长联系相关部门维修，做好防范工作。

(4) 巡视的重点内容包括：①重点患者：如新病人，有严重躯体疾病的患者，有冲动、外跑、自杀自伤倾向的患者，保护性约束的患者，当班护理人员必须做到心中有数。②重点时段：输液治疗时、家属探视时、进餐时、服药时，护理人员应加强病房的巡视。日间工作人员少，且患者服完药后需观察是否发生药物不良反应，应加强巡视。中夜班护理人员应认真巡视，仔细观察患者夜间的睡眠、呼吸等情况，以防意外发生。③重点地方：如楼道的转角处、卫生间、洗澡间、病区门窗等，应重点巡视。对 I 级病人和消极病人应加强巡视，6:00-22:00 每小时记录 1 次，22:00-6:00 每 30min 记录 1 次；II 级病人 6:00-22:00 每 2h 记录 1 次，22:00-6:00 每小时记录 1 次；巡视情况均记录在巡视单上。

(5) 外出活动、检查、洗澡等，必须穿病员服，由工作人员带领陪同，注意路途中的安全防范。

(6) 夜间按规定巡视，一旦发生意外，及时采取有效的护理措施，积极配合医生做好抢救工作，并写好详细的护理记录。

(7) 对巡视发现的安全问题作好记录与交接班。凡未按时巡视或交接而发生的不良事件，巡视护士负主要责任，按医院相关规定进行处理。

5. 三防病人护理管理制度

(1) 三防病人（防消极、防外跑、防冲动）在一览表做好标记。

(2) 工作人员熟记三防病人床号、姓名、病情和面貌特征。

(3) 严重消极病人、或明显伤人毁物行为病人、或有出走企图或行为的病人，应安排在重管病室内，24h 重点监护。

(4) 对有严重自伤、自杀行为的病人根据医嘱予以约束保护，必要时可请家属 24 小时陪护。

(5) 对有暴力行为的病人，工作人员不可将自己单独与病人同置一室，须有 2 人以上协同工作，以免受到伤害。

(6) 做好床边交接班，加强观察，严格落实巡视制度。

(7) 每日进行常规安全检查，如外出返回时应再作安全检查。



6. 护送病人外出管理制度

- (1) 遵照医嘱确认患者的身份, 核对检查项目的准备事宜完成情况。
- (2) 由主管医师对病人进行风险评估, 确定患者是否配合和可以外出检查或治疗。病人离开病区时一定要穿医院病号服。
- (3) 一般风险病人由护士接送, 病人必须穿病员服, 采用一对一护送, 护士要清楚病人的主要病情和注意事项, 并交接清楚病人数。
- (4) 存在外跑、自伤自杀等高风险病人暂缓外出检查, 必要时通知家属与医护人员共同护送。
- (5) 护送途中要密切观察、前后呼应, 病人必须在工作人员的视野内, 特别是分叉路口、转弯处要设立观察岗, 密切注意病人的动态。
- (6) 外出期间不得让病人接触各种危险物品(如刀剪、绳索、玻璃等), 不得让病人靠近危险地带(如露台、门口、窗台等), 防止病人跳楼、逃跑或自杀自伤, 随时观察病人的反应, 保证病人检查途中的安全。
- (7) 整个外出检查过程中, 护送人员不得离开病人身旁, 病人上厕所时工作人员也必须陪同, 检查完毕后及时将病人送回病房并与护士做好交接。
- (8) 护送人员注意力要集中, 不得与其他工作人员闲谈。
- (9) 病人进出病区时护士要认真清点人数, 做好交班。
- (10) 非病区护理人员不得擅自送病人或开门放病人出病区。
- (11) 外出病人数在 2-10 人时应至少有 2-5 位工作人员护送; 病人数 >10 人时应至少有 5 位以上工作人员护送或分批护送, 男病人建议一对一或二对一护送, 确保病人安全。

7. 精神科约束保护制度

- (1) 执行限制患者管理制度。约束保护时, 应按约束保护操作常规执行。无医嘱情况下, 护理人员不得擅自约束病人, 如遇到突发事件(自伤、伤人等)需采取紧急保护措施时, 应在采取约束保护后, 由当班医师(必须在 2h 内)及时补开医嘱。
- (2) 实施保护约束时, 工作人员应态度和蔼, 说明目的, 消除病人的恐惧, 避免动作粗暴。严禁用约束惩罚病人。
- (3) 病人约束保护期间, 应安置在重管病室内, 防止被其他病人袭击、伤害或解脱约束发生意外。
- (4) 加强观察病人的病情、约束带的松紧、肢体的血液循环等, 做好生活护理。
- (5) 对被约束保护病人, 应定时喂开水和足够营养, 及时处理大小便, 保持床褥清洁干燥, 防止压疮发生。



(6) 被保护肢体必须处于功能位置, 约束带松紧度应适中, 经常检查有无肢体发绀、红肿情况, 有无自行解脱现象, 一旦症状有所改善或病人安静入睡后即解除约束。

(7) 严格床头交接班, 内容主要为约束带松紧度及数目、肢体血循状况、床褥及衣裤是否干燥清洁, 并作好重点交班和记录。

(8) 执行约束保护后, 护理人员必须完整、正确地填写约束保护登记表, 并按要求书写护理记录及巡视记录单。

(9) 约束保护病人情绪稳定后, 及时与医师联系, 医师开出解除约束保护医嘱, 及时执行并做好登记。

(10) 下列情况的病人可考虑保护约束: ①极度兴奋躁动, 伴有躯体疾患、用药及短时间内难以控制其躁动者; ②各种原因引起的谵妄状态; 癫痫伴有意识障碍; ③治疗需要, 如胰岛素治疗, 输液或其他治疗不合作者; ④其他特殊情况需暂时保护者。

8. 病人物品保管制度

(1) 病区保管员负责保管好病人住院期间的生活物品, 防止损坏或遗失。

(2) 病人入院时, 护士及保管员应逐项检查、登记生活用品及衣物, 并作好标记。建立“病人存物登记本”, 收存与取物双方签名, 以备查证。严防违禁物品带入病房。

(3) 贵重物品由护送人员清点签字后带回, 特殊情况由护士长签名留存。

(4) 家属探视时带入的食品存放于食品柜内, 每日由保管员按时发放。保管员每日对保存的食品必须进行清理, 确保无变质食品发放。

(5) 根据季节存放病人衣物, 必要时与家属联系, 调换衣服。

9. 服药制度

(1) 严格执行查对制度, 做到准确无误。

(2) 发药前准备好温开水, 以防烫伤。

(3) 熟记病人床号、姓名、面貌、药名, 按次序发药。有疑问要及时核对无误后再发给。

(4) 发药时认真检查病人口腔、舌下和颊部, 证实药已咽下方可离开, 防止藏药、吐药、丢药、积蓄药品造成意外和影响疗效。

(5) 发药盘放于适当位置, 严防病人抢夺或弄翻药盘。

(6) 对拒服药者, 进行说服解释工作; 对躁动不合作病人, 必要时给予鼻饲服药, 并严防呛入气管。

(7) 服药后注意观察用药反应, 发现异常立即报告医生, 及时处理。



(8) 服药完毕清点用物，防止遗漏在病室。

(9) 安眠药的使用应及时登记，避免短时间内重复服用，用药前注意有无禁忌证及过敏史。

10. 探视管理制度

(1) 探视日安排工作人员负责大门口安全，防止病人趁探视家属进出时出走，护士或保管员负责检查、登记家属带来的物品，防止危险品带入病区。中午休息时间和下午下班后谢绝探视。

(2) 接待探视时，工作人员应宣讲探视制度，仔细检查携带物品，禁止危险物品进入病房，如刀、剪、绳带、打火机、玻璃器皿、铁器、锐利物等，禁止带骨、带刺或其它易致噎食、不易消化的食物进入病房。耐心解答探视者的询问，有关医疗及预后等问题可通知医生给予介绍。

(3) 接待探视时，工作人员应询问探视者身份，为保护病人隐私，保证病房安全，非直系亲属未经患者家人同意时，不准进病房探视，工作人员要作好解释。有传染病者和儿童不得进入病房探视。

(4) 督促家属遵守探视规则，禁止探视人员将违禁物品带入病室，不可将手机借给病人，若为其他病人代发书信，须经主管医生同意后方可代发。

(5) 病人探视时必须穿医院病人服，防止病人与家属混淆出走。探视时要严密观察病人的动态，对情绪波动明显的病人应及时劝慰，必要时通知医生暂停探视，并采取相应措施。

(6) 特殊感染的病人原则上不探视，必要时须在医护人员指导下按规定防护后方可探视。

(7) 探视人员进入病房后，接待的工作人员应安排好探视地点，尽量在活动室或病房走廊探视。期间，工作人员应多次巡视，观察病人是否有情绪波动，必要时作相应处理。

(8) 探视结束后，要仔细检查家属带给患者的物品，防止危险物品和食物留在病房。送探视家属外出时，要防止有病人混入其中外跑。

(9) 新病人入院时，收治医生、主班护士应详细向家属讲解探视管理规定。

11. 陪护管理制度

(1) 陪护由医生根据病情决定并开具医嘱，由护士长安排。

(2) 工作人员应向陪护人员介绍病室有关制度、注意事项并督促执行。

(3) 陪护人员不得擅自离开病室，不得携带贵重或违禁物品进入病室，在病室内不得高声谈笑或议论病人病情或预后，不得随意睡在病人床上，不得逗弄病人取



乐，不得为其他病人代发书信或买东西等。

(4) 未经医生许可，不得擅自带病人外出或请外院医生诊治和服用其他药物。

(5) 陪护人员应遵守医院及病室制度，听从医务人员的指导，爱护公共财物，维护病室整洁。

(6) 陪护人员应经常注意病人情况，如有病情变化应及时向医务人员汇报。

(7) 陪护人员暂时离开病人时应经护士同意并告知去向、时间后再离开。

12. 病人开放制度

(1) 经治医生根据病人的症状表现和精神科分级开放标准，确定开放等级并开具医嘱。

(2) 严格执行开放标准，填写“开放护理单”，责任监护人（家属、单位或亲属等）签名。

(3) 开放外出病人必须穿病员服，明确返回时间，按时返回。

(4) 外出及回病室时护士必须清点人数；一旦发现逃跑应立即追寻并及时报告。

(5) 开放病人必须在规定范围内活动，不得擅自离院，禁止到不安全地方活动，禁止将违禁物品带入病房，禁止给其他病友带东西。

(6) 设立病人小组长，病友间团结互助，发现异常情况及时向医务人员反映。

(7) 开放期间病人病情变化或有违反规定行为时，应及时采取措施、并终止开放。

(8) 教育病人爱护院内花草、树木及公共财物。

(9) 开放级别及范围：

一级开放：在规定区域内由工作人员组织并带领活动。活动范围如工疗室、花园。

二级开放：在规定时间内由工作人员带领，到医院内规定区域活动；或在工作人员带领下，到院外参加集体活动。

13. 老年痴呆患者外出活动安全管理制度

(1) 老年痴呆患者因认知功能障碍，步态不稳，并常伴有多种躯体疾病，容易发生跌倒、走失、低血糖、低血压、病情变化等危险，医护人员须对监护人进行告知。

(2) 病情稳定的患者外出活动需由监护人提出申请，经医生评估病情，病情允许并经医生签字同意后方可外出散步。未经医生许可擅自外出，按自动出院办理。

(3) 患者外出活动必须穿病员服并有人全程陪同（家属或陪护人员），走动的患者须注意衣裤和鞋子合适，在搀扶下活动；坐轮椅的患者必须事先检查轮椅，确保平稳和坐妥；上下坡、走台阶和进出电梯应加以防护。

(4) 活动范围：住院大厅、医院花园，不得离开医院，注意避开嘈杂和不安全的环境。



(5) 活动时间：上午 9 点 30 分—10 点 30 分，下午 14 点 30 分—16 点，每名患者活动时间不宜超过 1 个小时。

(6) 活动期间可携带少量食物和水。

(7) 陪同人员必须时刻关注患者安全，若发现患者病情变化、身体不适和疲劳等及时返回病区。禁止轧堆闲聊和擅自离开患者。

(8) 活动期间发生意外等必须立即通知病房，情况紧急时直接送急诊室并通知病区，或请周围医护人员协助处理。

(9) 离开病区和返回病区必须经护士确认并登记。

(10) 护士负责活动期间病情观察与指导（10 名患者以内安排 2 名护士，10 名以上安排 3 名护士巡查）。

14. 心理科病房管理制度

(1) 同普通病房管理制度。

(2) 病区大门及病室出入口，应随手锁门，钥匙要妥善保管。

(3) 新病人入院，除携带日常用品外，其他物品不准带入病房，违禁物品（包括刀、剪、绳等）严禁带入病房。

(4) 在规定的、地点内探视，若因病情需要等特殊情况下，须经医师同意，方可在相应时间探视。

(5) 按精神科病区安全管理制度执行。

(6) 对存在严重躯体疾病、生活完全不能自理、高龄以及“三防”（防消极、防外跑、防冲动）病人，留家属或监护人 24 小时陪护，防止意外事件发生。

(7) 每周进行环境（包括门、窗等）安全检查。

(8) 对三防病人，定期进行安全检查，检查范围包括病人周围环境、随身用品和病人个体本身。

(9) 需要进行病房外医学检查时，需有专人陪护。

(10) 按分级护理要求对病人进行巡视，对三防病人重点巡视。

15. 精神科病房门锁管理制度

(1) 病房钥匙由总务科统一配置并编号，护士长签领统一管理，科室医护人员每人一把，损坏时用旧钥匙向护士长换取新钥匙，没编号的钥匙一律收缴并追究来源，严禁私自配钥匙。

(2) 科室新进人员至少一周后，在熟悉病房环境和安全管理要求的情况下，方可由护士长发放钥匙。

(3) 科室所有人员应时刻注意、妥善保管好自己的钥匙，严防被病人窃取，严



禁将钥匙插在门锁、抽屉上，或放在办公桌等易被病人拿走的地方。

(4) 在病房工作期间一旦发现钥匙丢失，应立即清点病人，通知所有当班人员共同寻找，并安排专人看管病区出口，防止患者开门外出。如不能及时找到，应及时向科主任、护士长报告。

(5) 科室人员调至他科时，应及时将病房钥匙归还护士长，不及时归还的不放行。

(6) 进出封闭病区开门时，不允许有病人跟在身后，不能将两扇门同时打开，以防病人冲门外跑。

(8) 开门让探视家属或其他人外出时，一定要弄清身份，防止有病人混在其中，特别是新入院病人，以防病人谎报身份外跑；家属带住院病人外出时，一定要确认是否履行请假手续。坚持谁开门谁负责原则。

(8) 工作人员进出办公室、治疗室等办公区域应随手关门，防止病人进入拿走危险物品和药品。

(9) 病人活动时间，当班人员应锁好病房门，以防病人进入病房，脱离视线。有输液、约束等治疗需要的，由治疗班护士与巡视班护士沟通后开门带出活动室。

(10) 巡视班护理人员应随时巡视病房各门窗，确保安全。所有工作人员一旦发现门窗、门锁有损坏时，应立即通知后勤来修理，告知所有当班人员并安排专人作好损坏门窗的防护，防止病人外跑，直到维修完好。



第八部分 岗位说明书

护理部工作人员岗位说明书

一、护理部主任

| | | | |
|---|-------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 护理部主任 | 所在部门 | 护理部 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在院长领导下，负责医院护理业务管理工作。负责制定全院护理工作发展总体规划及目标，统筹协调促进护理工作发展的各项资源。组织制定全院各科室护理人员配置方案，经批准后组织实施与协调。负责医院护理质量、护理安全管理工作。 2. 负责制定全院护理工作、业务学习、技术培训和人员进修等计划，经批准后组织实施。定期检查、评价和总结。制定符合全院实际的护士人力资源管理、护理质量持续改进、风险管理、绩效考核、人员培训、学科建设和专业发展等任务目标和具体方案，并组织实施和落实。 3. 深入科室了解护理人员思想状况。督促全院护理人员遵守各项规章制度，执行各项技术操作规程，指导各科室完成基础护理工作，抓好护理质量管理，防止差错事故，保证医疗护理工作正常有序地进行。 4. 负责组织护理人员业务学习和技术培训，定期进行业务技术考核。开展护理科研和学术交流。加强护理业务质量控制工作，促进护理水平和护理质量的提高。组织领导全院护理科研工作及护理新技术、新业务推广，关注国内外护理专业发展动态，科学进行信息分析和利用，提高护理专业水平，促进护理学科发展。 5. 负责召集护士长工作会议，分析护理工作情况。定期组织护士长检查、学习和交流工作经验，不断提高其业务能力和管理水平。 6. 负责调配全院护理人员，并向院长提出护理人员晋升、晋级、培养和奖罚的建议。与科室共同研究和处理护理人员的差错事故。 7. 指导、检查各临床科室的护理业务管理情况，发现问题及时处理。 8. 负责安排护理人员外出进修、学习。安排实习生、见习生、进修生的护理教学及临床实习，负责管理和结业鉴定工作。 9. 审核各科室提出的护理用品计划，并检查其使用情况。 10. 负责收集和整理护理管理、教学、科研和质控工作资料，按要求立卷归档，提供利用。 11. 完成院长交予的其它工作。 | | | |



三. 任职资格

1. 护理专业, 有护士执业证书, 副主任护师及以上技术职称。
2. 大专以上学历。
3. 15 年以上临床护理工作经验, 5 年以上护理管理工作、3 年以上护理部副主任工作经验。
4. 精通护理学理论及护理技术操作, 掌握国内外护理专业发展趋势及新技术信息, 并保持与本专业护理发展的相应水平。
5. 工作中有拓展意识、预见和分析能力, 较强的计划制定和执行能力、领导和组织能力、科研与教学能力、人际沟通协调能力。

四. 工作质量标准

1. 医院各项指令贯彻执行及时、有效。
2. 管理目标明确, 年有计划、季有重点、月有安排, 年终有总结, 目标管理达标。
3. 二级护理管理体系健全, 护理垂直管理有效落实。
4. 有健全的护理例会制度并有效落实。
5. 护理人力资源管理科学有效, 能满足工作需要。
6. 有健全的护理工作制度、操作规程、护理常规等, 并有效落实。
7. 护理质量管控体系健全, 有持续改进方案和质量可追溯机制。定期组织质控检查, 各项护理质量达标。
8. 及时解决临床护理工作中的各种问题和患者投诉, 有记录、有反馈, 重大事件及时向主管院长汇报。
9. 突发公共卫生事件、危重症及特殊患者抢救工作组织有序、有效。
10. 护理规范化培训率和继续教育率达 100%, 考核合格率 100%。
11. 按计划完成各层级护理教学工作, 教学质量达标。
12. 资料记录及档案管理规范, 各类报表上报及时。
13. 组织或参与科研。



二、护理部质量管理副主任

| | | | |
|---|--------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 护理部副主任 | 所在部门 | 护理部 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部主任领导下负责全院护理质量管理, 制定护理质量工作计划, 经主任审核后实施。 2. 参与修订护理工作各项规章制度及各级人员职责。负责制定护理质量考核标准, 研讨护理质量管理方法。 3. 负责组织检查各项护理制度、护理常规、服务流程和技术操作规程执行情况, 做好护理质量分析及持续改进工作, 确保护理质量的稳定与提高。 4. 负责全院护理安全管理, 组织并参与护理不良事件分析会鉴定会, 提出防范措施, 并督促落实受理投诉的接待及处理工作。 5. 深入临床各科室, 了解并检查治疗、护理落实情况, 组织对疑难危重病人护理会诊、特级重危病人抢救工作。 6. 及时了解国内外护理动态, 组织开展护理新业务、新技术。 7. 负责临床科室与相关部门的协调沟通工作, 如后勤、财务科、信息科、医务科和门诊办等部门 8. 负责完成护理部主任交办的其他工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书, 中级及以上技术职称。 2. 本科以上学历。 3. 10 年以上临床护理工作经验, 5 年以上护理管理工作。 4. 掌握国内外护理发展动态, 精通护理专业相关理论及技术。 5. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部主任的领导下积极开展工作, 表现出较强的协作精神和创新意识。 2. 护理部有系统、完善的护理质量管理体系、切实可行的目标、适合护理发展和病人需求的质量评价标准。 3. 质控计划得到有效落实。护理质量管理各项指标达标, 且护理质量不断改进, 病人对护理服务满意度达 95% 以上。各级质控人员按计划实施质量检查。质控资料详实, 保管妥当。各专科有其专门质量标准, 质量评价达到预定目标。有明确的质量改进计划并落实追踪反馈。 4. 护理人员熟悉工作制度和岗位职责。服务态度良好、理论知识丰富、技术熟练。按常规、标准实施各项护理, 病人基础护理、专科护理、心理护理和健康教育得到落实, 病人满意度达到或超过预定标准。 5. 病人安全管理理念先进、组织健全、报告有效落实。有每月安全事件的统计分析改进措施, 病人安全得到保障。 6. 医院护理工作中各种突发事件和重大事件得到有效处理, 事件的后果被控制到最低程度。 7. 有明确的教学培训计划并落实, 按计划完成教学培训工作。每年在核心期刊发表论文 1 篇以上。 8. 每年参加省市级培训 2 次以上。 | | | |



三、护理部教学培训副主任

| | | | |
|--|--------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 护理部副主任 | 所在部门 | 护理部 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部主任领导下, 负责护理教学、科研管理工作, 制订相应的护理教学与科研工作计划, 经护理部主任审核后实施。 2. 负责护士岗前培训、临床护士规范化培训及继续教育管理工作。 3. 负责临床带教老师规范化培训, 制订方案并组织实施。 4. 负责不同层次临床实习、见习生及课堂教学的管理工作, 制订教学计划、组织实施并督促检查执行情况。 5. 负责进修护士临床护理教学质量的督导及管理工作。 6. 负责组织全院护理业务查房及教学查房。 7. 负责组织各级继续教育项目申报、评审工作, 组织参加各类学术活动。护理科研相关工作、论文审核等。 8. 负责与各科室、各部门的联系、协调与配合。 9. 负责对院校的联络及协调工作。 10. 加强对外联系, 做好学会等各项工作。 11. 负责完成护理部主任交办的其他工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书, 中级及以上技术职称。 2. 本科以上学历。 3. 10 年以上临床护理工作经验, 5 年以上护理管理工作。 4. 掌握国内外护理发展动态, 精通护理专业相关理论及技术。 5. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部主任的领导下积极开展工作, 表现出较强的协作精神和创新意识。 2. 有完备的护理人才培养计划和合理的人才梯队结构。护理人员的选留、聘任、培训、调配等能满足医院临床护理工作与学科发展的需要。 3. 各级各类护理人员教学与培训计划明确, 目标清楚, 标准清晰, 按计划实施各项教学工作, 完成护理院校各项理论授课任务, 护理人员院内年培训率达标。 4. 护理人员熟悉工作制度和岗位职责。服务态度良好、理论知识丰富、技术熟练。按常规、标准实施各项护理, 病人基础护理、专科护理、心理护理和健康教育得到落实, 病人满意度达到或超过预定标准。 5. 建立护士技术档案。负责护理教育管理, 制定护理人员在职教育培训和梯队建设规划并组织实施。 6. 有明确的科研计划并落实, 按计划完成科研工作。护理科研的成果被广泛、有效应用到医院护理管理和临床护理、护理教学中。 7. 加强护理管理人员的领导与培训, 为护士长队伍的发展提供指导和创造条件。做好管理人才梯队的培养。 8. 每年参加院外培训 2 次以上。 | | | |



四、护理部干事

| | | | |
|---|-------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 护理部干事 | 所在部门 | 护理部 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部主任的直接领导下进行工作。 2. 负责护理部日常行政工作。 3. 了解院内护理工作信息，及时反馈，并提出改进意见。 4. 对各病房、科室上交的护理统计数字如：护士长、科护士长月报表。全院护理人员考试成绩等进行统计、汇总、录入、存档。 5. 负责护理有关文件的打印、复印、分发等工作。 6. 负责护理部有关会议、事宜的通知和各种会议记录、整理、存档工作。 7. 协助护理部主任完成一些文字书写工作。 8. 负责接待参观、来访及来电、来信的处理工作。 9. 负责全院护士注册及护士继续教育学分登记等具体工作。 10. 参加护理部周末及节假日值班。 11. 完成领导交给的临时性工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证书，护师及以上技术职称。 2. 专科及以上学历。 3. 3.5年以上临床护理工作经验，科室护理骨干。 4. 具有良好的人际沟通协调能力和较强的文件整理能力，计算机操作能力强。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按时完成护理部的日常行政工作。 2. 收集院内护理工作信息及时。 3. 对临床科室上报的护理数据统计、汇总及时、准确。 4. 贯彻落实护理部主任的各项指令。 5. 护理文件及会议资料记录、整理完整，归档及时。 6. 完成全院护士注册及继续教育登记工作。 7. 接待工作处理妥善，无投诉事件发生。 8. 积极服从护理部主任的安排。 | | | |



病区工作人员岗位说明书

一、病区护士长岗位说明书

| | | | |
|---|-------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 病区护士长 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部和科主任领导下负责病区护理管理工作。 2. 根据护理部及科内工作重点, 制订病房具体护理工作计划并组织实施。 3. 负责病区护理人员岗位工作分配, 各层级护士工作绩效考核, 每周护理人员的排班工作。 4. 制订病区专科护理工作流程、疾病护理常规、健康教育内容并督促检查、落实。 5. 负责病区护理质量及护理安全管理。督促护士严格执行医嘱、各项规章制度和技术操作规程, 严防护理不良事件发生。 6. 主持病区晨会交接班, 参加并指导危重、大手术病人的抢救与护理。 7. 随同科主任和主任医师查房, 参加科内新业务、新技术和疑难危重症、死亡病例讨论, 加强医护联系和沟通。 8. 组织病区护理查房和护理会诊。 9. 负责病区各级护理人员的规范化培训及课堂教学、临床教学、进修护士培训。 10. 积极开展新技术、新业务, 总结护理经验, 撰写护理科研论文。 11. 关心护理人员思想、工作及生活, 增强主动服务意识及科室的凝聚力, 提高工作效率。 12. 定期召开护患沟通会, 征求意见, 改进工作, 提高病人对护理工作满意度。 13. 负责病区环境及各类仪器、设备、药品的管理。 14. 督促检查护理员、保洁员落实岗位职责。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专科及以上学历、中级及以上职称, 工作 8 年及以上者。 2. 精通相关专业理论及技术。 3. 精通相关专业相关理论及技术。 4. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |



四.工作质量标准

1. 护理管理目标明确,有年计划、季重点、月安排,年终有总结,目标管理达标。
2. 医院各项指令贯彻执行及时、有效。
3. 护理人力资源管理科学规范,分工明确,排班合理,责任制整体护理落实到位,病房成本管理有效。
4. 病房“五常”管理落实到位。仪器设备、药品、物资等管理规范,无过期及浪费现象。
5. 护理人员认真履行岗位职责、执行规章制度和操作规程,责任制整体护理落实到位,各项护理质量指标达标。
6. 护士长“一日五查”落实,并全面掌握病房护理工作的动态。
7. 对护理投诉及不良事件,做到及时上报,整改落实,有分析、讨论、总结资料。
8. 医院感染管理相关规章制度、措施落实到位,各项监测指标达标,有记录。
9. 病房质控组织体系健全,定期组织质控检查、有记录、存在问题有讲评,有改进措施,体现护理持续质量改进及可追溯。
10. 科室业务学习、护理查房、临床教学计划落实,有定期考核与评价记录。
11. 护士规范化培训和继续教育落实到位,护理业务和技能考核合格率100%。院外培训率 $\geq 10\%$ 。
12. 完成科室护理科研、论文撰写的年度计划,每年在正规期刊发表护理论文 ≥ 1 篇。
13. 每月至少有1次护患沟通会。护理健康教育覆盖率100%。
14. 资料记录及档案管理规范,各类报表上报及时。
15. 与医院其他部门沟通、配合良好。



二、病区副护士长岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 副护士长 | 所在部门 | 各科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长领导下进行工作。护士长不在岗时，代理护士长职责。 2. 协助护士长落实科室护理质量、护理安全工作。 3. 认真做好本职工作，完成护士长安排的各项工作。 4. 协助护士长做好病区管理。 5. 协助病区的财产管理、设备维修及资料保管等工作。 6. 协助护士长对病区护士、保洁员的管理。 7. 协助护士长落实科室满意度调查、工休座谈、健康宣教、出院随访等工作。 8. 协助组织及参与科内业务查房和业务学习等活动。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专科及以上学历、护师及以上职称，工作 5 年及以上者。 2. 第一学历本科或硕士学位，工作 3 年及以上者。 3. 熟练掌握护理学相关专业知识与理论。 4. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 协助护士长完成护理目标管理，制定年计划、季重点、月安排，年终有总结，目标管理达标。 2. 参与临床排班，保障患者安全。 3. 协助护士长完成病区各项管理工作。 4. 有效指导病区护士、保洁员的工作。 5. 协助护士长完成科内各项培训工作。 | | | |



三、责任护士岗位说明书

| | | | |
|---|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 责任护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按护士长分工, 负责所管病人的一切护理工作。 2. 参加科室晨会, 严格执行交接班制度, 了解病人夜间治疗、护理、睡眠情况, 向夜班来的新病人主动介绍自己。 3. 严格执行分级护理制度: 按要求巡视病房, 深入了解病人心理、饮食情况, 做好危重病人的抢救及观察治疗。严密观察病情, 发现异常及时报告并做应急处理。 4. 对所分管的病人按照护理程序评估—诊断—计划—实施—评价的步骤, 实施责任制整体护理, 并做好各项护理记录。 5. 病人入院 4 小时内当班护士完成首次护理评估与记录, 并负责病人个人卫生处置。 6. 负责病人基础护理, 保持病人床铺平整干净, 无护理并发症。落实专科护理。 7. 参加主任医师或病房主管医师查房, 全面了解病情及治疗方案。 8. 经常与医师分析分管病人的病情, 根据病人的需要对治疗方案提出建议。 9. 实施并记录对病人及其家属的健康教育内容, 及时评估健康教育的效果。 10. 对所管的病人及家属在出院前提供出院指导, 病人出院后, 在一周内做好出院病人的回访工作。 11. 在本班工作结束前, 向护士长或下一班护士进行书面及床旁交班, 以保持护理的连续性。交班报告按时、按要求填写, 内容完整, 重点突出无遗漏, 字迹端正, 用医学术语。 12. 严格病区管理: 负责病区病人及陪伴人员的管理, 保持病房整齐清洁无杂物, 安静有序。 | | | |
| <p>四. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中专及以上学历。 2. 执业注册护士, 从事临床护理工作 1 年及以上。 3. 具有有效应对各种突发事件的能力。 4. 具有扎实的专业理论知识、技能和急救技术。 5. 具有敏锐的观察病情的能力。 6. 具有对病人进行健康教育, 对病区进行环境管理的能力。 7. 具有制定危重病人护理计划的能力。 | | | |



四. 工作质量标准

(一) 交班质量标准。

1. 对新入院、手术、产后、重病病人的病情交接清楚。
2. 待执行的医嘱及各种临时治疗等交接清楚。
3. 对大手术、危重病人、正在静脉输血、输液或特殊检查的病人必须到床旁交接清楚。

(二) 等级护理执行质量标准。

1. 危重病人严密观察病情变化：一级护理的病人每小时巡视病房。二级护理的病人每 2 小时巡视病房。三级护理的病人每 3 小时巡视病房。做到“四及时”、“一保持”。巡视病房及时，观察病情及时，报告医生及时，处置抢救及时。保持各种导管位置适宜通畅、消毒及时、按时更换及保持肢体功能位。
2. 详细记录危重病病人的病情变化、护理情况及出入量。
3. 及时准确执行医嘱。
4. 指导并做好危重病人的生活护理，掌握病人的“九知道”：床号、姓名、诊断、病情、检查结果、治疗、饮食、护理、心理情况。

(三) 基础护理质量标准

1. 保持床铺平整、干净，被褥放置规范。晨间护理一床一中，普通病人每周更换大单、被套，必要时随时更换。
2. 对危重病人做到“九洁”：口、眼、耳、鼻、头发、手、足、会阴、皮肤清洁。“三短”：头发、胡须、指（趾）甲短。
3. 预防护理并发症，做到“三无”：无压疮、无烫伤、无坠床。“三有”：有预防压疮措施、有安全防范措施、有护理记录。“五知道”：重点病人、重点部位、预防方法、护理时间、处置次数。
4. 做好卧位病人的生活护理，协助进食、进水、卧位护理、排泄护理、床上温水擦浴、床上洗头、协助更衣等。
5. 按护理技术操作常规要求，准确、及时完成各项治疗护理，输液卡、输氧卡、翻身卡按要求填写。
6. 病人基础设施齐全（床上用物、脸盆、水瓶），出院病人床单位行终末处理。
7. 定时检查急救器械，使之保持完好备用状态。

(四) 病房管理质量标准。

1. 每天扫床的同时帮助整理、督促、检查物品定位，下班前再进行 1 次。
2. 午休时间禁止病人外出或在室外娱乐活动，督促病人午休。
3. 经常巡视病房，听到电铃或呼叫后，应立即处理。
4. 维持病区秩序，负责探视及陪伴人员的管理，病区内禁止吸烟。
5. 负责对病区水、电、暖器、门窗的管理，防止人为损坏。
6. 保持病房清洁、整齐、安静、安全、舒适。

(五) 书写护理文件质量标准。

1. 交班报告楣栏填写齐全。
2. 及时、客观反映病人主诉及病情的动态变化，特殊治疗、护理措施及效果，格式符合要求，项目齐全。字迹清楚，无涂改，医学用语准确并签名清楚。
3. 整体护理病历书写规范（按省卫生厅护理文件书写检查标准）。健康教育落实到位，病人满意度 $\geq 95\%$ ，病人对责任护士知晓率达 100%。

(六) 作好出院病人指导及出院后的随访工作。



四、带教护士岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 带教护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 负责本科室实习生、新入职护士的带教工作，重视全面能力培养和素质教育。 2. 负责本科室实习生、新入职护士考勤和劳动纪律管理。 3. 负责本科室实习生、实习和培训计划实施。 4. 负责检查本科室实习计划的完成情况，发现问题，及时纠正，必要时向护士长、护理部报告。 5. 负责收集实习生、带教生意见与建议，及时改进教学方法。 6. 负责完成实习生、带教生的出科考评和实习鉴定。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有高度的责任心和敬业精神。 2. 大专以上学历或护师以上技术职称。 3. 熟悉护理工作基本理论、技术的相关专科基本理论、技术。 4. 连续从事护理工作三年以上，熟悉带教内容。 5. 有一定的带教管理能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 掌握实习生、带教生思想动态，尊重爱护带教对象。 2. 落实实习生的考勤和劳动纪律管理。 3. 落实实习生的实习和培训计划，带教质量持续改进。 4. 收集实习生对带教工作的意见与建议，改进带教方式和手段有效。 5. 落实实习生、带教生的出科考评和实习鉴定等考核工作。 6. 工作相关的规章制度、操作规程、质量标准等落实到位，无护理带教不当造成的不良事件。 7. 每年在正规期刊发表护理论文 1 篇。 | | | |



五、主班护士岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 主班护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 清点物品并登记, 认真做好晨间护理。 2. 参加科室晨会, 床旁交接班, 查对夜间医嘱。 3. 全面了解并掌握病区动态情况, 完成交班报告中待执行事宜。 4. 熟练掌握计算机操作并正确处理各种长期和临时医嘱, 及时通知并督促相关人员执行。 5. 打印和查对各种治疗卡, 负责药品生成, 以确保病人及时用药准确无误。 6. 负责本科室当日新入、转入病人的床位安排, 及时通知医生、责任护士。 7. 及时处理出院、转出病人资料, 确保当日病人流动情况准确无误, 负责出院病历排列, 将门诊病历交还出院病人。 8. 负责接待病人探视及外来人员, 传达各种通知单。 9. 负责交班内容的填写、组织人员查对医嘱、填写查对登记本、检查各种护理文书书写是否规范, 确保质量。 10. 对计算机进行维护, 发现问题及时联系处理, 以确保病区工作的顺利进行。 11. 核对住院病人一览表与电脑总数一致, 与夜班护士床边交接班。 12. 保持办公室的清洁、整齐, 物品定位。 13. 护士长有事临时不在时, 履行护士长职责。 14. 做好医后回访工作。 15. 负责大小便、血标本等检查的签收及容器的发放, 并签名。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专科及以上学历, 执业注册护士。 2. 具有高度责任感及良好的协调沟通能力。 3. 具有良好的职业道德。 4. 能熟练掌握护理计算机系统各项操作。 5. 掌握本科疾病护理的理论, 熟悉与护理学密切相关学科的理论。 6. 熟悉责任制整体护理和护理程序理论。 7. 熟悉优质护理服务工作内涵。 8. 具有良好的团队合作精神、人际沟通能力及表达能力。 9. 对病情有良好的观察能力、判断能力及应急处理能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上班后、下班前整理办公室, 保持各种物品定位放置。 2. 各种办公用品、表格及检验器皿领取及时, 定位放置, 准备齐全。 3. 计算机设备定位放置, 保证设备安全, 发现问题及时联系处理, 使计算机处于良好运行状态。 4. 执行医嘱要精力集中、及时、准确, 书写要字迹清楚, 无涂改、无遗漏、无错字。临时医嘱要在 15 分钟内通知相关护士并督促执行。 5. 对新入院及转入病人做到热情接待, 病房安排合理, 院规介绍详细认真。办理会诊、检查申请单及报告单准确及时, 交待清晰。出院、转科病人手续完善, 病历排列正确。 6. 对各类毒、麻、限、剧药品的数量当面交接清楚, 并登记签名, 做到钥匙随身带。 7. 急救器械、药品及有关物品交接清楚。 | | | |



六、质控护士岗位说明书

| | | | |
|---|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 质控护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 熟悉护理质量检查标准，严格把好护理质量关，确保护理安全及工作的持续有效。 2. 指导护理技术的规范操作，熟悉护理程序的应用。 3. 负责全病区病人护理文书的检查、修改、补充，对存在的问题及时纠正。 4. 每周对护理工作（治疗、病区管理、基础护理、生活护理、健康教育、危重患者管理、护理文书等）及服务质量（入院接诊流程、出院回访、首接负责制、传呼铃接听等）检查，做好护理缺陷管理，发现问题隐患及时记录并向护士长报告。 5. 对出院病历检查完善，护士长不在班时，负责将出院一周的病历送病案室归档。 6. 每周协助护士长行政查房，参与护理质量分析、评价、整改。 7. 每月对护理质控情况总结并形成书面材料。 8. 履行质控小组成员的职责，按期参加质控小组活动，当好护士长的助手。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 大专及以上学历，护师及以上职称。 2. 具备5年以上临床护士工作经验。 3. 掌握医院管理、护理管理知识及相关技能。 4. 掌握各项护理质量控制标准。 5. 良好的人际沟通和协调能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按照科室质控计划，在护士长的指导下完成科室每月质控工作。 2. 指导全科护士进行规范操作，有效预防操作并发症。 3. 指导全科护士有效运用护理程序工作。 4. 每周对全科护理质量检查结果进行汇总分析，并拟出改进措施。 5. 护士长不在班时，保障科室护理工作的安全 | | | |



七、专科护士岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 专科护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长的领导和科主任的业务指导下进行工作, 认真履行岗位职责。 2. 掌握专科疾病的护理与治疗, 学习专科护理新理论、新方法, 及时更新知识。 3. 解决专科的护理疑难问题, 参与本专科疑难、危重病人的护理。 4. 组织专科业务学习和业务查房, 负责本专科护理人员的专业指导。 5. 参与专科医疗、护理查房和会诊, 对专科护理问题给予具体建议和指导。 6. 参与临床教学与专科护理继续教育。 7. 组织并参与护理科研课题的申报和实施, 参与省市级会议交流, 发表护理论文。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 取得专科护士资质。 2. 熟练掌握本专业的各种急危重症及疑难杂症的护理; 熟练掌握专科的治疗、护理、特检常规, 以及能够熟练地使用和维护各种仪器; 3. 熟练运用护理程序并指导各层级护士运用护理程序实施整体护理工作; 4. 在突发事件及急重症患者救治中发挥重要作用, 并具备组织科室各类演练的能力; 5. 具备护理咨询、会诊的能力; 6. 具有主持病房护理查房、护理教学查房、危重症病例、疑难病例讨论和护理会诊的能力; 7. 对各层级护士专科护理问题给予具体建议和指导, 具备独立制定并指导各层级护士制定危重及疑难患者护理计划的能力; 8. 拟定本专科护士培训计划, 具有组织各层级护士各项培训及考核的能力; 9. 参与完成实习、进修护士、专科护士的临床实习带教工作; 10. 实施循证护理, 具备制定或修订、审核本专科护理工作制度、流程、专科护理常规、专科护理工作标准和专科健康教育资料的能力; 11. 具备制定或修订护理质量标准、组织本专科护理质量控制的能力, 能发现专科护理中存在的护理问题, 及时修改流程, 防范护理安全隐患, 并推行质量持续改进策略, 督导整改, 实施评价, 确保本专科护理质量; 12. 掌握本护理学科发展的前沿动态, 负责组织本专科护理新技术、新业务的开展。 | | | |
| 五. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 指导或解决本专业疑难护理问题。 2. 工作质量: 全年护理质量扣分为平均数 20%。 3. 出院病人满意度: $\geq 95\%$, 无投诉、无优质服务扣分。 4. 学分数: 全年完成学分 ≥ 25 分, 其中 I 类 ≥ 10 分, II 类 ≥ 10 分, III 类 ≥ 5 分。 5. 专业考试成绩 ≥ 75 分。 6. 专科: 主持病房业务查房 ≥ 4 次/年和主讲业务学习 ≥ 4 次/年。 7. 论文: 每年撰写 ≥ 1 篇本专业护理论文。 8. 教学: 承担临床带教任务。 10. 管理: 参与病房的护理管理和护理质量控制工作, 保证护理质量持续改进。 11. 参与护理部工作: 参与健康大课堂讲课, 或社区讲课, 或社区咨询; 参加护理部组织的疑难危重病例讨论、会诊和护理查房; 参与护理部的质量控制; 承担相应护理专业组组长和质量控制。 12. 其负责或参与病区专科特色工作的开展。 | | | |



临床分级护士岗位说明书

一、N1 级临床护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | N1 级护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <p>1. 严格执行各项规章制度、严格执行交接班和查对制度，杜绝护理不良事件发生。</p> <p>2. 协助上级护士完成责任病人的生活护理、低技术性基础护理工作及非技术性护理工作。</p> <p>(1) 低技术性基础护理工作内容包括：</p> <p>整理或更换床单位。保持病人的清洁卫生。常规性测量和记录病人生命体征。预防褥疮。协助病人完成日常生理活动。物理降温（冰袋、温水、酒精擦浴）。湿热敷。绘制体温单。准备各类护理技术操作的物品。更换卧位，保护病人安全。留置胃管病人的鼻饲。留取病人的大便、尿、痰标本。尸体料理。及时将病人情况报告护士等。负责照顾病人的日常生活起居，协助病人进食、翻身、大小便、穿衣、洗漱及自我移动等，护送病人检查、治疗、转科等。负责清洁消毒病人的生活用具。保护病人安全。及时将病人有关情况报告护士等。</p> <p>(2) 非技术性护理工作内容包括：</p> <p>整理、清洁、维护各种护理仪器、设备和用品。整理办公用品。参与维持病区环境和秩序的管理。外出请领、取送（借还）各种物品。取药、退药，清点并补充药品（液体）。整理污染的可重复使用的医疗器械、医疗用品。分类收集医疗废物。保持病房的整洁与通风。整理、清洁、消毒各房间，终末消毒。护送病人检查、治疗、转科等。联系工作（接听电话，联系和预约检查、会诊、复诊等）。协助办理出入院手续。整理、粘贴、制作病房健康教育资料。归档病区的各类文书等。</p> <p>3. 不得从事创伤性或侵入性及无菌性护理技术操作，不得独立承担危重病人的生活护理工作。对不属于职责范围内的护理问题应及时向护士反应。</p> | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <p>1. 护理专业。</p> <p>2. 中专及以上学历。</p> <p>3. 从事临床护理工作 1 年内。</p> <p>4. 掌握各项规章制度、认真执行各项操作流程。</p> <p>5. 有较强的观察能力，发现问题能及时上报。</p> | | | |



四. 工作质量标准

1. 仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，语言文明规范。
2. 工作中体现出对病人的尊重和关怀，与病人具有良好的护患关系；病人信任护士，对护理服务满意度高，无投诉。
3. 在护士长和上级护士的指导和带教下熟悉分管病人的病情及身心情况；日常护理工作组织有序、高效；病人的基础护理和专科护理得到落实。
4. 对病人巡视观察符合要求，病人病情变化得到及时发现与正确处理；对病情危急的病人表现良好的急救意识。
5. 熟知各项安全管理制度，执行医嘱准确无误；主动向护士长报告发生或发现的不良事件，并能从中学习和改进。
6. 在护士长和上级护士的指导和带教下为所分管的病人提供内容合适、方法得当、效果明显的健康教育。
7. 各项护理记录书写规范。
8. 完成新护士规范化培训，达到规定的学分及其他培训考核要求。
9. 对护士长的指导能虚心听取，并向护士长提出针对护理工作的合理化建议。



二、N2 级临床护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | N2 级护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行各项护理制度和技术操作规程, 严格执行查对和交接班制度, 杜绝护理不良事件发生。 2. 掌握基础护理理论及技能, 熟悉专科的治疗、护理、特检常规, 熟悉各类仪器设备的使用和维护。 3. 负责病区病情较轻病人的护理, 按照护理程序, 全面评估责任包干病人, 拟订及实施适当的护理计划/措施, 并及时准确地完成治疗、护理; 主动巡视病房, 密切观察病情变化, 发现异常及时处理或报告, 认真书写护理记录; 做好病人的心理护理、健康教育等护理工作。 4. 协助医生进行各种诊疗工作和检验标本的采集; 做好手术、特殊检查、特殊治疗前的准备工作。 5. 按分级护理落实晨晚间护理, 做好责任包干病人的基础护理和生活护理, 了解责任包干病人的行踪, 做好病区管理及陪伴探视人员的管理, 做好病区安全防护工作。 6. 办理病人入院、出院、转科、转院手续及相关事宜; 完成护理规定工作量。 7. 完成一定数量的夜班数。 8. 在护士长和上级护士的组织与指导下, 参与及配合危重病人的抢救工作。 9. 加强学习, 学分达标, 积极参加护理部和科室组织的各种培训, 提高理论及操作技能, 积累工作经验; 每年撰写工作总结一篇。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书, 工作 1 年以上的护士, 中专及以上学历。 2. 掌握护理专业知识及操作技能, 熟悉本专科业务, 了解专科重症疑难患者护理。 3. 较好的人际沟通与协作能力, 突发事件的应急能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 仪表端庄, 着装整洁, 佩戴胸牌, 语言文明规范。 2. 工作中体现出对病人的尊重和关怀, 与病人具有良好的护患关系; 病人信任护士, 对护理服务满意度高, 无投诉。 3. 熟悉分管病人的病情及身心情况; 日常护理工作组织有序、有效; 病人的基础护理和专科护理得到落实。 4. 对病人巡视观察符合要求, 病人病情变化得到及时发现与正确处理; 对病情危急的病人有良好的急救意识和配合抢救能力。 5. 熟知各项安全管理制度, 执行医嘱准确无误; 主动向护士长报告发生或发现的不良事件, 并能从中学习和改进。 6. 为所分管的病人提供内容合适、方法得当、效果明显的健康教育。 7. 各项护理记录书写规范。 8. 完成院内院外各种培训, 达到规定的学分及其他考核要求。 9. 能虚心学习和听取护士长的指导, 能提出针对护理工作的合理化建议。 | | | |



三、N3级临床护士岗位说明书

| | | | |
|---|-------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | N3级护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| 二. 岗位职责 <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行各项护理制度和技术操作规程, 严格执行查对和交接班制度, 杜绝护理不良事件发生。 2. 掌握专科的治疗、护理、特检常规, 能够正确使用和维护各类仪器设备。 3. 负责病区病情较重患者的护理, 按照护理程序, 全面评估责任包干病人, 拟订及实施适当的护理计划/措施, 并及时准确地完成治疗、护理; 主动巡视病房, 密切观察病情变化, 发现异常及时处理或报告, 认真书写护理记录; 做好病人的心理护理、健康教育等护理工作。 4. 协助医生进行各种诊疗工作和检验标本的采集; 做好手术、特殊检查、特殊治疗前的准备工作。 5. 按分级护理落实晨晚间护理, 做好责任包干病人的基础护理和生活护理, 了解责任包干病人的行踪, 做好病区管理及陪伴探视人员的管理, 做好病区安全防护工作。 6. 办理病人入院、出院、转科、转院手续及相关事宜; 完成护理规定工作量。 7. 按要求参与倒夜班。 8. 参与及配合危重病人的抢救工作。 9. 协助护士长及上级护士进行科内护理质量管理。 10. 检查、指导下级护士正确执行医嘱和各项护理技术操作规程, 发现问题, 及时解决。 11. 加强学习, 学分达标, 积极参加护理部和科室组织的各种培训, 提高理论及操作技能, 积累工作经验。 12. 积极参与护理新技术、新业务, 每年撰写工作总结一篇。 | | | |
| 三. 任职资格 <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书, 工作5年以上护士及取得护师资格。 2. 大专及以上学历。 3. 掌握护理基础理论、各种护理操作技术及常用急救技术, 能解决本专科常见护理问题。能单独胜任基本的临床护理工作。 4. 掌握专科的治疗、护理、特殊检查常规, 以及能够正确的使用和维护各种仪器。 5. 具有独立完成重症患者护理工作的能力。具有发现问题, 解决问题的能力。 6. 有较强的沟通、协调能力和突发事件的应急能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 <ol style="list-style-type: none"> 1. 仪表端庄, 着装整洁, 佩戴胸牌, 语言文明规范。 2. 工作中体现出对病人的尊重和关怀, 与病人具有良好的护患关系; 病人信任护士, 对护理服务满意度高, 无投诉。 3. 熟悉分管病人的病情及身心情况; 日常护理工作组织有序、有效; 病人的基础护理和专科护理得到落实。 4. 对病人巡视观察符合要求, 病人病情变化得到及时发现与正确处理; 对病情危急的病人表现良好的急救意识和能力。 5. 熟知各项安全管理制度, 执行医嘱准确无误; 主动向护士长报告发生或发现的不良事件, 并能从中学习和改进。 6. 为所分管的病人提供内容合适、方法得当、效果明显的健康教育。 7. 各项护理记录书写规范。 8. 完成科室所规定的理论授课、和带教任务, 积极组织或参与科研。 9. 完成护士长及上级护士所规定的质量管理任务。 10. 完成院内院外各种培训, 达到规定的学分及其他考核要求。 11. 对护士长的指导能虚心听取, 向护士长提出针对护理工作的合理化建议。 | | | |



四、N4 级临床护士岗位说明书

| | | | |
|--|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | N4 级护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| 二. 岗位职责 <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行各项护理制度和技术操作规程，严格执行查对和交接班制度，杜绝护理不良事件发生。 2. 熟练解决本专业的各种疑难杂症；熟练掌握专科的治疗、护理、特检常规，以及能够熟练地使用和维护各种仪器。 3. 独立解决本专科护理的疑难问题，独立护理危重症患者。 4. 组织危重病人的抢救护理工作。 5. 按照护理程序，全面评估责任包干病人，拟订及实施适当的护理计划 / 措施，并及时准确地完成治疗、护理；主动巡视病房，密切观察病情变化，发现异常及时处理或报告，认真书写护理记录；做好病人的心理护理、健康教育等护理工作。 6. 协助医生进行各种诊疗工作和检验标本的采集；做好手术、特殊检查、特殊治疗前的准备工作。 7. 按分级护理落实晨晚间护理，做好责任包干病人的基础护理和生活护理，保持病人、床单位的清洁整齐；了解责任病人的行踪，做好病区管理及陪伴、探视人员的管理，做好病区安全防护工作。 8. 办理病人入院、出院、转科、转院手续及相关事宜；完成护理规定工作量。 9. 做好消毒隔离和职业防护工作。做好科室仪器、设备的维护保养，及时联系检修。 10. 按相关规定参与倒夜班。 11. 主持和主讲病房护理查房、护理教学查房、危重症病例、疑难病例讨论和护理会诊，对各层级护士专科护理问题给予具体建议和指导，独立制定并指导各层级护士制定危重及疑难患者护理计划。 12. 实施循证护理，协助护士长修订完善护理工作制度、流程、专科护理常规、护理工作标准、专科健康教育资料等。 | | | |
| 三. 任职资格 <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证书，主管护师。专科护士（在本岗位工作）。 2. 大专及以上学历。 3. 熟练掌握基础护理、专科护理及常用急救技术，能独立准确评估、判断和处理本专业护理问题。 4. 熟练解决本专业的各种疑难杂症。能根据病人情况制定护理计划并组织实施。 5. 有导开展专科护理的能力。 6. 良好的文字表达和沟通、协调能力。 7. 有一定的科研能力及创新能力，一定的组织管理及病房管理能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 <ol style="list-style-type: none"> 1. 仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，语言文明规范。 2. 工作中体现出对病人的尊重和关怀，与病人具有良好的护患关系；病人信任护士，对护理服务满意度高，无投诉。 3. 有效促进专科护理新技术和新业务的正确及时运用。 4. 病人专科护理中的问题得到及时解决，病人对护理服务满意度不断提高。 5. 为病人及时提供专业的咨询和健康教育，病人自护能力得到增强。 6. 掌握护理质量标准，按计划实施质量控制，科室护理质量得到持续改进。 7. 制定专科护理人员培训计划，按计划实施培训；护理人员培训率达标，考核合格。完成院内院外各种培训，达到规定的学分及其他考核要求。 8. 专科护理知识和技术水平不断提高，每年在正规期刊发表专科护理论文 1 篇。 9. 对护士长的指导能虚心听取，并向护士长提出针对护理工作的合理化建议。 | | | |



五、N5级临床护士岗位说明书

| | | | |
|---|-------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | N5级护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行各项护理制度和技术操作规程, 严格执行查对和交接班制度, 杜绝护理缺陷、事故发生。 2. 熟练解决本专业的各种疑难杂症; 熟练掌握专科的治疗、护理、特检常规, 以及能够熟练地使用和维护各种仪器。 3. 独立进行危重症患者的专科护理。 4. 组织并参与本专科急危重症患者的抢救工作。 5. 参加医院组织、会诊、各种讲座等。 6. 在突发事件及急重症患者救治中发挥重要作用, 组织科室各类演练。 7. 按照护理程序, 全面评估责任病人, 拟订及实施适当的护理计划/措施, 并及时准确地完成治疗、护理; 主动巡视病房, 密切观察病情变化, 发现异常及时处理或报告, 认真书写护理记录; 做好病人的心理护理、健康教育等护理工作。 8. 协助医生进行各种诊疗工作和检验标本的采集; 做好手术、特殊检查、特殊治疗前的准备工作。 9. 按分级护理落实晨晚间护理, 做好责任包干病人的基础护理和生活护理, 保持病人、床单位的清洁整齐; 了解责任病人的行踪, 协助管理陪伴工作, 协助维护病区的环境和秩序, 做好病区安全防护工作。 10. 办理病人入院、出院、转科、转院手续及相关事宜; 完成护理规定工作量。 11. 做好消毒隔离和职业防护工作。做好科室仪器、设备的维护保养, 及时联系检修。 12. 主持危重症病例、疑难病例护理查房与讨论, 分析患者的护理问题, 针对护理问题, 制定护理计划并组织实施。主持和主讲病房护理查房、护理教学查房、危重症病例、疑难病例讨论, 对各层级护士专科护理问题给予具体建议和指导, 独立制定并指导各层级护士制定危重及疑难患者护理计划。 13. 组织院内护理会诊, 解决护理疑难问题, 指导临床护士工作, 确保本专科护理质量。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 副主任护师及以上职称资格者。 2. 大专及以上学历。 3. 解决本专科疑难护理问题的能力。 4. 独立完成疑难病患者护理工作的能力。 5. 指导有效开展专科护理的能力。 6. 一定的组织管理及病房管理能力。 7. 一定的科研能力及创新能力。 8. 及时跟踪并掌握国内外本专科新理论、新技术, 每年接受相应专业领域的继续教育。 9. 较强的教学能力, 能胜任本专科理论授课, 组织护理查房。 | | | |



四. 工作质量标准

1. 仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，语言文明规范。
2. 工作中体现出对病人的尊重和关怀，与病人具有良好的护患关系；病人信任护士，对护理服务满意度高，无投诉。
3. 有效促进专科护理新技术和新业务的正确及时运用。
4. 病人专科护理中的问题得到及时解决，病人对护理服务满意度不断提高。
5. 为病人及时提供专业的咨询和健康教育，病人自护能力得到增强。
6. 掌握护理质量标准，按计划实施质量控制，科室护理质量得到持续改进。
7. 制定专科护理人员培训计划，按计划实施培训；护理人员培训率达标，考核合格。完成院内院外各种培训，达到规定的学分及其他考核要求。
8. 专科护理知识和技术水平不断提高，每年在正规期刊发表专科护理论文 ≥ 1 篇。
9. 运用专科护理知识和技能完成护理会诊。
10. 对护士长的指导能虚心听取，并向护士长提出针对护理工作的合理化建议。



门诊护理人员岗位说明书

一、门诊预检分诊护士岗位说明书

| | | | |
|--|----------|------|-------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 门诊预检分诊护士 | 所在部门 | 门诊办公室 |
| 二. 岗位职责 <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行各项规章制度和护理操作规程, 落实患者安全目标。 2. 着装整齐、仪表端庄、文明礼貌、态度和蔼、服务热情。 3. 开诊前 15 分钟到岗, 做好开诊前各项准备工作, 做好诊区候诊秩序管理, 合理安排就诊。 4. 严格遵守各项规章制度, 遵守劳动纪律, 文明礼貌, 积极主动, 热情接待每一位咨询患者。 5. 为患者提供正确的就诊指引, 维持良好就诊秩序, 主动协助门诊特殊患者就诊。 6. 积极巡查诊区, 落实保护患者隐私, 确保“一医一患一室”。 7. 观察候诊患者的病情变化, 对病情较重或突发病情变化的患者应立即通知医生优先就诊并积极配合处理, 同时联系并协助转送急诊科或相关科室紧急救治。 8. 了解患者需求, 做好健康教育、沟通及解释工作。 9. 保持诊区就医环境的安全、整洁、安静, 保持地面无纸张、无水迹。 10. 严格执行消毒隔离及手卫生制度, 防止交叉感染的发生。 11. 认真学习业务, 提高理论水平, 落实门诊优质护理服务, 提高服务质量。 12. 完成上级交与的临时性工作任务。 | | | |
| 三. 任职资格 <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能, 熟悉本专科业务, 独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 较好的人际沟通与协作能力, 突发事件的应急能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 <ol style="list-style-type: none"> 1. 各项规章制度、职责等健全, 各级护理人员熟悉制度、本职称职责及岗位职责。 2. 护理核心制度、各项护理操作规程落实到位, 无差错、纠纷、投诉。 3. 接诊积极热情、耐心、态度和蔼, 使用普通话及文明用语。 4. 诊区环境安全、整洁舒适, 地面干燥, 候诊处秩序井然; 诊查床整洁平整, 无污迹。 5. 分诊护士主动巡视各诊区, 各诊室无过多围观者, 保持“一医一患一室”。 6. 了解候诊患者的病情及需求, 做好解释和沟通。 7. 按计划完成规范化培训, 考核合格。 8. 指导下级护士、保洁人员及运送人员的工作认真、主动。 | | | |



急诊科护理人员岗位说明书

一、急诊科护士长岗位说明书

| | | | |
|---|------------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 急诊科、急救站护士长 | 所在部门 | 急诊科 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部和科主任领导下，负责本科的护理管理工作。 2. 负责本科护理人员的排班，合理调配人力资源，制定紧急状态下对护理人力资源调配方案，积极处理突发公共卫生事件、灾害事故等特殊事件。 3. 督促护理人员认真执行各项护理常规、规章制度、技术操作规程，防止交叉感染，严防护理缺陷、事故的发生。 4. 组织护士备好各种急救药品、仪器、医用器材，定量、定位放置、定期检查、定专人管理，使其处于备用状态。 5. 组织安排及指导护理人员配合医生做好抢救工作，参加危重病人的抢救及复杂的技术操作。 6. 负责本科护理人员的专业技能及急救技术的培训，制定学习计划和培养目标，不断提升专科业务水平。 7. 督促检查轮转生、进修生、实习生学习计划落实情况，定期考核带教老师。 8. 督促检查保洁员的清洁卫生和终末消毒工作，保持环境整洁。 9. 认真执行汇报制度，遇特殊情况及时向科主任、护理部汇报。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专科及以上学历、中级及以上职称，。 2. 工作5年及以上者。 3. 有2年以上急诊科工作经历。 4. 各种常见急诊患者的治疗原则和抢救常规，掌握各种抢救设备的使用。有较强的应急能力。 5. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理管理目标明确，有年计划、季重点、月安排，年终有总结，目标管理达标。 2. 医院各项指令贯彻执行及时、有效。 3. 护理人力资源管理科学规范，分工明确，排班合理，实施人性化护理服务。 4. 病区“5S”管理落实到位。仪器设备、药品、物资等管理规范，无过期及浪费现象。 5. 护理人员认真履行岗位职责、执行规章制度和操作规程，责任制整体护理落实到位，各项护理质量指标达标。 6. 护士长“一日五查”落实，并全面掌握病区急诊病人的救治工作。 7. 对护理投诉及不良事件，做到及时上报，整改落实，有分析、讨论、总结资料。 8. 医院感染管理相关规章制度、措施落实到位，各项监测指标达标，有记录。 9. 病房质控组织体系健全，定期组织质控检查、有记录、存在问题有讲评，有改进措施，体现护理持续质量改进及可追溯。 10. 科室业务学习、护理查房、临床教学计划落实，有定期考核与评价记录。 11. 护士规范化培训和继续教育落实到位，护理业务和技能考核合格率100%。 12. 完成科室护理科研、论文撰写的年度计划。 13. 资料记录及档案管理规范，各类报表上报及时。 14. 与医院其他部门沟通、配合良好。 | | | |



二、急诊科护士岗位说明书

| | | | |
|--|----------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 急诊科抢救室护士 | 所在部门 | 急诊科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长的领导下进行工作, 积极配合, 服从分配。 2. 坚守工作岗位, 认真执行各项规章制度和护理操作规程, 参与各类急危重症患者的紧急处理与救治, 正确执行医嘱, 发现问题及时解决。遇急、危重症患者在医生未到之前, 可进行必要的急救处理, 随即向医生报告。 3. 做好抢救室各项准备工作, 检查药品、器械、仪器、设备、材料等齐全、完好定位放置, 处于备用状态。 4. 熟悉抢救室工作制度, 掌握各种抢救技术及护理常规, 积极配合医生完成病人的抢救工作。为每个病人提供及时的治疗护理, 包括给氧、心电监护、静脉输液、心电图等, 并根据医嘱给予急救药物, 必要时给予辅助呼吸、气管插管、心肺复苏等紧急措施。完成新业务、新技术的临床实践。 5. 对抢救过程中出现的护理差错、事故进行分析, 提出防范措施。 6. 参加本科室护士长组织的护理查房、会诊和病例讨论。 7. 对病人及家属进行宣传教育和指导, 及时解决病人及家属的心理问题。 8. 完成临床带教任务, 指导下级护士有效安全进行临床护理实践。 9. 按要求完成岗位培训与考核。 10. 做好各类传染病的疫情报告及终末消毒处理。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书。 2. 从事急诊临床护理工作 3 年及以上。 3. 中专及以上学历。 4. 掌握各种急救技术及护理常规, 急诊专业的基本理论, 能独立进行业务工作和健康教育能力。 5. 较好的人际沟通与协作能力, 突发事件的应急能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 抢救室管理符合要求, 急救物品、仪器、药品等交接、保管、完善、清洁达标, 能随时满足急诊抢救病人的要求。 2. 工作相关的规章制度、操作规程、工作质量标准等落实, 院前救护及时、有效。 3. 对急危重患者给予及时有效的救治, 患者病情观察、治疗、护理、安全措施准确及落实, 健康教育工作落实, 沟通有效, 病人满意的高。 4. 与医师和其他人员沟通通畅, 病人需求满足及时, 医师满意度高。 5. 临床带教计划及时落实有效, 带教对象满意度高。 6. 个人培训计划落实有效, 各级考核达标。无护理不当造成的护理并发症。 7. 参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论、护理差错、事故的讨论、护理质量控制, 能提出正确意见。 8. 消毒隔离措施落实。 9. 认真、主动指导下级护士、保洁人员的工作。 | | | |



ICU 病室护理人员岗位说明书

一、ICU 病室护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | ICU 病室 | 所在部门 | 内科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长的领导下和医师的指导下进行工作。 2. 负责本科室区域管理、物品、仪器交接、保管、完善、清洁。 3. 负责对病人提供专业照顾、病情观察、治疗护理、沟通配合、心理支持、健康教育、安全等护理工作。 4. 负责落实医院各种规章制度操作规程，质量标准等。 5. 负责病人的出入区管理、医嘱处理、病区文件管理及相关协调工作。 6. 动态观察病人病情变化，参与危重病人抢救，书写危重护理记录。 7. 掌握危重病人的抢救程序及各种抢救仪器，熟悉各种抢救药物的作用及不良反应。 8. 参与主治医师查房、疑难病例、死亡病例的讨论。参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论及业务学习和技术训练。 9. 承担临床带教任务、参加护理差错、事故的讨论、护理质量控制。 10. 负责消毒隔离措施落实，指导卫生员的工作。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证。 2. 大专及以上学历。 3. 掌握重症监护相关的基础理论、技术。 4. 熟练掌握各种急救仪器的使用与维护。 5. 有很强的应急能力。 6. 掌握各种急救技术。 | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理区域符合要求，物品、仪器、药品等交接、保管、完善、清洁达标。 2. 工作相关的规章制度、操作规程、工作质量标准等落实。 3. 护理文书书写规范。 4. 病人床头监护落实，熟知管理病人病情，观察到位，治疗、护理、安全措施准确及时落实，健康教育落实，沟通有效，病人满意度高。 5. 与医生和其他人员沟通畅，病人需求满足及时，医生满意度高。 6. 临床带教计划及时、落实有效，带教对象满意度高。 7. 个人培训计划落实、有效，各级考核达标。无护理不当造成的护理并发症。 8. 参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论、护理差错、事故的讨论、护理质量控制，能提出正确意见。 9. 消毒隔离措施落实。 | | | |



手术室护理人员岗位说明书

一、手术室护士长岗位说明书

| | | | |
|--|-----|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 护士长 | 所在部门 | 手术室 |
| 二. 岗位职责 1. 在护理部及科主任的领导下，负责手术室业务和质量管理工作。 2. 负责本科室工作计划和质量监控方案的制订、实施、检查和总结。 3. 负责手术室护理人员的排班，科学分工，加强专科护士培训，密切配合医生完成手术。 4. 督促本科室各级护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格执行无菌技术操作原则、查对制度和交接班制度，以防各类护理缺陷的发生。 5. 组织业务学习和技术考核，定期进行跟班护理查房和护理安全形式分析，确保护理安全。 6. 负责监督所属人员做好院内感染控制，按规定做好各项感染监测。 7. 负责组织各科新手术的准备和实施。了解护理新发展动向，组织开展新业务、新技术和科研工作，不断提高专科护理水平。对难度较大或新开展的手术和抢救工作应亲自参加并指导操作。 8. 负责手术室的药品、器材、敷料、卫生设备等物品的请领、报销工作。并随时检查急诊手术用物准备情况，检查毒、麻限制药和贵重器械管理情况。 9. 督促手术标本的保留和及时送检。 10. 督促检查护理员、保洁员落实岗位职责。 | | | |
| 三. 任职资格 1. 专科及以上学历、中级及以上职称，工作 8 年及以上者。 2. 第一学历本科或硕士学位，工作 5 年及以上者。 3. 5 年以上手术室工作经历。 4. 精通手术室专科护理知识和技能，具有扎实专科业务知识水平和管理能力。 5. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 6. 具有较强的凝聚力，带领科室护士团结合作。 | | | |



四.工作质量标准

1. 护理管理目标明确,有年计划、季重点、月安排,年终有总结,目标管理达标。
2. 医院各项指令贯彻执行及时、有效。
3. 护理人力资源管理科学规范,分工明确,排班合理,注意能级对应,重点关注新开展手术、特殊手术、疑难复杂手术、重大手术,确保手术配合质量
4. 手术室“5S”管理落实到位。仪器设备、药品、物资等管理规范,无过期及浪费现象。
5. 护理人员认真履行岗位职责、执行规章制度和操作规程,各项护理质量指标达标。
6. 护士长“一日五查”落实,严格现场管理,全面熟悉护理情况,了解手术室的动态变化,查看手术配合与记录情况,检查手术配合的正确性与主动性。
7. 对护理投诉及不良事件,做到及时上报,整改落实,有分析、讨论、总结资料。
8. 医院感染管理相关规章制度、措施落实到位,各项监测指标达标,有记录。
9. 质控组织体系健全,定期组织质控检查、有记录、存在问题有讲评,有改进措施,体现护理持续质量改进及可追溯。
10. 科室业务学习、护理查房、临床教学计划落实,有定期考核与评价记录。
11. 护士规范化培训和继续教育落实到位,护理业务和技能考核合格率 100%。
12. 完成科室护理科研、论文撰写的年度计划。
13. 每月进行患者、手术医生满意度调查,切实有效改进工作。
14. 资料记录及档案管理规范,各类报表上报及时。
15. 与医院其他部门沟通、配合良好。



二、手术室器械护士岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 器械护士 | 所在部门 | 手术室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 负责患者从进入手术间到出手术间整个围手术期的护理工作。 术前了解手术名称，熟悉手术方式及手术步骤。 手术配合及时、准确、默契。 严格无菌操作及核查制度，按要求留取标本。 对术中纱布、缝针、器械管理准确无误负有责任。 手术方式发生改变时，及时与巡回护士沟通，备齐各种用物。 手术结束初步处理器械并与供应室交接，协助整理手术间。 检查指导下级护理人员及护理实习生、护理进修生及卫生员工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 注册护士、手术室专科培训2个月以上，经考核合格。 掌握与其职能对应的专科基本护理知识和操作技能。 能充分理解护理部及科室的护理理念及宗旨。 与其他人员团结协作好。 能胜任值班和夜班工作。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 术前了解患者姓名、性别、年龄、诊断、拟施手术，必要时探视患者，参加术前讨论会。 术晨按要求做好手术间清洁工作，协助巡回护士工作。 提前15分钟洗手，整理好无菌台并将手术器械分类，按使用次序排列于升降台及器械桌上，与巡回护士共同核对器械、纱布、缝针等；在清点时，两人必须看清实物，特别注意螺钉、螺帽及各种进入体腔物品的完整性。 协助铺好无菌手术单，按手术步骤准确传递器械。 严格无菌操作，保持手术野及器械台的整洁、无菌；术中妥善保管好手术切下的标本，术毕交手术医师处理，并做好标本登记核查工作。 关闭体腔前后与巡回护士共同清点器械、纱布、缝针等物品，手术结束后及时在手术护理记录单上签名。 术后器械松开轴节，初步清洁签名后送至器械存放间，需更换器械用丝线标记；特殊感染手术按规定进行处理。 按手术间规范管理要求做好手术间管理。 做好下级护士，进修实习护士带教工作，指导检查卫生员工作。 | | | |



三、手术室巡回护士岗位说明书

| | | | |
|--|------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 巡回护士 | 所在部门 | 手术室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 负责患者从进入手术间到出手术间整个围手术期的护理工作。 术前做好室内清洁卫生和各类物品准备, 确保功能。 落实术前访视, 了解病情、备皮、药物过敏史、手术名称, 手术方式及麻醉种类并指导。 协助做好麻醉, 建立静脉通道, 固定手术体位。 负责术中用物供应, 适时调节手术野灯光与室温。 术前与洗手护士、手术医生共同清点敷料、器械并详细登记, 关闭体腔及深部组织前再次核对, 防止遗留在体腔内。 保持静脉通道通畅, 控制滴数, 观察皮肤受压及尿液情况。 坚守工作岗位, 了解手术进展, 观察术中病情变化, 及时配合抢救, 督促手术者执行无菌操作, 管理好参观人员。 术毕协助擦净手术野表面血迹, 检查皮肤并记录, 护送病人回病房, 交接病情、导管、皮肤及术中用物并记录, 负责术后回访。 整理手术间, 负责标本送检。 检查指导下级护理人员及护理实习生、护理进修生及卫生员工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 注册护士、在手术室至少有3年的工作经验。 掌握与其能级对应的专科基本护理知识和操作技能。 能充分理解护理部及科室的护理理念及宗旨。 能胜任值班及夜班工作。 与其他人员团结协作。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 术前一详细详细了解患者姓名、性别、年龄、诊断、拟施手术、麻醉方法, 必要时探视患者, 参加术前讨论会。 检查各设备、仪器性能, 与手术医生沟通, 检查并保证手术用物齐全。 患者入室后做好查对工作, 认真核对病历, 术前行药, 病房带入物品是否齐全, 根据患者不同情况给予介绍和安慰, 实施心理护理。 对患者进行全面评估, 根据手术方案准备相应手术物品, 和麻醉医生共同安全核查并记录。 复查术前用药, 准备好当台手术病人输液用品; 配合麻醉, 安置手术体位, 注意患者隐私及保暖, 适时使用抗生素并记录。 和麻醉医生, 手术医生三方共同进行安全核查并签名; 与器械护士共同清点手术器械、纱布、缝针等用物并记录, 在清点时, 两人必须看清实物, 特别注意螺钉、螺帽及各种进入体腔物品的完整性。 手术开始后, 手术间前后门保持关闭状态, 保持手术间整洁、安静、地面无物, 适时调节手术野灯光与室温; 观察手术进展, 及时供应手术所需的一切用物, 坚守岗位, 不得擅自离岗。 观察患者生命体征, 根据麻醉医生医嘱, 适时调整输液、输血; 关闭体腔, 深部切口前后与器械护士共同核对器械、纱布、缝针等用物并记录签名。 督促检查手术人员执行无菌操作, 限制参观人员人数, 注意无菌原则。 术毕拭去伤口血迹, 妥善包扎伤口, 再次进行安全核查并签名; 认真填写手术护理记录单, 手术患者交接记录单并签名, 护送患者至手术室门口。 整理, 清洁手术间, 物品放置规范化, 检查核对物品基数及有效期, 贵重精密仪器按规定登记处理。 做好下级护士, 进修实习护士带教工作, 指导检查卫生员工作。 | | | |



产房护理人员岗位说明书

一、助产护士岗位说明书

| | | | |
|---|------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 助产护士 | 所在部门 | 妇产科 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 接班前清点常备器械、物品及急救物品。 2. 认真听取交班报告, 详细了解病情, 负责平安接生及协助处理难产。 3. 密切观察产妇一般情况, 第二产程中, 每 10-15 分钟听胎心音 1 次, 并做好记录。避免产妇膀胱充盈, 发现异常及时报告医生, 并协助处理。 4. 严格执行无菌操作, 协助医生进行阴道检查, 及时配合医生处理产程, 严防第二产程延长, 指导产妇正确用力。 5. 做好新生儿的抢救准备, 包括准备好新生儿辐射保暖台、吸引器、氧气和气囊复苏全套设备及抢救药品等。 6. 记录新生儿娩出时间, 协助医生做好新生儿复苏抢救, 负责填写各项记录及通知家属。 7. 协助新生儿完成早吸吮、早接触。 8. 准备完整地填写分娩记录, 并负责登记, 再次核对新生儿性别和出生时间。 9. 产后 2 小时严密观察产妇病情变化, 产后 1 小时测量产妇血压、脉搏, 观察子宫收缩、引导出血情况, 并做好记录。 10. 负责空气消毒及登记工作, 负责剖宫产术前准备、到手术室接新生儿及记账、登记工作。 11. 负责清点常规药品, 清理消毒包, 按消毒先后顺序放置。 12. 定期每周 1 次清点器械及敷料, 并协助进行环境卫生学监测。 13. 负责常用物品大消毒, 每周 1 次。 14. 负责清理产室的桌面及抽屉, 下班前收集、清洗手术钳。 15. 负责病检标本登记, 并通知支助中心送检。 16. 负责进修护士和实习生的带教工作。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理或助产专业, 有护士执业证。 2. 中专及以上学历。 3. 从事临床护理工作 1 年以上。 4. 在医师的指导下工作 3 个月以上, 考核合格。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理区域符合要求, 物品、药品等交接、保管、完善、清洁达标。 2. 工作相关的规章制度、操作规程、工作质量标准等落实。 3. 熟悉产妇情况、观察到位、治疗、护理、安全措施准确及时落实、健康教育工作落实, 沟通有效, 产妇及家属满意度高。 4. 与医生和其他人员沟通畅, 病人需求满足及时, 医生满意度高。 5. 临床带教计划及时、落实有效, 带教对象满意度高。 6. 个人培训计划落实、有效, 各级考核达标。 7. 无护理部当造成的护理并发症。 8. 参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论、护理差错、事故的讨论、护理质量控制, 能提出正确意见。 9. 消毒隔离措施落实。 | | | |



新生儿室护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 新生儿室护士 | 所在部门 | 儿科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长的领导下和医师的指导下进行工作。 2. 负责本科室区域管理、物品、仪器交接、保管、完善、清洁。 3. 负责对病人提供专业照顾、病情观察、治疗护理、沟通配合、心理支持、健康教育、安全等护理工作。 4. 负责落实医院各种规章制度操作规程，质量标准等。 5. 负责病人的出入区管理、医嘱处理、病区文件管理及相关协调工作。 6. 动态观察病人病情变化，参与危重病人抢救，书写危重护理记录。 7. 掌握危重患儿的抢救程序及各种抢救仪器，熟悉各种抢救药物的作用及不良反应。 8. 参与主治医师查房、疑难病例、死亡病例的讨论。参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论及业务学习和技术训练。 9. 承担临床带教任务、参加护理差错、事故的讨论、护理质量控制。 10. 负责消毒隔离措施落实，指导卫生员的工作。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握新生儿护理相关的基础理论、技术。 4. 熟练掌握各种急救仪器的使用与维护。 5. 有很强的应急能力。 6. 掌握各种新生儿急救技术。 | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理区域符合要求，物品、仪器、药品等交接、保管、完善、清洁达标。 2. 工作相关的规章制度、操作规程、工作质量标准等落实。 3. 护理文书书写规范。 4. 病人床头监护落实，熟知管理病人病情，观察到位，治疗、护理、安全措施准确及时落实，健康教育落实，沟通有效，病人满意度高。 5. 与医生和其他人员沟通畅，病人需求满足及时，医生满意度高。 6. 临床带教计划及时、落实有效，带教对象满意度高。 7. 个人培训计划落实、有效，各级考核达标。无护理不当造成的护理并发症。 8. 参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论、护理差错、事故的讨论、护理质量控制，能提出正确意见。 9. 消毒隔离措施落实。 | | | |



消毒供应中心护理人员岗位说明书

一、消毒供应中心护士长岗位说明书

| | | | |
|--|----------|------|--------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 消毒供应中心护士 | 所在部门 | 消毒供应中心 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部的领导下进行工作,制订本科室工作计划,并组织实施。负责本科室护士分工,区域管理等。 2. 实行下收下送,完成消毒供应中心的常规工作,负责医疗器械的清洗、包装、消毒、保管、登记、发放和回收工作,为临床提供热情周到的服务。 3. 检查临床科室送来的各类无菌包的质量与内容,不符合要求者,应立即退回,并与相关科室联系。 4. 认真执行各项规章制度与技术操作规程,不断提高消毒供应中心工作质量,严防护理缺陷或事故发生。 5. 熟练掌握各类物品的物理灭菌及化学灭菌技术。 6. 积极开展新业务、新技术。不断学习专业理论知识,提高自身素质。 7. 指导进修、实习护士清洗医疗器械、消毒灭菌以及器械包、敷料的制备。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本科及以上学历、中级及以上职称,工作8年及以上者。 2. 第一学历本科或硕士学位,工作5年及以上者。 3. 精通消毒供应相关的基础理论、技术。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 区域管理符合要求、物品交接清、保管、完善、清洁达标。 2. 医疗器材、敷料的清洗、包装、消毒、保管、登记和分发、回收工作及时,保证质量。 3. 科室满意度高。 4. 工作相关的规章制度、操作规程、质量标准等落实。 5. 参加业务学习和技术训练。个人培训计划落实,各级考核达标。 6. 临床带教计划落实、护理差错、事故的讨论、护理质量控制落实。 7. 与科室沟通及时,重视反馈意见,改进工作及时。 8. 消毒隔离措施落实。 | | | |



二、消毒供应中心护士岗位说明书

| | | | |
|--|----------|------|--------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 消毒供应中心护士 | 所在部门 | 消毒供应中心 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护士长的领导下完成消毒供应中心的常规工作，负责医疗器械的清洗、包装、消毒、保管、登记、发放和回收工作。 2. 以一切未临床服务的宗旨，实行下收下送，为临床提供热情周到的服务。 3. 定期检查医疗器械的质量，熟练掌握各种器材、设备的使用和保养，如有损坏，及时维修。 4. 检查临床科室送来的各类无菌包的质量与内容，不符合要求者，应立即退回，并与相关科室联系。 5. 认真执行各项规章制度与技术操作规程，不断提高消毒供应中心工作质量，严防护理缺陷或事故发生。 6. 熟练掌握各类物品的物理灭菌及化学灭菌技术。 7. 积极开展新业务、新技术。不断学习专业理论知识，提高自身素质。 8. 指导进修、实习护士清洗医疗器械、消毒灭菌以及器械包、敷料的制备。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握消毒供应相关的基础理论、技术。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 区域管理符合要求、物品交接清、保管、完善、清洁达标。 2. 医疗器材、敷料的清洗、包装、消毒、保管、登记和分发、回收工作及时，保证质量。 3. 科室满意度高。 4. 工作相关的规章制度、操作规程、质量标准等落实。 5. 参加业务学习和技术训练。个人培训计划落实，各级考核达标。 6. 临床带教计划落实、护理差错、事故的讨论、护理质量控制落实。 7. 与科室沟通及时，重视反馈意见，改进工作及时。 8. 消毒隔离措施落实。 | | | |



静脉药物配置护理人员岗位说明书

一、静脉药物配置护士岗位说明书

| | | | |
|---|------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 配药护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| 二. 岗位职责 1. 在科室主任和护士长的领导下工作。 2. 按时上下班, 严格遵守查对制度、无菌操作原则。 3. 进入配置室按规定洗手、穿隔离衣、戴口罩、帽子。 4. 配置人员严格遵守液体配置操作流程。操作过程中, 严禁随意离开, 确保配置质量。 5. 在配置完毕的输液袋上签名并双人核对。 6. 随时保持配置室、工作台的整洁。 | | | |
| 三. 任职资格 1. 护理专业, 有护士执业证。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握相关专业相关理论及技术。 | | | |
| 四. 工作质量标准 1. 掌握并执行配药室的规章制度、操作规程、工作标准、技术操作规程等。 2. 落实工作相关的工作制度、操作规程, 质量标准。 3. 准确执行医嘱, 严格执行查对制度, 无不良事件发生。 4. 药品按照要求摆放, 无过期、变质现象。 5. 个人培训计划落实、有效, 各级考核达标。 6. 消毒隔离措施落实。 | | | |



放射科护理人员岗位说明书

一、放射科护士岗位说明书

| | | | |
|---|-------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 放射科护士 | 所在部门 | 放射科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <p>1、在护理部主任和科主任领导下进行工作。主要负责放射科的护理工作，包括 CT 室、DR 室、钼靶室的登记、预约、记账、统计、药物及物品的管理工作。</p> <p>2、做好病人的分类和登记工作，认真核对检查目的及部位。</p> <p>3、认真执行各项护理制度和技术操作规程，正确执行医嘱。准确及时完成各项护理工作，严格执行“三查七对”制度，对防止差错、事故的发生。熟练掌握放射科各项检查前后的注意事项。</p> <p>4、做好检查病人的基本护理和精神护理工作。热情接待病人，做好检查前后的介绍及准备工作，送病人入检查室。</p> <p>5、对需要注射造影剂的病人询问有无过敏史，做好碘过敏试验及观察反应情况。</p> <p>6、准备好各项急救用品，每天检查抢救车药品、物品是否完好，并做好记录，在抢救过程中协助医生抢救患者。</p> <p>7、按院感及专业防控要求做好办公区域卫生和职业防护，检查常规用品及时补充。</p> <p>8、完成每天登记、记账工作，月底做号病人检查登记工作量汇总，并上报科主任。</p> <p>9、及时分类整理放射片和报告，核对无误后发送给病人或科室。</p> | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <p>1. 护理专业，有护士执业证书。</p> <p>2. 中专及以上学历。</p> <p>3. 掌握护理专业知识及操作技能，熟悉本专科业务，独立进行业务工作和健康教育能力。</p> <p>4. 较好的人际沟通与协作能力，突发事件的应急能力。</p> | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <p>1. 病情观察、跌倒、坠床、压疮的评估落实到位、汇报、处理及时。</p> <p>2. 护理核心制度、各项护理操作规程落实到位，无差错、纠纷、投诉。</p> <p>3. 规范书写护理文书，健康教育、心理护理、风险告知、康复指导有效落实。</p> <p>4. 院感防控措施有效执行，参与护理查房、疑难病例讨论积极主动。</p> <p>5. 按计划完成规范化培训，考核合格。</p> <p>6. 指导下级护士、保洁人员及运送人员的工作认真、主动。</p> | | | |



内镜室护理人员岗位说明书

一、内镜室护士岗位说明书

| | | | |
|--|-------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 内镜室护士 | 所在部门 | 内镜室 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 遵循医院护理部和所在科室的护理管理，树立“以病人为中心”的理念，尊重病人权利。 2. 每日检查抢救药品、物品、设备，保证完好、充分，处于备用状态。 3. 做好检查室，检查治疗中所需物品、耗材装备、内镜及附件使用前的检查、装备工作，保证内镜检查 and 治疗的顺利进行。 4. 做好患者的术前准备工作，包括核对姓名、检查及治疗项目、解释检查目的，解除患者紧张情绪、术前用药等。 5. 在医生指导下配合医师完成各种内镜的检查室治疗工作，术中协助插镜，检查治疗术中随时注意观察患者情况，及时发现异常情况并报告医师，协助医生处理病人。 6. 配合医生取活检和刷取细胞、息肉摘除等，收集病理检查标本，并及时做好交接、送检。 7. 检查或治疗完毕，向患者及家属嘱咐术后注意事项，整理床单位。 8. 保持检查室内整齐、清洁、有序，用后物品按《医疗废物管理条例》处理，每日工作结束后做好终末处理。 9. 积极参加相关培训学习，完成医院及科室的“三基”培训计划，并通过考核。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能，熟悉内镜室的各种业务，独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 较好的人际沟通与协作能力，突发事件的应急能力。 | | | |
| <p>五. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 服从工作安排，急救技能操作及急救仪器操作熟练，积极配合医生抢救患者及处理突发事件。 2. 认真执行查对制度，做好检查前、后的健康教育，观察病人仔细，无差错事故。 3. 急救器材完好率 100%，贵重、精密仪器、设备无损坏、无丢失。 4. 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。 5. 认真履行岗位职责，护理服务满足患者需求，无患者及家属投诉。 6. 完成个人“三基”培训，考试达标，完成继续教育学分 25 分 / 年。 | | | |



体检中心护理人员岗位说明书

一、体检中心护士岗位说明书

| | | | |
|--|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 体检中心护士 | 所在部门 | 体检中心 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行医院及体检中心的各项规章制度，做好体检服务工作。 2. 认真履行国家及医院的各项方针政策，开展好健康服务工作。 3. 负责体检手续的办理、体检登记等工作；负责安排合理的体检流程；做好被体检人员的导检咨询工作。 4. 参与并制定个人或团体健康体检方案。 5. 介绍健康体检理念及专业化健康体检健康管理工作内容，解答被体检者个性化健康知识问题。 6. 帮助、指导体检对象填写健康问卷，并做好沟通工作。 7. 组织、接待、引导、协调有序进行健康体检。 8. 参与对体检客户的健康教育、咨询、行为干预。 9. 参与制定健康保健计划，管理一定数量的体检客户及体检团队，重点人群重点服务，建立良好的客户关系。 10. 开展健康体检市场调研、营销和服务。 11. 认真执行各项规章制度，岗位职责和护理技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作，严格执行查对及交接班制度、消毒隔离制度，防止差错事故的发生。 12. 认真做好危重患者的抢救工作及各种抢救物品、药品的准备、保管工作。 13. 负责采集各种检验标本。完成体检中各项护理工作，测血压、呼气试验、骨密度等具体检查操作。 14. 负责体检预约及查体医生的安排和协调工作，负责体检报告的录入、保存及发放工作。 15. 经常巡视体检环境，密切观察各区体检情况，如发现异常情况及时处理并报告。 16. 参加护理教学和科研工作，工作中应不断总结经验，写出论文，以提高护理水平。 17. 指导护生、护理员、配膳员、卫生员工作。 18. 认真做好病室物资、器材的使用及保管工作，并注意坚持勤俭节约的原则。 19. 负责各区域的饮水供应、门、门窗和水、电源开、关。 20. 做好消毒隔离、防止交叉感染。 21. 保证体检的服务与质量，圆满完成每一批的体检任务。 | | | |



三. 任职资格

1. 护理专业，有护士执业证书。
2. 中专及以上学历。
3. 良好的职业道德，较强的责任心和慎独精神。
4. 从事临床护理工作一年以上。
5. 掌握护理专业知识及操作技能，熟悉本专科业务，独立进行业务工作和健康教育能力。
6. 较好的人际沟通与协作能力，突发事件的应急能力。

四. 工作质量标准

1. 认真执行查对制度，履行岗位职责，护理服务满足患者需求，无差错、纠纷、投诉。
2. 服从工作安排，急救技能操作及急救仪器操作熟练，积极配合医生抢救患者及处理突发事件。
3. 急救器材完好率 100%，贵重、精密仪器、设备无损坏、无丢失。
4. 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。
5. 完善并掌握各项核心制度。熟练并掌握各种体检套餐项目及适应人群，掌握各种体检项目的意义及体检须知，熟练掌握静脉采血技术。
6. 各项护理操作规程落实到位。
7. 认真做好体检前准备，诊疗用物准备齐全，位置固定。
8. 体检报告管理规范，按照要求正确录入体检信息。
9. 完成个人“三基”培训，考试达标，完成继续教育学分 25 分。



妇科门诊护理人员岗位说明书

一、妇产科门诊护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 妇科门诊护士 | 所在部门 | 妇科门诊 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行各项规章制度和护理操作规程，落实患者安全目标。 2. 保持诊室内清洁。做好物品、仪器、药品的管理工作。督促下级护士及保洁员的工作。 3. 主动热情接待病人，认真做好产前检查，并详细填写孕期保健手册。做好孕期知识宣教及母乳喂养宣教。 4. 熟悉并掌握有关计划生育技术服务相关的法律法规、计划生育技术的基本理论和基本技能，严格执行各项技术操作常规，并做好计划生育指导工作。 5. 认真做好查对工作，操作时严密观察病人病情变化，发现异常及时报告医生并配合医生完成相关处置工作，严防护理缺陷、事故的发生。 6. 落实医院感染的预防与控制措施。 7. 认真做好各项登记，妥善保存各类资料。 8. 按要求完成岗位培训与考核。 9. 完成上级交与的临时性工作任务。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证书、助产技术服务证书、计划生育操作证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能，熟悉本专科业务，独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 较好的人际沟通与协作能力，突发事件的应急能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理人员认真履行岗位职责，严格执行规章制度和操作规程，健康教育、心理护理、风险告知、康复指导有效落实。 2. 做好仪器设备、药品、物资等管理工作，保证日常工作正常进行。 3. 护理核心制度、各项护理操作规程落实到位，无差错、纠纷、投诉。 4. 院感防控措施有效执行。 5. 按计划完成规范化培训，考核合格。 6. 指导下级护士、保洁人员及运送人员的工作认真、主动。 | | | |



中医康复科护理人员岗位说明书

一、中医康复科护士长

| | | | |
|---|----------|------|-------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 中医康复科护士长 | 所在部门 | 中医康复科 |
| <p>二. 岗位职责</p> <p>(一) 管理职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据医院及护理部的护理工作质量标准、工作计划, 负责制订中医康复科具体工作计划, 组织实施、检查与总结。 2. 督促护理人员严格执行各项规章制度、职业道德规范和技术操作规程, 严防差错事故, 并检查指导各种理疗前准备及卫生宣传工作。 3. 检查、指导中医康复科护理工作。帮助护理人员提高管理与业务能力, 充分调动其主观能动性, 积极支持护士履行职责。 4. 负责中医康复科护士的排班及工作分配, 制定各班工作流程, 中医康复疾病护理常规、技术操作流程、疾病护理质量标准 and 健康教育内容。 5. 掌握中医康复科护理人员的思想动态和工作表现, 关心护士的生活及学习情况, 增强凝聚力, 提高工作效率。 6. 实施优质护理服务, 做好文字记录及各项统计工作, 每月总结、分析提出整改意见。 7. 合理利用医疗资源, 做好仪器、设备、药品等物品的管理, 减少消耗材料的浪费, 降低成本, 提高效益。 <p>(二) 业务职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 督促护理人员改善服务, 经常巡视康复理疗、功能锻炼病员的病情变化。检查康复计划落实情况; 检查护理工作质量, 发现问题及时解决, 把好质量关, 并有记录。 2. 亲自或指导护士操作复杂的技术, 严防差错事故发生。对复杂的技术或新开展的护理业务应亲自指导并参加实践。 3. 有计划地组织科内护理查房, 及时总结护理工作中的经验和教训。 4. 解决护理业务上的疑难问题, 指导危重、疑难患者护理计划的制定及实施。 5. 有计划地组织安排全科业务学习。负责全科护士的三基三严培训和在职教育工作。 6. 负责组织本科护理科研、护理革新计划的制定和实施, 指导护士及时总结护理经验及撰写护理文章。 7. 对科内发生的护理问题和差错, 应及时了解原因, 总结经验教训, 采取防范措施, 并及时上报护理部。 8. 加强医护沟通, 护士发挥康复护理优势, 开展有康复特色的护理和康复宣教。 | | | |



三. 任职资格

1. 专科及以上学历、中级及以上职称。
2. 精通相关专业相关理论及技术。
3. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。

四. 工作质量标准

1. 护理管理目标明确，有年计划、季重点、月安排、年终有总结，目标管理达标。
2. 医院各项指令贯彻执行及时、有效。
3. 护理人力资源管理科学规范，分工明确，排班合理，责任制整体护理落实到位，病房成本管理有效。
4. 病房“5S”管理落实到位。仪器设备、药品、物资等管理规范，无过期及浪费现象。
5. 护理人员认真履行岗位职责、执行规章制度和操作规程，责任制整体护理落实到位，各项护理质量指标达标。
6. 护士长“一日五查”落实，并全面掌握病房护理工作的动态。
7. 对护理投诉及不良事件，做到及时上报，整改落实，有分析、讨论、总结资料。
8. 医院感染管理相关规章制度、措施落实到位，各项监测指标达标，有记录。
9. 病房质控组织体系健全，定期组织质控检查、有记录、存在问题有讲评，有改进措施，体现护理持续质量改进及可追溯。
10. 科室业务学习、护理查房、临床教学计划落实，有定期考核与评价记录。
11. 护士规范化培训和继续教育落实到位，护理业务和技能考核合格率 100%。
12. 完成科室护理科研、论文撰写的年度计划。
13. 每月至少有 1 次护患沟通会。护理健康教育覆盖率 100%。
14. 资料记录及归档管理规范，各类报表上报及时。
15. 与医院其他部门沟通、配合良好。



二、中医康复科护士岗位说明书

| | | | |
|---|---------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 中医康复科护士 | 所在部门 | 临床科室 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行各项规章制度和护理操作规程, 落实患者安全目标。 2. 落实分级护理工作, 负责对病人提供专业照顾、病情观察、协助治疗、沟通配合、心理支持及健康教育等护理工作。 3. 每月组织护士业务学习, 内容为中医辨证施护及穴位按摩学习, 并纳入当月考试中, 邀请资深老中医师指导护士中医望闻问切, 并熟练掌握常规中草药的作用及使用方法, 加强护士中医理论学习, 开展中医特色护理, 提高专科整体护理水平, 实施优质护理服务。 4. 参与重症患者的急救护理配合, 参与护理查房、危重及疑难病例讨论。 5. 随同科主任和管床医师查房, 参加科内新业务、新技术的学习与讨论, 加强医护联系和沟通。 6. 负责病区病人出入院、医嘱处理、电话随访、病区文件管理及相关协调工作。 7. 落实医院感染的预防与控制措施。 8. 规范护理文书书写, 落实各项安全风险的筛查。 9. 完成临床教学任务, 指导下级护士有效安全进行临床护理实践。 10. 按要求完成岗位培训与考核。 11. 参与病房管理工作, 做好物品、仪器、药品的管理工作。督促下级护士及保洁员和运送员的工作。 12. 完成中医专科的护理质量: 包括生活起居、饮食指导、情志指导、中药用药指导等方面护理实施情况, 完成中医护理常规的执行情况和中医护理技术操作情况。 13. 完成上级交与的临时性工作任务。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能, 参加中医专科知识培训并通过考核, 独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 较好的人际沟通与协作能力, 突发事件的应急能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 分级护理落实到位, 满足患者基本生活照顾及专业性的生活照顾。 2. 病情观察、跌倒、坠床、压疮的评估落实到位, 汇报、处理及时。 3. 护理核心制度、各项护理操作规程落实到位, 无差错、纠纷、投诉。 4. 规范书写护理文书, 健康教育、心理护理、风险告知、康复指导有效落实。 5. 院感防控措施有效执行, 参与护理查房、疑难病例讨论积极主动。 6. 按计划完成规范化培训, 考核合格, 辨证施护和中医护理技术运用广泛。 7. 指导下级护士、保洁人员及运送人员的工作。 | | | |



医技科室护士岗位说明书

| | | | |
|---|--------|------|------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 医技科室护士 | 所在部门 | 医技科室 |
| 二. 岗位职责 1. 在本科室主任的领导下和医师的指导下进行工作。 2. 负责候检病人的检查预约及秩序维持工作。 3. 负责接收检查病人，进行检查前指导、检查时给药、检查后观察等。 4. 做好检查室内环境管理及仪器清洗、消毒及保养工作。 5. 按照国家相关职业防护要求做好职业防护。 6. 按照国家相关政策标准及医院感染管理要求落实医院感染的预防与控制工作。 | | | |
| 三. 任职资格 1. 护理专业，有护士执业证。 2. 中专及以上学历。 3. 有较强的沟通协调能力及观察能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 1. 医技科室相关仪器、物品保管维护合理。 2. 工作相关的规章制度、操作规程、工作质量标准等落实。 3. 急救物品、药品处于备用状态，病人不良反应处理及时。 4. 维护良好的候诊秩序，无投诉事件发生。 5. 与医生和其他人员沟通畅通。 6. 个人培训计划落实、有效，各级考核达标。无护理不当造成的护理并发症。 7. 消毒隔离措施落实。 8. 职业防护落实到位。 | | | |



皮肤美容科护理人员岗位说明书

一、皮肤美容科护士长岗位说明书

| | | | |
|--|----------|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 皮肤美容科护士长 | 所在部门 | 皮肤科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 在护理部和科主任的领导下进行工作, 根据医院及护理部的护理工作质量标准、工作计划, 制订美容科具体工作计划并组织实施、检查与总结。 2. 督促护理人员严格执行各项规章制度、职业道德规范和技术操作规程, 严防差错事故, 并检查指导各诊室做好诊前准备及健康工作。 3. 检查、指导本科护理工作。帮助护理人员提高管理与业务能力, 充分调动其主观能动性, 确保护士履行自身职责。 4. 负责本科护士的排班及工作分配, 制定各班工作流程, 门诊部疾病护理常规、技术、操作流程、疾病护理质量标准和健康教育内容。 5. 掌握本科护理人员的思想动态和工作表现, 关心护士的生活及学习情况, 增强凝聚力, 提高工作效率。 6. 教育本科护理人员树立以病人为中心的意识和窗口意识, 指导帮助病人就诊, 热情解答病人的问题。 7. 按病人所需合理安排人力, 改善美容科就诊环境, 简化就诊手续, 缩短候诊时间, 为病人提供方便。实行优质护理服务。 8. 合理利用医疗资源, 做好仪器、设备、药品等物品的管理, 避免消耗材料的浪费, 降低成本, 提高效益。 9. 督促护理人员改善服务, 做好不同患者的护理延伸服务。 10. 对科室发生的护理差错、事故进行分析、鉴定, 并提出防范措施。 11. 对复杂的技术或新开展的护理业务应亲自指导并参加实践, 严防差错事故发生。 12. 加强医护沟通, 充分了解医生对护理工作的要求。 13. 负责指导和管理实习、进修人员, 并指定有经验、有教学能力的护理人员担任带教工作。 14. 组织本科护士进行业务学习, 认真落实各级护理人员规范化培训与继续教育计划。 15. 了解行业护理新进展, 积极开展护理科研及组织技术革新工作, 总结经验, 撰写学术论文。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 本科及以上学历、中级及以上职称, 工作 8 年及以上者。 2. 第一学历本科或硕士学位, 工作 5 年及以上者。 3. 精通相关专业相关理论及技术。 4. 有较强的管理能力、沟通协调能力、责任心及政治素质。 | | | |



四. 工作质量标准

1. 本科各项管理措施落实, 病人有一个良好的医疗就诊环境。
2. 有详细的年度、月及周工作安排, 并得到实施。每月护理质量控制落实, 对存在的问题有整改措施及质量追踪。
3. 熟悉关心护士的思想、工作和生活情况, 护士工作积极性高。
4. 对护士的排班合理, 保障各班人员配置, 使病人得到优质、规范、安全的医疗和护理。
5. 病人健康教育措施落实, 病人获得健康知识, 具备自我保健意识, 并能有效执行。
6. 建立完善的各项护理规章制度, 有专科疾病护理常规、应急预案、服务流程、护士职责、各班职责, 并检查落实情况。
7. 各种医疗诊断、治疗用物齐全, 按时开诊。
8. 各诊室符合管理规范化要求, 保持清洁有序, 有管理措施。
9. 护士仪表端庄, 态度和蔼, 工作耐心细致, 主动迎送病人。
10. 消毒隔离符合管理要求, 防止交叉感染。
11. 本部门无病人投诉, 无差错事故发生。



二、皮肤美容科护士的岗位说明书

| | | | |
|--|-----|------|-----|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 皮肤科 | 所在部门 | 皮肤科 |
| <p>二. 岗位职责</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行各项规章制度和护理操作规程, 落实患者安全目标。 2. 负责接待病人, 保持办公室整齐、清洁。 3. 负责回访、治疗、手术预约电话并做好记录; 核对治疗、手术患者有无签字、照相、缴费。 4. 组织查对医嘱、严格执行三查七对, 避免差错事故的发生。 5. 负责各种办公用品、表格文件、医疗器械的准备补充。 6. 负责记帐收费工作。 7. 负责填写日报表、整理医疗文件, 核算各班工作量。 8. 全面掌握病人情况、了解诊断、熟悉治疗护理要点, 熟练掌握基础护理和专科护理操作, 对各级护士进行业务指导。 9. 负责领取药品, 每日检查药品消耗情况、是否过期; 协助治疗护士核对送消毒器械物品。 10. 负责对实习生、进修护士及低年资护士实行“三基”、“三严”训练, 努力提高教学质量。 11. 完成上级交与的临时性工作任务。 | | | |
| <p>三. 任职资格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业, 有护士执业证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能, 熟悉本专科业务, 独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 较好的人际沟通与协作能力, 突发事件的应急能力。 | | | |
| <p>四. 工作质量标准</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全面了解本病区病人病情, 交接班清楚、细致、准确, 反映病人动态情况。 2. 接待、安置来院病人热情、及时, 解答病员疑问耐心、细致。 3. 知病人饮食、手术、转科等及时准确。 4. 病历质控把关严格, 无病历滞留及缺陷。 5. 办公室清洁、整齐, 物品存放有序。 6. 费用录入准确, 无不合理收费、漏收费情况发生。 7. 文件、药物及其他物品交接及时、准确。 8. 电话回访登记完整、清楚、准确。 9. 协助护士长做好病区管理工作得力。 | | | |



医院感染性疾病科护士岗位说明书

| | | | |
|---|----------|------|--------|
| 一. 基本资料 | | | |
| 岗位名称 | 感染性疾病科护士 | 所在部门 | 感染性疾病科 |
| 二. 岗位职责 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行各项规章制度和护理操作规程，落实患者安全目标。 2. 落实分级护理工作，负责对病人提供专业照顾、病情观察、协助治疗、沟通配合、心理支持及健康教育等护理工作。 3. 参与重症患者的护理配合，参与护理查房、危重及疑难病例讨论。 4. 掌握感染性疾病护理知识和技能、传染病防护要点及传染病防治法律法规。 5. 负责病区病人出入院、转科医嘱处理、病区文件管理及相关协调工作。 6. 落实医院感染的预防与控制措施。 7. 规范护理文书书写，落实各项安全风险的筛查。 8. 完成临床教学任务，指导下级护士和护生有效安全进行临床护理实践。 9. 按要求完成岗位培训与考核。 10. 参与病房管理工作，做好物品、仪器、药品的管理工作。督促下级护士及保洁员和运送员的工作。 11. 管理科室防护用品及消毒、隔离工作。 12. 参与突发公共卫生事件紧急救治工作，服从上级调配。 13. 完成上级交与的临时性工作任务。 | | | |
| 三. 任职资格 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 护理专业，有护士执业证书。 2. 中专及以上学历。 3. 掌握护理专业知识及操作技能，熟悉本专科业务，独立进行业务工作和健康教育能力。 4. 掌握传染病防护知识和防护用品穿戴流程。 5. 较好的人际沟通与协作能力，突发事件的应急能力。 | | | |
| 四. 工作质量标准 | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 分级护理落实到位，满足患者基本生活照顾及专业性生活照顾。 2. 病情观察、跌倒、坠床、压疮的评估落实到位，汇报、处理及时。 3. 护理核心制度、各项护理操作规程落实到位，无差错、纠纷、投诉。 4. 规范书写护理文书，健康教育、心理护理、风险告知、康复指导有效落实。 5. 院感防控措施有效执行，参与护理查房、疑难病例讨论积极主动。 6. 按计划完成规范化培训，考核合格。 7. 落实传染病消毒隔离制度和执行防护用品穿戴流程。 8. 指导下级护士、保洁人员及运送人员的工作。 | | | |



第九部分 各级职称护理人员职责

主任（副主任）护师职责

1. 在护理部主任及护士长领导下，指导本科护理技术、科研和教学工作。
2. 检查指导本科急、重、疑难患者的护理计划实施、护理会诊及抢救危重患者的护理。
3. 了解国内护理发展动态，并根据本院具体条件努力引进先进技术，提高护理质量，发展护理学科。
4. 主持全院或本科护理大查房，指导下级护理人员的查房，不断提高护理业务水平。
5. 对院内护理差错、事故提出技术鉴定意见。
6. 组织主管护师、护师及进修护师的业务学习，拟定教学计划和内容，编写教材并负责讲课。
7. 带教护理本科和护理大专学生的临床实习，担任部分课程的讲授并指导主管护师完成此项工作。
8. 负责组织全院或本科室护理学术讲座和护理病案讨论。
9. 制定本科室护理科研计划，并组织实施，通过科研实践，写出有较高水平的科研论文，不断总结护理工作经验。
10. 参与审定、评价护理论文和科研成果以及新业务、新技术成果。
11. 协助护理部做好主管护师、护师的晋升业务考核工作，承担对下级护理人员的培养。
12. 对全院护理队伍建设、业务技术管理和组织管理提出建设性意见，协助护理部主任加强对全院护理工作的指导。

主管护师职责

1. 在护士长领导下及本科室主任（副主任）护师指导下进行工作。
2. 协助护士长做好病房护理质量管理、行政管理和队伍建设工作。
3. 解决本科室护理业务上的疑难问题，指导危重、疑难患者护理计划的制定及实施。
4. 负责指导本科护理查房和护理会诊，对护理业务给予具体指导。
5. 对本科各病房发生的护理差错、事故进行分析鉴定，并提出防范措施。



6. 组织本科室护师、护士进行业务培训，拟定培训计划，编写教材，负责讲课。
7. 负责临床护理实习和课堂教学工作。
8. 制定本科室护理科研和技术革新计划，并组织实施。指导全科护师、护士开展护理科研工作，写出具有一定水平的护理论文及科研文章。
9. 负责完成一定数量的危重病人护理工作，负责包干病人的生活护理、病情观察、治疗、康复、指导等护理工作，参与病房的夜班工作。

护师职责

1. 在病房护士长领导下和本科主管护师指导下进行工作。
2. 负责护理一定数量的病人护理工作，或参与门诊护理工作，认真完成包干病人的生活护理、病情观察、治疗、康复、指导等护理工作，参与病房的夜班工作。
3. 参与病房危重、疑难患者的护理工作，承担难度较大的护理技术操作，带领护士完成新业务、新技术的临床实践。
4. 协助护士长拟定病房护理工作计划，参与病房管理工作。
5. 参加本科主任（副主任）护师、主管护师组织的护理查房、会诊和病例讨论，主持本病房的护理查房。
6. 协助护士长负责本病房护士和进修护士业务培训，制定学习计划，并担任讲课。
7. 协助对低层级护士进行有计划的业务培训和技术指导，并进行考核。
8. 承担护理临床、课堂教学工作。
9. 积极参加护理科研，撰写护理论文。
10. 对病房出现的护理差错、事故进行分析，提出防范措施。

护士职责

1. 在护士长领导及护师指导下进行工作。
2. 认真执行各项规章制度、岗位职责和护理技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作，严格执行查对及交接班制度、消毒隔离制度，防止差错事故的发生。
3. 负责分管一定数量的病人，了解病人病情，落实基础护理、生活护理、治疗、康复、健康指导、心理护理等工作。主动巡视病房密切观察病情变化，发现异常及时报告，并做好危重症病人及手术后病人的护理记录。
4. 认真做好危重患者的抢救工作及各种抢救物品药品的准备、保管工作。
5. 经常征求病人意见，改进护理工作。



6. 指导助理护士完成病人的基础护理及生活护理。
7. 认真学习专科护理常规，提高专业护理操作技能，积累工作经验。
8. 参加护理教学和科研，接受上级护理人员的指导与考核。

助理护士职责

1. 在护士长领导、护士指导下进行非治疗性、辅助性工作。
2. 规范着装，文明礼貌服务，遵守劳动纪律，由护士长考评工作质量。
3. 主动落实病人生活护理，协助病人进餐、喂服口服药，落实病人的擦洗及大小便护理，保持病人皮肤清洁及床单元整洁。
4. 协助出入院病人护理，保持“三短九洁”。
5. 经常巡视病房，关心病人疾苦，了解病人的需求，并及时解决，对不属职责范围内的问题应及时向护士反映。
6. 严格执行交接班制度，加强对病人的看护，防止病人跌倒、坠床、烫伤等不良事件发生。
7. 协助管理病区安全、环境整洁及探视秩序，并按病区管理要求妥善安排家属探视。