

目 录

第一部分 护理工作制度

一、护理质量与安全管理委员会工作制度	1
二、护理垂直管理体系工作方案	2
三、护理部与相关部门的协调制度	4
四、护理人力资源紧急调配制度	6
五、紧急情况下护理人力资源调配方案	7
六、分级护理制度	9
七、病房管理制度	11
八、病房医疗护理文件管理制度	12
九、住院患者管理制度	13
十、医嘱执行制度	14
十一、查对制度	15
十二、给药制度	20
十三、护士交接班制度	21
十四、巡视制度	23
十五、健康教育制度	24
十六、消毒隔离制度	25
十七、抢救工作制度	27
十八、护理查房制度	28
十九、护理会诊制度	30
二十、护理病历讨论制度	31
二十一、护理排班制度	32
二十二、护理病历管理制度	33

二十三、病区医用冰箱管理制度	34
二十四、应用保护性约束告知制度	35
二十五、护理文件书写制度	36
二十六、物品、药品、器械、设备管理制度	37
二十七、饮食管理制度	40
二十八、“危急值报告”制度	41
二十九、临床用血护理制度	47
三十、患者入院管理制度	48
三十一、患者出院管理制度	49
三十二、出院患者电话回访制度	50
三十三、抗肿瘤药物使用和处置管理制度	51
三十四、护理上报制度	52
三十五、护理告知制度	53
三十六、危重病人护理质量管理及上报制度	54
三十七、保护性医疗和保护患者隐私制度	55
三十八、中医护理落实措施	56

第二部分 护理安全管理制度

一、护理安全管理制度	57
二、护理差错、事故登记报告制度	59
三、非惩罚性护理不良事件报告制度	60
四、病人失踪管理制度	61
五、病房安全管理制度	62
六、病人安全管理制度	63
七、病人外出检查管理制度	64
八、压疮管理制度	65

九、压疮会诊制度	66
十、高危跌倒/坠床管理制度	67
十一、导管安全管理制度	68
十二、腕带标识管理制度	69
十三、患者身份识别制度	70
十四、护士临床用药安全管理制度	71
十五、重点药物观察制度	72
十六、外配药品使用管理制度	73
十七、临床科室医疗废物管理制度	74
十八、住院患者各环节运行间管理制度	75
十九、危重患者转运制度	79
二十、重点护理环节管理制度	80
二十一、抢救车管理制度	81
二十二、高危药品管理制度	82
二十三、护理突发事件报告制度	83
二十四、手术安全核查制度	84

第三部分 护理会议制度

一、护士长例会制度	85
二、护理质量管理会议制度	86
三、护理安全管理会议制度	87
四、带教老师工作会议制度	88
五、学生座谈会制度	89
六、病区护理工作会议制度	90

第四部分 护理在职培训、科研、教学管理制度

一、护理人员培训、考核制度	91
二、护士分层培训制度	92
三、三基三严培训及考核制度	96
四、业务学习制度	97
五、护理科研管理制度	98
六、护理新技术、新项目管理制度	99
七、进修护理人员管理制度	100
八、护理教学管理制度	101
九、护理示教室管理制度	102
十、护理实习生管理制度	103
十一、实习生请假制度	104

第五部分 临床科室护理管理制度

一、护办室工作制度	105
二、换药室管理制度	106
三、治疗室管理制度	107
四、抢救室工作制度	108
五、门诊护理工作制度	109
六、门诊输液室工作制度	110
七、门诊注射室工作制度	111
八、急诊科管理制度	112
九、内镜中心管理制度	113
十、手术室工作制度	114
十一、手术患者术前访视制度	116
十二、围手术期护理评估制度	117
十三、消毒供应中心管理制度	118

十四、血液净化中心管理制度	119
十五、重症医学科管理制度	120

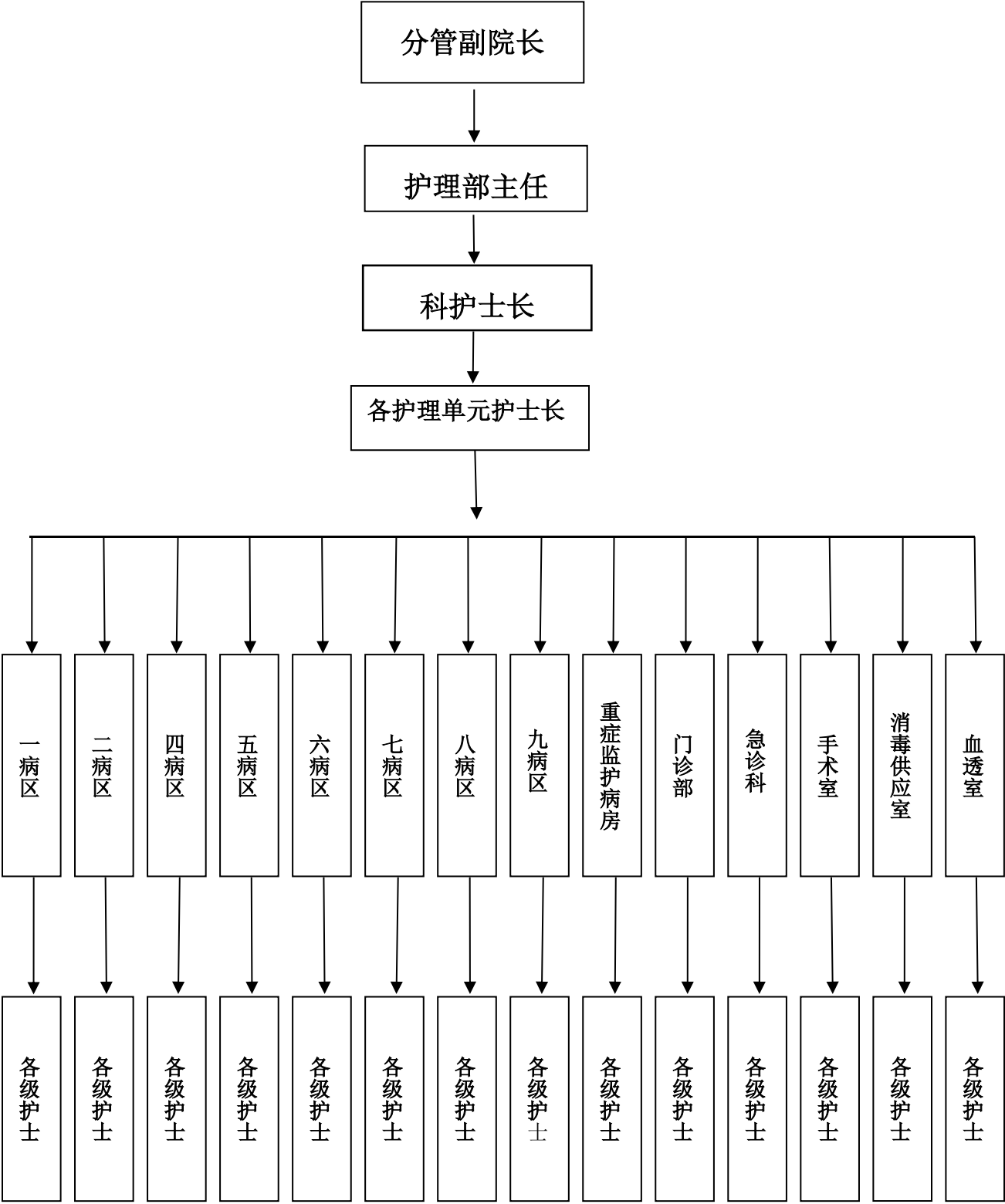
第六部分 护士管理与考核制度

一、护理部工作制度	121
二、护理质量管理制度	122
三、护理人员请假制度	123
四、护理投诉管理制度	124
五、护士配置、聘用、考核制度	125
六、护士岗位管理方案	126
七、护士分级管理考核制度	134
八、护理人员绩效分配方案	136
九、护理信息系统管理制度	137
十、护理人员专业技术档案管理制度	138

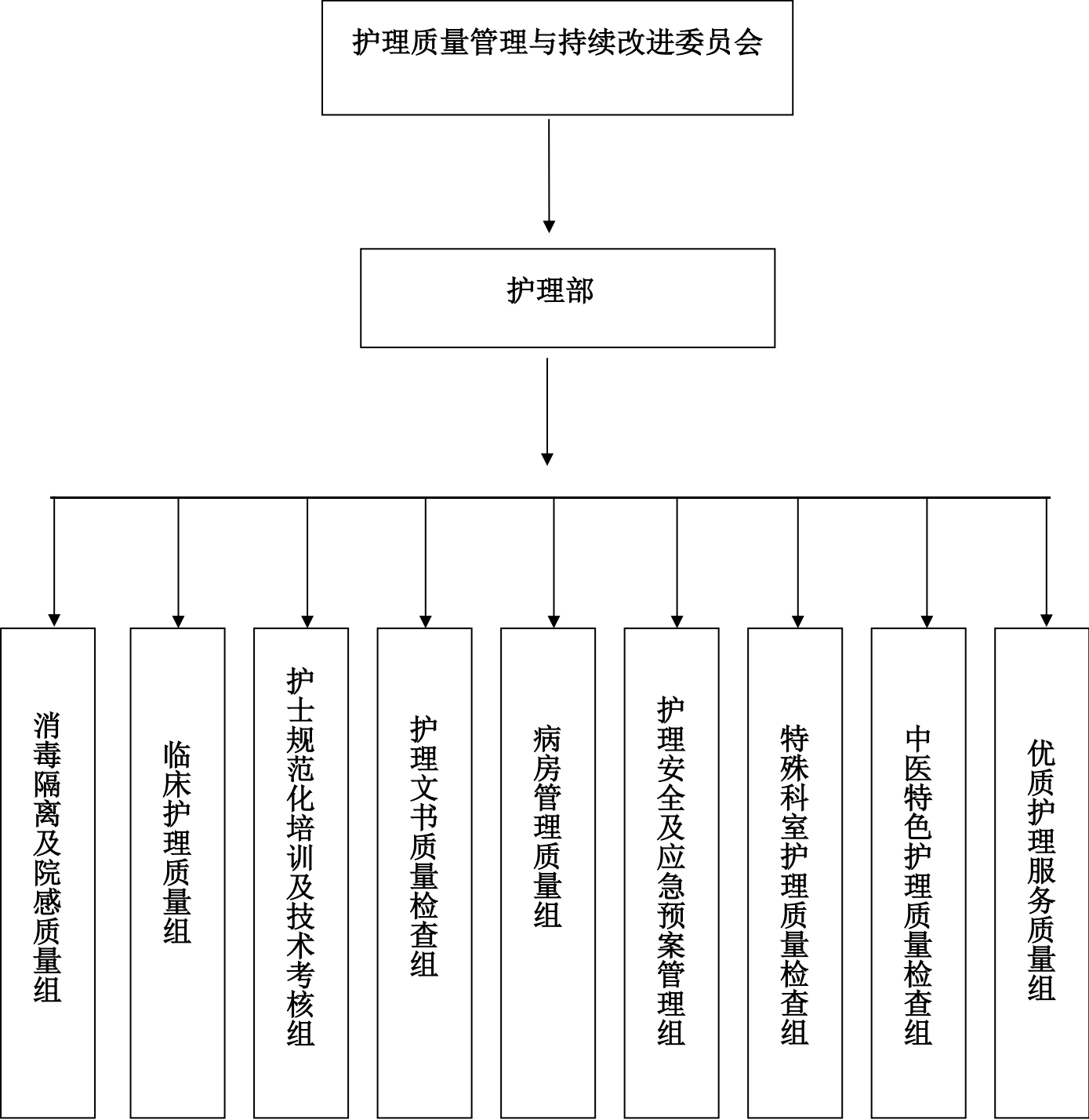
第七部分 护理应急预案与处理程序

一、抢救及特殊事件应急预案及处理程序	139
二、患者发生输液反应时的应急预案及处理程序	140
三、患者发生输血反应时的应急预案及处理程序	141
四、患者外出或外出不归时的护理应急预案及处理程序	142
五、住院患者发生坠床的应急预案及处理程序	143
六、住院患者摔伤时应急预案及处理程序	144
七、急诊患者突发呼吸心跳骤停时的应急预案及处理程序	145
八、病房发现传染病患者时的应急预案及处理程序	146
九、患者有自杀倾向时的应急预案及处理程序	147
十、紧急意外事故时的应急预案及处理程序	148

郎溪县中医院护理组织架构图



郎溪县中医院护理质量管理架构图



第一部分 护理工作制度

一、护理质量与安全管理委员会工作制度

1、成立由分管院长、护理部主任(副主任)、科护士长、护士长组成的护理质量与安全管理组织，负责护理质量的全面督导、检查。

2、负责制定各项质量检查标准，定期组织检查，发现问题及时反馈。

3、护理质量管理委员会组织成员定期召开会议，总结质量检查中存在的问题，分析原因，提出改进措施并反馈到责任科室。

4、实行护理部、科、病区三级网络质量管理，科室质检小组每周至少检查一次，护理部各护理质控小组每月检查一次，反馈整改后复查，资料存档。

5、将质量检查结果及时反馈给当事人，并以护理质量持续改进记录表的形式反馈给相应科室。

6、科室根据存在问题和反馈意见进行整改，并以质量改进记录表的形式汇报护理部，以达到持续改进的目的。

7、护理工作质量检查结果将作为科室进一步质量改进的参考及护士长管理考核的重点。

二、护理垂直管理体系工作方案

一、树立以人为本的管理理念

组织全体护理人员学习新的护理管理理念，包括以人为本的理念，护理文化建设重要性的理念等，从思想上使大家认识到护理垂直管理的重要性，使大家的思想认识统一起来。

二、护理部参与护士薪酬的分配

通过薪酬分配制度改革，体现劳动与技术的价值，充分调动广大护理人员的工作积极性，提高护理水平。护理部应根据护士的工作质量进行绩效考核并确定绩效工资，使每一位护士都有机会找准自己的位置，提高护士素质，调动护士的积极性，为护理人员提供平等竞争的机遇，激励和督促护士不断的提高自己全方位的能力。

二、护理部垂直控制

护理部主任对科护士长，科护士长对护士，自上而下层层把关，环环控制，即为垂直控制。如：逐级进行定期或不定期的检查、考核，护理部坚持日、夜间、节假日、双休日查房及各类质量检查制度等。科护士长对各病区护理质量控制，护士长对每个护理人员工作质量督查，把好医嘱关、查对关、交接班关、重病人护理关、特殊检查诊疗关。

三、建立护理人员绩效考评体系

充分发挥护理人员的积极性和创造性，提高整个护理队伍素质，做到人尽其才、人职匹配，建立有效的护理人员绩效考评体系是至关重要的。考核标准的制定主要来源于工作分析。由于绩效具有多维性，因此制定标准对护理人员考核应沿多种维度去分析，包括工作绩效、工作相关技能以及团结、劳动纪律、责任感、服务主动性等方面。不同的维度应给予不同的权重，考核的重点也应根据权重决定。

四、建立激励奖惩体制

护理管理中强化激励奖惩制度，为选择、激励和留住真正有能力的护理

人才，警告、惩罚和解聘不适合医院发展的护理人员，切实实现护理人员的双向选择及优化组合的人事制度改革。

五、实行护理垂直管理的相关措施

1、实施护理人才战略

护理部根据职称、学历、工作年限等，对护理人员进行岗位管理。按照岗位对工作人员需求的不同及护理人员能力的不同，将护理人员安排到各个适合的岗位之中，充分发挥护理人力资源的最大潜力。

2、建立护理人员绩效津贴考评体系

护理部对护理人员进行包括工作绩效、岗位风险、工作技能以及其服务主动性、责任感等多方面的考核，合理分配护理人员绩效津贴。该体系的建立将极大地发挥护理人员的工作积极性和创造性，使护理队伍的整体素质有很大的提高。

3、建立护理激励奖惩体制

为选择和激励我院真正有能力的护理人才，在护理部的垂直领导下，让一些符合竞聘条件的护士及现有的护士长均参加护士长资格竞聘，经过组织人事部门的考核及评审，择优录取。护理部对具备护士长资格的人员所管理的科室进行统一安排，并确保其工作稳定进行。对于不适合医院发展的护理人员，要严格做到警告、惩罚甚至解聘等，从而不断提高我院的护理队伍的整体素质。

4、加强管理

强化护士长的管理意识。明确对护士长的考评标准，每月现场检查护士长科室管理、业务管理、护士长查房制度的贯彻落实等情况，查看各项检查记录及整改措施。护理部每月组织护理质量全面检查，每周组织护士长夜查房一次，每月发放一次护理人员服务态度与服务质量问卷调查，召开护士长会议，反馈检查中存在的问题，商讨解决方案。科内护士长每周组织护理质量检查，每月组织业务考核，及时整改，护理部不定期抽查、督导。

三、护理部与相关部门的协调制度

为推动我院中医护理工作的扎实开展，提高中医护理服务水平，护理部与医务、药剂、后勤等相关部门之间必须密切配合，相互协调，依据相关政策、原则和工作计划，运用恰当的方式方法，及时排除各种障碍，确保我院中医护理工作正常运转，因此，特制定此协调保障机制，具体内容如下：

一、中医护理工作在院长领导下，由护理部统一协调负责全院中医护理工作。

二、护理部负责和相关部门之间的协调，护理部定期与医务、药剂、后勤等相关部门至少每半年召开一次关于开展中医护理工作会议，各部门针对护理工作中需要协调解决的问题进行沟通，提出相应的对策，保障中医护理工作的实施。

三、保障机制

1、医务科：为临床护理实施提供医疗方面的保障和指导，规范加强对医师开具医嘱的规范化管理。定期请医务科安排中级以上医生讲授相关专业知识（实习生、医生、护士参加听课）。

2、总务科：及时供应和维修水、电、被服等物品，确保临床一线被服正常运转，清洗。增添相应的中医护理用具，为护士顺利开展中医护理工作提供保障。

3、设备科：根据临床需要积极配合购置医疗设备、物品，并定期进行医疗设备、器械的维修、维护，保证功能正常。

4、药剂科：建立健全各项规章制度，保证配发药品质量合格安全有效。落实基本药物使用制度，严格执行处方调剂操作规程，发出药品准确无误。参与毒麻药的管理，药剂科工作人员参与药物反应的调查、预防。

5、供应室：

- (1) 严把质量关，保证消毒灭菌用品合格使用。
- (2) 满足临床物资需要，及时供应各类诊疗物品，做到下收下送。
- (3) 加强与科室的协调沟通，多下临床争取科室意见，改进工作方法，对提出的意见，建议及时讨论分析，制定改进措施，进行质量跟踪，有记录。
- (4) 开展弹性排班，保证急诊外来器械的灭菌工作，满足临床一线科室工作需求。
- (5) 遵守消毒隔离制度，认真执行下收下送的各项操作流程。

6、医技部门（检验科、医学影像科室等）：负责各种化验、检查报告单及交叉配血单等应在规定时间内出具，并有专人及时送到病房，或电话报告检验结果。

7、财务科：保证中医护理工作购买各种设备、物质资金到位。

8、院办公室：规范人员管理，保障工作人员待遇，负责中医特色护理宣传栏的制作及中医特色护理的新闻宣传及报道。

四、护理人力资源紧急调配制度

遇有特殊情况，如：在岗人员不能坚持正常工作；院内、外重大抢救；突发事件；接到特殊任务或护理单元暂时性人力资源紧张的情况等，需实施紧急状态护理人员调配制度：

- 1、护理部有护理应急小组，担任应急小组人员需保持联络通畅。
- 2、原则上首先由护士长调配本科室人员，以及时补充替代。
- 3、若本科人员仍不能应急，汇报护理部在全院范围内调配。
- 4、所抽调人员应具备一定的工作能力，能完成替代科室的工作任务，保证护理质量。
- 5、全院在职护士当接到护士长或护理部的加班通知时，原则上应克服困难，及时到达指定岗位。
- 6、各科室应备有每位护士的详细联系方式，护士长以上人员应随时保持通讯畅通，尤其在夜间和节假日。科室内安排的听班人员要求能随叫随到。
- 7、院内外重大抢救时，正常工作时间由护理部统一调配，夜间、节假日听从院总值班和护理部或值班护士长统一调配。
- 8、在岗人员有突发情况不能在岗时，首先通知该病区护士长，安排人员到岗。病区有困难时，应向护理部汇报，由上级部门协调解决。
- 9、值班护士病假应持有本单位有效假条作凭证（急诊例外）。如遇临时特殊情况急需请事假有书面报告，应立即向护士长报告，等待替换人员到岗后方可离开，不可用补休替代。

五、紧急情况下护理人力资源调配方案

为保证病人安全,确保紧急情况下迅速调配护理人员到位,特制定紧急情况下护理人力资源调配方案。

1、建立以分管院长领导,以护理部主任为组长、科护士长为副组长、护士长为成员的护理人力应急调配领导小组。

2、凡遇到突发公共卫生事件、紧急医疗抢救、特殊急危重病人护理、病房紧急缺编等突发事件,各科应及时向护理部报告。

3、报告程序

(1) 正常上班时间:护士→护士长→科护士长→护理部主任→分管院长

(2) 节假日:护士→护士长→科护士长→总值班→护理部主任→分管院长

(3) 特别紧急情况下,可根据具体情况越级上报或直接通知相关人员,或向其他科室人员请求紧急援助。

4、护理部接到报告后,应立即启动紧急情况下护理人力资源调配预案,由护理人力应急调配领导小组统一指挥,协调各方面的工作,各科室应本着以大局为重的原则,服从医院和护理人力应急调配领导小组的调配,不得以任何理由推诿、拒绝。

5、护理应急调配小组成员必须保持 24 小时通讯畅通,遇到紧急情况时,护理部主任直接与各科护士长联系,安排可调配人员,及时有效上岗。

6、具体调配方案根据紧急事件情况、危重病例数、病情、护理人员缺编情况等因素合理配备,必要时全科护理人员参加,统一服从调配,保障紧急状态下护理安全与护理质量。

7、护理部有计划、有组织、系统地对护理应急调配小组成员进行院内院外的业务培训,提高小组成员专科理论知识、实践技能及应急反应能力。

8、应急调配小组成员接到应急通知应及时根据指令参与应急工作，凡接到应急通知不能及时到岗者，将追究责任到个人，并纳入护理质量考核及医院年度考核，情节严重者根据医院规章制度及相关法律法规处置。

附:护理人员紧急调配领导小组名单:

分管院长: 姚中菊

组 长: 陈祖琴

副组长: 张婷婷

成 员: 胡 莹 郑 瑶 唐 雯 何学萍 宗慧慧 吴 晏

陈嫣然 张秀兰 易向珍 陈秀 黄 慧 唐 颖

潘 琼 苏云洁

应急护理小组人员: 由各护理单元护士长、轮转护士及备班护士组成。

六、分级护理制度

分级护理是患者在住院期间，医护人员根据病情和（或）生活自理能力进行评定而确定的护理级别，由医生以医嘱的形式下达。分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理，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的护理级别。根据我院住院患者疾病特点及我院实际，制定我院分级护理制度。

（一） 特级护理

1、病情依据：

- (1)病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- (2)维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- (3)各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

2、护理要求：

- (1)严密观察患者病情变化，监测生命体征。
- (2)根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- (3)根据医嘱，准确测量出入量。
- (4)根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- (5)保持患者的舒适和功能体位。
- (6)实施床旁交接班。

（二） 一级护理

1、病情依据

- (1)病情趋向稳定的重症患者；
- (2)病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- (3)手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (4)自理能力重度依赖的患者。

2、护理要求

- (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) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- (5) 提供护理相关的中医特色的康复和健康指导。

(三) 二级护理

1、病情依据

(1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

(2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

(3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

2、护理要求

(1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。

(2) 根据患者病情，测量生命体征。

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

(4) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。

(5) 提供护理相关的中医特色的康复和健康指导。

(四) 三级护理

1、病情依据

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无依赖的患者，可确定为三级护理。

2、护理要求

(1) 每 3 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) 提供护理相关的中医特色的康复和健康指导。

七、病房管理制度

- 1、在科主任的领导下，由护士长负责管理病房，全体医护人员共同参与。
- 2、加强陪护人员的管理，落实入院告知和陪护告知，积极开展卫生宣教和健康教育。责任护士应及时向新住院患者介绍住院规则、医院规章制度，及时进行安全教育，签署住院患者告知书，教育患者共同参与病房管理。
- 3、保持病房整洁、舒适、安静、安全，避免噪音，做到走路轻、关门轻、操作轻、说话轻。
- 4、统一病房陈设，室内物品和床位应摆放整齐，固定位置，未经护士长同意不得任意搬动。
- 5、工作人员应遵守劳动纪律，坚守岗位。工作时间内必须按规定着装。病房内不准吸烟，工作时间不聊天、不闲坐、不做私事。治疗室、护士站不得存放私人物品。原则上，工作时间不接私人电话。
- 6、患者被服、用具按基数配给患者使用，出院时清点收回并做终末处理。
- 7、护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立帐目，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。管理人员调动时，要办好交接手续。
- 8、定期召开工休座谈会，听取患者对医疗、护理、医技、后勤等方面意见，对患者反映的问题要有处理意见及反馈，不断改进工作。
- 9、病房内不接待非住院患者，不会客。值班医生与护士及时清理非陪护人员，对可疑人员进行询问。严禁散发各种传单、广告及推销人员进入病房。
- 10、注意节约水电、按时熄灯和关闭水龙头，杜绝长流水、长明灯。
- 11、保持病房清洁卫生，每日通风不少于 30 分钟，地面湿式清扫，保持清洁干燥。病房卫生间每日清扫 2 次，保持清洁、无异味。

八、病房医疗护理文件管理制度

1、病房医疗护理文件由病房护士长或主班护士负责，各班护理人员均应按照管理要求执行。

2、住院期间的医疗文件，要求定点存放。病历中各种表格、记录单、检查单均应排列整齐，不得撕毁、撤销、涂改或丢失，用后必须归还原处。

3、患者不得自行携带病历离开病房，外出会诊或转院时，只得携带医务人员开具的病历摘要。

4、患者出院或死亡后，病历按规定整理并进行质控，提交信息档案室负责保管，需复印时按卫生部《医疗事故处理条例》有关规定执行。

九、住院患者管理制度

1、患者应自觉遵守医院规章制度，听从医护人员指导，与医护人员密切合作，服从治疗和护理，安心休养。

2、患者应遵守病房作息时间，保持病室清洁，整齐，安静，舒适，严禁在病区吸烟，高声喧哗，聚众聊天，打牌，向窗外倒污水，乱扔纸屑，果皮等不文明行为。

3、除自备洗漱用具、衣物外，其他如躺椅、电饭锅，电热杯及电炉等物品一律不得带入病房。

4、不得自行邀请外院医师诊治，不得向医师要求不必要的治疗和药品，也不得从外院购药服用，对诊断、治疗有异议请与主管医师及时沟通。

5、未经许可不得擅自进入诊疗区域，不得翻阅病历及其他医疗记录，若有疑问请与主管医师或主管护士联系、咨询。

6、不得随意外出或院外住宿，如有特殊情况须经医师和护士长批准后方可离开。

7、爱护公物，如有损坏须按价赔偿，自觉节约水电，尤其是做到室内开空调请关好门窗，开窗通风时请关闭空调。

8、病区为半开放式场所，来往探视人员较多，请保管好随身物品，尤其是贵重物品、钱和手机，增强防范意识，防止失窃。

9、住院饮食须遵照医嘱。

10、注意文明用语，病友间相互关爱，帮助，互相尊重。

11、住院患者可随时对医院工作提出意见，帮助医院改进工作。

12、遇有突发事件，服从医院统一安排，配合做好病、伤员的抢救和转运工作。

13、患者若不遵守院规，院方可给予劝阻教育，必要时通知有关部门协调。

十、医嘱执行制度

1、要按时准确地执行医嘱，执行后必须签全名并注明时间。

2、对可疑医嘱，必须查清后方可执行，医嘱不全不执行、医嘱不清不执行、用药时间剂量不准确不执行、自备药无医嘱不执行。

3、除紧急抢救危、急、重症患者外，护士不得执行口头医嘱。护士在抢救时执行口头医嘱，应向医生复述一遍，双方确认无误后方可执行，并认真记录抢救时执行口头医嘱的药物、名称、剂量、用法及各项紧急处置的内容和时间，保留用过的药品安瓿，事后由医护双方进行确认核查后方可弃去。抢救结束后及时督促医生据实补开医嘱。

4、医嘱应班班查对，每日总查对一次，每周大查对二次。

5、手术和分娩后要停止术前和产前医嘱，重开医嘱，按程序处理。

6、凡需下一班执行的临时医嘱，要交待清楚，并在相应的记录上注明。

7、医师无医嘱时，护士一般不得给患者作对症处理。但遇抢救危重患者的紧急情况下，医师不在，护士可针对病情临时给予在护士职责范围内的必要处理，但应做好记录并及时向经治医师报告。

8、对所有静脉用药，均需建立输液巡视卡或使用医信手机扫码核对，每次用药均需签执行时间和签名，并保存 3 个月。

十一、查对制度

（一）医嘱查对制度

1、处理长期医嘱或临时医嘱时要记录处理时间，执行者签全名，若有疑问必须问清后方可执行。

2、各班医嘱均由当班护士至少两名进行查对。

3、每日总查对医嘱一次，每周大查对医嘱两次并记录。以病历内医嘱单为依据，核对注射单、服药单、治疗单、护理单。如有疑问及时请示医师确认。护士长每周至少参加大查对医嘱一次。

4、抢救患者时下达口头医嘱执行者须复诵一遍，由二人核对后方可执行。

（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八对。

三查：备药前查、备药中查、备药后查。

八对：对床号、姓名、药名、浓度、剂量、时间、用法、有效期。

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、摆药后必须经第二人核对方可执行。

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、限剧药时，要经过反复核对，用后保留安瓿。静脉用药要注意有无变质、瓶口松动、裂缝，同时使用多种药物时，要注意配伍禁忌。

5、口服药发给患者时应除去一切外包装，针剂发给患者口服时须掰开，倒在小药杯里给患者。

6、内服、外用药品应分开放置，标签明显，字迹清楚。

7、用药或注射时，如患者提出疑问，需及时查清，无误并向患者解释后方可执行，必要时与医生联系。

8、观察用药后反应，对因各种原因患者未能及时用药者应及时报告医

生，根据医嘱做好处理，并在护理记录中有记载。

（三）输血查对制度

依据卫生部《临床输血技术规范》的要求，制订抽血交叉配备查对制度、取血查对制度、输血查对制度。

1、抽血交叉配血查对制度

（1）根据医嘱，双人核对交叉配血单，病人血型验单，病人床号、姓名、性别、年龄、病区号、住院号。

（2）抽血时要有 2 名护士（一名护士值班时，应由值班医师协助），一人抽血，一人核对，核对无误后执行，并执行双签名。

（3）抽血（交叉）后须在试管上贴条形码，并写上病区（号）、床号、病人的姓名，字迹必须清晰无误，便于进行核对工作。

（4）血液标本按要求抽足血量，不能从正在补液肢体的静脉中抽取。

（5）抽血时对血型验单与病人身份有疑问时，应与主管医生、当班高级责任护士重新核对，不能在错误血型验单和错误标签上直接修改，应重新填写正确血型验单及标签。

2、取血查对制度

到血库取血时，应认真核对血袋上的姓名、性别、床号、血袋号、血型、输血数量、血液有效期，以及保存血的外观，必须准确无误；血袋须放入铺上无菌巾的治疗盘或清洁容器内取回。

3、输血查对制度

（1）输血前病人查对：须由 2 名医护人员核对交叉配血报告单上病人床号、姓名、住院号、血型、血量，核对供血者的姓名、编号、血型与病人的交叉相容试验结果。核对血袋上标签的姓名、编号、血型与配血报告单上是否相符，相符的进行下一步检查。

（2）输血前用物查对：检查袋血的采血日期，血袋有无外渗，血液外观质量，确认无溶血、凝血块，无变质后方可使用。检查所用的输血器及针头是否在有效期内。血液自血库取出后勿振荡，勿加温，勿放入冰箱速

冻，在室温放置时间不宜过长。

（3）输血时，由两名医护人员(携带病历及交叉配血单)共同到病人床旁核对床号，询问病人姓名，查看床头卡，询问血型，以确认受血者。

（4）输血前、后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，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，再继续输注另外血袋。输血期间，密切巡视病人有无输血反应。

（5）完成输血操作后，再次进行核对医嘱，病人床号、姓名、血型、配血单、血袋标签的血型、血编号、献血者姓名、采血日期，确认无误后双签名。将记录单(交叉配血报告单)贴在病历中，并将血袋送回输血科(血库)至少保存一天。

（6）注意事项：

①禁止同时采集 2 个人的血标本，输 2 个人或 2 个以上病人的血液，应分别执行；

②血液切勿振荡，加温，血液领回后应在 30 分钟内输用；

③输血过程中应严密执行无菌操作，不可随意加入任何药物，防止血液凝集或溶解；

④输血病人应做到三查八对两观察；

⑤输血病人 24 小时班班交班。

（五）饮食查对制度

1、每日查对医嘱后，以医嘱单为依据，核对病人床前饮食卡，核对姓名、床号及饮食种类。

2、做好相关宣教，查对饮食单与所食的饮食是否相符。

（六）手术查对制度

1、术前准备及接病人时，应查对病人床号、姓名、性别、诊断、手术名称及部位（左、右）标识情况。

2、查手术名称及配血报告，术前用药、药物过敏试验结果等。

3、查无菌包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，要在缝合前核对纱布、器械、线圈的数目是否与术前的数目相符。

5、手术取下的标本，应由护士与手术者核对、标本固定，放置在标本间及时送验。

6、手术用药必须执行三对：取药时核对、配药前核对、使用前后核对，并有双人核对后方可使用。

（七）供应室查对制度

1、收器械包时，查对品名、数量、质量、清洁处理情况。

2、清洗消毒时：查对消毒液的有效浓度及配制浓度；浸泡消毒时间、酶洗前残余消毒液是否冲洗干净。

3、准备器械包时，查对品名、数量、质量（检查器械的完好性、灵活性、咬合性等性能，刀刃器械、穿刺针的锋利度）、清洁度（目测或放大镜检查器械有无残留物质、血渍、水垢、锈斑）。

4、灭菌前：查对器械敷料包装规格是否符合要求，装放方法是否正确；灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求。

5、灭菌后：查试验包化学指示卡是否变色、有无湿包。

6、发器械包时，查对名称、消毒日期、包装以及化学指示胶带。

7、发无菌包时，查对名称、灭菌日期、包装、化学指示胶带；发一次性物品时，查对名称、生产批号、有效期、包装，不符合要求不能发放。

（八）门、急诊患者输液查对制度

1、护士接收处方、注射单、输液单后必须再次核对治疗药物名称、剂量、本次治疗的天数、药物总量，并根据注射单、输液单、处方与患者或家属一起核实患者姓名及治疗用药。

2、护士配药前，认真查对药名、剂量，注射药物质量，有无药物配伍禁忌。

3、护士注射或输液前经 2 人查对药液无误后双签名在输液瓶及注射单上方可注射。

4、连续静脉输入液体时，护士需告诉患者输入的瓶数，避免自行拔针造成漏用药物。并在输液瓶上写明输液剂量标记，以便核对。

5、对输液患者进行用药指导：①交代患者药物的不良反应及注意事项，②用药时间，明确告诉患者按时来治疗，尤其嘱患者做过敏试验药物的用药间隔时间不得延误。③后续治疗，告诉患者治疗期间每天需带医嘱治疗单（或门诊病历），以便于治疗。

6、输液结束前护士必须查对输液瓶上标注的液体瓶数，确认无液体后方可拔针，拔针后指导患者正确按压血管穿刺点。

7、凡是属于必须做皮试的抗生素类药，经 2 人查对过敏试验结果并在注射单和处方与病历上注明“阴性”。同时在液体瓶签上挂有醒目标识。

十二、给药制度

1、护士必须严格根据医嘱给药，不得擅自更改，对有疑问的医嘱，应了解清楚后方可给药，避免盲目执行。

2、了解患者病情及治疗目的，熟悉各种常用药物的性能、用法、用量及副作用，向患者进行药物知识的介绍。.

3、严格执行三查八对制度。

三查：操作前、操作中、操作后查。

八对：床号、姓名、药名、浓度、剂量、用法、时间，药品有效期。

4、做治疗前，护士要洗手、戴帽子、口罩，严格遵守操作规程。

5、给药前要询问患者有无药物过敏史（需要时作过敏试验）并向患者解释以取得合作。用药后要注意观察药物反应及治疗效果，如有不良反应要及时报告医师，并记录护理记录单，填写药物不良反应登记本。

6、用药时要检查药物有效期及有无变质。静脉输液时要检查瓶盖有无松动、瓶口有无裂缝、液体有无沉淀及絮状物等。多种药物联合应用时，要注意配伍禁忌。

7、安全正确用药，合理掌握给药时间、方法，药物要做到现配现用，避免久置引起药物污染或药效降低。

8、治疗后所用的各种物品进行初步清理后，由中心供应室回收处理。口服药杯定期清洗消毒备用。

9、如发现给药错误，应及时报告、处理，积极采取补救措施，并向患者做好解释工作。

十三、护士交接班制度

1、护士要按护士长安排班次轮流值班，值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项治疗、护理工作准确及时地进行。

2、每班必须按时交接班，接班者提前 10 分钟到科室做好接班的准备工作，清点物品，阅读交班报告，并听取交班者的口头交班，做到交得清楚，接得明白。接班者未到前交班者不得离开岗位。

3、交班前值班护士须完成本班的各项工作，检查医嘱执行情况和危重患者记录，重点巡视危重、手术患者和新患者，做好交班前的自查工作。护士长在交班前应掌握患者动态，以便合理安排护理工作。交班者应给下一班做好必需用品的准备，以减少接班者的忙乱。

4、交班中发现患者病情、治疗及护理器械物品等不符时，应立即查问。接班时间发现问题，应由交班者负责，接班后出现的问题应由接班者负责。

5、晨会集体交班由护士长主持，全体人员应严肃认真地听取夜班交班报告。要求做到交班报告要写清、口头要交清、床头要看清，如交待不清不得下班。交接班要全面巡视病人

6、交班内容及要求：

(1)交清住院患者总数，出入院、转科（院）、手术（分娩）、病危、病重、死亡人数，以及新入院、分娩、危重、抢救、大手术前后或有特殊检查处置、病情变化和思想情绪波动的病人情况。

(2)床头交班重点查看危重、抢救、昏迷、大手术、瘫痪、长期卧床患者的病情，如：生命体征、输液、皮肤、各种导管固定、引流、特殊治疗情况及各专科护理执行情况。对新病人交接病人的入院检查、处置是否及时、妥善。

(3)其他交班内容：交清医嘱执行情况，未完成的工作也应交代清楚；

交接常备、贵重、毒麻、限剧药品、抢救药品、器械、仪器等情况并记录；交接班者共同巡视病房是否清洁、整齐、安静，各项制度落实情况，查看病人是否都在病房或病室内（所缺病员应交明原因）。

（4）十不交接制度：衣着不整齐不交接；危重病人抢救时不交接；交班报告未写好不交班；医嘱未处理完不交接；治疗室办公室不整齐不交接；病人入院、出院、死亡未处理好不交接；为下一班准备工作未做好不交接；床边处置未做好不交接；物品数目不清不交接；皮试结果未观察、未记录不交接。

十四、巡视制度

- 1、护理人员接班时应详细了解患者的生命体征及病情变化状况。
- 2、按时巡视各种管路是否通畅，固定是否妥善，观察引流液性状、颜色及量，并及时记录；如有异常及时通知主管医生。
- 3、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。
- 4、及时观察用药及输液局部情况，认真观察、询问有无不良反应及不适主诉；对于有刺激的药物及特殊药物，应在认真阅读说明后按照要求使用。
- 5、认真观察患者病情，发现病情变化及时通知医生，并给与处理。
- 6、当发现患者病情危急，护士应立即通知医生，同时为患者实施必要的紧急救护，及时做好相关抢救记录。
- 7、加强患者隐患的巡查，杜绝不安全事件的发生。

十五、健康教育制度

1、护士长对健康教育工作进行全程管理。

2、住院患者在入院介绍、诊治护理过程、出院指导内容中均应有卫生常识及防病知识的宣教。住院患者的宣教要记录在健康教育登记表中，并及时进行效果评价，责任护士及患者或家属签名。

3、护理人员在提供护理技术服务时，根据患者的疾病和心理状况，及时对患者及其家属进行符合疾病康复需要动态的健康教育，提供适宜的健康保健知识服务，如入院介绍，术前、术后护理，服药，饮食，功能锻炼及注意事项，相关的中医健康指导、出院指导等。

4、各护理单元根据本科室医疗特色、患者需要，制定健康教育宣传栏或宣传册，内容要精炼、新颖、实用、力求达到健康教育的目的，定期以各种形式向患者及家属进行健康指导。

5、对住院患者开展健康教育，覆盖率应达 100%。

6、健康教育指导应具有个性化，教育内容应适宜文化层次不同的患者和家属，通俗易懂有效果，患者知晓率达 50%~60%。

7、对出院病人开展出院随访，如实记录随访情况，并对病人提出的意见和建议在科室会议上反馈、讨论并解决。

十六、消毒隔离制度

- 1、遵守医院感染管理的各项规章制度。
- 2、医护人员上班要衣帽整洁，下班、就餐时应脱去工作服，持续戴口罩超过 4 小时或有潮湿、污染时要更换。
- 3、配备流动水洗手设施和速干手消毒剂。医务人员在治疗、处置病人，接触污染物品后，应及时洗手或手消毒。
- 4、病床用湿式清扫，坚持一床一套。床头柜一桌一抹布。
- 5、病房应每日通风两次，地面应每日湿式清扫，遇污染时即刻消毒。
- 6、换下污衣、被服，放于指定污衣筐内，不得随地乱丢，禁止在病房、走廊清点各种医疗用具，使用后均须严格消毒后备用。病人被褥要随脏随换并送洗衣房清洗、消毒。
- 7、病人出院、转科或死亡后必须做好床单位终末消毒处理，床、椅、桌及墙壁，应用消毒液擦洗，运送患者的车辆应每次使用后擦拭消毒。
- 8、传染病人及其用物按传染病的消毒隔离制度处理。
- 9、治疗室、病房、厕所有专用拖把，标识明显，分开清洗，悬挂晾干。
- 10、严格遵守无菌原则，操作时必须戴口罩、帽子。进入治疗室、换药室应衣帽整洁，每天紫外线空气消毒一次。每季度空气培养一次。
- 11、治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区，下层为污染区，进入病室的治疗车、换药车应配有速干手消毒剂。
- 12、换药用品应一人一用一消毒。换药遵循先清洁后污染原则。
- 13、无菌物品与非无菌物品分开放置，无菌物品必须放置在无菌专用柜，按灭菌日期先后依次排放，每天检查有效期，超过有效期应重新灭菌才能使用，严禁用过期物品。无菌物品必须一人一用一灭菌。
- 14、一次性注射器，用后应放入锐器盒内集中无害化处理，严格执行

一人一针一管一巾一带（含皮试）。

15、抽取的药液、开启的静脉输液应注明时间，超过 2 小时不能使用。各种溶酶药注明开启时间，超过 24 小时不可使用。

16、灭菌合格的物品应有明显的灭菌标识，并注明品名、有效期、签名，包内有化学指示卡，包外贴有指示胶带。

17、碘酒、酒精瓶保持密闭，每周更换一次。无菌干燥持物钳及容器标明有效期，每 4 小时更换。

18、熟悉常用化学消毒剂名称、使用浓度、方法及注意事项。

19、器械用后均应先去污再消毒后清洗，浸泡器械时打开关节全部浸没，标明消毒时间。

20、连续使用的氧气湿化瓶、雾化器、呼吸机的管道、早产儿暖箱的湿化器等器材，必须每日消毒，用毕终末消毒，干燥保存，湿化瓶应用灭菌水。

21、一般诊疗用品（如血压计、止血带、热水袋、冰袋、输液网袋、瓶盖启子等），使用时应保持清洁，使用后应根据污染程度进行清洁或消毒。无污染时可用一般清洁剂清洗。遇污染时先用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟后再清洗，晾干备用。血压计、听诊器、电筒表面消毒可用 75%酒精擦拭

22、医疗废物处置按医院《医疗废物管理制度》执行。

23、特殊区域（治疗室、处置室、手术室、供应室、血透室、重症监护室、内镜室等）布局合理，分区明确，标识清楚，并有相应的消毒隔离制度。

十七、抢救工作制度

1、抢救工作由科主任、护士长负责组织和指挥，护士长不在岗时，科内年资、职称高的护士必须参加。

2、参加抢救人员不得以任何借口推诿、推迟抢救，必须全力以赴，听从指挥，明确分工，紧密配合，严格执行各项规范、制度。

3、抢救设备及药品必须完备，做到五定“定人员保管、定地点放置、定数量品种、定期检查维护、定期消毒灭菌”。护理人员熟练掌握各种器械、仪器的性能，使用方法和抢救药品的剂量、用途、用法，做到忙而不乱。

4、医生未到前，护理人员应根据病情及时采取必要的抢救措施，如给氧、吸痰、测量生命体征、建立静脉通路，行人工呼吸和心脏按摩、配血、止血等，并及时报告医师，为诊断提供依据。

5、及时正确执行医嘱，医生下达口头医嘱后，护士应复诵一遍，经医师确认后再执行，并做好简要记录，以便医师抢救结束后及时据实补记医嘱。抢救过程中使用的药物安瓿、输液瓶、输血袋均应保留，经双人查对无误后弃去。

6、抢救过程中严密观察病情变化，并将观察结果报告医师。

7、抢救完毕，应将使用过的各种抢救物品、器械及时清理、消毒、补充，及时补齐药物。病室进行彻底清扫、消毒处理。

8、抢救结束后，护士应在 6 小时内据实完成抢救护理记录，要求准确、清晰、扼要、完整，时间记录到分钟。

9、认真做好抢救患者的各项基础护理及生活护理。烦躁、昏迷及神志不清者，加床档并采取保护性约束，确保患者安全，预防和减少并发症的发生。

10、科室进行重大抢救时，应及时向医院有关部门及院领导汇报。

十八、护理查房制度

（一）行政查房

1、护理部查房：由护理部主任主持，科室护士长参加，每月一次，重点检查有关护理管理工作质量、服务态度及护理工作计划贯彻执行情况。

2、各专科护理小组查房：由各专科护理小组组长主持、各小组成员参加，每月一次，有重点的检查各病区专科小组护理工作质量及小组护理工作计划贯彻执行情况。

（二）业务查房

1、查房内容：选择有指导意义的病例，从病人的诊断、治疗、护理效果及其互相之间影响，进行分析、评价、总结经验，找出差距，制订出新的护理计划。

2、查房形式：可由护理部组织业务查房，也可由科室护士长组织定期或不定期的业务查房。查房前预先告知有关人员查房的内容、目的。让大家熟悉病例，查阅资料做好发言的准备。讨论结束时主持人进行小结，对本次查房进行评价。

3、要做查房记录，突出中医护理特色，作好资料保存，以便总结。

（三）教学查房

1、查房内容：

- （1）分析典型病例，指导护生运用护理程序。
- （2）检查教学计划、教学目标落实情况，
- （3）指导或示范护理技术操作。

2、查房形式及要求：

- （1）护理总带教组长负责全院护理教学查房，每季度 1 次。
- （2）科室带教老师负责教学查房，每位护生至少 1 次。
- （3）护士长参加教学护理查房每月至少 1 次。

（四）夜查房

1、查房内容：

（1）掌握全院危重、抢救病人的概况，帮助解决夜间护理工作中的疑难问题。

（2）认真检查各岗位职责、制度落实情况及各科室的护理工作。

（3）床头交接班落实情况。

2、查房形式及要求：

（1）由全院护士长、护理组长轮流参加夜间值班，由护理部按日排班，护理部主任每月抽查。

（2）帮助解决疑难问题，遇到特殊情况应作出应急处理。

（3）查房中发现问题逐条记录，次日向护理部口头汇报并提交值班记录。

（五）三级查房

1、查房内容：

（1）参照医师三级查房制度，上级护士对下级护士护理患者的情况进行护理查房。

（2）解决临床护理工作中的问题，不断提升专科护理内涵和质量，提高护士的专业能力，保持护理工作的连续性。

2、查房形式及要求：

（1）科护士长、护理组长或专科护士定期组织进行查房。

（2）护理部主任定期参加护理查房，并对科室的护理工作提出指导性意见。

十九、护理会诊制度

1、对于本专科不能解决的护理问题，需要其他科室或多科进行护理会诊的患者，先向护理部提出申请。

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。护理会诊单按要求填好后，经护士长签字，电话通知护理部。

3、护理部负责会诊的组织协调工作，即：确定会诊时间、通知申请科室并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主管护师职称及以上人员负责。

7、所填护理会诊单由护理部留档。

二十、护理病历讨论制度

1、护理病历讨论是以解决临床疑难病人的护理问题和教学为主要目的。

2、护理病历的选择，以危重、死亡病历及护理经验教训值得总结的病历为主。

3、讨论方式和范围：

（1）护理部每年定期组织全员性讨论，由分管科护士长推荐讨论病历，全院护士长、及所在科室护士共同参加。

（2）科护士长每季度对分管科室的危重、疑难、死亡病历及专科护理的经验、教训进行讨论，由护士长、主管护师、专科护士参加。

（3）护士长每月组织对典型护理病历进行讨论，由全体护士和实习生、进修生参加。

4、病历提供科室及责任护士应充分准备，提出需要讨论的问题。

5、参加讨论人员提前准备，以便解答护理问题。

6、准确记录讨论结果。

二十一、护理排班制度

1、适应护理工作连续性，体现 24 小时不间断的工作特点，实行日夜班轮流值班制。

2、在了解和掌握各班工作规律、工作量和工作特点前提下进行科学分工，实行弹性排班，工作忙时加强班次。

3、各班相对稳定，避免轮换过频，以保证对病人及时、连续的治疗与护理。

4、遇有抢救，及时调配人员，确保护理工作正常运转。

5、护士长严格按照排班规定排班，未经批准不得排通宵值班或其他班次，对于护士长已安排好的班次，护士无权擅自更改，如因特殊情况需要换班，需提前告知护士长并取得同意。

二十二、护理病历管理制度

1、护理部应当建立护理病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

2、护理病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。

3、病房医疗护理文件由病房护士长或主班护士负责，各班护理人员均应按照管理要求执行。各护理单元应保障病历资料安全，护理病历内容记录与修改信息可追溯。

4、所有有资质的护理人员在打开、书写护理病历时，均采取员工工号+密码的形式，护理部协助信息科做好护理人员权限及资质的审查工作。

5、打印的电子病历纸质版本应当统一规格、字体、格式等，字迹应清楚易认、内容完整，其内容应与归档的电子病历完全一致。

6、护理部组织相关人员定期做好在案及归档护理病历的质控工作，并将检查发现的问题及时反馈整改。

7、住院期间的医疗文件，要求定点存放。病历中各种表格、记录单、检查单均应排列整齐，不得撕毁、撤销、涂改或丢失，用后必须归还原处。

8、患者不得自行携带病历离开病房，外出会诊或转院时，只得携带病历摘要。

9、患者出院或死亡后，病历按规定排列整齐，由病案室负责保管，需复印时按卫生部《医疗事故处理条例》有关规定执行。

二十三、病区医用冰箱管理制度

- 1、各病区冰箱应设有专人管理，定期清洁除霜。
- 2、冰箱内药物、试剂等用物要分类、放置有序，药品标签清楚，定期进行清点、检查，备用药品定期清点并登记。
- 3、冰箱内物品要做到无过期、无潮湿、无霉点及无丢失。
- 4、冰箱内禁存私人物品。
- 5、需低温保存配制好的液体，有效期不超过 24 小时，如肝素封管液、应注明药物名称，配制时间、责任者。
- 6、抽吸好的针剂，需低温保存，应放在铺好的无菌盘中，注明床号、姓名、药品、有效时间，做好交接班。
- 7、若有血标本、病理标本应封存保存，防止倾倒污染其它物品，做好交接班及时送检。
- 8、冰箱内严禁放置痰标本、便标本和易燃、易爆等危险品。

二十四、应用保护性约束告知制度

- 1、根据病情对患者实施保护性约束，具体见《约束具使用制度》；
- 2、通知家属，说明目的和必要性，取得家属的理解和配合。
- 3、对清醒患者需实施保护性约束时，应向患者讲解保护性约束的必要性，取得患者的配合。
- 4、对昏迷或精神障碍患者，先向家属讲清必要性，取得家属的理解和配合并签字后实施强制约束，以保证患者的医疗安全。
- 5、注意做好约束处皮肤的护理，防止不必要的损伤，并做好相关观察护理记录。
- 6、对昏迷或精神障碍患者，若家属不同意保护性约束，则需要签字注明，由此发生的意外后果自负。

二十五、护理文件书写制度

1、护理文件书写应客观、真实、准确、及时、完整。

2、护理文件书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，使用中文和医学术语。中医病历中护理记录应按照国家中医药管理局颁布的《中医护理常规 技术操作规程》和安徽省中医药学会护理专业委员会制定的标准要求书写。

3、各项记录必须按规定格式认真书写，要求文字工整，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，应当用双线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

4、实习、试用期护理人员书写的护理记录，应当经过本院合法执业护士审阅，修改并签全名。

5、各项记录应有完整的日期，按年、月、日方式填写，时间按 24 小时计算，记录时间应精确到分钟。

6、度量衡单位必须用法定计量单位。

7、各项记录、文件应妥善保管。

8、签字不得潦草，必须签全名。

二十六、物品、药品、器械、设备管理制度

1、一般管理制度

(1) 护士长全面负责物品、药品、器材的领取、保管及报损等管理工作。建立账目，定人分类保管，定期检查，做到账物相符。

(2) 各类物品指定专人管理。贵重物品每天清查核对，一般物品根据具体情况每日或每月清点，如有不符应查明原因。

(3) 凡因违反操作规程而损坏物品，应根据医院赔偿制度处理。

(4) 管理人员应掌握各类物品的性能和使用要求，注意保养，提高使用率。

(5) 借出物品必须办理登记手续，经手人签名。重要物品经护士长同意后方可借出，抢救器材一般不外借。

(6) 护士长调动时必须办好移交手续，交接双方共同清点并签名。

2、被褥管理制度

(1) 各病房根据床位数确定被褥基数与机动数，定时清点。

(2) 病人出入院时，护士负责交、收被服，当面点清。

(3) 脏被单放于指定地点，由洗衣房收洗。

3、抢救药品、抢救物品管理制度

(1) 护士长全面负责病区抢救药品、抢救物品的领取、保管及报损等管理工作。

(2) 抢救车内抢救药品、物品按医院统一规定放置，标记清楚。

(3) 建立账目，定位、定量放置，定人保管，用后必须及时补充、清点、检查，以保证应急使用。

(4) 每天规定班次清点、检查物品并登记、签名；每月至少全面清查一次。

（5）如发现沉淀、变色、过期、标签模糊或经涂改者，及时清理，不得使用。

（6）使用麻醉药品须由医生开专用处方药房领回，用后经二人核对并保留空安瓿，将安瓿退回药房，并作登记。麻醉药品注射后之残余量，须两人共同在监控下倒入下水道销毁，并有记录。

（7）抢救药品、物品原则上不外借。

（8）抢救药品、物品检查分别由药剂科、设备科定期组织，具体检查结果见相关科室记录。

4、仪器设备管理制度

（1）护士长全面负责病区仪器设备的领取、保管及报损等管理工作。

（2）科内仪器设备除办公班每天负责性能检查外，同时指定专人负责保管，定期检查、保养、维修，以保持性能良好。

（3）建立仪器操作程序卡。使用时，必须了解仪器的性能，严格遵守操作规程，用毕妥善消毒、保管。

（4）贵重、精密仪器必须指定专人负责保管，用毕由保管者检查后签字。

（5）仪器设备检查由设备科定期组织，具体检查结果见相关科室记录。

附：仪器设备、抢救物品消毒管理制度

1、护士长全面负责科室仪器设备、抢救物品的消毒管理工作。

2、各类仪器设备定位放置、定人保管，应摆放在通风干燥处。

3、避免与腐蚀性气体或液体接触。

4、护士应掌握各类仪器设备、抢救物品的清洁、消毒方法。

5、使用后及时清洁、消毒。

6、仪器设备、抢救物品消毒后检查性能，保持性能良好，处于应急备用状态。

7、常用仪器消毒方法

（1）监护仪清洁、消毒方法。

- ①外壳用清水和清洁剂擦拭。
- ②导联线用 500mg/L 含氯消毒液擦拭。
- ③屏幕用 75%酒精纱布擦拭。

（2）微泵清洁、消毒方法

使用后用清水和清洁剂擦拭，有血迹污染时，用 500mg/L 含氯消毒液擦拭。

二十七、饮食管理制度

1、病人的饮食种类由医生根据病情决定。开出医嘱或更改医嘱后，护士应及时通知营养室，并在床头卡上做好饮食标记，同时告知病人有关事项。

2、开饭前停止一般治疗，对生活不能自理的病人给予协助。

3、了解病人的饮食习惯，观察病人的进食量、食欲、饮食是否符合治疗要求等情况，对有特殊需要者，在不违反治疗原则的前提下，尽量满足病人的需求，及时与营养室取得联系。

4、向病人说明治疗及检查饮食的目的，保证饮食的落实，对禁食或限制的食品给予解释。

5、特殊饮食按特殊饮食发放流程执行。

6、病人家属所送的饮食，须经医护人员认可后方可食用。

二十八、“危急值报告”制度

一、“危急值”报告程序

1、门、急诊病人“危急值”报告程序

门、急诊医生在诊疗过程中，如疑有可能存在“危急值”时，应详细记录患者的联系方式：在采取相关治疗措施前，应结合临床情况，并向上级医生或科主任报告，必要时与有关人员一起确认标本采取、送检等环节是否正常，以确定是否要重新复检。医技室工作人员发现门、急诊患者检查（验）出现“危急值”情况，应及时通知门、急诊医生，由门、急诊医生及时通知病人或家属取报告并及时就诊：一时无法通知病人时，应及时向门诊部、医务科报告，值班期间应向总值班报告。必要时门诊应帮助寻找该病人，并负责跟踪落实，做好相应记录。医生须将诊治措施记录在门诊病历中。

2、住院病人“危急值”报告程序

(1)医技人员发现“危急值”情况时，检查（验）者首先要确认检查仪器、设备和检验过程是否正常，核查标本是否有错，操作是否正确，仪器传输是否有误，在确认临床及检查（验）过程各环节无异常的情况下，才可以将检查（验）结果发出，立即电话通知病区医护人员“危急值”结果，同时报告本科室负责人或相关人员，并做好“危急值”详细登记。

(2)临床医生和护士在接到“危急值”报告电话后，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时，应重新留取标本送检。复查结果差在许可范围内，应在报告单上注明“已复查”。检查（验）科应

重新向临床科室报告“危急值”，并及时将报告管床医生；或值班医生。管床医生或值班医生接报告后，应立即报告上级医生或科主任，并结合临床情况采取相应措施。

(3)主管医生需 6 小时内在病程中记录接收到的“危急值”报告结果和诊治措施。接收人负责跟踪落实并做好相应记录。

3、登记管理

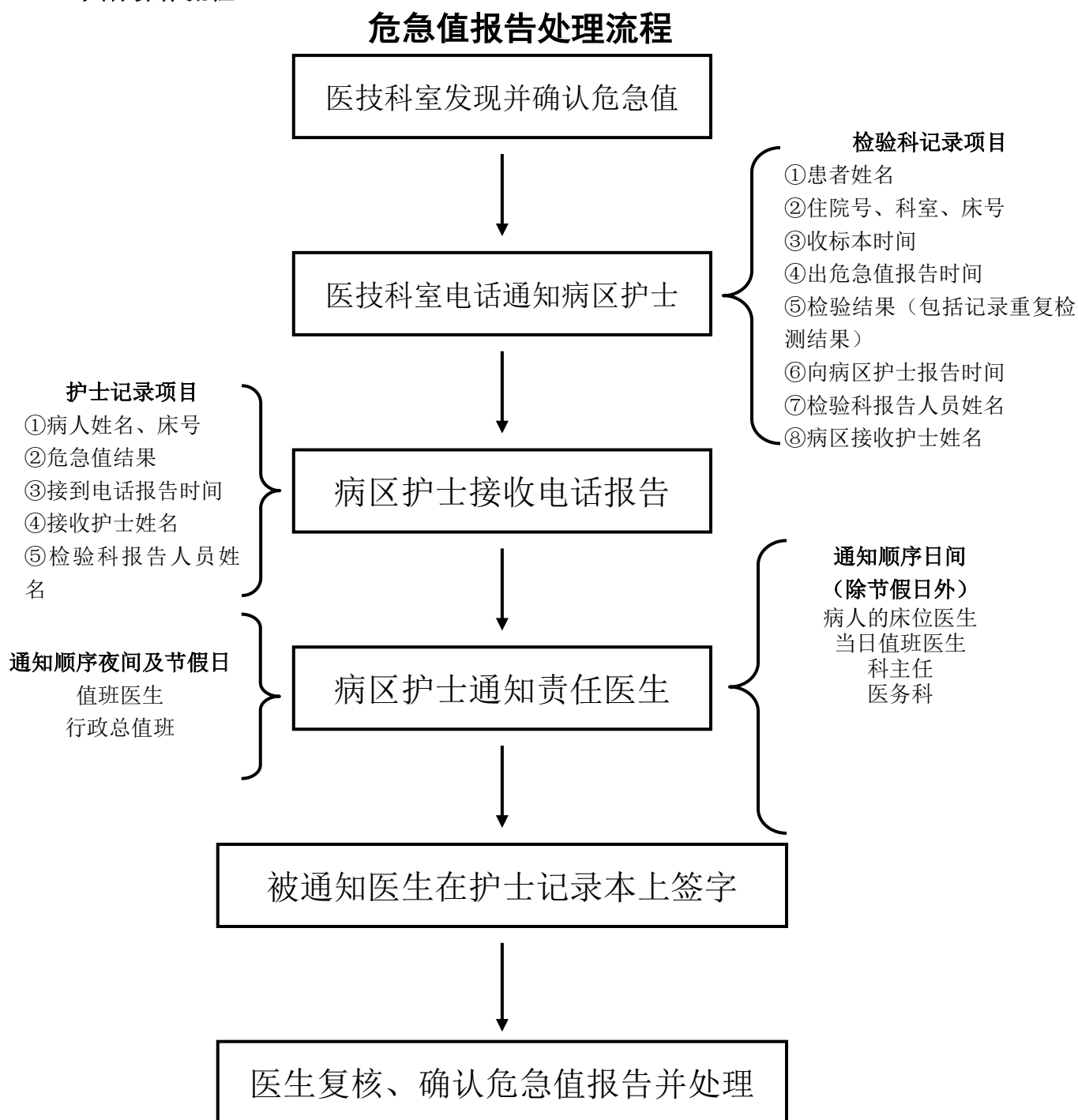
“危急值”报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原则。各临床科室、医技科室应分别建立检查（验）“危急值”报告登记本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。记录内容包括：日期、床号、姓名、住院号、危急项目及数值、报告人、接收人、科室、报告时间（报告/接收时间，必须记录到分钟）。

4、要求

1、临床、医技科室要认真组织学习“危急值”报告制度，人人掌握“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序。科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度落实情况，确保制度落实到位。

2、文件下发之日起，“危急值”报告制度的落实执行情况将纳入科室质量考核内容。医务科及相关职能科室对各临床医技科室“危急值”报告制度的执行情况进行检查，提出“危急值”报告制度持续改进的具体措施。

5、具体操作流程：



注意：

- ①病区接到危急值后必须在半小时内作出相应处理。
- ②相关医生应当在危急值报告发布后一小时内，在计算机系统内点击查看危急值报告。
- ③病区护士接报告后必须通知到一名责任医生，首先通知病人的床位医生，如通知不到，请通知当日值班医生，按上图所示类推。
- ④门诊病区接到危急值直接报告首诊医生。

二、“危急值”项目及报告范围

1. 心电检查

(1) 心脏停搏 (2) 急性心肌缺血 (3) 急性心肌损伤 (4) 急性心肌梗死

(5) 致命性心律失常 ①心室扑动、颤动 ②室性心动过速。

③预激综合征伴快速心室率心房颤动 ④心室率大于180次/分的心动过速 ⑤心室率小于40次/分心动过缓 ⑥大于2秒的心室停搏。

2. 放射检查

(1) 中枢神经系统:

①严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期。 ②硬膜下/外血肿急性期。③脑疝、急性脑积水。④颅脑CT或MRI扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）。

(2) 脊柱、脊髓：X线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊。

(3) 呼吸系统：①气管、支气管异物。②液气胸，尤其是张力性气胸。

③肺栓裂塞、肺梗死。

(4) 循环系统：①心包填塞、纵膈摆动。②急性主动脉夹层动脉瘤。

(5) 消化系统：①食道异物。②消化道穿孔、急性肠梗阻。③急性坏死性胰腺炎。④肝脾胰肾等腹腔脏器出血。

3. 超声检查

①急诊外伤或行超声介入治疗后见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人。②怀疑宫外孕破裂或黄体破裂并腹腔内出血。③大量心包积液合并心包填塞。④胎儿检查发现羊水少或心动过缓。

4. 内镜检查

①食管或胃底重度静脉曲张和 / 或明显出血点和 / 或红色征阳性和 / 或活动性出血。②胃血管畸形、消化性溃疡引起消化道出血。

③巨大、深在溃疡（引起穿孔、出血）。④上消化道异物（引起穿孔、出血）。

5、检验“危急值”报告项目和警戒值

项目	低于此值	高于此值	单位
K	3	6	mmol/L
Na	125	155	mmol/L
Cl	80	120	mmol/L
Ca	1.5（儿童：1.8）	3.5	mmol/L
Mg	0.5	3.0	mmol/L
Glu	2.8	22.2	mmol/L
UREA	---	36（儿童：25）	mmol/L
CR	---	707.2（儿童：300）	umol/L
CO2CP	15	40	mmol/L
AMY	---	血 500 尿 1470	U/L
PT	---	20	S
KPTT	---	70	S
WBC	2.5	30	10 ⁹ /L
Hb	50	200	g/L
PLT	50	1000	10 ⁹ /L
TPI	---	10	IU/L

AST	---	1000	U/L
HBDH	---	1000	U/L
LDH	---	1000	U/L
CK	---	1000	U/L
CKMB	---	100	U/L
PH	6.8	7.9	---
PCO ₂	20	70	mmHg
PO ₂	45	---	mmHg
hCO ₂	10	40	mmol/L
SO ₂	75%		---
INR	---	3	---
DD 二聚体	---	6	mg/L

★：细菌室血培养、脑脊液培养阳性要随时电话报告。

“危急值”报告护理人员注意点：

- 1、护士接报告后必须通知到一名责任医生，首先通知病人的床位医生，如通知不到，请通知当日值班医生。按“危急值报告处理流程”逐级上报。
- 2、根据“危急值报告处理流程”完善各项项目的登记。
- 3、积极配合医生做好应急处理工作，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时，应重新留取标本送检

二十九、临床用血护理制度

- 1、临床护理人员抽取交叉配血标本时，必须持《临床输血申请单》、配血试验条码，并经双人核对，一次只能采集一人的血标本。
- 2、受血者配血标本必须是输血前 3d 内采集的，无溶血、无重脂、无细菌生长。
- 3、必须临床有资质的护理人员或经培训合格的人员送血交叉标本至血库，同时《临床输血申请单》和受血者标本二者不分离。
- 4、交接标本时，逐项核对《临床输血申请单》所记录内容与受血者标本是否一致，与血库人员做好核对并签名。
- 5、输血前，由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，检查血液制品和输血装置是否在有效期内，准确无误方可输血。
- 6、输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、住院/门急诊号、病案号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液制品后，用符合标准的输血器进行输血。
- 7、在血液输注过程中不得添加任何药物。
- 8、输血中要监护输血过程，及时发现输血不良反应，及时处理。
- 9、手术输血患者手术记录、麻醉记录、护理记录及术后记录单中的出血及输血量要完整一致，输血量与发血量一致。
- 10、输血以“先慢后快，密切观察”为原则，输注前 15min，以 1-3ml/min 为宜，无输血不良反应后，适当加快速度，一旦有输血不良反应，立即停止输血，查明原因后再输注。
- 11、做好输血过程记录，对输血不良反应及时认真处理，并上报。

三十、患者入院管理制度

- 1、医生开住院单，准确告知患者及家属办理住院手续的方法，入院患者须持各科医生签署的住院单，按规定办理入院手续后进入病区。
- 2、病房主班护士接到入院通知后，应安排床位、建立住院病历，通知责任护士准备床单位及用品，对急诊、危重患者应根据病情做好相应的抢救准备。
- 3、病房护士应与急诊科护士做好交接手续并主动热情地接待患者。
- 4、责任护士应首先做自我介绍，并介绍床位医师、住院环境、相关规章制度。
- 5、责任护士对新入院患者收集资料，做入院评估及入院宣教。
- 6、通知医生为患者做进一步检查（如为急危重患者，到病房后立即通知医生），并执行医嘱。
- 7、做好患者的心理护理，认真履行告知程序，取得患者主动配合。
- 8、本班内完成护理记录及卫生处置。

三十一、患者出院管理制度

1、患者出院由医生决定，护士根据出院医嘱，预先通知患者及家属做好出院准备。

2、对病情不宜出院而坚持要求出院者医护人员应加以劝阻，如说服无效报告科主任、护士长，并由患者或家属在病历上签署“自动出院”并签名。

4、主班护士接到患者出院医嘱后，注销一切治疗单、护理单、核对记账明细无误后，备齐材料交由护理人员带患者或患者家属到记账处办理结账手续。

5、为患者或家属做出院指导，包括病情观察、饮食、活动、功能锻炼，用药方法、复诊时间等。

6、征求患者意见或建议，填写满意度调查表，不断改进护理工作。

7、清理、消毒床单位，做好终末处理，整理病历及时归档。

三十二、出院患者电话回访制度

- 1、为了延续护理服务，在患者出院 7 天内，由住院科室护士对其进行电话回访。
- 2、电话回访原则上由责任护士或高年资护士承担。
- 3、按电话回访流程进行回访，回访时注意文明用语。
- 4、回访内容包括：询问其出院后的情况，包括身体恢复、饮食、服药等情况，针对疾病性质给予再次指导。
- 5、电话回访时如病人或家属不在致回访未遂的，则次日再次电话回访。要求平均电话回访率达到 92%以上。
- 6、由护士长不定期对电话回访情况进行督查，并及时整改加以完善。

三十三、抗肿瘤药物使用和处置管理制度

1、应用抗肿瘤药物的护理人员须具有护士及以上专业技术职称，并经过相应专科培训且考核合格者。妊娠期护士禁止接触抗肿瘤药物。

2、抗肿瘤药物使用前必须先评估病人病情及静脉，了解化疗方案，确认患者是否已在知情同意书上签字，并建立合适的静脉通路。腐蚀性抗肿瘤药物不宜选择外周静脉给药。

3、接触抗肿瘤药物前，必须做好个人防护，并双人核对已配制的化疗药物，检查符合要求后输液袋挂警示标识牌。

4、抗肿瘤药物使用前耐心向患者及家属解释，讲解可能出现的毒副作用及注意事项。

5、药物使用前必须严格三查八对，核对患者信息、药品信息，并仔细检查药品的外观状况，确认无误后方可给药。给药时，操作者宜戴双层手套（内层为PVC手套，外层为乳胶手套）和一次性口罩，静脉给药时宜采用全密闭式输注系统。

6、病区内配备溢出防护包。抗肿瘤药物在使用过程中一旦发生外溢，工作人员立即穿好防水隔离衣，戴好一次性口罩、双层手套、面罩、护目镜等，按要求规范处置，并将所有污染物品丢弃在有毒性药物标识容器中。

7、用药过程中注意给药方式、输注顺序、输注速度、输注时间，加强巡视，倾听病人主诉，观察患者有无药物不良反应及输液局部有无肿胀等。如发现异常，立即停药，并采取积极有效地救治措施。如发生药物不良反应/事件，按药品不良反应处置流程处理。

8、抗肿瘤药物输注过程中一旦发生药物外渗，按抗肿瘤药物外渗处理流程进行处理。

9、药物输注完毕，将接触抗肿瘤药物的用具和污物放入医疗垃圾专用袋内集中封闭处理，收集容器应坚固、防漏和带盖，并有毒性药物标识。

三十四、护理上报制度

1、病区发生差错事故，输血、输液反应时，应及时填写相应的表格并保存好原始资料，于 24 小时内上报护理部，同时护士长应于一周内对发生差错的原因及性质组织认真分析、讨论，提出处理意见和改进措施，报告护理部。

2、病区有需协助的危重、抢救、手术病人及不可避免的带入性压疮时，应在病人入院后 24 小时内上报护理部。

3、凡有重大手术，重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术，新疗法、新技术和自制药品首次临床应用，紧急手术需履行签字手续，如病员的单位领导和家属不在，必须上报院领导及护理部。

4、发生突发事件如严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的病员，科内在做好应急处理的同时，上报护理部，护理部接到报告后，立即报告院部，以便及时采取相应的措施。

5、病区开展新技术、新项目，护理论文的撰写情况，护理排班方式、班次、时间的变更，须上报护理部备案。

6、损坏或丢失贵重器材和贵重药品，发现成批药品变质，重大经济开支审批，需及时报院相关部门。

三十五、护理告知制度

1、护理人员应遵医嘱落实各项护理，执行各项护理操作前，应尊重患者知情权，认真履行告知义务。

2、评估患者意识状况、文化程度及沟通能力，用适宜的方式和通俗的语言告诉患者 / 家属护理操作的目的和必要性。

3、通过口头解释或图片形式告诉患者 / 家属该项护理操作的流程、注意事项及可能由此带来的不适，取得患者配合。

4、操作中应耐心、细心、诚心地对待患者，使用文明用语，避免训斥或命令患者，动作轻柔，尽可能减轻操作带来的不适及痛苦。

5、无论何种原因导致操作失败时，应及时道歉，争取患者的理解和原谅。

三十六、危重病人护理质量管理及上报制度

1、危重患者的护理应由工作能力强、临床经验丰富的护士负责，随时观察患者病情。发现病情变化及时通知医师并做相应处理。

2、严格执行查对制度和抢救工作制度，采取积极有效地防范措施，防止各种差错事故的发生。

3、严密观察病情变化，必要时设专人护理，备齐急救药品、器材，随时准备抢救。

4、对躁动不安的患者使用床档防护，必要时给与适当约束，避免坠床。

5、及时、客观、准确的做好每位危重患者的病情观察、护理记录，签全名。

6、认真、细致作好各项生活护理及基础护理、专科护理，严防并发症，确保患者安全。

7、严格执行床边交接班制度，对病情变化及各种用药要详细交待，并做相应记录。

8、保证各种管道通畅并妥善固定，防止管路滑脱。

9、凡病重（危）患者必须上报护理部，护士长每日检查危重患者的护理质量，发现问题及时指导整改。

10、对于抢救过程中需要护理人力或医疗资源调配，由护士长提出上报护理部，护理部负责协调抢救事宜，必要时成立特护小组指导抢救。

11、护理部对危重患者护理质量及时督查，对存在的问题现场反馈、分析，对整改措施的落实定期评价，并做好督查记录。

三十七、保护性医疗和保护患者隐私制度

1、护理人员应举止文雅、镇静大方、衣着整洁、文明礼貌，以良好地素养赢得病人的信任 and 安全感。

2、应为病人提供安静整洁和舒适的环境：

（1）室内无噪音、操作动作轻，医护人员工作时间不穿响底鞋，手机等处于关闭状态。

（2）保持室内空气流通，温、湿度适宜，床单元整洁，地面无污迹及杂物。

3、危重病人应设置单间，以利于抢救及避免影响其他病人。

4、告知病人及家属住院规则及作息时间表，控制探视时间内病房内的噪音，保证病人的休息和睡眠。

5、护理人员应注意观察病人的情绪及病情变化，护士应深入病房鼓励病人，切忌在危重、癌症病人面前直接交待病情。

6、护理人员不在病人面前谈论不利于病人身心健康的问题，如疾病的恶化及不良转归等，保护病人的乐观心理并使其树立信心战胜疾病。

7、对病人病情、隐私未经允许不得随意泄露，尊重病人的宗教、信仰和隐私权。

8、注意病人的营养，重视病人的意见和建议，满足病人需求。

6、抢救过程中严密观察病情变化，并将观察结果报告医师。

7、抢救完毕，应将使用过的各种抢救物品、器械及时清理、消毒、补充，及时补齐药物。病室进行彻底清扫、消毒处理。

8、抢救结束后，护士应在 6 小时内据实完成抢救护理记录，要求准确、清晰、扼要、完整，时间记录到分钟。

9、科室进行重大抢救时，应及时向医院有关部门及院领导汇报。

三十八、中医护理落实措施

为了加强我院中医护理工作，强化中医护理内涵，提高护理人员的中医护理理论水平和操作技能，制定以下措施。

1、加强中医理论的学习：护理部及科内有学习计划和落实措施，西医院校毕业的护士三年内参加“西学中”培训达 100 学时。

2、积极和上级医院联系，鼓励护理人员至安徽省中医院进行短期进修，参加中医护理继续教育，通过外出进修、学习及参加学术活动提高专业水平。

3、完成中医护理基础操作技能培训及考核；每科开展的中医护理技术不得少于 4 种。护理人员能熟练掌握科内开展中医护理技术操作。

4、各病区制定辨证施护病种不得少于 3 种，制定科内常见病的中医护理常规。护士能掌握科内常见病的中医护理常规。

5、应用望、闻、问、切四诊法，进行护理评估，对病人实施因时、因地、因人等中医护理措施，护理措施中体现中医护理操作内容。各病区每年书写辩证施护不少于 20 份。

6、实施中医护理措施及健康教育。制定常见病的健康教育内容，健康教育中体现中医特色：如饮食护理、服药指导、情志护理、康复护理等。

7、加强中医护理质量评价工作，制定中医特色护理质量标准。对中医护理实施情况定期进行检查，发现问题及时反馈、提出整改措施，并定期对整改效果进行评价。

8、鼓励开展护理科研，主管护师每年书写一篇中医护理论文，护师以上职称人员每年进行一次 PPT 的中医护理理论授课。

9、质量标准：

1、中医护理操作合格率 $\geq 90\%$ 。

2、中医理论考核合格率 $\geq 90\%$

3、健康教育落实率 100%

4、中医护理病历书写合格率 90%。

第二部分 护理安全管理制度

一、护理安全管理制度

- 1、护理人员必须坚守工作岗位，认真履行岗位职责，增强安全意识，做好防火、防盗等以防发生意外。
- 2、建立健全各项规章制度，完善各项护理技术操作规程，落实各级人员工作职责。定期检查落实情况。
- 3、各种电器、仪器设备必须定位放置，专人管理，定期检修，性能不良时禁止使用。
- 4、每月检查病区内消防设备，保持性能良好，以备应急。（保卫科负责，护士长督促）
- 5、确保安全通道畅通无阻（护士长负责督促），一旦发生意外时，护理人员严格履行人道主义精神，积极组织抢救，指挥协助病人安全转移。
- 6、对毒、麻、限、剧药品要专人专柜加锁管理，固定基数，班班交接并准确记录，高度警惕，防范吸毒、贩毒人员盗窃。毒、麻、限、剧药品标签醒目分类放置，以免误用。抢救用物固定基数，专位置、专用、专人保管，定时检查，及时补充。
- 7、严格执行查对制度，杜绝一切差错事故。
- 8、危重、抢救病员，护士长要妥善安排，明确分工，配合协调，护士长不在时，应指定专人负责。
- 9、小儿、昏迷、躁动病人要防止病人撞伤、坠床等，必要时加床档，使用安全约束带，使用前应告知病人及家属，并取得同意签字后执行。
- 10、长期卧床、坐轮椅病人，做好皮肤护理，定时翻身，防止压疮的发生。

11、对需冷疗、热疗的患者，严格掌握适应症，严格冷、热疗温度、时间、部位，不可长时间同一部位固定不动，尤其是昏迷、老人、婴幼儿、感觉迟钝、循环不良等患者，严防冻伤或烫伤的发生。

12、病室、走廊、厕所地面要保持干燥无水，防止病人滑倒。如地面较湿应有“防滑”标识提示。

13、掌握病人心理变化，做好心理护理，避免发生意外，如走丢、轻生等。

14、严格执行消毒隔离制度，预防院内感染的发生。

15、护士操作或整理用物时严防锐器伤，如果发生按相关要求处理。

16、发生护理不良事件后及时上报。

二、护理差错、事故登记报告制度

1、各病区应建立差错事故登记本，由护士长及时登记发生差错或事故的日期、责任者、事件经过、原因分析、差错性质、后果防范措施、处理意见等。

2、在工作中，如果发生一般差错，及时向护士长报告，并由护士长在护理差错事故登记本上做好登记，及时上报护理部。

3、发生护理事故后当事人或知情人应立即向科主任、护士长报告，护士长向护理部主任报告；护理部要即刻逐级上报发生事故的经过、原因、后果并协同医院进行事故调查。如果发生严重差错应逐级上报，时间不超过 24 小时。

4、对发生事故及严重差错的科室应采取有效的补救措施，以减少或消除由于事故差错造成的不良反应，并按规定详细填写差错事故登记表，上报护理部。

5、发生严重差错或事故的各种有关记录，检验报告及有关药品、物品等均应按《条例》有关规定妥善保管，不得擅自涂改、销毁、以备鉴定。

6、差错事故发生后，护理部或科室要根据其性质组织护理人员进行讨论，分析出现差错事故的原因，提高认识，吸取教训并制定整改措施。根据差错事故的情节及对患者的影响程度，确定差错、事故性质，提出处理意见。

7、各级管理人员必须严格执行护理差错、事故监测报告制度，一旦发生事故与纠纷，应及时报告，及时检查、及时采取可能减轻不良后果和不良影响的应急措施，不得隐瞒、掩盖和拖延。

三、非惩罚性护理不良事件报告制度

1、各护理单元均建立护理安全（不良）事件登记本，由护士长或指定专人负责及时上报护理部。

2、发生一般护理安全（不良）事件后，当事人或发现者应及时向护士长汇报发生经过、原因、结果，护士长及时进行核实调查处理。发生严重护理安全（不良）事件或医疗纠纷后，当事人应立即向科室负责人报告，科室负责人接到报告后应立即向医院主管部门报告，不得超过 24 小时。

3、发生严重护理安全（不良）事件后，应积极采取补救措施，将差错造成对病人的损害至最低限度。

4、发生严重护理安全（不良）事件或纠纷后，有关该病人的标本、化验结果、药品、血袋、器械、护理记录等应妥善保管，不得销毁和涂改。

5、发生医疗事故争议时按“医疗事故处理条例”规定进行。医患双方共同对医疗文件和实物进行封存。

6、严重护理安全（不良）事件或医疗事故发生者应在 24 小时内写出书面材料，科室积极组织分析讨论，坚持“三不放过”原则（问题没有查清不放过；当事人不接受教训不放过；整改措施不落实不放过）。

7、根据护理安全（不良）事件的性质、情节、后果、本人认识态度，依据有关规定做出适当处理，对隐瞒不报，不认真检查者，给予严肃批评，加倍处罚。

8、护理部和科室应定期组织护士长分析不安全因素，并提出防范措施，确保护理安全。杜绝“四不准”事故发生：不准用错药；不准输错血、血制品；不准开错手术部位；不准运错尸体。

9、护理部定期开展护理安全（不良）事件分析会，分析并提出防范及整改措施并进行质量安全教育。

10、护理部将护理不良事件问责制与非惩罚性机制进行结合，鼓励积极上报。

四、病人失踪管理制度

1、当值班人员找遍任何可能的区域均未能发现病人行踪时称为病人失踪。

2、新病人入院时，责任护士告知病人住院期间不得擅自离院，并由其在住院须知上签名。

3、护士发现病人无故不在病房 1 小时，就应该开始寻找并报告医生：病人床号、姓名；寻找的区域；寻找联系人。

4、持续寻找病人 2 小时无结果，应该报告护士长或护理总值班：病人床号、姓名；病人诊断及特殊关注点；寻找病人去向所作的努力及采取的措施。

5、4 小时后，仍未发现病人去向，应告知保安部和行政总值班。如晚上 9 点以后发现病人失踪，应立即报告：病人床号、姓名、医疗诊断及特殊关注点；最后一次发现病人的地方；病人的家庭住址；任何有关病人去向的线索；病人的衣着情况及身体状况。

6、责任护士记录以下内容：有关病人失踪情况及寻找病人所采取的措施；按规定完成报告的填写。

五、病房安全管理制度

- 1、做好防火、防盗、防损伤的安全管理工作，贵重物品应妥善保管。
- 2、氧气做到“四防”（防火、防油、防震、防热），室内禁止吸烟，易燃、易爆等危险物品要定点存放、妥善保管。
- 3、病房设施应定位放置，处于安全良好状态，发现问题应及时处理。
- 4、消防通道通畅无障碍，消防设备齐全，标识醒目，专人管理并放于固定位置。有火灾事故的应急预案，发生意外情况时能及时组织患者撤离现场，保证人身安全。
- 5、公共区域应设有明显标志，保持地面干燥、防滑，防止患者跌倒。
- 6、做好患儿的安全保护工作，教育患儿远离危险物品，锐器玩具、易碎物品不能带入病房，避免意外发生。
- 7、患儿、昏迷、危重等患者做好安全保护工作，防止坠床。
- 8、对可能发生自杀、自伤、伤人、逃跑等倾向的患者必须加强安全管理，防止意外事件的发生。
- 9、加强对陪伴及探视人员的管理，如发现可疑人员应立即通知保卫部门。

六、病人安全管理制度

1、护理人员应全面了解病人病情，及早发现潜在的不安全隐患并采取积极有效的防范措施。

2、严格执行各项查对制度，每日核对医嘱，发现疑问立即向有关人员反馈。未经核对的医嘱不得执行，一旦医嘱执行有误，不得隐瞒，立即通知医师并采取补救措施。原则上不执行口头医嘱，紧急情况执行抢救口头医嘱时，护士必须记录复述并保留药物空瓶，以便抢救完毕后核对。

3、加强对昏迷及意识不清病人的管理，必须有专人陪护，躁动不安者应使用床栏或四肢约束带约束，以防坠床等意外事件的发生。

4、有自杀倾向的患者应通知家属、值班医生、护士长并做好记录，落实心理护理，严格床头交接及巡视制度，实施 24 小时监护。

5、严格执行护理分级管理的相关制度，按时巡视病房。

6、严格遵守毒麻药物管理制度，杜绝不安全隐患。

7、加强消防安全管理及消防知识的宣传，责任落实到人，随时查处不安全隐患，所有工作人员必须掌握消防应急事件的处理。

8、病区环境、设施符合安全标准，若发现门、窗、门锁、玻璃等物有损坏时及时维修，保持地面清洁干燥，必要时放置“防滑警示”，以防摔伤。

9、落实对急救物品、药品、器械、设备的管理，处于应急状态，以确保急救措施的顺利实施。

10、针对薄弱环节如高危跌倒病人、高危压疮病人、老年人的安全管理等，重点环节如危重病人转运、高危导管脱落等方面做好护理管理工作，具体见相应管理规定。

11、加强重点时段的管理，如节假日、中午夜间等特殊时间段，在上班护士相应减少的情况下，加强巡视。如有特殊情况，逐级报告，必要时启动紧急人力调配应急预案。

七、病人外出检查管理制度

1、遵照医嘱确认患者的身份，核对拟施项目的准备事宜完成情况，对重症患者要请主管医师实行可行性评估后，由医、护共同陪同患者外出检查，并准备途中所需物品，方可离开病区外出检查。

2、送病人外出检查时，耐心向病人讲解相关检查注意事项。

3、准确、及时地将病人护送到检查科室，检查完毕后及时将病人送回病房。

4、运送病人过程中，随时观察病人的反应，保证病人检查途中的安全。

5、送病人检查途中，负责保管好病历等文件资料，不能擅自将病历交给病人或其家属，确保病历等文件资料的保密性。

6、离院外出检查应遵循医院相关制度。

八、压疮管理制度

- 1、护理部成立压疮质控管理小组，每个科室设立一名压疮质控联络员。
- 2、实施压疮会诊制度，压疮质控管理小组成员负责全院压疮会诊。
- 3、使用难免压疮申报表及压疮报告表，按压疮危险因素BRADEN评分法进行评分。
- 4、入院时立即评分，评分为 ≤ 12 分者，申报难免压疮，10~12分需每日评估一次， ≤ 9 分者，则每班评估并记录，病情变化时随时评估。
- 5、责任制护士负责对带入或难免压疮进行告知，建立翻身卡，每天评估皮肤情况，每周两次追踪评估并记录。
- 6、压疮质控管理小组定期对全院带入、难免或发生的压疮进行追踪抽查，检查措施落实情况。

九、压疮会诊制度

1、为加强压疮管理，确保在预防压疮发生和处理方面能及时、有效，特制定本制度。

2、凡科室遇难以处理的压疮或对压疮采取一定的措施后效果不理想者，由相关科室向压疮管理小组成员提出书面会诊申请，说明目前处理时存在的困难，注明会诊要求、目的。紧急情况下可电话联系会诊。

3、压疮管理小组成员接到会诊申请后，原则上在 24 小时之内完成，紧急情况下即刻完成。

4、会诊时，会诊人员应到床边评估病人，详细了解病人的病情，提出确实可行的措施。会诊结束后在会诊单上详细记录会诊意见，并签字。

5、做好会诊压疮的追踪管理，定期了解目前情况。

6、会诊范围还包括院外其他医院与本院联系后要求会诊者。

十、高危跌倒/坠床管理制度

1、患者入院和病情变化时，由护士对其进行跌倒/坠床危险因子评估，以确定是否为高危跌倒患者。

2、跌倒评估得分 ≥ 4 分者，为高危跌倒/坠床患者，责任护士应予以告知，并签订高危跌倒/坠床告知书。

3、当确立为高危跌倒/坠床患者后，在其床头或床尾挂上“小心跌倒”温馨提示牌，警示医护人员、家属随时给予协助。

4、对高危跌倒患者，采取以下有效的预防措施，避免或杜绝跌倒发生。

（1）病房内要有充足的光线，有潜在危险的障碍物应及时清除。

（2）保持地面清洁干燥，危险环境有警示标识。

（3）对于意识不清的病人可适当使用床旁护栏、约束带或有专人看护。

（4）固定好床脚刹车，调节床的合适高度，将病人经常需要的物品放于随手可取的地方。

（5）浴室地面放置防滑垫。

5、对患者及其家属落实健康教育，告知预防跌倒十知。

6、建立跌倒病人报告登记制度，并做好记录。

7、制定住院患者跌倒发生的应急预案与处理流程。

8、对高危跌倒/坠床患者，每日进行评估及记录。

十一、导管安全管理制度

1、有效固定各导管，做好各导管的标识，每班评估导管固定在位情况并作好记录，严格交接班。

2、对于清醒患者做好宣教，让其理解导管的重要性及拔管的危害性，使其配合治疗。

3、躁动患者合理进行肢体约束，及时评估约束效果，每 2 小时检查评估约束处皮肤的完整性及肢端血运情况。

4、根据病情适当使用镇静剂。

5、翻身及转运时先检查导管是否固定妥当，避免牵拉。

6、发生非计划性拔管立即汇报医生，做好应急处理，保证病人安全。

7、对于非计划性拔管事件当事人作出书面汇报，护士长 24 小时内上报护理部。

8、科室组织分析原因，落实整改措施，降低发生率。

十二、腕带标识管理制度

- 1、凡住院患者均需使用腕带标识，作为各项诊疗操作前辨识患者的一种方法。
- 2、腕带上应标明患者的病区、床号、姓名、住院号、性别、年龄等，如是高危跌倒患者，要求内容清晰，项目规范。
- 3、患者入院后护士按腕带标识使用流程给予佩戴腕带，腕带标识准确无误，佩戴部位保持皮肤完整，无擦伤、手部血运良好。护士按要求对腕带进行检查，各班做好交接工作，护士长督查。
- 4、护理部定期检查腕带标识制度执行情况。
- 5、对佩戴腕带的患者，医护人员必须利用腕带标识进行身份识别。

十三、患者身份识别制度

- 1、本院住院患者的唯一标识管理为住院号。
- 2、建立《腕带标识管理制度》，凡住院患者均需使用腕带，作为各项诊疗操作前辨识患者身份的有效手段。
- 3、在标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等操作前，必须严格执行患者身份确认制度，核对患者身份。
- 4、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，至少同时使用两种方法确认患者身份（姓名、床号、出生年月、性别、住院号等）。
- 5、对能有效沟通的患者，实行双向核对法，即除了核对床头卡、腕带以外，还必须要求患者自行说出本人姓名，确认无误后方可执行。
- 6、对无法有效沟通的患者，如：手术、昏迷、意识不清、不同语种或语言交流障碍、无自主能力的重症患者，在各项诊疗操作前除了核对床头卡以外，必须核对腕带，识别患者身份。
- 7、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，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。
- 8、落实护理各关键科室（急诊、病房、手术室、重症医学科、产房、新生儿室之间）的患者识别措施、交接程序与记录。

十四、护士临床用药安全管理制度

1、护理部及护理质控小组成员定期对各护理单元的医嘱执行、给药途径、给药方法、给药剂量进行检查，及时发现存在的问题，予以纠正。

2、临床护士在执行给药时要严格三查七对，几种药物同时使用时要严格检查有无配伍禁忌。

3、对易致敏的药物，使用前应详细询问过敏史，使用中和使用后应密切观察药物的不良反应。

4、加强临床护士药物知识的培训，强化护士慎独精神，使护士养成在使用新药前详细阅读说明书的习惯。

5、健全用药管理制度，制定各类途径给药的操作流程，通过规范的流程操作，提高用药的准确性。

6、对一些特殊药物要有明确、醒目的标记，如 10%氯化钾、10%氯化钠、氨茶碱等均应注明“高危药品”字样，单独存放防止混放致使用错误，造成危害。

7、对微泵、镇痛泵等仪器，要定期对性能进行检查，并请相关部门对其准确性进行计量测试，确保使用安全。

十五、重点药物观察制度

1、明确重点药物的种类，根据药剂科相关规定确定以下药物为重点药物：抗菌药物、心血管系统药物、细胞毒类药物、中枢性肌松药、抗精神失常药、中枢镇静催眠药、新药等。

2、根据医嘱准确用药。确认医嘱的有效性，严格执行查对制度，按医嘱采用正确的给药方式。

3、执行护士对医嘱用药应全面了解，并掌握药物的性质、不良反应及注意事项，首次应用的新药应详细阅读药物使用说明书。

4、无论何种给药途径，用药前均应详细询问患者的用药情况，如易致过敏者要询问有无过敏史。

5、用药前评估患者身体状况及患者和家属对药物认知情况，告知患者和家属药物名称、用法、用量，可能出现的不良反应、注意事项等。

6、用药过程中加强巡视，保持输液通畅，严防液体渗出、外渗。观察、询问患者用药后反应，如出现药物不良反应，应暂停该药，立即测生命体征，及时报告医生，根据医嘱用药并做好记录。填写药物不良反应报告表。

7、严格做好交接班工作，使用药观察具有连续性。

8、各护理单元依据本科室实际用药情况，确定相应的用药观察内容。

十六、外配药品使用管理制度

1、为了保证患者用药安全，特制定患者外配药品使用管理制度。

2、在本院治疗的住院患者在住院期间原则上只准使用本院供应的药品，不准使用科室或医生自行购买的药品及患者自己外配的药品。

3、特殊情况，患者在住院期间要求使用自己外配药品时，必须征得经管医生的同意，经管医生必须向患者说明用药风险并要求患者签署“使用外配注射药品风险承担书”，外配药品使用导致的不安全因素与医院无关。

4、门诊患者外配的注射药品原则上不准在本院使用，但考虑为患者提供方便，患者必须出具相关医院的病历资料，其药品必须由药剂科查验，在确认外观包装无疑后（但对内在质量无法保证），并签署“使用外配注射药品风险承担书”后方可使用。

十七、临床科室医疗废物管理制度

- 1、由护士长负责本科室医疗废物全面管理工作。
- 2、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。
- 3、一次性使用医疗用品、一次性使用卫生用品、一次性医疗器械及被病人血液、体液、排泄物污染的物品，棉球、棉签、引流棉条、纱块及其他各种敷料被视为感染性废物。
- 4、将医疗废物置于黄色垃圾袋或垃圾箱内，将放射性废物（放射源、同位素等）置于红色垃圾袋内。
- 5、在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其它缺陷。
- 6、盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3 / 4 时，应当使用有效的封口方式，使包装物或者容器的封口严密、紧密。
- 7、传染病病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当使用双层包装物，并及时密封。传染病病人或者疑似传染病病人的排泄物，应按国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后排入医院污水处理系统。
- 8、放入包装物或者容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物等不得取出。
- 9、盛装医疗废物的每个包装物、容器外表面应当有警示标识。
- 10、盛装医疗废物的包装物、容器外表面被感染性废物污染时，应当对污染处进行消毒处理后增加一层包装。
- 11、禁止将医疗废物混入生活垃圾中。
- 12、禁止转让、买卖医疗废物。
- 13、科室指定专人负责医疗废物的分类收集、登记、交接工作。

十八、住院患者各环节运行间管理制度

1、转科制度

(1) 患者入院后如无特殊原因一般不转科，但在下列情况下患者可被转科：①入院后诊断改变，如内科病人已入院，需外科治疗；②有特殊需要，如感染控制问题；③重患者，专科情况明显的患者转回到本科室；④重症医学科与普通病房之间。

(2) 主管医生告知患者或者其家属转科，并开医嘱。

(3) 责任护士通知患者或者其家属转科，准备合适的转运工具。

(4) 责任护士转运前评估患者并做专科护理记录，检查护理记录是否完整。危重病人需同时使用“危重病人转运交接单”，由转入科室保存。

(5) 责任护士电话通知转入科室应做的准备工作。

(6) 危重患者需由责任护士携带患者的所有当天用药和医疗护理记录等与事务中心人员一起护送患者转运，责任护士与转入科室的护士交接班。

(7) 转入科室护士应立即通知医生，责任护士应立即评估患者，做好转入护理评估并记录。

2、转院制度

(1) 从外院转入：

①符合下列转入标准的外院患者方可转入我院：转出医院的主管医生与我院医务科联系，由医务科指定相应的转科医生/急诊科值班医生，双方共同评估后认为患者适合转运；我院有空床和合适的人员为转入患者提供服务。

②转入过程：专科医生/急诊科值班医生接到外院要求转入的请求后，判定转入的原因和患者的基本情况，如患者符合转入标准，联系病区护士安排床位，在通知转出医院。

③转出医院负责患者转运期间的安全。

④在转院过程中发现病情不稳定的患者，须首先在急诊科治疗，待病情稳定后再办理入院手续，送相应病房治疗。

(2) 从本院转出：

①转出标准：主管医生联系适合该患者治疗的接收医院和医生，双方共同评估后，认为患者适合到该院治疗，并适合转运；接收医院必须能为即将转入的患者提供相应的服务。

②转出过程：对于需要转院的患者，主管医生/家属协商后，由医务科或患者家属联系接收医院，并登记；接收医院医生会诊后同意转院，再由主管医生开出转院医嘱，告知家属。

③病区护士联系急诊 120 安排转运，转运费由患者自负。

④责任护士协助作好患者及患者随身物品的整理准备工作。

⑤责任护士转运前评估患者并做转院护理记录，按规定办理转院和出院手续。

⑥转出医院负责患者转运期间的安全，并根据患者的病情，安排合适的医务人员对患者进行观察或监护。

3、手术患者交接制度

由于手术本身具有风险性，手术医生、护士和麻醉医生必须做好手术患者的术前、术后交接班，以确保患者的安全的手术、治疗、护理的连贯。手术患者交接统一使用“手术患者交接、核查护理记录单”。

患者运送中注意保暖并保护头部及手足，防止撞伤、坠床；保持输液管道及各种引流管道通畅，防止脱落。特殊病人如：神志不清、脑危象、严重外伤、休克等随时有病情变化的病人应有一名手术医师陪同护送至手术室或病房，以保证病人安全。

（1）术前交接

①手术室应将患者提前 30min接到手术室，病情危重的由经治医生护送。手术室应在手术室接患者前完成各项术前准备和相关检查，尤其是术前定位拍片、撤牵引支架等。

②手术室由巡回护士根据手术安排顺序携带手术通知单和工人一起到病房，护士根据手术通知单信息与病房护士核对床号、病人姓名、住院号后，一般提前 15 分钟左右，将病人接到术间准备间或指定手术间。

③手术室护士和工人到病房接患者时，病房护士应根据手术通知单核对科室，床号、住院号、患者姓名、手术名称、手术部位（何侧）、手术时间及术前医嘱执行情况，嘱患者排空膀胱，并将随带的物品，如病历、X线片及特殊用品带到手术室。

④患者仅穿病号服，随身物品如金首饰、手表、现金等贵重物品、义齿等一律不得带到手术室。若因全麻需要患者保留义齿，应做交代。

⑤患者到手术室应戴隔离帽，术前准备间或手术间巡回护士检查病人的术前准备是否完善，如：术前用药、禁食、备皮、有无假牙、皮试、所带用物（X线片、CT片、抗生素、胸带、腹带等），并注意检查不带贵重或金属物品入室。查看患者的出凝血时间、血型、HBsAg及其他检查。

⑥进入手术间后，工作人员应安排患者卧于手术台上，绑约束带，必要时床旁守护，防止坠床或发生其他意外。

⑦接台手术，手术室提前 30 分钟电话通知有关病室做准备。医师在病室等候，待病人接入手术室后，医师随即进入手术室。

（2）术后交接

①对全麻术后未清醒，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，以及其他需要监护的特殊患者，术

后均送麻醉复苏室或重症医学科病房，必要时，手术室护士陪同送至病房。

②局麻气管切开患者送回病房前应吸净痰液并由医护送回病房。全麻术后患者符合出室条件后，连同病房带来的用物，由麻醉科医生、护士和工人，大手术由手术医生、护士、麻醉医生和工人一起送回病房，防止回病房途中发生意外。

③患者送病房后，护士或麻醉医生应向手术科室的值班人员详细交代患者术中情况，术后（麻醉后）注意事项及输液。

十九、危重患者转运制度

- 1、确认有效医嘱，核对患者，做好患者转运前的准备工作。
- 2、向患者或家属说明检查或治疗的必要性及转运风险，签定“危重患者转运知情同意书”。
- 3、与相关科室联系，通知预计到达时间。
- 4、选择合适的转运工具，根据病情备好急救设备（简易呼吸器、便携式呼吸机、监护仪、除颤仪、微泵、便携式氧气瓶或氧气枕）和急救药箱（肾上腺素、阿托品、安定）等。
- 5、详细评估患者的意识、生命体征、用药、呼吸道和各类管道管理及潜在的安全隐患，对各类导管妥善固定。
- 6、由熟悉患者病情、各种治疗护理措施及医嘱执行情况的医护人员共同护送，转运途中密切监测患者生命体征和病情变化。
- 7、与检查、接收科室的医护人员共同安置患者，进行详细的床边交接和记录，双方医护人员签名。
- 8、转运科室做好转运工具和急救仪器的消毒、维护及急救药品补充，定位放置，确保应急备用。

二十、重点护理环节管理制度

1、重点环节包括以下内容：

（1）重点时段：午间、夜班、连班、节假日、工作繁忙时。

（2）重点病人：疑难危重病人、新入院病人、手术病人、老年病人、接受特殊检查 and 治疗的病人、有自杀倾向的病人。

（3）重点员工：实习护士、新护士、进修护士、近期遭遇生活事件的护士。

2、严格执行医院各项医疗核心制度、护理操作规程及岗位职责。

3、病房针对重点环节，结合本病房的工作特点，提出并落实具体、有效的护理管理措施，以保证病人的护理安全。

4、护士长应组织有关人员加强重点时段的交接班管理和人员管理，根据病房的具体情况，科学合理安排人力，对重点时段的工作、人员、工作衔接有明确具体的要求，并在排班中体现。

5、根据护士的能力和 experience，有针对性的安排重点病人的护理工作，及时检查和评价护理效果，加强对重点病人的交接、查对和病情观察，并体现在护理记录中。

6、病房重点员工的工作职责有明确的要求，并安排专人管理。

二十一、抢救车管理制度

1、抢救车内保持清洁整齐，药品有效。

2、抢救车内药品管理做到“四定”，定位放置，定量储存，定人保管，定期检查。每日固定班次检查抢救车锁扣的完整性和备用急救物品的应急情况，并登记。

3、抢救车一旦启用，及时补齐药品数量，并将第二人核对后更换编码及有效期，同时记录备药者、核对者姓名。

4、抢救车定期检查，实行常态可控管理，无论抢救车是否启用，均应每日检查一次并登记，护士长每周检查一次。对近效期的药物及时与药房调换。

5、抢救车内高危药需有明显标识。

二十二、高危药品管理制度

1、高危药品定义：由于使用错误而可能对病人造成严重伤害的药物。虽然错误使用这些药品不会比其他药品常见，但其后果严重的多。

2、具体管理制度：

（1）据高危药品的分类和品种，结合我院实际用药情况，制定高危药品目和品种。

（2）护士长全面负责高危药品的领取、保管等管理工作。

（3）护理工作站原则上不存放高危药品（除抢救药品外）如确实需要，须单独存放在固定地方，储存处和单支高危药品均有醒目标识，限量存放，并定期（每季）核查备用情况。

（4）加强病区高危药品管理，建立账目，病区护士每日清点一次，并专人保管，定期检查，保证有效期内先进先出。

（5）高危药品使用前应进行充分安全性论证，有确切适应症时才能使用。

（6）高危药品使用双人复核制度，严格执行给药原则，核对病人姓名，床号、住院号、药品名称、药物剂量及给药途径等内容，确保使用的准确无误。

（7）高危药品使用过程中应严密监测药品不良反应和病情。

（8）高危药品检查由药剂科定期组织，具体检查结果见相关科室记录。

二十三、护理突发事件报告制度

1、病区出现意外情况，门（急）诊住院患者突然发生重大病情变化，紧急状态下，护士长或值班护士，立即报告科主任，同时按医院规定，口头或电话向医务科、护理部、保卫科、院办公室等职能部门报告，节假日、夜间报行政值班室，必要时书面报告。

2、突然意外情况报告内容：报告意外情况的时间、地点、主要经过及目前采取的应急措施、联系方式。

3、患者突发重大病情变化报告内容：报告科室、床号、患者姓名、性别、年龄、诊断，目前状态、抢救、治疗、护理措施等。

4、护理突发事件应以预防为主，防御与应急补救措施相结合，平时做好防止突发事件发生的防备准备，尽量减少突发事件的发生。一旦发生不可避免的突发事件后，启动应急预案，高效、有序的运转，最大限度地保护患者的安全，将突发事件的负面影响降到最低程度。

二十四、手术安全核查制度

1、所有手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的腕带，并按照规定，做好手术标记。

2、对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位应由管床医生用不易去除的黑色记号笔画“×”，做好规范统一的标记，并做好与患者或家属的再次确认工作。

3、明确手术安全核查表三个时段的具体执行内容：

①麻醉实施前，安全核查的关键内容是确认手术患者身份、手术部位、术式名称以及相关的术前准备是否完成。

②切开皮肤前，安全核查的关键内容是确保三方核查人员在各自专业角度关键问题上的再次沟通、风险预警及相应准备。

③患者离开手术室前，安全核查的关键内容是确保准确的手术物品清点及标本。

4、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。

5、所有手术患者在实施手术治疗前，均应确认正确的麻醉、正确的患者、正确的手术部位和正确的手术方式；确认用药和输血；确认手术用物。

第三部分 护理会议制度

一、护士长例会制度

1、每月召开护士长会议，目的保证组织内信息通畅，加强护士长间沟通交流。

2、由护理部主任主持。

3、会前做好充分准备，会议内容突出重点，议题明确。

4、会议主要内容：

(1)传达医院各项指标。

(2)总结上月工作情况，布置本月工作重点。

(3)针对护理工作中存在问题，分析原因并提出整改措施。

(4)护理质量检查情况反馈，提出相应的整改措施，对多次出现的重点问题进行持续质量改进。

(5)讨论意外事件发生情况，提出整改措施或解决的事项。

(6)协调科室之间先关事宜。

5、做好会议记录，妥善保存。

二、护理质量管理会议制度

1、由护理部主任主持，每季召开护理质量管理会议，以保证护理质量的不断改进，促进护理质量有序提高。

2、会前做好充足准备，会议内容重点突出，主题明确。

3、会议主要内容：

(1)传达上级部门相关检查标准，并组织学习。

(2)对上季度存在的护理质量问题进行分析，提出切实可行的整改措施。

(3)讨论如何改进护理质量。

(4)学习相关质量管理知识。

4、做好会议记录，妥善保存。

三、护理安全管理会议制度

1、由护理部主任主持，每季召开护理安全管理会议，目的保证医院护理工作安全、有序运行。

2、会前做好充分准备，会议内容重点突出，议题明确。

3、会议主要内容；

（1）通报各科上报的护理近似错误，对共性问题加以分析，引起重视，避免共同性问题重复出现。

（2）分析上月护理工作中的护理意外事件发生的原因，根据情况进一步完善工作流程，提出切实可行的改进措施。

（3）汲取近期其他医院发生的典型案例，组织学习，分析讨论，从中吸取教训，引以为戒。

4、做好会议记录，并存档。

四、带教老师工作会议制度

- 1、由护理教研室教学秘书主持并召开带教老师工作会议，每学年 3-4 次，护理分管教学主任参加会议。
- 2、会前收集相关带教信息，做好充分准备，确立会议主题。
- 3、会议主要内容：
 - （1）布置带教任务。
 - （2）分析带教工作中存在问题，提出改进措施。
 - （3）对带教老师进行相关带教知识培训
 - （4）由带教老师反馈所在科室实习同学的相关情况。
 - （5）各带教老师之间相互交流带教经验，以取长补短。
 - （6）做好每年两次对实习同学综合能力的评定。
- 4、根据带教老师反馈的信息，及时向医院分管领导及相应学校汇报
- 5、做好会议记录，并存档。

五、学生座谈会制度

- 1、由护理教研室教学秘书主持，邀请部分实习同学参加，每年召开两次。
- 2、了解学生实习情况，听取学生对带教工作、带教老师、护理部以及医院的意见和建议。
- 3、根据学生反馈的信息及时予以解答，或上报相关部门及领导后再予解答。
- 4、及时改进工作中的不足，对学生反响强烈的问题根据情况进行持续改进。
- 5、做好会议记录，并存档。

六、病区护理工作会议制度

1、晨会制度

- (1) 由各护理单元护士长主持，相关护理人员参加。
- (2) 认真听取夜班护士交班，并由护士长对夜班护士交班情况进行总结，检查交班质量。
- (3) 布置一天工作重点。
- (4) 讨论疑难护理病例，提出相应护理方案。
- (5) 根据情况，传达医院及护理部的会议精神。

2、护理安全管理小组会议制度

- (1) 由科室安全管理小组组长主持，全体护理人员参加，每月一次。
- (2) 会议主要目的规避存在的护理安全隐患，确保护理安全。
- (3) 会议主要内容：
 - ①由各位护士提出近期本科室存在的护理安全问题，讨论安全隐患存在的原因及有效规避的方法。
 - ②学习相关法律法规知识，提高护士安全意识。
 - ③对科室发生的护理意外事件进行讨论，分析原因，提出改进措施。
- (4) 做好会议记录，并存档。

3、工休座谈会议制度

- (1) 每月召开座谈会，征求患者及家属对医疗、护理工作的意见和建议，以加强与患者及家属间的沟通交流，提高护理工作质量。
- (2) 会议由护士长主持，科主任、部分医生、护士、患者及家属共同参加。
- (3) 将患者及家属反映的意见和要求，应逐项答复、解决，必要时向有关领导及部门反映，对一些误解应耐心做好解释工作。
- (4) 向患者及家属进行常见健康保健知识的讲座，同时发放相关教育处方。
- (5) 做好会议记录，妥善保存。

第四部分 护理在职培训、科研、教学管理制度

一、护理人员培训、考核制度

1、对每年聘用的护理专业毕业生或新调入护士实施岗前培训，培训合格后进入各科室轮岗六个月，轮岗结束后进行理论和中、西医技能考核，考核成绩合格后予以定岗。

2、新入职人员规范化培训时间为三年，三年内护理部进行每季度理论、每月技能考核。

3、新入院的护士，在医院工作三年内完成中医理论与技能培训时间累计不得少于 100 学时。

4、护理人员应进行继续医学教育，初级士（师）每年必须完成国家继续教育规定的 20 学分；中级以上职称者应完成 25 学分，其中 I 类学分 5-10 分，中医护理项目不少于 6 学分。

5、护理部定期组织全院护士分层次业务学习。

6、护理部根据专科护理要求，有计划地选派护理骨干外出进修、学习，提高专科技能。

7、护士长应针对本科专业特点，组织护士的专科理论及技术操作的培训、业务学习及护理查房，定期进行考试、考核，以提高专科护理水平。

二、护士分层培训制度

（一）N1 级护士岗前培训制度

1、培训目的：为使新入职护士尽快适应护理工作岗位要求，通过各个层面组织的岗前培训，强化基本理论、基本知识、基本技能。

2、培训时间：2 周。

3、岗前培训分为：全院性岗前培训、护理部岗前培训。

4、岗前培训参加人员应准时到位，不得缺席。

5、岗前培训参与人员务必完成岗前培训计划中所要求的课程。

6、培训结束后，对培训的理论、操作内容进行考核，考核结果记入本人业务档案。

7、培训内容：

（1）医院护理管理制度。

（2）常用基础护理操作规范。

（3）中医护理常规技术操作规程。

（4）常用护理工作操作流程。

（5）相关法律法规知识。

（6）优质护理服务内容。

（7）护理职业人文素质：包括新护士团队效能建设、职业发展成长之路、礼仪、沟通等。

（8）应急事件处理。

（9）其他。

8、科室培训内容：科室概况、团队成员和环境介绍、科室核心制度、各班职责和岗位职责、科室培训计划、科室安全隐患和病房管理。

（二）N1 级三年内护士规范化培训制度

1、培训方法：对入职三年内的护士进行分阶段的培训。形式以自学和辅导相结合。根据护理部制定的考核办法（见附则）进行理论考试、技能考核，对考核不合格者，按要求进行补考，直到合格为止。参加规范化培训的所有护理人员的考核成绩记入本人的业务档案，供以后晋升晋级时参考。

2、培训时间：三年。

3、培训形式：护理部集中培训、科室轮转。

4、培训内容

（1）《护士工作指导手册》（本院自编）。

（2）《中医护理常规技术操作规程》。

（3）《护理技术规范与风险防范流程》。

（4）《新编护理学基础》。

（5）《内科护理学》、《外科护理学》《妇产科护理学》《儿科护理学》。

（6）相关的基础护理操作和专科护理操作。

（7）危重病人的监护技术及常见心律失常的心电图判读。

（8）三基相关知识：由各位专科护士或护士长以专科相关知识的专题讲座形式授课。

（9）组织文化：包括团队效能建设、职业道德教育。

（10）其他相关内容。

5、具体内容

（1）入职第一年

①参加岗前培训。培训内容除医院规定的岗前培训内容以外，护理部把护士服务礼仪规范、常用的护理管理制度、护士条例及相关法律法规知识、职业暴露处理等，列入护理部岗前培训的范围。

②完成《护士工作指导手册》全部内容及《护理技术规范与风险防范流程》、《中医护理常规技术操作规程》部分内容的学习，并通过考试。

③熟练掌握常用的护理技术操作：病人舒适技术操作、生命体征监测技术、注射操作技术、给氧技术、引流技术、排泄技术等操作。并通过考核。

（2）入职第二年

①继续加强理论学习。通过自学和辅导的形式，完成《新编护理学基础》、《护理技术规范与风险防范流程》全部内容及《内科护理学》、《外科护理学》部分内容的学习，并通过考试。

②培养个人独立处理疑难问题的能力，能正确评估病人存在的健康问题，熟练护理危重病人，掌握危重病人的监护技术，能识别心电图波形，掌握常见心律失常的心电图特征（如房早、房速、室上速、室早、I°—III°房室传导阻滞、房颤、房扑、室颤、室扑、窦性静止等）

③熟练使用呼吸机，并能排除常见故障。

承担和组织科内部分疾病查房和业务学习，根据本人的实际情况，参与科研的具体工作，并协助护士长进行病房管理，工友的管理、学生带教，逐步过渡成为科室的中坚护理力量。

（三）N2级护士培训制度

1、目的：进一步巩固入职三年内护士规范化培训知识，运用护理程序实施整体护理，巩固专科知识，提高临床护理服务能力。

2、培训内容：

（1）学习专科知识和本专科领域国内外新动向、新技术，独立进行专科护理。

（2）参与重症病人护理，实施护理教学管理和护理教学。

(3) 参与护理管理、护理科研、撰写护理论文，为晋级做准备。

(4) 参与护理不良事件和医疗纠纷的讨论。

(5) 学习持续质量改进并参与活动。

(6) 参与医院组织的各类业务活动。

3、根据培训要求，由科室护士长每年对N1、N2 级护理人员进行评价，指出不足，作为今后努力的方向，并将评价结果反馈给本人并记入个人业务档案。

(四) N3、N4 级护士培训制度

1、目的：通过对新知识、新技术的学习，提高护理人员的专业水平，提升临床护理工作能力。

2、培训内容：

(1) 独立进行危重症病人管理，实施循证护理。

(2) 实施以问题为中心的护理教学。

(3) 参与护理质量持续改进项目，并组织实施。

(4) 根据中级以上职称人员继续教育要求，每年取得国家级或省级 I 类学分 5-10 分，II 类学分 15-20 分，按规定获满学分者方可申报上一级职称。

(5) 学习新理论、新知识、新技术和新方法为主的终身护理教育。学习形式为科室、医院组织的各类学习及外出参加的继续教育学习班。

三、三基三严培训及考核制度

为了不断提高护理质量，保障患者安全，加强护士的在职教育，规范护理人员的基本知识、基本技能、基础理论的训练和考核，本着严格要求、严密组织、严谨态度的原则，特制定各级护理人员的“三基三严”的培训和考核规定。

1、基础知识、基本理论考试内容

（1）基本知识、基础理论：内容包括医学基础知识、基础护理理论、护理伦理、护理心理、护理美学、沟通技巧、法律法规、常见病多发病的相关知识等，考试由护理部组织出卷，考试时间在每年两次。

主要参考书目有《基础护理学》、《护理知识 1000 题》、《医疗事故处理条例》、《护士条例》、《病历书写规范》（含中医知识）等。

（2）专科理论：内容包括专科疾病知识、专科护理知识等，各病区护士长负责组织出题组成题库，护理部随机抽取试题形成考卷。考试时间不定期。

2、基本技能考试

内容包括 20 项基础护理技能操作和八项中医护理操作。科室每月按计划考核，护理部不定期抽考，全院统一考试时间在每年的 12 月份前完成。

四、业务学习制度

- 1、业务学习主要以自学形式为主，结合学习讲座及培训班等。
- 2、学习内容主要以专业知识、法律法规及本岗位需掌握的其它知识为主。
- 3、护理部每月举办一院内的分层护理业务培训，各科室每月 1 次，包含中医护理内容。
- 4、业务学习主讲人需上交一份教案到护理部存档。
- 5、每个护理单元每年负责 1—2 次护理部组织的业务学习主讲。
- 6、各级各类护理人员参加业务学习次数根据分层要求分别执行。
- 7、参加各类业务学习均要认真做好记录，护理部平时不定期抽查考核，年底统一上交。
- 8、外出参加培训学习的人员，需在回院后三天内一份书面的学习汇报材料及相关证书，并在科内、院内进行外出学习课件的传达学习，上交的材料将存入个人技术档案。

五、护理科研管理制度

1、护理部建立护理科研管理相关制度，并妥善保存护理科研管理工作原始档案资料。

2、护理部负责制订护理科研计划，审查护理科研题目，及设计、鉴定护理科研成果，并推广使用。组织护理学术交流，介绍国内外先进的护理科研信息。

3、护理科研计划与科研项目申请书须呈报护理部审批并登记。

4、凡受到奖励的护理科研成果须填写护理科技成果登记表上报护理部，并记入个人技术档案内。

5、凡属科研资料，包括论文、录像、录音、幻灯、照片等，均应分类妥善保管。护理人员参加会议、获奖、成果等证书及科研成果资料要复印 1 份上交护理部保管。

6、每项重大的科研成果均应有上级有关部门的鉴定和批准后方可推广。

7、护理人员发表科技论文须经科室、护理部两级审批，在领取由护理部或科教科发出的论文介绍信后，方可投稿。

8、学术论文评定程序：由各专科区护长审阅后提交科护长审阅，之后上交护士教育与科研委员会复审，盖护理部公章，才可投稿。

9、护理部每年根据医院相关规定，结合护理人员的论文发表数量，论文属性以及论文的影响因子等综合评价指标，对护理人员论文发表情况进行奖励。

10、定期召开会议进行小结，总结成功经验，建立相关制度、规范相关标准。

六、护理新技术、新项目管理制制度

1、新技术、新项目是指近年来在国内外医学领域具有发展趋势的新项目，在本院尚未开展的项目或尚未使用的技术。

2、拟开展的新技术、新项目不得违反国家有关法律、法规要求，经院技术委员会审查批准后方可实施。

3、科室拟开展新技术、新项目之前，须填写《新技术、新项目申请登记表》（表格至医务科领取），说明该项目的种类（引进、革新、创新）、实用性、科学性、先进性、并附可行性论证报告，由科室组织讨论后报护理部。

4、护理科研委员会对项目进行初审，超过评审委员总数的 2/3 为通过，再提交医院技术委员会，对拟开展的新技术、新项目进行安全性、有效性和适宜性论证，确定人员、设备、技术水平达到规定要求。

5、新技术、新项目首次开展前，应严格执行患者知情同意，科室认真做好准备，由护理部审批后实施。需相关科室协助解决的，由护理部负责协调。

6、凡违反本制度造成不良后果者，按《医疗事故责任追究制度》进行处理。

七、进修护理人员管理制度

1、进修人员申请到我院进修前，首先应填写《医药卫生人员进修申请表》，我院同意接收后，在进修通知的规定时间内来护理部办理报到手续，及签订进修人员协议书。若不能按时报到需事先来信或来电话说明，未事先说明者，超过报道日期两日后即取消名额（延迟报道最多不得超过一周）。

2、进修人员必须具备护士职业资格（填写《医药卫生人员进修申请表》同时附护士执业资格证书复印件）。

3、各进修人员必须遵守卫生部颁布的《医院工作人员守则》，遵守医院各项规章制度，并较快熟悉进修科室护理常规和技术操作规程，防止各类医疗差错事故的发生。

4、积极参加医院组织的各项政治活动和业务学习，无特殊情况不得缺席。刻苦学习，努力完成进修任务。严格遵守劳动纪律，按时上下班，不无故早退或缺勤，不得擅自离开岗位。如有违反，由相关科室与进修选送单位联系，酌情处理。

5、进修人员必须按照我院规定，服从所在科室安排，参加各项护理工作，未经许可不得任意变更进修科目，不得无故中途退学，不得随意延长学习时间。

6、进修期间不得享受探亲假。有特殊情况请假者，必须有选送单位出具证明或公函联系，经护理部批准方可。进修请假累计不超过两周。进修期间进修护士积休、调休由科室决定，进修结束不办理积休证明。

7、进修期间和进修结束离院前原则上不安排外院参观学习。

8、进修人员要互相尊重，团结协作。

9、进修期间如违反本院各项制度，情节较轻者应予批评教育；若影响恶劣或责任心不强及技术上遇到问题擅做处理而引发医疗纠纷和护理过失者，按相关规定处理，并将处理结果以书面形式反馈给选送单位。

八、护理教学管理制度

- 1、承担各院校护理专业实习生的临床带教和见习带教任务，根据学校要求制定教学工作总体计划。
- 2、对新入院实习生进行岗前培训和职业教育，内容包括规章制度、法律法规、护理安全、礼仪范围等内容，强化安全护理意识。
- 3、根据教学目标要求，教育学生树立一切以病人为中心的服务理念。指导学生应用护理程序，对病人实施护理措施。采用多种教学方法，加强三基训练，提高教学质量。
- 4、重点培养实习生独立思考、人际沟通、组织应变、观察表达和解决问题的能力。
- 5、带教老师在带教过程中要严格做到放手不放眼，对实习生的工作要检查、督促，发现问题及时给予指导和纠正。
- 6、根据教学任务，有计划地组织全院性大讲课、教学查房等教学活动，做到教有特点，学有兴趣。
- 7、定期检查教学工作，了解教学计划的执行情况及学生的实习情况，发现问题及时纠正。
- 8、建立教学评价机制，每轮实习结束前由实习生对带教老师的工作质量进行评价，征求学生对带教工作的意见和建议。带教老师对每一轮学生进行出科理论和操作考核，实习结束时组织全科护理人员进行讨论，对实习生从实习态度、理论知识、操作技能、健康教育、护患沟通等方面做出客观、公正的评价，对存在问题及时向学生反馈并完成实习生手册记录。
- 9、定期召开带教老师会议及实习生座谈会，听取实习生对临床教育的意见和建议。每学年不少于4次。
- 10、协同科教科不定期抽查实习生劳动纪律、寝室安全及卫生情况，节假日重点检查。
- 11、定期向分管领导汇报实习教学情况，并听取分管领导对实习生教学工作的意见和建议。

九、护理示教室管理制度

- 1、进入示教室的操作人员，要求仪表、言行符合职业道德规范。
- 2、保持示教室安静，不得大声喧哗，以免影响他人练习。
- 3、保持室内外环境整洁，不随地吐痰，不乱丢果壳、纸屑。
- 4、爱护公物，凡因责任心不强导致公物损坏丢失者，视情节轻重予以赔偿。
- 5、注意节约用水用电，不使用时立即关闭。
- 6、练习结束后，将用物放归原处，保持示教室整洁，并关闭门窗、熄灯。
- 7、练习时除规定的仪器设备外，其他仪器未经许可，不得擅自自动用。贵重仪器使用必须经护理部许可。
- 8、示教室物品一般不得外借，如需外借，须经护理部批准，并办理借用手续。
- 9、示教室工作人员严格落实岗位责任制，对仪器、设备做到定期检查和维护保养，出现故障及时修复，确保仪器、设备处于正常状态。
- 10、示教室钥匙定点存放于护理部，护理人员如需借用则与相关管理人员联系，做好登记，用后及时归还。
- 11、护理部、护士长定期对示教室进行检查。对示教室环境未予整理的，督促整理；对违反示教室管理制度经劝告无效者，限制其进入。

十、护理实习生管理制度

1、实习生必须严格遵守医院的各项规章制度，培养良好的道德修养和素质，树立正确的医德医风，积极参加所在科室的政治学习和有关活动，尊重老师、团结同学、关心体贴病人、尊重病人的权利、对工作认真负责。

2、严格遵守劳动纪律，不得无故缺席，擅离岗位。如有特殊情况须办理请假及销假手续。实习期间请事假须经护理部批准，一周以上须经学校批准。

3、实习期间如遇身体不适，须到相关科室诊治，及时通知临床老师以利工作安排，并出具病假证明；外院诊治需附有当地医院病历卡及病例证明书。任何假期超过四周以上实习结束后将补足实习时间。

4、实习生必须服从学校和医院的安排，严格按照实习轮转计划完成实习任务，不得私自调换实习科室。服从实习科室护士长及带教老师的工作安排，不迟到、早退。同学间相互照应，团结协作。

5、实习生要明确实习的目的及意义。认真复习理论知识，实习中勤学好问，刻苦钻研。严格执行查对制度，各项技术操作必须在带教老师的指导下按操作规范执行。加强安全意识，严防差错事故发生。

6、实习生按要求根据科室老师的安排参加科室小讲课、教学查房、出科理论及操作考核，不得无故迟到、缺席。

7、实习生按要求参加护理部组织的全院性业务学习活动，遵守纪律，认真听讲。如因故迟到、缺席应事先请假，说明理由，否则一经查处作旷课处理。

8、实习期间严格遵守各项护理管理制度。服从科室老师的安排，遇到问题及时请示汇报，未经老师同意不得擅自用各种贵重仪器、医疗设备，爱护公物，不得私自将公用物品挪为私用。

9、每科实习结束前按时写好实习小结并请带教老师写出评语。实习期间如违反有关规定，并经多次教育不改者，提请学校作出严肃处理或医院终止其实习。

十一、实习生请假制度

- 1、实习期间一般不得请假，如因故确需请假者应按规定办理请假手续。
- 2、请假手续必须由本人亲自办理，不得请他人代办，不能事后补办，否则视为无效。
- 3、因病请假，应由本院相关科室出具的证明方能有效（急诊除外）。外地生病须有当地医院的病历卡及医疗证明。医疗证明报护理部备案。
- 4、因事请假（包括招聘假），一周内，由本人申请，如填写请假单并注明事由，经科室护士长或带教老师签署意见后，报护理部批准方可准假。一周以上者须由学校领导批准，并与医院联系后方可请假。
- 5、请假期满后及时销假，如需续假应事先办理续假手续。不履行者作旷课处理，若情节严重，屡教不改者，与校方联系后，令其中止实习。
- 6、实习期间所有假期累计超过 10 天，应按规定进行补实习，否则按未完成实习任务论处。
- 7、凡未办理请假手续而擅离岗位者，均作旷工处理。旷工一天给予批评教育，三天以上与校方联系，情节严重者中止实习。
- 8、实习生请假期间，其人身及财产安全由本人负责。

第五部分 临床科室护理管理制度

一、护办公室工作制度

- 1、护办公室保持安静、整洁，工作人员着装整齐。
- 2、遵守劳动纪律，坚守工作岗位，不准在办公室大声喧哗。
- 3、办公室物品摆放有序，使用后归还原位。
- 4、不准在办公室电脑上玩游戏，打印私人稿件。
- 5、非工作人员未经许可不准进入办公室。不得随意翻阅医疗文件。
- 6、办公室不得存放个人用品，不准会客做私事、带小孩，不准在办公室吃饭。
- 7、注意安全，加强防范，爱护公共财产，节约用水、用电。

二、换药室管理制度

- 1、换药室工作人员应衣帽整洁，操作时必须戴口罩。
- 2、换药室清洁区域与污染区域划分明确并有标识。
- 3、工作人员必须严格执行无菌技术操作规程，每次换药前后应洗手。
- 4、特殊感染伤口（厌氧菌、铜绿假单胞菌）所用的器械应单独进行消毒后，再经高压灭菌，所用过的敷料按照医疗废弃物有关规定处理后烧毁。
- 5、非一次性换药碗或器械用后，采用清洗（带有沟、缝、齿、轴节等不易冲洗干净的器械，应加入多酶清洗液）、消毒、灭菌程序进行处置。
- 6、无灭菌功能的敷料罐、无菌包、器械盒开启后注明开启时间，并在24h内更换，进行消毒灭菌。换药车每周要彻底清洁消毒一次。
- 7、物体表面每日进行清洁擦拭，地面清洁擦拭每日2次，遇有污染时用500-1000mg/L含有效氯或有效溴消毒液进行擦拭消毒。
- 8、换药室应保持清洁，每日在换药前后进行紫外线空气消毒，每次至少30min。每月按要求进行环境卫生学监测（物体表面、空气细菌监测），并有检验报告单及完整记录。

三、治疗室管理制度

1、治疗室由专人负责，非工作人员不得入内。

2、工作人员在治疗室内进行无菌操作时必须戴口罩、帽子。

3、每次操作前后必须洗手。

4、保持治疗室清洁、整齐，每日紫外线空气消毒 2 次，每次至少 30min。

每季度按要求进行环境卫生监测（物体表面、空气细菌监测），并有检验报告单及完整记录。

5、各类物品定位存放，标识清楚，用后物归原处，无菌物品与非无菌物品应分别放置。无菌包外有物品标识、化学指示胶带、有效日期及签名。

6、非一次性治疗用品用后，按照清洗、消毒、灭菌程序进行处置。

7、严格执行无菌操作规程和消毒隔离制度。使用过的一次性物品应按照国家医疗废弃物处理的有关规定处置。

四、抢救室工作制度

- 1、保持室内整洁、安静，定时通风，湿式清扫，做好消毒隔离。
- 2、抢救室一切药品、器械应保持齐备、完好，做到五定:定数量、定位置、定人保管、定期消毒、定期维修。室内物品不得外借。
- 3、药品、器械用后均需立即清理、消毒，放回原处，消耗部分及时补充，以备再用。
- 4、严格交接班制度，抢救药品、器械做到班班交接数量，检查性能，以备急用。
- 5、抢救人员应熟练掌握急救知识和急救技术。严密观察病情变化，分秒必争进行救治，完善各项护理记录。

五、门诊护理工作制度

- 1、护理人员每日应提前到岗，做好病人就诊前的准备工作。
- 2、认真履行岗位职责，不得擅自脱岗、串岗。
- 3、保证供应各种物品，器械，并做好清洗、消毒工作。
- 4、热情接待病人，主动服务，准确分诊。
- 5、保持各诊室整齐，清洁，给病人创造良好的就诊环境。
- 6、做好各诊室消毒隔离，并保证一次性医疗用品用后处理符合标准。

六、门诊输液室工作制度

1、保持室内清洁、整齐、安静、光线明亮，定时通风，湿式清扫、消毒、非工作人员不得入内。

2、工作人员应了解常用注射药物的药理作用、毒性反应和药物过敏反应的紧急处理。

3、严格执行查对制度、按医嘱和治疗单进行治疗。操作前洗手、戴口罩、帽子、穿工作服、按操作规程进行无菌技术操作。

4、易致过敏药物服药前应询问有无过敏史，使用前应做皮肤过敏试验，注射完毕应观察 20 分钟，无不适方可离去。

5、毒、麻、限制药、贵重药物等严格保管，交接班。

6、严格执行消毒隔离制度，输液室每日空气紫外线消毒，每季度空气培养 1 次，输液椅巾每日一用一更换，污染随时更换，物体表面擦拭及地面每日清水拖地，每周终末消毒。

7、治疗车上应备急救药品。各类器材、药品定点放置，专人负责保管，并每日清点，及时补充，严格交接班。

8、病人凭门诊治疗单接受治疗，按先后顺序安置座位，感染和非感染病人输液分开安置。

9、病人输液过程中，应定时巡视观察，及时发现药物不良反应，及时报告医师，并配合处理。

10、使用过的输液器一次性物品，按规范分类处理。

七、门诊注射室工作制度

- 1、热情接待病人，安排病人就坐，肌肉注射时，予适当遮挡。
- 2、严格执行查对制度和消毒隔离制度。
- 3、严格按医嘱执行，对有疑问的医嘱及时核实;对易过敏的药物必须询问过敏史，按规定做好注射前的过敏试验和记录工作，皮试结果需双人观察并签名。
- 4、详细做好药物宣教。
- 5、各类医疗废物严格按要求分类处置。
- 6、每日检查抢救设备和药品，并登记，处于应急备用状态。

八、急诊科管理制度

1、建立健全并严格遵守执行各项规章制度，岗位职责和相关诊疗技术规范、操作规程，保障医疗护理质量及安全。

2、根据急诊医疗工作制度与诊疗规范的要求，在规定时间内完成急救诊疗工作。实行首诊负责制，不得以任何理由拒绝推诿在急诊患者，对危重急诊患者按照“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。

3、制定并严格执行分诊程序及分诊原则，按病人的疾病危险程度进行分诊，对可能有生命安全的患者应当立即实施抢救。

4、设立针对不同病情急诊病人的停留区域，保证抢救室危重病人生命体征稳定后能及时转出，使其保持足够空间便于应对突来的其他危重病病人的抢救。

5、常备的抢救药品应当定期检查和更换，保证药品在使用有效期内。麻醉药品、精神类药品、高危药品等，应按照规定管理。

6、抢救设备及器材应定期进行检查和维护，保证设备及器材完好率达到100%，并合理摆放，有序管理。

7、医护人员应当按照病历书写规范有关规定书写医疗护理文书，确保急诊患者都有急诊病历，应记录诊疗护理的全过程、患者的去向以及和病房、手术室、ICU的交接。

8、严格遵守《医院感染管理办法》及相关法律法规的要求，加强医院感染管理，严格执行标准预防及手卫生规范，并对特殊感染病人进行隔离，正确处理医疗废弃物。

9、在实施重大抢救时，特别是在应对突发公共卫生事件或群体灾害事件时，应当按照规定及时报告医院相关部门，医院根据情况启动相应的应急预案。

10、加强质量控制和管理，定期进行质量自查，对存在问题进行分析、整改，促进质量的持续改进，保障患者安全。

九、内镜中心管理制度

1、接诊病人要做到首诊负责制，要密切结合临床，注重患者的轻、重、缓、急；对急、重症患者优先诊疗，确保“急诊绿色通道”。需预约时间的检查，应详细交待术前注意事项。

2、认真履行岗位责任制和各类人员职责，做到分工明确、协调配合。

3、严格执行各项核心制度，接诊病人时要查问病史、体检、审查申请单是否符合规范，掌握禁忌症。

4、区域布局合理、分区明确，标示清楚，保持室内清洁，操作结束后严格进行清洁消毒处理。

5、严格执行各项操作规程，防止并发症的发生。

6、内镜实行专人使用，专人负责清洗、消毒、灭菌，同时做好维护和保养，专柜储存。

7、负责内镜诊疗和内镜清洗消毒工作的医务人员应当具备内镜清洗消毒方面的知识，接受过相关的医院感染管理知识培训，并严格遵守有关规章制度。

8、使用后的内镜应按照《内镜清洗消毒技术操作规范》进行清洗、消毒、灭菌、储存。

9、做好内镜的清洗、消毒、灭菌登记，登记内容包括病人姓名、使用内镜编号、清洗消毒灭菌时间以及操作人员姓名等。

10、严格落实医务人员职业防护制度，实行标准预防，配备必要的防护用品。

11、定期进行生物学监测并记录。

十、手术室工作制度

1、凡手术室工作人员必须严格遵守无菌原则，保持室内整洁、肃静、按手术室规范进入手术室必须穿戴手术室的鞋帽，手术衣，戴口罩。

2、凡进手术室见习参观人员不得太多（每次不超过3人），需经手术室护士长同意，报护理部、医务科批准，参观或见习手术者，应该受院方医务人员的指导，不得任意走动。

3、手术室的药品、器材、敷料应有专人负责保管，放在固定位置。

（1）各手术器材、电器应定期检查，处于备用状态，以保证手术正常进行。

（2）手术室器械一般不得外借，如外借时，须经手术室护士长同意。

（3）麻醉药与剧毒药应有明显标志，加锁保管，根据医嘱并经过仔细查对方可使用。

4、无菌手术与有菌手术应分室进行，特殊情况时，先做无菌手术，后做有菌手术，手术前后手术室护士应详细清点手术器械敷料等数目，巡回护士负责登记核对；并应及时收拾干净被血污染的器械和敷料。

5、手术通知单须于前一日交手术室，手术安排：一般情况下根据手术通知单顺序，以便手术室准备，急诊手术通知单须经主治医师或值班医师签字。急诊手术与择期手术有冲突时，优先安排急诊手术。

6、手术室在接到常规手术通知单后，巡回护士应在术前一日访视患者，向患者介绍手术室的环境，手术过程及术中注意事项，以取得患者的配合，做好围手术期护理工作。

7、术中随时了解患者情况，特别对清醒患者的心理状态做好术中情志护理。

8、接手术患者时，要带病历并核对患者姓名、年龄、床位、手术名称

和部位，防止差错，患者要穿医院衣服进入手术室。

9、手术结束后，巡回护士将患者送回病房时，要向病区护士交待患者术中及术后情况，以保证护理连续性。

10、术后次日进行回访，征求患者意见，与病区护士共同做好围手术期患者的整体护理工作。

11、手术室在夜间及假日应设应急值班人员，以便随时进行各种急诊手术。

12、手术室对施行手术的患者应作详细登记，按月统计上报，协同有关科室研究感染原因及时纠正。

13、手术室应制定科室消毒隔离制度，并严格落实执行。

14、按照要求做好手术标本的固定、记录和送检。

15、严格门禁管理，通道管理符合要求。

16、手术结束后，保洁人员将污物暂存车堆至污物通道外，巡回护士将手术下来的污物分类交于保洁人员，特殊感染的污物单独处理。

十一、手术患者术前访视制度

1、术前一日由巡回护士根据手术通知单填写术前访视单楣栏各项目，下午 15:00 以后携带术前访视单到病区访视病人。

2、制作术前宣教手册等宣教材料，内容通俗易懂，可悬挂或张贴在手术科室的墙壁或走廊上，以方便患者自行了解。

3、向病人作自我介绍，根据手术大小、部位、手术的特殊性等有针对性地与病人交待必要事项。

4、灵活、恰当地运用交谈技巧与病人进行沟通，进行针对性的心理护理。根据手术病人年龄、性别、文化背景、性格特点进行交流。

5、通过术前访视，认识患者的整体客观特征(尤其是年龄、性别、面貌特征)，从而避免“手术患者错误”的事故。

6、每日由专人负责整理保存访视资料，对访视过程中发现的特殊情况，做好交班工作。

7、通过开展术前访视可缓解人术前紧张、恐惧情绪，减少情绪波动，使生命体征相对平稳，并可少术中术后并发症。术前访视应达到提高病人手术的信心，缩小手术室人员与病人的距离，减少其对手术环境的陌生感，以提高患者满意度。

十二、围手术期护理评估制度

1、手术相关科室的护理人员应做好手术患者的术前护理评估，内容包括生命体征、心理状态、营养状况、睡眠情况、家庭支持、教育需求、治疗依从性等。

2、护理人员应有针对性的做好手术患者的心理护理工作，以减轻其焦虑、恐惧情绪，指导患者保持良好的心态，正确对待疾病，使患者能认清手术治疗的必要性，对手术要达到的目的及可能发生的并发症与意外事项，有一定的心理准备。

3、遵医嘱监测生命体征，及时发现病情变化。

4、术前协助患者做好各项检查。遵医嘱进行术前药物皮试、配血、备皮等。根据手术种类、方式、部位、范围，术前给予不同的饮食和术前肠道准备。

5、术前指导患者进行深呼吸训练，防止或减轻术后呼吸道并发症的发生。

6、保持病室干净整洁、空气新鲜，减少噪音，创造良好的休息环境。指导患者床上使用大、小便器，以适应术后排便方式的改变。

7、术前一曰通知患者及家属不要随意离开病房，等待手术医生、麻醉医生的术前谈话、签字和手术室护士的术前访视。

8、手术室护理人员术后 48 小时内回访，评估患者术后的恢复情况，了解患者对手术室护理工作的满意度，给予必要的术后康复指导。

十三、消毒供应中心管理制度

1、在护理部领导下实行集中供应模式，负责全院再生器械、物品及一次性医疗用品的集中回收、清洗、消毒、灭菌和供应，按时下收下送并实施质量追溯。

2、外来器械一律由CSSD统一处理，严格执行准入制度。

3、各类器械的洗涤、包装和消毒，应严格按《消毒技术规范》及《医院消毒供应中心规范》执行，遵守操作规程；严格区分去污区、检查包装灭菌区、无菌物品存放区。

4、所有包布，必须清洁无损，每次用后一律换洗。

5、严格执行核对制度，各种治疗包包装完整，标明名称、灭菌日期、有效日期、锅次等并签名。凡是布类包装灭菌物品超过1周、纸塑包装物品超过6个月、低温灭菌超过一年，须重新按程序处理，然后进行灭菌。

6、认真落实灭菌物品追溯制度，发现生物监测不合格后立即召回。做好物品管理工作，对所有物品、器材、设备定期检查、保养，并建立帐目，定期清点。

7、定期进行各项质量监测：无菌物品生物监测、消毒液细菌培养、物体表面细菌培养、工作人员手细菌培养、清洁区空气细菌培养等。要求监测达标，并记录在案；每日空锅B-D试验。

8、一次性医疗用品，进库使用前要求厂家提供“三证”（产品合格证、卫生许可证、生产许可证）。

9、加强安全管理，定期检查、维护高温压力灭菌器、环氧乙烷灭菌器，注意防火、防爆。

10、科内每月下临床科室进行满意度调查，对存在问题进行原因分析、总结、提出整改措施。

11、加强与各临床科室的沟通，建立临床反馈意见登记本，对问题及时处理。

12、配合医院做好院内感染监控工作。

十四、血液净化中心管理制度

1、血液净化中心应严格区域划分，标示清楚，设立隔离治疗间或隔离区域，配备专门的透析操作用品车，对乙型肝炎、丙型肝炎患者进行隔离透析，工作人员相对固定。

2、室内应保持空气清新，光线充足，环境安静，符合医院感染控制的要求。

3、建立健全各项工作制度，并严格落实

4、进入血液净化中心必须严格遵守各项规定，按规定通道出入并更换鞋子、帽子，进污染区必须衣帽鞋穿戴整齐，操作时戴口罩、手套。离开污染区应脱去衣帽鞋并消毒双手。

5、建立规范合理的透析诊疗流程，制定严格的接诊制度，实行患者实名制管理。

6、工作人员必须严格执行无菌操作及各项操作规程和管理要求，工作严肃认真，观察、巡视及时。

7、建立透析设备档案，对透析设备进行日常维护，保证透析机及其他相关设备正常运行。

8、血液净化中心使用的医疗设备、医疗耗材、医疗用品等应当符合国家标准，并按照相关规定进行使用和管理。

9、建立血液透析患者登记及病历管理制度。透析病历包括首次病历、透析记录、化验记录、用药记录等。

10、加强医患、护患沟通，按照规定对患者履行告知手续，维护患者权益。

11、定期进行环境卫生学监测和感染病例监测，并做好监测结果的分析，实施动态监测，如存在严重隐患，应当立即启动应急预案。

12、血液净化中心的医疗废弃物管理应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类和处理。

十五、重症医学科管理制度

1、重症医学科由科主任负责医疗管理和科室之间协调，护士长负责护理工作和病房管理。

2、重症医学科工作人员必须履行各自职责，严格遵守重症医学科的各项规章制度，坚守工作岗位。

3、科室内应保持清洁、安静、舒适、非有关人员未经批准不得入内。

4、入住重症医学科患者实施无陪管理，家属除每日探视时间不得入内。

5、各类仪器设备、急救车内物品定点、定位放置，定量储存、定时补充、定时消毒。各种仪器设备设专人管理定期维护。

6、严格执行无菌技术操作及查对、交接班、安全管理等核心制度，严防差错事故发生。

7、对转出重症医学科的患者，要提前与有关科室联系，并负责将患者安全送到转入科室。

8、严格执行医院感染管理各项制度，定期进行各类生物学以及各项院感指标的监控，科室同时做好交接工作，防止院内感染发生。

9、科室质量管理小组定期开展自查，通过各种途径获得与质量有关的信息资料，对存在的问题及时组织讨论、分析，制定持续改进方案，并组织实施。

第六部分 护士管理与考核制度

一、护理部工作制度

1、在分管院长的领导下，主要实行护理部主任、科护士长与护士长三级管理体制，护理部主任负责全院护理人员的业务和行政管理工作。

2、建立健全护理规章制度、中西医护理常规、技术操作规程、护理质量标准，并组织实施和考核。

3、制定全院中医护理工作中长期规划和年度计划，并组织实施。

4、制定各级护理人员分层培训计划，并组织实施。

5、加强护理人力资源管理，合理配备护理人员，协同人事部门做好各级护理人员的任免、考核、奖惩、晋升等工作。

6、定期召开护士长例会及组织护理查房，协助临床解决实际问题。

7、实施以患者为中心的护理服务理念，定期对住院患者进行满意度调查并对调查结果进行分析，提出整改措施。

8、组织领导护理教学、科研工作，建立护理技术档案，组织全院护理业务技术考核，并积极开展学术活动。

9、关心护理人员的思想与生活，并培训他们对护理事业的追求精神，为各级护理人员的持续发展提供指导和创造条件，提供其自我实现的机会。

10、做好各部门协调工作，保证临床科室工作的顺利进行。

11、完成领导交办的其他工作。

二、护理质量管理制度

- 1、医院实行分管院长领导下的护理部负责制的护理质量管理。
- 2、成立医院护理质量管理委员会，医院护理质量监测小组及科室护理质量控制小组，形成护理部主任、科护士长、护士长的三级管理模式。
- 3、护理质量监控小组成员要认真负责，按质量标准公正、合理地进行检查和指导。
- 4、护理质量监控小组成员严格执行工作职责，落实督查—分析—反馈—整改—督查的循环监控制度。
- 5、实行护士长每日夜查房制度，监控夜间护理质量。
- 6、护士长每日结合周工作重点进行质量控制，每周在早会上进行反馈，提出整改措施。
- 7、实行护理部质控组每月一次随机检查，每季度一次全面检查，并进行反馈，提出整改措施。
- 8、护理部随时向分管院长汇报全院护理质量控制与管理情况，每季度召开一次护理质量分析会，每年进行护理质量控制与管理总结并向全院护理人员通报。
- 9、护理质量综合评价成绩纳入各科室综合目标管理，与绩效考核奖惩与护士长任期考核挂钩。

三、护理人员请假制度

- 1、护理人员应严格遵守院部劳动纪律及职工请假制度。
- 2、护士之间不允许相互代班，有特殊情况经护士长同意方可调班（限与两人之间）。
- 3、病假需凭疾病诊断证明书或病历及相关治疗记录等。
- 4、护士长请假由护理部主任批准；护理部主任休假或外出须事先向主管院长请假。
- 5、原则上请假时须本人亲自履行请假手续，经护士长同意后，按提前休或补休处理，不准电话请假。
- 6、护理人员离开本县应履行请假手续，经批准后方可外出。
- 7、因突发疾病或其他特殊情况不能上夜班者，须及时向护士长汇报，并在次日补办请假手续，以免影响工作和人员安排。
- 8、上班时间不得擅自离岗位，离岗时需向护士长请假，一般不超过 30 分钟，超过者按半天事假计算。
- 9、假期满须按批准权限及时销假。无正当理由超假的，按事假超假处理。

四、护理投诉管理制度

1、各科室有关护理方面的投诉应由护士长负责收集、调查处理及记录，必要时向护理部汇报。重大投诉或涉及多个护理单元的投诉由纠纷办负责组织处理并记录。

2、病人或病人家属对护理工作的投诉，无论何时采取何种方式，如信函、电话、电传、面谈等，先由护理部或护士长登记，将投诉时间、内容进行记录。如护士直接接受投诉的，应及时向护士长汇报。

3、对于电话或面谈形式投诉的，接受者应做到以下几点：

（1）态度要热情，沉着冷静，即使是对一些情绪比较激动的病人或家属，也要诚恳接待，对投诉者表示谅解、慰问，主动听取批评建议。

（2）言行要严谨，在未调查清楚的情况下，不随便作肯定或否定的答复，也不作难以实现的承诺。

（3）针对病人及其家属的心理状态予以疏通引导，解答问题时要依据、有把握、有道理、有余地。

4、接到投诉后，护士长应对投诉事件进行调查，一般性问题直接由护士长向科主任汇报处理，并作好记录；严重问题或涉及多个部门或科室问题，护士长向由护理部汇报，护理部会同有关部门、科室组织处理，采取纠正或预防措施，并上报分管院领导。

5、护理部应定期进行调查，护理单元应每月由护士长组织召开由医务人员、病人、家属参加的工休座谈会，以了解病人或家属住院期间对病区、医院工作的意见并及时记录。不断提高护理质量，减少护理投诉。

6、护理部定期对护理投诉进行认真分析、总结，对由于护理人员服务态度、护理质量等原因所致的护理投诉采取相应措施，提高护理工作的满意度。

五、护士配置、聘用、考核制度

（一）护士配置

按照三级医院要求，参照《护士条例》和《安徽省护理事业发展纲要》进行护士配置，逐步达到标准。

（二）护士聘用

1、新护士聘用准入条件：取得省级以上教育主管部门认可的护理专业专科以上学历，身心健康、品学兼优者。

2、考核内容：包括理论考试、操作考试、面试三个方面。

3、聘用程序：护理部、人事科根据被选对象的推荐表及档案，经考核合格，院领导讨论同意后确定人选。试用期三个月，试用期间出现违反医院规章制度、严重差错事故，经教育不改者，不予准入。

（三）护士考核

1、考核内容：根据岗位职责和要求，从德、能、勤、绩四个方面进行考核，作为评价依据。

2、考核形式及时间：

（1）护士长对护士的评价：每月一次对护士进行绩效考核，每年一次年度综合评价。

（2）护士对护士、医生对护士的评价，半年一次。

（3）护理部对护士长的评价：综合能力测评半年一次，目标责任管理考核及年度综合评价每年一次。

3、考核要求：坚持客观、公正原则，管理者同时应注重考核结果的反馈，以此作为人才使用、培养、晋升、奖惩的依据。

六、护士岗位管理方案

为贯彻落实《护士条例》，完善加强护士队伍科学管理，充分调动护士积极性，根据《卫生部关于实施医院护士岗位管理的指导意见》结合我省实际，现就我院实际情况实施护士岗位管理制定以下方案。

一、指导思想

落实公立医院改革关于调动医务人员积极性、完善人事和收入分配制度改革的要求，在实施责任制整体护理的基础上，实施护士岗位管理，从岗位设置、护士分级、人力调配、岗位培训、绩效考核、职称晋升等六个方面进行护士管理，形成有激励、有约束的内部竞争机制，推动护理管理，深入持久推进优质护理服务。

二、基本原则

1、以实行责任制整体护理模式为前提。落实“以病人为中心”的理念，在全面实行责任制整体护理模式的前提下，对不同层级的护士予以相应的岗位职责，使护士护理能力与患者病情、医疗康复需要相适应，确保责任落实到位，保障患者安全和护理质量，使护理工作更加贴合患者的需求。

2、以推行护士能力分级管理为重点。以护士不同能力分级为主要标准，结合护士职称及工作年限，予以不同的工作权限，履行不同的岗位职责和工作任务。

3、以建立护士岗位管理制度为核心。按需设岗、按岗聘用、竞聘上岗，使真正有能力、有水平、有潜质的护士脱颖而出，逐步建立“能上能下、能进能出”的用人机制，实现同岗同酬、岗动薪动、公平竞争的良好局面。

4、以护士收入分配制度为动力。根据护士的临床实际表现和工作业绩，进行绩效考核和分配。向临床一线护士、骨干护士倾斜，合理拉开收入差

距，建立激励性的分配机制，实行多劳多得，优绩优酬，促进护士队伍稳定、健康发展。

三、主要任务

1、设置护理岗位。结合我院实际分为护理管理岗位、临床护理岗位和其他护理岗位（岗位名录详见附1）。根据国家及安徽省卫计委要求，凡不在护理岗位的护理人员一律不作为护士统计，不享受护士相关待遇。护理管理岗位和临床护理岗位应当占全院护士岗位总数的95%以上，临床护理岗位分为一线临床护理岗位和非一线临床护理岗位，其中，直接为病人提供临床护理服务并需要常规轮值夜班的，为一线临床护理岗位；直接为病人提供临床护理服务并不需要常规轮值夜班的，为非一线临床护理岗位。落实各级护理人员的岗位职责。把护理岗位的设置与技术分级管理结合起来，充分发挥不同层次护理人员的作用。

2、建立分级晋升制度。以护士业务能力为主要评价指标，结合专业技术岗位、专业技术职称、护士的学历层次与工作年限，将临床护理岗位分为N1~N4四个技术级：

N1级：注册护士，从事临床护理工作0~3年的护士，在N2级及以上护理专业人员的指导下，逐步适应岗位任务，能负责病情较轻病人的护理，完成一般常规工作。

N2级：护师，从事临床护理工作4年以上的护士，能熟练掌握岗位所需的知识和技能，胜任岗位职责要求，能独立负责重病病人的护理。护士中优秀者，经考核合格可定至此级。

N3级：主管护师，从事临床护理工作5年以上的护师，能独立负责危重病病人的护理，承担临床带教、专科护理指导等工作。护师中优异者，经考核合格晋升为此级。

N4 级：副主任护师，从事临床护理工作至少 10 年以上，主管护师岗位 5 年以上，能负责疑难、危重病人专科护理，承担护理咨询、专科护理门诊、全院护理会诊以及专科护理指导、研究等工作。

护士长及以上管理人员原则上从 N3 及以上级别临床护理专业人员中产生，N2 以上级别临床护理专业人员可承担带教任务。积极构建较合理的临床护理专业人员队伍 N1：N2：N3：N4 级的比例为 2：4：3：0.5。

3、合理调配人力资源。护理人力资源配置坚持总量保证、满足临床、适应科室、结构合理的原则，从固定科室逐步转向“相对固定与片区流动”相结合。病房护士的配备应与责任制整体护理模式的要求相适应，病房平均实际床护比不低于 1:0.4 床位使用率应当控制在 70—80%。同时，尽量根据不同临床科室病区工作量、技术难度、护理风险等因素，将病区分成 A、B、C 三类：A 类：工作量、护理风险、技术难度大，危重病人多，实际床护比应大于 1:0.4；B 类：工作量、护理风险、技术难度较大，实际床护比应不低于 1:0.4；C 类：工作量、护理风险、技术难度一般或较小，实际床护比可适当低于 1:0.4，但不低于 1:0.25。N1～N4 不同层级的护士结构搭配合理，以适应临床工作需要。护士长要结合专科特点、护理工作量实行多种形式的弹性排班，兼顾医疗安排、病情需要和护士需求，A、B 两类病房原则上不安排单人班，以确保患者安全。制定护士人力紧急调配预案，建立机动护士人力资源库，及时补充临床护理岗位护士的缺失，确保节假日、突发事件以及特殊情况下临床护理人力的应急需要。原则上，N2 级及以上临床护理专业人员可作为机动护士人力资源库的储备。

4、加强分层岗位培训。护士培训要以岗位需求为导向、岗位胜任力为核心，突出护理专业（专科护理、专病护理、专项技术护理）内涵，注重护士思维能力、实践能力和人文素养的养成，真正能解决患者身心健康问

题。临床护理岗位N1~N4级护理专业人员培训内容如下。

(1) N1级：新上岗护士规范化培训，可通过N2级及以上护理专业人员直接带教，掌握查体评估、基础护理、专业基本技能、制度流程、护理常规和规范等基本要求。

(2) N2级：通过岗位自学、继续教育培训或护理专业化培训，掌握专科护理、重症护理和带教方法，熟悉护理新技术、新业务。

(3) N3级：通过院外进修或省级及以上专科护士培训，掌握个案护理、循证护理、质量控制和教学管理的知识及要求。

(4) N4级：通过高级研修、对外交流或访问学者，掌握疑难、急危重症护理，熟悉管理、教学和科研工作的知识及要求。

根据分级岗位培训内容，对每个技术级临床护士的业务能力按标准进行考核。考核不合格的，不得晋升上一级的技术岗位，可先待岗重新培训，直到合格为止，3次及以上考核不合格，可转至其他适合的岗位。要重视N3级护理专业人员的培训，充分发挥其承上启下的骨干作用，带动全院护理能力水平、质量安全的提升。从事护理管理岗位的人员定期参加管理培训，使其能力素质与岗位职责相适应。从事其他护理岗位的人员按照要求定期参加相应的继续教育培训。

5、完善绩效分配考核制度。本着公正、公平、公开的原则，以护理服务质量、数量、技术风险和患者满意度为主要依据，注重业务能力、工作表现和工作实绩，依据临床护理专业人员分级制度、护理岗位类别制订绩效考核分配方案，向工作量大、护理风险大、技术难度高、轮值夜班多的临床护理岗位倾斜，形成激励性分配机制，合理拉开收入分配差距，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬的原则，挖掘每位护理人员的工作潜能，充分调动护士的积极性。落实国家有关工资、岗位津贴及福利待遇等规定，

保证编制外护士与编制内护士享有同等待遇。发挥护理部的作用，护理部对护理人员进行考核分配职能，最大程度体现护理垂直管理体制的效能。

6、完善护理专业技术职务评聘。按照《安徽省主任、副主任医（药、护、技）资格条件》有关规定，将护理专业专业技术职务任职资格的评审与临床护士专业实践工作密切联系，将护理专业能力、工作业绩、医德医风和患者满意度等要素作为资格评审的主要依据。严格岗位聘用管理制度，按照岗位设置方案和护士分级晋级制度实施护士岗位管理、评聘分开。凡不在护理岗位名录的人员，不得纳入护理队伍管理，不得报考或申报护理专业技术职务任职资格，不得享受相应的护理专业岗位待遇，确保护理人才队伍的稳定。

四、工作要求

1、提高思想认识，加强组织领导。充分认识实施护士岗位管理的重要性、必要性和紧迫性，切实加强组织领导，循序渐进实施护士岗位管理工作。细化护理岗位设置、护士配置、绩效分配与考核等内容。

2、密切部门合作，推动顺利实施。与财务、人事、医院管理等部门之间加强联系配合，明确各自职责分工，加强团结合作，推动护士岗位管理工作顺利实施。

3、加强指导检查，不断总结提高。加强对实施护士岗位管理的指导检查，重点督查建立岗位管理规章制度落实情况、护士的配置、护士履行岗位职责、护士的绩效考核、职称晋升和待遇、在职培训等。

附 1 护理岗位设置名录

岗位类型	部 门	岗位名称	备 注	
护 理 管 理 岗 位	院部	护理副院长	具备主管以上护理专业技术职称，从事 20 年以上临床护理工作	
	护理部	护理部主任	具备主管以上护理专业技术职称，从事 15 年以上临床护理工作	
		护理部副主任		
	病区（单元）	护士长	5 人以上的护理单元可设护士长 1 名	
临 床 护 理 岗 位	急 诊 科	预分诊护士	一线临床护理岗位	
		观察室护士		
		抢救室护士		
		输液室护士		
		急诊病房护士		
	普通病房	专科护士	N4、N3 可全院共享	一线临床护理岗位
		责任组长	N3	
		责任护士	N2	
		责任护士	N1	
	危重症病室（ICU）	危重症护士	N1~N3	

	血液净化室	血液净化室护士	N1～N3		
	手术室	手术护士	N1～N3		
	产房	产房护士	N1～N3		
	门 诊 部	一站式服务	非一线临床护理岗位		
		儿科门诊			
		口腔科门诊			
		眼科门诊			
		内窥镜室护士			
		体检护士			
		门诊手术室护士			
		医保、农合办			
		医务科			
	院办公室				
其他 护理岗位	消毒供应中心	消毒供应中心护 士			
	预防保健科	预防保健护士			
	感染管理科	感染管理护士			

附 2 各科护士基数配置参考标准

类别	科室名称	配置比例	备 注
A 类	综合 ICU	1: 2.5~3	

	呼吸内科、肾脏	1: 0.4	
	内分泌科、消化	1: 0.4	糖尿病专科护士 1 名。
	外科、泌尿外科	1: 0.4	伤口造口专科护士 1 名。
	外科、心胸外科	1: 0.4	
	儿科	1:0.4—0.5	
	骨科		
	妇产科	1:0.4-0.5	母婴同室
	手术室	1: 2.5~3	手术室专科护士 1 名
	针推康复科	1:0.3	
	血液净化室	护士与透析病例 1:4	血透专科护士 1 名
	供应室		100:2~3(其中,护士占
	急诊观察室	0.4:1	急诊急救专科护士 1 名
	急诊抢救室	2:1	
特殊 部门 C 类	门诊		平均每天每 100 人次就诊 患者配置至少 1 名护士
	口腔科门诊	1	
	眼科门诊	1	
	儿科门诊	1	
	感染管理科	1	250 张以上床位配备 1-2 名
	预防保健科	1	

七、护士分级管理考核制度

1、护理部对护士的考核

每年除完成护理部层面规定的考核内容外，日常考核工作主要委托护士长完成，护理部定期抽考，年终医院人事科再作年度综合考评。

2、护士长对护士的考核

根据护士岗位职责、优秀护士评比和年度综合评价的要求，护士长从德、能、勤、绩四个方面对护士进行全面考核，作为分级管理评价依据。

（1）对各级护士的考核：按《护士专科培训计划》规定完成考核，具体见理论考试、操作考试、应急能力培训、三级护理查房、护士档案等资料。

（2）对各级护士的评价：每月一次护士绩效考核，每年一次年度综合评价。

3、各层级护士进阶考核要求

（1）N1 进阶N2 考核要求

①完成每年至少 20 分的院内外在职教育。

②申请进阶当年年度考核 85 分以上。

③规范化培训三年课程考核合格并通过当年操作考核。

④护理部组织的N2 进阶考核合格，考核内容包括护理理论和操作。

⑤重症患者护理能力达到：至少能同时独立护理 2 名以上病情危急病人（病重通知）或能同时独立护理 3 名以上一级护理病人。

⑥完成 1 个病案护理，并通过护士长审核，或发表于核心期刊及以上的护理论文 1 篇。

（2）N2 进阶N3 考核要求

①完成每年至少 25 学分的院内外在职教育。

②申请进阶当年年度考核 85 分以上。

③护理部组织的N3 进阶考核合格，考核内容包括理论和操作。

④重症患者护理能力达到：具有急重科轮转经历，轮转考核合格和/或具有能同时独立护理 4 名以上一级护理或危重病人。

⑤能进行新护士和护生的带教。

⑥能通过行政管理训练，进阶当年有效。

⑦作为前三位参与者至少参与 1 项持续质量改进项目，并完成持续质量改进报告。

⑧发表于核心期刊的护理论文 1 篇。

（3）N3 进阶N4 考核要求

①完成每年至少 25 学分的院内外在职教育，其中省级及以上继续教育 I 类学分 5 分以上。

②申请进阶当年年度考核 85 分以上。

③护理部组织的N4 进阶考核合格，考核内容包括理论和操作。

④重症患者护理能力达到：具有急重症科轮转经历，轮转考核合格和/或具有能同时独立护理 4 名以上一级护理或危重病人。

⑤通过行政管理训练，进阶当年有效。

⑥担任院内、外专题讲座主讲，进阶当年至少获得 2 学分。

⑦进阶当年至少 1 次主持重症病人查房与疑难护理病例讨论。

⑧主持至少 1 项持续质量改进项目，并完成持续质量改进报告。

⑨发表于核心期刊护理论文 2 篇，或参与课题（排名前三）1 项。

八、护理人员绩效分配方案

为了进一步调动护理人员的积极性和主动性，真正体现多劳多得、优质多得、能级对应的分配原则，结合我院《护理人员岗位管理方案》、《中医护理方案临床应用实施方案》和《进一步改善护理服务行动计划 2023—2025》，制定本方案。

一、职称、层级岗位、年限及技术能力：

1、根据职称及护士分级管理实施方案分为：副主任护师（N4）及主管护师（N3）；主管护师（N3）及高年资护师（N3）；N2 护士；N1 护士。

2、绩效分配：护士长 180%，副主任护师（N4）护士绩效值为科室平均绩效的 160%；主管护师（N3）绩效值为科室平均绩效的 140%，（专科护士每月可享受专科护士岗位津贴）；护师（N3）为科室的平均绩效的 120%；N2 护士绩效值为科室平均绩效的 100%；N1 护士绩效值为科室平均绩效的 80%；试用期半年按院部大专生待遇。

二、根据科内任职及工作量：监控护士、责组长和带教组长每月增加 100 元绩效值。

三、护理质量考核：护理部及各科室每月对各护理单元进行护理质量检查，根据检查结果核算绩效系数及绩效值（具体考核办法见护理质量考核标准）。各护理单元根据《护士绩效考核评分标准》每月认真进行考核，根据考核结果发放科内人员绩效。

四、奖惩措施：护理部及护理单元根据护士绩效考核标准发放护理人员绩效。对规范化培训考核全年优秀者给予奖励（理论及操作第一名各奖励 200 元）。对每月理论考核不合格的后三名分别扣除当月绩效 100—300 元。连续三次理论考核不合格者待岗一个月，待考试合格后方可上岗，待岗期间工资待遇按院部规定执行。

九、护理信息系统管理制度

- 1、护士长负责本病区护理信息系统硬件和软件的管理。
- 2、护理信息系统实行工号、密码登陆，个人密码要严格保密，防止他人盗用。操作完毕，操作者应及时退出，避免他人操作。严禁以他人身份进入信息系统进行操作（如录入医嘱、收退费、记录文书等）。
- 3、护士须经培训，考核合格后方可操作。
- 4、严禁私自拆卸、安装和调试护理信息系统的任何软件及硬件设施。
- 5、严禁任何人随意破坏本机数据和系统数据。
- 6、严禁任何人在利用信息系统终端玩电子游戏或启用其他软件。
- 7、如护理信息系统发生故障，及时报告信息科处理。
- 8、严格交接班，积极做好计算机的日常清洁工作，确保安全及正常运行。

十、护理人员专业技术档案管理制度

（一）护理人员技术档案内容

- （1）个人简历、学历、技术职称等。
- （2）业务培训内容：接受各种培训，包括外出学习，交流学习等。
- （3）业务技术考核：包括医院、科室内组织的各种护理业务培训、考核内容、成绩等。
- （4）护理科研成果、学术论文、发明创造等情况。
- （5）在工作岗位上作出成绩或有贡献被授予的各类奖励和因工作不细心，责任心不强而出现护理差错给予的惩罚等。
- （6）学分完成情况：每年继续教育学分（包括Ⅰ、Ⅱ类学分）完成情况。

（二）护理人员技术档案管理办法

- （1）护理部指定专人负责护士档案的登记和保管工作。
- （2）凡属于护理部管理的护理人员均要登记入册建档，确保档案完善。
- （3）每年度对护士进行工作评价，包括同事间的评价，将评价结果通知护士本人，并确定其努力方向。

第七部分 护理应急预案与处理程序

一、抢救及特殊事件应急预案及处理程序

（一）需报告的重大抢救及特殊病例

1、涉及灾害事故及突发事件所致死亡 3 人及以上、同时伤亡 6 人以上的抢救。

2、知名人士、高干、外籍、境外人士的抢救。

3、本院职工意外伤害或抢救。

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、大型活动和其他特殊情况中出现的患者。

7、涉及刑事案件的自杀和他杀。

8、突发甲类及乙类传染病患者。

（二）应报告的内容

1、灾害事故、突发事件的发生时间、地点、伤亡人数及分类，伤病员的病情，是否请求支援或启动批量病人应急预案。

2、特殊病例患者姓名、性别、年龄、诊断、治疗抢救措施、目前抢救情况及预后。

二、患者发生输液反应时的应急预案及处理程序

1、患者发生输液反应时，应立即撤除所输液体，重新更换生理盐水和输液器。

2、同时报告医生并遵医嘱给药。

3、情况严重者应就地抢救，必要时进行心肺复苏。

4、建立护理记录，记录患者的生命体征、一般情况和抢救过程。

5、发生输液反应时，应及时报告医院感染管理科、消毒物品供应中心、护理部和药剂科。

6、保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时取相同批号的液体、输液器和注射器分别送检。

7、处理程序：患者发生输液反应时

8、立即撤除所输液体 → 更换液体和输液器 → 报告医生 → 遵医嘱给药+情况严重时就地抢救 → 及时、准确做好记录 → 报告上级 → 将标本送检

三、患者发生输血反应时的应急预案及处理程序

- 1、患者发生输血反应时，应立即停止输血，换输液器、输生理盐水，遵医嘱给予抗过敏药物。
- 2、报告医生及病房护士长，并保留未输完的血袋，以备检验。
- 3、病情紧急的患者准备好抢救药品及物品，配合医生进行紧急救治，并给予氧气吸入。
- 4、若是一般过敏反应，应密切观察患者病情变化并做好记录，安慰患者，减少患者的焦虑。
- 5、按要求填写输血反应报告卡，上报输血科。
- 6、怀疑溶血等严重反应时，将保留血袋及抽取患者血样一起送输血科。
- 7、加强巡视及病情观察，做好抢救记录。
- 8、**处理程序：患者发生输血反应时**
 - 9、立即停止输血 → 换输生理盐水 → 遵医嘱给予抗过敏药 → 报告医生及护士长 → 保留血袋 → 病情紧急时，做好抢救准备 → 进行抢救 → 一般反应观察病情做好记录 → 填写输血反应卡 → 上报输血科 → 反应严重时，将保留血袋及患者血样一起送输血科 → 密切观察病情、做好记录

四、患者外出或外出不归时的护理应急预案及处理程序

1、在晨间大交班、有治疗及患者病情特殊时，要求三班交接病人。发现患者外出应马上通知病室主管医生及病房护士长。

2、查找患者联系电话，或通知住院处协助查找家属联系电话。

3、尽可能查找患者去向，必要时通知保卫处协助寻找患者，24 小时寻找未果报警（如判断系欠费跑帐，另当别论）。

4、根据情况通知医务处和护理部，夜间通知院内总值班。

5、患者返回后立即通知院总值班室或相关部门，由主管医生及护士长按医院有关规定进行处理。

6、若确属外出不归，需两人共同清理患者用物，贵重物品、钱款应登记并上交领导妥善保存。

7、及时、准确记录患者外出过程。

8、处理程序：患者外出或外出不归时

9、及时通知医生及护士长 → 联系家属寻找病人，24h 后未归报警 → 通知医务科和护理部 → 返回后通知院总值班 → 未归，保管好患者物品 → 记录患者外出过程

五、住院患者发生坠床的应急预案及处理程序

1、对于有意识不清并躁动不安的患者，应加床栏，并要求有家属陪伴，必要时专人守护。

2、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤，并向家属做好解释。

3、在床上活动的患者，嘱其活动要小心，做力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。

4、指导患者一旦出现不适症状，应暂停活动，随后用床头传呼器通知医护人员，医护人员须给予必要的处理措施并立即报告医生。

5、一旦患者不慎坠床，护士应立即到患者身边，同时通知医生检查患者全身情况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况。

6、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。

7、如病情允许，将患者移至急救室或患者床上。

8、向上级领导汇报及协助医生通知家属。

9、加强巡视、严密观察病情变化，发现病情变化及时向医生报告。

10、及时、准确记录病情，认真做好交接班。

11、处理程序：患者坠床时

12、护士及时赶到，及时通知医生 → 检查伤情采取措施 → 病情允许，将患者移至急救室或床上 → 汇报领导通知家属 → 加强巡视 → 病情变化时及时报告医生 → 及时准确记录病情 → 做好交接班

六、住院患者摔伤时应急预案及处理程序

1、当患者突然摔倒时，护士立即到患者身边，检查患者摔伤情况等，同时通知医生。

2、判断患者的神志、受伤部位，伤情程度，全身状况等，并初步判断摔伤原因或病因。医生到场后，协助医生进行检查，为医生提供信息，遵医嘱进行正确处理。

3、对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运患者方法，将患者抬至病床。

4、对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者抬至病床，严格观察病情变化，注意瞳孔、神志、呼吸、血压等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。

5、受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。

6、对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用碘伏清洗伤口后，以无菌敷料包扎；出血较多者或有伤口者先用无菌敷料压迫止血，再由医生酌情进行伤口清创缝合。创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风针。

7、加强巡视，及时观察病情变化及治疗效果。

8、准确、及时书写护理记录。

9、向患者了解摔倒时的情景，帮助患者分析摔倒的原因，向患者做宣教指导，提高患者的自我防范意识，尽可能避免再次摔伤。

10、处理程序：患者摔伤时

11、护士及时赶到 → 检查伤情 → 通知医生 → 具体检查伤情 → 伤情严重者，迅速急救 → 伤情较轻者送回病房 → 进一步检查 → 加强巡视 → 观察病情 → 及时、准确作好护理记录 → 做好宣教，提高患者的自我防护意识

七、急诊患者突发呼吸心跳骤停时的应急预案 及处理程序

1、急诊患者做检查或住院时，医护人员要详细向护送人员和家属交待患者病情，以及途中可能出现的情况，电话通知所去科室，交待患者病情，嘱其做好各方面的准备。

2、护送人员在途中应密切观察患者的病情，有变化时及时采取应急措施。

3、患者一旦出现呼吸、心跳骤停，应立即就地抢救。

4、根据发生的地点实施后续抢救措施：

(1)如发生在途中或辅助科室，护送人员应边抢救边电话通知急诊科，急诊科带必要的抢救物品去接应抢救患者，适时送回急诊科，中途不得中断抢救。

(2)在离住院病区较近时，首先通知病房医护人员接应抢救患者，同时通知急诊科，让急诊科医护人员到病区共同参加抢救，患者初步抢救成功后，方能返回急诊科。

处理程序：

1、患者在途中或辅助科室突发呼吸心跳骤停时：

2、就地抢救 → 电话通知急诊科 → 急诊科带抢救物品去抢救患者
→ 适时送回急诊科 → 不中断抢救

3、患者在离住院病区较近突发呼吸心跳骤停时：

立即就地抢救 → 通知医护人员接应抢救患者 → 通知急诊科共同抢救
→ 初步抢救成功时，方能返回急诊科

八、病房发现传染病患者时的应急预案及处理程序

1、发现甲类或乙类传染病，在第一时间通知上级领导及有关部门（医务科、护理部、院感染办公室等）。

2、根据传染源的性质，立即采取相应的隔离措施。

3、保护同病室的患者。

4、患者应用的物品按消毒隔离要求处理。

5、患者出院、转出后，应按传染源性质进行严格的终末消毒。

6、处理程序：发现传染病患者时

7、立即通知上级领导及有关部门 → 采取隔离措施 → 保护同病室患者
患者使用物品进行消毒隔离处理 → 患者出院后严格终末消毒

九、患者有自杀倾向时的应急预案及处理程序

- 1、发现患者有自杀念头时，应立即向科主任及护士长汇报。
- 2、通知主管医生。
- 3、做好必要防范措施，包括没收锐利的物品，锁好门窗，防止意外。
- 4、通知患者家属，要求 24 小时陪护，拒绝家属离开患者的要求，家属如需要离开患者时应通知值班的护理人员及医生。
- 5、详细交接班，同时多关心患者，准确把握患者的心理状态，帮助患者树立战胜疾病的信心和生活的勇气。

处理程序：患者有自杀倾向时

立即汇报上级领导 → 通知医生 → 做好防护措施 → 通知家属 24h 陪护
→ 准确把握患者情况及心理状态

十、紧急意外事故时的应急预案及处理程序

（一）收治大批伤病员的护理应急预案

1、遇紧急批量病人，由急诊科值班人员汇报医院总值班，启动应急预案。

2、护理部主任接到通知后，立即带领护理应急小组参加院内抢救工作，启动护理应急预案程序。

3、急诊抢救组：急诊科护士长负责带领急诊科护士启动对危重病人抢救及转送程序。

4、手术抢救组：手术室护士长负责带领手术室护士启动对危重病人抢救及手术的程序。

（二）病区停水后应急预案

1、停水后，联系总务科询问原因及停水时间。

2、做好病区安抚工作，告知病人停水原因、时间。

3、协助病人提供必需生活用水。

（三）病区停电后护理应急预案

1、医院配备双回路电源，停电后，立即电话问询电工班维修。

2、对于正在使用如心电监护、输液泵的，开启储备电源。

3、如系长时间停电，问询总务科院内发电，夜间电话报告院总值协调处理。

（四）病房发生火灾后的护理应急预案及处理程序

1、发现火情后，护理人员要保持清醒的头脑，冷静面对。

2、立即呼叫周围人员并组织灭火，同时报告科主任、护士长、保卫科，夜间电话通知院总值班。

3、根据火势，组织人员用灭火器、自来水等灭火工具积极扑救。

4、发现火势无法扑救时，马上拨打“119”报警，并告知准确方位。

5、开放安全通道，将患者撤离疏散到安全地带，注意稳定患者情绪，保证患者安全，防止拥挤发生意外。如火灾发生在白天：轻病人服从安排成批撤离；重病人由主管医生、责任护士负责，接好各种抢救设备如：氧气袋、呼吸机、监护仪等，并将病人安置于平车或轮椅上，由专人护送撤离；如火灾发生在夜间：值班护士应及时上报，在院方安排人员来临之前，先指挥病人撤离，然后服从院方统一安排。

6、尽可能切断电源、撤除易燃易爆物品并抢救贵重仪器及重要科技资料。

7、组织患者撤离时，不要乘坐电梯，可走安全通道。

8、若大火或烟雾已封锁前后出口，应退守病房，用毛巾、被子等堵塞门缝，并泼水降温，等待消防队员前来营救。

防火器材干粉灭火器的使用：

拉下铅封拉环→打开喷嘴→一手执喷管，另一手压手柄→对准火源喷洒干粉灭火

壁式消火栓的使用：

打开或打碎玻璃门→按下消火栓报警按钮→接上水带，接水枪→拉至火源处，两人拿水枪，一人开启水管阀门→放水灭火

消防紧急疏散：

a、当病区内发生火灾时，所有工作人员应遵循“高层先撤、患者先撤、重患者和老人先撤、医务人员最后撤离”的原则，“避开火源，就近疏散，统一组织，有条不紊”，紧急疏散患者。

b、发现某一房间发生火灾，室内有易燃易爆物品，要立即搬出，如已不可能搬出，要以最快速度疏散邻近人员。立即通知保卫科、总值班并及时扑救。