



茂名市人民医院 南方医科大学
Maoming People's Hospital 附属茂名医院

医院规章制度汇编

护理管理工作规范

(第二版)



目录

第一部分 护理部管理.....	1
第一章 护理部管理规范.....	1
HL-001 护理部管理工作制度.....	1
第二章 医院护理工作制度.....	7
第一节 护理管理工作制度.....	7
HL-002 护理人员执业准入管理制度.....	7
HL-003 夜班护士准入制度.....	11
HL-004 护理人力资源管理制度.....	17
HL-005 护理岗位管理制度.....	21
HL-006 特殊岗位护士资质认证培训与管理制度.....	25
HL-007 护理工作会议制度.....	35
HL-008 医护技及职能部门联席会议制度.....	38
HL-009 护理总值班制度.....	40
HL-010 护理安全管理制度.....	44
HL-011 护理质量安全管理制度.....	49
HL-012 压力性损伤风险评估及管理制度.....	53
HL-013 临床护理教学管理制度.....	67
HL-014 临床护理带教老师准入制度.....	70
HL-015 护理示教室管理制度.....	74
HL-016 护理论文的管理制度（详见科教科制度）	
HL-017 护理实习生/进修生请假管理制度.....	76
HL-018 护理进修生的管理制度.....	79
HL-019 护理人员业务学习制度.....	83
HL-020 护理人员外出学习管理制度.....	85
HL-021 护理病例讨论制度.....	89
HL-022 临床护士分层级管理制度.....	92
HL-023 专科护士培养与管理制度.....	96
HL-024 护理新技术新项目准入制度.....	104
HL-025 护理科研管理制度.....	112
HL-026 护理突发事件报告制度.....	114
HL-027 护理技术档案管理制度.....	116
HL-028 护理人员绩效考核制度.....	119
HL-029 茂名市人民医院优质护理服务保障制度.....	123
HL-030 茂名市人民医院优质护理服务考评激励机制.....	130
HL-066 护理部人员紧急替代制度.....	135
第二节 护理工作核心制度.....	138
HL-031 护理值班和交接班制度.....	138
HL-032 分级护理制度.....	145
HL-033 护理查对制度.....	150
HL-034 危重病人抢救制度.....	166
HL-035 医嘱执行制度.....	169
HL-036 护理查房制度.....	173

HL-037	护理会诊制度.....	182
HL-038	质量安全（不良）事件报告制度(详见质控科制度)	
HL-039	患者告知制度.....	185
HL-040	护理文书书写制度.....	188
第二部分 医院临床科室护理管理.....		194
第一章 普通病房管理制度/职责.....		194
第一节 普通病房管理制度.....		194
HL-041	病房护理人员守则.....	194
HL-042	病区晨会制度.....	197
HL-043	紧急情况下口头医嘱执行制度.....	199
HL-044	危重病人护理管理制度.....	201
HL-045	导管滑脱报告制度.....	205
HL-046	健康教育管理制度.....	209
HL-047	仪器、物资管理制度.....	212
HL-048	护理人员岗前培训制度.....	215
HL-049	病房护理文件保管制度.....	217
HL-050	保护性医疗制度.....	219
HL-051	重点环节的应急管理制度.....	222
HL-052	患者身份识别制度.....	225
HL-053	患者安全用药管理制度.....	231
HL-054	病区管理制度.....	235
HL-055	抢救车管理制度.....	238
HL-056	陪护、探视管理制度.....	245
HL-057	医用冰箱及冷藏药品管理制度.....	247
HL-058	患者入院、住院、转院转科及出院管理制度.....	250
HL-059	延续性护理服务管理制度.....	258
HL-060	病房安全管理制度.....	261
HL-061	输液安全管理制度.....	264
HL-062	预防烫伤的管理制度.....	267
HL-063	高危病人护理安全管理制度.....	269
HL-064	患者跌倒坠床防范管理制度.....	271
HL-065	安全用氧制度.....	280
第二章 特殊科室管理制度.....		284
第一节 新生儿科管理制度.....		284
XSE-001	新生儿监护室工作制度.....	284
XSE-002	新生儿隔离病房管理制度.....	288
XSE-003	新生儿沐浴室工作制度.....	291
XSE-004	新生儿配奶室工作制度.....	293
第二节 麻醉手术科管理制度.....		296
MZK-001	手术室安全核查制度.....	296
MZK-003	手术室感染预防与控制管理制度.....	300
MZK-009	手术室管理制度.....	302
MZK-010	手术室工作制度.....	304

MZK-011	手术室安全管理制度.....	307
MZK-012	洁净手术室管理制度.....	310
MZK-013	手术间工作制度.....	313
MZK-014	手术室门卫制度.....	315
MZK-015	手术室参观制度.....	317
MZK-016	手术室更衣制度.....	319
MZK-017	手术病人术前访视制度.....	321
MZK-050	医务人员手卫生规范制度.....	323
MZK-070	手术患者交接制度.....	326
MZK-071	手术体位安全管理制度.....	329
MZK-072	手术物品清点查对制度.....	333
MZK-073	手术标本管理制度.....	337
MZK-075	术前与术中安全用药制度.....	341
第三节	产科护理管理制度.....	343
CK-001	产房护理管理制度.....	343
CK-002	产科母婴同室护理管理制度.....	346
第四节	重症医学科护理管理制度.....	348
ZZK-001	重症医学科（ICU）护理管理制度.....	348
ZZK-002	重症医学科（ICU）抢救制度.....	351
ZZK-003	重症医学科（ICU）探视制度.....	353
第五节	医技/门诊部护理管理制度.....	355
MZ-001	预检分诊制度.....	355
MZ-002	门诊采血室工作制度.....	359
MZ-003	门诊换药室工作制度.....	361
MZ-004	门诊治疗室工作制度.....	364
MZ-005	静脉治疗专科门诊工作制度.....	366
第六节	急诊医学科护理管理制度.....	369
JZK-001	急诊医学科工作制度.....	369
JZK-002	急诊医学科急诊分诊工作制度.....	371
JZK-003	急诊医学科抢救室工作制度.....	374
JZK-004	急诊医学科急诊观察室工作制度.....	376
JZK-005	急诊医学科急诊输液室工作制度.....	378
第七节	消毒供应室管理制度.....	380
GYS-001	消毒供应室工作制度.....	380
GYS-002	清洗、消毒与灭菌效果监测制度.....	382
GYS-003	压力蒸汽灭菌效果监测制度.....	385
GYS-004	环氧乙烷（EO）灭菌效果监测制度.....	388
GYS-005	消毒供应室灭菌物品召回制度.....	392
第八节	血液透析室护理管理制度.....	394
XTS-003	血液透析室护理工作制度.....	394
XTS-005	血液透析室护理安全管理制度.....	397
XTS-006	血液透析室护理质量管理制度.....	400
XTS-007	血液透析室护理交接班制度.....	403

XTS-008	血液透析室护理查对制度.....	406
XTS-015	血液透析室医院感染管理制度.....	409
XTS-016	血液透析室消毒隔离制度.....	415
XTS-017	血液透析室医院感染监测和报告制度.....	419
XTS-024	血液透析室病人、陪人门禁管理制度.....	422
XTS-030	血液透析室透析用水和透析液、置换液质量监测制度.....	425
第三章	科室护理工作应急预案流程.....	430
YA-001	突发性批量车祸伤事件护理应急预案及流程.....	430
YA-002	突发性批量酒精中毒抢救护理应急预案及流程.....	433
YA-003	突发性批量食物中毒事件护理应急预案及流程.....	435
YA-004	病区突发传染病时的护理应急预案及流程.....	437
YA-005	传染病或疑似传染病患者护理应急预案及流程.....	439
YA-006	预防烫伤的护理应急预案及流程.....	441
YA-007	患者发生躁动时的护理应急预案及流程.....	443
YA-008	患者失踪的应急预案及流程.....	445
YA-009	患者突然发生病情变化时的护理应急预案及流程.....	447
YA-010	患者自杀的护理应急预案及流程.....	449
YA-011	患者有自杀倾向时的护理应急预案及流程.....	452
YA-012	患者发生精神症状时的护理应急预案及流程.....	454
YA-013	患者猝死的护理应急预案及流程.....	456
YA-014	患者发生误吸的护理应急预案及流程.....	458
YA-015	标本采集重点环节管理应急处理预案.....	461
YA-016	围手术期护理应急处理预案.....	462
YA-017	患者发生输液反应的护理应急预案及流程.....	463
YA-018	患者发生输血反应时的护理应急预案及流程.....	465
YA-019	患者发生静脉空气栓塞的护理应急预案及流程.....	467
YA-020	输液过程中出现肺水肿的护理应急预案及流程.....	469
YA-021	药液外渗及药物渗漏的应急预案及流程.....	471
YA-022	化疗药物污染危害的护理应急预案.....	474
LC-001	预防化疗药物污染危害的护理操作流程.....	475
YA-023	住院患者发生消化道大出血时的护理应急预案及流程.....	478
YA-024	患者发生过敏性休克的护理应急预案及流程.....	480
YA-025	计划停电和突然停电的应急预案及流程.....	482
YA-026	使用呼吸机过程中突然停电的应急预案及流程.....	484
YA-027	气管切开/气管插管使用呼吸机患者意外脱管的应急预案及流程.....	486
YA-028	吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案及流程.....	489
YA-029	停止供应中心负压的应急预案及流程.....	491
YA-030	停止中心吸氧的应急预案及流程.....	493
YA-031	吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案及流程.....	495
YA-032	停水和突然停水的应急预案及流程.....	497
YA-033	发生火灾的应急预案及流程.....	499
YA-034	医护人员发生针刺伤时的应急预案及流程.....	505
YA-035	病人或家属封存病历或实物应急预案及流程.....	508

YA-036	水银泄露的应急预案及流程.....	510
LC-002	患者外出检查管理流程.....	513
LC-003	医务人员进、出住院部手术室流程.....	514
LC-004	患者进、出住院部手术室流程.....	516

第一部分 护理部管理

第一章 护理部管理规范

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理部管理工作制度	文件编号：HL-ZD-03-001	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：3版

HL-001 护理部管理工作制度

一、目的

确保护理部工作有序进行。

二、范围

护理部主任、副主任、干事、全体护士长、护士。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部主任：负责护理管理制度的制定，全面组织、协调与管理护理人力资源、护理质量、教学、科研等工作。
2. 护理部副主任：协助主任做好各项护理管理工作。
3. 护理部干事：协助主任、副主任落实各项部门具体工作，负责相关资料的留存、文件起草与整理等。
4. 护士长：负责各项护理管理制度培训和落实。
5. 护士：认真执行各项护理管理规章制度。

五、内容

（一）制订工作计划

根据医院整体发展规划和年度工作计划，结合临床医疗护理发展实际水平和临床护理质量评价指标的本底数据，制定医院护理工作规划及年度工作计划。护理部实行目标管理，季度有安排，每月有重点，并认真组织落实，年终有总结。内容包括护士配置及增补、专业发展、人才培养、护理质量建设、督察监测评价与持续改进等，报请主管院长批准后，具体组织实施。

（二）完善规章制度、流程、应急预案、技术规范等

依据相关法律法规，修订完善医院护理工作制度、护理质量评价标准、护理技术规范、护理常规及各级护理人员工作职责，定期评价运行效果，不断完善护理人员岗位职责和质量标准，提高科学管理水平，促进护理质量持续改进。

（三）加强护士人力资源管理

配合医院整体行动，协调、指导、指挥全院护理人力资源应急调配。建立足量、均衡、能级对应、权益保障、减负增护的临床护士人力资源管理策略，并根据以人为本、结构合理、动态调整的原则，按照护理岗位的任务、所需业务技术水平、实际护理工作量等要素科学配置护士，加强对护士人力资源的科学管理。

（四）建立行政查房工作制度

护理管理者要直接服务于临床，缩短管理半径，提高

管理效率。每月定期深入临床，加强对护士长工作的具体指导，充分发挥护士长的作用，执行夜班护士长查房制度，协助解决夜间护理问题。对护士长护理管理质量进行督导和定期评价，每季度对护士长、科护长进行考核，用机制和政策引导高年资、高职称、高学历护士进入临床一线岗位。

（五）建立前瞻性护理质量管理体系

设立护理质量管理委员会，有具体的工作要求，分工合理，职责明确。建立前瞻性和患者安全为本的护理质量管理体系：把问责制和非惩罚制度相结合，建立患者安全文化，有效降低不良事件的发生。要确保护理质量管理重心前移，在临床科室建立临床护理质量三级质控组织。健全管理体制。实行三级护理管理，即护理部——科护士长——病区护士长三级管理。

1. 一级质控：科内质控护士对病区的护理质量进行管理，根据质控标准，每日对自己的工作进行回顾性分析，对病区的护理项目进行自查，有反馈、有处理措施，自我评价，自我完善，月有小结。

2. 二级质控：由护士长进行周查，有反馈，有处理措施。每月有分析、总结、评分，对存在的问题进行落实、整改，半年有小结，年终有总结，有数据体现质量持续改进。

3. 三级质控：护理部严格制定护理质量考核标准和考核方法，定期或不定期对各护理单元进行质量检查，及时准确地发现问题，针对存在的问题进行分析，提出整改措施，并督促落实。定期召开护士长会议，每季度对各科室存在的问题进行总结评价、反馈。

（六）建立非惩罚性不良事件报告制度

把问责制和非惩罚制度有机结合，建立患者安全文化：组织护理质量管理委员会有效开展信息交流，及时通报质量信息，指导护士避免不良事件发生，将患者的意外伤害降低到最低程度。

（七）护理质量指标监测制度

要用失效模式分析(FMEA)和根本原因分析(RCA)等方法，分析临床科室护理质量指标的数据，及时发现不良事件的可能性、频率、严重程度，建立高危监测目标和危急值，及时采取前瞻性的防范措施，保证安全和质量。定期向主管院长及上级行政管理部门报告。

（八）建立持续的临床护士培训教育制度

建立从语言行为规范到理论知识、技能的临床教育体系，高度重视护士的职业素质和对护理专业的认同。要把护士的临床教育训练与分层级管理、岗位职责、核心工作制度的落实结合起来，形成长效的临床教育机制。督促落实教育委员会的职责，实施三基三严、专业护士核心能力训练和专

科护理训练计划。定期组织全院教学组长进行业务学习和护理技术操作培训，分层级进行护理基础理论及护理技术操作考核。

（九）加强护理工作的技术管理，开展护理科研工作

成立护理技术临床应用管理委员会组织架构，规范管理护理新技术、新业务临床应用准入，建立医院护理新技术管理档案，对护理新技术开展情况进行检查、督导、改进、总结。组织全院教学及护理科研工作，指导护理人员积极申报各类科研课题，鼓励护士参与各种科研活动，在全院范围内开展护理科研相关知识讲座。对外学术讲座与交流，每年申请各类继续教育项目，进行学术交流。

（十）创造良好的工作氛围

严格执行《劳动合同法》、《妇女权益保障法》，关心护士工作、职业安全及生活。根据护理工作的特点和护士的需要，积极创造良好的工作氛围和环境，充分调动广大护士的积极性。

（十一）重视医院护理文化建设

坚持护理工作“贴近患者、贴近临床、贴近社会”。注重护士社会形象，规范服务语言、服务态度、服务礼仪，以各种形式向社会宣传护士和护理工作的科学化、规范化、专业化和精细化水平，积极搭建省内外护理管理与文化交流。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》

2. 《卫生部关于实施医院护士岗位管理的指导意见（卫医政发〔2012〕30号）》

七、流程图

无

第二章 医院护理工作制度

第一节 护理管理工作制度

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理人员执业准入管理制度	文件编号：HL-ZD-03-002	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-002 护理人员执业准入管理制度

一、目的

规范护士准入条件及执业行为，实施护士执业准入管理，确保患者安全。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

是指护士在从事护理工作中，应具备的条件。

四、职责

1. 护理部：负责对全院护理人员的执业证信息进行审核、登记、存档；及时办理本院护理人员执业注册与变更注册手续。

2. 护理人员：通过护士资格考试及注册，取得执业证书，依法执业。

五、内容

（一）执业准入条件

1. 严格按照《护士条例》执行护士注册执业管理。护理部负责本院护士注册管理工作。凡上岗者必须持有国家机构颁发的有效执业资格证书。

2. 新入职护士无执业证或未有效注册者，由护理部统一组织完成首次注册。其他护士需按照上级卫生主管部门规定延续注册。护士首次注册，应当具备下列条件：

（1）具有完全民事行为能力。

（2）在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门和国务院卫生主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书。

（3）通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试。

（4）符合国务院卫生主管部门规定的健康标准。

3. 新调入护士在调入后需在3个月内，由护理部统一办理本院执业变更。

4. 护士执业注册有效期为五年（每五年再注册一次），在有效期届满前30天，由护理部通知申请延续注册。

5. 注册护士必须经过本院岗前培训，考核合格并经过试用期后方可上岗，从事护理专业技术工作，包括基础护理工

作和专科护理工作。

6. 供应室消毒员、医用高压氧操作员、产房助产士必须持证上岗。

（二）护士执业管理

1. 严格遵守中华人民共和国《护士条例》和《护士管理办法》等法律法规的要求。

2. 遵守职业道德，履行茂名市人民医院《护理人员语言行为服务规范》，提供优质护理服务。

3. 遵守医疗护理工作的规章制度、技术规范。

4. 认真履行工作职责，落实专科护理常规。

5. 遵守医院与科室的各项规章制度。按规定完成护理人员层级培训、继续教育等内容，特殊护理岗位护士管理要求详见《特殊岗位护士资质认证培训与管理制度》。

6. 新毕业的护士在没取得执业资格证书前，不得单独从事临床护理工作，只能在护士指导下从事临床护理工作，但要有计划地安排护理操作训练和进行“三基”、急救技能考核。

7. 护士应通过实践、教育、管理、学习等多种方式提高专业水平，确保护理质量和安全。

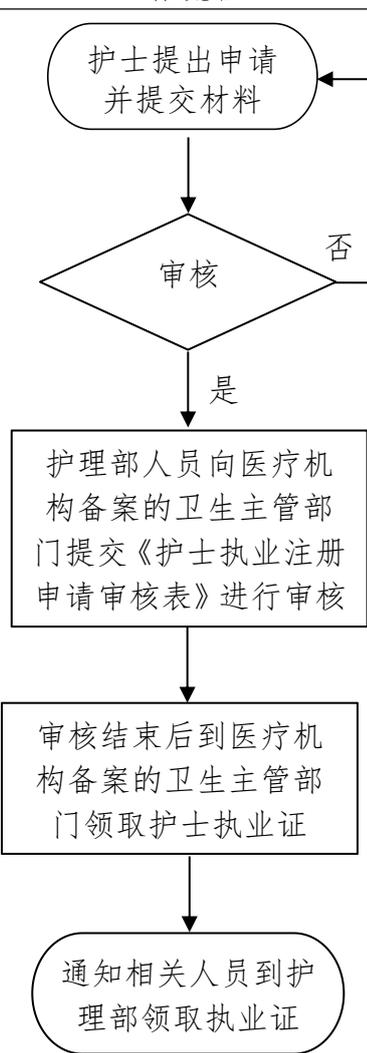
六、参考文件

1. 《护士条例》

2. 《护士管理办法》

七、流程图

护士执业注册管理工作流程

责任部门	工作流程	简要说明
申请人所在科室	 <pre> graph TD A([护士提出申请 并提交材料]) --> B{审核} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[护理部人员向医疗机构 备案的卫生主管部门 提交《护士执业注册 申请审核表》进行审核] C --> D[审核结束后到医疗机 构备案的卫生主管部 门领取护士执业证] D --> E([通知相关人员到护 理部领取执业证]) </pre>	<p>1. 护士登录国家卫生计生委官方网站进入护士电子化注册信息系统提出申请。</p> <p>2. 护理部人员下载申请人的《护士执业注册申请审核表》，严格按《护士条例》（2020年国务院令 第726号）的要求审核。审核完毕将《护士执业注册申请审核表》交给申请人签名。</p> <p>3. 申请护士执业注册，应当具备下列条件：</p> <p>（1）进入本院已取得护士执业证的人员未注册。</p> <p>（2）通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试。</p> <p>（3）护士执业注册有效期届满需要继续执业的，应当在护士执业注册有效期届满前30日向批准设立执业医疗机构或者为该医疗机构备案的卫生主管部门申请延续注册。收到申请的卫生主管部门对具备本条例规定条件的，准予延续，延续执业注册有效期为5年；对不具备本条例规定条件的，不予延续，并书面说明理由。</p> <p>（4）申请人到护理部签《护士执业证领取表》并领取本人的护士执业证，护士执业证由本人保管。</p>
护理部		
护理部		
护理部		
申请人所在科室、 护理部		

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 夜班护士准入制度	文件编号：HL-ZD-02-003	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-003 夜班护士准入制度

一、目的

保障夜间护理工作质量与安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对科室上报的夜班准入资料进行监督检查，并审批准入。

2. 护理单元：严格执行夜班护士准入制度，按要求实施夜班护士准入管理工作。

五、内容

1. 夜班护士条件

从事夜班工作的护士必须为注册护士。

2. 夜班基本条件

在我院从事护理专业技术工作至少 3 个月以上，新毕业护士在上级护士指导下参加全夜班不少于 10 次，轮科护士

转入新科室时在上级护士指导下参加全夜班不少于 4 次。

3. 夜班岗位专业技术要求

具备熟悉的专业技术水平，独立完成急危重症抢救工作能力，病情观察与应急处理能力，规范、准确、及时、客观书写护理文书的能力以及良好的慎独精神。

4. 完成夜班护士培训

在护理部领导下，由本护理单元护士培训小组进行普通病房夜班工作培训，特殊护理专业由特殊护理专业培训小组组织实施。

5. 夜班工作能力考核

由病区护士长及上级护士组织，提交《夜班护士准入申请表》，科护士长参与进行相关理论、专业技术和夜班能力考核，成绩合格者，填写《护士夜班准入考核评价表》，科室留底资料。经 OA 办公平台护理部流程发起《夜班护士准入测评结果反馈表》流程，护理部审核准入，信息科开通号后，方可从事夜班护士工作，并享受夜班护士的有关待遇。

6. 遵照执行卫生行政主管部门规定的其它条件。

六、参考文件

1. 《护士条例》
2. 《护理管理规范（广东省第 4 版）》
3. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

夜班护士准入流程

责任人	准入流程	简要说明
<p>夜班准入护士</p> <p>科护士长</p> <p>夜班准入护士</p>	<pre> graph TD A([护士申请夜班准入]) --> B{科护士长考核是否达标} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[填写夜班护士准入考核评价表] C --> D[在 OA 向护理部发起《夜班护士准入测评结果反馈表》流程申请] D --> E[护理部审核准入 信息科开通工号] E --> F([可从事夜班护士工作]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 从事夜班工作的护士必须为注册护士。 2. 护士申请夜班准入必须要达到夜班护士基本条件及夜班岗位专业技术要求。 3. 完成夜班护士培训：在护理部领导下，由本护理单元护士培训小组进行普通病房夜班工作培训，特殊护理专业由特殊护理专业培训小组组织实施。 4. 夜班准入后护士可以享受夜班护士的有关待遇。

附件 1

夜班护士准入申请表

科室	姓名	毕业时间	夜班带班次数	岗位专业技术能力			科室理论考试成绩
				优	良	合格	
科室操作考核项目及成绩	考核内容						成绩
自我鉴定	本人签名： 日期：						
科室鉴定	护士长签名： 日期：						

备注：科室操作考核 4 项，其中基础护理操作 2 项，本专科护理操作 2 项。

附件 2

护士夜班准人考核评价表

科室： 考核时间： 年 月 日至 年 月 日

评估内容	评价方式	分值	考核时间	扣分原因	得分	评价者 签名
1. 知晓护理核心制度，并在临床工作中严格落实。	理论提问与操作评定	5				
2. 知晓夜班工作职责和程序。	提问与操作评定	5				
3. 知晓物品管理，能在规定时间内找到指定物品。	考核评定	2				
4. 病区环境要求整齐、清洁、安静、舒适、安全，做好夜间病房管理、疫情防控管理。	抽查危重病人或一级护理病人	3				
5. 知晓病人的处理流程（转入或新入、出院、转出、死亡病人的处理）。	提问与考核评定	5				
6. 知晓科室常用仪器的使用（输液泵、注射泵、监护仪、血糖仪等）。	提问与操作考核	5				
7. 掌握专科护理操作，并进行个性化健康教育	理论提问与操作考核	5				
8. 掌握心肺复苏术、简易呼吸囊的使用，急救物品、药品的使用，人工气道的管理（气管切开、气管插管等）。	操作考核	10				
9. 掌握本科常见病、心跳呼吸骤停、过敏性休克急救流程，掌握病情观察技巧，能熟练配合医生抢救。	理论提问与操作考核	10				
10. 各种应急预案处理（停水电、停氧、火灾、病人走失、跌倒、自杀、失窃、针刺伤、管道脱落、封存病历等）。	理论提问	5				
11. 及时正确的处理医嘱并电脑录入。	操作评定	5				

12. 胃管、尿管的留置方法及各种引流管的护理，熟悉肠内外营养的注意事项，掌握中心静脉、留置针、PICC等管道的护理。	理论与操作 评定	5				
13. 知晓科室常见疾病治疗护理原则及常用药物的作用及使用注意事项。	理论提问	5				
14. 掌握科室各类检查项目的准备及护理配合。	理论与操作 评定	5				
15. 掌握血、痰、尿、粪等各种标本的采集方法。	理论与操作 评定	5				
16. 掌握危重病患者的护理要点。	提问与操作 评定	5				
17. 护理文件的书写。	操作评定	5				
18. 知晓院感相关知识，常用消毒液配置、浓度、更换、检测方法。	理论与操作 评定	5				
19. 知晓护理人员言行规范，并运用在临床工作中。	操作评定	5				
总分	分					
病区护长审核意见：						
						签名： 年 月 日
科护长审核意见：						
						签名： 年 月 日

备注：1. 适用对象：新入职或新入夜班岗位的护理人员。

2. 由护理单元护士长/护理组长根据以上内容进行考核与评定，评分达 85 分以上者方可独立上夜班。

3. 评定后此表交科护士长审核签名，科室留底资料。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理人力资源管理制度	文件编号：HL-ZD-01-004	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-004 护理人力资源管理制度

一、目的

为了充分发挥人事管理职能,为我院护理事业的改革和发展提供组织保证和人力支持,特制定本制度。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：制定人力资源管理制度，对护理人员的聘用、调配、晋升、考核、辞职、休假及继续教育进行规范管理。
2. 护理单元：严格执行护理部人力资源管理制度，对护理单元内护理人员进行规范管理。
3. 护士：遵守护理部人力资源管理制度。

五、内容

(一) 护理人员聘用

1. 拟定护理人员准入条件，按照相应的条件聘用护理人员。

2. 护理部根据医院工作实际，向医院人事科报送年度招聘计划（应聘人的学历要求、数量），经医院批准后由人事科负责组织实施招聘。

3. 聘用护理人员经试用期考核合格后方可继续留用，不合格者予以终止聘任合同。新聘人员试用期的各项待遇按照医院相关规定实行。

（二）护理人员考核

1. 护理部至少每半年组织实施全院护理人员的考核工作，考核结果与年终评优选先挂钩。对表现优秀者给予奖励。对于考核不佳者应面谈，记录存在问题、整改措施并评价效果。并将考核结果作为职称晋升的重要依据。

2. 实行分层级考核制度。护理部对于科护士长进行考核，护理部及科护士长负责对全院护士长进行考核，病房护士长负责本病室护理人员的考核。

（三）护理人员配置及调配

1. 护理人员配置：护理部根据护理工作量、护理人员培训计划、岗位条件及能力要求进行科学、合理配置护理人员。

2. 护理人员的调配

（1）护理人员的调动、调配由护理部统一向人事科提出申请，由护理部、科护士长、病房护士长分别在全院、护理单元、病房三个层面，以患者为中心，根据工作量及岗位需求合理调配护理人员。

（2）护理部制定紧急情况下护理人力资源调配方案并

具体实施。

(3) 护理部要按照能级对应原则对人员与岗位发生明显不对等或外部因素造成的不适应现象进行换岗和调整。

(4) 护理部向科护士长发出人员调整通知，科护士长负责人员调动后相关工作的具体安排；被调整人员接到通知后，任何人不得借故推诿，应在要求的时间内做好工作交接；接收调动人员护理单元同时要做好新调入人员的培训及各项工作安排。

(四) 护理人员考勤

1. 护理人员必须严格遵守医院劳动纪律，服从护理单元排班，不得无故迟到、早退或旷工。若因故无法按时上班，必须提前通知护士长，否则按照旷工处理。

2. 护士长安排工作时在保证质量安全的前提下应从人性化管理角度出发，充分考虑护士需求，尊重护士意愿。

3. 科护士长、护士长要以身作则，严格遵守劳动纪律。

4. 科护士长和护士长应做好护理人员的纪律监督工作，对于违纪人员应及时教育和引导、屡教不改者予以相应经济处罚。

5. 护理部科护士长负责对护士长的纪律进行督查，并抽查片区内护理人员的考勤，发现问题，及时整改。

6. 护理人员上班时间必须严守工作岗位，如因特殊原因离岗必须获取护士长同意，安排好工作后方可离开，并迅速返回。

(五) 护理人员休假

1. 护理单元应结合科室工作实际有计划地安排护理人员休假，做到弹性排班。

2. 病假：护理人员生病需治疗和休病假者，凭门诊医生开具的疾病证明向人事科申请病休同时 OA 流程申请。经批准后方可休假。

3. 事假：护理人员原则上不休事假，因特殊原因需临时、短时间请假者，应提前通知病房护士长做好相应工作安排后 OA 申请审批休假。

4. 婚假：护理人员按照国家及医院相关规定休婚假，由所在病房护士长做好工作安排，休假人员提前 OA 申请审批。

5. 产假：护理人员按照国家规定休产假，休假人员提前 OA 申请审批。

六、参考文件

《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理岗位管理制度	文件编号：HL-ZD-01-005	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-005 护理岗位管理制度

一、目的

为规范护理岗位管理，特制定本制度。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

护理部：负责本制度的制定、修订。

临床科室：执行本制度。

五、内容

（一）护理岗位类别

护理岗位设置分为护理管理岗位、临床护理岗位和其他护理岗位三类，均属于专业技术岗位。

1. 护理管理岗位指我院从事护理管理工作的岗位。实行护理部主任—科护士长—病区护士长三级管理。

2. 临床护理岗位

临床护理岗位是护士为患者提供直接护理服务的岗位。临床护理岗位又分为夜班护理岗位和非夜班护理岗位。夜班护理岗位是指直接为病人提供临床护理服务并需要常规轮值夜班的岗位；非夜班护理岗位是指直接为病人提供护理服务并不需要常规轮值夜班的岗位。夜班护理岗位包括特殊科室护理岗位、普通科室护理岗位。特殊科室护理岗位包括急诊科、产科、手术部（室）、重症监护病房（ICU、NICU、CCU）、血液透析中心（室）、介入室等专科护理岗位；普通科室护理岗位包括内科、外科、妇科、儿科及（或）其三级学科的护理岗位。非夜班护理岗位包括门诊、医技科室等护理岗位。

3. 其他护理岗位

其他护理岗位是指护士为患者提供非直接护理服务的岗位，包括：静脉输液配置中心、消毒供应中心、有关职能科室（包括医院感染管理科、质量管理科、预防保健科）护理岗位。

（二）护理工作模式

实行“以病人为中心”的责任制整体护理工作模式。

1. 责任护士

全面履行专业照顾、病情观察、治疗处置、心理护理、健康教育和康复指导等职责，明确岗位责任。

2. 任职条件

根据岗位职责，结合工作性质、工作任务、责任轻重和技术难度等要素，明确岗位所需护士的任职条件。

3. 合理配置护士数量

原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。全院病区护士与实际开放床位比不低于0.6:1，普通病房日间每位护士平均负责患者数 ≤ 8 人，根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数，重症监护病房护士与实际开放床位比不低于2.5:1。

4. 科学排班

根据不同专科特点、护理工作量实行科学的排班制度，实行带班组长或护士长、夜班双人、二线值班制度。进行弹性排班，每个护理单元每天需排1-2名备班护士，作为科室紧急状态下的人力储备，体现对患者的连续、全程、人性化护理。

5. 紧急调配预案

建立护士人力紧急调配预案，确保突发事件以及特殊情况下临床护理人力的应急调配。

（三）护理岗位绩效

实行岗位绩效工资，护士的个人收入与绩效考核结果挂钩，以护理服务质量、数量、技术风险和患者满意度为主要依据，注重临床表现和工作业绩，并向工作量大、技术性难度高的临床护理岗位倾斜。

（四）护理岗位培训

1. 加强护士岗位培训

根据本医院护士的实际业务水平、岗位工作需要以及职业发展，制订、实施护士在职培训计划，使其能力与岗位相匹配。

(1) 新护士培训。实行岗前培训和岗位规范化培训制度。提高护士为患者提供整体护理服务的意识和能力。

(2) 专科护理培训。根据临床专科护理发展和专科护理岗位的需要，开展对护士的专科护理培训，提高专业技术水平。

(3) 护理管理培训。提高护理管理者的理论水平、业务能力和管理素质。

2. 建立临床护士分层级管理制度

不断完善临床护士分层级设置和晋级体系。根据能级对应的原则，各临床护理岗位依据护士专业能力及技术水平为主要指标，结合护士的学历、职称和专业工作年限等，设立专科护士、高级责任护士、责任护士、助理护士等层级岗位，并划分为 NO-N5 六个技术等级。

六、参考文件

1. 《广东省医疗卫生机构护士（助产士）岗位管理指导意见》的通知（粤卫函[2013]936号）

2. 《卫生部关于实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30号）

七、流程图：无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 特殊岗位护士资质认证培训 与管理制度	文件编号：HL-ZD-01-006	总页数：10
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-006 特殊岗位护士资质认证培训 与管理制度

一、目的

保障特殊专科的护理安全，提高专科护理质量。

二、范围

急诊、重症监护、产房、新生儿、手术室、血液净化、内镜中心、消毒供应中心、介入中心、麻醉复苏室等特殊岗位护理人员。

三、定义

岗位资质认证是指对员工与所在岗位进行认证，具备相应岗位的基本从业能力。

四、职责

1. 片区护士长：负责对全院特殊护理岗位护士进行专业资质认证工作。
2. 特殊护理单元护士长：制定本岗位护士资质认证的岗位培训考核计划并落实。
3. 特殊护理岗位护士：除完成护士规范化培训外，还应接受特殊岗位的理论、技能培训，并考核合格。

五、内容

（一）培训内容

1. 急诊科岗位

（1）急诊环境布局、设备配置及工作任务。

（2）规章制度、急诊各区域工作流程及职责。

（3）急救绿色通道、抢救、预检分诊、突发事件上报等制度。

（4）急诊病人接诊、三无病人处置、开通绿色通道、急诊转运、交接等工作流程。

（5）专科应急预案及应急流程。

（6）急诊科常见急危重症的临床表现、评估要点、治疗原则和护理措施。

（7）急诊护理风险的识别与应对。

（8）急诊抢救药物的作用、使用方法、不良反应、注意事项。

（9）急诊危重症患者的急救及监护技术。

（10）急救仪器的使用与维护。

（11）急诊护理记录及抢救记录的书写。

（12）急诊相关法律法规。

（13）院感相关知识及职业防护。

（14）急诊患者心理护理要点及沟通技巧。

（15）急危重病人抢救团队合作。

2. 重症监护岗位

- (1) 环境布局、设施及仪器设备。
- (2) 《专业护士核心能力建设指南》ICU 专业部分训练。
- (3) 各项规章制度及工作职责、工作流程。
- (4) 护理记录单及表格的记录要求。
- (5) 重症基本理论、基本知识和基本技能。
- (6) 重症监护专科知识、专科技能。包括输液泵的临床应用、各类导管护理、气道管理和人工呼吸机监护技术、血液动力学监测、心电监测及除颤技术、水、电解质及酸碱平衡监测技术、胸部物理治疗技术、重症患者营养支持技术、危重症患者抢救配合技术等。
- (7) 危重患者抢救配合。
- (8) 患者及家属的心理疏导、非语言交流方式。
- (9) 各类监护仪器使用与管理。
- (10) 各类监护参数的临床意义分析、判断与记录。
- (11) 消毒隔离和医院感染控制、职业防护等。

3. 手术室岗位

- (1) 环境布局与设施、层流手术室原理与管理要求。
- (2) 手术室规章制度。
- (3) 洗手、巡回护士工作职责。
- (4) 手术体位摆放要求。
- (5) 外科手消毒。
- (6) 无菌技术及穿脱手术衣操作。
- (7) 铺手术无菌台、传递手术器械。

- (8) 手术电刀的使用。
- (9) 手术切口消毒原则、消毒范围和注意事项。
- (10) 手术室职业防护的相关知识。
- (11) 手术室护理文书的书写规范。
- (12) 手术标本管理。
- (13) 感染手术及环境、物品的处理。

4. 血液净化岗位

- (1) 血液净化基本理论、基本知识和基本技能。
- (2) 血透患者血管通路的护理。
- (3) 急诊透析患者的抢救技术。
- (4) 常见急性并发症的临床表现、紧急处理及预防。
- (5) 特殊人群血液净化的操作及护理。
- (6) 常见护理问题与健康教育。
- (7) 内瘘手术配合。
- (8) 区域管理、消毒隔离与感染控制及职业安全防护。
- (9) 血液净化信息化管理。
- (10) 相关法律法规。
- (11) 规章制度、工作职责及流程。

5. 产房岗位

- (1) 围产期基本理论、基本知识和基本技能。
- (2) 相关法律法规。
- (3) 手卫生与职业安全防护。
- (4) 规章制度、各班工作职责与流程。

- (5) 区域管理、消毒隔离与感染控制。
- (6) 胎心监护的识别与处理。
- (7) 催产素应用知识及护理。
- (8) 产程的划分、临床经过及护理。
- (9) 助产技术。
- (10) 新生儿窒息复苏技术。
- (11) 分娩期并发症（产后出血、子痫、羊水栓塞及脐带脱垂等）及救治。
- (12) 分娩期护理常规。
- (13) 母乳喂养相关知识。

6. 新生儿（包括 NICU）岗位

- (1) 一般疾病及危重症疾病护理基本理论、基本知识和基本技能。
- (2) 相关专科知识和技能。
- (3) 危重患儿护理。
- (4) 临床病情观察与记录。
- (5) 新生儿急救技术。
- (6) 消毒隔离和医院感染控制。
- (7) 母乳喂养、母乳管理及健康教育。
- (8) 家属心理疏导与非语言交流。
- (9) 仪器使用与管理。
- (10) 相关法律法规。
- (11) 规章制度、工作职责及流程。

7. 内镜中心

- (1) 各班工作职责及流程、规章制度。
- (2) 专科基本知识和基本理论、基本技能。
- (3) 软式内镜基本知识、器械组成及清洗消毒管理。
- (4) 内镜诊疗及手术配合。
- (5) 内镜诊疗检查中的意外与抢救。
- (6) 内镜介入手术护理及记录。
- (7) 内镜护理常规。
- (8) 标本管理。
- (9) 区域管理、消毒隔离与感染控制。

8. 消毒供应中心

- (1) 各项规章制度、各班工作职责及流程。
- (2) 专业基本理论、基本知识及操作技能。
- (3) 各类高低温灭菌器的操作及管理。
- (4) 各类物品的核查、清洗、包装、消毒、灭菌工作。
- (5) 各类记录。
- (6) 物品清点与记录要求。
- (7) 区域管理、消毒隔离与感染控制。
- (8) 职业防护知识。

9. 介入中心

- (1) 各项规章制度，各班工作职责及流程。
- (2) 基本理论、基本知识和基本技能。
- (3) 职业防护知识。

- (4) 常用器械和材料。
- (5) 常规手术配合及术中监护与抢救配合。
- (6) 急救与监护仪器使用与管理。
- (7) 介入手术护理记录。
- (8) 区域管理、消毒隔离与感染控制。

10. 麻醉复苏室

- (1) 麻醉前准备。
- (2) 气管插管的适应症、并发症及处理。
- (3) 全身麻醉的适应症及相关理论。
- (4) 椎管内麻醉的适应症及相关理论。
- (5) 麻醉期间的体温管理。
- (6) 全身麻醉、硬膜外麻醉严重并发症的观察和护理。
- (7) 常见麻醉药品的药理机制及应用。
- (8) 麻醉后监测治疗。
- (9) 麻醉科常用仪器设备的使用和维护。
- (10) 麻醉科护理常规。
- (11) 麻醉科药品管理。
- (12) 麻醉复苏室规章制度、工作职责及流程。

(二) 培训要求

1. 特殊岗位护理单元成立培训师队伍，制订培训计划并落实。

2. 理论学习培训不少于 120 学时，操作技能培训不少于 60 学时。

3. 培训内容应与特殊岗位临床实践相一致。

（三）考核要求

1. 按照规定完成相应的理论与实践培训，结合工作表现进行综合考核，培训与考核遵循合理、客观、公正的原则。

2. 考核合格者，由申请人填报《特殊护理岗位资质准入审核表》经病区护士长及片区护士长审核准入，审核合格者方可独立从事相应的专科专业护士工作。

3. 每年获得医院规定的继续教育学分数。

（四）管理要求

1. 在分管院长领导下，实行护理部与护理单元两级资质管理。

2. 各片区护士长每年对特殊岗位护士相关执业资格进行认证。

3. 完成岗前培训内容的护士，取得执业资格注册后方可进入特殊岗位护士培训。

4. 特殊岗位护理单元根据特殊岗位的培训要求，完成特殊岗位护士培训并考核。

5. 完成特殊岗位培训护士应掌握本岗位各种规章制度、规程和岗位职责以及本岗位相应的专科医学基础理论知识及专科护理知识，具备一定的综合分析与独立工作的能力。

6. 病区护士长每年对护士专科护理能力的评估考核纳入本岗位层级护士管理。

7. 遵照执行卫生行政主管部门规定的其他条件。

六、参考文件

1. 《护士条例》
2. 《护理管理规范（广东省第4版）》
3. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

附件

特殊护理岗位资质准入审批表

科室：

填表时间： 年 月 日

基本资料							
申请人姓名		性别		年龄		来院时间	
学历			各种证件齐全：护士执业证、资格证、				<input type="checkbox"/> 齐全
职称			毕业证；助产士除上述证件外，加母婴保健技术合格证				<input type="checkbox"/> 不齐全
拟申请准入的护理岗位				准入本岗位时间			
科室考核							
综合能力： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				病区护士长签名：			
理论考核： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				病区护士长签名：			
技能考核： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格				病区护士长签名：			
病区护士长意见：							
签名： 日期：							
片区护士长意见：							
签名： 日期：							

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理工作会议制度	文件编号：HL-ZD-03-007	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-007 护理工作会议制度

一、目的

规范护理会议流程、提高护理管理效率。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 各级护理管理人员：按时组织和参加会议，做好会议记录。
2. 护理人员：按时参加会议。

五、内容

(一) 护理部例会制度

1. 由护理部主任主持，参加人员为护理部全体人员。
2. 主要内容：汇报及总结上期工作任务完成情况，布置本期工作任务，工作的重点和任务要求。传达医院会议或工作的要求。

(二) 科护士长例会制度

1. 由护理部主任主持，参加人员为科护士长、护理部干事。

2. 主要内容：研究讨论护理工作计划和有关护理工作的决策；科护士长汇报护理工作开展情况，主要存在问题以及解决问题的措施和建议；对较为严重的护理质量事件进行通报和讨论处理结果；护理部主任布置近期工作安排并提出具体要求。

（三）护士长例会制度

1. 全院护士长例会

（1）由护理部主任主持，参加人员为各临床科室护士长。

（2）主要内容：传达上级指示，总结护理工作，布置工作计划；分析讲评护理质量，护理缺陷分析和疑难护理问题讨论；介绍护理管理经验，交流护理管理信息。

2. 科护士长例会

（1）由科护士长主持，本片区临床科室护士长参加。

（2）主要内容：科护士长总结和布置本片区月工作；传达上级会议精神；分析本片区的护理缺陷及急需解决的问题；汇报专科护理工作情况。

（四）护士大会

1. 科护士大会

（1）由科护士长主持，全科护理人员参加。

(2) 主要内容：总结工作，培训，表扬好人好事，分析存在问题，布置工作重点。

2. 全院护士大会

(1) 由护理部主任主持，院领导出席，全院护理人员参加。

(2) 主要内容：总结年度工作，部署工作计划、任务及目标，表彰先进集体和个人，培训等。

(五) 病区、医技科室护理例会

1. 由病区、医技科室护士长主持，全体护理人员参加。

2. 主要内容：传达护理部或科部的工作计划和要求；总结护理工作，分析讲评护理质量；护理安全、服务教育，护理缺陷分析和疑难护理问题讨论等。

六、参考文件

《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医护技及职能部门联席 会议制度	文件编号：HL-ZD-02-008	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-008 医护技及职能部门联席会议制度

一、目的

规范联席会议流程、提高会议效率。

二、范围

全体人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：按时组织和参加会议，做好会议记录。
2. 各医护技、职能部门：按时参加会议。

五、内容

1. 由主管护理副院长按需组织召开并主持。
2. 职能科室（院感、医疗、护理、医技、财务、药学、人事、后勤等）科长或负责人参加。
3. 各部门汇报医疗、护理、院感等各部门的工作情况，在工作中存在的问题（医疗、护理、院感等）、困难及需要

院领导或其他部门共同协调处理的问题，提出整改与协调的意见及措施，得到院领导的支持，并及时解决。

4. 分析医疗、护理、院感等工作质量与安全，及时提出问题，及时分析、整改。

5. 护理部与职能科室保持密切的联系，护理部每月召开护士长会议时，按需邀请职能部门（院感科、药学部、财务部、总务科、人事科等）科长参加会议，反馈在护理工作中存在的问题和困难，协调解决护理相关的问题，取得各部门的配合和支持。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理总值班制度	文件编号：HL-ZD-03-009	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-009 护理总值班制度

一、目的

为保证护理工作正常运行，及时解决临床护理工作中的问题和困难。

二、范围

科护士长、病区护士长。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：合理进行护理总值排班，完善工作职责，督查制度落实，及时分析、总结、反馈。

2. 护士长：严格执行护理总值班制度。

五、内容

(一) 为加强护理工作管理，提高全院护理工作协调和应急处理能力，护理设立护理总值（二、三线）值班制，护理二线总值班人员由各科室护师以上护理人员参加。护理三线总值班员由护理负责人及副护士长以上人员参加，每日安排两名值班人员。

(二) 护理三线总值班人员实行 24h 在岗制，不分节假日，由护理部统一安排。

(三) 护理三线总值班人员应按规定着装，佩戴胸卡。遇有特殊情况需调班时应报护理部备案。

(四) 护理三线总值查房时间：标注▲人员值班时间为当晚 20:00 至次日 7:30；没有标注人员值班时间为 20:00-22:30。根据护理部安排时间段进行查房，接到突发情况呼叫后 15 分钟内到位。

(五) 护理三线总值班人员职责：

1. 检查护理单元晚夜班、节假日的安全、晨晚间基础护理落实情况。检查护士人力资源、危重、手术、特殊检查、用药、治疗、输液患者的分级护理制度、查对制度、值班与交接班等制度的落实情况。给予必要的协调与技术指导。

2. 检查临床科室探视陪护管理制度落实情况，加强陪护管理，保持病室安静、整洁。

3. 督导临床科室安全管理麻醉药、急救药品、急救设备及器械，遇有危重患者抢救及术后患者护理中的困难，应及时给予业务上的指导，必要时通知科室护士长，组织协调护理力量。如遇有大型抢救，要亲临现场协助院领导组织、指导，并参加抢救。

4. 根据护理质量标准与临床科室管理要求，查房认真、细致，客观真实反映晚夜间各护理单元工作状况，对违反操作规程和劳动纪律者，应当面指出予以纠正。

5. 发现突发公共卫生事件及某些特殊情况应及时上报医院总值班和护理部主任，必要时上报院领导。根据突发公共卫生事件应急预案进行相应组织、协调、处理、启动紧急状态下护理人力资源调配方案，并在护理总值班登记本上作详细记录。总值班人员次日晨 9:00 到护理部汇报，片区护士长参加。

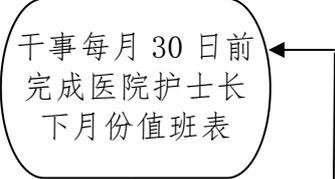
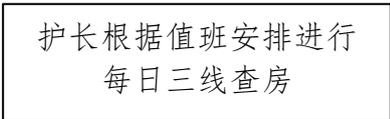
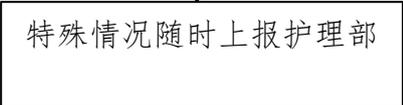
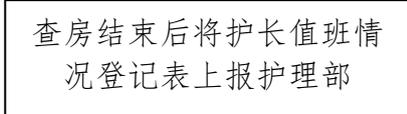
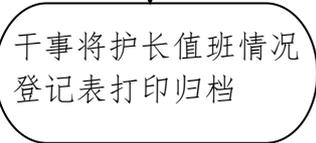
6. 认真填写《护理总值班登记本》，内容包括：夜间护理质量评价；协调指导病区解决的问题；探视陪护管理制度落实情况；对护理工作出色、病区管理好的护士和护理单元给予表扬；记录突出的好人好事和严重违纪的人和事；存在的主要问题现场指导解决或提出整改措施；需要护理部或医院协调解决的事项与建议。并做简明扼要的查房小结，当天反馈给各科室护士长，存在问题的科室进行整改。护理三线查房月总结在护理部 OA 公布。

六、参考文件

《护理管理规范（广东省第 4 版）》

七、流程图

护理三线查房工作流程

责任部门	工作流程	简要说明
护理部		
护理部		<p>1. 查房时间：标注▲人员值班时间为当晚 20:00 至次日 7:30，在值班房休息，没有标注人员值班时间为 20:00-22:30，由护理部安排时间段查房，突发情况接到呼叫后 15 分钟内到位。</p> <p>2. 查房人员：两名值班护长。</p>
护理部		<p>3. 查房内容：遇特殊情况或科室工作较忙时负责通知科室护长协调、组织或协助抢救；解决值班时段的护理疑难问题、处理护理纠纷等。</p>
值班护士长		<p>4. 护士长值班如遇特殊情况次日晨 9:00 到护理部汇报，片区护长参加，出现特殊情况，随时上报。</p>
值班护士长		<p>5. 当天查房问题反馈各科室护士长，护理三线查房月总结在 OA 公布，存在问题科室进行整改。</p>
值班护士长		
护理部		

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理安全管理制度	文件编号：HL-ZD-03-010	总页数：5
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-010 护理安全管理制度

一、目的

加强护理工作安全管理，确保患者安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

护理安全是指在实施护理过程中，患者不发生法律法规允许范围以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡。从广义的角度和现代护理的发展看，护理安全还应包括护士的安全，即护士在执业过程中不受到不良因素的影响和损害。

四、职责

1. 护理部主任：全面负责全院护理安全管理工作，及时发现并帮助解决存在的问题。

2. 护理部副主任：负责分管的护理单元护理安全管理工作，及时发现并解决存在的问题，对不能解决的及时向护理部主任汇报解决。

3. 科护长：负责所管辖护理单元的护理安全管理工作，

及时发现并解决存在的问题，对不能解决的及时向分管的护理部副主任汇报解决。

4. 护士长：负责本护理单元的护理安全管理工作，及时发现并解决存在的问题。对不能解决的及时向科护长汇报解决。

5. 护士：负责落实各项护理安全措施，发现安全隐患及时解决或上报护士长。

五、内容

（一）强化护理安全管理理念

1. 全院护士积极参加院部相关法律法规的学习。积极开展普法和医疗卫生管理法律、法规的宣传教育，提高学法、懂法、守法的法律意识。

2. 严格遵守医院各项规章制度，认真落实各项护理操作规范和护理常规，强化护理人员安全服务意识。

3. 每年对实习、进修、新入职护士进行岗前护理安全教育。

4. 护理单元组织护士每年学习护理核心制度并考核。每年学习《护士条例》1~2次。

5. 护理部每月护士长例会上反馈全院护理工作中存在的安全问题并提出改进措施，护士长及时传达至每位护士，以提升全体护士护理安全持续改进的意识。

（二）落实护理安全管理措施

1. 严格执行各项护理核心制度，如：护理查对制度、

分级护理制度、医嘱执行制度、危重病人抢救制度、值班与交接班制度、护理文件书写制度、消毒隔离制度、患者告知制度等。

2. 按分级护理要求巡视病房，认真观察病情变化，有情况及时报告医生处理并做好护理记录。

3. 严格执行消毒隔离制度和无菌技术操作规程、确保患者安全。

4. 加强病区药品的管理，详见药剂科相关制度。

5. 抢救物品、药品做到“五定”（定数量品种、定放置地点、定人保管、定期消毒灭菌、定期检查维护）。无过期药品，用后及时补充，物品仪器等状态完好，专人负责保养维护，班班交接。

6. 病区内的氧气筒应直立上架固定放置于阴凉处，搬运时避免倾倒撞击，远离火源，勿涂油料，对未用完的和已用完的氧气筒应分别悬挂“满”“空”标记。氧气筒的氧气不可用尽，应至少留有 0.5MPa 余气。使用氧气时告知患者用氧安全及有关注意事项并悬挂《氧气使用记录卡》。

7. 病区内注意防火。消防通道勿堆放杂物，安全门畅通无阻，各种灭火器材和装置应完好无损，护士应掌握灭火器的使用方法，病区内禁止吸烟及使用电炉、酒精炉等。

8. 病区内注意防盗，告知患者及陪护人员妥善保管好贵重物品，发现可疑人员及时上报。

9. 病区内应注意水、电、门窗的安全管理，发现问题

及时上报。

10. 注意病区内情绪不稳定的患者，加强监护，落实值班与交接班制度，有情况及时报告医生，并汇报护士长、科主任、总值班，防止意外发生。

11. 对意识不清、烦躁不安的患者，需加用床栏或根据医嘱酌情使用约束工具并做好知情同意及签名，防止发生坠床、撞伤、抓伤等意外，并加强巡视，确保患者安全。

12. 昏迷、瘫痪、麻醉后 24 小时内有感觉功能障碍的患者、新生儿禁用热水袋；老年、小儿、危重患者慎用热水袋。如果使用，避免热水袋直接接触患者皮肤，应在热水袋外使用双层毛巾包裹，并加强巡视，以防烫伤。

（三）加强护理安全监管

1. 护理质量管理委员会每季度进行全院护理质量检查，节日前进行护理安全质量专项检查，护士长例会反馈并提出整改措施。

2. 护理单元成立护理质量安全管理控制小组，及时发现护理安全隐患并整改。每月、每季度、每年汇总、分析督查出的护理质量安全问题，提出整改措施。护士长每月在护士办公会上反馈督查结果，带领全体护士分析与讨论护理质量安全问题，提出整改措施，达到持续改进。

3. 疑有输液、输血、注射、药物等引起不良后果的医疗事故争议时，当事人及发现者保存相关证据，必要时医患双方应当场对实物进行封存并妥善保管；酌情安抚患者，

避免矛盾激化；向值班医生、护士长报告，及时采取积极有效的救治措施，防止损害后果扩大，尽可能减轻患者的损害程度。护士长及时向护理部报告。

4. 加强病区的设备、仪器管理，每次使用前检查设备性能完好、安全无误方可使用。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《临床护理技术规范（第二版）》
3. 《临床护理实践指南 2011 版》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理质量安全管理 制度	文件编号：HL-ZD-03-011	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-011 护理质量安全管理

一、目的

规范各级护理管理人员护理质量与安全监管，及时发现和整改护理工作中存在的护理质量安全问题，不断提高护理质量，达到护理质量持续改进。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

护理质量安全管理：是指按照护理质量形成的过程和规律，对构成护理质量的各要素进行计划、组织、协调和控制，保证护理工作达到规定的标准和满足服务对象的需要。护理质量安全管理是护理管理的核心，也是护理管理的重要职能。

四、职责

1. 护理部：制定护理质量与安全考评标准，负责护理质量安全管理的督导及监管。

2. 护理质量与安全委员会及下设各督导组：具体实施护理质量督查工作。

3. 科护士长：制订科护士长年度工作计划，对病区护士长进行目标管理考核。督导及监管护理单元护理质量与安全管理工作。

4. 护士长：负责本护理单元护理质量与安全督查工作。

五、内容

（一）建立护理质量监管体系

1. 在分管院长的领导下，护理部实行护理部主任、科护士长、护士长三级质量控制。

2. 护理部成立护理质量与安全委员会，负责全院护理质量与安全的监督与指导工作。

3. 护理质量安全管理委员会下设各项目督导组。负责专项护理质量的督导，监控全院护理质量动态，确保本项目小组各项制度和计划在各护理单元得到贯彻落实。

4. 各项目小组工作职责：

（1）根据相关文件要求，制定本项目小组年工作计划并按计划实施，监控全院护理质量动态，确保本项目小组各项制度和计划在各护理单元得到贯彻落实。

（2）审定本项目小组工作流程和标准，负责对本项目小组质检成员进行培训，以达到质量管理同质化。

（3）每季度进行小组专项质量检查，定期报告质量检查结果并提出改进意见。

(4) 督促各科室管理小组的设立，定期了解各科室本项目小组质量管理活动情况，并提出改进意见。

(5) 每季度组织本项目小组的管理会议，就临床护理质量相关情况进行分析讨论提出整改意见，促进护理质量持续改进。

(6) 定期更新本项目小组护理管理制度、规范、流程、护理常规。

(7) 拟定本项目小组管理中长期规划，实施管理并评价，持续质量管理。

(8) 负责本项目小组的会务工作，做好会议纪要，并按要求进行资料整理归档。

(9) 撰写季度、年度《XX 小组工作报告》并整理归档。

(二) 健全各项护理工作制度、职责、流程，确保各项护理安全管理措施落实到位

1. 确定医院护理质量安全方针和目标，建立质量安全管理指标体系，制定院级质量管理改善目标和控制目标每月进行检测。

2. 认真贯彻护理管理相关法律法规、规章及技术规范标准。检查各项护理规章制度、工作流程及应急预案贯彻落实程度。

3. 审定护理工作流程和标准，负责对各质检小组成员进行培训，以达到质量管理同质化。

4. 制定各项护理质量检查标准并适时修订，定期组织检

查，发现问题及时分析、反馈及整改。

（三）加强护理质量安全监管，形成护理质量安全管理监督长效机制，确保患者护理安全。

1. 严格执行各项护理核心制度，如：护理查对制度，分级护理制度，医嘱执行制度，危重病人抢救及上报制度，值班、交接班制度，护理文件书写制度，消毒隔离制度，患者告知制度等。

2. 护理风险管理组负责调查、讨论分析护理不良事件发生的原因并判定其性质提出处理意见。

3. 临床科室建立质控前移的临床三级质控体系。科室质检小组每周自查，每月总结分析并有记录体现持续改进。护理质量各项目小组每季度督查。

4. 定期召开护理质量与安全管理会议，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全体护士。科室应根据反馈意见进行跟踪整改，以达到持续改进的目的。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 压力性损伤风险评估及 管理制度	文件编号：HL-ZD-03-012	总页数：14
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-012 压力性损伤风险评估及管理制度

一、目的

规范压力性损伤风险、预防管理，准确评估患者发生压力性损伤的风险，落实预防措施，减少压力性损伤的发生；同时对院外带入的压力性损伤做好评估及护理，促进压力性损伤愈合。

二、范围

全院住院患者。

三、定义

1. 压力性损伤：是发生在骨隆突处、医疗器械或其他设备下的皮肤和/或潜在皮下软组织的局部损伤。可表现为表皮完整受损或开放性溃疡，可能会伴疼痛感。损伤是由于强烈和/或长期存在的压力或压力联合剪切力导致。皮下软组织对压力和剪切力的耐受性可能会受到微环境、营养、灌注、合并症以及软组织情况的影响。

2. 医疗器械相关性压力性损伤：是指由于使用用于诊断或治疗的医疗器械而导致的压力性损伤，损伤部位形状与医疗器械形状一致。

3. 粘膜压力性损伤：由于使用医疗器械导致相应部位粘膜出现的压力性损伤。由于这些损伤组织的解剖特点，这一类损伤无法进行分期。

4. 难免性压力性损伤：有些疾病需要限制翻身，或因患者自身一些条件（如严重水肿、恶液质、强迫体位等），现有护理手段难以预防压力性损伤的发生。

四、职责

1. 护理部伤口造口护理专科小组：对压力性损伤高危患者及压力性损伤患者进行监控，并做好分析及反馈。

2. 全体护理人员：正确评估患者，对高危患者予以干预，防止发生压力性损伤；对院外带入压力性损伤患者，及时准确上报，落实压力性损伤护理措施。

五、内容

（一）压力性损伤风险评估

1. 评估对象：压力性损伤高危人群：包括重症、意识/感觉/运动障碍、营养不良、贫血、浮肿、大小便失禁、导管、医源性限制体位以及高龄老人等患者。

2. 新入院成人患者根据《Braden 评估量表》，小儿患者根据《Braden-Q 评估量表》，手术患者根据《Waterlow 评估量表》，2 小时内完成首次评估并记录。

3. 转科及术后患者均需评估 1 次。病情变化（意识改变、需要制动/禁止下床、出现明显脱水/水肿、局部组织持续缺氧等），预示风险增大时随时评估，及时记录。

4. 根据成人及小儿压力性损伤评估量表要求，轻度危险每周评估，中度危险每周评估 ≥ 2 次，高度危险每日评估，极度危险每班评估。无风险每月评估1次，或出院时再评估1次。病情变化随时再评估。

5. 手术患者按照《手术病人压力性损伤评估与预防记录单》评估并落实护理措施。

（二）压力性损伤上报

按照《院内外压力性损伤/难免压力性损伤上报流程》进行上报。

（三）伤口造口护理专科小组每季度对压力性损伤联络员进行理论培训，同时进行压力性损伤护理经验交流等。

（四）压力性损伤的预防

1. 根据患者/患儿皮肤感知觉、潮湿度、活动度、可动性、营养、摩擦力和剪切力、组织灌注与氧合情况进行动态准确评估记录。

2. 评估为高危人群，需给予相关护理措施：如保持床单位及皮肤清洁干燥、局部减压、使用气垫床、至少 Q2h 翻身、营养支持、压力性损伤知识宣教、敷料应用及油剂保护等。

3. 按分级护理要求巡视病房，严格执行交接班制度。

（五）压力性损伤的护理

压力性损伤的分期及处理参照《伤口造口失禁专科护理手册》。

（六）压力性损伤监管

1. 护理部成立伤口造口护理专科小组，每个科室设立一名压力性损伤联络员。

2. 实施压力性损伤会诊制度，组建护理部伤口造口护理专科小组核心成员。

3. 专科小组成员参与制定护理压力性损伤相关制度流程、专科培训、科研工作。

4. 病区护士长/护理组长每日查房确认责任护士预防压力性损伤护理措施的落实情况。

5. 护理单元填写电子《压力性损伤报告表》。需描述压力性损伤的部位、大小、深浅、分期、院外发生还是院内发生。

6. 专科小组成员每季度 1~2 次督查高风险患者护理措施落实情况，根据《压力性损伤管理评价表》进行查检及指导。

7. 会诊要求如下：

(1) 会诊人员：伤口造口护理专科小组核心成员。

(2) 会诊时间：高危、疑难护理患者 24 小时会诊；病情稳定患者 48 小时内完成。

(3) 会诊内容：院内压力性损伤、院外带入 3 期及以上压力性损伤、复杂难愈合压力性损伤、对压力性损伤预防有疑问的高危患者。

(4) 会诊追踪：每周 ≥ 1 次督查压力性损伤预防和处理措施落实情况。

8. 高风险患者的压力性损伤预防及处理

(1) 所有新入院、病情变化时、手术时间 ≥ 4 小时高风险患者需选用合适量表筛查，确认高风险患者后当班责任护士报告病区护士长或组长，病区护士长或组长现场查看确认，制定压力性损伤预防及护理措施并落实。

(2) 24小时内通知伤口造口专科小组质控员现场指导，落实预防措施。

(3) 高风险患者压力性损伤预防管理落实情况督查：科室压力性损伤联络员或护士长每周 ≥ 2 次，专科小组成员每月 ≥ 1 次。

(4) 疑难压力性损伤护理患者报告伤口造口专科小组，申报难免压力性损伤。伤口造口专科成员24小时内会诊，确认护理难点，提出指导意见，判断是否难免。

9. 院内发生压力性损伤的处理

(1) 立即告知主管医生及护士长，并在24小时内电话上报科护长、伤口造口专科小组组长。伤口造口专科小组接到通知后24小时内组织专科成员对患者进行评估，严格审核科室的评估、护理措施，进行定性和确认签名，并给予技术指导。

(2) 病区护士长应组织护士对院内压力性损伤事件进行原因分析、制定整改措施并跟进落实。

(3) 填写《压力性损伤报告表》，在《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》填报护理不良事件。参照质量安全不良事件报告制度进行处理。

10. 院外带入压力性损伤

(1) 医生应在入院记录、病历首页做好相应记录，规定时间内报告。院外带入压力性损伤在 24 小时内上报伤口造口专科小组和科护士长，3 期以上需同时向科主任、管床医生汇报。

(2) 伤口造口专科小组成员和科护士长接到通知后在 48 小时内到病区核查，给予技术指导，并进行定期跟踪。3 期及以上压力性损伤、治疗效果欠佳者，需请伤口造口专科护士会诊，与科主任、主管医生、护士长共同讨论治疗方案，必要时请专科医生，协助处理。

11. 《压力性损伤报告表》存档

责任护士在患者出院当天填写完整《压力性损伤报告表》，每季度上交伤口造口专科小组。伤口造口专科小组对上报的压力性损伤报告表及相关资料，进行统计分析，汇总后交护理部存档。

12. 难免性压力性损伤申报条件

患者有骨盆骨折、偏瘫、高位截瘫、昏迷、生命体征不稳定、心力衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、医嘱严格限制翻身等强迫体位者为基本条件，同时伴有大小便失禁、高度水肿、极度消瘦 3 项中的 1 项或 1 项以上为难免压力性损伤的

申报条件。

13. 伤口造口护理专科小组督查全院护理单元院外及院内发生压力性损伤有无季度、年度总结、分析及整改并对全院压力性损伤管理进行总结、分析，提出整改意见并汇报。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《现代伤口与肠造口临床护理实践》
3. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

1. 压力性损伤风险评估与工作流程

责任人	评估流程	简要说明
管床责任护士	患者入院、转科、手术	<p>1. 防压力性损伤工具：气垫床、翻身枕、液体敷料、减压敷料、U型垫、啫喱垫等。</p> <p>2. 评估频率：低度风险每周评估；中度风险每三天评估；高度风险每天评估；极度高危每班评估。</p> <p>3. 高度风险及以上者，应班班交接。</p> <p>4. 效果评价：未发生，将“压力性损伤风险评估护理单”随病历归档；发生压力性损伤，按压力性损伤处理报告流程处理。</p>
管床责任护士	根据量表评估	
管床责任护士	无风险	
管床责任护士	有风险	
管床责任护士	据风险等级报告、预警	
管床责任护士	落实预防措施并记录	
管床责任护士	动态评估	
管床责任护士	效果评价	
管床责任护士	“压力性损伤风险评估护理单”随病历归档	

2. 院内压力性损伤上报流程

责任人	上报流程	简要说明
<p>管床责任护士</p> <p>压力性损伤小组</p> <p>压力性损伤小组</p> <p>管床责任护士</p> <p>压力性损伤小组</p> <p>管床责任护士</p> <p>病区压力性损伤联络员</p>	<pre> graph TD A([患者发生院内压力性损伤]) --> B[24小时内上报, 伤口造口 专科小组定性会诊] B --> C[制定护理措施] C --> D[责任护士落实护理措施] D --> E[专科小组定期跟踪] E --> F[病人治愈、出院或死亡时, 病区 填写压力性损伤转归] F --> G[压力性损伤报告表按时上交 专科小组质量分析] G --> H([压力性损伤报告表 上交护理部存档]) </pre>	<p>1. 患者发生院内压力性损伤, 发现人告知护士长、主管医生。</p> <p>2. 责任护士评估压力性损伤, 确定分期, 去除诱发因素, 及时与患者及家属沟通, 填写《压力损伤报告表》, 病区护长核查并签名。</p> <p>3. 24h内电话上报压力性损伤小组组长、科护长, 在《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》填报护理不良事件, 科护长组织全科护士讨论, 分析原因, 提出改进措施并实施。</p> <p>4. 病区联络员、护士长监控压力性损伤处理与转归, 特殊情况及时向专科小组会诊人员汇报。</p>

3. 院外压力性损伤上报流程

责任人	上报流程	简要说明
<p>管床责任护士</p> <p>管床责任护士</p> <p>管床责任护士</p> <p>科护长/专科小组成员</p> <p>专科小组成员</p> <p>管床责任护士</p> <p>病区压力性损伤联络员</p>	<pre> graph TD A([患者外院带入压力性损伤]) --> B[报告护长、主管医生] B --> C[责任护士确定分期，填写《压力损伤报告表》] C --> D[科护长/专科小组成员到病区核实并签名] D --> E[制定护理措施、定期跟踪] E --> F[病人治愈、出院或死亡时，病区填写压力性损伤转归] F --> G[压力性损伤报告表按时上交专科小组质量分析] G --> H([压力性损伤报告表上交护理部存档]) </pre>	<p>1. 患者带入院外压力性损伤，发现人告知护士长、主管医生，与患者及家属做好沟通，做好记录和交接班。</p> <p>2. 责任护士评估压力性损伤，确定分期，填写《压力损伤报告表》。</p> <p>3. 病区护长核查并签名，3期及以上压力性损伤报告科主任、管床医生。</p> <p>4. 科护长/伤口造口小组成员到病区核查并签名。</p> <p>5. 3期或以上、治疗效果欠佳的压力性损伤，造口专科护士/专科医生会诊和定期跟踪。</p>

4. 难免压力性损伤申报流程

责任人	申报流程	简要说明
<p>管床责任护士</p> <p>管床责任护士</p> <p>管床责任护士</p> <p>科护长、 伤口造口小组成员</p> <p>护士长/组长 责任护士</p> <p>病区压力性损伤联络员</p>	<pre> graph TD A([高风险压力性损伤患者]) --> B[确定符合难免压力性损伤申报条件] B --> C[病区填写《难免压力性损伤申报表》] C --> D[科护长、伤口造口专科小组成员 24 小时内核查] D --> E[评估并制定诊疗措施，预防压力性损伤] E --> F[《难免压力性损伤申报表》，填写转归] F --> G([每季度上交护理部存档]) </pre>	<p>1. 高风险压力性损伤患者发生压力性损伤时，管床责任护士对患者进行评估，符合难免压力性损伤申报条件，填写难免压力性损伤申报表。</p> <p>2. 在《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》填报护理不良事件。</p>

5. 压力性损伤院内护理会诊流程

责任人	会诊流程	简要说明
管床责任护士	<pre> graph TD Start([院内、院外带入3期及以上、 复杂难愈合压力性损伤患者]) --> Step1[填写护理会诊单] Step1 --> Step2[压力性损伤小组 成员会诊] Step2 --> Step3[评估并制定诊疗措施 预防、处理压力性损伤] Step3 --> Step4[记录会诊指导意见] Step4 --> Step5[每季度≥1次督查、指导、 评估压力性损伤进展情况] Step5 --> Step6[动态调整措施] Step6 --> End([详细记录压力性 损伤转归]) </pre>	院内压力性损伤/ 院外带入压力性损伤 (3期及以上)/复杂 难愈合压力性损伤/高 危病人不知如何预防 时填写护理会诊单。
压力性损伤小组		
管床责任护士		

附件：1. 《Braden 压力性损伤危险评估告知单》，详见护理文书系统。

2. 《Braden-Q 压力性损伤危险评估告知单》，详见护理文书系统。

3. 《新生儿压力性损伤危险评估记录单》，详见护理文书系统。

4. 《手术病人压力性损伤评估与预防记录单》，详见手麻系统。

附件 5

压力性损伤报告表

科室:	床号:	姓名:	年龄:	性别:	住院号:
入院时间: 年 月 日 时	上报时间: 年 月 日 时	诊断:			
压力性损伤来源: 1、院外带入: <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 养老院 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 其他地方 2、院内发生: <input type="checkbox"/> 科内 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 其它科室: 发生原因: <input type="checkbox"/> 受压 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 大便失禁 <input type="checkbox"/> 小便失禁 <input type="checkbox"/> 术中受压 <input type="checkbox"/> 疾病因素 <input type="checkbox"/> 其它: 风险评分: 发现人: 责任护士: 护士长:					
部 位	大小 (长*宽* 深)	分期	基底评估(4分法) (例: ① 25% ③ 75%)	压力性损伤分期	基底 组织 类型
A 枕后: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>				①1期 压之不褪色红斑 ②2期 损伤至表皮/真皮层 ③3期 全皮层缺失, 皮下组织暴露 ④4期 全皮肤缺失, 肌肉、肌腱或骨骼暴露 ⑤不可分期 全层皮肤和组织缺失, 不能确认组织损伤程度 ⑥深部组织损伤 持续的指压不变白深红色、栗色或紫色, 或呈现黑	① 坏死组织 ② 焦痂 ③ 腐肉 ④ 肉芽组织 ⑤ 无颗粒肉芽组织 ⑥ 上皮
B 耳廓: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
C 肩胛: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
D 肘部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
E 碗部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
F 髌部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
G 骶部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
H 臀部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
I 膝部: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
J 外踝: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
K 内踝: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
L 足跟: 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>					
M 其他:					
特殊情况描述:					
目前措施: <input type="checkbox"/> 有效体位 <input type="checkbox"/> 气垫床 <input type="checkbox"/> 减压垫 <input type="checkbox"/> 湿性敷料 <input type="checkbox"/> 清创换药 <input type="checkbox"/> 营养支持 <input type="checkbox"/> 其他:					
措施适当: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ; 建议: 措施落实: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ; 建议: 护理部分管主任签名: 情况属实: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ; 科护长签名: 院内难免性压力性损伤: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ; 压力性损伤小组签名: 年 月 日					
动态及转归	日期:	科室:	治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/>	签名:	
	日期:	科室:	治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/>	签名:	
	日期:	科室:	治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/>	签名:	
新增说明:					

附件 7

压力性损伤风险管理查检表

基本信息				评估			护理措施							签名	
受检日期	班次	责任护士	组别/查检患者总数	新入院/病情变化高风险者评估及时、准确	评估项目准确	根据风险程度病情变化评估	合理选择减压器具	床单整洁、平整	体位合理	医疗器械使用安全	管道固定合理	落实健康教育	营养支持	责任护士	质控者

☆备注：

1. 该查检表适用于压力性损伤高风险患者质控检查，病区护士长/科护士长每周全区质控≥2次，专科小组压力性损伤质控员每周全区质控≥1次。
2. 压力性损伤风险管理落实率=落实项目数/（查检总项目数-不适用项目数）*100%；落实√ 未落实× 不适用-）。

 茂名市人民医院 茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 临床护理教学管理制度	文件编号：HL-ZD-03-013	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2005/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-013 临床护理教学管理制度

一、目的

规范临床教学管理，提高教学质量。

二、范围

有临床带教的护理单元。

三、定义

护理教育者根据一定的教育目的、教育内容，运用护理教学工具，对护理学生实施教学的过程。

四、职责

1. 护理部：负责对来院实习的护理学生资格审核与管理，安排教学轮转表，留存相关档案资料。

2. 护理教育科研管理委员会：负责岗前教育与护理学生中期座谈，根据教学大纲、教学轮转表进行教学质量督查并留存资料。

3. 护理单元：制订并落实本专科临床带教计划，完成学生的学习考核和鉴定。

4. 护理学生：严格遵守有关制度，完成教学计划。

五、内容

1. 各科室带教工作由护士长负责，并纳入护士长的考核内容。

2. 各科室选派的带教老师，本科专业工作三年以上，必须具备良好的职业道德、丰富的临床带教经验、扎实的理论水平，要求带教老师相对固定。

3. 护理学生进入实习科室，带教老师首先详细介绍科室环境、物品放置、布局特点等，同时集中组织学生学习各项规章制度，了解护士职责，掌握各班工作程序。

4. 护理学生必须安排正常白班、早晚班、夜班，以保证每班都轮到，确保完成实习内容。

5. 带教老师必须规范示教各项治疗、护理操作技能，并将操作前对患者的解释安慰，三查八对，操作中对患者的体贴、关心，操作后对患者的妥善安置，交代注意事项等贯穿到每项操作过程中。操作带教分三步骤：

(1) 老师操作，边讲边做。

(2) 老师与学生一起做。

(3) 学生操作，老师看，做到放手不放眼。

6. 护理学生要主动参加科室组织的护理教学查房，并做好查房记录。在内科和外科均需书写个案护理，由带教老师负责修改后，交给护士长或教学组长审阅。

7. 出科前带教老师和护理学生进行评教评学。出科 3 天内 OA 上交学生评价表至护理部。

8. 根据学校实习大纲的有关理论知识、技能操作的内容，对带教老师教学工作具体要求如下：

（1）带教老师一般每周讲课一次，讲课前必须认真备课，准备好讲稿及教案，每次讲课时间 20—30 分钟。

（2）实习生出科前需进行专科理论知识考试（以试卷的方式），不合格者，及时补考。

（3）在临床科室实习出科前，按计划合理安排考核 1 项护理技术操作，不合格者，及时补考。

（4）常规操作技能，无论转到哪个科室，带教老师对每项操作必须认真示范、讲解。专科操作技能，根据各科具有的项目，认真示范讲解。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 临床护理带教老师准入制度	文件编号：HL-ZD-01-014	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-014 临床护理带教老师准入制度

一、目的

提高临床护理带教质量和水平，做好带教老师的管理工作，落实带教老师的综合考核评价。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

临床护理带教老师是指担任临床护理带教工作的注册护士。

四、职责

1. 护理部：负责对全院担任临床护理带教工作的注册护士的资格审核与管理，留存相关档案资料。

2. 护士长：负责本护理单元担任临床护理带教工作的注册护士的学习考核和评价。

五、内容

（一）临床护理带教老师学历及职称要求

1. 本科实习护士带教老师：临床带教老师具备护师以上技术职称，全日制大专以上学历（含大专），且在本专科工作 5 年以

上者。

2. 大中专实习护士带教老师：临床带教老师具备护师以上技术职称，或具备大专以上学历（含大专）的注册护士，在本专科工作3年以上者。

（二）临床护理带教老师素质要求

1. 专业思想牢固、工作认真负责，具有良好的工作态度和职业行为，能为人师表。

2. 热爱带教工作，具有较强的教学意识，有较高的理论水平和熟练的操作水平，考试成绩在科室名列前茅，临床经验丰富。

3. 关心爱护实习同学，并有一定的组织及管理能力，能严格要求学生。

4. 有较好的沟通技巧，较强的语言表达能力和教学能力，熟悉PPT制作及护理个案书写，能胜任本专科的授课任务和临床带教。

（三）临床护理带教老师培训要求及考核评价

完成临床护理带教老师培训及专科护理教学课程，由护理部、片区护士长、护士长及带教组长组织相关理论、专业技术及带教能力考核，考核达标后方可申报临床护理带教老师资格。

（四）临床护理带教老师职责

1. 以身作则，有救死扶伤、全心全意为人民服务的思想，具有良好的医德医风和一定的带教水平。

2. 加强实习生的政治思想教育，培养实习生热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，树立全心全意为人民服务，为人民健康事业奉献的好思想、好作风。

3. 经常关心和了解实习生的思想状态，工作表现，服务态度，组织纪律及日常生活，学习情况，并听取其他老师及病友的反应，发现问题及时进行帮助教育，使实习生能圆满地完成实习任务。

4. 培养实习生的临床工作能力，认真抓好查房，病案分析，病历及各项医疗文件的书写等环节。

5. 培养实习生独立工作能力，带教老师应创造条件让他们多接触病人，给他们“压担子”，使之逐步树立职业责任感。

6. 在技术操作上要具体指导，严格训练，正规准确。凡实习生参加各项操作，带教老师都应放手不放眼。

7. 根据实习大纲计划及要求，加强督促检查，尽量满足实习大纲要求，对达不到实习大纲要求的内容，应尽量创造条件，完成教学任务。

8. 各科实习结束后，带教老师应根据实习生平时表现，及时实事求是填写实习鉴定。

(五) 护理临床带教老师资格审核具体方法

各护理单元认真对照任职条件如实申报，并填报《茂名市人民医院护理临床带教老师申请表》、《茂名市人民医院临床护理带教老师汇总表》发送到护理部专职人员 OA，经护

理部审核后，获得带教聘书的护理人员方可从事临床护理带教工作。

六、参考文件

《关于开展 2020-2022 年护理临床带教老师资格审核确认工作的通知》（2020-05-28 于护理部 OA 发布）

七、流程图

带教老师准入流程

责任人	准入流程	简要说明
注册护士 科室护士长 护理部	<pre> graph TD A([本人申请]) --> B[科室护士长考核评价] B --> C([护理部综合考核评价]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注册护士填报《茂名市人民医院护理临床带教老师申请表》。 2. 科室护士长考核评价，填报《茂名市人民医院科室护理临床护理带教老师汇总表》。 3. 护理部审核评价。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 护理示教室管理制度	文件编号：HL-ZD-01-015	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-015 护理示教室管理制度

一、目的

保证护理示教室环境整洁、物品摆放有序，保障安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：安排专人负责管理。
2. 示教室管理人员：熟悉示范项目所需器材，并妥善保存、保养、维护、及维修。

五、内容

1. 使用者需提前预约，管理人员按照预约先后安排，使用者需遵守预约时间，计划外各种活动需使用教室，未经批准，不得擅自使用。

2. 使用者需做到保持示教室内安静、整洁，不大声喧哗，不携带火种，不随意挪动室内一切设施。保证示教室仪器、设备、器材等按要求放置，整洁有序。

3. 示教室设备用物不外借，不得私自拿走。爱护教学设施、操作模型及器材，如人为损坏或遗失，按医院相关规定赔偿。不浪费操作练习使用的耗材。

4. 进示教室上课，均需服从示教室管理人员的安排，遵守示教室纪律。

5. 使用示教室后必须清扫干净，物品归原位，摆放整齐，确保始终处于完好备用状态，离开前关闭电源开关，锁好门窗，做好安全规范工作。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理实习生/进修生 请假管理制度	文件编号：HL-ZD-01-017	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-017 护理实习生/进修生请假管理制度

一、目的

规范护理实习生/进修生请假、休假程序。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

护理实习生/进修生是指来我院实习、见习的护生和见习、进修学习的外院护士。

四、职责

1. 护理部：负责对全院护理实习生/进修生请假、休假的审批与管理，留存相关档案资料。

2. 护士长：负责对本护理单元护理实习生/进修生请假、休假的审核，上报护理部备案。

五、内容

(一) 病假

护理实习生/进修生请病假，个人先填好请假三联单，必须有医院保健科诊断证明才能休假，否则按旷工处理，请假期满后归院要销假。病假三天内由所在科室审批备案，3天及

以上除科室批准外，再送护理部审批。病假一天补实习一天。提供虚假病假单或非正规医院病假单按旷工处理。

（二）事假

特殊情况请事假，需书面申请，护理实习生2天内由护理部审批，3天及以上经学校发公函同意；进修生请事假须进修生单位发公函同意，护理部批准后方可离院。否则视为旷工，并告知学校或原单位。护理实习生事假一天补实习一天。

（三）见工假

仅供护理实习生外出见工、入职体检办手续时使用，每人限假5天。必须先由护理部签名同意再由护长安排。在实习期间两周以内的实习科室，限请假一天，实习四周以内的限请假两天，到省外见工酌情一次可请5天见工假。

（四）试工假/转实习点

提供其他医院的试工通知，交学校同意审批，学校发同意来函，交给护理部审批同意后，再交给科室护长安排，方可离院。试工期间一切责任学生自负。试工假最多两次，合计不超过两周（包括休息日）。一般情况下不允许转实习点，特殊情况需学校来函，经护理部审批终止本院实习。

（五）公假

学校/单位有公事需回去办理，须有学校/单位发来公函，注明时间与事由，经护理部同意后方可离院。

（六）旷工

无故不上班/上课，迟到/早退/擅自离岗超过半小时当旷

工，实习期间旷工，科室立即报告护理部，护理部告知学校，无故旷工五十学时（一周）且屡教不改者，将退回原学校处理。

（七）丧假、献血假、节日假

参照本院职工的假期管理规定执行。

以上各种假期影响注册所需的实习专科时间，需要补实习。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理进修生的管理制度	文件编号：HL-ZD-01-018	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-018 护理进修生的管理制度

一、目的

严格审核护理进修生的进修资格，加强对护理进修生的管理。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

护理进修生是指来我院见习、进修学习的外院护士。

四、职责

1. 护理部：负责对来院进修学习的护理进修生的资格审核与管理，安排教学轮转表，留存相关档案资料。

2. 护理部教学管理组：负责对护理进修生的教学质量进行督查并留存资料。

3. 护理单元：制订并落实护理进修生的专科临床带教计划，完成进修生的学习考核和鉴定。

五、内容

1. 来院进修护士必须持有护士执业证书，经护理部审批

同意后办理进修手续。如有特殊情况需提前或延期报到进修者，需事先联系我单位并同意，否则作自动放弃进修处理；凡预计进修期间有重要事情，如结婚、生育等请勿联系进修。

2. 进修学习的科室、项目、内容，必须以进修申请表填写内容为准，不得随意更改要求。各带教科室根据专科特点，制定护理进修人员带教计划，采取导师制，一对一带教。

3. 进修期间护理进修生应自觉遵守所在科室、部门规章制度和操作规程等，服从护理部和护士长安排，在带教老师指导下完成科室相应岗位的工作。

4. 进修期间护理进修生不能经常请假、缺席，自行要求提前结束时，必须与进修单位协商，取得同意。为此不能如期完成进修计划应由本人承担，并不予作进修鉴定。

5. 适时、适宜安排护理进修生参加本院各项业务活动、教学查房及科室新技术、新业务观摩学习。

6. 在进修期间发生的医疗不良事件，由当事人与带教老师共同承担责任。并按我院《护理不良事件管理制度》处理，由护理部告知原单位。

7. 不得擅自取走院内医疗护理有关信息、资料及标本，违反者，终止进修并追究赔偿。凡损坏医疗器械、资料等，一律按本院规定赔偿。

8. 进修期间请假按相应的请假管理制度执行。

9. 进修结束前一周，填写《进修申请、鉴定表》，未办妥离院手续，不发鉴定表，进修3个月以上方可发放结业证

书。

10. 护理部教学管理组定期检查进修生教学工作，征求进修人员临床带教意见并持续质量改进。

六、参考文件

《护理人员来院进修指南》

七、流程图

（见下页）

护理进修生管理流程

责任人	管理流程	简要说明
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 茂名市人民医院官网下载并填写《茂名市人民医院护理人员进修申请、鉴定表》。 </div>	<p>1. 进修相关资料寄送地址：茂名市为民路 101 号茂名市人民医院，护理部联系电话：0668-2922648。</p> <p>2. 如有特殊情况需提前或延期报到进修者，需事先联系我单位并同意，否则作自动放弃进修处理；凡预计进修期间有重要事情，如结婚、生育等请勿联系进修。</p> <p>3. 进修结束前 1 周，填写《进修申请、鉴定表》，进修科室对进修学员考核评分、签写出科鉴定。</p> <p>4. 进修 3 个月以上方可发放结业证书。</p>
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 单位填写选派意见，加盖公章，将《进修申请、鉴定表》、单位介绍函、身份证、执业证书、资格证书、学历证书复印件（加盖公章），于进修前 1 个月寄或送我院护理部。 </div>	
护理部	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 进修申请被确认后，由护理部通知进修生所在单位的进修管理部门。 </div>	
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 接到进修报到通知后，持单位介绍函、身份证、执业证书、资格证书、学历证书原件及七天内核酸检测纸质报告（必要时）在规定时间内到护理部办理进修手续。 </div>	
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 持护理部出具的进修费用收取通知，到财务科交纳进修费（医联体及对口扶持单位，按相关规定处理）。 </div>	
护理部	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 护理部安排到进修科室报到 </div>	
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 填写《进修申请、鉴定表》 </div>	
护理进修生	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 离院前 1 天，持填写好的《进修申请、鉴定表》到护理部办理进修结业证书 </div>	
护理部	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 整理护理进修生相关资料存档 </div>	

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 护理人员业务学习制度	文件编号：HL-ZD-01-019	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-019 护理人员业务学习制度

一、目的

规范全院护理人员的业务培训与考核，提高职业素养与临床综合工作能力。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：每年做好全院护士不同系列业务学习计划，包括护理管理、核心制度、专科护理、带教培训等。

2. 科护士长、病区护士长：每月有计划地组织护理人员进行业务学习。

五、内容

1. 护理部、片区每月组织一次及以上业务学习，病区每月组织业务学习二次。

2. 护理部、片区、科室组织的业务学习实行签到，保留学习记录。科室设立业务学习登记本，每次的业务学习必须

有学习时间、地点、主讲人、参加人员、学习主要内容等记录。

3. 护理部每半年组织护士进行三基理论知识考试。每季度进行一次护理技能抽查考核。

4. 片区、病区按要求对护士技术操作进行抽查，记录。

5. 建立不同层级护士核心能力手册，记录护士学习与考核过程，护士业务学习参与情况与考核成绩纳入绩效考核。

6. 护理部每季度检查护士业务学习与操作技能培训效果。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small>	文件编号：HL-ZD-02-020	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-020 护理人员外出学习管理制度

一、目的

规范护理人员外出学习的管理，根据各专科的特点，护理部每年按计划分期、分批选送优秀护理人员外出进修、培训及学习，培养专科护理骨干及管理人才，不断提高护理水平，推动学科发展。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：负责护理人员外出学习的资格审查和审批。
2. 护理单元：严格选拔护理人员外出学习，培养专科人才。

五、内容

(一) 护士申请外出学习条件

1. 护士外出学习 1 个月以内者，要求具有护理专科及以上学历，护师及以上职称，从事护理工作 ≥ 3 年。工作积极

优秀，护理骨干可协助护士长进行科室管理，近两年没有发生责任性不良事件、服务投诉、三基考试不合格等。

2. 护士外出学习 1 个月以上者，要求具有护理大专及以上学历，护师及以上职称，从事护理工作 ≥ 5 年；本科以上学历者从事护理工作 ≥ 3 年。工作积极优秀，护理骨干可协助护士长进行科室管理，近两年没有发生责任性不良事件、服务投诉、三基考试不合格等。以第一作者在护理核心期刊发表学术论文 1 篇；同等条件下主持护理科研 ≥ 1 项或以第一作者在护理核心期刊发表学术论文 2 篇以上者予优先考虑。

3. 参加专科护士学习的人员，需符合护理专科护士管理制度条件。

4. 优秀护理管理护士长，工作积极、绩效考核优秀，近两年科室没有发生责任性不良事件、服务投诉等。

（二）外出学习次数要求

1. 科室护士外出学习次数：护理人员每年可外出参加省内学术活动 1 次，省外 1 次，外出参加比赛次数不计。

2. 护士长外出学习次数：护士长每年可外出参加省内学术活动 2 次，省外 1 次，外出参加比赛次数不计。

3. 境外学习次数：优秀护士长、护理骨干每年可外出参加一次。

（三）审批程序

各专科选送人员外出学习需逐级 OA 申报，本人申请，经科室护士长、科主任同意，申请表上交片区护士长审核，提前一周 OA 提交护理部审批。

（四）护理人员外出学习管理要求

凡外出学习者，外出学习 2 周前，需要提交学习计划，明确学习目的及学习内容。学习期满 2 周内提交 2000 字以上学习总结并逐级上交护理部，介绍学习收获，并结合医院护理实际情况提出改进建议及工作开展设想和计划。6 个月后及 1 年后提交工作提升总结报告及成效。

（五）护士长应对本病区外出学习人员作好统筹安排，保证正常的护理工作不受影响。护士长外出学习期间，指定具体人员负责病区的管理工作，并上报护理部备案。

（六）外出进修或学习的活动经费及待遇按照医院有关规定执行。

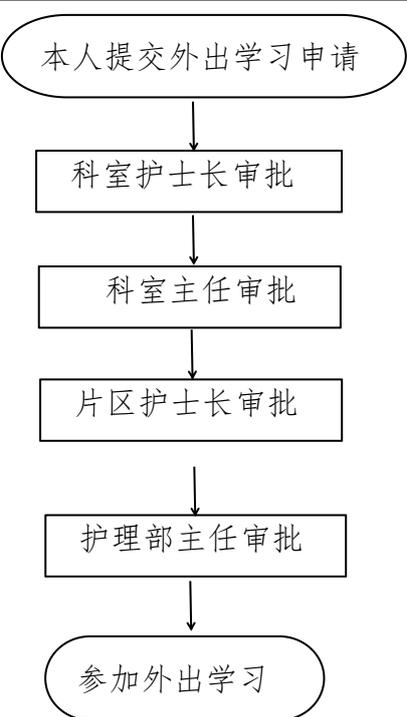
六、参考文件

无

七、流程图

（见下页）

护理人员外出学习审批流程

责任人	审批流程	简要说明
全院护士 科室护士长 科室主任 片区护士长 护理部主任	 <pre> graph TD A([本人提交外出学习申请]) --> B[科室护士长审批] B --> C[科室主任审批] C --> D[片区护士长审批] D --> E[护理部主任审批] E --> F([参加外出学习]) </pre>	1. 护士要认真对照护士外出学习条件，符合条件方可提出申请。 2. 科室护士长严格审核护士外出学习的资格和次数。 3. 护士外出学习须逐级 OA 申报且获得同意，方可参加外出学习。 4. 凡外出学习者，按要求在限定时间内提交学习计划、学习总结工作提升总结报告及成效。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 护理病例讨论制度	文件编号：HL-ZD-01-021	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-021 护理病例讨论制度

一、目的

分析、讨论、解决患者的护理问题，提高护士分析、解决问题的临床实践能力。

二、范围

全院临床护理单元疑难、重大抢救、特殊、罕见、死亡等病例。

三、定义

护理病例讨论是指由护士长、护理组长或高级责任护士主持，召集有关护理人员对护理有困难或护理效果不明显的病例进行讨论，通过护理讨论，尽快地明确护理问题，确定下一步合理的护理方案及措施，保证病人得到及时有效的高质量的护理。

四、职责

1. 护理部：负责全院护理病例讨论组织与工作落实。
2. 护士长：负责本护理单元护理病例的讨论及组织护理人员参加全院护理病例讨论。
3. 护士：参加全院、护理单元护理病例讨论。

五、内容

（一）讨论方法

护理部或科室定期或不定期举行，形式采用科内或数个相关科室联合举行。

（二）讨论要求

1. 讨论前明确目的，护士长或分管床位的护士准备好病人及相关资料，检索相关文献。通知相关人员参加，做好发言准备。

2. 讨论会由护理部或护士长主持，管床护士汇报病人存在的护理问题、护理措施及效果，提出需要解决的问题。参加人员充分发表意见进行讨论，讨论结束后由主持人进行总结。

3. 病例讨论后针对患者具体病情确定护理方案并实施，责任护士每日向护长汇报病情及护理情况，及时发现护理过程中的问题，及时调整护理方案。护士长负责检查督促（督查）护理方案落实情况，并评估实施效果。

4. 对科内讨论不能明确护理方案的病例，护长应上报科护长，由科护长组织相关科室联合会诊，或请院外相关护理专家会诊。

（三）讨论重点

1. 重大抢救、特殊病例。根据面临的疑难、特殊问题及时分析、讨论、提出护理方案，及时解决问题，提高护理技术水平。

2. 讨论疑难、死亡病例。结合病人情况，总结病人情况，总结护理实践的成功经验，找出不足之处，不断提高护理实践能力。

3. 病例讨论应做好记录，讨论资料归于业务技术管理档案中。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 临床护士分层级管理制度	文件编号：HL-ZD-02-022	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/03/14	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-022 临床护士分层级管理制度

一、目的

落实护理人员分层次使用，实现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

是指根据护理人员的能级，实行分层级管理，履行岗位职责，给予相应待遇，确保护理质量。

四、职责

1. 护理科研教育小组：负责本制度的编写、修订，晋升 N3 级及以上护士能级认证工作。
2. 护理人员：严格执行本制度。

五、内容

1. 临床护理岗位护理人员能级分为四档六个技术层级，实行专科护士（N5）、高级责任护士（N3、N4）、初级责任护士（N1、N2）、新入职护士（N0）分层级管理。

2. 各层级护士的任职资格根据工作岗位、年限、学历、技术职称等综合能力择优上岗。

3. 根据患者人数、病情、护理难度、技术要求，对护士进行分层级排班，以满足基础护理、专科护理等需求。

4. 不同层级护士的待遇与岗位能力、风险责任、工作量相匹配。

5. 专科护士岗位设置在相关临床专科。N5 级不超过科室护理人数 5%，N4 级不超过 20%，N3 级不超过 30%，未满比例的层级人数可匀到下一层级，即 N3 级及以上不超过 55%。N1、N2 级人数不限，根据护士实际能力评定。

6. 各护理单元应设责任组长，原则上由 N4 级及以上护士中遴选，科室受人力局限，组长也可从 N3 级高级责任护士中遴选。门诊、供应室、内镜室、体检中心、医技科室护理岗位不设置 N4 级及以上层级。

7. 层级认证程序

(1) 新毕业护士按晋级程序逐层晋级。在完成该层级的培训手册，且科室认定合格后，3 年内完成规范化培训。

(2) 跨系统调科护士经转入/调入科室，从 N0 开始晋级，N0 至 N2 级护士层级认证由科室护士长负责考核，晋升 N3 级及以上按照 OA 流程申请晋级，由护理科研教育小组审核。

(3) 病区每年 12 月对各层级护士培训进行年度评价，评价不达标的予降一级层级。

(4) 每年 1 月完成晋级工作。

(5) N3 级及以上层级每 3 年复评一次，复评需完成该层级手册，由护理科研教育小组完成该层级复评，复评不合格者降级聘用。

(6) 评审周期内需按照要求完成医院及科室的工作及培训要求。

六、参考文献

1. 《卫生部关于实施医院护士岗位管理的指导意见（卫医政发[2012]30 号）》

2. 《广东省医疗卫生机构护士（助产士）岗位管理指导意见（粤卫函[2013]936 号）》

七、流程图

无

附件

护理人员层级认定要求

护士层级	层级要求	学历	职称	工作年限	教育训练
N5	具备 N5 级资质，经过专科护士能力培训，能独立承担专科护理门诊，具有高级护理实践能力，经省级及以上专科护理发展委员会获得专科护士资质认证	本科及以上	副主任护师及以上	从事护理工作 10 年以上，从事本专科 5 年及以上	接受省级及以上专科护理发展委员会获得专科护士资质认证；完成 N5 级进阶教育
	具备 N5 级资质	本科及以上	副主任护师及以上	从事护理工作 15 年及以上，从事本专科 8 年及以上	完成 N5 级进阶教育
N4	具备 N4 级资质，并完成 N4 级岗位培训并考核合格	本科及以上	主管护师及以上	N3 岗位工作 3 年以上	完成 N4 级进阶教育
N3	具备 N3 级资质，并完成 N3 级岗位培训并考核合格	本科及以上	主管护师及以上	5 年以上	完成 N3 级进阶教育
N2	具备 N2 级资质，并完成 N2 级岗位培训并考核合格	大专及以上	护师及以上	3 年以上	完成 N2 级进阶教育
N1	取得护士执业证书（注册），完成 N1 岗位培训并考核合格	大专及以上	护士及以上	3 个月以上	4-24 个月完成 N1 级进阶教育 第 3 年完成 N2 级进阶教育
N0	新毕业护士及新转岗护士，完成岗前培训并通过考核	大专及以上	护士及以上（注册或未注册）	<3 个月	岗前培训

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 专科护士培养与管理制度	文件编号：HL-ZD-02-023	总页数：8
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2020/02/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-023 专科护士培养与管理制度

一、目的

促进专科护理发展，提高护理质量。

二、范围

全院护理单元以及取得国家、省级、特殊岗位专科护士资质证书的护士。

三、定义

专科护士是指经过国家、省级专科护士培训，获得专科护士资格证或经过特殊护理单元（如急诊、ICU、EICU、麻醉恢复室、产房、新生儿、血液净化中心、手术室、消毒供应中心等）的专业培训，经考核合格取得院内护理单元特殊岗位资质认证的我院在职护士。

四、职责

1. 护理部：负责选送护士参加国家、省级专科护士培训。负责对院内特殊岗位护理单元专科护士资质进行审核与认证。对护理单元合理使用专科护士进行指导。

2. 护理单元：负责国家、省级专科护士初选上报工作以及本护理单元特殊岗位护士资质培训和考核。合理使用专科

护士。

3. 护士：遵守培训与考核规章制度，完成培训与考核，开展临床护理工作。

五、内容

（一）申报专科护士培训的条件

1. 基础条件

（1）全日制护理专科毕业本专业临床工作 5 年及以上。

（2）本科毕业本专业临床工作 3 年及以上并取得学士学位。

（3）护理研究生毕业本专业临床工作 1 年以上（符合医院人事科签约要求）。

（4）本专科临床护理工作满五年以上，并获聘护师及以上专业技术资格。

（5）身心健康，年龄在 35 周岁以下。

2. 素质条件

（1）良好的个人品质和职业道德，细致严谨的工作作风，乐于奉献的精神。

（2）良好的语言表达能力和文字写作能力。

（3）熟悉本专科护理理论及技能，指导护士临床护理工作。

（4）较强的组织协调和管理才能，有一定的科研、教学能力。

（5）护士长及以上管理者除外。

3. 科室学习及工作表现条件

(1) 近两年担任临床带教 1-3 个月/年，没有带教任务除外。

(2) 近两年绩效考核平均分在科室中位数以上。

(3) 核心能力培训手册按计划按时落实。

(4) 工作积极，可协助护士长进行科室管理，近两年没有发生责任性不良事件、服务投诉等。

4. 申报流程

(1) 符合以上条件者，本人自愿提出书面申请。

(2) 护士长、科室主任推荐，科护士长同意。

(3) 护理部科护士长会议讨论通过；本人签订学习协议书。

(二) 获得专科培训证书的兼职专科护士管理及要求

1. 立足于本专科，要求在所学专科的相关科室，原则上不可转变专科。

2. 服从护士长工作安排，参与科室的正常排班，担任高级责任护士。

3. 每年制定专科工作计划，护士长根据其工作计划给予支持。

4. 建立专科护理小组，组织科内外护士开展专科工作。

5. 护士长根据专科工作开展情况，适当安排时间给专科护士开展专科查房及专科技术指导、工作坊等，专科护士每月参加由护士长组织的疑难病例护理查房。

6. 积极开展护理科研，不断积累个案，总结经验撰写论文。

7. 每年一次专科工作汇报，护士长、科护士长及护理部逐级对专科护士进行考核。

8. 优先外派参加本专业领域学术交流学习。

（三）专科护士的管理及工作职责

1. 专科护士的管理

（1）专科护士立足于本专科，要求在所学专业的相关科室工作，不可转变专业。

（2）专科护士需服从护士长工作安排，与护士长密切合作，参与科室专业发展的相关管理。

（3）专科护士属业务人员，负责专科领域的业务技术指导工作。

（4）每年外派参加本专业领域学术交流学习一次。

2. 专科护士的工作职责

（1）参与科室正常排班，担任高级责任护士或专科组长职责，直接分管本专业的危重病人。

（2）开展循证护理，建立本专科护理工作标准、指引、流程及制度。

（3）为全院提供专科护理会诊，开展专科疑难病例护理查房、工作坊、专科培训及专科技术指导等工作。条件成熟的专科按医院相关规定申请开设专科护理门诊。

（4）每季度统计工作量并提交（见附件），分析及评

价本专科护理质量指标，针对存在问题，提出持续改进的建议并牵头落实。

(5) 推动本专科科、教、研发展，了解国内外专科护理发展动态，组织专科护理继续教育项目或参加专科学术会议。积极申报专科护理科研，总结经验发表专科学术论文。

(6) 积极开展护理新业务、新技术及新方法，促进护理新技术的应用与推广，研发并申请专利。

(7) 每年制定专科工作计划及进行工作总结汇报。

六、参考文件

《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

附件 1

茂名市人民医院专科护士工作量统计表			
科室：		姓名：	专科：
序号	工作量	数量	备注
1	专科门诊例数		
2	延续性护理次数		
3	专科三级敏感指标数（分项列出）		
4	上传个案次数		
5	论文数		
6	专利数		
7	科研数		
8	护理会诊次数		
9	工作坊次数		
10	护理查房数		
11	授课数		
12	制定专业流程		
13	解决疑难护理问题数		
备注：每个季度填表，次月 3 号前发送至护理部干事 OA。			

附件 2

茂名市人民医院专科护士核心能力评价表

专科护士姓名:

专科:

评价人:

评价日期:

评价项目	评价内容	评分				得分
		优	良	中	差	
高级 临床 实践 能力 45%	担任高责护士 (≥90 天/年)	5	4	3	2	
	直接分管本专业的危重病人 (≥8 例/年)	5	4	3	2	
	组织或主持专科护理查房/疑难病例讨论 (≥1 次/月)	5	3	2	0	
	护理会诊 (≥4 次/年)	4	3	2	1-0	
	解决专业疑难问题 (≥3 次/年)	5	4	3	1-0	
	完成个案护理 (≥3 例/年)	9	6	3	0	
	开展专科健康教育讲座 (≥1 次/月)	3	2	1	0	
	开展公益科普义诊活动 (≥1 次/年)	3	2	1	0	
	参加专科护理门诊出诊服务或延续性护理服务 (≥1 次/月)	6	4	2	1-0	
专业 发展 能力 25%	专科带教 (≥120 天/年)	4	3	2	0	
	院内专科授课 (≥2 次/年)	4	4	2	0	
	参加市级以上继续教育项目授课或学术会议授课 (≥1 次/年)	4	3	2	1-0	
	护理新技术应用与推广、发明专利 (≥1 项/年)	5	4	3	1-0	
	发表论文/参编著作 (≥1 篇/年)	4	3	2	1-0	
主持科研立项 (≥1 项/两年)	4	3	2	1-0		
管理 能力 20%	制定和修订本专科护理工作标准、指引、流程、护理质量评价标准及紧急应变工作计划 (1 次/年)	5	4	2	1-0	
	组织/参与专科护理小组活动 (≥1 次/年)	3	2	1	0	
	参与专科护理质量查检与分析 (1 次/季度)	3	2	1	0	
	对护理安全风险有一定的识别能力, 能提出建设性的意见 (1 次/季度)	3	2	1	0	
	与多学科合作, 促进本专科护理质量发展 (≥1 次/年)	3	2	1	0	
	开展护理工作坊 (≥1 项/年)	3	3	1	0	

人文素养 10%	遵守法律、法规，具有专业道德责任及慎独精神，符合伦理要求	3	2	1	0	
	贯彻团队的核心价值观及目标，建立一个有助病人痊愈或康复的环境和团队文化	3	2	1	0	
	具有良好的沟通协调能力	4	3	2	1	
		100	合计得分			
总体评价： ≥90分为优秀， 80-89分为合格， <80分为不合格。						

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理新技术新项目准入制度	文件编号：HL-ZD-03-024	总页数：8
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-024 护理新技术新项目准入制度

一、目的

1. 医院遵循科学、安全、先进、合法以及符合社会伦理的原则，鼓励研究、开发和应用国内外先进护理技术。

2. 在医院医疗技术管理制度的框架内建立护理新技术新项目（以下简称“护理新技术”）准入管理体制和申报、准入流程，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章制度、诊疗规范和常规，未经批准的不得开展。

3. 加强护理新技术新项目临床应用准入管理，保障护理质量。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

（一）护理新技术新项目是指在我院范围内首次应用于临床护理的方法、措施，包括侵入性及非侵入性的。

（二）根据安全性、科学性、有效性及符合伦理的原则，将护理新技术分为三类进行管理。

1. 技术革新类：护理人员在临床护理工作中为提高护理质量、保证病人安全、提高工作效率和提高病人满意度等对护理技术、护理设备、护理用具、护理用物进行创新和改进项目。在临床护理工作中应用，且收到良好的效果。

2. 护理管理类：护理人员通过创新护理管理工具、管理方法和管理理论，提升临床护理质量安全、护理教学、服务、成本控制等效果显著。

3. 专业领域拓宽：专科护理、循证护理、护理管理、护理经济学（成本控制）、护理教育、护理信息化建设、康复与预防保健护理、护患关系、健康教育等。

四、职责

1. 护理部：负责护理新技术临床应用日常管理工作。

2. 护理技术临床应用管理委员会：负责护理新技术审核工作。护理新技术新项目临床应用管理相关制度的修订以及管理过程中出现的争议性问题，分析、裁决工作由护理技术临床应用管理委员会统筹开展。

3. 医学伦理委员会：负责对护理新技术以及存在医学伦理问题技术的临床应用进行伦理审查。

4. 科室护士长：负责对拟开展护理新技术的讨论、上报、应用、管理等工作。

五、内容

（一）护理新技术新项目开展的基本要求

1. 新技术新项目临床应用应当遵循科学、安全、规范、

有效、经济、符合伦理的原则。

2. 医院和科室具备与拟开展新技术新项目相适应的设备、设施和其他辅助条件。

3. 新技术新项目的项目主持人为在本院注册的护士、能够胜任该护理新技术新项目在临床应用的专业人员。

4. 符合医院学术与医学伦理委员会相关规定要求。

（二）护理新技术新项目申报与审批

1. 申报

（1）申报程序：填写《茂名市人民医院护理新技术、新项目临床应用申报书》，经科室护士长、科主任签字后上报护理部。多学科联合开展的护理新技术由牵头科室或主要负责科室进行申报。

（2）申报材料：《茂名市人民医院护理新技术、新项目临床应用申报书》；项目合法性的相关证明材料；使用新设备、耗材、试剂的证照批文等；新技术、新项目的技术规范、操作规程、规章制度、相关操作人员职责范围及相应的监督机制；新技术、新项目管理小组成员的职务、职称、科室、专业、相关研究业绩、分工及职责、联系电话等；

2. 审核

（1）申报材料齐全，由护理部根据申报项目的内容，将其分别送给 3 或 5 位相关学科的专家评审。

（2）评审专家须出具书面评审意见交护理部。护理部每半年提交护理技术临床应用管理委员会讨论，对项目的先

进性、科学性、安全性、实用性、社会效益等进行审核，委员对是否同意新技术新项目开展进行表决，其中函审需要超过委员会 2/3 人数同意为通过；会议表决需超过应到会委员人数半数为通过审核。

(3) 报请医院医学伦理委员会就是否符合伦理进行审核。

3. 答辩

若所申请的护理新技术较为复杂，必要时召开护理技术临床应用管理委员会专题会议或进行现场答辩，并将讨论意见反馈科室。

4. 书面回复

对于科室所提出的护理新技术准入申请，无论批准与否，护理部均予以书面答复，说明理由或注意事项。

5. 因急救或其他特殊情况需要紧急使用护理新技术时，由护理部报请护理技术临床应用管理委员会主任委员快速审批同意后施行，两个工作日内重新组织进行委员会审查。

(三) 护理新技术临床应用管理

1. 护理部负责全院护理新技术管理和评价，建立医院护理新技术管理档案，对护理新技术开展情况进行检查、督导、改进、总结。

2. 病区护士长是本科室护理新技术临床应用第一责任人，应建立有效的护理新技术临床应用管理机制，掌握护理新技术临床应用进展情况，督促技术负责人建立完整的技术

档案。完整的技术档案内容包括：申报、审批材料，实施过程中遇到的问题及解决办法，调整或修改原方案的情况，工作进度、阶段报告及上级审批意见等。科室负责人和护理新技术实施人应及时发现护理新技术风险，采取相应措施，避免或减少相关医疗性损害。

3. 在护理新技术临床应用过程中，应充分尊重患者的知情权和选择权，及时进行护理告知和知情同意。

4. 护理新技术试用期、报告制度及转化为常规技术程序：

（1）试用期：第三类新技术新项目的临床试用期为 3 年；第二类和第一类新技术新项目中为侵入性的技术临床试用期为 2 年，非侵入性技术临床试用期为 1 年。

（2）报告制度：试用期间，科室自准予开展护理新技术之日起满半年后，对护理新技术新项目实施情况进行评估，并将《茂名市人民医院护理新技术临床应用期满半年报告表》、《茂名市人民医院护理新项目应用半年期满报告表》、《茂名市人民医院护理新技术临床应用期满 1 年报告表》、《茂名市人民医院护理新技术、新项目具体收治病例报告表》上报护理部。

（3）转化为常规技术程序：试用期满后，向护理技术临床应用管理委员会提交《茂名市人民医院护理新技术、新项目试用期总结暨转化常规技术申请报告》。护理技术临床应用管理委员会进行技术评估。安全性和有效性确切的护理

新技术转为常规护理技术；技术尚未成熟、安全性和有效性有待进一步观察的可以延期；技术存在缺陷，符合技术应用停止条件的应予以停止临床应用。

（四）奖罚措施

1. 护理新技术新项目的临床应用和管理将作为护理评先评优加分项目之一。

2. 护理技术临床应用管理委员会会定期对护理新技术新项目进行评比，对获奖的科室及个人进行奖励。

3. 处罚

（1）未经批准擅自开展护理新技术，一经发现立即责令停止开展此项护理新技术，若造成不良后果的科室或个人，按照《医疗技术临床应用管理办法》给予处罚。

（2）经批准开展护理新技术新项目，但未严格遵守技术规范、操作规程、规章制度并造成不良后果的科室或个人，责令当事科室立即更正整改。

六、参考文件

1. 《医疗技术临床应用管理办法》
2. 《广东省卫生健康委员会关于医疗技术临床应用管理的实施细则（试行）》（粤卫规〔2019〕10号）
3. 《茂名市人民医院医疗新技术新项目临床应用管理办法》（茂人医字〔2019〕48号）

七、流程图

护理新技术新项目审批流程图

责任人	审批流程	简要说明
技术项目负责人 科室护士长 科室主任 片区护士长 物价科负责人 设备科负责人 评审专家 医学伦理委员会负责人 护理部负责人	<pre> graph TD A([填写《茂名市人民医院护理新技术、新项目临床应用申报书》]) --> B[护士长审批] B --> C[科主任审批] C --> D[科护士长审批] D --> E[物价科审批] E --> F[设备科审批] F --> G[护理部组织专家审批] G --> H[现场答辩] H --> I[送医院医学伦理委员会审核] I --> J([主任委员审批结论，护理部予书面答复科室]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 技术项目负责人填写《茂名市人民医院护理新技术、新项目临床应用申报书》。 2. 提交项目合法性的相关材料，由物价科和设备科审批，包括使用新设备、耗材、试剂的证照批文等；新技术、新项目的技术规范、操作规程、规章制度、相关操作人员职责范围及相应的监督机制等。 3. 护理部将项目申报内容报送给3~5位相关学科的专家评审；评审专家须出具书面评审意见交护理部。 4. 若所申请的护理新技术较为复杂，必要时召开护理技术临床应用管理委员会专题会议或进行现场答辩。 5. 护理部每半年提交护理技术临床应用管理委员会讨论，委员对是否同意新技术新项目开展进行表决，其中函审需要超过委员会2/3人数同意为通过；会议表决需超过应到会委员人数半数为通过审核。 6. 报请医院医学伦理委员会就是否符合伦理进行审核。

附件：1. 《茂名市人民医院护理新技术、新项目临床应用申报书》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

2. 《茂名市人民医院护理新技术临床应用期满半年报告表》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

3. 《茂名市人民医院护理新项目应用半年期满报告表》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

4. 《茂名市人民医院护理新技术临床应用期满 1 年报告表》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

5. 《茂名市人民医院护理新技术、新项目具体收治病例报告表》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

6. 《茂名市人民医院护理新技术、新项目试用期总结暨转化常规技术申请报告》，详见医院 OA 办公系统护理部流程管理。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理科研管理制度	文件编号：HL-ZD-04-025	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2005/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：4版

HL-025 护理科研管理制度

一、目的

激发护理人员敢于创新，提高护理科研水平。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

护士教育与科研委员会：负责制订护理科研计划，组织审查护理科研题目及设计、鉴定护理科研成果，并推广使用。

五、内容

1. 护理部应建立护理科研管理组织体系及相关制度，并妥善保存护理科研管理工作原始档案资料。
2. 定期调研全院护理人员科研情况，有计划进行科研知识培训。
3. 选拔临床科研护士，协助收集、统计有关科研资料。
4. 定期组织指导护理科研课题的立项、申报。

5. 每年年底统计全院护士护理论文发表数量，制作论文集。对发表期刊的质量进行分类。

6. 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。

7. 凡属科研资料，包括论文、录像、录音、幻灯片、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。

8. 定期召开护士教育与科研委员会会议进行小结，总结成功经验，建立相关制度、规范和相关标准。

9. 科研经费的申请：由项目申请人提交项目标书(申请书)，交护理教育与科研委员会评审，再交护理部主任批准，最后提交科教科，并做好科研经费使用计划。

10. 护理论文完成要求：护师以上人员每年完成学术论文一篇以上，各科室收集。发表学术论文遵循科教科流程及制度。

六、参考文件

《茂名市人民医院临床研究经费管理制度》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理突发事件报告制度	文件编号：HL-ZD-02-026	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-026 护理突发事件报告制度

一、目的

及时掌控突发事件信息，及时有效地协调，将突发事件的危害影响降至最低，及时消除事故。

二、范围

本制度适用于医院内发生的异常护理事件。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：负责建立有效的突发事件上报流程，保证信息上报及时、有效及保密。

2. 全院护理人员：在护理活动中必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、诊疗护理常规、医院各种规章制度，严格履行各自的岗位职责并遵守护理服务职业道德。

五、内容

1. 发生突发公共卫生事件或病区出现意外情况（发生不良事件）时，护士长或值班护士，立即报告科主任，同时按

医院规定，口头或电话向医院总值班室、护理部、医务科、保卫科、院办公室等职能部门报告，必要时书面报告。

2. 突发公共卫生事件报告内容：报告意外事件发生的时间、地点、人数、主要经过及目前采取的应急措施、联系方式等。

3. 病人出现意外情况的报告内容：报告科室、床号、病人姓名、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，平时做好突发事件的应急预案，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、有序地运转，最大限度地保护病人的安全，将突发事件的负面影响降到最低程度。

六、参考文件

《中国医院质量管理团体标准》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理技术档案管理制度	文件编号：HL-ZD-04-027	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2005/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：4版

HL-027 护理技术档案管理制度

一、目的

规范护理技术档案管理。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

护理技术档案是医院护理人员的护理活动记录资料。

四、职责

护理部：统一登记、保管护理人员德、勤、能、绩的考核记录资料。

五、内容

(一) 护理技术档案的管理

1. 继续教育登记表是护理人员技术档案内容之一，应按规定认真、如实、按时登记学分，审核学分完成情况并反馈。

2. 档案管理人员必须加强责任心，及时登记各项内容，字迹清楚端正，不得随意涂改、借阅。

3. 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。档案管理人员对现存档案经常检查，发现破损及时修补完整。

4. 护理部指定专人负责资料收集、登记和保管工作包括录像、幻灯、照片等应分类妥善保管。

5. 保存方式：纸质版和电子版分类妥善保管。做好备份，防止破坏，防止丢失。

（二）护理技术档案内容

1. 护理行政工作档案

（1）护理管理制度、护理人员岗位说明书

（2）各类文件

（3）各种会议记录及查房记录

（4）护理部年度、季度计划与总结

2. 护理业务工作档案

（1）各级护理人员培训档案

（2）护理质量管理资料

（3）护理不良事件相关资料

（4）教学培训管理相关资料

（5）护理科研、论文相关资料

（6）护理活动相关资料：包括技术竞赛、知识竞赛、纪念“5·12”国际护士节情况等。

3. 各级护理人员业务技术档案

内容包括护士的一般资料（姓名、年龄、婚否、性别、家庭住址和电话号码、亲属姓名和联系电话、学历、职称、职务、毕业学校、毕业时间、执业注册、业务培训、业务技术考核情况、科研成果、学术论文、奖惩及晋升材料等）、护士年度评价资料、继续教育情况及一些特殊情况记录。

六、参考文件

1. 《护士条例》
2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》
3. 国家卫计委《关于加强临床护理工作的通知》等相关文件
4. 国家卫计委《实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30号）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理人员绩效考核制度	文件编号：HL-ZD-03-028	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-028 护理人员绩效考核制度

一、目的

实行优劳优得，多劳多得原则，体现绩效向高风险、高工作量岗位倾斜，激发及提高各级护理人员的工作积极性。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

护理绩效考评就是考核和评价护理人员工作效果、效率、效益。

四、职责

1. 护理部：制定护理质量绩效考核总原则。每季度护理督导组对护理单元质量督查作为护理单元绩效考核依据。

2. 护士长：根据护理部绩效考核总原则制定本护理单元绩效考核细则，每月对护理人员综合评价及考核。

3. 护士：按照《护理质量考核标准》、《星级护理服务评价标准》与层级护士资质与能级要求，认真落实各项工作。

五、内容

（一）绩效考核原则

1. 护理部制定《护理绩效考核实施方案》《星级护理服务评价标准》。

2. 护理单元根据护理部护理绩效考核实施方案结合实际工作情况制定本护理单元绩效考核具体实施细则。

3. 绩效考核实施方案体现多劳多得、优劳优得的分配原则，考核结果与评优、晋升、薪酬等挂钩。

4. 绩效考核实施方案体现护理工作能力的重要性，实行分层次绩效考核。

5. 绩效考核结合技术职称、工作时间、工作风险、技术难度、工作量及质量等综合评价。

6. 根据住院病人满意度、出院病人随访表扬或批评、医生评价，护士长按《护理绩效考核实施方案》给予加减分。

7. 获得市级以上荣誉或医院“好心护士”者，按照《护理绩效考核实施方案》给予加分。

8. 发表论文，参加全国、省、市级、医院各类比赛获奖者，按照《护理绩效考核实施方案》给予加分。

9. “三基”考核及其他考核的成绩与绩效挂钩。

10. 违反医院规章制度、医疗护理核心制度、诊疗护理规范、经核实为有效投诉，根据《医院投诉管理办法》、《护士岗位考核评价标准》给予扣分。

11. 护士长根据《医院绩效分配方案》《护理绩效考核实施方案》结合科室和护士实际情况，有权对护士绩效分配

方案做出调整。

（二）绩效考核实施方案

1. 按照全院护士现有的职称、工作年限、业务能力等进行绩效考核。

2. 各科室根据护理部制定的绩效考核实施方案，结合本科室实际情况和每人每月总的工作量等，制定本科室绩效考核具体实施方案，特殊情况可临时决定。

3. 科室绩效考核方案体现多劳多得、优劳优得的分配原则，与评优、晋升、薪酬等挂钩。

（三）护理人员薪酬的相关规定：见人事科与财务科有关规定。

（四）护理人员薪酬的具体执行方案：见人事科与财务科有关规定。

（五）注意事项

1. 绩效考核坚持公平、公正等原则。
2. 护理单元成立绩效考核小组（由护士长、两名护士组成），负责绩效考核工作。

六、参考文件

1. 《护理质量考核标准》
2. 《关于护理人员绩效考核实施方案》
3. 《茂名市人民医院三级公立医院科室护理绩效考核指标评分标准》
4. 《茂名市人民医院专业技术岗位内部等级聘用方案

（试行）》

5. 《茂人医党〔2020〕51号_茂名市人民医院投诉管理实施办法（试行）》

6. 《茂人医党〔2021〕69号 茂名市人民医院护理管理人员绩效考核实施方案（试行）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 茂名市人民医院优质护理服务 保障制度	文件编号：HL-ZD-01-029	总页数：7
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-029 茂名市人民医院优质护理服务 保障制度

一、目的

为保证我院优质护理工作顺利进行并落实，夯实基础、专科护理，满足患者需求，提高患者对护理工作的满意度，特制定本制度。

二、范围

全院职能、医技、后勤、临床科室。

三、定义

优质护理：以患者为中心，全面落实责任制整体护理，深化护理专业内涵，提升护理服务水平。

四、职责

1. 各职能部门：严格执行优质护理服务保障制度，配合完成保障任务。

2. 护理部：定期制定、修订优质护理服务保障制度、工作计划与实施方案、优质护理考评激励机制等相关文件制度。督导制度落实，进行分析总结。

3. 护理单元：严格执行优质护理服务保障制度，向上级

反馈意见及问题。

五、内容

（一）保障制度

1. 医院高度重视优质护理服务工作，加强组织领导，成立由分管院长任组长的优质护理服务领导小组，定期组织行政办公会议和院长查房，协调护理相关问题。各科室、各部门要协同配合并由医院办公室跟进，为优质护理服务的推广提供保障措施。

2. “优质护理服务”工程是全院各部门共同参与的工作，各职能科室、医技科室、后勤保障科室等树立为临床一线服务意识，按照岗位职责做好服务。

3. 护理部每年制定开展“优质护理服务”工作计划与实施方案。

4. 完善医院支持系统，各科室、部门协同配合，为开展优质护理服务提供各种保障，尽可能减少护士从事非护理工作。

5. 将优质护理服务保障工作纳入医院绩效考核中。

6. 严格执行我院优质护理考评激励机制。

7. 修订完善优质护理服务工作制度，规范及标准，并认真落实。

8. 护理部定期收集整理各优质护理服务单元反馈的意见和建议，并研究整改。

（二）优质护理服务保障措施

为保证我院优质护理服务工作顺利进行并落实到位，需要院领导及各部门的大力支持和帮助。各部门具体保障任务分解如下：

1. 院办、党办

(1) 加大“优质护理服务”工作的宣传力度，倾力营造“优质护理服务”活动氛围，全面提高护理人员的工作积极性和主动参与意识。

(2) 组织召开护理工作专题会议，通过院办公会议及时研究解决护理工作中遇到的问题，总结经验，扎实稳步推进优质护理服务。

(3) 加强各部门之间的组织协调，进一步加大医院支持保障系统对护理工作的投入，将护士还给病人。

(4) 负责协助护理部门及时制作实际工作中所需的各种公示牌及温馨提示牌。

2. 护理部

(1) 按照相关要求保证临床护士配备，合理调整护理人力资源。

(2) 建立和完善护理人员绩效考核制度，调动广大护理人员的积极性。

(3) 保障护士的合法权益。

(4) 督促落实各项支持保障措施。

3. 医务科

(1) 加强临床医生和医技科室的管理，规范医嘱行为。

(2) 加强医师培训，严格落实《综合医院分级护理指导原则》，根据患者病情和生活自理能力评定，开具护理级别医嘱。

(3) 加强医护协作和有效沟通，特殊情况下保证医嘱正确执行。

4. 人事科

(1) 贯彻落实《医疗机构管理条例》、《护士条例》，结合医院实际情况，保证临床护理人员的配备。

(2) 执行国家有关工资、福利待遇规定，加强聘用制护理人员管理和考核，逐步提高聘用护士待遇，使聘用护士和在编护士享受同等晋升、评优、岗位竞聘、进修学习机会，逐渐落实社会保险等福利待遇，稳步实现护理人员同工同酬。

(3) 及时补充护理人员，缓解护理人员不足、业务繁重的现状，稳定和发展护理队伍，保障一线临床护士占全院护士总数的95%以上。

5. 财务科

(1) 认真执行物价部门公布的医疗收费项目、标准，保证患者费用正确无误，患者入出院办理及时、方便、快捷。

(2) 对患者所提出的问题，给予耐心解释。若发现收错费用，及时给予办理退费手续。

(3) 保证优质护理服务病房购买各种设备、物品的资金供应。

(4) 保证护士进修、学习、培训的各项经费开支，做好专科护士培养经费保障。

6. 医技部门（检验、B 超、影像科等）

(1) 为临床各病区提供特殊采集标本用物。

(2) 急危化验、医技检查，接到电话或报告申请单应立即实施。

(3) 医技报告应在规定时间内出具，医技报告（检验科除外）并有专人及时送至病房。

(4) 开辟绿色通道，实行 24 小时值班制，急诊和急危病人优先检查，检查结果立即电话通知临床医生。

(5) 对有疑问的标本检查单应及时与科室沟通，确保准确安全。

(6) 新开展项目及时与护理部协商，对护士进行培训指导。

7. 药剂科

(1) 建立健全各项规章制度，保证配发药品质量合格安全有效。

(2) 严格执行处方调剂操作规程，发出药品准确无误。

(3) 落实基本药物使用制度，临床药师定期查房，指导抗菌药物合理使用。

(4) 定期指导临床科室规范药品管理，保证用药安全。

(5) 逐步实现所有药物下收下送至科室。

8. 后勤保障科

(1) 保证水、电、暖、被服的及时供应和维修，保证“三通”（水通、电通、气通），及时处理“三漏”（漏水、漏电、漏气）。24小时保持电话通畅。

(2) 做好科室物资配送工作，同时增加和更新相关的护理用具设备，满足临床需要。

(3) 建立巡视机制，定时巡视病房，发现问题及时处理，并做好记录。

(4) 负责病房的膳食供应，送饭菜到病房。

(5) 负责与保洁、洗涤公司的联系与监督，加强规范管理，保证医院整体清洁工作正常运行。

9. 器械设备科

(1) 认真执行医疗设备管理各项规章制度，根据科室需要采购合格的医疗用品，仪器设备性能完好。

(2) 定期下科室检修保养各种医疗仪器设备。接到报修信息及时到位，保证医疗设备的供应及正常运行，抢救设备运转良好随时备用。

10. 信息科

(1) 实施“电子护理病历”、自动绘图、检索数据等。

(2) 完善医院信息系统功能，增补护理管理信息模块，为动态实施护理岗位管理提供强有力支持保障。

(3) 及时听取科室合理化建议，电脑操作出现问题，及时排查和维护，满足临床科室需求。

11. 保卫科

- (1) 加强医院安全，保卫、综合治理工作。
- (2) 维护医院员工、病区病人的安全。
- (3) 科室出现安全意外事件，及时到位给予帮助。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 茂名市人民医院优质护理服务 考评激励机制	文件编号：HL-ZD-01-030	总页数：5
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

HL-030 茂名市人民医院优质护理服务 考评激励机制

一、目的

为提高优质护理服务水平，调动一线护士工作热情与积极性，发挥有限护理人力资源的潜力，特制定优质护理考评激励机制。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

优质护理：以患者为中心，全面落实责任制整体护理，深化护理专业内涵，提升护理服务水平。

四、职责

1. 护理部：建立健全考评激励机制，监管机制落实，达到持续改进。

2. 护理单元：严格落实考评激励机制，发现问题及时整改，达到持续改进。

3. 护理人员：落实责任制整体护理，主动为患者提供优质护理服务。

五、内容

（一）建立健全激励机制

1. 建立“岗位公开、定编定岗、动态管理”的用人机制。

（1）实施岗位管理，按照“科学管理、按需设岗、保障患者安全和临床护理质量”的原则，结合岗位工作量、技术难度、专业要求和工作风险等要素，合理设置护理岗位，动态调整护士配置，保障护理质量和患者安全。

（2）根据工作性质、工作任务、责任轻重和技术难度等要素，对不同岗位护士进行分类分级，实施分层管理，使护理人员能力与岗位要求相匹配，促进护士的合理使用与专业发展。

（3）规划护士的职业发展阶梯，为护士搭建事业发展的平台，让护士有更明确的职业发展方向和目标，使其在事业舞台上各展其长，各得其所，更能够体现专业价值、人生价值和社会价值。

2. 建立“责任包干、工效挂钩、二级分配”的绩效分配机制。

（1）健全以岗位职责要求为基础，以品德、能力、业绩为导向的考核标准，在分配机制上向工作量大、技术性强的临床一线护士倾斜，建立更加注重临床护理实践的考核办法。

（2）注重护士的工作业绩、技术能力，将护士护理患者和完成护理工作的数量、质量、技术难度、患者满意度等

要素作为绩效二级分配考核重点，并作为护士薪酬分配、晋升、评优的主要条件，体现多劳多得、优绩优酬、同工同酬。

3. 建立“面向临床、岗位挂钩、资质认定、评定有效、长短结合”的培训机制。

(1) 加强护理管理人员岗位培训，组织护士长开展多种形式的护理管理理论和方法学习，更新管理理念，拓宽思路，改变经验管理模式的盲目性，从被动管理到主动管理，培养护士长科学化、规范化、标准化管理及开拓创新能力，提高护理管理能力和护理管理水平。

(2) 根据护理人员的实际业务水平、岗位工作需要以及职业生涯发展，完善并落实《护士规范化培训计划》《护士分层级培训计划》，有针对性地开展培训工作，增加培训的科学性和实用性，不断提高护士队伍的专业技术水平和服务能力。

(3) 创造条件，为全院护理管理人员、护士提供国内、外学习、培训机会，提高护理人员的学习热情。

(4) 根据临床专科护理领域的工作需要，有计划地培养专业化护理骨干。在重症监护、急诊急救、伤口造口、手术室护理、肿瘤病人护理等专科护理领域开展专业培训、提高护理工作的技术含量。

(二) 激励办法

1. 工作、事业、晋升激励

(1) 实行分层管理。根据护理人员的工作能力、专业

技术水平、工作年限、职称和学历等，划分为护理组长和责任护士，护理不同病情级别的病人，让护士体会到职业价值感。

(2) 协助人事科落实《护士长竞聘上岗》、科室落实《护理组长竞聘上岗》机制，调动广大护理人员的工作积极性，为年轻的护理人员提供展示自我的机会，提供竞争上岗的平台，提高护士的竞争意识、积极参与、主动管理的意识。

2. 培训和发展机会激励

组织工作表现积极的优秀护理管理干部、优秀护士参加各种护理学会组织的培训班学习或选送国内、外知名医院进修、学习，充分调动护士工作积极性。

3. 荣誉、奖励、合理绩效激励

(1) 对工作表现突出的护理工作者，授予五星护士、优秀带教老师、操作能手等荣誉称号，并予精神及适当的物质奖励。

(2) 表彰从事护理工作 30 年的护士，激发护士的工作积极性，形成尊重护士、关爱护士的良好氛围。

(3) 对工作表现突出的护士长授予优秀护士长称号，并予精神及适当的物质奖励。

4. 尊重、情感激励

(1) 护理部、护士长加强与护士的沟通谈心，开展护士工作满意度调查、邮箱、护士座谈会等，征求护士的意见和建议，了解护士的心声和心理变化，造就和谐的护理团队。

(2) 节假日期间进行科室聚餐、旅游等，激发护士的工作热情和兴趣。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理部人员紧急替代制度	文件编号：HL-ZD-01-066	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：唐志忠	版本号：1版

HL-066 护理部人员紧急替代制度

一、目的

为了提高护理部处置紧急突发事件的应急能力，科学、合理调配科室人员，保障科室工作正常运行。现结合科室实际情况，制定护理部人员紧急替代制度。

二、范围

护理部职工。

三、定义

人员紧急替代是指某一岗位减员或工作人员因事休假，或发生突发事件时，紧急启动科内协调机制，通过科内替代，使该岗位工作职责由其他工作人员替代履行，保障护理工作正常有序运行。

四、职责

根据岗位及人员需求，由护理部主任负责紧急替代的启动。工作人员必须认真履行岗位职责，遵守请销假制度，不得迟到、早退、缺勤；上班期间不得离岗、串岗；如有特殊情况，必须经主任同意，并安排人员替代，方可离开。

五、内容

（一）替代方案

1. 人员替代机制实行院、科两级管理。
2. 如遇突发事件，如自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件及其他紧急情况，在岗人员应及时报告副主任，副主任及时向主任上报，同时启动人员替代机制。
3. 科室日常工作的人员替代，当事人有紧急事情或休假时，当事人需向主任或临时负责人报告，安排相应人员替代。

（二）替代程序

1. 科员替代程序

科员若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向科室主任汇报，主任安排相应人员替代其完成相关工作。

2. 科护士长替代程序

科护士长若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向主任汇报，主任安排相应人员替代其完成临时性工作。

3. 副主任替代程序

副主任若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向主任汇报，主任安排相应人员替代其完成临时性工作。

4. 主任替代程序

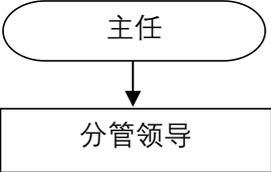
主任若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向分管领导汇报，并安排相应人员替代完成临时应急工作。

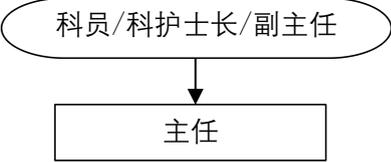
5. 本制度解释权归护理部。

六、参考文件

《茂名市人民医院人员紧急替代制度》

七、流程图

责任部门	科室主任紧急替代流程	简要说明
主任 分管领导	 <pre> graph TD A([主任]) --> B[分管领导] </pre>	主任若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向分管领导汇报，并安排相应人员替代完成临时应急工作。

责任部门	科室人员紧急替代流程	简要说明
科员/科护士长/副主任 主任	 <pre> graph TD A([科员/科护士长/副主任]) --> B[主任] </pre>	科室人员若因事不能准时到岗或休假时，本人需提前向科室主任汇报，主任安排相应人员替代其完成相关工作。

第二节 护理工作核心制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理值班和交接班制度	文件编号：HL-ZD-05-031	总页数：7
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-031 护理值班和交接班制度

一、目的

为使患者的相关医疗照护信息包括患者病情及诊疗护理情况，得以正确地做好交接，并传递给相关照护人员，以确保患者安全并提供有效的连续性医护照顾，特制定本制度。

二、范围

患者从本院接受照护开始，直到患者转院或出院为止，期间如遇患者转换护理单元及行特殊侵入性检查时，均适用本制度。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：结合临床定期修订制度并组织培训考核，将护理值班和交接班制度督查纳入质量考核，定期分析改进。

2. 护理单元：落实护理值班和交接班制度，定期进行自查、分析改进，提供有效的连续性照顾，确保患者安全。

五、内容

1. 病区值班人员需为取得执业资格的护士，非本机构执业护理人员不得单独值班。

2. 各类值班人员有明确的岗位职责、资质和人数的要求。当值人员按照医院统一要求着装上岗，不得私自替换班、擅自离岗。卡班及科室二值人员应在医院指定地点待命，确保通讯畅通。

3. 交班前护士长或组长提前 15 分钟到科室，检查医嘱执行情况和危重患者记录及护理计划落实情况，重点巡视危重患者、术后患者和新入患者，在交班时安排好护理工作。

4. 病区实行 24 小时值班制，每班必须按时交接班，接班者提前 15 分钟到科室，清点交班物品及药品，交接班时要严肃认真，必须做到三清（口头交接班要说清、巡视病人要看清、交接班记录要写清），在接班者未明确交班内容前，交班者不得离开岗位。

5. 交班者必须在交班前尽量完成各项记录及本班各项工作，整理好物品，用后的抢救物品及药品须及时补充，抢救器械保持功能状态。遇有特殊情况，必须做详细交班，与接班者共同做好工作方可离去。

6. 值班者按照分级护理制度及查对制度，按时、准确完成各项治疗和基础护理，做好病人和陪伴人员管理。

7. 值班护士发现患者病情变化、突发事件及时通知值班医师，如发生医疗纠纷汇报护士长，特殊情况下向护士长总

值班报告并做好记录。

8. 病区交接班内容包括：

(1) 住院病人总人数、出入院、转科、转院、分娩、手术、危重、死亡人数，及新入院、危重病人床号，特殊社保病人，住院超过 30 天以上的病人。

(2) 医嘱执行情况，危重患者护理记录，各项检查标本采集完成情况，对尚未完成的工作，应向接班者交代清楚。

(3) 查看重点患者，如新入院患者；手术前后患者；危重患者；特殊检查、特殊治疗、特殊用药、特殊护理患者的病情变化；多重耐药菌感染患者；压疮、跌倒、坠床高风险患者；特殊心理患者的心理情况及安全状态；基础护理完成情况；各种导管固定和通畅情况。

(4) 规定需每班清点交接的常备、贵重的物品及药物；毒、麻、精神药品及抢救药品、器械的数量及技术状态等，并签全名。

(5) 交接班者共同巡视病房是否达到清洁、整齐、安静的要求，病人是否齐全及其活动状态。

(6) 交班中如发现病情、治疗、器械、物品交代不清，应立即查问。接班时如发现问题，应由交班者负责；接班后如因交班不清，发生差错事故或物品遗失，应由接班者负责。

(7) 交班需依循标准化 ISBAR 程序，包括口头或书面的信息沟通，提供促进患者医疗照护方面的连续性信息。

ISBAR 程序是指：I-患者基本信息；S-患者现状、主诉；B-

背景、诊断、既往史；A-患者评估、特殊情况及处理；R-建议及风险管理，并尊重及维护患者隐私。

9. 交接班方式及特殊环节交接班

(1) 医护联合交接班时，应严肃认真地听取夜班报告，要求做到书面、口头、床边交接清楚。

(2) A班、P班、N班下班前均应进行口头及书面交接班，共同巡视病房，床边交接班。

(3) 急诊科危重患者转科：由医务人员护送，确保转运安全，出示患者在急诊开具的病历、入院病历。交接内容包括患者一般资料、病情、生命体征、意识状态、置管情况、皮肤情况、特殊情况等，双方确认无误签名急诊病人院内转运交接记录单后，交班者方可离开。

(4) 门诊、急诊患者与ICU、手术室、病房交接患者：由医务人员护送，确保搬运安全。出示患者在门急诊就诊的病历、入院病历、急诊病人院内转运交接记录单。交接内容包括患者诊断、病情、生命体征、意识状态、皮肤完整情况、出血情况、用药情况、管道情况等，双方确认无误签名患者交接记录单后，交班者方可离开。

(5) 病房与手术室交接患者：病房护士认真查对，做好手术前准备，护送患者至手术室。交接内容包括：科别、床号、姓名、住院号、手腕带、过敏史、手术名称、手术部位及标识、生命体征、意识状态、皮肤完整情况、出血情况、引流管情况、术前检验结果、术前用药、手术医嘱所带物品

（如 CT、X 片）等情况，双方确认无误签名术前病人准备交接记录单后，交班者方可离开。

（6）手术室与病房交接患者：手术后，手术室护士（麻醉医生）护送患者至病房，与病房护士做好床边交接班。交接内容包括：患者床号、姓名、手术名称、出入液量、出血量、管道情况、术中生命体征、皮肤情况，病历本、X 光片、血液制品、药品及物品等，双方确认无误签名术后病人准备交接记录单后，交班者方可离开。

（7）病房与 ICU 交接患者：由病房医务人员负责转送，保证搬运安全。交接内容包括：床号、姓名、年龄、患者病情、意识状态、瞳孔、生命体征、用药情况（输液）、管道情况、出入量、皮肤情况、专科情况及注意事项等，双方确认无误签名转科交接记录单后，交班者方可离开。

（8）病房、急诊科与介入中心交接患者：病房、急诊护士认真查对，做好手术前准备，护送患者至介入中心。交接内容包括：床号、姓名、手术名称、手腕带、生命体征、手术前准备、术前用药等情况，双方确认无误签名术前病人准备交接记录单后，交班者方可离开。

（9）介入中心与病房交接患者：介入治疗后由病房医务人员护送，保证搬运安全。交接内容包括：患者生命体征、术式、穿刺部位、鞘管、肢端血运、出血量、止血方式、意识状态、特殊用药等，双方确认无误签名术后病人准备交接单后可离开。

六、参考文件

1. 《中国医院 JCI 评审实施手册-文件制定管理办法及重要文件汇编》（浙江大学出版）,2016
2. 《JCI 医院评审标准》（第 6 版），IPSG2.2
3. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

- 附件：1. 护士交班报告（ISBAR），详见护理文书系统。
2. 《术前术后病人准备交接记录单》，详见护理文书系统。
 3. 《转科交接记录单》，详见护理文书系统。

附件 4

急诊病人院内转运交接记录单

患者姓名		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄：	入抢救室时间	
诊断					
神经系统	意识： <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 模糊 <input type="checkbox"/> 谵妄或烦躁 <input type="checkbox"/> 昏迷 瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大（左 mm 右 mm） 对光反射：左（ <input type="checkbox"/> 灵敏 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 散大） 右（ <input type="checkbox"/> 灵敏 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 散大）				
循环系统	T: _____℃ HR: _____次/分 BP: _____/_____ mmHg				
呼吸系统	R: _____次/分 血氧: _____%				
已做治疗	<input type="checkbox"/> 吸氧__L/min <input type="checkbox"/> 血糖: __mmol/L <input type="checkbox"/> 洗胃 量: _____ ml 用药情况： <input type="checkbox"/> 静脉通道: _____ <input type="checkbox"/> 肌注: _____ <input type="checkbox"/> 静推: _____ <input type="checkbox"/> 口服: _____ <input type="checkbox"/> 导尿 <input type="checkbox"/> 胃肠减压 <input type="checkbox"/> 夹板固定 <input type="checkbox"/> 颈托固定 <input type="checkbox"/> 心肺复苏 <input type="checkbox"/> 气管插管				
已做检查	<input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> B超 <input type="checkbox"/> X线 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 抽血_____				
伤口情况	<input type="checkbox"/> 未处置 <input type="checkbox"/> 已处置（ <input type="checkbox"/> 包扎 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 清创缝合） TAT: <input type="checkbox"/> 已执行 <input type="checkbox"/> 未执行				
皮肤情况	<input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 潮红 <input type="checkbox"/> 干燥 <input type="checkbox"/> 出血点 <input type="checkbox"/> 压疮 <input type="checkbox"/> 水肿 <input type="checkbox"/> 瘀斑 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 皲裂 <input type="checkbox"/> 水泡 部位: _____				
特殊情况	<input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 吸毒人员 <input type="checkbox"/> 三无人员 <input type="checkbox"/> HIV/MD <input type="checkbox"/> 有纠纷倾向 其他: _____				
转运前评估	<input type="checkbox"/> 医生转运 <input type="checkbox"/> 护士转运 <input type="checkbox"/> 护送队转运				
转运途中记录	转运过程中发生的问题（请于转运完成后填写） <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 呼吸停止 <input type="checkbox"/> 心跳停止 <input type="checkbox"/> 其他_____				
转出科室	急诊科	转出时间		护士签名	
转入科室		交接时间		护士签名	

备注：适用范围：急诊入院、转科的病人。危重病人转运时，同时使用危重症患者转运护理单。

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 分级护理制度	文件编号：HL-ZD-05-032	总页数：5
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：1994/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-032 分级护理制度

一、目的

根据患者病情和生活自理能力（ADL），确定实施不同级别的护理，提升护理质量，保障患者安全。

二、范围

全院住院患者。

三、定义

指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力（ADL），确定并实施不同级别的护理。

四、职责

1. 护理部、医务部：负责制定和修订分级护理制度，并报医疗质量管理委员会审批。监管制度落实情况，分析总结及反馈问题，达持续改进效果。

2. 护理单元：负责监督检查本科室分级护理制度的执行。并进行自查分析、总结及反馈问题，达持续改进效果。

3. 医生：根据护理分级标准开医嘱。并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。

4. 护士：根据医嘱，并以患者病情和生活自理能力为依据，实施不同的护理措施。

五、内容

依据患者病情和自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理四个级别。

（一）特级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一者，可以确定为特级护理。

（1）维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。

（2）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。

（3）各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

2. 护理服务标准

（1）严密观察患者病情变化，监测生命体征，准确记录出入量。

（2）根据医嘱按时完成治疗及用药，并观察患者的反应。

（3）正确实施专科护理，预防并发症。

（4）安全护理措施到位，防止意外事件发生。

（5）严格进行床边交接班。

（6）根据患者的病情，适时进行健康指导。

(7) 满足患者基本生活需要，保持患者清洁、舒适。

(二) 一级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一者，可以确定为一级护理。

- (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) 自理能力需较多帮助（ADL 评分 \leq 40 分）的患者。

2. 护理服务标准

- (1) 每小时巡视患者 1 次，观察患者病情变化。
- (2) 遵照医嘱进行生命体征监测及出入量记录。
- (3) 遵照医嘱按时完成治疗和用药，观察患者反应。
- (4) 正确实施专科护理，预防并发症。
- (5) 做好各种管道的观察与护理。
- (6) 安全护理措施到位，防止意外事件发生。
- (7) 提供与护理相关的健康指导和功能锻炼。
- (8) 根据患者生活自理能力，提供相应护理，满足基本生活需要，保持患者清洁、舒适。

(三) 二级护理

1. 分组依据：符合以下情况之一者，可以确定为二级护理。

- (1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力需要帮助（ADL 评分 60-41 分）的患者。

(2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力需要帮助（ADL 评分 60-41 分）的患者。

(3) 病情稳定或处于康复期，自理能力需较多帮助（ADL 评分 ≤ 40 分）的患者。

2. 护理服务标准

(1) 每两小时巡视患者 1 次，进行病情观察及生活照顾。

(2) 每日测量体温、脉搏、呼吸，每周监测 1 次血压及体重。

(3) 遵医嘱正确实施各种治疗，指导患者正确用药，观察患者反应。

(4) 指导患者进行功能锻炼。

(5) 安全护理措施到位，防止意外事件发生。

(6) 提供与护理相关的健康饮食与康复指导。

(7) 协助患者进行基础护理，保持患者清洁、舒适。

(四) 三级护理

1. 分级依据：

病情稳定或处于康复期，且自理能力基本自理（ADL 评分 > 60 分）或无需帮助（ADL 评分 100 分）的患者。

2. 护理服务标准

(1) 每 3 小时巡视患者 1 次，观察病情变化。

(2) 每日测量体温、脉搏、呼吸，每周监测 1 次血压及体重。

- (3) 遵医嘱正确实施各种治疗，观察患者反应。
- (4) 提供与疾病相关的健康教育与指导。
- (5) 向患者进行安全教育，防止意外事件发生。
- (6) 每日整理床单位。

六、参考文件

- 1. 中华人民共和国卫生行业标准（WS/T431-2013）《护理分级》
- 2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

附件：1. 住院病人日常生活评定量表（ADL），详见护理文书书写系统。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理查对制度	文件编号：HL-ZD-05-033	总页数：16
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-033 护理查对制度

一、目的

确保患者得到正确的治疗和护理，保障患者安全，提高护理品质及患者满意度。抢救、手术时，医生下达口头医嘱，按《医嘱执行制度》执行。

二、范围

医嘱、给药、输血、手术、交接、膳食等环节。

三、定义

查对是指在给药、输血、手术、有创操作、检查及发放饮食前对患者身份以及执行治疗或护理的相关信息的核对。

四、职责

1. 护理部：结合临床定期修订制度并组织培训考核，将护理查对制度督查纳入质量考核，定期分析改进。

2. 护理单元：落实护理查对制度，定期进行自查、分析改进，防止差错事故发生。

3. 护理人员：在执行各项治疗、护理等工作之前，严格执行查对制度，防止差错事故发生。

五、内容

（一）医嘱查对制度

1. 医生录入医嘱，当班护士审核医嘱，对有疑问的医嘱必须核实，详见《医嘱执行制度》，重整医嘱后必须经两人查对。

2. 医嘱需经两人核对后方可执行，执行时落实“三查八对”及身份识别制度，详见《患者身份识别制度》。

3. 抢救患者时医师下达口头医嘱，执行者需大声复诵一遍，得到医生确认后执行。用过的空瓿经两人核对后方可弃之。

4. 护士长每周总查对医嘱二次，护士每天总查对当日医嘱，并在《医嘱查对登记本》上登记并签全名。

（二）给药查对制度

1. 严格执行“三查八对”，三查：操作前、中、后；八对：床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间和用法、用药批号。

2. 易致过敏药物给药前应询问有无该类药物的过敏史，使用前应做过敏试验。

3. 静脉给药

（1）接受 PIVAS 配置的药液：核对输液瓶/袋标签信息，检查输液瓶/袋口有无松动、瓶身/袋有无裂痕，药液有无变质、细小颗粒、混浊等。

（2）病区配药：配药前核对输液瓶/袋标签与输液卡信息一致。检查输液瓶/袋口有无松动、瓶身/袋有无裂痕，同时检查药物、溶媒的有效期，药液有无变质、细小颗粒、混

浊等。配液后检查药液有无混浊、变质。

4. 口服给药

(1) 口服药取回后，经双人核对后执行。

(2) 给药时需带治疗单，若患者提出疑问应及时查对，核实无误后方可执行。

(3) 发药后看患者服下方可离开。

(4) 给予患者治疗时，严格执行《患者身份识别制度》。

(三) 配血与输血查对制度

依据卫生部《临床输血技术规范》的要求，制定交叉配血采集查对制度、取血查对制度、输血查对制度。

1. 交叉配血采集查对制度

(1) 认真核对配血医嘱执行单，交叉配血条形码，输血申请单，患者血型检验单，患者住院所在科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号或 ID 号、手腕带等。

(2) 采血时执行床边双人核对（一名护士值班时，可请值班医师协助），请患者陈述自己的姓名、血型，对无意识患者仔细核对其手腕带信息等。一次采集一人血样，禁止同时取 2 人以上血液标本。

(3) 采血（交叉）后须把条形码贴在试管上，双人及 PDA 核对确认无误后执行，并在配血医嘱执行单及 PDA 完成签名。

(4) 血液标本按要求采足血量，禁止从正在输液肢体的静脉中采血。

(5) 采血时对条形码、输血申请单与患者身份有疑问时，应与主管医生、当值高年资护士重新核对，不能在错误申请单和错误条形码上直接修改，应重新打印。

2. 取血查对制度

(1) 取血前：先评估患者情况、测患者体温，如无不能输血的情况方可到血库取血。

(2) 携带取血单和专用取血箱，取血护士与输血科工作人员双方必须共同查对，“三查八对”内容：

①一查交叉配血报告单。包括：受血者科室、床号、姓名、住院号、血型、血液种类、有无凝集反应。

②二查血袋标签。包括血型、血袋号、血液种类、剂量、血液有效期。

③三查质量。包括血袋有无破损渗漏，血袋内血液有无变色及凝块。

④“八对”内容。包括核对患者姓名、床号、住院号、血袋号、血液制品种类和剂量、血型鉴定和交叉配血试验结果。

(3) 核对无误后，护士与输血科工作人员在配发血报告单及领血登记本上签名。血袋须放入专用取血箱内取回。

3. 输血查对制度

(1) 输血前查对：由两名医护人员逐项核对输血医嘱

执行单、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，血袋内血液有无变色及凝块，血液颜色是否正常。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。

(2) 输血时，由两名医护人员（携带病历及交叉配血单）共同到患者床旁核对床号、姓名、住院号、性别、年龄、血型，确认与配血报告单相符，再次核对检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，准确无误，PDA 核对，用符合标准的输血器进行输血。

(3) 输血前、后用生理盐水冲洗输血管道，两袋血之间用生理盐水冲洗输血器，输血器应至少每 4 小时更换一次。输血期间，密切巡视患者有无输血反应。

(4) 完成输血操作后，再次进行核对医嘱，患者床号、姓名、血型、配血报告单、血袋标签的血型、血袋号，确认无误后双人及 PDA 签名。将交叉配血报告单附在病历中，并将血袋送回输血科（血库）至少保存 1 天。

(四) 手术患者查对制度

1. 接手术患者时，运送人员应携带交接单，认真查对姓名、出生年月日、病区、床号、性别、年龄、病历号、诊断、手术名称、手术部位及携带的药物、影像资料等，逐项核实。

2. 患者接入手术室及手术间，当班护士及巡回护士应再次核对以上信息。

3. 手术/操作前核查 (Time out): 手术开始前进行暂停准备: 术前暂停可解决任何有待解答或解决的问题及疑惑。执行暂停的地点是手术场所, 同时是手术开始前, 要求整个手术小组的参与。由手术主刀医生主持发起, 三方参与核查。严格按照《手术安全三方核查单》和《手术风险评估单》逐项核对, 详见《手术安全核查制度》。

(1) 标记手术部位: 所有的手术部位都要标记, 标记过程需要患者的参与, 由实施手术的人员进行标记, 标记必须清晰可见。小儿及意识不清者应有患者家属参与手术部位标记。

(2) 手术查证程序: 在患者到达术前区域前, 术前查证程序可以准备好各项要素, 例如确保文件、影像、检查结果和病历准备齐全且具有正确标签以及标记手术部位。

4. 查无菌包外的名称、灭菌指示胶带、包内的灭菌指示卡是否合格及手术物品是否齐全。

5. 认真落实物品清点制度, 防止物品遗留体内。凡体腔或深部组织手术, 要在术前、关闭体腔或深部组织前后核对纱垫、纱布、缝针、器械的数目是否与术前相符。

6. 术中用药前应核对姓名、出生年月日、病区、床号、病历号、药名、浓度、剂量、有效期、使用方法、药物过敏试验结果, 检查药品质量并按医嘱正确使用。

7. 术中输血前要求两人核对姓名、出生年月日、病区、床号、病历号、血型、交叉配血试验结果、血袋标签的血型、

血袋编号、采血日期、血液质量等并签名，确保无误。

8. 手术取下的标本，根据医生填写的病理申请单两人核对无误后送检并签名。

9. 术前检查患者皮肤完整性，术毕再次检查有无体位压伤、皮肤烧灼伤等，发现异常及时报告护士长、手术医生，并记录在《手术护理记录单》上。

（五）膳食查对制度

1. 每日查对医嘱后，核对患者床头饮食标志是否正确。查对床号、姓名、饮食种类、量，并向患者宣教治疗膳食的临床意义。

2. 开餐前查对患者饮食种类与床头卡的饮食种类是否相符。

3. 对于禁食患者，床头设醒目标志，告知患者或家属禁食的原因和时限。

4. 因病情限制食物的患者，其家属送来的食物，需经医护人员检查后方可食用。

（六）标本采集查对制度

1. 进行标本采集操作前，请患者陈述自己的姓名，至少同时使用两种身份识别方法，如姓名、住院号。评估影响检验结果的因素：运动、饮食、进食时间、饮酒、吸烟、体温、月经时间等。

2. 标本采集严格遵医嘱执行，医嘱、检验项目条形码逐

项核对。

3. 标本采集时，携带检验单双人及 PDA 核对病人信息、检验项目、标本类型、容器、抗凝剂选择、采集量等，按照正确的标本采集途径、规范操作方法，采集合格的标本。

4. 采集过程中严格执行查对制度，遵守无菌技术操作原则及标准预防措施，以保证检验结果的准确性。

5. 采集后，双人再次核对病人信息、检验项目、标本类型、容器、抗凝剂选择、采集量等，无误后完成签名。

6. 标本采集后应立即送检，不宜放置时间过长，以免影响检验结果，特殊标本需注明采集时间。

（七）注意事项

1. 实行双向核对，要求患者自行说出本人姓名，核查患者住院号，经核对无误后方可执行。

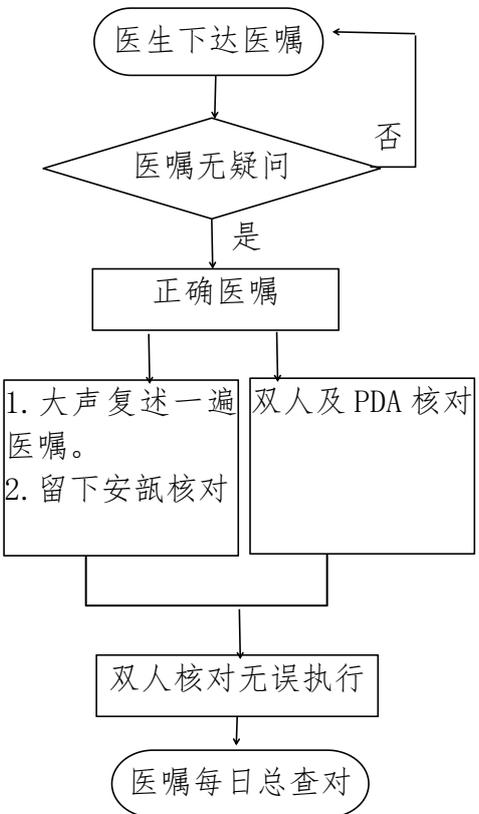
2. 患者身份的确认必须同时至少使用两种身份标识：姓名和住院号。

六、参考文件

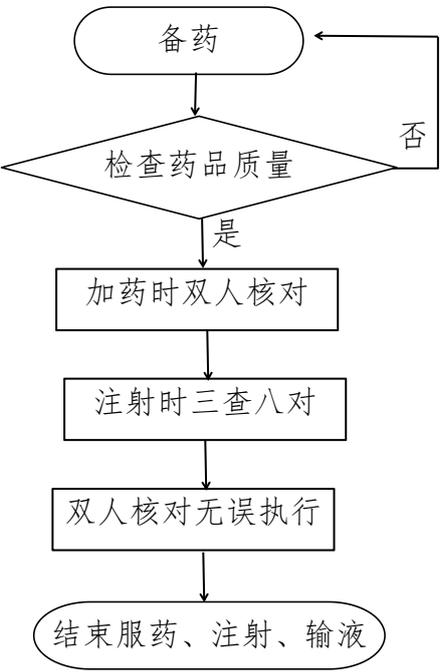
1. 《护士条例》
2. 《护理管理规范（广东省第 4 版）》
3. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》
4. 《临床输血技术规范（卫医发[2000]184 号）》

七、流程图

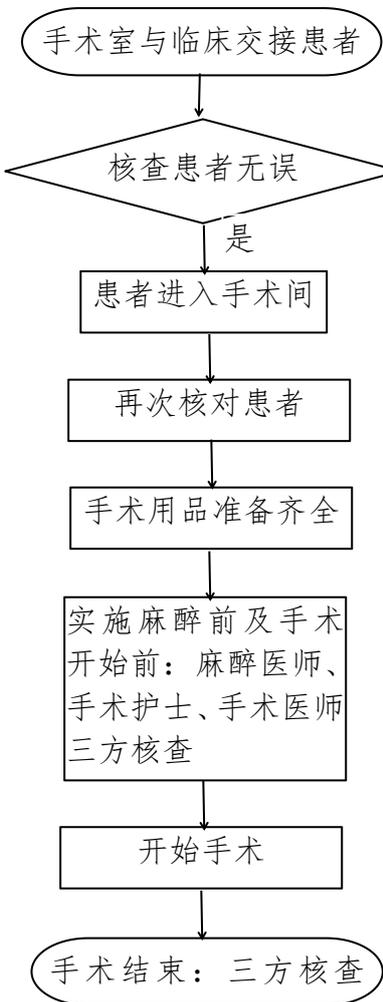
1. 医嘱查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>医生</p> <p>医嘱核对护士</p> <p>医嘱执行护士</p> <p>医嘱总查对护士</p>	 <pre> graph TD A([医生下达医嘱]) --> B{医嘱无疑问} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[正确医嘱] C --> D[1. 大声复述一遍医嘱。] C --> E[双人及 PDA 核对] D --> F[双人核对无误执行] E --> F F --> G([医嘱每日总查对]) </pre>	<p>1. 下达与执行医嘱的人员，必须分别是在本院具有合法执业资质的医师与本院的注册护士，其它人员不得下达与执行医嘱。</p> <p>2. 口头医嘱仅适用于紧急抢救急危重症患者，除紧急抢救急危重症患者外不得使用口头医嘱；护士在执行口头医嘱时，应向下达口头医嘱的医师大声复述至少一遍，双方核对确认无误后方可执行。下达的口头医嘱应由医师在 6 小时内补记。</p>

2. 服药、注射、输液查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>医嘱执行护士</p> <p>医嘱执行护士</p>	 <pre> graph TD A([备药]) --> B{检查药品质量} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[加药时双人核对] C --> D[注射时三查八对] D --> E[双人核对无误执行] E --> F([结束服药、注射、输液]) </pre>	<p>1. 备药前要检查药品质量，水剂、片剂注意有无变质，安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液袋有无漏水；药液有无浑浊和絮状物。过期药品、有效期和批号如不符合要求或标签不清者，不得使用。</p> <p>2. 三查：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置后查；八对：姓名、住院号、药名、剂量、浓度、时间、用法、过敏史。必要时对批号。</p> <p>3. 严格执行床边双人核对制度及《患者身份识别制度》</p>

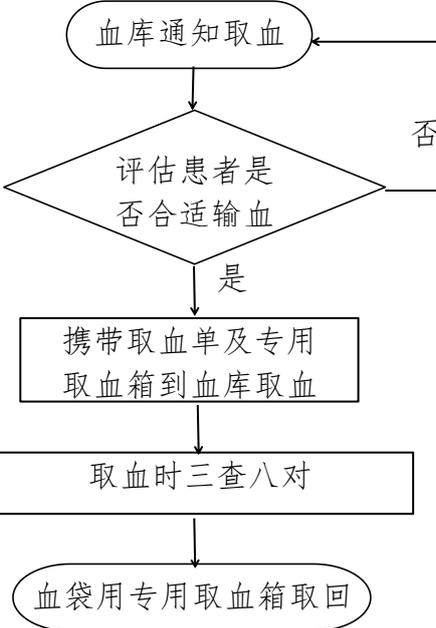
3. 手术患者查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>手术交接护士</p> <p>手术交接护士</p> <p>当班护士及巡回护士</p> <p>麻醉医师、手术护士、手术医师</p> <p>麻醉医师、手术护士、手术医师</p>	 <pre> graph TD A([手术室与临床交接患者]) --> B{核查患者无误} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[患者进入手术间] C --> D[再次核对患者] D --> E[手术用品准备齐全] E --> F[实施麻醉前及手术开始前：麻醉医师、手术护士、手术医师三方核查] F --> G[开始手术] G --> H([手术结束：三方核查]) </pre>	<p>1. 手术室与临床科室间交接患者时，双方确认手术前准备皆已完成，主动邀请患者参与确认。详见《护理值班和交接班制度》。</p> <p>2. 手术/操作前核查（Time-out）：由手术主刀医生主持发起，三方参与核查。严格按照《手术安全核查表》逐项核对，详见《手术安全核查制度》。</p> <p>3. 术前后包内器械及物品数目相符，核对无误后，方可通知手术医师关闭手术切口，严防将异物留于体内。</p> <p>4. 手术取下的标本，根据医生填写的病理申请单两人核对无误后送检并签名。</p> <p>5. 术毕再次检查有无体位压伤、皮肤烧灼伤等，发现异常及时报告护士长、手术医生，并记录在《手术护理记录单》上。</p>

4. 交叉配血采集查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>医生</p> <p>医嘱核对护士</p>	<pre> graph TD A([医生开出交叉配血医嘱]) --> B{核查医嘱} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[采血时床边双人核对] C --> D[采血后贴好条形码, 再次核对] D --> E([送血库备血]) </pre>	<p>1. 采血时执行床边双人核对(一名护士值班时,可请值班医师协助),请患者陈述自己的姓名、血型,对无意识患者仔细核对其手腕带信息等。一次采集一人血样,禁止同时取2人以上血液标本。</p> <p>2. 采血时对条形码、输血申请单与患者身份有疑问时,应与主管医生、当值高年资护士重新核对,不能在错误申请单和错误条形码上直接修改,应重新打印。</p>

5. 取血查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>护士</p> <p>取血护士</p>	 <pre> graph TD A([血库通知取血]) --> B{评估患者是否合适输血} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[携带取血单及专用取血箱到血库取血] C --> D[取血时三查八对] D --> E([血袋用专用取血箱取回]) </pre>	<p>1. 取血“三查八对”：</p> <p>(1) 一查交叉配血报告单。包括：受血者科室、床号、姓名、住院号、血型、血液种类、有无凝集反应。</p> <p>(2) 二查血袋标签。包括血型、血袋号、血液种类、剂量、血液有效期。</p> <p>(3) 三查质量。包括血袋有无破损渗漏，血袋内血液有无变色及凝块。</p> <p>(4) “八对”内容。包括核对患者姓名、床号、住院号、血袋号、血液制品种类和剂量、血型鉴定和交叉配血试验结果。</p>

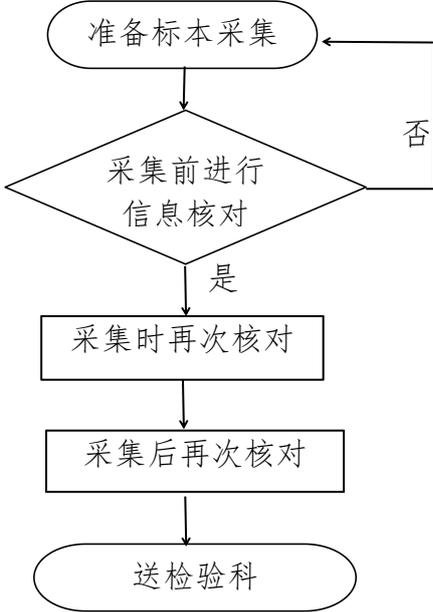
6. 输血查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>当班责任护士</p> <p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([做好输血前准备]) --> B{查对血袋、患者是否正确} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[输血时再次双人核对] C --> D[输血前后用生理盐水冲管] D --> E[输血完毕再次核对] E --> F([血袋送回血库，保存]) </pre>	<p>1. 输血前后查对：核对血袋的质量是否合格，以及患者的身份与血袋一致。</p> <p>2. 输血前、后用生理盐水冲洗输血管道，两袋血之间用生理盐水冲洗输血器，输血器应至少每4小时更换一次。</p> <p>3. 血袋送回输血科（血库）至少保存1天。</p>

7. 饮食查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>当班责任护士</p> <p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([患者饮食医嘱]) --> B{检查饮食医嘱 与床头卡标识 是否一致} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[患者进餐前再次核对] C --> D([进餐]) </pre>	<p>1. 对于禁食患者，床头设醒目标志，告知患者或家属禁食的原因和时限。</p> <p>2. 因病情限制食物的患者，其家属送来的食物，需经医护人员检查后方可食用。</p>

8. 标本采集查对制度流程图

责任人	查对流程	简要说明
<p>当班责任护士</p> <p>当班责任护士</p>	 <pre> graph TD A([准备标本采集]) --> B{采集前进行 信息核对} B -- 否 --> A B -- 是 --> C[采集时再次核对] C --> D[采集后再次核对] D --> E([送检验科]) </pre>	<p>1. 评估影响检验结果的因素：运动、饮食、进食时间、饮酒、吸烟、体温、月经时间等。</p> <p>2. 核对病人信息、检验项目、标本类型、容器、抗凝剂选择、采集量等，按照正确的标本采集途径、规范操作方法，采集合格的标本。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 危重病人抢救制度	文件编号：HL-ZD-05-034	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-034 危重病人抢救制度

一、目的

保障危重病人抢救质量与安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

护理人员：严格执行危重病人抢救制度，保证抢救工作有条不紊进行。

五、内容

1. 医护人员发现患者病情危重，第一发现人立即采取急救措施，如心脏按压、人工呼吸、建立输液通道等，同时通知其他医护人员到场协助抢救。

2. 医护人员接到患者家属呼救信息或其他医护人员发出协助抢救的信息后，迅速到达现场。

3. 由科主任、上级主管医师或在场的年资最高的医师负责组织、实施抢救方案或措施。在抢救患者的同时，向家属

告知患者的危重情况，取得家属的理解与配合，同时签写《病危通知单》。

4. 首先检查生命体征（脉搏、血压、呼吸、体温），实行优先抢救生命的原则。

5. 按照具体的病情，施行对症处理与病因治疗。先做紧急的对症处理，使病情稳定，然后进行病因治疗。

6. 指定专人负责记录具体的抢救实施办法及患者的病情。

7. 危重患者抢救时，护士在执行医师口头医嘱时，必须重述一次，并由专人记录，所有使用过的药物的安瓿暂时保留，抢救结束后经两人核对并记录后方可丢弃。

8. 特殊情况如特殊患者、港、澳、台胞，或已产生纠纷的病例，可由医务科到场协调，必要时设立科室或院级抢救小组，选派专人负责治疗或护理，或根据实际情况及时组织科室间或院间会诊，共同制定抢救方案。

9. 抢救完成后6小时内应当将抢救记录详细记入病历，各项处置按实际执行时间补充医嘱，时间应精确到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。简明扼要地将抢救经过记载于《危重患者抢救记录本》中。

10. 抢救室应制度完善，设备齐全，性能良好。急救用品必须实行“五定”，即定数量、定地点、定人员管理、定期消毒灭菌、定期检查维修。

六、参考文件

1. 《医疗质量管理办法》
2. 《护士条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》
4. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医嘱执行制度	文件编号：HL-ZD-03-035	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-035 医嘱执行制度

一、目的

规范临床护理人员执行医嘱过程中的行为，以确保医疗护理质量和安全。

二、范围

具有执业资质的护理人员。

三、定义

1. 医嘱：医嘱是指具有执业资格的医师在医疗活动中下达的医学指令。

2. 长期医嘱：指有效时间在24小时以上、要求护士定期执行的医嘱，包括专科护理常规、护理级别、特别护理、特殊体位、病危或病重、饮食、陪伴人员、药物使用等，也包括长期备用医嘱 (PRN)。长期医嘱在医嘱注明停止时间后方失效。

3. 临时医嘱：指有效时间在24小时内、只执行1次的医嘱。

四、职责

护理人员需核对并按要求执行医嘱。

五、内容

1. 医嘱必须由在本医疗机构拥有两证（医师资格证和执业证）和处方权的医师开具方可执行。医生将医嘱直接输入电脑。

2. 及时查询接收电子医嘱信息，护士对医生开具的医嘱执行前要先核对医嘱种类、医嘱内容、起始时间、停止时间、给药方式、给药频率、药物浓度等，有疑问时及时问清，确认无误后方可执行。

3. 医嘱处理遵循先临时医嘱，后长期医嘱的原则。按照“确认-发送-打印-执行”处理医嘱，每班确认所有医嘱在本班内处理完毕。

4. 护士执行医嘱后签执行时间及签名（若使用PDA时间及签名经扫描后自动生成）。

5. 长期医嘱根据医嘱频率按时执行。

6. 病人手术、分娩后应及时停术前、产前医嘱，重新执行术后或产后医嘱。

7. 手术中用药，由巡回护士及麻醉医生执行。

8. 护士执行输血医嘱时，由两名医护人员核对医嘱执行单、血型、《交叉配血报告单》及血袋标签各项内容，并在《交叉配血报告单》上进行双签名与核对时间，具体到分钟。具体见《密闭式输血术操作流程》。

9. 夜间原则上不做药物过敏试验，如特殊情况下，必须

执行药物试验时，须与值班医生同时判断药物过敏试验结果，由执行者和复核者在治疗单上双签名。

10. 一般情况下，护士不得执行医师的口头医嘱，抢救或手术中执行口头医嘱时，医师下达口头医嘱，接收口头医嘱的护士可在复述医嘱并经医师确认后执行，并保留好所有安瓿，事后与医师进行确认核对。医师在抢救结束后6小时内按要求补录医嘱且确认签名，并在医嘱栏中进行说明，护士及时确认、发送并打印医嘱执行单，执行护士签上执行时间和姓名。

11. 注意事项

(1) 凡需下一班执行的医嘱要交代清楚，接班者应严格执行。

(2) 若遇有副反应较大或需密切观察药物对病人的影响时，需有一名医生协助执行医嘱，并做好相应处理准备。

(3) 给药执行时限：参考给药时间（±1小时）

Qd给药时间为8时。

Bid给药时间为8时、16时。

Tid给药时间为8时、12时、16时。

Qid给药时间为8时、12时、16时、20时。

QN给药时间为20时。

Q4h给药时间为8时、12时、16时、20时、24时、次日4时。

Q6h给药时间为8时、14时、20时、次日2时。

Q8h给药时间为8时、16时、24时。

Q12h给药时间为8时、20时。

(4) 静脉给药顺序以医生医嘱顺序为准或高频次给药优先，第一组输液给药参考以上给药时间。

(5) ST医嘱开具后30分钟内给药。

(6) 临时医嘱开具后2小时内给药。

(7) 其他频次情况，按医嘱执行。

(8) 其他给药途径：参照上述静脉给药时间或医嘱执行。

(9) 特殊给药要求，按说明书/医嘱规定执行。

六、参考文件

《护理操作流程及评分标准》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理查房制度	文件编号：HL-ZD-05-036	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-036 护理查房制度

一、目的

提高护理人员教学管理水平和临床护理专业综合实践能力，保证临床护理质量安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：负责全院护理业务查房、教学查房的组织管理和护理巡视查房。

2. 护理教育科研委员会下设护理继续教育管理组（或科护士长）：负责全院护理业务查房的落实。

3. 护理教育科研委员会下设护理教学管理组（或科护士长）：负责全院护理教学查房的落实。

4. 科护士长：负责本片区护理单元护理专项检查。

5. 护士长：负责护理单元护理业务查房、教学查房的组织与落实以及临床护理质量查房。

6. 夜间值班护士长：负责夜间各护理单元护理行政巡视查房。

五、内容

（一）全院护理行政查房

1. 护理部行政查房

（1）护理部在每年 12 月底制定下年度全院护理行政查房计划表并在 OA 公布。

（2）片区护长严格按照计划安排时间选择查房科室并组织查房。查房前带领片区护士巡查并点评。

（3）行政查房结束后一周内片区护士长做好总结并发回到护理部负责人。

（4）护理部对护理单元随时巡视查房。

（5）巡查内容：护士劳动纪律、服务态度、无菌技术操作、岗位责任制的执行情况、护理人力资源合理使用情况、各病区护理工作量及危重患者护理、消毒隔离等管理工作。

（6）及时发现护理单元护理工作中的问题，并协助护士长解决。

2. 科护士长专项护理巡视查房

（1）科护士长不定期对管辖科室进行巡视查房。

（2）巡查内容按照护理部各项质控考评标准。

（3）检查结果提交护理部并反馈护理单元。

3. 护士长临床护理质量查房

（1）护士长每天对护理单元护理质量巡视查房。

(2) 巡查内容见护理部各项质控考评标准。

(3) 发现问题及时整改并在晨会上反馈，记录于《护理质量持续改进记录本》。

(二) 全院护理业务查房

1. 护理部在每年 12 月底制定下年度全院护理业务查房计划并在 OA 公布。

2. 片区护长严格按照计划安排时间并选择护理单元，护理单元于查房前一周内完成查房汇报 PPT 并组织查房。提前两天将查房病例发送至相关护士长，以便参加人员熟悉相关内容。

3. 护理业务查房时，由负责组织的护理单元护士汇报病史、病情、治疗等，提出护理问题并实施护理措施。

4. 所选病例为较复杂、疑难或罕见的病例，或是新经验、新技术、经验教训值得学习和重视的病例。

5. 护理业务查房由科护士长或病区护士长主持，形式可以多样化，开展互动交流。查房结束后一周内片区护士长做好总结并发回到护理部负责人。

6. 护理部及时整理资料，记录并存档。

(三) 临床护理教学查房

护理教学查房应选择有临床指导意义的病例，即针对临床罕见病例、危重病例、复杂大手术、新业务新技术、特殊检查以及护理工作中经常遇到的问题或工作中的经验教训等进行深入探讨，寻求解决问题最佳的方法、途径和改进护

理工作。查房可以将以问题为基础和以护理程序为框架两种查房形式相结合。即以病人为中心的思想指导下，以护理程序为框架，以解决病人问题为目的而进行的护理查房，培养和提高护士的理论水平与临床思维的能力。护理教学查房包括：

1. 临床护理技能查房

观摩有经验的护士技术操作示范、规范基础或专科的护理操作规程、临床应用操作技能的技巧等。不同层级的护士均可成为教师角色，参加的人员为护士和护生。通过演示、录像、现场操作等形式，优质护理病例展示和健康教育的实施方法等，达到教学示范和传、帮、带的作用。

2. 临床案例查房

由临床科室的教学组长、高级责任护士以上人员或带教老师组织的护理教学活动。选择典型病例，提出查房的目的和教学目标。运用多科室联合护理、循证护理、评判性思维、护理程序等方法，通过收集资料、确定护理问题、制订护理计划、实施护理措施、反馈护理效果等过程的学习与讨论，帮助护士掌握运用护理程序的思维方法，进一步了解新的专业知识理论，能发现临床护理工作中值得注意的问题和方法。在教与学的过程中规范护理流程、了解新理论、新进展。

3. 临床带教查房

(1) 它是临床护理教学计划之一，应选择具有专科特点的病例进行查房。

(2) 每组学员开展护理教学查房至少 1 次。

(3) 护士长或临床带教老师主持护理教学查房。

(4) 护理教学查房形式可以多样化。充分发挥学员的积极性，鼓励学员积极搜索护理新方法、新理念。

(5) 临床带教查房以临床三级护理教学查房为主，包含内容如下：

①一级查房为实习护士每日上班时跟随带教老师至少进行1次一级查房。主要了解所管床位患者的病情变化及治疗护理效果，查看医嘱执行情况，系统巡视、检查所管患者的全面情况；针对本次查房发现的护理问题及危重患者病情变化后的处理，提出护生自己的处理意见，与带教老师进行重点检查和讨论。

②二级查房为实习护士跟随护理组长或高级责任护士对下级护士所管病人有重点地进行查房，每2周至少进行1次二级查房。主要系统了解本组住院患者的病情变化并进行全面评估，检查医嘱及护嘱执行情况、治疗护理效果；针对新入院、危重、治疗效果不好的患者与护理组长或高级责任护士进行重点检查和讨论。

③三级查房为实习生跟随护士长或专科护士进行常规评价性查房，每月至少进行1次查房。针对疑难病例及现存的、潜在的护理问题，阐述自己的观点和处理方法，由护士

长或专科护士进行针对性解答和知识拓展，提升护生护理理论水平和循证能力。

(6) 带教老师或护士长点评、总结。

(7) 做好护理教学查房记录并存档。

(四) 临床护理三级业务查房

1. 护理业务查房对象

所有患者。重点对新收危重患者、手术患者、住院期间患者发生病情变化或口头/书面通知病重/病危、特殊检查治疗患者、高危压力性损伤患者、压力性损伤患者、诊断未明确或护理效果不佳的患者、自理能力中度以上依赖的患者、潜在安全意外事件（如跌倒、坠床、走失、自杀、纠纷等）高危患者等进行护理业务查房。

2. 明确查房周期，病区护士长每天至少查房 1 次，当班组长每天至少查房2次，管床护士实行床边工作制。

3. 护理业务查房内容

(1) 一级查房（责任护士查房）

系统巡视、检查所有分管患者的全面情况，包括各种实验室及辅助检查报告单等，对危重、疑难、新入院、手术前后及特殊检查治疗患者进行重点巡视，了解患者病情变化及治疗护理效果，查看医嘱执行情况，了解患者心理、饮食、用药、个人卫生等，征求对医疗、护理、生活等方面的意见。

对危急重症患者密切观察病情变化并及时处理，必要时向其他专科提出护理会诊的申请，及时报告上级护士和医师。查房的客观情况记录在护理记录中。

（2）二级查房（护理组长/高级及责任护士查房）

护理组长或高级责任护士与初级责任护士共同查房，系统了解本组住院患者的病情，检查医嘱、护嘱执行情况及其治疗护理效果；对新患者、危重、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论，与医生一起确定新方案，听取医师、护士反映，倾听患者的陈述，了解患者病情变化并征求对饮食、生活的意见；指导下级护士工作，检查本组责任护士所管患者的护理记录，对不符合护理记录书写要求的，应予以纠正，对护理记录和查房记录在当天予以审阅签名。

（3）三级查房（护士长/专科护士查房）

护士长或专科护士、护理组长或高级责任护士与初级责任护士共同查房，解决疑难病例现存的、潜在的护理问题；审查新入院、危重症患者的护理问题、护理计划、护理措施等；抽查病例的护嘱、护理措施是否满足护理质量指标及高危因素控制的需要；听取医师、护士对诊疗护理的意见，进行必要的教学工作，介绍有关理论知识及进展；对所查患者，应亲自询问诊疗护理情况和病情变化，了解生活和一般状况，并全面查体、帮助护理组长或高级责任护士解决目前未

解决的护理问题，对查房记录在当天及时审阅签字。

4. 护理查房记录按护理文书书写制度的要求进行。

六、相关文件

《护理质量考评标准》

七、流程图

（见下页）

1. 全院护理业务查房流程

责任部门	查房流程	简要说明
护理部	<pre> graph TD A([护理部制定护理业务查房安排表]) --> B[护理部 OA 公布] B --> C[片区护士长组织科室业务查房] C --> D[业务查房电子版总结发回护理部 OA] D --> E([专管人员打印纸质版归档]) </pre>	<p>1. 护理部在每年 12 月底制定下年度全院护理业务查房计划并在 OA 公布。</p> <p>2. 片区护长严格按照计划安排时间并选择科室，相关科室于查房前一周内完成查房汇报 PPT 并组织查房。</p> <p>3. 行政查房结束后一周内片区护士长做好总结并发回到护理部负责人。</p> <p>4. 病例选择以科室危重、疑难病例为主。</p> <p>5. 科室选择每年不重复。</p>
护理部		
片区护士长		
片区护士长		
护理部		

2. 临床护理教学查房实施流程

责任人	实施流程	简要说明
责任护士 责任护士/学生/老师 护理组长 被邀请专科护士 或其他参与者 护士长 责任护士/学生	<pre> graph TD A([查房前准备]) --> B[汇报及评估患者] B --> C[检查与指导] C --> D[护士长/主持者总结] D --> E([完善资料]) </pre>	<p>1. 确定查房时间、地点，责任护士准备病历资料。</p> <p>2. 汇报病史，护理过程，评估患者。</p> <p>3. 现场讨论及指导，针对问题提出解决措施。</p> <p>4. 查房后跟踪效果，保存资料及上交。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理会诊制度	文件编号：HL-ZD-04-037	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2005/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：4版

HL-037 护理会诊制度

一、目的

及时解决护理难题，提高护理工作质量，保证患者安全。

二、范围

全院各护理单元。

三、定义

护理会诊是指在护理工作中遇到疑难或本护理单元解决不了的问题时，由患者所在病区护士/护士长提出会诊申请，被邀请的专科护士/护士长给予指导或协助解决的行为。

四、职责

1. 护理部：负责制定和修订护理会诊制度，督查护理会诊制度的执行，组织院内多病区的会诊工作。

2. 申请会诊的护士/护士长：提交《护理会诊单》，参加护理会诊，做好记录。

3. 被邀会诊的护士/护士长：及时进行护理会诊，指导或协助解决疑难问题，书写会诊意见。

五、内容

1. 在护理工作中遇到疑难或本护理单元解决不了的问

题时，由患者所在病区护士/护士长提出会诊申请。

2. 患者所在病区护士/护士长填写会诊单，护理会诊单需护士长签名，一式两份，送至被邀请护理单元。

3. 急需解决的护理问题，可先电话联系被邀请护理单元，处理后及时补填会诊单。一般会诊 24 小时内完成，紧急会诊即时执行。

4. 被邀护理单元接到会诊单或会诊电话后由护士长/专科护士出诊，指导或协助解决疑难问题，书写会诊意见，会诊时间精确到分。

5. 因患者病情需要多护理学科会诊者，护理单元提出申请并列所需邀请护理单元，会诊单送至相应护理单元，科护士长组织讨论，被邀会诊的护士/护士长分别提出会诊建议及意见，指导或协助解决疑难问题，书写会诊意见，会诊时间精确到分。

6. 责任护士落实会诊提出的护理措施并在护理记录单上记录。

7. 申请会诊护理单元年终根据护理部要求上交电子版会诊目录，护理部留存会诊相关资料。

8. 会诊单复印后分二份，一份留存申请会诊护理单元，一份每月送至护理部，原件则放进病历存档。

六、参考文件

茂名市人民医院 2018 版《护理管理工作规范》

七、流程图

护理会诊流程

责任人	会诊流程	简要说明
责任护士	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">遇到护理难题</div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 责任护士准备病历资料。 2. 汇报病史，护理过程及护理难题。 3. 现场指导，针对问题提出会诊意见并书写在会诊单。 4. 书写护理记录及跟踪效果，保存资料及上交。
责任护士	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">书写申请会诊单</div>	
被邀请科室/小组	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">相关科室/小组接到会诊单按时会诊</div>	
被邀请专科护士或其他参与者	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">实施会诊</div>	
责任护士	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">责任护士落实会诊意见及跟踪效果</div>	
责任护士	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">完善资料反馈 护理效果</div>	

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者告知制度	文件编号：HL-ZD-03-039	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-039 患者告知制度

一、目的

尊重患者的知情选择权，使患者及家属了解、配合护理工作，促进和谐护患关系，保证护理安全。

二、范围

全院各护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护士长：督促护理人员落实各项护理告知。
2. 护理人员：接受知情同意相关知识培训，与患者或家属沟通，告知相关护理工作内容。

五、内容

1. 医护人员应主动告知患者治疗、护理的相关信息。
2. 护士在实施各项护理操作及某种特殊治疗前，应先向患者及家属进行详细地讲解，使其明白治疗的过程、潜在的危险、副作用和预期后果，及相应的配合，并在相关的《护理技术操作知情同意单》上经患者或家属签名同意后，才能

进行。不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。

3. 护士在讲解时，应使用合适的方式及患者能够明白的语言向患者（家属）交待相关诊疗护理信息，尽量避免使用专业术语。

4. 当患者需实施自我护理时，护士应为患者或其陪护人员提供健康教育，应包括潜在并发症的预防方法和应急措施。

5. 告知患者住院期间不能外出，如擅自外出造成的一切后果自负。

6. 护士在进行特殊侵入性的护理技术操作时，应首先告知患者或家属，经患者或家属签名同意后，才能进行操作。

7. 入院告知：患者入院后应对患者进行介绍环境、设施、管床医护人员、规章制度（如入院须知、探视陪护管理、病区管理等）。并详细进行安全告知，如电插座的使用规定、防火防盗安全、饮水机的使用、警示、防跌倒警示等。

8. 应用保护性约束时，应告知患者或家属约束的目的，经家属或患者同意后方可进行约束（抢救时除外），护士应认真做好护理记录。

9. 患者使用一次性护理耗材 ≥ 100 元，遵循告知程序。护士要向患者或家属解释耗材使用的目的、必要性，征得同意签名后方可执行。

10. 护士操作过程中要耐心、细心、诚心地对待患者，

熟练各项操作技术，尽可能减轻由操作带来的不适及痛苦。
无论何种原因导致操作失败，应礼貌道歉，取得患者谅解。

11. 各专科要根据本专科护理工作特点，制定具专科特色的告知制度和知情同意书。

六、参考文件

2016 版《医疗质量管理办法》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 护理文书书写制度	文件编号：HL-ZD-05-040	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-040 护理文书书写制度

一、目的

为规范护理文书管理，使护理工作有效落实，特制定本制度。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

护理文书是指护理人员在护理活动中形成的文字、符号、图表等资料的总称，是护士观察、评估、判断患者问题，为解决患者护理问题而执行医嘱、护嘱或实施护理行为的记录。是护理人员科学的思维方式和业务水平的具体体现，是病历的重要组成部分，为法律认可的证据；有利于保护医患双方合法权益，减少医疗纠纷。临床护理文书包括医嘱单、护嘱单、护理记录单、各类评估单、手术护理记录单、手术安全核查单等。

四、职责

1. 护理文书督导组：负责全院护理文书书写规范的监管与培训。

2. 护士长：负责护理单元护理文书书写规范的监管与培训。

3. 护理文书组长：协助护士长督查病区护理文书书写落实情况，及时审查及修改护理文书。

4. 护士：认真执行护理文书书写规范。

5. 实习生/进修生：护理文书书写接受导师的监管与培训。

五、内容

（一）护士书写护理文书基本原则和要求

1. 客观、真实、准确、及时、完整、规范。

2. 简明扼要、清晰动态、不重复记录。字迹清楚、整洁，涂改规范，签名清晰，表述准确，语句通顺，使用黑色笔书写，签署全名。体温单中体温、脉搏曲线的绘画用蓝色及红色。电子录入时统一按宋体，由信息系统统一规定其字号等。

3. 护理措施恰当全面、承上启下、反映专科特色，体现护理行为、有效果评价。

4. 记录使用中文和医学术语，通用的外文缩写或无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

5. 书写时间强调实时性，即随时做随时记，由注册护士及时签全名。进修护士、实习护士、试用期护士书写的护理记录应有注册护士审阅并签名（签名格式：老师/学生），护理电子病历需使用本人工号进入系统后记录，书写结束后及时退出系统，不得在他人工号下记录。

6. 因抢救急危重患者而未及时书写的记录，有关人员应在抢救结束后 6 小时内及时据实补记。

7. 为保证患者安全而设计的各种安全警示，如药物过敏、防跌倒、防坠床、防烫伤、防自杀等，提供给患者时要在护理记录中注明起始时间。

8. 护理文书的书写方式要体现和适应临床护士分层级管理、连续性排班和责任制的全程护理工作模式。

9. 病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

10. 明确权限和职责，谁执行、谁签名、谁负责。护士书写的病历必须遵循的原则：有利于保护医患双方合法权益，避免医疗纠纷。

（二）护士书写护理文书内容

1. 普通科室使用全院规范表格式护理记录单进行护理记录。

2. 重症监护病房的护士使用危重症监护单进行记录。内容包括生命体征、出入量，根据患者病情和护理需要而提出的观察、护理重点项目及特殊情况记录等。

3. 儿科、新生儿科、产房、血透中心等科室使用专科护理单进行记录。

4. 执行医嘱时间按实际执行时间记录。记录内容主要为：住院患者在整個住院期间的病情观察、采取的治疗护理措施及护理效果。

5. 护理文书书写应当体现“适时性”，即在完成护理观察、评估或措施后即刻书写，随时做随时记录，有问题、有处理措施、有病情变化、有治疗护理成效要随时记录。同一患者在同一责任护士班次内可以出现多个时间点的记录，反映病情及治疗护理工作的动态性。

6. 必要时可以选择使用“专科护理单”或者在“护理记录单”上体现为防范护理风险而为患者采取的护理评估及护理措施的内容。

7. 各项护理记录必须有完整的日期、时间，精确到分钟，记录结束时，必须签全名。电子病历用 CA 认证签名。

8. 度量衡单位必须用法定计量单位。

9. 护理文书书写要体现护理行为的科学性、规范性，要体现护理专业自身的特点、专业内涵和发展水平；重点记录患者病情发展变化和医疗护理全过程及治疗护理效果。

10. 调整护理文书书写的场所和方式。各类护理文书书写场所应当随着“移动护理工作车”前移到病房或任何护理工作的场所。护士在哪里工作就在哪里记录，随时做（观察、评估）随时记。

（三）护理文书管理

1. 护理文书组

(1) 每季度对全院护理文书进行质检，汇总存在问题并提交护理部，护士长例会上反馈，护士长传达至科室护士。

(2) 每年年终进行年终总结、反馈。

(3) 每年对全院护士进行至少 1 次护理文书相关内容培训。护理文书书写规范内容更改时，及时进行全院护士培训。

(4) 由护理文书小组对新加护理文书表单、内容等进行审核，审核无误提交护理部终审后，方能发布使用。

(5) 护理文书组保持各项护理文书规范解释权。

2. 护士长

(1) 对本护理单元危重患者护理病历每三天审核签名一次，普通病人护理记录每周审核签名 1 次。

(2) 危重病人 24 小时内书写高级责任护士或护长查房记录一次（护长或高级责任护士书写）。

(3) 出院病历归档前进行检查、审核，签名。

(4) 发现护理文书书写问题及时对当事人指出并指导。

(5) 负责对更改的护理文书书写要求进行本护理单元护士培训并对落实情况督查。

3. 护理组长、专科护士或高级责任护士

(1) 高级责任护士、专科护士及时审查和修改下级护士书写的护理记录（危重病人不超过 3 天，普通病人不超过 7 天）。

(2) 组长 7 天内审核普通病人签名一次。

(3) 危重病人 24 小时内书写高级责任护士或护长查房记录一次（高级责任护士或护长书写）。

(4) 危重病人、大手术病人、特殊病人、住院超 30 天病人要体现三级查房记录。

(5) 协助护士长对本护理单元运行的护理病历进行质检，发现问题及时告知当事人进行整改。

4. 护理文书其他管理

(1) 提供法律凭证的护理资料复印。可复印：体温单、护理记录单、手术专科护理记录单；不可复印：首次护理记录单、专科护理记录单及交班本。病人需复印护理文书时，需到医务科办理相关合法手续再由医务人员将病历资料送至病案室复印并盖章，科室不得自行复印病历资料。

(2) 输液卡保存时间为 1 年，其他执行表单保存时间为 3 年。达到保管时间需处理时，最好使用碎纸机销毁或撕毁，不得当做废品随意处置、不得泄露患者隐私。

(3) 实施特殊护理技术前，签署病人知情同意书。

六、参考文件

1. 广东省卫生厅.《广东省病历书写与管理规范（2010 版）》

2. 广东省卫生厅.《临床护理文书规范(专科篇 2009 版)》

3. 卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知（卫办医政发[2010]125 号）

七、流程图：无

第二部分 医院临床科室护理管理

第一章 普通病房管理制度/职责

第一节 普通病房管理制度

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 病房护理人员守则	文件编号：HL-ZD-05-041	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-041 病房护理人员守则

一、目的

规范护士行为、提高患者满意度。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护士：为患者提供及时、正确的治疗，实施人文护理。
2. 护士长：为患者提供安全舒适的住院环境，监督护士遵守履行好守则。

五、内容

1. 对新入院的病人介绍医院的相关管理制度，了解病人的需求，鼓励病人树立战胜疾病的信心。

2. 对待病人态度和蔼，避免恶性刺激，对个别病人的不合理要求，应耐心劝解，既要关心体贴，又要掌握医院的制度和原则。

3. 对有关病人的病情、预后，注意遵守保护性医疗制度，必要时由主治医师和上级医师给予解释。

4. 不与病人谈论医院、医生、护士治疗护理中的缺点和错误，以免造成不良影响。

5. 在检查、治疗和护理中要耐心解释，各种操作要在病人知晓的情况下进行，在进行导尿、灌肠等操作时应用屏风遮挡或到治疗间进行。

6. 保持病房安静整洁。合理安排工作时间，避免噪音。每晨 06:00 点以前、每晚 22:00 点以后及午睡时间，保持病房安静，不得大声喧哗。在不影响医疗效果的情况下，有些处置可待病人醒后实施。

7. 有条件的科室对危重病人和痛苦呻吟病人要分别安置，病人死亡时要保持镇静。

8. 对接受手术治疗的病人，应做好术前、术后健康教育，帮助病人消除手术的恐惧和顾虑，配合医护人员做好术前、术后的护理。

9. 做好病人的心理护理，尽量满足病人对治疗、饮食护理等方面的需求，根据病人需求，提供优质护理服务。

10. 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。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 病区晨会制度	文件编号：HL-ZD-02-042	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-042 病区晨会制度

一、目的

及时解决科室医疗、护理以及管理工作中存在的问题。
传达院内各项信息，布置当日科内工作，提高工作效率。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对执行病区晨会制度的护理单元进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行病区晨会制度，按要求实施病区晨会制度管理工作。

五、内容

1. 晨会由科主任或护士长主持，凡科室成员或在病区上班者均应准时到会，不迟到、不缺席，仪表整洁。

2. 每日晨会由夜班护士交待前一日病区内病人情况，并重点交待夜间危重病人、新入院病人、昨日手术病人的情况，最后交接急救生命支持仪器使用及危急值处理情况。

3. 主管医生重点介绍新病人及危重病人的情况以及诊疗注意事项。

4. 护士长布置当日护理工作重点，定期总结工作。

5. 护士长传达各项会议主要内容。

6. 晨会时间应于 15 至 30 分钟内结束，小讲课时间可适当延长，但不应影响正常护理工作。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 紧急情况下口头医嘱执行制度	文件编号：HL-ZD-02-043	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-043 紧急情况下口头医嘱执行制度

一、目的

保障护理工作质量与患者安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对执行紧急情况下口头医嘱制度的护理单元进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行紧急情况下口头医嘱制度，按要求实施紧急情况下口头医嘱制度管理工作。

五、内容

1. 在非抢救情况下，护士不执行抢救医嘱及电话通知的医嘱，口头医嘱只有在抢救或手术中可以执行。
2. 危重患者抢救或手术过程中，医生下达口头医嘱后，护士需大声复诵一遍，得到医生确认后后方可执行。

3. 在执行口头医嘱给药时，需请第二人再次核对药物名称，剂量及给药途径，以确保用药安全。

4. 执行完医嘱后，需保留安瓿，2人核对后方可丢弃。

5. 抢救结束6小时内，医生根据抢救用药记录补开医嘱，及时补记所下达的口头医嘱。

6. 护士及时确认、发送并打印医嘱执行单，执行护士签上执行时间和姓名。

7. 对擅自执行口头医嘱行为，视为违规，一经发现将给予处理。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 危重病人护理管理制度	文件编号：HL-ZD-02-044	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-044 危重病人护理管理制度

一、目的

规范危重患者管理，确保护理质量和安全。

二、范围

全院危重患者。

三、定义

无

四、职责

1. 护理质量安全委员会：对病区危重患者进行监管，分析、总结反馈问题，做到护理质量持续改进。

2. 护士长：每天检查、指导护士做好危重患者护理工作，加强危重患者重点环节的监管。

3. 责任护士：掌握危重患者护理专科知识和技能，正确评估危重患者的护理风险，落实各项护理措施，确保患者护理安全。

五、内容

(一) 护理人员应具有以下能力要求

1. 知晓相关法律法规、掌握查对、交接班等核心制度。
2. 掌握急救技能和相关仪器操作，及时发现、处理各种急救仪器常见故障。
3. 熟知危重患者护理常规和危重患者护理质量监测指标。
4. 熟知病情评估的各项内容，有一定的预见能力，及时发现患者存在和潜在的护理问题和病情变化的前驱症状，落实防范措施。
5. 熟知护理应急预案和 workflows 及护理操作并发症的处理。
6. 具有紧急应变能力和特殊情况下与医生、患者及家属的有效沟通能力。

（二）对危重患者进行风险评估及安全防范

1. 正确执行各项风险评估如压疮、脱管、坠床、跌倒、误吸、深静脉血栓风险等，采取相应的防范措施，预防护理不良事件发生。
2. 必要时使用安全防护工具，如约束带、气垫床、压舌板、床栏等，并履行告知义务。
3. 正确观察药物不良反应，遵医嘱准确处理。
4. 严格执行核心制度，预防护理并发症的发生。
5. 落实责任制整体护理，完成疾病护理计划，工作中解决不了的问题，遵循“护理会诊制度”，详见《护理会诊制度》。

（三）危重患者护理质量监管

1. 护士长/组长每天检查危重患者的护理落实情况，加强危重患者重点环节的自查，将存在的问题进行分析、总结及反馈。并及时和责任护士沟通，找出问题原因，积极整改。

2. 每月分析、每季度汇总监管数据。并在护士办公会上反馈存在共性的问题，共同协商寻求对策，减少同类事件的发生。

3. 责任护士按危重患者护理常规严格执行各项护理措施，熟悉危重患者质量监测指标。

4. 急救药品和器械专人管理，保证 100%完好状态。

5. 根据病区患者数量和危重程度进行弹性排班，适时调整人力资源。遇人力资源紧缺时，及时上报寻求帮助。

6. 护理质量安全委员会每季度对临床危重病人管理、护理落实进行监管，分析总结存在的问题，并在护理质量大会上反馈。

（四）注意事项

1. 各科室配备吸引器、监护仪、氧气等抢救设施，确保性能完好，处于备用状态；护理人员应掌握各种仪器使用及维护。

2. 抢救物品、药品五定：定数量品种、定放置地点、定人员保管、定期消毒灭菌、定期检查维护。

六、参考文件

1. 《医疗质量管理办法》

2. 《护士条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》
4. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 导管滑脱报告制度	文件编号：HL-ZD-02-045	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-045 导管滑脱报告制度

一、目的

规范患者非计划性拔管风险评估及发生非计划性拔管的报告流程，采取预防措施，降低非计划性拔管发生率。

二、范围

留置导管的所有住院患者。

三、定义

非计划性拔管是指非预期情况下，患者体内留置的导管从体内部分或全部滑出体外。

四、职责

1. 护理质量安全管理委员会下设护理风险管理组：对全院患者发生非计划性拔管事件监管。

2. 护士长：对病区患者非计划性拔管风险的评估及预防措施落实检查指导。

3. 护士：落实患者非计划性拔管风险评估并采取预防措施。

五、内容

(一) 非计划性拔管风险评估

对置管的患者，护士应动态评估留置导管非计划性拔管的风险因素，重点评估患者意识状态及合作程度，针对导管滑脱常见原因（固定不牢、患者咳嗽、打喷嚏、躁动、翻身、穿脱衣服、活动、意识不清等），对患者进行有预见性的评估。

（二）非计划性拔管的预防措施

1. 妥善固定，防止牵拉，标识清晰，班班交接。
2. 对患者及家属进行宣教，告知非计划性拔管风险及防范措施，使其充分了解预防非计划性拔管的重要意义。
3. 对于意识不清、躁动、老年患者和小儿应特别注意导管的保护，必要时实施保护性约束。
4. 加强巡视，随时了解患者情况，对存在非计划性拔管风险的患者，根据情况安排家属陪伴。

（三）非计划性拔管的处理与报告

1. 护士熟练掌握本病区常见导管非计划性拔管的紧急处理流程。
2. 当患者发生非计划性拔管时，要本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施，避免或减轻对患者身体健康的损害或将损害降至最低。
3. 立即通知值班医生，积极配合各种应急处置工作。
4. 安慰患者及家属，减轻紧张恐惧心理。
5. 密切做好病情观察、护理记录。

6. 当班护士按《质量安全（不良）事件报告制度》报告，实行无惩罚处理。有意隐瞒不报，一经发现将严肃处理。

7. 护士长组织全科护理人员认真分析讨论本次非计划性拔管的原因、提出整改措施并组织落实。

8. 护理风险管理组对病区整改情况进行追踪。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》

2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

（见下页）

各种引流管脱落的应急预案及流程

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	<pre> graph TD A([引流管发生脱落]) --> B[评估脱落程度] B --> C[通知医生] C --> D[根据脱落程度作必要处理] D --> E[配合医生作处理] E --> F[严密观察] F --> G([做好详细记录及交接班]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 引流管部分脱落或完全脱落。 2.1 引流管完全脱落有引流口者，用无菌垫保护引流口。 2.2 引流管部分脱落，稍做固定引流管。 3. 配合医生重新固定、拔管或重新置管。 4. 严密观察患者生命体征变化及伤口情况。

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 健康教育管理制度	文件编号：HL-ZD-04-046	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2005/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：4版

HL-046 健康教育管理制度

一、目的

有效发挥健康教育在疾病治疗和康复中的作用，使患者更好适应医院的环境，以提高患者、家属自我护理能力，为愈后打下良好的基础。

二、范围

在院和出院的本院患者。

三、定义

健康教育是指有计划、有组织、有系统的健康教育活动，使人们自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病，促进健康，提高生活质量，并对教育效果作出评价。

四、职责

1. 科主任、护士长：对科室健康教育落实情况进行监督指导和评价。
2. 各科室医护人员：负责对患者实施健康宣教以及记录。

3. 客户服务部：负责出院患者随访工作，制定出院患者随访管理制度和工作流程，各科室协助客户服务部按出院患者随访管理制度实施具体工作。

五、内容

（一）住院病人健康教育内容主要包括：

1. 介绍医院规章制度：如查房时间、探视制度、陪护制度、膳食制度等。

2. 介绍病室环境：消防通道、作息时间及禁烟要求、卫生间使用、贵重物品的保管及安全注意事项、呼叫器的使用等。

3. 介绍主管医生、责任护士、科室主任及护士长等。

4. 相关疾病知识宣教：专科指导、相关检查、治疗、用药知识指导、术前术后宣教、功能锻炼、心理护理、饮食指导等。

5. 出院健康指导

（1）与疾病相关的饮食、营养、运动和康复指导。

（2）遵医嘱正确用药，包括药物潜在副反应及药物、食物潜在的相互作用及预防。

（3）自我保健与复查。

（4）门诊随诊时间与联系方式。

6. 出院病人健康教育的记录书写

（1）护理人员在护理记录单上书写。

（2）主管医生在出院当天病程记录及出院小结上书写。

(二) 健康教育形式

1. 个别指导：在医护查房时，由管床医师或责任护士结合病情、家庭情况和生活条件进行具体指导。

2. 集体讲解：确定主题。病房根据工作情况及病人作息制度选择时间进行集体讲解。讲解同时可配合幻灯片、模型、图片等，以加深印象。

3. 文字宣传：利用宣传栏编写短文、图画或诗词等，标题要醒目，内容要通俗易懂。

4. 座谈会：在病人病情允许的情况下，医护人员组织病人对主题进行讨论并回答病人提出的问题。

5. 展览：在病房健康宣传栏上进行图片或实物展览，内容应定期更换。

6. 视听教材：利用移动护理工作站在住院病人活动区域进行宣教。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 仪器、物资管理制度	文件编号：HL-ZD-03-047	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/10/20
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-047 仪器、物资管理制度

一、目的

规范科室物品使用，提高工作效率，杜绝物资管理工作中的杂乱等问题。

二、范围

全院护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护士长：对科室制定的仪器、物资管理制度进行监督检查。

2. 护士：严格执行仪器、物资管理制度，按要求对仪器、物资实施管理和使用。

五、内容

(一) 一般物品管理制度

1. 护士长或由护士长指定专人全面负责病区药品、物品、器械的领取、保管及使用，并建立帐目，分类保管，定期检查，做到帐物相符。

2. 管理人员要掌握各类物品的领取、使用时间，做到定期清点、保养维修，提高使用率。

3. 凡因不负责任，违反操作规程、损坏、丢失各类物品，应根据医院赔偿制度进行处理。

4. 借出物品，必须履行登记手续，借物人要签名，贵重物品需经护士长同意方可借出，抢救器械一般不外借。

5. 护士长工作调动，必须办理移交手续，交接双方共同清点并签字。

（二）被服管理制度

1. 根据床位确定被服基数与机动数，定期清点，如基数不符或遗失，需立即追查原因。

2. 病人入院时，值班护士应介绍被服管理制度，以取得病人的配合。

3. 病人出院时，值班护士应将被服清点、收回。

4. 脏衣、被服放于指定地点，与洗衣部人员当面清点。

5. 病区的被服，私人不得借用。

（三）护理贵重设备、仪器保管使用制度

1. 设备仪器应执行“四定”制度，即额定数量、定位放置、定人负责、定期检查。

2. 科室应设设备管理员，每周负责检查仪器设备的性能、数量、定点位置、使用维修、清洁消毒等情况，并记录在册。

3. 各科应建立仪器设备资料档案，内容包括：原始的使

用说明书及有关资料；原始操作方法的依据；操作规程；记录使用重要仪器情况；记录维修维护情况。

4. 使用者必须了解仪器的性能，严格按操作程序进行操作。不熟悉机器性能者，不许随便操纵仪器。如需对护士、实习生培训等，需经护士长同意，并在主管护士、带教老师指导下使用。

5. 重要仪器设备做到班班清点，保持清洁、干燥、性能良好，需要维修的仪器有标识并及时送修，且需交接班，准备替代品。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 护理人员岗前培训制度	文件编号：HL-ZD-03-048	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-048 护理人员岗前培训制度

一、目的

使每位新入院的职工能够尽快适应医院的工作环境，帮助其了解医院，熟悉岗位，明确自己的义务和责任，更快更好地胜任未来的工作。

二、范围

每年医院新招聘的护理人员、新调入护士。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：由护理部主任、各科护士长及带教导师组成“护理教育科研管理委员会”，负责指导新入职护士规范化培训，制定培训实施计划。

2. 带教导师：对参加培训护理人员按照培训计划进行带教学习，并进行理论及操作考试。

五、内容

1. 医德医风、职业道德教育，牢固树立全心全意为病人服务的理念。

2. 介绍医院现状及发展规划、护理发展前景，介绍医院精神及文化，使之达到人人有理想、有抱负，培养员工的主人翁精神及爱岗敬业精神。

3. 介绍医院规章制度和各级各类护理人员岗位职责，做到有章可循，有责可依。

4. 进行护士相关法律法规的培训，如：《护士条例》、《侵权责任法》、《传染病防治法》等。

5. 护理安全、突发事件应急预案等相关培训。

6. 进行护理技术操作规程及急救技能培训。

7. 医院感染相关知识培训。

8. 人身安全、消防安全等相关知识培训。

9. 人力资源管理、计划生育知识等宣传教育。

六、参考文件

《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 病房护理文件保管制度	文件编号：HL-ZD-05-049	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：1994/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-049 病房护理文件保管制度

一、目的

妥善保管护理文件，为诊疗及护理计划的制定提供客观依据，同时提供质量评价依据、教学与科研资料及法律依据。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对护理单元的护理文件保管进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行病房护理文件保管制度，按要求实施病房护理文件管理工作。

五、内容

1. 各种护理文件按规定放置，记录和使用后必须放回原位。
2. 病房护士长负责病房护理、行政等文件保管工作。
3. 必须保持护理文件的清洁、整齐、完整，防止污染、破损、拆散、丢失。

4. 护理文件应妥善保存，以备查对，各种记录有效期限为：

(1) 体温单、医嘱单、护理记录单作为病历的一部分随病历放置，病人出院后送病案室长期保存。

(2) 交班日志本保存三年。

(3) 测量 T、P、R 等记录单应写明测量日期及时间，保存三个月，输液巡视卡保留一年，其余各种评估单保留三年。

(4) 护士排班表保存三年。

(5) 各种会议记录、总结、计划、护士长手册保存三年以上。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 保护性医疗制度	文件编号：HL-ZD-03-050	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-050 保护性医疗制度

一、目的

为了保证医疗行为的安全性和有效性，减少不必要的医疗纠纷。在对就诊者充分尊重的基础上，进行医疗活动。

二、范围

适用于在所有诊疗活动中涉及患者与院方的医疗安全，人格尊严、信仰、隐私及私人财产的保护。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对护理单元执行保护性医疗制度进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行保护性医疗制度，按要求实施保护性医疗制度的管理工作。

五、内容

1. 护理人员应举止文雅、镇定大方、衣着整齐、礼貌待人，以自身的自信赢得患者的信任 and 安全感。对患者实行人道主义。

2. 关怀体贴患者，同情患者的疾苦，尊重患者的人格和权利。耐心解释、回答简明、符合逻辑，不产生误会、疑虑、失望，鼓励患者和疾病作斗争。

3. 为患者保守秘密，不向他人泄露患者隐私，不允许将患者秘密作为谈笑资料。尊重患者的宗教信仰和隐私权。

4. 如实告知患者病情。可能对患者产生不利影响时，应先征得患者家属意见，与家属商量告知患者的时机，但家属必须先取得患者的授权委托书。

5. 为教学需要进行现场示教时，或在患者清醒的情况下，不应该泄露患者不该了解的情况。

6. 对获知自己病情的病重患者或不治之症的患者，要密切观察，除做好思想工作之外，对有轻生倾向的患者要特别警惕，并及时向科主任、护士长报告，防止发生意外。

7. 护理人员不得在患者面前谈论不利于治疗的问题，也不得谈论医疗差错、事故，以免对患者产生不良刺激。医院内部的矛盾、治疗存在的分歧意见，不得在患者及其亲友面前泄露，不允许利用患者打击报复其他人员。

8. 本院其他工作人员不得借工作之便私自查看或复印病案和其他医疗资料。需要询问治疗经过需征得主管医生、护士同意。

9. 抢救患者时，家属及亲友不宜留在床旁。

10. 工作环境中不准嬉笑打闹，以免对患者产生不良影响。

11. 室内无噪音，各种处置、操作、动作、讲话要轻，
工作时间不穿硬底鞋。手机处于震动或关闭状态。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 重点环节的应急管理制度	文件编号：HL-ZD-03-051	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-051 重点环节的应急管理制度

一、目的

对重点工作、重点时段、重点患者的各环节进行管理，保证临床护理安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

重点环节内容包括：

1. 重点患者：出入院、围手术期、危重抢救、高龄、儿童、接受特殊检查和治疗以及有情绪波动的患者等。

2. 重点工作：患者转科、治疗、输液、输血、突发事件应急状态等。

3. 重点时段：午间、夜间、节假日、治疗护理工作量大时。

四、职责

1. 护理部：制定管理制度并监管落实情况。

2. 护士长：对护理单元重点工作、重点时段、重点患者的各环节进行管理。

3. 护士：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；加强对重点患者的交接、查对和病情观察，并做好相关护理记录。

五、内容

1. 科室应设立应急小组，科主任和护士长担任总指挥，负责对科室在治疗用药、输血核对、执行治疗操作、标本采集、围手术期护理、护理安全等重点环节的应急处置。

2. 科室在护理工作关键环节管理中，有严格的规章制度，规范的抢救流程，在重点环节应急处置中，科室实行统一领导、统一指挥。

3. 科室应急领导小组由科室相关负责人组成，进行责任分工，组织应急梯队。科室应急小组成员，在各自职责范围内做好应急处理的相关工作。

4. 对于护理工作中重点环节的应急管理，应当以预防为主、常备不懈。护理人员遵守各项规章制度，定时巡视病房，对高危患者有预见性，及早发现病情变化，尽快采取急救措施，熟练掌握心肺复苏技术及常用急救仪器的使用。在用药、治疗、输液（血）时，了解患者有无药物过敏史，确认过敏试验结果，严格“三查八对一注意”，规范无菌技术操作。

5. 科室质量与安全小组，应建立重点环节日常监测，做好各个班次的交接班工作。加强护士抢救能力的训练及对护士安全意识的教育，提高护士防范差错、事故的能力。护理人员熟练掌握常见护理抢救技术，落实各项规章制度，

遵循护理技术操作规程，准备必要的抢救仪器、物品、急救药品，抢救仪器、物品做到“五定一及时”，即定品种数量、定点放置、定人管理、定时检查、定期消毒灭菌、及时补充及维修。做好护士的培训及演练，采取护士考核达标上岗的管理方法，做到人人知晓科室质量安全（不良）事件应急上报流程及应急预案，确保监测与预警系统的正常运行。

6. 任何人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

7. 科室突发事件应急处理领导小组接到报告后，应立即组织人员对报告事项进行调查核实、取证、采取必要的控制措施及时报告调查情况并决定是否启动突发事件的应急预案。

8. 突发事件应急预案启动后，科室人员必须及时到达规定的岗位，服从科主任、护士长的指挥和调动。

9. 科室应根据事件关键环节管理出现的问题，组织相关人员分析、讨论，认真总结经验，对实施中发现的问题及时修订、补充，不断改进工作，做到重点环节的有效管理。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者身份识别制度	文件编号：HL-ZD-02-052	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-052 患者身份识别制度

一、目的

规范患者身份识别，杜绝为患者服务过程中因识别错误导致患者伤害事件的发生，保障患者安全。

二、范围

涉及为患者提供诊疗及相关服务全过程。

三、定义

身份识别指对就诊患者身份信息进行识别确认，科学准确识别患者信息，以保证患者住院期间就诊安全。

四、职责

1. 工作人员：所有为患者提供医疗及相关服务的工作人员均须正确核对患者身份。
2. 患者、家属或代理人：协助工作人员正确核对患者身份。

五、内容

(一) 患者身份信息建立

1. 一般患者：在门急诊挂号处窗口、多功能一体机区域，凭患者身份证等资料建立病人相关信息。若患者初诊时未携

带有效证件，则凭姓名、性别、出生年月日、通信手机号码等建立患者就诊的基本信息。所有患者必须如实填写个人姓名及出生年月日等身份信息。

2. 新生儿：母婴同室新生儿以“母亲姓名+B”作为新生儿姓名。双胎或多胎新生儿依照出生的先后顺序排序为 B1、B2、B3，以此类推。新生儿科的新生儿若已取姓名，则使用该姓名；若未确定姓名，则仍采用“母亲姓名+B”作为该患儿姓名。

3. 急诊无意识、精神状态异常且无家属陪伴无法确认身份的患者：由接诊医务人员共同确定为“无名氏”，并报科室主任、护士长，特殊“无名氏”患者上报医务部（非工作时间报行政总值班）备案。急诊科设立无名氏档案登记本，以“无名氏+性别+年月日时分”作为患者姓名，年龄为不详。

（二）患者身份识别方式

1. 执行一切医疗护理活动前必须至少同时以患者姓名和就诊卡号/住院号两种标识进行患者身份确认。

2. 新生儿：母婴同室新生儿使用“母亲姓名+B”及手腕带进行身份识别。入住新生儿科的新生儿若已取姓名，则使用“姓名+住院号”进行身份识别。

3. 急诊无意识、精神状态异常且无家属陪伴无法确认身份的患者：按入院登记信息进行身份识别，如 2018 年 12 月 11 日 23 点 05 分收治的无名氏男性患者，身份识别方式为“无名氏男 201812112305”，以此类推。

（三）患者身份识别时机

1. 为患者问诊前、发药、给药、饮食、输血或使用血制品及采集血液和其他标本前。
2. 进行所有治疗、操作、检查、手术前。
3. 患者转运及交接时。
4. 危急值报告时。

（四）身份识别工具

显示有患者姓名和住院号信息的腕带、病历、表单、标签或电脑信息系统等是进行患者身份识别的重要工具。

（五）身份识别操作方法

1. 有移动系统支持：经操作者主动询问后，由患者陈述姓名，同时应用 PDA 扫描患者腕带和所有待操作物（如输液、药物等标签）进行患者身份识别。核对无法正确沟通的患者（如新生儿、幼童、虚弱、重病、智力障碍的患者等），有家属或代理人在场时，须请在场的家属或代理人陈述患者姓名，同时应用 PDA 扫描患者腕带和所有待操作物（如输液、药物等标签）进行患者身份识别。无家属或代理人在场时，使用病历或电脑信息系统中记载的患者身份资料核对识别工具，如腕带、病历本、各种表单等识别工具上的姓名和就诊卡号/住院号，确保对正确的患者进行正确的操作。

2. 无移动系统支持或者移动系统出现故障。

（1）门急诊患者：医务人员在为门诊患者提供医疗服务时经操作者主动询问后，由患者陈述姓名，同时核对记载

有患者姓名及就诊卡号的门诊病历本、标签、各种表单或电脑信息系统。

(2) 住院患者：医务人员在为住院患者提供医疗服务时，须核对记载有患者姓名及住院号的腕带、表单或电脑信息系统。

(六) 腕带管理

1. 腕带信息：主要包括姓名、床号、年龄、性别、住院号、病区、入院日期，有过敏史及传染病患者及时标识。腕带由出入院处打印，产科新生婴儿由护理单元制作。

2. 腕带颜色。

(1) 成人患者佩戴蓝色腕带。

(2) 低于 14 岁以下患儿佩戴粉色腕带。

3. 腕带佩戴时机。

(1) 住院：患者进入病房时，由责任护士与患者或家属核对无误后予以佩戴。

(2) 新生儿：出生时由护士与母亲或家属核对确认，并经接生护士双人确认无误后予以佩戴，为防止新生儿腕带意外脱落，新生儿使用双腕带，佩戴于左手手腕和左脚脚踝。

4. 如腕带有遗失、损毁，住院患者到出入院处重新制作腕带，由护士再次核对无误后予以佩戴。因转床、转科需更新时，使用黑色油彩笔双人核对在腕带上书写“→**科/**床”。

5. 腕带特殊标识。特殊传染病、药物过敏等特殊患者的

标识：在手腕带名字左边上使用圆珠笔进行特殊颜色标识：红色阳性标记（+）为药物过敏标识；红色圆点为特殊感染标识（红染）。患者特殊标识需取消时，则使用红色圆珠笔双横线划掉。

6. 病区护士为患者佩戴腕带时需要正确核对患者身份信息，确保腕带信息完整。

7. 腕带一般佩戴在患者左手腕上，如病情禁忌，则佩戴于右手腕上，特殊情况可佩戴在左脚踝或右脚踝，四肢均不能佩戴（如严重四肢烧伤）的患者可将腕带佩挂在患者床头牌旁。

8. 患者办理完出院、转院手续后，由责任护士为其摘除腕带，腕带按医疗废物处理。

（七）患者身份信息更正

1. 无名氏患者一旦确认身份，需及时更正患者相关资料，重新制作患者腕带，并在护理记录、医嘱、病程记录体现更正的信息。

2. 当发现患者信息有疑异时，必须加以核实。如信息与患者本人实际情况不符，门诊患者由患者本人或家属持患者本人的有效证件和就诊卡到门急诊挂号处窗口及时修正；住院患者由管床医生在入院卡处注明修改原因并签名后，由患者或其家属持患者本人的有效证件及标注过的入院卡到出入院办理处及时修正。

3. 新生儿患儿名字确定后，需更新患儿身份信息。门诊

患儿由患儿家长持户口本到在门急诊挂号处窗口、多功能一体机区域办理窗口及时修正；住院患者由管床医生在入院卡处注明修改原因并签名后，由患儿家长持出生医学证明/户口本及标注过的入院卡到出入院办理处及时修正。

六、参考文件

1. 《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》
2. 《患者安全十大目标》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者安全用药管理制度	文件编号：HL-ZD-03-053	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-053 患者安全用药管理制度

一、目的

确保患者用药安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

安全用药：是指根据病情需要在选择药物的品种、剂量和服用时间等方面都要恰到好处，充分发挥药物的最佳效果，尽量避免药物对人体所产生的不良反应或危害。

四、职责

1. 护理部：修订患者安全用药管理制度进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行患者安全用药管理制度，按要求实施管理工作。

五、内容

- (一) 护士应熟练掌握常用药物的疗效和不良反应。
- (二) 护士给药前应询问病人的用药情况，做好患者的用药指导。

(三) 用药过程中，护士应加强巡视，注意观察药物反应及治疗效果。如有不良反应，立即停用，并报告医生给予及时处理。

(四) 使用重点药物时，应遵循以下规定：

1. 重点药物包括：抗菌药物、血管活性药物、细胞毒性药物、中枢性肌松药、抗精神失常药、中枢镇静催眠药等。

2. 静脉输注重点药物后，护士应准确调节滴速，加强巡视，密切观察，及时发现病情变化。

3. 口服用药应由护士在现场指导病人服用，看服到口，并交待注意事项后方可离开。

4. 对可能给患者带来严重不良反应，而因病情又必须使用的药品，医师应该告知患者并签知情同意书，护士要严密观察，加强巡视，及时发现用药后的不良反应。

5. 使用特殊药物时要做到床旁交接。

(五) 为患者提供静脉输液时，应遵循以下规定：

1. 临床科室应重视对护理人员的输液安全相关知识的培训，重点培训内容：

(1) 静脉输液相关基础知识。

(2) 各种药物的PH值、渗透压及对血管的刺激。

(3) 常见的药物配伍禁忌。

(4) 输液反应的观察及处理等。

2. 确保输液用具安全

输注药物前必须认真检查输液用具的有效期、包装的完整性等。

3. 药物的安全使用

(1) 认真履行查对制度。

(2) 更换液体时，应查对相邻两组液体间有无配伍禁忌，如有配伍禁忌，应在两组液体中间输入其他的液体间隔，如无其他液体时，应用生理盐水间隔。

(3) 更换后应仔细观察两者的反应，是否有沉淀、混浊的现象出现，如有应马上更换输液管，及时报告医生处理，并按要求上报药剂科。

(4) 药液输入后，应密切观察用药后的效果和不良反应。

(5) 更换液体时，应防止空气输进病人体内，导致空气栓塞。

4. 观察输液反应

(1) 观察有无过敏反应

①对于易过敏者，应在输液前做皮内试验，无过敏反应才能进行输液。

②如果在输液过程中皮肤出现皮疹，有痒感，并有心慌气短或病人出现颜面苍白、口唇发绀、四肢发冷，测血压有下降趋势，即为过敏反应，须立即停止输液，一般症状轻者遵医嘱给口服抗过敏药物；若出现过敏性休克，则按过敏性休克流程全力抢救。

(2) 观察输液的速度。

(3) 观察输液药物有无外渗。

对接受输液治疗神志不清的患者，需有专人陪护，并在输液全过程中细心观察脉搏、呼吸、心率、血压以及颜面表情等，如有异常应立即报告医生并及时作出相应的处理，防止发生意外。

(六) 患者用药后发生不良反应的处理

1. 立即停止输液，同时通知医生，更换输液器后维持静脉通路。

2. 遵医嘱实施各项抢救、治疗、护理措施，观察病情变化并及时处理，做好记录。

3. 保存剩余药液和输液器，做好记录，必要时送检。

4. 重新核对病历各项内容。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 病区管理制度	文件编号：HL-ZD-05-054	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-054 病区管理制度

一、目的

保证诊疗环境清洁、舒适、安全。

二、范围

全院各临床科室。

三、定义

无

四、职责

护士长全面负责病区管理，护士长不在时由护理组长负责，夜间由值班护士负责。

五、内容

1. 病房由护士长全面负责管理。质控护士协助护士长履行科室病房管理职责。

2. 病房作息时间为：06:00 晨起；13:00-14:15 午休；晚上 22:00 熄灯作息。

3. 病区保持整洁、舒适、安全，避免噪音，工作人员做到“四轻”，即“走路轻”、“关门轻”、“说话轻”、“操作轻”。

4. 保持病房空气流通，病房内禁止吸烟。大、小便器及时清洁，病房应放置生活垃圾袋并及时处理，每日用消毒液拖地一次，扫地二次，擦床头柜一次，厕所保持清洁无味，拖把使用有标记，分开放置，洗漱间清洁。

5. 统一病房陈设，室内物品和床位要摆放整齐，固定位置，精密贵重仪器有使用要求并专人保管，不得随意变动。

6. 定期对病人进行健康教育，每月进行满意度调查，征求病人意见、建议，及时改进护理工作。医务人员必须按要求着装，佩戴胸牌上岗。

7. 患者应穿着医院病号服，备必要的生活用品，多余物品尽量不放在病房内，以保持整齐。

8. 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。

9. 保持床单清洁、干燥，每周更换一次，有污染随时更换。

10. 病人出院后，及时更换被服，做好病床单元终末消毒。

11. 危重病人外出检查、治疗，必须有医护人员陪送。

12. 保持“四室一库”（治疗室、抢救室、办公室、休息室、仓库）物品陈设整洁、定位、专人负责保管，未经护士长同意不得随意搬动、外借。

13. 工作人员不得泄露病人隐私。病人或家属复印病历，必须按医院相关规定执行。

14. 医务人员、病人和家属要爱护公共财产，自觉维护病区卫生，损坏公物要赔偿。

六、参考文件

2016 版《医疗质量管理办法》

七、流程图

无

 抢救车管理制度	文件编号：HL-ZD-02-055	总页数：7
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-055 抢救车管理制度

一、目的

规范抢救车的管理，确保抢救车内药品与物品时刻处于备用状态，满足抢救患者时使用。

二、范围

全院各科室。

三、定义

抢救车是指存放抢救物品、药品、仪器的专用车。

四、职责

1. 护理部：对全院抢救车进行监管，定期督查、总结分析、反馈问题，达到持续改进。

2. 科室：科室医护人员熟悉抢救车放置及物品摆放位置，熟练掌握内存各种药品和物品的作用、规格及用法；并对抢救车进行日常检查和维护。

五、内容

1. 抢救车设平面图，图表清晰规范。抢救车的物品、药品的放置及基数全院统一（儿科、产科和新生儿科可根据科

室情况向护理部报备增加专科物品及药品），存放的针剂需遵循“先进先出、近期先出、左进右出”的原则。

2. 发现有近效期（指有效期小于3个月）的药品和物品用红点标识，有新批号及时更换，对性状改变、过有效期或标签标识模糊不清的药品和物品应作不合格品处理并进行补充。

3. 保持抢救车整洁、无尘，标签齐全规范，物品和药品定量、定位、分类放置，区域划分合理；所有物品、药品质量保证，性能良好，处于备用状态。完好率达到100%。

4. 抢救车采用封条封存管理：用“封条”将上盖、抽屉等相关位置进行粘贴，封条上注明封存时间，由两人核对无误后双签字。每班检查封条封存状态并记录在《抢救车检查登记本》上。封条样式由护理部统一，各护理单元打印使用。抢救急、危重患者时，解下封条取用药品、物品。抢救结束后，当班清理用物，补充物品，双人核对检查性能和数量无误后重新贴上封条并签名（如因特殊原因无法补齐物品时，必须交班并在抢救车检查登记本备注栏上注明原因，下一班无法解决时必须报告护士长协调处理）。在未使用的情况下，由专责护士和护士长于每月第一周的星期一共同检查急救车内的药品及物品有效期、标签标识和性能等，做好物品名称、数量、有效期登记。确保急救车处于备用状态，重新贴上封条并双签名。

5. 全院抢救车上均粘贴统一规格的抢救车药品/物品有

效期管理登记卡（过塑），注明抢救车内药品、物品的名称、数量和失效期。有效期及失效期用红色油笔细端工整填写在卡片上，如需修改用酒精擦拭。

8、急救箱参照以上管理制度执行。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》
2. 《急救药品管理制度》

七、流程图

无

附件 1

科室抢救车物品基数表

物品名称	基数	备 注	物品 件数
氧气用物	1 套	氧气表 1 个、氧气 1 套、吸氧管 1 条、面罩 1 个、吸氧卡 1 张	5
吸痰用物	1 套	吸痰装置 1 套、吸痰管 2 条、镊子 2 把、换药碗 2 个、连接管 2 条	9
开口用物	1 套	开口器 1 个、舌钳 1 个、压舌板 1 个、口咽通气管 2 个	5
气管插管用物	1 套	气管导管 2 条（成人、小儿各 1 条）、导丝 2 条（成人、小儿各 1 条）、牙垫 2 个、10 ML 注射器 1 个、布胶布 1 块	8
气管切开用物	1 套	气管切开包 1 个、气管套管 1 个	2
麻醉咽喉镜	1 套	麻醉咽喉镜手柄 1 个、麻醉喉镜片大、中、小各 1 个、备用咽喉镜灯泡 3 粒、备用 3 号电池 1 对	8
简易呼吸囊	1 套	呼吸囊 1 个、面罩 1 个、连接管 1 条、贮氧袋 1 个	4
电 筒	1 个		1
血压计	1 个		1
听诊器	1 个		1
剪 刀	1 把		1
输液用物	1 套	茂康碘 1 瓶、75%酒精 1 瓶、止血带 1 条、砂轮 1 个	4
输血管	2 条		2
输液管	2 条		2
头皮针	2 条		2
留置针	2 支		2
3M 胶布	2 块		2
输液贴	2 块		2
棉 签	2 包		2
50 ML 注射器	2 个		2
20 ML 注射器	2 个		2
10 ML 注射器	2 个		2
5 ML 注射器	2 个		2
无菌手套	2 对		2
氧气袋	1 个		1
扳 手	1 个		1
心肺复苏硬板	1 块		1
			76
专科物品			

附件 2

科室抢救车药品基数表

统一药品名称	规格	单位	基数	备注	药品件数
尼可刹米注射液（可拉明）	1.5ml:0.375g	支	5		5
盐酸洛贝林注射液	1ml:3mg	支	5		5
盐酸肾上腺素注射液（副肾）	1ml:1mg	支	5	高警示 A	5
硫酸阿托品注射液	1ml:0.5mg	支	5	高警示 A	5
去乙酰毛花苷注射液（西地兰）	2ml:0.4mg	支	5	高警示 A	5
盐酸多巴胺注射液	2ml:20mg	支	5	高警示 A	5
氨茶碱注射液	2ml:0.25g	支	5	高警示 A	5
地塞米松磷酸钠注射液	1ml:5mg	支	5		5
50%葡萄糖注射液	20ml:10g	支	5	高警示 A	5
盐酸利多卡因注射液	5ml:0.1g	支	5		5
0.9%氯化钠注射液	250ml	瓶	1		1
5%碳酸氢钠注射液	250ml:12.5g	瓶	1		1
					52
专科抢救用药及基数	规格	单位	基数	备注	

附件 3

茂名市人民医院抢救车摆放平面图

第一层：急救药品		
50%葡萄糖注射液*5 支 10g: 20ml 有效期 20__年__月		
去乙酰毛花苷（西地兰）注射液*5 支 0.4mg:2ml 有效期 20__年__月	盐酸利多卡因注射液*5 支 0.1g:5ml 有效期 20__年__月	地塞米松磷酸钠注射液*5 支 5mg:1ml 有效期 20__年__月
盐酸肾上腺素（副肾）注射液*5 支 1mg:1ml 有效期 20__年__月	盐酸多巴胺注射液*5 支 20mg:2ml 有效期 20__年__月	硫酸阿托品注射液*5 支 0.5mg:1ml 有效期 20__年__月
尼可刹米注射液（可拉明）*5 支 0.375g:1.5ml 有效期 20__年__月	盐酸洛贝林注射液*5 支 3mg:1ml 有效期 20__年__月	氨茶碱注射液*5 支 0.25g:2ml 有效期 20__年__月
第二层：通气用物		
气管切开包 1 失效期 20__年__月	气管套管 1 失效期 20__年__月	无菌手套 2 失效期 20__年__月
舌 钳 1 失效期 20__年__月	压舌板 1 失效期 20__年__月	开口器 1 失效期 20__年__月
口咽通气管大小各 1 失效期 20__年__月		
第三层：静脉用物		
输血管 2 失效期 20__年__月	50ml 注射器 2 失效期 20__年__月	5%碳酸氢钠注射液 250ml 1 有效期 20__年__月
输液管 2 失效期 20__年__月	20ml 注射器 2 失效期 20__年__月	0.9%氯化钠注射液 250ml 1 有效期 20__年__月
输液贴 2 失效期 20__年__月	10ml 注射器 2 失效期 20__年__月	酒精 1 失效期 20__年__月 茂康碘 1 失效期 20__年__月 砂轮 1 止血带 1
头皮针 2 失效期 20__年__月	5ml 注射器 2 失效期 20__年__月	
留置针 2 失效期 20__年__月	棉 签 2 失效期 20__年__月	
3M 胶布 2 失效期 20__年__月		
第四层：吸痰/氧用物		
抢救车各类登记本 (4 本)	吸氧用物 吸氧表 1 氧 气 1 失效期 20__年__月 吸氧管 1 吸氧卡 1 面 罩 1 失效期 20__年__月	吸痰用物 吸痰装置 1 吸痰管 2 失效期 20__年__月 连接管 2 失效期 20__年__月 换药碗 2 失效期 20__年__月 镊 子 2 失效期 20__年__月

第五层：其它用物

<table> <tr><td>血压计</td><td>1</td></tr> <tr><td>听诊器</td><td>1</td></tr> <tr><td>电筒</td><td>1</td></tr> <tr><td>剪刀</td><td>1</td></tr> <tr><td>扳手</td><td>1</td></tr> <tr><td>氧气袋</td><td>1</td></tr> </table>	血压计	1	听诊器	1	电筒	1	剪刀	1	扳手	1	氧气袋	1	<table> <tr><td colspan="2">气管插管用物</td></tr> <tr><td>麻醉咽喉镜柄</td><td>1</td></tr> <tr><td>咽喉镜片大中小各</td><td>1 失效期 20__年__月</td></tr> <tr><td>气管导管大小各</td><td>1 失效期 20__年__月</td></tr> <tr><td>导丝大小各</td><td>1 失效期 20__年__月</td></tr> <tr><td>牙垫</td><td>2 失效期 20__年__月</td></tr> <tr><td>10ml 注射器</td><td>1 失效期 20__年__月</td></tr> <tr><td>布胶布</td><td>1</td></tr> <tr><td>3#电池</td><td>1</td></tr> <tr><td>备用咽喉镜灯泡</td><td>2</td></tr> <tr><td>无菌治疗巾</td><td>1 失效期 20__年__月</td></tr> </table>	气管插管用物		麻醉咽喉镜柄	1	咽喉镜片大中小各	1 失效期 20__年__月	气管导管大小各	1 失效期 20__年__月	导丝大小各	1 失效期 20__年__月	牙垫	2 失效期 20__年__月	10ml 注射器	1 失效期 20__年__月	布胶布	1	3#电池	1	备用咽喉镜灯泡	2	无菌治疗巾	1 失效期 20__年__月	<table> <tr><td colspan="2">简易呼吸囊</td></tr> <tr><td>呼吸囊</td><td>1</td></tr> <tr><td>面罩</td><td>1</td></tr> <tr><td>连接管</td><td>1</td></tr> <tr><td>贮氧袋</td><td>1</td></tr> </table>	简易呼吸囊		呼吸囊	1	面罩	1	连接管	1	贮氧袋	1
血压计	1																																													
听诊器	1																																													
电筒	1																																													
剪刀	1																																													
扳手	1																																													
氧气袋	1																																													
气管插管用物																																														
麻醉咽喉镜柄	1																																													
咽喉镜片大中小各	1 失效期 20__年__月																																													
气管导管大小各	1 失效期 20__年__月																																													
导丝大小各	1 失效期 20__年__月																																													
牙垫	2 失效期 20__年__月																																													
10ml 注射器	1 失效期 20__年__月																																													
布胶布	1																																													
3#电池	1																																													
备用咽喉镜灯泡	2																																													
无菌治疗巾	1 失效期 20__年__月																																													
简易呼吸囊																																														
呼吸囊	1																																													
面罩	1																																													
连接管	1																																													
贮氧袋	1																																													

备注：1.心肺复苏硬板放在抢救车后面。

2.电插板自带在抢救车后面。

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 陪护、探视管理制度	文件编号：HL-ZD-05-056	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-056 陪护、探视管理制度

一、目的

为规范探视及陪护人员管理，为患者提供安静的休息环境，减少院内感染，构建和谐护患关系，保障医院及患者安全，特制定本制度。

二、范围

来院探视及陪护人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：负责本制度的编写、修订，定期对护理单元进行监管，分析、总结及反馈问题，达持续改进效果。

2. 护理单元：定期对本科室开展自查，分析、总结及反馈问题。

3. 护理人员：严格落实陪护、探视管理制度。

五、内容

1. 医院建立探视陪护制度，明确探视时间和探视要求。重症医学和监护室探视设专人管理。

2. 普通病房实行限时探视制度，探视者凭探视证在规定时间内探视。

3. 当日手术患者、临终危重患者等特殊人群，可由病区护士开具临时探视证，允许临时探视。

4. 特殊病区可根据专科特点制定相应的探视制度。手术室、血透等谢绝探视，移植病房、重症医学科可采用视频探视，新生儿病区仅限患儿的父母探视。

5. 学龄前儿童及患者有传染性疾病者不宜进入病房探视。

6. 因患者病情需要陪护者，需经主管医生及护士长同意，原则上每位住院患者只限一人陪护，扫码建立陪人证，特殊原因未能建立电子陪护证由护士长审核发放纸质陪护证。陪护人员进入病区应主动出示陪护证。患者病情稳定后，停止陪护同时取消陪护证。

7. 探视陪护人员应自觉遵守医院的各项规章制度，保持病房整洁安静。告知陪护人员不得擅自移动病房内设施，不得在病房内聚集、吸烟、吐痰、饮酒、高声谈笑、大声喧哗。

8. 遇特殊或紧急情况，根据上级文件要求、疫情流行态势和防控需要，病区需封闭管理，则禁止探视和陪护。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医用冰箱及冷藏药品管理制度	文件编号：HL-ZD-02-057	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-057 医用冰箱及冷藏药品管理制度

一、目的

为规范病区医用冰箱的使用与管理，特制定本制度。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对护理单元的医用冰箱及冷藏药品进行监督检查。

2. 护理单元：严格执行医用冰箱及冷藏药品管理制度，按要求实施医用冰箱及冷藏药品管理工作。

五、内容

(一) 医用冰箱运行管理

1. 医用冰箱检测：由医院设备科定期对各科室医用冰箱进行检测，经检测合格方可使用。

2. 冷藏温度要求：冰箱冷藏室内须有冰箱专用温度计，温度计适宜放置于冷藏室中间层左或右内侧面的近中间位置，温度控制在 2~8℃（可选择柜门有显示冷藏室温度的冰箱）。

3. 冷藏温度监控：冰箱内放置经设备科校准的温度计对冰箱内温度进行实时监控，每天上午及下午均安排人员进行温度监控记录，并记录在《医用冰箱温度和保养记录簿》，如有异常（冰箱无法正常工作、温度超出规定范围或温度显示始终为同一数值等），需关闭冰箱门持续 30 分钟后，重新复测温度，如复测温度仍不在正常范围，及时联系设备科检测维护并做好登记。温度记录保存 1 年，备查。

4. 冰箱应指定专人管理、养护，每周清洁整理并用含氯制剂擦拭消毒一次。

5. 冰箱不得存放与医疗无关的一切物品，包括不得存放病人外带的药品及私人物品。

（二）冷藏物品管理

1. 冰箱内药品放置应根据品种、性质、用途等分类，存放整齐，药品避免与冰箱内壁接触，冰箱门不能码放药品。

2. 药品按规定分类存放，并根据相关管理规定注有标识，高危药品、易混淆药品应有醒目标识。标识贴于冰箱内药品摆放位置处，不能贴于冰箱门外。

3. 开启后的药品应参照药学专业资料或药品说明书等，要求在药瓶或药袋上注明开启或配药时间、药名、剂量、开启及配药后的有效期及执行人签名。

4. 输液或输血反应后保留的输液管和余液等使用干洁治疗巾包裹，巾外有“病人姓名和发生输液及输血反应时间”等标识，放置冰箱内存储至有输液及输血反应结果为止，若血液、体液、组织等标本需临时放置冰箱保存，必须放置在密封袋或密封盒内，防止污染冰箱和其它物品，并做好交接班，及时送检。

5. 冰箱冷冻室不能放置输液袋（术中或特殊病情需要备用无菌冰块除外）。禁止放置痰标本、大小便标本和易燃易爆等危险品。

6. 冰箱内物品要做到无过期、无受潮、无霉变及无丢失，冷藏药品应禁止冰冻。

7. 冷藏设备若发生故障，及时向总务科报修，预计维修或断电时间超过 30 分钟的，应就近将药品转移到其他运行正常的冰箱内。

8. 取用冰箱药品时应尽量迅速，避免开门时间过长。

六、参考文件

《临床科室药品储备使用安全管理规定（2021 年 7 月修订）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者入院、住院、转院转科 及出院管理制度	文件编号：HL-ZD-05-058	总页数：8
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：5版

HL-058 患者入院、住院、转院转科 及出院管理制度

一、目的

为患者提供优质的护理服务。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对全院护理单元进行监督检查。
2. 护理单元：严格执行患者入院、住院及出院管理制度。

五、内容

(一) 入院制度

1. 患者须持本院医生签发的入院通知单，按规定办理入院手续，如病情危重应由急诊科护士及医生护送患者至病区。
2. 危重患者在护送过程中应密切观察病情，确保安全。

3. 接收新入院患者，应及时准备床位及用物，对急诊手术或危重患者，需立即做好手术或抢救的一切准备工作。

4. 病房护士应主动热情接待患者及家属，与护送人员做好患者交接，核对患者身份证等有效证件及相关资料（含手腕识别带）相符后，给患者戴上手腕识别带，同时介绍病区环境与住院有关制度。

5. 通知医生收治患者，并及时执行医嘱。

6. 病房护士应在当班内完成患者评估，对危重患者除了解病情外，要检查患者的皮肤、留置管道及全身状况等。

7. 填写患者一览表、床头卡。

（一）住院制度

1. 住院患者应自觉遵守医院各项规章制度并积极配合治疗，住院期间，除必需的生活用品外，其余物品，特别是贵重物品一律不得带入病房。

2. 患者住院期间不能擅自外出。如发现患者外出，必须确认其去向，致电话给患者及家属，通知其回院，并报告医生，护士详细做好交接班及护理记录。

3. 住院期间，未经主管医生同意不得私自邀请院外医生会诊及开药。

4. 住院患者一般不留陪人，如病情需要，经医生同意留陪人者仅限一人，建立电子陪人证。

5. 住院患者要自觉遵守规章制度，保持医院环境安静，不得在病室内大声喧哗。

6. 爱护公物，节约用水，讲究卫生。不得病房内煮食，不能私自在病房进行拔火罐、艾灸、针灸、电理疗按摩等治疗，不能在医疗设备带插电源。损坏医院财物照价赔偿。

7. 住院患者未经许可，不得进入诊疗场所，不得翻阅病案及其他有关医疗记录。

（三）转院转科制度

1. 接到病人转院、转科医嘱后，及时与相关单位、科室联系、沟通。

2. 病人转院转科前，由责任护士及主管医生向病人或亲属告知相关注意事项，如目前的病情，途中可能出现的情况等。

3. 转科时病历应随同转科交接，转院时应将医生的病历摘要及其它必要资料备齐随同转院，确保医疗信息资料的连续性。

4. 对转院、转科途中可能出现的情况，应有处理的预案和具体措施。

5. 转科时填写好病人转科护理交接单，并携带《转科交接记录本》，双方护士认真交接病人、病历，并签名确认。

（四）出院制度

1. 医生根据病情开出院医嘱后，护士通知患者或其家属做好出院准备。

2. 护士根据医嘱办理出院手续。

3. 护士把门诊病历、出院记录及疾病证明书交给患者或家属，若有出院带药并详细交代药物的服用方法。

4. 做好卫生宣教和出院指导，征求患者或家属对医院及护理工作的意见，热情地送其离开病区。

5. 注销各种卡片，整理病历，做好床单位的终末处理和消毒工作。

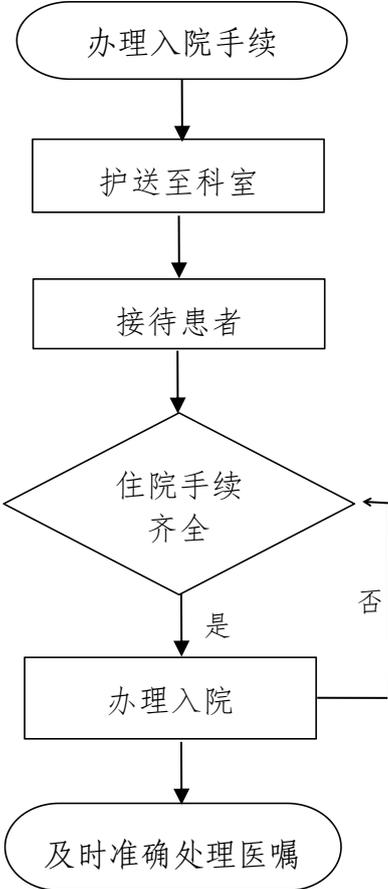
六、参考文件

无

七、流程图

（见下页）

1. 患者办理入院流程

责任人	入院流程	简要说明
<p>患者或家属</p> <p>门诊导医或 急诊护士</p> <p>病房护士</p>	 <pre> graph TD A([办理入院手续]) --> B[护送至科室] B --> C[接待患者] C --> D{住院手续 齐全} D -- 是 --> E[办理入院] D -- 否 --> D E --> F([及时准确处理医嘱]) </pre>	<p>1. 病房护士接到住院通知，立即准备床位及用物，并通知医生，对急诊手术或危重病人，须立即做好手术或抢救的一切准备工作。</p> <p>2. 主动热情接待病人及家属，协助病人熟悉环境。询问病人医保情况，告知病人 24 小时内到相关部门登记。</p> <p>3.1 介绍管床医生及护士，每日治疗护理时间及医生查房时间。</p> <p>3.2 介绍住院饮食制度以及每日开餐时间。</p> <p>3.3 介绍住院探视制度；病房的安全制度，病房水、电、财物保管制度。</p> <p>3.4 测量 T、P、R、BP 及体重并记录于体温单及评估表上。</p> <p>3.5 详细询问病人病情并书写护理记录，填好病人入院评估表。</p> <p>3.6 填写或打印病人一览表、床头卡、戴手腕带。</p>

2. 患者转科（转入）流程

责任人	转入流程	简要说明
责任护士 辅助班护士 转运医务人员	<pre> graph TD A([接到转科通知]) --> B[护士接待] B --> C{手续已完善} C -- 否 --> B C -- 是 --> D[责任护士进行处理] D --> E([转科完成]) </pre>	<p>1. 备好床单位(根据病情合理安排床位)。</p> <p>2.1 热情接待患者，与转出科室护士核对患者相关信息，做好病人病情交接工作。核对转科交接单并签名，告知医保相关事项。</p> <p>2.2 办理入科手续，进行入科登记。</p> <p>2.3 通知责任护士、管床或值班医师。</p> <p>3.1 安放床头卡，对急诊手术或危重患者立即做好术前或抢救准备。</p> <p>3.2 转科告知：介绍病室环境、呼叫器、作息时间、相关制度、患者权利与义务、贵重物品的保管等，向患者/家属作自我介绍并介绍主管医师及病区护士长。</p> <p>3.3 测生命征及评估病人，了解病情及心理状态、生活习惯等，进行相关疾病知识宣教。</p> <p>3.4 执行医嘱，完成护理记录。</p>

3. 患者转科（转出）流程

责任人	转出流程	简要说明
<p>电脑护士</p> <p>责任护士</p> <p>责任护士</p> <p>转运医务人员</p>	<pre> graph TD A([接到转科医嘱]) --> B[做好转科准备] B --> C[完善转科手续] C --> D{手续已完善} D -- 否 --> C D -- 是 --> E[护送患者转科] E --> F([转科后处置]) </pre>	<p>1.1 遵医嘱通知患者或家属。</p> <p>1.2 处理转科医嘱。</p> <p>2.1 通知所转科室备床单位及用物，确定转科时间。</p> <p>2.2 责任护士与患者/家属进行沟通，危、急、重症患者签署转运知情同意书，交待转科相关程序。</p> <p>2.3 责任护士书写转科记录，包括生命体征、皮肤情况、伤口敷料、管道等。</p> <p>2.4 整理病历资料，做好登记。</p> <p>3.1 一般患者由护理人员携带病历资料护送患者，危、急、重症患者由医务人员护送转科，准备抢救用物。</p> <p>3.2 协助转入科室护士妥善安置患者。</p> <p>3.3 与转入科室护士详细交接患者病情、治疗、护理、管道等，双方在转科交接单上签名。</p> <p>4. 床单位终末消毒。</p>

4. 患者办理出院流程

责任人	出院流程	简要说明
<p>电脑护士</p> <p>责任护士</p> <p>患者或家属</p>	<pre> graph TD A([接到出院医嘱]) --> B[通知病人或家属] B --> C[出院指示] C --> D{办理出院手续} D -- 否 --> C D -- 是 --> E([离院]) </pre>	<p>1. 携带出院通知单、按金单、诊断证明、出院药单、住院记录、患者身份证原件办理出院手续。</p> <p>2. 取药：携带出院带药单到2号楼二楼中心药房取药，中成药到1号楼1楼取药。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 延续性护理服务管理制度	文件编号：HL-ZD-03-059	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-059 延续性护理服务管理制度

一、目的

为推动优质护理服务深入开展，不断满足人民群众日益增长健康需求，使住院患者的院外康复能得到科学、专业、便捷的技术服务和指导，特制定本制度。

二、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有特殊情况的患者。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对延续性服务患者、护理单元进行监控，并做好分析及反馈。
2. 护理单元：严格执行护理部延续性护理服务制度。
3. 随访人员：遵守相关规定。

五、内容

1. 随访人员：病区责任护士、专科护士担任随访员负责所有出院患者的随访工作，必要时寻求责任医生、药剂师、营养师等多科协作支持。

2. 随访方式：使用云随访系统随访，以电话随访、微信随访为主，积极开展多种形式随访如咨询、上门服务、短信、座谈会、书面随访等。

3. 随访时间：患者出院后3天内客服部完成推送，科室在14个工作日内由随访员完成首次随访。慢性病或专科特殊疾病根据各专科要求开展长期随访工作。

4. 随访内容

(1) 了解患者康复情况。

(2) 进行针对性健康指导，如药物知识、康复锻炼、饮食知识、疾病相关知识、预防并发症、疾病复发的诱因与先兆、定期复查检查项目、疾病复发的急救知识、健康生活方式与习惯、休息与运动等。

(3) 询问患者希望今后提供的服务或帮助。

(4) 征求患者对护理工作整体满意度及意见和建议，持续改进护理工作。

(5) 进行随访满意度调查。

5. 随访服务规范

(1) 随访员要有良好的服务意识与较强责任心，遵照护士语言行为规范执行。

(2) 对不清楚的问题不能随便作答，应咨询相关专家，必要时请医生解答。

(3) 通话突然中断时应再次致电患者，并告知电话中断原因。

(4) 避免在 8 点前，午休时间 12 点-14 点、及 22 点以后打电话。

(5) 注意保护患者个人信息及隐私。

(6) 随访信息要及时反馈，如患者不满或投诉，尽量安抚患者，及时报告护长。

(7) 结束语不说“再见”，可送温馨祝福如“健康快乐”等。

6. 随访质控

(1) 建立三级质控体系（护理部-片区护士长-护士长）。

(2) 质控内容：按时随访率、随访覆盖率、科室随访自查情况、随访满意度、随访效果及持续护理质量改进情况。

(3) 质控方法：现场抽查及电话回访等。

六、参考文件

1. 《JCI 医院评审标准》（第六版），ACC. 4

2. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 病房安全管理制度	文件编号：HL-ZD-02-060	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-060 病房安全管理制度

一、目的

保障病房安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对全院护理单元进行病房安全管理监督检查，并督促整改。
2. 护理单元：严格执行病房安全管理制度，确保病房安全。

五、内容

(一) 患者安全管理

1. 医务人员应评估患者安全及危险因素，向患者、家属或陪伴人员做好告知、教育工作。

2. 根据病情需要设提示牌、加床栏等，落实床边安全护理措施，并向患者做好解释，防坠床、跌倒等意外事件发生。向患者解释呼叫器的使用，保持呼叫器的性能完好。

3. 告知患者住院期间不能外出，擅自外出造成的一切后果自负。

4. 告知患者不能私自使用热水袋、各种电器；如确实需要使用热水袋时，护士应交代注意事项，加强观察巡视，严格执行操作规程，防止烫伤，做好床边交接班及记录。

（二）环境安全管理

1. 病区物品固定放置，保持通道通畅；病房地面保持清洁、干燥，拖地时要放防滑标志，防止患者滑倒，跌伤，保证患者安全。

2. 患者使用的物品合理放置，便于患者拿取。

3. 提供足够的照明设施。

4. 洗手间、浴室、开水间安全标示清楚。

（三）防火安全管理

1. 病房内禁止吸烟，不得使用自带电器及明火用具，以防失火。

2. 防火通道保持通畅，有明显标志。

3. 消防设施应完好齐全，有火灾应急预案。

4. 病区防火责任人负责消防设施的检查和防火知识的宣传教育。

5. 加强员工的消防培训，提高每位员工的消防意识，以及熟练使用消防设施、熟知走火通道和消防应急预案。

(四) 停电安全管理

1. 病房应备应急灯或其他照明设施。
2. 停电时按停电应急预案处理。

(五) 氧气安全管理

1. 病区内严禁吸烟。
2. 氧气筒应挂“有氧”、“无氧”牌标志和“防热、防油、防震、防火”标志。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 输液安全管理制度	文件编号：HL-ZD-02-061	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-061 输液安全管理制度

一、目的

保障输液治疗工作质量与安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对各科室输液治疗工作质量与安全进行监督检查，并督促整改。
2. 护理单元：严格执行输液安全管理制度，防止输液不良事件，保障输液治疗工作安全。

五、内容

(一) 操作过程管理

1. 严格执行输液查对制度。
2. 严格执行无菌技术操作规程及消毒隔离制度。
3. 输液前后用流动水或快速手消毒液七步洗手法洗手。
4. 加药时严格无菌操作，减少污染。

5. 一人一针一管一带一用一消毒。
6. 皮肤消毒范围 8—10cm，待干后方可进行穿刺。
7. 提高穿刺成功率。
8. 敷贴正确覆盖穿刺针眼处。
9. 根据医嘱调整输液滴速及安排输注顺序。护士必须根据医嘱、患者的病情特点、药物性质、个体状况及治疗需要，科学、合理地调整输液速度和输液顺序，以免导致电解质紊乱或循环负荷过重等情况。
10. 加强输液巡视，护士必须按时巡视病房，及时观察患者病情，认真倾听患者主诉，准确判断输液故障和不良反应，及时发现，及时处理。
11. 解释与交待输液相关事项，护士在输液前向患者解释输液目的和意义，输液中的体位配合，输液后交待注意事项。
12. 在没有医护人员看管情况下，输液中的病人不能擅自离开输液区或病区，以防发生意外。

（二）用药配伍管理

临床护士应熟悉常用药物配伍禁忌。对新药或特殊药物配伍问题向医院药剂师咨询，确认无误后再进行配制，以免发生不良反应。

（三）配液环境管理

1. 治疗室按常规紫外线灯照射消毒，每日 2 次，每次至少 30 分钟。

2. 治疗室操作台面及地面湿式擦拭，每日 2 次，治疗盘保持清洁。

3. 配药操作过程中，减少人员流动，避免扫地，以减少空气扬尘，治疗室要求随时关门。

4. 每季度治疗室空气细菌培养监测 1 次。

（四）输液反应管理

输液反应有发热反应、急性肺水肿、静脉炎和空气栓塞等，常见的是前两种。注重加强对护士处理各种输液反应能力的培养和训练，确保发现及时，判断准确，处置得当。

（五）输液器具管理

必须使用国家标准文号，经严格检测合格的输液器具，一次性输液用品用后必须按“一次性医疗废物管理办法”统一处理。

（六）建立健全输液管理制度

建立护理部、科护士长、病区护士长三级管理体系，输液反应及时报告记录，加强护士安全输液教育，增强安全意识。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第 4 版）》
2. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 预防烫伤的管理制度	文件编号：HL-ZD-02-062	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-062 预防烫伤的管理制度

一、目的

防止烫伤事件，保障患者安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对各科室护理安全工作进行监督检查，并督促整改。
2. 护理单元：严格执行预防烫伤的管理制度，防止烫伤不良事件发生。

五、内容

1. 科室内的电路及各种电器设备应定期进行检查维修。
2. 昏迷、截瘫、小儿、老年人、麻醉后 24 小时内及有感觉功能障碍的病人等，应慎用热水袋，新生儿禁用热水袋保暖。

3. 使用热疗法时，应向病人家属做好解释并交待注意事项，取得配合，应调试好温度后使用，注意保护皮肤。

4. 使用热水袋前，病人或家属要签知情同意书，并且必须做到：

(1) 装入套（袋）内使用。

(2) 用水温计测温，危重、小儿、老年人、昏迷、截瘫、感觉障碍的病人，水温不超过 50℃，一般病人不超过 70℃。

(3) 使用前应仔细检查有无漏水现象。

(4) 使用热水袋后，每半小时巡视一次检查皮肤情况，并做好口头与床边交接班，在护士记事本或护士站白板上记录提醒，写好护理记录。

(5) 加强对患儿的看管，给患儿洗澡时，应该先放冷水后再兑热水。婴儿洗澡时水温应保持在 39~42℃，洗澡盆（池）应垫海绵垫。

(6) 禁止患者使用自带电热水器等电器，防止烫伤。

(7) 科室开水房热水器使用应有“小心烫伤”标识。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第 4 版）》

2. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 高危病人护理安全管理制度	文件编号：HL-ZD-02-063	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-063 高危病人护理安全管理制度

一、目的

保障高危病人护理质量与安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对各科室高危病人护理安全进行监督检查，并督促整改。

2. 护理单元：各科室严格执行高危病人护理安全管理制度，及时发现高危病人并做好评估，防止发生护理不良事件。

五、内容

1. 为确保病人住院期间的安全，病人入院后护士立即根据其病情，结合各种风险评估表（跌倒、坠床、压疮等）做出科学准确的评估。

2. 护士应认真履行安全告知义务，做好患者预防跌倒、坠床、压疮、防火、防盗等住院安全的告知。

3. 告知病人，病房内挂有相关安全提示，请查看。
4. 皮试盒备有肾上腺素，做皮试前询问药物过敏史，对皮试阳性者，在医嘱单、体温单、病历夹、床头卡、手腕带上用红色阳性标记（+）。皮试结果经 2 名护士确认后在医嘱单上双签名并做好护理记录。
5. 对病情危重、意识不清、昏迷、生活不能自理的患者，应先评估、根据病情加床栏，防止坠床。定时翻身，在护理记录单上记录翻身的情况。
6. 对躁动不安的患者，得到家属同意后，可用约束带实施保护性约束。
7. 评估为高危的患者，告知若出现不适，及时按床头呼叫器，呼叫医护人员，采取必要的措施。
8. 患者发生坠床或突然跌倒时，护士应立即赶到，通知医生查看受伤情况，判断病情（做出伤情鉴定），采取急救措施，严密观察病情变化，尽量减轻对患者造成的伤害。
9. 发生护理不良事件（给药差错、输血错误、跌倒、压疮、坠床、烫伤、管路滑脱、护理纠纷、意外事件等）时，不得隐瞒不报，应立即采取补救处理措施并主动按程序逐级上报。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第 4 版）》
2. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》

七、流程图：无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 患者跌倒坠床防范管理制度	文件编号：HL-ZD-03-064	总页数：9
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：3版

HL-064 患者跌倒坠床防范管理制度

一、目的

准确识别患者跌倒坠床的高危因素，落实预防措施，防范患者跌倒坠床，确保患者安全。

二、范围

针对所有院内的住院和门、急诊患者。

三、定义

跌倒是指住院患者在医疗机构任何场所，未预见性地倒于地面或倒于比初始位置更低的地方，可伴或不伴有外伤。

四、职责

1. 护理部下设老年专科管理组：针对跌倒高危患者，每季度到护理单元进行高风险人群评估以及防跌倒措施的督导。针对已发生跌倒的患者，到病房进行个案调查，分析、总结反馈追踪问题，达到持续改进效果。

2. 医护人员：识别患者跌倒坠床的高危因素，做好患者跌倒坠床风险评估、再评估及防跌倒坠床宣教；对高危者做好警示标识。

3. 患者及家属：配合落实跌倒坠床防范措施。

4. 后勤保障部门：负责患者病床及活动场所有防跌倒防坠床设施及警示标识；督查、监管后勤、保洁人员相关工作职责落实情况。

5. 保洁人员：保持患者活动场所地面干燥，通道无障碍物，清洁地面时使用“小心地滑”警示标识。

五、内容

（一）跌倒坠床的风险评估

1. 跌倒坠床高危因素

（1）意识不清、躁动不安、精神异常、肢体活动受限、视觉障碍的患者。

（2）体质虚弱、需搀扶行走或坐轮椅患者；生活不能完全自理且无专人看护患者；年老和婴幼儿无约束或无效约束患者。

（3）服用特殊药物、近期有跌倒史（1周内）、以晕厥为主要症状者、经常发生体位性低血压者。

（4）病室地面潮湿或有积水等。

（5）患者穿的裤子过长，鞋子大小不合适、不防滑等。

（6）住院新生儿均视为坠床高危人群。

2. 住院成人患者的风险评估：住院患者根据《住院患者跌倒/坠床风险评估单》进行跌倒风险评估，总分 ≥ 45 分为高度跌倒危险患者，总分25-44分为中度跌倒危险患者，总分 ≤ 24 分为轻度跌倒危险患者。

（1）对新入院、转科患者均进行风险评估，本班内完

成并记录。

(2) 住院高危跌倒患者每周进行评估并记录，中度跌倒危险患者每两周评估并记录。在手术/麻醉/中深度镇静后、意识改变、低血糖、低血压、特殊治疗或检查（血透、无痛内镜等）、使用易跌倒风险药品或者发生跌倒时、跌倒危险因素项目发生改变时，及时动态评估并记录。

3. 住院儿童患者的评估：儿童（≤14 周岁）患者，根据《小儿跌倒坠床风险评估表》进行评估。总分≥12 分为高危跌倒患者，每日进行评估并记录；总分 7-11 分住院儿童患者每周进行 1 次评估并记录。在手术/麻醉/中深度镇静后、意识改变、惊厥、低血糖、低血压、特殊治疗或检查（血透、无痛内镜）等、使用易致跌倒风险药物或者发生跌倒坠床时、跌倒坠床危险因素项目发生改变时，及时再评估并记录。

（二）跌倒坠床的预防

1. 住院高危跌倒患者：在患者床头有“防跌倒防坠床”标识；对患者及家属做好预防跌倒的宣教，并签署《住院患者防跌倒坠床告知书》；住院儿童患者家属签署《住院小儿防跌倒/坠床告知书》；母婴同室新生儿家属签署《母婴同室婴儿安全知情告知书》。

2. 环境、设施安全

(1) 全院工作人员对有跌倒坠床高风险患者应予特别关注，发现引起患者高危跌倒环境和设备因素时，应及时通知后勤保障部门处理。

(2) 保持医疗区域、公共区域光线充足，地面干净不潮湿，通道无障碍物；公共卫生间地面放置“小心地滑”标识，以提醒患者。拖地或地面潮湿时及时放置“小心地滑”警示标识。

(3) 正确使用平车、轮椅，确保患者安全；患者休息时将床栏拉起。

(4) 各病区卫生间及门诊卫生间内设应急呼叫铃，以备患者在卫生间内发生意外时应急使用。呼叫铃放于住院患者易取位置，医院工作人员及时回应患者的呼叫。

3. 患者服装上的注意事项

(1) 避免穿大小不合适的鞋和衣裤。

(2) 选择防滑底的鞋。

(3) 选择适当的病员服，防止踩到裤脚而摔倒。

4. 有效安全地使用工具及康复器械。

5. 特殊人群及情境下的注意事项

(1) 患者使用易跌倒药品时，医生护士对患者及家属需进行告知和宣教。

(2) 对头晕、眩晕、体能虚弱、步态不稳患者做好陪同人员的宣教，确保其安全。必要时医护人员或其他人员协助。

(3) 妊娠妇女、儿童、新生儿患者，做好陪同人员的宣教。

(4) 给婴幼儿称体重、做治疗时，操作者不得离开婴

幼儿。

(5) 躁动不安者专人陪护，采取必要的措施防止坠床跌倒的发生。患者通过救护车送到医院，或进行放射、磁共振等检查时，注意搬运途中及转交接过程中患者的安全。在狭窄的检查台上检查或翻身活动时，注意做好保护，防止坠床跌倒的发生。

(6) 康复训练应循序渐进，开始训练时，护士应示范训练的步骤、运动量、幅度，贯彻量力而行的原则。

(三) 跌倒坠床患者的应急处理预案

1. 住院患者发生跌倒坠床，立即对患者进行初步评估。
2. 携带评估工具：血压计、手电筒、血糖仪。
3. 评估内容：
 - (1) 判断患者的神志，不要急于搬动患者。
 - (2) 测量患者生命体征，检查瞳孔，如发现患者出冷汗，面色苍白时，予测微量血糖。
 - (3) 检查患者有无外伤，包括四肢、头部和躯干，疼痛以及肢体的活动功能障碍。
4. 紧急情况立即给予处理，如：吸氧、建立静脉通路等；如患者出现心脏骤停，将放置患者于平卧位，立即进行现场心肺复苏。
5. 及时通知值班医生，汇报跌倒经过及受伤情况，根据医嘱给予处理，密切观察病情变化，准确、及时地记录患者的跌倒经过、受伤部位及伴随症状与体征、相应处理等情况。

6. 安抚患者，通知家属，并做好沟通解释。按质量安全不良事件报告制度逐级报告处理。

7. 评估与分析患者跌倒的危险因素，加强防范；向患者及家属做好耐心细致的解释。

（四）事件上报

1. 门诊患者发生跌倒坠床，由门诊部进行不良事件上报；急诊急救患者发生跌倒坠床由急诊科进行不良事件上报；住院患者发生跌倒坠床由科室进行不良事件上报。同时向科主任/护士长汇报跌倒情况，记录事件经过，由当班人员进行不良事件上报。

2. 科室在患者跌倒坠床 3 天内报告老年护理专科小组督导员，督导员接到通知 24 小时内会诊，调查了解患者跌倒的原因、经过，指导科室及患者如何预防同类事件的发生。

3. 跌倒坠床事件均在医院《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》进行上报，详见质量安全不良事件报告制度。

（五）跌倒坠床预防措施的监控和管理

1. 后勤保障部门检查全院各环节安全隐患，科室管理者负责检查本区域安全隐患，落实各项预防措施。

2. 护理部质量管理委员会对患者跌倒事件进行监控、定期分析并反馈。

（六）根据美国国家护理质量指标数据库（NDNQI）跌倒伤害程度分 5 级

1. 无：没有伤害。

2. 严重度 1 级（轻度）：不需或只需稍微治疗与观察的伤害程度，如：擦伤、挫伤、无须缝合的皮肤小撕裂伤等。

3. 严重度 2 级（中度）：需要冰敷、包扎、缝合或夹板等的医疗或护理的处置与观察的伤害程度，如：扭伤、大或深的撕裂伤、皮肤撕破或小挫伤等。

4. 严重度 3 级（重度）：需要医疗处置及会诊的伤害程度，如：骨折、意识丧失、精神或身体状态改变等。

5. 死亡：患者因跌倒产生的持续性损伤而最终致死。

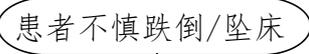
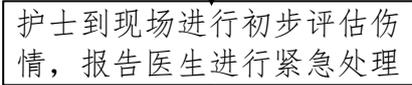
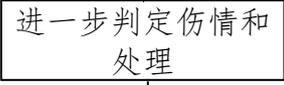
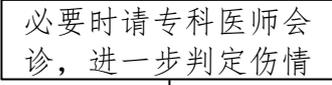
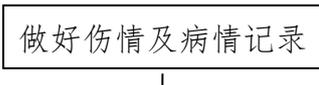
六、参考文献

1. 《三级医院评审标准（2020 年版）广东省实施细则》
2. 中华护理学会团体标准：T/CNAS09-2020《成人住院患者跌倒风险评估及预防》

七、流程图

（见下页）

患者发生坠床或跌倒时应急处理流程

责任人	处理流程	简要说明
责任护士		<p>1. 初步评估伤情和紧急处理：护士对患者情况做初步判断，如测量生命体征，判断意识。给医生提供信息，协助医生检查，给予相应处理。</p> <p>2. 进一步判定伤情和处理：遵医嘱给予患者对症处理，并通知家属。完善相关检查如x线摄片等。</p> <p>3. 当班护士将事情发生的经过及时、如实报告护士长，24小时内向护理部及相关领导汇报。</p> <p>4. 当班护士24小时内，在《AEMS医疗安全不良事件管控平台》填报跌倒/坠床不良事件，科室讨论后按流程提交科护长审批，科护长审核后提交护理部审批。</p> <p>5. 科室护士长追踪不良事件整改效果评价。</p>
责任护士		
责任护士		
责任医师		
责任护士		
责任护士		

附件：1. 《住院患者跌倒/坠床风险评估单》，详见护理文书系统。

2. 《预防小儿跌倒/坠床风险评估护理单》，详见护理文书系统。

3. 《住院患者防跌倒/坠床告知书》，详见护理文书系统。

4. 《住院小儿防跌倒/坠床告知书》，详见护理文书系统。

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 安全用氧制度	文件编号：HL-ZD-02-065	总页数：4
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

HL-065 安全用氧制度

一、目的

加强用氧安全管理，确保患者安全。

二、范围

全院护理单元。

三、定义

无

四、职责

1. 护理部：对全院护理单元用氧情况进行监督检查。
2. 后勤保障部：定期对全院护理单元氧气装置进行维护与检修。
3. 护士长：负责本护理单元的用氧安全工作，及时发现并解决存在问题。
4. 护士：负责落实用氧安全措施，发现安全隐患及时上报护士长。

五、内容

(一) 强化用氧安全理念

1. 全院护士积极开展用氧安全宣传教育，提高用氧安全意识。

2. 严格遵守安全用氧规章制度，认真落实用氧操作规范，强化护士人员用氧安全意识。

3. 科室护理单元组织护士学习安全用氧培训及操作考核，强化用氧安全。

4. 将用氧存在的安全问题反馈并提出改进措施，提升全体护理人员安全用氧持续改进的意识。

（二）落实用氧安全管理措施

1. 严格执行安全用氧制度。

2. 做好安全用氧标识：在氧气储存处张贴“禁止烟火”，禁止吸烟”警示牌。

3. 做好用氧装置的管理

（1）氧气设备应在无油及无其它易燃物品的环境中使
用。

（2）病区内的氧气筒应直立上架固定放置于阴凉处，
搬运时避免倾倒撞击，远离火源，勿涂油料。

（3）对未用完的和已用完的氧气筒应分别悬挂“满”、
“空”标记。氧气筒的氧气不可用尽，应至少留有 0.5MPa
余气。

（4）使用氧气时告知患者用氧安全及有关注意事项并
悬挂吸氧卡，做好四防“防火、防震、防热、防油”标识。

(5) 在中心供氧接头处张贴“氧气出口，烟火勿近”安全警示标识进行提示。

(6) 在氧气瓶储存和使用区域，禁止使用明火。

4. 做好易燃物品管理

(1) 使用含油类物品时应特别小心。

(2) 病人接受高压氧治疗时应除去所有油类制品。

5. 做好消除火源管理

(1) 所有电器设备应符合国家消防标准，损坏的电器设备、插座或外露的电线应及时维修。

(2) 有问题的电器设备，应贴上标签后移出服务区，进行维修或更换。

(3) 易产生火花的器械和玩具，禁止在贮氧和用氧区域使用。

(三) 加强用氧安全监管

1. 护理部成立质量管理委员会，每季度进行全院护理质量检查，护士长例会反馈并提出整改。

2. 护理单元成立护理质量安全管理小组，及时发现用氧安全隐患并整改，护士长在每月科务会议上反馈隐患，提出整改措施，做到持续改进。

3. 若发生用氧不良事件时，按不良事件上报流程进行上报，并进行分析整改。

六、参考文件

1. 《基础护理学（第6版）》

2. 《护理部工作规范（2018年版）》

七、流程图

无

第二章 特殊科室管理制度

第一节 新生儿科管理制度

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 新生儿监护室工作制度	文件编号：XSE-ZD-03-001	总页数：4
	主管部门：新生儿科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：3版

XSE-001 新生儿监护室工作制度

一、目的

为了建设规范化新生儿监护病房，提高新生儿疾病诊治及护理水平，保证医疗护理质量和安全，特制定本制度。

二、范围

新生儿科全体医护人员。

三、定义

新生儿监护室工作制度是根据相关的法律法规制定的应用文件，以规范新生儿科医护人员的行为，加强病房的建设，保证患儿的安全，不断提高新生儿的救治水平。

四、职责

1. 医生：负责新生儿急救、新生儿病室医院感染控制及处置新生儿常见疾病等。

2. 护士：负责新生儿常见疾病的护理、新生儿急救操作和新生儿病室医院感染控制等。

五、内容

1. 新生儿监护室必须由责任心强、具有专业知识及熟练技能的医护人员担任工作。

2. 新生儿监护室实行 24 小时值班制，不得擅自离开岗位，有慎独精神。密切观察病情，严格执行床边交接班，防止发生意外。及时、准确地记录病情变化及用药处理情况，突发情况随时记录。

3. 医护人员进入新生儿病室必须洗手、更换室内工作服、换鞋、戴口罩、帽子。接触新生儿前后手卫生，手卫生执行率 100%，经常保持手清洁。定期对新生儿监护室医护人员手做细菌检测。

4. 新生儿病室应保持清洁、整齐、布局合理、清污路线分开。每日用含氯消毒液拖地两次，拖把分开使用、放置。

5. 病室保持空气清新与流通，每日通风不小于 2 次、空气消毒 2 次，每次 15~30 分钟。室内温度保持在 24~26℃，相对湿度 55~65%为宜。

6. 新生儿入院、出院严格执行新生儿身份识别制度，住院新生儿实行双腕带制度，严防出现婴儿身份错乱的现象。严格执行查对制度，核对患儿手腕带上的床号、姓名、住院号，准确执行治疗。

7. 严格执行新生儿十大安全目标要求，确保患儿安全。

8. 新生儿一人一床，发现污渍时应及时更换。污染毛巾、衣、被等清洗后，再送消毒供应中心高压灭菌消毒。新生儿

喂养奶嘴、奶瓶做到一婴一用，用后送消毒供应中心高压蒸汽灭菌消毒。

9. 根据患儿病情选择床边擦浴或淋浴，注意保暖。每天早上进行患儿的擦澡、更衣、更换尿布及各种管道的护理，按时喂奶并记录情况。冲凉室地面及沐浴用品每日进行消毒，水槽每日用含氯消毒液消毒。

10. 听诊器一人一用，体温计用后用含氯消毒液浸泡消毒，晾干备用。每日更换湿化水，每周更换呼吸机管路一次。

11. 使用中的暖箱、辐射台、蓝光箱，每日2次使用清水毛巾湿式擦拭内表面，外侧每天含氯消毒液消毒2次，高频把手、按钮、抽屉等每班消毒1次。长期使用的婴儿暖箱及箱罩，至少每7天更换，遇到污染随时更换。

12. 凡是产妇患有感染性疾病，如痢疾、各型肝炎、性病等，其新生儿均应隔离观察与护理。凡是新生儿已确诊患有传染性疾病，如沙门菌感染、柯萨奇病毒感染、金葡菌感染、流行性感冒、渗出性化脓性皮肤感染、肠道病毒感染、多重耐药菌感染等均应予以隔离治疗和护理，并做好消毒防护工作。

13. 新生儿病室内物品不得外借，器械、药品应固定专用。重要仪器、设备、药品、抢救设施专人负责，定期检查、保养，保持性能良好。

14. 新生儿监护室实行封闭式管理，室内不留家属陪伴，建立探视制度，做好探视工作，热情接待，文明用语，耐心

回答家属提出的问题。特殊情况需进入病区时须穿隔离衣，戴口罩、帽子，消毒手。

15. 每月对新生儿病室的空气、物体表面、医护人员手、消毒液采样做细菌数及沙门菌的监测，并做好记录。

16. 工作人员禁止在病室内大声谈笑、互相呼喊，减少患儿哭闹。无陪护病房，安全第一，各班都要注意随手关门。非本室人员未经许可，禁止入内。严格执行探视制度，探视时由责任护士接待探视的家属，对出入室的患儿责任护士要把关，对进入 NICU 的陌生人要提高警惕，加以询问。

六、参考文件

卫医政发[2009]123 号《新生儿病室建设与管理指南(试行)》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 新生儿隔离病房管理制度	文件编号：XSE-ZD-01-002	总页数：3
	主管部门：新生儿科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：唐志忠	版本号：1版

XSE-002 新生儿隔离病房管理制度

一、目的

为了加强确诊或疑似感染新生儿的隔离，严格控制各种传染病的播散，预防发生传染病医源性传播，避免交叉感染，确保新生儿安全，保证诊疗和护理工作有效开展，特制订本制度。

二、范围

新生儿科全体医护人员、保洁员。

三、定义

新生儿隔离病房通过加强确诊或疑似感染新生儿的隔离，做好消毒隔离及加强各个环节的护理工作，严格执行各项标准预防，预防发生传染病医源性传播，避免交叉感染，减少医院感染的发生。

四、职责

全体医护人员及保洁员认真落实标准预防、无菌操作、手卫生、消毒隔离技术、医疗废物分类处置、环境卫生清洁与监测等医院感染防控工作。

五、内容

1. 工作人员进入新生儿隔离病房，必须戴帽子、口罩、手套，一切护理操作均应按隔离要求。

2. 隔离病房内一切物品、仪器、器械、奶具必须专用，单独消毒灭菌。不能专用的物品（如B超、黄疸检测仪、血糖仪等）须严格执行一人一用一消毒。

3. 隔离病房收治隔离患儿期间，配备专门的护理人员。

4. 隔离病房内的治疗护理工作尽量集中在个体床单位区域内进行。

5. 严格执行标准预防、消毒隔离技术及手卫生。

6. 用过的布类，均置入橘红色医疗垃圾袋，并以双袋法包扎，送入洗衣房消毒后清洗，废弃物（包括生活垃圾）应密封在黄色医疗垃圾内，并以双袋法包扎，送入回收站，集中焚烧。

7. 凡是产妇患有感染性疾病，如痢疾、各型肝炎、性病等，其新生儿均应隔离观察与护理。凡是新生儿已确诊患有传染性疾病，如沙门菌感染、柯萨奇病毒感染、金葡菌感染、流行性感冒、渗出性化脓性皮肤感染、肠道病毒感染、多重耐药菌感染等均应予以隔离治疗和护理。

8. 特殊或不明原因感染患儿，宜实施单间隔离，专人护理。同种病原体感染患儿集中安置。隔离病房所有患儿应标有醒目病原体标识并详细交接班。

9. 隔离病房暖箱/辐射台，每日2次使用清水毛巾湿式擦拭内表面，外侧用1000mg/L含氯消毒液擦拭。高频接触

的把手、按钮、抽屉把手等每班消毒 1 次。

10. 地板每天用 1000mg/L 的含氯消毒液拖地，每天 2 次，桌、椅、门把手、电开关、设备带等物表用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭，每天 2 次。

11. 探视者或其他人员需要进入感染区时，应得到工作人员同意并采取相应的隔离措施。

12. 患儿转出隔离病房后，应以 2000mg/L 含氯消毒液和臭氧对床单位以及仪器进行严格的终末消毒。

13. 除了日常消毒及终末消毒外，需定期进行强化清洁与消毒。

14. 定期进行环境学监测，监测项目包括空气、物体及环境表面、医务人员手、奶具、奶制品、被服织物等的监测。监测方法与卫生标准执行《医院消毒卫生标准》（GB15982-2012）。

六、参考文件

1. 《医院隔离技术规范》（WS/T311-2009）
2. 《医院消毒卫生标准》（GB15982-2012）
3. 新生儿病房/新生儿重症监护室医院感染预防与控制指引（2020 版）（广东省卫生健康委）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 新生儿沐浴室工作制度	文件编号：XSE-ZD-02-003	总页数：2
	主管部门：新生儿科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XSE-003 新生儿沐浴室工作制度

一、目的

为了确保新生儿沐浴安全，预防发生新生儿烫伤、新生儿身份识别错误、交叉感染等护理差错，保证护士对患儿进行有效的皮肤清洁，制定本制度。

二、范围

新生儿科全体医护人员。

三、定义

新生儿沐浴室工作制度是根据医院院感管理规范及相关操作指引，以规范新生儿科护理人员的行为，加强沐浴时的质量管理，保持患儿皮肤清洁，保证患儿的安全。

四、职责

保持患儿皮肤清洁，预防交叉感染，保证患儿安全。

五、内容

1. 室内空气新鲜，布局合理。
2. 护理人员进入沐浴室前必须穿好工作服，戴好帽子、口罩，剪短指甲，凡患呼吸道、皮肤及其他传染病时，不得为患儿进行沐浴操作非工作人员不得入内。

3. 严格遵守消毒隔离原则和操作规程。沐浴时先洗无感染新生儿，再洗感染新生儿。

4. 严格查对制度，沐浴前后必须核对手腕带与床头卡信息是否一致，严防抱错患儿。

5. 勿在喂奶后立即沐浴，应在喂奶后 1 小时才能沐浴，以免影响消化或引起呕吐。

6. 防止受惊、烫伤、摔伤等意外情况发生，避免交叉感染，一人一盆一中，物品一人一用一消毒，使用的被服、衣物、尿布、浴巾等用品，必须经过灭菌处理后方可使用。

7. 沐浴前应调节室温 $26^{\circ}\text{C}\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，试水温 $39^{\circ}\text{C}\sim 41^{\circ}\text{C}$ ，沐浴过程中注意保暖、观察病情、全身皮肤、肢体活动情况，发生异常立即停止沐浴，并报告医生给予及时处理。

8. 沐浴间保持整洁，每日开窗通风，地面、物体表面用含氯消毒液清洁消毒、紫外线灯空气消毒 2 次。定期做空气培养监测。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 新生儿配奶室工作制度	文件编号：XSE-ZD-02-004	总页数：3
	主管部门：新生儿科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XSE-004 新生儿配奶室工作制度

一、目的

为了规范新生儿配奶室的管理，确保新生儿安全喂养。

二、范围

新生儿科护理人员。

三、定义

无

四、职责

落实配奶室医院感染管理工作，认真按照配奶流程、奶瓶奶嘴奶具清洗消毒流程执行操作，保护和促进母乳喂养。

五、内容

1. 配奶室应设有独立区域，污染区及清洁区区域分明，有标志，物品按区域分类进行摆放。

2. 配奶室保持室内温度为 24~26℃，湿度 40%~50%，有监测。保持配奶室及配奶操作台清洁干燥，配方奶品牌需进行遮挡，注明开启时间和过期日期，开启后有效期为一个月，并保存在清洁干燥处。

3. 配奶室有专人进行管理，非本病房工作人员不得进入

配奶室。

4. 配奶室应设立洗手装置，进入配奶室需洗手、带帽子及戴口罩，认真落实配奶流程、奶瓶奶嘴奶具清洗消毒流程等。夹取消毒后的奶瓶、奶嘴必须使用无菌镊子，不得用手进行抓取，无菌镊子应按消毒隔离规范消毒及更换。所有配方奶应现配现用，剩余奶应及时弃掉。

5. 每日用浓度 500mg/L 的含氯消毒液浸泡过的拖布擦拭地面、物体表面及配奶操作台及操作车两次。如有污染时应及时进行消毒；每次配奶后应清洁操作台面。

6. 每日开窗通风 2 次，并进行空气消毒机消毒 2 次，每次 1 小时，有专人负责并做记录。

7. 配奶间内物品应放置有序，消毒后的奶瓶及奶嘴应放置在清洁干燥区保管，一旦污染应随时进行消毒。喂养用具应一婴一用一消毒。

8. 开展母乳喂养，配奶室应设立独立的母乳存放的冰箱，每日进行清洁，定期进行除霜，并进行温度监测，有记录。

9. 冰箱内母乳应用无菌容器保存，标签注明患儿床号、姓名、住院号、挤奶时间和奶量。母乳不能混放。巴氏消毒机用水每日更换。

10. 病房内奶粉应有专人进行管理，遵医嘱定期领取，有出入库记录。

11. 每季度对配奶室进行空气监测、消毒后奶瓶、奶嘴

灭菌效果监测并有记录。一旦病房出现怀疑食源性院内感染病历时，应及时上报院感科，并积极查找原因，必要时进行上述项目的复查，以查找感染源。

六、参考文件

无

七、流程图

无

第二节 麻醉手术科管理制度

 茂名市人民医院 Maoming People's Hospital 手术室安全核查制度	文件编号：MZK-ZD-02-001	总页数：4
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-001 手术室安全核查制度

一、目的

避免人为错误，减少手术失误，防止手术相关错误的发生，尤其防止发生错误的手术患者、错误的手术部位及错误的手术方式。

二、范围

适用于麻醉手术科、手术医生。

三、定义

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，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离手术室前，对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

四、职责

麻醉手术科、手术科室。

五、内容

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共同参与（以下简称三方），分别在麻

醉实施前、手术开始前和患者离手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。本制度所指的手术医师是指主刀医生/助手（符合资质要求）。

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. 手术患者均应配戴手腕带。

4. 手术患者进入手术间后 10 分钟内，巡回护士出示签到助手二维码给麻醉医师、手术医师扫码签到，并进行手术安全核查。

5. 首台择期手术核对时，三方在 08:10 前到位进行核对，未在规定时间内核对的，视为缺勤，将与科室绩效挂钩。

6. 实施手术安全核查的内容及流程

（1）麻醉实施前：由麻醉医师主持，麻醉医师持《手术安全核查表》，手术医师查看病历，巡回护士查看手腕带，三方共同按照《手术安全核查表》内容逐项核对，核对无误后三方共同在《手术安全核查表》签名。

（2）手术开始前：麻醉完成后，安置手术体位前，由手术医师主持，手术医师持《手术安全核查表》，麻醉医师查看病历，巡回护士查看手腕带，三方共同按照《手术安全核查表》内容逐项核对，核对无误后三方共同在《手术安全核查表》签名。消毒铺巾后器械护士把“Time-out”布单盖于手术切口，再次三方核查，无误后方可开始切皮。

(3) 患者离开手术室前：由巡回护士主持，巡回护士持《手术安全核查表》及查看手腕带，手术医师和麻醉医师共同查看病历，三方共同按照《手术安全核查表》内容逐项核对，核对无误后三方共同在《手术安全核查表》签名。

7. 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。

8. 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，由手术室护士与麻醉医师共同核查，并做好相应记录。

9. 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。

10. 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。

11. 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。

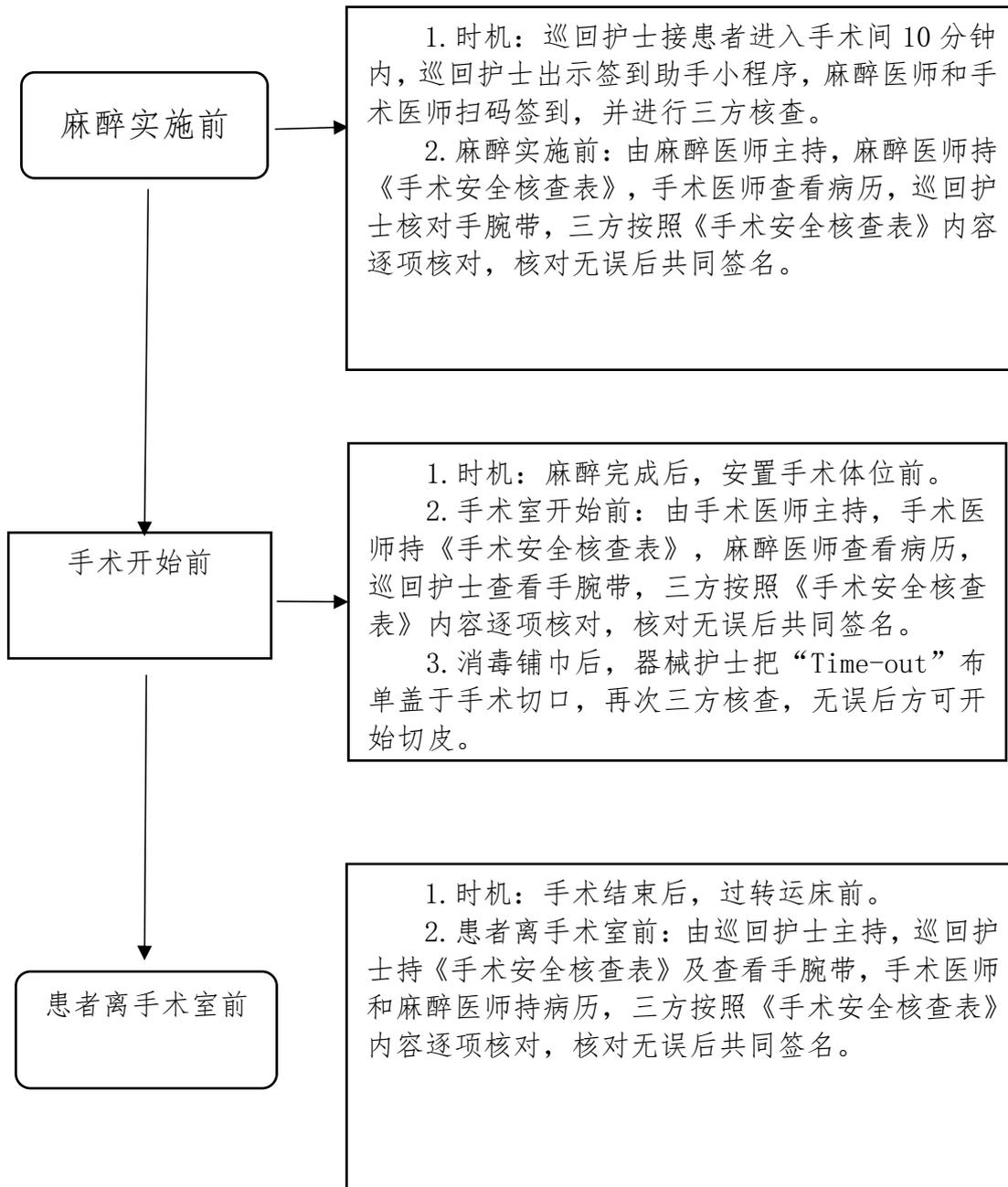
六、参考文件

1. 2021《手术室护理实践指南》
2. 《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018版

七、流程图

(见下页)

手术安全核查流程



 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术室感染预防与控制 管理制度	文件编号：MZK-ZD-01-003	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：黄健	版本号：1 版

MZK-003 手术室感染预防与控制 管理制度

一、目的

为手术室工作人员提供清洁、消毒、灭菌效果监测方法，预防和控制手术部位感染发生。

二、范围

适用于麻醉手术科、手术科室、参观及工勤人员。

三、定义

无

四、职责

麻醉手术科：监督所有人员遵守规章制度。

五、内容

1. 布局合理，符合功能流程和洁污分开的要求：分污染区、清洁区、无菌区，区域间标志明确。

2. 天花板、墙壁、地面无裂隙，表面光滑，便于清洗和消毒。

3. 手术室内设有层流手术间、洁净手术间、感染手术间。每一手术间限置一张手术台。

4. 每日晨间用清水擦拭手术间所有物体表面，术前半小时停止清扫及消毒工作。

5. 进入手术室必须按规定进行更衣、换鞋、戴帽子、口罩，并保持室内安静、整洁，并保持工作中严格遵守菌操作原则及操作规程。

6. 手术帽每天更换，污染时应立即更换。防护拖鞋“一人一用一消毒”。

7. 参观人员必须遵守参观制度。

8. 手术器具及物品必须一用一灭菌。严格遵守一次性物品管理制度。

9. 医务人员必须遵照消毒灭菌制度和无菌操作制度。

10. 严格执行消毒隔离制度。

11. 严格限制手术室内人员的数量。

12. 感染病人手术单上应注明感染情况，严格按照隔离要求进行处理。

13. 接送病人的平车定期消毒。

14. 手术室环境按不同等级的污染风险区域进行日常清洁与消毒。

15. 每月定期做空气、物品及手的细菌培养；定期检测洁净手术室的洁净度。

六、参考文件

2021《手术室护理实践指南》

七、流程图：无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术室管理制度	文件编号：MZK-ZD-02-009	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2008/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2版

MZK-009 手术室管理制度

一、目的

为规范手术室管理，确保手术患者手术安全。

二、范围

适用于麻醉手术科、外科医务人员。

三、定义

指规范化管理手术室，保障手术安全、有序的进行，为患者提供安全优质的服务。

四、职责

麻醉手术科：遵守规章制度，严格执行无菌操作。

五、内容

1. 凡手术室的工作人员，必须严格遵守无菌技术操作原则和消毒隔离感染控制的相关规定，为病人提供安全、优质的护理服务。

2. 保持手术室环境的肃静和整洁。进入手术室时必须穿戴手术室专用的鞋、帽、衣服及口罩。非手术人员未经同意不得进入手术室。

3. 手术室应保持安静，工作人员不可大声谈笑，不可随意谈论病人的病情及隐私，工作场所禁止吸烟。

4. 自觉维护病人的利益，任何人有违反手术室规则或有不利于病人的行为时，本室人员有责任制止。

5. 各科室应于手术前一天上午 11Am 前将电子版手术通知单发至手术安排系统。急诊手术紧急情况下可先电话通知手术室，后补发急诊手术通知单。

6. 值班人员保持值班电话通畅。接班时检查各个电话是否处于通畅状态。值班期间不得擅自离开工作岗位，上班时不得做个人私事，不可长时间占用工作电话。

7. 手术室的药品、器材、敷料均应有专人负责保管，放在固定位置，手术室的物品一般不外借。如特殊情况需外借时，需经手术室护长同意，有借条，并按时归还。

8. 负责保存和送检手术采集的标本。

9. 按手术要求准备手术器械、物品，保障手术顺利进行。

10. 做好手术室的消毒隔离和感染控制相关工作。

11. 提供合适充足的职业安全防护用品。

12. 手术室工作人员不得利用工作之便收取红包、礼品。

六、参考文件

1. 2021 《手术室护理实践指南》

2. 《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018 版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术室工作制度	文件编号：MZK-ZD-02-010	总页数：3
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-010 手术室工作制度

一、目的

为了规范手术室管理，为患者提供优质护理。

二、范围

适用于麻醉手术科、手术科室。

三、定义

指制定相应工作制度，创造优质环境，使围手术时期手术高效运转，规范化管理手术室。

四、职责

1. 麻醉手术科：遵守规章制度，使手术顺利完成。
2. 手术科室：遵守规章制度。

五、内容

1. 工作人员必须更衣、换鞋符合要求方可进入手术室，进入无菌区必须戴帽子口罩，口鼻不得外露。

2. 保持室内安静，不得大声交谈、喧哗，不谈论病人隐私和与手术无关的话题，不做与手术无关的事情；操作时动作轻柔，避免不必要的噪音；手术进行期间尽量减少走动和

进出，勿在手术期间抖动敷料、棉被，巡回护士和麻醉医生应在手术结束后再进行整理工作。

3. 手术间内禁止使用手机，急事可由巡回护士协调解决。

4. 工作期间尽量避免外出，外出时必须穿外出衣和更换外出鞋；工作结束离开手术室时必须更衣、换鞋；用后衣帽和鞋子放在指定位置，并凭衣柜、鞋柜钥匙与门卫换回胸卡。

5. 无菌区域内不得看报纸、杂志等，手术室内任何地方不允许吸烟，包括值班房、更衣室、厕所等公共场所。

6. 不在工作区域内饮食，包括护士站和麻醉准备间；进行长时间手术的台上人员可在手术间内由巡回护士提供饮料。

7. 保持环境的清洁卫生，不随地扔垃圾。

8. 外来人员领取由门卫发放的手术间参观牌后进入手术室。

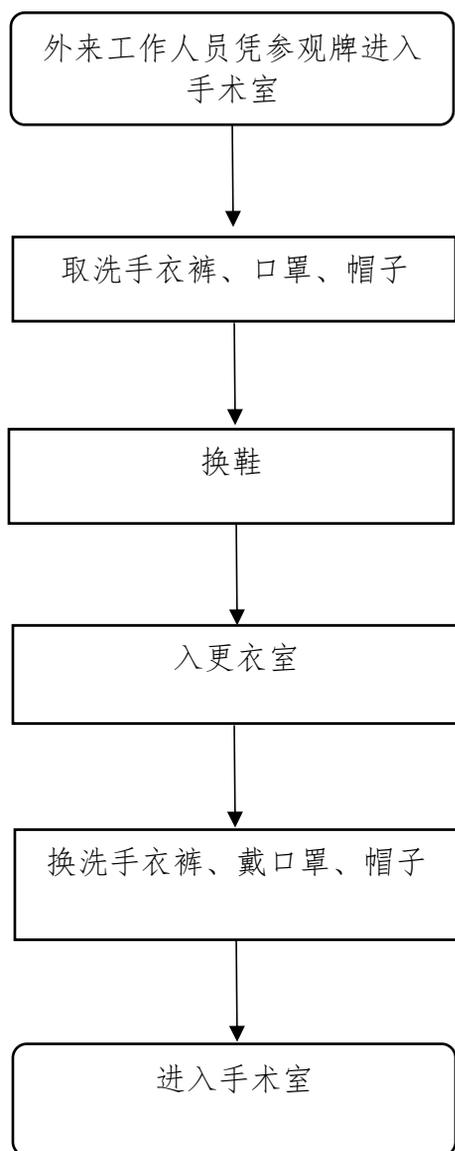
六、参考文件

1. 《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018 版
2. 《手术室优质护理指南》2014 版

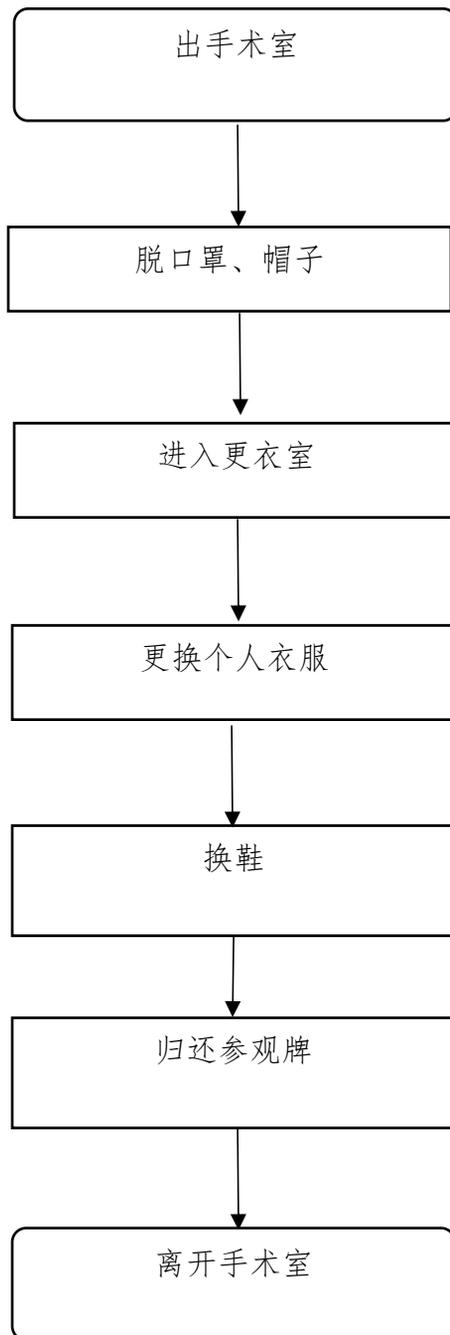
七、流程图

（见下页）

外来人员进入手术室流程



出手术室流程



 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 手术室安全管理制度	文件编号：MZK-ZD-02-011	总页数：3
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-011 手术室安全管理制度

一、目的

保障围手术期患者安全，提高护理水平。

二、范围

适用于麻醉手术科。

三、定义

是指为保证患者的身心健康，对各种不安全因素进行科学、及时、有效的控制。

四、职责

麻醉手术科：遵守规章制度，确保手术安全。

五、内容

1. 定期组织学习有关的安全知识，宣传防护措施，提高安全意识，教育大家共同创造安全、和谐的工作环境。切实做好防火、防盗工作。

2. 按手术通知单接病人，手术室巡回护士应按病历进行核对，内容包括：手术次序、科别、手术间、病人姓名、性别、年龄、床号、住院号、手术名称、手术部位、药物过敏史、禁食情况、血型等。

3. 仔细检查病人备皮、更衣情况，有无假牙及首饰。
4. 术前按手术及手术者的要求准备体位用物及软垫，要求安全、性能完好。术中用约束带固定肢体松紧适宜，固定时防止损伤肌肉及神经，防止患者发生坠床。
5. 定期检查和维护平车，安全运输病人，搬运时动作轻巧、规范，防止病人坠床。
6. 各类手术器械打包前，应检查器械及其附件的完整性，功能是否良好。
7. 任何有创检查及手术必须有手术自愿书等各类同意书。
8. 术前应检查手术室内各类仪器的备用状况，术中严格遵守仪器操作规程。安全使用电刀，术中使用手控电刀时注意按钮的保护，防止意外切割伤。放置电极板应平坦，位置恰当，接触良好，冲洗时勿使病人躯体潮湿造成导电致伤。
9. 术中输血用药严格执行三查八对制度。用血必须有输血治疗同意书并及时记录于麻醉记录单上。
10. 术中使用物品必须双人核对，并认真记录签名，数量无误才能关闭切口。增添物品及时登记，掉下手术台的物品及器械要妥善保存在固定位置。
11. 接台手术时，必须将上一台手术使用的物品全部清理出手术间，环境消毒后才能接第二位病人入室。
12. 严格执行标本管理制度，术中取出的病理标本应由手术室护士管理，有专人负责清点送检。

13. 值班人员在当班期间应注意查看水电、门窗、各通道等，发现安全隐患及时处理并上报。

14. 使用各种气体时，应严格查对气体插孔是否正确，用毕及时拔下。

15. 严禁在手术室使用明火，易燃易爆消毒液应固定基数并专柜上锁保存。氧气应远离易燃易爆物品。

16. 建立健全防火制度，要求人人熟悉安全通道；熟悉灭火物品的位置；掌握灭火器的使用方法。

17. 加强消防器材和安全设置的使用管理，安全员定期巡查，发现问题及时向有关领导报告。始终保持手术室消防器材、安全门等设置完好无损，安全通道畅通，保证安全门随时可以开启。

18. 发生火灾时应立即发出警报，停止洁净空调系统运转，切断电源及易燃气体通路，组织灭火及疏散人员。

19. 私人贵重物品严禁带入或自行保管好，丢失时请上报保卫科。

20. 除本室值班者外，其它人不可留宿。有特殊情况，须经领导批准。

21. 火警 119，匪警 110，保卫科：2922555。

六、参考文件

2021《手术室护理实践指南》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 洁净手术室管理制度	文件编号：MZK-ZD-02-012	总页数：3
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-012 洁净手术室管理制度

一、目的

预防手术感染，做好手卫生、物体表面清洁及空气净化等。

二、范围

适用于麻醉手术科。

三、定义

通过做好手卫生，采取一定的空气净化措施，对手术室的空气进行除菌、温湿度调节、新风调节等系列处理，使手术室保持在洁净、温湿度适宜的状态，最终达到洁净手术室的要求。

四、职责

麻醉手术科：遵守规章制度，预防手术感染。

五、内容

(一) 人员环境管理

1. 布局合理，符合功能流程和洁污分离的要求：分污染区、清洁区、无菌区，区域间标志明确。
2. 做好人员及各种物品在手术室的出入管理。
3. 医务人员必须遵照消毒灭菌制度和无菌技术的操作规程，严格执行手卫生制度。

4. 感染手术应当按照医院感染管理要求进行安排、清洁、消毒处理。

5. 接台手术设备连续运行，间隔时间要保证足够的自净时间。

（二）预防感染管理

1. 手术器具及物品必须符合消毒灭菌的要求，麻醉器具应定期清洁消毒，接触患者的用物应一人一用一消毒。

2. 一切清洁工作，均要在净化系统运行过程中采用湿布擦拭。

3. 进入手术间的各种仪器设备，应在进入前安装完毕，擦拭干净。

4. 手术结束后应立即清场、擦拭、整理各类物品。

5. 手术废弃物品须置黄色医疗垃圾袋，封闭运送，无害化处理。

6. 每天手术前用清水擦拭手术间内所有物品表面及地面，手术后用 500mg/L 含氯消毒液擦拭手术间内所有物品表面及地面。

7. 每周所有设备及地面彻底擦拭消毒、清洁保养 1 次。

8. 每周对初效滤网、回风口装置清洗 1 次，初效滤网宜 1-2 个月更换一次；中效滤网每周检查，3 个月更换 1 次；高效过滤器宜每年更换一次，发现污染和堵塞及时更换。

9. 末端高效滤网宜每年检测，当阻力超过设计初阻力 160Pa 或使用 3 年以上宜更换。

10. 每个月对手术间空气、物体表面，手术人员手进行细菌培养，留存监测资料。

（三）设备管理

1. 设备、物品进入手术室前，应拆除外包装、擦拭干净。外出车辆应清洁消毒后才能进入手术室。

2. 加强洁净手术室管理，每日手术结束后对排风口外表面清洁擦拭，每周对排风过滤网清洁一次。

3. 洁净急诊手术间的送风系统，应 24h 维持在低速运行状态，保证手术室恒温、恒湿和洁净度。

4. 其他手术间至少应在术前 1h 将层流打开，维持低速运行状态，术前 30~40min 调至高速运行。

5. 根据季节变换，相应调控适宜温、湿度。

6. 做好层流手术室的运行安全管理。

六、参考文件

1. 2021 《手术室护理实践指南》

2. 医院空气净化管理规范 WS/T 368-2012

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术间工作制度	文件编号：MZK-ZD-02-013	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-013 手术间工作制度

一、目的

规范化管理手术间。

二、范围

适用于麻醉手术科。

三、定义

指手术室术前要保证手术物品充足，术中注意无菌操作，术后环境清洁及空气净化。

四、职责

巡回护士：遵守规章制度，确保手术间一切运行正常。

五、内容

1. 手术间随时保持整洁、肃静。
2. 每周末手术结束后彻底清洁手术间各区域。
3. 各手术间负责人,负责保管手术间内财产、物品的完整性,并保证性能良好,如有问题立即报告护士长,及时解决。
4. 进入手术间必须符合手术着装要求,病人参照患者“入室标准”,参与手术者参照科室“手术人员着装要求”。

5. 参加手术人员一律以病人为中心，协调有序进行工作，不得以任何理由置病人于不顾。

6. 手术间内各项操作均严格执行操作规程。

7. 麻醉仪器及各种气体通道，每日由使用者负责维护、检查，应确保性能良好，发现问题及时解决，并上报科主任或护士长。

8. 手术间每日巡回护士术毕及时补充用物，确保手术物品的供应。

六、参考文件

《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018 版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南医附院</small> Mao ming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 手术室门卫制度	文件编号：MZK-ZD-02-014	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-014 手术室门卫制度

一、目的

确保手术室财物安全、禁止无关人员进入手术室。

二、范围

适用于麻醉手术科门卫工作人员。

三、定义

通过制度管理进出手术室的人员，从而维护科室的安全。

四、职责

门卫工作人员：遵守规章制度，对进出手术室人员、物品进行管理。

五、内容

1. 凡进入手术室人员，必须服从手术室工作人员的管理，遵守手术室的相关规定。

2. 对于进手术室检查、来访及其它非手术人员，实施登记、审批制度，核实无误后发放“手术间参观牌”。建立登记本，门卫认真执行，保存登记本。登记内容：姓名、单位、事由及日期。

登记范围：来访目的、其它非手术人员、节假日

日期间本科室人员等，须经护士长核实审批后，方能进入手术室。

3. 手术室人员自觉维护手术室的公共设施，保持手术间及更衣室清洁整齐。损坏或丢失物品要立即向护士长报告，并照价赔偿。无故损坏者按医院相关规定处理。

4. 做好疫情防控，建立《每日健康监测表》，对外来人员体温进行登记。

5. 做好分管区域的清洁工作并登记。

六、参考文件

《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018 版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 手术室参观制度	文件编号：MZK-ZD-02-015	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-015 手术室参观制度

一、目的

遵守无菌操作，预防手术感染。

二、范围

适用于麻醉手术科、外科规培及实习医生等。

三、定义

规定每间手术间一定人数的医务人员，从而预防手术感染，遵守无菌原则，保证手术顺利。

四、职责

1. 麻醉手术科：监督规培、实习等医务人员遵守规章制度。
2. 规培、实习等医务人员：严格遵守规章制度，遵守无菌原则。

五、内容

1. 参观人员进入手术室必须手续齐全，提前预约，经科领导批准后方可入内。
2. 参观人员着装符合手术室着装要求，不得携带手机或静音模式，未经同意不能拍照。

3. 每个手术间参观人员根据当间手术类别、手术间原有手术参与人员多少而有别，每台手术参观人员不得超过 3 人，巡回护士统筹管理。

4. 参观人员只能在指定手术间内参观，不得到其他手术间参观。

5. 参观人员进入手术室后，遵守无菌原则，迅速到指定位置，尽量减少走动。

6. 参观人员需听从手术间护士的安排。

7. 病人亲属一律不得入内参观，凡院外参观者需经医院医务科批准，并经麻醉科主任及手术室护士长同意，方可参观。

8. 实习同学必须在老师带领下到指定手术间参观，不可互窜手术间。

9. 除本院及进修、实习人员能上手术台外，其余（包括聘请专家）人员一律需要医务科批文，方可进入手术室。

10. 参观结束后按出室流程离开。

11. 夜间、节假日谢绝参观。

六、参考文件

2018《手术室护理质量管理》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名医科大学</small> Mao ming People's Hospital 附属茂名医院 手术室更衣制度	文件编号：MZK-ZD-02-016	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-016 手术室更衣制度

一、目的

为医务人员在手术区域内规范穿着手术服装提供指导性意见，有助于保护患者和医务人员，降低手术部位感染的风险。

二、范围

适应于麻醉手术科、手术医生等工作人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护士长：制定手术室更衣制定。
2. 手术室护士：对进出手术室的工作人员进行监管。

五、内容

1. 凡因工作需要进入手术室的工作人员，在入口处凭胸卡领取钥匙，进行换鞋后进入更衣室，并严格遵守更衣、帽、戴口罩的制度。
2. 按“手术室人员更衣着装要求”更衣，且只能在更衣室内进行。

3. 将自己的全部物品放入衣柜锁好，贵重物品请勿带入手术室，严禁在更衣柜外挂放物品。

4. 更换手术室工作衣后，方可进入洁净区。

5. 离开洁净区进入更衣室后方可脱下帽子、口罩，脱下帽子、口罩必须放入有标识的污物桶内，不得随意丢弃。

6. 更衣、更鞋后锁好柜子，洗手衣、拖鞋分别放入相应污桶内，将钥匙交给前台工作人员，方可离开手术室。

7. 手术室衣裤、鞋严禁穿回病房。

8. 白色工作服穿着仅限在前台和更衣室，不得进入其它区域。

9. 更衣室内禁止吸烟。

六、参考文件

《手术室护理实践指南》2020 版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术病人术前访视制度	文件编号：MZK-ZD-02-017	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-017 手术病人术前访视制度

一、目的

通过术前访视，对手术患者进行第一次身份核对和手术核对，同时对手术患者进行术前宣教和整体评估，了解手术患者心理需要，缓解其紧张和恐惧心理。

二、范围

适用于麻醉医生、巡回护士。

三、定义

术前一天访视手术患者。

四、职责

麻醉医生、巡回护士：做好术前访视，了解病情，确保手术安全。

五、内容

1. 术前一天根据手术通知单打印术前病人访视表，下午 14:30 后携带术前访视单到病房访视病人。
2. 向病人做自我介绍，根据手术大小、部位、手术的特殊性等，有选择地向病人交待注意事项。

3. 灵活、恰当地运用交谈技巧与病人进行沟通，实施有针对性的心理护理。根据病人年龄、性别、文化背景、性格特点等进行交流、沟通。

4. 通过术前访视，缓解病人术前紧张、恐惧情绪，减少情绪波动，增强病人对手术的信心，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，使病人有亲切感。

5. 特大、疑难手术应做好充分的手术准备；聘请教授的手术，术前一天应向相关手术负责人了解教授的要求和习惯，教授到达的时间，是否可准时送手术，以便手术能顺利完成。

6. 术前访视单每日由专人负责整理保存。

六、参考文件

《茂名市人民医院护理管理工作规范》2018 版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医务人员手卫生规范制度	文件编号：MZK-ZD-02-050	总页数：3
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/10	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2版

MZK-050 医务人员手卫生规范制度

一、目的

1. 清除指甲、手、前臂的污物和暂居菌。
2. 将常居菌减少到最低程度。
3. 抑制微生物的快速再生。

二、范围

适用于手术相关人员。

三、定义

卫生手消毒是指医务人员用手消毒剂揉搓双手，以减少手部暂居菌的过程。

四、职责

在围手术期做好预防医院感染工作，避免交叉感染。

五、内容

1. 医务人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法，保障洗手与手消毒的效果。
2. 定期开展手卫生的全员培训，加强对医务人员手卫生工作的指导与监督，提高医务人员手卫生的依从性。

3. 当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时，应用皂液和流动水洗手。

4. 手部没有肉眼可见污染时，宜使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

5. 接触患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后应先洗手后手消毒；直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后应先洗手后手消毒。

6. 外科手消毒前，人员着装符合手术室要求，摘除首饰，指甲长度不超过指尖，手部无外伤；检查外科手消毒用物是否齐全及有效期，并呈备用状态。

7. 手消毒效果应达到如下相应要求：卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ ，外科手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

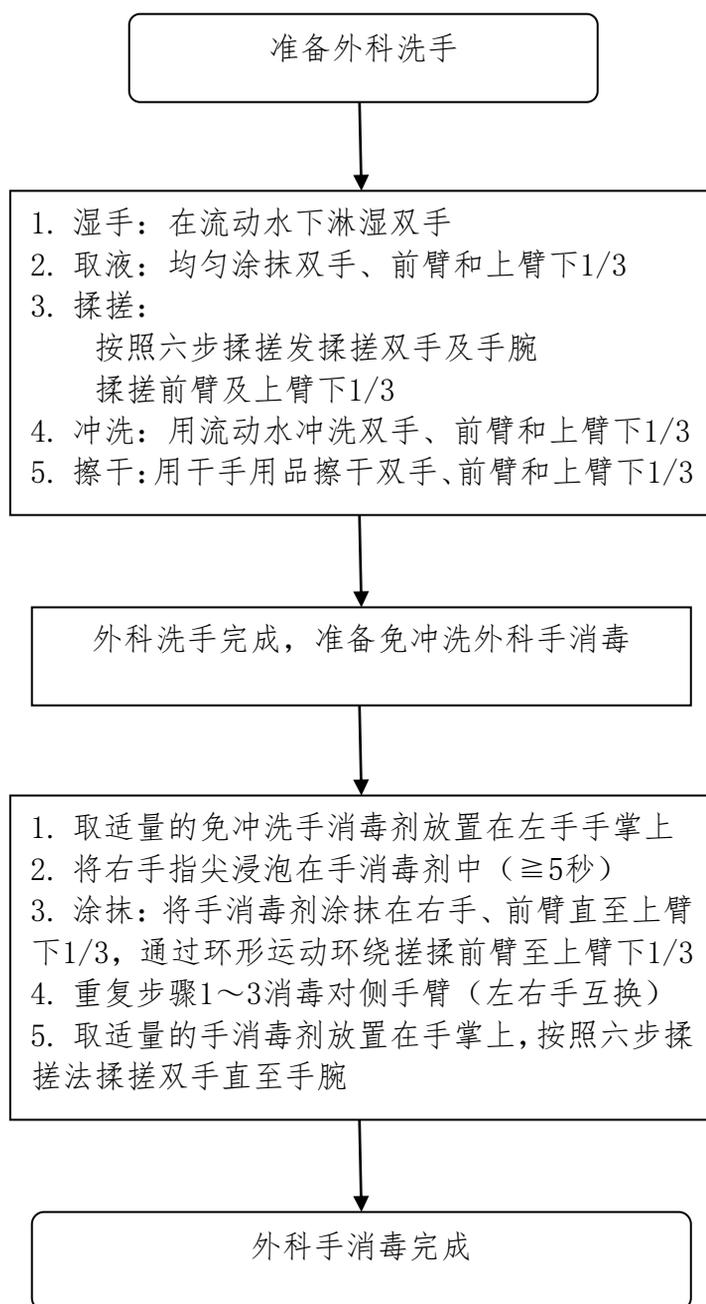
六、参考文件

《SIFIC 医院感染预防与控制操作图解》

七、流程图

（见下页）

医务人员外科手消毒流程



 茂名市人民医院 <small>南粤医学高等专科学校</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术患者交接制度	文件编号：MZK-ZD-02-070	总页数：3
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：2 版

MZK-070 手术患者交接制度

一、目的

为保障手术患者安全，确保手术室护理工作安全、有序、规范的运行提供制度保障。

二、范围

手术室护理人员。

三、定义

无

四、职责

1. 护士长：制定科室手术患者交接制度。
2. 巡回护士：严格落实患者交接制度，确保手术患者安全。

五、内容

(一) 术前手术室护士与病房护士交接制度

1. 病房护士与手术护士必须根据《手术患者交接指引》及《手术病人交接单》严格交班。

2. 交班内容包括：病房护士与手术室护士共同核对患者身份、手术名称、部位及标识、手术及麻醉知情同意签署情况。清点带入手术室物品及护理记录单，检查管道及输液部位；病房护士主

动陈述患者病情及术前准备等内容，双方交接无误后，手术室护士在手术病人交接单上签名确认。

3. 遇有长期卧床、重症及脑科等患者，手术室接班护士应严格检查病人皮肤情况，如发现压疮，应检查护理记录单记录情况。

4. 如病人有特殊情况，手术室接班护士及时向巡回护士交班。

(二) 巡回护士与复苏室护士交接制度

1. 病人入复苏室前，巡回护士必须写好手术记录单，整理好患者衣物、各种管道，并粘贴好管道标识。

2. 病人进入复苏室后，巡回护士与复苏室护士根据患者的情况详细交班，包括：生命体征、麻醉情况、输液情况、管道情况、皮肤情况及术中的特殊处理，交接后签名确认。

(三) 术后手术室护士与病房护士交接制度

手术结束后，整理好患者（患者清洁、管道通畅标识清晰）及病历，由医护人员/专业人员送返病房，根据“术前病人准备交接记录”交接并签名。

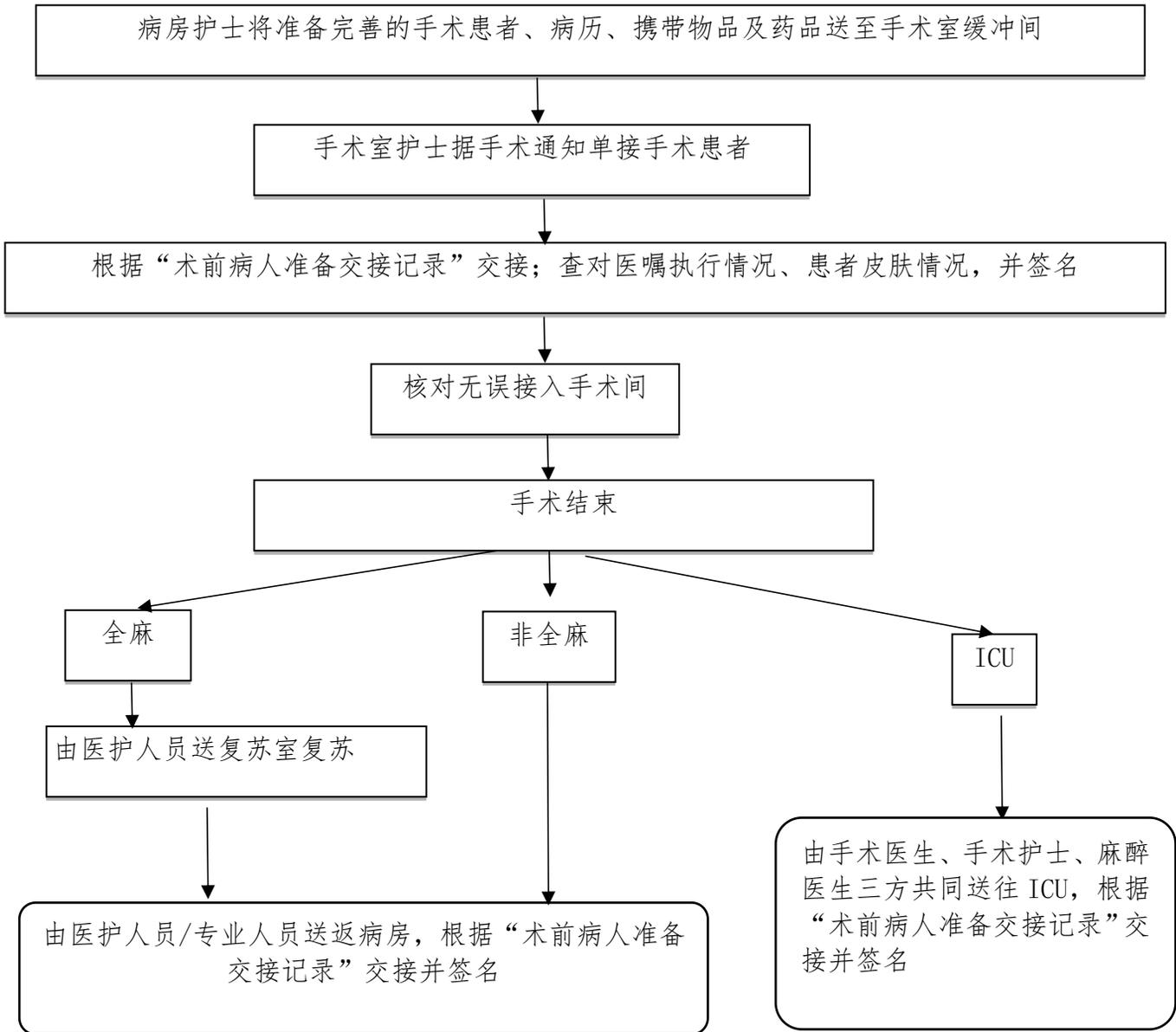
六、参考文件

2021《手术室护理实践指南》

七、流程图

（见下页）

手术患者交接流程



 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 手术体位安全管理制度	文件编号：MZK-ZD-01-071	总页数：4
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每3年一次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：黄健	版本号：1版

MZK-071 手术体位安全管理制度

一、目的

为围术期患者的体位安置提供指导性意见，规范体位护理操作，最大限度避免手术体位损伤。

二、范围

适用于麻醉手术科、手术科室。

三、定义

手术体位的正确放置，能在充分暴露手术野的同时，保证手术患者维持正常的呼吸、循环功能，有效缩短手术时间，防止和减轻各种相关并发症的发生。

四、职责

麻醉手术科、手术科室。

五、内容

1. 建立各种手术体位摆放的操作规程。
2. 将病人接入手术间后要将病人适当约束于手术床上，加强巡视，关心病人的需求。
3. 术前根据手术部位除去病人的衣裤，评估病人的个体情况

和手术时间，选择合适的抗压软垫以减轻病人受压部位皮肤的压力。

4. 摆放体位时遵循体位摆放的原则，病人安全，术野暴露充分，不影响病人的呼吸和循环功能，患者感觉舒适。暴露充分，不影响病人的呼吸和循环功能，患者感觉舒适。摆放手术体位过程中应尽量少暴露病人，并注意保暖。

5. 俯卧位时病人的胸腹部不可受压，以免影响病人的循环、呼吸。关注病人的髌骨、女性病人的乳房、男性病人的外生殖器不可受压。

6. 侧卧位胸部垫软枕，在垫高手术部位的同时，注意舒展健侧肢体，避免大血管、腋神经受压，保证输血输液通畅。肾脏手术时腰桥要对准手术部位摇起 10~15cm，不要过高，防止腰椎滑脱，手术结束将腰桥及时放平。

7. 截石位时髋关节外展应小于 90°，在不影响暴露手术野的情况下，尽量减少腿部支架对肢体的牵拉，固定肢体时要衬垫，松紧适度，观察双下肢末端皮温，保持静脉回流良好，术后轻轻拍打下肢，预防下肢静脉血栓形成。

8. 俯卧位时注意避免呼吸运动受限。在胸腹下垫俯卧位垫时注意腹部的位置置于垫子中空处，避免受压。小腿要垫高，使脚尖自然下垂，保持功能位。硬膜外麻醉或清醒病人，巡回护士术中注意帮助病人变换面部受压位置，防止面颊部长时间受压。气管插管全身麻醉颈椎手术病人，面颊受压处垫马蹄形凝胶圈，并

确保眼球不受压。术中严密观察病人防止插管脱落。

9. 将病人的肢体置于功能位，上肢不可外展 > 90 度，防止臂丛神经损伤；截石位时下肢不可过度外展，避免引起关节脱位、韧带损伤和神经损伤。

10. 摆置体位动作应轻柔，防止推、拖、拉等。病人摆好手术体位后，用约束带固定好病人，防止坠床。

11. 手术中保持床单清洁、平整，无皱褶。避免病人皮肤与金属直接接触，以防使用电刀时烧伤病人。

12. 术中在不影响手术情况下可适当活动病人的肢体和压力部位，并对病人的肢端部位进行适当按摩，促进血液循环。

13. 全身麻醉病人手术完毕后要将病人适当约束于手术床上，手术护士要在旁边守护，防止病人坠床摔伤。

14. 给气管插管全身麻醉手术病人眼睛涂眼药膏，防止角膜干燥划伤。头面部手术病人眼睛用保护膜保护，防止消毒液溅入眼内烧伤角膜。耳部手术病人用棉球堵塞耳道，防止消毒液流入耳内，灼伤鼓膜。

15. 体位固定好后，检查并妥善固定静脉通路，确保术中输血输液的通畅及静脉给药的方便。

16. 手术结束应将病人手术区域皮肤的血迹拭净擦干，包裹敷料。

六、参考文件

2021 《手术室护理实践指南》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 手术物品清点查对制度	文件编号：MZK-ZD-01-072	总页数：4
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每3年一次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：黄健	版本号：1版

MZK-072 手术物品清点查对制度

一、目的

为手术医务人员提供手术物品清点的操作规范，以防止手术物品遗留，保障手术患者的安全。

二、范围

适用于手术室。

三、定义

包括手术敷料、手术器械、手术特殊物品。

四、职责

1. 护士长：制定科室手术物品清点制度。
2. 手术护士：严格执行手术物品清点制度，严防手术异物遗留体内。

五、内容

1. 手术开始前，巡回护士需检查手术间环境，不得遗留上一台手术患者的任何物品。
2. 洗手护士应提前 15~30 分钟洗手，保证有充足的时间进行物品的检查和清点。在手术的全过程中，应始终知晓各项物品的数目、位置及使用情况。

3. 遵守手术物品清点时机：手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、缝合皮肤后。

4. 清点时，洗手护士与巡回护士应遵循手术物品清点原则：

(1) 双人逐项清点原则；(2) 同步唱点原则；(3) 逐项即刻记录原则；(4) 原位清点原则，需双人共同查对手术物品的数目及完整性。巡回护士进行记录并复述，洗手护士确认。

5. 手术中，需注意的事项：

(1) 应减少交接环节，手术进行期间若患者病情不稳定、抢救或手术处于紧急时刻物品交接不清时，不得交接班。手术过程中增减物品要及时清点并准确记录。

(2) 手术中所使用的敷料应保留其原始规格，不得切割或改型。特殊情况必须剪开时，应及时记录。

(3) 手术切口内应使用带显影标记的敷料。清点敷料时应充分展开，并检查完整性及显影标记。严禁用器械或敷料等物品作他用，术中送冰冻切片、病理标本时，严禁用纱布包裹标本。

(4) 手术物品未经巡回护士允许，任何人不应拿进或拿出手术间。医生不应自行拿取台上用物，暂不用的物品应及时交还洗手护士，不得乱丢或堆在手术区。

(5) 洗手护士应及时收回暂时不用的器械；监督术者及时将钢丝、克氏针等残端、剪出的引流管碎片等物品归还，丢弃时与巡回护士确认。

(6) 台上人员发现物品从手术区域掉落或被污染，应立刻告知巡回护士妥善保管，以备点数。

(7) 当切口内需要填充治疗性敷料并带离手术室时，主刀医生、洗手护士、巡回护士应共同确认置入敷料的名称和数目，并记录在手术护理记录单中。

(8) 术中添加物品，洗手护士与巡回护士一起共同核对并及时记录。

(9) 手术中如遇临时改变手术方式或紧急抢救时，需增加护士人力，保证有专人对所用的器械、敷料及时清点并记录。

6. 关闭体腔前、关闭体腔后及缝合皮肤后，手术医生应配合洗手护士进行清点，确认清点无误后方可关闭。

7. 术前怀疑或术中发现患者体内有手术遗留物，取出的物品由主刀医生、洗手护士和巡回护士共同清点，详细记录，按医院规定上报。

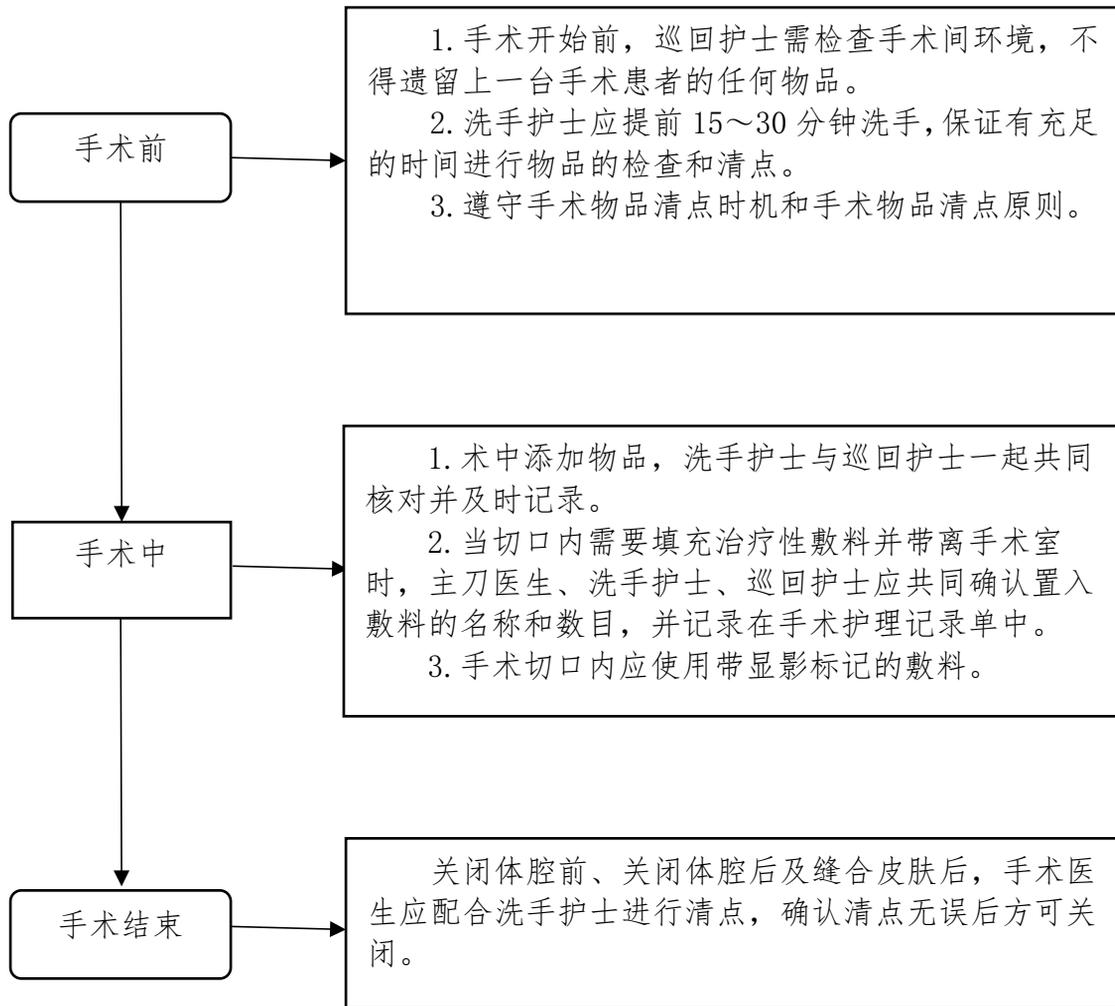
8. 物品数目及完整性清点有误时，立即告知手术医生共同寻找，必要时采取辅助检查手段查找，确保不遗留患者体内。如采取各种手段仍未找到，应立即报告主刀及科主任、护士长，X线辅助确认不在患者体内，需填写《手术问题登记本》，主刀医生、巡回护士和洗手护士共同签字、存档，按不良事件处理流程上报，并向上级领导汇报。

六、参考文件

2021《手术室护理实践指南》

七、流程图

手术物品清点流程图



 茂名市人民医院 <small>南亚热带大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 手术标本管理制度	文件编号：MZK-ZD-04-073	总页数：4
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：1994/06	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：4 版

MZK-073 手术标本管理制度

一、目的

为医务人员提供手术标本管理及送检的操作规范，以防止手术标本丢失、错误送检等。

二、范围

适用于麻醉手术科、手术科室。

三、定义

指在手术室内实施手术过程中所取下的组织、器官或与患者疾病有关的物体异物。

四、职责

1. 手术医生：按照规章制度执行。
2. 手术室护理人员：遵循即刻核对原则，及时留置标本，避免丢失。

五、内容

1. 手术标本应遵循即刻核对、即刻记录、及时处理的原则。
2. 手术中标本产生后洗手护士应立即与主刀医生核对标本来源，手术台上暂存标本时，洗手护士妥善保管，根据

标本的体积、数量，选择合适的容器盛装，防止标本干燥、丢失或污染无菌台。经医生确认不需送检的组织，如胎盘等由洗手护士负责按病理性废物处理，巡回护士做好登记并签名。

3. 标本取出并核对无误后，巡回护士应即刻记录标本的来源、名称及数量，标本应 30 分钟内固定，并尽快送病理科。手术结束后，手术医生填写病理单各项内容，与洗手护士共同到达标本间留取标本，手术医生负责登记，二人共同核对病理标本送检申请单、病理标本送检登记本及病理标本、病理标本数量无误后，并在标本袋、标本送检单、病理登记本上写上正确的编号（三个编号必须一致）并签名确认。

4. 巡回护士于手术后到标本间再次核对签名。

5. 病理标本放在指定的手术标本存放柜内并上锁，由专人送病理科。

6. 将标本放置在合适的密封袋内（密封袋不得渗漏），袋内倒入 10%福尔马林固定，固定液的量不少于病理标本体积的 3-5 倍，标本袋外面的标签上注明患者姓名、年龄、性别、诊断、标本名称及留取时间。标本袋或容器不得出现渗漏现象，如发现标本固定液渗漏，应及时更换合适的标本袋。

7. 如同一个病人有 2 个标本装于同一容器时，为避免标本混乱可在其中一个标本上做标记的方法，如用丝线打结并在病理单上注明。

8. 如同一个病人有 3 个以上标本时，取出的标本应及时核对并装于标本袋内。

9. 若为感染手术标本应贴“感染手术标本”标识注明，并加套一个清洁的标本袋。

10. 如手术中标本需做冰冻切片时，标本产生后即刻核对并装于标本袋内，连同病理标本送检申请单由专人负责送病理科，并与病理科做好交接。

11. 每天 7:30、14:30，由三付、四付护士双方核查标本柜内所有标本，包括标本登记本及病理检验申请单上的信息，是否与标本容器上填写的信息一致，核对清楚后将标本交于专职人员送至病理科，检查单与标本不相符时，三付、四付护士负责核查无误后，才能送病理科。

12. 手术室负责留取和送检手术中采集的病理标本，任何人未经手术室护士长允许不得擅自取走病理标本。

（注：如无洗手护士上台，则由巡回护士代替其工作。）

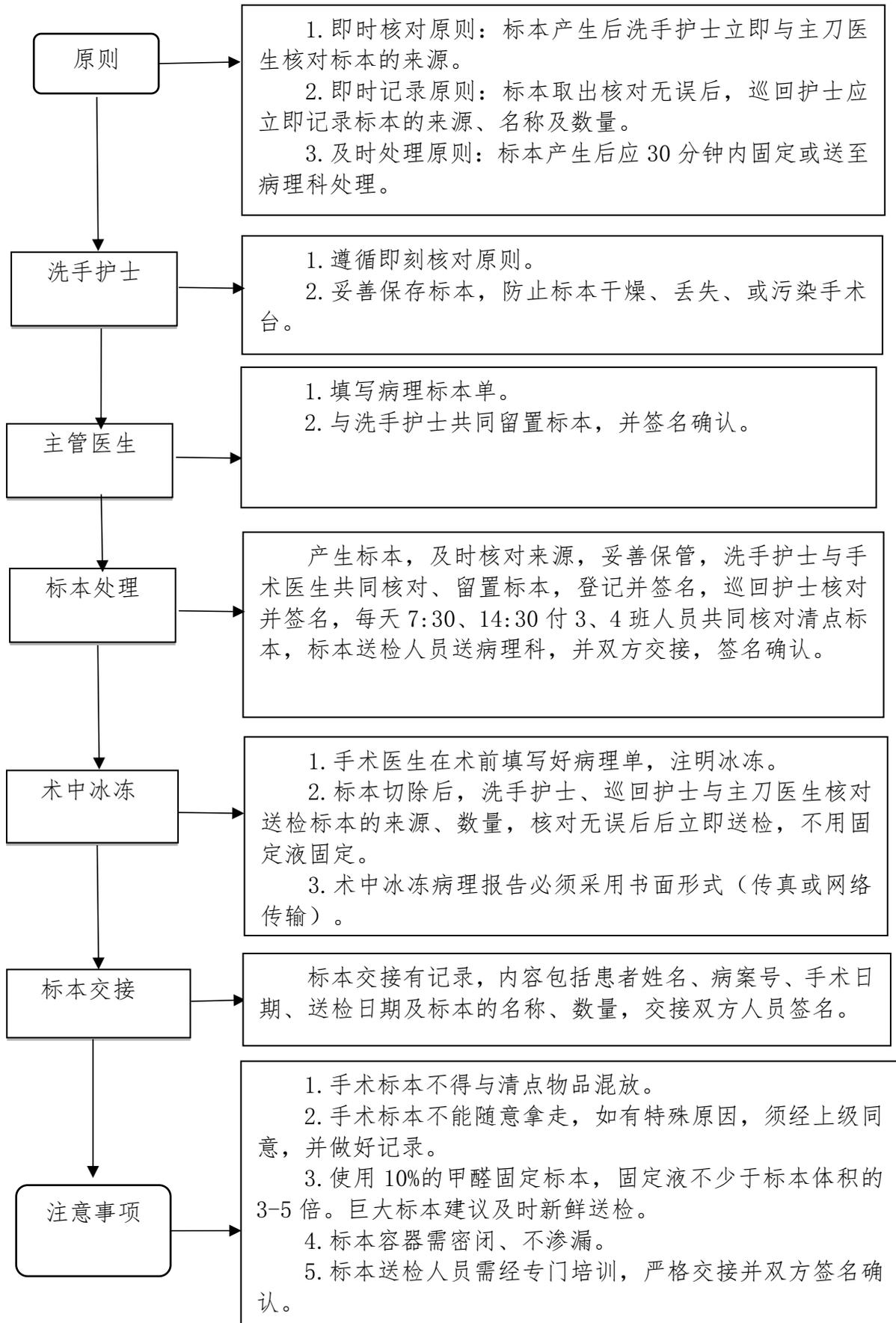
六、参考文件

1. 《手术室护理实践指南》2020 版
2. 《手术室护理质量管理》2018 版

七、流程图

（见下页）

手术标本管理流程图



 茂名市人民医院 <small>茂名学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 术前与术中安全用药制度	文件编号：MZK-ZD-01-075	总页数：2
	主管部门：麻醉手术科	回顾年限：每3年一次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：黄健	版本号：1版

MZK-075 术前与术中安全用药制度

一、目的

规范医疗用药管理，促进药物合理使用，保证患者术中用药安全。

二、范围

麻醉手术科全体医护人员。

三、定义

指护理人员在使用药物过程中进行有效的查对与确认，保障患者术中安全用药的制度。

四、职责

麻醉医生：按制度规范执行。

手术室护理人员：执行查对制度，确保用药安全。

五、内容

1. 用药时应严格执行查对制度，做到操作前、操作中、操作后认真查对，并认真核对科室、患者姓名、床号、药名、剂量、浓度、时间、用法及药物的有效期。

2. 检查药品有无变质，瓶口有无松动，失效期和批号，针剂有无裂缝，不符合要求或标签不清者不得使用。

3. 术前用抗菌素时由巡回护士和器械护士共同核对无误后使用，术中用药由巡回护士与麻醉医师共同核对无误后方可使用。

4. 规范手术台上药品管理：严格双人核对，标识清楚。消毒液（特别是无色消毒液）现用现倒，不得存留在手术台，避免与药液混淆。

5. 口头医嘱只允许在抢救或手术中下达，护士要重新复述一遍，确认无误后方可执行。

6. 手术过程中所使用的安瓿和药瓶用后要核对，并保存至手术结束。

7. 给药前后注意患者有无过敏史，使用毒、麻、剧限药时要反复查对，给多种药物使用时要注意有无药物配伍禁忌。

8. 输液瓶加药后要在标签上注明药名、剂量、时间并签名。

六、参考文件

1. 2011《护理管理工作规范》

2. 《广东省医疗机构手术室（部）建设与管理质量标准》
粤医评[2020]118号

七、流程图

无

第三节 产科护理管理制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 产房护理管理制度	文件编号：CK-ZD-03-001	总页数：3
	主管部门：产科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

CK-001 产房护理管理制度

一、目的

加强产房护理安全管理，规范产房工作制度，提高产妇及家属对护理工作的满意度，大大降低医疗纠纷，提高产房护理工作质量。

二、范围

本科室规章制度，适用于本科室产房所有助产士。

三、定义

1. 无菌技术：是指在执行医疗、护理技术过程中，防止一切微生物侵入机体和保持无菌物品及无菌区域不被污染的操作技术和管理办法。

2. 产房护理：助产士针对孕产妇在产房待产过程中的产程进展及分娩后采取相关护理措施、心理护理及健康指导等。

四、职责

行使医院赋予的职权，制订完成本科室产房护理管理工作，为孕产妇提供科学、安全、规范、及时、优质的护理服务。

五、内容

1. 产房严格执行 24 小时在班制，值班人员不得擅自离开工作岗位。

2. 值班人员严格执行交接班制度，严密观察产程，如有异常及时报告值班医生，并做好各种记录。

3. 工作人员进入产房时，必须穿专用衣、裤、鞋，戴好工作帽、口罩，接生时应严格执行无菌技术操作规程。

4. 产房应备齐产程中所需物品、药品和急救设备，固定位置，专人保管，定期检查、维修，及时补充和更换。

5. 接生后，接生人员应及时、准确地填写产程、分娩、新生儿等各种相关记录。

6. 出生后的新生儿须观察外观是否有畸形，测身长、头围、体重，打印新生儿左足脚印、系腕带等，留观 2 小时送母婴同室。

7. 产妇产后留观 2 小时，无特殊情况送回爱婴区，并与爱婴区护士做好交接。

8. 疑似传染病的产妇，分娩时应采取隔离措施，产后及时消毒处理。保持产房清洁、整齐、各种无菌物品在有效期内；每日进行空气净化消毒，每季度空气培养一次。

六、参考文件

1. 《护士条例》
2. 《全国医院工作条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 产科母婴同室护理管理制度	文件编号：CK-ZD-03-002	总页数：2
	主管部门：产科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

CK-002 产科母婴同室护理管理制度

一、目的

实行母婴同室，建立母婴关系、促进母婴感情，有利于婴儿的健康成长和促进产妇产后恢复，加强母婴健康。

二、范围

适用于无分娩并发症的产妇与正常足月儿及 1500g 以上早产儿。

三、定义

母婴同室是婴儿产出后将母亲和新生儿 24 小时安置在一个房间里。由母亲自己照顾婴儿的保暖、喂养、换尿布等，直至出院。

四、职责

产科负责修订本制度，并严格执行。

五、内容

1. 母婴同室实行责任护士负责制。母婴 24 小时同室，每天分开时间不得超过 1 小时。

2. 婴儿出生后回到母婴同室。病理新生儿需转新生儿科治疗。

3. 责任护士负责指导母乳喂养，观察婴儿吸吮。发现母婴异常，及时报告医生。

4. 母婴同室内实行查房制度，做好各项记录。

5. 母婴同室应保持整洁、安静，限制陪护。产妇出院后，做好终末消毒。

6. 母婴同室区做好母乳喂养宣教。

7. 母婴同室内坚持母乳喂养。

8. 严格实行医生、护士每班值班、交接班制度。科主任应对交接班情况进行检查和监督。

六、参考文件

1. 《护理管理规范（广东省第4版）》

2. 《中华人民共和国母婴保健法（2017年新修订）》

七、流程图

无

第四节 重症医学科护理管理制度

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 重症医学科（ICU）护理 管理制度	文件编号：ZZK-ZD-03-001	总页数：3
	主管部门：重症医学科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：3版

ZZK-001 重症医学科（ICU）护理 管理制度

一、目的

规范 ICU 病区护理管理，确保护理工作安全有序。

二、范围

全院 ICU 病房。

三、定义

无

四、职责

重症医学科负责修订本制度，并严格执行。

五、内容

1. 监护病房在科主任领导下，由护士长负责管理，主治医师给予必要的协助。
2. 保持监护病房安静、整洁、舒适、安全，不得在病房内聊天、大声喧哗。

3. 保持监护病房环境清洁卫生，非层流病房注意通风，每天通风3次：夜班清晨、上午、下午各一次。
4. 医务人员着装整洁，不得在监护病房吃东西。
5. 病人住院期间必须穿病员服，除必需生活用品外，不得存放过多物品。
6. 病房床位和物品摆放规范，所有与医疗、护理有关的仪器和物品，如监护急救仪器、急救物品、药品及一次性用物等应放置在固定位置，使用后应物归原处，不得随意乱放。
7. 急救仪器设备和用物应处于良好的应急状态（常备不懈），并指定专人负责每日清点、检查、填充，做到“五定一及时”。
8. 报警信号就是呼救，医护人员听到报警必须立即检查，迅速采取措施，处理报警问题。
9. 严格执行消毒隔离制度及手卫生规范，加强多重耐药菌病人的管理，病人使用的仪器及物品要专人专用。
10. 遇有严重感染、传染、免疫功能低下等病人应与其他病人隔离，有条件应安置在单间隔离病房，专人护理。
11. 严格执行护士床旁交接班，接班护士确定无问题后，交班护士方可离开病房。
12. 与医疗护理无关人员限制出入，监护病房有家属探视制度。
13. 全科医护人员均有方便快捷的通讯联系方式以应对紧急情况，任何时候都要以监护病房的工作为先。

六、参考文献

1. 《医疗质量管理办法》
2. 《护士条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 重症医学科（ICU）抢救制度	文件编号：ZK-ZD-03-002	总页数：2
	主管部门：重症医学科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：3版

ZZK-002 重症医学科（ICU）抢救制度

一、目的

规范 ICU 病区护理管理，确保护理工作安全有序。

二、范围

全院 ICU 病房。

三、定义

无

四、职责

重症医学科负责修订本制度，并严格执行。

五、内容

1. 紧急抢救时，二线人员必须立即到监护室组织抢救。参加抢救人员必须全力以赴，明确分工，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度。医生未到以前，护士不能离开病人，应根据病人病情及时给予相应的处理，如吸氧、吸痰、测量生命体征、建立静脉通路、呼吸机辅助通气、胸外心脏按压等并详细记录。

2. 严密观察病情，记录要详细，用药处置要准确、迅速。执行抢救口头医嘱时，护士在用药前应口头重复医嘱，医生

确认，二人核对无误后执行，并将空安瓿保留抢救工作结束时二人核对后方可弃之。

3. 对危急病人应就地抢救，待病情稳定后方可搬动。

4. 严格执行交接班制度和核对制度，对病情变化、抢救经过、各种用药等要详细交班。及时与病人家属或单位联系，同时告知病情变化。

5. 抢救完毕后，需做好详细的抢救记录。

六、参考文献

1. 《医疗质量管理办法》
2. 《护士条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 重症医学科（ICU）探视制度	文件编号：ZK-ZD-03-003	总页数：2
	主管部门：重症医学科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：3版

ZZK-003 重症医学科（ICU）探视制度

一、目的

规范危重患者探视管理，确保医护患沟通有序进行。

二、范围

全院 ICU 病房。

三、定义

无

四、职责

ICU 病房需严格执行探视制度，遇疫情等特殊情况不允许开放探视，需执行紧急情况探视流程、云探视流程。

五、内容

1. 为保证危重病病人的安全，防止院内感染的发生，ICU 不设陪护，除规定时间外，谢绝探视。
2. 探视时间每日上午 10:30 至 11:00，其他时间一律谢绝探视。
3. 探视人员入室要戴医用外科口罩、穿隔离衣、换鞋或穿鞋套，执行手卫生，每次探视限制一人。
4. 探视期间不能触摸病人的伤口，各种管道及仪器。

5. 未经医护人员检查允许的食物不能给病人进食。
6. 保持病房清洁及安静，禁止在室内吸烟、喧哗及涉及他人隐私的拍照。
7. 紧急抢救期间，未经医护人员允许，不得探视病人，以免影响抢救。
8. 新冠疫情期间遵守上级部门规定，执行视频探视，详见《ICU 云探视制度》

六、参考文献

1. 《医疗质量管理办法》
2. 《护士条例》
3. 《护理管理规范（广东省第4版）》

七、流程图

无

第五节 医技/门诊部护理管理制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 预检分诊制度	文件编号：MZ-ZD-02-001	总页数：4
	主管部门：一门诊	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈智华	版本号：3版

MZ-001 预检分诊制度

一、目的

医疗机构为有效控制传染病疫情，防止院内交叉感染，特制定本制度。

二、范围

医院规章制度类文件，在制定、颁布、修订及废止时，均依照此制度办理。

三、定义

预检分诊制度：是指医疗机构为有效控制传染病疫情，防止院内交叉感染，根据《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定，对来诊的患者预先进行有关传染病方面的甄别、检查与分流制度。

四、职责

护理部：定期自查预检分诊制度落实情况，分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

门诊部：修订预检分诊制度，定期自查制度落实情况，

分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

预检分诊护士：严格落实本制度，发现问题及时向上级汇报。

五、内容

1. 应在门急诊醒目位置设立预检分诊点，标识清楚，相对独立，通风良好，具有消毒隔离条件和必要的防护用品。

2. 预检分诊人员需具备专业能力和一定临床经验的医务人员，防护合理。

3. 预检分诊工作人员严格落实“三必查一询问”工作。对进入诊疗区域的所有人员必查体温、口罩及健康码（或行程码，无码人员现场填写流行病学史调查问卷，线上或纸质版问卷二选一）。询问发热（体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ ）和/或咳嗽等呼吸道症状患者的具体症状、体征和流行病学史。

4. 设立专门通道转诊可疑患者。预检分诊发现的可疑患者，应有醒目标识，由专人按指定通道引导至发热门诊就诊。

5. 接诊医生询问流行病学史及症状，结合患者主诉、病史、临床症状、体征等采取必要的检查，详细记录患者姓名、性别、年龄、职业和住址。

6. 发现原因不明病例或疑似传染病病例，妥善保存病历资料，立即报告医务科，同时组织专家诊疗小组会诊，尽快作出临床诊断。需住院患者由医院传染病专用车送传染科按病种隔离治疗。排除传染病的可以转到普通门诊就诊。

7. 对呼吸道等特殊传染病患者或者疑似病例，应当依法

采取隔离或控制传播措施，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。

六、参考文件

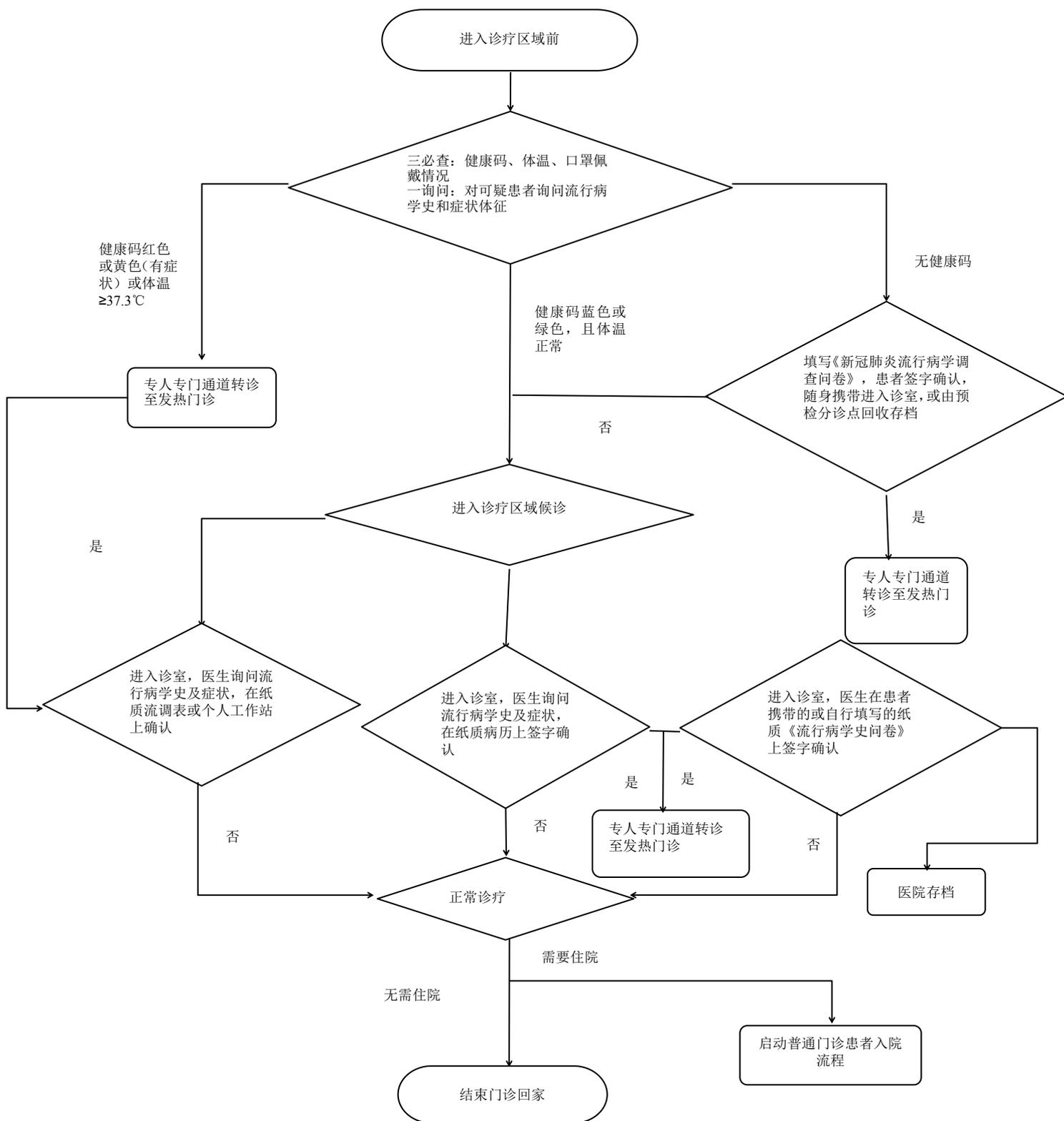
1. 粤卫医函〔2020〕153号《广东省新冠肺炎防控指挥部医疗救治组关于进一步优化医疗机构预检分诊工作的通知》

2. 《广东省医疗机构新冠肺炎院感防控指引（第二版）》

七、流程图

（见下页）

预检分诊流程



 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 门诊采血室工作制度	文件编号：MZ-ZD-02-002	总页数：2
	主管部门：一门诊	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈智华	版本号：2版

MZ-002 门诊采血室工作制度

一、目的

通过制定本制度加强采血室的管理，保证患者的检验质量，有效地预防交叉感染，提高患者的满意度和自我保健的能力。

二、范围

门诊采血室工作人员遵守并执行此制度。

三、定义

门诊采血室：是指为门诊患者提供采集血液标本服务的地方。

四、职责

门诊部：修订本制度，定期自查制度落实情况，分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

门诊护士：严格落实本制度，发现问题及时向上级汇报。

五、内容

1. 抽血室护理人员必须衣帽整齐，配戴胸卡，戴好口罩，上岗前做好抽血物品、注射物品准备工作。

2. 抽血室经常保持室内清洁、整齐，采血操作台灯光明亮，物品摆放合理，节时节力便于操作。

3. 严格区分无菌区与有菌区。有菌、无菌物品要标志醒目，分开放置。无菌物品存放应距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ，距天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。

4. 严格执行无菌技术操作规程。严格执行查对制度及消毒隔离制度，做到一人一针一管一带一手消，防止交叉感染。

5. 每日用消毒液擦拭地面、采血台面、患者的座椅、柜等物体表面，每日紫外线空气消毒并进行登记。每周彻底扫除一次。

6. 室内各种设施、一次性耗材等，由专人负责保管，定期清点、维护，及时领取、补充。

7. 严格按《医疗废物管理办法》处理医用垃圾。医疗垃圾和生活垃圾应分开放置，使用过的一次性物品，统一进行分类处理。

8. 根据院感科要求，定期对室内空气、物体表面及护士的手进行细菌培养检测。

六、参考文件

1. 《无菌技术操作规程》
2. 《医疗废物管理办法》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 门诊换药室工作制度	文件编号：MZ-ZD-02-003	总页数：3
	主管部门：一门诊	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈智华	版本号：2版

MZ-003 门诊换药室工作制度

一、目的

通过制定本制度加强门诊换药室的管理，保证患者治疗质量，有效地预防交叉感染，提高患者的满意度和自我保健的能力。

二、范围

一门诊普通外科医生/护士遵守并执行此制度。

三、定义

门诊换药室：是指为门诊患者提供伤口拆线、伤口换药、包皮粘连松解、脓肿切开引流、拔甲等技术服务的房间。

四、职责

门诊部：修订本制度，定期自查制度落实情况，分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

门诊护士：严格落实本制度，发现问题及时向上级汇报。

五、内容

1. 换药室护理人员必须衣帽整齐，配戴胸卡，戴好口罩。严格执行无菌操作原则，非换药人员不得入内。

2. 严格区分无菌区与有菌区。有菌、无菌物品要标志醒目,分开放置。无菌物品存放应距地面 $\geq 20\text{cm}$,距墙壁 $\geq 5\text{cm}$,距天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。

3. 除固定敷料外(绷带等),一切换药物品均需保持无菌,并注明灭菌有效日期,无菌溶液(生理盐水等)定期检查,无过期物品。各种内、外用药品分类放置,标签明显,字迹清楚。

4. 严格执行无菌技术操作规程,严格执行查对制度及消毒隔离制度。换药时,应遵循先处理清洁伤口,后处理感染伤口。做到操作轻柔、程序规范、处置准确、包扎符合要求。

5. 严格按《医疗废物管理办法》处理医疗垃圾。医疗垃圾和生活垃圾应分开放置,特殊感染用物不得在换药室处理。

6. 使用换药室的同时,开启紫外线循环风消毒机,做好消毒机相关检查记录。每日用消毒液擦拭地面、操作台面、患者的座椅、柜等物体表面,室内每周彻底扫除一次。

7. 室内各种设施、一次性耗材等,由专人负责保管,定期清点、维护,及时领取、补充。

8. 根据院感科要求,定期对室内空气、物体表面及护士的手进行细菌培养检测。

六、参考文件

1. 《无菌技术操作规程》

2. 《医疗废物管理办法》

3. 《常用诊疗物品和环境消毒方法》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 门诊治疗室工作制度	文件编号：MZ-ZD-02-004	总页数：2
	主管部门：一门诊	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈智华	版本号：2版

MZ-004 门诊治疗室工作制度

一、目的

通过制定本制度加强门诊治疗室的管理，保证患者治疗质量，有效地预防交叉感染，提高患者的满意度和自我保健的能力。

二、范围

一门诊/导医护士遵守并执行此制度。

三、定义

门诊治疗室：是指为门诊患者提供插胃管、导尿、灌肠等技术服务的房间。

四、职责

门诊部：修订本制度，定期自查制度落实情况，分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

门诊护士：严格落实本制度，发现问题及时向上级汇报。

五、内容

1. 治疗室护理人员必须衣帽整齐，配戴胸卡，戴好口罩。
2. 保持室内清洁、整齐，每完成一项工作，即要随时清理。除工作人员外，其他人员不许在室内逗留。

3. 严格区分无菌区与有菌区。有菌、无菌物品标志要醒目,分开放置。无菌物品存放应距地面 $\geq 20\text{cm}$,距墙壁 $\geq 5\text{cm}$,距天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。

5. 严格执行无菌技术操作规程。严格执行查对制度及消毒隔离制度,防止交叉感染。

6. 各种内、外用药品分类放置,标签明显,字迹清楚。

7. 每日用消毒液擦拭地面、采血台面、患者的座椅、柜等物体表面,每日紫外线空气消毒并进行登记。每周彻底扫除一次。

8. 患者已用过的一次性注射器、一次性导尿包等,放入黄色医疗废物专用包装袋内;针头、刀片等锐器投入锐器盒中,按感染性废物处理。医疗垃圾每天清除。

9. 室内各种设施、一次性耗材等,由专人负责保管,确保在有效期内使用,定期清点、维护,及时领取、补充。

10. 根据院感科要求,定期对室内空气、物体表面及护士的手进行细菌培养检测。

六、参考文件

1. 《无菌技术操作规程》
2. 《医疗废物管理办法》
3. 《常用诊疗物品和环境消毒方法》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 静脉治疗专科门诊工作制度	文件编号：MZ-ZD-02-005	总页数：3
	主管部门：一门诊	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈智华	版本号：2版

MZ-005 静脉治疗专科门诊工作制度

一、目的

通过制定本制度加强静脉治疗专科门诊的管理，保证患者治疗期导管维护质量，有效地延长中心静脉导管使用寿命、预防导管相关血流感染、机械性静脉炎、导管相关皮肤损伤、非计划拔管等并发症发生，提高患者的满意度和自我保健的能力。

二、范围

静疗专科护士、一门诊/导医护士遵守并执行此制度。

三、定义

1. 为出院带管患者（中线导管、隧道式中心静脉导管，PICC 导管、输液港等）进行导管维护。
2. 提供静脉输液治疗相关知识的咨询和健康宣教。
3. 建立带管患者维护档案，完善导管维护记录手册。
4. 提供导管疑难问题会诊。

四、职责

门诊部：修订本制度，定期自查制度落实情况，分析、总结、反馈问题，达到持续改进效果。

门诊护士：严格落实本制度，发现问题及时向上级汇报。

五、内容

1. 严格遵守医院各项规章制度，坚守岗位。

2. 非工作人员不得入内，工作人员必须穿工作服，带圆帽，戴口罩。

3. 热情接待来诊和咨询的人员，关心体贴就诊患者，耐心做好解释和宣教工作。

4. 门诊患者操作前须进行评估、挂号、交费，患者家属不得陪同入室。

5. 操作时严格执行无菌技术原则及查对制度。操作前后应严格执行手卫生，严格执行操作规程，认真落实查对制度，严防差错事故发生。

6. 室内应保持环境清洁、整齐，操作的同时需开启紫外线循环风消毒机，做好消毒机相关检查记录。每天使用后及时更换病床单元被服。每天擦拭治疗车、治疗台、地面等，每周彻底扫除一次。

7. 按感染控制标准进行物品和耗材管理，严格区分清洁区和污染区，物品定位放置，室内不得存放生活物品。无菌物品与非无菌物品应分开放置，每月按时清查物品有效期，正确处理医疗废物。

8. 做好财产管理，建立帐目登记本，做好每班清点和交接工作。

9. 严格执行交接班制度，认真填写静脉治疗专科门诊工作量统计表。

六、参考文件

1. 《无菌技术操作规程》
2. 《医疗废物管理办法》
3. 《常用诊疗物品和环境消毒方法》

七、流程图

无

第六节 急诊医学科护理管理制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 急诊医学科工作制度	文件编号：JZK-ZD-03-001	总页数：2
	主管部门：急诊科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

JZK-001 急诊医学科工作制度

一、目的

规范急诊科医疗秩序，保证日常医疗工作平稳、高效、有序地进行。

二、范围

急诊科所有医务人员均适用本制度。

三、定义

无

四、职责

1. 急诊科主任：全面负责急诊科医疗、护理管理工作，确保急诊科所有工作顺利进行。

2. 急诊科护士长：配合急诊科主任开展工作，组织安排、督导检查护理人员完成护理工作。

五、内容

1. 工作人员必须遵守各项规章制度，严格要求自己。

2. 对病人具有高度的责任心，严格执行“三查八对”制度，严格无菌操作，掌握药物配伍禁忌，根据医嘱合理用药。工作中做到迅速、准确，既要减少病人等候时间，又要防止差错发生。

3. 急诊护士应熟练掌握各种抢救技术、急救仪器使用及各项基础护理操作技能，随时做好抢救病人的准备工作。

4. 实行 24 小时工作制，不迟到、早退，准时交接班，坚守岗位，各班护士 24 小时开机，保持通讯畅通。

5. 着装整齐，仪表端庄，对工作认真负责，态度和蔼可亲。

6. 遇到突发公共事件：如重大伤亡事件、集体中毒、甲类传染病、重大事故纠纷等即时向有关领导、部门报告。

7. 努力为病人提供优质、高效、安全、满意的服务；牢记急诊科的宗旨：高速度，高效率，高度责任感，一切为病人。

六、参考文件

1. 《医院工作制度与人员岗位职责（卫生部 2011 年版）》
2. 《护理管理规范（广东省第四版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 急诊医学科急诊分诊工作制度	文件编号：JZK-ZD-03-002	总页数：3
	主管部门：急诊科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

JZK-002 急诊医学科急诊分诊工作制度

一、目的

规范急诊科分诊工作，维护科室就诊秩序，保证日常医疗工作平稳、高效、有序地进行。

二、范围

急诊科预检分诊人员均适用本制度。

三、定义

分诊是根据病情的轻重缓急，确立急诊病人获得及时救护及安排诊治次序的过程。

四、职责

急诊科分诊护士：24 小时在岗，根据分诊制度及分级标准完成急诊分诊工作，维持好急诊患者就诊秩序。

五、内容

1. 承担急诊预检分诊工作的护士，应由具有急诊科工作经验的高级责任护士或者护理组长来担任，分诊护士必须坚守工作岗位，不得擅自离岗。

2. 严格执行不见患者不分诊原则，热情接待病人，根据患者主诉、临床表现，简要了解病情、伤情、生命体征等，按照患者病情分级标准评估患者病情的轻重缓急，合理安排患者的就诊次序。

3. 遇急危重症患者应立即开通绿色通道，将患者安置到抢救室实施抢救。遵循抢救生命优先，先抢救后补办手续的原则。

4. 遇到突发公共卫生事件、重大工伤事故或成批伤病员时，应立即向科主任及护士长汇报，启动医院突发公共事件应急预案及院内急救绿色通道，及时报告相关部门，呼叫有关人员增援。做好病人的病情检诊及群体事件登记。

5. 维护就诊秩序，在患者候诊过程中注意观察患者的病情变化，实行“二次分诊”，避免急诊患者因等候而延误治疗。

6. 配合医生工作，及时补充诊室物品，严格执行有关印章管理规定，保管好各种印章。

7. 做好来诊患者相关登记，如遇传染性疾病，按相关规定及相关要求，护送患者至相关科室就诊，并及时按流程上报。对非正常死亡、重大突发公共卫生事件、交通事故、涉嫌法律纠纷等启动相关程序，及时上报有关部门，做好相关记录。

8. 遇到暴力事件、涉及刑事、民事纠纷的患者，及时向公安机关（110）和医院安保部门（2922555）报告。

六、参考文件

1. 《2018 年版急诊预检分诊标准操作程序（SOP）》
2. 《医院工作制度与人员岗位职责（卫生部 2011 年版）》
3. 《护理管理规范（广东省第四版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 急诊医学科抢救室工作制度	文件编号：JZK-ZD-03-003	总页数：2
	主管部门：急诊科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

JZK-003 急诊医学科抢救室工作制度

一、目的

规范急诊科抢救室工作，维护抢救室抢救秩序，保证抢救室危急重症患者得到快速、有效的救治。

二、范围

急诊科抢救室所有医务人员均适用本制度。

三、定义

无

四、职责

急诊科抢救室医生：首问负责制，负责抢救室患者的诊断、急救处置工作。

急诊科抢救室护士：配合医生做好急危重症患者的抢救及护理工作。

五、内容

1. 抢救室为抢救病员设置，其他任何情况不得占用，设有危急症抢救流程图。

2. 一切抢救药品、物品、器械、敷料等均需放在指定位置，并有明显标记，不得随意挪用或外借。急救物品、药品的准备适用于专科急救。

3. 所有抢救设施处于应急状态。药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

4. 每班核对一次急救物品，班班交接，做到账物相符。

5. 急诊抢救器材应在消毒灭菌的有效期内使用，一用一消毒或灭菌。

6. 抢救室护士必须坚守岗位，不得擅离职守。熟练掌握各种抢救仪器的使用及各种抢救技术，积极主动配合抢救。

7. 抢救时抢救人员要按岗定位，严格执行各项规章制度，按各种疾病的抢救常规程序进行工作。

8. 抢救的患者病情稳定或死亡后，及时转出抢救室，以保证其他病员的抢救。

9. 每次抢救病员完毕，要在规定的时间内做好抢救记录和清洁消毒工作。

10. 急诊抢救室及平车、轮椅、诊察床等应每日定时消毒，被血液、体液污染时应及时消毒处理。

六、参考文件

1. 《医院工作制度与人员岗位职责（卫生部 2011 年版）》

2. 《护理管理规范（广东省第四版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 急诊医学科急诊观察室 工作制度	文件编号：JZK-ZD-03-004	总页数：2
	主管部门：急诊科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

JZK-004 急诊医学科急诊观察室 工作制度

一、目的

保障急诊观察室医疗、护理工作正常进行，确保观察室患者得到及时、有效的诊疗和护理。

二、范围

急诊科观察室所有医务人员均适用本制度。

三、定义

无

四、职责

急诊观察室医生：负责观察室患者诊疗工作。

急诊观察室护士：配合医生做好观察室患者的护理工作。

五、内容

1. 不符合住院条件，但根据病情尚需留院观察的病人，可收住留观室进行观察治疗。
2. 留观时间不超 48 小时。

3. 当班医生和护士，根据病情严密观察、治疗。凡收入留观室的病人，必须开好医嘱，按格式规定及时书写病历，随时记录病情及处理经过。

4. 值班医生早晚各查房一次，危重患者随时查房。主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。

5. 值班护士，随时主动巡视病房，按时进行诊疗护理并及时记录、反映病情变化。

6. 值班医护人员观察病人的病情变化，要随找随到床边诊视，以免延误病情。

7. 值班医护人员对留观病人，要按时详细、认真地进行交接班工作，并做好书面记录。

六、参考文件

1. 《医院工作制度与人员岗位职责（卫生部 2011 年版）》
2. 《护理管理规范（广东省第四版）》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 急诊医学科急诊输液室 工作制度	文件编号：JZK-ZD-03-005	总页数：2
	主管部门：急诊科	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：黄健	版本号：3版

JZK-005 急诊医学科急诊输液室 工作制度

一、目的

保障急诊输液室医疗工作正常进行，确保输液区患者得到安全、优质的护理服务。

二、范围

急诊科输液室所有医务人员均适用本制度。

三、定义

无

四、职责

急诊输液室护士：严格按照“三查八对”制度开展输液工作，确保输液患者安全。

五、内容

1. 输液室是为门诊及普通急诊病人输液的场所，要保持室内清洁、整齐、安静，每天空气消毒二次。
2. 凡各种输液和注射应按处方或医嘱执行，对过敏药物必须按规定做过敏试验。

3. 严格执行查对制度。仔细查对药物和输液用具的质量和有效期，接药者、核对者、配药者、输液者、接液体者都需签名。加药后，人机双人核对输液瓶。对病人关心体贴、耐心，避免发生争吵和纠纷。

4. 严格无菌技术操作原则。操作时应戴帽子、口罩，正确执行消毒原则，保证穿刺、输注过程无菌，确保输液安全。

5. 合理安排输液顺序，有效控制输液速度，密切关注输液情况，包括用药后药效及不良反应，确保输液安全。

6. 加强对输注高危药品患者的评估，并对高危人员加强巡视、观察，防止发生高危药品输液外渗。加强与输液患者的沟通交流，密切观察输液后的情况。发现病情变化及意外事件应及时处置并报告医师，输液病人不得离开输液室，避免发生意外事故。

7. 准备抢救药品、器械，放置于固定位置，定期检查，及时更换。

8. 严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。

9. 针对疾病和用药，做好疾病和用药知识的健康教育。

六、参考文件

1. 《医院工作制度与人员岗位职责（卫生部 2011 年版）》

2. 《护理管理规范（广东省第四版）》

七、流程图

无

第七节 消毒供应室管理制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 消毒供应室工作制度	文件编号：GYS-ZD-03-001	总页数：2
	主管部门：消毒供应室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：麦远其	版本号：3版

GYS-001 消毒供应室工作制度

一、目的

规范消毒供应室管理，预防医院感染，保证供应合格的消毒灭菌物品。

二、范围

消毒供应室。

三、定义

消毒供应中心（室）是医院内承担各科室所有重复使用诊疗器械、器具和物品清洗消毒、灭菌以及无菌物品供应的部门。

四、职责

1. 消毒供应室：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。
2. 消毒供应室负责人：监督制度落实，定期进行自查分析、总结，达到持续改进效果。
3. 消毒供应室职工：严格落实制度。

五、内容

1. 各区工作人员必须按国家行业标准要求着装上岗。
2. 严格执行标准防护原则，树立职业防护意识，做好个人防护，认真执行各项规章制度和技术操作流程，有效防范工作失误和安全事故的发生。
3. 工作人员必须熟悉各类器械与物品的性能、用途、清洗、消毒、包装和灭菌方法，严格执行各类物品的处理流程，保证各类器材、物品完整、性能良好。
4. 分工明确，相互协作，共同完成各项任务，做好相关记录工作。
5. 爱护科室财物，严格按照物资管理制度进行处理。
6. 严格控制人员出入，非本科室人员未经许可不得随意进入工作区域。各区人员不得随意相互跨区。
7. 每日认真清点、检查基数物品储备量，做到无菌物品的及时供应。
8. 加强与服务对象的沟通，主动服务，定期收集意见、建议，不断改进工作方法，优化工作流程，提高服务质量。

六、参考文件

《医院消毒供应室专科护理手册》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 清洗、消毒与灭菌效果监测制度	文件编号：GYS-ZD-03-002	总页数：3
	主管部门：消毒供应室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：麦远其	版本号：3版

GYS-002 清洗、消毒与灭菌效果监测制度

一、目的

规范消毒供应室管理，预防医院感染，保证供应合格的消毒灭菌物品。

二、范围

本院消毒供应室。

三、定义

1. 清洗：去除物体表面有机物、无机物和可见污染物的过程。
2. 消毒：杀灭或清除物品上的微生物，使其达到无害化的处理。
3. 灭菌：杀灭或清除物品上的一切微生物的处理。

四、职责

1. 消毒供应室：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。
2. 消毒供应室负责人：监督制度落实。

五、内容

(一) 监测管理的基本原则

1. 严格遵照消毒技术规范 and 医院 CSSD 卫生行业标准的监测标准，对清洗消毒及灭菌效果进行监测，并正确评判结果。

2. 由各工作区域的工作人员实施，专人负责。对其工作过程及终末的质量进行有效的质量检查，包括清洗、消毒和灭菌。

3. CSSD 建立完善的各项监测管理制度，对相关工作人员进行有效培训，正确掌握监测方法。一旦发现偏差，立即采取纠正措施，以确保无菌物品质量。

（二）对清洗器材的质量监测

1. 监测频率：每天对清洗器材进行质量的检查；每天使用清洗消毒器时，操作者对每批次清洗消毒器的物理参数及运转情况进行质量监测。每个月随机抽查 3~5 个待灭菌包内全部物品的清洗质量。

2. 监测方法：常规使用目测和（或）借助带光源放大镜检查。

3. 监测结果：准确记录检查数据，计算清洗合格率，根据合格率的变化分析其影响因素及根本原因，提出改进措施，并观察实施效果。

（三）对器材消毒效果监测

1. 监测频率：使用化学消毒时，每天监测消毒剂的浓度是否合格。湿热消毒时，每炉次必须监测消毒温度、时间或 A₀ 值，每季度对清洗消毒器进行温度测试。对消毒后直接使

用于患者的消毒物品每季度随机抽查 3~5 个消毒后的物品进行消毒效果卫生学监测。

2. 监测方法：使用化学消毒剂浓度试剂，热力消毒常用的方法是观察清洗消毒器显示屏提示的温度与持续时间。卫生学监测遵循《医院卫生标准》。

3. 监测结果：对监测结果进行准确记录，对消毒后物品卫生学监测不合格的要查找原因。有针对性地予以改进。

4. 灭菌效果监测管理

(1) 压力蒸汽灭菌效果的监测：对每批次灭菌物品的质量采用物理监测法、化学监测法和生物监测法进行，植入性器械每批次采取生物监测法。操作者严格执行监测技术，正确判断监测结果，监测结果应符合 WS310-3 标准的要求（详细内容见压力蒸汽灭菌效果监测制度）。

(2) 环氧乙烷气体灭菌效果的监测：对每批次灭菌物品的质量采用物理监测法、化学监测法和生物监测法进行。操作者严格执行监测技术，正确判断监测结果，监测结果应符合 WS310-3 标准的要求（详细内容见环氧乙烷气体灭菌效果监测制度）。

六、参考文件

《医院消毒供应中心建设与管理工作的指南》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 压力蒸汽灭菌效果监测制度	文件编号：GYS-ZD-03-003	总页数：3
	主管部门：消毒供应室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：麦远其	版本号：3版

GYS-003 压力蒸汽灭菌效果监测制度

一、目的

规范消毒供应室管理，预防医院感染，保证供应合格的消毒灭菌物品。

二、范围

本院消毒供应室。

三、定义

1. 灭菌：杀灭或清除物品上的一切微生物的处理。
2. 物理监测：又称工艺监测，能直接反映灭菌器灭菌物理参数的动态变化，工作人员能从即时的参数变化中，及时发现灭菌过程出现的异常，是在灭菌过程中，CSSD工作人员能迅速直接控制灭菌质量的监测手段之一。
3. 化学监测：是根据颜色或形状等改变来判断结果，其方法简单直观，马上判读，误差较少，是医院普遍使用的监测手段之一。
4. 生物监测：是使用活的微生物芽孢制成指示剂，根据微生物芽孢的死亡情况来判断灭菌是否成功，考核灭菌器负荷是否达到无菌保障水平，这是确定压力蒸汽灭菌是否有效

的最可靠方法。其结果具有延后性，不能及时提供每炉次的灭菌监测结果。生物监测方法可使用标准生物测试包或一次性标准生物测试包对灭菌器的灭菌质量进行生物监测。

四、职责

1. 消毒供应室：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。

2. 消毒供应室负责人：监督制度落实。

五、内容

（一）工艺监测

包括待灭菌物品装载方式与装载量，灭菌程序进行中温度、压力等多参数进行监测，灭菌温度为 132-134℃，灭菌压力为 0.21Mpa。

（二）化学监测

1. 化学指示胶带：每个待灭菌物品包外用化学指示胶带封包（长度>5cm）。标准：斑马线变色达到要求，可判断经过灭菌。变色不合格的物品包，查找原因，再次处理后灭菌。

2. 化学指示卡：各种治疗检查包的中心位置放第四代化学指示卡。标准：指示卡变色达到标准色或是超过标准色，可判断灭菌物品中心温度与灭菌时间达到要求，指示卡变色未达到标准色时，则该物品视为灭菌不合格，不能使用；手术器械包的中心位可放置第五代移动式化学指示卡，标准为

化学指示剂爬行到绿色窗口，未爬行到绿色窗口时，则该物品视为灭菌不合格，不能使用。

3. B-D 实验：每天每炉空炉 B-D 试验及维修后 B-D 试验。
标准：当测试纸从淡黄色变为一致深褐色或黑色，提示空气已适当排除，可以进行物品的灭菌工作；如测试纸变色不均，则表示空气排除失败，灭菌器不能使用，须进行维修，待 B-D 试验和生物监测合格后方可使用。

（三）生物监测

正常使用的灭菌器，生物监测每周一次（提示菌株为嗜热脂肪杆菌芽孢），快速生物阅读器显示结果：试验管(-)，阳性对照管(+)以及试验管为标准紫色可判定为合格；新启用及维修后的灭菌器必须空炉连续三次生物监测，B-D 试验合格后方可使用；植入物生物监测合格后方可使用；采用新的包装材料和方法时必须进行生物监测，以确定方法的安全性。

六、参考文件

1. 冯秀兰、彭刚艺主编《医院消毒供应中心建设与管理工
作指南》
2. 于翠香主编《医院消毒供应室专科护理手册》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 环氧乙烷（EO）灭菌效果 监测制度	文件编号：GYS-ZD-03-004	总页数：4
	主管部门：消毒供应室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：麦远其	版本号：3版

GYS-004 环氧乙烷（EO）灭菌效果 监测制度

一、目的

规范消毒供应室管理，预防医院感染，保证供应合格的消毒灭菌物品。

二、范围

本院消毒供应室。

三、定义

1. 灭菌：杀灭或清除物品上的一切微生物的处理。
2. 物理监测：又称工艺监测，能直接反映灭菌器灭菌物理参数的动态变化，工作人员能从即时的参数变化中，及时发现灭菌过程出现的异常，是在灭菌过程中，CSSD工作人员能迅速直接控制灭菌质量的监测手段之一。
3. 化学监测：是根据颜色或形状等改变判断结果，其方法简单直观，马上判读，误差较少，是医院普遍使用的监测手段之一。
4. 生物监测：是使用活的微生物芽孢制成指示剂，根据微生物芽孢的死亡情况来判断灭菌是否成功，考核灭菌器负

荷是否达到无菌保障水平，这是确定压力蒸汽灭菌是否有效的最可靠方法。其结果具有延后性，不能及时提供每炉次的灭菌监测结果。生物监测方法可使用标准生物测试包或一次性标准生物测试包对灭菌器的灭菌质量进行生物监测。

四、职责

1. 消毒供应室：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。
2. 消毒供应室负责人：监督制度落实。

五、内容

（一）物理监测

1. 监测目的

观察环氧乙烷灭菌器在灭菌程序运行中，持续监测物理关键参数的变化，能及时、正确地判断EO灭菌参数是否合格，达到控制灭菌质量的目的。

2. 监测频率：每次灭菌过程须进行监测。
3. 监测指标：每次灭菌周期需要记录和监测下面的数据。

（1）物品在EO灭菌器开始预处理的时间和结束的时间。

（2）灭菌前预处理阶段的灭菌室温度。

（3）物品结束预处理区到启动灭菌周期的时间。

（4）整个灭菌周期内的灭菌室压力和温度。

（5）EO气体暴露阶段时间。

（6）灭菌结束时间记录。

(7) 化学指示物的结果记录。

4. 结果判定：达到物理监测标准为物理监测合格，反之为不合格。灭菌失败物品不能使用，应查找原因及进行处理。

5. 注意事项

(1) 物理监测记录归档存放。

(2) 每次新安装或维修后的灭菌器，对关键参数须进行物理校正。

(3) 灭菌过程出现错误程序，应查找原因，及时采取相应的措施。

(二) 化学监测

1. 监测频率：每件物品进行包外和包内化学监测。

2. 化学监测方法

每个灭菌包的包外粘贴包外化学指示胶带，作为灭菌过程的标志；手术包内放置环氧乙烷包内化学指示物，作为灭菌效果的参数。

(三) 生物监测

1. 每炉应进行生物监测，并且需要等生物监测结果合格后才能放行。

2. 注意事项：

(1) 生物监测出现阳性结果，表示灭菌失败，物品不能使用。应查找原因进行处理。

(2) 阳性对照的生物指示物应采用试验管相同的生产日期和批号。

六、参考文件

1. 《医院消毒供应中心建设与管理工作指南》
2. 《医院消毒供应室专科护理手册》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 消毒供应室灭菌物品召回制度	文件编号：GYS-ZD-03-005	总页数：2
	主管部门：消毒供应室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2014/05	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：麦远其	版本号：3版

GYS-005 消毒供应室灭菌物品召回制度

一、目的

规范消毒供应室管理，预防和控制医院感染。

二、范围

本院消毒供应室。

三、定义

灭菌：杀灭或清除物品上的一切微生物的处理。

四、职责

1. 消毒供应室：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。
2. 消毒供应室负责人：监督制度落实。

五、内容

1. 生物监测不合格时，应通知使用部门，并召回上次监测合格以来尚未使用的所有灭菌物品，重新处理。同时书面报告护理部、院感科等相关部门，说明召回的原因，相关部门通知使用单位对已使用该期间无菌物品的病人进行密切观察，同时检查灭菌过程的各个环节，查找分析灭菌失败的可能原因，并采取相应的改进措施后，重新进行BD测试和

生物监测，连续三次灭菌合格后该灭菌器方可正常使用，科室应对该事件的处理情况进行总结，并向上级相关管理部门汇报。

2. 无菌物品培养不合格，首先要分析原因，如灭菌器生物监测不合格，需要召回上次监测合格以来尚未使用的所有灭菌物品，通知设备科检修灭菌器设备，维修好或更换新灭菌器后连续进行三次 BD 测试和生物监测，结果均为阴性方能继续使用。如果灭菌器生物监测合格，则需要从其他方面查找原因。

3. 对召回的物品和异常情况的处理结果均应做好详细记录，并注明物品名称、灭菌日期、失效日期、批号、数量、操作者、召回原因、处理日期、及处理措施。

六、参考文件

无

七、流程图

无

第八节 血液透析室护理管理制度

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室护理工作制度	文件编号：XTS-ZD-02-003	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-003 血液透析室护理工作制度

一、目的

规范血液透析室护理工作管理，避免护理差错事件的发生。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室护理人员：负责制度的落实。

五、内容

1. 在科主任领导下，由护士长负责护理管理，主管医师和工程师协助。血液透析室护士长由具备透析护理工作经验的中级以上职称的注册护士担任。

2. 护理人员严格执行各项规章制度和治疗操作规程。

3. 护理人员必须具有高度责任心，坚守工作岗位，严禁擅离职守。

4. 进入血液透析室须穿工作服、戴帽、换室内鞋；操作时戴口罩、手套，阳性区需戴围裙、防护面罩或护目镜、面屏。

5. 密切观察患者治疗过程的情况，及时发现、处理问题，严防不良事件发生。

6. 保持血液透析室安静、整洁、舒适、安全。

7. 每月进行透析用水、在线置换液、透析液的细菌学监测 1 次；每月进行治疗室、透析区及抢救室空气、物体表面、医护人员手细菌培养 1 次；每季度进行透析用水、透析液、在线置换液内毒素检测 1 次；每年进行透析用水化学污染物检测 1 次。

8. 清点急救仪器设备（监护仪、除颤仪、简易呼吸器等）和抢救车用物，保证处于完好备用状态。抢救车内各种物品、药品应分类放置，标签明显、字迹清楚，做到：定点放置、专人负责。每日清点，班班交接，责任人每周检查 2 次、护士长每周检查 1 次并签名。

9. 认真执行设备管理制度，遵守使用操作规程，协助工程师进行清洁、消毒和维护、保养。

10. 严格执行消毒隔离制度，杜绝交叉感染，严防血源性疾病传染。

11. 做好病人及陪人管理，原则上谢绝探视、陪护，家属未经允许不得进入，以免增加感染机会。如需要进入，经医生同意后，更换拖鞋，必要时穿隔离衣。

12. 上班期间须遵守劳动纪律，不做与工作无关的事情，上班期间不得因个人私事占用科室电话。

15. 落实床边工作制，做好患者及家属的健康宣教及咨询。

16. 提供必要的便民服务措施，落实透析患者的人文关怀。

17. 新入护士及进修人员未经考核合格不得单独操作。

六、参考文件

《血液透析护理实践指导手册》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室护理安全管理制度	文件编号：XTS-ZD-02-005	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-005 血液透析室护理安全管理制度

一、目的

保证患者透析治疗安全性，避免和减少医疗事故及安全隐患发生。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。

2. 血液透析室护理人员：负责制度落实。

五、内容

1. 严格执行各项规章制度及操作规程，确保护理工作的正常进行。

2. 科室安全管理每班有专人负责，定期组织检查，发现事故隐患按程序及时报告，采取措施，及时改进，护士长为科室护理安全管理的责任人。

3. 严格执行交接班制度、不良事件报告制度、分组责任制护理，及时巡视病人，认真观察病情变化，有异常及时报告医师处理并做好护理记录，对于有异常心理状况的患者要加强监护及交接班，防止意外事故的发生。

4. 严格执行查对制度，消毒隔离制度和无菌技术操作规程，确保病人安全。对危重、瘫痪者、老年人及小儿应加强护理，必要时加床档、约束带，以防坠床，卧床者定时翻身，防止压疮的发生。

5. 严格执行医院药品管理制度，确保用药安全。毒、麻、限、剧药品做到安全使用，专人管理，专柜双锁保管。

6. 抢救药品、物品做到五固定、三及时、一专管，保证完整无缺，以备应急使用，五固定：定人管理、定位放置、定基数、定时检查、定时核对；三及时：及时补充、及时消毒、损坏及时维修；一专管：专人管理，定期保养，保持性能良好。抢救物品标识清晰，保存符合要求，确保在有效期内。

7. 通道要保持通畅、清洁，禁止堆放各种物品、仪器设备等。

8. 加强氧气、酒精等易燃易爆物品管理，防止事故发生。

9. 做好安全用电，使用各类电动医疗仪器时，必须首先检查设备，安全无误方可使用。

10. 做好安全防盗及消防工作，加强陪人和探视人员的管理，发现有可疑人员，立即向上级报告。定期检查消防器材的有效期，保持备用的状态。

11. 制订血液透析突发事件的应急处理预案和危重患者抢救护理预案。

12. 落实护理人员的职业暴露制度。

13. 对于所发生的护理不良事件，科室应及时组织讨论整改，并上报护理部。

六、参考文件

1. 《茂名市人民医院护理管理工作规范》试行版
2. 《茂名市人民医院抢救车管理制度》2019 版
3. 《血液透析护理实践指导手册》

七、流程图

无

 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 血液透析室护理质量管理体系	文件编号：XTS-ZD-02-006	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-006 血液透析室护理质量管理体系

一、目的

规范护理管理，提高护理质量，保证患者安全。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

护理质量安全管理：是指按照护理质量形成的过程和规律，对构成护理质量的各要素进行计划、组织、协调和控制，保证护理工作达到规定的标准和满足服务对象的需要。护理质量安全管理是护理管理的核心，也是护理管理的重要职能。

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室护理人员：负责制度落实。

五、内容

1. 成立科室护理质量安全管理组，分为：设备管理小组、感染控制管理小组、健康教育小组、患者安全管理小组、血

管通路小组、核心能力培训小组。

2. 护理人员严格按照血液透析技术规范落实血液透析治疗工作，确保患者治疗安全。

3. 做好患者健康教育，提高患者治疗依从性。

4. 按要求定期进行透析用水监测，确保透析液和透析用水的质量和安。

5. 按照规定做好医疗设备、医疗耗材、消毒药械和医疗用品等管理及使用。

6. 协助工程师，定期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。

7. 血液透析室的医疗废弃物按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类和处理。

8. 护理质量质控实行三级质控（护士长-护理组长-责任护士），成立各质控小组，分工明确，落实科室护理质量监控。

9. 在护士长的领导下，定期开展护理质量相关的制度、技术规范、操作规程进行自查、督导工作，对存在的问题每月进行讨论、原因分析、整改，持续改进护理质量。

10. 护理质量质控结果与责任护士每月绩效挂钩。

六、参考文件

1. 《血液净化标准操作规程（2021 版）》（国卫办医函[2021]552 号）

2. 《医疗机构血液透析室管理规范》（2010 版）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室护理交接班制度	文件编号：XTS-ZD-02-007	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订(回顾)日期：//
	批准人：唐志忠	版本号：1版

XTS-007 血液透析室护理交接班制度

一、目的

提高护士交接班质量，确保病人治疗护理工作的连续性，提升医院服务品质。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室护理人员：负责制度落实。

五、内容

1. 各班护士应严格遵照护理管理制度，服从护士长安排，坚守工作岗位，履行职责，保证各项治疗护理工作准确及时地进行。
2. 交班前，组长（或带班组长）检查医嘱执行情况，重点巡视危重病人、特殊病人和新透析治疗的病人，在交班时

安排好护理工作。

3. 每班必须按时交接班，接班者提前 15 分钟到科室，交接患者、护理记录、医嘱执行和物品(抢救车、麻醉药品、常用物品等)。对患者情况和病情观察、护理要交接清楚。

4. 交班者必须在交班前完成本班的各项工作，处理好用过的物品，为接班者做好物品的准备，如消毒敷料、注射器、常用器械、病历、透析器等，以便于接班者工作。遇到特殊情况，必须做好详细交班，与接班者共同做好工作方可离去。

5. 每班交接班时，交班者和接班者共同巡视透析治疗区，进行床边交接病情及透析区域管理情况，床边交接班要避免走过场。

6. 每周的周一、周四 15:00 由护士长（或者总责护士）带领进行护理大交班，由总责护士或组长、带班组长汇报期间的特殊情况及提出工作中需解决的问题。

7. 交接的内容包括：

(1) 透析病人总数，新透析、深静脉置管、首次使用内瘘病人的人数及病情，危重、抢救、特殊血液净化治疗、有特殊检查或处理及输血的病人、有行为异常、自杀倾向病人的病情变化及心理状态。

(2) 医嘱执行情况，机器参数设置是否正确，如血流速度、超滤量、透析时间、肝素用量等，重症护理记录，各项检查标本采集及各种处置完成情况，对尚未完成的工作，向接班者交代清楚。

(3) 查看内瘘穿刺的情况（渗血、肿胀、穿刺针固定等）、深静脉置管情况（渗血、肿胀等）、透析器与管路的堵塞情况，昏迷、瘫痪等危重的病人有无压疮，以及基础护理完成情况，各种导管固定和通畅情况。

(4) 贵重、毒、麻、精神药品及抢救药品、器械、仪器的数量、技术状态等，并签全名。

(5) 交接班者共同巡视检查透析区是否达到清洁、整齐、安静的要求及各项工作的落实情况。

(6) 交班中如发现病情、治疗、器械、物品交代不清，应立即查问。接班时发现问题，应由交班者负责；接班后如因交接班不清，发生差错事故或物品遗失，应由接班者负责。

(7) 交班报告及护理记录书写应整齐、清晰、重点突出。护理记录内容客观、真实、及时、准确、全面、简明扼要、有连贯性，运用医学术语。新入护士未准入前书写的护理记录，进修护士或实习护士书写护理记录，一律由带教护士负责修改并签名。

六、参考文件

《茂名市人民医院护理管理工作规范》试行版

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室护理查对制度	文件编号：XTS-ZD-01-008	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：
	批准人：唐志忠	版本号：1版

XTS-008 血液透析室护理查对制度

一、目的

确保病人得到正确的治疗和护理，保障病人安全，提高护理品质和病人满意度。

二、范围

适用于血液透析室护理工作。

三、定义

查对制度指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核的查对制度。

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室护理人员：负责制度落实。

五、内容

1. 责任护士预冲前负责查对患者病历号、姓名，查看透析器、管路、预冲液的有效期、型号及外包装有无破损，查看透析液使用是否正确及有效期，透析机是否处于正常运转状态。

2. 上机前查对病人的机号、姓名，透析机运转情况，在连接病人前必须核对参数。

3. 上机后自查、第二人再次核对并签名。核对顺序依次查：

(1) 动静脉穿刺点或导管接口有无渗血、肿胀、固定是否妥善、连接是否紧密。

(2) 输液开关关闭。

(3) 动脉泵前动脉压监测夹子是否打开。

(4) 血泵声音无异常，泵管内无气泡，血流量符合要求。

(5) 肝素泵开启，时间、速率正确，肝素管夹子打开并与注射器连接紧密。

(6) 动脉壶液面在 3/4 处，侧管夹紧，安全帽拧紧。

(7) 透析器与管路紧密连接，透析器型号正确，透析液连接方向正确（两者流动方向相反）。

(8) 静脉壶液面在 3/4 处，侧管夹紧，安全帽拧紧，静脉压监测夹子打开，连接紧密；静脉壶下段管路卡入空气探测器及安全夹内。

(9) 血液透析滤过治疗时，核对置换方式选择是否正确，置换液管连接是否紧密。

(10) 血液透析加血液灌流时，核对灌流器是否安装正确，连接处是否紧密。

(11) 查对透析治疗参数设定无误：治疗模式，超滤量、置换液量、时长、超滤曲线类型，透析液钠浓度、温度、流速、钠曲线类型，血流量，报警范围区间等。

4. 透析过程中的查对：导管/血路管有无受压、折叠、脱落，固定是否牢固、治疗参数是否准确。

5. 透析过程中用药查对：由分管护士和邻组护士查对病历号、姓名、药名、剂量、用法。非紧急的情况下不执行口头医嘱，遇到抢救时必须当面复述口头医嘱无误后方可执行，并保留用过的空瓶，经两人核对后方可丢弃，并及时补开医嘱。透析过程中禁止做药物的过敏试验；在使用毒麻药时要反复核对，用后保留安瓿，以便到药房补药，并填写毒麻药使用登记并签名。

6. 透析过程中的输血查对：由分管护士和邻组护士查对床号、姓名、住院号、血型号、血量及交叉配血试验结果与输血单是否吻合，血液是否过期变质，有无凝血，血袋有无裂缝等并签名。

7. 首次透析患者、由其他透析室（中心）转入的患者、暂时离开本透析室返回继续透析治疗患者须查对患者透析知情同意书、血源性传染病标志物（术前八项）检验结果、有效的新冠病毒核酸检测结果。

六、参考文件

《血液透析专科护理服务能力与管理指引》

七、流程图：无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室医院感染管理制度	文件编号：XTS-ZD-02-015	总页数：6
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/10	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-015 血液透析室医院感染管理制度

一、目的

为了做好医院感染防控工作，预防发生传染病医源性传播，避免交叉感染，确保患者安全，保证诊疗和护理工作有效开展，特制订本制度。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室工作人员：负责制度落实。

五、内容

(一) 基本要求

1. 建筑布局：布局合理，设置有普通病人透析区、急诊透析机、隔离病人透析区、治疗室、水处理室、干湿库房、办公室、更衣室、药物治疗准备间、污洗间等分开设置。

2. 每个血液透析单元由一台血液透析机和一张透析床组成，血液透析床间距不小于 1 米。

3. 配备便捷、有效的手卫生设施：每个透析单元备有快速手消毒剂。

4. 禁止重复使用一次性透析器，使用后的一次性医疗用品按照《医疗废物管理制度》执行。

（二）医护人员管理

1. 科室成立医院感染管理小组，严格执行《医疗机构血液透析室管理规范》，负责制定各项医院感染管理制度与措施。加强医护人员消毒灭菌、职业暴露和医院感染知识的培训，提高个人防护和医院感染控制意识。医护人员定期接受相关医院感染管理知识培训，具备医院感染预防与控制的知识。

2. 工作人员进入血液透析室时穿工作服、换室内鞋，操作时戴口罩、帽子，阳性区需戴围裙、防护面罩或护目镜、面屏。

3. 严格执行《医务人员手卫生规范》。

4. 严格执行无菌操作，按照标准预防的原则，落实个人防护措施。

5. 工作人员使用锐器时严格按照操作规程进行，使用后的锐器应放于利器盒内，严禁用后双手针头回帽或弯曲毁形。若发生职业暴露，立即按照职业暴露处理措施进行相应处理、报告。

6. 每年对工作人员进行 HBV、HCV、HIV 等经血传播疾病相关标志物的检查和预防接种。

(三) 患者管理

1. 患者更换清洁拖鞋后方可进入透析室，非患者必需用品不准带入透析室内。

2. 乙肝、丙肝、梅毒患者透析在相应隔离透析区内进行治疗，急诊患者应专机透析。

3. 对透析中出现发热的患者，及时分析原因，必要时进行血培养和透析液培养，查找感染源，采取控制措施。

(四) 工作环境及仪器设备使用管理

1. 环境管理

(1) 墙面、地面：保持清洁、干燥的环境，每班患者治疗结束用 500mg/L 的含氯消毒液拖地；透析过程中发生血液、体液污染时，应立即使用 2000mg/L 的含氯消毒液一次性使用布巾擦拭吸附血液、体液后再用 500mg/L 的含氯消毒液处理。

(2) 每班透析结束后通风 30 分钟，并进行空气消毒，每周 1 次大扫除。治疗室、办公室、透析室、厕所等分别设置专用拖把，标识清楚，分开清洗，悬挂晾干。治疗和护理操作时禁止探视。

(3) 每班患者透析结束，应更换床单、被套及枕套，做到“一人一用一更换”，有污染时应及时更换或消毒。

2. 透析设备的使用管理

(1) 加强透析液、消毒液输入过程的质量控制。定期监测消毒剂有效浓度；消毒剂配制和保存方法适当，有效浓度准确。

(2) 每次透析结束后，用 500mg/L 含氯消毒液擦拭透析机表面，如果有血液污染到透析机应先立即用 2000mg/L 的含氯消毒剂的一次性布擦拭去掉血迹，再用 500mg/L 的含氯消毒剂彻底清洁消毒透析机器外壳。

(3) 每次透析结束后应对机器内部管路进行消毒，透析过程中发生破膜、传感器渗漏等情况，在透析结束后应立即对机器消毒，确认无误后方可使用。

3. 水处理系统的维护与消毒

(1) 水处理系统严格执行日常维护。在细菌超过 50CFU/ml 或内毒素超过 0.125EU/ml 提前进行干预并监测水质。

(2) 根据设备的要求定期对水处理系统进行冲洗、消毒并登记，发现问题及时处理。

(3) 按要求对水处理系统消毒，包括反渗透机本身和供水系统，至少每季度进行一次。

(五) 感染控制监测要求

1. 每月对血液透析室空气、物体、机器表面及部分医务人员手进行病原微生物的培养监测，空气平均细菌菌落总数应 $\leq 4\text{cfu}/(5\text{min}\cdot 9\text{cm 直径平皿})$ ；物体、机器表面及医务

人员手平均细菌菌落总数 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ ；有污染随时监测，并保留原始记录，建立登记表。

2. 透析用水及透析液细菌培养每月 1 次，要求细菌数 $\leq 100\text{cfu}/\text{ml}$ ；要求每台透析机每年至少检测 1 次。保留原始化验单结果并记录。

3. 每季度进行透析用水及透析液内毒素监测，要求透析用水内毒素 $\leq 0.25\text{EU}/\text{ml}$ ，透析液内毒素 $\leq 0.5\text{EU}/\text{ml}$ ，每台透析机每年至少检测 1 次，保留原始化验单结果并记录。

4. 透析患者传染病微生物监测

(1) 首次血液透析的患者、由其他血液透析室转入的患者治疗前进行血源性传染疾病标志物检测，并在 3 个月内复查，保留原始化验单结果并记录。

(2) 维持性血液透析患者每半年进行血源性传染疾病标志物检测，保留原始化验单结果并记录。

(3) 存在不能解释的肝脏转氨酶异常升高的血液透析患者，应进行 HBV-DNA 和 HCV-RNA 定量检测，保留原始化验单结果并记录。

(4) 首次开始血液透析的患者、由其他血液透析室（中心）转入、既往或现患肺结核的患者，应进行胸部 X 线和/或肺部 CT，以及结核感染标志物检查。

5. 导管感染监测

建立导管感染登记本，每月登记本月留置长期导管患者例数、临时导管例数、导管感染发生率，记录导管感染患者

的姓名、临床表现、血培养结果、治疗方案。确诊导管感染病例在 24 小时内上报院感科。分析导管感染可能原因，进行整改。

六、参考文件

1. 《血液净化标准操作规程（2021 版）》（国卫办医函[2021]552 号）
2. 《血液透析及相关治疗用浓缩物》（YY0598-2015）
3. 《血液透析及相关治疗用水》（YY0572-2015）
4. 《医疗废物管理制度》
5. 《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2019）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室消毒隔离制度	文件编号：XTS-ZD-02-016	总页数：4
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-016 血液透析室消毒隔离制度

一、目的

保证患者透析安全性，防止发生交叉感染。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室工作人员：负责制度的落实。

五、内容

（一）环境要求

1. 血液透析室保持环境清洁、安静、布局合理，严格区分清洁区、污染区。
2. 透析区保持通风，每次透析后清洁床单位，更换床单、被套、枕套；消毒清洁透析设备，已被血液污染的设备及其他物品及时使用 2000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒处理。

（二）工作人员要求

1. 血液透析室工作人员严格执行各项消毒隔离制度和无菌技术操作常规。

2. 工作人员进入透析室内要衣帽穿戴整齐，更换室内鞋。

3. 护士上机、下机及穿刺时均应戴手套，完成一人次后必须更换手套再进行另一病人的操作，监护病人严格执行手卫生，防止相互交叉感染。

4. 医务人员按要求进行安全防护，并定期体检。

5. 医务人员须严格落实手卫生要求。

（三）患者管理要求

1. 患者入室要换鞋，必要时更换病人衣服，陪人未经医务人员同意不得进入，必须陪伴时，需换鞋，必要时穿隔离衣。

2. 病人在透析前完成乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等相关病原学检查，并定期复查。

3. 乙肝、丙肝病毒感染者与阴性者应分区分机透析。设置有急诊、乙肝、丙肝、梅毒等专用透析机，标识清楚，每次透析结束后必须严格消毒。乙肝、丙肝、梅毒阳性区的用物专用(血压计、听诊器、透析用物、治疗车、病历等)，固定地方放置，使用后及时清洁消毒。

（四）物品管理要求

1. 无菌物品与非无菌物品分开放置，并按消毒日期的先后顺序使用，酒精、茂康碘、碘伏棉签等按要求注明使用日期。

2. 保持透析室内环境的整洁，床铺平整美观，每天用500mg/L的含氯消毒液至少拖地两次，定时使用空气消毒机进行空气消毒。

3. 透析耗材一次性使用。凡使用后的一次性物品，必须装入医疗垃圾袋，使用过的穿刺针、丢弃的透析器应放入防水耐刺的容器内，封口后无害化处理，交由医院医疗废物处理处统一处理。

(五) 透析设备管理要求

1. 透析机每完成一人次后应进行机器内部及外壳的消毒。

2. 血液透析室每月对透析反渗水、透析用水、空气、物品表面、医护人员手细菌培养1次，每季度做1次透析、反渗水透析用水内毒素检测。

3. 每1~3个月进行水处理、供水管路及反渗机的彻底消毒一次，符合III类环境的要求，每月对血液透析室空气、物体、机器表面及部分医务人员手进行病原微生物的培养监测，空气培养细菌应 $\leq 4\text{cfu}/(5\text{min}\cdot 9\text{cm}$ 直径平皿)。物体、机器表面及医务人员手细菌数 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

六、参考文件

1. 《血液净化标准操作规程（2021版）》（国卫办医函

[2021]552号)

2. 《医院消毒卫生标准》（GB15982-2012）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室医院感染监测 和报告制度	文件编号：XTS-ZD-02-017	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-017 血液透析室医院感染监测 和报告制度

一、目的

明确科室医院感染监测要求与报告要求，预防血液透析相关感染的发生。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室工作人员：负责制度的落实。

五、内容

（一）透析室物体表面和空气检测

1. 每月对透析室空气、物体、机器表面及部分医务人员手抽样进行病原微生物的培养监测，保留原始记录，建立登记表。

2. 空气平均细菌菌落总数应 $\leq 4\text{CFU}/(5\text{min}\cdot 9\text{cm}$ 直径平皿), 物体表面平均细菌菌落总数应 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$, 医务人员卫生手消毒后手表面细菌菌落总数应 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

(二) 透析患者传染病病原微生物监测

1. 长期透析的患者应每 6 月检查 1 次乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒标志物, 保留原始记录并登记。

2. 存在不能解释的肝脏转氨酶异常升高的血液透析患者, 应进行 HBV-DNA 和 HCV-RNA 定量检测。

3. 血液透析室(中心)出现乙型肝炎病毒标志物(HbsAg 或 HBV-DNA)或丙型肝炎病毒标志物(HCV 抗体或 HCV-RNA)阳转的患者, 应立即对密切接触者(使用同一台血液透析机或相邻透析单元的患者)进行乙型肝炎病毒或丙型肝炎病毒标志物检测, 包括 HBV-DNA 和 HCV-RNA 检测; 检测阴性的患者应 1~6 个月后重复检测。

4. 建议乙型肝炎病毒易感(HBsAb 阴性)患者接种乙型肝炎病毒疫苗。

5. 建议丙型肝炎患者进行药物治疗。

(三) 透析用水和透析液监测

1. 每年每台透析机应至少进行一次透析液的细菌和内毒素检测。透析用水和透析液培养方法参照 YY0572-2015 标准规范执行, 可选择胰化蛋白胨葡萄糖培养基(TGEA)、R2A 营养琼脂培养基或其他确认能提供相同结果的培养基, 不能使用

血琼脂培养基和巧克力琼脂培养基。推荐 17℃~23℃ 的培养温度和 7 天的培养时间。

2. 应使用鲎试剂法测定内毒素，或其他确认能提供相同结果的检测方法。

3. 每月 1 次进行细菌检测，细菌数量 $\leq 100\text{CFU/ml}$ ；细菌数量 $>50\text{CFU/ml}$ 应进行干预。

4. 至少每 3 个月进行 1 次内毒素检测，透析用水内毒素 $\leq 0.25\text{EU/ml}$ ，透析液内毒素 $\leq 0.5\text{EU/mL}$ ；超过最大允许水平的 50%应进行干预。

六、参考文件

1. 《血液净化标准操作规程（2021 版）》（国卫办医函[2021]552 号）

2. 《医疗机构消毒技术规范》2012 版

3. 《血液透析及相关治疗用浓缩物》（YY0598-2015）

4. 《血液透析及相关治疗用水》（YY0572-2015）

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 血液透析室病人、陪人门禁 管理制度	文件编号：XTS-ZD-01-024	总页数：3
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：唐志忠	版本号：1版

XTS-024 血液透析室病人、陪人门禁 管理制度

一、目的

保证患者透析治疗安全性，防止交叉感染，提高透析质量。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、培训、执行及督导。
2. 血液透析室工作人员：负责制度的落实。
3. 血液透析室病人、陪人：遵守门禁管理制度。

五、内容

1. 治疗病人必须按照时间安排准时到达血液透析室：第一班透析病人在 7：45AM 至 8：30AM 进入透析室；第二班透

析病人在 12:30PM 至 13:30PM 进入透析室；第三班透析病人在 17:30PM 至 18:30PM 进入透析室。

2. 治疗前先在接诊区先测量体重、血压、换室内清洁拖鞋，门诊治疗患者还须办好缴费手续，方能进行治疗。

3. 为保持血液透析室安静有序，陪人与家属未经医务人员同意，不能随意进入透析室；如需要陪同，经主管医生同意后，方能进入透析室（原则进入 1 人，最多 2 人），入室前室内清洁拖鞋，必要时必须更换隔离衣。

4. 谢绝探视，以免影响他人治疗及休息，鼓励采用电话、微信视频等方式进行探视和慰问。

5. 患者进餐时间为上午 10:30AM 至 11:00AM，下午为 15:30PM 至 16:00PM，晚上为 20:30PM 至 21:00PM。

6. 家属及候诊者候诊时不得喧哗，不能随地吐痰，随地扔垃圾，不能吸烟，保持环境整洁。

7. 新冠疫情期间需配合医院进行疫情防控：

（1）进入透析区需进行体温监测，提供粤康码（行程码）、有效的新冠病毒核酸检测结果，治疗期间正确佩戴口罩。

（2）每班透析治疗的患者以提前 20~30 分钟到达血液透析室为宜，分批进入透析治疗区，避免在等候厅及禁止拥挤在大门口，增加感染风险。

（3）患者病情稳定、自理能力良好，不建议护送，必须护送时，尽量固定护送人员，不得随意更换，做到“一患

一护送一证”。护送人员应提供新冠病毒核酸检测报告，经医院确认排除新冠病毒感染后方可同意护送。并需在病人后续维持性透析期间定期提供有效的核酸报告。

①护送人员必须严格遵守医院陪护、护送制度，不得滞留血液透析室、不串房(床)、不喧哗和吸烟。

②为避免引起交叉感染，护送人员不得入室、不得坐病人床、不能扎堆。

③护送人员每天自行进行体温监测，护送患者到血透室按要求测体温、如实填写护送承诺书、提供实时相关的有效资料(身份证、健康码、行程卡等)，如发现异常按规定处理。

六、参考文件

无

七、流程图

无

 茂名市人民医院 <small>茂名学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small>	文件编号：XTS-ZD-02-030	总页数：5
	主管部门：血液透析室	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/10	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：唐志忠	版本号：2版

XTS-030 血液透析室透析用水和透析液、 置换液质量监测制度

一、目的

确保透析用水和透析液、置换液质量安全，防止意外事件发生。

二、范围

适用于血液透析室。

三、定义

无

四、职责

1. 血液透析室负责人：负责制度的修订、完善、培训、执行及督导。

2. 血液透析室工作人员：负责制度的落实。

五、内容

（一）透析用水和透析液监测

1. 每年每台透析机应至少进行 1 次透析液的细菌和内毒素检测。透析用水和透析液培养方法参照 YY0572-2015 标准规范执行，可选择胰化蛋白胨葡萄糖培养基(TGEA)、R2A

营养琼脂培养基或其他确认能提供相同结果的培养基，不能使用血琼脂培养基和巧克力琼脂培养基。推荐 17℃~23℃的培养温度和 7 天的培养时间。

2. 应使用鲎试剂法测定内毒素，或其他确认能提供相同结果的检测方法。

3. 每月 1 次进行细菌检测，细菌数量 $\leq 100\text{CFU/ml}$ ；细菌数量 $>50\text{CFU/ml}$ 应进行干预。

4. 至少每 3 个月进行 1 次内毒素检测，透析用水内毒素 $\leq 0.25\text{EU/ml}$ ，透析液内毒素 $\leq 0.5\text{EU/mL}$ ；超过最大允许水平的 50%应进行干预。

5. 监测方法：

(1) 透析液：取样点按设备说明书，对样本取样口进行消毒，使用 75%乙醇消毒擦拭出水口外表面 3 次，待乙醇完全挥发后方可采样。不能使用其他消毒剂。

(2) 透析用水：取样点至少应包括供水回路的末端。样本取样口应保持开启并放水至少 60 秒后，对样本取样口进行消毒，使用 75%乙醇消毒擦拭出水口外表面 3 次，待乙醇完全挥发后方可采样。不能使用其他消毒剂。

6. 常见问题及处理方法

(1) 透析用水的细菌或内毒素水平达到干预水平，应对水处理系统进行消毒；透析用水的细菌和内毒素水平合格，而透析液的细菌或内毒素水平超标，应对所有同型号透析机进行透析液细菌和内毒素检测，并校验透析机消毒程

序。对于不符合或达到干预标准的水处理系统和/或透析机，必须重新消毒且符合标准后方可使用。

(2) 水处理系统未进行有效消毒：检测透析用水细菌数 $>50\text{CFU/mL}$ ，或内毒素 $>0.125\text{EU/ml}$ 时，应进行水处理系统完整消毒。

(3) 反渗透膜密封件泄漏：检查更换密封件。

(4) 反渗透膜破损：更换反渗透膜。

(二) 透析用水的化学污染物监测

1. 监测频率：至少每年测定1次。

2. 合格标准：检测结果必须符合国家行业标准《血液透析和相关治疗用水》(YY0572-2015)的要求。

3. 监测方法：取样点应至少包括在供水回路的末端。取样口应开启至少60秒后用专用容器取样，送检测定。

4. 常见问题及处理方法

(1) 反渗透膜密封件泄漏：检查更换密封件。

(2) 反渗透脱盐率下降：降低回收率，更换反渗透膜。

(3) 反渗透膜破损：更换反渗透膜。

六、参考文件

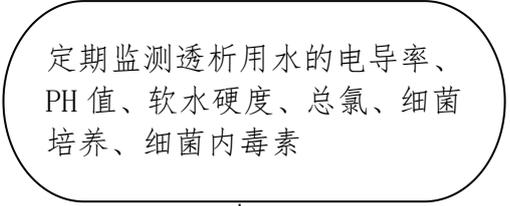
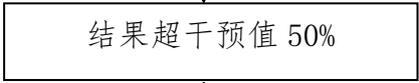
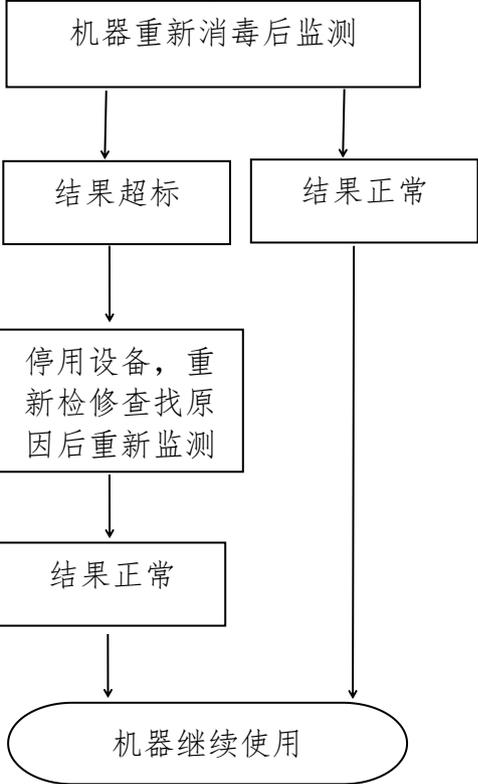
1. 《血液净化标准操作规程（2021版）》（国卫办医函[2021]552号）

2. 《血液透析及相关治疗用浓缩物》(YY0598-2015)

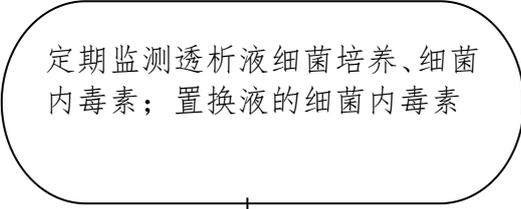
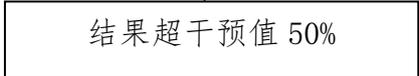
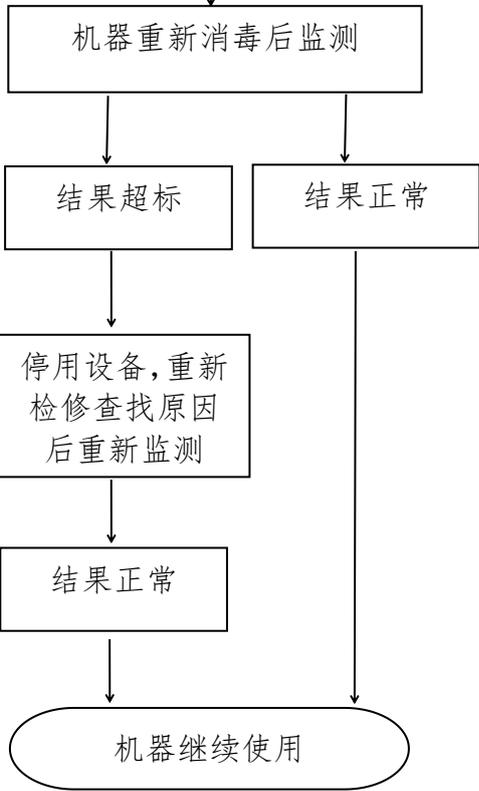
3. 《血液透析及相关治疗用水》(YY0572-2015)

七、流程图

1. 透析用水监测流程

负责人	监测流程	简要说明
工程师、感控护士		<p>1. 透析用水的电导率每天进行监测记录，正常值约 $10 \mu\text{s}/\text{cm}$。</p> <p>2. 透析用水的PH值应维持在5~7的正常范围。</p>
工程师、感控护士		<p>3. 透析用水细菌培养应每月1次，要求细菌数 $< 100 \text{ cfu}/\text{ml}$。</p> <p>4. 透析用水每3个月进行1次内毒素，检测内毒素 $< 0.25 \text{ EU}/\text{ml}$。</p>
工程师、科室负责人		<p>5. 透析用水的化学污染物情况至少每年测定1次，结果必须符合国家行业标准《血液透析和相关治疗用水》(YY0572-2015)。</p> <p>6. 每天监测出水硬度1次，水硬度 $< 1 \text{ GP}$ (或 $17.1 \text{ mg}/\text{L}$、17 ppm)。</p> <p>7. 每天监测1次活性炭罐的出水总氯，总氯含量 $\leq 0.1 \text{ mg}/\text{L}$。</p> <p>8. 透析用水取样点为供水回路的末端。</p>

2. 透析液监测流程

负责人	监测流程	简要说明
工程师、感控护士		<p>1. 透析液每月进行 1 次细菌培养, 在透析液进入、流出透析器的位置收集标本, 细菌数 < 100cfu /ml, 每台透析机每年至少检测 1 次。</p>
工程师、感控护士		<p>2. 置换液细菌数 < 1×10^6cfu /ml, 每季度至少检测 1 次。</p>
工程师、科室负责人		<p>3. 透析液至少每 3 个月进行 1 次内毒素检测, 内毒素 < 0.5EU/ml, 留取标本方法同细菌培养, 每台透析机每年至少检测 1 次。</p> <p>4. 置换液内毒素 < 0.03EU/ml, 每季度至少检测 1 次。</p>

第三章 科室护理工作应急预案流程

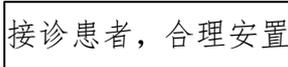
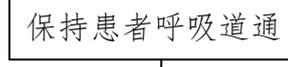
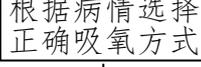
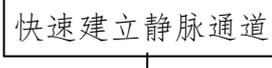
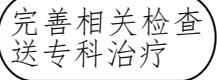
 茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院 突发性批量车祸伤事件护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-001	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-001 突发性批量车祸伤事件护理 应急预案及流程

1. 接到批量突发性车祸伤事件抢救的指令后，值班护士及时向医院有关职能部门汇报。护理部迅速启动护理应急预案，集中护理应急小组队伍，协助参加抢救。
2. 护理应急小组接诊患者，根据患者病情，合理安置患者。
3. 评估患者受伤轻重程度，及时测量生命体征，观察患者意识、瞳孔变化，根据受伤史或突出的症状和体征，详细检查伤情。启动急诊绿色通道抢救程序。
4. 保持呼吸道通畅，头偏向一侧，防止误吸，根据病情给予鼻导管吸氧或面罩吸氧。准备吸痰器，对有呼吸困难、呼吸骤停者应协助医生行气管插管术或气管切开术。
5. 快速建立静脉通道，遵医嘱留血标本做相关血液检查。
6. 疑有颈椎损伤者，正确使用颈托，保护颈椎。

7. 准备用物，协助医生行局部伤口清创、止血、包扎。
8. 病情需要行手术者，应做好手术前准备，送往专科手术治疗。
9. 根据医嘱给予镇静止痛处理。
10. 病情平稳后，完善相关检查（X线、B超、CT等）。
11. 密切观察病情变化，及时记录。
12. 做好心理护理及基础护理。

应急流程:

责任人	应急流程	简要说明
接诊护士		1. 接批量车祸伤患者, 值班护士及时向医院有关部门汇报, 护理部迅速启动护理应急预案, 集中护理应急小组队伍, 协助参加抢救。
责任护士		
责任护士		2. 评估病情轻重度, 测量生命体征, 观察意识、瞳孔变化。
责任护士		3. 疑似颈椎损伤患者, 必要时正确使用颈托保护颈椎。
责任护士		4. 保持患者的呼吸通畅, 头偏向一侧, 备好吸痰器。
责任护士		5. 根据病情给鼻导管吸氧或面罩吸氧, 若呼吸困难、呼吸骤停者必要时行气管插管术或气管切开术。
责任护士		6. 抽血检查、备血, 根据医嘱用药。
责任护士		
		

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 突发性批量酒精中毒抢救护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-002	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-002 突发性批量酒精中毒抢救护理 应急预案及流程

1. 接到批量酒精中毒事件抢救的指令后，值班护士立刻报告科室主任、护长，主任、护长及时向医院有关职能部门领导汇报。护理部迅速启动护理应急预案，集中护理应急小组队伍，协助参加抢救。必要时通知患者家属或单位。

2. 护理应急小组接诊患者，根据患者病情，合理安置患者。

3. 配合医生，做好抢救工作（按酒精中毒抢救流程进行处置）。

4. 密切观察病情，给予保暖，并做好抢救记录。

5. 在抢救过程中，注意对患者的保护。

6. 做好心理护理及基础护理。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>接诊护士</p> <p>医生</p> <p>责任护士</p> <p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([批量酒精中毒患者]) --> B[接诊患者，合理安置] B --> C[配合医生，做好抢救] C --> D[密切观察病情] D --> E[做好抢救记录] E --> F([做好心理护理及基础护理]) </pre>	<p>1. 接批量酒精中毒患者，值班护士立刻报告科室主任、护长，主任、护长及时向医院有关职能部门领导汇报。护理部迅速启动护理应急预案，集中护理应急小组队伍，协助参加抢救，必要时通知家属或单位。</p> <p>2. 密切观察病情，给予保暖。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 突发性批量食物中毒事件护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-003	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-003 突发性批量食物中毒事件护理 应急预案及流程

1. 急诊科医护人员要坚守工作岗位，一切抢救物品、药品处于备用应急状态，随时做好抢救准备。

2. 护士接到批量食物中毒病人通知后，立刻报告科室主任、护长，主任、护长及时向医院有关职能部门领导汇报。护理部迅速启动护理应急预案，集中护理应急小组队伍，协助参加抢救。必要时通知患者家属或单位。

3. 立即根据病情轻重进行分诊，较重者送抢救室进行抢救，轻者送急诊观察病房。

4. 护士配合医生，做好抢救工作。遵医嘱为病人实施有效的抢救措施，如催吐、洗胃、导泻等。

5. 迅速建立静脉通道，遵医嘱补充水分和电解质。

6. 如有休克者，进行抗休克治疗。

7. 护士加强巡视，密切观察病情变化，发现异常，立即报告医师进行处理。

8. 做好病人登记及抢救护理记录。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>接诊护士</p> <p>接诊护士</p> <p>责任护士</p> <p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([批量食物中毒患者]) --> B[接诊患者, 合理安置] B --> C[根据病情进行分诊] C --> D[配合医生, 做好抢救工作] D --> E[建立静脉通道, 遵医嘱用药] E --> F([密切观察病情, 做好抢救记录]) </pre>	<p>1. 批量食物中毒患者，向医院有关部门汇报，护理部迅速启动护理应急预案，集中护理应急小组队伍，协助参加抢救，必要时通知家属或单位。</p> <p>2. 立即根据病情轻重进行分诊，较重者送抢救室进行抢救，轻者送急诊观察病房。</p> <p>3. 配合医生，做好抢救工作：如催吐、洗胃、导泻。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 病区突发传染病时的护理应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-004	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-004 病区突发传染病时的护理 应急预案及流程

1. 发现甲类或乙类传染病，值班护士及护士长应在第一时间内报告有关部门（保健科、院感科、护理部、医务科及分管院长）。
2. 根据传染病性质，立刻采取相应的隔离措施。
3. 查明传染源，迅速切断传播途径，保护同病区、同病室的患者。
4. 必要时请专家组进行技术指导。
5. 医护人员及相关人员正确使用安全防护用品及预防用药，做好防护工作。
6. 患者使用的物品，严格按消毒隔离要求处理。
7. 患者出院、转出后，应根据传染病源性质进行严格的终末消毒。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
责任护士		<p>1. 发现甲类或乙类传染病，值班护士及护士长应在第一时间报告有关部门（保健科、院感科、护理部、医务科及分管院长）。</p> <p>2. 患者出院、转出，按传染病源性质进行终末消毒。</p>
责任护士		

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 传染病或疑似传染病患者护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-005	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-005 传染病或疑似传染病患者护理 应急预案及流程

1. 护理人员应认真学习《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施办法》，掌握甲类、乙类、丙类传染病分类及疫情报告的规定时间等相关法律、法规。
2. 掌握各类传染病的传染源、传播途径及立即采取消毒隔离措施。
3. 发现传染病和疑似传染病，属甲类或乙类传染病时，立即报告院保健科、院感科、护理部及医务科，各类传染病按规定上报疫情。
4. 护理人员熟悉掌握职业防护知识，做好自身防护。
5. 根据传染病性质，立刻采取相应的隔离措施。
6. 保护同病区、同病室的患者。
7. 患者使用的物品，严格按消毒隔离要求处理。
8. 患者出院、转出后，应根据传染病源性质进行严格的终末消毒。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>责任护士</p> <p>责任护士</p> <p>责任护士</p> <p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([发现传染病和疑似传染病]) --> B[立即采取相应的隔离措施] B --> C[疑似传染病患者进行医学隔离] C --> D[保护同病室的患者] D --> E[物品按消毒隔离要求处理] E --> F([出院、转出时做好终末消毒]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 发现传染病和疑似传染病，属甲类或乙类传染病时，立即报告院保健科、院感科、护理部及医务科，各类传染病按规定上报疫情。 2. 根据传染病性质，立刻采取相应的隔离措施。 3. 密切接触者进行医学观察。 4. 患者出院、转出，按传染病源性质进行终末消毒。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 预防烫伤的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-006	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-006 预防烫伤的护理应急预案及流程

1. 在给患者用热前，要对患者进行全面的评估，对休克、昏迷、麻醉未清醒、末梢循环不良、感觉障碍、早产儿、婴幼儿、老年人等，要特别注意，温度不能超过 50℃（干热疗法一般为 50～70℃；湿热一般为 40～60℃）。

2. 严格掌握用热的禁忌症及用热时间，用热时间一般为 10～30min。

3. 给患者用热时，要加强巡视，班班交接，要严密观察患者用热部位的皮肤，如发现皮肤潮红，应立即停止使用，并做好皮肤护理。

4. 使用热水袋时，要在热水袋外加套后再包大毛巾，不能让热水袋直接接触患者的皮肤，以防烫伤。

5. 在局部用热时，要严密观察患者的全身情况，温度回升或末梢循环改善后，及时停止用热。

6. 严格执行交接班制度，防止用热时间过长或疏忽大意而造成烫伤。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([用热前，进行 全面评估]) --> B[特殊患者，温度不超过 50℃，热水袋加套] B --> C[掌握用热的禁忌症、 用热时间] C --> D[严密观察用热部位 皮肤及全身情况] D --> E[有异常停止使用，采 取保护皮肤措施] E --> F[温度回升后， 停止用热] F --> G([严格交班，记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 对休克、昏迷、麻醉未清醒、末梢循环不良、感觉障碍、早产儿、婴幼儿、老年人等，要特别注意，温度不能超过 50℃（干热疗法一般为 50～70℃；湿热一般为 40～60℃）。 2. 严格掌握用热的禁忌症及用热时间，用热时间一般为 10～30min。 3. 发现皮肤潮红，应立即停止使用，并做好皮肤护理。 4. 严格执行交接班制度，防止用热时间过长或疏忽大意而造成烫伤。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生躁动时的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-007	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-007 患者发生躁动时的护理 应急预案及流程

1. 当发现患者突然发生躁动，护理人员应首先找出躁动原因，及时通知医生，给予相应处理，及给予床栏。

2. 密切观察病情，注意观察意识及生命体征的变化，保持呼吸道通畅。

3. 通知家属，向家属交代病情，并签署约束用具使用同意书。

4. 患者病情危重、出现意识模糊或有异常者，要有专人看护，给予床栏，必要时使用保护性约束，防止患者误伤或自伤，同时密切观察被约束患者的肢体血运。

5. 对麻醉恢复期出现躁动的患者，与家属进行沟通，以减轻他们的紧张心理，取得合作。病情加重引起的躁动患者，护理人员应及时通知医生，采取措施，控制病情。

6. 注意保持环境安静，加强生活护理使患者舒适，减少不良因素对患者的刺激。

7. 必要时遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品，做好记录。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([患者出现躁动]) --> B[通知医生] B --> C[防止患者误伤] C --> D[实施保护性措施] D --> E[遵医嘱用药] E --> F[密切观察] F --> G([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 专人看护，上双侧床栏，防止患者发生误伤或坠床。 2. 准备约束患者的物品，必要时向家属交代病情，并签署约束用具使用同意书，制动患者。 3. 注意保持环境安静，加强生活护理使患者舒适，少不良因素对患者的刺激。 4. 必要时遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者失踪的护理应急预案流程	文件编号：HL-YA-02-008	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-008 患者失踪的应急预案及流程

1. 评估病人可能的去向，告知家属病人失踪情况。
2. 立即报告医生、护士长、科主任、保卫科、医院总值、护士长总值，组织人员在院内寻找。
3. 联系病人家属协助寻找病人。
4. 积极寻找外出的线索，如查看监控录像、询问门卫保安以及医院周围人群等。
5. 寻找病人未果，应向当地公安报案。
6. 病人返回后，立即通知有关部门。
7. 做好病人失踪时间及处理经过记录，认真分析原因并按程序及时向各级上报。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>发现病人失踪者</p> <p>责任护士</p> <p>医护人员</p>	<pre> graph TD A([发现病人失踪]) --> B[联系本人/家属] B --> C[病区内寻找] C --> D[上报相关人员] D --> E[院内寻找] E --> F[超 24 小时报案] F --> G[详细记录] G --> H[及时上报, 填写不良事件] H --> I([详细分析原因]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 报告医生、护士长、科主任、保卫科、医院总值、护士长总值。 2. 积极寻找外出的线索, 如查看监控录像、询问门卫保安以及医院周围人群等。 3. 病人返回后, 立即通知有关部门。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small>	文件编号：HL-YA-02-009	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-009 患者突然发生病情变化时的护理 应急预案及流程

1. 患者出现病情变化时，护士立即赶赴现场，快速评估病情，立即通知值班医生，保持患者呼吸道通畅、吸氧、建立静脉通道，抢救车推至床旁，备好急救仪器、药品及物品。
2. 积极配合医生进行抢救，通知二值医生及护士。
3. 患者家属不在场时，通知患者家属。安抚患者，由医生向患者家属告知病情变化并做好家属安抚工作。
4. 抢救时使用床帘或屏风遮挡患者，妥善安置同病房患者。
5. 特殊患者的抢救，应按照规定通知医务科或医院总值。
6. 客观、准确地记录抢救过程。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	<pre> graph TD A([患者病情变化]) --> B[通知医生] B --> C[做好抢救准备] C --> D[实施抢救措施] D --> E[通知家属] E --> F([详细记录]) </pre>	<p>1. 快速评估病情，保持患者呼吸道通畅、吸氧、建立静脉通道，抢救车推至床旁，备好急救仪器、药品及物品。</p> <p>2. 特殊患者的抢救，应该按照规定通知医务科或医院总值。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者自杀的护理应急预案 及流程	文件编号：HL-YA-02-010	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-010 患者自杀的护理应急预案及流程

（一）病人有自杀未遂

1. 发现病人有自杀未遂即制止，报告医生，与家属取得联系，必要时请保安协助。
2. 以就近原则将病人移到病床或送到具有抢救条件的科室。
3. 迅速建立呼吸、循环通道或采取止血等抢救措施。
4. 迅速组织其他患者及家属离开现场，以免对其他患者产生不良影响。
5. 通知家属尽快到现场，必要时请保安协助。
6. 监测生命体征，及时准确记录，并妥善保管好病历。
7. 根据受伤情况请相应的科室会诊，必要时送 ICU 监护。
8. 马上报告科室领导、尽快报告医院总值、并向医务科、护理部报告事件经过，有纠纷时请医院领导协助处理。
9. 要镇静，态度和蔼可亲，守在患者身边，安慰患者，稳定患者的情绪。
10. 抢救成功后尽快请精神心理专家会诊。

（二）自杀死亡

1. 发现病人自杀死亡。
2. 保护现场，迅速组织其他患者及家属离开现场，以免在其他患者中产生不良影响。
3. 报警，协助公安现场取样。通知家属尽快到现场，必要时请保卫科协助维护现场。
4. 进行尸体护理。
5. 马上报告科主任、护士长、医院总值、医务科、护理部。
6. 安慰和照护患者家属。
7. 做好病人自杀时间及处理经过记录。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>发现患者自杀 人员</p> <p>护理人员</p> <p>责任护士</p> <p>实施抢救医护 人员</p> <p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([发现患者自杀]) --> B[立即奔赴现场] B --> C[报告医生、主任、护士长] C --> D[判断患者病情] D --> E[实施正确护理措施] E --> F[通知家属] F --> G[详细记录] G --> H[上报相关部门，填写不良事件] H --> I([安抚相关人员情绪]) </pre>	<p>1. 自杀未遂：</p> <p>1.1 迅速、正确、有效地中止患者的自杀行为。</p> <p>1.2 就近原则将病人移到病床或送到具有抢救条件的科室。</p> <p>1.3 迅速采取建立呼吸、循环通道、止血等抢救措施。</p> <p>1.4 监测生命体征，及时准确记录，并妥善保管好病历。</p> <p>1.5 根据受伤情况请相应的科室会诊，必要时送 ICU 监护。</p> <p>2. 自杀死亡：</p> <p>2.1 保护现场，迅速组织其他患者及家属离开现场。</p> <p>2.2 报警，协助公安现场取样。通知家属尽快到现场，必要时请保安协助，维护现场。</p> <p>2.3 进行尸体护理。</p> <p>2.4 做好病人自杀时间及处理经过记录。</p> <p>2.5 安慰和照护患者家属。</p> <p>3. 自杀未遂者：守在患者身边，稳定患者的情绪，安慰患者。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者有自杀倾向时的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-011	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-011 患者有自杀倾向时的护理 应急预案及流程

1. 发现患者有自杀倾向，立即报告值班医生、科主任和护士长，通知家属。
2. 定时检查患者病室环境、床单位，查收锐利刀器、超量的药物等危险物品，关好门窗，尽可能消除自杀隐患。
3. 书面告知家属，24 小时陪护，不得离开患者。家属如需要离开患者时应通知值班的医务人员。
4. 详细交接班，密切关注患者的心理变化及自杀可疑行为。
5. 查找分析患者可能自杀原因，有针对性地做好心理护理，尽量减少不良刺激。
6. 做好各项急救准备，准备好抢救车及相关急救药品、物品。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生精神症状时的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-012	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-012 患者发生精神症状时的护理 应急预案及流程

1. 患者出现精神症状时，立即通知值班医生及护士长。
2. 同时采取安全保护措施，以免患者自伤或伤及他人。
3. 协助医生通知患者家属。
4. 24 小时设专人陪护。
5. 如果患者出现过激行为时，应立即通知保卫科或相关部门，协助处理，并考虑对患者采取躯体约束，以防发生意外。
6. 协助医生请专科会诊。
7. 遵医嘱给予药物治疗。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([患者出现精神症状]) --> B[采取安全保护措施] B --> C[保护同室患者] C --> D[通知医生及护士长] D --> E[通知家属] E --> F[专人陪护] F --> G([协助医生处理]) </pre>	<p>1. 24 小时设专人陪护。 2. 协助医生请专科会诊，根据患者精神症状表现，遵医嘱给予药物治疗或送专科医院治疗。</p>

 <p>茂名市人民医院 南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</p> <p>患者猝死的护理 应急预案及流程</p>	文件编号：HL-YA-02-013	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-013 患者猝死的护理应急预案及流程

1. 发现患者在病房内猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，应立即进行心肺复苏，同时请他人呼叫其他医务人员。

2. 增援人员到达后，立即根据患者情况，配合医生采取各项抢救措施，并通知科室二值人员。

3. 发现患者在走廊、厕所等病房以外的环境发生猝死，迅速做出正确判断后，立即就地抢救，行心肺复苏，同时请他人呼叫其他医务人员。

4. 及时通知患者家属，必要时由相关人员通知家属。

5. 参加抢救的各位人员应注意密切配合，有条不紊，严格核对，及时做好各项记录，在抢救结束后 6 小时内据实、准确地补记抢救过程。

6. 认真做好与家属的沟通、安慰等心理护理工作。

7. 在抢救过程中注意维护病室秩序，保证其他患者治疗及护理工作。

8. 抢救无效死亡，协助家属将尸体运走。必要时向医务科或总值班汇报抢救过程及结果。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>患者</p> <p>第一发现者</p>	<pre> graph TD A([发生猝死]) --> B[实施抢救措施] B --> C[请旁人呼叫] C --> D[向上汇报] D --> E[做好解释] E --> F[准确记录并交班] F --> G([维护病室秩序]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速做出准确判断，立即进行心肺复苏。 2. 同时请旁人呼叫其他医护人员协助抢救，并通知家属。 3. 配合医生采取各项抢救措施。 4. 向家属做好解释工作，如抢救无效，做好家属安慰工作。 5. 在抢救过程中注意维护病室秩序，保证其他患者治疗及护理工作。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生误吸的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-014	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-014 患者发生误吸的护理 应急预案及流程

(一) 对不同病情的患者，有针对性地进行宣教。

(二) 对高危患者挂警示标识，重点交班，加强巡视。

(三) 发现患者发生误吸时，护士立即奔赴现场，并通知医生。

(四) 根据患者具体情况进行抢救处理，保持呼吸道通畅。

1. 神志清醒者，患者处于意识清醒时，取站立体位前倾位，护士站在患者身后，两臂绕至患者腹前抱紧，一手握拳以拇指顶住患者腹部，可略高于脐上、肋缘下，另一手与握拳的手紧握，并以突然的快速向上冲力向患者腹部加压，可反复多次，异物从喉向口腔喷出。

2. 昏迷患者取仰卧位，头偏向一侧，护士以跪姿跨于患者胯处，以一手置于另一手之上，下面手掌根部放在患者腹部，以快速向上冲力挤压患者腹部，同时进行负压吸引；也可将患者取俯卧位，头低脚高，叩拍背部，及时清理口腔内痰液、呕吐物等，尽可能使吸入物排出。

（五）患者呼吸心跳停止时，应立即心肺复苏，加压吸氧、心电监护，建立静脉通道，遵医嘱用药，备好抢救仪器和物品。

（六）监测生命体征和血氧饱和度，如出现严重发绀、意识障碍及呼吸频率、深度异常，在采用简易呼吸器维持呼吸的同时，急请麻醉科插管吸引或支气管镜吸引。

（七）根据医嘱进行脑复苏，冰敷头部，使用脱水剂及脑细胞活性剂。

（八）通知家属，向家属交代病情。

（九）做好护理记录。

（十）分析原因，制定有效的预防措施做好宣教，提高患者的自我防范意识，避免再次误吸。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>发现患者误吸</p> <p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([高危患者做好防护措施]) --> B[发现患者发生误吸] B --> C[立即到达现场] C --> D[通知医生] D --> E[抢救处理] E --> F[密切观察病情] F --> G[通知家属] G --> H[详细记录] H --> I([分析原因，做好宣教]) </pre>	<p>1. 抢救处理：</p> <p>(1) 患者处于意识清醒时，取站立体位前倾位，护士站在患者身后，两臂绕至患者腹前抱紧，一手握拳以拇指顶住患者腹部，可略高于脐上、肋缘下，另一手与握拳的手紧握，并以突然的快速向上冲力向患者腹部加压，可反复多次，异物从喉向口腔喷出。</p> <p>(2) 昏迷患者取仰卧位，头偏向一侧，护士以跪姿跨于患者胯处，以一手置于另一手之上，下面手掌根部放在患者腹部，以快速向上冲力挤压患者腹部，同时进行负压吸引；也可将患者取俯卧位，头低脚高，叩拍背部，及时清理口腔内痰液、呕吐物等，尽可能使吸入物排出。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 标本采集重点环节管理 应急处理预案	文件编号：HL-YA-01-015	总页数：1
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

YA-015 标本采集重点环节管理 应急处理预案

1. 护士发现标本采集错误，立即停止送检，重新采集标本。如已送检至检验科或输血科，立即电话通知检验科或输血科勿进行检验及配血，并退返标本至相关科室，科室进行毁弃。毁弃后护士重新遵医嘱，并严格执行三查八对制度，床边双人核对抽取标本并送检。

2. 发现标本异常或检验结果有疑问，立即核查，与医生沟通，必要时重新采集标本。

3. 各类标本在采集、暂存与运送过程中发生标本撒漏、标本容器破损等紧急意外事件时，立即按感染性医疗废物处理标本，重新采集标本。

4. 出现以上情况均需与病人及家属做好沟通解释工作，告知我们的处理补救措施，取得病人或家属的谅解和配合。

5. 24 小时内 在医院《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》进行不良事件上报。若是重大事故，立即报告护士长、护理部，做好善后工作。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 围手术期护理应急处理预案	文件编号：HL-YA-01-016	总页数：1
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2021/12/30	修订（回顾）日期：//
	批准人：陈纯波	版本号：1版

YA-016 围手术期护理应急处理预案

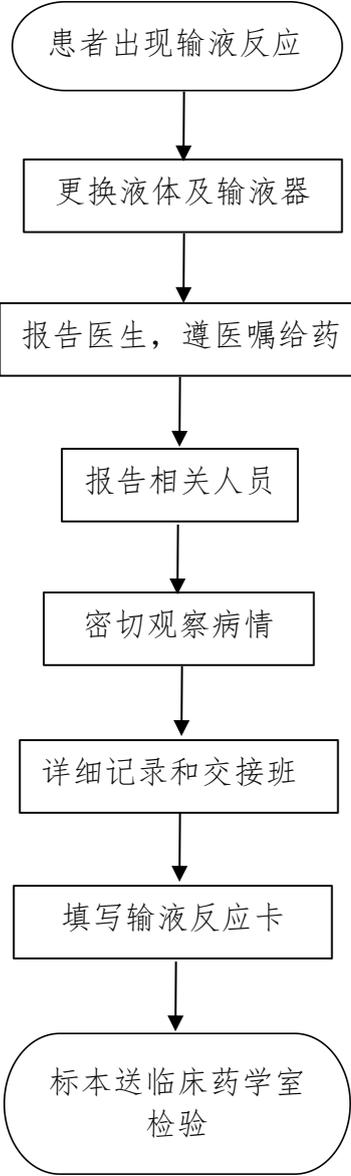
1. 护士发现患者出现病情变化时，要立即报告医生或护士长，遵医嘱实施各项抢救护理措施。
2. 若患者出现呼吸、心跳骤停，应根据病情配合医生进行胸外心脏按压、气管插管或呼吸机辅助呼吸等抢救措施。
3. 护理人员应及时、准确、客观地记录抢救过程。
4. 若出现术后出血，观察患者生命体征，伤口渗血及引流液的性状、量和颜色变化。迅速建立静脉通路，选择较粗大血管，选用大号留置针，并遵医嘱加快输液速度。按医嘱进行输血、使用止血药等，并做好再次手术止血准备。
5. 若出现切口裂开，立即平卧，稳定病人情绪，避免惊慌，告知病人勿咳嗽及进食进饮；用无菌生理盐水纱布覆盖切口，报告医生，立即做术前准备，送往手术室重新缝合。
6. 做好患者心理护理，及时通知患者家属，并做好解释工作。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生输液反应的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-017	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-017 患者发生输液反应的护理 应急预案及流程

1. 患者发生输液反应时，应立即停止输液，撤除所输液体，重新更换液体和输液器，保留静脉通路。
2. 同时报告医生并遵医嘱给药情况严重者应及时协助抢救，必要时行心肺复苏。
3. 密切观察记录患者的生命体征变化，记录一般情况，输液反应和抢救处理过程，并做好交接班。
4. 及时报告医院感染科、药剂科。报告科主任、护士长、护理部。保留输液器和药物用无菌巾包好，填写输液、输血反应报告表，同时取相同批号的液体、输液器和注射器分别送检，送临床药学室检验。
5. 患者家属有异议时，立即按有关程序对输液器具及输注液体进行封存。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任 护士	 <pre> graph TD A([患者出现输液反应]) --> B[更换液体及输液器] B --> C[报告医生，遵医嘱给药] C --> D[报告相关人员] D --> E[密切观察病情] E --> F[详细记录和交接班] F --> G[填写输液反应卡] G --> H([标本送临床药理学室检验]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 立即更换液体及输液器，保留静脉通路。 2. 报告医生、遵医嘱给药，必要时行心肺复苏。 3. 报告科主任、护士长，报告护理部。 4. 保留输液器和药物，用无菌巾包好，填写输液、输血反应报告表，同时取相同批号的液体、输液器和注射器送临床药理学室检验。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生输血反应时的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-018	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-018 患者发生输血反应时的护理 应急预案及流程

1. 患者发生输血反应时，立即停止输血，更换输液器及生理盐水。
2. 报告医生并遵医嘱给予抗过敏药物处理，在输血的另一侧肢体抽血培养。
3. 情况严重的患者准备好抢救药物及物品，配合医生进行紧急救治，并给予氧气吸入。
4. 密切观察患者病情变化及测量生命体征，并做好记录和交接班，安慰患者，减少患者焦虑。
5. 保留输血袋和输血器，用无菌巾包好，填写输血反应卡及输液、输血反应报告表与血培养标本一起送输血科。
6. 报告科主任、护士长、护理部。
7. 加强巡视及病情观察，做好抢救记录。

应急流程：

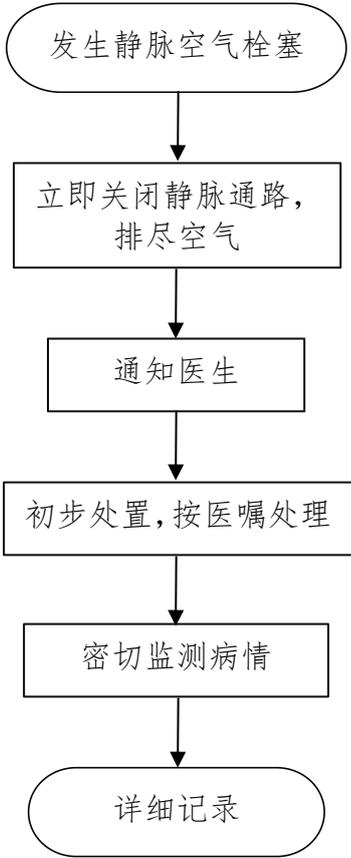
责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	<pre> graph TD A([患者发生输血反应]) --> B[立即停止输血] B --> C[报告医生，遵医嘱处理] C --> D[报告相关人员] D --> E[密切观察病情] E --> F[详细记录和交接班] F --> G[填写输血反应卡] G --> H([标本送回输血科]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 立即停止输血，更换输液器及生理盐水。 2. 遵医嘱处理，另一侧肢体抽血培养，病情危重者，准备好抢救药品及物品配合医生进行紧急救治，并给予氧气吸入。 3. 报告科主任、护士长，报告护理部。 4. 保留输血袋和输血器用无菌巾包好，填写输血反应卡。 5. 输液、输血反应报告表，血培养标本一同送输血科。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者发生静脉空气栓塞的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-019	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-019 患者发生静脉空气栓塞的护理 应急预案及流程

1. 发现患者出现空气栓塞症状时，立即关闭静脉通道，阻止空气进一步进入，并及时更换输液器和排空水气内残余空气。
2. 调整患者至头低脚高左侧卧位。
3. 立即通知上级医生及护士长，配合医生做好应急处理，通知家属。
4. 遵医嘱给予吸氧及用药治疗，必要时可行高压氧治疗。
5. 如患者病情危重时，配合医生积极进行抢救。
6. 全过程持续给患者进行生命体征、血氧饱和度等生命体征监测，直到完全脱离危险为止。并且如实记录抢救经过和空气栓塞的原因。

应急流程：

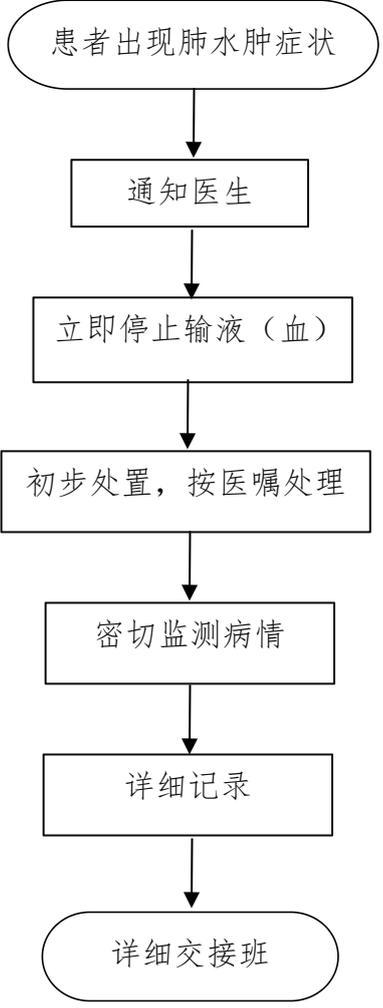
责任人	应急流程	简要说明
<p>患者</p> <p>当班责任护士</p>	 <pre> graph TD A([发生静脉空气栓塞]) --> B[立即关闭静脉通路, 排尽空气] B --> C[通知医生] C --> D[初步处置, 按医嘱处理] D --> E[密切监测病情] E --> F([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 立即停止空气输入体，更换输液器或排空输液器内残余空气。 2. 初步处置：调整患者至头低足高左侧卧位。 3. 按医嘱处理：遵医嘱给予氧气吸入或高压氧及药物治疗。 4. 密切监测病情及生命体征变化。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 输液过程中出现肺水肿的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-020	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-020 输液过程中出现肺水肿的护理 应急预案及流程

1. 输液（血）过程发现患者出现肺水肿症状时，立即停止输液（血）或将输液（血）速度降至最低，保留静脉通路。
2. 将患者安置为端坐位，双下肢下垂，以减少回心血量，减轻心脏负担。同时通知医生，配合做好紧急处理。
3. 加压吸氧，同时湿化瓶内加入 20%~30%的酒精，改善肺部气体交换，缓解缺氧症状。
4. 遵医嘱给予镇静、扩血管和强心药物，并告知家属。
5. 必要时进行四肢轮流止血带结扎，每隔 5~10 分钟轮流放松一侧肢体止血带。
6. 密切监测病情及生命体征变化并做好详细记录。
7. 患者病情平稳后，加强巡视，重点交接班。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	 <pre> graph TD A([患者出现肺水肿症状]) --> B[通知医生] B --> C[立即停止输液(血)] C --> D[初步处置, 按医嘱处理] D --> E[密切监测病情] E --> F[详细记录] F --> G([详细交接班]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 立即停止输液（血）或将输液（血）速度降至最低，保留静脉通路。 2. 初步处置： <ol style="list-style-type: none"> 2.1 将患者安置为端坐位，双腿下垂。 2.2 加压吸氧、湿化瓶内加入 20%~30%的酒精。 2.3 必要时进行四肢轮流止血带结扎。 3. 密切监测病情及生命体征变化。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 药液外渗及药物渗漏的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-021	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每3年1次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-021 药液外渗及药物渗漏的 应急预案及流程

（一）停止输液，回抽药液，回抽后拔针。

（二）评估药物对局部组织的刺激性，包括局部反应如红、肿、热、痛范围及程度、药物外渗的量以及外渗原因。

（三）初步处置：

1. 常规抬高患肢，避免局部受压，杜绝外渗下方再次输液。

2. 遵医嘱行局部0.9%氯化钠100ml+地塞米松5~10mg外敷。

3. 根据药物性质行冰敷、热敷或药物外敷，如长春新碱选用透明质酸酶、阿霉素及柔红素选用地塞米松/氢考、氮芥选用10%硫代硫酸钠。

4. 发泡性药物外渗时，应遵医嘱进行局部封闭，封闭时应避免损伤CVAD（中心静脉接入装置）。

（四）责任护士立即报告主管医生和护士长，在医院《AEMS医疗安全不良事件管控平台》进行不良事件上报。

（五）进一步处理：

1. 做好患者及家属的沟通。
2. 协助医生处理。
3. 必要时请相关科室会诊。

（六）观察：局部皮肤情况如红、肿、热、痛范围及程度。

（七）详细记录外渗的经过、药物名称、量、处理方法、局部皮肤情况、处理后效果。

（八）遵医嘱及时根据患者局部情况做相应处理，最大的减轻化疗药物对患者局部皮肤和组织的损害，严密交接班，严密随访和观察。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	<pre> graph TD A([药物外渗]) --> B[停止输液，回抽药液] B --> C[评估药物对局部组织的刺激性] C --> D[立即报告] D --> E[初步处置，按医嘱处理] E --> F[密切观察] F --> G([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 停止输液，回抽药液，回抽后拔针。 2. 立即报告主管医生和护士长，并在《AEMS 医疗安全不良事件管控平台》上报不良事件。 3. 初步处置：抬高患肢，药物外敷或冰敷。 4. 进一步处理： <ol style="list-style-type: none"> (1) 与患者及家属做好沟通。 (2) 协助医生处理。 (3) 必要时请相关科室会诊。 5. 观察：局部皮肤情况如红、肿、热、痛范围及程度。 6. 详细记录：外渗的经过、药物名称、量、处理方法、局部皮肤情况、处理后效果。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 化疗药物污染危害的护理 应急预案	文件编号：HL-YA-02-022	总页数：1
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-022 化疗药物污染危害的护理 应急预案

1. 药物溅到衣物、皮肤：立即更换工作衣，并用大量流动清水或生理盐水冲洗局部皮肤，持续 10~15 分钟。
2. 溅到眼部：立即用等渗盐水彻底冲洗眼部至少 10 分钟，并及时咨询眼科医生以待进一步处理。
3. 药液溢到桌面或地上，应用纸巾或纱块吸尽，再用肥皂水擦洗，并将污染的纸或纱布置于化学性废物包装袋内。
4. 尽快、足够的时间冲洗，可减少皮肤的吸收。
5. 必要时按药物说明书，使用相应的拮抗药物。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院 附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 预防化疗药物污染危害的 护理操作流程	文件编号：HL-LC-02-001	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

LC-001 预防化疗药物污染危害的 护理操作流程

（一）认真阅读药物使用说明书，了解其毒副作用及一旦发生暴露后的处理措施。

（二）评估药物配制环境通风良好，减少呼吸道吸入的浓度。

（三）细胞毒性药物由静脉配置中心统一配制或集中在有生物安全柜的病区进行配制。

（四）做好操作前的防护措施

1. 操作者戴一次性口罩、帽子、穿长袖工作衣或袖套、穿隔离防护衣、戴双层手套、护目镜（在生物安全柜内配药时可不戴）。

2. 使用生物安全柜加药时，移门开启保持 20CM 安全水平。

3. 生物安全柜或工作台的准备与物品放置

（1）所有物品放在工作台后部靠近工作台边缘的位置呈横向一字摆开。

(2) 消毒液、注射器、针头、棉枝、无菌纱布等物品排列有序。

(3) 中间为配制药物区域：桌面铺上清洁防水胶垫后，再铺无菌治疗巾，形成加药区域。

4. 药物要专人专区域配制。
5. 防止药物飞溅到脸部。

(五) 做好操作中的防护措施

1. 轻弹安瓿颈部，用纱布包裹掰开安瓿。
2. 溶解药物时，溶媒沿瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再行搅动。

3. 当药液稀释后立即抽出瓶内气体。
4. 抽取药液时不超过注射器容量的 3/4。
5. 防粉末逸出，避免粉末、药液和玻璃碎片四处飞溅。
6. 防止瓶内压力过高，药物从针眼外溢出。

(六) 做好操作后的防护措施

1. 配药后产生的废物放入化学性废物包装袋内，如废物量少，可混入感染性废物内，但应在标签上注明。
2. 操作完毕后脱去手套洗手。

操作流程：

责任人	操作流程	简要说明
<p>配制化疗药物护士</p>	<pre> graph TD A([预防化疗药物污染危害]) --> B[评估药物及配制环境] B --> C[实行操作前中后防护措施] C --> D([操作完毕, 清理医疗废物]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 评估药物配制环境通风良好，减少呼吸道吸入的浓度。 1.2 细胞毒性药物由静脉配置中心统一配制或集中在有生物安全柜的病区进行配制。 2. 操作前： <ol style="list-style-type: none"> 2.1 做好操作者的安全防护，防止药物飞溅到脸部。 2.2 做好生物安全柜或工作台的准备与物品放置，药物要专人专区域配配制。 3. 操作中： <ol style="list-style-type: none"> 3.1 纱布包裹掰开安瓿。 3.2 抽取药液时不超过注射器容量的 3/4。 3.3 防粉末逸出，避免粉末、药液和玻璃碎片四处飞溅。 3.4 防止瓶内压力过高，药物从针眼外溢出。 4. 操作后： <ol style="list-style-type: none"> 4.1 配药后产生的废物放入化学性废物包装袋内。 4.2 如废物量少，可混入感染性废物内，但应在标签上注明。 4.3 操作完毕后脱去手套洗手。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 住院患者发生消化道大出血时的 护理应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-023	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-023 住院患者发生消化道大出血时的 护理应急预案及流程

1. 发生大出血时，患者绝对卧床休息，头部稍高并偏向一侧，防止呕出的血液吸入呼吸道。
2. 立即通知医生，准备好抢救车、负压吸引器、呼吸机、三腔二囊管等抢救设备，积极配合抢救。
3. 迅速建立有效的静脉通路，遵医嘱实施输血、输液及应用各种止血治疗。
4. 及时清除血迹、污物。必要时用负压吸引器清除呼吸道内分泌物。
5. 给予氧气吸入。
6. 做好心理护理，关心安慰患者。
7. 严密监测患者的心率、血压、呼吸和神志变化，必要时进行心电监护。
8. 准确记录出入量。观察呕吐物和粪便的性质、颜色及量，判断患者的出血量，防止发生并发症。
9. 熟练掌握三腔二囊管的操作和插管前后的观察护理。
10. 认真做好护理记录，加强巡视和交接班。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>患者</p> <p>当班责任 护士</p>	<pre> graph TD A([发生消化道大出血]) --> B[通知医生] B --> C[准备抢救药品、物品] C --> D[遵医嘱处理] D --> E[密切观察病情, 安慰患者] E --> F[加强巡视及交班] F --> G([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护理人员应守在患者身边，嘱患者绝对卧床休息，头偏向一侧。 2. 迅速建立有效地静脉通路，遵医嘱给予止血药物及维持有效循环血量。 3. 保持呼吸道通畅，及时清理血污，给予氧气吸入。 4. 遵医嘱进行各种止血措施。 5. 密切观察病情变化，严格记录出血量，监测生命体征。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 患者发生过敏性休克的护理 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-024	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-024 患者发生过敏性休克的护理 应急预案及流程

1. 一旦发生过敏性休克，立即停止使用引起过敏的药物，就地抢救，并迅速通知医生。

2. 立即平卧，遵医嘱皮下注射肾上腺素 1mg，小儿酌减。如症状不缓解，每隔 30 分钟再皮下注射 1mg，直到脱离危险期，注意保暖。

3. 改善缺氧症状，给氧，呼吸抑制时应按医嘱给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合施行气管切开。

4. 迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立两条静脉通路。遵医嘱给药。

5. 发生心跳骤停，应立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施。密切观察意识、T、P、R、BP、尿量及其他变化，患者未脱离危险前不宜搬动。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>患者</p> <p>当班责任 护士</p>	<pre> graph TD A([发生过敏性休克]) --> B[立即停药、平卧、吸氧] B --> C[通知医生] C --> D[遵医嘱处理，密切观察病情] D --> E[告知家属，解释病情] E --> F([记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 遵医嘱皮下注射肾上腺素 1mg，小儿酌减。如症状不缓解，每隔 30 分钟再皮下注射 1mg，直到脱离危险期。 2. 呼吸抑制时应按医嘱给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合施行气管切开。 3. 迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立两条静脉通路，遵医嘱给药。 4. 发生心跳骤停，应立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 计划停电和突然停电的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-025	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-025 计划停电和突然停电的 应急预案及流程

1. 通告：接到计划停电通知后，向科内人员通报停电的具体时间以及停电时长。

2. 启动停电应急预案：备好应急灯、手电筒、简易呼吸囊等。如有抢救和（或）危重患者使用动力电器，确保动力电器备用电源处于满电可用状态。根据病房情况适当备足人员。

3. 与电房职工班保持良好沟通，在计划停电前，启动动力电器备用电源，提前终止无备用电源仪器的相关治疗或寻找替代方案。

4. 突然停电时，启动应急灯或手电筒，电话通知电工班（2922001、2922002，值班电话 18938383519）。查明停电原因，及早排除故障，恢复电源供应。

5. 查看与用电有关治疗的病人，贵重仪器断开电源，心电监护改用人工监测，加强危重病病人的病情观察，检查相关安全措施以防意外，通知医生随时处理病情变化。

6. 保持镇静，加强病房的巡视，安抚患者，同时注意防

火、防盗。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>科室护士长</p> <p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([接到停电通知 / 突然停电]) --> B[了解停电情况] B --> C[准备应急用电用物] C --> D[采用应急用电措施] D --> E[做好解释, 加强巡视] E --> F([恢复用电]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 接到停电通知，了解停电原因及具体时间，准备手电、应急灯、简易呼吸囊等应急用物。 2. 突然停电，通知电工（2922001、2922002、18938383519），通知医生，立即分离无蓄电功能的呼吸机，改用中心吸氧，若呼吸情况不好，采用简易呼吸囊辅助呼吸；心电监护改人工监测；贵重仪器断开电源，微泵血管活性药使用含蓄电池的微泵注入或改静脉滴注。 3. 关闭使用中的仪器电源、启用仪器的蓄电池。 4. 清醒病人做好解释安慰工作。 5. 加强巡视，保证安全，防火防盗。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 使用呼吸机过程中突然停电的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-026	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-026 使用呼吸机过程中突然停电的 应急预案及流程

（一）值班护士应掌握使用呼吸机患者的病情。

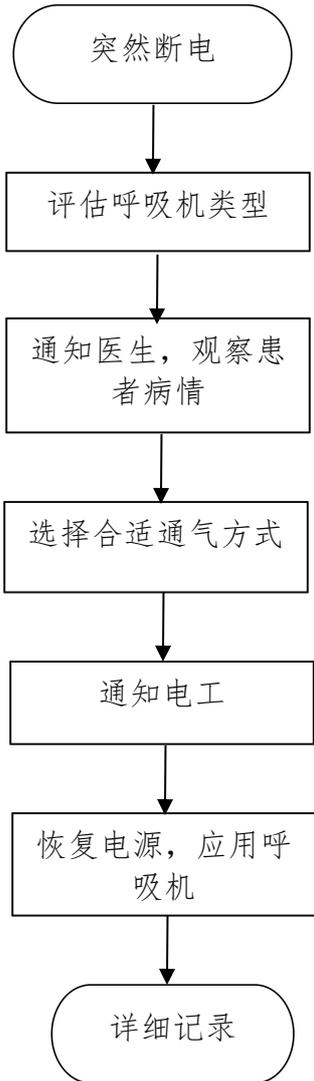
（二）使用呼吸机过程中，发生突然停电，跳闸等紧急情况，如果呼吸机无蓄电池，应立即把呼吸机与病人脱开，连接带氧气的简易呼吸气囊维持呼吸。如果病人自主呼吸好，可暂时用气管内吸氧，并密切观察病人面色、呼吸、意识、血氧饱和度、生命体征等情况，同时通知医生。

（三）检查病区漏电保护开关，如为开关跳闸，必要时，暂时把开关复位以恢复供电。

1. 查明跳闸或者停电原因，排除故障。
2. 停电期间，本病区医护人员不得离开患者，随时处理紧急情况。
3. 电源恢复后，遵医嘱调整呼吸机参数，重新将呼吸机与患者连接。
4. 将停电经过及患者生命体征准确记录于护理记录中。
5. 停电故障短时间内无法排除恢复供电，需立即安排

人员转移需机械通气的危重症患者至就近的 ICU 或有条件的病房。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任 护士	 <pre> graph TD A([突然断电]) --> B[评估呼吸机类型] B --> C[通知医生, 观察患者病情] C --> D[选择合适通气方式] D --> E[通知电工] E --> F[恢复电源, 应用呼吸机] F --> G([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 无蓄电池的呼吸机，将呼吸机与病人分离，使用简易呼吸器或气管内吸氧。并通知工程师维修。 2. 有蓄电池的呼吸机可继续使用。 3.1 有蓄电池的呼吸机报警时，查找断电原因：检查电源插头有无松动或脱落，正确连接。 3.2 如果呼吸机可重新启动，调试后，连接病人继续呼吸机通气。 3.3 如果未重新启动，考虑呼吸机因素，应及时更换呼吸机。 4. 通知电工查明跳闸或者停电的原因，排除故障。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 气管切开/气管插管使用呼吸机 患者意外脱管的应急预案及流 程	文件编号：HL-YA-02-027	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-027 气管切开/气管插管使用呼吸机患者意外脱管的应急预案及流程

（一）气管切开发生意外脱管时：

1. 立即评估病人的意识状态

评估患者有无自主呼吸（特别是评估病人的呼吸频率、SPO₂、血压）。如无上呼吸道梗阻或喉头水肿，立即予面罩加压机械通气，同时封闭气管切口。如患者存在上呼吸道梗阻或喉头水肿，立即用血管钳把原气管切口撑开，插入无菌导管予氧气吸入。通知医生，根据病情进行处理。

2. 气管切开时间小于一周，窦道未形成时，应该立即配合医生在原切口处放置新的气管套管（紧急时用气管插管替代），连接呼吸机辅助通气。

3. 气管切开时间超过一周，窦道形成时，按无菌要求更换套管重新置入，连接呼吸机。

4. 准备好抢救物品，随时抢救。

5. 严密观察生命体征及神志、瞳孔、血氧饱和度等变化，保持呼吸道通畅，加强各项护理，加强巡视，观察被约束的肢体皮肤颜色，保持肢体功能位，并做详细记录。

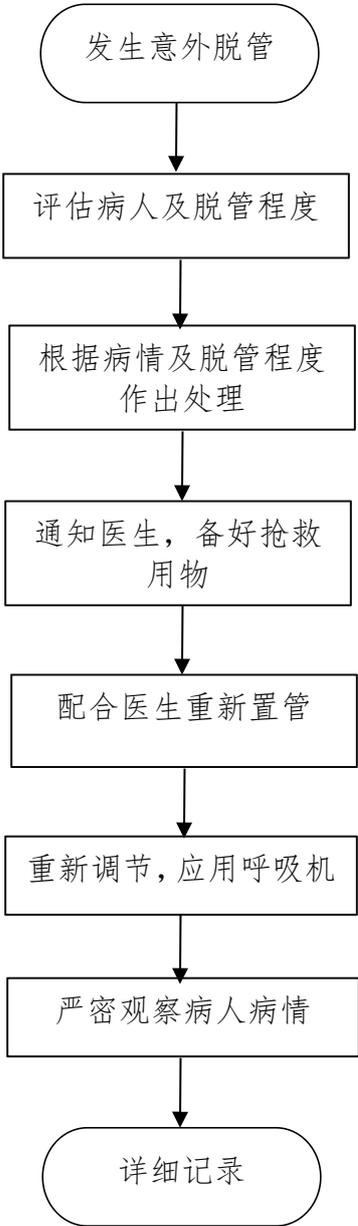
6. 遵医嘱使用镇静，有效约束肢体，做好病人宣教及指导，做好家属解释工作，取得家属的理解，做好病人的心理护理，取得患者合作。

（二）气管插管发生意外脱管时：

1. 气管插管脱出气管外，应立即放气囊、拔管，未清醒病人、自主呼吸未恢复者，及时给予面罩加压机械通气协助医生重新气管插管。拔管后喉头水肿者，立即遵医嘱给药如：地塞米松 5-10mg 静脉注射、静脉滴注或雾化吸入。必要时协助医生进行环甲膜穿刺保证氧供后行气管切开术。清醒、自主呼吸恢复者，给予高流量吸氧，必要时吸痰、放口咽通气管、无创呼吸机辅助通气。严密观察面色、生命体征、呼吸频率、 SpO_2 等。安抚病人，做好心理护理，做好护理记录。

2. 气管插管脱出少许，仍在气管内，可试行送管，听诊双侧呼吸音是否对称，必要时行纤支镜检查导管是否在位，重新固定气管插管（气管导管气囊内注入气体，3M 宽胶布固定导管）。但要密切观察患者的面色、生命体征、 SpO_2 及腹部情况，一旦发生误入食管，应立即放气囊，拔出导管，重新置管，整个过程准确记录病人的生命体征变化。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任 护士	 <pre> graph TD A([发生意外脱管]) --> B[评估病人及脱管程度] B --> C[根据病情及脱管程度作出处理] C --> D[通知医生，备好抢救用物] D --> E[配合医生重新置管] E --> F[重新调节，应用呼吸机] F --> G[严密观察病人病情] G --> H([详细记录]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 气管切开意外脱管无呼吸道梗阻或喉头水肿时，清醒、自主呼吸恢复者，给予吸氧。未清醒病人、自主呼吸未恢复者，及时给予面罩加压机械通气，同时封闭气管切开处。 2. 气管切开意外脱管上呼吸道梗阻或喉头水肿时，清醒、自主呼吸恢复者，立即用血管钳把气管切口撑开，插入无菌导管予氧气吸入。 3. 气管插管脱出气管外时，应立即放气囊、拔管，面罩加压通气。 4. 气管插管脱出少许，仍在气管内，试行送管，但要密切观察腹部情况，一旦发生误入食管，应立即放气囊、拔出。 5. 气管切开时间小于一周，窦道未形成时，立即配合医生在原切口处放置新的气管。 6. 气管切开时间超过一周，窦道形成时，按无菌要求更换套管，配合医生重新置入新的气管。 7. 准备气管插管用物、药物，配合医生插管。 8. 严密观察生命体征及神志、瞳孔、血氧饱和度等变化。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 吸痰过程中中心吸引装置出现 故障的应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-028	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-028 吸痰过程中中心吸引装置出现故 障的应急预案及流程

1. 吸痰过程中中心吸引装置出现故障，将吸痰管从中心吸引装置分离。

2. 密切观察患者有无呼吸道梗阻或缺氧症状，有无意识改变、血氧饱和度下降及其他病情变化，必要再次吸痰时，一方面可先用注射器连接吸痰管吸痰，另一方面马上准备电动吸痰机吸痰。

3. 做好患者及家属的解释安慰工作，告知他们我们采取了应急措施确保患者的安全。

4. 评估本区所有吸引装置是否处于备用状态，中心负压压力等情况，吸痰前认真检查吸引装置是否紧密连接，调节负压。

5. 立即通知设备科检修。

6. 及时、如实的记录处理经过及病人情况。

7. 将处理经过及病人情况告诉护士长。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 停止供应中心负压的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-029	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-029 停止供应中心负压的 应急预案及流程

1. 接到停负压通知，迅速把具体时间向科内人员通报。
2. 立即做好停负压准备：根据病房实际需要准备备用电动吸引器，试机保证性能良好，处于应急备用状态。
3. 停中心负压吸引后采用电动负压吸引。
4. 恢复中心负压吸引后，消毒电动吸引器储液瓶，测试电动负压吸引器放回原处备用。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 停止中心吸氧的应急预案 及流程	文件编号：HL-YA-02-030	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-030 停止中心吸氧的应急预案及流程

1. 接到暂停中心供氧通知后，迅速向科内相关人员通报。
2. 立即做好停氧准备，根据病人用氧情况，统计需要筒装氧的具体数字，上报药剂科，由药剂科通知供气公司，急供筒装氧到病房备用。
3. 按需要准备氧气流量表、减压表，呼吸机氧气转换接头，并安装、调试、备用。
4. 做好患者及家属的解释安慰工作，告知他们我们采取了应急措施确保患者的安全。
5. 需要使用呼吸机时，将输氧管通过转换接头连接氧气减压表，打开氧气开关，把氧气工作压力调到 0.3~0.4Mpa。确保呼吸机正常运行后与病人连接。
6. 观察病情。
7. 恢复正常中心供氧后，标明剩余的筒装氧的余氧量，退还供氧中心，其他配件终末消毒后归位备用。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital	文件编号：HL-YA-02-031	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

吸氧过程中中心吸氧装置出现
故障的应急预案及流程

YA-031 吸氧过程中中心吸氧装置出现 故障的应急预案及流程

1. 吸氧患者使用备用氧袋或筒装氧继续吸氧；机械通气的病人先使用简易呼吸器维持通气，然后迅速准备筒装氧、氧气减压表及转换接头，连接呼吸机供氧管，调试呼吸机运行正常后连接病人，密切观察更换氧源后患者生命体征变化。

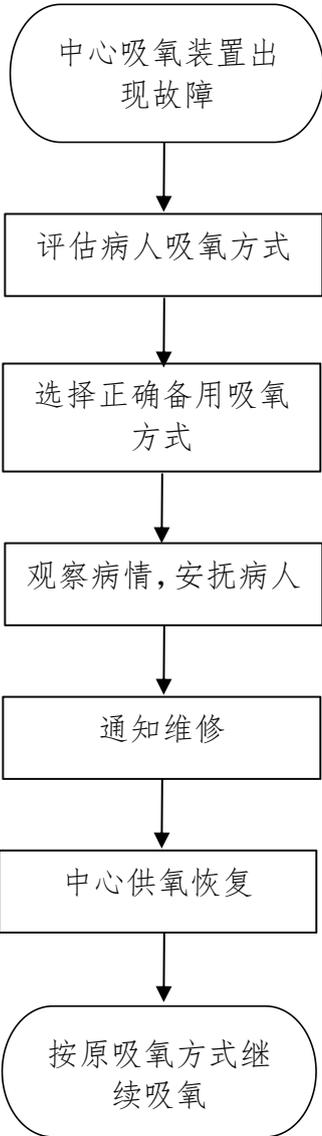
2. 告知患者及家属这是意外事件，我们已采取应对措施保证供氧，并告知他们氧袋或筒装氧同样能达到良好供氧效果。

3. 观察患者病情变化，通知设备科迅速检修。

4. 中心供氧恢复后，重新按需调节流量继续吸氧或调试呼吸机运行正常后连接病人。

5. 如果停氧故障短时间内无法排除并恢复供氧，需立即安排人员转移机械通气的危重症患者至就近的 ICU 或有条件的病房。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	 <pre> graph TD A([中心吸氧装置出现故障]) --> B[评估病人吸氧方式] B --> C[选择正确备用吸氧方式] C --> D[观察病情, 安抚病人] D --> E[通知维修] E --> F[中心供氧恢复] F --> G([按原吸氧方式继续吸氧]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 普通吸氧病人改用氧袋或筒装氧接吸氧管继续吸氧。 2. 机械通气病人，用简易呼吸器维持通气，呼吸机供氧管连接氧气减压表，调试呼吸机运行正常后连接病人。 3. 普通吸氧病人连接中心吸氧装置，调节氧流量，继续吸氧。 4. 机械通气病人，调试呼吸机运行正常后连接病人。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 停水和突然停水的应急预案 及流程	文件编号：HL-YA-02-032	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-032 停水和突然停水的 应急预案及流程

（一）接到停水通知后，做好停水准备：

1. 做好应急准备，根据停水时间尽量储备水源，以备使用和饮用。

2. 告诉患者停水的时间，给患者备好使用水和饮用水，并向患者做好解释工作。

（二）突然停水时：

1. 联系水工值班（18938383512 或 2922587），汇报情况，查询原因，询问恢复供水的可能时间。

2. 向患者做好解释工作，告诉患者恢复供水的可能时间。

（三）加强巡视，尽量解决患者饮水及用水需求。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>科室护士长</p> <p>当班责任护士</p>	<pre> graph TD A([接到停水通知 / 突然停水]) --> B[了解情况, 做好解释] B --> C[解决用水问题] C --> D[告知恢复用水时间] D --> E([加强巡视]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 接到停水通知, 提前告知科室人员停水时间准备使用水和饮用水。 2. 突然停水, 及时通知水工 18938383512 或 2922587 协助查找停水原因。 3. 根据突然停水情况及时向有关领导汇报, 夜间可与医院总值联系。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 发生火灾的应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-033	总页数：6
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-033 发生火灾的应急预案及流程

一、灾情判断

当发生火灾时，可能出现浓烟、明火、物品燃烧、照明电源中断、通讯联络中断、电梯停运，人员可能出现惊慌失措、秩序混乱、拥挤、踩伤、摔伤、砸伤、人员被困等情况。

二、成立应急小组

三、火灾应急程序

全体职工要树立“灾情就是命令，时间就是生命”的观念，不论何时一旦发现火情，视火情的严重程度进行以下操作：

（一）任何人员发现火情应立即向医院消防监控室（电话：2922035）、微型消防站（电话：2922826）和上级主管部门报告。消防控制室值班人员接到报警后立即通知保安人员及报警部位最近工作人员持通讯工具、灭火器和防毒面具，迅速赶到报警部位核实火情。火情核实后，应立即确认火灾自动报警系统联动控制装置处于自动状态，准备好各楼层的平面布置图。

（二）局部轻微着火，周围没有易燃物，不危及人员安全、可以立即扑灭的，现场发现人要立即采取措施予以扑灭。同时要向医院消防监控室（电话：2922035）、微型消防站（电话：2922826）和上级主管部门报告。必要时立即拨打消防报警电话 119。

（三）局部着火，可以扑灭但有可能蔓延扩大的，在不危及周围人员安全的情况下，一方面立即采取相应措施灭火，防止火势蔓延扩大，一方面向医院消防监控室（电话：2922035）、微型消防站（电话：2922826）和上级主管部门报告。必要时立即拨打消防报警电话 119。

（四）着火火势开始蔓延扩大，不可能马上扑灭的，按照以下情况处理：

1. 火灾发生处的值班人员立即关闭楼层电源总开关和输氧总阀门，组织各楼层人员紧急疏散，指定安全疏散地点，清点疏散人数，发现有缺少人员的情况时，立即通知主管领导或消防队员。

2. 值班人员立即向上级主管部门和院长汇报。

3. 值班人员立即拨打消防报警电话 119，通报以下信息：

（1）单位名称：茂名市人民医院。

（2）单位地址：茂名市为民路 101 号。

（3）火灾情况：着火物质、着火地点（楼层）及火势大小。

（4）联系电话：本人手机号码或医院对外座机号码。

4. 在回答了 119 的询问后方可放下话筒，并亲自或派人在路口接应消防车。

5. 若有人员受伤，立即启动本预案对伤员进行抢救。

四、人员疏散程序

方针原则：预防为主，措施得力，坚守岗位，履行职责，患者至上，遇火不乱，减少损失，避免伤亡。

（一）各病区医务人员坚守岗位，稳定患者情绪，让患者顺“安全出口”有序逃离。远离玻璃门窗、吊灯等头顶上的装饰物，保护好头部，遇浓烟通知病员用衣物捂住口鼻蹲行或爬行逃离，防止发生患者跳楼摔伤、电击伤、踩伤等意外事故。

（二）手术室医务人员停止手术，坚守岗位，按急救处理原则用无菌物品保护伤口，防止感染，并将手术患者转移至远离玻璃门窗、头顶无装饰物的无菌安全区域，保护患者体位，使用简易呼吸器，保证患者吸呼道畅通，静脉通道畅通。

（三）医务人员应坚守岗位，稳定患者情绪，用棉被泼水封堵门窗最大限度等待消防员抢救，最大限度地保证患者生命安全。

（四）门诊医务人员立即停止各种检查，按“安全出口”方向疏散病员。

（五）财务人员立即将现钞和支票锁在保险柜内，带好钥匙，锁好门窗，逃离火灾现场。

（六）职能科室人员立即关闭电源，锁好门窗，到达指定位置，接受应急领导小组的调遣。

（七）保卫科、联勤指挥中心人员及院内安保队员要加强对配电房、泵房、计算机中心、档案室、财务科、收费处、中心供氧、药库等要害部位的巡视，并对发生的火灾实施扑救，维护社会治安，打击违法犯罪活动。

（八）药库、药房工作人员锁好门窗及毒麻、贵重药品，防止被盗、丢失，火灾后及时核对，并将情况报指挥部。

（九）节假日及夜间发生火灾时，各级指挥员应迅速到达医院，组织指挥疏散、抢险工作。

（十）各病区医务人员、保卫人员，未得到总指挥下达的撤离命令不得撤离工作岗位，要忠于职守，履行职责，保护病人及国家财产的安全。

五、紧急疏散方式

（一）住院病人及病房工作人员经消防安全通道沿楼梯下至一楼后疏散至安全区（参考各楼疏散图）。

（二）门诊病人及工作人员经消防安全通道沿楼梯下至一楼后疏散至安全区（参考各楼疏散图）。

六、火灾后措施

（一）医务人员迅速对受伤的病人实施救治。

（二）医务人员对本病区的患者逐一检查、治疗，病房主任将本病区火灾中病人情况向医务科汇报。

（三）财务科和总务科人员及时核对账目和盘点固定资产，向科长汇报，科长将情况向院领导汇报。

（四）总务科组织相关人员对所管辖设备全面检修，恢复正常运转。

（五）受火灾影响的各科室及职能部门负责人，将本部门火灾后情况及时上报主管副院长。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>发现火灾 医护人员</p> <p>现场人员</p> <p>院领导、 消防控制 室</p> <p>科室医护 人员</p>	<pre> graph TD A([发生火灾]) --> B[立即呼叫, 组织灭火] B --> C[报告保卫科] C --> D[根据火势大小进行灭火] D --> E[相关部门领导立即赶赴现场进行指挥] E --> F[进行灭火, 关闭门窗, 切断电源, 疏散病人, 保护财产] F --> G[指导疏散人员注意事项] G --> H[清点人员] H --> I[及时上报主管部门] I --> J([火灾扑灭, 保护现场]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 报告保卫科，夜间通知医院总值班。 2.1 火势较小时，着火部位的发现人立即召集现场人员集中用灭火器先行灭火。 2.2 火势猛烈时，马上打电话“119”报警，并告知准确方位。 3. 院领导、消防控制室接到突发火灾报告后，立即赶赴火灾现场，准确判断、分析事态发展趋势，指挥现场人员疏散、灭火。 4.1 关闭临近火情的房间的门窗，以减慢火势蔓延速度。 4.2 根据病人情况依先轻后重的顺序，采取病情轻者自己行动，病情重者利用辅助离开的办法疏散到安全地带。 4.3 安排专人保护好贵重仪器设备以及有价值的科学资料，减少财产损失，撤出易燃易爆物品。 5. 组织患者撤离时，禁止乘坐电梯，走安全通道，叮嘱患者用湿毛巾捂住口鼻，尽可能以最低的姿势快速前进。 6. 在火情基本控制后，立即清点人员，对未及时疏散的病人进行搜寻。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医护人员发生针刺伤时的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-034	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-034 医护人员发生针刺伤时的 应急预案及流程

1. 医护人员在进行医疗护理操作时应特别注意防止被污染的锐器刺伤。如不慎被 HBV、HCV、HIV、狂犬病毒、梅毒病毒等污染的锐器划伤刺破时，应立即伤口处理：轻轻挤出伤口血液，然后用肥皂水和清水冲洗，再用 75%酒精消毒，必要时到外科进行伤口处理，并进行血源性传播性疾病的检查和随访。

2. 被乙肝患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在 24 小时内抽血查乙肝表面抗体，如果阳性，而且定量测定大于 100IU/ML，表明对乙肝有免疫力；如果阴性应按 0、1、6 个月接种乙肝病疫苗，必要时注射高效价乙肝免疫球蛋白。

3. 被丙肝患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在 24 小时内抽血查丙肝抗体、HCV-RNA，2~8 周内再次测定抗-HCV、HCV-RNA 和肝功能，如果 HCV-RNA 阳性，应咨询专业医生考虑予抗病毒治疗。

4. 被艾滋病患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在

24 小时内抽血查 HIV 抗体，必要时同时抽患者血对比，按 1、3、6、12 个月复查，同时服用相关药物，并报告护理部、院感科进行登记、上报、随访等，注意保密。

5. 被狂犬病患者血液、体液污染的锐器刺伤后应立即伤口处理，并尽快到就近的防疫部门注射狂犬病高价免疫血清，并全程足量注射狂犬疫苗。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
<p>针刺伤医 护人员</p>	<pre> graph TD A([发生针刺伤]) --> B[立即挤出伤口血液] B --> C[反复冲洗消毒] C --> D[伤口处理] D --> E[抽血化验检查] E --> F[预防用药] F --> G([报告相关部门]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 用肥皂水和清水冲洗。 2. 使用 75%酒精或者 0.5%碘伏进行消毒,必要时到外科进行伤口处理。 3.1 被乙肝患者血液、体液污染的锐器刺伤,在 24 小时内抽血查乙肝表面抗体。抽血结果乙肝表面抗体阴性按 0、1、6 个月接种乙肝病疫苗,必要时注射高效价乙肝免疫球蛋白。 3.2 被丙肝患者血液、体液污染的锐器刺伤,在 24 小时内抽血查丙肝抗体、HCV-RNA, 2~8 周内再次测定抗-HCV、HCV-RNA 和肝功能。抽血结果 HCV-RNA 阳性,咨询专业医生考虑以抗病毒治疗。 3.3 被艾滋病患者血液、体液污染的锐器刺伤,在 24 小时内抽血查 HIV 抗体,必要时同时抽患者血对比,按 1、3、6、12 个月复查。 4. 报告护理部、院感科进行登记、上报、随访。

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital 附属茂名医院 病人或家属封存病历或实物 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-035	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-035 病人或家属封存病历或实物 应急预案及流程

1. 病人本人亲自来院复印病历的，需携带诊疗卡号（病历号）、身份证或户口簿等有效证件。

2. 病人亲属代理（被委托）复印病历的，除上述证件外，还应携带代理人的身份证或户口簿等有效证件及病人的委托书，到医务处登记填表后去病案室办理。

3. 正在住院的病人病历中的资料须由科室指派的本院工作人员携带到病案室去复印。

4. 纠纷病历由科室领导、负责人或当班工作人员直接与医务处、医患协调办公室联系，按照相关规定办理。

5. 按相关规定可以复印的病历资料包括：门（急）诊病历，住院卡、体温单、医嘱单、化验单（检查报告单）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录及出院记录。

6. 发生医疗事故争议时，死亡病历讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医务科及医患双方在场的情况下封存和启封。

应急流程：

责任人	准入流程	简要说明
<p>家属或患者</p> <p>责任护士</p> <p>主管医生</p> <p>责任护士</p>	<pre> graph TD A([要求封存病历或实物]) --> B[通知科室相关人员及相关部门] B --> C[做好封存前检查] C --> D{病历资料完整} D -- 否 --> C D -- 是 --> E([相关人员共同在场的情况下, 进行封存]) </pre>	<p>1. 通知病区主管医生、护长、病区主任、医务科、医患办公室、护理部（节假日报医院总值、护长总值、保卫科）。</p> <p>2. 抢救记录在抢救结束6小时内完成。</p> <p>3.1 检查病情的相关记录是否客观、真实，有无自相矛盾的记录，观察项目的记录有否遗漏。</p> <p>3.2 检查病情（事件）发生经过的记录是否完整，包括：时间、地点、疾病发生的演变过程。</p> <p>3.3 检查护理记录与医生记录是否相符。</p> <p>3.4 检查相关的检查单、记录单是否齐全。</p> <p>4. 在病区主管医生、护长、病区主任、医务科及病人和家属共同在场的情况下，进行封存。</p>

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small> 水银泄露的 应急预案及流程	文件编号：HL-YA-02-036	总页数：3
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2019/06	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

YA-036 水银泄露的应急预案及流程

1. 水银体温计、血压计一旦破损发生水银泄漏，应及时清理玻璃碎屑防刺伤，玻璃屑应放入损伤性垃圾。

2. 及时清理水银，防止汞污染环境空气。

3. 清理水银时避免手直接接触，戴上手套。对汞的正确处理方法有：

(1) 如汞滴较大，可用稍硬的纸或湿润棉签收集，如用硬纸片叠成簸箕状将水银收集起来，或用湿润的小棉棒或胶带纸将洒落在地面上的水银轻轻粘起来，放进可以封口的小瓶中，并在瓶中加入少量水加以封闭，瓶上注明“废弃水银”等标识。

(2) 当汞滴散在缝隙中或十分细小时，可取硫磺粉直接撒到被汞污染的地面或地缝中，使之产生化学反应形成硫化汞，放置 4h 后清扫。

(3) 用一小块三氯化铁加自来水，使其呈饱和状态（即还有三氯化铁未溶解）为止，然后用毛笔蘸三氯化铁液将汞残留处涂刷，放置 1h 后清扫。

(4) 若汞滴散落在被褥、衣物上面，应尽快找出汞滴，

并按上述方法处理，还要将被污染的被褥和衣服在太阳下充分暴晒。

(5) 在黑暗的房间里，用手电筒靠近地板寻找发光的水银珠，确保搜索整个房间。

(6) 交环保部门处理：将集中收集的汞液存放在密闭的容器，最好是瓷质容器，液面可用甘油或 5%硫化钠溶液等覆盖或容器加盖密封，以防止汞的蒸发，再将其盛装在医疗废物袋内，外贴化学性医疗废物标签，与医疗废物暂存点管理人员交接，送环保部门处理。

4. 所有室内人员离开房间，关掉室内加热装置，开门窗通风，以减少人体对残余蒸气的吸入。

5. 发生水银泄露后，不可使用吸尘器收集散落物；不可使用扫帚或刷子清除水银；不可使用含氯或氨水类清洁产品清洗；不可将水银倒入排水道，以免造成二次污染。

6. 一旦患者误服，立即通知医生，在医生指导下，用冷水漱口，如果口服量较大，可给予牛奶、蛋清等保护胃黏膜，并及时拍摄 X 线腹部平片，观察汞在胃肠道内的部位。患者若能进食，可给予富含纤维素食物（如韭菜等）或随时变换体位，促其排泄。如出现汞中毒表现或尿汞升高，立即对症处理，密切观察患者生命体征变化及临床表现。

7. 向护士长报告，做好交接班和护理记录，密切观察患者病情至病情平稳。

8. 上报护理安全不良事件，记录患者误服水银日期、

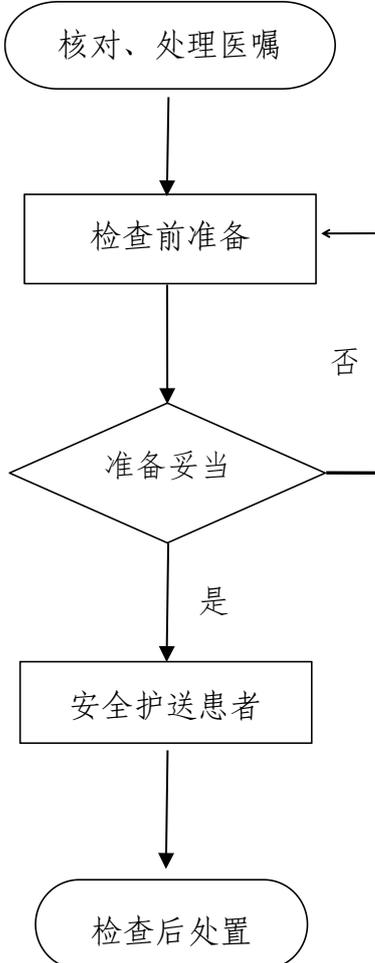
时间、原因、处理情况、有无并发症等，科内做好事件登记记录，讨论分析发生原因，防范措施。

应急流程：

责任人	应急流程	简要说明
当班责任护士	<pre> graph TD A([发生水银泄露]) --> B[立即组织患者及家属立即离开现场] B --> C[关掉室内所有加热装置] C --> D[打开门窗通风] D --> E[清理玻璃碎屑防刺伤] E --> F[按规范收集水银] F --> G[与医疗废物暂存点管理人员交接] G --> H([报送环保部门处理]) </pre>	<p>1. 用及时清理玻璃碎屑防刺伤，玻璃屑应放入损伤性垃圾。</p> <p>2. 及时清理水银，防止汞污染环境空气。</p> <p>3.1 清理水银时避免手直接接触，戴上手套。如汞滴较大，可用稍硬的纸或湿润棉签收集，如用硬纸片叠成簸箕状将水银收集起来，或用湿润的小棉棒或胶带纸将洒落在地面上的水银轻轻粘起来，放进可以封口的小瓶中，并在瓶中加入少量水加以封闭，瓶上注明“废弃水银”等标识。</p> <p>3.2 当汞滴散在缝隙中或十分细小时，可取硫磺粉直接撒到被汞污染的地面或地缝中，放置 4h 后清扫。</p> <p>3.3 用一小块三氯化铁加自来水，使其呈饱和状态（即还有三氯化铁未溶解）为止，然后用毛笔蘸三氯化铁液将汞残留处涂刷，放置 1h 后清扫。</p> <p>3.4 若汞滴散落在被褥、衣物上面，应尽快找出汞滴，并按上述方法处理，还要将被污染的被褥和衣服在太阳下充分暴晒。</p> <p>3.5 在黑暗的房间里，用手电筒靠近地板寻找发光的水银珠，确保搜索整个房间。</p> <p>3.6 交环保部门处理：将集中收集的汞液存放在密闭容器里，最好是瓷质容器，液面可用甘油或 5% 硫化钠溶液等覆盖或容器加盖密封，以防止汞的蒸发，再将其盛装在医疗废物袋内，外贴化学性医疗废物标签，与医疗废物暂存点管理人员交接，送环保部门处理。</p>

 茂名市人民医院 <small>茂名医学院附属医院</small> Maoming People's Hospital <small>附属茂名医院</small>	文件编号：HL-LC-02-002	总页数：1
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订(回顾)日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

LC-002 患者外出检查管理流程

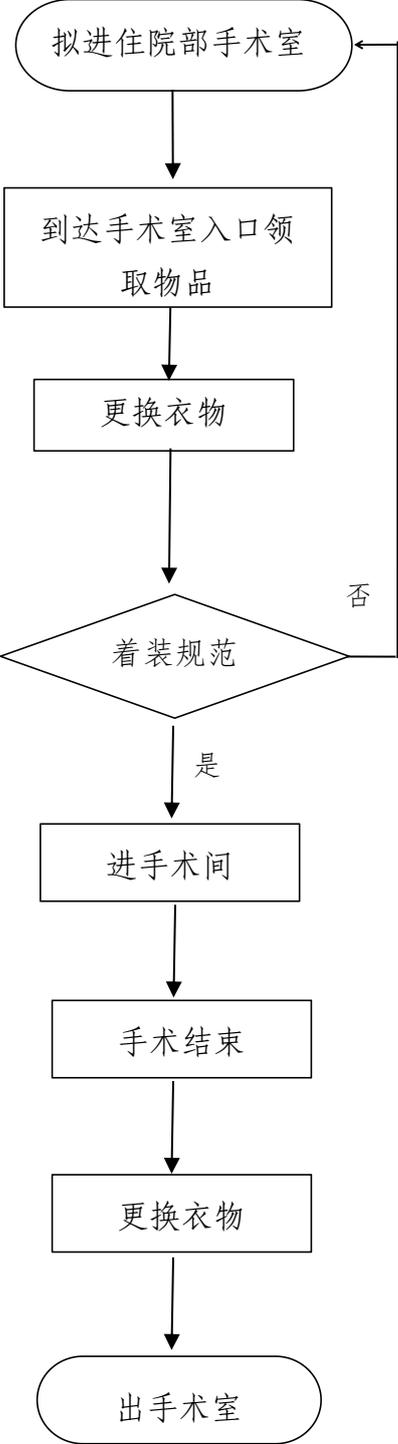
责任人	管理流程	简要说明
电脑护士 责任护士 责任护士 支持中心 工作人员 陪同医务人员	 <pre> graph TD A([核对、处理医嘱]) --> B[检查前准备] B --> C{准备妥当} C -- 否 --> B C -- 是 --> D[安全护送患者] D --> E([检查后处置]) </pre>	<p>1.1 责任护士与患者/家属沟通，告知检查名称、部位、目的。</p> <p>2.1 发放检查单/预约单，落实特殊治疗及检查前用药。</p> <p>2.2 检查前指导：检查目的、简要程序、注意事项、自身准备及心理状态。</p> <p>2.3 评估病情，危重患者观察意识、瞳孔变化，测量生命体征。</p> <p>2.4 检查轮椅、平车等运送工具安全性能，根据需要预约护送队。</p> <p>3.1 行动不便的一般患者由支持中心工作人员陪同。</p> <p>3.2 病情危重者由医务人员陪同，与检查科室联系，途中密切观察病情。</p> <p>3.3 按病情需要备抢救药物和抢救器材。</p> <p>4.1 安全护送患者回病房，协助患者取舒适卧位。</p> <p>4.2 与责任护士交接患者病情及检查后注意事项。</p> <p>4.3 书写相关记录。</p>

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 医务人员进、出住院部 手术室流程	文件编号：HL-LC-02-003	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

LC-003 医务人员进、出住院部 手术室流程

1. 医务人员到手术室时，向门卫工作人员领取手术衣、口罩、帽子、拖鞋。
2. 医务人员按要求更换拖鞋。
3. 进入更衣室，更换手术衣，戴好口罩、帽子（头发不外露，口罩罩住口鼻，着装整齐）。
4. 出更衣室使用快速手消毒液洗手。
5. 按要求进入相关手术间，严禁在手术区乱窜。
6. 手术结束后，按指定的要求将手术衣、口罩、帽子、拖鞋放入指定地点。

医务人员进、出住院部手术室流程

责任人	进出流程	简要说明
进、出手术室的医护人员	 <pre> graph TD Start([拟进住院部手术室]) --> Step1[到达手术室入口领取物品] Step1 --> Step2[更换衣物] Step2 --> Decision{着装规范} Decision -- 否 --> Start Decision -- 是 --> Step3[进手术间] Step3 --> Step4[手术结束] Step4 --> Step5[更换衣物] Step5 --> End([出手术室]) </pre>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在手术室入口处领取手术衣、口罩、帽子、拖鞋、柜子钥匙。 2. 更换拖鞋、手术衣等。 3. 出更衣室使用快速手消毒液洗手。 4. 手术结束后，将手术衣、口罩、帽子、拖鞋、柜子钥匙放入指定地点。

 茂名市人民医院 <small>南方医科大学 Maoming People's Hospital 附属茂名医院</small> 患者进、出院部手术室流程	文件编号：HL-LC-02-004	总页数：2
	主管部门：护理部	回顾年限：每 3 年 1 次
	颁布日期：2018/07	修订（回顾）日期：2021/12/30
	批准人：陈纯波	版本号：2版

LC-004 患者进、出院部手术室流程

1. 患者做好术前准备后，由病房护士送往手术室。
2. 手术室护士核对患者信息无误后，接患者入手术室。
3. 进入手术区-手术间，接受手术治疗。
4. 手术完毕后，由手术医生或手术室护士护送患者至病房，与病房护士进行患者交接。
5. 妥善安置患者。

