中国民族医药协会团体标准《中西医结合护理文件书写规范》编制说明（征求意见稿）

一、任务来源

随着国家对中医药事业的重视，中西医结合成为医疗领域的重要发展方向。国家卫生健康委和国家中医药局联合发布《进一步改善护理服务行动计划（2023-2025年）》文件明确提出，要推动中西医结合在临床实践中的应用，提升护理服务质量。因此，制定中西医结合护理文件书写规范是落实国家政策的重要举措。在实际护理工作中，中西医结合的护理模式逐渐普及，但缺乏统一的文件书写规范，导致护理记录不统一、信息不完整，影响了护理质量的提升和医疗安全。因此，制定统一的书写规范是临床护理工作的迫切需求。护理文件是医疗质量管理的重要组成部分，规范的书写有助于提高护理工作的透明度、可追溯性和科学性，减少医疗差错，保障患者安全。

二、制定标准的必要性与意义

（一）必要性

（1）适应国家政策导向，推动中西医结合护理发展

国家高度重视中医药事业发展，明确提出促进中西医结合。制定《中西医结合护理文件书写规范》是贯彻落实国家政策，推动中西医结合护理规范化、标准化发展的重要举措。

（2）满足临床实际需求，提升护理服务质量

目前，中西医结合护理模式在临床广泛应用，但缺乏统一的文件书写规范，导致护理记录不规范、信息不完整等问题，影响护理质量

提升和医疗安全。制定统一规范是临床护理工作的迫切需求。

（3）促进学科规范化发展，提升护理人员专业水平

中西医结合护理作为新兴交叉学科，亟需建立科学、规范的护理文件书写标准，以促进学科规范化、标准化发展，提升护理人员的专业水平和服务能力。

（4）加强医疗质量管理，保障患者安全

护理文件是医疗质量管理的重要组成部分，规范的书写有助于提高护理工作的透明度、可追溯性和科学性，减少医疗差错，保障患者安全。

（5）促进国际交流合作，提升国际影响力

随着中医药国际化进程加快，中西医结合护理模式逐渐受到国际关注。制定与国际接轨的护理文件书写规范，有助于促进国际交流与合作，提升我国护理工作的国际影响力。

（二）意义

（1）规范护理行为，提高护理质量

统一的书写规范可以指导护理人员规范记录中西医结合护理过程，确保护理信息的完整性、准确性和客观性，从而提高护理质量。

（2）促进中西医融合，提升护理效果

规范的文件书写有助于护理人员更好地理解和应用中西医结合护理理念和方法，促进中西医优势互补，提升护理效果。

（3）保障患者权益，维护医疗安全

规范的护理文件可以为医疗纠纷提供客观依据，保障患者权益，

维护医疗安全。

(4) 推动学科发展，提升专业地位

制定标准是学科发展成熟的重要标志，有助于提升中西医结合护理学科的专业地位和社会认可度。

(5) 促进国际交流，提升国际影响力

与国际接轨的护理文件书写规范，有助于推动中西医结合护理走向世界，提升我国护理工作的国际影响力。

三、主要工作过程

(一) 前期标准预研

(1) 2024年02月，牵头单位组织参编人员通过文献研究、现状调研、需求分析等方法，全面了解国内外中西医结合护理文件书写的现状、发展趋势及相关法规政策，明确中西医结合护理文件书写的特殊需求和现存问题。预研内容包括收集整理国内外护理文件书写规范、分析现有规范的优缺点、调研各级医疗机构和护理人员的实际需求，并形成调研报告，提出规范的框架结构、主要内容及制定原则。通过专家咨询、比较分析等方式，确保预研成果的科学性和实用性，为制定符合临床需求、推动学科发展、提升护理质量与国际影响力的规范提供坚实基础。

(二) 成立标准编制组，启动标准起草工作

成立由贵州中医药大学第一附属医院牵头，北京、上海、广东、成都、江苏、江西、天津、吉林、浙江、湖北等18家全国各级医疗机构、教育机构、标准化机构等单位的护理专家、中医药专家及标准化

专家组成。2024年05月启动标准起草工作，起草工作分为前期准备、标准起草两个阶段，旨在确保标准内容的科学性、实用性和可操作性。

（三）标准立项

经中国民族医药协会团标委审查、及相关专家评审后，与2025年02月正式立项成功。

（四）标准起草过程

2025年04月，收到标准成功立项公告后，标准编制工作组第一时间将团标委专家的立项评审意见进行汇总，并与相关专家及研发技术人员通过线上沟通，线下讨论等形式对团标委的意见进行分析采纳，并对标准草案进一步完善。

标准编制工作组在贵州中医药大学第一附属医院召开了2025年度中国民族医药协会团体标准《苗医隔药纸火灸护理技术规范》专家起草论证会，贵州中医药大学第一附属医院片区护士长田恬；中国民族医药协会耳穴疗法专业委员会会长，贵州中医药大学第一附属医院护理部主任谢薇；贵州中医药大学第一附属医院党委书记郑曙光；国家标准化管理委员会全国中医标准化技术委员会(SAC/TC478)观察员及全国保健服务标准化技术委员会(SAC/TC 483)观察员、黔南医专曾曼杰特聘教授；北京中医药大学东方医院护理部主任唐玲；上海中医药大学附属曙光医院护理部主任栾伟；内蒙古自治区国际蒙医医院护理部主任白一萍；广西国际壮医医院护理部主任黄碧秋；浙江省中医院叶富英；湖南中医药大学第一附属医院护理部主任廖若夷；湖北省中医院护理部主任张小红；广东省中医院海南医院护理部主任宋红

梅；江西中西药大学附属医院护理部主任邓科穗；重庆市中医院护理部主任李飞丽；云南中医药大学第一附属医院护理部主任王家兰；湖北民族大学附属民大医院护理部主任张红等专家参加起草论证。后期项目将多次开展论证，根据相关法律法规及标准的要求对《中西医结合护理文件书写规范》团体标准的具体指标内容进行讨论，形成了《中西医结合护理文件书写规范》团体标准和编制说明的征求意见稿。

四、主要参编单位及人员

（一） 主要参编单位

贵州中医药大学第一附属医院、贵州云中医院、北京中医药大学东方医院、上海中医药大学附属曙光医院、首都医科大学附属北京友谊医院、广东省中医院、内蒙古自治区国际蒙医医院、甘肃省中医院、中日友好医院、重庆市中医院、天津中西医结合医院、云南中医药大学第一附属医院、广西国际壮医医院、贵州省人民医院、佛山市中医院、温州市中医院、贵阳市妇幼保健院、中山大学附属第一医院贵州医院、上海儿童医学中心贵州医院、贵阳康养职业大学。

（二） 编制组成员及职责

标准编制组成员及职责见表 1。

表 1 标准编制组成员及职责

序号	姓名	单位	职责
1	冷毅	贵州中医药大学第一附属医院	项目编制
2	谢薇	贵州中医药大学第一附属医院	项目技术统筹
3	唐东昕	贵州中医药大学第一附属医院	项目指导

4	郑曙光	贵州中医药大学第一附属医院	项目指导
5	曾曼杰	贵州云中医院	标准编制指导
6	王 正	温州市中医院	技术指导
7	唐 玲	北京中医药大学东方医院	技术指导
8	刘继洪	佛山市中医院	技术指导
9	栾 伟	上海中医药大学附属曙光医院	技术指导
10	骆金凯	首都医科大学附属北京友谊医院	技术指导
11	林美珍	广东省中医院	技术指导
12	白一萍	内蒙古自治区国际蒙医医院	技术指导
13	张丽平	甘肃省中医院	技术指导
14	王 巧	中日友好医院	技术指导
15	田 旭	重庆市中医院	技术指导
16	李金亭	天津中西医结合医院	技术指导
17	王家兰	云南中医药大学第一附属医院	技术指导
18	林 琴	广西国际壮医医院	技术指导
19	李 娟	贵州省人民医院	技术指导
20	常 玲	贵阳市妇幼保健院	技术指导
21	汤 晋	中山大学附属第一医院贵州医院	技术指导
22	吕云芬	上海儿童医学中心贵州医院	技术指导
23	冷 羽	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
24	王明珍	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
25	刘 洋	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
26	王飞清	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
27	田 恬	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
28	郑明慧	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
29	李 坤	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
30	田先丽	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
31	奚经玉	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
32	姚 青	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导

33	黄 燕	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
34	刘廷英	贵州中医药大学第一附属医院	技术指导
35	任秀亚	贵州中医药大学第一附属医院	资料搜集
36	董画千	贵州中医药大学第一附属医院	资料搜集
37	袁 丹	贵州中医药大学第一附属医院	资料整理
38	罗丽媛	贵阳康养职业大学	资料整理
39	张天姣	贵州中医药大学第一附属医院	资料整理

五、制定标准的原则和依据

（一）标准编制原则

1. 合规性原则

标准编制符合相关法律法规与国家强制标准的要求。

2. 适用性原则

在充分梳理、分析牵头单位的想法和需求，对《中西医结合护理文件书写规范》的术语和定义、范围和内容、护理文书书写等作出要求，为中西医结合护理文件书写等提供有效的指导。

3. 目的性原则

通过统一书写标准，指导护理人员准确、完整、客观地记录中西医结合护理过程，促进中西医融合，提升护理效果；同时，规范的文件书写为医疗质量管理和纠纷处理提供依据，保障患者权益，维护医疗安全。

4. 规范性原则

本标准编写格式依据 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部

分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则编写。

六、主要条款的说明

2 术语和定义

2.1 中西医护理文书

中西医护理文书是病历资料的重要组成部分，是护士根据医嘱、证候要点、辨证分析，对患者住院期间中西医护理过程的客观记录。

2.2 中西医护理评估单

中西医护理评估单是护士通过对患者入院时的证候、生活自理能力、各项功能的评估等信息收集后的记录，为患者辨证施护提供依据。

2.3 体温单

DB22/T 3469-2023 医疗机构护理文书书写规范 界定的术语和定义适用于本文件。

2.4 医嘱单

医嘱单是指与医嘱相关的表格，包括长期医嘱、临时医嘱单、各种执行卡及医嘱查对本。

2.5 中西医护理操作护患沟通记录单

中西医护理操作护患沟通单是护士在实施中西医护理操作前和患者（或）家属沟通，以确保其知悉中西医护理操作的情况和风险，保障患者的知情权，由沟通对象签字同意实施的书面告知形式的护理记录。

2.6 中西医护理记录单

中西医护理记录单是护士根据临床证候表现，采取相应中西医疗疗和护理方法为患者解决问题的记录。

2.7 病区中西医交班报告

病区中西医交班报告是由值班护士书写的书面交班报告，其内容是护士值班期间，对入出院患者、在院患者的评估、临床证候动态观察等的收集及总结，并形成记录。

2.8 患者转科中西医护理交接记录单

患者转科中西医护理交接记录单是在转移患者到不同科室时，护士需要详细记录患者的中西医证候要点及临床表现、诊断、治疗、护理等信息，确保患者得到及时、有效适当的治疗和护理的记录单。

2.9 中西医护理会诊单

中西医护理会诊单是护士在中西医护理业务、技术方面的疑难问题，通过他科或多科进行中西医护理会诊，共同分析、研究，提出解决措施的客观记录。护理会诊按范围分为院内、院外会诊，按急缓分为慢、急会诊。

2.10 护理病历归档

护理病历归档是指将患者的护理病历资料按照法律、管理、医学等规定的要求整理、分类、编号、标识并妥善保存的过程。

2.11 护理病历排序

护理病历排序是将各类各项护理记录排列顺序，以方便查找患者相关资料，便于统计、沟通以及护理病历质量检查和评价工作的开展。

1 基本要求

用于科研、教学等目的的护理病历资料，须保护患者个人信息安全不外泄。

2 中西医护理评估单

4.1 入院评估单

入院评估单是指患者入院后由责任护士采集并书写的第一次护理信息的记录。需符合以下要求：

4.1.1 凡是办理入院的患者/患儿都应建立入院患者/患儿护理评估单。

4.1.2 患者入院后由责任护士对患者/患儿进行评估后填写，在所选项目的方格内打"√"表示。

4.1.3 首次评估应在 24 小时内完成，保存电子病历档案。

4.1.4 凡急诊由绿色通道直接送临床科室的患者，入院评估应由相应科室完成。

a) 入院诊断：填写中医诊断及证型，如“腰痛 气滞血瘀证”；西医诊断填写主要诊断各 1~2 个，如“1、腰椎滑脱症 2、右肘关节骨关节炎”。

b) 有过敏史者，应详细填写过敏药物、食物等过敏源的名称。

c) 主诉：简明扼要地叙述患者最主要的症状及持续时间。如：“反复腰骶部疼痛半年，加重 1 月”。

d) 主要病情：阐述本次发病的原因或诱因，目前的主要症状、临床特征及体格检查的阳性体征等。

e) 既往史：包括诊断、时间、治疗方案、是否治愈等。

f) 体温、脉搏、呼吸、血压、体重应填写入院时的数据，因病

重或行动不便等不能测量体重者，可填“卧床”、“轮椅”、“担架”等。

g) 四诊检查：运用望、闻、问、切四诊方法，全面评估患者的整体情况，尤其是与主证有关的，以便采集真实的资料，为辨证分析提供可靠的依据，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，描述采用中医术语。

h) 心理社会评估：心理评估包括患者情志、患者对疾病的了解和程度，社会评估包括家庭关系、经济状况、自理能力、生活起居的综合评估。

i) 入院评估单模板详见附表 1。

4.2 生活自理能力评估单

生活自理能力评估单是护士了解患者的自理能力，为制定护理措施提供可靠的依据，以促进患者康复的护理记录。需符合以下要求：

a) 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据 Barthel 指数评定量表评估患者运动、自理、等一系列基本活动的分值。

b) Barthel 指数评定量表总分 ≤ 40 分为重度依赖，全部需要他人照护；总分 41~60 分为中度依赖，大部分需他人照护；总分 61~99 分为轻度依赖，少部分需他人照护；总分 100 分为无依赖，无需他人照护。

c) 在病情发生变化或护理等级发生变化时进行 Barthel 指数评定。

d) 在一天内需评估两次者，在相应项目栏内记录，如“第一次

评估分值/第二次评估分值”。

e) Barthel 指数评定量表详见附表 2。

4.3 皮肤压力性损伤危险因素评估单

皮肤压力性损伤危险因素评估单是护士对患者发生压力性损伤风险判断的记录，通过评估，筛选出风险患者，给予预防措施，降低皮肤压力性损伤的发生。需符合以下要求：

a) 危重患者、昏迷、活动严重受限、截瘫、使用矫形器械、极度营养不良、肿瘤晚期需长期卧床、自理能力不足或缺乏自理能力、大小便失禁、高度水肿的患者采用 Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单，总分 23 分，入院 2 小时内评估，评估分值 $\leq$ 12 分为高风险患者应每天评估；13 分以上入院时评估一次以后每周评估；有病情变化及时评估，19 分以上停用评估单。

b) 老年患者采用 Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单，总分 20 分，评估分值 15-19 分为轻度危险，有发生压力性损伤的可能，但可能性较小；13-14 分为中度危险，每周评估 1 次； $\leq$ 12 分为高度危险，每天评估 1 次。

c) 已发生压力性损伤的患者每天评估 1 次；转入、病情变化(手术后、意识、活动、自我照顾能力等改变)随时评估。

d) Braden 皮肤压力性损伤危险因素评估单详见附表 3。

e) Norton 皮肤压力性损伤危险因素评估单详见附表 4。

4.4 跌倒坠床风险评估单

跌倒坠床风险评估单是护士筛查出跌倒坠床高风险患者，以制定

跌倒坠床防范计划，并采取预防措施，避免或减少跌倒坠床的发生及其所致的伤害。需符合以下要求：

a) 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据跌倒/坠床危险评估单评估患者的分值。

b) 在转科、病情变化时、手术/麻醉后、初次使用易增加跌倒坠床风险药物时、住院期间易跌倒药物调整时须进行再次评估，之后每周或病情发生变化时重新评估。

c) Morse 跌倒风险评分 ≥ 45 分为跌倒高风险，需每 3 天评估一次。每周评估一次。评分 < 45 分，每周评估 1 次。

d) 跌倒坠床风险评分详见附表 5。

4.5 非计划拔管风险评估单

4.5.1 首次评估由责任护士在患者入院后 24 小时内，根据《非计划拔管风险评估单》评估患者的分值。

4.5.2 评分 ≤ 18 分，为低风险，每 3 天评估 1 次。评分 > 18 分，为高风险，每天评估 1 次。病情变化随时评估。

4.5.3 发生管道滑脱的患者按不良事件上报。

4.5.4 非计划拔管风险评估单模板详见附表 6。

4.6 深静脉血栓评估单

4.6.1 及时评估，高风险人群入院 24 小时内、手术后患者即时完成评估。患者住院期间如病情发生变化（手术前 4h、手术后 2h、专科后 24h、出院前 24h 等）需动态评估。

4.6.2 正确评估，深静脉血栓风险每周常规评一次，高度风险每天

评估一次。

4.6.3 评估内容包括患者的健康史，既往有无疾病、手术等诱因；评估测量双下肢大、小腿同一部位周径，了解患肢色泽、温度、感觉、脉搏强度，了解有无肺栓塞症状等。

4.6.4 填写要求无漏项，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，及时完成签字。

4.6.5 进行手术或有创操作的住院患者使用 Caprini 风险评估量表，1-2 分为低危；3-4 分为中危； ≥ 5 分为高危。

4.6.6 内科治疗的住院患者使用 Padua 风险评估量表，0-3 分为低危； ≥ 4 分为高危。

4.6.7 所有内科治疗的肿瘤患者使用 Khorana 评估量表，0 分为低危；1-2 分为中危； ≥ 3 分为高危。

4.6.8 妊娠期或产褥期患者使用妊娠期/产褥期患者评分量表，0-1 分为低危；产前 3 分或产后 1-3 分为高危；24 分为极高危。

4.6.9 Caprini 评估量表模板详见附表 7。

4.6.10 Padua 评估量表模板详见附表 8。

4.7 昏迷评分单

4.7.1 格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 是一种用于评估和计算患者意识水平的工具。

4.7.2 格拉斯哥昏迷评分法从睁眼反应、语言反应、运动反应三个方面评价，最高分为 15 分，表示意识清楚；13~14 分为轻度意识障碍；9~12 分为中度意识障碍；3~8 分为重度意识障碍(昏迷状态)。

分数越低则意识障碍越重。

4.7.3 格拉斯哥昏迷量表模板详见附表 9。

4.8 RASS 躁动-镇静评分单

4.8.1 RASS 躁动-镇静评分单 (Richmond Agitation-Sedation Scale) 是成人 ICU 患者测量镇静质量与深度的最真实与可靠的镇静评估工具, 该评分表的范围从+4 到-5, 用于评估患者的镇静状态。

4.8.2 RASS 躁动-镇静评分单模板详见附表 10。

4.9 出院评估单

出院评估单是患者住院期间, 护士针对所患疾病制定宣教计划, 针对患者现状在生活起居、饮食、运动、康复、用药、复诊等方面进行出院指导的护理过程记录。需符合以下要求:

a) 凡是办理出院的患者都应建立出院评估单。

b) 患者出院前由责任护士对患者进行评估后填写, 不得主观臆断。

c) 在患者出院前 24 小时内完成出院评估, 保存电子病历档案, 无需打印纸质归档病案室。

d) 出院评估单模板详见附表 11。

3 体温单

体温单为表格式, 主要用于记录患者的生命体征及有关情况, 包括眉栏、日期时间记录栏、生命体征记录栏、特殊项目记录栏。

5.1 眉栏

包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历

号。需符合以下要求：

5.1.1 年龄：儿童及成年人年龄以岁为单位，如 25 岁；新生儿年龄以天为单位，如 1 天，分娩出生当日为第一天。

5.1.2 转科：在科别处书写从 A 科转至 B 科，两科之间用箭头表示，如科别：肛肠科二病房→ICU。

5.1.3 转床：在床号处书写从 A 床转至 B 床，两床号之间用箭头表示，如床号：14→15。

5.1.4 入院日期：需填写年-月-日（如：2023-01-01）。

5.2 日期时间记录栏

包括日期、住院天数、手术后天数、时间。需符合以下要求：

5.2.1 住院日期：首页/跨年第 1 栏日期填写，填写年-月-日（如：2023-01-01），翻页第 1 栏日期填写月-日（如：01-01）。

5.2.2 住院天数：住院当日为第 1 日，记录于首页天数的第一栏，自入院当日开始计数，直至出院。

5.2.3 手术（分娩）后天数：自手术（分娩）次日为术后第 1 天，连续书写 14 天，若在 14 天内进行第 2 次手术，则将第 1 次手术天数作为分母，第 2 次手术天数作为分子填写，如第 1 次手术后第三天行第 2 次手术，第 2 次手术术后第一天的表示方法，如 1/3。需多次手术者以此类推。

5.2.4 患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡记录方式及时间：在 40℃—42℃之间纵向填写患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡等，除手术不写具体时间外，其他均按 24 小时制，精确到

分钟，如“入院——八时二十四分”。转入时间由转入科室填写。

5.2.5 患者入院时间应与系统自动生成的时间一致，出院、手术、转入、死亡时间应与相应的医嘱时间一致。

5.3 生命体征记录栏

包括体温、脉搏、心率、呼吸、血压、疼痛评估分数。

5.3.1 体温

5.3.1.1 体温符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。

5.3.1.2 每小格为 0.2℃，按实际测量度数，用蓝色绘制于体温单 35℃—42℃之间，相邻温度用蓝线相连。

5.3.1.3 特殊情况记录：体温不升时，红色注明“不升”二字在 35℃线以下两格。“拒测”、“请假”或“外出”者在 40℃—42℃之间用红色注明，每字一小格，以上情况体温及脉搏线不连接。临时外出回病房后须补测并记录。

5.3.1.4 新入院患者体温正常时每日测量体温三次（8:00—12:00—20:00），连续测量三天后，转为每日一次（12:00）持续监测。

5.3.1.5 物理或药物降温 30 分钟后复测的体温以红圈“○”表示，划在物理降温前温度的同一纵格内，以红虚线与降温前温度相连。

5.3.1.6 重点体温：手术后患者测量手术当天、术后第一天、术后第二天、术后第三天体温，每日测量 4 次（8:00—12:00—16:00—20:00），而后改为每天 1 次（12:00）；发热体温 < 38.5℃，从发热当天开始连测 3 天体温，每日测量 3 次（8:00—12:00—20:00），待体温恢

复正常后改为每天1次（12:00），发热体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ，从发热当天开始连测3天体温，每4小时测量一次（8:00-12:00-16:00-20:00-00:00-04:00），待体温恢复正常后改为每天1次（12:00）或遵医嘱。

5.3.1.7 在院患者应根据病情变化，随时测量体温。如医嘱开具Q2h监测体温，体温单不能满足绘制，则记录在护理记录单中。

5.3.1.8 转科患者从转入即日起，转入科室按照新入院患者每日测量体温三次（8:00-12:00-20:00），连续测量三天后，转为每日一次（12:00）持续监测。

5.3.2 脉搏、心率

5.3.2.1 脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为4次/分，相邻的脉搏以红直线相连。心率用红“○”表示，两次心率之间也用红直线相连。

5.3.2.2 短绌脉的患者，两次心率之间也用红直线相连，在心率与脉搏曲线之间用红斜线填满。

5.3.2.3 脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再在体温符号外划“○”。

5.3.2.4 使用心脏起搏器的患者，心率应以“Ⓜ”表示，相邻心率用红线相连。

5.3.3 呼吸

5.3.3.1 以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

5.3.3.2 如每日记录呼吸2次，应当在呼吸栏目内上下交错记录，第1次呼吸应当记录在上方。如医嘱开具Q2h监测呼吸，体温单不能满足记录，则记录在护理记录单中。

5.3.3.3 使用呼吸机患者的呼吸在体温单相应表格中用以“ $\textcircled{R}$ ”表示标注，入院当日和翻页第一天记录。

5.3.4 血压

5.3.4.1 记录频次：新入院患者当日应当测量并记录血压，根据患者病情及医嘱测量并记录，如为下肢血压应当标注（130/80 下）。

5.3.4.2 记录方式：收缩压/舒张压（130/80）。

5.3.4.3 单位：毫米汞柱（mmHg）。

5.3.4.4 测量血压每天一次，血压录入在前半格，测量血压每天二次，上午血压录入在前半格，下午的录入在后半格，如“120/60|130/70”。测量血压每天三次及以上，或根据患者情况需同时检测血压和脉搏者，则记录在护理记录单中。

5.3.5 疼痛

5.3.5.1 新入院患者应在入院 8 小时内，采用疼痛评估量表对患者进行疼痛常规评分。

5.3.5.2 疼痛评分为 0 分且无疼痛症状，则只需在入院当天评估一次，记录于当前相应时间的疼痛项目栏内。

5.3.5.3 疼痛评分 1-3 分，评估及记录时间每天两次（12:00、20:00）；疼痛评分 4-6 分，评估及记录时间每天三次（8:00、12:00、20:00）；疼痛评分 7-10 分，评估及记录时间每天四次（8:00、12:00、16:00、20:00）。

5.3.5.4 疼痛评分绘制在体温 35℃ 以下栏目内，以黑色“▲”表示，每小格为 2 分，疼痛强度共计 10 分。相邻的疼痛评分以黑色直线相

连。

5.3.5.5 疼痛评分 ≥ 7 分的重度疼痛处理后（静脉 15 分钟后、肌肉注射 30 分钟、口服给药或非药物性干预后 60 分钟后），对患者再次进行疼痛评估，其分数绘制同发热体温绘制，在镇痛处理前评估结果同一纵格栏内绘制“ Δ ”，干预前后疼痛评分之间用黑色虚线相连，下一次疼痛评分应与疼痛处理前疼痛评分相连。

5.3.5.6 术后返回病房时与血压、脉搏及呼吸同时评估一次，记录在相应时间栏内。手术当日 8:00、12:00、16:00、20:00 评估，连续评估三天，三天后按术前疼痛评估的原则进行动态评估。

5.3.5.7 暂停评估和记录的时机：持续疼痛者和停止镇痛泵的术后患者，疼痛评估连续三日显示疼痛强度 < 1 分，可暂停疼痛评估和记录。

5.4 特殊项目记录栏

5.4.1 大便

5.4.1.1 记录频次：应当将前 1 日 24 小时大便次数记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。入院当天应评估记录患者的大便次数。

5.4.1.2 记录符号：患者无大便，以“0”表示；大便一次及以上以具体次数表示；“※”表示大便失禁；灌肠后大便以“E”表示，分子记录大便次数，例：0/E 表示灌肠后无排便，1/E 表示灌肠后大便 1 次，11/E 表示自行排便 1 次灌肠后又排便 1 次，4/2E 表示 2 次灌肠后排便 4 次；“☆”表示人工肛门（入院当日和翻页第一天记录）；大便形态改变及处理的情况书写在护理记录中。

5.4.1.3 与排便相关的护理技术包括灌肠法、口服高渗溶液清洁肠道、简易通便法及肛管排气法。

5.4.1.4 单位：次/日。

5.4.2 尿量

5.4.2.1 记录频次：应当将前一日 24 小时尿量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次，入院日不满 24 小时记录实际时间的尿量，如“15 小时尿量”。

5.4.2.2 昏迷患者、尿失禁患者或需密切观察尿量的患者，应留置导尿。婴幼儿测量尿量应先测量干尿布的重量，再测量尿不湿的重量，两者之差即为尿量。

5.4.2.3 单位：毫升（ml）。

5.4.3 总入量

5.4.3.1 记录频次：应当将前一日 24 小时总入量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次，入院日不满 24 小时记录实际时间总量，如“15 小时总入量”。

5.4.3.2 每日总入量包括饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量等。

5.4.3.3 单位：毫升（ml）。

5.4.4 总出量

5.4.4.1 记录频次：应当将前一日 24 小时总出量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次，入院日不满 24 小时记录实际时间总量，如“15 小时总出量”。

5.4.4.2 每日总出量包括尿量、大便量、呕吐物量、咯出物量（咯血、咳痰）、出血量、引流量、创面渗液量等。

5.4.4.3 患者饮水应使用固定的饮水容器，并测定其容量。固体食物应记录单位数量或重量，再核算其含水量。

5.4.4.4 单位：毫升（ml）。

5.4.5 身高

5.4.5.1 记录频次：新入院患者当日应当测量身高并记录，住院期间根据患者病情及医嘱动态测量并记录。

5.4.5.2 单位：厘米（cm）。

5.4.6 体重

5.4.6.1 记录频次：新入院患者在入院当日应测量体重一次，不能测量者记录“平车”或“轮椅”；住院患者每周需测量体重一次，于每次体温单翻页时填写在翻页第一天的项目栏内。

5.4.6.2 因病情重或特殊原因不能测量者，在体重栏可填上“卧床”，住院期间根据患者病情及医嘱动态测量并记录。

5.4.6.3 单位：公斤（kg）。

5.4.7 生活自理能力（Barthel）评分

5.4.7.1 记录频次：根据患者病情发生变化或护理等级发生变化时进行评分。

5.4.7.2 记录方式：24小时内评分一次，其结果记录在相应时间栏内，若24小时内评估两次，第一次的评分结果打斜杠后记录第二次的评分结果，如“90/50”。

5.4.8 皮试结果

5.4.8.1 记录方式：在执行过敏试验的相应日期栏内填写药物名称及药物过敏试验结果，如“青霉素（+）”。

5.4.8.2 一天内执行两种及以上的药物皮试，同时记录在当天皮试项目栏内。

5.4.9 空格栏

5.4.9.1 可作为需观察增加内容和项目，如记录管路情况等。

5.4.9.2 按医嘱要求，一条引流管记录一栏，引流量用词统一，如“腹腔引流”“胃管引流”“胸腔引流（左）/（右）”“T管引流”等。

5.4.10 体温单模板详见附表 12。

6 医嘱单

医嘱单包括与医嘱相关的表格，如长期医嘱单、临时医嘱单、各种执行单及医嘱查对本。

6.1 医嘱单

6.1.1 医嘱单是医生医嘱所用，包括长期医嘱单和临时医嘱单，内容包括护理常规、护理级别、饮食、体位、活动范围、隔离种类、各种检查、手术、麻醉、治疗以及药物名称、剂量、用法等，医嘱单存于病历中，作为护士执行医嘱的依据。

6.1.2 医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱只包含一个内容，并注明医嘱起始和停止的时间，处理医嘱时也应注明医嘱起始和停止的时

间，并且具体到分钟，护士执行时间晚于开医嘱时间，发现有疑问的医嘱时，落实清楚后再执行。

6.1.3 长期医嘱是指医生开具医嘱起，至医嘱停止，有效时间在 24 小时以上的医嘱，当医生注明停止时间后医嘱失效。长期备用医嘱（PRN）指有效时间在 24 小时以上，必要时用，两次执行期间有时间间隔，由医生注明停止日期后失效。

6.1.4 临时医嘱单是指医嘱有效时间在 24 小时以内、在短时间内或立即执行，限定执行时间的医嘱。执行临时医嘱，应严格在指定时间内执行，并在临时医嘱栏内注明执行人和时间。临时医嘱需立即执行（ST），一般只执行一次。临时备用医嘱（SOS）指自医生开写医嘱起，12 小时内有效，必要时用，过期未执行则失效。

6.1.5 一般情况下，护士不得执行口头医嘱。因抢救急危患者需要执行口头医嘱时，护士应当复诵一遍，双方确认无误后方可执行，抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

6.1.6 药物过敏试验及结果，由医生在临时医嘱单开具医嘱，处理医嘱的护士确认处理时间，执行医嘱的护士确认执行时间和皮试结果，阳性结果用红色“+”表示，阴性结果用蓝色“-”表示，并在患者床头作医院统一标记。

6.1.7 转院、出院、死亡医嘱由医生开具于临时医嘱栏内并注明时间，即表明全部医嘱已停止。死亡医嘱要用红色标注心跳、呼吸停止死亡时间。

6.1.8 医嘱满页或开具出院医嘱后打印医嘱，对“术后医嘱”需要

用双横线用红笔标记。由管床医师、护士长、办公班护士以及医嘱单上出现的其他医生和护士签名确认。

6.1.9 长期医嘱单模板详见附表 13。

6.1.10 临时医嘱单模板详见附表 14。

6.2 各类执行单

6.2.1 执行单是执行医嘱的各类记录单，以便于治疗和护理的实施，包括服药单、注射单、治疗单、输液单。

6.2.2 采取表格式，服药单应写明患者信息、药品名称、剂量、用法用量、用药时间、执行人。注射单括患者信息、注射药物名称、剂量、注射方式（如静脉注射、肌肉注射等）、执行人。治疗单详细记录患者信息、患者信息、治疗项目、治疗时间、治疗部位、治疗穴位、执行人。输液单记录输液药物名称、剂量、输液速度、执行人。

6.2.3 停止或更改医嘱后，及时进行执行单重整，注销相应项目，同时注明停止日期和时间，并由双人核对。

6.2.4 服药单模板详见详见附表 15。

6.2.5 注射单模板详见详见附表 16。

6.2.6 治疗单模板详见详见附表 17。

6.2.7 输液单模板详见详见附表 18。

6.3 医嘱查对本

6.3.1 医嘱查对本用于查对医嘱执行是否准确及时。

6.3.2 医嘱须班班查对，当班护士查对上一班医嘱执行情况。

6.3.3 护士长完成病区每日所有班次医嘱核对情况。

6.3.4 护士长组织每周大查对至少一次，重整各类执行单、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等）护理工作一览表。

6.3.5 每次查对后应在医嘱查对本上及时记录日期、班次、医嘱起止时间、医嘱情况及存在问题、处理措施、查对者签名、护士长签名。

6.3.6 医嘱查对本模板详见附表 19。

7 护理操作护患沟通记录单

护理操作护患沟通书是护士在实施护理操作前和患者和（或）家属沟通，以确保其知悉护理操作的情况和风险，保障患者的知情权，由患者或家属签字认可沟通程序、同意实施的书面告知形式的护理记录。

7.1 记录内容：包括患者的一般信息、临床诊断、护理侵入性/非侵入性相关操作、可能出现但不限于相关的风险、意外及并发症、护患双方签字确认。

7.2 记录频次：在给患者实施相应的治疗/护理，或实施风险告知时。

7.3 护理侵入性操作护患沟通记录单模板详见附表 20。

7.4 护理非侵入性操作护患沟通记录单模板详见附表 21。

7.5 压力性损伤风险护患沟通记录单模板详见附表 22。

7.6 跌倒坠床风险护患沟通记录单模板详见附表 23。

7.7 非计划拔管风险护患沟通记录单模板详见附表 24。

8 护理记录单

8.1 基本内容及要求

8.1.1 护理记录单是护士运用护理程序的方法为患者解决问题的记

录。

8.1.2 护理记录单适用范围：新入院患者；“病危”或“病重”的患者；围手术期患者观察和护理的记录；病情发生变化、需要监护和观察的患者；根据医嘱要求需要观察某些症状、体征的患者，或某些特殊治疗需要重点观察某些症状、体征或其他特殊情况的患者。

8.1.3 建立各类护理记录的表格式、格式化模式，表格底部设计代替文字叙述的相应符号。

8.1.4 各类护理记录单按照在架病历和归档病例顺序要求排列，原则上按时间顺序排列。

8.2 首次护理记录单

8.2.1 适用范围：适用于除 ICU、新生儿、产房以外的所有科室入院患者。

8.2.2 记录内容：包括患者一般信息，入院时间、平诊、急诊、入院方式、入院时病情、主观资料（患者主诉）、客观资料（四诊合参评估）、生命体征、医嘱、护理级别、饮食、主要治疗、中医护理要点及措施（起居护理、饮食护理、情志护理、用药护理、中医特色治疗）、签名。

8.2.3 记录时间：首次护理记录于患者入院后 8 小时内完成。

8.2.4 首次护理记录模板详见附表 25。

8.3 一般/危重患者护理记录单

8.3.1 适用范围：适用于除 ICU、新生儿、产房以外的所有科室入院患者，为提高工作效率，一般患者护理记录单和危重患者护理记录

单进行整合。

8.3.2 记录内容：住院患者住院期间病情变化、护理观察、各种治疗、护理措施等。

8.3.3 记录的频次或停止记录时间应当根据病情或医嘱决定。新患者及手术患者（含手术当日）连续记录三天，每天一次；一级、病危患者每天记录一次；病重患者 2 天记录一次；二级护理、三级护理患者至少每七天记录一次；病情变化随时记录。

8.3.4 患者因病情变化，一般患者护理记录和危重患者记录之间转换时，为体现护理记录连续性，记录之间不留空白，页码接上续编，病历归档时按序排列。

8.3.5 患者由普通病房转入重症监护室时，使用重症医学科护理记录单。

8.3.6 一般/危重患者护理记录单模板详见附表 26。

8.3.7 重症医学科护理记录单

适用于重症监护室（ICU）的患者，是一种表格式记录单，能全面反映患者重要脏器功能状态，能及时地反映病情变化的监测记录。需符合以下要求：

a) ICU 患者检测观察的内容，也就是监护记录重点记录的内容。包括呼吸系统检测内容呼吸形式、频率、节律、深浅度；呼吸困难类型、程度和紫绀程度；吸氧方式、氧流量；呼吸机各参数，如呼吸模式、呼吸频率、压力支持等。循环系统监测内容包括心电监测和血流动力学监测，如心率、心律、无创或有创动脉压监测、中心静脉压等，

还包括体温和末梢循环，如皮肤黏膜的颜色、肢端的温度和湿度等。中枢神经系统监测项目包括数值、瞳孔、四肢反射以及肢体活动等。水、电解质及酸碱平衡监测项目包括出入液量及相关的血液检验结果。肾功能监测内容主要包括尿量、尿比重、血肌酐及尿素氮指标等。

b) 记录基础护理落实情况包括晨晚间护理、皮肤护理、体位、饮食及静脉留置管的护理等。

c) 记录专科护理落实情况包括气管插管的护理、气管切开的护理、各种引流管的护理等。

d) 记录特殊药物如血管活性药物、抗心律失常药物、镇静药物用量、起止时间等。

e) 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。

f) 重症医学科护理记录单模板详见附表 27。

8.4 手术护理及物品清点记录单

手术护理及物品清点记录单是指巡回护士对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术护理及物品清点记录单内容包括患者一般项目、术前准备、术中护理、术后患者交接、所用器械和敷料数量的清点核对等。需符合以下要求：

8.4.1 物品的清点要求与记录

a) 手术开始前，器械护士和巡回护士须清点、核对手术包中各种器械及敷料的名称、数量，并逐项准确填写。

b) 手术中追加的器械、敷料应及时记录。

c) 手术中需交接班时，器械护士、巡回护士要共同交接手术进

展及该台手术所用器械、敷料清点情况，并由巡回护士如实记录。

d) 手术结束前，器械护士和巡回护士共同清点台上、台下的器械、敷料，确认数量核对无误，告知医师。

e) 清点时，如发现器械、敷料的数量与术前不符，护士应当及时要求手术医师共同查找，如手术医师拒绝，护士应记录清楚，并由医师签名。

8.4.2 器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

8.4.3 术毕，巡回护士将手术清点记录单放于患者病历中，一同送回病房。

8.4.4 手术护理及物品清点记录单模板详见附表 28。

8.5 麻醉复苏记录单

适用于所有在麻醉结束后需要转入复苏室观察的患者。需符合以下要求：

a) 记录内容包括患者一般信息，术后诊断、麻醉方式、已施手术名称、通气方式、用药及输液情况、生命体征（心率、血压、呼吸、意识、血氧饱和度、入室体温）、入复苏室时间、出复苏室时间、出室情况（疼痛评分、意识、携带物品或药品等）、签名。

b) 记录时间：患者入复苏室至患者出复苏室期间。

c) 麻醉复苏记录单模板模板详见附表 29。

8.6 日间病房一般护理记录单

日间病房一般护理记录单是日间手术患者按照诊疗计划在一日（24 小时）内入、出院完成的手术或操作（不含门诊手术），因病情

需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过 48 小时，期间所需要完成的护理评估及记录。需符合以下要求：

a) 采用表格式设计，包括患者的一般信息、入院评估及术前相关知识宣教、术前记录及术后记录。

b) 填写要求无漏项，各项内容可选择打勾，若无合适的选择，可在其它栏内描述清楚，及时完成签字。

c) 入院评估内容包括术前生命体征、意识、皮肤情况、过敏史。

d) 术前相关知识宣教内容包括对人员、设施、环境介绍、探陪制度、安全制度（防跌倒/坠床、防烫伤、防火、防盗等）、手术及麻醉方式、术前知识宣教（饮食、活动、心理等）。

e) 术后记录内容包括生命体征测量、患者术后意识、皮肤情况、静脉通路情况、伤口敷料、疼痛评分，有无术后伴随症状、健康宣教、特殊病情记录。

f) 完成时间：入院评估及术前相关知识宣教、术前记录在术前完成，术后记录在术后 8 小时内完成。

g) 日间病房一般护理记录单模板详见附表 30。

8.7 新生儿病情观察记录单

新生儿病情观察记录单采用表格式，适用于新生儿科的全部患儿。需符合以下要求：

a) 记录专科情况包括循环系统：体温/箱温、心率、经皮氧饱和度、面色、肢端、毛细血管充盈度（CRT）、（A）BP；呼吸系统：呼吸频率、氧疗方式、气道分泌物、吸痰耐受情况；排出情况：尿量、

大便、胃肠减压等；营养：喂养方式、医嘱量、完成量、补足量、呕吐情况、鼻饲（进入量、储留量）；用药：口服、静脉、肌肉注射等；记录出入量、尿量；其他项目：反应、抽搐、腹胀、体位等。

b) 具体记录频次为班班记录，病情变化随时记录。

c) 新生儿病情观察记录单模板详见附表 31。

8.8 输血护理记录单

8.8.1 输血护理记录单是对患者输血全过程的原始记录，使用对象为长期或临时医嘱需要输血的患者。需符合以下要求：

a) 输血护理记录要求在输血前、开始输血后 15 分钟、输血结束、输血结束后 4 小时内，以及根据患者情况监测生命体征并做好记录。

b) 输血记录内容包括：输血前五分钟患者的生命体征、神志，执行人签名；输血过程观察记录时间、血袋编号、输血滴数、患者生命体征、神志、输血过程观察有无异常、执行人签名、核对人签名，在输血前和输血结束时须双人核对；输血后观察记录时间、患者生命体征、神志、输血后有无异常、执行人签名。

c) 于手术输血患者，其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中的血量与输血量必须一致，且输血量与发血量也要一致，以确保记录的准确性和一致性。

d) 记录频次：当班完成输血记录。

e) 未完成的输血，科室之间做好交接，转出和转入科室均应完成各时间段的输血护理记录及观察，转出科室记录需记录剩余输血量及观察要点。输血护理记录单是对输血过程的患者生命体征、神志的

观察和记录,而对于输血前后的治疗及护理,如肌肉注射抗过敏药物、生理盐水冲管,以及患者出现不适的特殊处理均须记录在护理记录单中。

8.8.2 输血护理记录单模板详见附表 32。

8.9 静脉导管留置维护护理记录单

8.9.1 静脉导管留置维护护理记录单是护士对患者留置的静脉导管实施维护,以保持穿刺部位清洁无菌、预防导管感染、保证导管通畅、维持导管正常功能的护理过程的记录。需符合以下要求:

a) 凡住院患者留置 CVC、PICC、输液港,责任护士均须填写静脉导管留置维护护理记录单。

b) 如患者 CVC、PICC、输液港院外带入,置管日期填写“院外带入”。

c) 记录单采取表格式,内容包括患者一般信息、置管日期、拔管日期、导管拔除原因、置管目的、导管类别、置管频次、置管部位、导管管腔类型。

d) 维护护理记录内容包括日期、时间、手卫生、体温、导管标识维护标识、导管外露刻度、穿刺点情况、敷料情况、周围皮肤情况、导管功能、输液接头消毒、皮肤消毒、敷料大小、输液接头情况及更换、评估留置导管的必要性等。

8.9.2 静脉导管留置维护护理记录单模板详见附表 33。

8.10 健康教育实施记录单

8.10.1 健康教育实施记录单是记录护士对患者实施健康教育、患者

对教育知识的掌握情况，以及护士、管理者对健康教育的效果进行评价。

a) 住院患者健康教育实施记录单内容包括患者一般信息、健康教育内容、教育方式、对象、评价患者/家属签名、宣教者签名，在相应选项内打“√”。

b) 日期栏填写月、日，如同日期完成数条宣教内容，只须在第一行和最末行写明日期，中间打双点。如只有两行的宣教内容，必须两行均写上日期。

8.10.2 健康教育实施记录单模板详见附表 34。

8.11 产程观察表

是指从孕妇入院后开始至第二产程过程的观察记录。适用范围：产科病区、分娩室的医生、助产士、护士使用，以记录孕产妇及胎儿的情况。

8.11.1 填写各产程的时间，包括产程开始时间、宫口全开时间。

8.11.2 监测及记录内容，包括但不限于以下内容：

a) 生命征监测：产科病区每 2h 监测 1 次；分娩室第一产程每 4 h 监测 1 次（或根据医嘱及产妇情况监测），第二产程必要时监测。

b) 胎心监测：第一产程潜伏期应每小时监测 1 次，活跃期应每 30 分钟监测 1 次，第二产程应每 5-15 分钟监测 1 次直至分娩。

c) 观察宫缩：第一产程潜伏期应每 2-4 小时监测 1 次，活跃期应每 1-2 小时监测 1 次，第二产程应每 5-15 分钟监测 1 次直至分娩。

d) 观察宫颈扩张情况和胎头下降程度：第一产程潜伏期每 4 小

时阴道检查 1 次（可根据产程进展情况缩短或延长检查间隔时间），活跃期每 2 小时阴道检查 1 次。判断内骨盆情况、抬头固定记录胎头下降程度（胎先露下降位置以坐骨棘水平位 0，其上的厘米数为正，其下的厘米数为负，从上到下依次为：-5，-4，-3，-2，-1，0，+1，+2，+3，+4，+5。

e) 宫口扩张程度记录宫口扩张具体数值，单位以厘米表示，如“1cm”。

胎先露记录胎儿先露部位，如“头”则表示头先露。

f) 胎膜破裂的观察：胎膜多在宫口近开全时自然破裂，前羊水流出现。一旦胎膜破裂，应立即听诊胎心，并观察羊水性状和流出量、有无宫缩，同时在备注栏内记录破膜时间、产妇病情变化及相应的处理，签全名。

g) 胎心音须记录胎心部位及次数，胎心部位以符号表示，“圈”代表脐部，“叉”代表胎心，圈叉表示胎心在脐部上、下、左、右的位置。

8.11.3 产程观察表模板详见附表 35。

8.12 分娩记录单

分娩记录单是用于详细记录分娩过程中的各种信息，以更好地监控产程，及时发现和处理异常情况的表单。

8.12.1 产妇规律宫缩进入产程时开始记录直至分娩结束后两小时。

8.12.2 记录内容，包括但不限于以下内容：

a) 分娩情况：分娩日期、产程时间、胎膜破裂时间，精确到分

钟；分娩方式（自然分娩、助产分娩或剖宫产），若为助产分娩，需记录助产方式（如产钳、吸引器等）；新生儿出生时间、性别、体重、身长、阿普加评分、胎方位；胎盘娩出时间，检查胎盘是否完整，有无残留；生产时所用的药物详细记录；出血量的估计，包括胎儿娩出后立即出血量及产后 2 小时内出血量。

b) 产后情况：产妇的生命体征：体温、脉搏、呼吸、血压；子宫收缩情况：子宫底高度、硬度，有无压痛。会阴情况：有无裂伤，裂伤的程度及缝合情况；产后出血情况：量、颜色、性状。

c) 记录应由接生人员或参与分娩过程的医护人员书写，并签名。

d) 对于分娩过程中的特殊情况，如难产、产后出血、新生儿窒息等，应详细记录发生的原因、处理措施及结果。分娩记录应与病历中的其他记录保持一致。

e) 准确记录胎盘娩出的失血量、产后一小时的失血量，生产时所用的药物，会阴损伤情况，缝合针数，新生儿性别及评分，体重，产后一小时的血压、脉搏、宫底高度、宫缩情况。填写异常分娩指征、生后诊断以及处理。

8.12.3 分娩记录单板详见附表 36。

8.13 24 小时出入院护理记录

24 小时出入院护理记录是指患者入院不足 24 小时出院的，可以书写 24 小时内入出院的护理记录。

书写内容包括患者姓名、性别、年龄，入院原因；入院时间应写明年、月、日、时，精确到分，如“2024 年 10 月 29 日 11 时 15 分”；

主诉应写明本次患者就诊时的主要症状和/或体征及其持续时间；住院经过内容包括入院情况、入院诊断、诊疗经过，包括经过何种检查、主要结论是什么、用过何种药物及治疗手段、应写明药物名称剂量、给药途径及治疗效果；出院情况应说明患者病情状况，家属反映是否要求出院或放弃治疗等；出院诊断应写明主要诊断，出院医嘱包括出院途中、出院后的建议及主要治疗方法，注意事项。

9 患者转科中西医护理交接记录单

9.1 患者转科交接护理记录单

患者转科交接护理记录单是指在患者从一科室转移到另一科室时，记录患者在转科过程中的相关信息和护理措施的文档，以确保患者在转科过程中的安全和护理连续性。

9.1.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

9.1.2 交接内容应包括患者一般信息、中西医诊断、转运日期、有无佩戴手腕带、转运方式，患者意识状态、瞳孔、主要体征、过敏史、通气方式、静脉通路及输液情况、伤口敷料情况、各类管道情况、皮肤情况，随同转运的物品药品，特殊交班等内容。

9.1.3 转入、转出科室双方护士明确交接内容后签字，有异议若无法达成共识，及时上报护理部。

9.1.4 患者转科交接护理记录单模板详见附表 37。

9.2 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单

患者手术前后护理交接记录单是记录患者在术前从病房、重症监护室或急诊到手术室，术后从手术室到麻醉恢复室、病房、重症监护室或急诊的转运交接情况。这一过程涉及多个科室和相关医务人员，环节多且风险大，因此需要详细记录患者的交接情况，确保各环节中的相关医务人员衔接紧密、交接正确，减少人为疏漏，保障病人手术安全。

10.2.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

10.2.2 交接内容应包括术前交接记录及术后交接记录。术前交接记录内容包括患者一般信息、中西医诊断、拟手术名称、转运日期、有无佩戴手腕带、转运方式，患者意识状态、瞳孔、主要体征、过敏史、术前准备情况、静脉通路及输液情况、各类管道情况、皮肤情况，随同转运的物品药品，特殊交班等内容。术后交接记录内容包括患者到手术室时间、手术名称、病房及手术室护士签字、转运患者日期、有无手腕带、麻醉方式、转运方式、转入科室、患者主要体征、意识状态、镇痛泵、静脉通路及输液、通气方式、伤口敷料、皮肤情况、术后管道情况、随同转运的物品药品，新生儿情况，特殊交班等内容。

9.2.3 如患者因特殊情况由特检室等非病房科室直接进入手术室，术前评估部分由患者手术前所在的相应科室填写。

9.2.4 转入、转出科室有异议时，若无法解决达成共识，及时上报护理部。

9.2.5 为便于交接，患者手术前后/分娩前后护理交接记录设计在同一张表单中。

9.2.6 患者手术前后/分娩前后护理交接记录单模板详见附表38。

9.3 患者血液透析前后交接护理记录单

患者血液透析前后交接护理记录单是记录血液透析患者在透析前后，由病区护士与血液透析中心护士交接患者的基本信息、病情状况、治疗参数、血管通路情况、用药情况及护理注意事项等内容的记录单，以明确责任，提高血液透析中心与科室之间衔接的紧密性，确保转运过程及时安全。

9.3.1 转出科室须在患者转出前完成患者转科交接护理记录单，并携带患者转科交接护理记录单护送患者至转入科室，转出科室护士同转入科室护士在床旁对患者进行交接。

9.3.2 交接内容包括透析前交接记录及透析后交接记录。透析前交接记录内容患者一般信息、中西医诊断、病房转运患者日期、转运方式、意识状态、主要体征、过敏史、饮食状态、通气方式、静脉通路情况、透析血管通路情况、其他管道情况、皮肤情况、特殊交班内容、患者到血透中心日期时间、交接双方护士签字。透析后交接记录内容包括转入科室、患者意识、生命体征、通气方式、皮肤情况、静脉通路、透析血管通路情况、其他管道情况、特殊交班内容、患者回病房日期时间、交接双方护士签字。

9.3.3 转入、转出科室有异议时，若无法解决达成共识，及时上报

护理部。

9.3.4 为便于交接，患者血液透析前后交接护理记录设计在同一张表单中。

9.3.5 患者血液透析前后交接护理记录单模板详见附表 39。

10 中西医护理会诊单

护理会诊单是护士为提高护理资源利用率、强化护理技术合作、解决疑难护理问题、提高护理质量的护理记录。

10.1 院内护理会诊

10.1.1 科间会诊：由责任护士填写《护理会诊单》，护士长签字同意后送受邀科室，同时向护理部汇报备案。应邀科室及时派出人员进行会诊提出处理意见，并做好会诊记录。科间会诊在 24 小时内完成。

10.1.2 全院会诊：由科室护士长填写《护理会诊单》送护理部，护理部安排相关科室及本部门人员参加。会诊由护士长主持，科室责任护士报告病情，提出需解决的问题，参加会诊人员查看患者后，提出会诊意见，最后由主持人综合会诊意见，总结出解决问题的具体措施并做好会诊记录。危急重症患者全院会诊，在申请科室提出会诊申请的当日完成。

10.1.3 急诊会诊：申请科室在会诊单上注明“急”字，必要时电话联系或派专人急送会诊单直接邀请，护理部或受邀科室立即组织派人参加，急诊会诊在 10 分钟内完成。

10.2 院外护理会诊

由护士长提交《护理会诊单》至护理部，由护理部审批及邀请院

外护理专家进行会诊，被邀院外护理会诊者接到邀请通知，上报护理部备案，会诊结束后上传相关资料存档。

10.3 护理会诊单模板详见附表 40。

11 各类记录归档及排序要求

11.1 体温单、医嘱单、各类护理记录单、手术物品清点单、护理会诊单、护理操作护患沟通书随病历归档。

11.2 健康教育实施记录单、输液记录单保存 1 年；病区交班报告、医嘱查对登记本科室保存 5 年；各类护理评估单随电子病历保存。

七、标准中涉及专利情况

无

八、产业化情况

国家对中医药事业的大力支持以及社会对健康服务需求的增长，但目前因缺乏统一规范，制约了其产业化发展。当前，中西医结合护理市场需求旺盛，政策支持力度加大，产业链初步形成，但标准化程度较低，服务质量参差不齐。为推动产业化，需加快制定统一标准，加强人才培养，推动技术创新，促进产业链融合，并加强品牌建设。随着规范的制定与实施，中西医结合护理产业将朝着标准化、规范化、规模化和品牌化方向发展，为人民群众提供更优质的健康服务。政府、行业协会、企业及社会各界需共同努力，推动产业发展，为健康中国建设贡献力量。

九、与相关国家标准、行业标准及其他标准，特别是强制性标准的协调性

本标准的编制符合护理文书相关的政策法规要求,并以相关标准为依据,与标准要求相一致协调。

十、重大意见分歧的处理依据和结果

无。

十一、贯彻标准的要求和措施建议

本标准发布后,对贵州省中西医结合学会护理专业委员会和贵州省中医护理联盟进行宣贯及培训。

标准编制工作组

2025年5月10日