

卫生部办公厅文件

卫办医政发〔2010〕125号

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

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为切实减轻临床护士书写护理文书的负担，使护士有更多时间和精力为患者提供直接护理服务，密切护患关系，提高护理质量，根据《卫生部关于加强医院临床护理工作的通知》（卫医政发〔2010〕7号）和《卫生部关于印发〈病历书写基本规范〉的通知》（卫医政发〔2010〕11号）（以下简称两个《通知》），决定在医疗机构推行表格式护理文书。现就有关要求通知如下：

一、表格式护理文书类别

根据两个《通知》要求，护士需要填写、书写的护理文书包括：体温单、医嘱单、手术清点记录、病重（病危）患者护理记录。护理文书均可以采用表格式。

二、护理文书内容及要求

护理文书是病历资料的组成部分，书写内容应当与其他病历资料有机结合，相互统一，避免重复和矛盾。书写护理文书应当客

观、真实、准确、及时、规范。

(一)体温单。体温单主要用于记录患者的生命体征及有关情况,内容包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号(或病案号)、日期、住院天数、手术后天数、脉搏、体温、呼吸、血压、出入量、大便次数、体重、身高、页码等。

(二)长期医嘱单。长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号(或病案号)、开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、护士签名、页码。其中,由医师填写开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间。护士每天执行长期医嘱的给药单、输液单、治疗单等,由执行护士签名,不归入病历。

(三)临时医嘱单。临时医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号(或病案号)、日期和时间、临时医嘱内容、医师签名、执行护士签名、执行时间、页码。其中,由医师填写医嘱时间、临时医嘱内容;由执行临时医嘱的护士填写执行时间并签名。

(四)手术清点记录。手术清点记录内容包括患者科别、姓名、性别、年龄、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、输血情况、术中所用各种器械和辅料数量的清点核对、手术器械护士和巡回护士签名等。手术清点记录应当在手术结束后即时完成,由手术器械护士和巡回护士签名。

(五)病重(病危)患者护理记录。病重(病危)患者的护理记录适用于所有病重、病危患者,以及病情发生变化、需要监护的患者。护理记录以护理记录单的形式记录,内容包括患者科别、姓名、年龄、性别、床号、住院病历号(或病案号)、入院日期、诊断、记录日期和时间,根据专科特点需要观察、监测的项目以及采取的治疗和护理措施、护士签名、页码等。护理记录应当根据相应专科的护理特

点设计并书写,以简化、实用为原则。

三、规范护理文书管理

省级卫生行政部门应当规范和指导辖区内医疗机构护理文书书写的管理工作,深入临床一线调查研究,组织制定护理文书样式,稳步推进表格式护理文书的实施,切实减轻临床护士的书写负担,保证临床护理质量。

为规范护理文书书写行为,推进表格式护理文书在医疗机构的使用,我部组织设计了表格式护理文书参考样式(见附件)。请各地结合本地区医疗机构的实际情况和专科特点,在工作中参考使用。

省级卫生行政部门和医疗机构可以结合临床路径的开展和电子病历的推进,探索护理记录的路径化和电子化,不断提高工作效率,为患者提供全面、高效、优质的护理服务。

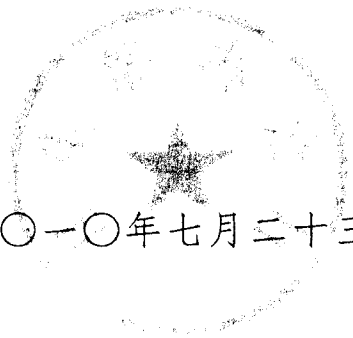
附件:1.《体温单》样式及填写说明

2.《长期医嘱单》样式

3.《临时医嘱单》样式

4.《手术清点记录》样式

5.《护理记录单》样式及填写说明



二〇一〇年七月二十三日

(信息公开形式:主动公开)

附件1

体温单

姓名	年龄	性别	科别	床号	入院日期	住院病历号
日期	2010-03-26	27	28	29	30	31
住院天数	1	2	3	4	5	6
手术后天效						
时 间	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22
脉搏 (次/分)						
体温 (°C)						
180	42					
160	41					
140	40					
120	39					
100	38					
80	37					
60	36					
40	35					
呼吸 (次/分)						
血压 (mmHg)	130/80	135/85	130/75	125/75	140/90	130/85
入量 (ml)	2000	1900	0	2600	2200	2200
出量 (ml)	1000	1000	1200	1100	1300	1400
大便 (次/日)	1	0	0	1	0	1
体重 (kg)	68	卧床				
身高 (cm)	170					

体温单填写说明

按照体温单项目分为楣栏、一般项目栏、生命体征绘制栏、特殊项目栏。填写说明如下：

一、楣栏、一般项目栏、特殊项目栏均使用蓝色、蓝黑色或黑色水笔书写；数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

二、楣栏项目包括：姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号，均使用正楷字体书写。

三、一般项目栏包括：日期、住院天数、手术后天数等。

（一）日期：住院日期首页第1日及跨年度第1日需填写年-月-日（如：2010-03-26）。每页体温单的第1日及跨月的第1日需填写月-日（如03-26），其余只填写日期。

（二）住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

（三）手术后天数：自手术次日开始计数，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。

（四）体温、脉搏描记栏：包括体温、脉搏描记及呼吸记录区。

1. 体温。

（1）40℃-42℃之间的记录：应当用红色笔在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，其余均按24小时制，精确

到分钟。转入时间由转入科室填写，死亡时间应当以“死亡于X时X分”的方式表述。

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

(3) 每小格为 0.2°C ，按实际测量度数，用蓝色笔绘制于体温单 $35^{\circ}\text{C} - 42^{\circ}\text{C}$ 之间，相邻温度用蓝线相连。

(4) 体温不升时，可将“不升”二字写在 35°C 线以下。

(5) 物理降温30分钟后测量的体温以红圈“○”表示，划在物理降温前温度的同一纵格内，以红虚线与降温前温度相连。

2. 脉搏。

(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。

(2) 脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再用红色笔在体温符号外划“○”。

3. 呼吸。

(1) 用红色笔以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

(2) 如每日记录呼吸2次以上，应当在相应的栏目内上下交错记录，第1次呼吸应当记录在上方。

(3) 使用呼吸机患者的呼吸以Ⓡ表示，在体温单相应时间内呼吸30次横线下顶格用黑笔画Ⓡ。

（五）特殊项目栏包括：血压、入量、出量、大便、体重、身高等需观察和记录的内容。

1. 血压。

（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。

（2）记录方式：收缩压/舒张压（130/80）。

（3）单位：毫米汞柱（mmHg）。

2. 入量。

（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。

（2）单位：毫升（ml）。

3. 出量。

（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。

（2）单位：毫升（ml）。

4. 大便。

（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。

（2）特殊情况：患者无大便，以“0”表示；灌肠后大便以“E”表示，分子记录大便次数，例：1/E 表示灌肠后大便 1 次；0/E 表示灌肠后无排便；1¹/E 表示自行排便 1 次灌肠后又排便 1 次；“※”表示大便失禁，“☆”表示人工

肛门。

(3) 单位：次/日。

5. 体重。

(1) 记录频次：新入院患者当日应当测量体重并记录，根据患者病情及医嘱测量并记录。

(2) 特殊情况：如因病情重或特殊原因不能测量者，在体重内可填上“卧床”。

(3) 单位：公斤（kg）。

6. 身高。

(1) 记录频次：新入院患者当日应当测量身高并记录。

(2) 单位：厘米（cm）。

7. 空格栏。

可作为需观察增加内容和项目，如记录管路情况等。

使用 HIS 系统等医院，可在系统中建立可供选择项，在相应空格栏中予以体现。

附件 2

长期医嘱单

[illegible]

附件 3

临时医嘱单

[illegible]

附件 4

手 术 清 点 记 录

科别_____ 姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 住院病历号_____

手术日期_____年____月____日 手术名称_____

输血: 血型_____ 血液成分名称_____ 血量_____ ml

器械名称	术 前 清 点	术 中 加 数	关 体 腔 前	关 体 腔 后	器械名称	术 前 清 点	术 中 加 数	关 体 腔 前	关 体 腔 后
卵 圆 钳					咬 骨 钳				
巾 钳					骨 刀、凿				
持 针 钳					拉 钩				
组 织 钳					刮 匙				
大弯血管钳					脊柱牵开器				
弯 血 管 钳					腹腔牵开器				
直 血 管 钳					胸腔牵开器				
蚊 式 钳					有 齿 镊				
直 角 钳					无 齿 镊				
扁桃腺钳					刀 柄				
柯 克 钳					手 术 剪				
胃 钳					吸 引 头				
肠 钳					电 烧 (头)				
取 石 钳									
胆 石 刮									
胆道探子					大 纱 垫				
肾 蒂 钳					小 纱 垫				
输 尿 管 钳					纱 布				
沙 式 钳					纱 条				
持 瓣 钳					棉 片				
阻 断 钳					棉 签				
肺 叶 钳					阻 断 带				
心 房 钳					花 生 米				
心 耳 钳					缝 针				
哈 巴 狗					注 射 器				
气 管 钳					针 头				
剥 离 子					棉 球				
髓 核 钳									

手术器械护士签名 _____

巡回护士签名 _____

体内植入物条形码粘贴处:

填表说明:

1. 表格内的清点数必须用数字说明, 不得用“√”表示。
2. 空格处可以填写其他手术物品。
3. 表格内的清点数目必须清晰, 不得采用刮、粘、涂等方法涂改。

本表为参考表, 由于不能涵盖所有手术器械, 建议医院根据实际设定器械名称。

附件 5

护理记录单

[illegible]

第 页

本表为参考表，医院应当根据本院各专科特点设定记录项目。

护理记录单填写说明

一、适用范围

- (一) 病重、病危患者。
- (二) 病情发生变化、需要监护的患者。

二、眉栏部分

楣栏项目包括：科别、姓名、年龄、性别、床号、住院病历号、入院日期、诊断。

三、填写内容

(一) 意识。根据患者实际意识状态选择填写：清醒、嗜睡、意识模糊、昏睡、浅昏迷、深昏迷、谵妄状态。

(二) 体温。单位为℃，直接在“体温”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。

(三) 脉搏。单位为次/分，直接在“脉搏”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。

(四) 呼吸。单位为次/分，直接在“呼吸”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。

(五) 血压。单位为毫米汞柱 (mmHg)，直接在“血压”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。

(六) 血氧饱和度。根据实际填写数值。

(七) 吸氧。单位为升/分 (L/min)，可根据实际情况在相应栏内填入数值，不需要填写数据单位，并记录吸氧方式，如鼻导管、面罩等。

(八) 出入量。

1. 入量。单位为毫升 (ml), 入量项目包括: 使用静脉输注的各种药物、口服的各种食物和饮料以及经鼻胃管、肠管输注的营养液等。

2. 出量。单位为毫升 (ml), 出量项目包括: 尿、便、呕吐物、引流物等, 需要时, 写明颜色、性状。

(九) 皮肤情况。根据患者皮肤出现的异常情况选择填写, 如压疮、出血点、破损、水肿等。

(十) 管路护理。根据患者置管情况填写, 如静脉置管、导尿管、引流管等。

(十一) 病情观察及措施。简要记录护士观察患者病情的情况, 以及根据医嘱或者患者病情变化采取的措施。

抄送：国家中医药管理局，总后卫生部，部直属有关单位，有关大学医院
管理部门，部管医院，中国医院协会、中华护理学会。

卫生部办公厅

2010年7月28日印发

校对：王曼莉