

安徽省护理质量控制中心

关于“安徽省护理文书书写规范”及评定标准 (2018 修订稿)的指导意见

各市护理质控中心及有关医院：

护理文书是护士对患者进行病情观察和实施护理措施的原始文字记载。为了统一全省护理文书书写质量评定标准，安徽省护理质控中心组织专家修订了“安徽省护理文书书写规范”及评定标准（2018 修订稿）。现统一下发供大家参照执行。在使用过程中对存在的问题及建议及时反馈护理质控中心。

安徽省护理质量控制中心

二〇一八年六月二十五日

关于“安徽省护理文书书写规范”及评定标准 (2018 修订稿) 补充规定

各医疗机构：

为提高我省护理文书书写质量，促进全省护理文书的规范化、同质化管理，根据卫计委相关文件精神，结合 2017 年我省护理文书书写质量督查中发现的问题，通过征求全省 14 个市级质控中心的意见，现对安徽省护理文书书写规范作以下补充规定。

一. 住院护理文书质量评定标准

1. 总分 10 分，评分表是按 100 分制的，最后折合成 10 分。需归档护理病历表单缺 1 项扣该项分值，病危护理记录单遗失者为丙级病历。

二. 医嘱单

1. 电子医嘱：PDA 扫描者以扫描执行为准；无 PDA 扫描者以护士执行医嘱时间为准。

2. 纸质医嘱：同一时间段下达多项长期医嘱，上下医嘱护士签时间、姓名，中间打“〃”即可。临时用药医嘱中同时下多项/组医嘱，护士需逐项/逐组签时间、姓名，如果无特殊用药，可写续加、签名，中间不能打“〃”。

3. 根据“安徽省病案质量评定标准”第 78 条，在原有基础上修改为“使用电子病历系统，开具或执行医嘱时需严格使用本人的账号和密码，无需手写签字。相关辅助检查医嘱，遵循谁执行、谁签名、谁负责的原则，非护士执行的医嘱具体执行人及时间见相关报告单等。”

三. 住院患者护理记录

一级护理下病重者（二级护理原则上不得下病重医嘱），记录在相应的

护理记录单上，2天记录1次，有病情变化随时记录。

四. 需归档病历的护理相关记录

1. 体温单

2. 医嘱单（包括长期医嘱单、临时医嘱单）

3. 住院患者护理记录单：

①住院患者入院护理评估记录单

②内、外科住院患者护理记录单

③病危（重）患者护理记录单

④围手术期护理记录单（单含手术清点记录、介入手术护理记录单）

⑤产科护理记录单及新生儿护理记录单

⑥专科护理记录单（血液透析、PICC穿刺、急诊抢救记录单等）

⑦患者转运交接单

4. 特殊操作告知书（如约束、PICC告知书等）

5. 跌倒坠床、压力性损伤、ADL风险评估单等

本补充规定自2018年7月1日执行。



安徽省护理质量控制中心

2018年6月25日