# 第五部分护理管理工作制度

## 护理部工作制度

 1、护理部有健全的管理体制，在主管护理副院长的领导下，对全院护理实行二级管理，对护士长垂直领导。

 2、根据医院工作计划，结合全院护理工作实际情况，做到月有安排，年有计划，并组织实施，月底、年终有总结。

 3、依据医院的功能任务制定护理工作服务理念，建立健全各项规章制度，规范中西医护理操作流程，应急预案，疾病护理常规，制定质量控制标准和各类人员职责。

 4、护理部管理以护理质量管理为主线，对照质控标准，全院临床护理工作质量每月有检查、有分析、有整改、有总结，持续改进，形成一套完整的质量控制体系。

 5、制定各级各类人员在职培训计划，巩固“三基”，强化培训，组织业务查房和护士业务学习讲座，加强安全教育，融入中医护理知识，人文护理等，提升专科知识，全面提高护理队伍服务本领。

 6、充分发挥中医护理优势，开展特色服务项目，完善中医护理特色评价细则，使其更加贴近临床、贴近患者。

 7、不断修订完善护理缺陷管理制度，对护理缺陷有登记、有上报、有分析，有整改。

 8、定期召开护士长会、组织行政查房、护理部办公会，经常（每周至少2次）深入临床一线，检查和协调临床科室实际问题，及时了解各种信息，做好动态管理。

9、收集、统计各种护理信息数据，并上报有关部门。

## 门诊工作制度

一、护理人员自觉遵守规章制度，坚守工作岗位，不迟到早退，不脱岗，不聊天。

二、护理人员衣帽整洁、仪表端庄、语言规范有礼貌。

三、各科室整洁安静，环境优美。

四、候诊秩序良好、无围观分诊台和医生，无吸烟。

五、分诊台工作制度健全，岗位责任明确。值班人员提前10分钟到岗，并做好开诊准备，按时分诊。

六、做到初、复诊分类，传呼患者及时安排就诊。

七、服务态度好，热情接待患者，耐心解释，做好健康宣教工作。

八、加强巡视，对老弱病残及危重患者尽量予以照顾，及时安排就诊。

九、根据病情，对复诊患者尽量安排在前次诊治的医生就诊。

十、协助专家门诊维持秩序，使专家和患者能在安静的环境中诊治。

十一、有便民措施，设征求意见本，对提出的意见有处理措施。

十二、消毒隔离制度有实施措施，避免交叉感染，发现传染病技术按传染病要求进行管理。

十三、准确填报门诊量日报表。

十四、护士长工作符合达标要求。

## 急诊室护理工作制度

一、急诊室护士必须坚守岗位，严阵以待，在接诊、抢救、观察病情的过程中，分工合作，各守其职，紧密配合，严格交接班。

二、根据各科急诊范围，护士通过望、问、闻、切病史，测量体温、脉搏、呼吸、血压，进行初步分诊，急重症患者到急诊室后先抢救后挂号，在医生未到之前，护士应予以急救处理，如针刺、吸痰、吸氧、止血、胸外按压、人工呼吸等，并准确记录危重患者到达时间，抢救时间及送患者住院时间或死亡时间。

三、急诊室护士要熟练掌握急救的基本技术和常用仪器的操作，熟悉抢救程序和急救药品的使用，配合抢救时应严肃、认真、迅速、及时、准确，并严格执行三查八对制度，防止差错事故的发生。

四、急救室备齐各类中西抢救药品，器材和物品。做到专人管理，定位放置，定期检查，定期消毒，定量保养、维修，用后及时请领、补充。各类急救药品、器材不可任意挪动或外借，保证抢救患者随时可用。

五、不宜挪动的危重患者，在急救室就地抢救，待病情相对稳定后，护送病房；凡需急诊手术者，根据医嘱做好术前准备，通知手术室，做好护送工作，详细交班。

六、遇有大批外伤、中毒患者，除组织抢救外，应立即报告科主任和院领导，以便领导组织抢救队伍。凡涉及法律、刑事纠纷者，在抢救同时，及时向有关部门报告。对患者的贵重物品，由两名医护人员清点，写好收据，妥善保管。

七、各诊室保持清洁、整齐，遇有传染病，做好疫情报告和消毒隔离工作。

## 手术室工作制度

一、凡手术室工作人员，必须严格遵守无菌原则，保持室内整洁、肃静。进入手术室时必须穿戴手术室的鞋、帽、隔离衣及口罩。

二、进手术室见习参观，二人以内的需经科室负责人和手术室护士长同意，三人以上的需报告医务科业务副院长批准。参观或见习手术者，应接受院方医务人员的指导，不得任意行走出入。

三、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，各项急诊手术的全套器材、电器和蒸汽设备经常检查，以保证手术正常进行。手术室器械一般不得外借，如外借时，须经手术室护士长同意，麻醉药与剧毒药应有明显标志，加锁保管，根据医嘱并经过仔细检查对方可使用。

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

五、手术通知单须于前一日交手术室以便手术室准备，急诊手术通知须经主治医师或值班医师签字。

六、手术室在接到常规手术通知单后，巡回护士应在术前访视患者，向患者介绍手术室环境。手术过程及术中注意事项，以取得患者的配合。

七、术中随时了解患者情况，特别对清醒患者的心理状态做好术中情志护理。

八、接手术患者时，要带病历并核对患者姓名、年龄、床位、手术名称和部位，防止差错，患者要穿医院衣服进入手术室。

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

十、术后要及时回防，征求患者意见，与病区主管护士共同做好围手术期患者的整体护理工作。

十一、手术室在夜间及假日应设专人值班，以便随时进行各种急诊手术。

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

十三、手术室每周清扫一次，每月作细菌培养一次（包括空气，洗手护士消毒后手和消毒后的物品）。

十四、负责保存和送检手术采集的标本。

## 供应室工作制度

一、无菌室制度

（一）、室内工作人员必须衣帽整齐，戴口罩，保持室内无菌状态，非本室人员禁止入内。

（二）、无菌物品必须分门别类，按顺序固定位置存放，近期消毒物品放存在下面，远期物品放在上面，防止过期。并有明显标记，取拿方便。

（三）、经常检查消毒物品的有效期，如有过期者应重新消毒。

（四）、未经消毒灭菌的物品，不得带进无菌室。

（五）、拿取无菌物品，用无菌镊子，保持发放的物品绝对无菌。

（六）、应保持各种浸泡液浓度，定期更换。

（七）、室内保持整洁，每日用紫外线消毒1～2次。

二、消毒室制度

（一）、严格区分有菌区、无菌区，物品分别放置。

（二）、根据物品性质采用适当的灭菌方法，严格掌握灭菌程序和时间。

（三）、灭菌前要检查包装规格，不可包的过大（每包不得超过长55cm，宽33cm，高22cm），以免影响消毒效果。

（四）、灭菌前须检查包布是否双层，有无破损，包扎是否严密，放置玻璃器材时不得挤压，装锅后消毒员不得擅自离开，应严格掌握压力、时间和操作规程，以保证灭菌效果和安全。

（五）、拿取无菌物品时，必须洗净双手，灭菌时戴口罩、帽子，穿工作服。

（六）、每次消毒时均用测试剂检测消毒效果，以保证灭菌的有效性，每月做一次细菌培养。

（七）、做好高压灭菌器的保养、维修，以保证灭菌性能良好，如出现问题应及时报告进行检修。

三、洗刷间制度

（一）、凡是回收的各种物品经清点后，分门别类放置规定的污物区。

（二）、必须严格执行浸泡、冲洗、安装等操作规程。

（三）、刷洗及包装必须认真细致，各组既有明确分工，又有密切联系，相互协助。

（四）、包装各种物品和治疗包时，需认真细致，准确无误，经两人核对后标明责任者代号，并注明名称、消毒日期。

（五）、室内保持清洁整齐，每日用紫外线消毒一次。

四、物品交换制度

（一）、牢固树立以病人为中心，为临床一线服务思想，坚持下收下送。

(二)、下收下送时分清消毒物品和污染物品，做到双人双车，消毒物品与污染物品分开。

(三)、交换室严格区分污染区，收脏物和发放消毒物品分两个窗口进行。

(四)、交换物品时要精神集中，当面点清，分清责任，避免换错。

（五）、各种用过的物品，必须经初次浸泡消毒，冲洗干净后再于供应室交换。

## 护理部与相关部门协调关系制度

 为保障“二级中医医院评审”、“优质护理服务”、“三好一满意”、工作模式的顺利开展，有力推进中医护理工作，构建和谐工作环境，及时解决实际问题，确保临床护理工作高效运转。特制订护理部与医院、药剂、后勤等相关部门的协调机制。

一、成立专项领导小组

 组 长：张汉娟副院长

 副组长：王家兰

 成 员：各职能部门负责人

 职责：

 （1）需要两个或两个以上科室协助护理部解决的问题。

 （2）在工作过程中出现的新任务、新项目、护理部不能独立完成的工作。

 （3）护理管理和临床护理工作中，由于职责划分不清，需要医院层面协调解决的问题。

 2、参会人员范围：专项领导小组的组长、副组长、涉及本次协调内容的相关部门负责人。

 3、会议由主管护理的院领导主持，护理部主任提出本次协调会议需要解决的问题。

 4、各相关部门应在会议的1周内给予护理部回复。

二、保障措施

 通过召开护理部门与相关部门协调会议无法解决的问题，提请党政职能部门联席会议研究，若仍然不能解决，提请院办公会或党政联席会进行讨论。

## 护理质量管理制度

 一、成立三级护理质量控制组织，负责全院的护理质量监督、检查、评价、指导与质量持续改进工作。

 二、依据属相关法律法规和《云南省医院护理质量控制手册》内容，修定、完善医院护理质量控制标准、规章制度、护理缺陷管理等。

 三、定期监督、检查各项护理规章制度、岗位职责、护理常规、操作规程落实情况，发现问题及时修改。

 四、检查形式采取综合检查、重点检查、交叉检查、专项检查、夜班检查等。

 五、护理质控检查要求：

 （一）全院各病区每月检查不得少于1次，做到有检查、有问题、有整改、有记录。

 （二）护理部每季度调查住院病人满意度1次。

 （三）逐年规范护理技术操作，统一培训并考核。

 六、对患者及家属的投诉、纠纷及护理安全隐患，要调查核实并讨论分析，提出改进措施做出相应投诉反馈。

 七、每月汇总各种质控检查结果，作为护理部和科室质量改进的参考依据，并列为再次质控考核的重点。

 八、皮肤压疮、差错、事故登记完整，及时上报汇总，并登记。

 九、每月质控结果报质监审室，与科室质控挂钩。

## 责任制整体护理制度

 整体护理工作是管理工作的重要组成部分，其特点是工作细致、复杂、涉及面广，具有严格的时间性、连续性、衔接性和群体合作性。

 一、管理分工明确，熟悉本科护理服务承诺，规范护理文书。

 二、运用护理程序和护理专业知识和技能管理病人，做好全面身心护理。

 三、对病人24小时进行不间断的治疗、护理和病情观察，满足病人的需要。

 四、制定有专科特色的健康教育计划，健康教育效果好。

 五、责任护士常在病房，能体现“以病人为中心”的服务宗旨。

 六、针对病人制定个性化护理措施，及时、准确发现护理问题，保证服务对象接受安全、有效的护理服务。

 七、掌握病人对整体护理工作的反馈信息，不断修改，完善符合整体护理的质量标准。

 八、出院病人有满意度调查表，患者满意度达95%以上。

## 医嘱执行制度

 一、凡用于患者的各类药品，各类检查和治疗项目，医师应下达医嘱。护士转抄、校对和整理医嘱必须准确、及时、不得涂改。

 二、护士在转抄各项治疗、护理时，对可疑医嘱，必须与医生核对后再转抄，护士除抢救患者外不得执行口头医嘱，抢救患者执行口头医嘱，护士应复诵无误后方可执行，并保留所用安瓿，经二人核对后，方可弃去。事后督促医师及时，据实补记医嘱，护士再次核对、对置医嘱并签名。

 三、查对医嘱：护士每班核对医嘱，护士长每周组织总查对一次，值班者应随时查看有无新开医嘱，交接班时应检查医嘱是否处理完毕。药物试验须双人查对后，执行双签字。执行输血医嘱时必须由两名护士认真核对并签名。

 四、按时执行医嘱，临时医嘱15分钟执行，长期医嘱对急危重患者处置时间不超过30分钟，平诊患者不超过1小时。

 五、凡需下一班执行的临时医嘱，要交班，并做好记录。

## 分级护理制度

 一、患者入院后，由医师根据病情决定护理级别，下达行医嘱。

 二、分级护理为特级护理、一、二、三级护理，并有统一标记。患者一览表和床头牌上有分级护理标志，标志应与护理级别吻合，根据医嘱及时更改。患者住院期间，应根据级别要求进行护理。

 三、分级护理范围：

 特级护理：病情危重或大手术后，随时可能发生意外的病人。

 一级护理：重病、大手术后需严格卧床休息以及生活不能自理的病人。

 二级护理：病情较理或重病恢复期、年老体弱生活不能完全自理的患者。

 三级护理：适用于病情较轻或康复期的病人。

 四、患者分级护理要求

 特级护理

 （一）严密观察患者病情变化，监测生命体征；

 （二）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

 （三）根据医嘱，准确测量出入量；

 （四）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

 （五）保持患者的舒适和功能体位；

 （六）实施床旁交接班。

 一级护理：

 1、每小时巡视患者，观察患者病情变化；

2、根据患者病情，测量生命体征；

 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

 4、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

 5、提供护理相关的健康指导。

 二级护理：

 1、每2小时巡视患者，观察患者病情变化；

 2、根据患者病情，测量生命体征；

 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

 4、根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

 5、提供护理相关的健康指导。

 三级护理：

 1、每3小时巡视患者是，观察患者病情变化；

 2、根据患者病情，测量生命体征；

 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

4、提供护理相关的健康指导。

## 中医医院分级护理制度

分级护理是指根据患者住院期间疾病的不同、病情轻重不一而采取不同的护理级别。护理级别可分为特级护理、一、二、三级护理。各级护理均应体现“以患者为中心”的整体护理，使患者得到全身心护理。

特级护理

 （一）、护理指征

1、严重的脏腑功能衰竭及随时需要抢救的患者。

2、各种复杂或新开张的大手术需监测救治的患者。

3、严重复合伤及大面积烧伤的患者。

（二）、护理要求

1、设专人护理、有条件者将患者安置到抢救室或监护室。

2、严密观察病情变化和生命体征，认真做好交接班及危重患者的护理记录。

3、准备抢救仪器、器械和抢救药物。

4、及时执行医嘱，落实各项治疗措施、

5、了解患者心理，给予必要心理疏导。

6、做好基础护理和生活护理。

二、一级护理

（一）、护理指征

1、病情危重需严格卧床休息，生活完全不能自理的患者。

2、各种大手术后，生活完全不能自理的患者。

3、生活可以部分自理，但病情随时可能发生变化的患者。

（二）、护理要求

1、随时观察病情变化，落实各项治疗、护理措施，认真填写护理记录单。

2、做好基础护理和临证（症）施护。

3、做好情志护理，给予心理疏导。

4、认真做好有针对性的健康指导。

三、二级护理

（一）、护理指征

1、病情趋于稳定，需要卧床的患者。

2、病情较平稳，仍需要限制活动的患者。

3、慢性病、老年体弱需搀扶下地活动者，需协助完成各项生活护理的患者。

（二）、护理要求

1、定时观察患者病情、特殊治疗或特殊用药后的反应，做好临证（症）施护及护理记录。

2、协助患者做好晨晚间护理。

3、根据不同的疾病，做好饮食调理及情志护理。

4、满足患者对健康知识的需求，提高患者自我管理能力。

四、三级护理

（一）、护理指征

1、各种病情稳定、恢复期的患者。

2、一般慢性病、手术前准备、术后恢复期、正常产妇等。

3、生活能自理的患者。

（二）、护理要求

1、注意观察病情变化，做好临证（症）施护。按常规测量体温、脉搏、呼吸，指导患者的饮食及休息。

2、向患者介绍有关规章制度，注意遵守作息时间，配合治疗和护理。

3、指导患者锻炼，做好情志护理。

4、满足患者对健康知识的需求及做好患者的出院指导。

## 查对制度

 一、执行医嘱，严格“三查八对一注意”。“三查”：服药、注射及各种治疗前、中、后各查对一次。“八对”：对床号、姓名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期，“一注意”：注意服药后反应。

 二、清点药品和使用药品前，应检查药品质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

 三、给药前注意询问有无过敏史。使用毒、麻、精神药品要经过反复核对。

 四、摆药注意四个不用：

 （一）不用无标签或标签不清的药物。

 （二）不用变色、混浊或有沉淀的药物。

 （三）不用可疑及过期的药物。

 （四）不用内服、外用、剧毒药物的标签与药瓶混淆的药物。

## 交接制度

一、病房护士实行24小时三班轮流值班制，值班人员履行各班职责

护理患者。

二、每天晨会集体交接班，全体医护人员参加，一般不超过15分钟。由夜班护士详细报告重危及新入院患者的病情、诊断及护理等有关事项。护士长根据报告作必要的总结，简明扼要的布置当天的工作。
 三、交班后，由护士长带领接班者共同巡视病房，对危重患者、手术后患者、待产妇、分娩后、小儿患者以及有特殊情况的患者进行床头交接班。
 四、对规定交接班的毒、麻、剧、限药及医疗器械、被服等当面交接清楚并签字。
 五、除每天集体交接班外，各班均需按时交接。接班者应提前10—15分钟到科室，清点应接物品，阅读交接班报告和护理记录单。交班者向接班者交清患者病情，并对危重、手术、小儿患者以及新入院患者进行床头交接。未交接清楚前，交班者不得离开岗位。凡因交接不清所出现的问题由接班者负责。
 六、值班者在交班前除完成本班各项工作外，需整理好所用物品，保持治疗室、护士站清洁，并为下一班做好必要的准备。
 七、交班内容
 患者的心理情况、病情变化、当天或次日手术患者及特殊检查患者的准备工作及注意事项。当天患者的总数、新入院、出院、手术、分娩、病危、死亡、转科(院)等及急救药品器械、特殊治疗和特殊标本的留取等。
八、交班方法
 （一）、文字交接：每班书写护理记录单及病情动态日报表，进行交班。
 （二）、床头交接：与接班者共同巡视病房，重点交接危重及大手术患者、老年患者、小儿患者及特殊心理状况的患者。
 （三）、口头交接：一般患者采取口头交接。

## 值班、交接班制度

 一、值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证诊疗、护理工作准确、及时、安全不间断地进行。

 二、值班人员要做好病区管理工作，加强安全管理，遇有重大问题，及时向上级请示报告。

 三、值班人员要掌握患者的病情变化，按时完成各项治疗护理工作，要严密观察危重患者，负责接收新入院患者。

 四、值班者必须在交班前完成本班各项护理工作和记录，整理好物品，特殊情况应作详细交班。白班应为夜班做好充分的工作准备。如抢救药品、用物及常规用物等。

 五、按时交接班，清点交班物品、药品，阅读交班报告、护理记录等。在接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位，接班中发现患者病情、治疗、器械、毒麻精神贵重药品、物品等问题应当面提出，由交班者负责，接班后因交接不清，而引发的问题由接班者负责。

 六、每日早晨集体交接班，由科主任或护士长主持，全体在班人员参加，值班护士报告患者流动情况和新入院、危重、手术前后、特殊检查等患者的病情，领导讲评并布置当天工作。

七、严格执行交接班检查制度，做到“一巡视、四看、五清楚、五查”。

“一巡视”：交接班人员应共同巡视重危、大手术及病情有特殊变化的患者，进行床旁交接班。接班者应了解病区患者在位和去向。

 “四看”看医嘱本、看交班报告，看重点患者体温单、看各项护理记录是否完整。

 “五清楚”：对毒麻精神药品的数量当面交接清楚，并登记签名，做到钥匙随身带；对新入、手术、产后、重危患者的病情交接清楚：待执行的医嘱及各种临时治疗等交接清楚；对大手术、危重患者、正在静脉输血、输液或特殊检查的患者必须到床旁交接清楚；急救器材、药品及有关物品交接清楚。

“五查”：查看新入院患者的初步处理情况；查手术患者准备是否完善；查危、重、瘫痪患者皮肤；查患者排泄物处理是否妥善；查患者各种导管是否通畅。

## 抢救工作制度

一、定期对护理人员进行急救知识培训，提高其抢救意识和抢救水平，抢救患者时做到人员到位、行动敏捷、有条不紊、分秒必争。

二、抢救时做到明确分工，密切配合，听从指挥，坚守岗位。

三、每日核对抢救物品，班班交接，做到帐物相符。各种急救药品、器材及物品应做到“五定”：定数量品种、定点放置、定专人管理、定期消毒、灭菌、定期检查维修。抢救物品不准任意挪用或外借，必须处于应急状态。无菌物品须注明灭菌日期，保证在有效期内使用。
 四、参加抢救人员必须熟练掌握各种抢救技术和抢救常规，确保抢救的顺利进行。
 五、严密观察病情变化，准确、及时填写患者护理记录单，记录内容完整、准确。
 六、严格交接班制度和查对制度，在抢救患者过程中，正确执行医嘱。口头医嘱要求准确清楚，护士执行前必须复述一遍，确认无误后再执行；保留安瓿以备事后查对。及时记录护理记录单，来不及记录的于抢救结束后6小时内据实补记，并加以说明。
 七、抢救结束后及时清理各种物品并进行初步处理、登记。
 八、认真做好抢救患者的各项基础护理及生活护理。烦躁、昏迷及神志不清者，加床档并采取保护性约束，确保患者安全。预防和减少并发症的发生。

## 静脉输液前的告知制度

尊敬的病友及家属:

 在未来的时间内，您将接受静脉途径的药物治疗，在进行静脉输液的时候，护士会根据你的病情，为您调节好点滴的速度，以免引起不必要的后果，在输液过程中，请您遵医嘱，不要擅自离开病床，特此告知。

## 给药制度

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

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

三、严格执行“三查八对”制度。

三查：操作前、操作中、操作后查。八对：床号、姓名、药名、浓度、剂量、用法、时间、效期。

四、做治疗前，护士要洗手、戴帽子、口罩，严格遵守操作规程。

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

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

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

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

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

## 供应室消毒隔离制度及工作职责

一、供应室周围环境应整洁，无污染源。严格区分无菌区、清洁区、污染区，路线采用强制通过的方式，不准逆行。严格区分无菌物品、清洁物品和污染物品，流水操作不逆行。消毒与未消毒物品须严格分开放置，并有明显标志，各个区域有专用抹布和拖把，不得交叉使用。

二、工作人员操作前后认真洗手；必须熟练掌握各类物品的消毒、洗刷、清洁和灭菌的方法程序和质量要求以及各类物品的性能、保养方法和使用范围。

三、供应室工人必须经培训后方可上岗，消毒员应持有上岗证。

四、供应室内保持清洁、整齐，墙上无灰尘、霉点、裂缝、蜘蛛网。每天用消毒液擦拭各个工作室内物体表面一次，地面用消毒液拖地，每周一次大扫除。

五、无菌物品收发、污染物品的接收，均应有单独窗口和专职人员。

六、送回供应室的医疗器械，必须先用多酶液浸泡后再洗净擦干，经高压蒸气灭菌后备用。

七、下收下送配有专人分别负责无菌物品的发送、污染物品的接收。下送车有明显标志，每次收发回来应用消毒液擦拭下送车，每周用消毒液彻底擦拭。

八、压力蒸汽灭菌操作程序严格按照《消毒技术规范》执行。使用时必须进行工艺监测、化学监测、生物监测。工艺监测必须每锅进行。生物监测每月进行一次，所有的监测必须作好详细记录，资料保存3年。

九、已灭菌物品应立即存放于无菌间。无菌室应干燥通风，排气扇向外排风，室内、柜内清洁，无积灰。

十、进入无菌室前要洗手、戴口罩、更衣换鞋。

十一、无菌物品接收时，应检查无菌包标记是否完整、包布是否清洁干燥。

十二、灭菌合格物品必须有明确的灭菌标识和有效期，专室专柜存放，并且有效期不得超过七天。过期或有污染可疑的必须重新灭菌。

十三、无菌室每天空气消毒两次，每次60分钟，并有记录。

十四、供应室室内组装间、无菌间必须每月做空气监测一次；各区域的物表、工作人员的手必须每月进行一次微生物监测。所有的监测必须作好详细记录，资料保存3年备查。

十五、一次性使用无菌医疗用品，须拆除外包装后，方可进入无菌室单独存放，并严格按照一次性医疗用品管理办法实施管理。

## 隔离制度

一、传染患者入院按常规隔离，疑为传染病者应隔离观察。病区发生传染病时，及时会诊、转科或转院，患者转出或出院的病室及床单位，做好终末消毒。

二、有条件时隔离患者应住单间或相对独立区域。

三、清洁区挂避污纸，以便随时使用。

四、隔离单外门外应备隔离衣、悬挂方法正确，放置消毒液泡手盆和消毒液踏脚垫。

五、患者应专用体温表、药杯、便器、餐具。用后污物放入医用垃圾袋，集中处理。

六、隔离患者用过的医疗器械应用消毒液浸泡消毒，血压计、听诊器等用消毒液擦拭或熏蒸消毒。血压计袖带若被血液、体液污染应先使用消毒液浸泡后再清洗干净，晒干备用。

七、传染病患者的各类污染物品和排泄物严格按“先消毒后排放”的原则处理。

八、工作人员应定期进行大便培养、常规体检、咽试子培养。工作人员患有传染病，特别是呼吸道传染病，须隔离观察至康复。

## 消毒隔离制度

 一、护理人员要求衣帽整洁，治疗前后均应洗手（或使用快速手消），必要时用消毒液泡手，无菌操作时，要严格遵守无菌技术操作规程。

 二、各种无菌物品应放置妥当，并定期检查，定期灭菌，灭菌日期明确，治疗和护理用品使用后均消毒，消毒液应定期测试、更换、保持有效浓度。

 三、手术室、治疗室、注射室、换药室、供应室等应严格区分无菌区、清洁区、污染区、有严格的流水线隔离制度，严禁重复使用一次性用品。

 四、病房应每天定时通风换气，保持室内空气新鲜流通这，办公室、治疗室、病房的拖把应分开专用。

 五、患者被服定期更换。出院、转科、死亡患者的床单位，须做好终末消毒处理。

六、传染患者和疑似传染患者，用过的器械、被服、病房均须严格消毒处理，用过的敷料要烧毁。

## 消毒、灭菌制度

一、各诊室、治疗室、抢救室、重症监护室、换药室、注射室、手术室、产房、婴儿室、新生儿病房、无菌器械敷料室、隔离观察室、传染病房、供应室等均应有严格的消毒、灭菌、隔离制度，每月做空气微生物监测1次，监测有报告登记。

二、无菌操作时，穿工作服、洗手、戴好帽子、口罩，严格执行操作规程。

三、无菌容器、器械、敷料缸、持物钳等使用后应即时盖严，每周高压灭菌2次，消毒液定时更换，浓度符合要求，注明灭菌日期、开启日期和时间、责任人签名。

四、无菌液体开启铝盖中心部位后使用不超过24h，完全去除铝盖的静脉用液体不超过2h或反复开启使用不得超过3次，开启后必须注明日期、时间、具体用途，责任人签全名。

五、治疗室每日定时通风换气，用消毒液擦操作台、地面，治疗室区分无菌区、清洁区、相对污染区，消毒物品必须注有消毒日期及有效期限，无菌物品抽样做微生物监测，每月1次，有监测报告及登记。治疗室、病房、厕所使用的抹布及拖把有专用标记。

六、病室每日定时通风2次，扫床应用消毒液湿扫，一床一套。擦床头桌、椅，一桌一布。扫床套、抹布使用后用消毒液浸泡清洗，晒干。

七、口服药盒每周消毒1次，体温表每次用后消毒，每周清洗消毒容器2次。痰杯、便器每次用后及时清洗，并用消毒液浸泡30min后冲洗备用。

八、患者被服每周更换不少于1次，污染后随时更换。

九、采取血标本应一人、一针、一巾、一止血带，废弃物品倒入医用垃圾袋内集中处理。严禁一次性医疗用品重复消毒使用，对用后的一次性医疗用品，必须进行消毒、初毁，按有关规定进行无害化处理。

十、疑诊传染病者，应隔离观察。非传染病科检出传染病患者时，应及时床旁隔离、会诊、转入传染病科。

十一、凡患气性坏疽、绿脓杆菌、HIV等特殊感染的伤口，应严格隔离，所用的器械、被服，均进行“双蒸”处理，所用敷料放入专用垃圾袋烧毁。

十二、口腔科、放射科要求使用一次性漱口杯，口腔科牙钻、车针等必须经过高压灭菌方可使用。

十三、麻醉机螺旋管，呼吸气囊、气管套管、吸氧湿化瓶、牙垫、舌钳、开口器等使用后应严格消毒灭菌。

十四、各种内镜使用后按照内镜清洗消毒管理制度执行，认真清洗，彻底消毒。对乙肝患者应固定内镜，用后进行严格消毒。

## 临床输血管理制度

 一、申请输血前，医护人员持输血申请单，双方当面核对患者姓名、性别、年龄、病历号、病房/门急诊、床号、血型和诊断，采集血样做血交叉实验。

 二、医护人员凭医嘱和输血申请单到血库取血，并与血库发血者共同查对签名，无特殊情况一次只取一个患者的血。取血过程中要避免血液震动，以防红血球破裂。

 三、输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单、血型化验单，按输血查对制度执行“三查八对”（三查：血制品有效期、血制品质量、输血袋装置是否完整，八对：床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉试验结果、血制品种类、剂量），如有疑问立即与血库联系，准确无误方可进行输血。

 四、血液领出库后30分钟内进行输血，200-300ml须在3-4小时内输完。估计静脉穿刺有困难者，待静脉穿刺成功后再到血库取血。血液一经启封不可再退回血库。输血前应将血袋轻轻混匀，避免剧烈震荡，血液内不得加入其他药物（如含钙药品、酸性及碱性药品等），如需稀释只能用静脉注射生理盐水。

 五、输血时，须由执行者二人以上带病历共同到患者床边进行“三查八对”，再次查对血液质量后并签名。严格执行无菌技术操作，必须使用一次性输血器输血。

 六、输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，连续输用不同供血者血液时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋继续输注。

 七、输入冷藏血液时，不必加温，输入前轻摇血袋4-5次，使血浆与血细胞混匀即可，有冷凝集现象的血液或有血管痉挛者及大量输血时应适当复温。

 八、输血过程中应先慢后快，观察15分钟无不良反应时，再根据病情和年龄调整输血速度，严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时报告作如下处理：

 （一）减慢或停止输血，保留静脉通道再次“三查八对”。

 （二）立即通知值班医生和检验科的值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，医护人员填写患者输血反应回报单，并返还血库保存、封存输血袋及输血器等，做好记录。

 九、输血完毕，应填写输血记录单，交叉配血报告单贴在病历中，并将血袋送回检验科。

十、护士长要加强对输血制度的教育及管理，严格督促执行“三查八对”制度，确保输血安全。

## 保护性护理制度

 一、护理人员尊重、体贴和同情患者，做到热情礼貌、谨言慎行。

 二、对患者要耐心解释病情，精心指导患者治疗、护理、休息和生活，在与患者和家属谈话时，既要实事求是地讲清诊治过程中可能发生的意外和并发症，也要注意增强患者战胜疾病的信心。

 三、对患者隐私和保守秘密，未经允许不得随意向无关人员透露，对危重或癌症患者，一般不能将病情直接告诉患者；涉及患者隐私部位的检查、操作，护理时应维护患者私密。

 四、加强责任心，保证护理安全，防止护理事故和差错发生。

 五、对精神病、神志不清患者或患儿，要注意采取保护措施，防止发生坠床、摔伤和误伤等意外。

 六、妥善保存病历、辅助检查等临床资料，不得遗失或私藏。病历及辅助检查资料一般不外借。

 七、尊重患者宗教、信仰，尊重少数民族风俗习惯，尊重患者的意愿，尽量满足患者的要求。

 附：应用保护性约束告知制度

 1、根据病人情况实施保护性约束（如有创通气、各类插管、引流管、有精神、神志障碍、治疗不配合者）。

 2、昏迷或精神障碍患者，须通知家属，说明目的和必要性，取得家属的配合，在家属签字同意后实施。

 3、对清醒患者，应向患者讲清保护性约束的目的和必要性，取得患者的配合。

 4、注意做好约束处皮肤的护理，防止不必要的损伤。

 5、若病人或家属不同意实施保护性约束则需要签字，由此发生的意外后果自负。

## 护理查房制度

 一、常规查房

 （一）一般护理查房：护理部每周至少2月1次到科室查房，查看工作情况、护理规章制度、专科护理质量、重病护理、病区管理等同， 同时及时协调解决科室提出的问题。

 （二）护士长夜查房：每月1次（对病区护理质量、危重病人、护士职责履行、临床护理、病区管理实施检查、督促、修正、落实）。检查内容，包括护士岗位职责、病房管理、消毒隔离、护士交班报告、急救药品、查对制度、护理记录单、病人一览表、基础护理落实情况、晚间护理等。

 二、全院业务查房

 每季度由护理部组织，事先选择典型病例，科室做好准备，全院护士参加，护理部主持，必要时可随时提问及进行答疑、答辩。

 三、护士长须行政查房

 护士长每周一次对本科的护理质量、医疗安全隐患、优质服务，安全保卫，后勤保障等工作进行检查，发现问题及时整改并记录。

 四、科室教学查房

 科室按照带教计划，针对典型疑难病例或护理问题，预告安排专人准备，提出重点需要解决的问题，由护士长或责任组长主持，并做详细记录。

## 护理会诊制度

 1、凡属疑难、危重或专科性护理知识和护理技术操作都可以申请护理会诊。

 2、参加会诊人员原则上为主管护师及其以上职称人员或专科护士。

 3、会诊形式可为科间会诊、全院性会诊或院外会诊。

 4、科间会诊，申请科室按规定填写护理会诊申请单，送被邀请会诊科室及护理部备案（急诊护理会诊可电话联系），被邀科室于8小时内完成（急诊护理会诊2小时内完成），会诊护士应将会诊结果详细记录于会诊单，以便申请科室参考。

 5、全院性会诊，一般应提前1-2天将会诊病例的病情摘要，会诊的目的及拟请会诊人员报护理部，由护理部确定会诊时间并通知相关科评测，参加会诊的护士按会诊的目的及要求，做好充分准备，会诊由申请科室护士长主持，责任护士应做好详细会诊记录，经护士长审核后，认真执行确定的护理方案。

 6、院外会诊，院外理会诊须征得患者同意（无自主行为患者须征得监护人同意），报护理部批准，并填写护理会诊申请单，经主管护理的院领导同意后，由护理部向被请医院护理部提出会诊邀请，确定会诊时间及需要解决的其他问题。会诊由护理部主持，经管护士应陪同参加会诊，责任护士做好会诊记录，会诊结束由主持人审核确定定护理方案。

## 护理病例讨论制度

 为提高我院中医护理技术水平，减少各类并发症的发生，促进护理质量的提高，适应护理学科发展的需要，及时掌握护理前沿动态，特制定我院护理病例讨论制度。

 1、病例讨论范畴：在院或死亡的典型疑难病例、重大抢救、特殊、罕见、新开展的手术或特殊护理等病例。

 2、病例讨论会，护理部或科室定期不定期举行，可以一科举行，也可以几科联合或全院举行。

 3、科内讨论由科室护士长主持，全院性讨论由护理部主持。

 4、每次讨论前，病例所在科室，将四诊（望、闻、问、切）所收集的资料、症状和体征等有关材料加以整理，拟出需解决问题，会前1-2天发给参加讨论的人员。

 5、参与病例讨论人员运用中医理论分析，辨清病因、病位、病性及邪正关系，概括判断为何病、保证。根据辩证的结果，及早明确中医护理要点及护理措施，确定最佳护理方案，讨论结束后由主持人作总结。

 6、护理病例讨论重点

 （1）讨论疑难、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，提出合理中医护理方案，及时解决问题，提高中医护理技术水平。

 （2）讨论罕见、死亡病例：结合病人情况，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。

 7、对重大、疑难及新开展的手术，护士长需派科内护理人员参加科主任举行的术前讨论，根据手术方案，制定好手术期护理方案及具体要求。

8、每次病例讨论应做详细记录。

## 病区安全管理制度

 一、病区设有标识牌、指示牌、警示牌、提示醒目、清晰、病区走廊通畅，禁止堆放各种物品、仪器设备等，保证患者通行安全。

 二、加强安全意识教育，掌握突发事件应急预案处理程序，医疗仪器设备按程序操作，定期维修，防止意外事故发生。各种物品、仪器、设备放置固定，便于应急使用，清点及检查。

 三、病区内禁止吸烟，禁止使用电器及明火，如：电饭锅、酒精灯等，需加热食品可使用指定位置微波炉。

 四、消防设施完好、功能齐全，工作人员掌握使用方法。

 五、消防设备上不堆放杂物，安全通道保持通畅。

 六、加强对陪护和探视人员的安全教育及管理，妥善保管贵重物品，空病房要及时上锁。

 七、病房晚上22：00以后应谢绝探视，及时请探视人员离开病区。

 八、加强巡视，如发现可疑人员，及时通知保卫人员。

九、严格执行消毒隔离制度，防止医院感染发生。

## 围手术期患者安全管理规定和制度

为切实保障病人安全，提高医疗质量，加强手术管理，根据《执业医师法》、《处方管理办法》等法律法规及卫生部、凤庆县卫生厅有关医疗规章制度，结合我院实际，特制订本管理制度。

一、术前管理

（一）、凡需手术治疗的病人，各级医生应严格手术适应症，及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的病人必须检查血型及感染筛查（肝功、乙肝两对半、HCV、H1V、梅毒抗体）。

（二）、 手术前术者及麻醉医师必须亲自查看病人，向病人及家属或病人授权代理人履行告知义务，包括：病人病情、手术风险、麻醉风险、自付费项目等内容，征得其同意并由病人或病人授权代理人签字。如遇紧急手术或急救病人不能签字，病人家属或授权代理人又未在医院不能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门，在病历详细记录。

(三)、主管医师应做好术前小结记录，中等以上手术均需行术前讨论，较重大手术、特殊病员手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任主持讨论制订手术方案，讨论内容须写在术前讨论记录单上，并上报医务处备案。

（四）、 手术医师确定应按手术分级管理制度执行，较重大手术及各类探查性质的手术须由主治医师职称的医师或科主任担任术者，必要时须上报医务处备案。

(五)、手术时间安排提前通知手术室，检查术前护理工作实施情况及特殊器械准备情况。所有医疗行为应在病历上有记录。如有不利于手术的疾患必须及时请相关科室会诊。

(六)、 手术前患者应固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误，同时完成手术部位的标记。

二、手术当日管理

（一）、 医护人员要在接诊时及手术开始前要认真核对病人姓名、性别、病案号、床号、诊断、手术部位、手术房间等。病人进手术室前须摘除假牙，贵重物品由家属保管。

（二）、当日参加手术团队成员（手术医师、麻醉医师、台上与巡回护士、其它相关人员）应提前进入手术室，由手术者讲述重要步骤、可能的意外的对策、严格按照术前讨论制定的手术方案和手术安全核对的要求执行。

（三）、手术过程中术者对病人负有完全责任，助手须按照术者要求协助手术，手术中发现疑难问题，必要时须请示上级医师。

（四）、手术过程中麻醉医师应始终监护病人，不得擅自离岗。

（五）、手术中如确需更改原订手术方案、术者或决定术前未确定的脏器切除，使用贵重耗材等情况时，要及时请示上级医师，必要时向医务处或主管院长报告；并须再次征得患者或家属同意并签字后实施。

（六）、核查术中植入的假体材料、器材标示上的信息及效期，条形码应贴在麻醉记录单的背面。

（七）、术中切除的病理标本须向患者或家属展示并在病案中记录。手术中切取的标本及时按要求处理，在标本容器上注明科别、姓名、住院号，由手术医师填写病理检查申请单。

（八）、凡参加手术的工作人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。

三、术后管理

（一）、手术结束后，术者对病人术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。手术记录应在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。

（二）、麻醉科医师要对实施麻醉的所有病人进行麻醉后评估，尤其对全麻术后病人，麻醉科医师应严格依照全麻病人恢复标准确定病人去向（术后恢复室或病房或外科监护室）。并对重点病人实行术后24 小时随访且有记录，病人送至病房后，接送双方必须有书面交接，以病历中签字为准。

（三）、凡实施中等以上手术或接受手术病情复杂的高危患者时，手术者应在病人术后24小时内查看病人，如有特殊情况必须做好书面交接工作，术后3天之内必须至少有1次查房记录。

四、围手术期医嘱管理

（一）、手术前后医嘱必须由手术医师/或由术者授权委托的医师开具。

（二）、对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

五、围手术期安全管理

（一）、医院须按照卫生部《医院手术部管理规范》，结合本院手术工作需要，合理进行麻醉科、手术室硬件设施建设，合理配置各手术相关科室工作人员，建立合理的专业技术人才梯队，积极开展专科培训。

（二）、围手术期安全管理规范是保障手术病人围手术期安全的重要措施，需各手术科室、麻醉科、手术室、供应室、洗衣房工作人员高度重视，共同严格执行。

(三)、医务科、护理部、院感科负责《围手术期患者安全管理规范和制度》执行情况的督导、考核。

(四)、值班麻醉医师和手术室护士负责每天的手术用物、设备安全检查，并积极配合设备科等进行每周一次的安全巡检；安全使用和妥善保管易燃易爆设备、设施，有效预防患者在手术过程中的意外灼伤，防止发生火灾事故。

（五）、各手术科室、麻醉科和手术室须制定并完善各类突发事件应急预案和处置流程，加强员工培训，快速有效应对意外事件，提高防范风险的能力，确保医疗安全。

（六）、手术工作的顺利开展需要全院各科室的积极支持，各手术科室、麻醉科、手术室、供应室、洗衣房等，须加强科间协作、密切配合；因手术工作需要各职能、临床、医技、药房、后勤科室支持的，相关科室须以手术患者的需求为重，积极支持，切实保证手术工作的顺利开展。

（七）、各手术相关科室工作人员须严格执行《病历书写基本规范》，准确填写各种登记本，保证手术病历的完整性，注重证据保全工作。

## 病房管理制度

 一、病房由护士长负责管理。科主任及各级医护人员应支持护士长履行职责，共同做好病区管理工作。

 二、保持病房整洁、舒适、安全、安静。工作人员做到“四轻”，即走路轻、开关门轻、说话轻、操作轻。

 三、病房陈设规范，室内物品和病床摆放整齐，位置固定，未经护士长同意不得随意变动。

 四、每月召开工休座谈会，征求意见，督促患者自觉遵守住院规章制度。

 五、保持病房清洁整齐，每天按时进行卫生清扫，注意通风，病区内禁止吸烟。

 六、患者病号服、床单位物品每周换洗不秒于1次。患者未经许可不得进入医护办公室及治疗室等工作场所。

 七、护士长全面负责管理病区财产、设备，建立帐目，定期清点，有记录，如有遗失及时查明原因，按规定处理；精密贵重仪器建册、建帐，有使用程序和使用要求，有保管、保养须知，指定专人管理。

 八、做好陪护管理，控制陪护人数在规定范围之内，未经同意掊护人员不得在病房留宿。

## 探视管理制度

 为确保医院正常的医疗秩序，避免交叉感染，既给病人营造一个安静、舒适的医疗环境，又满足广大患者家属的探视需求，特制定我院探视管理制度。

 一、探视时间：周一至周五上午11：00-12：00，下午15：00-22：00，周末及节假日11：00-22：00，病情危重者可根据患者病情安排探视时间。

 二、ICU限制探视，学龄前儿童限制进入病区探视患者。

 三、探视者要遵守医院规定，听从医护人员的劝导，不谈论妨碍患者健康和休养的事情，不可自请院外医生诊治或自行用药。未经允许不得私自将患者带出院外。

 四、自觉保持病室内清洁、安静、不影响患者休息。不得随意坐、卧病床，不在室内大声谈笑、娱乐、不在病房内抽烟。

 五、为保证医疗秩序和病人休息，非探视时间谢绝探视人员进入病区。

六、探视人员应爱护公物，节约水、电、如有损坏，照价赔偿。

## 患者入院、出院制度

一、入院制度

（一）、入院患者须持门诊或急诊医师签发的入院证，按制度办理入院手续，危重患者应由医护人员护送，做好交班工作。

（二）、病房护士准备床位及用物，对急诊手术或危重患者须立即做好抢救的准备工作。

（三）、病房护士主动热情接待患者，向患者介绍住院规则和有关病房制度，协助患者熟悉环境，主动了解病情和患者的心理状态，生活习惯等，及时测量体温、脉搏、呼吸、血压和体重。正确掌握患者生命体征和心理要求及时做好入院评估。

（四）、通知医师检查患者，及时正确执行医嘱。

二、出院制度

（一）、、护士应将医师决定的出院日期预先通知患者及其家属。

（二）、、护士应根据医嘱，办理出院手续。

（三）、做好出院评估及健康宣教，指导出院后家庭康复护理，应注意事项，并征求患者对医院和护理工作的意见。

（四）、取得出院结算清单以后，协助患者整理物品，收回医院用物，将出院带药交给患者，并讲明用法。

（五）、清理病床单位用物做好终末消毒处理，注销各种卡片，并整理病历。

## 住院患者管理制度

 一、患者有遵守医院规章制度的义务，依从医嘱的义务。

 二、患者应尊重医护人员，与医护人员密切合作，配合检查，治疗和护理。

 三、患者须按时作息，不得擅自离开病房。

 四、搞好个人卫生，经常保持病房内外整齐、清洁和安静。

 五、患者不得擅自进入护士站及治疗室，不得翻阅病历。

 六、患者包含由医师根据病情决定，不得随意更改。

 七、患者住院所携带必需生活用品须按规定放置，贵重物品、财物妥善保管。

 八、患者不得互窜病房，遵守探视管理制度。

 九、节约水电，爱护公物，若损坏公物应按价赔偿。

十、发挥团结友爱精神，患者之间应当做到互相关心、互相体谅、互相帮助。

## 患者身份识别制度和程序

一、护士在抽血、给药或输血时，必须严格执行三查八对制度，至少同时使用二种患者识别的方法，不得仅以床号作为识别的依据。

二、在手术病人转运交接中有识别患者身份的具体措施如：手术病人进手术室前，由病房护士对患者使用红色“腕带”标识，写清病人床号、姓名、性别、住院号、科别、血型，手术室护士核对，病人回病房麻醉清醒后，由病房护士核对取下。

三、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者在诊疗活动中使用粉红色塑料“腕带”作为各项诊疗操作前辨识病人的一种手段，并在全院各病房、急诊室实施，并按要求做好登记记录。

四、6岁以下小儿病人用蓝色腕带。

五、护士在给病人使用“腕带”标识时，实行双核对。

## 腕带使用管理制度

 一、腕带适用人群为住院患者，包括：6岁以下小儿病人、手术病人、病危、病重病人以及特殊病人（如年龄超过75岁老年人，意识不清、不能对答、有特殊情况等病人）必须使用腕带。

 二、腕带应按以下要求佩戴：

 6岁以下小儿病人:黄色腕带；

 手术病人：红色腕带；

 病危、病重病人：桔红色腕带；

 特殊病人：淡蓝色腕带。

 三、腕带一般佩戴于病人上肢腕部，特殊情况登载于下肢，松紧适宜。腕带填写应字迹清晰，不得涂改，不得有空项。

 四、对于需要佩戴腕带的病人，责任护士应按要求及时佩戴，并向病人及家属交待腕带使用的注意事项及重要性。未经医护人员允许不得私自取处，若病人腕带脱落应及时补戴。

 五、护士在进行各项护理工作时，应核对病人腕带信息。

 使用程序：评估病人一在腕带上注明病人姓名、性别、年龄、科室、床号、手术名称等一再次核对信息一为病人佩戴腕带。

## 病人饮食管理制度

 一、患者的饮食种类由医生根据病情决定。医生开出或更改饮食医嘱后，护士应及时通知患者和家属，做好饮食指导。

 二、病人饮食与病人的治疗康复有密切关系，护士应掌握各种饮食的原则和要求，认真执行医嘱。

 三、责任护士应了解患者饮食情况，发现问题及时与主管医师联系解决。

 四、加强对患者的饮食知识教育。特殊饮食患者自备的食物需经医护人员认可后方可食用。

 五、特殊病情需要的饮食，如鼻饲流质、无渣饮食及对温度、时间、喂食量有严格要求的饮食，护士应严格执行医嘱，必要时对家属给予检查指导。

## 健康教育制度

 1、护士长应对健康教育工作进行全程管理。

 2、护理人员在提供护理技术服务时，根据患者的疾病和心理状况，提供适宜的健康保健知识服务，如入院介绍，术前、术后护理，服药、饮食，功能锻炼及注意事项，出院指导等。

 3、各科室及门诊应根据科室医疗特色、患者需要，制定健康教育宣传栏或宣传册，定期以各种形式向患者及家属进行健康指导，集体上课每月不少于1次。

 4、对住院患者开展健康教育，覆盖率应达100%。

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

## 工休座谈会制度

 一、各科室护士长应每月为住院病人安排一次工休座谈会，座谈会由护士长主持，科主任参加。

 二、座谈会内容：

 （一）听取住院病人对医疗质量、护理质量、服务态度、医德医风、膳食情况以及其他方面的意见；

 （二）了解住院病人的需求和困难，及时为他们提供医疗和生活帮助，对住院病人提出的问题进行答疑；

 （三）宣传卫生、安全、保健等知识，重申住院制度。

 三、做好工休座谈会记录，对提出的意见或合理要求，应及时作出处理或整改。对非本科管辖范围内的要求，应向有关部门报告，切实改进工作。

## 护患沟通制度

 为保护患者合法权益、防止纠纷的发生，维护良好的医疗秩序，确保护理安全，从更深层次上稳步提升护理质量，特制定本制度。

 一、应主动、热情、礼貌、诚恳、语气平缓地回答患者及亲属提出的问题。

 二、门诊患者的沟通：主动了解患者当前需要引导就诊。

 三、住院患者的沟通：

 （一）入院时：病区工作人员无论是谁发现新入院患者，均应主动、热情上前招呼，并联系值班护士予以接待。值班护士在安排病床以后，及时向患者告知住院须知、注意事项等内容，并帮助患者熟悉就餐、用水、入厕等事宜。确定经治医师、责任护士后应当告知患者主管医师、责任护士姓名。急诊入院患者应在护士办理住院的同时立即进行诊疗抢救等活动。

 （二）住院期间:主动热情向患者介绍一些疾病相关的知识和健康行为，在护理技术操作和治疗前后做好解释沟通工作，取得患者的理解和配合。若患者在住院期间提出意见和建议，病区护士或护士长应及时与患者和家属沟通交流，做好协调解决或解释工作。

 （三）出院时：遵医嘱发放患者的出院带药，告知患者服用方法和注意事项。指导患者在家休养期间如何选择合适的康复锻炼方法，提醒患者出院后的随访时间，同时与患者沟通，搜集患者住院期间对病区护理工作的满意度及意见，以便改进工作。

## 抢救及特殊事件报告制度

各科室进行重大抢救活动及特殊病例的抢救治疗时，应及时向医院有关部门及院领导报告。

需报告的重大抢救及特殊病例

（一）、涉及灾害事故、突发事件所致死亡3人及以上或同时伤亡6人及以上的重大抢救。

（二）、知名人士、保健对象、外籍、境外人士的抢救，本院职工的病危及抢救。

（三）、涉及医疗纠纷或严重并发症患者的抢救。

（四）、特殊危重病例的抢救。

（五）、大型活动或其他特殊情况中发生的患者。

（六）、突发甲类及乙类传染病患者。

１、应报告的内容

（1）、灾害事故、突发事件的发生时间、地点、伤亡人数、分类及联络方式；伤病亡人员的姓名、性别、年龄、致伤、病亡的原因；伤者的伤情、病情采取的抢救措施等。

（2）、大型活动和特殊情况中发生的患者姓名、性别、年龄，诊断、病情、预后及采取的医疗措施等。

（3）、特殊病例患者姓名、性别、年龄，诊断、治疗抢救措施、目前情况、预后等。

２、报告程序及时限

（1）、参加抢救的医务人员应立即向科室领导及医院有关部门报告。参加院前、急诊及住院患者抢救的医务人员向医务处、护理部报告；参加门诊抢救的医务人员向门诊部报告；节假日、夜间向院总值班报告。在口头或电话报告的同时，科室、病房应填报书面报告单在24h内上交医务处和护理部。

（2）、医务处、护理部、门诊部、院总值班接到报告后应在10min内向院领导报告。

## 护理不良事件报告及管理制度

 一、护理不良事件分为护理差错、事故、投诉、护理并发症、其他意外或突发事件。

 二、各科建立护理不良事件登记本，如实记录，规范管理。

 三、发生护理不良事件后，要及时评估事件发生后的影响，本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施，避免和减轻对患者身体健康的损坏或将损害降低到最低程度。

 四、当事人要立即向护士长汇报不良事件的发生经过、原因及后果，并登记，护士长要逐级向上汇报。如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，按情节轻重给予处理。

 五、发生护理不良事件后，有关的记录、标本、化验结果及相关药品、物品、器械均应按要求妥善保管，不得擅自涂改、销毁，以备鉴定。

 六、发生不良事件后，根据性质与情节，组织科室护理人员讨论分析，确定其性质，提出改进措施和处理意见，并跟踪改进措施落实情况，提高认识，吸取教训。

## 护理差错、事故登记报告制度

 一、各科室建立差错、事故登记本，如实记录，规范管理。

 二、发生差错、事故后，要本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施，避免和减轻对患者身体健康的损坏或将损害降低到最低程度。

 三、当事人要立即向护士长汇报差错、事故的发生经过、原因及后果，并登记，护士长逐级向上汇报。如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，按情节轻重给予处理。

 四、发生严重差错或事故的各种有关记录，检验报告及造成事故的药品、物品、器械等均应按照要求保管，不得擅自涂改、销毁，以备鉴定。

五、差错、事故发生后，根据性质与情节，组织科室护理人员讨论分析，确定其性质，提出改进措施和处理意见，提高认识，吸取教训。

## 差错事故管理制度

一、各护理单元均应建立差错登记本，对差错事故发生的原因、经过、后果及当事人均须详细登记。

二、一般差错每月由护士长在月报表上详细填报，严重差错与事故应及时上报护理部，由护理部向主管院长汇报。

三、发生差错事故后，应及时组织讨论，以吸取教训，提出处理意见，并制订防范措施。

四、发生严重差错事故后，应立即组织抢救，以减轻、消除由于差错、事故造成的不良后果。

五、差错、事故性质未定时，由护理部组织护理小组（护理学术小组）进行讨论，并上报院领导。

六、护理部应定期组织护士长分析差错，事故发生的原因并提出防范措施。

## 患者跌倒（坠床）登记、报告制度

 一、患者入院后，责任护士对有高危情况（如有跌倒史、意识障碍、65岁以上老年人、服用镇静剂、降压药等）的病人进行全面、仔细评估，根据评估结果上报护理部，同时护理文书中有记录，提示患者有跌倒的危险性，落实预防措施，并根据病人情况进行动态评估持续追踪，强化教育。护理部在24小时内下科室核实。

 二、患者不慎跌倒（坠床）后，医护人员立即赶赴现场，密切配合采取补救措施，以减少或消除由于跌倒（坠床）后造成的不良后果，并在护理记录单上认真记录患者跌倒（坠床）的经过及救治过程。

 三、当班护士立即向科主任、护士长护理部口头或电话上报患者发生跌倒（坠床）的经过、原因、后果，24小时内作书面报告并登记（夜间及节假日通知院总值班）。

 四、发生跌倒（坠床）后各种有关记录应妥善保管，不得擅自涂改、销毁、以备鉴定。

 五、发生跌倒（坠床）后，按其性质与情节，组织本科护理人员进行讨论、分析原因、并确定性质、提出处理意见，以提高认识，吸取教训，改进工作。

 六、患者发生跌倒（坠床）后当班护士如不按规定报告，对有意隐瞒者，一经发现，按情节轻重给予处理。

七、护理部应定期组织有关人员分析患者发生跌倒（坠床）原因，并制定出防范措施。

## 患者坠床与跌倒报告与伤情认定制度和程序

一、关于有意识不清并躁动不安的患者，应加床档，并有家属陪伴。

二、关于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注重动作轻柔，常常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。

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

四、关于有可能发生病情变化的患者，要认真做好，健康教育，告诉患者不做体位忽然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。

五、教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，给予必要的处理措施。

六、一旦患者不慎坠床或跌倒时，护士应立刻到患者身边，通知医生迅速查看全身状况和局部受伤情况，初步判定有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况。

七、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施，并及时上报护士长。

八、加强巡视至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报。

九、及时、正确记录病情变化，认真做好交接班。

【处理程序】

做好安全防范→发生坠床时→护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况→判断病情→采取急救措施→加强巡视→严密观察病情变化→准确记录→做好交接班

【上报程序】

发生坠床/跌倒时→护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况→判断病情→采取急救措施→上报护士长→护士长根据情况逐级上报

## 护理投诉管理制度

 一、在护理工作中，因服务态度、服务质量、技术操作出现的护理失误或缺陷，引起患者或家属不满，以书面或口头方式反应到护理部或有关部门的意见，均为护理投诉。

 二、护理投诉管理制度健全，有专人接待投诉者，时患者及家属有机会陈诉自己的观点，并做好投诉记录。

三、接待投诉时要认真倾听投诉者的意见，并做好解释说明工作，避免引发新的冲突。

四、护理部设有护理投诉专项记录本，记录事件发生的时间、地点、人员、原因，分析和处理经过及整改措施。

五、护理部接到护理投诉后，调查核实，应即时反馈有关科室的护士长。科室应认真分析事发原因，总结经验，接受教训，提出整改措施。

六、投诉经核实后，护理部可根据事件情节严重程度，给予当事人相应的处理。如：

（一）、给予当事人批评教育。

（二）、当事人认真做书面检查，并在护理部或护士长处备案。

（三）、向投诉者诚意道歉，取得谅解。

（四）、根据情节严重程度给予处罚。

对护理投诉，进行调查、分析、并制定相应措施，要及时在护士长会议通报，减少投诉、纠纷的发生。

## （难免、带入、发生）压疮报告制度及防范措施

 一、病人新入或转入后，责任护士应对病人的整体情况及局部皮肤进行全面、仔细的评估，根据评估结果，将难免压疮和带入压疮的病人如实上报护理部，同时在护理记录单中记录，提示避免压疮危险因素。护理部接报告24小时内下科室核实。

 二、病人由于病情、身体状况或治疗需要（如骨折制动）在住院期间难免会发生压疮者，科室应上报护理部并认真落实预防措施。

 三、病人入院时已发生有压疮，科室应将压疮面积、有无渗液、感染等情况，如实记录并提出治疗及护理措施，及时上报护理部。住院期间，压疮治愈者上报护理部，护理部核实后给予适当奖励。

 四、转科病人的皮肤情况，转出科室与转入科室应交接清楚，记录详细，并双方签字明确责任，交接不清者由转入科室承担，如需上报由转入科室报告。

 五、病人住院期间发生压疮，但科室未上报难免压疮者，护理部核实后，给予相应处理，科室应积极给予治疗、护理。

 六、科室应组织全科护理人员加强护理知识学习，提高责任心，落实基础护理，杜绝压疮的发生。

 七、防范措施

 （一）为病人解除或减轻局部受压，定时更换体位，并给予红花酒精或紫连膏按摩受压部位。

 （二）减少剪切力的损害，对取半卧位、坐位、抬高床头的病人腿下垫海垫，防止下滑。

 （三）协助病人翻身时，避免拖、拉、推、拽，以防擦伤皮肤。

 （四）保持局部皮肤清洁、干燥，床单位平整、清洁。

 （五）慢性消耗性病人卧床时予以海绵垫缓冲重力压迫。

 （六）实施个性化辨证饮食护理，增加病人营养。

## 护理排班制度

 各科室根据工作目标、任务、护理人员的配备及工作能力，采取不同的排班方式，但应掌握以下原则：

 一、排班要以患者需要为原则，保证护理工作24小时不间断，做到既满足临床护理的需要，又不影响护士的合法权益。

 二、掌握工作规律，科学合理排班，规范工作流程，提高护理工作效率。

 三、根据各班工作量安排护理人员，特殊情况可采用弹性排班的原则。

 四、排班应备机动人员，以便紧急情况下随时调度。

 五、掌握排班规律性，主要班次做到相对固定，分工明确，工作有连贯性。

 六、节假日排班，应以保证患者的安全和工作需要为原则。

## 护士排班制度

 各科室根据工作目标、任务、护理人员的配备及工作能力，采取不同的排班方式，但应掌握以下原则：

 一、排班要以患者需要为原则，保证护理工作24小时不间断，做到既满足临床护理的需要，又不影响护士的合法权益。

 二、掌握工作规律，科学合理排班，规范工作流程，提高护理工作效率。

 三、根据各班工作量安排护理人员，特殊情况可采用弹性排班的原则。

 四、排班应备机动人员，以便紧急情况下随时调度。

 五、掌握排班规律性，主要班次做到相对固定，分工明确，工作有连贯性。

 六、节假日排班，应以保证患者的安全和工作需要为原则。

## 护士站管理制度

 一、护士站是护理人员办公场所，要保持安静，禁止吸烟。

 二、护士站内物品放置整齐、定位、有序。

 三、工作人员不得在护士站聊天，非工作人员未经允许不得进入护士站，患者、陪护及探视人员不得翻阅病历。

 四、对患者和来访人员咨询要做到首问负责制。接电话应使用文明用语。

 五、护士站物品保管好。交接班时应做到事清、物清、护士站清洁整齐。

六、有患者呼叫信号，呼叫铃声响1分钟内护士到位，主动询问符合要求。

## 医疗文件管理制度

一、患者住院时间的病历由病区护士长负责管理，护士长不在时，由办公室护士负责管理，各班人员均须按管理要求执行。

二、住院时间的医疗文件，要求定点存放，病历中各种表格均应排列整齐，不得撕毁、拆散、涂改或丢失，病历用后必须归还原处。

三、患者不得翻阅病历或自行携带病历出科室。外出会诊或转院时，只许携带病历摘要。

四、病房交班报告医嘱本的保存期限按各医院规定执行，以备查阅。

五、患者出院或死亡后，病历须按规定排列整齐，由病案室保管。

## 护理文书管理制度

 一、根据云南省卫生厅相关文件规定，我院归档护理文书包括：医嘱单、体温单、危重病护理记录单、手术清点单。

 二、护理文书应做到客观、真实、准确、及时、完整。

 三、护理文书写按规定使用蓝黑墨水钢笔、红笔或电脑打印。

 四、护理文书书写应做到书写工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点符号正确。正确使用医学术语。通用的外文（目前主要指英语）缩写或无正式文译名的症状、体征、疾病名称等，可以使用外文。

 五、护理文书应由注册护士按照规定的格式和内容书写，书写者需签全名，未注册护士或实习护士记录的内容签名格式为：“注册护士/未注册护士、实习护士”。

 六、因抢救急、危重病人未能及时书写护理文书的，须在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

 七、护理文书写须采用中华人民共和国法定计量单位及通用外文缩写。表格内已注明计量单位的，记录时只填数，不必重复写单位名称。

## 物品、药品、毒、麻、精神药品管理制度

 一、物品管理制度

 （一）护士长负责对各种物品、器材的领取、保管、报损。

 （二）各类固定资产（物品）须定期清点，仪器处于正常工作状态。

 （三）因不负责任或违规操作造成医疗器械损坏，应根据医院赔偿制度进行处理。

 （四）了解各类物品、器材的性能，分类保管、定期保养、定期检查、及时维修，防止生锈、霉烂、虫蛀等，提高其使用率，降低医疗成本。

 （五）外借物品必须有登记、有借据手续，贵重器械经护士长同意后方可外借。

 （六）护士长调动时必须做好物品移交手续。

 （七）一次性用品按有关使用规定加强管理，防止浪费。

 二、药品管理制度

 （一）临床各科室根据病种配备一定数量的药品基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅自取用。

 （二）备用药应指定专人或专班次管理。根据药品各类与性质，如针剂、内服、外用、剧毒药分别定位，不得将不同规格、不同批次的药品同放一盒（或瓶）内，编号排列放置，做好查对交班。

 （三）定期检查药品质量，防止积压变质，如发生沉淀、变色、过期、瓶签与药品不符，标签模糊或经涂改者，不得使用。

 （四、）保持药柜整洁、干燥、通风、特殊药品避光保存。

 （五）凡急救药品必须固定放置在抢救车内，做到“五定一及时”，严格交接查对，保证应急使用，若抢救车进行封存的科室，按急救车封存管理规定执行。

 三、毒、麻、精神药品管理制度

 （一）毒、麻、精神药品及毒性中药的品种范围应根据《中国药典》、《中华人民共和国药品管理法》及国家药政管理有关规定执行。

 （二）临床科室储备的毒、麻、精神药品，仅限该科室常用和急救用的品种，并建册，实行“四专”：即专人保管、专柜加锁、专用处方、专册处方、专册登记管理。每班交接，交接班时帐物相符。用后凭处方、安瓿和登记本向药房领取。剩余药液须经两人查看弃去，共同签名。

 （三）毒、麻、精神药品用量必须严格按处方限量执行。

 （四）此类药品标签有明显标记，在标签显著位置上分别注明“毒”或“麻”的字样，定期检查以防失效、过期。

## 护理新技术、新业务临床准入管理制度

 凡是近期在办内外医学领域具有发展趋势、在院坝人尚未开展和使用的临床护理新项目被认定为护理新技术、新业务。

 一、根据国家及医院相关的法律法规和规章制度，制定医院护理新技术、新业务准入管理的规章制度。

 二、成立护理新技术、新业务准入管理领导小组。对需开展的国家级、省级、市级、院级新技术、新业务做出评估及书面批准。

 三、凡开展的护理新技术、新业务需填报申请书，经护理准入管理领导小组评估、论证同意准入后方可实施，作好开展过程的有关记录。

 四、对开展的护理新技术、新业务的实施情况，发现问题及时纠正，对实施过程中发生的重大问题要及时报告及处理。

 五、拟开展护理新技术、新业务要符合准入的必备条件:

 （一）应符合国家的相关法律、法规和各项规章制度；具有医院相关部门书面“准入”批示。

 （二）具有先进性、科学性、有效性、安全性、效益性。

 （三）所使用的各种医疗仪器设备必须具有《医疗仪器生产企业许可证》、《医疗仪器经营企业许可证》、《医疗仪器产品注册证》和产品合格证。

 （四）所使用的各种药品具有《药品生产许可证》、《药品经营许可证》和产品合格证，进口药品须有《进口许可证》。

 （五）拟开展的新技术、新业务项目不得违背伦理道德标准。

 （六）拟开展的新技术、新业务项目应征得患者本人的同意，严格遵守知情同意原则，签订有关协议。

## 护理科研管理制度

 一、科研课题实行自由申报、同行评议：择优上报、签订合同；逐级管理、定期检查；本人负责、科室保证的原则。

 二、申报各种基金课题，要求具有先进性、科学性和实用性，研究目标明确。

 三、课题批准后要严格执行，无特殊情况不可更改，定期填报《课题执行情况表》进行检查督促，协调解决课题进行中的困难。立项课题按期总结、鉴定。

 四、课题经费按课题建帐，专款专用，节约开支，经费支用须经有关部门审批。与外单位协作课题须经科批准并签订科研协作合同书。

 五、申报科研成果须资料齐全、设计严谨、数据可信，具有先进性、科学性、实用性。

 六、成果获奖后，资金按医院有关分配方案发放。获奖成果护理部登记入档管理。

## 护理人员技术档案管理制度

 一、护理人员技术档案由护理部管理，负责收集资料、整理、登记和档案保管工作。

 二、档案内容包括：护士的一般资料（姓名、性别、年龄、婚否、家庭住址和电话号码、学历、职称、职务、毕业学校、毕业时间、执业注册、论文发表、科研、晋升时间等）护士年度行为评价资料、继续教育情况及一些特殊情况记录。

 三、技术档案登记完善、准确、不行随意涂改、伪造或遗失，保管者调动工作时应及时移交，有记录。

 四、每年核对补充整理档案，及时完善变更内容，发现问题及时解决。

 五、技术档案不得外借，以确保档案保密性。

## 护理人员分层管理制度

 一、为进一步加强我院护理质量，合理使用护理人力资源，依据护理人员工作能力，工作年限、学历、职称等不同将全院护理人员分为三级，初步探索护理人员分层管理。

 二、按照不同层次级别赋予不同工作权限，履行不同的岗位职责和工作任务，做到人尽其才，才尽其用，充分发挥不同层级护士的作用，体现护士自身价值。

 三、护理部按照各级护士培训要求组织护士分层在职培训，提高不同层次护理人员的理论知识和操作技，促进护理人员知识的不断更新和人才梯队的成长，实现医院护理人员资源合理使用和科学管理，留住人才。

四、分层护理管理领导小组负责考核，督促各层次护士岗位职责的履行。

## 紧急状态护理人员替代制度

遇有特殊情况，如在岗人员不能坚持正常工作；院内、外伤重大抢救；突发事件；接到特殊任务等，需安排人员紧急替代。

一、护理部、病区应有人员紧急替代预案，担任紧急任务的人员需保持联络通畅。

二、突发事件时，护理部、病区依照情况需要，统一组织调配。夜间、节假日由值班护士长先行安排，并立即向相关科护士长通报，同时向护理部汇报。

三、院内、外重大抢救时，正常工作时间由护理部统一调配；夜间、节假日听从院总值班和护理部或值班护士长统一调配，同时向病区护士长通报。护理部、科护士长或护士长接报后立即妥善安排工作。

四、在岗人员有突发情况不能在岗时，首先通知该病区护士长，安排人员到岗。病区有困难时，应逐级向科护士长、护理部汇报，由上级部门协调解决。

五、病事假原则上应先请假或持有相关部门的有效假条做凭证。如遇临时特殊情况急需请假有书面报告，应立即向护士长报告，等待替换人员到岗后方可离开。

## 护士人力资源调配制度

 遇有特殊情况，如在岗人员不能坚持正常工作；院内、外重大抢救；突发事件；接到特殊任务；科室护理人力资源短缺，影响科室护理工作的正常运转等情况，需安排人员紧急替代，实施人力调配。

 一、护理部掌握全院各科护理工作量及各科护士人力配置情况。

 二、护理部建立由 各科护理应急人员、护理轮转人员等组成的护士人力资源库。

 三、护士人力资源库成员需保持24小时联络通畅。

 四、遇有院内、外重大抢救、突发事件时，护理部依照情况需要，统一组织调配。

 五、在岗人员有突发情况不能工作时，首先通知该科室护士长，安排人员到岗。科室有困难时，应向护理部汇报，协调解决。

六、护士人力资源库成员病事假原则上应先请假或持有关部门的有效假条作凭证，遇临时特殊情况急需请假须有书面报告。

## 护理人员考核奖惩制度

为了全面提高医院护理人员的专业技术水平，强化“三基三严”及中医护理基本知识及技能培训，进一步激发护理人员工作学习的积极性，以扎实的理论基础来指导实践工作，使她们在工作中最大限度的发挥工作潜能，为患者提供最优质的服务，同时也能充分体现奖惩分明的管理机制。凤庆中医医院医院护理部以人为本，进一步完善护理人员考核奖惩制定。每次考核奖励前三名：第一名奖励200.00元；第二名奖励100.00元；第三名奖励50.00元。考核不合格参加补考。

## 护理人员培训、考核制度

 为加强护理队伍建设，提高护士服务水平，进一步完善我院护理人才培养，提高护理人员整体素质，特制定本制度：

 一、理部主任的直接领导下，制定全院护理人员培训考核计划，使培养考核工作有计划、有检查、有分析、有整改、有记录，做到持续改进。

 二、护理部每月举行一次全院性护理业务学习，每季度组织一次护理业务查房，不定期开展急救技能培训。

 三、护理部每月按计划对各科护理人员 进行护理技术操作抽考，进院不满一年者必考。考核不合格者（≤85分），给予科室护士长、质控员和当事人一定的处罚。

 四、在护士长的领导下，各科质控员完成每月科内培训考核，并记录。

 五、每月按计划进行培训，护理技术操作培训考核工作由护理质控小组负责组织实施。

 六、全院每年组织一次护理理论综合考试，成绩优异者，给予公开表扬和一定的奖励，不及格者给予处罚。

 新进院护士：

 一、新进院护理人员必须参加全省中医规范化培训，并严格按照大纲要求本科培训一年，专科培训三年，中专培训五年，考核不合格者，延长培训时间。

 二、对新进院护理人员进行岗前培训，内容包括医德医风教育、三基培训、礼仪规范、护理制度等。

## 护理管理人员及护理骨干

 一、每年有计划地选派护士长及科室护理骨干到“三级或二级甲等医院进修、参观、学习，借鉴他院先进的管理理念和管理方法，提高管理及业务水平。

 二、每年选派护理管理人员及科室护理骨干分步骤地参加专科护士培训以及各类短期培训班，提高护理管理及服务水平。

 三、护士长任职期间每年至少参加管理培训一次。

 四、各科室有计划培养护理骨干人员，做到护理骨干人员逐年递增。

专科岗位护士：

 一、鼓励有较好理论基础和扎实基本功的护士向专业化方向发展，提高专科护理水平。

 二、采取多作径多形式的方法给护士提供学习机会，加强专科护士队伍建设。每年有计划地选派手术室、急诊、血透、肿瘤等科室护士参加省内外外专 科护士培训、外出学习、进修等，提高我院专科护理水平。

## 科护士长考核制度

 一、考核遵循下列原则：全面客观、民主公开、公认公正、注重实绩的原则。

 二、考核办法（成立考核小组）

 组 长：分管护理副院长（张汉娟）

 副组长：护理部主任（王家兰）

 组 员：护理部成员（夏丽荣、邓声权）、每月随机抽3-5名护士长。

 三、考核形式：按照《凤庆县中医医院科护士长考核表》，每季度一次全面考核，并于考核结束5天内与本人沟通，反馈考核结果，提出存在问题及限期整改。

 四、考核结果：

 （一）作为年底护理管理评先评优的重要依据。

 （二）作为科护士长选拔任用推荐理由。

 （三）考核结果记入“凤庆县中医医院护理人员个人技术档案”。

 附件：《凤庆县中医医院科护士长考核表》

## 护士长考核制度

 为加强护士长管理，督促护士长认真履行护士职责，充分发挥护士长的护理管理能力，以及进一步规范护士管理行为，提高护士长综合素质，确保临床护理安全，提高优质护理服务质量，特制定本考核制度。

 一、考核组成员：

 组长：护理部主任王家兰

 组员：科护士长许监、肖清、杨茜

 二、考核内容及评价标准：

 （一）每月进行一次护士长护理管理质量考核。

 （二）每季度进行一次护理技术操作考核（中、西医操作各一项）及理论考核。

 （三）每年进行一次护理理论考核。

 以上考核均要求做到有考核有记录。

 三、考核结果：

 护士长护理技术操作考核和管理考核结果计入当月护士长管理考扣，与科室质控挂钩，90分以上不扣分，85-90分扣1分，80-85分扣5分，85分以下扣5分。

## 外出进修护士管理制度

 一、外出进修必须以医院、科室技术建设的需要和实际情况为原则，择优选送。

 二、外出进修护士应具备崇高的思想政治素质和良好的医德医风，爱岗敬业，具有较扎实的理论知识和操作能力。

 三、护士外出进修计划由各科室于年底提出，经护理部、科教科审核，报经继续教育委员会批准，按计划外派进修。

 四、进修期间应严格遵守接收单位的各项规章制度，认真履行岗位职责。

 五、进修结束应向护理部书面汇报学习情况，并将考核情况交科教科，进修证书复印件交护理部一份备案。

 六、进修结束后应积极开展新业务、新技术。

 七、根据实际情况在科内或院内作交流。

## 轮转护士管理制度

 为使轮转护士能全面掌握各科理论知识和操作规程，提高专业护理水平，增强发现问题、解决问题的能力，进一步开阔思路及眼界，熟悉各专科护理方法及程序，特制定轮转护士管理制度。

 1、新进院在编护士需在院内进行轮转，轮转科室由护理部统一安排，轮转时间为一年。

 2、轮转护士需牢固树立全心全意为人患者服务的思想，遵守护理道德规范。遵守医院各项规章制度，遵守劳动纪律，服从科室管理，严格要求自己。

 3、在护士长及带教老师指导下工作。认真履行岗位职责，虚心求教，善钻好学，尽快提高自己的专科护理水平。

 4、严格执行护理工作制度，发现问题，及时报告带教老师或护士长，切勿擅自处理，避免发生差错事故及护理纠纷。

 5、爱护公物。轮转期间损坏物品、器械、设备要主动报告，未严格执行操作规定或制度造成损坏者，按医院赔偿制度进行赔偿。

 6、轮转期间按照轮转要求完成各项学习和考核。考核不合格者将延期转正定科。

## 进修护士管理制度

 一、我院接收的进修护士必须是护理专业毕业，具有护士执业证及资格证，对工作认真负责。

 二、进修护士由派出单位填写进修申请表，经原单位同意盖章后，报送科教科、护理部批准，方可接收。

 三、进修护士按计划在某一专科学习3个月以上，中途不得更改进修计划。

 四、进修期间严格遵守医院的规章制度和操作规程，遵守护理道德要求及行为规范，衣帽整洁、文明用语。服从所在科室安排，参加医院和科室各项业务活动及政治学习。

 五、自觉爱护公物和医疗设备、仪器，发现损坏要主动报告，因操作不当损坏者应按医院规定进行赔偿。

 六、护士长和带教老师根据进修护士掌握业务程度，决定其能否单独工作，并定期检查其工作情况。

 七、护理部、护士长应定期了解进修护士的思想、学习和工作情况，关心她们的学习和生活。

 八、进修期满，由接收科室对进修护士进行考核，做书面鉴定。

## 实习护士管理制度

 一、实习护士必须牢固树立全心全意为患者服务的思想，遵守护理人员道德要求，着装整齐，行为规范。

 二、遵守实习纪律，执行医院各项规章制度，服从分配，尊重老师。

 三、在带教老师的指导下进行各种护理实践活动，完成各种护理文件书写及护理技术操作。严禁擅自进行操作。

 四、工作中严格执行三查八对制度，发现问题，立即请示报告带教老师或护士长，切勿擅自处理，避免发生差错事故及护理纠纷。

 五、遵守保护性护理制度，不得告知和议论病人的病情。

 六、爱护公物，在实习中损坏物品、器械、设备要主动报告，未按操作规程和制度造成的损坏要按医院赔偿制度进行赔偿。