# 护理交接班制度的交班内容(五篇)

来源：网络 作者：柔情似水 更新时间：2024-08-14

*在日常的学习、工作、生活中，肯定对各类范文都很熟悉吧。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？接下来小编就给大家介绍一下优秀的范文该怎么写，我们一起来看一看吧。护理交接班制度的交班内容篇一一、各科应设昼夜值班人员，值班人员应严格遵照医嘱和护士...*

在日常的学习、工作、生活中，肯定对各类范文都很熟悉吧。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？接下来小编就给大家介绍一下优秀的范文该怎么写，我们一起来看一看吧。

**护理交接班制度的交班内容篇一**

一、各科应设昼夜值班人员，值班人员应严格遵照医嘱和护士长的安排，对患者进行护

理工作。

二、每班必须按时交接班，接班者提前15分钟进入科室，阅读交班报告、护理病历及医嘱本。

三、在接班者未到之前，交班者不得离开岗位。

四、值班者必须在交班前完成本班的各项工作，医.学教育网搜集整理遇有特殊情况，必须做详细交待，与接班者共同做好工作方可离去。必须写好交班报告、护理病历及各项文字记录单，处理好用过的物品。白班为夜班做好用物准备，如消毒敷料、试管、标本瓶、注射器、常备器械、被服等，以便于夜班工作。

五、交班中发现病情、治疗器械、物品交待不清，应立即查问。接班时发现问题，应由交班者负责；接班后如因交班不清，发生差错事故或物品遗失，应由接班者负责。

六、护理病历应由主班护理人员书写，要求字迹整齐、清晰、简明扼要，要连贯性，运用医学术语，如果进修护士或实习护士填写交班本时，带教护理人员或护士长要负责修改并签名。

七、晨会集体交班由护士长主持，全体人员应严肃认真地听取夜班交班报告，要求做到交班时护理病历要写清，口头要讲清，患者床头要看清，如交待不清不得下班。

八、交班内容：

1、患者总数、出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数以及新入院、重危患者、抢救患者、大手术后或有特殊检查处理、病情变化及思想情绪波动的患者，均应详细交待。

2、医嘱执行情况、重症护理记录、各种检查标本采集及各种处置完成情况，医.学教育网搜集整理对尚未完成的工作，应向接班者交待清楚。

3、查看昏迷、瘫痪等危重患者有无褥疮，基础护理完成情况，各种导管固定和通畅情况。

4、常备贵重、毒、麻、精神药品及抢救药品、器械、仪器的数量、技术状态等，交接班者均应签全名。

5、交接班者共同巡视检查病房是否达到清洁、整齐、安静的要求及各项工作的落实情况。

如何加强护理安全管理

1.转变观念，提高护士的护理安全意识和法律意识

定期对护士进行护理安全教育，围绕如何有效保护病人和工作人员的生命安全，分析有哪些不安全因素以及产生的原因，使护士认识到护理工作的风险性；增强护士自律及依法护理的意识，使护士从被动接受安全管理的检查转变为自觉维护护理安全，严格执行护理规章制度及诊疗护理常规，医.学教育网搜集整理准确履行自己的职责。差错源于细节，从点滴做起，从细节做起，使各种潜在风险得到有效控制，满足病人要求，使病人得到安全可靠的护理。

2.建立和完善护理安全管理相关制度

通过制定不被惩罚的护理差错报告制度，即护理差错不纳入护士长、护士的绩效考核，每月开1次差错、事故分析会，鼓励护士谈经验教训，而不是批评、惩罚，做到只对差错不对个人和科室，本着“重原因，轻结果”的原则，分析差错发生的原因，制订行之有效的措施，通过改善系统管理问题来减少护理不安全事件的发生。

3.注重护理工作关键环节的控制

护理工作是一个多人多班次合作的工作，环节多、交接多、配合多、可能发生的差错隐患也多，故在重点环节实施流程管理中控制护理质量，如制订病人出入院流程、病房交接流程、迁床流程、转科工作流程、接待急诊病人工作流程等一系列标准化流程，并认真执行，以避免工作遗漏，提高工作质量及病人满意率。

4.加强重点人员管理

要求病区护士长针对本病区存在的问题，制订详细的管理措施，如建立护嘱本，把每日护理工作的重点内容记录下来，让护士在交班时具体遵循，使交班内容准确、详细，医.学教育网搜集整理避免交班过程中遗忘给医疗、护理活动带来隐患；坚持护士长一日四查房制度，及时发现问题及时解决。

5.解决人力资源使用不合理，护士超负荷工作问题

打破以往的排班模式，大胆改革，推行弹性排班，根据不同的时间段，护理工作量来动态安排人力资源，如医疗高峰时、发生突发事件时、危重病人抢救时等。

6.提高护理人员整体素质

护士的素质能力与护理安全有着直接的联系，故要鼓励护士参加各种形式的继续教育，拓宽护士的知识面，院内要加强业务培训，认真实施各级护理人员的培训计划，通过科室之间的交流，相互学习护理经验和技术，使护士的理论水平和操作技能紧跟学科的发展，同时也要求护士学习心理、人文、社会科学等知识，提高与病人的沟通能力。护理安全和病人的生命息息相关，只有加强护理安全管理，提高护士的安全意识，加强工作责任心，转变护理

观念，并围绕护理质量管理要求不断改进各个环节中潜在的问题，才能从根本上提高护理质量，消除护理隐患，避免差错事故的发生，保证病人安全。

**护理交接班制度的交班内容篇二**

护理交接班制度

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，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、新入院患者以及有特殊情况的患者进行床头交接班。

四、对规定交接班的公物及医疗器械、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，并对危重以及新入院患者进行床头交接。本班工作未完成时不得交班，特殊情况需当面交清。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。在接班者没有到岗情况下，交班者不得先行离开，否则出现问题共同承担。

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、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、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

1、文字交接：每班书写病室护士交班报告，进行交班。

2、床头交接：与接班者共同巡视病房，重点交接危重及新入院患者、老年患者及特殊心理状况的患者。

3、口头交接：一般患者采取口头交接。

**护理交接班制度的交班内容篇三**

护理交接班制度(2024-04-22 22:06:11)

转载▼

一、为了保证护理工作连续、稳定、安全、惯性运转，特制定本制度。

二、交接班准备

（一）交班准备：

1、完成本班各项治疗、护理；

2、写好各种护理文字记录；

3、处理好用过的物品，为下一班做好药品、物品准备，保持各种物品、器械、仪器的完好备用状态；

4、保持各工作室、休息室、各病室及走道清洁。

（二）接班准备：

1、进餐、洗漱毕；

2、衣帽整洁、着装规范，佩戴胸牌；

3、精神饱满，进入准工作状态。

三、在下列情况下，不得进行交接班

1、处理紧急事故或者大抢救时（但可在告一段落时，得到护士长同意，进行交接班）；

2、交班人员未经正式交接班手续，擅自离开工作岗位。

3、接班人员遇意外情况无法工作或精神不正常时。

四.交接班内容

1、患者总数、出入院、专科、死亡人数以及新入院、分娩、手术、危重、抢救、大手术前后或有特殊病情变化、检查处理及情绪波动的患者均应详细交班；查看昏迷、瘫痪等危重患者受压部位皮肤情况、基础护理完成情况、各种导管通畅及固定情况；

2、医嘱执行情况，各项护理文字记录情况，各种检查标本采集及各种处置完成情况，对尚未完成的工作，应向接班者交代清楚；

3、抢救药品、器械、仪器以及贵重、毒麻、精神药品的数量、是否完好备用等。交接班者均应签全名；

4、病区是否安全、安静、整洁。

五.交接班方式：床边口头交接班、书面重点交接班、晨会集体交接班

六.交接班一般规定

1、每班必须按时交接班。接班者提前15分钟到科室，在接班者未到之前，交班者不得擅离岗位；

2、交班者必须在交班前完成本班的各项工作，遇有特殊情况，必须作详细交待，与接班者共同完成交接工作方可离去；

3、接班者如果发现病情、治疗护理、物品交接不清，应立即查问。

4、交接班时如发现问题，由交班者负责处理，交班者可要求接班者协助；接班后因交接不清，发生差错事故或者物品遗失，应由接班者负责。

5、护理晨会集体交接班由护士长主持，由值班护士用普通话报告病房24小时动态，要求内容简明扼要、重点突出，护士长简单小结前一天工作，布置当天工作。

七、交接班注意事项

1、交班工作必须做到“三清”、“四交接”：

“三清”即：病情清、治疗清、护理清；

“四交接”即：病人交接、处置交接、药品物品交接、环境交接。

2、交接班的内容一律以记录和现场交接清楚为准，凡遗漏应交接的事情，由交班者负责；凡未接清楚听明白的事项，由接班者负责；交接班双方都没有履行应交接的内容，双方都应负责。

3、在交接班过程中，需要进行的紧急情况和事故处理，仍由交班者负责处理，必要时可要求接班者协助工作；待事故处理或操作结束或告一段落后，继续交接班。

**护理交接班制度的交班内容篇四**

护理交接班制度

目的：提高护士交班质量，确保病人治疗护理工作的连续性，提升医院服务品质。范围：全院护理单元的护士。内容：

交接班制度是保证临床医疗护理工作连续进行的重要措施。1.交接班要求。

1.1值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项护理工作正确及时地进行。1.2每班必须按时交接班，接班者提前15分钟进入科室，清点物品。在接班者未到之前，交班者不得离开岗位。

1.3值班者必须在交班前完成本班的各项工作，遇有特殊情况，必须做详细交待，与接班者共同做好工作方可离去。必须写好各项护理记录单，处理好用过的物品。日班要为夜班做好一切物品准备，抢救物品齐全。

1.4接班者如发现病情、治疗、器械、物品交待不清，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，发生护理不良事件或物品遗失，应由接班者负责。

1.5护理记录应由值班护士书写，要求做到客观、真实、准确、及时、完整。如进修护士或实习护士记录时，带教老师或护士长要负责修改并签名。

1.6有特殊情况者，如情绪、行为异常和未请假外出病人，除与接班护士详细交班外，同时应向分管或值班医生及时联系、严密观察及早采取相应措施，必要时向院部汇报。2.交接班方式。

2.1书面交班：即护理记录，应简明清楚，做到客观、真实、准确、及时、完整。2.2口头交班 ：由晨间集体及班间口头交班。晨间集体交班由护士长主持，全体人员应严肃认真地听取夜班交班报告。

2.3床头交班 ：交接班者共同巡视病房，对危重、抢救、昏迷、大手术、瘫痪患者、高危压疮、高危跌倒、特殊治疗及有多根管道病人必须进行床头交班。要求：护理记录单上要写清、口头要讲清、病人床头要看清，如交待不清不得下班。3.交班内容。

3.1病房日志 ：包括住院病人总数、出入院、转科、转院、手术、死亡人数。3.2新入院病人、重危病人、大手术前后病人、特殊处理病人（检查、操作、治疗）、有病情变化及思想情绪波动的患者，须把病人的诊断、病情、治疗、药物、护理措施、注意事项等交接清楚。

3.3医嘱执行情况，危重护理记录，各种检查标本采集及各种处置完成情况，对尚未完成的工作，应向接班者交待清楚。

3.4物品：包括常备毒、麻药品、抢救物品、器械、仪器等数量及完好状态。3.5床边交班内容包括 ：病情（病人面色、脉搏、呼吸状况及情绪变化）；液体有无渗漏及滴速；特殊治疗，全身皮肤情况（有无红肿、皮疹、褥疮、烫伤等变化）；床铺是否整洁、干燥，各种管道有无脱落或阻塞，是否通畅、引流液色、性状、量、病人的症状等；检查伤口敷料包扎、渗出情况。交接班者共同巡视检查病房是否达到清洁、整齐、安静的要求及各项工作的落实情况。

**护理交接班制度的交班内容篇五**

一、护理交接班制度

1、病房护理人员实行三班轮班制度，值班人员应严格遵守医嘱和护士长安排，对患者进行护理工作。

2、每班必须按时交接班，接班者提前15分钟进科室，在接班者到岗之前，交班者不得离开岗位。

3、值班者必须在交班前完成本班的各项工作，遇到特殊情况，必须详细交班，与接班者共同做好各项工作方可离开。必须填写好护理记录，处理好用过的物品，白班为夜班做好用物准备，以便于夜班工作。

4、交班中如发现病情、治疗、器械、物品交待不清，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。

5、护理记录由规定班次护理人员书写，要求字迹整齐、清晰，简明扼要，有连贯性，运用医学术语。如试用期、实习护士等无护士执业证书人员书写护理记录，带教护理人员要负责修改并签名。

6、晨会交班由护士长主持，全体人员应认真听取夜班交班，要求做到护理记录上要写清、口头要讲清、患者床头要看清，交班不清不得下班。

7、交班内容

（1）患者总数、出入院、转科、分娩、手术、死亡人数以及新入院、危重患者、抢救患者、大手术前后或有特殊检查处理、病情变化及思想情绪波动的患者均应详细交班。请假患者应交清离院时间和假条上注明的归院时间。

（2）医嘱执行情况，重症护理记录，各种检查标本采集及各种处置完成情况，对尚未完成的工作，应向接班者交待清楚。

（3）查看昏迷、瘫痪等危重患者有无褥疮，基础护理完成情况，各种导管固定和通畅情况。

（4）对常备、贵重、毒麻、精神药品及器械、仪器的数量、性能状态等，交接班者均应交接清楚并签全名。

（5）交接班者共同巡视病房是否达到清洁、整齐、安静的要求，及各项工作的落实情况。

二、分级护理制度

1、特级护理

（1）病情依据：①病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；②重症监护患者；③各种复杂或大手术后的患者；④严重创伤或大面积烧伤的患者；⑤使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情患者；⑥实施连续性肾脏替代治疗，并需要严密监护生命特征的患者；⑦其他有生命危险，需要严密监护生命特征的患者。

（2）护理要点：①严密观察患者病情变化，监测生命特征；②根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；③根据医嘱，准确测量出入量；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、气道护理及管道护理等，实施安全措施；⑤保持患者的舒适和功能体位；⑥实施床旁交接班。

2、一级护理

（1）病情依据：①病情趋向稳定的重症患者；②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；③生活完全不能自理且病情不稳定的患者；④生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。（2）护理要点：①每小时巡视患者，观察患者病情变化；②根据患者病情，测量生命特征；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、气道护理及管道护理等，实施安全措施；⑤提供护理相关的健康指导。

3、二级护理

（1）病情依据：①病情稳定，仍需卧床的患者；②生活部分自理的患者。

（2）护理要点：①每2小时巡视患者，观察患者病情变化；②根据患者病情，测量生命特征；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。

4、三级护理（1）、病情依据：①生活完全自理且病情稳定的患者；②生活完全自理且处于康复期的患者。（2）、护理要点：①每3小时巡视患者，观察患者病情变化；②根据患者病情，测量生命特征；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。

三、护理查对制度

1、医嘱查对制度（1）、执行医嘱后，应做到班班查对。（2）、查对医嘱者需签全名。（3）、临时医嘱执行后，要在治疗单上记录执行时间并签全名，对有疑问的医嘱必须问清楚后，方可执行。（4）、抢救患者时，医生下达口头医嘱，执行者必须复诵一遍，待医生认为无误后，方可执行，保留用过的空安瓿，经过核对后再弃去。医师按要求及时补开医嘱。

2、服药、注射、输液查对制度（1）、服药、注射、输液时必须严格进行三查八对。三查：操作前查、操作中查、操作后查；八对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法和药品有效期。（2）、备药前要检查药品质量，注意水剂、片剂有无变质，安瓿、针剂有无裂痕，有效期和批号如不符合要求或标签不清者不得使用。（3）、病区摆患者次日用药，必须下午进行，不得上午提前摆药，以防差错发生。（4）、摆药后必须经第二人核对，方可执行。（5）、易致敏药物，给药前应询问有无过敏史；使用毒麻药品时，要经过反复核对，用后保留安瓿；用多种药品时，要注意有无配伍禁忌。（6）、发药或注射时，如患者提出疑问，应及时查清，方可执行。

3、输血查对制度（1）、查采血日期，血液有无凝血块或溶血，查血袋有无破损。（2）、查输血单与血袋标签上供血者的姓名、血型、血袋号及血量是否相等，交叉试验有无凝集。（3）、查患者床号、姓名、住院号及血型与输血单是否相符。（4）、输血前交叉配血标本交叉配血及报告必须经二人核对无误后，方可送检或执行。（5）、输血后再次查对以上内容，并将血袋标签取下粘贴在配血单上保存。（6）、输血完毕，应保留血袋，以备必要时送检。

4、饮食查对制度（1）、每日查对医嘱后，以饮食单为依据，核对患者床前饮食卡，对床号、姓名及饮食种类。（2）、发饮食前，查对饮食单及饮食种类是否相符。（3）、开饭前，在患者床前再查对一次。

四、患者入院、出院及转科制度

1、入院（1）、在患者入院前准备好床单位。（2）、病房办公室护士热情接待患者，安排床位，通知主管医生，责任护士向患者及家属介绍医院环境、同病室病友、病房有关制度及探视陪护有关内容。（3）、住院患者遵守病房作息时间，未经医生允许不得私自外出，否则按自动出院处理，外出期间如发生病情变化或其他意外一律由患者负责。（4）、24小时内完成新人院患者卫生处理。

2、出院（1）、护士提前告知患者出院时间，做好出院准备。（2）、医生开出院医嘱后，值班护士根据医嘱注销一切治疗卡，结清账目，整理病历并送病案室。（3）、准确告知患者及家属办理结帐手续的方法。收到患者出院结算手续后，方可允许患者离院并清点患者床单位的公用物品有无丢失或损失。（4）、责任护士为患者做好出院健康指导。（5）、出院前征求患者意见，填写“满意度调查表”。（6）、患者离开时，护士要热情送出病房。（7）、对出院后床单位进行终末消毒。

3、转科（1）、护士根据医嘱填写转科时间，终止本科一切治疗并结清账目。（2）、转出科室由当班护士将转出时间记录在转科护理记录中，并按时携病历、护理文件、辅助检查等，安全护送患者至所转入科室（家属最好同行），与该科护士严格交接，转入科室护士在转科护理记录单上做好记录并签名。（3）、转出患者书面交接班。

五、护理会诊制度

1、凡患者病情所需护理超出本专业范围，需要其他护理专业协助解决者，可由专业护士提出申请，护士长同意，填写会诊通知单，提出会诊要求和目的，会诊通知单送交会诊病区护士长或主班护士（或带班者）。

2、应邀病区护士长或主班护士（或带班者）应派本病区专业护士前去会诊，一般要在接到会诊单后24小时内完成。

3、会诊时专业护士应在场陪同，介绍病情，听取会诊意见。

4、前去会诊的专业护士应到患者床前检查患者，提出处理意见（建议）或协助处理护理问题，并做好记录。

5、凡特殊疑难的病例、病情需要多科共同讨论协作完成护理者，可进行全院会诊。全院会诊由科护士长提出，报护理部同意后组织进行。

6、未尽事宜可参照院“会诊制度”执行。

六、护理查房制度

1、护理部管理人员每周到各科进行查房，参加晨会和交接班，检查护理工作质量和各种制度进行情况。

2、护理部每季度定期组织全院和部分科室护理查房，起到互相交流和学习的目的。

3、病区护士长每月组织一次护理查房。根据病区专业选择病例，定好专题，由护士长或高年资护士主持，全体护士参加，共同讨论，提出护理措施。

4、病区护士长每周跟随主任或主治医师查房1次，根据医生提出的治疗方案及护理应注意的问题，由护士长组织落实。

七、护理事故、差错、纠纷登记和报告制度

1、各科室建立护理事件登记本，及时登记发生护理事件的经过、原因、后果。定期组织讨论和总结。

2、发生护理事件时，要积极采取补救措施，以减少和消除由于事件造成的不良后果。

3、发生护理事件时，责任者要立即向护士长报告，护士长在24小时内口头或电话报护理部，重大事件要立即报告护理部、科主任。

4、发生护理事件的有关各种记录、化验及造成事件的药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，并保留患者的标本，以备鉴定研究之用。

5、护理事件发生后，按性质、情节轻重，分别组织全科有关人员进行讨论，以提高认识，吸取教训，改进工作，并确定事件性质，提出处理意见。

6、发生护理事件的单位和个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后发现，按情节轻重给予处分。

7、为弄清事实真相，应注意倾听当事人的意见，讨论时吸取本人参加，允许个人发表意见，决定处分时，领导应进行思想教育，以达到帮助的目的，对与护理无关的事件，应及时向相关部门反映，避免类似事件再次发生。

8、各科每月末将本科室发生的护理事件及处理意见填写护理事件上报表，5号前报护理部。

9、各科室每季要召开护理事件分析会，并将会议情况记录于护理事件登记本。

10、护理部应定期组织护士长分析护理事件发生的原因，并提出防范措施。

八、导管脱落登记报告制度

导管脱落是指放置患者体内或组织内，具有治疗作用的管道非正常脱出。如脑室引流管、中心静脉导管、胃管、气管插管、胸腔引流管、腹腔引流管及尿管等。

1、患者各种导管发生脱落时，立即通知当班医生、护士长，积极采取补救措施。安慰家属，消除紧张、恐惧心理。

2、积极配合医生做好各项处置工作。

3、认真做好病情观察。

4、做好脱落导管的处置和护理观察记录。

5、发生导管脱落后，科室应认真查找原因，制定改进措施。

6、发生导管脱落后，正常工作时间应24小时内填写“护理事件上报表”报护理部。

九、皮肤压疮登记报告制定

1、发现住院患者有压疮，无论是院内发生还是院外带入，均应及时填写皮肤压疮报告表，正常工作时间24小时内报告科护士长，科护士长立即核查后报告护理部。

2、患者入院时，护士应首先对其发生压疮的危险性进行评估，仔细进行护理体检，对于符合难免压疮条件的患者，应填报难免压疮申请单，护士长审核后交科护士长，科护士长审核符合条件后向护理部申报难免压疮。

3、对于压疮发生的危险性高或（和）存在院前压疮患者，及时制定皮肤护理计划，建立翻身卡，实施有效的护理措施，并在护理记录单中详细记录。

4、患者转科时，需在护理记录中注明皮肤状况，进行严格交接，并将“皮肤压疮观察表”交由所转科室继续观察、处理、填写，并通知护理部。

5、患者压疮治愈或未治愈出院、死亡，填写“皮肤压疮观察表”报护理部。

6、临床科室如发生皮肤压疮隐瞒不报，一经查实，年终不得参加科室评优、扣罚科室当月部门奖金，并责成护士长书面写出检查，与本人评优挂钩。

十、患者使用腕带标识制度

1、对神志不清、精神异常、语音不清、婴幼儿患者，入院（出生）时应立即佩戴腕带，做为各项诊疗操作前辨认病人的依据。

2、手术病人术前一天应为病人佩戴腕带，做为手术前、后交接，术前、术后识别患者身份的依据。

3、腕带上项目应逐项填写，要求字迹清晰，项目齐全，经两人核对无误后方可给患者佩戴。

4、护士在抽血、给药或输血时，必须严格执行三查七对制度，至少同时使用二种识别患者方法，不得仅以床号作为识别的依据。

5、佩戴腕带松紧要事宜，以免脱落或影响血运。

十一、住院患者坠床与跌倒防范、伤情认定及报告制度

为保障患者的安全，避免或减少住院患者坠床与跌倒的发生，达到对患者的伤害减少的目的，特制度本制度。

（一）防范

1、对65岁以上及其有危险因素的住院患者，根据医院“住院病人坠床、跌倒危险因素评估表”进行评估。

2、对高危患者将防跌倒坠床标识挂于患者床头，并加强健康教育，采取适当的防范措施。

3、将评估情况及预防措施进行记录。

（二）伤情认定及处理

1、一旦患者不慎发生坠床、跌倒时，护士应立即到患者身边，观察患者的生命特征及

受伤部位、伤情程度，全身状况等，并初步判断摔伤原因，同时通知值班医生。

2、医生到场后，协助医生进行检查，遵医嘱进行正确处理。

3、对受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者，加强巡视，根据病情做进一步夫人检查和治疗。

4、对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用碘伏消毒，并以无菌敷料包扎；对出血较多或有伤口者，先用无菌敷料压迫止血，再有医生酌情进行伤口清创缝合。必要时遵医嘱注射破伤风针。

5、对疑有骨折或肌肉、韧带的患者，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运方法，将患者抬至病床。

6、对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者轻抬至病床，密切观察瞳孔、神志、生命特征等病情变化，并遵医嘱迅速采取相应的急救措施。

（三）报告

1、当班护士应及时、准确做好护理记录，加强巡视，发现异常及时向医生汇报并第一时间通知病区护士长。

2、病区护士长须在24小时内上报护理部，3天内组织全科护理人员进行讨论，分析事件发生的原因，明确责任，提出整改措施，填写“护理不良事件报告表”上交护理部。

十二、危重症患者处理应急预案

1、对危重病人，应详细询问病史，准确掌握体征，密切观察病情变化，及时进行抢救。

2、抢救工作应由临床医生护士、科主任、护士长负责组织和指挥，并将病情及时报告医务处、护理部。对重大抢救或特殊情况（如查无姓名、地址者，无经济来源者）必须立即报告医务处、护理部及分管院长。

3、每个医护人员应高度的责任心对待危重病人，详细检查，迅速判断病情，争分夺秒地、严谨敏捷地进行抢救，严格执行各种操作，用药注意三查七对，杜绝差错发生。医护人员必须现场守护病人，严密监护，及时处理，抢救结束后即刻补记各种记录。

4、医护人员必须随时做好抢救工作准备，各类抢救物品、器械由专人管理，定位放置、定时检查、及时补充、更换、维修、消毒，保证急救物品完好率达到100%。

5、专人保管急救、抢救药品，随时检查，随时补充。确保药品齐全，保证抢救工作的顺利进行。

6、抢救时，非抢救人员及病人家属一律不得进入抢救室或抢救现场，以保持环境安静，忙而不乱。抢救完毕，整理抢救现场，清洗抢救器械，按常规分别消毒以便备用，清点抢救药品，及时补充记录。

7、抢救时，护理人员要及时到位，按照各种疾病的抢救程序进行。护士在医生未到以前，应根据病情，及时做好各种抢救措施的准备，如吸氧、吸痰、人工呼吸、建立静脉通道等。在抢救过程中，护士在执行医生的口头医嘱时，应复述一遍，认真、仔细核对抢救药品的药名、剂量，抢救时所用药品的空安瓿，经二人核对后方可弃去。抢救完毕立即督促医生据实补写医嘱。危重病人就地抢救，病情稳定后，方可移动。

8、认真书写危重病人护理记录单，字迹清晰、项目齐全、内容真实全面，能体现疾病发生发展变化的过程，确保护理记录的连续性、真实性和完整性。

9、凡遇有重大灾害、事故抢救，应服从医院统一组织，立即准备，随叫随到。科室之间相互配合，必要时成立临时抢救组织，加强抢救工作。

10、严格报告制度，凡遇危重病人，当班护士在积极施行救治的同时，必须立即如实报告护士长，同时报告院领导。科主任和护士长接到报告必须立即赶到现场组织

抢救工作。

11、在发生医疗纠纷或可能发生医疗纠纷前兆时，值班护士要迅速报告护士长保留医疗药品和用物，做好病历记录等文书工作，听取患者及家属的意见和要求，积极处理协调。

十四、药物引起过敏性休克的应急预案

1、过敏反应防护措施

（1）给患者应用药物前应询问患者是否有该药物过敏史，按要求做过敏试验，凡有过敏史者禁忌再做该药物的过敏试验。

（2）严格过敏试验操作规程，确保以正确的操作、正确的药物和剂量、正确的部位、正确的判断完成过敏试验。

（3）该药物试验结果阳性者或对该药有过敏史者，禁用此药。同时在该患者医嘱单护理病历上注明过敏药物名称，在床头挂过敏试验阳性示牌，并告知患者及家属。

（4）经药物过敏试验后凡接受该药物治疗的患者，停用24小时以上，（青霉素更换批号）应重做过敏试验，方可再次用药。

（5）抗生素药物应现用现配，特别是青霉素水溶液在室温下极易分解产生过敏物质，引起过敏反应，还可使药物效价降低，影响治疗效果。

（6）严格执行查对制度，做药物过敏试验前要警惕过敏反应的发生，治疗盘内备肾上腺素1支。药物过敏试验阴性，第一次注射后观察20-30分钟，注意观察巡视患者有无过敏反应，以防发生迟发过敏反应。

2、过敏性休克急救措施

（1）患者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，妥善封存剩余药液。

（2）立即平卧，遵医嘱皮下注射0.1%盐酸肾上腺素1㎎，小儿酌减。如症状不缓解，每隔30分钟再皮下注射或静脉注射0.5ml，直至脱落危险期，注意保暖。

（3）给予氧气吸入，改善患者缺氧症状，呼吸抑制时应立即进行人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合进行气管切开。

（4）迅速建立静脉通道，补充血容量，必要时建立两条静脉通道。遵医嘱应用药物：如糖皮质激素、呼吸兴奋剂、血管活性药物及抗组织胺类药物等。

（5）发生心脏骤停，立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的急救措施。

（6）观察与记录，密切观察患者的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其他临床变化。患者未脱落危险前不宜搬到。

（7）按“医疗事故处理条例规定”在抢救结束6小时内，据实、准确地记录抢救过程。

十五、住院患者出现输液、输血反应的应急预案

（一）发生输血反应的应急预案

1、立即停止输血，更换输液管，改换生理盐水。

2、报告医生并遵医嘱给药。

3、若为一般性过敏反应，情况好转者可继续观察并做好记录。

4、必要时填写输血反应报告卡，上报输血科。

5、怀疑溶血等严重反应时，保留血袋并抽取患者血样一起送输血科。

6、患者家属有异议时，立即按有关程序对输血器具进行封存。

（二）发生输液反应的应急预案

1、立即停止输液或保留静脉通道，改换其他液体和输液器。

2、报告医生并遵医嘱给药。

3、情况严重者就地抢救，必要时心肺复苏。

4、记录患者生命特征、一般情况和抢救过程。

5、及时报告医院感染科、药剂科、消毒供应中心、护理部。

6、保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时取相同批号的液体、输液器和注射器分别送检。

7、患者家属有异议时，立即按有关程序对输液器具进行封存。

十六、住院患者发生坠床的应急预案

1、对于意识不清并烦躁不安的患者，应加床档，并有家属陪伴。

2、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。

3、在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要护士应及时帮助。

4、对于可能发生病情变化的患者，要认真做好健康宣教，嘱患者不要突然变化体位，以免引起血压变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等危险。

5、嘱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，以便给予及时处理。

6、一旦患者不慎发生坠床时，护士应立即到患者身边，通知医生检查患者坠床的着力点，迅速查看状况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况。

7、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。

8、每30分钟巡视患者一次，直至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发生异常，及时向医生汇报。

9、分析发生坠床的原因，加强防护措施，避免此类事件再次发生。

10、及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。

11、将此事件经过书面报告护理部。

十七、住院患者有自杀倾向时的应急预案

1、发现患者有自杀倾向时，应立即向上级主管部门汇报。

2、通知主管医生，主管护士。

3、没收锐利的物品，锁好门窗，防止意外。

4、通知家属，要求24小时陪护，不得离开。

5、详细交接班，做好相关记录，同时多关心患者，做好心理疏导，准确掌握患者的心理状况。

十八、护理人员意外感染应急预案

1、护理人员发生意外伤害或特殊感染时，立即去相关科室进行紧急处理和治疗。

2、向护理部、公费医疗办公室报告。

3、将治疗结果报院公费医疗办公室。

4、如果发生意外的时间在17点以后，先进行紧急治疗，次日通知公费医疗办公室。

5、待相关部门作出明确结论后，一切伤后治疗费用，参照医疗保险、公费医疗、大病统筹的给付办法。治疗期间的休假按人事部门的规定办理。

6、如在公共食堂就餐后发生消化道症状应立即转肠道门诊诊治，处理办法参照医院感染科管理规定办理。

十九、护理人员遭受针刺伤后处理应急预案

为确保护理人员职业安全，尽可能的降低职业风险，针对在工作中可能发生的遭受

感染的情况，特制定本处理程序。

（一）、化学污染

1、立即用流动水冲洗污染部位。

2、立即到急诊室就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。

3、在发生事件后48小时内向护理部报告，并报告感染管理科、职工保健科，填写登记表备案。

（二）、锐器刺伤

1、被血液、体液污染的针头或其他锐器刺伤后，应立即用力捏住受伤部位，向离心方向挤出伤口的血液，不可来回挤压，同时用流动水冲洗伤口。

2、用75%酒精或安尔碘消毒伤口，并用防水敷料覆盖。

3、意外受伤后必须48小时内报告护理部，并报告感染管理科、职工保健科，并填写“济南中心医院医疗锐器登记表”，必须在72小时内做hiv、hbv等的基础水平检查。

4、可疑被hiv感染的锐器刺伤时，应尽快注射抗乙肝病毒高效价抗体和乙肝疫苗。

5、可疑被hcv感染的锐器刺伤时，被刺伤后应尽快做hcv抗体检查，并于4—6周后检测hcv的rna。

6、可疑被hiv感染的锐器刺伤时，应及时找相应的专家就诊，根据专家意见预防性用药，并尽快检测hiv抗体，然后根据专科医生的建议进行周期性复查（如6、12周、6个月等），在跟踪期间，特别是在最初6—12周，绝大部分感染者不会出现症状，因此在此期间必须注意必要献血、捐赠器官及母乳喂养，过性生活是要用避孕套。

（三）、粘膜、角膜被污染

1、皮肤若意外接触到血液、体液或其他化学物质时，应立即用肥皂和流动水冲洗。

2、若患者的血液、体液意外进入眼睛、口腔，应立即用大量清水或生理盐水冲洗。

3、及时到急诊室就诊，请专科医生诊治。4、48小时时内向护理部报告，并报告感染科、职工保健科，填写相关登记表。

二十、科室发生医院感染暴发时应急预案

1、科室发现病区短时间内有多种症状相同的病原菌感染病例后，科主任或护士长应立即报告医院感染办，由感染办证实流行或暴发。

2、当班医护人员应立即对患者实行隔离措施，及时切断传播途径。

3、立即采取相应的消毒隔离措施，对病房环境、床单位、病人用物等进行彻底的消毒。

4、协助相关部门查找感染源。对感染病人、接触者、可疑传染源环境、物品、医护人员及陪护人员等进行病原学检查。

5、协助相关部门查找引起感染的因素。对感染病人周围人群进行详细的流行病学调查。

6、制定控制措施。包括对病人进行适当治疗，进行正确的消毒灭菌处理，停止接收新病人，医护人员自身防护，免疫接种等。

7、分析调查资料，对病例的科室分布、人群发布和时间发布进行描述。分析流行或暴发的原因，推测可能的传染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合作出判断。

8、总结经验，制定防范措施。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找