

兰州大学第二医院应知应会手册

（ 护理组核心制度篇 ）

三甲复审办公室

2020 年 8 月

目 录

护理质量管理制度.....	1
病房管理制度.....	4
抢救工作制度.....	6
分级护理制度.....	9
护理值班、交接班制度.....	14
查对制度.....	21
给药制度.....	27
护理查房制度.....	29
患者健康教育制度.....	34
护理会诊制度.....	36
病房消毒隔离制度.....	37

护理安全管理制度.....	41
护理不良（安全）事件报告制度.....	43

第一节 护理质量管理制度

1.医院成立由分管院长、护理部主任(副主任)、总护士长、病区护士长组成的护理质量管理安全委员会,负责全院护理质量管理目标及各项护理质量标准制定并对护理质量实施控制与管理。

2.护理质量实行护理部质控科,科部总护士长、病区三级控制和管理。

3.病区护理质量控制组由(I级)6-8人组成,病区护士长参加并负责,按照质量控制标准对护理质量实施全面控制,及时发现工作中存在的问题与不足,对出现的质量缺陷进行分析,定期整改。检查有记录、及时反馈,每月填写质控手册,并召开病区护理

质量分析会，有记录。

4.科部总护士长护理质量控制组（Ⅱ级）：所管部门科室，总护士长参加并负责。每月有计划地对所分管的病区薄弱环节进行检查，填写检查记录，对于检查中发现的问题及时分析整改，制定切实可行的措施并落实。

5.护理部质量控制科（Ⅲ级）：由 20-25 人组成，护理部副主任，质控科科长参加并负责。每月有计划、有重点、依据 5 项质控标准对各病区工作进行检查、反馈、评价，填写护理质控反馈及改进情况汇总表，及时研究、分析、解决检查中发现的问题。每月在护士长例会反馈检查结果，提出整改意

见。对于问题较多的病区，进行质控回头看，追踪整改效果。

6.对护理质量缺陷进行追踪评价，实现护理质量的持续改进。

7.质控科将检查结果于每月 30 日以前报护理部，护理部负责对全院护理质量检查结果进行综合分析评价，护士长例会上向病区护士长及病区质控副组长反馈检查评价结果及次月检查重点。

8.护理部随时向主管院长汇报全院护理质量控制与管理情况，每月召开一次护士长例会，全面分析当月的护理质量，对存在的问题有整改措施和追踪评价。

9.每半年进行护理质量控制与管理总结

并向全院护理人员通报。

10.护理工作质量检查结果作为病区绩效考核内容和各级护理人员的考评内容。

第二节 病房管理制度

1.病区管理由科主任、护士长负责，全体医生和护理人员参与病区管理。

2.严格执行陪护制度，加强对陪护人员的管理，积极开展卫生宣教和健康教育。责任护士应及时向新住院患者介绍住院需知，签署有关文书，指导患者共同参与病房管理。

3.保持病房整洁、舒适、安静、安全避免噪音，做到走路轻、开关门轻、操作轻、说话轻。

4.室内物品和床位应摆放整齐，固定位置，未经同意不得任意搬动。

5.工作人员应遵守劳动纪律，坚守岗位，工作时间内必须按规定着装。病区内严禁吸烟，工作时间不聊天、不做私事、不看手机。治疗室、护理站不得存放私人物品。

6.各病区患者被服、用具按基数配给患者使用，出院时清点收回，并做终末消毒处理。

7.护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立帐目，定期清点，有记录。如有遗失，应及时查明原因，按规定处理。管理人员调动时，要办好交接手续。

8.每月召开护患沟通会 1-2 次，听取患

者对医疗、护理、医技、后勤等方面的意见和改进建议，对患者和陪员反映的问题要有改进措施及反馈，持续不断改进护理工作。

9.病区不接待非住院患者，不会客。值班医生和护理人员及时清理非陪护人员，严禁散发各种传单、广告及推销人员进入病区。对可疑人员进行询问。

10.病区注意节约水电，及时关闭电源和水龙头，杜绝长流水和长明灯。

11.保持病房清洁卫生，注意通风，每日至少清扫两次，每周大清扫一次，病房卫生间清洁、无味、地面无积水，有安全标识。

第三节 抢救工作制度

1.定期对护理人员进行急救知识培训，

提高抢救意识和抢救水平。

2.参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。

3.抢救患者时做到人员到位、行动敏捷、有条不紊、分秒必争。

4.抢救时做到明确分工，密切配合，听从指挥，坚守岗位。

5.每周两次核对抢救物品、药品，并做好记录，做到账物相符，各种急救药品器材及物品应做到“四定”（定数量品种，定点放置，定专人管理，定期维修），“三及时”（及时检查，及时消毒灭菌，及时补充）。抢救物品不准任意挪用和外借，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。

6.严密观察患者病情变化，准确及时填写患者护理记录单，记录内容完整、准确。

7.严格执行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，护士执行前必须向医生复述一遍，双方确认无误后方可执行；所有药品空安瓿须经两人核对，补开医嘱后方可丢弃，及时记录护理记录单，来不及记录的于抢救结束后六小时内据实补记，并加以说明。

8.抢救结束后及时清理各种物品并进行初步处理、登记。

9.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。

第四节 分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别的护理。

分级护理分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

分级护理依据

（一）具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理：

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.维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

3.各种复杂或者大手术后的患者；

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的患者；

6.实施连续性肾脏替代治疗(CRRT)，并需要严密监护生命体征的患者；

7.其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

（二）具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理：

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，病情不稳定随时可能发生变化的患者。

（三）具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理：

1.病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察且自理能力轻度依赖的患者；

2.病情稳定，仍需卧床且自理能力轻度依赖的患者；

3.病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

（四）具备以下情况之一的患者，可以

确定为三级护理：

- 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。

分级护理要点

（一）特级护理：

- 1.设专人 24 小时护理，备齐急救药品、器材，随时准备抢救；
- 2.严密观察患者病情变化，监测生命体征；
- 3.根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- 4.根据医嘱，准确测量出入量；
- 5.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；

6.保持患者的舒适和功能体位;

7.实施床旁交接班。

(二) 一级护理:

1.每 1 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。

(三) 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。

（四）三级护理：

- 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。

第五节 护理值班、交接班制度

- 1.医护人员交接班时必须衣帽整齐，按时交接班，严禁迟到、早退、脱岗。在岗时

间必须履行职责，保证各项治疗、护理工作安全准确及时地进行。

2.交接班工作要按时进行，接班者应提前 5-10 分钟到病区，阅读交班报告、护理记录等，在接班者未接班之前，交班者不得离开工作岗位。每天早晨集体交接班一次，由科主任或护士长布置当日工作或应注意的重点问题。晨会交班时间不应过长，应限定在 15-30 分钟完成。

3.值班者必须在交班前完成本班各项工作，防止遗忘治疗。写好交班报告及各项文件记录单，处理好用过的物品，遇有特殊情况必须详细交班。本班应完成的工作不交下一班去完成，并为下一班工作做充分准备，

特别是白班护士要为夜班护士做好准备工作，如药品、特殊检查与术前准备等，以便夜班能顺利地工作。

4.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落实情况。

5.每班交接班时应严肃认真，必须做到三清（交接班记录要写清、口头交待要说清、患者床头要看清）。

6.交班报告(护理记录)应书写要求字迹整齐、清晰，重点突出。护理记录内容客观、真实、及时、准确、全面、简明扼要、有连贯性，运用医学术语。进修护士或实习护士书写护理记录时，由带教护士负责修改并签名。

7.交接工作未结束之前，交班者不得离开工作岗位。接班时发现问题，应由交班者负责，交接不清者接班者负责。

8.严格执行交接班查对制度，做到各项护理记录的检查及危重、手术、新入院、特殊治疗（输血、输液、特殊检查等）患者的床旁交接班，认真做好四看（四看：①看医嘱；②看病情报告；③看体温单；④看各项护理记录）。交接班人员应共同巡视，进行床旁交接。

9.健全物品交接登记制度。建立被服及贵重仪器设备交接登记本。对规定交接的剧毒、麻、贵重药品及贵重仪器等物品应当面交清，并签名。

附：《十不交接、十不准、十不执行》

十不交接：

- 1.患者病情不清，不交不接
- 2.治疗药物不清，不交不接
- 3.危重患者床单不整洁，不交不接
- 4.患者输液外漏不处理，不交不接
- 5.抢救患者经过不清，不交不接
- 6.当班护理记录不完整，不交不接
- 7.新入院患者评估未完成，不交不接
- 8.患者特殊治疗未完成，不交不接
- 9.药物过敏试验结果未观察，不交不接
- 10.病房药品、物品不齐，不交不接

十不准:

- 1.不擅自离岗外出
- 2.不违反护士仪表规范
- 3.不带私人用物入工作场所
- 4.不在工作场所内吃东西
- 5.不做私事
- 6.不打瞌睡不闲聊
- 7.不看手机
- 8.不与患者及陪护争吵
- 9.不接受患者馈赠
- 10.不利用工作之便谋私利

十不执行:

- 1.不三查八对不执行各种治疗和护理
- 2.抢救患者，口头医嘱不复述两遍不执行
- 3.医嘱单不经过两人核查不执行
- 4.服药输液注射有疑问不查询不执行
- 5.药物质质量标签有效期不检查不执行
- 6.药物作用配伍禁忌不清楚不执行
- 7.易过敏药物不做过敏试验不执行
- 8.集体摆放药物不经过两人核查不执行
- 9.使用剧毒、麻药品不核查不执行
- 10.输血不经过两人核查不执行

第六节 查对制度

1.医嘱查对制度

1.1 处理医嘱、打印服药单、注射单、护理单等时，必须认真核对患者的床号、姓名，执行医嘱时应注明时间并签字。医嘱要班班查对，每天总查对。每次查对后进行登记，参与查对者签名。

1.2 执行医嘱及各项处置时要做到“三查、八对”。

三查：操作前、操作中、操作后查对；
八对：对床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓度、批号。

1.3 一般情况下不执行口头医嘱。抢救时医师可下达口头医嘱，护士执行时必须复

述二遍，确定无误后执行，并暂保留用过的空安瓿。抢救结束后及时补开医嘱(不超过 6 小时)。

2.输血查对制度：取血时应和血库发血者共同查对。

2.1 三查：血制品的有效期、质量及输血装置是否完好；八对：姓名、床号、住院号、瓶(袋)号、血型、交叉配血试验结果、血液种类及剂量。在确定无误后方可取回。

2.2 输血前必须经二人核对无误后方可执行(如果是再次输血，要查对受血者的第一次交叉配血单的血型记录)，并在医嘱单、交叉配血单、输血单上签全名。

2.3 输血过程中注意输血反应、输血完

毕应保留血袋 12-24 小时，以备必要时查对。将血袋上的条形码粘贴于交叉配血报告单上，入病历保存。

3.服药、注射、输液查对制度

3.1 执行服药、注射、输液等治疗前必须严格执行三查八对。

3.2 备药前应检查药品质量，注意水剂、片剂有无变质，注射剂安瓿有无裂痕，有效期和批号，药品是否在有效期内，凡不符合要求的药品，不得使用。

3.3 药品备好後，双人核對，准确无误后方可执行。

3.4 给药前应详细询问患者的药物过敏史。需做皮试的药物，皮试后双人核对皮试

结果，皮试阴性，方可使用；如皮试阳性，应告知患者，及时记录、标识清楚，并尽快通知主管医生或值班医生取消或更改医嘱。

3.5 使用毒、麻、限、剧药品时应反复核对，使用后保留安瓿备查，同时在毒、麻醉药品管理记录本上登记并签全名。

3.6 发药或注射时，如患者提出疑问，应及时查对，确认无误后方可执行，并向患者解释。

4.手术查对制度

4.1 六查十二对：

六查：到病房接患者时查、患者入手术间时查、麻醉前查、消毒皮肤前查、开刀时查、关闭体腔前后查。

十二对：科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、手术间号、手术名称、手术部位、所带物品药品、药物过敏史及有无特殊感染、手术所用灭菌器械、敷料是否合格及数量是否符合。

4.2 手术取下标本应及时登记，并查对科室、住院号、姓名、性别、部位和标本种类、名称，巡回护士与手术者核对无误后方可与病理检验单一并送检。

4.3 凡体腔或深部组织手术，要在缝合前清点纱布、纱垫、棉球、器械、缝针和线轴数目是否与手术前相符。

5.供应室查对制度

5.1 回收器械物品时查对名称、数量、

质量及初步清洁处理情况，器物完好程度。

5.2 清洗消毒时：查对消毒液的有效浓度及配制浓度：浸泡消毒时间、酶洗前残余消毒液是否冲洗干净。

5.3 包装时：查对器械敷料的名称、数量、质量、清洁度、湿度。

5.4 灭菌前：查对器械敷料包装规格是否符合要求，装放方法是否正确，灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求。

5.5 灭菌后：查试验包化学指示卡是否达标、有无湿包。植入器械是否每次灭菌时进行生物学监测。

5.6 发放各类灭菌物品时：查对名称、数量、外观质量、灭菌标识、消毒日期等。

5.7 随时查消毒供应中心备用的各种诊疗包是否在有效期内及保存条件是否符合要求。

5.8 一次性使用无菌物品：要查对每批检验报告单，并进行抽样检查。

5.9 及时对护理缺陷进行分析，查找原因并改进。

第七节 给药制度

1.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，再次询问核对后方可给药，避免盲目执行。

2.了解患者病情及治疗目的，熟悉各种常用药物的作用、用法、用量及副作用，向患者进行药物知识的宣教。

3.严格执行三查八对一注意制度。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、批号。注意患者用药后的反应。

4.做治疗前，护士要按手卫生的要求洗手、戴帽子、口罩，严格遵守操作规程。

5.给药前要询问患者有无药物过敏史(需要时做过敏试验)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，并记录在一般护理记录单上，填写药物不良反应登记本。

6.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。

7.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。

8.治疗后所用的各种物品进行初步垃圾分类后，由消毒供应中心回收处理。

9.如发现给药错误，应及时逐级上报、处理，积极采取补救措施，向患者做好解释工作，并组织全科护理人员进行不良事件分析讨论、提出整改措施。

第八节 护理查房制度

1.护理行政查房

1.1 由护理部主任主持，总护士长、病

区护士长参加，每月一次以上，有专题内容，重点检查有关护理管理工作质量，岗位责任制、规章制度执行情况，服务态度及护理工作计划贯彻执行及护理教学情况。

1.2 护理部主任定期到病区或门、急诊检查科护士长、病区护士长岗位职责落实情况。

1.3 护理查房：由总护士长主持，各病区护士长参加，每月一次，有重点的交叉检查本科各病区护理管理工作质量，服务态度及护理工作计划贯彻执行及护理教学情况。

2.护理业务查房

上级护士对下级护士护理患者情况进行护理查房

2.1 护理查房主要对象：新收危重患者，住院期间发生病情变化或口头 / 书面通知病重 / 病危。压疮评分超过标准的患者，院外带入Ⅱ期以上压疮、院内发生压疮、诊断未明确护理效果不佳的患者，潜在安全意外事件(如跌倒、坠床、走失、自杀等)高危患者。

2.2 具体方法：

①科(病区)护士长、护理组长或专科护士每天早上组织对新入院患者、危重患者或大手术前后的患者进行查房。

②初级责任护士对分管患者的情况、护理措施及实施效果向护士长或上级护士汇报。

③上级护士根据患者的情况和护理问题提出护理措施，由下级护士将其中的客观情况记录在护理记录中，并注明“护士长查房”、“高级责任护士 XXX 查房”等。

④查房过程中，根据病情需要下级护士可以向上级护士提出护理会诊的要求。

⑤护理部主任应定期参加护理查房，并对病区的护理工作提出指导性意见。

3. 护理教学查房

3.1 护理技能查房：观摩有经验的护士技术操作示范、规范基础或专科的护理操作规程、临床应用操作技能的技巧等，通过演示、视频、现场操作等形式，不同层次的护士均可成为教师角色，参加的人员为护士和

护生。优质护理病例展示和健康教育的实施方法等，达到教学示范和传、帮、带的作用。

3.2 临床案例教学：由病区的高级责任护士以上人员或带教老师组织的护理教学活动。选择典型病例，提出查房的目的和达到的教学目标。运用护理程序的方法，通过收集资料、确定护理问题、制订护理计划、实施护理措施、反馈护理效果等过程的学习与讨论，帮助护士掌握运用护理程序的思维方法，进一步了解新的专业知识的理论，能发现临床护理工作中值得注意的问题和方法，在教与学的过程中规范护理流程，了解新理论，掌握新进展的目的。

3.3 临床带教查房：由带教老师负责组

织，护士与实习护士参加。重点是护理的基础知识和理论，根据实习护士的需要确定查房的内容和形式。围绕实习护生在临床工作中的重点和难点，按照《护理教学查房规范》，每月进行1~2次的临床带教查房，如操作演示、案例点评、案例讨论等。

第九节 患者健康教育制度

1.护理人员对住院及门诊就诊患者必须进行一般卫生知识的宣教及健康教育。

2.健康教育方式

2.1 个体指导：内容包括一般卫生知识，如个人卫生、公共卫生、饮食卫生；常见病、多发病、季节性传染病的防病知识；急救常识、妇幼卫生、婴儿保健、优生优育等知识。

在护理患者时，结合病情、家庭情况和生活条件做个体化指导。

2.2 集体讲解：门诊患者可利用候诊时间，住院患者根据作息時間。采取集中讲解示范、模拟操作相结合及播放 PPT 等形式进行。

2.3 文字宣传：以黑板报、宣传栏、编写短文、健康教育处方、图画、诗歌等形式进行。

3.对患者的卫生宣教要贯穿患者就医的全过程。

3.1 门诊患者在挂号、分诊、诊治等各个环节均应有相应的卫生知识宣传。

3.2 住院患者在入院介绍、诊治护理过

程、出院指导内容中均应有卫生常识及防病知识的宣教。住院患者的宣教要记录在健康教育登记表中，并及时进行效果评价，责任护士及患者或家属签名。

第十节 护理会诊制度

1.凡属复杂、疑难或跨科室和专业的护理问题和护理操作技术，均可申请护理会诊。

2.科间会诊时，由要求会诊科室的责任护士提出，护士长同意后填写会诊申请单，送至被邀请科室。被邀请科室接到通知后两天内完成(急会诊者应及时完成)，并书写会诊记录。

3.科内会诊，由责任护士提出，护士长

或主管护师主持，召集有关人员参加，并进行总结。责任护士负责汇总会诊意见。

4.参加会诊人员原则上应由副主任护师以上人员，或由被邀请病区护士长指派人员承担。

5.集体会诊者，由护理部组织，申请病区主管护士负责介绍患者的病情，并认真记录会诊意见。

第十一节 病房消毒隔离制度

1.医护人员上班时衣帽整洁，严禁着工作服上街外出、到食堂等。

2.医护人员在诊治护理不同患者前后，应洗手或用快速手消毒剂擦洗。

3.病室每天通风换气，地面每日用湿拖

拖地两次，每周大扫除一次，每周空气消毒一次。治疗室、产房、手术室、换药室及重症监护室每日空气消毒二次，每季度空气细菌培养和监测 1-2 次。

4.医护人员及患者换下的脏被服应分别放入污物车并分开清洗消毒；更换的脏被服，放于指定地点，禁止随意堆放在地上及在病房内清点。

5.晨间护理湿式扫床一刷一套，床旁桌做到一桌一巾擦拭。

6.严格执行消毒隔离制度及无菌技术操作规程。每周二、五为全院统一消毒日。

7.常规器械消毒灭菌合格率 100%，无菌物品均要写明灭菌日期，有灭菌指示带，

灭菌有效期。消毒液每周更换 2 次，注明消毒液名称和浓度，记录更换日期。

8.输血、输液及各种注射必须使用一次性物品，一人一针一管一带，换药一人一份一用一消毒，体温表使用前后分开浸泡消毒处理。

9.治疗室、换药室区分清洁区和非清洁区，无菌物品与污染物品分开放置，使用后的一次性物品，必须就地毁形，统一处理。严格区分医废垃圾和生活垃圾分开放置并加盖。

10.碘伏消毒液瓶应加盖注明开瓶及到期时间，所有无菌溶液使用时注明开瓶时间及用法。

11.冰箱每周清洁消毒保养 1 次，物品放置有序，无过期物品。每月除霜一次。并记录。

12.侵入性医疗器械除不能采用高压灭菌的贵重、锐利器械等应采用高压蒸汽灭菌。

13.如遇厌氧菌、绿脓杆菌等特殊感染的患者要严密隔离，使用的器械、被服、房间进行严格终末处理。消毒液应保持有效浓度并有标识。

14.凡出院、转院、死亡患者床单元应进行终末消毒。

15.重点部门：如手术室、供应室、产房、重症监护室、导管介入治疗室、内镜室、透

析室等执行相应部门的消毒隔离要求。

16.特殊疾病和感染者按相关要求执行。

第十二节 护理安全管理制度

1.护士长为病区护理质量安全负责人，负责科室护理活动质量与安全，督促病区内人员及时发现处理护理缺陷及违规违章行为，并及时上报主管职能部门。

2.严格执行各项规章制度及操作规程，确保护理工作的正常进行，护理部定期检查考核。

3.严格执行查对制度，坚持医嘱班班查对，每天总查对，护士长每周总查对一次并登记签名。

4.毒、麻、限、剧药品做到安全使用，

专人管理，专柜保管并加锁。保持固定基数，用后督促医师及时开处方补齐，每班交接并登记。

5.内服、外用药品分开放置，瓶签清晰。

6.各种抢救器材保持清洁、性能良好：急救药品符合规定，用后及时补充，专人管理，每日清点并登记；无菌物品标识清晰，保存符合要求，确保在有效期内。

7.对于所发生的护理差错，科室应及时组织讨论，并上报护理部。

8.对于存有异常心理状况的患者要加强监护并交接，防止意外事故的发生。

9.工作场所及病房内严禁患者使用非医院配置的各种电炉、电磁炉、电饭锅等电器，

确保安全用电。

10.制定并落实突发事件的应急处理预案和危重患者抢救护理预案。

11.护理缺陷报告、讨论分析和管理制度。

第十三节 护理不良（安全）事件报告制度

1.在护理活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规，部门规章和诊疗护理规范、常规，遵守护理服务职业道德。

2.各病区有防范处理不良事件的预案，预防其发生。

3.各病区应建立护理不良事件登记本，及时据实登记。

4.发生护理不良事件后，要及时评估事

件发生后的影响，如实上报，并积极采取挽救和抢救措施，尽量减少或消除不良后果。

5.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、器械均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

6.发生护理不良事件后的报告时间：当事人应立即报告值班医师、护士长、科主任。由护士长当日上报科护士长，上报护理部。

7.科室在护理管理系统认真填写“护理不良事件报告单”，当事人/在班人员上报发生不良事件的经过、分析原因、后果，以及对不良事件的认识和建议。护士长应负责组织对缺陷、事件发生的过程及时调查研究，组织科内讨论，对发生缺陷进行调查，分析

整个管理制度、工作流程及层级管理方面存在的问题，确定事件的真实原因并提出改进意见及方案。科室质控组长（副组长）将讨论结果、改进意见及方案提交科护士长，科护士长要对科室意见或方案提出建设性意见，并提交护理部。无论是院外带入压力性损伤或院内发生的压力性损伤，一旦发现，均需通过护理管理系统填写“压力性损伤报告单”上报护理部。

8.对发生的护理不良事件，组织护理质量管理委员会对事件进行讨论，提交处理意见；造成不良影响时，应做好有关善后工作。

9.发生不良事件后，护士长对发生的原因、影响因素及管理等各个环节应做认真的

分析，确定根本原因，及时制订改进措施，并且跟踪改进措施落实情况，定时对病区的护理安全情况分析研讨，对工作中的薄弱环节制定相关的防范措施。

10.发生不良事件的病区或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，须按情节严重程度给予处理。

11.护理事故的管理参照《医疗事故处理条例》执行。