

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
護理紀錄書寫通則及規範

一、目的

讓護理人員了解護理紀錄書寫通則及規範，提昇病人安全照護品質。

二、適用範圍

- (一)三班護理人員護理紀錄書寫時使用。
- (二)於特殊狀況護理人員護理紀錄書寫時使用。

三、作業指引

- (一)護理紀錄書寫方式為敘述性記錄法。系統自動帶入：當班評估異常值、檢驗異常值、檢查/開刀/處置報到與完成品項、當班量測之 Vital signs & Finger Blood Sugar，已執行之 ST & PRN order 及護理計畫之護理措施與評值...等，最後由主護編輯確認後上傳簽章。

- (二)護理記錄範例如下，護理人員於上班期間病歷記載方式應依相關規範記錄：

情境	通則及規範
入院當班 護理記錄	針對住院個案，護理人員在完成入院的手續後，需要寫入院當時的護理記錄，記錄內容依書寫順序分重點摘要如下： 一、Admission Record 入院紀錄： 1.病人住院時要記錄病人入住病房之時間、自何處辦入院及進入病房的方式，如:病人 Admitted at 9：00 於門診由家屬及輸送人員陪同步行入病房。 2.此次入院原因，如:因三天前發燒，雖經門診處置仍無法改善，故經醫師建議入院治療。 3.若由急診入院的個案則需將急診所做重要檢查寫出如:：急診所做 Brain CT...等 4.須呈現有無任何科別之疾病史，如:糖尿病 10 年等。 5.外觀觀察狀況及管路描述，如:左手肢體僵硬、尾骶骨處有 3*5cm 的二級壓傷、NG、Foley、Trachea 存等。 6.呈現與住院診斷相關疾病、主訴、相關衛教內容及家屬或病人接受程度。 二、身體評估： 依科別而設定之身體評估項次進行完整評估 三、健康問題記錄 1.病人健康問題記錄方式如下： (1)入院時依病人身體評估結果擬定護理計畫，且審視勾選護理資訊

情境	通則及規範
	系統的「定義特徵」、「預期成果」、「護理措施」，並視情況進行「成果評值」或結案。 (2)住院過程中出現其他無法當班立即解決問題時，當班人員需立即建立該健康問題並完成相關記錄與評值。 四、入院當時的生命徵象及相關醫療處置
三班護理記錄	1.人員於班內，針對個案有出現需執行臨時護理處置的項目，應於處置的時間點記錄個案的問題內容及所做的處置內容，之後需依照問題內容決定是否須做問題改善追蹤記錄，書寫範例如下列「臨時醫療或護理處置」記錄規範 2.白班、小夜班人員針對病人之每個健康問題，需記錄當班內所給予的措施項目並適時評值。 3.白班於護理記錄內要呈現衛教內容及個案或家屬了解狀況及執行情形。 4.小夜班人員針對隔日預開刀的個案，於記錄內需呈現術前衛教內容(含心理評估及相關護理措施) 5.大夜班做敘述性記錄即可，但內容中需具體呈現病人睡眠狀況(如睡眠型態、睡眠時間) 6.病房單位每天白班完成身體評估，ICU 單位為三班評估。 7.建議主護善用工作清單，確認評估與紀錄完成進度。
護理計畫	1.針對每位住院個案，於入院時接入院的當班人員應在進行完入院護理評估後，於24 小時內擬訂至少一個護理計畫；住院期間若有新增的健康問題無法立即改善，則當班照護人員應給予相關的護理計畫並完成記錄。 2.護理人員應針對所訂定的護理計畫每日進行評值，對於已解決的問題給予結案，仍存在的問題做現況的評值。 3.於同一住院療程中，若有護理計畫已結案後，該問題有再發生時，則需重新再下一個健康問題。 4.住院過程中若出現新的健康問題時，則當班人員需立即處理該健康問題並完成相關記錄與評值。 5.針對癌症、洗腎、及老年住院的個案，需依 BSRS 評估結果，啟動團隊照護，並呈現心理及靈性問題相關的護理計畫。 6.護理計畫內容的書寫： - 定義特徵：綜整病人或家屬主訴的資料及護理人員臨床的觀察與評估資料，造成此健康問題的可能導因。 - 預期成果：此次住院預計達成的護理目標。 - 護理措施：當班所給予的護理措施或處置內容。 - 成果評值：人員依當班所執行的護理措施內容進行評值。

情境	通則及規範
臨時醫療或護理處置	三班人員於班內針對個案有出現需執行臨時護理處置的項目，應於處置的時間點記錄個案的問題內容及所做的處置內容，之後需依照問題適時確認問題改善追蹤記錄，書寫範例如下： (範例一) 09:30---病人因 Hb：8.4g/dl，依醫囑輸 <u>LR-RBC</u> <u>u</u>，至病人單位與***共同核對血型、第一袋血袋號碼***** <u>u</u>，Vital signs____,開始輸血速度____，注意病人有無不良輸血反應，衛教病人若出現不適時，應立即告知醫護人員處理；密切探視病人，觀察有無輸血反應或輸液過量情形。 09:45—輸血 15 分鐘，Vital signs____，病人輸血中。 10:00--病人現輸血中，主訴喘、測量生命徵象為____，SpO2:94-95%，告知值班醫師後給予____且調慢輸血速度，囑如仍不適，再通知值班醫師，續觀。 10:30—病人仍主訴不適會喘(測量生命徵象值)，通知值班醫師後囑給予停止輸血繼續觀察。 (範例二) 13:00--病人主訴已三天未解便，希望塞劑使用，告知醫師診視後囑 Glycerin ball 1# supp st，續觀病人解便情形。 13:30—病人已解便，棕色，量中、硬。
藥物評估記錄	1.新病人第一次用藥，需呈現藥物衛教內容及用藥後之反應。 2.住院中新開立的藥物，第一次使用須呈現使用原因、藥物衛教內容及用藥後的反應。 3.針對有服用高警訊用藥的個案，每天呈現相關用藥反應。 4.因病情關係而給予臨時藥物處置者，如：止痛藥、退燒藥、降血壓藥、降血糖藥、栓劑等，於給藥後30 分鐘至 1 小時，需追蹤用藥後反應及呈現相關記錄。
檢驗/檢查評估記錄	1.開立特殊檢查/檢驗的當班人員，需呈現排檢的項目、原因及相關衛教內容。 2.完成特殊檢查/檢驗的當班人員，需呈現病人完成檢查/檢驗後的反應記錄。 3.若為侵入性檢查，如：MRI、胃鏡等，需記錄相關內容，如：個案心理、情緒反應及護理人員所給予的相關衛教內容。 4.送檢前、後，紀錄需呈現輸送等級，如:由家屬及輸送人員陪同送檢心超。
急救記錄	當病人出現緊急狀況進行急救時，書寫範例如下： 1.CPCR 開始病人生命徵象及其他症狀。 2.將急救過程所給予的藥物依藥物名稱/時間/劑量/途徑逐一寫在 CPR

情境	通則及規範
	紀錄單，再依紀錄單繕打護理紀錄。 3.給予急救處置，例如：on Endo、電擊器、on Foley...等。 4.醫師向家屬解釋病況，家屬反應(若家屬未在院，則須寫出如何告知家屬及家屬的回應)。 5.CPR 結束時間，病人情況、生命徵象，以及後續處理(轉送加護病房或是辦理出院)。
轉出/轉入 記錄摘要	1.病人轉出單位：寫上「轉出摘要」及生命徵象；護理記錄欄內寫病人轉出原因(包含發生什麼狀況、相關處置及處置後病人的病情變化)+身體評估，書寫範例如下： 加護病房轉出病房：病人現意識清醒 E4V5M6，皮膚完整無壓傷情形，NG、Foley 存，管路通暢，因病情改善，經醫師評估及向家屬解釋病情後囑轉至一般病房續照護，故依醫囑協助轉至**病室續照護。 病房轉出加護病房：病人因呼吸喘，痰液量多、spo2__%，主治醫師診視後給予.....處置，症狀仍未改善，經醫師向家屬解釋病情及轉入加護病房的必要性並告病危通知，現同家屬及醫師(專師)協助病人轉加護病房續照護。 2.病人轉入單位：寫上「轉入摘要」及生命徵象，並進行護理評估；護理記錄欄內寫此次住院摘要、轉入原因、入院衛教(包含環境介紹及預防跌倒)、身體評估，書寫範例如下： 加護病房轉入病房：轉入於__由病房護理人員及家屬陪同推床入病房，據病房護理師交班個案 5/10 因喘到急診求治，醫師診視後予 on endo 入加護病房 on ventilator 使用，於 5/12 remove endo try 02 mask35% 6 l/min，5/14 try room air，無壓傷情形，因病情改善，經醫師評估及向家屬解釋病情後囑轉至一般病房續照護。測量生命徵象：體溫：36.5℃、脈搏：94 次/分鐘、呼吸：22 次/分鐘、收縮壓：139mmHg、舒張壓：72mmHg，給予單位環境介紹及預防跌倒注意事項，如：叫人鈴使用方法，教導家屬床欄使用方法並示教，家屬能接受，現協助雙側床欄拉起。 病房轉入加護病房：轉入於__由病房護理人員、醫師(專師)及家屬陪同推床入病房，據護理師交班個案 5/10 因喘到急診求治，醫師檢視後建議入院治療，今因呼吸喘，痰液量多、spo2__%，主治醫師診視後給予.....處置後，症狀仍未改善，經醫師向家屬解釋病情及轉入加護病房的必要性並通知病危，現同家屬協助病人轉加護病房續照護，測量生命徵象：體溫：36.5℃、脈搏：94 次/分鐘、呼吸：22 次/分鐘、收縮壓：139mmHg、舒張壓：72mmHg，予家屬(媳婦)說明加護病房會客時間及隔離注意事項。

情境	通則及規範
出院記錄	針對每位住院個案，於出院時，人員需完成出院評估與記錄如下： (1) 出院評估--自動帶入:出院醫令(包含: 出院診斷、出院方式，如 MBD、AAD、轉院等、預約掛號日期/科別/醫師)，若有出院用藥醫令，系統對應提示用藥衛教；並依最後一次評估提示管路、飲食、傷口、輔具等衛教；依入院評估提示健康行為衛教；帶入最後一次 Vital signs，由主護自行編輯。主護再進行確認病人或家屬是否需要診斷書及返家方式與陪同者。 (2) 針對護理問題，病人問題已獲得改善可以將記錄做敘述，並做停止護理問題的記錄，若問題仍存在，則完成措施及評值的書寫。 (3) 出院評估存檔後將帶入紀錄，由主護確認後上傳。 (4) 如病人出院後是轉院或去機構需填寫「轉院護理照護摘要單」，與跟車護理人員交班或讓家屬帶至機構。
死亡記錄	1.死亡時間需依醫囑開立的時間為記錄時間點。 2.在院宣死亡的個案，記錄內容需包括下列幾點： (1)給予家屬情緒支持 (2)宣佈死亡時間，並和醫囑寫的死亡時間相符 (3)協助屍體護理 (4)協助辦理出院事宜 (5)移除病人身上管路