

25 项基础护理操作流程指引与评价标准

(2021.12 制订)

目 录

1. 肌肉注射操作流程与指引.....	1
2. 皮下注射操作流程与指引.....	2
3. 皮内试验操作流程与指引.....	3
4. 静脉输液穿刺操作流程与指引.....	4
5. 吸氧操作流程与指引.....	6
6. 有氧雾化吸入疗法操作流程与指引.....	7
7. 经口鼻腔吸痰操作流程与指引.....	8
8. 痰培养采集流程与指引.....	9
9. 大量不保留灌肠流程与指引.....	10
10. 鼻饲操作流程与指引.....	11
11. 口腔护理操作流程与指引.....	13
12. 导尿操作流程与指引.....	15
13. 会阴擦洗操作流程与指引.....	17
14. 生命体征测量操作流程与指引.....	18
15. 静脉采血操作流程与指引.....	19
16. 穿脱隔离衣操作流程与指引.....	20
17. 无菌技术操作流程与指引.....	21
18. 洗手技术操作流程与指引.....	22
19. 床上洗头操作流程与指引.....	23
20. 床上擦浴操作流程与指引.....	24
21. 晨间护理操作流程与指引.....	26
22. 预防压疮法操作流程与指引.....	27
23. 冰袋冷敷法操作流程与指引.....	28
24. 热水袋使用流程与指引.....	29
25. 徒手心肺复苏术操作流程与指引.....	30

1. 肌肉注射操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评估	患者	1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的 1.2★有无药物过敏史 1.3注射部位皮肤完整性 1.4病人心理反应、合作能力、注射前准备 1.5告知:注射的原因、药物性质、作用、副作用		
	环境	(肌注及配药环境)清洁、宽敞、明亮、半小时内无人打扫 (肌注环境)有遮挡隐私的设施		
计划准备	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
	物品准备	治疗车上层:药液、棉签、皮肤消毒剂、注射器、砂轮、弯盘、手套(必要时备)、快速手消毒剂、托盘、无菌治疗巾、无菌持物镊子(必要时备)、治疗卡、 治疗车下层:感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实施	配药	铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物→推治疗车到床边		
		★备注:配药时要按正规抽吸药手法进行,并严禁跨越无菌区域。		
	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问),解释取得配合		
	环境	★关门窗、拉屏风		
	体位	根据病情选择合适体位		
	选注射部位消毒	戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(至少2次)		
		★要求消毒范围:以穿刺点为中心消毒直径不小于5CM.消毒皮肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
	查对注射	再次排气→★二次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→左手绷紧皮肤,右手持针垂直进针→固定回抽不见血→均匀慢注推药→完毕快速拔针→按压→注射器放入锐器盒→脱手套洗手		
操作过程中注意及时遮盖、严密观察患者反应并给以指导和沟通。★无菌物品污染后仍使用、穿刺部位污染仍穿刺作不及格处理				
查对记录宣教	★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→洗手,记录并填写执行单(时间,双签名)			
	询问病人感受,助病人取舒适卧位→床铺整洁,妥善清理用物宣教相关的注意事项			
评价		评价操作者工作态度、与患者沟通的能力,整个操作的整体性		

备注:打“★”号的表示:如果操作者未做到位,将一票否决;一般项目存在6个以上问题时视为不合格;在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位,或将问题写下来。

2. 皮内试验操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评 估	患者	1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的 1.2★有无药物过敏史 1.3注射部位皮肤完整性 1.4病人心理反应、合作能力、注射前准备 1.5告知：注射的原因、药物性质、作用、副作用		
	环境	清洁、宽敞、明亮、半小时内无人打扫、有抢救设施		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
	物品准备	治疗车上层：治疗盘、药液、棉签、碘伏、注射器(1ml和5ml)、砂轮、弯盘、手套(必要时备)、快速手消毒剂、无菌治疗巾、治疗卡、急救盒(盐酸肾上腺素，地塞米松及注射器) 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩操作		
实 施	配药	铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物→推治疗车到床边 ★备注：配药时要按正规抽吸药手法进行，并严禁跨越无菌区域。		
	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问) 简短解释取得配合		
	体位	根据病情选择合适体位		
	选部位消毒	戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(2次) ★要求消毒范围：以穿刺点为中心消毒直径不小于5CM.消毒皮肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
查 对 注 射	查对注射	再次排气→★二次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→左手绷紧皮肤,右手持针以5度进针→固定→均匀慢注推药液,使局部隆起小皮丘,皮肤变白毛孔变大→完毕快速拔针→勿按压→注射器放入锐器盒→脱手套洗手 操作过程中注意严密观察患者反应并给以指导和沟通 ★无菌物品污染后仍使用、穿刺部位污染仍穿刺作不及格处理		
	查对记录宣教	★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→洗手,记录并填写执行单(皮试时间、部位,双签名) 询问病人感受,助病人取舒适卧位→床铺整洁,妥善清理用物,针对患者治病及治疗进行宣教		
评 价		评价操作者工作态度、与患者沟通的能力,整个操作的整体性		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

3. 皮下注射操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评估	患者	1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的 1.2★有无药物过敏史 1.3注射部位皮肤完整性 1.4病人心理反应、合作能力、注射前准备 1.5告知：注射的原因、药物性质、作用、副作用		
	环境	清洁、宽敞、明亮、半小时前内人打扫		
计划准备	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
	物品准备	治疗车上层：药液、棉签、皮肤消毒剂、注射器、砂轮、弯盘、手套(必要时备)、快速手消毒剂、治疗盘、无菌治疗巾、无菌持物镊子(必要时备)、治疗卡、 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实施	配药	铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物→推治疗车到床边 ★备注：配药时要按正规抽吸药手法进行，并严禁跨越无菌区域。		
	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问) 简短解释取得配合		
	体位	根据病情选择合适体位		
	选部位消毒	戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(至少2次)		
		★要求消毒范围：以穿刺点为中心消毒直径不小于5CM.消毒皮肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
	查对注射	再次排气→★二次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→左手绷紧皮肤,右手持针以30-40度进针→固定回抽不见血→均匀慢注推药→完毕快速拔针→按压→注射器放入锐器盒→脱手套洗手		
		操作过程中注意及时遮盖,观察病人反应给以相应指导和沟通。 ★无菌物品污染后仍使用、穿刺部位污染仍注射视为不合格		
查对记录宣教	★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号),记录并填写执行单(时间,双签名) 询问病人感受,助病人取舒适卧位→床铺整洁,妥善清理用物宣教相关的注意事项			
评价		评价操作者工作态度、与患者沟通的能力,整个操作的整体性		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

4.1 静脉输液（头皮针）操作评价标准

（2021.12制订）

姓名_____主考老师_____考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱（护嘱）		
评 估	患者	1.1 病情、年龄、意识状态、心肺功能、治疗目的 ★1.2 有无药物过敏史 1.3 输液部位皮肤完整性及血管情况 1.4 肢体情况：有无偏瘫、血液循环障碍等 1.5 告知：药物性质、作用、不良反应 1.6 病人心理反应、合作能力、对治疗的认知 1.7 排空二便		
	环境	清洁、安静、室温适宜		
	用物	齐全、性能完好、调节输液架		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：治疗盘、已插上输液器输液药液、头皮针、棉签、皮肤消毒剂、止血带、胶布、垫巾、弯盘、快速手消毒剂、输液卡 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息（床号、姓名、住院号）（开放性提问），简短解释取得配合		
	体位	取平卧或坐位		
	挂瓶排气	挂瓶→排气→检查有无空气		
	查对穿刺	戴手套→暴露注射部位→垫方巾→★系止血带选静脉→松止血带一次消毒皮肤→备胶布→穿刺点上方 6cm 系止血带→二次消毒皮肤→嘱握拳→再排气（<3 滴）→二查对→穿刺左手拇指拉紧皮肤，右手持头皮针斜面向上刺入→见回血、固定针柄→松拳、松止血带★松调节器（此时滴速不能大于调节滴速）→输液贴固定针头 ★要求消毒范围：以穿刺点为中心消毒直径不小于 5CM.消毒皮肤后即已建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域 ★无菌物品污染后仍使用、穿刺部位污染仍穿刺、退针 3 次或刺破血管视为不合格。操作过程中注意及时遮盖、指导配合		
	调滴速	★根据患者年龄、病情及药物性质调节输液滴速		
	查对记录	三次查对，洗手记录（输液时间、滴速并双签名）		
	整理	整理床单，按医疗废物分类原则清理用物		
	宣教	根据相关的护理问题进行宣教		
评 价		操作规范、正确；沟通良好、体现人文关怀		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在 6 个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

4.2 静脉留置针穿刺操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评 估	患者	1.1 病情、年龄、意识状态、心肺功能、治疗目的 ★1.2 有无药物过敏史 1.3 输液部位皮肤完整性及血管情况 1.4 肢体情况：有无偏瘫、血液循环障碍等 1.5 告知：药物性质、作用、不良反应、留置针使用目的、作用 1.6 病人心理反应、合作能力、对治疗的认知 1.7 排空二便		
	环境	清洁、安静、室温适宜		
	用物	齐全、性能完好、调节输液架		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：已插上输液器的药液、留置针、无菌透明敷料、胶布、预冲式封管液、消毒液、棉签、止血带、必要时备绷带和固定板、快速手消毒剂、治疗巾、弯盘、输液卡。 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	体位	取平卧或坐位		
	连接输液管	以正确手法打开留置针包装消毒肝素帽→将输液器连接于肝素帽接头上→排气(一次成功，不浪费药液)		
	选血管 消毒皮肤	戴手套→暴露注射部位→垫方巾→★系止血带选静脉→松止血带一次消毒皮肤→备敷贴写上日期、操作者工号→穿刺点上方10cm处系止血带→二次消毒皮肤		
		★要求消毒范围：以穿刺点为中心消毒直径范围不小于8*8CM。消毒皮肤后即已建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
	查对穿刺	★以正确手法取出留置针→拔掉护针帽→转动针芯→排气二次查对→绷紧皮肤，以15-20的角度进针→见回血后降低5-10度→再进针 进针0.2-0.5cm→后退针芯约0.5cm→绷紧皮肤送软管→撤针芯→松拳、松止血带、★松调节器(此时滴速不能大于调节滴速)		
	固定	用无菌透明敷贴作封闭式无张力性固定		
	调滴速	★根据患者年龄、病情及药物性质调节输液滴速		
	查对记录	三次查对，洗手记录(输液时间、滴速并双签名)		
整理	整理床单，按医疗废物分类原则清理用物			
宣教	根据相关的护理问题进行宣教			
评 价		操作规范、正确；沟通良好、体现人文关怀		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

5.中心吸氧（鼻导管、面罩）操作评价标准

（2021.12制订）

姓名_____主考老师_____考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱（护嘱）		
评 估	患者	1.1病情、意识、呼吸、缺氧程度 1.2患者有无口、鼻腔、呼吸道畸形或损伤 ★1.3有无胶布、塑胶制品过敏史 1.4告知：用氧目的、作用、不良反应 1.5病人心理反应、合作能力、对治疗的认知		
	环境	防震、防火、防油、防热		
	用物	齐全、性能完好		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：氧气表装置一套、吸氧管或吸氧面罩、四防卡、棉签、胶布、温开水、纱布、手电筒 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息（床号、姓名、住院号）（开放性提问），简短解释取得配合		
	体位	取合适、舒适的体位（必要时半坐卧位）		
	清洁鼻腔	鼻导管吸氧者应选择鼻孔并清洁鼻腔，备好胶布		
	装表	①装氧气表→连接管芯→连接湿化瓶（湿化液 1/2-1/3冷开水）→连接吸氧管→开流量开关→检查有无漏气→关开关 ②装吸氧表→连接贝舒清湿化液→连接吸氧管→开流量开关→检查有无漏气→关开关		
	查对给氧	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息 ★①鼻导管给氧：连接鼻导管→调节氧流量→检查通畅→量长度（鼻尖至耳垂 2/3或 2~3cm）→用胶布定位→插氧管→妥善固定氧管→洗手记录给氧时间及氧流量		
	查对记录	★②面罩给氧：面罩置患者口鼻部，并妥善固定→确定氧气流出通畅后再调节氧流量（最小 6L/min）→连接氧气于面罩的进气接口→洗手记录给氧时间及氧流量		
	宣教	用氧安全（防震、防火、防油、防热）		
	中途调节	★分离吸氧管→调节氧流量→连接吸氧管→观察、记录给氧时间、给氧浓度		
	停氧	备物至病房，查对，解释→分离氧管→关流量表→松胶布→拔出氧管或撤掉面罩→擦净面部及胶布痕迹→卸氧压表→记录停氧时间、氧疗改善效果		
	整理	患者体位舒适，用物分类放置		
观察记录	观察记录氧疗改善效果			
评 价		操作规范、正确；沟通良好、体现人文关怀		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在 6 个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

6. 有氧雾化吸入操作评价标准

(2021.12制订)

姓名 _____ 主考老师 _____ 考核日期 _____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评估	患者	1.1 患者病情、意识、呼吸、口腔黏膜情况、自行排痰情况、生活自理能力 ★1.2 有无过敏史 1.3 告知：治疗目的、作用、不良反应、用氧的注意事项 1.4 病人心理反应、合作能力、对治疗的认知 1.5 排空二便		
	环境	防震、防火、防油、防热		
	用物	齐全、性能完好		
计划准备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：压舌板、听诊器、手电筒、弯盘、治疗盘、吸氧装置一套、有氧雾化器一套、雾化药液、治疗巾、漱口液、弯盘2(放纱块1)、纸巾2、棉签、胶布 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、锐器垃圾回收盒、污水桶		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实施	查对配药	双人核对医嘱，抽吸药液加入雾化罐内，检查有无漏水		
	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	体位	协助患者取坐位或半坐卧位		
	垫巾漱口	垫巾于患者颌下(胶布粘两角)协助患者漱口擦干		
	接氧	装吸氧装置(湿化瓶内不能装水)→接氧管→开表试漏气→关氧→连接雾化器→检查→调节氧流量(6-8L/分)，调节雾量		
	查对吸入	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息，协助患者手持雾化器，口含喷嘴(指导其闭唇深呼吸做到口吸气停留1-2S鼻呼气)吸入共15--20分钟，严重阻塞性肺病患者吸入时间应控制在5--10分钟内		
	吸毕	取出喷嘴关闭氧气协助患者漱口纸巾擦干，撤治疗巾，再检查口腔黏膜情况		
	卸表	卸氧气装置，雾化器清洗后交患者保管		
	整理	取舒适体位，整理床单位，用物妥善清理归原		
	查对记录	再次查对洗手记录		
宣教	针对护理问题进行宣教，交待注意事项			
评价		患者/家属满意，操作规范、熟练、安全，沟通良好，体现人文关怀		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

7. 口鼻腔吸痰操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评 估	患者	1.1病情、意识、生命体征、痰液量和粘稠情况 1.2呼吸情况：呼吸困难、发绀、SpO ₂ 、痰鸣音 1.3口鼻腔粘膜情况，病人心理状态、合作能力 1.4告知：吸痰的目的、步骤，操作中可能出现的不适及风险以取得合作		
	环境	(病房)清洁、安静、安全		
	用物	负压吸引装置、管道连接性能完好，抢救设备齐全		
计划 准备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：听诊器、负压吸引装置、吸痰管、一次性杯子、冲管液、漱口水、吸管、治疗盘、手套 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、弯盘		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	肺部听诊	视患者病情按要求(6个点)进行听诊		
		★在紧急情况下可灵活进行听诊		
	翻身扣背	★五指并拢成空杯状，利用腕力快速有节奏叩击背部(胸部)，每个部位1~3min，在紧急情况下可灵活进行翻身扣背		
	取体位	患者头转向一侧，检查口鼻腔粘膜情况，取下活动性假牙，颌下铺治疗巾，放治疗盘		
	戴手套 连接吸痰管	打开吸痰管→左手戴手套→右手戴无菌手套→右手取吸痰管并连接→左手开开关→调节、检查压力，★连接吸痰管时要严格无菌操作		
	插管	插管时阻断负压，经口腔插管深度为14~16cm，经鼻腔插管深度为22~25cm，经气管套管深度为10~20cm，经气管导管深度为10~25cm，原则上超过气管插管长度，遇阻力向外退出1cm后吸引		
	吸痰	★左右旋转，向外退出，禁忌上下提插，★吸痰管一用一换，每次吸痰时间≤15s，间歇3~5min，若有气管切开或气管套管，应先吸气管切开或气管套管处，再吸口鼻处		
	冲管	分离吸痰管→脱右手手套→用手套包住已分离吸痰管放入黄色垃圾桶内→冲管→关闭开关		
	肺部听诊	湿啰音有无减少或消失		
整理	予舒适体位，整理床单元，整理用物			
观察 记录	观察呼吸是否改善、痰液吸引情况，有心电监护者严密观察生命体征、血氧饱和度的情况。洗手记录痰液量、性质、颜色。			
评 价	★患者清洁、舒适，无不良反应，患者或家属对护士的解释示理解，对操作过程满意			

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		根据标本采集原则进行核对，并贴标签或电子条形码于采集容器上		
评 估	患者	1.1病情、年龄、意识状态、生命体征、咳嗽、咳痰情况、正在进行治疗 1.2心理反应、合作能力、对痰标本采集的认知 1.3告知：痰标本采集的目的、方法、配合要点		
	环境	(采集环境)清洁、安静、明亮		
	用物	齐全、性能完好		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：痰标本试管(贴好条形码)、0.9%或3%~5%氯化钠溶液、清洁手套、纸巾。必要时备无菌手套、吸痰装置1套和无菌吸痰器(可使用无菌婴儿吸痰瓶) 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、污水桶		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	体位	取合适、舒适的体位		
	查对采集标本	★能自行留痰者： 戴清洁手套→协助患者先用生理盐水反复漱口→指导患者有效咳嗽咳出气管深处的痰液，留取第二口痰液置于无菌痰盒→瓶盖盖紧→再次核对→标本立即送检(不能超过2小时) 为口腔有感染病灶(如伤口、溃疡)患者留取痰培养标本，应用3%过氧化氢或朵贝氏液漱口，深呼吸咳出痰液置于无菌容器中送检。		
		★无法咳痰的患者： 协助患者取侧卧位或坐位→叩击背部排痰→戴好无菌手套→将无菌集痰器分别连接吸引和无菌吸痰管(或直接连接婴儿吸痰瓶)→按吸痰法将痰液吸入无菌集痰器内→加盖盖紧→再次核对→标本立即送检(不能超过2小时) ★吸痰过程中严格无菌操作，不能污染痰标本。		
		★气管切开或气管插管的患者： 按无菌吸痰法将痰液吸入无菌集痰器内加盖盖紧→再次核对→标本立即送检(不能超过2小时)		
	观察记录	观察病人痰的颜色、性质、量，洗手记录		
	整理用物	患者取舒适体位；用物妥善清理、归原		
宣教	针对护理问题进行宣教，交待相关注意事项			
评 价		操作规范、正确；沟通良好、体现人文关怀		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

(2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评 估	患者	1.1病情、意识、灌肠目的 1.2肛周皮肤、肛门直肠疾患 1.3有无灌肠禁忌症 1.4病人心理反应和合作能力 1.3告知：操作目的及过程，指导患者配合		
	环境	(病房)清洁、安全、有遮挡隐私的设施		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：一次性灌肠袋2、弯盘2、卫生纸、石蜡油、棉签、 水温计、一次性手套、灌肠液、量杯、一次性垫单、 医嘱卡 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾、弯盘、便盆及便盆巾		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	核对、解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、 住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	环境	★关门窗、拉屏风，移开床桌椅		
	配液	★按医嘱，用0.2%肥皂液500ml灌肠：先备温开水500ml→测 水温(39—41℃)→取20%肥皂液5ml→倒入温开水中(成0.2% 肥皂液)		
	摆体位	携物至床旁，放输液架→助取左侧屈膝卧位→退裤至膝部(注 意保暖)→臀部移至床沿→垫胶单于臀下→弯盘置臀旁		
	查对 灌液	★挂灌肠袋(调节输液架高度，使液面高于肛门40—60cm)，关 闭调节器→将肥皂液倒入灌肠袋内→排气→润滑→再次核对→ 左手分开臀部→轻插入肛门7~10cm→打开调节器，左手固定肛 管→观察液体流入情况：(是否有腹胀或便意；脉速、腹痛、气 急等)→ ★操作者在实施为患者灌液时应立于患者臀部以上位置 随时询问患者感受，注意保暖，有异常时及时处理，		
	拔管	★灌肠毕→夹闭调节器→拔出肛管→分离肛管置弯盘内→擦净 肛门→撤胶单→穿裤→平卧→嘱忍耐5~10分钟→排便(行动不 便者，协助递便盆排便)		
	整理	整理用物丢医疗垃圾桶内、洗手		
	观察记录	灌肠时间、量、效果		
评 价		患者身心痛苦减轻，感觉良好无不良反应；操作者与患者的沟 通良好，操作护理过程中能体现出我们护理工作的人文关怀， 能严格执行查对制度，无菌观念强，操作技术娴熟		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

(2021.12制订)

姓名_____主考老师_____考核日期_____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评 估	患者	1.1 患者的病情、置管目的、意识及合作能力 1.2 患者营养状况 1.3. 患者态鼻腔状况：有无鼻中隔偏离、鼻腔炎症和阻塞、有无颈、胸、腰椎骨折 1.4. 不能进食的原因，有无口腔疾患、吞咽困难 1.5. 有无上消化道狭窄或食道静脉曲张 1.6 告知：留置胃管的目的、方法、可能出现的不适和减轻不适的方法；留置胃管后的护理配合和其注意事项		
	环境	(病房)清洁、安静		
	用物	床、床栏、床头铃等性能完好		
计 划 准 备	操作者准备	着装整齐，端庄得体，符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：胃管、注射器、压舌板、无菌换药碗1套、棉签、鼻饲液(38-40度)、温开水、肝素帽、PH试纸、听诊器、手电筒、无菌手套、胶布、治疗巾、液状石蜡、水温计、必要时备开口器、视情况备三条胶布和一条Y形丝绸胶布 治疗车下层：感染性垃圾、生活垃圾		
实 施		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
	核对、解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)(开放性提问)，简短解释取得配合		
	定位 量长度	★测量胃管置入的长度：发迹至剑突的距离		
	清洁鼻腔	一根棉签清洗一侧鼻腔，保持两边鼻腔清洁		
	摆体位	取半坐卧位或坐位，(无法坐起者取右侧卧位，头偏向一侧，昏迷者取去枕平卧位)		
	铺巾	颌下铺治疗巾、放餐板、打开无菌换药碗、置用物于无菌换药碗内、戴无菌手套		
	检查	★注射器注入空气检查胃管是否通畅		
	润滑胃管 核对	润滑胃管(润滑胃管前端15-30cm)，再次核对		
	置管	★用镊子或戴无菌手套拿管，置管到10--15cm时暂停片刻，嘱患者吞咽，随吞咽送管至预定长度 ★插管过程不顺畅或插管完毕，嘱病人张口检查胃管有否盘曲在口腔；昏迷者将头抬起使下颌贴近胸骨柄以增大咽喉弧度，利于胃管通过胃管		

判断 测胃残余量	初步固定胃管（鼻翼处胶布） ★ 确认胃管是否在胃内 1. 回抽胃液测 PH值，回抽胃液监测残余量后重新注回胃内 2. 快速注入 20ml 气体，剑突下听诊气过水声 3. 胃管末端置入水内无气泡溢出		
鼻饲	★先缓慢注入 20ml 温开水，然后灌入鼻饲液（间歇时胃管末端应反折）；鼻饲完毕再次注入 20-50ml 温开水冲管，提高管道末端 60° 使胃管内液全部流入胃内后用封闭胃管末端		
	★鼻饲完毕嘱其保持半坐卧位半小时到 1 小时		
再次固定 胃管标识	再次固定（脸颊部胶布）、胃管标识		
观察	★注入鼻饲液速度宜慢，观察患者有无恶心、呕吐等不适		
核对记录	洗手、核对、记录鼻饲量、时间、胃液残留量		
整理宣教	清理用物，整理床单 针对护理问题进行宣教，交待注意事项		
评价	操作者工作态度、与患者沟通的能力，整个操作的整体性		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在 6 个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

口腔护理操作评价标准

(制 订)

姓名 _____ 主考老师 _____ 考核日期 _____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱（护嘱）		
评 估	患者	1.1 病情、年龄、意识状态、合作能力 1.2 口腔情况： (1) 口唇的色泽 (2) 口腔黏膜的颜色、完整性有无疱疹、出血、脓眼液、白斑 (3) 牙齿的数量，有无假牙、龋齿 (4) 牙龈的颜色，有无肿胀、出血、萎缩 (5) 舌的颜色，湿润性，有无舌苔 (6) 鄂部，悬雍垂，扁桃体的颜色 (7) 口腔气味 (8) 测口腔 PH 值 1.3 患者对口腔卫生的认识 1.4 告知：口腔评估情况、口腔疾病预防知识、口腔护理的重要性		
	环境	（病房）清洁、安静		
	用物	患者是否备有相关的用品，并以清洁备用（如漱口杯）		
计 划 准 备	操作者准备	着装整齐，端庄得体，符合操作要求		
	物品准备	治疗车上层：托盘内置：治疗巾、压舌板、电筒、手套、治疗碗、弯盘、患者牙刷、牙膏、水杯 1 个，吸管或带吸管的水杯 1 个，Ph 试纸、弯盘 2 个（备棉球若干、弯止血钳、镊子）压舌板 2 个，石蜡油、棉签，必要时备开口器。根据情况备口腔外用药（红色字体为昏迷或病重患者准备的用具） 治疗车下层：感染性垃圾、污水桶、生活垃圾		
实 施	用物齐备、洗手、戴口罩床边操作			
	核对解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息（床号、姓名、住院号）（开放性提问），简短解释取得配合		
	摆体位	协助患者半坐卧位/仰卧或侧卧（昏迷或病重患者）→上餐桌→患者头偏向一侧，面向护士→治疗巾垫颌下 →置弯盘、治疗碗盘于餐桌上→洗手→戴手套（备棉球行口护时需清点棉球数）		
	擦洗	★昏迷或病重患者擦洗：夹棉球润唇→协助漱口（昏迷患者禁）→活动义齿的取下清水浸泡→嘱病人咬合上、下齿→拧干棉球（★止血钳在下，镊子在上进行）夹紧→压舌板撑开一侧颊部→沿牙齿纵向擦洗，由内向门齿洗左外侧面→同法洗右外侧面→张开上下齿→擦洗左上内侧面→左上咬合面→左下内侧面→左下咬合面→同法擦洗对侧洗左颊部→同法擦洗右颊部→硬腭（弧形擦洗左-右）→舌面（横擦）→舌下 ★清醒配合患者的刷牙顺序：协助漱口→牙刷上牙膏→左上外侧面→门齿→右上外侧面，右上内侧面→门齿→左上内侧面，左上咬合面→右上咬合面，左下外侧面→门齿→右下外侧面，右下内侧面→门齿→左下内侧面，左下咬合面→右下咬合面→竖漱口→清洗牙刷→以上述方法擦洗二遍（★刷牙方法：牙根部-前后震颤法；牙侧面-纵向擦洗法；咬合面-来回擦洗）		

		协助漱口→擦净口周及脸部→再次检查口腔情况→根据口腔情况酌情涂药→唇干裂时涂唇膏→(备棉球行口护时需清点棉球数)		
	整理宣教	清理用物→脱手套洗手→协助患者取舒适卧位→整理床单位→洗手→宣教		
	记录	记录口腔情况，异常情况的处理及效果		
评价		口唇及口腔粘膜湿润、清洁、无异味、完整， 溃疡面已妥善处理 操作动作轻柔，擦洗干净，安全舒适		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

12.1 女病人导尿术（拔尿管）操作评价标准 (2021.12制订)

姓名_____ 主考老师_____ 考核日期_____

操作流程	操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对	双人核对医嘱（护嘱）		
评估	患者 1.1病情：导尿原因，有无传染病，自理能力，能自理者，先自行清洗外阴（不能自理者协助其洗净） 1.2心理：病人的心理状态，合作程度 1.3知识：导尿目的方法可能出现的并发症和导尿后护理配合		
	环境 (病房)清洁、安全、关门窗、有遮挡隐私的设施		
计划准备	操作者准备 着装端庄、得体、符合无菌技术要求		
	物品准备 治疗车上层：一次性胶单，无菌导尿包，洗手液，（无菌导尿管，无菌手套各一备用） 治疗车下层：感染性垃圾盒、生活垃圾盒、锐器盒		
	用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实施	1、核对、解释 ★双人核对床头卡、 执行单、手腕带患者信息（床号、姓名、住院号） （开放性提问），简短解释取得配合		
	2、环境 ★关门窗、拉屏风，移开床桌椅		
	3、摆体位 脱对侧裤，盖于近侧腿部，被子盖对侧腿部→仰卧屈膝位，双腿外展，臀下垫巾		
	4、擦洗消毒 开无菌导尿包外层→方盘靠阴部置于两腿之间，取消毒棉球放于方盘远端，→左手戴手套→消毒阴阜→大阴唇→左手分开大阴唇→消毒小阴唇、尿道口（顺序由外向内、自上而下、先对侧后近侧，每只棉球限用一次）→撤方盘，脱手套→★消毒液洗手 ★要求消毒时严格遵循无菌操作，由洁→污，严禁跨越无菌区		
		5、消毒 导尿包置两腿间打开→戴手套→铺孔巾（形成一无菌区）→排列用物→置消毒弯盘于近侧（内放消毒棉球4个）→置导尿弯盘（内放导尿管），润滑尿管→暴露尿道口（左手分开并固定小阴唇）→消毒尿道口，小阴唇，尿道口→撤出消毒弯盘放于无菌区远端 ★物品放置合理，操作中未跨越无菌区	
	6、插尿管 置导尿弯盘于近侧→用专用钳夹尿管，轻插4—6cm→见尿再插1cm（留置尿管者见尿后再插入7cm~10cm）→放尿或取尿标本，留置导管者注充水气囊，接储尿袋→撤用物→脱手套洗手→加强固定，做好管道标识，妥善固定尿管于床旁→穿裤 ★若尿管误入阴道需更换尿管，重新消毒，插管		
		7、拔管 置弯盘→戴手套→（留置尿管者10ml注射器抽出充水气囊内盐水）→夹管，缓慢拔出→擦净外阴→脱手套洗手→穿裤 宣教：告知拔除尿管后有何不适，如何缓解，观察尿液性状，	
	8、整理 询问病人感受，助病人取舒适卧位 床铺整洁，妥善清理用物 记录：洗手记录导尿时间、性状，量 宣教：留置尿管的注意事项，有何不适。		
评价	病人感觉痛苦减轻，无不良反应★操作符合无菌操作，无污染，尿管确定在尿路内，无尿路损伤，达到目的。		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

12.2 男病人导尿术操作评价标准

(2021.12制订)

姓名 _____ 主考老师 _____ 考核日期 _____

操作流程		操作要点与评价标准	实施情况	备注
核对		双人核对医嘱（护嘱）		
评 估	患者	1.1病情：导尿原因，有无传染病，自理能力，能自理者，先自行清洗外阴（不能自理者协助其洗净） 1.2心理：病人的心理状态，合作程度 1.3知识：导尿目的方法可能出现的并发症和导尿后的护理配合		
	环境	（病房）清洁、安全、关门窗、遮挡屏风		
计 划 准 备	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
	物品准备	治疗车上层：一次性胶单，无菌导尿包，洗手液，（无菌导尿管，无菌手套各一备用） 治疗车下层：感染性垃圾盒、生活垃圾盒、锐器盒		
		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
实 施	1、核对、解释	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息（床号、姓名、住院号）（开放性提问），简短解释取得配合		
	2、环境	★关门窗、拉屏风，移开床桌椅		
	3、摆体位	脱对侧裤，盖于近侧腿部，被子盖对侧腿部→仰卧屈膝位，双腿外展，臀下垫巾		
	4、擦洗消毒	开无菌导尿包外层→方盘靠阴部置于两腿之间，取消毒棉球放于方盘远端，→左手戴手套消毒外阴（顺序：阴阜、阴茎、阴囊）→将方纱覆盖阴茎根部，提起阴茎，暴露冠状沟→从尿道口环型向外抹尿道口→龟头及冠状沟 ★要求消毒时严格遵循无菌操作，由洁→污，严禁跨越无菌区		
	5、消毒	导尿包置两腿间打开→戴手套→铺孔巾（形成一无菌区）→排列用物→置消毒弯盘于近侧（内放消毒棉球4个）→置导尿弯盘（内放导尿管），润滑尿管→提起阴茎与腹壁成60°暴露尿道口→消毒尿道口、龟头及冠状沟，再次消毒尿道口，→撤出消毒弯盘放于无菌区远端 ★物品放置合理，操作中未跨越无菌区		
	6、插尿管	置导尿弯盘于近侧→用专用钳夹尿管，提起阴茎与腹壁成60°，持尿管插入约20cm~22cm（成人），见尿后再插入约1cm~2cm（留置尿管者见尿后再插入7cm~10cm）→放尿或取尿标本，留置导管者注充水气囊，接储尿袋→撤用物→脱手套洗手→加强固定，做好管道标识，妥善固定尿管于床旁→穿裤		
	7、拔管	置弯盘→戴手套→（留置尿管者10ml注射器抽出充水气囊内盐水）→夹管，缓慢拔出→擦净外阴→脱手套洗手→穿裤 宣教：告知拔除尿管后有何不适，如何缓解，观察尿液性状，		
	8、整理	询问病人感受，助病人取舒适卧位 床铺整洁，妥善清理用物 记录：洗手记录导尿时间、性状，量 宣教：留置尿管的注意事项，有何不适。		
评 价		病人感觉痛苦减轻，无不良反应★操作符合无菌操作，无污染，尿管确定在尿路内，无尿路损伤，达到目的。		

备注：打“★”号的表示：如果操作者未做到位，将一票否决；一般项目存在6个以上问题时视为不合格；在实施情况一栏中用打√或打×表示有无做到位，或将问题写下来。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/527166112101006035>