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_____ 考核日期____

操	作流程		实施情况	备注
	核对	双人核对医嘱(护嘱)		
评		1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的		
	患者	1. 2★有无药物过敏史		
估		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		
计		(肌注环境)有遮挡隐私的设施		
1 1	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
 划 准	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、		
作 备		手套(必要时备)、快速手消毒剂、托盘、无菌治		
笛		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		
<u> </u>		用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
		铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物		
	配药	→推治疗车到床边 - ▲ 夕 注 - 型 花 以 西 拉 工 坝		
		★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	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住		
实	解释	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		
		戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(至少2		
	选注射部位	次)		
	消毒	★要求消毒范围:以穿刺点为中心消毒直径不小于 5CM.消毒皮		
 施		肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
<i>\/\</i> \\		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		
	太升	→均匀慢注推药→完毕快速拔针→按压→注射器放入锐器盒→		
	查对 注射	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		
		★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→		
	查对	洗手,记录并填写执行单(时间,双签名)		
	记录	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			
	 评价	宣教相关的注意事项		
		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		

2. 皮内试验操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____考核日期___

操	作流程		实施情况	备注
核对		双人核对医嘱(护嘱)		
评		1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的		
	患者	1.2★有无药物过敏史		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
~ i 准	物品准备	治疗车上层:治疗盘、药液、棉签、碘伏、注射器(1m 和 5ml)、		
`L 备		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		
		铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物		
	配药	★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。		
	18 .1			
 实	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住事)		
	解释	院号)(开放性提问) 短短短短短点		
	71 75	简短解释取得配合		
	体位	根据病情选择合适体位		
	选部位	戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(2次)		
	消毒	★要求消毒范围:以穿刺点为中心消毒直径不小于 5CM.消毒皮 以 5 以 5 以 6 以 7 以 7 以 7 以 7 以 7 以 7 以 7 以 7 以 7		
		肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。再次排气→★二次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
施		+ +		
		注述		
	 查对	针→勿按压→注射器放入锐器盒→脱手套洗手		
	<u>-</u>	操作过程中注意严密观察患者反应并给以指导和沟通		
	<u> </u>	★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	★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号)→		
	记录	洗手,记录并填写执行单(皮试时间、部位,双签名)		
	宣教	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		
<u> </u>	平价	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		

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	
/ 	<u> </u>		

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		1.1病情、年龄、意识状态、治疗目的		
	患者	1.2★有无药物过敏史		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
准	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、		
备		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		
		铺治疗巾→核对医嘱→配药→注射药物于无菌盘内→整理用物		
	 配药	→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。		
字	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	解释	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		
		戴手套→暴露注射部位→★选择注射部位→消毒皮肤(至少2		
	选 部位	次)		
 施	消毒	★要求消毒范围: 以穿刺点为中心消毒直径不小于 5CM.消毒皮		
76		肤后即予建立无菌操作区域。严禁跨越无菌区域。		
	查对	再次排气→★二次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	注射	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	★再次查对执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住院号),		
	宣	记录并 <mark>填写执行单</mark> (时间,双签名)		
	LA 宣教	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		

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
/L · L		V М Н УУУ

持	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		1.1 病情、年龄、意识状态、心肺功能、治疗目的		
	患者	★1.2 有无药物过敏史		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
划	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、		
准		皮肤消毒剂、止血带、胶布、垫巾、弯盘、快速		
备		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		
	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	解释	住院号)(开放性提问), 简短解释取得配合		
	体位	取平卧或坐位		
分	挂瓶排气	挂瓶→排气→检查有无空气		
实		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→		
	查对	松拳、松止血带★松调节器(此时滴速不能大于调节滴速)→		
	穿刺	输液贴固定针头		
施		★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		

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	
/ -	<u> </u>		

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		1.1 病情、年龄、意识状态、心肺功能、治疗目的		
l		★1.2 有无药物过敏史		
估	患者	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		
	17 1立	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 ************************************		
计则	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
 划 准	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、		
作 备		版布、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、		
笛		李盘、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		
	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	解释	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		
字		帽接头上→排气(一次成功,不浪费药液)		
		戴手套→暴露注射部位→垫方巾→★系止血带选静脉→松止血		
	 选血管	带一次消毒皮肤→备敷贴写上日期、操作者工号→穿刺点上方		
	型	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。		
 施	查对	★以正确手法取出留置针→拔掉护针帽→转动针芯→排气二次		
<i>\\</i> \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	穿刺	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		
1	评价	操作规范、正确;沟通良好、体现人文关怀		
		生二 如用提供业土供到价 炮 曲不计 机西日左左(4)1)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

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	
/ 	→ √ ′ u / 1		

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		1.1病情、意识、呼吸、缺氧程度		
	患者	1.2患者有无口、鼻腔、呼吸道畸形或损伤		
估		★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	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
划	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、		
准		棉签、胶布、温开水、纱布、手电筒		
备		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	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	解释	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		
		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→		
施		检查有无漏气→关开关		
	查对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息		
	给氧	★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	★②面罩给氧:面罩置患者口鼻部,并妥善固定→确定氧气流		
	记录	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		
		备物至病房,查对,解释→分离氧管→关流量表→松胶布→拔		
	停氧	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		

6.有氧雾化吸入操作评价标准

(2021.12制订)

1.1 4	\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \	1 1 1 H 11 H	
姓名	主考老师	考核日期	
	十万 2 711	75 /17/ !! 	
	- - - - - - - - - -	J 1/2 H /VI	

掉	莫作流程 二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	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		1.1患者病情、意识、呼吸、口腔黏膜情况、自行排痰情况、生		
	患者	活自理能力		
估		★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		
<u> </u>	用物	齐全、性能完好 ************************************		
计则	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
 划 准	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、		
作 备		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		
		桶桶		
	1			
	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		
137	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、		
实		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		
	女 判	氧→连接雾化器→检查→调节氧流量(6-8L/分),调节雾量		
		★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息,协助患者手持		
	查对	零化器,口含喷嘴(指导其闭唇深呼吸做到口吸气停留 1-2S 鼻		
施	吸入	呼气)吸入共 1520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檫干,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		
<i>A</i> >>-	-	大竹 表示: 加果操作者未做到位 将一些丕冲: 一般项目存在 6 个以		- A 14

7.口鼻腔吸痰操作评价标准

(2021.12制订)

姓名	・ レールリー	L 11 - 11-
#14 17	主考老师	考核日期
V+ /-	十万元川	
$\Lambda \perp ^{\prime} \square$	T 7/11/1	J 10 H 291

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		1.1病情、意识、生命体征、痰液量和粘稠情况		
	患者	1.2呼吸情况:呼吸困难、发绀、SpO2、痰鸣音		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
准备	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		
		<u>用物齐备、洗手、戴口罩床边操作</u>		
		★ 双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住		
	核对解释	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		
实	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	打开吸痰管→左手戴手套→右手戴无菌手套→右手取吸痰管并		
	连接吸痰管	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		
施	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	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		
	记录	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		

(2021.12制订)

姓名_____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		1.1病情、年龄、意识状态、生命体征、咳嗽、咳痰情况、正在		
	患者	进行的治疗		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
划	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		
准		钠溶液、清洁手套、纸巾。必要时备无菌手套、		
备		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		
实	核对	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、住		
	解释	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		
		★能自行留痰者:		
	查对	 戴清洁手套→协助患者先用 <mark>生理盐水</mark> 反复漱口→指导患者有效		
	采集标本	「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		
施		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		
Ì	平 价	操作规范、正确;沟通良好、体现人文关怀		

(2021.12制订)

姓名_____考核日期____

操	 :作流程	操作要点与评价标准	实施情况	备注
		双人核对医嘱 (护嘱)		
评		1.1病情、意识、灌肠目的		
	患者	1.2肛周皮肤、肛门直肠疾患		
估		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	操作者准备	着装端庄、得体、符合操作要求		
划	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、		
准		水温计、一次性手套、灌肠液、量杯、一次性垫单、		
备		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		
	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		
		★按医嘱, 用 0.2%肥皂液 500ml 灌肠: 先备温开水 500ml→测		
实	配液	水温 (39—41。C) →取 20% 肥皂液 5ml→倒入温开水中 (成 0.2%		
		肥皂液)		
	畑 4 4	携物至床旁,放输液架→助取左侧屈膝卧位→退裤至膝部(注		
	摆体位 	意保暖)→臀部移至床沿→垫胶单于臀下→弯盘置臀旁		
		★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→		
光	查对	左手分开臀部→轻插入肛门 7~10cm→打开调节器,左手固定肛		
施	•	管→观察液体流入情况:(是否有腹胀或便意;脉速、腹痛、气		
	灌液	急等)→		
		★操作者在实施为患者灌液时应站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,		
		★灌肠毕→夹闭调节器→拔出肛管→分离肛管置弯盘内→擦净		
	拔管	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)

	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	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		
估		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 		
计则	操作者准备	着装整齐,端庄得体,符合操作要求		
划准备	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		
		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		
 实	定位 量长度 清洁鼻腔	★测量胃管置入的长度:发迹至剑突的距离 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		
施	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 1015cm 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		

	初步固定胃管(鼻翼处胶布)	
判断	★ 确认胃管是否在胃内 1. 回抽胃液测 PH值, 回抽胃液监测残	
测胃残余量	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	再次固定 (脸颊部胶布)、胃管标识	
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	

口腔护理操作评价标准

(制订)

	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		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		
估	患者	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	操作者准备	着装整齐,端庄得体,符合操作要求		
划准备	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		
		月物齐备、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		
) 实	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)		
施	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→后法洗右外侧面 →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→右下咬合面,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→齿下咬合面→右下咬合面→齿下大侧面→门齿→左下内侧面,左下咬合面→右下咬合面→右下向侧面→门齿→左下内侧面,左下咬合面→右下咬合面→齿下皮合面→齿下皮合面→齿形皮上述方法擦洗二遍(★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→根据口腔情况的情涂药→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)

核大	握		日	 实施情况	 备注
選者				/\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \	Ш 1/—
應者					
情報		 			
1.3如识: 寻尿目的方法可能出现的并皮症和导尿所护理配合 (利房) 清洁、安全、关门窗、有缝相隐积的设施 特色准备 参崇確定、得体、符合无菌技术类件要求 物品准备 治疗车上层: 一次性散率,元富导尿何,洗手液,(元窗寻尿 管、无离子套件一名用) 治疗率下层: 感染性过效盒、生活过效盒、镜器盒 用物齐备、洗手、鼓口罩床边操作 2.环境 3. 提 体 位 限外侧膜、盖于近侧照影,被于盖对侧腿部一种卧地雕位,双 膜外上。 管下步中。	仕	一			
新規					
物品准备 治疗车上层: 一次性股单, 无菌导原包, 洗手液, (无菌导原 管, 无菌子套各一名用) 治疗车下层: 房來性垃圾盒、生活垃圾盒、視器盒 用称各名、洗手、戴口罩床边操作 人 核对、		 环境			
准备		操作者准备	着装端庄、得体、符合无菌技术操作要求		
 备 治疗率下层:感染性放爱盒、生活较爱盒、钱器盒 用物齐备、洗手、戴口單床边操作 本		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		
用物系名、洗手、戴口罩床边藻件 1、核对、			管,无菌手套各一备用)		
1、核对、	备		治疗车下层: 感染性垃圾盒、生活垃圾盒、锐器盒		
解释 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,双腰外展,臂下垫巾 开无窟与原包外层一方盘整例部置于两腿之间,取消毒棉球放于方盘远端,一左手戴手套一洲毒阴阜、大阴唇一治手分开大阴唇一消毒小阴唇、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,严禁跨越无菌区导尿包置两腿间打开一截;手套→输孔巾(形成一无菌区)→排列用物→置消毒弯当于近侧(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端。 ★物品放置合理,操作中未跨越无菌区置导尿等盘于近侧→用专用错夹尿管,轻插 4—6cm→见尿再插 1cm (窗置层管者注充水气囊,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************************************			用物齐备、洗手、戴口罩床边操作		
2、环境 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 开无菌导尿包外层→方盘雄阴部置于两腿之间,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)→撒方盘,脱手套→★消毒液流手 ★要求消毒时严格设循无菌操作,由洁→污,严禁跨起无菌区 导尿包置两腿间打→截,等一套一锅,一个水锅。一个排列用物→蛋消毒等盘于近侧(内放消毒棉球4个)一置导尿弯盘,低,内放导尿管,利滑尿管→暴露尿道口(左手分开进固定小阴唇)→消毒尿道口,小阴唇,尿道口→撤出消毒弯盘放于无菌区。小阴唇)→消毒尿道口,小阴唇,尿道口→撤出消毒弯盘放于无菌皮。小阴唇)—消毒尿道口,小阴唇,尿道口→撤出消毒弯盘放于无菌皮。小阴唇,一种毒肝错夹层管,轻插4—6cm—见尿再插1cm(留置尿管者注充水气囊,接循尿變→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————————————————————————————————————			l		
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					
要		, , , =			
## 元		3、摆体位			
日子方盘远端,→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)→撒方盘,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 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 置导尿弯盘于近侧→用专用钳夹尿管,轻指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,妥善固定尿管干床旁→穿裤★若尿管误入阴道需更换尿管,重新消毒,插管置弯盘→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,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	字				
4、擦洗消毒 Web					
4、擦洗消毒 例后近侧,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 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 置导尿弯盘于近侧→用专用相夹尿管,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→穿裤一大部尿管误入阴道需更换尿管,重新消毒,插管置弯盘→戴手套→(留置尿管者 10ml 注射器抽出充水气囊内盘水)→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,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					
 		4、擦洗消毒			
施 FR包置两腿问打开→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 置导尿弯盘于近侧→用专用钳夹尿管,轻括 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 置弯盘→戴手套→(留置尿管者 10ml 注射器抽出充水气囊内盘水)→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,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。 诉人感觉痛苦减轻,无不良反应★操作符合无菌操作,无污					
施 5、消毒 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 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————————————————————————————————————			★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 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			导尿包置两腿间打开→戴手套→铺孔巾(形成一无菌区)→排		
5、消毒 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 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,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	施		列用物→置消毒弯盘于近侧(内放消毒棉球4个)→置导尿弯		
───────────────────────────────────		5 消毒			
★物品放置合理,操作中未跨越无菌区 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************************************		0, 411.74			
Table and an					
6、插尿管 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,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					
6、插床管 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 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,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。					
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, 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		6、插尿管	l		
 ★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,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 					
7、拔管 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, 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。					
□水)→夹官,缓慢拔出→擦净外阴→脱于套洗于→分裤 宣教: 告知拔除尿管后有何不适,如何缓解,观察尿液性状, 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		11 4-4-	 置弯盘→戴手套→(留置尿管者 10ml 注射器抽出充水气囊内		
8、整理		7、 抜管 	盐水)→夹管,缓慢拔出→擦净外阴→脱手套洗手→穿裤		
8、整理 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			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 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			询问病人感受,助病人取舒适卧位		
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		Q 勘TH	床铺整洁,妥善清理用物		
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		O、	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。		

12.2 男病人导尿术操作评价标准

(2021.12制订)

姓名_____考核日期____

操	单作流程	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	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)		
估	心有	1.2心理:病人的心理状态,合作程度		
111		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	操作者准备			
划	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,		
准		无菌手套各一备用)		
备		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		
	1、核对、	★双人核对床头卡、执行单、手腕带患者信息(床号、姓名、		
	解释	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		
<u> </u>	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		
实		腿外展, 臀下垫巾		
		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		
	. Da sil sile de	于方盘远端, →左手戴手套消毒外阴(顺序: 阴阜、阴茎、阴		
	4、擦洗消毒	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 日日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		
施		导尿包置两腿间打开→戴手套→铺孔巾(形成一无菌区)→排		
/ \ C		列用物→置消毒弯盘于近侧(内放消毒棉球 4 个)→置导尿弯 盘(中故阜民祭) 润滑民祭→提起阳节与腹辟战 GO° 暑露民港		
	5、消毒	【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		
		古		
		★物品放置合理,操作中未跨越无菌区		
		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		
	6、插尿管	(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		
		置弯盘→戴手套→(留置尿管者 10ml 注射器抽出充水气囊内盐		
	7、 拔管	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,		
		询问病人感受,助病人取舒适卧位		
	8、整理	床铺整洁,妥善清理用物		
	^O 、	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。		
		九丰子,加思姆佐老丰做到位,	<u> </u>	

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/52716611210 1006035