# 最新医院护理人员病人病房等管理制度（完整版）

来源：piedai.com 作者：撇呆范文网 更新时间：2022-05-26

*一个国家有秩序才能有序的运转，那么一个医院的运转需要什么样的管理制度呢？以下是职场范文网为大家整理的最新医院护理人员病人病房等管理制度（完整版）资料。希望对你有所帮助，欢迎你的阅读。医院护理管理制度 护理管理制度
（一）护理人力资源管理制度*

一个国家有秩序才能有序的运转，那么一个医院的运转需要什么样的管理制度呢？以下是职场范文网为大家整理的最新医院护理人员病人病房等管理制度（完整版）资料。希望对你有所帮助，欢迎你的阅读。

医院护理管理制度 护理管理制度

（一）护理人力资源管理制度

1、夜班护士准入制度

（1）非注册护士不得独立从事夜班工作。

（2）新毕业护士及毕业后多年未取得注册护士证书期间，在上级护士指导下可参加夜班，主要责任由带教的护士承担。

（3）在医院护理部领导下，制定夜班护士培训计划、内容并组织实施。重点培训新毕业护士的专业理论知识，临床分析能力，临床判断能力，临床合作能力，专业操作技能，相关的制度、法律知识，消毒隔离，沟通技巧等知识。新毕业护士轮科考核:每个专科轮转结束后,进行理论及技能考试，考试成绩不低于85分。

（4）经以上培训的注册护士，能熟练掌握专业的理论知识、基础护理及专科护理操作，独立完成急危重症抢救配合工作的能力，具有病情观察与应急处理能力，具有规范，准确，及时,客观书写护理文书的能力。能遵守劳动纪律，具有良好的慎独精神。

（5）从事夜班工作，可享受夜班护士的有关待遇。

2、护士值班制度 （1）医院临床各科均实行24 h值班制，护士应按照周排班表安排进行值班。

（2）值班护士必须按照医院统一要求着装上岗，坚守护理岗位，认真履行岗位职责，遵守劳动纪律，不擅自脱岗、离岗。

（3）值班护士按照分级护理要求做好病情巡视和临床护理工作，认真执行查对制度，按时、准确完成各项治疗措施和基础护理，密切观察、记录危重病人病情变化，做好抢救准备和抢救配合，如实记录抢救过程。

（4）值班护士应认真履行病区管理制度，做好病人和陪伴人员管理，维持好病房秩序，保证病区安全，创造有利于病人治疗和休养的良好环境。

（5）为了加强病房管理和业务领导，护士长在正常情况下不值夜班。

（6）护士调班须经护士长同意，并在班表上注明，未经护士长同意不得擅自调换班次。

3、紧急状态下护理人力资源调配方案 （1）紧急状态是指突然发生，造成或可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、 群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

（2）在紧急状态下全院护士必须无条件服从护理部调配。

（3）科室二线班护士可作为科室紧急状态下的人力储备，要保证通讯工具的畅通，收到 通知后即刻赶到指定地点。

（4）医院成立应急护理小组，选派业务技术熟练、应急能力强的护士参加。应急护理小 组由医院统一指挥，护理部协调组织和安排。

4、护士绩效考核评价制度 （1）制定护士绩效考评标准的基本步骤 1）护理工作分析，界定各级护理人员岗位职责。

2）根据职责要求确定绩效考评要素。

3）将绩效考评要素量化成为可衡量的考评分值。

4）遵循考评内容确实反映实际工作岗位职责要求和考评简便易行的原则。

（2）护士绩效考评基本指标 1）个人品质：奉献精神、个人仪表、意志力等； 2）工作能力 ① 工作的质和量，考核工作的正确性和工作效率。

② 工作知识和技能，考核胜任岗位职责所要求的知识、方法、操作熟练掌握和 应用的程度。

③ 主动性和责任心，考评护士在无人监督时的工作情况，以及在无上级护士指导下的工作能力。

④ 合作性与创新，考评护士对工作、同事、组织的态度，为人服务和与人合作的意愿，以及在工作中接受新观念、尝试新方法的意愿。

⑤ 勤勉出勤，考核护士对护理工作的贡献程度和工作纪律性。

（二）护理工作制度 护理管理工作制度

1、护理部工作制度 （1） 根据医院的年工作计划及医院整体发展规划，结合临床医疗和护理工作实际，制定护理工作长远规划及发展目标、医院护理工作年、月工作计划和总结，报请主管院长批准后，具体组织实施。

（2）依据相关法律法规，建立完善各项护理工作制度、工作流程、工作质量评价标准、护理技术操作常规及各级护理人员工作职责，并定期评价贯彻执行的效果，不断完善规章制度，提高科学管理的水平，促进护理质量不断改进，全面实施以病人为中心的整体护理。

（3）合理配置护理人力资源，按照护理岗位的任务、所需业务技术水平、实际护理工作量等要素科学配置护士，加强对护士人力资源的科学管理。

（4）定期深入临床，加强对护士长工作具体指导，充分发挥护士长作用，组织护士长查房和各科之间定期交叉检查和不定期抽查，对护士长护理管理质量进行督导和定期评价。

（5） 负责实施和落实全院护理人员的业务培训计划。开展业务知识的学习和操作技术的训练和考核，不断提高护理技术水平。

（6）定期对各科（病房）病区管理、基础和专科护理管理、消毒隔离、服务品质、护理文书等护理质量进行检查，督促检查各项工作制度的落实情况，减少护理差错的发生，分析护理工作质量，发现问题及时解决，并作好记录。

（7）关心护士工作及生活，严格执行〈劳动合同法〉、〈妇女权益保障法〉，根据护理工作的特点和护士的需要，积极创造良好的工作氛围和环境，充分调动广大护士的积极因素。

2、 护理工作会议制度 （1）护士长例会 护士长例会：每月1次，由护理部主任主持，参加人员为护士长。主要内容：传达上级指示，总结护理工作，布置工作计划；分析讲评护理质量，护理缺陷分析和疑难护理问题讨论；介绍护理管理经验，交流护理管理信息。

（2）护士大会 全院护士大会： 5&bull;12 护士节和春节前举行，由护理部主任主持，院领导和相关领导出席，全院护士参加。主要内容：总结年度工作，明年工作计划及目标。

3、请示报告制度 凡有下列情况，必须及时向护理部、有关部门或院领导请示报告： （1）收治甲类传染病或卫生行政部门指定上报的传染病、发生群伤如重大交通事故、中毒、严重工伤等、需要紧急调动护理人员抢救病人时。

（2）收治有自杀迹象及涉及法律、政治问题的病人。

（3）发生医疗纠纷、护理意外事件、严重的护理差错、输液输血反应、院内发生压疮、暴发院内感染以及其它潜在的严重影响病人安全的问题。

（4）贵重器材或毒、麻、精神药品损坏、丢失，以及发现成批药品、医疗用品质量问题等。

（5）请购较贵重的护理仪器、用具及侵入性的护理用品；首次开展护理新技术和创新护理用具首次在临床应用；增补、修改护理规章制度、技术操作常规。

（6）护士因公出差，院外进修、学习等，科室接受非常规来院进修、参观的护理人员等。

（7）护士发生职业暴露或其他护理工作方面的重大问题。

护理工作核心制度、

1、查对制度

（1）医嘱查对制度

1）医嘱经双人查对无误方可执行，每日必须总查对医嘱一次。护士长每日与责任护士参加总查对医嘱一次。

2） 转抄医嘱必须写明日期、时间及签名，并由另外一人核对。转抄医嘱者与查对者均须签名。

3） 临时执行的医嘱，需经第二人查对无误，方可执行，并记录执行时间，执行者签名。

4） 抢救病人时，医师下达口头医嘱，执行者须大声复述一遍，然后执行，抢救完毕，医生要补开医嘱并签名。安瓿留于抢救后再次核对。

5） 对有疑问的医嘱必须询问清楚后，方可执行和转抄。

（2）服药、注射、输液查对制度

1）服药、注射、输液前必须严格执行 三查七对 ：三查：摆药后查；服药、注射、处置前查；注射、处置后查。七对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法。

2） 备药前要检查药品质量，水剂、片剂注意有无变质，安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液袋有无漏水；药液有无浑浊和絮状物。过期药品、有效期和批号如不符合要求或标签不清者，不得使用。

3） 摆药后必须经第二人核对，方可执行。

4） 易致过敏药物，给药前应询问有无过敏史；使用毒、麻、精神药物时，严格执行《医 疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》护士要经过反复核对，用后安瓿及时交回药房；给多种药物时，要注意有无配伍禁忌。同时，护理部要根据药物说明书，规范及健全皮试药物操作指引及药物配伍禁忌表。

5） 发药、注射时，病人如提出疑问，应及时检查，核对无误后方可执行。

6） 输液瓶加药后要在标签上注明药名、剂量、并留下安瓿，经另一人核对后方可使用。

7） 严格执行床边双人核对制度。

（3）手术病人查对制度 1）手术室接病人时，应查对科别、住院号、床号、姓名、手腕带、性别、年龄、诊断、手术名称及部位（左右）及其标志，术前用药、输血前八项结果、药物过敏试验结果与手术通知单是否相符，手术医嘱所带的药品、物品（如CT、X线片）。评估病人的整体状况及皮肤情况，询问过敏史。

2） 手术护士检查准备手术器械是否齐全，各种用品类别、规格、质量是否合乎要求。病人体位摆放是否正确，尽可能暴露术野和防止发生坠床和压疮。

3） 手术人员手术前再次核对科别、住院号、床号、姓名、手腕带、性别、年龄、诊断、 手术部位、麻醉方法及用药、配血报告等。洗手护士打开无菌包时，查包内化学指标卡是否达标，凡体腔或深部组织手术，手术前和术毕缝合前洗手护士和巡回护士都必须严格核对，共同唱对手术包内器械、大纱垫、纱布、缝针等数目，并由巡回护士即时在手术护理记录单记录并签名。术前后包内器械及物品数目相符，核对无误后，方可通知手术医师关闭手术切口，严防将异物留于体腔内。

4） 手术切除的活检标本，应由洗手护士与手术者核对，专人负责病理标本的送检。

2、交接班制度 （1）值班人员应严格遵照护理管理制度，服从护士长安排，坚守工作岗位，履行职责， 保证各项治疗护理工作准确及时地进行。

（2） 交班前，主班（责任）护士应检查医嘱执行情况和危重病人护理记录，重点巡视危重病人和新入病人，在交班时安排好护理工作。

（3） 每班必须按时交接班，接班者提前15分钟到科室，阅读护理记录，交接物品。做到七不接（病人数不准、病情不清、床铺不洁、病人皮肤不洁、管道不通、各项治疗未完成以及物品数量不符不交接）。

（4） 值班者必须在交班前完成本班的各项记录及本班的各项工作，处理好用过的物品，为接班者做好用物准备，如消毒敷料、试管、标本瓶、注射器、常备器械、被服等，以便于接班者工作。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。

（5） 早交班时，由夜班护士报告病情，全体人员应严肃认真地听取夜班交班报告。之后由护士长带领日夜班护士共同巡视病房，床边交接病情及病房管理情况。

（6） 交班内容包括： 1） 病人总数，出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数，以及新入院、危重病 人、抢救病人、大手术前后或有特殊检查处理、有行为异常、自杀倾向的病人的病情变化及心理状态。

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、瘫痪等危重病人有无压疮，以及基础护理完成情况，各种导管固定和 通畅情况。

4） 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，并签全名。

（7）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。

（8）其余班次除详细交接班外，均应共同巡视病房，进行床边交接班。

（9）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。

（10）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。

3、分级护理制度 医生根据病人病情开具护理等级医嘱。级别分为特别护理及一、二、三级护理，并做出标记（一级护理为红色、二级护理为蓝色、三级护理可不设标记）。

(1)特级护理 1） 适用对象：病情危重，需随时观察的病人；需绝对卧床休息的病人。

2）护理内容： ①安排专人护理，严密观察病情及生命体征变化。

②制定护理计划，严格执行各项诊疗及护理措施，及时准确逐项填写危重患者护理记录。

③备好急救所需药品和用物。

④做好基础护理，严防并发症，确保病人安全。

(2)一级护理 1）适用对象：病情重或危重，需严格卧床休息，生活不能自理者。

2）护理内容 ① 严密观察病情变化。一般每15-30分钟巡视病人一次，根据病情需要定时测量体温、脉搏、呼吸、血压等；观察用药后的反应及效果。

② 严格执行各项诊疗及护理措施，及时准确填写护理记录。

③ 加强基础护理，严防并发症，满足病人身心需要。

(3)二级护理 1）适用对象：病人病情较重，部分生活不能自理。

2）护理内容： ①1-2小时巡视病人一次，观察病情。

②按相应护理常规护理。

③给予必要的生活照顾和心理支持，满足病人身心需要。

(4)三级护理 1）适用对象：病人病情较轻，生活能基本自理。

2）护理内容： ① 每班巡视病人，观察病情。

② 按相应护理常规护理。

③ 给予卫生保健指导，督促病人遵守院规，满足病人身心需要。

4、护理缺陷、纠纷登记报告制度 （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） 各护理单元有防范处理护理缺陷、纠纷的预案，预防缺陷、事故的发生。

（3） 各护理单元应建立护理缺陷登记本，及时据实登记病区的护理缺陷。

（4） 发生护理缺陷、事件后，要及时上报，积极采取挽救或抢救措施，尽量减少或消除 由于缺陷、事故造成的不良后果。

（5） 发生缺陷、事故后，有关的记录、标本、化验结果及造成缺陷、事故的药品、器械均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

（6） 发生护理缺陷后的报告时间：凡发生缺陷，当事人应立即报告值班医师、护士长、 由护士长报护理部，并交书面报表。

（7） 各科室应认真填写护理缺陷报告表，由本人登记发生缺陷的经过、原因、后果，及 本人对缺陷的认识。护士长应对缺陷及时调查研究，组织科内讨论，护士长将讨论结果、处理意见1周内连报表报送护理部。发生严重的失误、事故，病区护长、科护长应立即向科主任、护理部汇报。

（8） 对发生的护理缺陷，组织护理缺陷鉴定委员会对事件进行讨论，提交处理意见；缺陷造成不良影响时，应做好有关善后工作。

（9） 发生缺陷后，护士长对缺陷发生的原因、影响因素及管理等各个环节应做认真的分析，及时制定改进措施，并且跟踪改进措施落实情况，定期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） 发生护理缺陷、事故的科室或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，须按情节严重给予处理。

（11） 护理事故的管理按《医疗事故处理条例》参照执行。

5、护理查房制度 （1）护理行政查房 1）由护理部主任主持，科护士长参加，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。

2）护理部主任定期到病区或门、急诊检查科护士长岗位职责落实情况。

3）护理查房：由科护士长主持，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 参照医师查房制度，上级护士对下级护士护理病人的情况进行的护理查房。

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

2）具体方法： ① 护士长每天早上对新收、重病人或大手术前后的病人进行查房。

② 初级责任护士对分管病人的护理措施及实施效果应在护理查房时向护士长或上级护士汇报。

③ 上级护士根据病人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等。并根据上级护士查房时的要求实施。

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，并对科室的护理工作提出指导性意见。

6、危重病人抢救制度 1）要求：保持严肃、认真、积极而有序的工作态度，分秒必争，抢救病人。做到思想、组织、药品、器械、技术五落实。

2）病情危重须抢救者，方可进入监护室或抢救室。

3）一切抢救物品、器材及药品必须完备，定人保管，定位放置，定量储存，所有抢救设施处于应急状态，并有明显标记，不准任意挪动或外借。护士须每日核对一次物品，班班交接，做到帐物相符。

4）工作人员必须熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法和各种抢救操作技术，严密观察病情，准确及时记录用药剂量、方法及病人状况。

5） 当病人出现生命危险时，医生未到前，护士应根据病情给予力所能及的抢救措施， 如及时给氧、吸痰、测量血压、建立静脉通道，行人工呼吸和心脏按压。

6）参加抢救人员必须分工明确，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章 制度和各种疾病的抢救规程。

7）抢救过程中严密观察病情变化，对危重的病人应就地抢救，待病情稳定后方可搬动。

8）及时、正确执行医嘱。医生下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，抢救结束后，所用药品的安瓿必须暂时保留，经两人核对记录后方弃去，并提醒医生立即据实补记医嘱。

9）对病情变化、抢救经过、各种用药等，应详细、及时、正确记录，因抢救病人未能及时书写病历的，有关人员应当在抢救结束后6 h时内补记，并加以注明。

10）及时与病人家属或单位联系。

11）抢救结束后，做好抢救记录小结和药品、器械清理消毒工作，及时补充抢救车药品、物品，并使抢救仪器处于备用状态。

病人管理制度1、病人入院、出院制度 （1）入院制度： 1）病人入院须持本院医师签发的住院证，按规定办理入院手续，如病情危重应由急诊科护士（及医生）护送病人至病区。

2） 危重病人在护送过程应密切观察病情，注意保暖，保持各种管道固定通畅，防止 输液或用氧中断，注意外伤者体位，以保证安全。

3） 病房护士接到入院处通知，即准备床位及用物，对急诊手术或危重病人，须立即 做好手术或抢救的一切准备工作。

4） 病房护士应与护送人员办好病人交接，并主动热情接待病人及家属，介绍住院规 则和病房有关制度，协助病人熟悉环境。护士须主动了解病人病情、心理状态和 生活习惯等。对危重病人除了解病情外要检查病人的皮肤、留置管道及全身状况， 及时测量生命体征。

5）通知经（主）治医师检查病人，并及时执行医嘱。

（2）出院制度： 1）医师下达病人预出院的医嘱后，护士应通知病人及其家属，以便做好出院准备。

2）病区护士根据医嘱给病人办理出院手续。

3）护士取得病人出院结算清单后，协助其整理物品，清点被服和其他用物，请经（主） 治医师将出院服药说明、疾病证明书、门诊病历及出院小结交给病人或家属。

4）做好卫生宣教和出院指导工作；征求病人或家属对医院、护理工作的意见。

5）清理病人床单位，传染病人用物需进行终末消毒，注销各种卡片，整理病历。

2、健康教育制度 （1）健康教育组织：由高级责任护士以上的人员负责实施。

（2）健康教育内容 1）住院病人健康教育内容主要包括： ① 介绍医院规章制度：如查房时间、探视制度、陪床制度、膳食制度等。

② 介绍病室环境：作息时间、卫生间使用、贵重物品的保管及安全注意事项、呼叫 器的使用等。

③ 相关疾病知识宣教：相关检查、治疗、用药知识介绍指导，术前宣教、术后指导、康复指导；出院病人健康指导等。

④ 相关疾病的重点及病人自我护理知识指导：如饮食、功能锻炼等。

2）门诊病人健康教育内容主要包括：一般指导（休养环境、良好心态、适当锻炼、营养饮食、伤口观察及就诊、医生复查、出院带药等）、专科指导、个体指导。

（3）健康教育形式 1）个别指导：在护理查房时，由高级责任护士结合病情、家庭情况和生活条件进行具体指导。

2）集体讲解：确定主题。门诊利用病人候诊时间，病房则根据工作情况及病人作息制度选择时间进行集体讲解。讲解同时可配合幻灯、模型、图片等，以加深印象。

3）文字宣传：利用黑板报、宣传栏编写短文、图画或诗词等，标题要醒目，内容要通俗易懂。

4）座谈会：在病人病情允许的情况下，护理人员组织病人对主题进行讨论并回答病人提出的问题。

5）展览：如图片或实物展览，内容应定期更换。

6）视听教材：利用幻灯、投影、录像、广播等视听设备在候诊大厅及住院病人活动区域进行宣教。

3、 病人告知制度 1）病人有权接受按其所能明白的方式提供的治疗、护理信息，也有权接受和拒绝治疗。

2）护士在实施各项护理操作及某种特殊治疗前，应先向病人及家属进行详细的讲解和 解释，以使其明白治疗的过程，潜在危险、副作用和预期后果，并进行相应的配合。

3）护士在讲解时应使用规范的方式及病人能够明白的语言向病人（家属）交代相关诊疗信息，尽量避免使用专业术语。

4）告知要在病人完全理解的情况下进行，对病人反馈的意见应予以确认，并记录于病历之中。

5）当病人需实施自我护理时，护士应为病人和/或陪护人员提供健康教育，应包括潜在并发症的预防方法和应急措施。

6）病人在病情不稳定的情况下，坚持外出时，应告知病人外出后可能造成的后果及注意事项，使病人理解，并办理好相关手续。

7）护士在进行危险性较大或侵入性护理操作技术（如中心静脉插管、插胃管及使用血管活性药等）时，应首先告知病人或家属，经病人或家属签名同意后，才能进行操作，必要时在医生的指导下进行。

8）病人入院后应对病人进行安全告知，如热水袋安全使用、电插座的使用规定、防火安全、防盗安全、热水器的使用、安全警示、防跌倒警示等。

9）应用保护性约束时，应告知病人家属（病人清醒时告知病人）约束的目的，经家属／病人同意并签名后方可进行约束，护士应认真做好护理记录。

10）因病情危重致病人不易翻身或家属坚决拒绝翻动病人时，应告知病人及家属后果，并请家属签名，护士应认真做好护理记录。

11）操作中不得训斥、命令病人，做到耐心、细心、诚心地对待病人，护士应熟练各项操作技能，尽可能减轻由操作带来的不适及痛苦。无论何种原因导致操作失败时，应礼貌道歉，取得病人谅解。

12）病人使用一次性医疗物品时（除普通注射器和输液器外），均应遵循此告知程序。护士要向病人或家属解释该一次性医疗物品使用的目的、必要性，以征得同意。

13）各专科要根据本专科操作的特点，制定具专科特色的告知制度。

4、住院病人安全转运制度 （1）出、入院病人的护送 1）住院登记处应派专人陪送新入院病人到科室，对行动不便或病情较重的病人，使用安全的方法，如轮椅、车床等送至病房，必要时由医护人员护送。

2）急诊科病情危重的病人经抢救后需住院时，应提前通知住院登记处和病区值班人员作好准备，并由急诊科医护人员直接护送至病房，入院手续由家属或医护人员补办。

3）病人康复出院时，医护人员应送病人至电梯口，病情需要时应送至医院大门口。

（2）手术病人运送 1）凡手术病人由医护人员负责接送。不能行走及给予麻醉前用药的手术病人，应用平车接送。重危病人须有经（主）治医师陪送。

2）接送病人出入时应注意保护病人，防止碰伤，移动病人到手术台或平车，须锁住刹车或有人扶住车身防止滑动，搬动病人时应轻巧稳妥。

3）病人（特别是小儿）卧在手术台上等待手术或手术完毕等待送回病房时，巡回护士应在旁照顾，防止坠床摔伤。

4）手术完毕，病人由经（主）管麻醉医师及手术医师护送回病房，护送途中注意保暖及输液通畅情况。

5）手术室经常检查平车、担架有无损坏，防止接送时摔伤病人。

（3）检查、治疗及转科病人运送 1）住院病人在院内做各种检查或治疗时，护士应正确评估病人的病情及活动自理能力，选择安全的运送方式。一般情况下通知工人护送，病情不稳定或重危病人须由医生或护士陪送。一级护理病人、病情危重或行走困难者，应用平车或轮椅运送。

2）转科病人，由转出科室责任护士和工人携带全部病案陪送病人前往转入科室。

3）护送病人接受外院的检查和治疗时，一律用医院派车运送，必要时由医务人员陪同，并备好急救药品及氧气。

护理业务技术管理制度 1、护理文书管理制度 （1）书写要求： 依据《病历书写规范》，护理记录的书写必须遵循以下基本规则和要求： 1） 护理记录的书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

2） 护理记录书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写或无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

3） 护理记录书写应当文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。书写过程中出现错字时，应当划双线在错字上（并签名），不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字。

4） 护理记录应当按照规定的格式和内容书写，并由相应的护士签名。实习期或试用期护士书写的护理记录，由持有护士执业资格证并注册的护士审阅并签名。

5） 进修护士由护理部根据其胜任本专业工作的实际情况做出认定后方可书写护理记录。进修护士书写的护理记录必须由本院执业护士修改并签名。

（2）管理要求： 1）护理部建立护理记录质量控制标准，危重病人护理记录随时检查，保证记录真实。

2）重视护理记录书写过程质量控制，护理记录重点是专科观察（疾病变化、治疗效果、用药效果）和护理行为（护理操作、安全措施等）。

3）住院病历是解决医疗事故争议的重要证据，每个护士要重视自己的法律权利，做好住院病历的管理。病历车加锁，注意防止偷窃、抢夺病历资料。

4）病历保管方面在解决争议过程中负有举证的责任。严格病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

① 住院病历：一般由医院管理，病人有权复印其中客观部分的资料，主观部分的资料在发生争议时，共同封存。

② 门诊病历：在医疗机构建成有病历档案的门诊病人，由医疗机构保管，未建有病历档案的，由病人自己保管。

5）健全相关资料的保存制度，病人和家属知情和选择的证明材料，护理差错、意外的报告材料。

6）护理资料的复印：可复印体温单、一般病人护理记录单、危重病人护理记录单、手术护理记录单，不可复印病人入院评估单、医嘱治疗执行单、交班本等。

7）护理记录必须按照《医疗机构病历管理规定》的要求严格管理，保持其准确性、完整性、真实性，纳入病案资料一并保存。

8）治疗执行单各病区要妥善保管，严格执行 谁执行谁签名 的规定，各种执行单保管时间为一年，按照时间顺序放置，以利于查询。

9）各护理单元可根据专科特点，提出修改护理文件书写格式的要求，经过医院护理部同意后，方可在临床使用。

2、护理新技术新业务准入制度 1）医院护理新业务的开展、新技术的应用之前，应报医院批准，并经专科护理管理委员会和院内外专家鉴定准入。

2）在开展护理新技术、新业务时，专科应制定完善的操作规程及护理常规，操作规程及常规应依据有效的操作规程及常规为基础。

3）将护理新技术，新业务的操作规程及护理常规以书面形式报护理部及相关领导审批，同时制定相关培训内容、方式及效果，有完整的培训记录。

4）做好新业务、新技术应用效果评价，效果评价中应有科学数据作为支持依据外。

5）应对护士作相关的培训，培训后由科室考核小组进行考核，并有培训、考核的记录。

6）建立新业务、新技术资料情报档案。

7）护理部应建立新上岗人员、特殊护理技术岗位人员、外来短期工作护理人员的技术准入管理与人员执业许可的准入管理规定。

3、输血、输液反应的处理报告制度 (1)输液反应的处理报告制度 当输液病人可疑或发生输液反应时，及时报告当值医师，积极配合对症治疗，如寒战者给予保暖、高热者给予冰敷，必要时吸氧，并按医嘱予药物处理，同时做好下列工作： 1）立即停止输液，启用新的输液器，改用静脉滴注生理盐水维持静脉通路，并通知值班医生。

2）配合值班医师，对症治疗、抢救。

3）留取标本及抽血培养。

4）检查液体质量，输液瓶是否有裂缝，瓶盖是否有松脱；记下药液、输液器、头皮针及使用的注射器的名称、剂量、厂家、批号，用消毒巾、胶袋，把输液瓶（袋）连滴管、针头包好，放冰箱保存，与药剂科或检验科联系，药品待药剂科转交相关部门抽样检查，输液器等用具应由检验科细菌实验室做相关的细菌学检验。

5）上述各项均应填写输液反应报告表，上报护理部，感染管理科，医务部，并做好护理记录及交班工作。

6）准确记录病情变化及处理措施。

(2)输血反应的报告处理制度 输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理： 1）减慢或停止输血，用新的输液管静脉注射生理盐水维持静脉通道。

2）立即通知值班医师和输血科值班人员，报告医务处、护理部，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

3）疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，启用新的滴管滴注静脉注射生理盐水维持静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查： ① 核对用血申清单、血袋标签、交叉配血试验记录。

② 尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白，如怀疑细菌污染，除上述处理外，应做血液细菌培养。

③ 将血袋连输血管、针头包好送血库做细菌学检验。

④ 准确做好护理记录。

4、 压疮处理报告制度 1）各科设压疮情况登记本，凡有压疮发生须及时登记，并及时查找原因，制定护理措施。

2）院内发生或发现院外带入压疮（III&deg;），须报告科护士长，并在24 h内口头报告护理部；其他院外带入压疮（I&deg;、II&deg;），需于72 h内填写压疮报告表上报护理部。

3）填写压疮报告表：需描述压疮的部位、大小、深浅、分度、院外发生还是院内发生；制定相应的护理措施，科护士长填写检查意见，并于72 h内上报护理部。

1）对院内或院外发生的压疮，均要及时在 住院病人压疮评估与防治记录单 上记录。

2）护理部负责到科室核查并记录。如科室隐瞒不报，一经发现按护理相关规定处理。

3）对有可能发生压疮的高危病人，科室填写皮肤情况跟踪表，积极采取预防措施，密切观察皮肤变化，及时准确记录。

4）病人转科时，皮肤情况跟踪表交由转入科室继续填写。

5）病人出院或死亡后，将此表及时归入病历保存及上交护理部。

6）难免压疮，实行三级报告制度。

①申报条件：以强迫体位如骨盆骨折、高位截瘫、生命体征不稳定、心力衰竭等病情严重、医嘱严格限制翻身为基本条件，并存在大小便失禁、高度水肿、极度消瘦3项中的1项或几项可申报难免压疮。

②申报程序：科室护士长根据申报条件向护理部书面报告难免压疮病例，护理部和医院压疮防治指导小组成员到病区核实，批准后登记在册。

③跟踪处理：对批准的病例由指导小组组织院内护理会诊，制定预防措施，护士长根据病人具体情况组织实施。指导小组每周l-2次查房听取护土长汇报，对护理措施及其效果进行评估，及时纠正、调整预防措施。

病房管理制度 1、探视、陪伴制度 （1）为了建立良好的休息环境，减轻病人的负担，应适当减少陪护率，病人陪护由病人的病情决定，便于家属随时了解病情和医务人员的沟通。

（2）陪护者必须遵守法律法规、医院及病区的规章制度，听从医护人员的指导，配合医务人员帮助病人早日康复，不谈论有碍病员健康和治疗的事宜；陪护者不得擅自翻阅病历和其他医疗记录；不得私自将病人带出院外，离开医院要办理书面的请假手续；陪护人员在陪护期间，不得无故擅自离开。

（3）为了保持病房整洁安静，减少交叉感染，陪护者不要使用病员的用具和不吃病员食品，不在病床上坐卧；不在病房吸烟；爱护公物，节约水电。

（4）探视者要按病区规定的时间探病，学龄前儿童不宜带入病房。对传染病病人的探视和陪护必须严格控制。

（5）危重病人的家属可持病危通知单随时探视，如病情不宜探视者，医护人员须做好解释工作。

（6）凡探视、陪护人员损坏、丢失医院物品，应负责赔偿。

2、病房安全制度 （1）病人安全教育 1）评估病人安全危险因素，向病人、家属、陪伴人员做好安全教育工作。

2）儿童、老年病人、意识障碍和需要卧床休息的病人，应设提示牌，加护栏等，落实床边安全护理措施，并向病人做好解释，防坠床，跌倒等意外事件发生。向病人解释呼叫器的使用，保持呼叫器的完好，护士随叫随到。

3）落实病人请假外出制度，并做好解释。

4）告知病人不要使用热水袋，如确定必须使用，使用时应告知护士，严格执行操作规程，并向家属做好解释工作，交代注意事项。对使用热水袋的病人要经常观察、加强巡视，防止烫伤，作好书面记录及床边交班。

（2）环境安全制度 1）病区物品固定放置，不影响病人行走，保证病人的行动安全；病房走廊要求地面保持清洁、干燥，拖地时要放防滑标志，防止病人滑倒，跌伤。

2）病人使用的物品合理放置，便于病人拿取。

3）提供足够的照明措施。

4）洗手间、浴室要有防烫防滑标志，热水器要有操作指引。

（3）防火安全制度 1）病房内一律不准吸烟，禁止使用电炉、酒精灯及点燃明火，以防失火。

2）防火通道保持通畅，有明显的标志，不堆、堵杂物。

3）消防设施应完好齐全（如灭火筒等）。

4）有火灾应急预案。

5）医护人员能熟练应用消防设施和熟知走火通道。

（4）停电安全制度 1）有停电的应急措施，病房应备应急灯或其它照明设施。

2）有停电的应急预案。

（5）氧气安全制度 1）中心氧房防燃设备完好。

2）防火标志明确。

3）氧房要上锁，做好交接工作。

4）有氧、无氧牌标志清楚。

5）对用氧病人宣教应进行注意事项宣教。

（6）防盗安全制度 1）做好陪人的管理。

2）晚上9点以后应及时清理病房探视人员，并劝导其按时离开病区。

3）做好宣教，病人贵重物品劝其不要放在病房，做好个人物品上锁保管及防盗措施。

4）加强巡视，如发现可疑人员，及时报告保卫处。

5）空病房要及时上锁。

3、导管滑脱登记报告制度 （1）护理人员应本着预防为主的原则，认真评估患者是否存在导管滑脱危险因素。

（2）如存在上述危险因素，要及时制定防范计划与措施，并做好交接班。

（3）对患者及家属及时进行宣教，使其充分了解预防导管滑脱的重要意义。

（4）加强巡视，随时了解患者情况并记好护理记录，对存在导管滑脱危险因素的患者，根据情况安排家属陪伴（监护室除外）。

（5）护士要熟练掌握导管滑脱的紧急处理预案，当发生患者导管滑脱时要本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施避免或减轻对患者身体健康的损害或将损害降至最低。

（6）当事人要立即向病区护士长汇报（晚上向总值班汇报），病区护士长接报后填写导管滑脱登记表，及时将发生的经过、患者状况及后果口头向护理部汇报，24-48小时内将书面报告上交护理部。

（7）相关病区护士长要组织护理人员认真讨论，提高认识，不断改进工作。

（8）发生导管滑脱的病区或个人，有意隐瞒不报，一经发现将严肃处理。

（9）护理部定期组织有关人员进行分析，制定防范措施，不断完善护理管理制度。

4、护理投诉处理制度 （1）凡是医疗护理工作中，因服务态度、服务质量及自身原因或技术而发生的护理工作缺陷，引起的病人或家属不满，并以书面或口头方式反映到护理部或有关部门转回护理部的意见，均为护理投诉。

（2）护理部设专人接待护理投诉，认真倾听投诉者意见，使病人有机会陈诉自己的观点，耐心安抚投诉者，并做好投诉记录。

（3）接待投诉人员要做到耐心细致，认真做好解释说明工作，避免引发新的冲突。

（4）护理部设有护理投诉专项记录本，记录投诉事件的发生原因、分析和处理经过及整改措施。

（5）护理部接到护理投诉后，及时反馈，并调查核实，告之有关部门的护士长。科内应认真分析事发原因，总结经验，接受教训，提出整改措施。

（6）投诉经核实后，护理部可根据事件情节严重程度，给予当事人相应的处理。

（7）护理部每月在全院护士长会上总结、分析、并制定相应措施。

5、一日清单管理制度 （1）执行落实 住院费用一日清单 制度，医院必须每天向住院病人提供 住院费用一日清单 。

（2）确保 清单 准确，合理安排 清单 打印时间。

（3）护理人员对病人提出的费用疑问，应通过费用明细查询后给与解答。

（4）转科病人的费用一日清单，应由转入科室提供。

（5）阶段结算、出院病人的费用明细清单，在费用结算后由出入院收费处提供。

6、病房抢救室工作制度 （1）一切抢救药品、物品、器械、敷料均须放在指定位置，并有明显标记，不准任意挪用或外借，所有抢救设施处于应急状态。

（2）药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

（3）急救车内的急救物品、器材每日检查一次，班班交接，并记录签名，做到帐物相符。

（4）无菌物品须注明灭菌日期及有效期。

（5）参加抢救人员必须明确分工，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度和各种疾病的抢救规程。医生未到之前，护理人员应根据紧急需要，采取必要的急救措施。

（6）严格执行医嘱，医生下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，抢救结束后，提示医生立即据实补记医嘱。

（7）及时与病人家属及单位联系。

（8）严密观察病情变化，及时、正确记录病情变化、抢救经过、各种用药等，因抢救末能及时书写病历的，有关人员应当在抢救后6小时内如实补记，并加以说明。

（9）抢救完毕除做好抢救记录和物品清理消毒外，并须做好抢救小结，以便总结经验，改进工作。

（10）急救物品、药品的准备要适用于专科急救。

（11）所有急救器械专人保管，定期保养，保持性能良好。

7、护理物品、药品、器材管理制度 （1）一般物品管理制度 1）护士长或由护士长指定专人全面负责病区药品、物品、器械的领取、保管及使用，并建立帐目，分类保管，定期检查，做到帐物相符。

2）管理人员要掌握各类物品的领取、使用时间，做到定期清点、保养维修，提高使用率。

3）凡因不负责任，违反操作规程、损坏、丢失各类物品，应根据医院赔偿制度进行处理。

4）借出物品，必须履行登记手续，借物人要签名，贵重物品须经护士长同意方可借出，抢救器材一般不外借。

5）护士长工作调动，必须办理移交手续，交接双方共同清点并签字。

（2）被服管理制度 1）各病区根据床位确定被服基数与机动数，定期清点，如基数不符或遗失，须立即追查原因。

2）病人入院时，值班护士应介绍被服管理制度，以取得病人的配合。

3）病人出院时，值班护士应将被服清点、收回。

4）脏衣、被服放于指定地点，由洗衣部人员收洗。

5）病区的被服，私人不得借用。

（3）病区药品管理 1）各病房药柜的药品，根据临床病种和需要，经专业主任审核，报药剂科和主管院长审批设置一定数量的基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅自取用。不得使用过期、变质的药品。

2）药柜内口服药应使用统一药瓶，药瓶内不能混放不同规格、颜色的药片，瓶签清洁、规范，有中英药名、剂量。

3）及时清退病人未使用完的针剂等余药，贵重药物专人专用。

4）麻醉药品、第一类精神药品严格按照《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》进行管理，做到专人、专册、专柜、专锁、专处方。

① 各病区、手术室存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备必要的防盗设施。储存各环节应专人负责，明确责任，交接班有记录。专柜专锁，班班交接，做到帐数相符。

② 患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴数量。

③ 各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时应收回空安瓿，核对批号和数量，并作记录。由专人负责计数记录。

④ 发现下列情况，应当立即向病区护长、护理部、药剂科（晚上及节假日向夜总值班汇报）及药品监督管理部门报告：发生麻醉药品、第一类精神药品丢失 或者被盗、被抢的；发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品。

5）根据药品种类、性质、针剂、内服、外用 、剧毒、有明显标志，并分别放置，专人管理。药柜每周整理一次，包括清洁卫生、清点药品数量、检查药品质量，发现过期药品及变质药品，及时清理。发现药瓶标签与药品不符，标签模糊或经涂改者，不得使用。同类针剂但不同批号不得混放。

6）凡抢救药品，必须定放在抢救车上或设专用抽屉加锁存放，并保持一定基数，编号排列，定位存放，每次用完及时补充，每日检查，保证随时应用。

（4）护理贵重设备、仪器保管使用制度 1）设备仪器应执行 四定 制度，即额定数量、定位放置、定人负责、定期检查。必须每班交接班者，要认真交接班，并设本登记。

2）设备仪器由病区护长指定专人负责保管，每周负责检查仪器设备的性能、数量、定点位置、使用维修、清洁消毒等情况，并记录在册。

3）各科应建立资料档案，内容包括：原始的使用说明书及有关资料；原始操作方法的依据；操作程序；记录使用重要仪器情况；记录维修维护情况。

4）使用者必须了解仪器的性能，严格按操作程序进行操作。不熟悉机器性能者，不许随便操纵仪器。如需对护士、实习生培训等，须经护士长同意，并在主管护士、带教老师指导下方可使用。

5）重要仪器设备做到班班清点，保持清洁、干燥、性能良好，需要维修的仪器有标识并及时送修，且须交接班，准备替代品。

护理人员毕业后继续教育管理制度 1、 岗前培训制度 （1） 新入职护士办理报到手续后，按规定参加护理部及相关管理部门组织的岗前培训。

（2） 培训内容主要包括： 1） 工作环境介绍 ① 医院文化、医院发展史及概况、医院环境：外环境（地理、人文、交通等）、内环境（科室布局、门急诊、住院部、办公区、生活区等）。

② 医院组织体系：组织机构、规模层次、医院护理管理体系、护理队伍概况等。

③ 医院制度：医院管理制度、临床工作安排及要求、护理工作核心制度、护士准入制度、临床护理工作常规及制度、护理安全、合同护士管理条例及各级护理人员职责等。

2） 工作态度培训：学习医德规范、优质服务规范、医护工作准则、护患沟通技巧、有关制度及要求等。积极参加护理部组织的系列培训。

3） 护士素质培训：仪表、仪容、举止、行为、语言、护士工作服务理念、应急抢救技巧、科学慎独、协作配合、护理安全意识、法律意识（包括护士条例、劳动保护、医疗事故处理条例、医院感染等法律法规的相关内容）等培训。

3）培训结束后要进行考核，合格者才能留院工作和学习。末按要求完成岗前培训者不 可入科学习和工作。

2、 护士分层级培训制度 根据护士的工作岗位、工作年限、学历水平、技术职称等综合工作能力，将我院护理人员分为五级即N0、N1、N2、N3、N4，具体分级如下： N0级护士

一、任职资格 1.基本要求 护理专业中专及以上学历 ，工作1年内或取得护士执业证但不能单独值班者。

2.素质和能力要求： （1）具备良好的个人素养和高尚的职业道德及团队合作精神；具有较强的事业心和责任感 （2）熟练护理专业知识、操作技术及相关知识及常用急救技术；熟悉法律法规。

（3）能够完成基础护理；有观察病情和治疗处置能力；在上级护士指导下能够直接分管患者。

（4）良好的沟通协调能力，良好的文字表达能力。

二、工作职责 1.认真执行各项规章制度、岗位职责和护理技术操作，落实患者安全目标。

2.落实责任制整体护理，根据分级护理要求为患者提供全程、全面、专业化的护理服务。

3.密切观察患者病情变化，发现异常情况及时报告并处理。

4.与患者及家属进行有效沟通，开展健康教育、心理护理和康复指导。

5.在上级护士的指导下完成所分管患者的各项治疗，协助医生进行诊疗工作，负责采集各种检验标本。

6.按要求书写各项护理文书。

7.按要求完成规范化培训与考核。

8.按照医院感染管理要求落实医院感染的预防与控制工作。

三、工作质量标准 1.在上级护士的指导下及时、准确完成分管患者的各项治疗和护理工作，保障患者安全。

2.规范落实护理常规、工作流程、核心制度、工作规范。

3.及时、准确观察患者病情变化，掌握分管患者 九知道 。

4.护理文件书写符合要求。

5.有效落实患者健康教育，健康教育覆盖率达100%。

6.护理服务满足患者需求，无护理投诉。

N1级护士 一、任职资格 1.基本要求护理专业中专及以上学历，取得护士执业证且护理工作1年以上。

2.素质和能力要求： （1）具备良好的个人素养和高尚的职业道德及团队合作精神；具有较强的事业心和责任感 （2）熟练护理专业知识、操作技术及相关知识；熟悉相关人文学科知识及法律法规。

（3）胜任常规护理工作，熟悉专科护理操作，有病情观察、治疗处置的能力；能在上级护士的指导下完成危重患者护理。

（4）具备良好的沟通协调能力；具备良好的语言、文字表达能力。

（5）具备带教低层级护士及护生的能力（无带教资质者除外）。

二、工作职责 1.严格执行各项规章制度、岗位职责和护理技术操作规程，落实患者安全目标。

2.运用护理程序实施责任制整体护理，按照分级护理要求为患者提供全程、全面、连续、专业化的护理服务,在上级护士的指导下护理危重患者。

3.完成所分管患者的各项治疗及护理工作，协助医生进行诊疗工作。

4.按照医院感染管理要求落实医院感染的预防与控制工作。

5.完成各项护理文书书写。

6.指导下级护士进行临床护理实践，并参与临床带教工作。

7.按要求完成岗位培训与考核。

三、工作质量标准 1.及时、准确执行各项治疗和护理，责任制整体护理落实到位，各项护理质量达标。

2.分级护理落实到位，掌握分管患者 九知道 。

3.巡视病房、观察病情、汇报医生、抢救处置 四及时 ，保障患者安全。

4.护理文书书写符合要求。

5.护理技术操作规范、熟练、准确，常用设备操作熟练。

6.健康教育有针对性，健康教育覆盖率达100%。

7.按要求完成岗位培训、护理教学工作。

四、晋阶标准 （1）按时完成本能级培训内容，考核合格。

（2）履行本级工作职责，工作质量符合标准。

（3）本能级期间无严重护理缺陷及严重不良事件。

（4）本能级内若年出勤率≧85%。

五、退阶标准 任期内无法胜任本能级工作职责，工作质量不符合标准，或有下列两项及以上者，退回下一能级。

（1）发生护理不良事件隐瞒不报ge;2次者。

（2）发生I级护理不良事件，给医院造成不良影响者。

（3）有严重违纪违规行为者。

（4）病人投诉经调查属实ge;2次者。

（5）本能级内若年出勤率《85%顺延1年。

（6）市级及以上各种形式的检查中被点名批评者及考核不合格者。

（7）任期内院内各项考核不合格ge;3次者。

（8）未按要求完成继续教育学分者。

N2级护士 一、任职资格 1.基本要求 护理中专及以上学历，护理工作ge;4年，护师及以上。

2.素质和能力要求： （1）具备良好的个人素养和高尚的职业道德及团队合作精神；具有较强的事业心和责任感； （2）熟练掌握护理专业知识、操作技术及相关知识；熟悉患者安全目标及相应的防范措施；了解国内本专业护理发展动态；熟悉相关人文学科知识及法律法规。

（3）熟练掌握本专业各类危重患者护理，有一定发现问题、解决问题的能力。

（4）具备良好的沟通协调能力；具备良好的语言、文字表达能力。

（5）一定的教学能力及护理科研能力。

二、工作职责 1.严格执行各项规章制度、岗位职责和护理操作规程，落实患者安全目标。

2.运用护理程序实施责任制整体护理，按照分级护理要求为患者提供全程、全面、连续、专业化的护理服务,能独立护理危重患者。

3.完成所分管患者的各项治疗及护理工作，协助医生进行诊疗工作。

4.按照医院感染管理要求落实医院感染的预防与控制工作。

5.完成各项护理文书书写。

6.协助护士长进行病房管理。

7.指导下级护士进行临床护理实践，并参与临床带教工作。

8.按要求完成岗位培训与考核。

9.参与护理科研、新技术、新业务，积极撰写护理论文。

三、工作质量标准 1.责任制整体护理落实到位，及时、准确执行各项治疗和护理，各项护理质量达标。

2.分级护理落实到位，掌握分管患者 九知道 。

3.巡视病房、观察病情、汇报医生、抢救处置 四及时 ，保障患者安全。

4.护理文书书写符合要求。

5.各种技术操作规范、熟练、准确，常用及专科护理设备操作熟练。

6.健康教育有针对性，健康教育覆盖率达100%。

7.按要求完成岗位培训、协助护理教学及护理科研。

四、晋阶标准 （1）按时完成本能级培训内容，考核合格。

（2）履行本级工作职责，工作质量符合标准。

（3）本能级期间无严重护理缺陷及严重不良事件。

（4）本能级内若年出勤率≧85%。

五、退阶标准 任期内无法胜任本能级工作职责，工作质量不符合标准，达到下列情况两项者，退回下一能级 （1）发生护理不良事件隐瞒不报ge;2次者。

（2）发生严重护理不良事件，给医院造成不良影响者。

（3）有严重违纪违规行为者。

（4）病人投诉经调查属实ge;2次者。

（4）本能级内若年出勤率《85%顺延1年。

（5）市级及以上各种形式的检查中被点名批评者及考核不合格者。

（6）任期内院内各项考核不合格有ge;3次者。

（7）未按要求完成继续教育学分者。

N3级护士 一、任职资格 1.基本要求 护理中专及以上学历，护理工作ge;8年，主管护师及以上或省级专科护士并履行职责1年。

2.素质和能力要求： （1）具备良好的个人素养和高尚的职业道德及团队合作精神；具有较强的事业心和责任感；为人正直，积极进取，开拓创新；热爱教学工作，有较强的教学意识；身心健康。

（2）熟练掌握护理专业知识、操作技术及相关知识，能处理专科疑难复杂护理问题；系统掌握整体护理程序，实施护理计划；及时跟踪并掌握国内外专科新理论、新技术，并接受相应专业领域的继续教育；有一定的外语基础。

（3）熟练掌握本专业各种护理技术，独立完成疑难病症的护理工作。

（4）解决本专科疑难护理问题，具有指导临床护士有效开展基础护理、专科护理的能力。

（5）良好的沟通协调能力；良好的语言、文字表达能力及教学能力。

（6）较强的护理科研能力。

（7）熟练使用常用计算机软件和网络应用能力。

（8）一定的组织管理能力，参加病房护理质控。

二、工作职责 1.认真执行各项规章制度、岗位职责和护理技术操作规程，落实患者安全目标。

2.履行责任护士的岗位责任，熟练掌握基础护理、专科护理技能,熟练运用护理程序独立准确评估、判断和处理本专业护理问题。

3.全面落实临床护士工作职责，保证分级护理工作落实到位。

4.主持科内护理查房、危重症及疑难病例讨论，参与护理会诊，提升护理业务水平。

5.熟练掌握抢救的各类技能操作，在突发事件及危重症患者救治中发挥重要作用。

6.能教好地独立承担临床教学工作，承担专科护士、进修护士及实习护士的临床带教工作。

7.承担或参与院级以上科研课题，开展或参与新技术、新业务，撰写护理论文。

8.参与相应专科护理小组的工作，提升专科护理水平。

9.参与护理质量管理工作。

三、工作质量标准 1.责任制整体护理落实到位，各项护理质量达标。

2.本专科危重患者、疑难病例护理问题处理及时、有效。

3.胜任下级护理人员的临床带教工作，教学质量高、效果好，教学满意度ge;90%。

4.完成护理人员岗位培训，按要求承担并完成护理科研计划。

四、晋阶标准 （1）按时完成本能级培训内容，考核合格。

（2）履行本级工作职责，工作质量符合标准。

（3）本能级期间发生I级护理不良事件。

（4）本能级内若年出勤率≧85%。

五、退阶标准 任期内无法胜任本能级工作职责，工作质量不符合标准，达到下列情况两项及以上者，退回下一能级； （1）发生护理不良事件隐瞒不报ge;2次者。

（2）发生I级护理不良事件，给医院造成不良影响者。

（3）发生严重违纪违规行为者。

（4）病人投诉经调查属实ge;2次。

（5）本能级内若年出勤率《85%顺延1年。

（6）市级及以上各种形式的检查中被点名批评者及考核不合格者。

（7）任期内院内各项考核不合格ge;3次者。

（8）未按要求完成继续教育学分者。

（8）所负责病人的专科护理质量不达标ge;3次。

（9）本能级内未主持科内及以上护理查房、危重或疑难病历讨论1次者。

（10）任期内无院级及以上护理新技术或无创新服务。

（11）任期内无护理论文发表或无学术会议论文交流者。

（12）不满意带教老师票数≧5/次者。

N4级护士 一、任职资格 1.基本要求 护理中专及以上学历，副主任护师及以上，省级专科护士并履行职责ge;5年。

2.素质和能力要求 （1）具备良好的个人素养和高尚的职业道德及团队合作精神；具有较强的事业心和责任感；为人正直，积极进取，开拓创新；热爱教学工作，有较强的教学意识；身心健康。

（2）掌握护理专业知识及操作技术，能独立处理疑难专科护理问题；掌握国内外本专业护理发展趋势；经过护理师资培训及质量管理培训，掌握护理教育相关知识及质控管理相关知识；熟悉相关人文学科知识；熟练运用一门外语获取学科信息和进行学术交流。

（3）具备较强的组织管理、计划、执行能力及创新能力。

（4）良好的沟通协调及解决疑难问题的能力。

（5）良好的语言、文字表达能力及教学能力，能胜任本专科的理论授课，规范组织护理查房，能够承担对各层级护理人员的指导任务。

（6）熟练使用常用计算机软件，有较强的科研能力及成果应用能力。

二、工作职责 1.认真执行各项规章制度、岗位职责和护理技术操作规程，落实患者安全目标。

2.分管病房疑难、危重患者或新开展手术、大手术患者，实施责任制整体护理工作。

3.指导下级护理人员进行临床护理实践，开展护理查房、会诊和疑难病例讨论。

4.协助护士长制定本专科护理工作指引，完善专科护理工作标准、护理质量评价标准等。

5.发挥助手和参谋作用，发现问题及时向护士长汇报，提出改进意见。

6.及时了解学科发展动态，向护士长提供信息资料和管理建议。

7.协助制定本科室分层次教学计划，组织并参加具体教学活动。

8.协助护士长组织本科室护理人员的培训及考核，承担教学任务，审核继续教育学分。

9.承担或参与市级以上科研课题，指导护理人员开展护理科研及撰写护理论文。

10.协助护士长做好病房管理，参与科室护理质控管理，护士长不在时代理护士长工作。

三、工作质量标准 1.贯彻执行科室各项指令任务及时、有效。

2.会诊院内外危重、疑难病例指导意见正确。

3.各层级教学计划健全，有落实措施，教学质量达标，教学满意度ge;90%。

4.按要求完成护理人员岗位培训及护理科研计划。

5.按要求开展护理质量控制及反馈整改。

四、退阶标准 本能级如无法胜任本能级工作职责，工作质量不符合标准，达到下列情况两项及以上者，退回下一能级 （1）发生护理不良事件隐瞒不报ge;2次者。

（2）发生I级护理不良事件，给医院造成不良影响者。

（3）发生严重违纪违规行为者。

（4）病人投诉经调查属实ge;2次。

（5）本能级内若年出勤率《85%顺延1年。

（6）市级及以上各种形式的检查中被点名批评者及考核不合格者。

（7）任期内院内各项考核不合格ge;3次者。

（8）未按要求完成继续教育学分者。

（9）所负责病人的专科护理质量不达标ge;3次。

（10）任期内未开展大科及以上学术讲座、护理疑难病例讨论、护理查房或护理会诊。

（11）任期内未开展院级及以上护理新技术或护理科研新项目或无创新服务者。

（12）任期内未发表统计源期刊护理论文者。

（13）任期内主持护理QC质量改进措施不少于1项。

3、护士毕业后院内轮训制度 （1）对象：毕业后二年的护士 （2）培训重点 1）基础理论及基础护理操作：按计划参加护理部组织的基础理论、基础护理操作培训及考核。

2）专科知识、专科技能：参加轮科科室组织的专科理论及操作培训；参加轮科科室组织的护理查房和业务学习；参与重危病人护理会诊和护理个案讨论，按要求完成病情观察及护理记录。

3）应急处理与抢救能力：参与急、危、重病人抢救配合，掌握保养、使用各种急救器材及药品。

4）参与临床教学工作：协助高级责任护士指导实习护士、助理护士完成相应的护理工作。

5）学习健康教育的技巧：在高级责任护士的指导下，学习健康教育的原则和方法，充实教育内容，提高教育能力。

（3）要求 1）一年临床值夜班80次以上。

2）按时完成护士规范化培训计划：完成本职称范围继续教育；完成院内在职培训。

3）每季度书写一篇培训心得，内容包括对自己工作的评价、工作、生活中的体会、建议、自我发展的愿望、对带教的要求及理论、操作方面的问题等。

4）轮科期间完成个案护理一篇，培训结束前完成一篇论文或综述。

4、 护理人员继续教育制度 （1）对象：继续护理学教育的对象是毕业后通过规范或非规范化的专业培训，具有护师及护师以上专业技术职务的正在从事护理专业技术工作的护理技术人员。

（2）内容 1）继续护理学教育是继毕业后规范化专业培训之后，以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终生性护理学教育。

2）参加继续护理学教育，既是护理技术人员享有的权利，也是应尽的义务。

3）参加继续护理学教育活动（学术会议、学术讲座、专题讨论会、专题讲习班、疑难病历护理讨论会、技术操作示教、短期或长期培训等），为同行授课、学术报告、发表论文和出版著作等，均视为参加继续护理学教育。

4）继续护理学教育以短期和业余学习为主。自学是继续护理学教育的重要形式，参加的学习应坚持所学内容对口，符合本科室业务发展需要。

5）护理人员继续教育管理由护理部负责。护理部与各科室共同制定护理人员的学习、培训、进修计划。参加继续教育须提前提出个人书面申请，经科室签署意见后递交护理部审批。

6）由护理部负责对护理人员继续护理学教育情况进行登记、审核，登记的内容包括：项目名称、编号、日期、内容、形式、认可部门、学分数、考核结果、签章等。登记证由省继续医学教育委员会印制和发放，由本人保存。

7）护理技术人员须按规定取得每年接受继续护理学教育的最低学分数，才能作为再次注册、聘任及晋升高级专业技术职务的条件之一。护理技术人员每年最低学分数为25学分，其中I类学分须达到5学分，II类学分达到20学分。

5、护理人员外出培训进修制度 （1）针对各学科的特点和学科发展的需要，不定期选送表现优秀、有进取心的护理人员，去省外、院外的相关科室进修，学习先进经验，熟练掌握先进仪器、设备的使用等，培养专科和技术骨干。

（2）医院为不同技术职称的护士提供外出学习的机会，鼓励护士外出参观学习及参加各种形式的学术交流，并做到学习前有任务交代，学习结束两周后将学习心得上交护理部，并汇报讲课或推广运用总结报告。且外出学习获得的资料属于公共财务，应上交护理部，供护理人员共享。

（3）医院支持护士参加全脱产学习班，获取本科或研究生的学历。

（4）聘用护士外出参加业务活动视为院内正式人员看待。

（5）护士长应对本病区外出学习人员统筹安排，必须保证正常的护理工作不受影响。

（6）护士长外出学习，提出外出期间病区护理工作负责人选，报护理部审核。

（7）各专科选送护长或护士外出学习、进修时，护长或护士须向其上级申报。对于参加学习需占用工作时间者，参照医院有关规定执行。

6、 护士业务学习制度 1）全院性业务学习要实行签到制度。

（2）临床科室的业务学习，每月不少于2次，学习时间根据各科室具体情况安排，护理部定期检查。

（3）科室设立业务学习登记本，每次的业务学习包括学习时间、内容、地点、主讲人、参加人员等均应做好记录，并定期检查个人学习笔记。

（4）各科成立考核小组，制定严格考核办法，对护士的业务知识、操作技能等进行阶段评价及年终考核。

（5）护士业务学习应尽可能选择在正常工作时间内进行，避免占用护士的休息时间。

（三）临床科室护理管理 1、普通病区 管理要求 1）人员的管理 ①工作人员仪表端庄．服装整洁大方。

②严格岗位责任制，各班工作有标准、按要求进行检查，按质量标准严格考核。

③建立良好的护患关系，做好病人和陪人的卫生宣教和思想管理工作。

④按照各级护理人员职责要求，熟练掌握各项护理技术及操作规程。

⑤要求护士熟悉专科疾病诊疗原则及护理常规。

⑥严格执行各项规章制度，防止差错事故及院内感染发生。

2）环境管理 ① 清洁： a.清洁卫生制度落实，定期进行检查考核，达到五无（无痰迹、无蜘蛛网、卫生间及大小便器无臭味和尿垢、室内无死角、地面干燥无积水、地板和玻璃现本色） b.病人身体、床单位整洁。

c.有防滑指示牌。

d.工作人员遵循手卫生规范要求。

② 整齐： a.做到陈设布置统一，物品放置定位、病床相距均等，床脚、桌、椅排成一直线 b..物品放置按病人需求及使用方便放置，床头柜面放水杯、药杯、及常需使用物品， 床头、床下、窗台不放杂物，床铺保持整洁。

d.室内不得留污便器。

e.管道、器械、导线放置有序。

③ 安静： a.采取一切措施避免一切噪音，工作人员做到 四轻 （走路轻、说话轻、开关门窗轻、操作轻），椅脚垫橡皮垫，车的轮轴定时注润滑油，护士穿软底鞋。

b.对病人及探视人员做好宜传，禁止在室内大声喧哗、吸烟、开收音机要佩戴耳机，执行探视制度，督促探视者按时离院。

c.病人休息时间尽量减少治疗、处置、以保证病人休息。

④ 舒适： a.有良好的护患关系，护理人员语言文明．待人有礼，服务周到，做到四心（细心、耐心、爱心、责任心），设法解除病人疾苦，尽量满足病人合理要求，做好病人心理、生活、饮食护理。

b.护理质量高、技术好，了解病情，做到一查、二勤、三洁净： 一查：护士长每日检查病人护理及治疗效果。

二勤：勤巡视、翻身、勤换污湿被服。

三洁净：病人身上、口腔洁净，床铺洁净、用具洁净。

c.病室整洁、温馨、美观，温、湿度适宜、空气流通、光线柔和，午睡时遮挡光线，病情许可夜间采用地灯或壁灯。夜间巡视用手电筒．避免强光直接刺激病人，无特殊不开房灯，以免影响病人休息。

d.床铺整洁、平整、松软、干燥，衣服松软合体，病员单位用物充足。

e.病室色调柔和悦目，病室与走廊放置鲜花和绿色植物。

f.病人体位舒适，符合要求。

⑤ 安全： a.严格执行岗位责任制和各项规章制度、护理技术操作规程和护理常规，认真做好 三查七对 ，准确及时执行医嘱，重病送药到口、亲视服下，防止差错事故发生。

b.加强病情观察，注意病情突变，勤翻身、按摩，严防压疮发生。带入压疮者有相应的护理措施。病人皮肤高危者，有相应的皮肤高危评估。

c.预防和消除一切不安全因素：加强易燃、易爆物品管理．烟火、电器设备、氧气、剧、麻、精神药品的安全使用和管理，定期检查维修，病区有防火设施及安全通道，病房内不准吸烟及煮食。病区设有消防疏散图。

d.各种急救器械、物品药品处于常备状态，专人管理，定位放置、便于取用，定期检查，清洁、保养、维修，保待性能良好。急救仪器配有使用流程图。

e.病区有必要的安全设备，如：护栏、保护具、呼叫系统等。对老、幼、昏迷、精神异常的病人有相应的安全措施；躁动病人使用保护具，严加看护；热疗病人防止烫伤；开水应有安全设备。地面保持清洁、干燥，防止病人滑倒，有防滑标示图。

f.走廊和楼梯通道须安装扶手，便于病人行走时使用不得堆放杂物，保持道路通畅，便于抢救，疏散病人。

g.做好消毒隔离及细菌监测工作，预防院内感染。

h.执行值班交接班制度，探视陪护制度，探视期间应加强巡视，探视结束全面巡视病房，清点病人数，检查陪护卡，发现可疑者或遗失病人，立即报告有关部门。

i.医务人员有良好的医德医风，认真的工作态度，灵活的沟通技巧，精湛的医疗技术，避免产生医源性损伤。

j.向病人或家属进行防火、防盗的安全教育，不要携带贵重物品及大量现金入病房，并保管好自带物品，防止遗失，自觉遵守医院规章制度，爱护公物。设有相应的宣传资料，有完善的安全管理知识培训计划，定期组织职业安全教育培训。

2、门诊 管理要求 1)一般护理管理要求 ① 门诊护士为各科首先接触病人的工作人员，应态度和蔼、文明礼貌，耐心解答问题，尽量简化手续，有计划地安排病人就诊。

② 开诊前做好一切准备工作，检查及消毒各种器械，备齐各项诊疗用品，并按固定位置放好。

③ 安排病人候诊，根据病情于就诊前测量体温，必要时测量脉搏及呼吸，并记录于门诊病案上。按挂号先后、病人病情，合理安排就诊。复诊病人可根据需要预先借齐过去的住院病案与X线片等有关资料，以备诊疗时参考。

④ 随时观察候诊病人的病情，遇有高热、剧痛、出血、精神异常、呼吸困难、瘫痪、惊厥、发绀、心力衰竭及其他病情危重者，应安排提前诊治，护理人员应在旁陪同，必要时由医护人员陪送至急诊室处理。分诊要准确，如发现传染病病人，应立即送隔离室诊疗，并做好消毒和疫情报告。

⑤ 男女病人尽量安排分室诊疗。检查肛门、乳房、耻区（下腹部），应采取保护性遮挡。护士经常巡视诊室，必要时配合医师进行检诊。

⑥ 诊查完毕，协助医师对病人进行个别指导，如手术前后注意事项，以及检查、治疗、复诊等有关事项，遇病人对诊疗方面有意见时，护士应主动协助医师进行解释及处理。

3、急诊科 管理要求 1）注射室：肝炎、性病病人应到专科门诊，由专职人员注射。

2）治疗室： ①治疗室无菌物品与非无菌物品严格分开放置，使用无菌物品时应严格执行无菌操作原则 ②抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明时间，超过2小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过24小时不得使用。

③各种治疗注射应一人一针一管制（含皮试）；用后物品按医疗废物分类要求处置。体温计应在有效消毒液中浸泡后，冲洗甩干备用。

④治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区，下层为污染区；进入病室的治疗车、换药车应配有快速手消毒剂。

3）抢救室： ①抢救室专为抢救病员设置其他任何情况不得占用。

②一切抢救药品、物品、器械，敷料均须放在指定位置并有明显标记，不准任意挪用或外借。急救物品、药品的准备适用于专科急救。

③所有抢救设施处于应急状态。药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

④每日核对一次急救物品，班班交接，做到帐物相符。

⑤急诊抢救器材应在消毒灭菌的有效期内使用，一用一消毒或灭菌。

⑥抢救时抢救人员要按岗定位，严格执行各项规章制度和按各种疾病的抢救常规程序进行工作。

⑦每次抢救病员完毕后做好抢救记录和清理消毒工作。

4、消毒供应室 管理要求 1）室内通风采光良好。各区域的空气洁净度应符合标准,低温室必须建立独立的排风系统。

3）天花板、墙壁、地面等应光滑、耐清洗，避免异物脱落。

4）具备使用后器械回收、清洗、消毒、包装、灭菌、存储、发送全过程所需要的设备和条件，并建立相应的规章制度和工作流程。

5）四区内设备及物品各自分开管理，污染物品、清洁物品和无菌物品严格划分，在相应的区域内使用固定设施和设备进行处理。

6）清洁后物品洁净，性能良好，配套适用，并应在4小时内进行灭菌处理；所有包布、治疗巾及孔巾必须清洁、干燥、无损，做到一用一换洗。

7）待灭菌包器械齐全，捆扎不宜过紧，体积、重量不超标，包外粘贴化学指示胶带，中心部位放置化学指示卡。

8）待灭菌包标识清楚，包括名称、炉号、炉次、包装员、消毒员、灭菌日期、失效期等。

9）按照《消毒技术规范》和技术操作规程，根据物品的性质和类别选用正确的灭菌和监测方法，严格掌握灭菌程序和参数；记录资料齐全。

10）灭菌后处理： ① 已灭菌物品从灭菌器中取出应仔细检查、分类放置，以免再污染。

② 检查包装的完整性，若有破损不可作为无菌包使用。

③ 手术包应干燥．否则应列为湿包，不可作为无菌包使用。有明显水渍的包亦不可作为无菌包。启闭式容器检查筛孔是否已关闭。

④ 用化学指示胶带贴封或其中放有化学指示剂的包，在灭菌后或开包使用前应检查是否达到已灭菌的色泽或标准。未达到或有可疑者，不可作为无菌包发放至科室或使用。

⑤ 取出的包，掉落在地或误放不洁之处或被水打湿，均应视为受到污染，不可作为无菌物品使用。

⑥ 已灭菌的物品，不得与未灭菌物品混放。

⑦ 合格的灭菌物品必须挂牌标明品名、数量、并注明灭菌日期，失效日期、炉次，灭菌操作者及包装者的代码，用前必须认真检查灭菌日期及合格标志。

⑧ 每批灭菌处理完成后，应按流水号登册记录灭菌物品包的种类、数量、灭菌温度、作用时间和灭菌日期与操作者等，有温度、时间记录装置的，应将记录纸归档备查。

⑨ 运送无菌物品的工具应每日清洗和消毒并保持清洁干燥。当怀疑或发现遭受意外污染时，应立即进行清洗消毒。物品顺序摆放，并加防尘罩，以防再污染。

⑩ 合格的无菌包应放在无菌物品存放间内，该室应可关闭并经清洁消毒处理，专室专用、限制无关人员出入。一次性无菌医疗用品应拆除外包装后才可进入无菌区内存放。无菌存放区每天紫外线空气消毒二次，清洁区和污染区用消毒机空气消毒二次。

⑾ 灭菌后的物品应放在无菌区的柜橱内。柜橱或架子应由不易吸潮、表面光洁的材 成、表面再涂以不易剥蚀脱落的涂料使之易于清洁和消毒。灭菌物品应贮存在离地高于20cm，离顶50cm，离墙远于5cm处，以减少来自地面、屋顶和墙壁的污染。

⑿分类放置顺序发放取用，超过有效期应重新灭菌。

⒀下收下放应专人专车，洁、污车每次用后清洗、消毒后存放，未消毒的车不得跨区存放或使用。

11）各临床、医技科室使用后污染的可重复使用的医疗用品和器械集中装入密闭容器，送供应室集中清洁、包装，以尽量减少污染物品和器械对环境和工作人员的伤害。

12）工作过程中如被刺伤，应按职业安全防护措施处理。

13）对购进的一次性使用无菌医疗用品进行质量验收，认真检查内外包装、生产批号、无菌日期、无菌标识、产品合格证等。一次性使用无菌医疗用品应拆除外包装，方可进入无菌区存放。

14）按要求做好消毒灭菌效果监测，资料记录存档。

①每锅进行工艺监测。每天灭菌前进行B-D测试，每月一次生物测试，低温灭菌每锅进行生物监测。

②每周对各种灭菌后物品和新批号的一次性无菌物品进行无菌试验，不得检出任何微生物。

③每月对无菌物品存放区的空气、物面、手进行卫生学监测，结果符合要求，有记录。

④浸泡消毒液每次使用前进行化学监测，浓度达标。

本文档由撇呆范文网网友分享上传，更多范文请访问 撇呆文档网 https://piedai.com