|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 说明细则 | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： |
| 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 |
| 1.  护理评估 | 1.1 | 评估患者带入的压疮和术中易发生的压疮 |  |  |  |  |  |
| 1.2 | 能正常使用“手术患者术中压疮风险评估表”评估 |  |  |  |  |  |
| 1.3 | 带入的压疮应及时评估记录并采取受着保护措施 |  |  |  |  |  |
| 1.4 | 对评分≥13分易发生术中压疮患者采取妥善防范管理措施 |  |  |  |  |  |
| 1.5 | 对评分≤12分每小时评估一次，随手术进展及时评估 |  |  |  |  |  |
| 2.  术中护理 | 2.1 | 体位用具、减压用品准备正确使用合理 |  |  |  |  |  |
| 2.2 | 患者爱力点下床单位平整，无管线等异物，体位垫与皮肤之间平顺、无皱折、无皮肤挤压 |  |  |  |  |  |
| 2.3 | 保持体位稳定，肢体处于功能位，无悬空；妥善固定患者 |  |  |  |  |  |
| 2.4 | 采取相应的保暖措施，避免患者不必要裸露 |  |  |  |  |  |
| 2.5 | 有预防单位潮湿的措施，潮湿后及时采取保护措施 |  |  |  |  |  |
| 2.6 | 控制术中摇床的次数和角度，牵引患者时是有对抗阻力以减少摩擦力及剪切力 |  |  |  |  |  |
| 2.7 | 观察手术患者是否受到非正常外力（术者、器械及其他物品压到患者下肢、上肢或挤压患者其它部位等） |  |  |  |  |  |
| 2.8 | 术中体位变动时，观察患者有无移位或局部受力不当情况，身体有无与器械托盘及固定架接触等 |  |  |  |  |  |
| 2.9 | 无搬运患者不当造成局部皮肤损伤 |  |  |  |  |  |
| 3.  术后交接 | 3.1 | 术后及时检查患者局部皮肤情况 |  |  |  |  |  |
| 3.2 | 与复苏室或病房护士进行皮肤情况交接 |  |  |  |  |  |
| 3.3 | 向病房鹎交待患者皮肤情况、术中采取措施及术后关注点 |  |  |  |  |  |
| 3.4 | 压疮发生患者重点交接，立即上报护士长，并记录 |  |  |  |  |  |
| 4.  管理制度 | 4.1 | 压疮评估、预防、处理和报告制度知晓 |  |  |  |  |  |
| 4.2 | 护士知晓压疮上报流程 |  |  |  |  |  |
| 备注： 1＝完成 2＝未完成 3＝不涉及 完成率 | | | | | | | |

患者术中压疮风险控制质量核查表 检查者： 年 月

患者术中压疮风险控制质量核查表 检查者： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： | 护士： |
| 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 | 住院号：  时间 |
| 1.  护理评估 | 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.  术中护理 | 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.  术后交接 | 3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.  管理制度 | 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 完成率 | |  | | | | |  | | | | | |

手术安全核查质量控制表 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 核查内容 | | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： |
| 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： |
| 1.  患者信息确认 | 1.1 | \*患者身份（病区、床号、姓名、性别、年龄、病案号、影像学资料） | |  |  |  |  |  |
| 2.  手术患者评估 | 2.1 | 皮肤完整性、肢体活动度 | |  |  |  |  |  |
| 2.2 | 患者手术史、慢性病史、过敏史、抗菌药物皮试结果 | |  |  |  |  |  |
| 2.3 | 患者有无假体、体内植入物等 | |  |  |  |  |  |
| 3.  手术用物评估 | 3.1 | 体位用品齐全 | |  |  |  |  |  |
| 3.2 | \*手术器械齐全，灭菌合格 | |  |  |  |  |  |
| 3.3 | 手术所需一次性用物齐全，包装完整，在有效期内 | |  |  |  |  |  |
| 3.4 | 仪器设备功能良好 | |  |  |  |  |  |
| 4.  术前准备评估 | 4.1 | 患者知情同意情况 | |  |  |  |  |  |
| 4.2 | 麻醉安全检查 | |  |  |  |  |  |
| 4.3 | \*手术方式 | |  |  |  |  |  |
| 4.4 | \*手术部位 | |  |  |  |  |  |
| 4.5 | 术野皮肤准备 | |  |  |  |  |  |
| 4.6 | 静脉通道建立 | |  |  |  |  |  |
| 4.7 | 术前备血 | |  |  |  |  |  |
| 5.  三方核查执行 | 5.1 | 麻醉实施前 | 手术医生 |  |  |  |  |  |
| 麻醉医生 |  |  |  |  |  |
| \*手术室护士 |  |  |  |  |  |
| 5.2 | 手术开始前 | 手术医生 |  |  |  |  |  |
| 麻醉医生 |  |  |  |  |  |
| \*手术室护士 |  |  |  |  |  |
| 5.3 | 患者离开手术室前 | 手术医生 |  |  |  |  |  |
| 麻醉医生 |  |  |  |  |  |
| 手术室护士 |  |  |  |  |  |
| 6.手术用物清点核查 | 6.1 | \*手术开始前清点台上所有物品数量 | |  |  |  |  |  |
| 6.2 | 手术开始前后检查台上所有物品完整性 | |  |  |  |  |  |
| 6.3 | 添加补充器械、缝针及敷料等用物及时记录 | |  |  |  |  |  |
| 6.4 | \*关闭切口前清点 | |  |  |  |  |  |
| 6.5 | \*关闭切口后清点 | |  |  |  |  |  |
| 6.6 | 缝皮后清点 | |  |  |  |  |  |
| 6.7 | 体腔内填塞的纱布、引流物等敷料要有记录 | |  |  |  |  |  |
| 备注： 1＝完成 2＝部分完成 3＝未完成 4＝不涉及 出现一项\*标注视为不合格，其他项目达80%视为合格 | | | | | | | | |

手术室安全用药核查表 检查者： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 核查内容 | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： |
| 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： |
| 1.核对途径 | 1.1 | \*患者本人、腕带、病历（至少两种 |  |  |  |  |  |
| 2.核对内容 | 2.1 | \*核对病人病区、床号、姓名、住院号 |  |  |  |  |  |
| 2.2 | 药物名称、剂量、浓度、用药途径及有效期 |  |  |  |  |  |
| 3.患者评估 | 3.1 | 患者用药史、过敏史、抗菌药物皮试结果 |  |  |  |  |  |
| 4.用药观察及护理 | 4.1 | 根据病情和年龄、药物性能调整速度 |  |  |  |  |  |
| 4.2 | 观察药物有无外渗 |  |  |  |  |  |
| 4.3 | 严密观察有无不良反应 |  |  |  |  |  |
| 4.4 | 临时医嘱实时签名 |  |  |  |  |  |
| 5.预防性抗生素使用 | 5.1 | 术前抗生素切皮前20min-2h内输注完毕 |  |  |  |  |  |
| 5.2 | 手术时间超过3h’应提醒术者追加使用抗生素 |  |  |  |  |  |
| 5.3 | 手术出血大于1500ml，提醒术者追加使用抗生素 |  |  |  |  |  |
| 6.手术台上用药 | 6.1 | 巡回护士遵医嘱配制 |  |  |  |  |  |
| 6.2 | \*与麻醉医生共同核对药物名称、剂量、浓度、效期 |  |  |  |  |  |
| 6.3 | 台上药物要有明确标识 |  |  |  |  |  |
| 7.抢救用药后安瓶的处理 | 7.1 | 术后抢救药物使用后空安瓶保留在硬质容器 |  |  |  |  |  |
| 7.2 | 术后再次核对后按损伤性废弃物处理 |  |  |  |  |  |
| 完成率： | | | | | | | |
| 备注： 1＝完成 2＝部分完成 3＝未完成 4＝不涉及 出现一项\*标注视为不合格，其他项目达80%视为合格 | | | | | | | |

手术室安全用药核查表 检查者： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： |
| 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： |
| 1.核对途径 | 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.核对内容 | 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.患者评估 | 3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.用药观察及护理 | 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.预防性抗生素使用 | 5.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.手术台上用药 | 6.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.抢救用药后安瓶的处理 | 7.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 完成率： | | | | | | | 完成率： | | | | |
| 备注： 1＝完成 2＝部分完成 3＝未完成 4＝不涉及 出现一项\*标注视为不合格，其他项目达80%视为合格 | | | | | | | | | | | |

手术室安全输血核查表 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 核查内容 | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： |
| 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： |
| 1.信息核查 | 1.1 | \*与麻醉医师或手术室护士两人共同核对 |  |  |  |  |  |
| 1.2 | \*病人病区、床号、姓名、住院号 |  |  |  |  |  |
| 1.3 | \*血型、血制品条码、血量、有效期及交叉配血结果 |  |  |  |  |  |
| 1.4 | \*检查交叉配血报告单及血袋标签各项内容相符并签字 |  |  |  |  |  |
| 2.血袋检查 | 2.1 | \*检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常 |  |  |  |  |  |
| 3.输血观察与护理 | 3.1 | 输注前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡 |  |  |  |  |  |
| 3.2 | 输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道 |  |  |  |  |  |
| 3.3 | 根据病情和年龄调整输注速度 |  |  |  |  |  |
| 3.4 | 观察患者生命体征及有无过敏、发热等输血不良反应 |  |  |  |  |  |
| 3.5 | 从血库中取出的血应2小时内输注，不得自行贮血 |  |  |  |  |  |
| 4.用药观察及护理 | 4.1 | \*临时医嘱单记录执行时间，并由麻醉医生或手术室护士与巡回护士进行双签名 |  |  |  |  |  |
| 5.血袋终末处理 | 5.1 | 保存24小时后，输血科收回 |  |  |  |  |  |
| 完成率： | | | | | | | |
| 备注： 1＝完成 2＝部分完成 3＝未完成 4＝不涉及 出现一项\*标注视为不合格，其他项目达90%视为合格 | | | | | | | |

手术室安全输血核查表 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查  项目 | 编号 | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： | 日期：  护士： |
| 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： | 住院号：  科别： |
| 1.信息核查 | 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.血袋检查 | 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.输血观察与护理 | 3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.用药观察及护理 | 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.血袋终末处理 | 5.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 完成率： | | | | | | | 完成率： | | | | |
| 备注： 1＝完成 2＝部分完成 3＝未完成 4＝不涉及 出现一项\*标注视为不合格，其他项目达90%视为合格 | | | | | | | | | | | |

手术室安全输血核查表



2018年