



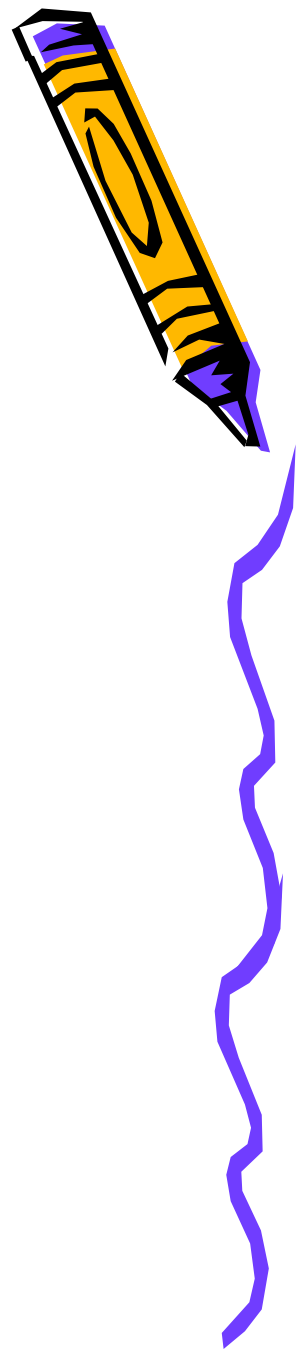
記錄書寫及臨床 審核

胡淑茹



大綱

1. 護理人員為何要紀錄？
2. 書寫原則
3. 臨床審查方式
4. 病歷評核常見缺失
5. 護理紀錄實例
6. 評鑑必看之記錄內容



護理人員為何要紀錄？



Nursing Record 護理記錄（歷史面）

- 19世紀南丁格爾（護理鼻祖）即指出護理人員紀錄對病患的觀察，有助於病患獲得最適當的照護及恢復健康。
- 南丁格爾指出為什麼護理人必須紀錄：可以系統性地收集病患照護資料可統計分析資料。
- 護理紀錄對於護理人員與醫療團隊間溝通病患的健康狀況是很重要的。



Nursing Record 護理紀錄 (法律面)



護理人員法

第四章：業務與責任

第二十四條：護理人員之業務如下：

- 一、健康問題之護理評估。
- 二、預防保健之護理措施。
- 三、護理指導及諮詢。
- 四、醫療輔助行為〔應在醫師之指示下行之〕。

第二十五條：護理人員執行業務時，應製作紀錄。

- 護理紀錄應該由護理人員執業之機構**保存十年**。



Nursing Record 護理紀錄

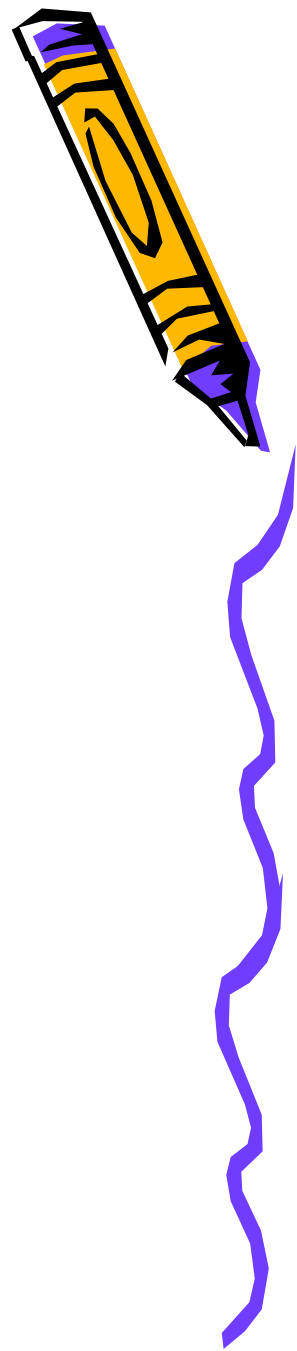
(實務面)



- 護理過程(nursing process)之五大步驟是評估、診斷、計畫、執行與評值。
- 護理計畫在護理工作中是不可或缺的。
- 台灣醫院評鑑亦將護理過程列為護理品質中，佔分最重要之項目。



有關醫院評鑑



護理記錄—目的

- 呈現連續性之護理過程（護理計畫歷程交班依據）
- 團隊溝通與治療成果之追蹤
- 護理品質之保證
- 法律依據之文件
- 保險、給付之參考或依據
（健保抽審內容含醫護記錄是否相呼應）
- 教學、研究之依據



焦點記錄法 (Focus charting)



- 是以病人目前最重要的問題作重點摘要成為焦點，然後把發生的狀況、病情、症狀或發生的事件加以說明，以及護理人員為此執行的護理活動，還有病人接受護理後的反應結果，用精簡、有組織、有系統且有意義的詞句表達在護理紀錄上。
- 焦點記錄法是一個能表達護理問題及護理過程的記錄系統。



「焦點」的獨特性

- 是病人目前最擔心的事或異常的行為表現, 例如: 疼痛、焦慮、留置針脫落……
- 是病人一個病況症狀或表現有明顯的改變, 例如: 呼吸道阻塞、跌倒、發燒……
- 是病人在接受治療過程中一個明顯的事件, 例如: 手術後返室、on CVP……
- 焦點不是醫療診斷, 是病況、症狀或護理問題的重要摘要, 也是記述護理活動中病人獲得護理的原因或理由。
- 所以焦點不宜使用醫療診斷名稱, 例如: 高血壓-血壓高(Lamp, 1986)

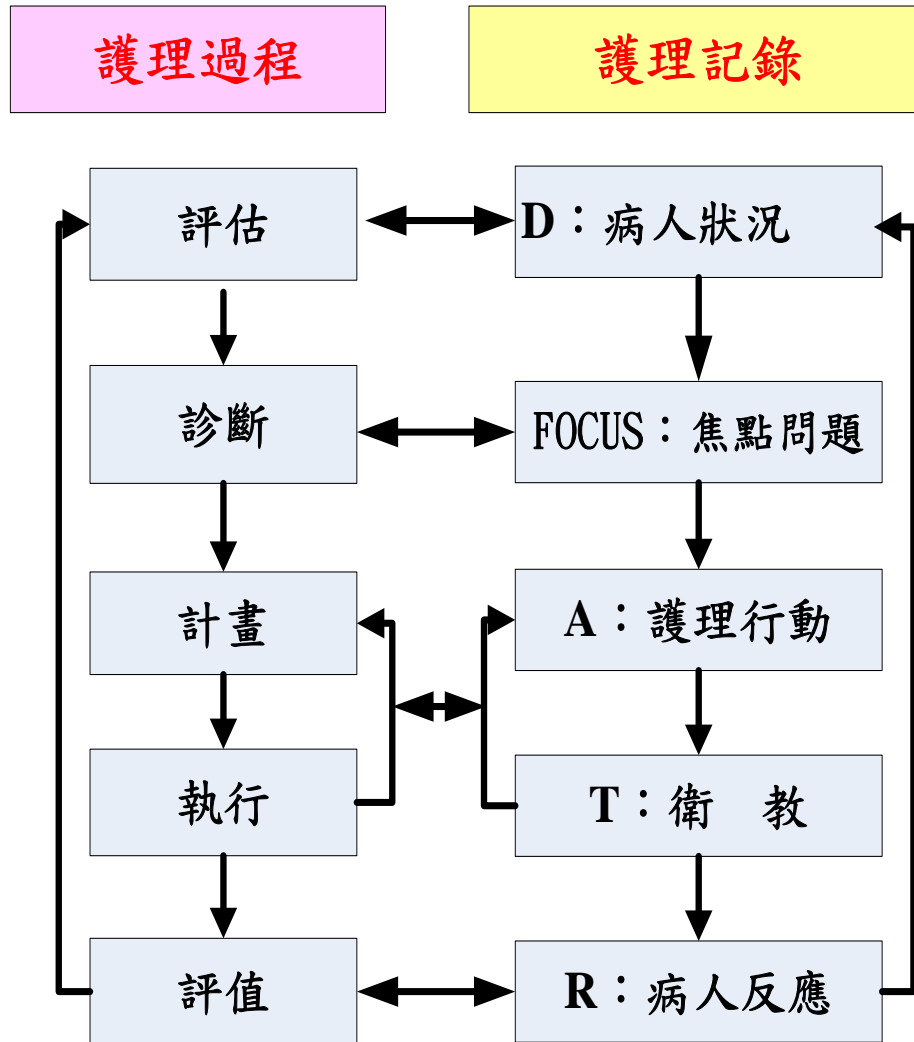
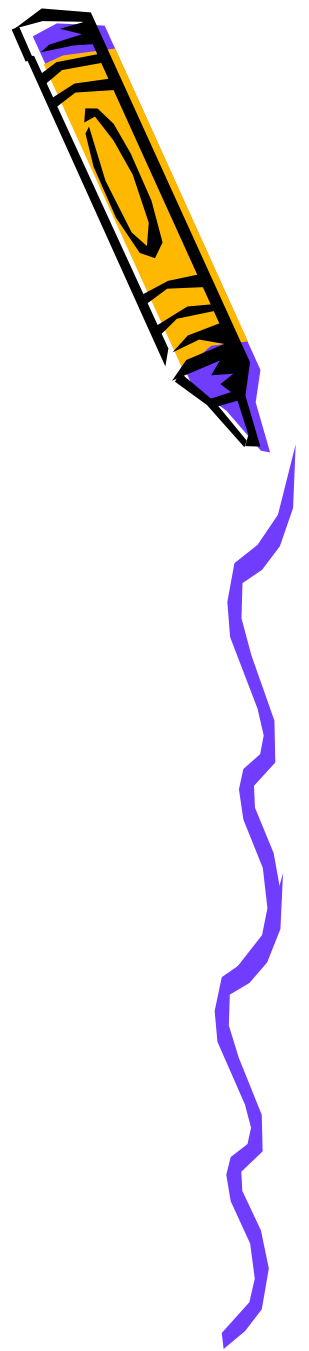


護理焦點記錄法的內容

- **Data-**
描述護理過程中支持焦點的資料，包括：護理人員所評估出病人主、客觀之症狀，以及病人的異常行為表現、檢查的異常結果、與病人目前病情或狀況有明顯意義的資料，且與焦點相關的問題。
- **Action(或為Intervention)-**
針對前述的病人資料所做的護理計劃或實際護理活動。
- **Response-**
病人接受護理後的結果及反應。
- **Teaching (Education)-**
描述指導病人或家屬的衛教摘要。



焦點護理記錄與護理過程之關係



書寫原則：通則-1

- 焦點護理紀錄應以『**病人為中心**』，問題需涵蓋身、心、靈、社會等層面，並能呈現依病情緩急程度辨別病人健康問題，給予先後照護。
- **一個焦點就是一個護理問題**，例如『**血壓高**』可以當成是一個焦點；但焦點名稱不可為醫學診斷名稱，例如高血壓。
- **每一位病人都要有一份焦點護理紀錄的清單**即為「**護理問題表**」，以**#1、#2…**方式類推編號。



書寫原則：通則-2

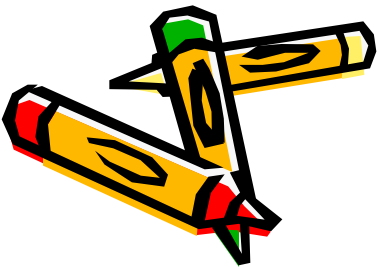


- 每次書寫焦點護理紀錄需列出焦點名稱，內容並不一定要出現DART，可能只出現D、R、RA、TR、DTR、DAR；**勿數個焦點共用一個DART。**
- **如有特殊情形，各班護理人員需依病人病情狀況及需要，增減或更改焦點護理問題的計畫及措施，並做適當之評值及交班。**



書寫原則：有關Data

- 新增之焦點一定要有『Data』，且必須書寫至少二項主、客觀資料。
- 『Data』中不要包含『Action』。
- 出現異常『Data』時，於『Action』中要呈現「通知醫師及處置內容」。
- 『Data』內可含問題導因。



書寫原則：有關Action-1

- 護理措施應具體可行並符合病人個別性，才能去除導因或減輕症狀為主，且能依病人需要適時調整。



書寫原則：有關Response-1

- 有『Action』或『Teaching』，就應有Response』。
- 『Response』內不要含『Action』，『Response』仍有異常狀況需處理時，需將執行之護理措施呈現在『Action』內。
- 『Response』時不要只呈現數據，應描述病人的整體反應/評值結果。



書寫原則：有關teaching

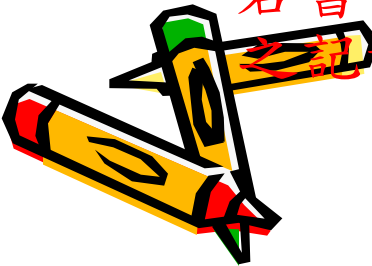
- 護理指導內容應包括用藥指導
- Teaching要寫出指導對象
- 護理指導對象可為家屬、外傭或照護員
- 有關護理指導之『Response』不要只寫「病人或家屬可接受」而應明確寫出病人或家屬了解或不了解的內容



紀錄書寫注意事項



- 每頁紀錄單基本資料需完整、正確，並有連續性編頁碼。
- 字跡工整、清晰、紀錄正確明瞭、具體、有連續性合乎邏輯、不中英文夾雜、不加以判斷或解釋、用正確縮寫及醫學術語。
- 記錄內容避免先記錄再做處置、避免寫『如前』、『同上』。
- 若書寫各分項時，無法寫滿整行，空白處應劃上『#』之記號。



紀錄書寫注意事項



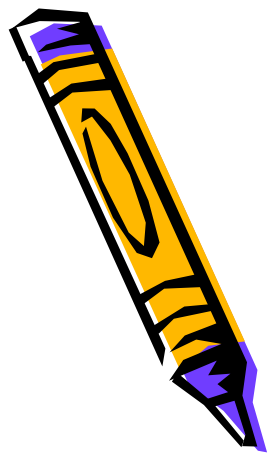
- 病人轉單位或轉床時需修正護理紀錄床號之基本資料。
- 日期及時間(24小時制)應以橫式書寫，例如日期(12/23)、時間(21:30)，護理紀錄首頁需書寫年份。
- 紀錄書寫錯誤更改時不可塗擦及使用修正液。以紅筆劃上二條橫線寫Error，再將正確的內容加註其上後簽名或蓋章。



Error 簽章
彈痰多黃稠

臨床審查方式

- 審查對象：住院病歷
- 審查抽樣方法：依住院名單，隨機抽取個案
- 審查標準：護理記錄品質審查表
- 審查重點：『病歷書寫品質及完整性』
- 審查數量：每次審查5-10本病歷
- 利用『護理紀錄查核表』進行審查



病歷評核常見缺失



1. 長期醫囑check order 用藍筆打勾，DC
用紅筆，易LOSS
2. 臨時醫囑check order & DC用紅筆

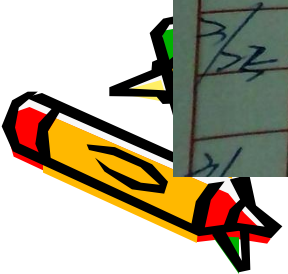


新興醫療社團法人新興醫院
臨時醫囑單

00158278W-327
曾許快 81 女

醫師:

日期	時間	臨	時	醫	囑	醫師 簽名	執行 時間	護士 簽名
2/12	8:30	✓			Toe padding a/b + pm x 3 days 6/7 10-15 5分	[Signature]	9:50	曾啟
	8:30	✓			Unosyn 2# po q8h x 3 days + rest	[Signature]	at	
2/16	11:00	✓			cheer oint x 1	[Signature]	11:00	
	1:00	✓			cheer oint Bid + pm x 5 days for ear	[Signature]		
2/28	13:35	✓			Amoxicillin 2# po q8h x 5 days	[Signature]	at 13:50	蔡景雙
3/1	12:00	✓			Consult 6s over scalp cellulitis ⇒ I.R.	[Signature]	at 1:00	蔡
	16:00	✓			Panadol 1# po q4h	[Signature]	at 16:00	蔡
3/2	9:00	✓			Panadol 1# po q8h x 3 days, pre-wid	[Signature]	at 9:00	蔡
	12:00	✓			10 30'	[Signature]		
3/3	9:00	✓			do splint wearing brace	[Signature]	at 9:00	蔡
3/30	9:00	✓			Mycomb x 1 box	[Signature]	at 9:00	蔡
	8:00	✓			Mycomb drop 2gtt for Bil ear a/b x 5 days	[Signature]	at 8:00	蔡
3/25	10:00	✓			BR solution Qd x 3 days	[Signature]	at 10:00	蔡
	10:00	✓			Ulev Q8h x 7 days for whole body	[Signature]	at 10:00	蔡
3/1								



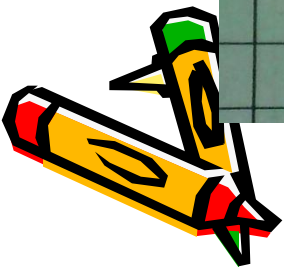
新興醫療社團法人新興醫院

長期醫囑單

00158278W-327

曾許快 81 女

期	時間	長 期 醫 囑	醫 師 簽 名	執 行 者 簽 名	停 止 月 日	醫 師 簽 名	執 行 者 簽 名
10	8A	Meptin 1# Q12h po	蘇景雯	蘇景雯			
		Ativan 1# HS po	蘇景雯	蘇景雯			
		Polytar Biw for local	蘇景雯	蘇景雯			
2	8:30	wid cd qd + pm	蘇景雯	蘇景雯		蘇景雯	蘇景雯
	9:00	CPT care qd	蘇景雯	蘇景雯		蘇景雯	蘇景雯
	16:00	wid cp qd + pm	蘇景雯	蘇景雯		蘇景雯	蘇景雯
19	14:10	wid CD qd + pm	蘇景雯	蘇景雯		蘇景雯	蘇景雯
3	16:00	CPT care qd	蘇景雯	蘇景雯		蘇景雯	蘇景雯



病歷評核常見缺失



3. 檢驗單和cXR張貼後須蓋章

4. 給藥紀錄單, 漏蓋章



新興醫療社團法人新興醫院
藥物與治療記錄單

00160462W-312
魏阿雪 59 女

起 止	口 服 藥	劑 量	簽 名	日期 時間	日期									
					8	15	16	17	18	19	20	21		
7/23	Traceton	1#	BID		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Senokot	2#	BID		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Sinzac (20)	1#	NS		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	MgO	2#	Q2D		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Xanax	1#	Q8H		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Radi-k	1#	QD		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	8/8 Kcl 33K 7/21 DL	10 mg	QD											



睡眠: Slp
外出: O
服用: P
其他:

禁食: N
檢查: EX
手術: OP

病歷評核常見缺失



5. 護理問題和焦點未適時更新或DC

(PS：24小時內能處理好的不需開在焦點，可直接在護理紀錄單張焦點處上呈現。)

6.



某某某某某某某某某某某某

某某某某某某某某某某某某

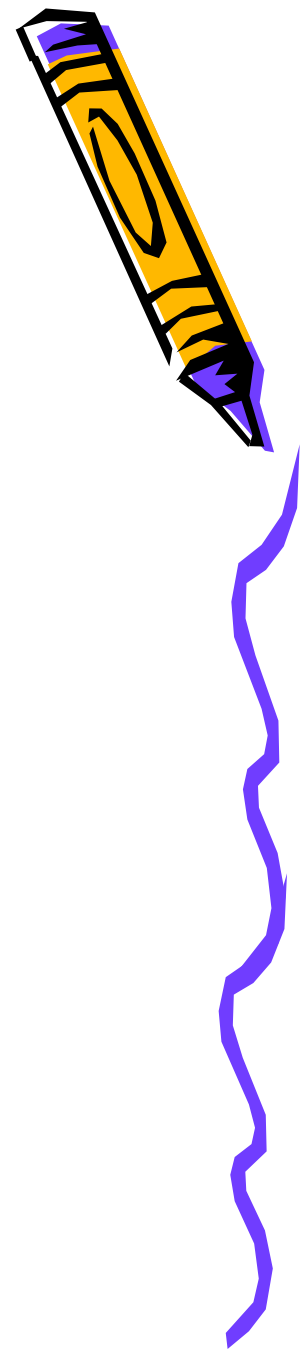
某某某某某某某某某某某某
某某某某 五七

日期	姓名	某某某某某某某某某某	某某某某某某某某某某
11月11日	某某某某	某某某某	某某某某
11月12日	某某某某	某某某某	某某某某
11月13日	某某某某	某某某某	某某某某
11月14日	某某某某	某某某某	某某某某



病歷評核常見缺失

6. 衛教部份缺乏



新興醫療社團法人新興醫院
檢驗報告黏貼頁

00152959W-323
黃李肚 83 女

第 頁

請將此聯撕下，RCW 黏貼於護理紀錄單張上/OPD 黏貼於衛教本上

衛教名稱： 臥床者之肺部照顧	衛教者： 張永記	病患/家屬簽名： 黃鈺耀
-------------------	-------------	-----------------

新興醫療社團法人新興醫院
檢驗報告黏貼頁

00160462RC-015
施阿寧 56 女

第 頁

請將此聯撕下，黏貼於病歷上

衛教名稱： 臥床者之肺部照顧	衛教者/日期： 張永記 1/10	病患/家屬簽名/日期： 施阿寧 1/10
-------------------	---------------------	-------------------------

請將此聯撕下，黏貼於病歷上

衛教名稱： 翻身照護護理指導	衛教者/日期： 張永記 1/10	病患/家屬簽名/日期： 施阿寧 1/10
-------------------	---------------------	-------------------------

請將此聯撕下，黏貼於病歷上

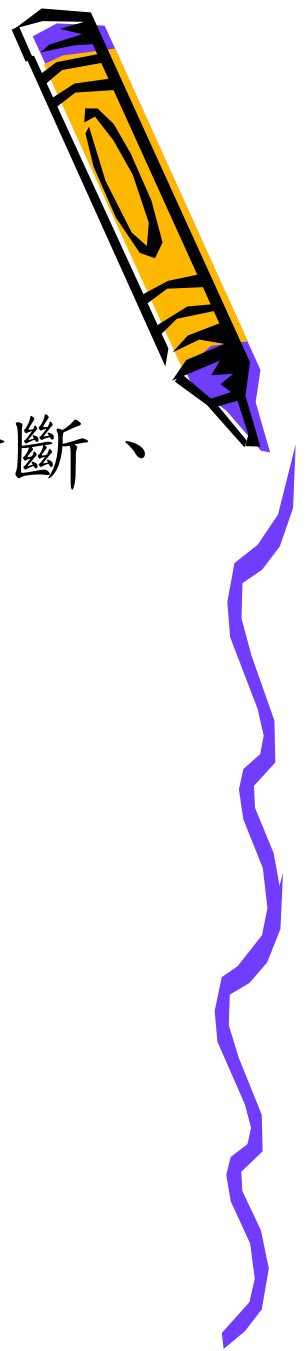
衛教名稱： 氣切套管留置護理指導	衛教者/日期： 張永記 1/10	病患/家屬簽名/日期： 施阿寧 1/10
---------------------	---------------------	-------------------------

請將此聯撕下，黏貼於病歷上

衛教名稱： 壓瘡護理衛教指導	衛教者： 張永記 1/10	病患/家屬簽名： 施阿寧 1/10
-------------------	------------------	----------------------

病歷評核常見缺失

7. 護理病歷，易填寫不完整（常缺少診斷、出院方式…等）



境 介 紹	<input type="checkbox"/> 安寧療護服務 <input type="checkbox"/> 器官捐贈同意書 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNR) <input type="checkbox"/> 醫療委任代理人			主 護 護 士 蔡景雲 101年12月
	<input checked="" type="checkbox"/> 床及床欄使用	<input type="checkbox"/> 熱水器	<input checked="" type="checkbox"/> 全面禁菸	
	<input type="checkbox"/> 陪病床之使用	<input type="checkbox"/> 晒衣場	<input type="checkbox"/> 福利社	
	<input type="checkbox"/> 電話使用	<input type="checkbox"/> 脫水機		

出院護理摘要

出院時間與方式

出院日期 _____ 時間 _____

出院時準備用物：自行走路 輪椅 腋杖 手杖 推車 救護車 氧氣 其他

出院時情況

出院類別：許可出院 自動出院 死亡 逃走 轉院

出院時病人情況：治癒 好轉 不變 惡化 死亡

病人出院護理指導

帶回藥物：口服藥 注射藥 外用藥

說明：藥名 劑量 作用 時間 途徑

飲食種類：治療飲食 是 _____ 否

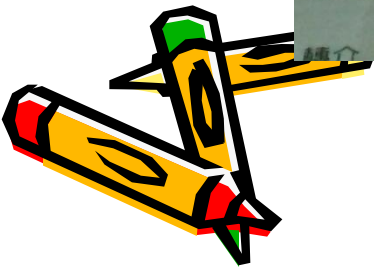
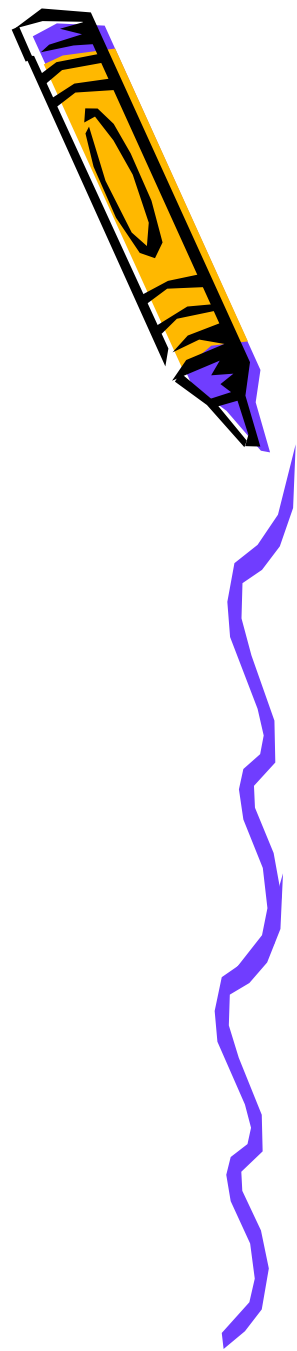
給予特殊教導 是 _____ 否

日常生活保健：給予特殊教導 是 _____ 否

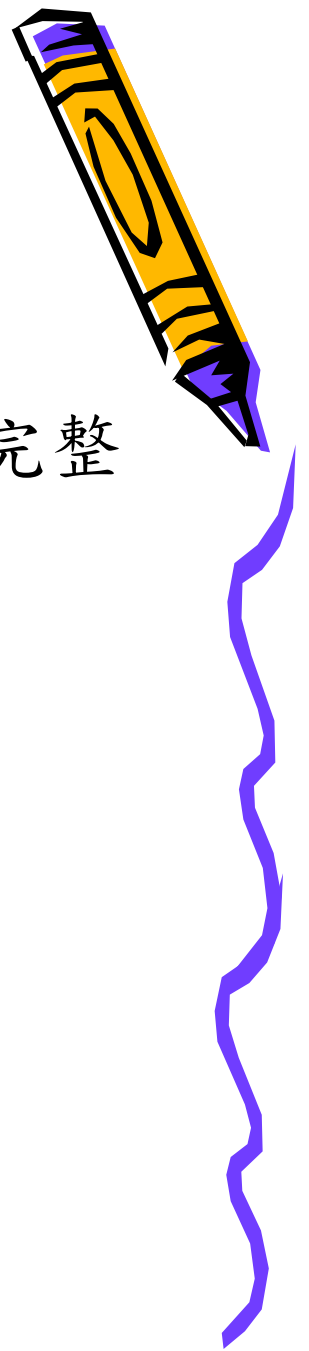
出院後門診追蹤日期：

轉 介

轉介 是 _____ 轉介至 _____ 否



病歷評核常見缺失



10. 各類同意書易缺乏家屬手印及DNR未填寫完整



新興醫療社團法人新興醫院

拒絕施行心肺復甦志願書

00156931RC-030

方元成 58 男

病 方元成，43年9月16日生，因患生命垂危瀕臨死

亡，無治癒希望，經貴院醫師說明病情，已獲得充分瞭解，由本人 方元成

親屬 方元成 提出，在病患心跳停止時，拒絕施行急救措施。

全拒(包括氣管內管插管、心臟體外按摩、急救藥物注入)。

不電擊、不心肺按壓，只給急救藥留一口氣返家。

不電擊、不心肺按壓，只給急救藥在院宣。

拒絕回轉加護病房。

此致

新興醫療社團法人新興醫院

立志願書人姓名：方松海

身份證號碼：D120886359

住 址：台南市永康區中華西路

電 話：06) 3035351

與病人之關係：弟

中華民國 101 年 2 月 22 日

新興醫療社團法人新興醫院

拒絕施行心肺復甦志願書

病人 魏阿雲 性別 女，46年5月22日生，因患生命垂危瀕臨死

亡，無治癒希望，經貴院醫師說明病情，已獲得充分瞭解，由本人 魏阿雲

親屬 魏阿雲 提出，在病患心跳停止時，拒絕施行急救措施。

全拒(包括心肺復甦術、心臟體外按摩、急救藥物注入、不電擊)

不電擊、不心肺復甦術，只給急救藥留一口氣返家。

不電擊、不心肺復甦術，只給急救藥在院宣告死亡。

拒絕回轉加護病房。

此致

新興醫療社團法人新興醫院

立志願書人姓名：魏阿雲

身份證號碼：R103076190

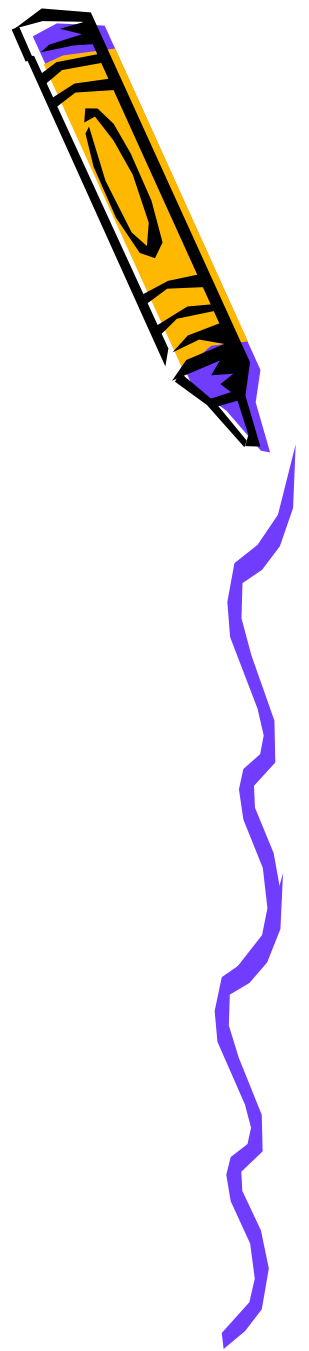
住 址：台南市永康區建業路

電 話：0936365615

與病人之關係：夫妻

中華民國 102 年 11 月 16 日

病歷評核常見缺失



11. 補新護理計畫單，計畫者漏蓋章



病床號：

患者：

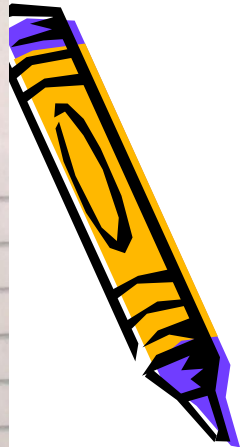
病歷號碼：

健康問題：01 呼吸道清除功能失效

計畫日期：102.11.14

計畫者：

日期	評估
6/5	P: 病人痰多現量在稠量中，白，黏，無力咳 A: Osh + P. Suction
6/12	R: SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: Osh + P. Suction
6/19	R: P ₆ SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: P. Suction
6/26	R: P ₆ SpO ₂ = 96% sputum 痰量稠量中 A: Osh + P. Suction
7/3	R: SpO ₂ = 96% sputum amount yellow thicker A: P. Suction
7/10	R: P ₆ SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: P. Suction
7/17	R: SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: P. Suction
7/24	R: SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: P. Suction
7/31	P: 病人痰多現量在稠量中，白，黏，無力咳 A: Osh + P. Suction
8/7	R: SpO ₂ = 96% 痰 = 痰量稠量中 A: P. Suction
8/14	P: 病人痰多現量在稠量中，白，黏，無力咳 A: Osh + P. Suction
	P: 病人痰多現量在稠量中，白，黏，無力咳 A: Osh + P. Suction



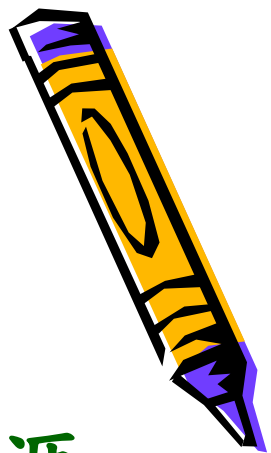
評鑑必看之記錄內容

- 與疾病相關的護理評估與活動(護理過程)
- 給藥之指導與使用後追蹤病人之反應(了解病理、藥理)
- 手術或檢查前之指導，解除疑惑、焦慮
- 手術或檢查後之衛教指導與照護追蹤
- 復健前、後之準備與回室後之聯繫、追蹤
- 營養評估與衛教，特殊情況(無法自我進食、檢驗、檢查NPO時與營養相關之記錄)
- 異常DATA處置後之追蹤



結 論

- 護理記錄是每個護理人員職場生涯中的代表作、重要的功課(影響形象)
- 執行了沒做記錄，等於沒做(影響績效)
- 做了記錄不實，要吃官司(影響生涯)



WAKE UP



謝謝聆聽

