



護理紀錄書寫與審查

主講者:顏麗雪

大綱

- ★護理是什麼?
- ★為什麼要寫護理紀錄?
- ★書寫的原則?
- ★臨床審查方式
- ★病歷常見缺失

護理是什麼？

- 護理是病患照顧中重要的一環。
- 護理人員是病患照顧的**協調者與提供者**。
- 著重病患面對疾病的處理與調適。
- 強調病患在身體、心理與靈性需求的全人照顧。
- **整體性護理**。

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七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。

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。

護理記錄之目的

- 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。

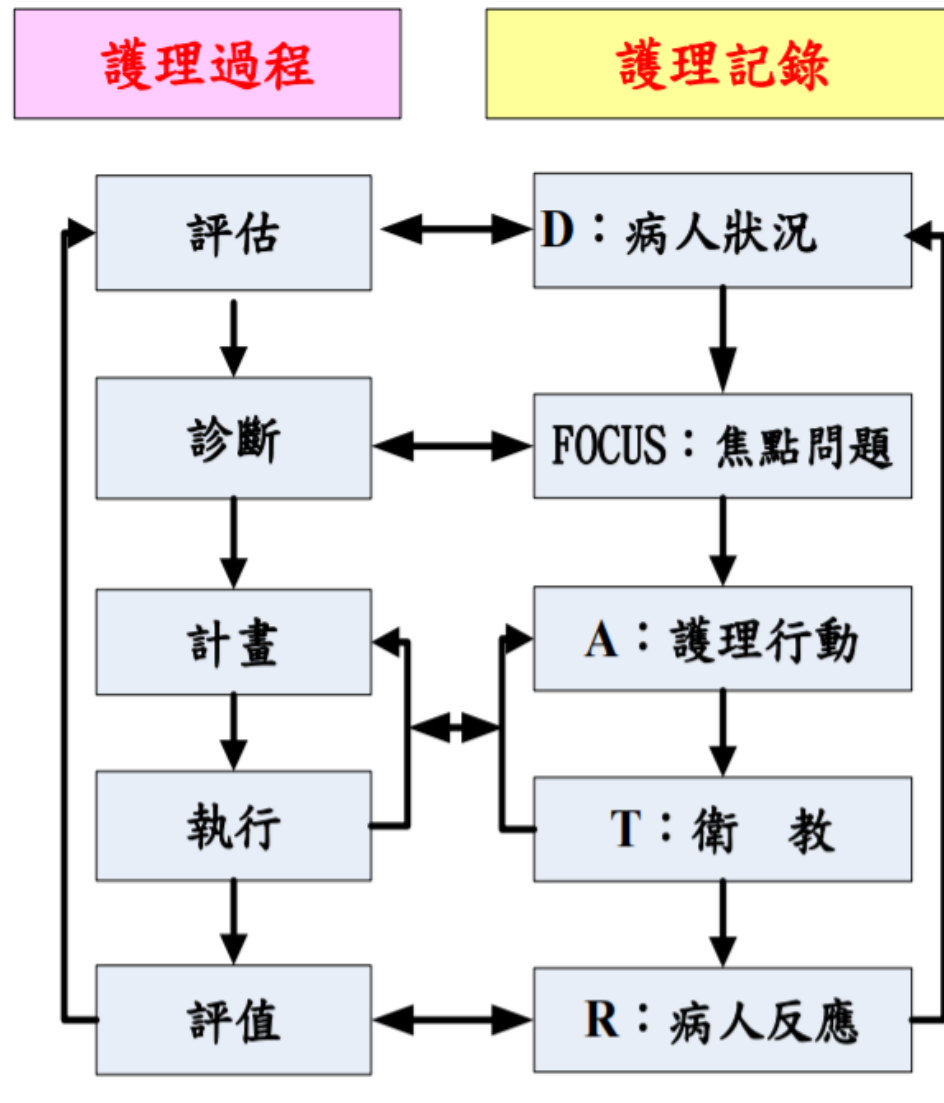
「焦點」的獨特性

- 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：復健前後、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、家屬或看護(照服員)的衛教摘要。

焦點護理過程與護理記錄之關係



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F1、F2...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，內容並不一定都要出現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(看護)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。以紅筆劃上一條橫線寫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30本病歷
- 利用『護理紀錄查核表』進行審查



新興醫療社團法人新興醫院病安暨醫品稽核表

護理紀錄稽核表

監測主題:護理紀錄

稽核日期:

單位:

稽核者:

項目/技術執行者				
依病例排列順序置放，標籤統一貼在左上角 (1)				
特 殊 紀 錄 單	壓瘡評估及護理紀錄表填寫完整 (1)			
	胰島素注射部位單填寫完整 (1)			
	跌倒傾向評估表填寫完整 (2)			
	NEURO CHECKS 填寫完整 (1)			
	約束評估紀錄單填寫完整 (1)			
	病患入院診療計畫及權利認知同意書填寫完整 (2)			
	病患翻身紀錄單填寫完整 (1)			
	Progress NOTE 填寫完整 (1)			
FLUID CHART 填寫完整 (1)				
檢驗報告黏貼紙分類黏貼整齊並簽章 (3)				
體溫表各項紀錄(其他輔助紀錄)完整正缺 (3)				
長期醫囑單正確處理打勾簽名並記錄時間 (1)				
臨時醫囑單正確處理打勾簽名並記錄時間 (1)				
各項同意書紀錄完整 (3)				
護 估 理 評	各項內容完整 (5)			
	此次發病經過完整合適 (3)			
劃 理 表 計	出院護理摘要於病人出院時書寫完整 (3)			
	依病患需求訂定(護理診斷適當) (5)			
護 理 紀 錄	具體安全可行 (3)			
	書寫完整 (3)			
	確實持行護理措施並適時調整 (10)			
	具體評估病患情況及措施成效並做修正 (10)			
	能協助病患及家屬了解問題及計畫內容 (5)			
	依病患問題之緩急給與先後照顧 (5)			
	必要時與其他團隊討論護理照護內容 (5)			
	評值檢查、治療、處置、用藥反應(侵入性檢查呈現病患經解說心理反應) (6)			
衛教成果能作成效評估 (6)				
紀錄	記錄或修正時有簽名或蓋章 (3)			
轉換單位之護理照護摘要 (2)				
給藥紀錄符合醫囑並打勾、蓋章 (4)				
總分				
評語與建議				

備註: 1. 監測閾值: 監測結果達 85% 2. 監測對象: RCW 病人之病歷紀錄。

3. 資料蒐集方法: 由病安暨醫品委員會每一個月稽核稽核。 4. 評鑑內容: 病歷各表單。

病歷評核常見缺失-1

護理計畫或焦點開立後，未評值或症狀解除未DC。

新興社團法人新興醫院
呼吸照護病房護理計畫總表

001851808-322
黃美 80 女

序號(C)	健康問題	開始日期/護理人員簽名	停止日期/護理人員簽名
C1	呼吸系統感染	1060107 黃美雲	
C2	呼吸訓練	1060107 黃美雲	

新興社團法人新興醫院
呼吸照護病房焦點問題總表

001851808-322
黃美 80 女

序號(C)	焦點問題	開始日期/護理人員簽名	停止日期/護理人員簽名
F1	wt care	1060111 黃美雲	106.11.02 黃美雲
F2	Isolation	1061020 黃美雲	1061225 黃美雲
F3	wt care	1080317 黃美雲	1080327 黃美雲
F4	Isolation	1080807 黃美雲	

病歷常見缺失-2

紀錄過於簡潔，無法實際呈現出患者狀況。

例: 焦點: SOB

D: V/S: 36.8(X)、108、33、148/89mmHg、SPO₂ 96%

A: by order combivent 1# ST。

是否遺漏了什麼? 還可以再補上什麼?

呼吸型態? 呼吸音? 咳? 痰量、性質? 持續時間、間斷性、或是在哪個情形下症狀加劇，改善?

病歷常見缺失-3

紀錄前後不相符

例:1.患者發燒，紀錄呈現，但TPR沒劃。

2.患者呼吸訓練失敗，喘。

TPR沒劃。

紀錄呈現了患者喘的情形，但未再次追蹤是否改善。

病歷常見缺失-4

- 病人狀況未評值
- 08:00呼吸訓練
- R.V/S:36.3(X)、89、16 BP123/69mmHg、SpO₂ 96% on Tr 接呼吸器 a/c mode、呼吸平順，今日預try V-T-M 2L/M、2小時
- A:1.RT 予try V-T-M 2L/M。
 - 2.予接上EKG、SpO₂ monitor。
 - 3.觀察病人生命徵象、呼吸型態變化#***
- 09:00呼吸訓練
- R: P't try V-T-M 2L/M 中、HR:89bpm/min、RR:20bpm/min、SpO₂ 96%，呼吸平順。
- A觀察病人生命徵象、呼吸型態變化#***
- 10:00呼吸訓練
- R今try V-T-M 滿2小時，V/S:36.5(X)、87、16、BP134/77mmHg、SpO₂ 95%，RT予接回呼吸器休息。
- A:1.on A/C mode TV500 RATE 12 O₂ 1L/M使用。

病歷常見缺失-5

- 生命危象
- D:V/S、身評狀況、目前治療...等。
- R:.....
- 班內應持續追蹤病情變化，而不是僅呈現一次護記。

病歷常見缺失-6

新興醫療社團法人新住院許可證

病歷號碼：00001622	患者姓名：劉鳴謙	性別：女	年齡：93歲
住院科別：一般內科	住院日：1090907	開刀日：	序號：
身份別：健康	電話：6376843	等級：13-5人 [] 2人 [] 1人 [] 走廊	經辦人簽
B.B.C	給付類別：78	國際代號：J9602	醫師簽章：陳順福
預約等級：	床號：	Impression：急性呼吸衰	

醫師簽章：陳順福

瞭	<input type="checkbox"/> 病人權利與義務
解	<input type="checkbox"/> 住院須知
簽名：	洪哥

病歷常見缺失-7

- 切帳時，單張缺失未發現。
- 常見於 MAR、護理紀錄、同意書未收(常見於ON CVP同意書、安寧緩和同意書)。

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



護理師，不是萬能，

但沒護理師就：

萬萬不能！！

