

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
- ★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員必須紀錄：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：
- 護理人員法第二十四條：第一項 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〕。

Nursing Record 護理紀錄（法律面）

護理人員法 第二十五條：

第一項 護理人員執行業務時，應製作紀錄。

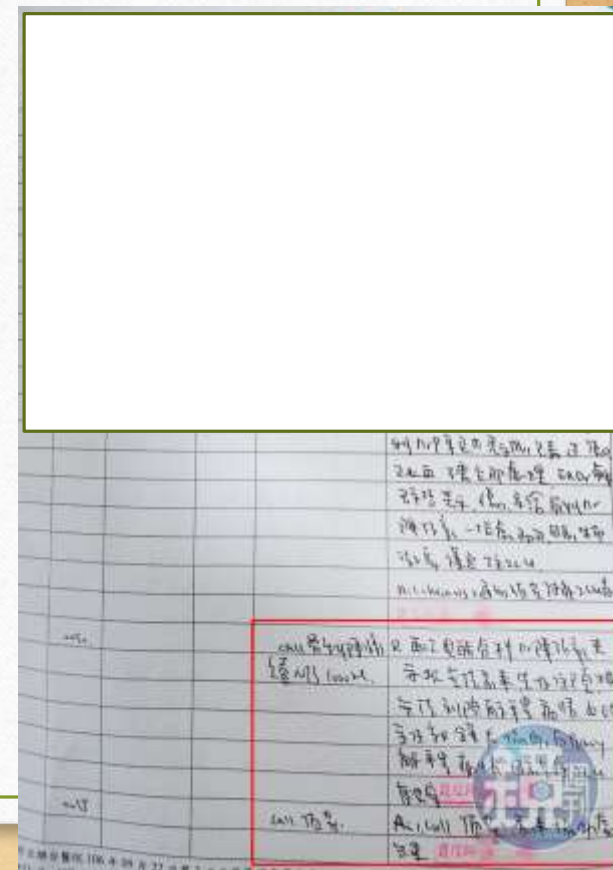
第二項 紀錄應由該護理人員執業之機構依醫療法第七十條辦理。

Nursing Record 護理紀錄 (法律面)

- 醫療法第七十條
- 第一項 醫療機構之**病歷**，並至少保存**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。
- 第二項 醫療機構因故未能繼續開業，其病歷應交由承接者依規定保存；無承接者時，病人或其代理人得要求醫療機構交付病歷；其餘病歷應繼續保存六個月以上，始得銷燬。
- 第三項 醫療機構具有正當理由無法保存病歷時，由地方主管機關保存。
- 第四項 醫療機構對於逾保存期限得銷燬之病歷，其銷燬方式應確保病歷內容無洩漏之虞。

「假如你沒有記錄，你就沒有做
(If you didn't document, you didn't do it.) 」

- 沒有記錄，就無法證明醫護人員的確做了在當時的情況下應該給病人做的處置
- 護理紀錄是正式的病歷文件也是法律文件。



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—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」的獨特性與問題來源

- 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)

醫療診斷與焦點的區別

- 焦點不宜使用「醫療診斷」名詞，焦點偏重於徵候、症狀及狀況。

醫療診斷	焦點
氣管炎、肺炎	咳嗽、呼吸困難、發紺...等
急性腸胃炎	腹瀉、嘔吐、發燒、血便、食慾差
高血壓	血壓高、頭痛
糖尿病	高血糖
急性腎衰竭	水腫、無尿、呼吸急促...等

護理焦點記錄法的內容DART

- Data-

描述護理過程中與焦點的資料，包括：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。

護理焦點記錄法的內容DART

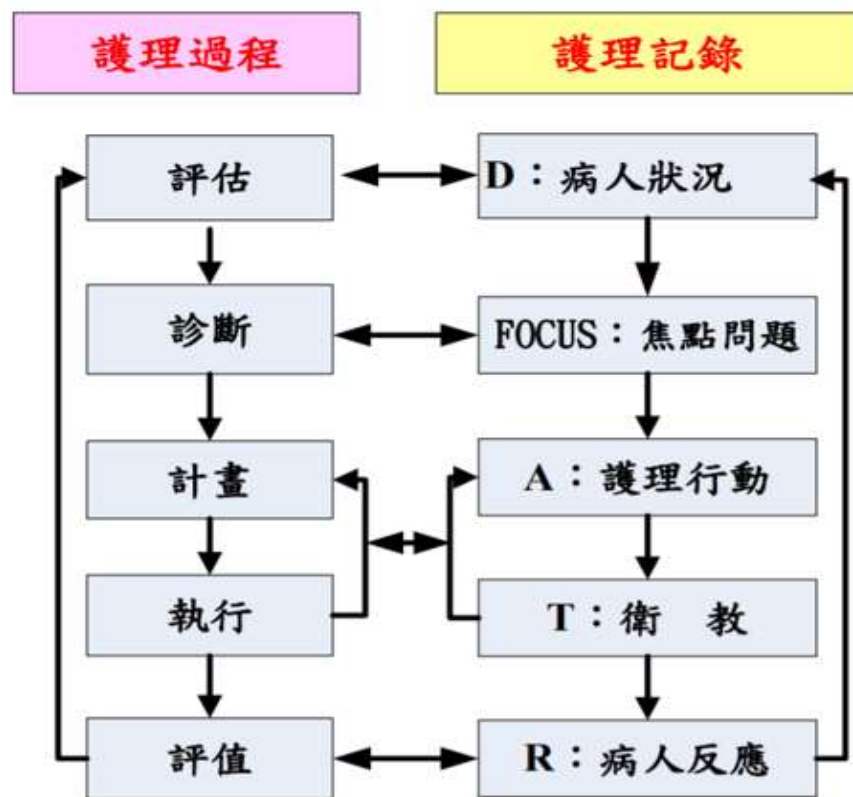
- Response-

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。
- 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

3.3 書寫「護理記錄」

- 每班書寫 白班藍筆、小夜班黑筆及大夜班紅筆，字跡清晰、正楷書寫，保持整潔並延續前次紀錄，不可空行。
- 用 24 小時制，時間是執行護理活動時間，不是紀錄的時間。
- 正楷書寫，使用適當措詞，除非專有名詞，盡量不要中英文參雜，用公認的縮寫及符號書寫與護理計劃吻合、連貫之護理措施與評估。
- 書寫錯誤需在錯處劃上兩條橫線並簽名，不可用修正液塗改
- 若病人有許多健康問題，每日書寫以優先處理之問題書寫問題名稱（勿寫代碼）。
- 記錄敘寫完畢後接續簽護理人員之全名或蓋章，勿留有空白。
- 紀錄者必須是執行者，若是新近護理人員書寫，仍需由負責護理人員簽署，直到獨立上線。
- 評估部分依據目標評估問題是否改善，定期評估時，每一護理問題須皆評估。

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)			
<i>Progress NOTE</i> 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)			
總 分	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)			
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。

★ MAR或醫囑單漏章。

★護理記錄內容少見衛教(T)相關記錄。

★報告黏貼後未用黏貼者印章。

★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)。

病歷常見缺失-2

新興醫療社團法人新住院許可證

明證號碼: 00001622	患者姓名: 謝淑華	性別: 女	年齡: 93歲
住戶別: 一般住戶	身分證號: 10000907	日期: 11/11	時間: 11:00
姓名: 謝淑華	電話: 6770843	地址: 111	院區: 內科
性別: 女	年齡: 93	身高: 158	體重: 55
國際代號: 106602	醫師代號: 106602	醫師姓名: 陳顯廷	醫師印章: [Red Seal]

Impression: 急性呼吸衰竭

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

護理紀錄常見問題-1

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?

護理紀錄常見問題-2

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。

護理紀錄常見問題-3

- 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/***
- 09:30呼吸訓練
 - R: P't try V-T-M 2L/M 中、HR:130bpm/min、RR:30bpm/min、SpO2 92%，呼吸急促費力#
 - A1. RT予接回呼吸器A/C mode TV500 RATE 12 O2 1L/M使用#
 - 2.觀察病人生命徵象、呼吸型態變化/***
- 10:00呼吸訓練
- R病患現呼吸平順，HR:88bpm/min、RR:18bpm/min、SpO2 96% /***

護理紀錄常見問題-4

- 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。

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！！

