



佑民醫療社團法人佑民醫院

D-001-60546-YM 外科病房出入院常規作業規範修正一覽表

修訂次數	修改日期	版次	修訂內容	修訂頁次
1	96-07-01	2	常規修訂	
2	97-01-01	3	檢視修訂表頭表尾	1-2
3	99-01-12	4	取消床頭卡的書寫方式	1~2
4	102-11-28	5	新增 3.1.1.10 提供病患舒適環境	1-2
5	104-10-01	6	常規修訂	1-2
6	105-05-06	7	新增 3.3.8 輸入導管追蹤系統導管 拔除時間	1-2
7	106-03-01	8	生命徵象測量時間	1-5
8	108-01-10	9	依新文件格式全部修訂	1-5
9	109-01-31	10	根據 108 年跌倒原因分析將無家屬 或家屬照顧有不足者,增家探視次數	1

品安會	護理品質 照護委員會	最高主管 核准	會簽單位	制定 單位主管	制定者
		謝美美			陳靖怡

D-001-60546-YM 外科病房出入院常規作業規範作業規範

96 年 07 月 01 日公布

109 年 01 月 31 日第 10 次修訂公佈

1. 目的：

- 1.1 了解外科護理常規提升照護品質。
- 1.2 提供護理人員一致作業標準。

2. 範圍：

- 2.1. 適用範圍：外科病房。

3. 定義：

- 3.1 無

4. 作業規範

a1. 入院常規

- b1. 急診、門診通知入院，即視病人病情之所需予以鋪床及特殊器材之使用 ex：O2 suction、約束。
- b2. 按住院病歷之排列方法整理病歷。
- b3. 列印診斷牌置於床頭、病歷內頁與旋轉牌上，如有資料保密者，於旋轉牌上置放”資料保密”提示卡。
- b4. 新病人上病房後需 check vital sign，GCS 並記錄。
- b5. 為病人做環境介紹並觀察及詢問過去病史及此次求診經過，當班完成入院護理評估、身體評估、疼痛評估、護理計劃及護理紀錄。
- b6. 住院照護交班單於新病人入院時由護理師評估照護需要，提供並向主要照顧者進行說明與交班。
- b7. 入院護理評估時發現病人獨居或家屬照顧能力與人力不足時，主動照會出院準備，提供出院後長照或者日托等等相關資訊與服務。
- b8. 入院護理之跌倒評估，大於等於 5 分者，更換粉紅色手圈及放置”預防跌倒”掛牌，給予”住院病人預防跌倒須知”衛教單張並說明，下預防跌倒護理計畫及紀錄。
- b9. 高危險性病人建議醫師或專師是否需要會診復健科。
- b10. 若病人有藥物過敏史，需使用紅色手圈，及 IV bag 貼上粉紅色藥物過敏紀錄提醒。
- b11. 吸菸、吃檳榔詢問是否有意願戒菸檳，如有意願，照會社區護理長，護理長至病房進行訪視與協助後續戒菸相關事宜。
- b12. 針對無家屬及家屬照顧不周與家屬離開病室時應增家探視次數，一小時一次，針對無家屬的需詢問有無生理需求，如：如廁與喝水等等。*
- b13. 夜班巡視病人同時也必須確認病房夜間燈光，保持適當亮度。*
- b14. 巡視病人時需檢視病床周圍，提供安全環境，避免雜亂及不需使用之物品擺在床旁*

a2. 基本身體護理:

b1. 對自我照顧困難的病人，能指導或協助家屬基本的身體護理，給予病患或家屬指導協助及衛教。(自我照顧困難的病人:含術後疼痛或大傷口疼痛)。

b2. 對於可自我照顧的病患給予身體護理，如保持衣物的乾淨、身體的清涼、給予身體清潔護理指導

a3. 交班常規

b1. 病人單位間交班依照 CW-60500-B02 病人單位間轉送與交班作業內容規範

b2. 單位內交班完成後，兩班主護一同探視病人，包含:意識狀態、各種管路(通暢度、固定位置、是否固定)、傷口滲溼點滴通暢度(入針處有無紅腫熱痛)、各類提醒掛牌(禁

治療、家屬照護交班單、手術前提醒卡、預防跌倒提醒卡..等等)，雙方探視過程中如有遺漏部份，請上一班完成。

a4. 出院常規

b1. 出院當天完成各項評估與護理紀錄

b2. 出院病人一律測量生命徵象，並紀錄，如有異常通知主治醫師。

b3. 自動出院者於自動出院志願書上簽章。

b4. 辦理出院手續後，拔除病人的點滴及留置針，並給予出院護理指導單. 出院囑咐單. 領藥單. 預約掛號單。

b5. 收回病人所使用的醫療器材，關病房冷氣。

b6. 督導清潔人員清理病房，收床消毒用具。

b7. 未服完之自備藥歸還病人或家屬。

5. 業務主辦單位:外科病房

6. 審核:如本院封面內容