附件3：《护理操作评分标准》

附件3-1：

**静脉采血操作技术评分标准**

**考生序号： 规定操作时间：7分钟（准备阶段不计时） 得分：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **内 容** | **分值** | **得分** |
| 准备20分 | 1.护士：仪容仪表3 着装2 洗手1 戴口罩1 | 7 |  |
| 2.用物：中方盘、检验标签（化验单）、试管3、采血针、压脉带、皮肤消毒剂、 棉签、 手套、快速手消毒液、治疗盘、笔注：实施中发现用物少一件扣1分 用物准备时间5分钟，每超时1分钟扣1分（由准备间负责人提供扣分单给评委） | 9 |  |
| 3.环境：环境清洁1 、光线充足1  | 2 |  |
| 4.核对医嘱2 | 2 |  |
| 实施60分 | 1.带用物至床旁 口述1：医嘱已核对 物品准备齐全均在有效期内 环境清洁 光线充足（按准备项标准扣分）举手示意操作开始（计时）1 查对化验单与试管标签是否一致2 查对床号1 姓名1 手腕带1  解释交流1 | 8 |  |
| 2.协助患者取合适体位1 选择穿刺部位1洗手1戴口罩1戴手套1  | 5 |  |
| 3.选择血管2 扎压脉带1 消毒皮肤2次2 | 5 |  |
| 4.穿刺：嘱患者握拳2 与皮肤呈20°角进行穿刺2 穿刺见回血后再将针头平行推进少许6（每退针一次扣2分扣完6分止） | 10 |  |
| 5.固定采血针连接试管3 采集到所需的标本量6采血过程中询问患者有无不适3 | 12 |  |
| 6.嘱患者松拳1 松压脉带1 拔针1 穿刺点以棉签按压1～2分钟2  | 5 |  |
| 7.再次核对患者床号1 姓名1 化验单2 试管标签上的信息是否相符2 | 6 |  |
| 8.脱手套1 洗手1 宣教1 协助患者取舒适体位1整理床单位1  | 5 |  |
| 9.口述：（用物、垃圾分类处置1完善相关记录1 洗手1）举手示意操作完毕1 | 4 |  |
| 评价20分 | 1.操作熟练4 坚持三查八对2 | 6 |  |
| 2.遵从无菌原则4 垃圾分类正确2 | 6 |  |
| 3.以人为本1 健康教育到位2 | 3 |  |
| 4.消毒范围正确2血标本注入试管顺序正确3 | 5 |  |

**注：**1.床号、姓名错误-10

2.穿刺失败-10

评委签名： 日期： 年 月 日

附件3-2：

**密闭式静脉输液法操作技术评分标准**

**考生序号：**  **规定操作时间：7分钟（准备阶段不计时） 得分：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **内 容** | **分值** | **得分** |
| 准备20分 | 1.护士：仪容仪表3 着装2 洗手1 戴口罩1 | 7 |  |
| 2.用物：治疗盘、配置好的输液溶液、输液管、无菌棉签、手套、输液贴、压脉带、皮肤消毒剂、弯盘、输液卡、笔、小枕、速手消毒液 注：实施中发现用物少一件扣1分 用物准备时间5分钟，每超时1分钟扣1分（由准备间负责人提供扣分单给评委） | 9 |  |
| 3.环境：环境清洁1 光线充足1  | 2 |  |
| 4.核对医嘱2 | 2 |  |
| 实施60分 | 1.用物带至患者床旁 口述1：医嘱已核对 物品准备齐全均在有效期内 环境清洁 光线充足（按准备项标准扣分）举手示意操作开始（计时）1 查对床号1 姓名1手腕带1 解释交流1 选定穿刺部位1  | 7 |  |
| 2.洗手1核对输液瓶信息2将输液瓶挂于输液架上并固定通气管1 备输液贴1  | 5 |  |
| 3.戴手套1选择血管2 垫小枕1 系压脉带1 消毒皮肤两遍2 | 7 |  |
| 4.取下输液管排气6（一次排气成功3排出液体不超过5滴3） 关开关1 嘱患者握拳1 与皮肤呈20°角进行穿刺6 （每退针一次扣2分扣完6分止）穿刺见回血后再将针头平行推进少许2 | 16 |  |
| 5.松压脉带1 同时嘱患者松拳1 打开开关1观察点滴是否通畅1 用输液贴固定2口述：必要时用夹板固定1脱手套1洗手1 | 9 |  |
| 6 6.根据病情调节输液速度40-60滴/分4（实际滴数上下不超过5滴,超过5-10滴扣2分,10滴以上扣4分） | 4 |  |
| 7.再次查对无误2 在输液卡记录时间1 滴速1 签名1 向患者及家属交待注意事项1协助患者取舒适卧位1 整理床单位1 | 8 |  |
| 8.口述：（用物、垃圾分类处置1完善相关记录1 洗手1）举手示意操作完毕1 | 4 |  |
| 评价20分 | 1.操作熟练4 坚持三查八对2 | 6 |  |
| 2.遵从无菌原则4 垃圾分类正确2 | 6 |  |
| 3.以人为本1 健康教育到位2 | 3 |  |
| 4.消毒范围正确3固定牢固、美观2 | 5 |  |

**注：**1.床号、姓名、药物错误-10

2.未一次穿刺成功扣10分（固定后3分钟内肿胀扣10分，患者人为因素导致的肿胀除外）

评委签名：  日期： 年 月 日

附件3-3：

**氧气筒吸氧操作技术评分标准**

 **考生序号：**  **规定操作时间：**7分钟 **实际操作时间 得分：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **内 容** | **分****值** | **得****分** |
| 准备 20分 | 1.护士：仪容仪表3 着装2 洗手1 戴口罩1 | 7 |  |
| 2.用物：大方盘、氧气装置一套、扳手、湿化瓶内盛有1/2～2/3 无菌用水、小药杯盖湿化瓶上、治疗碗内放纱布包好的滤芯、 一次性吸氧导管、纱布、棉签、剪刀、 笔、弯盘、护理执行卡、快速手消毒液注：实施中发现用物少一件扣1分 用物准备时间5分钟，每超时1分钟扣1分（由准备间负责人提供扣分单给评委） | 6 |  |
| 3.氧气筒上相关标识： 有氧1 四防1（防火 防震 防热 防油）  | 2 |  |
| 4.环境：环境清洁1光线充足1符合安全用氧1 | 3 |  |
| 5.核对医嘱2 | 2 |  |
| 实施60分 | 1.携带用物至床旁，口述：医嘱已核对 物品准备齐全均在有效期内 查看氧气筒标识 环境清洁光线充足（按准备项标准扣分）病房内无明火0.5无易燃品0.5氧气装置距火源五米0.5距暖气片一米0.5 举手示意操作开始（计时）1 | 3 |  |
| 2.核对床号1 姓名1手腕带1 解释交流1 口述用氧目的：纠正患者缺氧状态1提高患者血氧含量及动脉血氧饱和度1 | 6 |  |
| 3.洗手1 用湿棉签检查并清清洁双侧鼻孔2 口述：患者鼻粘膜无破损0.5鼻中隔无偏曲0.5 | 4 |  |
| 4.安装氧气表：开氧气筒总开关，冲气门灰尘后关闭1 安装流量表用扳手旋紧1流量表安装正直2连接滤芯和湿化瓶1 检查流量表开关是否关闭1  | 6 |  |
| 5.开氧气筒总开关1 开流量表开关1 正确调节氧流量2连接鼻导管1 湿化并检查鼻导管是否通畅1有无漏气1轻轻插入鼻腔1口述：无呛咳1固定1 | 10 |  |
| 1. 洗手1 记录1 交代注意事项口述：家属和患者禁止在室内吸烟1 勿自行调节氧流量1 勿随意

拔出输氧管1 如有不适按呼叫铃1 | 6 |  |
| 7.口述：用氧过程中密切观察缺氧改善情况：呼吸1 面色1 神情1 甲床1 | 4 |  |
| 8.口述：医嘱已核对1带用物至床旁 查对床号1姓名1 手腕带1解释交流1 拔出鼻导管1 擦净鼻部1 关流量表开关1 关氧气筒总开关1 放余气1 取下湿化瓶1 及流量表2记录1 | 14 |  |
| 9..宣教1 协助患者取舒适体位1 整理床单位1  | 3 |  |
| 10.口述：（用物、垃圾分类处置1完善相关记录1 洗手1）举手示意操作完毕1 | 4 |  |
| 评价20分 | 1.操作熟练4 动作轻柔2 | 6 |  |
| 2.执行消毒隔离制度1 垃圾分类正确2 | 3 |  |
| 3.以人为本1健康教育到位2 | 3 |  |
| 4.急救意识强4带氧插管2带氧拔管原则2 | 8 |  |

**注：**1.床号、姓名错误-10分。 2**.**无效氧疗（氧流量调节不准确，装置漏气，管道不通畅或脱落等）-10分

评委签名： 日期： 年 月 日

附件3-4：

**电动吸引器经鼻/口腔吸痰操作技术评分标准**

 **考生序号： 规定操作时间：7分钟（准备阶段不计时） 得分：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **内 容** | **分值** | **得分** |
| 准备20分 | 1.护士：仪容仪表3 着装2 洗手1 戴口罩1 | 7 |  |
| 1. 用物：大方盘、治疗碗内置已消毒的血管钳盖无菌纱布、盛有生理盐水的敷料缸、无菌纱布、一次性12～14号消毒吸痰管数根、一次性手套、手电筒、听诊器、剪刀、弯盘、消毒液挂瓶、快速手消毒液、电动吸引器

 注：实施中发现用物少一件扣1分 用物准备时间5分钟，每超时1分钟扣1分（由准备间负责人提供扣分单给评委） | 9 |  |
| 3.必要时备压舌板0.5 开口器0.5舌钳0.5 电源插板0.5 | 2 |  |
| 4.环境：环境清洁1 光线充足1  | 2 |  |
| 实施60分 | 1.携带用物至床旁，口述1：物品准备齐全均在有效期内 必要时备压舌板 开口器 舌钳 电源插板 环境清洁 光线充足（按准备项标准扣分）举手示意操作开始（计时）1 核对床号1 姓名1手腕带1 解释交流1 口述：视病情调节氧流量2 协助患者头偏一侧1 | 9 |  |
| 2.洗手1戴口罩1端治疗盘到床旁桌1消毒瓶挂于床头1 接通电源1 | 5 |  |
| 3.检查调节负压（方法正确1压力在正确范围1口述：小儿＜40.0kpa，成人40.0~53.3kpa 1 ） | 3 |  |
| 4.戴手套（使用一次性吸痰包此处可不戴无菌手套）1 连接吸痰管6 （每污染一次扣2）  | 7 |  |
| 5.吸痰：分别吸尽口腔2 咽喉部2 气管内痰液2 | 6 |  |
| 每吸一次更换吸痰管，吸前先试吸湿润吸痰管3（未试吸每次-1） | 3 |  |
| 吸痰手法正确：弯钳钳尖向上3（如使用一次性吸痰包不使用弯钳 右手带手套 每次更换3）左右旋转、向上提拉、吸尽痰液3（每次每项不正确扣1） | 6 |  |
| 吸气管内痰液时，吸痰管插入预订部位，稍后退0.5-1cm，游离吸痰管的尖端3  | 3 |  |
| 口述：注意观察患者呼吸1面色1血氧饱和度1 | 3 |  |
| 6.吸痰完毕，分离吸痰管，吸尽玻璃接头和管道内的痰液1将玻璃接头插入消毒液瓶内1 | 2 |  |
| 7.擦净口鼻1 脱手套1 洗手1 听诊肺部1 检查口腔1 拍背1 | 6 |  |
| 8.宣教1 协助患者取舒适体位1 整理床单位1  | 3 |  |
| 9.口述：（用物、垃圾分类处置1完善相关记录1 洗手1）举手示意操作完毕1 | 4 |  |
| 评价20分 | 1.操作熟练4 动作轻柔2  | 6 |  |
| 2.遵从无菌原则4 垃圾分类正确2 | 6 |  |
| 3.以人为本1 健康教育到位2 | 3 |  |
| 4.急救意识强2 每次吸痰时间不超过15秒3 | 5 |  |

**注：**1.床号、姓名错误-10 2.吸痰无效(未开负压、负压过小、管路堵塞等情况)-10

3.无操作不当（带负压插管、负压过大）导致病人粘膜损伤-10

评委签名： 日期： 年 月 日

附件3-5:

**皮内注射操作技术评分标准**

**考生序号：**  **规定操作时间：7分钟 实际操作时间： 得分：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **内 容** | **分值** | **得分** |
| 准备20分 | 1.护士：仪容仪表3 着装2 洗手1戴口罩1 | 7 |  |
| 2.用物：无菌盘内备抽吸好的皮试药液（0.5ml以上）、药物、皮试用注射针头、75%乙醇皮肤消毒剂、无菌棉签、弯盘、注射单、笔、急救盒（内备0.1%盐酸肾上腺素、地塞米松、5 ml注射器、砂轮、纱布）、快速手消毒液  注：实施中发现用物少一件扣1分 用物准备时间5分钟，每超时1分钟扣1分（由准备间负责人提供扣分单给评委） | 9 |  |
| 3.环境：环境清洁1 、光线充足1  | 2 |  |
| 4.核对医嘱2 | 2 |  |
| 实施 60分 | 1.带用物至床旁 口述1：医嘱已核对 物品准备齐全均在有效期内 环境清洁 光线充足（按准备项标准扣分）举手示意操作开始（计时）1 查对床号1姓名1手腕带1向患者解释1询问过敏史1用药史1 家族史1 选定注射部位1 | 10 |  |
| 2. 洗手1 75%乙醇消毒皮肤两遍待干1 取出皮试液，查对药瓶1排尽空气2 | 5 |  |
| 3.左手绷紧皮肤1 右手持注射器针尖斜面向上1 与皮肤呈5°角4 刺入针头斜面完全进入皮内6 | 12 |  |
| 4.一手拇指固定针栓1，另一手推药液0.1ml 3 使局部变成一圆形隆起的皮丘4  | 8 |  |
| 5.迅速拔出针头1询问病人反应1 查对药瓶1 洗手1 记录1  | 5 |  |
| 6.告知患者20分钟后看结果1 交待注意事项（局部严禁搔抓按压1不要外出1 有不适时告诉医护人员1） 协助患者取舒适体位1 整理床单位1 | 6 |  |
| 7.口述：20分钟后两人观察皮试结果2 阴性、阳性结果的判断标准（阴性：皮丘无改变1 周围不红肿1无自觉症状1阳性：局部皮丘隆起1 出现红晕硬块1 直径大于一厘米1或周围有伪足痒感1严重时可出现过敏性休克1） | 10 |  |
| 8.口述：（用物、垃圾分类处置1完善相关记录1 洗手1）举手示意操作完毕1 | 4 |  |
| 评价20分 | 1.操作熟练4 坚持三查八对2 | 6 |  |
| 2.遵从无菌原则4 垃圾分类正确2 | 6 |  |
| 3.以人为本1 健康教育到位2 | 3 |  |
| 4.消毒范围正确2不可使用碘酊、碘伏消毒1进针角度不宜过大，避免将药液注入皮下2 | 5 |  |

**注：**1.床号、姓名、药物错误-10

评委签名： 日期： 年 月 日