



永州职业技术学院
YONG ZHOU VOCATIONAL TECHNICAL COLLEGE

专业技能抽考标准

专业名称： 护理

专业代码： 520201

所属专业群： 护理专业群

永州职业技术学院

目 录

一、专业名称及适用对象	1
二、考核目标	1
三、考核内容	1
模块一 母婴护理模块	4
模块二 儿童护理模块	14
模块三 成人护理模块	20
模块四 老年护理模块	54
四、评价标准	64
五、考核方式	66
六、附录	67

永州职业技术学院护理专业技能考核标准

根据《关于加强高职高专院校学生专业技能考核工作的指导意见》，参照护理专业的行业（企业）技术标准与技术规范，依据护理专业国家教学标准，结合学校专业特色和护理专业人才培养方案，科学制定护理专业技能考核标准。

一、专业名称及适用对象

专业名称：护理(专业代码：520201)

适用对象：在籍毕业年级学生

二、考核目标

本专业坚持立德树人，培养理想信念坚定，德智体美劳全面发展，传承“楚怡”职业教育精神，贯彻“人民至上、生命至上”理念，弘扬“心忧天下、敢为人先、经世致用”的湖湘精神，具备敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的职业素养，能坚持不懈品格、精益求精品质、创新升华品性的湖湘工匠精神的复合型技术技能人才。通过开展技能考核，测试学生服务母婴、儿童、成人及老年群体的评估与分析能力及所需的技能要求，在考核技能的同时对学生的职业素养进行综合评价。

本专业技能考核标准涉及的课程有健康评估、基础护理、儿科护理、妇产科护理、内科护理、外科护理、急危重症护理、老年护理等多门专业核心课程。测试学生规范运用常用基础护理技术和专科护理技术对患者进行救治与护理、健康教育以及信息沟通的能力，考察学生的爱伤意识、服务意识、安全意识、质量意识、环保意识、团队协作以及精益求精的工匠精神等职业素养。通过开展专业技能考核，增强学生创新创业能力，促进学生个性化发展。同时也可促使学校进一步完善实践教学体系，加强实践教学管理，深入推动产教融合，深化工学结合教学模式改革；促进学校改善教学条件，提升专业建设水平，推进临床护理新技术、新工艺、新标准融入专业教学，起到“以考促教、以考促建”的目的。其最终目的是提升课程教学的有效性，提高学生实践能力和教师教学水平，培养适应社会与人民健康需求发展需要的复合型技术技能人才。

三、考核内容

根据护士管理条例，护生毕业后必须通过护士执业资格考试才能申请执业护士注册，也就才能在中国就业。国卫医发〔2018〕20号文件《关于促进护理服务

业改革与发展的指导意见》提出：要健全护理服务体系，使护理服务供给更合理，有效提高康复护理、中医护理、老年护理、母婴护理、居家护理和安宁疗护等专科护理服务能力，精准对接新时代人民群众多样化、差异化的健康需求。

本专业技能考核标准，以行为主义理论、认知主义理论、建构主义理论、人本主义理论等现代教育理论为指导，对接护士核心胜任力要求、护士执业资格考试大纲及老年照护、母婴护理等职业技能等级证书要求，按照技能要求递进、岗位能力递进的思路，根据人的生命周期，设置了母婴护理、儿童护理、成人护理和老年护理四个技能模块，涵盖 48 个技能点（表 1）。

表 1 护理专业技能考核主要项目一览表

模块	模块	序号	项目名称	难易程度	考核时间 (min)
母婴 护理	M	M-1	案例评估与分析	中	30
		M-2	四步触诊	中	20
		M-3	会阴擦洗	易	20
		M-4	暖箱的使用	易	20
		M-5	新生儿沐浴	中	30
		M-6	新生儿抚触	难	30
		M-7	母乳喂养指导	中	30
		M-8	留置导尿（女性）	难	30
儿童 护理	E	E-1	案例评估与分析	中	30
		E-2	体格发育测量	易	14
		E-3	红臀的护理	中	20
		E-4	静脉血标本采血	难	25
		E-5	超声波雾化吸入	中	18
成人 护理	C	C-1	案例评估与分析	中	30
		C-2	呼吸功能锻炼	易	20
		C-3	胸背叩击排痰	中	20
		C-4	体位引流	易	20
		C-5	四肢固定术	难	20

		C-6	心脏评估（心瓣膜听诊）	中	14
		C-7	心肺复苏	难	10
		C-8	心电监护	中	25
		C-9	心电图技术	难	20
		C-10	肠造口护理	难	20
		C-11	T管引流的护理	中	20
		C-12	膀胱冲洗	易	20
		C-13	甲状腺评估	难	14
		C-14	神经系统评估（脑膜刺激征）	中	10
		C-15	快速血糖测定	易	20
		C-16	胰岛素笔的使用	中	20
		C-17	糖尿病患者食谱制定	难	30
		C-18	外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套	难	24
		C-19	四肢绷带包扎	中	15
		C-20	生命体征测量	中	30
		C-21	口服给药	易	16
		C-22	无菌技术	难	20
		C-23	肌内注射	难	20
		C-24	青霉素药物过敏试验	难	30
		C-25	密闭式静脉输液	难	30
		C-26	鼻饲技术	难	30
老年 护理	L	L-1	案例评估与分析	中	30
		L-2	老年人跌倒的预防	易	20
		L-3	老年人饮食照护	中	30
		L-4	助行器使用	难	30
		L-5	拔罐	难	25
		L-6	口腔护理	中	30
		L-7	床上擦浴	中	30
		L-8	氧气吸入	中	20

		L-9	电动吸引器吸痰（经口腔）	中	25
--	--	-----	--------------	---	----

模块一 母婴护理模块

M-1 案例评估与分析

设计孕产妇和新生儿常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对孕产妇和新生儿进行身体状况、辅助检查等方面的评估，提出主要的护理诊断和护理计划，同时制定护理措施，并进行护理评价。

1. 能力要求

- (1) 能根据孕产妇和新生儿的病情及一般情况，进行护理评估；
- (2) 能结合评估资料，提出主要的护理诊断和护理计划；
- (3) 能从一般护理、病情观察、对症护理、用药护理、心理护理等方面提出有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：25 分钟

母婴护理案例评估与分析操作规范

考核内容		考核点及评分要求	
护理方案 (30 分钟)	护理评估	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估
	护理诊断	准确性	列出 2-5 个护理诊断
	护理计划	规范性	描述规范
		针对性	目标有针对性
	护理措施	科学性	护理措施科学合理
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施，措施有效，能达到预期目标
护理评价	有效性	解决了护理问题，护理目标有效达成	

M-2 四步触诊

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知孕（产）妇四步触诊的目的、配合方法及注意事项，以取得孕（产）妇的配合；

(2) 能为孕（产）妇正确实施四步触诊，并根据检查结果判断胎儿大小与孕周是否相符，确定胎位及先露入盆情况，检查过程中能做好孕（产）妇的心理护理，并实施健康指导；

(3) 操作规范，动作熟练；态度和蔼，关心体贴，注意保护隐私；语言亲切，沟通有效，双方配合良好，健康指导正确。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

四步触诊操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	孕（产）妇	1. 核对孕（产）妇信息，了解妊娠情况、心理状态、合作程度
		2. 向孕（产）妇解释检查目的和配合方法
		3. 嘱孕（产）妇排空膀胱
	环境	符合产前检查室要求
	操作者	1. 着装整洁
2. 修剪指甲，七步洗手法洗手		
用物	用物准备齐全：（1）床单位；（2）孕妇产前检查模型；（3）医疗垃圾桶、生活垃圾桶；（4）屏风；（5）软尺；（6）笔；（7）孕产妇保健手册；（8）手消毒剂	
操作 实施	测量宫高 和腹围	1. 拉上布帘或屏风遮挡
		2. 协助孕（产）妇于平卧位，头部稍垫高，双腿略屈曲稍分开，暴露腹部
		3. 测量宫高（耻骨联合上缘中点到子宫底的距离），读数准确
		4. 测量腹围（绕腹部最高点测量腹周径），读数准确
		5. 判断宫高、腹围是否与孕周相符（口述）
	第一步 手法	1. 双手置子宫底部，了解子宫外形并测得宫底高度，然后以两手指腹相对轻推，判断宫底部的胎儿部分。 检查方法正确，动作轻柔。
		2. 子宫底部胎儿部分判断正确
	第二步 手法	1. 左右手分别置于腹部左右侧，一手固定，另一手轻轻深按检查，两手交替，分辨胎背及胎儿四肢的位置。检查方法正确，动作轻柔。
		2. 胎背与肢体位置判断正确
	第三步 手法	1. 右手拇指与其余 4 指分开，置于耻骨联合上方握住胎先露部，进一步查清是胎头或胎臀，左右推动以确定是否衔接。检查方法正确，动作轻柔
		2. 胎先露部位及衔接情况判断正确
	第四步 手法	1. 左右手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向向下深按，再次核对胎先露部的诊断是否正确，并确定胎先露部入盆的程度。检查方法正确，动作轻柔。
		2. 核实胎先露部位，判定胎先露部入盆程度正确
操作后	1. 协助孕（产）妇穿好衣裤后缓慢坐起，询问感受	

考核内容		技术要求
处理	2. 整理用物	
	3. 消毒双手	
	4. 告知检查结果并记录，健康指导正确，预约下次检查时间	
操作评价	1. 语言亲切，沟通有效，孕（产）妇合作，健康指导合适	
	2. 态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护	
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	
	4. 操作规范，动作熟练	
	5. 在规定时间内完成	

M-3 会阴擦洗

1. 能力与素质要求

- (1) 能够迅速、准确对患者情况进行初步评估；
- (2) 能按照会阴擦洗的步骤进行正确操作；
- (3) 有较强保护患者隐私的意识；操作规范，动作熟练、敏捷；
- (4) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

会阴擦洗操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对患者信息
		2. 告知会阴擦洗的目的，解释并取得合作，确认无碘剂过敏
		3. 嘱患者排空膀胱
		4. 评估患者会阴情况：会阴有无红肿，有无留置尿管；分泌物有无异味
	环境	现场环境符合操作要求
操作者	着装整洁	
用物	用物准备齐全：（1）一次性无菌会阴垫；（2）一次性手套 1 副；（3）无菌包（内含会阴擦洗盘 1 个，盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或卵圆钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；（4）0.5%碘伏溶液；（5）手消毒剂	
操作 实施	会阴擦洗	1. 协助患者脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮盖，充分暴露外阴部
		2. 协助患者取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，暴露外阴，屏风遮挡
		3. 臀下垫一次性无菌会阴垫
		4. 打开无菌包，将消毒棉球放置弯盘内，倒入碘伏溶液
		5. 将会阴擦洗盘放置床边，戴一次性手套，将一个消毒弯盘置于患者会阴部

考核内容		技术要求
		6. 用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球，再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗
		7. 第 1 遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧，按照阴阜→大腿内侧上 1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗
		8. 第2遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧，按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上 1/3→会阴、肛周，每擦洗一个部位更换一个棉球
		9. 第3遍顺序同第2遍
	操作后处理	1. 撤去用物，协助患者穿好裤子，取舒适体位，整理床单位
		2. 整理用物
		3. 消毒双手
操作评价	1. 操作规范，动作熟练	
	2. 态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护	
	3. 语言亲切，沟通有效，患者合作，健康教育合适	
	4. 在规定时间内完成	

M-4 暖箱的使用

1. 能力与素质要求

- (1) 能够迅速、准确对患儿情况进行初步评估；
- (2) 能按照暖箱的应用要求进行正确操作；
- (3) 准确评估患儿身体状况，做好复温处理；
- (4) 操作规范，动作熟练、敏捷；
- (5) 能与患儿家属进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

暖箱的使用操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患儿	1. 评估患儿的诊断、胎龄、日龄、体重及身体状况
		2. 穿单衣，裹尿布
	环境	无阳光直射或风吹，避免靠近火炉或者暖气
	操作者	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩
	用物	温箱、蒸馏水、床单、尿布、盆子、毛巾、消毒液、手消毒剂
操作实施	入箱前准备	1. 检查暖箱的性能是否完好，做好消毒工作
		2. 将适量的蒸馏水加入水槽内至水位指示线
		3. 铺好箱内婴儿床的棉垫、床单（出生体重低于 1000g 的早产儿，箱内一切

		用物均需经过高压消毒)
		4. 根据患儿的日龄、体重将暖箱调温至所需温度预热，湿度设定正确
		5. 给患儿清洁皮肤，穿单衣、裹好尿布放于箱内
	入箱护理	1. 密切观察患儿面色、呼吸、心率、体温变化，记录体温和箱温
		2. 各种操作集中进行尽量少开箱门以免箱内温度波动
		3. 接触患儿前必须洗手，每日清洁暖箱，更换水槽中蒸馏水，每周更换暖箱，以便清洁，并用紫外线照射消毒
	出箱后护理	1. 口述出箱条件正确，检查患儿全身情况，根据室温给患儿穿上适宜的衣物
		2. 患儿出暖箱后应密切注意体温、体重及吸奶等情况
		3. 口述出箱后暖箱消毒方法正确
		4. 洗手记录，整理用物
	出暖箱条件	1. 体重达 2000g 左右或以上，体温正常者
		2. 室温 24-26℃时，患儿能保持正常体温
		3. 患儿在暖箱内生活 1 个月以上，体重虽然不到 2000g，但一般情况良好
操作评价	1. 准备齐全、有序、合理	
	2. 患儿安全，无损伤	
	3. 操作规范、动作轻巧、准确、安全，能掌握相关理论	

M-5 新生儿沐浴（盆浴）

1. 能力与素质要求

- (1) 能准确评估新生儿全身情况，与新生儿家长进行有效沟通；
- (2) 能正确为新生儿沐浴，并根据个体情况做好脐部、皮肤和臀部护理；
- (3) 态度和蔼，语言亲切，沟通有效。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

新生儿沐浴（盆浴）操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	新生儿	1. 核对新生儿基本信息，评估新生儿皮肤、喂奶时间和睡眠情况等
		2. 向家长解释沐浴的目的、时间和注意事项
	环境	明亮、清洁、安静，室温调至 26~28℃；操作前半小时湿式清洁治疗车和操作台
	操作者	着装整洁，修剪指甲，按七步洗手法洗手
用物	用物准备齐全：(1) 围裙；(2) 新生儿衣服；(3) 纸尿裤；(4) 包被；(5) 浴巾 2 条；(6) 大毛巾 1 条；(7) 小毛巾 2 条；(8) 洗发沐浴液；(9) 水温计 1 个；(10) 指甲剪；(11) 无菌棉签若干；(12) 75%乙醇；(13) 手消毒剂；(14) 病历本；(15) 笔；(16) 皮肤消毒剂（按需准备）；(17) 5%鞣	

考核内容		技术要求
		酸软膏（按需准备）
操作实施	沐浴前准备	1. 系好围裙，调试水温，在盆底垫大毛巾
		2. 将新生儿抱至散包台，解开包被，再次核对新生儿基本信息
		3. 评估新生儿全身情况，脱新生儿衣裤动作熟练（保留纸尿裤），用大毛巾包裹新生儿全身，口述评估情况
	沐浴	1. 抱起新生儿，左手拇指与其余四指分开托住新生儿头枕部，左上臂夹住新生儿下半身，确保新生儿安全后将打湿的小毛巾挤干叠成方块状，用食指挑起小毛巾擦拭左眼（由内眦→外眦），更换小毛巾擦拭部位后，以同法清洗右眼；清水洗净小毛巾挤干后依次按顺序擦拭左侧额头→鼻翼→面部→下颏→外耳，更换小毛巾擦拭部位以同样的方法清洗右侧面部
		2. 左手拇指与中指分别将新生儿双耳廓折向前方，并轻轻按住，堵住外耳道口，将头移近盆边，用湿毛巾擦湿头发，右手取少许洗发液，揉搓头发，然后用清水冲净、擦干。
		3. 将新生儿抱回散包台，解开浴巾，取下纸尿裤，操作者左手握住新生儿左肩及腋窝处，使头颈部枕于操作者前臂，用右手握住新生儿左大腿，将新生儿轻放入水中
		4. 松开右手，用小毛巾淋湿新生儿全身，按照颈下、前胸、腋下、腹、手、腿、脚、会阴的顺序取少许沐浴液擦拭后清水冲净
		5. 换右手握住新生儿左肩及腋窝处，使新生儿头及下颏靠在操作者右前臂上，同样的方法清洗后颈、背部及臀部，洗毕将新生儿抱起放于浴巾中，迅速包裹拭干全身
	沐浴后的处理	1. 观察新生儿脐部情况，如脐带断端是否有出血、渗液等。脐部情况正常时用消毒棉签蘸 75%乙醇消毒脐带残端及脐周皮肤两次（如果脐窝和脐根部有粘连时应从脐根部呈螺旋动作擦拭）。如果脐部有渗出物，提起脐轮先用干棉签将脐部断端里面的残留水分擦拭干净，再用 75%的乙醇消毒两次。如果有感染遵医嘱选择相应的消毒剂处理
		2. 为新生儿兜好纸尿裤，穿好衣服，检查手圈字迹是否清楚，视情况修剪指甲，裹好包被
		3. 脱去围裙，将新生儿抱回母亲处，告知新生儿沐浴过程中的情况，交待新生儿沐浴后注意事项
		4. 整理用物，按要求初步处理用物。消毒双手并记录新生儿沐浴情况
操作评价	1. 新生儿、环境、自身、用物的评估及准备工作到位	
	2. 操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中新生儿安全	
	3. 和新生儿及家属沟通有效，取得合作	
	4. 态度和蔼，仪表举止大方，关爱新生儿	
	5. 在规定时间内完成	

M-6 新生儿抚触

1. 能力与素质要求

- (1) 能向家属解释抚触的意义、方法、时间和注意事项；

(2) 能正确为新生儿进行抚触，手法正确，与新生儿及家长进行良好的情感交流，采用合适的方式对家属进行健康指导；

(3) 操作规范、手法正确、技能熟练、动作轻柔；感情自然，沟通有效。

2. 操作规范

准备时间：15 分钟

完成时间：15 分钟

新生儿抚触操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	新生儿	1. 核对新生儿基本信息
		2. 抚触时间选择恰当
	环境	符合抚触要求
	操作者	1. 着装整洁
2. 手上无饰品，指甲已修剪，消毒双手方法正确		
用物	用物准备齐全：(1) 抚触台；(2) 新生儿抚触模型；(3) 新生儿床单位；(4) 背景音乐；(5) 新生儿家长（主考学校准备）；(6) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 室温计；(8) 尿片；(9) 新生儿衣裤；(10) 浴巾；(11) 婴儿润肤油；(12) 手消毒剂；(13) 病历本；(14) 笔	
操作 实施	抚触前 准备	1. 解开新生儿包被，再次核对信息
		2. 检查新生儿全身情况
		3. 口述沐浴情况
		4. 将新生儿仰卧位放浴巾上，注意保暖
	头面部 抚触	1. 倒适量润肤油于掌心，摩擦均匀，搓暖双手
		2. 头面部按顺序抚触，动作娴熟，避开囟门；感情交流自然
	胸部抚触	双手交叉进行胸部抚触，力度合适，避开乳头；感情交流自然
	腹部抚触	双手依次进行腹部抚触，动作娴熟，情感交流自然、真切
	上肢抚触	手臂、手腕、手指、掌心、手背等不同部位抚触方法正确，情感交流自然
	下肢抚触	大腿、小腿、踝部、足跟、脚趾、脚掌心、足背抚触方法正确，情感交流自然
	背部抚触	调整新生儿体位为俯卧位
		背部和脊柱抚触方法正确，新生儿舒适
	臀部抚触	臀部抚触方法正确
抚触后 处理	1. 检查新生儿皮肤情况（口述：兜好尿布，注意保暖）	
	2. 新生儿安置妥当，与家属沟通有效	
	3. 医用垃圾初步处理正确	
	4. 消毒洗手方法正确，记录及时	
操作评价	1. 与家属沟通有效，取得合作	

考核内容	技术要求
	2. 态度和蔼，关爱新生儿，操作过程中与新生儿在情感、语言、目光等方面的交流自然
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念
	4. 操作规范，动作熟练
	5. 在规定时间内完成

M-7 母乳喂养指导

1. 能力与素质要求

- (1) 能够准确根据分娩情况、全身情况及产妇意愿选择合适的哺乳方式；
- (2) 能指导产妇给婴儿正确进行母乳喂养；
- (3) 能准确进行哺乳后指导；
- (4) 操作熟练，方法正确，动作轻柔；
- (5) 态度和蔼，关心爱护产妇及婴儿，与产妇沟通有效，指导效果良好。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

母乳喂养指导操作规范

考核内容	技术要求	
操作 评估	产妇及 婴儿	1. 评估产妇对母乳喂养的认识与配合程度
		2. 评估婴儿情况，有无母乳喂养禁忌症
		3. 评估产妇乳房情况及有无母乳喂养禁忌证
	环境	清洁、安静，光线明亮，室温 22~24℃
	操作者	1. 衣帽整洁，佩戴挂表
2. 七步洗手法洗手		
用物	用物准备齐全，逐一对用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置： (1) 床单位；(2) 婴儿床单位；(3) 产妇（由主考学校准备志愿者）；(4) 靠背椅；(5) 踏板；(6) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶； (7) 哺乳抱枕；(8) 屏风；(9) 室温计；	
操作 实施	产妇洗 手	1. 指导产妇使用肥皂水清洗双手
		2. 产妇第一次哺乳或产妇有大量出汗时指导产妇清洁乳头及乳晕
指导哺 乳体位	根据分娩情况、全身情况及产妇意愿选择合适的哺乳体位：①坐位横抱式：适宜于阴道分娩产妇。②坐位环抱式：适宜于剖宫产产妇。③侧卧位（阴道分娩和剖宫产产妇均适合）。④坐位交叉式：适宜于早产儿和含乳头困难的婴儿	

考核内容		技术要求
指导哺乳姿势		指导哺乳姿势讲述清楚，产妇能理解，姿势合适：①坐位横抱式：指导产妇坐在靠背椅上，背部紧靠椅背，两腿自然下垂放在地面上，哺乳侧脚可踩在踏板上，产妇抱婴儿贴近自己，将婴儿头枕在产妇一手的前臂上，手掌托住臀部，使婴儿的头与躯体成一直线，脸朝向母亲，鼻尖对乳头，下颌部紧贴乳房，胸部和腹部紧贴母亲。②侧卧位：产妇取侧卧位，婴儿与母亲面对面侧卧，身体贴近，将婴儿的上半身抬高与乳房成水平线，使婴儿的头与躯体成一直线，脸朝向母亲，鼻尖对乳头，下颌部紧贴乳房，胸部和腹部紧贴母亲。③坐位环抱式：产妇坐在靠近床边的靠背椅上，产妇靠床侧手环抱住婴儿，手掌托起婴儿头部，婴儿身下可稍垫高，以婴儿嘴刚好含住母亲乳头为宜，婴儿的头与躯体成一直线，脸朝向母亲，鼻尖对乳头，下颌部紧贴乳房，胸部和腹部紧贴母亲。④坐位交叉式：指导产妇坐在靠背椅上，背部紧靠椅背，两腿自然下垂放在地面上，哺乳侧脚可踩在踏板上，产妇用手掌握住婴儿的头枕部，婴儿脸朝哺乳侧乳房，鼻尖正对乳头，下颌部紧贴乳房，胸部和腹部紧贴母亲（如母亲用右侧乳房哺乳时，用左手从下侧握住婴儿的头枕部，手腕放在宝宝两肩胛之间，大拇指和其余四指分别张开分别贴放在头部两侧的耳后）
	指导正确托乳房	1. 指导产妇一手大拇指与其他 4 个手指分开呈“C”字型托起乳房 2. 用四指托住乳房的底部，大拇指轻压乳房的上部，以免堵住婴儿鼻孔而影响呼吸
	指导帮助婴儿含接	指导产妇用乳头触碰刺激婴儿的嘴唇，待婴儿产生觅食反射张大嘴时，顺势将乳头和大部分乳晕送入婴儿口中
	判断婴儿是否正确含接	口述：①婴儿的嘴张大，下唇向外伸，下颌紧贴着乳房。②婴儿的两面颊饱满。③看到婴儿慢而深的吸吮动作，听到吞咽的声音。如果乳汁特别多，应指导产妇托乳侧手食指和中指调整为剪刀式放在乳晕周围，控制出乳量，防止婴儿发生呛奶。
	哺乳后指导	1. 完全吸空一侧乳房后再吸另一侧，哺乳时间约 15~20 分钟 2. 下压婴儿下颏，退出乳头 3. 哺乳结束后将婴儿竖抱，头部紧靠母亲肩上，空心掌轻拍背部，排出胃内空气
	操作后处理	1. 指导产妇将婴儿抱回婴儿床，取右侧卧位 2. 整理床单位，协助产妇取舒适卧位 3. 整理用物，按要求初步处理用物 4. 手消毒剂消毒双手，在护理记录单上记录指导母乳喂养情况
	操作评价	1. 操作规范，动作熟练，指导有效 2. 在规定时间内完成 3. 着装规范、符合要求 4. 举止大方、无多余动作

考核内容	技术要求
	5. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者
	6. 健康指导内容和方式正确

M-8 留置导尿（女性）

1. 能力与素质要求

- (1) 能评估患者的病情、合作程度、膀胱充盈度、会阴情况及操作环境；
- (2) 能根据评估结果，准备用物，按照护理程序的方法为患者实施留置导尿管；
- (3) 能遵守无菌技术操作原则，操作熟练、方法正确、动作轻柔；
- (4) 能进行有效沟通，语言亲切；关心体贴患者，注意保护患者隐私。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

留置导尿（女性）操作规范

考核内容	技术要求	
操作 评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态
		3. 评估患者会阴及膀胱充盈情况
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作，嘱有自理能力患者自行清洗会阴
	环境	清洁、宽敞、明亮，关闭门窗、屏风遮挡
	操作者	1. 着装整洁，戴好口罩帽子，挂表 2. 消毒双手，方法正确
用物	用物准备齐全：（1）无菌导尿包（内装止血钳 2 把、弯盘、治疗碗、一个小药杯内置棉球数个、一个空小药杯、石蜡油棉球瓶、纱布数块、孔巾 1 块）；（2）留置导尿管 1 根；（3）集尿袋 1 个；（4）无菌手套 2 副；（5）皮肤消毒液；（6）会阴消毒包（内装治疗碗、弯盘、止血钳 1 把、棉球数个）；（7）无菌持物钳及筒；（8）生理盐水及注射器；（9）一次性垫巾；（10）大浴巾；（11）便盆及便盆巾（按需准备）；（12）病历本及护理记录单（按需准备）；（13）尿管标识贴；（14）手消毒剂；（15）锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶	
操作 实施	初步消毒	1. 携用物至床旁，再次核对解释，拉上窗帘或屏风遮挡
		2. 了解外阴清洗情况
		3. 体位安置符合操作要求，铺一次性垫巾，暴露外阴，患者感觉舒适
		4. 打开消毒包方法正确，倒入消毒液适量

考核内容		技术要求
		5. 戴无菌手套方法正确
		6. 右手持止血钳夹消毒液棉球擦洗：从上至下、从外向内，一个棉球限用一次、消毒方向不折返，间不留空隙，动作轻柔，关心患者
		7. 医用垃圾初步处理正确
	再次消毒	1. 开无菌导尿包无污染，倒入适量消毒液、生理盐水，放入无菌导尿管、无菌注射器和集尿袋
		2. 戴无菌手套方法正确
		3. 铺巾方法正确，无污染，无菌巾与孔巾构成一无菌区
		4. 检查气囊，无漏气
		5. 连接导尿管与集尿袋，润滑尿管
		6. 左手分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹棉球消毒尿道口、两侧小阴唇内侧、尿道口，每个棉球用一次，污棉球及用过的血管钳放弯盘内并移开，消毒符合要求，顺序正确，动作轻柔
	插管固定	1. 插管动作轻柔，口述插管深度（插入尿道 4~6cm，见尿流出再插入 7~10cm）
		2. 向气囊注入等量的无菌生理盐水，轻拉导尿管有阻力感
		3. 固定集尿袋，开放导尿管
		4. 及时撤下用物，注意保护隐私和保暖
		5. 脱手套，注明置管日期、时间、操作者
	导尿后处理	1. 及时撤出浴巾，协助患者穿好裤子及取舒适体位，整理床单位
		2. 消毒双手，方法正确；取下口罩；记录
		3. 健康指导内容正确，方式合适
		4. 医用垃圾初步处理正确
	操作评价	1. 患者满意
2. 护患沟通有效，患者合作		
3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念		
4. 操作规范，流程熟练		
5. 在规定时间内完成		

模块二 儿童护理模块

E-1 案例评估与分析

设计儿童常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对儿童或者患儿进行身体状况、辅助检查等方面的评估，提出主要的护理诊断和护理计划，同时制定护理措施，并进行护理评价。

1. 能力要求

- (1) 能根据患儿的病情及一般情况，进行护理评估；
- (2) 能结合评估资料，提出主要的护理诊断和护理计划；
- (3) 能从一般护理、病情观察、对症护理、用药护理、心理护理等方面提出有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：25 分钟

儿童护理案例评估与分析操作规范

考核内容		考核点及评分要求	
护理方案 (30 分钟)	护理评估	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估
	护理诊断	准确性	列出 2-5 个护理诊断
	护理计划	规范性	描述规范
		针对性	目标有针对性
	护理措施	科学性	护理措施科学合理
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施，措施有效，能达到预期目标
护理评价	有效性	解决了护理问题，护理目标有效达成	

E-2 体格发育测量

1. 能力与素质要求

- (1) 能准确告知体格发育测量的目的及注意事项；
- (2) 能按照体格发育测量的步骤进行正确操作；
- (3) 能对体格发育测量的结果进行分析，做好健康教育；
- (4) 动作规范、熟练，态度和蔼，语言亲切；
- (5) 关爱孩子，能与孩子（或家属）进行有效的沟通，表现出高度的责任感。

2. 操作规范

准备时间：7 分钟

完成时间：7 分钟

体格发育测量操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患儿	个人信息及合作情况
		时间选择恰当
	环境	室内安静、清洁、温暖、光线明亮
	操作者	着装整洁，端庄大方
		修剪指甲，消毒双手方法正确
用物	用物准备齐全：（1）电子体重秤；（2）一次性垫巾；（3）软尺；（4）身长测量器；（5）手消毒液；（6）护理记录单（按需准备）	
操作实施	核对患儿	1. 核对患儿信息
		2. 向家长解释体格发育测量的目的
	体重测量	1. 将电子体重秤接通电源，确认功能正常
		2. 将一次性垫巾铺在体重秤上
		3. 去除儿童衣服及尿布，将婴儿轻轻放于秤盘上，数值稳定后准确读数并记录
	身高测量	1. 将一次性垫巾铺在测量板上，患儿仰卧量板中线上
		2. 将头顶部轻触测量板顶端，头部扶正，双手自然伸平
		3. 左手按住患儿双膝，使双腿伸直，右手推动滑板至两足底，准确读数并记录
	头围测量	1. 协助儿童取坐位或立位
		2. 左手拇指将软尺零点固定于儿童头部一侧眉弓上缘，右手持软尺紧贴头皮绕枕骨结节最高点至另一侧眉弓上缘，回到零点
		3. 准确读出头围数值并记录
	胸围测量	1. 协助儿童取坐位或立位，两臂自然平放或下垂
		2. 左手将软尺零点固定于儿童一侧乳头下缘，右手持软尺紧贴皮肤，经背部两侧肩胛骨下缘绕胸一周回至零点
		3. 取平静呼吸时吸、呼气的平均数并记录
	操作后处理	1. 安置妥当，与家长沟通有效
		2. 告知家属测量的结果并对其宣教
3. 整理用物，垃圾分类处理		
4. 洗手		
操作评价	1. 体格发育测量有效	
	2. 动作轻柔，语言亲切，操作规范	
	3. 沟通有效，解释合理	
	4. 在规定时间内完成	

E-3 红臀的护理

1. 能力与素质要求

- （1）能够准确评估患儿的红臀程度；
- （2）能按照红臀的护理操作规范正确进行操作；
- （3）操作规范，动作熟练；

(4) 态度和蔼，关爱患儿，体现人文关怀，能与患者（或家属）进行有效沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

红臀的护理操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患儿	1. 核对患儿基本信息
		2. 评估臀部皮肤情况
	环境	光线充足，环境清洁，关闭门窗，室内温度 18-22℃，早产儿 24-26℃，湿度 55-65%
	操作者	着装整洁
用物	用物准备齐全：(1) 纸尿裤；(2) 小盆；(3) 小毛巾 2 条；(4) 湿纸巾；(5) 温水；(6) 护臀膏；(7) 手消毒剂；(8) 温湿度计	
操作实施	准备患儿	1. 再次核对患儿基本信息
		2. 患儿取仰卧位，解开包被、尿裤
	臀部清洁	1. 轻提患儿双足，用温水从前向后清洗臀部，用小毛巾吸干皮肤水分，将清洁纸尿裤垫于臀下
	臀部护理	1. 轻度红臀护理：局部涂护臀膏，环型按摩，兜好松紧适宜、透气纸尿裤，每 2 小时更换一次（口述）
		2. 重度红臀护理：红臀部位充分暴露在空气中或阳光下，暴露 10-20 分钟，每天 2-3 次，暴露期间注意保暖（口述），放射状涂抹护臀膏，兜好松紧适宜、透气纸尿裤，根据需要及时更换纸尿裤（口述）
	护理后处理	1. 帮助患儿穿好衣物
		2. 患儿安置妥当，告知家属患儿臀部情况
3. 整理用物，医用垃圾分类处理		
4. 洗手并记录		
操作评价	1. 操作规范，动作熟练	
	2. 态度和蔼，关爱患儿	
	3. 与家属沟通有效	
	4. 仪表举止大方得体，体现整体护理观念	
	5. 在规定时间内完成	

E-4 静脉血标本采集（真空管）

1. 能力与素质要求

(1) 了解患者病情，进行患者评估，做好解释取得患者合作，选择合适的采

血部位；能按照检验项目的要求，做好采血前准备；

(2) 能完成静脉血标本采集，包括选择合适的标本容器及准确的采集量；采血后指导患者按压穿刺部位并进行健康指导；

(3) 严格遵守标本采集原则和查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感；

(4) 仪表端庄，态度和蔼，关爱患者做好心理护理，沟通有效，患者及家属满意。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：15 分钟

静脉血标本采集（真空管）操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱、检验单
		2. 全身情况：病情、意识、检查项目、采血前的用药情况，是否进餐
		3. 局部情况：注射部位皮肤有无瘢痕、硬结、炎症；静脉充盈度及管壁弹性；肢体活动情况，若一侧肢体有静脉输液，应在对侧肢体采血
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	环境清洁、干燥、明亮，符合注射要求
自身	1. 着装整洁，端庄大方	
	2. 消毒双手/消毒手方法正确，戴口罩	
用物	用物准备齐全：（1）注射盘（内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾）；（2）真空采血针；（3）真空采血管；（4）一次性手套；（5）一次性止血带；（6）化验单、笔；（7）弯盘；（8）锐器盒；（9）手消毒剂；（10）病历本及护理记录单（按需准备）	
操作 实施	采集前 准备	1. 标本容器标签黏贴正确，核对检验单及标本容器
		2. 核对患者、解释合理，患者体位合适，选择血管正确
		3. 备好一次性止血带、小枕及一次性垫巾
	采集 过程	1. 正确消毒双手，戴手套及口罩，扎一次性止血带，注射部位皮肤消毒符合要求，待干（消毒两遍，消毒范围不小于 5cm，中间不留缝隙），嘱患者握拳
		2. 穿刺前查对，备干棉签
		3. 正确持采血针，绷紧皮肤，持针方法正确（针头斜面向上与皮肤呈 15° ~ 30° 角刺入静脉内），见回血后抽取所需血量
		4. 根据检验目的的不同将标本注入不同标本容器内
		5. 松一次性止血带，松拳，采血完毕快速拔针，按压得当，沟通到位
		6. 正确处理采血针及其他医用垃圾
		7. 再次核对检验单，将真空采血管上的条码粘贴在检验单上
操作后 处理	1. 脱手套，消毒双手，取下口罩	
	2. 记录，健康指导内容合理	

考核内容	技术要求
	3. 将标本送检，按规定对物品进行分类处理
操作评价	1. 患者满意，穿刺部位皮肤无肿胀、疼痛
	2. 操作规范，流程熟练，严格遵守查对制度和无菌技术操作原则
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念
	4. 护患沟通有效，患者合作，并知道静脉血标本采集的目的和意义
	5. 在规定时间内完成

E-5 超声波雾化吸入

1. 能力与素质要求

(1) 能准确评估患者的病情；告知患者雾化吸入法的目的、方法、注意事项及配合要点；

(2) 能了解雾化器的性能和所用药物的作用，正确抽吸药物，做到剂量准确；

(3) 能严格执行查对制度；操作规范，方法正确；

(4) 能正确教给患者深呼吸的方法及用深呼吸配合雾化的方法；及时观察雾化情况，对异常情况的判断和处理迅速、及时、正确；

(5) 关爱患者，能与患者和家属进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：9 分钟

完成时间：9 分钟

超声波雾化吸入操作规范

考核内容	技术要求	
操作 评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估患者全身情况：病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史
		3. 评估患者局部情况：呼吸道是否通畅、面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	环境清洁、安静，光线、温湿度适宜
操作者	1. 着装整洁	
	2. 洗手，戴口罩	
用物	用物准备齐全：(1) 超声波雾化吸入器一套；(2) 水温计；(3) 弯盘；(4) 冷蒸馏水；(5) 无菌方盘（内放已抽好药液的注射器）(6) 纱布或纸巾；(7) 一次性治疗巾；(8) 手电筒；(9) 手消毒剂；(10) 笔；(11) 病历本及治疗卡；(12) 治疗车；(13) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶	
操作 实施	雾化前 准备	1. 检查雾化器各部件是否完好，有无松动、脱落等异常情况
		2. 连接雾化器各部件
		3. 水槽内加冷蒸馏水，水量要求浸没雾化罐底部的透声膜

考核内容		技术要求
考核内容	雾化吸入	4. 核对医嘱、治疗卡（单），将已抽好的药物加入雾化罐内，将雾化罐放入水槽，盖紧水槽盖
		1. 携用物至床旁，核对患者床号、姓名、手腕带并解释
		2. 协助患者取合适卧位，颌下铺巾
		3. 接通电源，打开电源开关，调整定时开关至所需时间，打开雾化开关，调节雾量
		4. 二次核对
		5. 将口含嘴放入患者口中（也可使用面罩罩住患者口鼻部）
	雾化结束	6. 指导患者闭口深呼吸，告知患者或家属注意事项
		1. 雾化完毕（口述），取下口含嘴或面罩
	操作后处理	2. 先关雾化开关，再关电源开关
		1. 清洁患者面部，取下治疗巾
		2. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，健康指导
		3. 分类处置用物，放掉水槽内的水并擦干，将口含嘴、雾化罐、螺纹管浸泡于消毒液内 1 小时，再洗净晾干备用（口述）
	操作评价	4. 洗净双手，取下口罩，记录
1. 患者满意，呼吸道通畅，感觉舒适		
2. 操作规范，流程熟练		
3. 护患沟通良好，健康指导有效		
4. 仪表、举止大方得体，关爱患者		
5. 在规定时间内完成		

模块三 成人护理模块

C-1 案例评估与分析

设计成年人常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对患者进行全身情况、局部情况、心理状况等方面的评估，**提出主要的护理诊断和护理计划，同时制定护理措施，并进行护理评价。**

1. 能力与素质要求

- (1) 能根据患者的病情及一般情况，进行**护理**评估；
- (2) 能结合评估资料，提出主要的**护理诊断和护理计划**；
- (3) 能从**一般护理、病情观察、对症护理、用药护理、心理护理**等方面提出有针对性的护理措施，并**评价**护理措施的有效性。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：25 分钟

成人护理**案例评估与分析操作规范**

考核内容		考核点及评分要求	
护理方案 (30分钟)	护理评估	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估
	护理诊断	准确性	列出 2-5 个护理诊断
	护理计划	规范性	描述规范
		针对性	目标有针对性
	护理措施	科学性	护理措施科学合理
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施, 措施有效, 能达到预期目标
护理评价	有效性	解决了护理问题, 护理目标有效达成	

C-2 呼吸功能锻炼

1. 能力与素质要求

- (1) 能够正确指导患者进行缩唇呼吸、腹式呼吸等呼吸训练;
- (2) 操作规范, 动作熟练, 指导有效;
- (3) 关爱患者, 能与患者进行有效的沟通, 并能根据病情对患者进行相关健康教育。

2. 操作规范

准备时间: 10 分钟

完成时间: 10 分钟

呼吸功能锻炼操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱单、查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名, 解释并取得合作
		3. 评估患者的呼吸情况、意识状态
	环境	环境清洁、光线充足、温湿度适宜
操作者	着装整洁, 符合操作要求	
用物	用物准备齐全: (1) 蜡烛; (2) 打火机; (3) 医嘱单; (4) 护理记录单; (5) 笔 (6) 手消毒剂	
操作 实施	操作前	1. 再次核对患者床号、姓名
		2. 向患者解释, 取得配合
	缩唇呼吸	1. 协助患者取合适体位 (立位、坐位或仰卧位)
		2. 用鼻深吸气, 呼气时口缩成吹口哨状, 使气体通过缩窄的口型缓缓呼出
		3. 吸: 呼时间为 1: 2 或 1: 3, 可与吹蜡烛火苗结合练习 (呼气流量以能使距离口唇 15~20cm 处, 与口唇同水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不熄灭为宜。)
腹式呼吸	1. 协助患者取合适体位 (立位、坐位或仰卧位)	
	2. 双手分别放前胸部及腹部, 以感受胸腹起伏	

考核内容		技术要求
		3. 用鼻深吸气，腹部微微隆起；用口缓慢呼气，腹部凹陷（进行至少 1 分钟的演示）
		4. 缩唇呼吸与腹式呼吸结合练习，每天训练 2~3 次，每次 10~20 分钟，每分钟 7~8 次（口述）
		5. 观察患者训练中是否有呼吸困难或胸闷等症状，如有不适，立即停止操作（口述）
	操作后	1. 协助患者取舒适卧位，整理床单位
		2. 洗手，记录
		3. 给予饮食、运动及呼吸功能锻炼等方面的健康教育
操作评价	1. 患者安全、满意	
	2. 演示、指导方法正确，患者能掌握操作要领	
	3. 沟通有效，解释合理，配合良好，健康教育内容和方式合理	
	4. 关爱患者，语言亲切，态度和蔼	
	5. 在规定时间内完成	

C-3 胸背叩击排痰

1. 能力与素质要求

- (1) 能够对患者进行评估和肺部听诊；
- (2) 能正确进行胸背叩击排痰操作；
- (3) 能准确评估排痰效果；
- (4) 操作规范，动作熟练，指导有效；
- (5) 关爱患者，能与患者进行有效的沟通，并能根据病情对患者进行相关健康教育。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

胸背叩击排痰操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱单、查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作
		3. 评估病情、咳嗽能力、影响咳痰的因素、合作能力、是否进食，有无禁忌症
		4. 肺部听诊痰鸣音，确定病变部位
	环境	环境清洁、光线充足、温湿度适宜
	操作者	着装整洁，符合操作要求
用物	用物准备齐全：（1）听诊器；（2）治疗巾；（3）吸管；（4）一次性纸杯 2 个（1 个内盛温水）；（5）纸巾；（6）软枕；（7）医嘱单；（8）护理记录	

考核内容		技术要求
		单；（9）笔；（10）手消毒剂；（11）医用垃圾桶；（12）生活垃圾桶
操作实施	操作前	1. 携用物至患者床旁，再次核对患者床号、姓名
		2. 向患者解释，取得配合
	胸背叩击	1. 患者穿单层上衣，根据痰液滞留部位，协助取合适体位（如取侧卧位胸前及双膝置软枕，如取坐位胸前抱软枕）
		2. 治疗巾垫于颌下
		3. 叩击方法：将五指并拢呈空杯状，利用腕力，快速有力叩击胸壁或背部
		4. 叩击原则：从下至上、从外至内（背部从第10肋间隙，胸部从第6肋间隙，向上叩击至肩部），注意避开乳房、心脏、骨突部位（如脊椎、肩胛骨、胸骨）及衣服拉链、纽扣等
		5. 力度适宜，患者不感到疼痛
		6. 每一肺叶叩击1-3分钟，每次叩击5-15分钟，每分钟叩击120-180次（口述，考核叩击2-3分钟即可）
		7. 操作中注意观察患者病情变化，询问有无不适，如出现发绀、呼吸困难立即停止操作
	有效咳嗽	1. 指导患者先进行深而慢的腹式呼吸5-6次
		2. 深吸气后屏气3-5秒，身体前倾，进行2-3次短促有力的咳嗽，咳嗽时同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助咳嗽
		3. 重复做2-3次，休息几分钟后重新开始（口述），如有排痰，及时擦拭清理
		4. 听诊肺部，判断排痰效果
		5. 观察并记录痰液量、性质，必要时送检
	操作后	1. 协助患者取舒适体位，整理床单位
		2. 整理用物，垃圾分类处理
3. 洗手并记录		
4. 给予饮食、运动等方面的健康教育		
操作评价	1. 操作规范，流程熟练	
	2. 患者满意，呼吸道通畅	
	3. 沟通有效，解释合理	
	4. 在规定时间内完成	

C-4 体位引流

1. 能力与素质要求

（1）评估患者基本状况，确定病变部位及引流支气管走向；

- (2) 能根据不同病变部位摆好相应的引流体位，并按照步骤进行正确操作；
- (3) 准确评估体位引流后效果，做好引流后处理；
- (4) 操作规范，动作熟练，指导有效；
- (5) 关爱患者，能与患者进行有效的沟通，并能根据病情对患者进行相关健康教育。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

体位引流（成人）操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱，查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作
		3. 评估患者的生命体征，意识状态，咳嗽、咳痰情况，进食情况
		4. 肺部听诊痰鸣音，确定病变部位
	环境	清洁、安静、明亮，温湿度适宜，关门窗或屏风遮挡
操作者	着装整洁，符合操作要求	
用物	用物准备齐全：（1）听诊器；（2）治疗巾；（3）吸管；（4）一次性纸杯 2 个（1 个内盛温水）；（5）纸巾；（6）软枕；（7）医嘱单；（8）护理记录单；（9）笔；（10）手消毒剂；（11）医用垃圾桶；（12）生活垃圾桶	
操作实施	操作前	1. 再次核对患者床号、姓名
		2. 向患者解释，取得配合
	操作中	1. 根据患者病变部位，确定引流体位（原则：病变部位在上，引流支气管开口朝下）
		2. 协助患者摆好体位
		3. 进行胸背叩击，指导患者深呼吸和有效咳嗽
		4. 口述：每天引流 1-3 次，每次 15-20 分钟
		5. 指导患者将痰液吐入一次性纸杯漱口后漱口
		6. 操作中注意观察患者病情变化，询问有无不适，如出现发绀、呼吸困难立即停止引流
		7. 听诊肺部，判断引流效果
	操作后	1. 协助取舒适体位，整理床单位
		2. 整理用物，垃圾分类处理
		3. 洗手并记录
		4. 给予饮食、运动等方面的健康教育
操作评价	1. 操作规范，流程熟练	
	2. 患者满意，引流有效	
	3. 沟通有效，解释合理	
	4. 在规定时间内完成	

C-5 四肢固定术

1. 能力与素质要求

(1) 能正确判断患者病情并采取相应固定措施;松紧度适合、美观舒适;能正确实施固定术。

(2) 各项操作依照标准,动作熟练,操作有效,动作迅速,手法正确,患者无并发症发生;向家属解释病情以取得配合。

(3) 操作规范能减轻患者疼痛;保护伤口;评估结果准确,解释合理并能对被评估者进行健康指导。

(4) 关爱病人,能与病人(或家属)进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间: 5 分钟

完成时间: 10 分钟

四肢固定术操作规范

考核内容		考核点及评分要求
评估及准备	病人	1.判断伤员意识,与伤员交流,做好人文关怀
		2.表明身份,检查伤情
		3.呼唤、寻求他人协助救护
	环境	现场环境安全、清洁,通风良好
	操作者	1.着装整洁,端庄大方 2.消毒双手、戴口罩
用物	夹板、敷料、三角巾、绷带等(用物准备少一项扣 1 分)	
实施	夹板固定法	1.夹板选择合理,放置方法、位置正确
		2.在关节、骨突处放棉垫保护,空隙处用柔软物品填实
		3.肘关节、踝关节等处于功能位
		4.固定夹板上下两端。固定时应先固定肢体近心端,再固定远心端。
		5.松紧适度,检查伤肢末梢血液循环,运动及感觉。
	其他固定方式	1.三角巾固定方式正确、妥当,保护患肢
		2.现场无夹板、三角巾等用物时,能就地取材,且方式方法正确
		3.帮助患者整理床单位,取合适体位
	整理记录	1.协助病人取舒适体位,迅速转移至院内救治
		2.按要求分类处理用物
3.消毒双手,取下口罩,记录		
健康指导	1.嘱患者患肢制动	
	2.向家属解释介绍病情,取得合作	
评价	1.固定方法正确	

考核内容	考核点及评分要求
	2.处于功能位，保护患肢
	3.操作熟练流畅
	4.沟通良好，取得合作

C-6 心脏评估（心瓣膜听诊）

1. 能力与素质要求

- (1) 能够迅速、准确对患者情况进行初步评估；
- (2) 能按照心脏听诊步骤进行正确操作；
- (3) 注重保护患者隐私，操作规范，动作熟练、敏捷；
- (4) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：7 分钟

完成时间：7 分钟

心脏听诊操作规范

考核内容	技术要求	
操作评估	患者	评估患者病情、合作程度，评估胸部皮肤情况，被检查者无紧张、恐惧心理，对检查者配合
	环境	清洁，光线充足，温、湿度适宜，有床帘或屏风
	操作者	衣帽整齐，戴口罩，胸卡、洗手，不佩戴首饰，剪净指甲
	用物	听诊器、医嘱单、洗手液
操作实施	听诊前	1. 与被检查者进行良好沟通，告知在检查过程中被检查需要配合的注意事项 2. 床帘或屏风遮挡患者，保护患者隐私
	听诊中	1. 受检者坐位/卧位/站立位，检查者站在受检者右侧
		2. 受检者松解衣扣，注意防止过多暴露
		3. 按逆时针方向听诊各瓣膜区 准确找到各瓣膜区位置：二尖瓣区（心尖区）、肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间）、主动脉瓣第一听诊区（胸骨右缘第二肋间）、主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第三四肋间）、三尖瓣区（胸骨左缘第四五肋间）
听诊后	4. 评估听诊内容：心音、心律、心率、是否有杂音。 1. 被检查者扣好衣服 2. 口述听诊结果	
操作评价	1. 能对异常的听诊结果进行简单临床分析 1) 在瓣膜区听到杂音可能是什么问题 2) 心率多少说明不正常	
	2. 关爱患者，沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	
	3. 患者安全、满意	
	4. 操作规范，动作熟练、轻柔	

考核内容	技术要求
	5. 整理用物、洗手

C-7 心肺复苏

1. 能力与素质要求

- (1) 能迅速准确的判断心脏骤停并立刻启动应急救护系统；
- (2) 能准确、规范、成功的完成心肺复苏的流程；
- (3) 急救意识强，态度严谨，对突发事件处理得当；
- (4) 沟通有效，解释合理，尊重患者，充分体现人文关怀。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：5 分钟

单人徒手心肺复苏（成人）操作规范

考核内容	技术要求	
操作评估	患者	1.评估患者意识（5 秒内完成），呼吸及大动脉搏动（5~10 秒完成），报告结果 2.确认患者意识丧失，呼救，计时
	环境	现场环境符合复苏要求
	操作者	着装整洁
	用物	用物准备齐全：（1）人工呼吸膜（纱布）；（2）纱布（清除口腔异物）；（3）手电筒；（4）挂表；（5）弯盘；（6）抢救记录卡（单）；（7）笔；（8）手消毒剂
操作实施	胸外心脏按压	1. 患者置于硬板床，取仰卧位
		2. 去枕，头、颈、躯干在同一轴线上，双手放于两侧，身体无扭曲（口述）
		3. 胸外按压部位：胸骨中下 1/3 交界处
		4. 按压方法：两手掌根部重叠，手指翘起不接触胸壁，上半身前倾，两臂伸直，垂直向下用力
		5. 按压深度：胸骨下陷 5~6cm
		6. 按压频率：100~120 次/分
	保持呼吸道通畅	1. 检查口腔，清除口腔分泌物及异物，取出活动性义齿（口述）
		2. 判断颈部有无损伤，根据不同情况采取合适方法开放气道
	人工呼吸	1. 捏住患者鼻孔，双唇完全包绕患者口部，缓慢向患者口内吹气，直至患者胸廓抬起（潮气量为 500~650ml）
		2. 吹气毕，观察胸廓情况，完成 2 次人工呼吸
连续操作	1. 胸外心脏按压与人工通气比例 30：2	
	2. 连续操作 5 个周期，在规定时间内完成	

考核内容		技术要求
判断复苏效果	判断复苏效果	1. 颈动脉恢复搏动
		2. 自主呼吸恢复
		3. 散大的瞳孔缩小，对光反射存在
		4. 收缩血压大于 60mmHg（口述）
		5. 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红
	复苏后处理	1. 协助取舒适体位，口述进一步生命支持
		2. 嘱患者绝对卧床休息，不要紧张，向家属介绍病情
		3. 整理用物，医用垃圾分类处理
		4. 洗手并记录
操作评价	1. 复苏有效	
	2. 急救意识强，动作迅速，操作规范	
	3. 态度严谨，突发事件处理合适	
	4. 沟通有效，解释合理	
	5. 在规定时间内完成	

C-8 心电监护

1. 能力与素质要求

- (1) 能够耐心细致的向患者解释操作目的，取得患者的合作；
- (2) 能按照心电监护的步骤进行正确操作；
- (3) 能正确调节心电监护仪各项监护指标报警值；
- (4) 有较强的急救意识；操作规范，动作熟练、敏捷；
- (5) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：15 分钟

心电监护（成人）操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱、治疗卡
		2. 核对患者，解释目的，取得合作，协助患者取舒适卧位
		3. 评估患者病情、意识状态、皮肤情况、指甲情况、有无过敏史、有无起搏器
	环境	评估患者周围环境、光照情况及有无电磁波干扰，确定符合心电监护仪使用要求，注意隐私保护
	操作者	1. 着装整洁
		2. 消毒双手，方法正确，戴口罩
	用物	用物准备齐全：（1）治疗盘：心电监护仪及模块、导连线、电极片、配套的测血压袖带、SpO ₂ 传感器；（2）75%酒精纱布或棉球；（3）清洁

		纱布；（4）医嘱单；（5）护理记录单；（6）弯盘；（7）笔；（8）手消毒剂及挂架；（9）医疗垃圾桶、生活垃圾桶
操作实施	开机	1. 再次核对，告知配合要点，取得患者合作
		2. 连接电源，开机，检查监护仪功能是否完好
		3. 正确连接各导连线，并将电极片与 ECG 各导连线电极相连接，连接血氧饱和度插件，连接血压计袖带
	心电图监测	1. 暴露电极安放部位并清洁局部皮肤
		2. 正确安放电极片：右上（RA）：胸骨右缘锁骨中线第一肋间；左上（LA）：胸骨左缘锁骨中线第一肋间；右下（RL）：右锁骨中线剑突水平处；左下（LL）：左锁骨中线剑突水平处；胸导（C）：胸骨左缘第四肋间；为患者系好衣扣
		3. 选择（P、QRS、T 波）显示清晰的导联
		4. 调整波形走速为 25mm/s
	呼吸监测	1. 显示呼吸的波形和数据
		2. 调整波形走速为 6.25mm/s
	血氧饱和度监测	1. 将血氧饱和度传感器安放在患者身体的合适部位，红点对指甲，与血压计袖带相反肢体
		2. 显示血氧饱和度的波形和数据
	无创血压监测	1. 距肘窝上 2~3cm 处缠好测血压袖带，松紧以能容纳一至两指为宜
		2. 测血压肢体与心脏处于同一水平，伸肘并稍外展
		3. 按测量键，设定测量间隔时间
	报警设置	根据所给常见异常心电图图示，进行准确判读
观察	根据患者情况，设定正常成人各报警上下限参数	
操作后处理	1. 协助患者取舒适体位，整理床单位	
	2. 对患者和家属进行健康指导	
	3. 整理用物，医用垃圾初步处理正确	
	4. 消毒双手、记录	
停止监护	1. 取得患者及家属配合	
	2. 关闭监护仪，撤除导联线及电极片方法正确	
	3. 协助患者取舒适体位并根据病情进行健康指导	
	4. 整理用物，医用垃圾初步处理正确	
	5. 消毒双手，方法正确，记录	
操作评价	1. 操作规范，动作熟练	
	2. 各项参数调节正确	
	3. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	
	1. 态度和蔼，体现人文关怀，保护患者隐私	
	2. 沟通良好，患者合作	

C-9 心电图技术

1. 能力与素质要求

- (1) 能够迅速、准确对患者情况进行初步评估;
- (2) 能按照心电图的操作步骤进行正确操作;
- (3) 注重保护患者隐私, 操作规范, 动作熟练、敏捷;
- (5) 关爱患者, 能与患者(或家属)进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间: 10 分钟

完成时间: 10 分钟

心电图技术操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	评估: 核对患者床号姓名, 评估患者病情、合作程度, 评估胸部皮肤情况
	环境	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜, 有床帘或屏风
	操作者	衣帽整齐, 戴口罩, 胸卡、洗手
	用物	用物准备齐全: 心电图机(含导连线)、医嘱单、洗手液、弯盘 1 个、装有酒精棉球器皿 1 个、持物钳 1 把、纱布 1 块
操作 实施	操作前	1. 核对医嘱, 解释操作目的
		2. 检查导联线是否紧密, 连接心电图机电源
		3. 指导与检查患者身上无干扰物品
	操作中 <40分>	1. 协助患者取平卧位, 遮挡屏风, 暴露导联连接身体的部位
		2. 选择导联位置正确
		3. 在导联连接位置涂抹导电胶(两侧腕关节屈侧上方约 3cm, 两内踝上部约 7cm, V ₁ 导联: 胸骨右缘第四肋; V ₂ 导联: 胸骨左缘第四肋; V ₃ 导联: V ₂ 和 V ₄ 连线中点; V ₄ 导联: 左锁骨中线第五肋; V ₅ 导联: 左腋前线 V ₄ 同一水平; V ₆ 导联: 左腋中线 V ₄ 同一水平;)
		4. 连接各导联, 各导联标记正确(12 个导联)
		5. 协助患者整理衣物、盖被
6. 正确记录(患者姓名、年龄、作图时间)		
7. 撤除导联, 协助患者整理衣服		
操作后	告知患者检查结果, 做好宣教	
操作评价	1. 关爱患者, 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适	
	2. 患者安全、满意	
	3. 操作规范, 动作熟练、轻柔	
	4. 整理用物	
	5. 掌握操作目的、注意事项	

C-10 肠造口护理

1. 能力与素质要求

(1) 能准确评估患者的年龄、病情、意识、过敏史、造瘘口的功能状况及心理接受程度及患者对造瘘口护理掌握情况；

(2) 能正确清洁造口，并根据造口情况粘贴造口袋，并做好观察及记录；

(3) 能根据病情合理地进行健康指导，沟通良好，患者及家属满意；

(4) 操作规范，动作轻柔，注意保护患者隐私；严格执行查对制度，无菌观念强；

(5) 对患者不适的判断和处理迅速、及时、正确。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

肠造口护理操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱、治疗卡，确认医嘱
		2. 核对患者，评估病情，意识、心理状态、手术方式、造口的类型、造口周围皮肤情况及造口有无异常情况、家属及患者对造口的认知情况及患者自我照顾能力
	环境	清洁、安静，光线明亮，室温适宜，准备布帘 / 屏风，关好门窗
	操作者	1. 着装整洁，挂表
		2. 按七步洗手法用手消毒剂消毒双手，戴口罩
用物	用物准备齐全：（1）治疗碗 2 个；（2）治疗巾；（3）清洁手套；（4）纱布或柔软毛巾 2 块；（5）温生理盐水或温开水约 100ml；（6）造口量尺；（7）造口袋一套（底板、袋）；（8）造口固定腰带；（9）棉签；（10）剪刀；（11）医嘱单；（12）记录单；（13）笔；（14）手消毒剂。必要时备皮肤护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏或防漏条，一次性引流袋	
操作 实施	取下原来的 底板	1. 再次核对，告知配合要点及注意事项，取得配合
		2. 拉上床帘或屏风遮挡，协助患者取平卧位，暴露造口侧腹壁
		3. 造口侧下方铺治疗巾
		4. 戴手套，自上而下轻柔剥除造口袋，一手轻按腹壁，一手将旧造口袋底盘轻柔撕除
	清洁造口	1. 用温生理盐水纱布清洁造口及周围皮肤
		2. 用小方纱或纸巾擦干皮肤，必要时涂造口护肤粉及皮肤保护膜
	粘贴造口 袋	1. 脱手套，用造口量尺测量造口大小
		2. 用剪刀修剪底盘中心孔，底盘中心孔大于造口周径 1-2mm
		3. 用手指磨平磨滑孔边缘，试戴修剪好的造口底盘
		4. 撕去底盘粘贴纸，由下往上粘贴底盘，并按压底盘 3-5 分钟
		5. 关好造口袋的排放口，将造口袋与底盘连接，检查并夹好便袋夹
	操作后 处理	1. 撤离治疗巾，协助患者戴造口袋固定腰带，整理床单位，协助患者取舒适体位，放好呼叫器
		2. 整理用物，医用垃圾初步处理正确
3. 消毒双手，指导患者饮食、活动、衣着、沐浴等知识		
观察记录	1. 观察造口黏膜及周围皮肤情况	

考核内容		技术要求
		2. 观察患者及家属对造口的接受程度及反应
		3. 记录造口评估情况及处理措施
		4. 记录排泄物的性质、颜色、量、气味
操作评价		1. 操作规范，手法正确，动作熟练、轻柔
		2. 态度和蔼，体现人文关怀
		3. 沟通良好，患者合作

C-11 T 管引流的护理

1. 能力与素质要求

- (1) 能准确评估患者的病情；告知患者“T”管引流护理的目的及注意事项；
- (2) 能熟练更换“T”管引流袋；能对患者的不适做出迅速、及时、正确的判断和处理；掌握“T”管引流的观察要点，正确记录；
- (3) 能严格遵守查对制度及无菌原则，医疗垃圾分类处理正确；
- (4) 操作规范、动作熟练，能根据病情进行健康指导；
- (5) 关爱患者，能与患者进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

“T”管引流护理操作规范

考核内容		技术要求
护理 评估	患者	1. 核对医嘱、治疗卡
		2. 核对患者，评估病情、“T”管引流情况
		3. 解释操作目的，取得患者合作
	环境	符合“T”管引流护理要求，注意保护隐私
	操作者	1. 着装整洁，戴好口罩帽子，挂表
2. 消毒双手，方法正确		
用物	用物准备齐全：（1）无菌引流袋；（2）治疗巾；（3）棉签；（4）碘伏；（5）清洁手套；（6）弯盘；（7）血管钳；（8）笔；（9）治疗卡；（10）病历本；（11）标签；（12）手消毒剂；（13）治疗车、治疗盘；（14）医疗垃圾桶、生活垃圾桶；（15）屏风或床帘；（16）“T”管引流模型	
操作 实施	操作前	再次核对，拉上床帘或屏风，协助患者取平卧或半卧位，暴露“T”管及右侧腹壁
	操作中	1. 戴清洁手套
		2. 治疗巾铺于引流管的下方
		3. 置弯盘于“T”管与引流袋接口下方
4. 夹管：用血管钳夹闭引流管管口近端		

考核内容		技术要求
		5. 初消毒：用碘伏棉签消毒“T”管接口处
		6. 分离引流袋，并置于医用垃圾袋，脱手套
		7. 再消毒：用碘伏棉签消毒“T”管引流口（由内向外消毒管口及外周）
		8. 连接：检查引流袋，出口处拧紧，一手握住引流管，将引流袋与引流管连接牢固
		9. 固定：将引流袋挂于床边，引流袋应低于“T”型引流管平面
		10. 保持有效引流：松开血管钳，观察引流通畅情况
	操作后处理	1. 撤去治疗巾、弯盘
		2. 协助患者取舒适体位，整理床单位
		3. 整理用物，垃圾分类处理
		4. 消毒双手，在标签上注明引流袋更换的日期和时间，并贴于引流袋正面
		5. 记录
		6. 根据病情进行健康指导（防脱管、防逆流、低脂饮食、多饮水）
操作评价	1. 操作规范，动作熟练	
	2. 态度和蔼，关爱患者，体现人文关怀	
	3. 注意保护患者隐私	
	4. 沟通良好，患者合作	
	5. 在规定时间内完成	

C-12 膀胱冲洗

1. 能力与素质要求

- (1) 能够迅速、准确对患者情况进行初步评估；
- (2) 能按照膀胱冲洗的步骤进行正确操作；
- (3) 准确观察引流液的量、色及性状，评估引流效果并做好记录；
- (4) 有较强的无菌意识；操作规范，动作熟练、敏捷；
- (5) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

膀胱冲洗（成人）护理操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱单，治疗卡
		2. 评估患者病情、意识状态、心理状态、合作程度等
		3. 评估尿的性状、有无尿频、尿急、尿痛、膀胱憋尿感，是否排尽尿液及尿管通畅情况

考核内容		技术要求	
	环境	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜、有屏风遮挡	
	操作者	衣帽整洁、洗手、戴口罩	
	用物	治疗盘；无菌膀胱冲洗装置；冲洗液；一次性无菌治疗巾；一次性无菌引流袋 1 个；清洁手套；止血钳 1 把；弯盘 1 个；棉签；络合碘；膀胱冲洗标签；生活、医疗垃圾桶；手消毒剂；医嘱单；治疗卡；笔；标签纸	
操作实施	核对解释	1.携用物至床旁，再次核对患者，拉上床帘或屏风，解释膀胱冲洗目的及方法，以便取得患者的配合	
		2.协助患者取舒适体位，暴露尿管。	
	排气连接	1.将膀胱冲洗液悬挂在输液架上并排气	
		2.操作者戴手套	
		3.在引流管与引流袋连接处垫治疗巾	
		4.置弯盘于尿管与引流袋连接处的下方	
		5.在尿管尾端分叉处夹闭尿管	
		6.分离三腔尿管冲洗腔引流袋，并置入医疗垃圾袋内	
		7.消毒三腔尿管冲洗腔管口：由内向外消毒管口及外周	
		8.将膀胱冲洗装置与三腔尿管冲洗腔连接	
	冲洗并观察	1. 打开夹闭尿管的血管钳，夹闭尿管引流腔，打开冲洗管开关，调节速度 60-80 滴/分。	
		2. 待患者有尿意或滴入 200-300 毫升液体后关闭冲洗管，打开夹闭的引流管，如此反复。	
		3. 评估冲洗液的入量、出量、颜色、性质，膀胱有无憋胀感。	
冲洗后处置	1. 冲洗完毕关闭冲洗管开关，夹闭尿管。		
	2. 分离冲洗管并将冲洗管置入医疗垃圾袋内，脱手套。		
	3. 消毒三腔尿管管口：由内向外消毒管口及外周，连接引流袋，妥善固定，位置低于耻骨联合水平，松开血管钳。		
	4. 撤去治疗巾、弯盘，协助患者取舒适卧位整理床单位。		
	5. 整理用物，垃圾分类处理。		
	6. 消毒双手，在标签上注明引流袋更换日期和时间，并贴于引流袋醒目处。		
	7. 记录。		
健康指导	2. 告知注意事项	①多饮水	
		②防脱管	
		③防尿液逆流	
操作评价	1. 无菌意识强，动作熟练，操作规范		
	2. 沟通有效，解释合理		
	3. 注重人文关怀		
	4. 能及时观察患者的病情变化及冲洗效果		
	5. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 4 分为止		

C-13 甲状腺评估

1. 能力与素质要求

- (1) 能够对患者甲状腺肿大进行准确的评估；
- (2) 能按照甲状腺评估的操作流程进行正确操作；
- (3) 操作规范，动作熟练、敏捷、轻柔；
- (4) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：7 分钟

完成时间：7 分钟

甲状腺评估操作规范

项目内容		技术要求	
操作评估	患者	1.核对患者，评估病情 2.解释操作目的，取得患者合作	
	环境	环境清洁，光线充足，温、湿度适宜	
	操作者	着装整洁仪表端庄，衣冠整齐，不佩带首饰，剪净指甲	
	用物	用物准备齐全	
操作实施	操作前	1.告知被检查者在检查过程中需要配合的注意事项 2.受检者坐位，充分暴露颈部	
		操作中	1.视诊：观察甲状腺的大小和对称性 2.评估时嘱患者做吞咽动作，可见甲状腺随吞咽而上下移动，由此可以与颈前其他肿块鉴别 3.触诊峡部：位于患者的前面用拇指或位于其后面，用示指从胸骨上切迹向上触诊，若触到气管前软组织并随吞咽在手指下滑动，进一步判断有无增厚和肿块 3.触诊侧叶：选择前面触诊或者后面触诊
	4.前面触诊：位于被检查者前面，一手拇指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手示指、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指在胸锁乳突肌前缘触诊，配合吞咽动作，可触及被挤压的甲状腺，用同样的方法评估另一侧甲状腺 5.后面触诊：检查者位于被检查者背后，一手示指、中指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手拇指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺，示指、中指在其前缘触诊甲状腺 6.听诊：当触到甲状腺增大时，如在甲状腺闻及低调的连续性静脉“嗡嗡”音，是血管增多、增粗、血流加速的结果		
	操作后		1.口述检查结果 2.嘱患者卧床休息，向患者与家属介绍病情 3.整理用物

项目内容	技术要求
	4. 洗手并记录
操作评价	1. 能阐述甲状腺增大的病因与分度。 (甲状腺增大可分为三度: 不能看出增大但能触及者为 I 度, 能看到增大又能触及, 但在胸锁乳头肌以内者为 II 度, 超过胸锁乳突肌外缘者为 III 度)
	2. 动作轻柔, 操作规范
	3. 态度严谨, 突发事件处理合适
	4. 沟通有效, 患者满意
	5. 在规定时间内完成

C-14 神经系统评估 (脑膜刺激征)

1. 能力与素质要求

- (1) 能准确说出颈项强直的评估内容与临床意义;
- (2) 能准确说出 Kernig 征的评估内容及其临床意义;
- (3) 能准确说出 Brudzinski 征的评估内容及其临床意义;
- (4) 尊敬体贴患者, 操作规范、手法熟练;
- (5) 态度和蔼, 语言亲切, 与患者沟通有效;
- (6) 评估结果准确, 解释合理, 并能对患者进行健康指导。

2. 操作规范

准备时间: 5 分钟

完成时间: 5 分钟

神经系统评估 (脑膜刺激征) 操作规范

考核内容	技术要求
操作评估	患者 1. 全身情况: 目前的健康状态、生命体征、意识状态 2. 心理情况: 有无紧张恐惧心理, 对评估的要求及合作程度
	环境 现场环境安静、干燥、整洁、光线适中、室温适宜
	操作者 衣帽整洁、挂表, 洗手/消毒手方法正确, 剪指甲
	用物 用物准备齐全: 笔、纸、棉签、评估记录单
操作实施	舒适环境 1. 安排合适的评估环境, 关门窗或屏风遮挡
	有效沟通 2. 对患者先作自我介绍, 说明评估的目的, 获得患者的认可。
	脑膜刺激征检查 3. 颈强直 : 患者去枕仰卧, 评估者以一手托患者枕部, 另一只手置于患者前胸, 使下颌向胸骨柄方向做被动屈颈。(口述: 如这一被动屈颈检查时感觉到抵抗力增强, 即为颈部阻力增高或颈强直。) 4. Kernig 征 (克氏征) : 患者仰卧, 将患者一侧下肢的髋关节和膝关节屈曲呈直角, 再用左手置于膝部固定, 用右手抬起小腿。(口述: 观察患者膝关节能否伸达 135° 以上, 如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛, 则为阳性。)

考核内容		技术要求
		5. Brudzinski 征（布鲁津斯基征）：患者去枕仰卧，双下肢伸直，以右手置于患者前胸，左手置于其枕后，托起头部，使头部前屈，观察其膝关节是否同时弯曲。（口述：当头部前屈时，双髌与膝关节同时屈曲则为阳性。）
	报告检查结果	1. 报告检查结果：脑膜刺激征阳性或阴性。（正常人脑膜刺激征阴性）
		2. 脑膜刺激征阳性见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高等。（口述）
	检查后处理	1. 协助取舒适体位
		2. 向患者及家属介绍病情及进行健康指导
		3. 整理用物，洗手并记录
	操作评价	1. 患者安全、满意
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔
		3. 沟通有效，配合良好，健康教育内容和方式合适
		4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者
		5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分

C-15 快速血糖测定

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知患者进行快速血糖测试的目的、方法及注意事项；
- (2) 能根据患者的病情，选择血糖测定的时间和部位，操作前确保快速血糖仪能有效使用；
- (3) 能严格遵守查对制度、无菌技术操作原则，动作熟练规范，准确地完成快速血糖测定；
- (4) 能根据病情正确判断血糖测定结果的临床意义，同时进行健康指导；
- (5) 关爱患者，能与患者进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

快速血糖测定（成人）技术操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱，查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作
		3. 评估患者全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度
		4. 采血部位选择恰当，符合患者意愿，评估采血部位皮肤情况
	环境	环境清洁、光线充足、温湿度适宜
	操作者	着装整洁，符合操作要求
用物	用物准备齐全：（1）血糖仪、采血笔及针头、配套试纸；（2）75%乙醇；（3）	

		无菌棉签；（4）弯盘；（5）医嘱单；（6）治疗卡；（7）笔；（8）手消毒剂；（9）锐器盒；（10）医用垃圾桶；（11）生活垃圾桶
操作实施	操作前	1. 再次核对患者床号、姓名
		2. 向患者解释，取得配合
		3. 再次检查血糖仪性能是否良好，确认血糖仪条码与试纸条码一致
	采血	1. 正确选择采血部位，75%乙醇消毒皮肤，待干
		2. 正确安装采血针头，调节合适档位深度
		3. 开机，将试纸插入机内
		4. 快速采血，减轻患者痛苦
		5. 用干棉签拭去第一滴血，用试纸条吸取第二滴血
		6. 用棉签按压采血部位
		7. 读取血糖值
		8. 取出试纸，关闭仪器
操作后	1. 整理用物，针头丢入锐器盒，试纸丢入医用垃圾桶内集中处理	
	2. 洗手，记录测试结果并告知患者，做相关解释	
	3. 给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导	
操作评价	1. 患者安全、满意	
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔	
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者	
	5. 在规定时间内完成	

C-16 胰岛素笔的使用

1. 能力与素质要求

- （1）能够迅速、准确对患者情况进行初步评估；
- （2）能按照胰岛素笔注射步骤进行正确操作；
- （3）操作规范，动作熟练，指导有效；
- （4）关爱患者，能与患者进行有效的沟通，并能根据病情对患者进行相关健康教育。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

胰岛素笔的使用操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱，查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作
		3. 评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况

考核内容		技术要求
	环境	环境清洁、光线充足、温湿度适宜
	操作者	着装整洁，符合操作要求
	用物	用物准备齐全（1）治疗盘；（2）75%酒精；（3）无菌棉签；（4）胰岛素笔；（5）胰岛素笔芯；（6）胰岛素笔专用针头；（7）弯盘；（8）医嘱单；（9）治疗卡；（10）笔；（11）手消毒剂；（12）锐器盒；（13）医用垃圾桶；（14）生活垃圾桶
操作实施	操作前	1. 再次核对患者床号、姓名 2. 向患者解释，取得配合
	操作中	1. 核对医嘱
		2. 按治疗卡取胰岛素笔（检查有效期、剂型、质量）胰岛素量是否足够，检查胰岛素注射针头包装及有效期
		3. 安装胰岛素笔芯，确保胰岛素剂型与医嘱相符
		4. 将胰岛素笔在手掌间水平滚搓 10 次，再上下摇动 10 次，直至胰岛素药液呈均匀白色雾状
		5. 消毒胰岛素笔芯前端，撕去胰岛素针头保护片，顺时针旋转紧安装针头，摘下针头保护帽
		6. 确定显示窗为 0，调 1~2 个单位的胰岛素，将注射笔针头向上，轻弹笔芯架，完全按下注射推键，直到针尖出现胰岛素滴液（若无液滴出现，需重复上述步骤，直到液滴出现），表现排气成功
		7. 旋转剂量显示窗，调至需要注射的剂量
		8. 选择合适的注射部位：首选腹部（脐周 5cm 以外），其次选大腿外侧、臀部、上臂外侧
		9. 检查注射部位皮肤有无疤痕、硬结、感染
		10. 消毒：75%酒精消毒注射部位，待干
		11. 再次查对床号、姓名、胰岛素剂量、剂型，选择合适的注射部位和角度进针
		12. 按下注射推键，缓慢注射胰岛素；注射完毕后，针头在皮下停留 10 秒以上，将针头拔出
13. 用棉签按压注射点，不宜揉或挤压穿刺点		
操作后	1. 协助患者取舒适体位，整理床单位	
	2. 整理用物，垃圾分类处理	
	3. 洗手并记录	
	4. 给予进餐时间及注意事项的相关指导	
操作评价	1. 操作流程准确	
	2. 态度严谨，动作轻柔，操作规范	
	3. 沟通有效，患者满意	
	4. 在规定时间内完成	

C-17 糖尿病患者食谱制定

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知患者糖尿病饮食治疗的重要性、目的、方法及注意事项；
- (2) 能根据患者的性别、年龄和身高用简易公式计算出理想体重，并依据工作性质、生活习惯计算每日所需总热量，并对特殊情况进行调整；
- (3) 能将总热量按照三大营养素的热能分配比例计算出各营养物质的含量；
- (4) 能将营养物质换算成食品，并对一日三餐进行合理分配，制定食谱，并根据生活习惯、经济状况、病情和配合药物治疗的需要进行安排；
- (5) 能够对患者进行健康指导并随访调整；
- (6) 能严格遵守查对制度，方法正确，结果合理；护患沟通有效，患者合作，理解制定、坚持执行饮食计划的重要性和必要性。

2. 操作规范

准备时间：15 分钟

完成时间：15 分钟

糖尿病患者食谱制定操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱，查阅病历
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作
		3. 评估患者的病情和饮食习惯
	环境	环境清洁、光线充足、温湿度适宜
	操作者	着装整洁，符合操作要求
用物	用物准备齐全：（1）食材卡；（2）计算器；（3）成人每日每千克理想体重所需总热量卡；（4）草稿纸；（5）笔；（6）病历本；（7）手消毒剂；（8）生活垃圾桶	
操作 实施	核对 解释	1. 再次核对患者床号、姓名
		2. 向患者解释，取得配合
	分析 计算	1. 计算标准体重（体重-105）
		2. 判断体型（消瘦、正常、肥胖）
		3. 判断体力劳动程度（卧床、轻、中、重）
		4. 计算每天所需总热量（标准体重×每日每千克所需热量）
		5. 换算食品交换份数（以90Kcal每份食物为标准）
	安排 饮食	1. 进餐分配（碳水化合物50%-60%，脂肪<30%，蛋白质10%-15%）
		2. 早餐食材的选择与准备举例
		3. 整理用物

考核内容	技术要求
操作评价	1. 患者满意，感觉清洁、舒适、安全
	2. 护士操作规范，流程熟练
	3. 护患沟通有效，患者合作，理解饮食治疗的重要性
	4. 在规定的时间内完成

C-18 外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套

1. 能力与素质要求

- (1) 能流畅、准确完成洗手步骤，动作规范，洗手衣裤保持干燥；
- (2) 能严格遵守无菌操作原则，穿无菌手术衣、戴无菌手套方法正确，符合节力原则；
- (3) 无菌观念强，操作过程无污染；
- (4) 团队协作精神良好，配合默契。

2. 操作规范

准备时间：12 分钟

完成时间：12 分钟

外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作规范

考核内容	技术要求
操作评估	环境 环境清洁，地面干燥，符合无菌操作要求。
	操作者 洗手衣裤整洁，上衣束进裤腰内，挽起衣袖至上臂 1/3 处，帽子口罩佩戴规范，手指无长指甲、指甲油及装饰，手部无饰物。
	用物 用物准备齐全：（1）洗手液（在有效期内）；（2）外科手消毒剂（在有效期内）；（3）无菌干手纸/毛巾；（4）收纳筐；（5）计时装置；（6）无菌手术衣（无破损）；（7）无菌手套（型号正确）；（8）无菌持物钳
操作实施	外科洗手 1. 清洁洗手： ①流动水下淋湿双手、前臂及上臂下 1/3 ②取适量洗手液均匀涂抹双手、前臂及上臂下 1/3 ③按七步洗手法揉搓双手 ④交替、旋转揉搓前臂及上臂下 1/3。 ⑤揉搓时间 2~6 分钟
	2. 冲洗、干手： ①流动水冲净双手、前臂及上臂下 1/3。从指尖到肘部，沿一个方向用流动水冲洗手和手臂，不要在水中来回移动 ②干手：使用无菌干手毛巾或纸巾擦干双手、前臂及上臂下 1/3，不能回擦。
	3. 外科手消毒： ①取适量手消毒剂（根据手消毒剂使用说明）于一侧掌心，揉搓另一侧指尖、手背、手腕，将剩余的手消毒剂环转揉搓至前臂至上臂下 1/3。涂抹部位无遗

考核内容		技术要求
		漏 ②取适量手消毒剂于另一侧掌心，步骤同上 ③消毒双手：取适量手消毒剂按七步洗手法揉搓双手至手腕部，自然待干。
	穿无菌手术衣、戴无菌手套	1. 检查包内灭菌指示卡合格，拿取无菌手术衣，选择较宽敞处站立，面向无菌区
		2. 手提衣领，内面朝向自己，抖开，使衣服的另一端下垂
		3. 两手捏住手术衣领两端，于胸前展开，与肩水平，向前向上轻抛手术衣，顺势将双手、前臂伸入衣袖，并向前平行伸，双手不露出袖口
		4. 巡回护士在其背后抓住衣领内面，协助穿衣并系好领口及内片系带
		5. 戴无菌手套（无接触式）： ①穿无菌手术衣时双手不露出袖口 ②右手隔衣袖取左手手套，置于左手袖口，指端朝向前臂，拇指相对，反折边与袖口平齐，隔衣袖抓住手套边缘翻转包裹手和袖口，轻拉衣袖，手指对应戴好手套。 ③同法戴右手手套
		6. 解开腰间活结，巡回护士用无菌持物钳夹取手术衣腰带，绕穿衣者一周后交穿衣者自行系于腰间。
	7. 未操作时，双手置于胸前或插入胸前口袋中。	
操作评价		1. 操作规范，流程熟练
		2. 外科洗手方法正确，时间合理
		3. 穿无菌手术衣、戴无菌手套未污染，无菌观念强
		4. 具有团队合作意识
		5. 在规定时间内完成

C-19 四肢绷带包扎

1. 能力与素质要求

- (1) 能认真检查伤情，并根据受伤部位正确选择包扎方法；
- (2) 能按照绷带包扎原则正确完成不同部位的伤口包扎。
- (3) 包扎过程中能密切观察病情，对患者的不适能迅速、及时判断和处理；
- (4) 有较强的急救意识；操作规范，动作熟练、敏捷；
- (5) 关爱患者，能与患者进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：10 分钟

四肢绷带包扎操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱、治疗卡，确认医嘱
		2. 核对患者，评估病情，检查患者损伤部位和程度，向患者解释并取得合作

考核内容		技术要求
	环境	符合包扎操作要求
	操作者	1. 着装整洁，挂表
		2. 消毒双手方法正确，戴口罩
用物	用物准备齐全：（1）弹力绷带卷；（2）剪刀；（3）纱布；（4）胶布；（5）医嘱单；（6）治疗单；（7）笔；（8）手消毒剂；（9）三角巾、夹板（按需准备）	
操作实施	包扎前	1. 携用物到患者床旁，再次核对患者、治疗卡
		2. 协助患者取舒适体位
		3. 选用宽度适宜绷带
	包扎中	1. 包扎时，绷带卷轴朝上，需平贴包扎部位从远心端向近心端方向包扎
		2. 根据受伤部位选择包扎方法，包扎方法正确
		3. 包扎松紧适宜，外观整洁
		4. 包扎中密切观察肢体末梢的感觉、运动、温度
		5. 包扎完毕，并用胶布或撕开尾带打结固定，方法正确
	包扎后	1. 协助患者取舒适体位
		2. 整理用物，消毒双手，取下口罩
		3. 记录包扎日期、时间、包扎部位
		4. 告知注意事项
	解除绷带	解除绷带方法正确
操作评价	1. 操作中始终坚持包扎原则，包扎整齐美观	
	2. 操作熟练，包扎方法正确	
	3. 护士仪态端庄，关爱患者，注意观察病情	
	4. 护患沟通有效，患者合作	
	5. 在规定时间内完成	

C-20 生命体征测量

1. 能力与素质要求

- （1）能告知患者测量生命体征的目的、方法及注意事项；
- （2）能根据患者的情况选择生命体征的测量方法、确定测量时间及部位；
- （3）能严格遵守查对制度，按操作流程完成生命体征的测量，动作规范、熟练，记录结果准确，并能根据测量结果进行健康指导；
- （4）态度和蔼，语言亲切，沟通有效。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

生命体征测量（成人）操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素
		3. 评估患者局部情况，选择合适测量部位及方法
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求
	操作者	1. 衣帽整洁，佩戴挂表
2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩		
用物	用物准备齐全：（1）治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃ 以下）；（2）盛有消毒液的容器；（3）电子血压计；（4）听诊器（按需准备）；（5）表(有秒针)；（6）弯盘；（7）记录本和笔；（8）手消毒剂；（9）一次性袖带垫巾	
操作 实施	测量 体温	1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，体位准备符合要求
		2. 选择体温测量方法合适，指导正确，患者安全
		3. 测温时间符合要求
		4. 读数准确、记录及时
	测量 脉搏	1. 沟通有效，患者放松，手臂置于舒适位置
		2. 测量方法、时间正确
		3. 脉率值记录正确
		4. 如有异常脉搏：判断正确，处理及时
	测量 呼吸	1. 沟通有效，患者放松
		2. 测量方法、时间正确
		3. 呼吸记录正确
		4. 如有异常呼吸：判断正确，处理及时
	测量 血压	1. 沟通有效，体位准备符合要求
		2. 垫一次性垫巾，袖带缠绕部位正确，松紧度适宜
		3. 被测动脉和心脏在同一水平
		4. 血压读数准确
		5. 血压计处理方法正确，一次性垫巾处理正确
		6. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确
	测量后 处理	1. 及时消毒双手，方法正确；取下口罩
		2. 告知测量结果，并合理解释
3. 健康指导到位		
4. 医用垃圾初步处理正确		
操作评价	1. 患者安全、满意	

考核内容	技术要求
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者
	5. 在规定时间内完成

C-21 口服给药

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知患者口服给药的目的、方法及注意事项；
- (2) 能根据患者的情况选择合适的服药方式；
- (3) 能严格遵守查对制度，按操作流程完成口服给药，并能根据具体情况进行用药疗效观察和用药指导；
- (4) 态度和蔼，语言亲切，沟通有效。

2. 操作规范

准备时间：8 分钟

完成时间：8 分钟

口服给药操作规范

考核内容	技术要求	
操作 评估	患者	1. 核对医嘱、服药本
		2. 评估患者全身情况：年龄、体重、病情、意识状态、用药史、过敏史等
		3. 评估患者局部情况：是否留置鼻饲管、有无口腔、食道疾患，有无吞咽困难、呕吐及禁食等
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求
操作者	1. 衣帽整洁，洗手/消毒手方法正确，佩戴口罩	
	2. 了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物的副作用	
用物	用物准备齐全：（1）服药本；（2）药车或药盘；（3）小药卡；（4）药杯；（5）药匙（按需准备）；（6）量杯（按需准备）；（7）滴管（按需准备）；（8）研钵（按需准备）；（9）湿纱布（按需准备）；（10）治疗巾；（11）水壶内备温开水；（12）盛小药杯的小桶；（13）一次性水杯（按需准备）；（14）吸管（按需准备）；（15）笔；（16）纱布（鼻饲患者准备）；（17）橡胶圈（鼻饲患者准备）；（18）别针（鼻饲患者准备）；（19）注射器（鼻饲患者准备）；（20）手消毒剂	
操作 实施	备药	1. 查对服药本、小药卡
		2. 小药卡按床号顺序插在药盘上，并核对无误
		3. 根据服药本配药：先配固体药，后配水剂和油剂

考核内容		技术要求
	发药	4. 全部药物配完后, 根据服药本核对后盖上治疗巾
		1. 再次核对: 在发药前请别人再核对一次, 无误后方可发药
		2. 发药: 按时发药, 核对床号、姓名, 同一患者的药一次取离药盘, 发给患者
		3. 向患者交代服药注意事项, 看服到口
		4. 耐心听取患者的疑问, 解释清楚
	发药后的处理	5. 患者不在或因故暂不能服药者. 应将药物取回保管, 并交班
		1. 再次核对无误后收回药杯
		2. 药杯处理: 先浸泡消毒, 然后冲洗清洁, 消毒待干后备用
		3. 整理: 整理用物, 清洁药盘
		4. 消毒双手, 取下口罩, 记录
操作评价	5. 观察患者服药效果, 听取患者主诉, 及时发现并处理用药后反应	
	1. 患者安全, 能准时、按剂量口服药物	
	2. 操作规范, 坚持三查八对	
	3. 护患沟通有效, 患者合作	
	4. 仪表举止大方得体, 关爱患者, 用药指导有效	
	5. 在规定时间内完成	

C-22 无菌技术

1. 能力与素质要求

(1) 为进行无菌技术操作做好环境准备, 能正确区分无菌区、非无菌区并准确判断无菌物品的有效期限;

(2) 能够按照无菌技术操作原则完成无菌技术基本操作, 包括使用无菌持物钳、无菌容器、无菌包、铺无菌盘、取无菌溶液、戴无菌手套;

(3) 能严格遵守无菌技术操作原则, 操作规范, 熟练, 无菌观念强; 工作态度严谨, 正确处理污染物品。

2. 操作规范

准备时间: 10 分钟

完成时间: 10 分钟

无菌技术操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	环境	清洁、干燥、宽敞、明亮, 环境符合无菌技术操作要求
	操作者	1. 着装整洁, 戴圆筒帽, 端庄大方
		2. 修剪指甲, 消毒双手, 戴口罩

考核内容		技术要求
	用物	用物准备齐全: (1) 无菌持物钳及筒; (2) 无菌敷料缸 (内备纱布数块); (3) 无菌巾包 (2 块无菌巾); (4) 无菌治疗碗包; (5) 有盖方盒 (内盛血管钳); (6) 无菌棉签; (7) 消毒液; (8) 无菌溶液; (9) 无菌手套; (10) 清洁治疗盘; (11) 弯盘; (12) 标签纸、笔 依次评估, 无菌物品是否在有效期内
操作实施	铺无菌巾	1. 治疗盘位置合适, 再次评估无菌巾包
		2. 打开无菌巾包方法正确, 手不跨越无菌区
		3. 用无菌持物钳取巾, 退后一步接巾, 持巾正确无污染
		4. 及时还原无菌巾包, 无跨越
		5. 打开无菌巾, 铺于治疗盘上, 无污染, 方法正确
	递无菌治疗碗	1. 再次检查无菌治疗碗包, 并打开, 无污染
		2. 递无菌治疗碗于无菌盘内, 无污染
		3. 包布放置妥当
	倒无菌溶液	1. 再次检查无菌溶液
		2. 开瓶盖, 冲洗瓶口
		3. 倒无菌溶液于无菌治疗碗内, 高度合适, 溶液无溅出, 无污染, 不跨越无菌区
		4. 及时盖好瓶盖, 记录开瓶时间, 签名
	取无菌物品	取血管钳及无菌纱布放于无菌盘内, 方法正确, 无跨越
	盖无菌巾	1. 再次取无菌巾打开, 盖于无菌盘上, 边缘对合整齐, 区域无交叉, 四侧边缘部分各向上反折 1 次, 不暴露无菌物品,
2. 记录铺无菌盘日期和时间, 签名		
戴、脱手套	1. 托盘, 将无菌手套和铺好的无菌盘放在治疗台上	
	2. 打开无菌盘上层无菌治疗巾一侧, 无菌面向上, 露出纱布边缘	
	3. 再次检查手套, 取出手套后戴手套, 方法正确, 无污染	
	4. 取无菌纱布涂擦手套, 在操作前, 双手应微举于胸前	
	5. 正确打开剩余的无菌区域	
	6. 将无菌血管钳放在治疗碗中, 托碗操作	
	7. 将使用过的治疗碗放于治疗车下层, 脱手套, 方法正确	
操作后处理	1. 垃圾初步处理正确	
	2. 消毒双手, 取下口罩	
操作评价	1. 坚持无菌技术操作原则, 无菌观念强	
	2. 操作规范, 流程熟练	
	3. 在规定时间内完成	

C-23 肌内注射

1. 能力与素质要求

- (1) 了解患者病情，进行患者评估，选择合适的注射部位；
- (2) 能正确抽吸药物，做到剂量准确、不浪费药液；
- (3) 能准确进行注射部位的定位和消毒，正确实施肌内注射法；做到作连贯有序，过程完整，方法正确，进针角度、深度准确；
- (4) 严格遵守注射原则和执行查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证患者用药安全，无差错发生；
- (5) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，患者及家属满意；关爱患者做好心理护理及正确进行用药指导。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

肌内注射操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1.核对医嘱、注射卡
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态等
		3. 评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	环境符合注射要求，保护隐私
	操作者	1. 衣帽整洁，佩戴挂表 2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩
用物	用物准备齐全：（1）无菌纱布；（2）无菌注射盘、无菌有盖方盘；（3）砂轮；（4）药物（遵医嘱）；（5）一次性注射器（根据需要选择合适型号）；（6）弯盘；（7）注射卡和笔；（8）无菌棉签；（9）手消毒剂；（10）皮肤消毒液；（11）必要时配抢救盒；（12）病历本及护理记录单（按需准备）	
操作 实施	准备药物	1. 核对注射卡、药物
		2. 规范抽吸药液，剂量准确，无污染、无浪费
		3. 再次核对并签名
		4. 请他人核对并签名
		5. 医用垃圾初步处理正确
	肌内注射	1. 带用物至患者床旁，核对床号、姓名，并解释
		2. 协助患者取合适体位
		3. 注射部位选择合适，定位方法正确并能口述
	4. 注射部位皮肤消毒符合要求（消毒两遍，消毒直径不小于 5cm，不留缝隙，待干）	

考核内容		技术要求
		5. 注射前查对，排尽空气，备干棉签
		6. 持针方法正确，皮肤绷紧，进针角度、深度合适，进针后回抽无回血，注射一次成功
		7. 缓慢推药并口述，询问患者感受
		8. 注射完毕快速拔针并按压
		9. 及时处理注射器和针头
	整理记录	1. 整理床单位，帮助患者取舒适体位
		2. 医用垃圾初步处理正确
		3. 消毒双手，取下口罩，记录
	健康指导	健康指导内容、方式合适
操作评价	1. 遵守原则和规范，无菌观念强，做到了“五个准确”	
	2. 动作轻柔，运用无痛注射技术	
	3. 护患沟通良好，健康指导有效	
	4. 仪表举止端庄，关爱患者	
	5. 在规定时间内完成	

C-24 青霉素药物过敏试验

1. 能力与素质要求

(1) 了解患者病情，询问患者“三史”（用药史、过敏史和家族史）；告知患者进行药物过敏试验后的注意事项；

(2) 能准确配制青霉素皮内试验液，并能正确判断青霉素皮试结果；

(3) 能准确进行注射部位的定位和消毒，正确实施皮内注射；做到动作连贯有序，过程完整，方法正确，进针角度、深度准确；

(4) 严格遵守注射原则和查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证患者用药安全，无差错发生；

(5) 关爱患者做好心理护理及用药指导；

(6) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，患者及家属满意；

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

青霉素药物过敏试验

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱、注射卡
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等

考核内容		技术要求
		3. 评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	符合配药和注射要求，抢救设施到位
	操作者	1. 衣帽整洁，挂表 2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩
	用物	用物准备齐全：（1）过敏药物专用注射盘；（2）无菌纱布；（3）皮肤消毒剂；（4）弯盘；（5）试验药物和生理盐水注射液；（6）砂轮和启瓶器；（7）注射卡、无菌棉签、标签纸和笔；（8）1ml 注射器和 5ml 注射器；（9）急救盒（内备 0.1% 盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器）；（10）吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置（口述）；（11）手消毒剂；（12）病历本及护理记录单（按需准备）
操作实施	配置药液	1. 认真执行三查八对
		2. 配制溶媒选择正确
		3. 过敏试验溶液浓度正确，遵守无菌技术操作原则
		4. 标明过敏药物皮试液，请他人核对
		5. 医用垃圾初步处理正确
	皮内注射	1. 患者信息核对到位，解释规范
		2. 协助患者取舒适卧位
		3. 注射部位选择正确
		4. 皮肤消毒液的选择及消毒方法正确，直径大于 5cm
		5. 注射前再次核对药物
		6. 持针方法正确，进针角度、深度符合要求，推注药量准确
		7. 注射后核对并记录
		8. 急救盘放置妥当
9. 及时消毒双手，方法正确，取下口罩		
10. 注意事项交待到位，患者理解		
11. 医用垃圾初步处理正确		
巡视观察	巡视病房，听取患者主诉，了解皮丘情况，及时发现并处理不适反应	
结果判断	皮试结果判断准确，告知患者并及时记录	
操作评价	1. 患者安全、满意	
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔	
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者	
	5. 在规定时间内完成	

C-25 密闭式静脉输液

1. 能力与素质要求

（1）能根据患者病情、年龄、治疗需要，选择合适的穿刺部位；

- (2) 能正确实施静脉输液；操作连贯有序，过程完整，方法正确，排气顺畅，进针角度、深度准确，尽量做到一针见血；
- (3) 能正确、及时处理输液故障；
- (4) 严格遵守注射原则和查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证患者用药安全，无差错发生；
- (5) 关爱患者做好心理护理及用药指导；
- (6) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，患者及家属满意。

2. 操作规范

准备时间：15 分钟

完成时间：15 分钟

密闭式静脉输液操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1.核对医嘱、输液卡
		2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态等
		3. 评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	治疗室及病室环境均符合输液要求
	操作者	1. 衣帽整洁，挂表
		2. 消毒双手/洗手方法正确，戴口罩
用物	用物准备齐全：（1）一次性密闭式输液器；（2）输液架；（3）剪刀；（4）皮肤消毒剂；（5）无菌棉签；（6）弯盘；（7）一次性止血带；（8）瓶签；（9）输液溶液；（10）输液贴；（11）小枕及一次性垫巾；（12）笔；（13）输液卡；（14）手消毒剂；（15）夹板和绷带（按需准备）；（16）一次性手套（按需准备）；（17）急救盒（按需准备）；（18）病历本及护理记录单（按需准备）	
操作 实施	药液准备	1. 核对输液卡，评估药物
		2. 输液瓶瓶签上书写内容准确
		3. 添加药液执行三查八对，无菌观念强
		4. 配药者签名，请他人核对并签名
		5. 检查输液器，关调节器开关，一次性输液器插入正确
		6. 医用垃圾初步处理正确
	核对排气	1.再次核对输液卡、患者、药液，协助合适体位
		2.备好输液贴，再次查对后挂输液瓶
		3.初次排气一次成功，药液无浪费
	穿刺固定	1.垫垫枕，扎止血带位置正确，穿刺部位消毒方法正确

考核内容		技术要求
		2.再次排气，嘱握拳，绷紧皮肤，穿刺一针见血
		3.松止血带，嘱松拳，开调节器，确定液体滴入顺畅
		4.用输液贴固定牢固、美观
	调节滴速	1.根据病情、药物，调节输液速度
		2.记录输液的时间、滴速并签名
	整理指导	1.整理床单位，帮患者取舒适体位
		2.医用垃圾初步处理正确，消毒双手，脱口罩
		3.健康指导有效，患者能理解和复述
	观察拔针	1.（口述）巡视病房，及时发现并处理输液故障、不适反应
		2.再次核对，解释，消毒双手
		3.拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀
	再次整理	1.医用垃圾初步处理正确
		2.消毒双手，取下口罩
	健康指导	指导患者对拔针部位进行正确按压和护理
	操作评价	1.患者安全、满意
2.操作规范，坚持三查八对，无菌观念强		
3.护患沟通有效，患者合作		
4.仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念		
5.在规定时间内完成		

C-26 鼻饲技术

1. 能力与素质要求

(1) 能准确评估患者的病情，告知患者家属鼻饲操作的目的、配合要点及注意事项；

(2) 能熟练置胃管，完成鼻饲操作，能对患者的不适做出迅速、及时、正确的判断和处理；

(3) 操作熟练、方法正确、动作轻柔，能根据病情进行健康指导。

(4) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：15 分钟

完成时间：15 分钟

鼻饲技术操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素
		3. 评估患者局部情况：鼻中隔是否偏曲，鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻腔是否通畅等
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、宽敞、明亮、安静，符合鼻饲法操作要求
操作者	1. 衣帽整洁，佩戴挂表	
	2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩	
用物	用物准备齐全：（1）胃管单巾铺盘（内置：一次性治疗碗、纱布块若干、胃管、注射器、石蜡油棉球、压舌板）；（2）听诊器；（3）流质饮食、温开水；（4）手电筒；（5）医用胶布；（6）无菌手套；（7）弯盘；（8）一次性治疗巾；（9）无菌纱布；（10）无菌棉签；（11）松节油（按需准备）；（12）石蜡油（按需准备）	
操作实施	插入胃管	1. 再次核对解释，取合适体位
		2. 打开胃管包，颌下铺治疗巾，棉签清洁鼻腔，准备胶布
		3. 戴手套，检查胃管，测量并标记插入深度
		4. 润滑胃管，缓慢插入胃管
		5. 口述插管三种反应处理
	验证固定	1. 确认胃管在胃内（方法正确，任取一种）
		2. 将胃管用胶布固定在鼻翼及颊部
	胃管喂食	1. 喂食前向患者解释清楚
		2. 鼻饲液温度 38~40℃（口述）
		3. 连接注射器于胃管末端，回抽见胃液再注入少量温开水
		4. 缓慢注入适量鼻饲液，最后再注入温开水
		5. 将胃管末端反折，用纱布包好，用橡皮圈扎紧，用别针固定于枕旁或患者衣领处
		6. 记录置管日期、时间、深度、操作者，贴标签在胃管上
	整理记录	1. 医用垃圾初步处理正确
		2. 消毒双手方法正确，取下口罩
3. 记录鼻饲时间、鼻饲液及量、患者反应等		
健康指导	询问患者感觉，向患者交待注意事项（嘱患者维持原卧位 20-30 分钟）	
操作评价	1. 患者安全、家属满意	
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔	
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者	

考核内容	技术要求
	5. 在规定时间内完成

模块四 老年护理模块

L-1 案例分析与评估

设计老年人常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对老年人进行身体状况、辅助检查等方面的评估，提出主要的护理诊断和护理计划，同时制定护理措施，并进行护理评价。

1. 能力要求与素质要求

- (1) 能根据老年人的病情及一般情况，进行护理评估；
- (2) 能结合评估资料，提出主要的护理诊断和护理计划；
- (3) 能从一般护理、病情观察、对症护理、用药护理、心理护理等方面提出有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：25 分钟

老年护理案例评估与分析操作规范

考核内容		考核点及评分要求	
护理方案 (30 分钟)	护理评估	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估
	护理诊断	准确性	列出 2-5 个护理诊断
	护理计划	规范性	描述规范
		针对性	目标有针对性
	护理措施	科学性	护理措施科学合理
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施，措施有效，能达到预期目标
护理评价	有效性	解决了护理问题，护理目标有效达成	

L-2 老年人跌倒的预防

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知老年人及家人预防跌倒的目的、方法及注意事项；
- (2) 能准确收集老年人相关信息，评估现存或潜在在老年人跌倒的危险因素；

(3) 能根据老年人跌倒现状和危险因素的评估, 制定其预防跌倒干预的措施, 并进行个性化的健康指导。

(4) 能严格遵守查对制度, 方法正确, 结果合理; 护患沟通有效, 患者合作, 并理解预防跌倒的重要性和必要性, 愿意遵从其干预方法。

2. 操作规范

准备时间: 5 分钟

完成时间: 15 分钟

老年人跌倒的预防操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	老人	1. 评估老人的肢体活动情况和皮肤情况
		2. 评估老人的心理状况, 解释并取得合作
	环境	清洁、宽敞、明亮、安静, 符合评估要求
	操作者	1. 衣帽整洁, 挂表
2. 洗手/消毒手方法正确		
用物	(1) 治疗盘、弯盘; (2) 病历本、记录本; (3) 跌倒评估单、笔; (4) 血压计; (5) 听诊器; (6) 高危跌倒标识牌; (7) 必要时备约束带; (8) 手消毒剂	
操作 实施	跌倒 评估	1. 再次核对老人信息并进行有效沟通, 嘱老人放松
		2. 测量血压
		3. 评估方法合适, 指导正确, 老人安全
		4. 评估内容全面 (跌倒史, 疾病诊断、行走辅助、药物治疗、步态、认知状况、日常活动能力、居家环境)
		5. 记录评估结果
健康 指导	1. 告知评估结果, 并合理解释, 必要时放标识牌及使用约束带	
	2. 健康指导到位 (环境、安全、生活、饮食、用药、疾病、检查、锻炼等)	
操作 评价	1. 老年人安全、满意	
	2. 操作规范, 动作熟练、轻柔, 评估内容全面、结果准确	
	3. 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适并有效	
	4. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱老人	

L-3 老年人饮食照护

1. 能力与素质要求

- (1) 能够正确的对老人全身情况及进食能力进行初步评估;
- (2) 能按照饮食照护的步骤进行正确操作;
- (3) 操作动作轻柔, 符合操作规范;
- (4) 尊重老年人饮食习惯, 做到人性化护理;

(5) 关爱老人，能与老人进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间:10min

完成时间: 10min

老年人饮食照护操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	老人	评估老人身体情况、肢体活动情况、吞咽反射情况、有无义齿、是否需要排便
	环境	宽敞明亮；房间内无人打扫房间，无异味；温湿度适宜。
	操作者	着装整洁，清洁双手
	用物	用物准备齐全：（1）餐桌板（2）餐盘（3）毛巾（4）汤勺（5）米饭及碗（6）菜及碗（7）筷子（8）水杯内盛温水（9）吸管（10）软枕
操作 实施	准备老人	1. 核对老人信息，解释目的、方法和配合要点
		2. 说明进食的时间和本次进食的食物，取得配合
		3. 将床摇起与床水平线呈 30°角，协助老人取半卧位，在下肢腘窝处垫软枕或摇起呈屈膝状，胸前放置餐桌板
		4. 为老人洗手，胸前放置毛巾
	协助喂食	1. 前臂内测试水温，先喂 1/3 勺温开水
		2. 用手腕内侧触及碗壁估计食物温热程度
		3. 以汤匙喂食，食物量为汤匙的 1/3，待老人完全咽下后再喂食下一口
		4. 询问口味是否合适
		5. 按固-液交替方式继续喂食，叮嘱老人进餐时细嚼慢咽，以免发生呛咳，直到食物吃完
		6. 喂食毕，协助老人漱口，用毛巾擦净口角水痕，清洁老人双手
	整理记录	1. 撤出治疗巾，收拾餐具，取下餐桌板
		2. 洗手并记录
	健康指导	叮嘱老人进餐后不能立即平卧，保持进餐体位 30 分钟后卧床休息
操作评价	1. 沟通有效	
	2. 安全意识强，动作轻松，操作规范	
	3. 态度亲切，及时发现并处理异常情况	
	4. 在规定时间内完成	

L-4 助行器使用

1. 能力与素质要求

- (1) 能够准确对患者情况进行初步评估;
- (2) 能按照评估结果进行助行器选配;
- (3) 操作规范, 正确指导患者进行助行器训练;
- (4) 关爱患者, 能与患者(或家属)进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间: 5 分钟

完成时间: 15 分钟

助行器使用操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	核对医嘱及患者一般情况, 包括姓名、年龄、病情等 评估患者的患肢情况及合作程度
	环境	清洁、安静、宽敞明亮、温度适宜, 符合助行器的使用操作要求
	操作者	着装整洁, 仪表大方, 有亲和力
	用物	用物准备齐全: (1) 腋杖 (2) 护腰带 (3) 防滑垫 (4) 防滑鞋 (5) 洗手液 (6) 记录本 (7) 签字笔
操作 实施	解释沟通	向患者解释双腋杖的应用目的、配合方法及注意事项
	双腋杖的 佩戴	1. 患者呈站立位
		2. 双腋杖夹在腋窝和手臂之间
		3. 腋杖高度应为身高减 40cm
		4. 双手支撑在腋杖把手处
		5. 把手平齐患者股骨大转子
	摆至步	1. 在开始进行步行训练时可使用这种方法
		2. 患者双侧手同时将腋杖伸出
		3. 通过手支撑腋杖把手处, 将双脚拖至腋杖附近
		4. 双脚不超过腋杖底部的连线
		5. 连走三步
	摆过步	1. 多在摆至步成功后开始应用
		2. 患者双侧手同时将腋杖伸出
		3. 通过手支撑腋杖把手处, 将双脚拖至腋杖前
		4. 双脚每次都超过腋杖底部的连线
		5. 连走三步
四点步	1. 步行稳定性好, 但速度较慢, 步态接近正常步行	
	2. 患者先伸健侧腋杖, 再迈患侧腿	
	3. 患者伸患侧腋杖, 再迈健侧腿	
	4. 行走轨迹例如: 健侧腋杖-患腿-患侧腋杖-健腿	
	5. 连走三步	
三点步	1. 步行速度快, 稳定性良好	
	2. 患者双侧手同时将腋杖伸出	
	3. 患者迈患侧腿, 再迈健侧腿	
	4. 行走轨迹例如: 双腋杖-患腿-健腿	
	5. 连走三步	
两点步	1. 口述: 两点步需患者掌握四点步行后训练, 稳定性不如四点步,	

		但步行速度比四点步快
		2. 患者伸出健侧腋杖，同时迈患侧的腿
		3. 患者再伸出患侧腋杖，同时健侧的腿
		4. 行走轨迹正确：如健侧腋杖+患腿-患侧腋杖+健腿
		5. 连走三步
操作评价		1. 操作规范，动作熟练
		2. 态度和蔼，关爱患者
		3. 注意保护患者安全
		4. 沟通良好，取得患者合作
		5. 在规定时间内完成

L-5 拔罐

1. 能力与素质要求

- (1) 能够对患者情况进行初步评估，把握拔罐技术的适应症；
- (2) 能告知患者拔罐的目的、注意事项；能取得患者的配合；
- (3) 能够根据医嘱和病情娴熟制定拔罐技术方案；
- (4) 能为患者正确实施拔罐操作，操作规范，动作熟练；
- (5) 态度和蔼，语言亲切，沟通有效，双方配合良好，健康教育正确。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：15 分钟

拔罐（成人）操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	核对患者姓名，医嘱，熟悉病情
		评估患者病情、心理状况，拔罐部位皮肤情况，解释并取得合作
	环境	模拟病房清洁、宽敞、明亮、安静，操作台干净卫生，符合评估要求
	操作者	1. 衣帽整洁，挂表；2. 洗手/消毒手方法正确
	用物	1. 用物准备：(1) 治疗盘；(2) 已消毒不同型号火罐若干个；(3) 点火用 95%酒精棉球和消毒用 75%酒精棉球；(4) 打火机；(5) 持火钳或止血钳；(6) 弯盘；(7) 盛水玻璃小瓶；(8) 手消毒剂；(9) 毛毯；(10) 挂表；(11) 盛有消毒液的消毒瓶；(12) 注射器(13) 床单被盖；(14) 龙胆紫药水 2. 逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置
操作 实施	拔罐术前 操作	1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，患者放松
		2. 遵医嘱选择拔火罐部位
		3. 嘱患者置于合适的的体位（坐位、卧位、侧卧位）
		4. 检查罐口有无缺损裂缝，选择合适的火罐
		5. 暴露施术部位，施术部位消毒，注意保暖
	拔罐术中	1. 一手持火罐，灌口朝下

考核内容		技术要求
操作	操作	2. 另一手持止血钳夹 95%酒精棉球，点火（注意酒精棉球不可滴酒精、以免烫伤皮肤）
		3. 持止血钳夹点燃的 95%酒精棉球，在火罐中后部绕 1~2 周后迅速抽出
		4. 迅速将罐口扣在选定部位上不动，待吸牢后撒手；（操作要稳、准、快）
		5. 根据医嘱实施闪罐或留罐及留罐的数量（留罐时间 5-15 分钟）
		6. 将着未燃完火棉球稳妥投入备水小口瓶中熄灭
		7. 观察患者反应，疼痛、过紧，或晕罐应停止拔罐并及时起罐
		8. 随时检查罐口吸附情况，局部皮肤紫红色为度，其疗效最佳
		9. 起罐：手法轻，以一手按压罐边的皮肤，使空气进入罐内，即可将罐取下
		拔罐术后处理
2. 协助患者衣着，整理床单位，清理用物		
3. 详细记录治疗后的情况，并签名		
操作评价	操作评价	1. 患者安全、满意
		2. 操作规范，动作熟练
		3. 体位合理，操作熟练及局部皮肤吸附力，操作后局部皮肤情况；患者生理、心理感受以及目标达到程度
		4. 在规定的时间内完成

L-6 口腔护理

1. 能力与素质要求

- (1) 根据患者病情需要，进行口腔观察，选择合适的口腔护理溶液；
- (2) 为患者进行特殊口腔护理，妥善处理活动义齿，做好患者及家属口腔保健指导；
- (3) 操作规范，动作轻柔；严格执行查对制度；对异常情况的判断和处理迅速、及时、正确；
- (4) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，关爱患者，患者及家属满意。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

口腔护理操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态

考核内容		技术要求
		3. 评估患者口腔情况，选择合适漱口溶液：有无松动性牙齿和活动性义齿
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、安静、明亮，符合口腔护理要求
	操作者	1. 着装整洁，端庄大方
		2. 洗手，戴口罩
	用物	用物准备齐全：（1）口腔护理包（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、止血钳 2 把、纱布两块）；（2）一次性压舌板；（3）手电筒；（4）治疗巾；（5）弯盘；（6）口腔护理液；（7）一次性手套；（8）无菌棉签、剪刀；（9）病历本；（10）笔；（11）漱口杯；（12）吸管；（13）开口器（按需准备）；（14）外用药物（按需准备）；（15）病历本及护理记录单（按需准备）
操作实施	准备患者	1. 带用物至患者床旁，核对患者床号、姓名
		2. 向患者或家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项
		3. 协助患者取合适体位，头偏向一侧（右侧），面向护士
	擦洗口腔	1. 戴手套，取治疗巾铺于颌下，弯盘放于口角旁
		2. 先湿润口唇与口角，再协助患者用吸水管吸水漱口
		3. 嘱患者张口（昏迷患者使用开口器协助张口），观察口腔情况，有活动性义齿的取下义齿，用冷开水冲洗干净浸于冷水中
		4. 嘱患者咬合上下齿，用压舌板撑开左侧颊部，夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面，同法擦洗对侧
		5. 嘱患者张口（用开口器协助昏迷患者张口），依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部，同法擦洗右侧
		6. 擦洗硬腭、舌面及舌下
		7. 再次漱口，评估口腔情况
	整理记录	1. 遵医嘱给口腔黏膜异常者用药（口述）
		2. 清点棉球数量，根据需要协助患者佩戴义齿
		3. 取下治疗巾，协助患者取舒适卧位，整理床单位
	4. 按规定处理用物	
	5. 脱手套，洗手，取下口罩，记录	
健康指导	询问患者的感受，做好健康指导	
	操作评价	1. 患者满意，口腔清洁、舒适、无口腔黏膜、牙龈出血
		2. 护患沟通有效，患者合作，并知道口腔卫生保健知识
		3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念
		4. 操作规范，流程熟练，正确选择口腔护理液
		5. 在规定时间内完成

1. 能力与素质要求

- (1) 能在操作过程中做到时动作规范、熟练、轻柔，翻动次数少；
- (2) 能在擦浴过程中观察老年人病情变化及皮肤情况，注意保护伤口及引流管；
- (3) 注意为老年人保暖；
- (4) 尊重老年人，保护病人隐私；
- (5) 态度和蔼，语言亲切，沟通有效。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

床上擦浴操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对患者的床号、姓名、手腕带
		2. 意识状况、活动能力、皮肤情况及合作程度、伤口及引流管情况
		3. 解释操作目的，按需要给予便器
	环境	关闭门窗，调节室温 24℃ 以上，屏风遮挡
	操作者	衣帽整洁、修剪指甲，洗手，戴口罩
	用物	用物准备齐全：（1）按摩膏（或润肤霜）；（2）温水；（3）大浴巾；（4）小方毛巾 2~3 条；（5）弱酸性溶液（或香皂）；（6）清洁衣裤；（7）水桶 2 个（盛热水和污水用）（8）水温计（9）热水壶装有热水（10）脸盆、足盆、会阴盆；（11）以下用物必要时可选备：便盆、指甲剪、护理记录单
操作 实施	上身擦浴	1. 将用物带至患者床旁，核对床号、姓名、手腕带，解释目的
		2. 根据病情放平床头及床尾支架，放平近侧床挡，松开床尾盖被，协助患者移近护士，取舒适卧位
		3. 将脸盆和香皂放在床旁椅上，倒热水至脸盆（2/3 满），测试水温
		4. 擦洗面部：用微湿温热小毛巾包在手上成手套状，擦拭面部（顺序：内眦→外眦→额部→面颊→鼻翼→耳廓→耳后→颌下→颈部），清洗毛巾后再用较干的毛巾擦拭一遍
		5. 擦上肢、胸、腹部：协助患者脱上衣（先脱近侧，再脱远侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先脱健侧，再脱患侧），擦洗部位下铺浴巾。分别用涂香皂的湿毛巾、清洁毛巾依次擦洗一侧上肢、胸、腹部，用较干毛巾再擦一遍，最后用浴巾擦干。同法擦洗对侧（口述）。注意洗净腋窝、指尖、乳房下皱褶处、脐部
		6. 擦后颈、背、臀部：协助患者侧卧或俯卧，依次擦洗后颈部、背部、臀部
		7. 擦洗后酌情用按摩膏按摩受压部位（鱼际肌按摩脊柱两旁，拇指指腹按摩椎间，受压处局部按摩），根据季节涂护肤用品
		8. 协助患者穿清洁上衣（先穿对侧，后穿近侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先穿患侧，后穿健侧）
	下身擦浴	1. 擦下肢：换水、协助患者平卧、脱裤，擦洗近侧下肢，同法擦洗另一侧
	2. 洗脚：垫防水垫，换水、盆、毛巾，将双脚移入盆内浸泡、洗净、擦干	

考核内容		技术要求
整理记录		3. 清洗会阴：换水、盆、毛巾、洗净会阴
		4. 穿上清洁裤子
		1. 观察患者面色、生命体征及病情变化
		2. 按需剪患者指（趾）甲、梳发、涂护肤品（口述）
		3. 协助患者取舒适体位
		4. 整理床单位，按需更换床单
		5. 整理用物，垃圾分类处理
6. 洗手并记录		
操作评价		1. 操作时动作规范、熟练、轻柔
		2. 操作中体现出对患者的人文关怀
		3. 举止端庄，仪表大方
		4. 沟通有效，解释合理
		5. 在规定时间内完成

L-8 氧气吸入

1. 能力与素质要求

(1) 能根据病情需要为患者上氧，包括安装与拆卸氧气表、指导患者及家属安全用氧，正确停氧；

(2) 能严格遵守查对制度、按操作流程完成氧气吸入的操作，动作规范、熟练；

(3) 能准确评估患者缺氧改善情况，对患者不适反应的判断和处理迅速、及时、正确；

(4) 关爱患者，能与患者（或家属）进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：10 分钟

氧气吸入（氧气筒给氧）操作规范

考核内容		技术要求
操作评估	患者	1. 核对医嘱、输氧卡
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识、缺氧的原因、表现和程度
		3. 评估患者局部情况：鼻中隔是否偏曲，鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻腔是否通畅等
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、宽敞、明亮、安全、舒适，病房无明火，远离热源
操作者	1. 消毒双手、戴口罩	

考核内容		技术要求
		2. 着装整洁，端庄大方
	用物	用物准备齐全：（1）氧气筒；（2）氧气表；（3）湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或20%~30%乙醇1/3~1/2满）；（4）通气管；（5）一次性双腔鼻导管；（6）无菌纱布；（7）小药杯盛冷开水；（8）棉签；（9）笔；（10）弯盘；（11）扳手；（12）输氧卡；（12）手消毒剂；（14）手电筒；（16）病历本及护理记录本（按需准备）
操作实施	装表	1. 带用物至床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释
		2. 协助患者取舒适体位
		3. 冲尘，上氧气表，连接通气管、湿化瓶，
		4. 按关流量开关—开总开关—开流量开关的程序检查氧气表是否装好，装置是否漏气，再关流量开关，备用
	给氧	1. 检查、清洁双侧鼻腔
		2. 连接鼻导管，遵医嘱调节氧流量
		3. 湿化并检查鼻导管是否通畅
		4. 插管、固定(将导管环绕患者耳部向下放置，长期输氧者将导管绕至枕后固定，调整松紧度)
		5. 消毒双手、取下口罩，记录给氧时间及流量，挂输氧卡
		6. 交待用氧注意事项
7. 观察及评估患者缺氧改善情况		
停氧	1. 遵医嘱停氧，带用物至床旁，核对床号、姓名，与患者沟通。消毒双手，戴口罩。	
	2. 拔出鼻导管，关总开关-放余氧-关氧流量表开关，分离鼻导管、通气管、湿化瓶，卸表	
整理记录	1. 协助患者取舒适卧位，整理床单位	
	2. 按规定分类处理用物	
	3. 消毒双手，取下口罩，记录停氧时间	
健康指导	做好安全用氧知识的健康指导	
操作评价	1. 患者满意，缺氧症状改善，感觉舒适、安全	
	2. 操作规范，流程熟练，氧疗装置无漏气	
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	
	4. 护患沟通有效，患者合作，并知道安全用氧的知识	
	5. 在规定的时间内完成	

L-9 电动吸引器吸痰（经口腔）

1. 能力与素质要求

（1）能进行缺氧程度的评估和肺部听诊；能完成电动吸引器吸痰；操作中能

严格遵守无菌技术操作原则；操作后能进行维持呼吸道通畅的健康指导；

(2) 能操作规范、流程熟练，对患者不适的判断和处理迅速、及时、正确；仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，患者及家属满意。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：15 分钟

电动吸引器吸痰（经口腔）操作规范

考核内容		技术要求
操作 评估	患者	1. 核对医嘱
		2. 评估全身情况：年龄、病情、意识状态、血氧饱和度
		3. 评估局部情况：呼吸困难、发绀的程度，肺部呼吸音，口腔黏膜情况
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作
	环境	清洁、安静、明亮，温湿度适宜
操作者	1. 消毒双手、戴口罩	
	2. 着装整洁，端庄大方	
用物	用物准备齐全：（1）电动吸引器、连接导管；（2）盛有消毒液的消毒瓶；（3）一次性带手套式吸痰管；（4）无菌纱布；（5）有盖罐 2 只（试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水）；（6）手电筒；（7）听诊器；（8）治疗巾；（9）弯盘；（10）笔；（11）记录单；（12）压舌板、张口器、舌钳（按需准备）；（13）电插板（按需准备）；（14）病历本及护理记录单（按需准备）	
操作 实施	调节 负压	1. 带用物至患者床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释。给患者高流量吸氧 3~5 分钟（口述）
		2. 消毒液挂瓶挂于床头，连接负压瓶与连接导管，接通电源，打开开关，检查是否通畅和有无漏气
		3. 根据年龄正确调节负压，并口述负压 (成人 40~53.3kPa, 小儿 13.3~40kPa、新生儿 <13.3kPa)
	铺巾	1. 协助患者头偏向护士，头略后仰
		2. 消毒双手，戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘
	试吸	1. 打开吸痰管包装，戴手套，取吸痰管，衔接
		2. 打开开关，试吸无菌生理盐水，湿润及检查导管是否通畅
	吸痰	1. 反折吸痰管末端，用戴手套的手持吸痰管前端，插入口咽部（10~15cm）
		2. 放松吸痰管末端，将吸痰管左右旋转，向上提拉（口述：吸痰时间不超过 15 秒）
		3. 吸痰管退出后，抽吸生理盐水冲净管道内痰液，分离吸痰管，将连接导管末端插入消毒液挂瓶内
4. 给患者高流量吸氧 3~5 分钟（口述）		
评价 效果	1. 取纱布擦净患者脸部分泌物，撤去治疗巾、弯盘，脱下手套，检查鼻腔黏膜情况	
	2. 听诊呼吸音，判断吸痰效果	
整理 记录	1. 协助患者取舒适卧位，整理床单位	
	2. 关闭电源开关、清理用物，口述处理（储液瓶及时倾倒，瓶内液体不得超过容积的 2/3，吸痰用物每日更换	

考核内容		技术要求
		3. 消毒双手，取下口罩，记录痰液的颜色、性状和量
	健康指导	做好有效咳嗽等通畅呼吸道的健康指导
操作评价		1. 遵守无菌技术操作原则，无菌观念强
		2. 操作规范，动作轻柔
		3. 护患沟通良好，健康指导有效
		4. 仪表、举止大方得体，关爱患者
		5. 在规定时间内完成

四、评价标准

1. 评价方式：本专业技能考核采取过程考核与结果考核相结合，技能考核与职业素养考核相结合。根据考生操作的规范性、熟练程度等因素评价过程成绩；根据操作完成效果和用时量等因素评价结果成绩。当操作中出现下列情况时，评委可启用倒扣分。

(1) 操作中出现以下安全考情况时，该生总体综合评价为不合格：①自始至终未查对医嘱；②虽经过了查对流程，但查对不仔细而发生了操作对象错误、或用药错误、采集标本错误、操作部位错误等；③给患者使用了过期、不合格的药品或无菌物品者；④使用致敏药物前不做过敏试验，或不核实过敏试验结果；⑤患者发生坠床或跌倒者；⑥氧疗操作中违反了“带氧插管、带氧拔管”操作原则者。

(2) 考生未掌握操作手法而发生下列情况①标本采集扎针两次仍未采到合格血标本；②皮下注射、肌内注射发生断针者；③静脉输液扎针两次仍未穿刺成功者；④进行药物过敏试验前不询问“三史”者。

(3) 出现其他本标准无法预见的可能导致患者医源性损伤的不当言行。需简要记录考场情况，提交考评组讨论决定扣分值。

2. 分值分配：本专业技能考核满分为 100 分，其中案例评估与分析占 30%，技能操作占 70%（每项技能各占 35%）。

3. 技能评价要点：根据模块中考核项目的不同，重点考核学生对该项目所必须掌握的技能和要求。虽然不同考试题目的技能侧重点有所不同，但每位学生完成任务的总工作量和难易程度基本相同。原则上要求学生能按照操作规范，在规定时间内独立完成操作。若操作时限已到而操作者仍未完成操作时，允许适量延时。每延

时 1 分钟扣 1 分，不足 1 分钟以 1 分钟记。操作时间达到操作时限的 150%时不再允许继续操作，所有未实施的步骤不得分。

五、抽考方式

本专业技能考核标准配套题库分为母婴护理、儿童护理、成人护理和老年护理四个模块，每个模块根据临床岗位工作情境设置典型工作任务，学生通过完成任务进行考核，每道题首先对案例进行评估分析，然后完成 2 项操作技能。

（一）学生普测

教师应将技能考核标准和题库中的所有试题融入课程教学中，做到所有项目和试题，人人过关。采用本评分标准中的单项目考核标准，通过基于“第二部分技能考核题库”中的案例考核单项任务的形式，作为对应课程技能教学过程性考核及期末集中考核评价的教师评价，也可用于学生练习过程中的自我评价。授课教师可根据项目的重要性程度酌情采用抽考或普考。考核要求覆盖所有学生，每个学生至少被抽到一半以上单项目。课程负责老师统一于期末操作考核结束后一周内下载进行成绩分析，分析结果作为教研教改与集体备课的重要依据。

（二）学生抽测

学生抽取：原则上从本专业三年级学生中随机抽取 10%参加技能考核，最多不超过 30 人。由考评组长或教务处从抽查年级学生名单中随机抽取。

模块抽签：在测试前，由考评组长或考评员根据试题的难易程度和参加抽测学生数量从各个模块中抽取试题 3-4 道题，让考组学校准备用物；学生通过抽签的方式决定参加考核的模块。

试题选择：开考前，由考评组长或考评员从已封存好各模块的试题中各抽取 1 道题，同一场次同一模块的学生考核同一道题。

工位抽签：参加考核的学生在指定时间到达考场，考评员组织学生随意抽签决定工位，并登记备案。

技能测试时，被测学生根据试题情境任务要求，按照操作规范，独立完成测试任务，并体现良好的职业素养。

六、附录

(一) 国家相关法律法规

本标准主要参考的法律法规有《护士条例》和《医疗事故处理条例》，见表1。

表1 国家相关法律法规

序号	标准号	法律或法规名称	发布单位	出版社
1	ISBN9787509303900	护士条例	国务院法制办公室	中国法制出版社
2	ISBN 9787509321737	医疗事故处理条例	国务院法制办公室	中国法制出版社

(二) 行业相关规范与标准

本专业标准依据护理行业临床护理实践指南及技术规范具体内容见表2。

表2 行业相关规范与标准

序号	规范或标准名称	发布单位	出版社
1	护士守则	中华护理学会	人民卫生出版社
2	湖南省医院护理工作规范	湖南省卫生厅	湖南科学技术出版社
3	常用50项护理操作技术操作教学光盘	中华医学会	中华医学电子音像出版社
4	医院基本护理操作技术系列教学片	四川大学	人民卫生出版社
5	老年照护证书	中国社会福利与养老服务协会、北京中福长者文化科技有限公司	中国人口出版社
6	母婴护理证书	济南阳光大姐服务有限责任公司	高等教育出版社
7	幼儿照护证书	湖南省金职伟业母婴护理有限公司	湖南科学技术出版社

参考书目：

[1] 李小寒、尚少梅主编，《基础护理学》（第7版），北京：人民卫生出版社，2022年。

[2] 安力彬、陆虹主编，《妇产科护理学》（第7版），北京：人民卫生出版社，2022年。

[3] 李乐之、路潜主编，《外科护理学》（第7版），北京：人民卫生出版社，2022。

[4] 尤黎明、吴瑛主编，《内科护理学》（第7版），北京：人民卫生出版社，

2022。

[5]崔焱,张玉侠主编,《儿科护理学》(第7版),北京:人民卫生出版社,2022。

[6]孙玉梅,张立力,张彩虹主编《健康评估》(第5版),北京:人民卫生出版社,2022。

[7]张波 桂莉主编,急危重症护理学(第4版),北京:人民卫生出版社,2017。

[8]秦东华主编,《护理礼仪与人际沟通》(第2版),北京:人民卫生出版社,2019。