



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：_____助产_____

专业代码：_____520202_____

所属专业群：_____护理专业群_____

永州职业技术学院

助产专业技能考核标准

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助产专业人才培养方案，科学制定助产专业技能考核标准。

一、专业名称及适用对象

专业名称：助产（专业代码：520202）

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，测试学生服务孕妇护理、产妇护理、儿童护理及综合护理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、妇科护理、内科护理、外科护理、助产学、妇女保健与优生优育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助产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，有效提高孕妇护理、产妇护理、儿童护理和妇女保健与优生优育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，对接助产士核心胜任力要求、护士执业资格考试大纲及幼儿照护、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，根据助产专业工作岗位，分为专科护理和综合护理领域，设置了孕妇护理、产妇护理、儿童护理及综合护理四个技能模块，涵盖42个技能点（表1）。

表1 助产专业技能考核主要项目一览表

模块	模块编号	序号	项目名称	难易程度	考核时间 (min)
孕妇 护理	M	M-1	案例评估与分析	中	30
		M-2	心脏评估（心瓣膜听诊）	中	14
		M-3	四步触诊	中	20
		M-4	胎儿电子监护	中	25
		M-5	生命体征测量	中	30
		M-6	快速血糖测定	易	20
		M-7	肌内注射	难	20
		M-8	氧气吸入	中	20
产妇 护理	E	E-1	案例评估与分析	中	30
		E-2	青霉素药物过敏试验	难	30
		E-3	产程图绘制	中	25
		E-4	女病人留置导尿	难	30
		E-5	外科洗手、穿手术衣、戴无菌手套	难	24
		E-6	自然分娩接产技术	难	40
		E-7	会阴侧切缝合术	难	40
		E-8	母乳喂养指导	中	30

		E-9	会阴擦洗	易	20
儿童 护理	C	C-1	案例评估与分析	中	30
		C-2	新生儿窒息复苏	难	13
		C-3	暖箱的使用	易	20
		C-4	新生儿沐浴	中	30
		C-5	新生儿抚触	难	30
		C-6	体格发育测量	易	14
		C-7	红臀的护理	中	20
		C-8	静脉血标本采集	难	25
		C-9	超声波雾化吸入	中	18
综合护 理	L	L-1	案例评估与分析	中	30
		L-2	甲状腺评估	难	14
		L-3	神经系统评估（脑膜刺激征）	中	10
		L-4	四肢绷带包扎	中	15
		L-5	单人徒手心肺复苏	难	10
		L-6	口服给药	易	16
		L-7	密闭式静脉输液	难	30
		L-8	呼吸功能锻炼	易	20
		L-9	胸背叩击排痰	中	20
		L-10	体位引流	易	20
		L-11	电动吸引器吸痰（经口腔）	中	25
		L-12	胰岛素笔的使用	中	20
		L-13	糖尿病患者食谱制定	难	30
		L-14	T管引流的护理	中	20
		L-15	膀胱冲洗	易	20
		E-16	口腔护理	中	30

模块一 孕妇护理模块

M-1 案例评估与分析

设计孕妇常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对指定对象进行身体状况、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. 能力与素质要求

- (1) 能根据病人的病情及一般情况，对病人进行护理评估；
- (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

孕妇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 心脏评估（心瓣膜听诊）

1. 能力与素质要求：

- (1) 能够迅速、准确对病人情况进行初步评估；
- (2) 能按照心脏听诊步骤进行正确操作；
- (3) 注重保护病人隐私，操作规范，动作熟练、敏捷；
- (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：7 分钟

完成时间：7 分钟

心脏听诊操作规范

项目内容		技术要求
评估与准备		1. 操作者准备：衣帽整齐，戴口罩，胸卡、洗手，不佩戴首饰，剪净指甲
		2. 病人评估：评估病人病情、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
		3. 环境评估：环境清洁，光线充足，温、湿度适宜，有床帘或屏风
		4. 物品准备：听诊器、医嘱单、洗手液
操作过程	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. 床帘或屏风遮挡病人，保护病人隐私
	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	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. 关爱病人，沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适
		3. 病人安全、满意
		4. 操作规范，动作熟练、轻柔
		5. 整理用物、洗手

M-3 四步触诊

1. 能力与素质要求

(1) 能告知孕妇四步触诊的目的、配合方法及注意事项，以取得孕妇的配合；

(2) 能为孕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
评估及准备	孕(产)妇	1. 核对孕妇信息，了解妊娠情况、心理状态、合作程度
		2. 向孕妇解释检查目的和配合方法
		3. 嘱孕妇排空膀胱
	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	
操作过程	测量宫高和腹围	1. 拉上布帘或屏风遮挡
		2. 协助孕妇于平卧位，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
操作后处理	1. 协助孕妇穿好衣裤后缓慢坐起，询问感受	
	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	
评价	1. 语言亲切，沟通有效，孕妇合作，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，关爱病人，体现整体护理理念	
	4. 操作规范，动作熟练	

考核内容	技术要求
	5. 在规定时间内完成

M-4 胎儿电子监护

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知病人胎儿电子监护的目的、方法及注意事项；
- (2) 能严格遵守查对制度，按操作流程完成胎儿电子监护的测量，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；
- (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：15 分钟

胎儿电子监护操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	病人	1. 核对孕产妇个人信息，了解妊娠情况、心理状况、合作程度
		2. 向孕产妇解释目的和配合方法
		3. 协助孕产妇排空膀胱
	环境	符合产前检查室要求：明亮、清洁、安静，保护孕妇隐私，室温 24~26℃，湿度 50%~60%
	操作者	着装整洁，端庄大方，修剪指甲
冬天温暖双手		
用物	胎儿电子监测仪、医用耦合剂、电源、记录纸、75%乙醇、手消毒剂	
操作过程	操作前	1. 将用物携至床旁，再次核对床号和姓名
		2. 七步洗手法洗手
		3. 帮助孕妇取半卧位或左侧卧位
		4. 告知胎动测量探头的使用方法
		5. 打开电源开关，调节好各参数，准备好耦合剂
	监护	1. 暴露腹部，用四步触诊法了解胎方位，或用多普勒确定胎心音的位置
		2. 将胎心探头涂耦合剂，放置于产妇腹部胎心音区，听诊胎心音清晰、响亮，予以固定
		3. 将宫缩压力探头固定于孕产妇宫底下 3 横指处
		4. 观察胎儿胎动情况，监护 20 分钟，指导注意事项，异常时可根据情况延长 40 分钟并催醒胎儿（口述）
		5. 复查仍为无反应型或宫缩应激试验阳性，应及时报告医生，寻找原因并做好相应处理（口述）

考核内容		技术要求
操作 后 处 理		1.监护完毕，关监护仪开关，撤去探头，并擦净皮肤，帮助孕产妇整理好衣物取舒适体位
		2.整理用物、垃圾初步处理正确
		3.七步洗手法洗手
		4.将胎心监护曲线图粘贴于病例报告单上保存，进行简单分析并告知医生查看
		5.告知孕产妇结果并记录，健康教育正确
		6.整理监护仪，使之处于备用状态
评价		1.告知孕产妇胎儿电子监护的目的和配合方法、注意事项
		2.关心体贴孕妇，操作熟练、方法正确，动作轻巧
		3.密切监测孕产妇异常心电波形，及时发现胎儿在宫内缺氧的状况
		4.具有较好的职业修养和敏锐的观察力
		5.在规定时间内完成

M-5 生命体征测量

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知病人测量生命体征的目的、方法及注意事项；
- (2) 能根据病人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：15 分钟

完成时间：15 分钟

生命体征测量技术操作规范

考核内容		技术要求
评估及 准备	病人	1. 核对医嘱
		2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素
		3. 评估病人局部情况，选择合适测量部位及方法
		4. 评估病人心理状况，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

考核内容		技术要求
	用物	(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
操作过程	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, 病人安全
		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, 病人放松, 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, 病人放松
		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. 协助病人取舒适卧位, 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		
评价	1. 病人安全、满意	
	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, 关爱病人	
	5. 在规定时间内完成	

M-6 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

快速血糖测定技术操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	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	
操作过程	采血前	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. 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，将测试结果告知患者		
4. 给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导		
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

M-7 肌内注射

1. 能力与素质要求

- (1) 了解病人病情，进行病人评估，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，保证病人用药安全，无差错发生；
- (5) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，病人及家属满意；关爱病人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
评估及准备	病人	1. 核对医嘱、注射卡
		2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态等
		3. 评估病人局部情况，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. 评估病人心理状况，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	(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）	
操作过程	备药	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

考核内容		技术要求
		4. 请他人核对并签名
		5. 医用垃圾初步处理正确
	注射	1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名，并解释
		2. 协助病人取合适体位
		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）
		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，询问病人感受
		8. 注射完毕快速拔针并按压
		9. 及时处理注射器和针头
	注射后处理	1. 整理床单位，帮助病人取舒适体位
		2. 医用垃圾初步处理正确
		3. 消毒双手，取下口罩，记录
4. 健康指导内容、方式合适		
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，关爱病人	
	5. 在规定时间内完成	

M-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：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
评估及准备	病人	1. 核对医嘱、输氧卡
		2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识、缺氧的原因、表现和程度
		3. 评估病人局部情况：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. 评估病人心理状况，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	
	2. 着装整洁，端庄大方	
用物	(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）	
操作过程	装表	1. 带用物至床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释
		2. 协助病人取舒适体位
		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(将导管环绕病人耳部向下放置，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. 观察及评估病人缺氧改善情况
	停氧	1. 遵医嘱停氧，带用物至床旁，核对床号、姓名，与病人沟通。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
		3. 协助病人取舒适卧位，整理床单位
		4. 消毒双手，取下口罩，记录停氧时间
		5. 做好健康指导(安全用氧知识)
	处理	按规定分类处理用物
	评价	1. 病人满意，缺氧症状改善，感觉舒适、安全

考核内容	技术要求
	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，关爱病人，体现整体护理理念
	4. 护患沟通有效，病人合作，并知道安全用氧的知识
	5. 在规定的时间内完成

模块二 产妇护理模块

E-1 案例评估与分析

设计产妇常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对产妇进行身体状况、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. 能力与素质要求

- (1) 能根据产妇的病情及一般情况，对病人进行护理评估；
- (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

产妇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 青霉素药物过敏试验

1. 能力与素质要求

(1) 了解病人病情，询问病人“三史”（用药史、过敏史和家族史）；告知病人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，保证病人用药安全，无差错发生；

(5) 关爱病人做好心理护理及用药指导；

(6) 仪表端庄，态度和蔼，沟通有效，病人及家属满意。

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
评估及准备	病人	1. 核对医嘱、注射卡
		2. 评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等
		3. 评估病人局部情况，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. 评估病人心理状况，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	(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）	
操作过程	配置皮试药液	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. 病人信息核对到位，解释规范
		2. 协助病人取舒适卧位
		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

考核内容		技术要求
		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，病人理解
		11. 医用垃圾初步处理正确
	观察	巡视病房，听取病人主诉，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，告知病人并及时记录	
评价		1. 病人安全、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，关爱病人
		5. 在规定时间内完成

E-3 产程图绘制

1. 能力与素质要求

(1) 能根据产妇的产程进展情况，准确、规范、及时完成产程图的绘制与产程处理记录的填写；

(2) 能判断产程进展是否正常；

(3) 能进行有效沟通，语言亲切；关心体贴病人，注意保护病人隐私。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：25 分钟

产程图绘制操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	环境	明亮、清洁、安静
	操作者	着装整洁
	用物	病历夹、产程图记录纸、蓝色水笔、红色水笔、直尺
操作过程	绘制宫口扩张曲线	以规律宫缩出现的时间为起点，计算每次检查时的产程进展时间
		以起点为横坐标数值，检查所及宫口扩张程度为左侧纵坐标数值
		在产程图中以红色水笔画“●”，前后两次“●”标志点之间用红色直线连接
	绘制先露下降曲线	以规律宫缩出现的时间为起点，计算每次检查时的产程进展时间
		以起点为横坐标数值，检查所及的胎先露高低为右侧纵坐标数值
		在产程图中用蓝色水笔画“●”，前后两次“●”标志点之间用蓝色直线连接

考核内容		技术要求
	填写附属表格	将检查时间、血压、胎心音、宫缩、羊水情况与处理按检查时间的先后顺序，填写到产程图下半部分的附属表格中，检查者签名
	分析产程进展情况	根据绘制出的宫口扩张曲线、先露下降曲线、胎心音、宫缩、破膜时羊水性状等信息判断产妇产程进展是否正常
评价		1. 记录客观真实，及时准确
		2. 字迹工整，页面整洁，无涂改
		3. 点圆线直，点线分明
		4. 红蓝笔使用正确
		5. 在规定时间内完成

E-4 女病人留置导尿

1. 能力与素质要求

- (1) 能评估病人的病情、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病人实施留置导尿术；
- (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；关心体贴病人，注意保护病人隐私。

2. 操作规范

准备时间：10 分钟

完成时间：20 分钟

留置导尿（女病人）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
		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

考核内容		技术要求
	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
		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		
护理评价	1. 患者满意	

考核内容	技术要求
	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

E-5 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
评估及准备	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	(1) 洗手液（在有效期内）；(2) 外科手消毒剂（在有效期内）；(3) 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
操作过程	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 揉搓双手：按七步洗手法 ④ 揉搓手臂：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。从手指到肘部，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：使用干手毛巾或纸巾擦干双手、前臂及上臂下 1/3
		3. 外科手消毒： ① 取适量手消毒剂（根据手消毒剂说明）于一侧手心，揉搓另一侧指尖、手背、

考核内容		技术要求
穿无菌手术衣、戴无菌手套		手腕，将剩余的手消毒剂环转揉搓至前臂、上臂下1/3。涂抹部位无遗漏 ②取适量手消毒剂于另一侧手心，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
		1. 拿取无菌手术衣：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. 协助穿衣：巡回护士在其背后抓住衣领内面，协助穿衣并系住领口及内片系带
		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 ③隔衣袖抓住被手套包裹的衣袖向上轻拉，手指对应插入 ④同法戴右手手套
		6. 系腰带：解开腰间活结，将手术衣腰带递给巡回护士用无菌持物钳夹取，旋转后使手术衣的外片盖住内片，接过腰带系于腰间。 7. 未操作时，双手置于胸前或插入胸前口袋中。
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

E-6 自然分娩接产技术

1. 能力与素质要求

- (1) 能够能准确评估分娩条件；
- (2) 能严格遵守无菌技术操作原则及接产操作规范，正确为产妇接产；
- (3) 态度和蔼，关心爱护产妇，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：30 分钟

自然分娩接产技术操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	产妇	核对产妇个人信息（姓名、床号、住院号、年龄、孕周、孕产史、临产时间）
		了解宫缩情况、胎方位、胎心音、破膜与否及破膜后羊水的性状、宫口开大情

考核内容		技术要求
		况、胎先露的位置、会阴条件
		评估产妇能否正确使用腹压、心理状态、配合分娩程度；向产妇解释接产目的与配合方法
	环境	明亮、清洁、安静，室温 26~28℃，湿度 50%~60%
	操作者	助产士戴口罩、帽子，着洗手衣
	用物	一次性无菌手术衣 1 件、灭菌产包 1 个（包内用物有聚血器 1 个、弯盘 2 个、血管钳 3 把、会阴侧切剪 1 把、线剪 1 把、脐带剪 1 把、小药杯 1 个、无菌小巾 2 块、带尾线纱布卷 1 个、洗耳球 1 个、纱布若干、棉球若干、棉签若干）、一次性护脐圈 1 个、无菌手套 2 双、吸痰管 1 根、5%聚维酮碘溶液或 2.5%碘酊溶液、75%乙醇、病历本、笔
操作过程	上台前准备	1. 确定胎位，协助产妇取舒适体位
		2. 操作者行外科洗手（备注：实际操作中口述）
		3. 产妇外阴消毒并铺无菌巾（备注：实际操作过程中产妇已完成“外阴消毒并铺无菌巾”，操作者口述产妇已完成该项操作）
		4. 请巡回助产士依次打开一次性无菌手术衣和无菌手套外包装，操作者取出手术衣穿好，并戴无菌手套
		5. 再次向产妇解释配合分娩的方法，取得合作
	整理产台物品	1. 请巡回助产士在产床尾端的治疗车上打开产包外包巾
		2. 接产者打开产包内包巾，查看灭菌指示卡是否达到灭菌效果，清点器械、敷料，按使用顺序摆放。用一把止血弯钳套好气门芯
	保护会阴及协助胎儿娩出	1. 操作者口述保护会阴时机。当胎头拨露使阴唇后联合紧张时开始保护会阴
		2. 接产者垫治疗小巾于会阴处（治疗巾勿完全盖住会阴部，露出会阴体约 1cm），脚成弓箭步站立姿势，一手肘部支在产床上，拇指与其余四指分开，利用手掌大鱼际肌顶住会阴部，在宫缩时向内上方托起会阴，宫缩间歇期保护会阴的手放松但不能离开（当胎头着冠后，宫缩间歇期保护会阴的手不能再放松，以防会阴体撕裂）；另一手轻轻下压胎头协助胎头俯屈，当胎头枕部在耻骨弓下露出时，协助胎头仰伸（此时若宫缩强，嘱产妇张口呼气以缓解腹压，指导产妇在宫缩间歇期稍向下屏气，借助腹压的力量使胎头缓慢娩出）
		3. 胎头娩出后，一手继续保护会阴，另一手自鼻根部向下颏挤压出口鼻内的黏液和羊水
4. 协助胎头复位及外旋转		
5. 下压胎儿颈部，使前肩自耻骨联合下方娩出，前肩娩出后，接产者向上托胎儿颈部，使后肩自会阴前缘缓慢娩出，双肩娩出后保护会阴的手方可离开，双手协助胎体及下肢以侧位娩出		
清理新生儿呼吸道及Apgar 评	1. 胎儿娩出后立即将鼻腔和口腔中的羊水和黏液挤出，及时用洗耳球清除新生儿口腔和鼻腔中（先口后鼻）残余的羊水和黏液；当确认呼吸道通畅后，新生儿仍未啼哭时，可用手轻弹新生儿足底或按摩背部	
	2. 用无菌小巾擦干新生儿全身	

考核内容		技术要求
	分	3. 根据新生儿出生后的心率、呼吸、肌张力、喉反射、皮肤颜色 5 项体征进行 1 分钟、5 分钟 Apgar 评分，每项指标 0~2 分，满分为 10 分，8~10 分为正常新生儿
	处理脐带	1. 垫聚血器于产妇臀部
		2. 用两把血管钳在距脐根部 10~15cm 处夹紧脐带，两钳间距 2~3cm，于两钳之间剪断脐带
		3. 用 75%乙醇消毒脐根部及周围
		4. 在距脐根 0.5 cm 处用带气门芯血管钳夹闭脐带，距血管钳上 0.5~1cm 处剪断脐带，套气门芯至脐根部后松开血管钳，用一块纱布挤净脐带断端处余血、擦干血液。脐带断面用 5%聚维酮碘溶液或 2.5%碘酊溶液消毒，待脐带断面干后以无菌纱布覆盖，再用护脐圈包扎（如用脐带夹断脐，无需覆盖和包扎断端）。
	确认、交接新生儿	1. 将新生儿抱至产妇确认并说出新生儿性别
		2. 将新生儿交给巡回助产士
	协助胎盘娩出	1. 接产者口述胎盘完全剥离的征象（子宫再次收缩，子宫体变硬呈球形，胎盘剥离后降至子宫下段，宫体被推向上，宫底升高至脐上；阴道口外露的一段脐带自行延长；阴道少量出血；用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段，宫体上升而外露的脐带不再回缩）
		2. 当确认胎盘完全剥离后，于宫缩时以左手握住宫底（拇指置于子宫前壁，其余四指放于子宫后壁）并按压，同时右手轻拉脐带，当胎盘娩出至阴道口时，接产者双手捧住胎盘，向一个方向旋转并缓慢向外牵拉，协助胎盘、胎膜完整娩出
	检查胎盘、胎膜	1. 暴露胎盘母体面，铺平并擦干母体面凝血块，检查母体面有无胎盘小叶缺损
		2. 翻转胎盘暴露胎儿面，检查胎儿面边缘有无断裂的血管
		3. 提起脐带检查胎膜破口是否能完全吻合，检查完后放于弯盘内
检查软产道	仔细检查会阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道、阴道穹窿及宫颈有无裂伤，检查完毕后接产者口述软产道检查结果。	
处理与观察	1. 用消毒溶液棉球擦净会阴血迹	
	2. 核对清点用物（器械、敷料），胎盘装塑料袋交台下巡回助产士，按要求初步处理用物。脱去手术衣及手套	
	3. 口述帮产妇垫上会阴消毒垫，协助产妇取舒适体位，盖上被子保暖	
	4. 洗手，记录产妇分娩情况	
	5. 口述产妇留在产房观察 2 小时，注意观察阴道出血、血压及宫缩情况	
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. 操作过程中无菌观念强	

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

E-7 会阴侧切缝合术

1. 能力与素质要求

- (1) 掌握会阴侧切的适应症并正确选择切开时机；
- (2) 能正确实施会阴侧斜切开术和缝合术；
- (3) 缝合术后正确检查会阴切口，肛查判断缝线有无穿透直肠；
- (4) 及时做好术后用物的初步处理；
- (5) 态度和蔼，关心爱护产妇，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：30 分钟

会阴侧切缝合术操作规范

考核内容	技术要求	
评估及准备	产妇	核对产妇个人信息（床号、姓名、住院号、年龄、孕周） 评估产妇心理状态、配合程度、宫缩、胎心音、胎位、胎儿大小、产程进展情况及会阴体条件。 与产妇及家属谈话告知会阴切开术的目的及方法，取得产妇及家属同意并签字
	环境	明亮、清洁、安静，室温 26~28℃，湿度 50%~60%
	操作者	戴口罩、帽子，着洗手衣
	用物	灭菌会阴切开包 1 个（内含会阴侧切剪 1 把、线剪 1 把、持针器 1 把、有齿镊 1 把、无齿镊 1 把、血管钳 4 把、三角针 1 枚、圆针 1 枚、弯盘 2 个、小药杯 2 个、纱布若干、棉球若干、带尾线纱布卷 1 个）、一次性无菌手术衣 2 件、无菌手套 2 双、消毒剂、2-0 可吸收线 1 根、3-0 丝线 1 卷、病历本、笔
操作过程	操作前准备	1. 操作者行外科洗手（备注：实际操作中外科洗手不进行操作，只需操作者口述完成该项操作） 2. 产妇外阴消毒并铺无菌巾（备注：实际操作过程中产妇已完成“外阴消毒并铺无菌巾”，操作者只需口述产妇已完成该项操作） 3. 请巡回助产士将一次性无菌手术衣及无菌手套撕开外包装后依次递给操作者，操作者穿无菌手术衣、戴无菌手套 4. 请巡回助产士在产床尾端的治疗车上打开会阴切开包外包巾，接产者打开内包巾，查看灭菌指示卡是否达到灭菌效果，清点器械、敷料，按使用顺序摆放

考核内容		技术要求
	麻醉	口述麻醉方式：阴部神经阻滞麻醉
	选择切开时机	会阴部明显膨隆、宫缩时胎头露出阴道口 3~4cm 时切开会阴，切开时间应在预计胎儿娩出前 5~10 分钟，不宜过早
	消毒	以切口为中心，用消毒溶液棉球自阴道口向外消毒会阴切开处皮肤，消毒范围距切口 5cm 以上
	会阴左侧斜切开	1. 撑开阴道壁：在宫缩间歇期操作者左手中指、示指伸入阴道内，置于胎先露与阴道壁之间，两指略分开，撑起左侧阴道壁
		2. 放置会阴侧切剪：操作者右手持会阴侧切剪，张开两叶，一叶置于阴道内左手中、示指之间，另一叶置于阴道外，使侧切剪切缘与会阴后联合中线向旁侧呈 45°（会阴高度膨隆时应为 60°~70°）方向放置
		3. 剪开会阴：在宫缩时一次全层剪开会阴，一般剪开 4~5cm（备注：实际操作中使用的是会阴已经剪开的模型，操作者只需口述剪开会阴的方法）
		会阴切开后立即用纱布压迫止血
	胎儿及胎盘娩出	操作者口述：胎儿及胎盘顺利娩出，检查胎盘、胎膜完整
	缝合前检查	检查会阴切口有无延伸，外阴、阴道、宫颈有无裂伤，并口述检查情况
	缝合	1. 放置纱布卷：右手持带尾线纱布卷置于阴道顶端，防止宫腔血液外流影响缝合视野，注意暴露会阴切口顶端
		2. 缝合阴道黏膜层：左手持无齿镊，右手持持针器，用圆针、2-0 可吸收线自阴道黏膜切口顶端 0.5~1cm 处开始，间断或连续缝合阴道黏膜及黏膜下组织，直达处女膜缘，切缘对齐，针距约 1.0~1.5cm
		3. 缝合肌层及皮下脂肪层：用同样方法缝合肌层及皮下脂肪层
		4. 缝合皮肤层：用消毒溶液棉球消毒会阴切开处皮肤，用三角针、3-0 丝线间断缝合皮肤，针距约 1.0~1.5cm，缝合皮肤时对齐皮肤切缘。
缝合后检查	1. 取出阴道内纱布卷	
	2. 检查有无纱布遗留，切口顶端有无腔隙，观察切口有无渗血，切缘是否对合良好	
	3. 操作者示指伸入肛门检查缝线是否穿透直肠壁，如有穿透应拆开缝线重新缝合（备注：实际操作中口述检查情况即可）。	
操作后处理	1. 用消毒溶液棉球擦净会阴血迹	
	2. 核对清点用物（器械、敷料），按要求初步处理用物	
	3. 脱去污染的手术衣及手套	
	4. 洗手，记录会阴切开及缝合情况，记录皮肤缝针数	
评价	1. 操作规范，动作熟练，指导有效	
	2. 在规定时间内完成	

考核内容	技术要求
	3. 操作过程中无菌观念强
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱病人
	5. 健康指导内容和方式正确

E-8 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	
评估及准备	产妇及婴儿	1. 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. 评估产妇有无母乳喂养禁忌症
	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；	
操作过程	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	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	
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，关爱病人
	6. 健康指导内容和方式正确

E-9 会阴擦洗

1. 能力与素质要求：

- (1) 能够迅速、准确对病人情况进行初步评估；
- (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：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	
评估及准备	病人	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）洗手液	
操作过程	会阴擦洗过程	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病人会阴部
		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

考核内容		技术要求
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
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

模块三 儿童护理模块

C-1 案例评估与分析

设计新生儿常见疾病、症状、健康保健等案例，根据案例中的情境，遵照医嘱对指定对象进行身体状况、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. 能力与素质要求

- (1) 能根据新生儿的病情及一般情况，对病人进行护理评估；
- (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	

C-2 新生儿窒息复苏

1. 能力与素质要求：

- (1) 准确快速评估新生儿的情况；
- (2) 按照新生儿复苏的程序和步骤正确进行复苏，并准确评估和报告复苏效果；

- (3) 做好复苏成功后的病情观察；
- (4) 操作规范，动作熟练、敏捷。

2. 操作规范

准备时间：5 分钟

完成时间：8 分钟

新生儿窒息复苏操作示范

考核内容		技术要求
评估及准备	环境	清洁、安静，光线明亮，室温在 26~28℃，打开辐射暖台开关，并调节至适宜温度
	用物	吸痰管、无菌缸（内装洗耳球 1 个）、复苏气囊、面罩、听诊器、浴巾、肩垫、手消毒剂、无菌手套 2 双、75%乙醇纱布缸、新生儿包被、无菌持物钳及筒、病历本、笔
	患儿	出生后 5 秒钟内快速评估 4 项指标：足月吗？有呼吸或哭声吗？肌张力好吗？羊水清亮吗？只要其中 1 个答案是“否”，立即呼救并准备复苏
	操作者	着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按照七步洗手法洗手，戴无菌手套
操作过程	初步复苏	保持体温：将新生儿置于预热好的辐射暖台上，使热源直接照射到新生儿身上，不要盖毯子或毛巾
		摆正体位：新生儿采取仰卧位，颈部轻度仰伸到鼻吸气位，使咽后壁、喉和气管成直线，肩部用肩垫垫高 2~3cm
		清理气道：如羊水有胎粪污染时，评估新生儿有无活力。有活力的定义为：规则呼吸或哭声响亮、肌张力好、心率>100 次/分。以上三项有一项不好者为无活力，应立即气管插管吸引胎粪。口述气管内吸引的步骤：插入喉镜，将气管导管插入气管内，连接胎粪吸引管与吸引器，边吸引边慢慢撤出，必要时重复吸引，直至胎粪吸引干净。吸引负压为 100mmHg 左右，吸引时间不超过 10 秒。如羊水无胎粪污染，或羊水有胎粪污染但新生儿有活力，用新生儿吸痰管（12 F 或 14 F）或洗耳球吸净口腔内的黏液和羊水（先口后鼻）
		擦干全身：用已预热的浴巾快速擦干新生儿身上的大部分水分，移开湿毛巾
		诱发自主呼吸：用手轻拍或手指轻弹新生儿的足底或摩擦背部 2 次
	重新摆正体位，评估呼吸和心率。用听诊器听心率 6 秒，数值乘以 10 作为每分钟心率。如刺激后新生儿没有呼吸或喘息样呼吸，心率<100 次/分，应立即给予正压通气	
正压人工通气	初步复苏后没有呼吸或喘息样呼吸，即使有呼吸但心率<100 次/分	
	操作者站在新生儿的侧面或头侧，将新生儿头部置于中线位置并轻度仰伸，选择大小合适的面罩，覆盖新生儿口、鼻和下颌的尖端，但不覆盖眼睛。用	

		左手拇指和示指形成“C”形环绕下压面罩边缘，同时中指和无名指将下颌抬起以保持气道通畅。连接氧源，足月新生儿使用氧气流量为5-6L/min或以上。通气频率为40~60次/分，操作者大声念出：“1-2-3-1-2-3……”。通气开始时压力为20~25cmH ₂ O，以后维持在20cmH ₂ O。有效通气可见胸部起伏
		正压通气30秒后如心率<60次/分，应矫正通气。考虑原因可能有以下三点：新生儿气道阻塞、面罩与新生儿面部密闭不够和压力不足以使新生儿肺膨胀。应重新摆正新生儿体位，吸引口腔和鼻腔内的分泌物，重新放置面罩，在面罩边缘稍加压力，同时把下颌轻轻上抬，逐渐增加通气压力直到可见新生儿胸廓运动。30秒后再次评估心率，如<60次/分，需立即在正压人工通气的同时进行胸外按压
	胸外心脏按压	充分正压通气30秒后心率<60次/分，在正压通气同时进行胸外按压
		口述行气管插管
		操作者站在新生儿脚侧，靠近新生儿胸部，将双拇指并排或重叠置于新生儿两乳头连线中点与剑突之间，即胸骨体下1/3处，其余四指环绕躯干，双拇指第一关节应屈曲，垂直接压在胸骨上（拇指法），或一手示指、中指指尖垂直接压胸骨，另一手支撑新生儿背部（双指法）。按压深度为胸廓前后径的1/3，按压时间稍短于放松时间，放松时手指应不离开胸壁。助手继续行正压通气。胸外按压和正压通气的比例应为3:1，即每3次胸外按压后正压通气1次。每分钟约120个动作：90次胸外按压和30次正压通气。操作时胸外按压者边按压边大声念出：“1-2-3-吸-1-2-3-吸……”，正压通气者在“吸”时挤压气囊，在“1”时放松
		45~60秒后重新评估心率
	复苏后处理	经过上述复苏步骤若新生儿有自主呼吸、心率>100次/分、面色红润，移开浴巾，将新生儿包裹好转入新生儿科进行复苏后处理
		整理用物，按要求初步处理用物，用75%乙醇纱布擦拭新生儿面罩。
		脱手套，七步洗手法洗手，口述记录复苏过程
	评价	1. 操作熟练，动作敏捷，急救意识强，与助手配合默契
2. 态度和蔼，关心新生儿		
3. 语言合适，沟通有效		
4. 应急情况处理得当		

C-3 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

暖箱的使用操作示范

考核内容		技术要求
评估及准备	环境	无阳光直射或风吹，避免靠近火炉或者暖气
	用物	温箱、蒸馏水、床单、尿布、盆子、毛巾、消毒液、手消毒剂
	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；
操作者	穿戴整齐，修剪指甲，洗手，戴口罩	
操作过程	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		
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	

C-4 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
评估及准备	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%鞣酸软膏（按需准备）
操作过程	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	

考核内容		技术要求
		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
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

C-5 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
评估及准备	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	
操作过程	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	1. 倒适量润肤油于掌心，摩擦均匀，搓暖双手

考核内容		技术要求
	抚触	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
评价		1. 与家属沟通有效，取得合作
		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，关爱病人，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

C-6 体格发育测量

1. 基本要求

- (1) 能准确告知体格测量的目的及注意事项；
- (2) 能按照体格测量的步骤进行正确操作；
- (3) 能对体格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

体格测量操作规范

考核内容		技术要求
评估及	患儿	个人信息及合作情况

考核内容		技术要求
准备		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）	
操作过程	核对患儿	1. 核对患儿信息
		2. 向家长解释体格测量的目的
	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		
评价	1. 体格测量有效	
	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	

C-7 红臀的护理

1. 基本要求

- （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，能与病人（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
评估及准备	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
操作过程	操作前准备	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		
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	

C-8 静脉血标本采集（真空管）

1. 能力与素质要求

（1）了解病人病情，进行病人评估，做好解释取得病人合作，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；
采血后指导病人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，关爱病人做好心理护理，沟通有效，病人及家属满意。

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
评估及准备	病人	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. 评估病人心理状况，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)	
操作过程	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. 核对病人、解释合理，病人体位合适，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)，嘱病人握拳
		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	1. 脱手套，消毒双手，取下口罩	

考核内容		技术要求
	处理	2. 记录，健康指导内容合理
		3. 将标本送检，按规定对物品进行分类处理
评价		1. 病人满意，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，关爱病人，体现整体护理理念
		4. 护患沟通有效，病人合作，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

C-9 超声波雾化吸入法

1. 基本要求

(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

超声波雾化吸入法操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	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	

考核内容		技术要求
操作过程	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
		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
	雾化吸入	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）
		6. 指导病人闭口深呼吸，告知病人或家属注意事项
	雾化结束	1. 雾化完毕（口述），取下口含嘴或面罩
		2. 先关雾化开关，再关电源开关
	操作后处理	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）
		4. 洗净双手，取下口罩，记录
评价	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	

模块四 综合护理模块

L-1 案例评估与分析

设计内科、外科、妇科等常见疾病、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. 能力与素质要求

- (1) 能根据患者的病情及一般情况，对患者进行护理评估；
- (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

综合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 甲状腺评估

1. 能力与素质要求：

- (1) 能够对病人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：7 分钟

完成时间：7 分钟

甲状腺评估操作步骤与要点

项目内容		甲状腺评估操作步骤与要点
评估及 准备	病人	1.核对病人，评估病情 2.解释操作目的，取得病人合作
	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 过程	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

项目内容		甲状腺评估操作步骤与要点
		2. 评估时嘱病人做吞咽动作，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：位于病人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. 嘱病人卧床休息，向病人与家属介绍病情
		3. 整理用物
		4. 洗手并记录
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	

L-3 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) 尊敬体贴病人，操作规范、手法熟练；
- (5) 态度和蔼，语言亲切，与病人沟通有效；
- (6) 评估结果准确，解释合理，并能对病人进行健康指导。

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
评估及准备	病人	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
操作过程	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. 对病人先作自我介绍，说明评估的目的，获得病人的认可
	脑膜刺激征检查	3. 颈强直：病人去枕仰卧，评估者以一手托病人枕部，另一只手置于病人前胸，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）：病人仰卧，将病人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：观察病人膝关节能否伸达 135° 以上，如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛，则为阳性。）
		5. Brudzinski 征（布鲁津斯基征）：病人去枕仰卧，双下肢伸直，以右手置于病人前胸，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，双髋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. 向病人及家属介绍病情及进行健康指导 3. 整理用物，洗手并记录	
评价		1. 病人安全、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，关爱病人 5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分

L-4 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) 关爱病人，能与病人进行有效的沟通。

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
评估及准备	病人	1. 核对医嘱、治疗卡，确认医嘱
		2. 核对病人，评估病情，检查病人损伤部位和程度，向病人解释并取得合作
	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）	
操作过程	包扎前	1. 携用物到病人床旁，再次核对病人、治疗卡
		2. 协助病人取舒适体位
		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. 协助病人取舒适体位
		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
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，关爱病人，注意观察病情	
	4. 护患沟通有效，病人合作	
	5. 在规定时间内完成	

L-5 单人徒手心肺复苏

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
评估及准备	操作者	着装整洁
	环境	现场环境符合复苏要求
	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
	病人	1.评估病人意识（5 秒内完成），呼吸及大动脉搏动（5~10 秒完成），报告结果 2.确认病人意识丧失，呼救，计时
操作过程	胸外心脏按压	1. 病人置于硬板床，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. 捏住病人鼻孔，双唇完全包绕病人口部，缓慢向病人口内吹气，直至病人胸廓抬起（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
	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. 嘱病人绝对卧床休息，不要紧张，向家属介绍病情	
	3. 整理用物，医用垃圾分类处理	

考核内容		技术要求
		4. 洗手并记录
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

L-6 口服给药

1. 能力与素质要求

- (1) 能告知病人口服给药的目的、方法及注意事项；
- (2) 能根据病人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
评估及 准备	病人	1. 核对医嘱、服药本
		2. 评估病人全身情况：年龄、体重、病情、意识状态、用药史、过敏史等
		3. 评估病人局部情况：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. 评估病人心理状况，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（鼻饲病人准备）；（17）橡胶圈 （鼻饲病人准备）；（18）别针（鼻饲病人准备）；（19）注射器（鼻饲病 人准备）；（20）手消毒剂	
操作 过程	取药与 配药	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

考核内容		技术要求
		3. 根据服药本配药:先配固体药, 后配水剂和油剂
		4. 全部药物配完后, 根据服药本核对后盖上治疗巾
	发药	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, 看服药到口
		4. 耐心听取患者的疑问, 解释清楚
		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
	发药后的处理	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
		5.观察病人服药效果, 听取病人主诉, 及时发现并处理用药后反应
	评价	1. 病人安全, 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, 病人合作
4. 仪表举止大方得体, 关爱病人, 用药指导有效		
5. 在规定时间内完成		

L-7 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, 保证病人用药安全, 无差错发生;
- (5) 关爱病人做好心理护理及用药指导;
- (6) 仪表端庄, 态度和蔼, 沟通有效, 病人及家属满意。

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
评估及准备	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）	
操作过程	备药	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
	输液	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
		4.垫垫枕，扎止血带位置正确，穿刺部位消毒方法正确
		5.再次排气，嘱握拳，绷紧皮肤，穿刺一针见血
		6.松止血带，嘱松拳，开调节器，确定液体滴入顺畅
		7.用输液贴固定牢固、美观
		8.根据病情、药物，调节输液速度
		9.记录输液的时间、滴速并签名
		10.整理床单位，帮患者取舒适体位
		11.医用垃圾初步处理正确，消毒双手，脱口罩
		12.健康指导有效，患者能理解和复述
观察	（口述）巡视病房，及时发现并处理输液故障、不适反应	
拔针	1.再次核对，解释，消毒双手	
	2.拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀	

考核内容		技术要求
		3. 医用垃圾初步处理正确
		4. 消毒双手，取下口罩
		5. 健康指导 内容有针对性
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

L-8 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) 关爱病人，能与病人进行有效的沟通，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
评估及准备	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
操作过程	用物	(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，胸部不动，腹部隆起；用口缓慢呼气，腹部凹陷
		4.缩唇呼吸与腹式呼吸应结合练习，每天训练 2~3 次，每次 10~20 分钟，每分钟 7~8 次
		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
	操作后	1.协助患者取舒适卧位，整理床单位
		2.洗手，记录
		3.给予休息、饮食和呼吸功能锻炼等方面的健康教育
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	

L-9 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。

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
评估及准备	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	(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)	

考核内容		技术要求
		手消毒剂；（11）医用垃圾桶；（12）生活垃圾桶
操作过程	操作前	1. 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. 口述：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（考核时叩击 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）
		4. 如有痰液，指导患者将痰液吐入一次性纸杯后漱口
		5. 听诊肺部，判断排痰效果
	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. 洗手并记录痰液的性质、颜色、量，必要时送检
4. 给予休息、饮食、预防感染等方面的健康教育		
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	

L-10 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
评估及准备	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	(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	
操作过程	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 15-20min
		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. 洗手并记录痰液的性质、颜色、量，必要时送检
		4. 给予休息、饮食、预防感染等方面的健康教育
评价	1. 引流有效	
	2. 引流操作规范、态度严谨，突发事件处理合适	
	3. 沟通有效，解释合理	
	4. 在规定时间内完成	

L-11 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，对病人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，病人及家属满意。

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
评估及准备	病人	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. 评估病人心理状况，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	（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）	
操作过程	调节负压	1. 带用物至病人床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释。给病人高流量吸氧 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. 协助病人头偏向护士，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. 给病人高流量吸氧 3~5 分钟（口述）		

考核内容		技术要求
评价效果	评价效果	1. 取纱布擦净病人脸部分泌物，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. 协助病人取舒适卧位，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
		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	
评价	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，关爱病人
		5. 在规定时间内完成

L-12 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

项目内容		技术要求
评估及准备	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
	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	(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	
操作前	1. 再次核对患者床号、姓名	
	2. 向患者解释，取得配合	

项目内容		技术要求
操作过程	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 10s 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		
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	

L-13 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
评估及准备	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	
操作前	1. 再次核对患者床号、姓名	
	2. 向患者解释，取得配合	
操作过程	操作中	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）
		6. 进餐分配（碳水化合物50%-60%，脂肪<30%，蛋白质10%-15%）
	7. 早餐食材的选择与准备举例	
操作后	1. 整理用物	
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	

L-14 T管引流的护理

1. 能力与素质要求

- (1) 能准确评估病人的病情；告知病人“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；能对病人的不适做出迅速、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) 关爱病人，能与病人进行有效的沟通。

2. 操作规范

准备时间：10分钟

完成时间：10分钟

“T”管引流的护理操作规范

考核内容		技术要求
评估及准备	病人	1.核对医嘱、治疗卡
		2.核对病人，评估病情、“T”管引流情况
		3.解释操作目的，取得病人合作
	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	(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	
操作过程	操作前	再次核对，拉上床帘或屏风，协助病人取平卧或半卧位，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
		5.初消毒：用碘伏棉签消毒“T”管连接处
		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		

考核内容		技术要求
操作后处理		10.保持有效引流：松开血管钳，观察引流通畅情况
		1.撤去治疗巾、弯盘
		2.协助病人取舒适体位，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
评价		6.根据病情进行健康指导（防脱管、防逆流、低脂饮食、多饮水）
		1.操作规范，动作熟练
		2.态度和蔼，关爱病人，体现人文关怀
		3.注意保护病人隐私
		4.沟通良好，病人合作
	5.在规定时间内完成	

L-15 膀胱冲洗

1. 能力与素质要求：

- (1) 能够迅速、准确对病人情况进行初步评估；
- (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：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
评估及准备	病人	1.核对医嘱单，治疗卡
		2.评估病人病情、意识状态、心理状态、合作程度等
		3.评估尿液的色、量、性状，有无尿频、尿急、尿痛及尿管通畅情况
	环境	宽敞、明亮、整洁、温湿度适宜、屏风或床帘遮挡
操作者	着装整洁、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	
操作过程	取得配合	1.携用物至床旁，再次核对病人，解释膀胱冲洗目的及方法，以便取得病人的配合

考核内容	技术要求	
考核内容	2.协助病人取舒适体位，暴露尿管	
	排气并连接	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
		8.告知注意事项：①告知病人 每天喝温开水 3000ml 以上，以减少尿路感染的机会 ②翻身及活动时防止导尿管脱出。③引流袋保持在耻骨联合以下，防止尿液逆流
	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（每超过一分钟扣 1 分，扣满 4 分为止）		

L-16 口腔护理

1. 能力与素质要求

(1) 根据病人病情需要，进行口腔观察，选择合适的口腔护理溶液；

(2) 为病人进行特殊口腔护理，妥善处理活动义齿，做好病人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，关爱病人，病人及家属满意。

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
		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

考核内容		技术要求
		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

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、肌肉注射发生断针者；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、考核方式

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：原则上从本专业抽考学生中随机抽取 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	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
6	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]余艳红、杨慧霞，《助产学》（第 2 版），北京：人民卫生出版社，2023。

[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。

[9]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。

