**附表1：**

**成人心肺复苏技术操作流程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **操作规程** | **分**  **值** |
| **操作前准备（5分）** | **1、护士准备：**着装整齐、态度严肃、反应敏捷 | 1 |
| **2、环境准备：**脱离危险环境，使用隔帘，清理与抢救无关人员 | 1 |
| **3、用物准备：**模拟人、硬板床或硬板、护士挂表、纱布、弯盘、电筒、记录单、笔、血压计、听诊器 | 3 |
| **操作方法与程序（85分）** | **1、口述：“开始”** | 1 |
| **2、判断患者意识：**轻拍患者双肩，俯身分别对左、右耳高声呼叫：“喂，你怎么啦？”，口述：“意识丧失” | 2 |
| **3、呼叫同事**：口述：“\*床需要抢救，快来人”，看开始复苏时间，解开衣领 | 2 |
| **4、同时判断呼吸和大动脉搏动：**触摸颈动脉（右手食、中二指并拢，由喉结向内侧[患者右侧]滑移2cm检查颈动脉搏动），同时俯身耳听、面感、眼视患者胸廓判断呼吸，5秒＜时间＜10秒，口述“自主呼吸消失，大动脉搏动消失” | 3 |
| **5、安置体位**：去枕平卧，确认硬板床或置按压板，解开上衣、松解裤带 | 2 |
| **6、行胸外心脏按压** |  |
| **①**术者体位：位于病人一侧，根据个人身高及病人位置高低选用踏脚凳或跪式体位 | 2 |
| **②**按压部位：胸骨下半部 | 2 |
| **③**按压姿势：双手按压，双手掌跟重叠，手指扣手交叉，手指不触及胸壁，双臂肘关节  绷直，垂直向下用力 | 4 |
| **④**按压深度：成人为胸骨下陷5-6cm | 2 |
| **⑤**按压频率：100-120次/分 | 2 |
| **⑥**按压与放松时间比1:1，每次按压后使胸廓充分回弹，不可在每次按压后倚靠在患者  胸上，注意观察患者面色及四肢循环 | 3 |
| **7、开放气道** | 3  4 |
| **①**检查确定有无颈椎骨折，并报告。双手轻转头部，检查口腔，去除异物或义齿（疑有颈椎  骨折的除外） |
| **②**开放气道：采用仰头抬颏法—左手掌外缘置患者前额，向后下方施力，使其头部后仰，同时右手食指、中指指端放在患者颌下骨下方，旁开中点2cm，将颏部向前抬起，使头部充分后仰，下颌角与耳垂连接和身体水平面呈900（疑有颈椎骨折采用托颌法） |
| **8、口对口人工呼吸2次：**每次吹气超过1秒，观察胸廓是否隆起 | 3 |
| **9、按压-吹气比：3**0:2，连续操作5个循环 | 40 |
| **10、终末判断**：同时判断大动脉搏动和自主呼吸是否恢复，5秒＜时间＜10秒， 测量血压，同时查看瞳孔和面色，观察有无皮肤灼伤等并发症，口述“自主呼吸与大动脉搏动恢复，瞳孔较前缩小、面色转红润，测量血压超过90/60mmHg，心肺复苏成功”，报告复苏成功时间 | 6 |
| **11、安置病人，处理用物** | 2 |
| 12、洗手（＞15秒），记录 | 2 |
| **综合评价（10分）** | 1. 关爱患者，体现以患者为中心的服务理念 2. 操作熟练，动作规范 3. 具有急救意识 4. 操作时间不超过4分钟 | 3  3  3  1 |

**留置针静脉输液技术操作流程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **操作规程** | **分**  **值** |
| **操作前准备（20分）** | **1、护士准备：**  ①衣帽整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩、戴手表  ②核对医嘱 | 2 |
| **2、患者准备:**  ①核对患者信息  ②评估患者：年龄、病情、治疗方案、过敏史、用药史、穿刺部位皮肤、血管情况、心肺功能、自理能力及合作程度；是否排便、排尿  ③解释：向患者及家属解释输液的目的、方法、注意事项及配合要点，介绍留置针的特点 | 10 |
| **3、环境准备：**整洁、安静、安全、光线明亮 | 2 |
| **4、用物准备：**  ①配制好的药液、输液卡  ②注射盘内盛:0.5%碘伏、无菌棉签、输液器、留置针、透明敷贴、胶布、预冲式导管冲洗器、生理盐水、输液接头、消毒棉片、止血带、小号利器盒  ③其他物品:弯盘、小垫枕、治疗巾、速干手消毒剂 | 6 |
| **操作方法与程序（70分）** | **1、洗手（**＞15秒） | 1 |
| **2、准备药液**：核对医嘱与药液、将输液器插入配好的药瓶（袋）中备用 | 4 |
| **3、核对：**携用物至病床旁，核对姓名、床号、腕带信息、输注药物信息，协助患者取舒适体位 | 3 |
| **4、排气：**输液瓶（袋）悬挂，将输液器、输液接头、套管针连接后，一次性排气成功，关闭调节器备用 | 4 |
| **5、选择静脉**：置小垫枕、治疗巾于穿刺肢体下，选择穿刺静脉 | 2 |
| **6、消毒皮肤**：以穿刺点为中心环形消毒两遍，直径大于8cm，待干，准备无菌透明敷贴 | 2 |
| **7、再次核对** | 2 |
| **8、静脉穿刺** |  |
| ①扎止血带 |  |
| ②排气：嘱患者半握拳，调节针头斜面，再次排气 | 2 |
| ③穿刺：与皮肤成15°～30°角进针，见回血后压低角度5°～15°，顺静脉平行再继续进针约2mm。询问患者有无不适 | 6 |
| ④送入：一手固定针翼，另一手退出针芯约2mm，持针座将软管及针芯一起送入血管，一次性穿刺成功 | 4 |
| ⑤三松：嘱松拳，松开止血带，松开调节器，观察输液是否通畅 | 2 |
| ⑥抽出金属针芯，弃于利器盒 | 2 |
| **9、固定**：透明敷贴作密闭式无张力固定，U型固定延长管，用胶条注明穿刺日期、时间，穿刺者姓名，贴于透明敷贴下缘 | 5 |
| **10、调节滴速**：根据患者病情、年龄、药物性质调节滴速 | 5 |
| **11、再次核对：**患者床号、姓名及输注药液 | 2 |
| **12、安置患者**：撤去治疗用物，整理床单位，协助患者取舒适卧位，将呼叫器放置于病人易取处并宣教呼叫器的使用，交待输液注意事项 | 2 |
| 13、清理用物，洗手，记录 | 2 |
| **14、输液巡视：**巡视时需做到“四看”，观察有无输液反应 | 2 |
| **15、冲、封管（临时停止输液）**： |  |
|  | ①携治疗盘至患者床旁，核对床号、姓名、腕带信息，向患者解释，取得合作，观察局部皮肤有无红、肿、热、痛等异常情况 | 3 |
| ②快速消毒手，消毒液棉签（或棉片）消毒输液接头15秒，自然待干 | 2 |
| ③将预冲式导管冲洗器抽取生理盐水3～5ml连接无针接头，脉冲方式冲洗导管 | 2 |
| ④正压封管方法封管 | 2 |
| ⑤分类处理用物，洗手、记录 | 1 |
| **16、拔管（停止输液）**：  ①携治疗盘至患者床旁，核对床号、姓名、腕带信息，向患者解释，取得合作，观察局部皮肤有无红、肿、热、痛等异常情况  ②快速消毒手，揭除透明敷贴，迅速拔针，按压穿刺点3～5分钟至不出血；查看导管完整性  ③安置患者舒适体位，交待注意事项  ④分类处理用物，洗手、记录 | 2  3  2  1 |
| **综合评价（10分）** | 1. 关爱患者，体现以患者为中心的服务理念 2. 操作熟练，动作规范，严格无菌技术操作 3. 有效沟通 4. 操作时间不超过10分钟 | 3  3  3  1 |

**心电监护技术操作流程**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **操作规程** | **分**  **值** |
| **操作前准备（20分）** | **1、护士准备：**  **①**着装整齐、洗手、戴口罩、帽子  **②**核对医嘱 | 2  2 |
| **2、患者准备：**  **①**核对患者信息，向患者告知监测目的及方法  **②**评估：患者病情、意识状态、酒精过敏史；患者皮肤状况、指甲有无异常、双上肢有  无偏瘫等疾患；情绪反应、合作程度、患者需求 | 2  8 |
| **3、环境准备：**光线适宜、无电磁波干扰（口述） | 2 |
| **4、用物准备：**监护仪、电极片、75%酒精、棉签、弯盘、护理记录单 | 4 |
| **操作方法与程序（70分）** | **1、核对：**洗手（＞15秒），携用物至床旁，核对、解释并取得合作 | 4 |
| **2、体位：**根据病情取合适体位 | 2 |
| **3、监护仪连接：**  **①**心电监护仪开机，连接电极片 | 3 |
| **②**进入“主菜单”，输入病人的一般信息（口述） | 1 |
| ③根据需要监护的项目，设置相应的监护通道 | 2 |
| ④暴露胸部，清洁患者皮肤 | 2 |
| ⑤粘贴电极片于患者身体正确部位 | 10 |
| ⑥根据SPO2传感器类型正确放置于手指、足趾或耳廓处，使其接触良好 | 2 |
| ⑦连接血压袖带于正确位置，启动测量血压 | 4 |
| **4、监护仪设置：**  ①进入心电子菜单，设置合适导联，调节振幅，监测波形清晰，无干扰 | 2 |
| ②进入NIBP子菜单设置测量血压方式、间隔时间； | 2 |
| ③报警处于“ON”位置，设置报警上下限，口述及时发现报警并处理 | 10 |
| **5、识别心电图：**正确读取监护参数、正确识别心电图、并告知患者注意事项 | 10 |
| **6、洗手、记录** | 2 |
| **7、停止心电监护：**  ①核对医嘱及患者，并解释取得合作 | 3 |
|  | ②关闭监护仪，撤离导线 | 4 |
| ③清洁皮肤，协助患者取舒适体位，整理床单位 | 3 |
| ④处置用物、洗手、记录 | 4 |
| **综合评价（10分）** | 1. 关爱患者，体现以患者为中心的服务理念 2. 操作熟练，动作规范 3. 有效沟通 4. 操作时间不超过8分钟 | 3  3  3  1 |

**氧气吸入操作评分标准**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **分值** | **评分细则** | **分值** |
| 目的 | 5 | 供给病人氧气，改善缺氧症状 | 5 |
| 评估 | 10 | 1.病人的病情、意识状态、缺氧程度、鼻腔粘膜及有无分泌物堵塞等 | 3 |
| 2.病人的心理状态、合作程度。 | 3 |
| 3.解释目的、过程及配合方法等。 | 4 |
| 准备 | 10 | 1环境：周围无明火及易燃品。 | 2 |
| 2. .用物：氧气装置一套，湿化瓶内入湿化液。治疗盘内放盛水容器（内盛蒸馏水）、弯盘、吸氧管、纱布、棉签、扳手、吸氧记录本、空满标识 | 8 |
| 流程 | 60 | 1.检查氧气筒及各部件。 | 4 |
| 2.打开总开关，清洁气门，迅速关好总开关。 | 4 |
| 3.氧气表略后倾接于气门上，初步旋紧，扳手加固使表直立。 | 4 |
| 4.接湿化瓶、连接吸氧管。 | 4 |
| 5.查流量表是否关好→开总开关→开流量表，检查各衔接部位是否漏气，氧气流出是否通畅。 | 6 |
| 6.关流量表，妥善放置吸氧管。 | 4 |
| 7.清洁鼻腔；连接吸氧管，打开氧气，调节氧流量；湿润吸氧管前端，检查吸氧管是否通畅，检查有无漏气，将鼻塞插入鼻腔；妥善固定。 | 10 |
| 8.观察、记录。 | 4 |
| 9.停止用氧：取下鼻塞，擦拭口鼻部，关氧气。 | 4 |
| 10.安置病人。 | 4 |
| 11.悬挂空满标准。 | 4 |
| 12.洗手、记录。 | 4 |
| 13.终末处理。 | 4 |
| 注意事项 | 5 | 1.注意用氧安全，切实做好四防：防火、防油、防热、防震。 | 1 |
| 2.使用及停用氧气时严格执行操作程序，使用氧气时，先调后用，停用氧气时，先拔后关。 | 2 |
| 3.使用过程中，观察病人缺氧改善情况。排除影响用氧效果的因素，按需调节流量。 | 1 |
| 4.氧气筒内氧气不可用尽，压力表降至5kg/cm2即不可再用。 | 1 |
| 评价 | 10 | 1.熟练安装、使用氧气表及各部件。时间不超过5min，超过者扣1分 | 2 |
| 2.湿化液配制及氧流量调节符合病情需要。 | 2 |
| 3插入吸氧管时病人无不适，吸氧管固定良好。 | 3 |
| 4.用氧效果好，各缺氧症状有所改善。 | 3 |
| 总分 | 100 |  |  |