

萬芳醫院兒科實習講義



指導老師：劉筱瓊 實習期間：2012/___/___ ~ 2012/___/___

姓名：_____ 班級：_____ 學號：_____

實習注意事項

1. 實習首日於 7:50AM 請於 6B 病房護生更衣室門口集合安靜等候(請維持秩序注意形象,不可於等待時談笑、飲食或更衣), **請著便服**,攜帶實習服(藍寶寶+白圍裙)及護士鞋,限穿白短襪、絲襪或彈性襪,天冷時可穿白色內著或淺藍色開襟制服毛衣,長髮須盤起(梳包頭、以黑色髮網固定、短髮者長度以勿超過藍寶寶衣領為原則,劉海夾齊)、指甲(剪短、勿擦指甲油)、可淡妝(禁濃妝、禁戴耳環、項鍊、戒指、腳環等首飾),以上服儀**不合格每天扣總成績一分至合格為止**。
2. 每日需攜帶之物:口袋型筆記本、三色筆、鉛筆、橡皮擦、小直尺(15cm 內)、萬芳兒科實習講義、兒科護理實習計劃、技術護照、聽診器、加蓋水杯或水瓶、繃帶剪(或圓頭小剪刀)、實習識別證、兒科專用識別證(自行製作,格式參考 p9 附圖,可設計可愛圖片以吸引小朋友),視情況可自備與病童互動用具(如:故事書或小玩具,以安全可消毒為原則) ☆**勿攜帶貴重物品**。
3. 實習期間體力耗費大,請務必吃完早餐再上班;維護自身及他人健康,院內全程戴口罩,接觸病童前後洗手,若上班時間感到極度不適請報告老師,老師會協助就醫。上下班自行測量體溫並登錄於護照,若有發燒、腹瀉、皮膚疹、口腔潰瘍、四肢痠痛等情形,請立即報告老師。
4. 維持使用空間(如:更衣室)之整潔,垃圾勿放置櫃內,尤其是食品類垃圾;院內請保持安靜,討論音量儘量小聲,不可群聚聊天;用餐時間 30 分鐘,用餐前須向老師及學姐報告及交班,探視過病人後再離開;上班期間不可使用手機,家長若有急事可打老師手機或護理站電話;未經老師許可嚴禁在上班時間寫作業或抄病歷。所有事情須在時間內完成,不拖班,謹慎小心不出錯。保持禮儀及端莊態度,見到醫院工作人員要主動問好,下班前要向病房師長道謝後再離開。
5. 所有作業及報告勿遲交,電子檔作業請隨時存檔並備份,若未先向老師報備無故遲交該作業**不予計分**。
6. 實習期間勿隨意請假,若實習當天無法準時到班或欲請假,請在 7:50AM 前親自電話告知老師或單位學姐(記得請問學姐姓名),嚴禁以傳簡訊或請同學轉達,違者以**曠班論**。請假及遲到依實習規則辦理,遲到**四次者予停實習**。
7. 為病童執行任何處置或衛教須先向老師或學姐報備,並嚴格遵守「**洗手、戴口罩、核對醫囑、確認病人身份**」等步驟。
8. 給藥時嚴守三讀五對,嚴禁未與老師或學姐核對即自行給藥,須背出藥物作用副作用後才可給藥。若病童或家屬不在不可給藥,給藥時以兩種以上的方式確認病童身份並親視服藥,視需要協助餵藥,若因故未能立即服藥須再確認病人服藥狀況,若由家長自行使用的藥物(如外用藥、蒸氣吸入)須確認家長是否能正確使用。
9. 病童病情有任何變化或抱怨、執行任何處置前,均須先向老師及主護學姐報告。有疑惑請勇於向學姐或老師發問,勿做不確定之事及回答不確定的問題。
10. SN 嚴禁 IV push,執行所有治療均須有 order,且須與老師及學姐報備後才可執行,不可接口頭 order,但若有特殊情況請先告知老師。
11. 隨時評估病童之點滴功能:【**滴速**正確、**點滴種類**正確、**注射部位無紅腫**、**無滲漏**、**無鬆脫**、**肢體血循**良好、**大小對稱** (數種紅肉鬆-血循大小)】,若有異常無法處理須儘快請求協助。
12. 首次執行的技術須在老師或學姐的 cover 下執行,針劑類給藥及侵入性治療一律要有學姐或老師 cover,SN 在未通過老師評核或許可,不可擅自單獨執行技術,尤其不可私自將病童當為練技術的對象,違者即予停實習。
13. 請照顧好病童安全,若病童在床上須隨時將兩側床欄拉起,切勿發生跌倒事件。
14. 注意感控,勿共用玩具圖書,借用物品後請確實消毒用物,確實洗手(**洗手五時機:接觸病人前、執行無菌或清潔技術前、暴觸體液血液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後**),接觸腸病毒病童後須確實濕洗手,避免輪流抱小朋友或將病童抱至其它病床。
15. 主動幫忙分擔簡單不具侵入性的業務,如接電話、紅燈、換點滴、小兒更衣、Check V/S 及換衣物床單...等。
16. 勿將病歷或印有病童資料的文件攜出護理站以外,亦不可私自 copy 病歷。若需病房參考資料請向 HN 報告後才可列印。凡可能暴露病人或家屬隱私之資料、相片、電子檔等嚴禁以任何型式(如部落格或 email 轉寄)放置於網路上,違者依校規處置。
17. 上下班途中亦請保持形象,勿做出有損校譽之事(如大聲笑鬧、不雅之舉動、搭車插隊、占用博愛座...)
18. 作業打字格式:A4、標楷體 12 字型 (大標題請用 14 標楷體粗體字)、單行間距、每頁邊界(各 2cm)、須附封面。

病房簡介

- 單位特性：兒科(以兒童內外科為主，偶有兒童血液腫瘤科，包括成人復健科、骨科、耳鼻喉科、外科之男病人借床)，總床數 34 床，病童年紀：4m/o~18y/o
- 護理模式：全責護理
- 單位主管：蘇慧娟 護理長
- 單位電話：02-2930-7930 轉 56951-56955 (HN 辦公室)
- 地址：台北市文山區興隆路三段 111 號

老師基本資料

- 姓名：劉筱瓊 緊急聯絡電話：0933030376 Email address：lilian6502@gmail.com
- 部落格：http://trc.knjc.edu.tw/blog/?Faculty_Account=lilian

每日工作流程

時間	工作內容
07:40~08:00	交班前準備(先查閱病歷記錄、檢查藥盒及用物)
08:00~8:30	大交班、聽交班
08:30~11:30	Check9：00V/S、執行早上治療(8:30~9:30)、各項評估、資料收集、治療性遊戲、衛教、出入院護理、寫 9 點護理記錄(草稿請於 11:00 前完成、13:00 前 key in 完畢)、跟查房、10:50：給 11 點飯前藥
11:30~14:00	給 12:00 藥物、用餐(分兩組、各 30mins、用餐前須先探視病人及點滴，向老師及學姐交班後再離開，未用餐同學請協助照顧用餐同學的個案)、協助及觀察病人用餐 Check13：00V/S(若無特殊狀況、則量體溫即可)、給 13:00 藥(給完中午藥後立即清理用物並將藥盒還給學姊以利退藥)、幫小夜班計算點滴餘量(用鉛筆註記於交班單上)、各項評估、資料收集、治療性遊戲、衛教、辦出入院、寫 13 點護理紀錄(草稿請於 13:30 前完成、14:00 前 key in 完畢)
14:00~15:00	meeting(考試、讀書報告、個案討論)(進討論室前請記得向學姐交班)
15:00~16:00	探視病人及點滴狀況、IV pump clear volume、列印護理紀錄、15:50：給 16:00 飯前藥、參與白班小夜交班、整理環境後下班

註 1：護理記錄先打草稿(請用 A4 紙寫草稿→老師批改→學姐批改→key in 至電子護理紀錄→班內紀錄完成後請學姐檢查電腦→資料無誤後列印)。Key 紀錄時請同組同學約好在同一時間同一台電腦打字及列印，最後一位印完資料的同學須將學姐的視窗關閉，以免學姐資料外洩。

註 2：請隨時注意病童點滴情形(約每兩小時評估一次，請集中護理，可順便於每次進病室作治療或收集資料時評估；IV 易 out 之高危險群請加強探視，若點滴餘量與預期數值有誤差，請適時調整滴速，慢慢追回正確餘量，勿一下滴太快或太慢)；準備大量點滴：點滴瓶上須貼上 sticker，並且在刻度上用油性筆註記白班餘量(如 D-500)及小夜餘量(如 E-100)。BW10KG 以下的寶寶須使用 IV PUMP。

註 3：值日生工作職責：負責護生更衣室之整潔(每日請安排兩位值日生、請組長打好值日生分配表貼於更衣室)、整理工作車。

註 4：耳溫槍一台工作車配備一支，使用前先詢問學姐是否要用，先讓學姐用完再拿。

註 5：使用完學姐治療車須將自己用過的用物整理乾淨，包括小量杯清洗擦乾放回抽屜、垃圾分類、空藥袋須將印有病人資料的紙面以碎紙機碎掉、彎盆、磨藥碗清洗擦乾。

實習進度

時間 內容		12/17(w1)	12/18(w2)	12/19(w3)	12/20(w4)	12/21(w5)
第一週	進度	認識環境及用物	見習常規、技術複習	見習常規、測量 V/S	同上+挑選個案	測量 V/S+給藥
	作業	基本資料表			●點滴滴數計算 ●藥物稀釋、水量計算	
	小考	●兒科基本概念-1 (兒童 V/S 測量法及正常值、兒童發展理論)	●用物擺放位置	●常見診斷 1	●常見診斷 2	●點滴滴數計算 ●藥物稀釋、水量計算
	meeting	●實習計劃、醫院及單位環境介紹(含用物擺放位置)、病房常規、病歷介紹、e 化作業簡介 ●工作分配	●技術複習：1、6、7 ●儀器介紹：耳溫槍、直立式血壓計、生理監視器 ●e 化作業介紹：V/S ●見習心得分享	●點滴滴數、藥物稀釋、水量計算 ●技術複習：8 ●儀器介紹：IV pump ●實習心得分享	●技術複習：9、10、18 ●儀器介紹：O2tent、血氧分析儀、溫濕度計 ●e 化作業：給藥 ●實習心得分享	●兒童發展評估(生長曲線、DDST)
時間		12/24(w1)	12/25(w2)	12/26(w3)	12/27(w4)	12/28(w5)
第二週	進度	Total care	同上+紀錄草稿	同上	同上+e 化護理紀錄	同上
	作業	週心得 1				
	小考	●兒科基本概念-2(住院兒童壓力反應與護理)	常用醫護英文-1	常用醫護英文-2	常見檢驗值(CBC/DC)	常見檢驗值(生化)
	meeting	●SOAPIE 護理記錄法 ●口報：(呼吸系統 PE)	●e 化作業：護理計劃、護理評估、護理紀錄 ●口報：(肺炎)	●e 化作業：查詢檢驗值 ●口報：(消化系統 PE) ●口報：(AGE)	●口報：(治療性遊戲 1) ●口報：(治療性遊戲 2)	●交班重點 ●口報：(UTI)
時間		12/31(w1)	1/1(w2)	1/2(w3)	1/3(w4)	1/4(w5)
第三週	進度	同上+交班練習	OFF	同上+交班練習	同上+交班	同上
	作業	週心得 2 案例草稿 1		案例草稿 2	案例草稿 3	案例草稿 4
	meeting	●討論治療性遊戲 ●討論案例分析 1		●討論案例分析 23	●討論案例分析 45	●討論案例分析 67
時間		1/7(w1)	1/8(w2)	1/9(w3)	1/10(w4)	1/11(w5)
第四週	進度	同上	同上	同上	同上	返 校
	作業	治療性遊戲報告(須附作品實體)	案例分析(正式版)	總心得 (實習總評值+實習感言)		
	meeting	●團衛彩排	●團衛彩排	●上午實習評值會 ●下午團衛	●返校報告演練 ●完成相關書面存檔	
<p>註 1：案例草稿 1 (封面、主題、前言、個案基本資料) / 案例草稿 2 (全人評估之生理評估) / 案例草稿 3 (全人評估之心理、發展、社會心靈評估+確立健康問題) / 案例草稿 4 (文獻查證、護理計劃表、結論、心得、參考資料、須附期刊)</p> <p>註 2：粗體字作業請交電子檔，寄件時間為規定繳交日期當日晚上 12:00 前。</p> <p>註 3：常見檢驗值(生化)包括：Na, K, Cl, AST, ALT, BUN, Cr, Mycoplasma</p>						

病房常見檢驗與檢查

類別	檢驗項目
血液	CBC/DC, CRP, ESR, Glucose, ABG, Mycoplasma IgM Ab, B/C, Na, K, Cl, AST, ALT, BUN, Cr, Allergen screen test, IgE
尿液	U/A, U/C, pneumococcus rapid screen
糞便	S/R, S/C, Stool rota virus, Stool aerobic culture
痰液	RSV, sputum culture, Adenovirus Ag test
其它	Throat culture, Influenza A Ag, Influenza B Ag
檢查	CXR, KUB, renal echo, abd echo

病房常見診斷

- | | |
|---|--|
| 1. Acute Bronchitis / 急性支氣管炎 | 13. Hand-Foot-Mouth-Disease / 手足口病 |
| 2. Acute Bronchiolitis / 急性細支氣管炎 | 14. Scarlet fever / 猩紅熱 |
| 3. Pneumonia / 肺炎 | 15. Kawasaki disease / 川崎氏症 |
| 4. Bronchopneumonia / 支氣管肺炎 | 16. Cellulitis / 蜂窩組織炎 |
| 5. Tonsillitis / 扁桃腺炎 | 17. Urinary tract infection / UTI / 泌尿道感染 |
| 6. Croup / 哮吼 | 18. Upper respiratory infection / URI / 上呼吸道感染 |
| 7. Asthma / 氣喘 | 19. Acute pharyngitis / 急性咽喉炎 |
| 8. Acute gastroenteritis / AGE / 急性腸胃炎 | 20. Influenza / flu / 流行性感冒 |
| 9. Acute otitis media / AOM / 急性中耳炎 | 21. Herpetic gingivostomatitis / 疱疹性齦口炎 |
| 10. Febrile seizure (Febrile convulsion) / 熱性痙攣 | 22. Acute appendicitis / 急性闌尾炎 |
| 11. Acute sinusitis / 急性鼻竇炎 | 23. Diaper dermatitis 尿布疹、紅臀 |
| 12. Herpangina / 咽峽炎 | 24. Dehydration 脫水 |

病房常見藥物(學名請自行查閱藥典說明)

1. Zithromax	9. Gentamicin	17. Ampolin	25. Peace	33. Frandyl
2. Bisolvon	10. Pecolin	18. MGO	26. Guaphen	34. Oxacillin
3. Bricanyl	11. Meptin	19. Chef	27. Secorine	35. Atrovent
4. Idefen	12. solu-medrol	20. elomet	28. Albuterol	36. Cetirizine
5. Tamiflu	13. Kascoal	21. Miyarisan	29. Soltan	37. kidsolone
6. Cefazolin	14. Tinten	22. Smecta	30. wempty	38. Amolin
7. Cypromin	15. Antiphen	23. Actein	31. Cough mixture	39. Cefuroxime
8. Voren	16. Curam	24. Allegra	32. Brown mixture	40. Ulex

註：口服水劑開瓶後常溫有效期限一個月；口服抗生素稀釋後冷藏可放一星期；Zithromax 不需冷藏，稀釋後可放置 10 天，通常療程 3-5 天；所有口服水劑開瓶後均須貼上藥品標籤(註明：床號、姓名、病歷號、藥名、開封日期、有效日期)

病房常規治療時間

† QD (9) / 飯前(7)	† BID (9-17) / 飯前(7-16)	† QHS (21)
† Q6H (6-12-18-24)	† TID (9-13-17) / 飯前(7-11-16)	† V/S routine : check TPR Q8H+prn (9-17-01)
† Q8H (1-9-17)	† QID (9-13-17-21) / 飯前 (7-11-16-21)	† IV : Q4D 更換 set 及 cath

病房常見技術(☑表示為執行頻率較高)

- | | | | |
|----------------|------------------|------------|------------------|
| 1. 小兒 V/S 測量 ☑ | 7. 小兒 IV 固定/移除 ☑ | 13. 口服給藥 ☑ | 19. 小兒意識評估 |
| 2. 傷口護理 | 8. 點滴排氣及靜脈點滴加藥 ☑ | 14. 肛門塞劑 ☑ | 20. 肌肉注射 |
| 3. 血糖測定 | 9. 氧氣療法(氧氣帳) ☑ | 15. 皮膚局部用藥 | 21. 溫水拭浴 ☑ |
| 4. 皮內注射 | 10. 胸腔物理治療 ☑ | 16. 鼻部給藥 | 22. 冰枕使用 ☑ |
| 5. 皮下注射 | 11. 耳部給藥 | 17. 口腔局部用藥 | 23. IV Pump 操作 ☑ |
| 6. 小兒更衣 ☑ | 12. 眼部給藥 | 18. 噴霧治療 ☑ | 24. 貼尿袋 ☑ |

病房常用英文

- | | |
|--|--|
| 1. AAD / Against-advise discharge 自動出院 | 34. C/O / Chief complain 主訴、抱怨 |
| 2. Abd / Abdomen 腹部 | 35. F/U / Follow up 追蹤 |
| 3. Antibiotics 抗生素 | 36. Vomiting 嘔吐 |
| 4. Bowel sound 腸蠕動 | 37. PE / Physical examination 身體評估 |
| 5. Breathing sound 呼吸音 | 38. MN / Midnight 午夜 |
| 6. R/O / Rule out 疑似 | 39. NPO / Non per oral 禁止由口進食 |
| 7. MBD / May be discharge 許可下出院 | 40. Obs / Observation 觀察 |
| 8. Admission note 入院記錄 | 41. Ice pillow 冰枕 |
| 9. Progression note 病程記錄 | 42. Chillness 寒顫 |
| 10. Consult 會診 | 43. Hold 暫停 |
| 11. Sputum 痰 | 44. Wheezing 喘鳴音、哮喘音 |
| 12. Urine 尿 | 45. Stridor 哮鳴音 |
| 13. Stool 糞便 | 46. Rales / Crackles 濕囉音 |
| 14. On call 等(手術或檢查)通知 | 47. Rhonchi 乾囉音 |
| 15. Permit 同意書 | 48. Soft 軟 |
| 16. Chart 病歷 | 49. Distension 脹 |
| 17. Remove 移除 | 50. Negative 陰性、負 |
| 18. CD / Change dressing 換藥 | 51. Positive 陽性、正 |
| 19. Wound 傷口 | 52. Stable 穩定 |
| 20. Cough 咳嗽 | 53. appetite 食欲 |
| 21. SOB / Short of breath 呼吸短促 | 54. HR / Heart rate 心跳速率 |
| 22. Virus 病毒 | 55. RR / Respiratory rate 呼吸速率 |
| 23. Bacteria 細菌 | 56. BT / Body temperature 體溫 |
| 24. Infection 感染 | 57. BP / Blood pressure 血壓 |
| 25. Warm water bath 溫水拭浴 | 58. BW / Body weight 體重 |
| 26. Diarrhea 腹瀉 | 59. BH / Body height 身高 |
| 27. Headache 頭痛 | 60. DC / Discontinue 停止 |
| 28. N/S / Normal saline 0.9% 生理食鹽水 | 61. PST / Penicillin skin test 盤尼西林皮膚測試 |
| 29. H/S / Half saline 0.45% 生理食鹽水 | 62. CPT / Chest physical therapy 胸腔物理治療 |
| 30. D/W / Distilled water 無菌蒸餾水 | 63. Steam inhalation 噴霧治療 / 蒸氣吸入 |
| 31. OPD / outpatient department 門診 | 64. GPR / General pediatric routine / 一般兒科常規 |
| 32. LMD / Local medical doctor 診所、開業醫、外院 | 65. Lactose free formula 無乳糖配方奶 |
| 33. I/O / Intake and output 攝入與排出 | 66. Guarded 監控中 |

辦理出院流程

醫師查房告知可出院並開立出院 order

- ⇒ check order (檢查醫囑完整性：出院時間、診斷書、出院帶藥、剩藥帶回、回診時間)
- ⇒ 檢查藥盒及藥用冰箱中有無退藥、剩藥帶回之劑量是否足夠 ⇒ 將退藥盒(空盒在 UD 藥車)及病歷交給書記辦理(記得附上計價單及大量點滴單，早上做的治療要記得計價、待辦病歷放在書記未批價欄)
- ⇒ 衛教藥物使用注意事項及居家照護重點(記得詢問衛教對象之姓名、學歷、籍貫)、remove IV
- ⇒ 書記辦好出院後會請家屬至護理站櫃檯結帳，並給予 IC 卡、出院通知單、診斷書、回診單(診斷書用印須至一樓出院櫃檯辦理)(辦好之病歷會放在書記左邊的桌面)
- ⇒ 完成護理紀錄：如下所示 ⇒ 列印(TPR 單、給藥紀錄列印、跌倒評估表、護理記錄(注意列印時間及行數要改)、衛教單列印、護理計畫單列印) ⇒ 整病歷 ⇒ 完成後的病歷請學姐檢查後放至阿長辦公室
- ⇒ 整理環境用物 (助理阿姨會負責整床) ⇒ 整理藥盒、有病人資料的藥袋及交班單用碎紙機碎掉

★出院病歷排序：

(急診病歷) / order sheet/TPR sheet/住院診療計劃說明書/ admission note/prognosis note / 病人衛教評估單 (醫師、護理師、出院病人衛教單) / (OR sheet) / permit/住院通知書/ 藍單 / 給藥記錄單 (藥單/大量點滴注射單/入院評估單/疼痛評估單 / 跌倒評估單 / 護理計畫表 / 護理記錄 / sticker / old chart。 **給藥紀錄單及大量點滴單寫紅筆 MBD

辦理入院流程

- 住院處通知訂床 ⇒ 準備新病歷、病人單位(WA 會鋪)、備用物 ⇒ 新病人攜住院通知單至護理站報到
- ⇒ 向家屬收取住院通知單、IC 卡(放在書記右側籃子)、check 身份後帶至病房休息
- ⇒ check V/S、(SPO2)、BH、BW、(2.5 歲以下量頭圍)、生長曲線、手圈(有過敏史者戴粉紅手圈)、(更換小兒病患服)
- ⇒ 詢問入院經過、身體評估、詢問是否須訂餐(問好後請學姐協助訂餐)、完成相關病歷表單抬頭、床頭卡、診斷牌
- ⇒ 通知並協同 Dr 問診及評估 ⇒ Dr 開立 order
- ⇒ 協助於治療室 on IV、抽血或採檢(事先備好用物/記得計價/10kg 以下嬰幼兒須使用 IV pump)
- ⇒ 環境介紹、貴重物品保管、給予口頭或書面衛教 ⇒ 建立護理計劃、依醫囑給予治療、完成護理記錄、Kardex

萬芳醫院 6B 病房護理紀錄書寫說明

常規護理記錄時間：

護理記錄格式：

《名詞解釋》

S：(subjective data)主觀資料⇒病童及家屬之主訴

O：(objective data)客觀資料⇒測量、觀察、檢查及病歷記載

A：(assessment)護理評估⇒收集相關資料以確定病人健康狀態及問題(通常在記錄上呈現個案的健康問題名稱)

P：(planning)護理計劃⇒設定目標及發展活動計劃

I：(implementation)護理措施⇒將護理計劃付諸行動並觀察最初的反應

E：(evaluation)護理評值⇒確定護理計劃已完成、評值其成效並且決定是否須改善或調整護理計劃

萬芳醫院電腦作業操作說明

給藥：護理資訊系統/點選病人/給藥紀錄/執行給藥紀錄

線上藥典：資訊系統連結/臨床系統/線上藥典查詢

護理紀錄：行政網路/資訊系統/臨床系統/護理資訊系統/6B/點選病人

A. 住院期間之護理記錄流程

☆step1:生理監測

1. V/S 改時間、加入護理記錄(stool 除外)
2. 疼痛(0-2 歲評困難評估(兒童)、2-6 歲用臉譜量表、7 歲以上用數字量表)

☆step2:護理評估

1. 跌倒傾向評估(兒童): 6 歲以下
2. 跌倒傾向評估: 6 歲以上
3. >=3 分: 新增預防兒童跌倒措施檢查表

*需勾選特殊事項(住院第二天之後跌倒風險會增加、須記得點選)

☆step3:護理計畫

1. 每日執行之護理措施
2. 目標評值(未達成繼續執行)

☆step4:若有其它事項補充可寫在護理記錄/一般護理記錄/修改記錄日期時間/新增一筆記錄/記錄內容(一般); SOIE 均可點進去修改內容

☆step5:列印⇒輸入欲列印的時間區間及行數, 欲 copy 面朝上朝前列印, 若有下一頁以左右翻面再印。

B. 出院當天之護理記錄流程

☆step1:生理監測

1. 同上

☆step2:護理評估

1. 同上

☆step3:護理計畫

1. 每日執行之護理措施
2. 目標評值(已達成)

☆step4:護理記錄/衛教記錄(點選欲衛教之項目)/新增其它衛教項目(如:藥物指導/需立即返診之注意事項, 要自己打)

☆step5:護理計畫/出院通知→護理記錄(一般護理紀錄會跳出出院摘要之格式, 直接修改內容即可)

☆step6:列印

C. 接新病人之護理記錄流程

☆step1:生理監測

1. 同上

☆step2:護理評估

1. 入院護理評估(兒童)
2. 跌倒傾向評估(同上)

☆step3:護理計畫

1. 新增健康問題/依病房/6B/健康問題項目/設定日期時間/點選定義性特徵、相關因素、目標、護理措施/健康問題新增存檔

☆step4:護理記錄

1. 一般護理紀錄/新增一筆記錄/修改記錄日期時間/新增抬頭/記錄內容(一般); 修改 SOIE 內容
2. 衛教記錄(點選欲衛教之項目)/新增其它衛教項目(如: , 要自己打)

☆step5:列印

☞ Seizure routine

1. O₂ mask 5L/min
2. suction prn
3. valium __ mg IV st
4. notify Dr.
5. monitor coma scale

☞飲食注意事項:

1. 特餐(280 元 / DAY)
2. 普餐(190 元 / DAY)
3. 治療餐(220 元 / DAY)
4. 不論訂餐否都需註記 (NPO 也需停餐)

☞病房自費項目

1. 雙人(1500 元 / DAY) 單人(3000 元 / DAY)
2. 常見自費藥品: Miyarisan、Tamiflu、Zithromax(若確診為黴漿菌感染則轉健保)

☞其它相關注意事項

- steam inhalation: 10 歲以下 aerosol mask(5L/min)
- O₂ tent: (10L/min)
- DM SLIDING SCALE 公式
RI=(BS-140) / 40(WHEN BS> ?)

☞關於跌倒評估:

1. 6 歲以下需每日評估(兒童)
2. 3 分以上跌倒高危:
 - 高危(手圈貼紙. 掛牌子 旋轉牌)
 - 高危評估表
 - 高危評估測驗表

☞檢體收集 (電腦查 data 路徑: 輔助查詢 檢體流程追蹤)

- S/R(透明不規則圓盒)
- Stool rota(塑膠袋、壓舌板、黃蓋透明盒)
- W' d Culture :黑頭棒棒
- Stool culture:紅頭棒棒
- Urine culture: 紅頭無菌試管 for Foley
- Urine culture: 若可自解需先類似 on foley 前之消毒 (2 枝 N/S+ 1 枝 B-I), 黃蓋透明盒, 不會表達的小小孩須貼尿袋
- Urine analysis(U/A): 紅頭非無菌試管, 不會表達的小小孩須貼尿袋
- TB(藍蓋尖頭粗管)

球球

康寧醫護暨管理專科學校 劉筱瓊

補充教材

兒童生命徵象

BT 正常值	HR 正常值(次/分)		RR 正常值(次/分)		BP 正常值(mmHg)		
口溫	36.4~37.4	0~1Y	80~160	0~1Y	30~60	0~1m/o	收縮壓至少 60mmHg
肛溫	37.0~37.8	1~2Y	80~130	2Y	24~32	1m/o~1Y	收縮壓至少 70mmHg
腋溫	35.8~36.6	2~4Y	80~120	6Y	22~28	>1Y	收縮壓至少 70+(2x 歲數)mmHg
耳溫	依各耳溫槍設定值 (通常 36.0~37.5)	4~6Y	75-115	10Y	20~26		
		6~10Y	70-110	12Y	18~24		
		10~12Y	65-110	>16Y	16~22		
		>12Y	60-100				

點滴滴速計算

公式： $\text{滴速} = \text{容量} / \text{時間}$

藥物稀釋法

- 公式： $\text{原劑量} / \text{原 cc 數} = \text{預抽劑量} / \text{預抽 cc 數}$

drip 方式：

- ✓ 原則上請在 30~60 分鐘左右 drip 完
- ✓ Ampicillin 及 Augmentin 稀釋後室溫僅能保存一小時，故請 drip 30 分鐘即可
- ✓ GM 及 Vancomycin 毒性較強，請 drip 一小時，尤其是 Vancomycin 務必 drip 一小時以上

兒童水份及營養需求

- 小兒每日水量需求公式：

10KG 以下	<u>100</u> ml /KG	點滴算法 4ml/kg/h	20~30KG	<u>1500+(N-20)x20</u>	點滴算法 60ml/h + 1ml/kg/h
10~20KG	<u>1000+(N-10)x50</u>	點滴算法 40ml/h + 2ml/kg/h	30~40KG	<u>1700+(N-30)x10</u>	

fever 的病人，每升高 1 度 C，水量需求上升 10~12 %

UTI 及 PN 的病人若無其它禁忌，其每日攝水量可建議增加為平日的 1.5 倍

- 小兒每日熱量需求：(Kcal / kg / day)

1wk~1Y	100~120	3~6Y	90	9~12Y	70	15~18Y	50
1~3Y	100	6~9Y	80	12~15Y	60		

常見護理(健康)問題身體評估重點

體溫過高

- ❖ 意識狀態、精神活動力
- ❖ 生命徵象(發燒時須 30-60 分鐘 recheck 一次體溫)
- ❖ 血循(膚色、皮膚溫度)
- ❖ 有無發冷寒顫發熱或冒汗
- ❖ 其它不適症狀(頭痛、腹痛、肢體痠痛…)
- ❖ 照顧者對發燒階段及症狀處理的認知與技能

呼吸道清除功能失效

- ❖ 呼吸型態(平順? 喘? 淺快? 費力? 張口呼吸? 端坐呼吸?)
- ❖ 呼吸速率、呼吸音(coarse / rales / rhonchi / wheezing Gr1-4 / stridor…)
- ❖ 有無使用呼吸輔助肌(胸凹? 肋凹?)
- ❖ 咳嗽(乾咳 / 咳時有痰音 / 咳嗽較明顯的時段 / 咳吐)
- ❖ 咳痰能力、擤出鼻部分泌物之能力
- ❖ 分泌物性質、量、顏色(痰/鼻涕)
- ❖ 有無低血氧徵象? SPO2 (room air? O2 use?) / 唇色 / 膚色
- ❖ 其它不適症狀(胸痛? 胸悶? 鼻塞? 鼻子周邊疼痛? 喉痛? 聲音沙啞? …)
- ❖ 病童對 CPT 之配合度、照顧者對 CPT 操作的認知與技能

腹瀉

- ❖ 解便次數、量、性質(成形：硬便/顆粒便/軟便 不成形：糊便/稀便/黏便/水便)、顏色、氣味、有無血絲?黏液?未消化之食物顆粒?
- ❖ 腹部評估：視診 / 聽診 / 叩診 / 觸診
- ❖ 臀部皮膚狀況(有無尿布疹：發紅範圍及部位 / 疹子 / 破損)
- ❖ 其它不適症狀(腹脹/腹痛/裡急後重感/肛門痠痛…)
- ❖ 病人食欲、飲食種類、照顧者對餵食重點及個人衛生的認知及技能

疼痛

- ❖ 生命徵象(可包括 BP)
- ❖ 疼痛部位、性質、時間、加重或減輕疼痛之因素、程度
- ❖ 語言及非語言之表現：口述疼痛、面部表情、肢體動作、哭泣、厭食
- ❖ 其它與疼痛有關之狀況(如進食、睡眠型態、情緒狀態)
- ❖ 以 e 化量表評估：< 2 歲使用困難評估(兒童)、2-6 歲臉譜量表、6 歲描述數字量表
 - * 總分 1 分以上：疼痛初始評估後，每天評估疼痛情形

排尿型態改變

- ❖ 生命徵象
- ❖ 尿液顏色、性狀、氣味、量、頻率、❖ 尿道口皮膚狀況
- ❖ 其它不適症狀：解尿疼痛/灼熱/餘尿感/腰痛/腹痛/會陰癢/易哭鬧/餵食困難
- ❖ 病童與照顧者的衛生習慣、如廁習慣、飲水習慣

高危險性跌倒(評分 3 分以上立此問題)

- ❖ 基本資料：年紀、性別、住院天數、疾病診斷
- ❖ 意識、精神、活動力、自我照顧能力
- ❖ 特殊藥物使用、管路
- ❖ 環境中的危險因子
- ❖ 照顧者對預防跌倒的認知與技能
- ❖ 以 e 化量表評估：<6 歲⇒跌倒傾向評估 (兒童) / >6 歲⇒跌倒傾向評估 / 預防兒童跌倒措施檢查表

尖銳物品扎傷之一般處理流程

被針頭等尖銳物品刺傷或割傷時

- 1.立刻擠壓傷口處血管使血流出
- 2.在流動水下清洗傷口五分鐘

黏膜與病患之血液體液接觸時

- 1.口腔：以流動水清洗
- 2.眼睛：以流動水或 0.9%生理食鹽水沖洗

向實習老師及單位主管報備並填寫扎傷報告表

詳查病患抗原及抗體

Anti-HIV、Anti-HBc、Anti-HBs、HBsAg、Anti-HCV、VDRL

以上個項若有不明者，應立即抽血液檢查

