

三軍總醫院 兒科病房 (53 病房)

一、實習單位介紹

- 病房特性：兒科 (53 病房)，小兒科 24 床，小兒外科 3 床
- 地理位置：台北市內湖區成功路二段 325 號
- 病房電話：(02) 87923311 轉 53000
- 單位護理長：許禎娟護理長
- 臨床實習指導教師：黃智榆老師
- 上班時段：07:30-15:30 (07:15 前完成著裝，至護理站查閱個案資料及聽交班)
- 交通運輸：
公車：
 1. 進入院區公車：聯營 28、240、278、284、617、645、646、903、棕 1、藍 20、藍 27 (繞駛時間為 AM8:00-PM9:30，因地幅遼闊，敬請多利用直達院區之公車)。
 2. 其他公車：指南 6、0 東、214、256、286、521、613、630、652、台汽客運汐止-石牌線 (請於「國防醫學中心」下車，步行約十分鐘或搭乘本院成功路門口之小型接駁車進入院區)。
捷運：板南線昆陽站轉公車。
接駁車：三軍總醫院交通車-各路線時刻表。捷運昆陽站 4 號出口旁搭乘免費接駁車，即可至三總內湖院區 (接駁車行駛路線：三總內湖院區-捷運昆陽站-松山慈祐宮-三總內湖院區)

二、實習單位注意事項

- 實習首日集合須知：請於 **07:15** 於「**一樓門診藥局**」集合 (請安靜、勿遲到)。
- 請著「**便服**」至醫院更換實習服。
- 複習身體評估、給藥法、注射法、抽血、呼吸治療 (給氧、蒸氣吸入....)、引流管護理、常見檢驗值 (CBC、電解值..)、輸血、手術前後護理等。
- 實習期間：**每日上班時間 07:30-15:30，每日請提早到病房 (07:15 前)**，以瞭解個案狀況。每日於上班前用完早餐再至病房勿遲到早退，每日下班前將所有表單讓指導老師檢查完畢才可離開，違反者需扣除實習成績並補班。
- 服裝儀容：藍寶寶+白圍裙+白色護士鞋+白短襪 or 透明彈性襪 (圍裙及護士鞋須放醫院，勿穿回家)；及肩長髮須盤起 (髮網、髮圈請以單一深色為主)、過長劉海須夾整齊；3. 指甲須剪短、勿擦有色指甲油、勿戴裝飾品 (如手環、戒指)、耳環以一對為限 (勿過大或垂墜式耳環)
- 攜帶用物：
 - (1) **照片一張及押金 500 元，製作三總識別證。**
 - (2) 名牌、白圍裙、白護士鞋、不用戴護士帽。
 - (3) 紅、藍、黑色原子筆，雙面資料夾 (夾臨床使用單張)、水杯 (需有蓋子)、**需自備空白紙，切勿拿單位單張抄寫 note 及護理紀錄。**
 - (4) **A4 筆記本、小記事本** (平時需放置於口袋)、**藥卡**、實習手冊、實習計劃作業本、技術登錄本、學校基護及內外標準技術手冊。

(5) 聽診器一付 (也可以使用單位的), 使用前後用酒精棉片消毒擦拭聽診面。

- 實習期間勿隨意請假, 若無法準時到達實習或欲請假, 請先與老師電話連絡, 或撥實習單位電話找老師。事後並依據實習規則辦理請假手續及補班。嚴禁私下請同學轉達或以傳簡訊方式, 違者以曠班論。
- 請保護自身健康, 隨時戴口罩, 接觸病人前後洗手, 若上班時間身體極度不適可先報告老師。
- 保持禮儀及端莊態度, 見到醫生、學姐要問好, 下班前要向護理長、學姐道謝後再離開, 隨時表現出專業又有涵養。
- 執行技術須在老師或學姐的 cover 下執行, 未通過老師評核或許可, 不可獨自執行技術, 尤其不可將病人當為練技術的對象, 違者即予停實習。
- 主動幫忙分擔簡單不具侵入性的業務, 如接聽電話、護士呼叫鈴、Check V/S 及協助更衣等。
- 不可將病歷或印有病人資料的文件攜出護理站, 亦不可私自 copy、拍照病歷或護理記錄。
- 不可私底下給予病患自己的電話號碼或其他個人任何資料, 禁止與病患私自外出及金錢上之借貸, **凡違規者一律嚴厲處分!** 舉止要莊重, 以保護自己避免遭受不必要之騷擾。
- 上班時嚴禁攜帶手機在身上, 且不可在吃飯或任何上班時間打電話, 若有緊急事件需連繫家人可向老師報告。
- 實習作業: 由組長 7:30 以前收齊交給老師, 作業遲交一天扣 10 分。實習心得請依實習目標進度書寫 (至少 A4 紙 2/3 頁)。請同學繳交實習作業前, 仔細檢查作業有無錯別字。老師批閱後的作業要修改, 下次一併交。作業請用電腦打字, 12 號標楷字體, 單行間距。
- 清潔
 - ◇ Morning Care 包括: 病人、床、床旁桌、及地板
 - ◇ 鐵櫃上不可放置東西, 水杯整齊放於休息室櫃子, 隨時保持討論室及準備室的清潔
- 技術
 - ◇ 執行任何技術前有任何疑問或遲疑, 請 recheck 致完全確定為止。
 - ◇ 要自己 check order, 不接受口頭醫囑, 嚴謹執行三讀五對、禁行 IV push。
 - ◇ 所有在此單位第一次做的技術, 都要找老師看, 用物備妥再至 Bed side。
 - ◇ 凡任何「**侵入性治療**」要有**老師或護理人員陪同**, 所有技術必須先複習預演, 禁至 bed side 才想要怎麼做。
 - ◇ 各種護理紀錄須經實習指導老師或臨床護理學姐修正, 實習護生以「SN○○○」簽署, 並須由本院護士合併簽署 (簽署範例: SN ○○○/□□□職章)。
- 組員職責:
 - (1) 組長: 1. 聯絡訊息。2. 於討論會時間集合同學。3. 負責收發作業。4. 訊息傳達 5. 每日 7:30 收齊「**個案護理重點整理表**」、「**Admission Note 翻譯**」。
 - (2) 副組長: 1. 排定值日生。3. 講義等資料影印。
 - (3) 值日生: 1. 大交班準備椅子 (老師+SN+HN+白班及大夜班學姊)。2. 負責治療室、更衣室、討論室 (不可置放食物及茶水)、準備室、衛教室清潔。
- 其他
 - (1) 實習期間不得**使用手機通訊**、手機一經搜出上班時帶在身上者, 一律沒收至實習結束。
 - (2) 病人之病歷及各項資料不得攜離實習單位。
 - (3) 婉拒病人或家屬之餽贈。
 - (4) 嚴禁大聲喧嘩, 在醫院跑步, 嘻笑或打鬧。遇醫護人員要問好。

- (5) 私取院方醫療用品佔為己有，送學校研議懲處。
- (6) 下班後勿私自到單位探視病患及打擾學姊工作。
- (7) 實習期間如犯錯或遇緊急事件時，必須立即報告實習指導老師，嚴禁隱瞞說謊。
- (8) 如遇到不清楚狀況，親自問老師，勿互相詢問同學。
- (9) 實習期間遇任何問題或困難，請隨時與老師溝通。
- (10) 作業、遲到、服裝儀容、給藥等，不符合規定者依實習手冊處理。
- (11) 所問的問題，若下班前沒回答，請寫於作業本上隔日繳交。
- (12) 床單若有 Stool 要分開處理，尿布請衛教丟污物間的尿布桶。
- (13) 主動接電話及單位叫人鈴，確實核對病患姓名及床號，交班給主護學姐或書記學姐。
- (14) 垃圾分類錯誤者，交垃圾分類報告一份。
- (15) **遭遇性騷擾時** (包含語言、行為或其他方法)：
 1. 嚴正態度表示抗議，大聲說「不」！要求其立即停止騷擾行為。
(拒絕的態度要嚴肅明確，前後一致)
 2. 立即離開該病房或場合。
 3. 沉著冷靜，立即向老師報告。
- (16) 院區有濃煙或火苗時：(步驟)
 1. 叫：”這裡失火了，大家快來幫忙”
 2. 滅火：拿滅火器或水滅火，並啟動消防箱手動警報
 3. 通報：按總機 9 通報火災地點及情況
 4. 疏散：協助病人往安全方向避難
 5. 救援：依照指揮官現場指揮調度
- (17) 有人路倒、突發性心肺功能衰竭或暫停時：(步驟)
 1. 叫：評估意識〈如：拍肩，問您還好嗎?〉
 2. 叫：高聲求救〈這裡有人需要急救〉
 3. **C (Circulation)**：劍凸上兩橫指或兩乳頭中間位置壓胸，**每分鐘至少 100 次**，
按壓深度至少 2 英吋 (5 公分)，重覆壓胸與人工呼吸 30:2 循環
 4. **A (Airway)**：維持呼吸道暢通
 5. **B (Breathing)**：吹氣維持呼吸〈打開呼吸道給 2 口氣，每口一秒〉

三、 照護病患應注意事項

- 7:15-7:30 需先核對醫囑，看前一天的護理記錄，至病人單位觀察病人，看白板病人動態。
- 07:45~08:00 開始 Pre-conference：內容包括個案之診斷、護理診斷、管路及傷口、檢查、治療等相關學理，護理重點，請每位同學每日完成「**Admission Note 翻譯**」、「**個案護理重點整理表**」，請於每日 7:30 交給老師檢查。
- 晨間護理包括：病人漱洗、更換被單衣服、床旁桌及地板之整潔
- 10:00 以前請在病人單位做照護工作或跟著老師及學姊學習，10:00 以後才可回護理站寫記錄、查資料，未經老師許可嚴禁在上班時間寫作業，常規護理及給藥時間不可過早或慢。
- 中餐時間有 30 分鐘，請於 11:30-12:30 分批吃，並交班給同學及學姐。
- 病患病情有任何變化或抱怨、執行任何處置前，均須先向老師及該組負責學姐報告，勿做不確

定之事及回答不確定的問題。

- 注意病人的安全，若病人在床上須隨時將兩側床欄拉起，切勿發生跌倒事件
- 備藥前需寫好藥卡，包括藥物作用機轉、副作用、注意事項，並瞭解個案用藥原因及相關檢驗報告。依給藥治療記錄單三讀五對，先與老師核對再與學姊核對。給藥要做病人辨識（兩種以上），告知藥物作用及注意事項，親視病人服下才離開不可置於桌上。不接受口頭醫囑，執行所有給藥及治療均需與老師及學姐核對後才能執行，有特殊狀況隨時告知老師。
- 評估病人之點滴功能：【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。
- 【點滴滴速計算】
普通 set：1cc=15gtt / 精密 bag：1cc=60gtt / 輸血 set：1cc=12gtt
公式 滴速=劑量 / 時間
- 【點滴加藥滴速計算】
- 【針劑類藥物劑量計算】
公式 原藥物劑量 / 原藥物 cc 數 = 欲抽之劑量 / 欲抽之 cc 數
- 護理記錄：TPR 畫完先與同學互相檢查再給老師看，畫錯需重畫，並視情況扣實習分數。寫記錄先以鉛筆打草稿，經老師及學姊指導後，再以黑色原子筆謄寫，寫錯不可塗改，用黑筆槓掉簽名。上午 10:00 前與下午 14:30 前需完成護理紀錄。

四、護生工作時間流程表

時 間	內 容
07:30 前	<ul style="list-style-type: none"> ■ 交作業（未繳交者，after 7:30am 組長登記姓名給老師） ■ 每日請組長於 7:30 前收齊「Admission Note 翻譯」、「個案護理重點整理表」 ■ Check current order、寫好今日進度。 ■ 推治療車至 2 護理站：拿藥盒、治療盤、小藥牌、藥杯排放好（勿拿學姐治療車上的治療盤及藥杯）
07:30-08:20	<ul style="list-style-type: none"> ■ meeting----第一護理站
08:20-08:50	<ul style="list-style-type: none"> ■ 小交班後跟學姐拿單張，自我介紹（我是○○，照顧 53-161 床）、問技術、拿取護理紀錄病歷放入資料夾。 ■ 找老師反交班（病人診斷、照護重點、檢查、管路到期等），核對醫囑、備藥 ■ 量 V/S、身評，將 V/S 寫上於 MAR 單張上 ■ 找老師核對藥物，再跟學姊對藥及給藥，並報告管路到期。 ■ 老師與同學對藥時，其他 SN 先跟同一組學姐學習並協助做早上的治療
08:30-09:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ 給藥（依規定之前後 30 分鐘完成）。
09:30-11:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ 寫上並畫上 Vital signs（V/S）於病歷、完成單張。 ■ 完成各組 Nursing Care、歸還學姊單張。 ■ 與老師討論紀錄後，讓學姐看紀錄草稿，確認最後版本後可先輸入 NIS 系統。（午飯前完成護理紀錄草稿） ■ 10:30 測量血糖（check blood sugar qid 者），一定要有老師或學姐跟，以防針扎。 ■ 10:30-11:30 完成中午飯前 11:00 的藥物。
11:30-12:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ 開始輪流用餐（一次不超過全組人於一半人數，跟學姊交班一病人需追蹤之狀況，忌同學互相等待）
12:30-13:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ 量 V/S、衛教，寫上並畫上 Vital signs（V/S）於病歷 ■ 完成 13:00 的給藥。
13:00-14:00	<ul style="list-style-type: none"> ■ SN 治療車推回 3 護理站、還藥盒於藥車上，照床號順序排列 ■ 找老師列印護理紀錄，完成病歷。 ■ 老師檢查病歷、單張、紀錄（同學需先互相檢查過）
13:30-14:00	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完成所有單張並給老師蓋章，檢查電腦做也是否完整（護理評估） ■ 與學姐交班，告知 Meeting
14:00-15:00	<ul style="list-style-type: none"> ■ 開討論會（若有行程因個人延誤，每樣扣總分數 1 分） ■ 教學活動：臨床狀況討論、讀書報告、個案報告與考試。探討今日優缺點、學習收穫、心得分享。
15:00-15:30	<ul style="list-style-type: none"> ■ 檢查並完成今日工作事項 ■ 口述交班重點給老師、待學姊交班畢方可離開

★ 實習重點事項：

一、電話禮貌：

1. 多協助接電話，不可響超過3聲（因醫院有電話禮貌測試）。
2. 接電話時**”53病房您好，我是護生○○，很高興為您服務”**。（台詞務必背牢）
3. 若找的人不在旁邊，請先按電話上的**保留鍵**，再詢問老師或學姐。
4. **call 99**：按總機9”這裡是53病房，53-161在CPR，請幫我call 99”。

二、看病歷、檢查 order：

1. 目的→了解小夜及大夜病人狀態。
2. 紀錄（待會診、血糖值、V/S、I/O、體重、護理記錄、病歷紀錄、檢驗值等）
3. 看護理站白板病人動態（檢查、手術、出院、新病人）

三、大交班內容：日期、三班病人數、新病人、病危、檢查、手術、特殊事項、重點事項宣導

四、小交班：

1. **需紀錄同一組學姐病人重點事項（非只聽自己病患）**
2. 須於 bed side 或病房門口交班
3. 跟學姊查房（問候及核對病人手圈、床頭床尾牌，檢查點滴注射部位是否紅腫、點滴通暢、滴速、點滴量、管路到期日、傷口有無滲液及病室環境等）

五、Vital signs：

1. 常規時間 BT：BID（9,5） BP/PR/RR：QID（9,1,5,9）
2. 異常 Vital signs 需**馬上報告**老師及學姐
3. 早上量 vital signs（BT, BP/PR/RR），寫在 MAR、「血壓脈搏呼吸紀錄單」畫 TPR 單
4. 中午量 BP/PR/RR，寫在 MAR、「血壓脈搏呼吸紀錄單」，未量體溫，故不用畫 TPR
5. 但有下列四種情況（V/S 需 Q4H 測量），有量體溫，所以中午要畫 TPR 單：
 - A. N/P（N1,N2,N3）-新病人
 - B. Fever（Fday,F1,F2,F3）-發燒
 - C. OP（OP day, OP I, OP II, OP III）-開刀
 - D. Critical 者（代表符號:*）-病危

六、給藥：

1. 備藥時依三讀五對，小藥盤上需放置：小藥排、藥杯、當下要給的藥（藥盒放旁邊）。
2. 與老師學姊對藥前先說病人床號、報告生命徵象，再說：床號、姓名、病歷號、藥物過敏史、依三讀五對核藥，說明藥物作用、用藥目的、機轉、副作用、注意事項。
3. 針劑給藥需說：IV bag 要放多少水（查藥物仿單）、給藥時間、每秒滴數

如：加藥 60ml 於 30 分 run 完，公式： $\frac{60ml \times 60gtt}{30分 \times 60秒} = 2gtt/sec$

4. 點滴須說：一天多少量、白班給的量、滴數、幾點更換或留給小夜的量，例如：點滴 N/S1500ml/天、白班給 500ml（ $1500 \div 3$ 個班）、1 秒 1 滴、1400 掛第 2 瓶給小夜
5. 先給老師核對後，再找學姐核對（須說作用及副作用、針劑如何給藥）
6. 給藥前後要洗手，給藥時先問候、告知做什麼事、核對病人、告知作用，**親視服藥**才離

開，若當下病人因故未服藥，告知要服用時再送過來，將藥物帶回治療室

7. 發完藥，需知道給藥的實際時間，注意針劑的掌控。加針劑時，要告知病患及家屬『藥大約 30 分鐘滴完，中間我會過來巡點滴，若有任何問題時也可按紅燈鈴，我會馬上過來』。

七、常規時間：

1. 三班上班時間：D 7:30-15:30、E 15:30-23:00、N 23:00-7:30
2. Check Blood sugar QID (6:30-10:30-4:30-9:30)
3. I/O：D 6-14、E 14-22、N 22-6

八、給藥時間：QD(9)、QDAC(6)、BID PC/AC(9-5 / 6-4)、TID/AC(9-1-5 / 6-11-4)、QID(9-1-5-9)、Q4h(9-1-5-9-1-5)、Q6H(9-3-9-3 或 6-12-6-12 以醫囑為主)、Q8H(9-5-1)、Q12H(9-9)

九、護理記錄

1. 小交班結束後拿病歷內護理紀錄（護理問題一覽表、護理計畫、護理紀錄）。
2. 老師及學姐看過才可上電腦護理紀錄

201103141130 SN○○/老師簽名/學姐

3. 護理單張若寫錯字用紅筆在上方槓兩行：幾年幾月幾日幾點幾分、簽名

十、入院護理

1. 測量 BH、BW、問是否要訂醫院伙、測量生命徵象、看入院單診斷、準備病人所需之衛教單張，完成 history taking、入院評估單張、入院護理指導（病人需簽名）等相關單張。
2. 書寫重點交班單、「血壓脈搏呼吸紀錄單」畫 TPR 單、護理紀錄、下護理診斷（學姊）、觀看預防跌倒 DVD 影片（看畢需讓病人或家屬簽名）。

十一、出院護理

1. Check MBD order、看出院處方籤（出院帶藥）、回診時間及地點（內湖或汀洲）
2. 量 V/S 時恭喜病人今天出院，並告知病人「出院手續書記小姐（位第二護理站）已在辦理，辦好後會打電話至病房通知，再請您到第二護理站找書記；另外我這邊待會兒會拿一張出院的單張（出院護理指導單張）過來講解及請您簽名，請您先稍待」。
3. 9AM 前務必完成出院照護摘要（一式 2 份：黃單需貼病人標籤）及自備藥需歸還病人，教導病人藥物使用及緊急就醫情況，並請病人簽名（黃單給病人留存），並將病人單位的跌倒探視單收回。
4. 完成出院護理紀錄（summary），結束健康問題、探視單要寫 MBD（時間需一致）。

十二、探視單（夾於床尾）：

1. 一般病人：至少每 2 小時探視。
2. 需翻身或預防跌倒（注意床欄須拉起，床高度調至最低）。
3. 載明探視原因，如化療、約束、預防自殺，探視時間（詳見探視單說明）。
4. 每次探視時寫上探視時間及內容，不可先預寫；若上一班遺漏未寫請留空格。

十三、量體重（W1）：（有時病房阿姨會幫忙）每個病人皆需量體重（例外：虛弱或其他特殊情況），需 key 上電腦 NIS 系統

十四、預防跌倒日（W1）：需評估高危險性跌倒單張。

五、技術

常見技術

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

特別醫療技術

1. 小兒動脈導管放入	6. 氣管內管插入
2. 小兒靜脈注射	7. 骨髓穿刺
3. 扎腳跟取血法	8. 照光治療
4. 兒科經皮式中央靜脈導管放置術	9. 腰椎穿刺
5. 恥骨上膀胱穿刺	10. 腹腔穿刺

六、常見診斷

1. Acute Bronchiolitis/急性細支氣管炎	18. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) /紫斑症
2. Acute Bronchitis/急性支氣管炎	19. Influenza /流行性感冒
3. Acute gastroenteritis/AGE /急性腸胃炎	20. Inguinal hernia/腹股溝疝氣
4. Acute otitis media/AOM /急性中耳炎	21. Intussusception/腸套疊
5. Acute pharyngitis/急性咽喉炎	22. Kawasaki disease /川崎氏症
6. Acute sinusitis /急性鼻竇炎	23. Leukemia/白血病
7. Appendicitis/闌尾炎	24. Lymphoma/淋巴瘤
8. Asthma /氣喘	25. Meningitis 腦膜炎
9. Brain tumor/腦瘤	26. Mycoplasma Pneumonia/黴漿菌肺炎
10. Bronchopneumonia /支氣管肺炎	27. Pneumonia / PN /肺炎
11. Cellulitis /蜂窩組織炎	28. Scarlet fever /猩紅熱
12. Chickenpox; Varicella/水痘	29. Tonsillitis /扁桃腺炎
13. Congenital heart disease/先天性心臟病	30. Type1 Diabetes/第一型糖尿病
14. Croup /哮吼	31. Upper respiratory infection / URI /上呼吸道感染
15. Febrile seizure (Febrile convulsion) /熱性痙攣	32. Urinary tract infection / UTI /泌尿道感染
16. Hand-Foot-Mouth-Disease /手足口病	33. β -Thalassemia/ β 型海洋性貧血
17. Herpangina /咽峽炎	34. 包莖/尿道下裂與尿道上裂

七、常見檢查

類別	檢驗項目
血液	CBC/DC, CRP, Sugar, ABG, Mycoplasma Ab, B/C
尿液	U/A, U/C
糞便	S/A, S/C, S/rota
痰液	RSV, sputum culture
其它	Throat culture, Wound culture
檢查	CXR, KUB, renal echo, abd echo, CT, MRI

****請同學善加利用檢驗參考值講義，並熟記常見檢驗值**

八、常用評估及檢查重點整理

(一) GCS (Glasgow Coma Score /格拉斯氏昏迷指標，最高 15 分，最低 3 分)

*睜眼反應 (E 代表 Eye open):

E4:眼睛自發性的睜開著。

E3:眼睛對聲音會睜開。(譬如叫他，他會睜開眼睛)

E2:受痛刺激時會睜開眼睛。(譬如捏他，他會睜開眼睛)

E1:怎麼刺激，眼睛都不會睜開。(反應喪失)

◇眼腫無法睜開以 C 表示

*動作反應 (M 代表 Motor response)

M6:可遵照指示動作。(譬如要他舉手，就會舉手)

M5:神智尚可知道痛在何處。(捏他，他手會來揮開你的手)

M4:對痛的刺激只有退縮反應。(捏他,他只會手彎起來,向胎兒)

M3:去皮質:皮質功能喪失,對刺激都是兩腳僵硬打直,兩手向上向內扭曲。

M2:去大腦:中腦功能喪失,對刺激都是兩腳僵硬打直,兩手向下向外扭曲。

M1:什麼反應都沒有。

*語言反應(V代表 Verbal response)

V5:具定向力,能很正確說出人、時、地。

V4:對人、時、地回答不正確,但能與人交談言。

V3:不適當的回話。

V2:有出聲,但只是呻吟或發出無法理解之聲音。

V1:怎麼刺激都沒有出聲。(言語反應喪失)

◇ 氣管內管以 E 表示 (endotracheal tube)

◇ 氣切以 T 表示 (tracheostomy)

◇ 失語以 A 表示 (aphasia)

※瞳孔大小 (pupil sizes) / 光反射 (light reflex):

1. 瞳孔查核 (pupil check) -- 診視大小、形狀,記錄照光前&後瞳孔大小。

2. 對光反應—用小手電筒,自病人眼外圍約八吋(約 20 公,1 吋=2.54 公分)遠處照進眼內,請病人不要注視光源,將目光固定於遠方的一點,診視瞳孔大小,燈源由眼睛下方移開。

(二) Muscle power (四肢肌力分級表)

分級	內容說明
5 分 (normal): 正常	對抗重力及充份阻力。
4 分 (good): 良好	對抗重力及部份阻力。
3 分 (Fair): 尚可	對抗重力情形下可上下或平行移動。
2 分 (poor): 不佳	無法對抗重力,但可平行移動
1 分 (trace): 微弱	具有輕微肌肉收縮現象,關節並無活動。
0 分 (none): 無反應	無肌肉收縮現象。

(三) 水腫評估: 按壓至少 5 秒 (5~10 秒)

+1 (2mm): 足背、手背 (輕微凹陷、很快消失)

+2 (4mm): 下肢水腫 (10~15 秒會消失)

+3 (6mm): 臉、手、下腹壁、薦骨水腫 (四肢水腫超過一分鐘)

+4 (8mm): 普遍性水腫、伴隨腹水 (四肢非常腫 2~5 分鐘)

(四) 檢查

一、24 小時 CCR (Creatinine clearance test) 檢驗腎功能

7-7 收集後留一管 10 cc 尿液送檢

$CCR = \frac{Ucr \times \text{尿總量}}{Scr \times 1440} (\text{min}) = 97-140 \text{ml/min}$ (女: 85-125);

albumin < 30mg (N), > 30mg < 300mg (白蛋白尿), > 300mg (臨床白蛋白尿)

九、常見藥物

1. Zithromax (口服)	16. solu-medrol (IV drip)
2. Biolyte (點滴)	17. Flucil (口服)
3. Nako No2 (點滴)	18. Medicon-A (口服)
4. Berotec / Frandyl (口服)	19. Colin (口服)
5. Bisolvon (蒸氣吸入)	20. Histapp (口服)
6. Bricanyl (蒸氣吸入)	21. Kascoal (口服)
7. Bubdel (口服)	22. emetrol (口服)
8. idofen / purfen (口服)	23. Tinten (口服)
9. Tamiflu (口服)	24. Unasyn (IV drip)
10. Cefazolin (IV drip)	25. Valium (IV push or 肛門給藥)
11. Cypromin (口服)	26. primperan (口服 or IV drip)
12. Voren (肛門塞劑)	27. Musco (口服)
13. Gentamicin (IV drip)	28. infloran (口服)
14. Pecolin (口服)	29. MgO (口服)
15. Meptin (口服)	30. Antica (口服)

****請製作藥卡，需有藥理機轉、適應症、副作用，並了解個案為何需使用此藥物？**

範例

Slow-k

藥理機轉：1. 鉀是細胞內主要之陽離子，維持細胞內等張性所必需 2. 具神經傳遞作用、心肌、骨骼肌及平滑肌收縮 3. 維持正常腎臟功能，且可保持酵素活性

適應症：缺鉀狀態

副作用：常見的-噁心、嘔吐、困倦、高血鉀；嚴重者-房纖維性顫動、心跳停止、呼吸困難

十、病房常用英文

1. AAD / Against-advise discharge 自動出院	37. F/U / Follow up 追蹤
2. Abd / Abdomen 腹部	38. Dehydration 脫水
3. Antibiotics 抗生素	39. Vomiting 嘔吐
4. B/S / Bowel sound 腸蠕動音 / Breathing sound 呼吸音	40. PE / Physical examination 身體評估
5. R/O / Rule out 疑似	41. Diaper dermatitis 尿布疹、紅臀
6. MBD / May be discharge 許可下出院	42. MN / Midnight 午夜
7. Order / 醫囑	43. NPO / Non per oral 禁止由口進食
8. Admission note 入院記錄	44. obs / Observation 觀察
9. Progression note 病程記錄	45. Ice pillow 冰枕
10. Consult 會診	46. Chillness 寒顫
11. Sputum 痰	47. Hold 暫停
12. Urine 尿	48. Fever 發燒

13. Stool 糞便	49. Wheezing 喘鳴音、哮喘音
14. On call 等 (手術 or 檢查) 通知	50. Stridor 哮鳴音
15. Permit 同意書	51. Rales / Crackles 濕囉音
16. Chart 病歷	52. Rhonchi 乾囉音
17. CM / Coming morning 明晨	53. Soft 軟
18. Remove 移除	54. Distension 脹
19. CD / Change dressing 換藥	55. N / Neg / Negative 陰性、負
20. Wound 傷口	56. P / Pos / Positive 陽性、正
21. Cough 咳嗽	57. Stable 穩定
22. SOB / Short of breath 呼吸短促	58. Hx / History 病史
23. Menthol packing 薄荷油擦拭	59. appetite 食欲
24. Virus 病毒	60. HR / Heart rate 心跳速率
25. Bacteria 細菌	61. RR / Respiratory rate 呼吸速率
26. Infection 感染	62. BT / Body temperature 體溫
27. Warm water bath 溫水拭浴	63. BP / Blood pressure 血壓
28. Diarrhea 腹瀉	64. BW / Body weight 體重
29. Headache 頭痛	65. BH / Body height 身高
30. N/S / Normal saline 生理食鹽水	66. DC / Discontinue 停止
31. D/W / Distilled water 無菌蒸餾水	67. Pain 痛
32. routine 常規	68. As tolerate 無限制、視病人可接受之程度執行
33. OPD / outpatient department 門診	69. Normal 正常
34. LMD / Local medical doctor 診所、開業醫、外院	70. PCT / Penicillin skin test 盤尼西林皮膚測試
35. I/O / Intake and output 攝入與排出	71. CPT / Chest physical therapy 胸腔物理治療
36. C/O / Chief complain 主訴、抱怨	72. Steam inhalation 噴霧治療 / 蒸氣吸入

十一、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 (o)		0~1Y		0~1Y		0~1m/o	
肛溫 (R)		1~2Y		2Y		1m/o~1Y	
腋溫 (x)		2~4Y		6Y		>1Y	
		4~6Y		10Y			
		6~10Y		12Y			
		10~12Y		>16Y			
		>12Y					

點滴滴速計算

公式：滴速 = 容量/時間

藥物稀釋法

原則：

✓ 每 100 mg 以 0.5 cc D/W 稀釋 (有些醫院採用 100mg 對 1cc 的 D/W，請依單位常規或藥物性質調整)

公式：原劑量 / 原 cc 數 = 預抽劑量 / 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 drip30 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> cc/KG	20~30KG	<u>1500+ (N-20) x20</u>
10~20KG	<u>1000+ (N-10) x50</u>	30~40KG	<u>1700+ (N-30) x10</u>

- fever 的病人，每升高 1 度 C，水量需求上升 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

<p>體溫過高</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 意識狀態 ❖ 生命徵象 ❖ 血循 ❖ 有無發冷寒顫發熱或冒汗 ❖ 其它自覺不適症狀 	<p>疼痛</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 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)
<p>呼吸道清除功能失效</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 呼吸型態 ❖ 呼吸音 ❖ 有無使用呼吸輔助肌 ❖ 呼吸速率 ❖ 咳痰能力、擤出鼻分泌物之能力 ❖ 分泌物性質、量、顏色 ❖ SPO2 ❖ 其它自覺不適症狀 	<p>排尿型態改變</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 解尿頻率 ❖ 尿量 ❖ 尿液顏色 ❖ 尿液性狀 ❖ 尿道口皮膚狀況 ❖ 其它自覺不適症狀
<p>腹瀉</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 解便次數、量、性質、顏色、氣味 ❖ 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 / 疹子 / 破損) ❖ 其它自覺不適症狀 	

十二、護理技術教學活動

◎護理技術與檢查	◎儀器示教	◎護理標準作業流程
<ul style="list-style-type: none"> • BLS • CPT 及抽痰 • 口服給藥 • 脊髓穿刺術檢查 • 預防跌倒注意事項 • 肌肉、胰島素皮下注射法 • 滴入給藥法（眼、耳、鼻滴入法） • 小兒鼻胃管灌食法 • 小兒胃造瘻口灌食法 • 貼集尿袋（收集無菌尿液） 	<ul style="list-style-type: none"> • EKG 監視器 • 亞培 Pump • Top • 氧氣帳 • 氧療設備簡介 • 急救車 • 電擊器 	<ul style="list-style-type: none"> • 出入院護理流程 • 出備服務準備 • 交班技巧介紹 • 病人隱私 • 異常事件 • 預防針扎 • 預防管路滑脫 • 麻醉管制藥物管理 • 藥用冰箱管理 • 感染防治作業

十三、讀書報告題目

◎傳染疾病	◎呼吸系統疾病	◎循環系統疾病	◎血液疾病
<p><病毒></p> <ul style="list-style-type: none"> 麻疹、德國麻疹、腮腺炎 嬰兒玫瑰疹 水痘 脊髓灰白質炎(小兒麻痺症) 日本腦炎 腸病毒 <p><細菌></p> <ul style="list-style-type: none"> 猩紅熱 白喉、百日咳、破傷風 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻咽炎與流行性感冒 扁桃腺炎 中耳炎 哮吼 急性細支氣管炎 肺炎 氣喘 	<ul style="list-style-type: none"> 先天性心臟病 非發紺性先天性心臟病 發紺性先天性心臟病 風濕熱 川崎氏症 鬱血性心衰竭 	<p><貧血></p> <ul style="list-style-type: none"> 缺鐵性貧血 鐮刀狀細胞貧血 β-地中海型貧血 再生不良性貧血 <p><凝血功能障礙></p> <ul style="list-style-type: none"> 血友病 特發性血小板減少紫斑症 <p><惡性疾病></p> <ul style="list-style-type: none"> 白血病 淋巴瘤

◎消化系統疾病	◎泌尿生殖系統疾病	◎神經系統疾病與	◎骨骼肌肉系統疾病	◎免疫及內分泌疾病
<ul style="list-style-type: none"> 胃食道逆流 腸胃炎 腸套疊 先天性巨結腸症 腹股溝疝氣 寄生蟲感染 	<ul style="list-style-type: none"> 泌尿道感染 急性腎絲球腎炎 腎病症候群 威耳姆氏腫瘤 腎衰竭 	<ul style="list-style-type: none"> 脊柱裂 腦瘤 神經母細胞瘤 腦膜炎 痙攣 腦性麻痺 	<ul style="list-style-type: none"> 骨折 發展性髖關節發育不良 骨髓炎 骨腫瘤 	<ul style="list-style-type: none"> 全身性紅斑性狼瘡 先天性甲狀腺功能低下症 第一型糖尿病

十四、團體衛教主題

<ol style="list-style-type: none"> 胸腔物理治療 急性上呼吸道感染居家照護注意事項 預防跌倒 洗手 腸病毒預防照護須知 	<ol style="list-style-type: none"> 均衡飲食 牙齒保健 洗手 急性上呼吸道感染居家照護注意事項
---	--

十五、實習進度

日期		週一 (7:30-15:30)	週二 (7:30-15:30)	週三 (7:30-15:30)	週四 (13:00-21:00)	週五 (13:00-21:00)
第一週	內容					
	進度	<ul style="list-style-type: none"> λ 護理長時間 λ 挑選一位主個案 λ 實習目標、進度及注意事項 λ 認識環境及用物 	<ul style="list-style-type: none"> λ 見習學姊護理 λ 病房常規、常用表單、常用儀器 λ ◎晨會-自我介紹 	<ul style="list-style-type: none"> λ 見習學姊護理 λ 臨床示教及技術 λ 常見藥物介紹 λ 個案疾病之相關學理及護理重點 	<ul style="list-style-type: none"> λ 臨床示教及技術 λ 護理記錄介紹 λ 練習給藥法 λ 收集、評估、分析個案健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> λ 執行各項技術 λ 給藥、口述病歷 λ 收集、評估並分析個案健康問題
	作業	實習生基本資料表	常見護理技術複習	藥卡、技術卡、護理重點表、Note 翻譯	藥卡、技術卡、護理重點表、Note 翻譯	【週心得 1】 、護理重點表、Note 翻譯
	討論	分組、自我介紹、實習計劃、環境介紹、病房常規、表單	常見技術、病歷查閱 ◎團衛準備	藥物劑量計算、亞培與速率計算、病歷查閱 ◎團衛準備	護理活動、兒童溝通技巧、病歷查閱 ◎教學影片：Pediatric respiratory assessment	護理個案經驗 ◎教學影片：wheezing v.s. stridor、Breath Sounds
小考	兒科基本概念(V/S 測量法及正常值)	◎常見兒科疾病診斷、常用英文及縮寫(筆試)	◎藥理作用機轉(口試)	◎點滴滴速計算(筆試)	◎藥理作用機轉(口試)	
第二週		週一 (7:30-15:30)	週二 (7:30-15:30)	週三 (7:30-15:30)	週四 (13:00-21:00)	週五 (13:00-21:00)
	進度	<ul style="list-style-type: none"> λ 執行各項技術 λ 給藥 λ 了解個案病情執行個案評估 λ ◎晨報 (Pneumonia) 	<ul style="list-style-type: none"> λ 個案討論 λ 講解整體性身體評估及臨床使用 λ 深入了解個案病情執行個案評估 λ ◎讀書報告 (Congenital heart disease) 	<ul style="list-style-type: none"> λ 護理記錄草稿 λ 交班技巧介紹 λ 獨立完成非侵入性護理活動 λ ◎晨報(Kawasaki Disease) 	<ul style="list-style-type: none"> λ 給藥、護理記錄草稿 λ 確立個案主要健康問題 λ ◎讀書報告 (Type1 Diabetes) 	<ul style="list-style-type: none"> λ 給藥、護理記錄草稿、練習交班 λ 執行整體性護理 λ 護理過程運用 λ 個案討論 λ 深入了解個案病情及病歷
	作業	【個案基本資料】 、護理重點表	藥卡、技術卡、護理重點表、Note 翻譯	藥卡、技術卡、護理重點表	【案例分析(至少完成1/3)】 、護理重點表	【週心得 2】 、護理重點表
	討論	護理經驗分享 複習：兒童呼吸系統疾病與護理	系統性觀察與分析、溝通技巧 ◎團衛準備	複習：兒童呼吸系統疾病與護理 ◎團衛準備	◎團衛準備 ◎教學影片：Type 1,2 Diabetes	期中評值 ◎教學影片：Pneumonia、Asthma
	小考	◎病歷閱讀(口試)		◎護理重點(口試)		◎護理重點(筆試)
第三週		週一 (7:30-15:30)	週二 (7:30-15:30)	週三 (7:30-15:30)	週四 (13:00-21:00)	週五 (13:00-21:00)
	進度	<ul style="list-style-type: none"> λ 護理記錄、練習交班 λ 提出個案護理計畫執行上的問題 	<ul style="list-style-type: none"> λ 執行整體性護理 λ 護理記錄、交班 λ 解決與個案健康問題之護理活動 	<ul style="list-style-type: none"> λ 執行整體性護理 λ 護理記錄、交班 λ 確實執行病患個別衛生教育 	<ul style="list-style-type: none"> λ 護理記錄、交班 λ 解決與個案健康問題 λ 挑選第二位個案 	<ul style="list-style-type: none"> λ 執行整體性護理 λ 統合護理學運用於臨床個案照顧

	λ ◎ 晨報 (Gastroenteritis)	λ 個案討論 λ ◎ 讀書報告 (Meningitis)	λ ◎ 晨報 (Urinary Tract Infections)		λ
討論	護理診斷 複習：兒童消化系統疾病與護理	出入院護理 ◎團衛準備 複習：兒童消化系統疾病與護理	護理過程討論 ◎團衛準備 補充：兒童癌症與護理	◎教學影片：Inguinal Hernia ◎團衛準備	◎教學影片：、GERD ◎團衛準備
作業	【案例分析（至少完成2/3）】	【護理計劃】、護理重點表、Note 翻譯	【案例分析-前言、文獻查證、結論、心得、參考資料】	【治療型遊戲報告】、護理重點表、Note 翻譯	【總心得】、護理重點表
小考	◎病歷閱讀（口試）		◎護理重點（筆試）		
	週一 (7:30-15:30)	週二 (7:30-15:30)	週三 (7:30-15:30)	週四 (13:00-21:00)	週五
進度	λ 整體性護理 λ 執行各項技術 λ 個案討論 λ ◎治療性遊戲報告（二位同學）	λ 整體性護理 λ 執行各項技術 λ 個案討論 λ ◎案例分析報告（二位同學）	λ 整體性護理 λ 執行各項技術 λ ◎案例分析報告（二位同學）	λ 整體性護理 λ 執行各項技術 λ ◎案例分析報告（二位同學）	返校評值（8:00-17:00） 案例分析、治療性遊戲
討論	◎團衛準備 ◎感人兒科文章分享	◎上午-團衛 ◎下午-實習評值會	◎感恩分享	晚上：期末評值 ◎溫馨兒科教學影片：Children's Hospital	與心得報告（二位同學）
作業	【自評表、實習感言、團衛教案】、護理重點表	【會議記錄、案例分析】	【團衛心得】	護理重點表	

※第二三週的星期一與三：晨報。

※第四週的星期二：上午-團衛；下午-實習評值會。

SOAP 護理記錄法

名詞解釋

S: Subjective data 主觀資料(指病人或家屬主訴不適的症狀)

O: Objective data 客觀資料(觀察檢查到與病人健康有關的行為、徵象與實驗室的檢查值)

A: Assessment 評估(分析主客觀資料後再確立問題及導因)

P: Plan 計劃(針對問題而採取的行動，設立護理目標及擬定護理措施)

I: Implementation 執行(即護理活動，係指實際執行護理活動的情形)

E: Evaluation 評值(評值執行護理活動後的成效；如病人反應、是否達到期望的目標？問題是否解決？)

SOAP 護理記錄法注意事項：

1. 入院 24 小時內必須下護理診斷並擬定計劃。
2. 每班至少評值護理診斷一次，若遇其它問題可以敘述方式呈現。
3. 護理記錄一律以黑筆呈現，注意病人問題編號，不同問題須分開書寫。
4. 未取消的問題須繼續評值，但取消後病人又重覆出現時須重新給予護理診斷及計劃，不可延用已 DC 之問題。
5. 大小夜執行有關護理診斷的 st order 時，以評值護理診斷的方式去書寫記錄。
6. 若 SOAP 護理診斷之書寫方式無法涵蓋病患所有狀況時，可再以敘述性的護理記錄加強。
7. 下列情況可以敘述性方式寫之：入院、出院、轉出、轉入、術前、術後、檢察、會診、特殊用藥記錄、長期住院但病情穩定者。
8. 入院時的記錄仍須呈現「給予入院護理與環境介紹」。
9. 當 ICU 轉出與轉入時不必呈現其病史、病發經過與治療過程，但需將病患現況執行全身性評估，並將結果做整理以敘述性方式書寫，之後再依 ICU 所下的護理問題做持續性的評值。
10. 書寫儘量勿中英文夾雜，除非是專有名詞或藥物名稱。
11. 護理診斷一覽表中，若護理診斷已解決則以”DC”表示，若病患出院但其護理診斷未解決則以”MBD”表示，但須在 出院計劃中呈現未解決此護理診斷的衛教指導，以區分其不同，並簽上職級全名或蓋職章(如：8/1DC SNXXX / TrXXX / N3XXX)。
12. 若病患住院時間未滿 24 小時則以敘述性方式書寫記錄。
13. 若病患出現的症狀持續兩個班以上未改善時，則第二個班別時須完成病患的護理診斷(如病患於白班有發燒情形，於處理後至小夜仍出現發燒，則於小夜班完成護理診斷)。
14. 護理診斷在護理記錄呈現時，須依護理診斷出現之先後，給予編號(#1，#2，#3...)。
15. 護理記錄所書寫之編號以及 SOAPIE 的書寫必須對齊以使得內容一目瞭然。

康寧專校兒科護理學實習生基本資料表

親愛的同學：

歡迎大家來到中興實習，請同學填寫以下資料及問題，所有的資料將完全保密，不會外洩，也不會影響同學的實習成績，請大家放心，這些資料將有助於老師更快瞭解同學並在教學上能更貼近同學的需求，請同學填寫完後在實習第一天繳交，謝謝配合。

姓名：	班級：	學號：	手機：	家中電話：
email：		是否住校：	是否打工：	是否補習：
緊急聯絡人姓名：	關係：	電話 / 手機：		
♥ 說說你的家庭狀況(如家中成員、經濟來源、與家裡的關係...)				
♥ 形容一下你自己(如個性、優缺點、喜歡跟討厭的東西...)				
♥ 分享你過去的實習經驗 (如：對各站的感覺、喜歡或討厭、有沒有收穫、與實習老師及同學間的相處...)?				
♥ 在這站實習妳希望老師如何協助妳適應及學習?				
♥ 還有哪些事情是以上未提到但妳想跟老師說的?				

