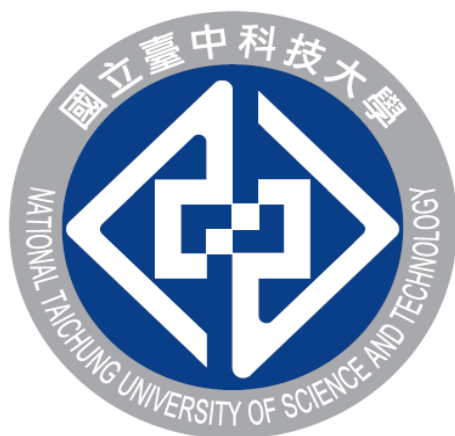


仁愛醫療財團法人醫院(大里)

7樓一般科病房

護生實習手冊(內外)



學生姓名：

指導老師：

壹、實習注意事項

一、病房介紹

7F 病房位於大里仁愛綜合醫院七樓，為一般內、外雜科病房；照顧性質為神經外科及脊柱側彎矯正、胸腔內科…疾病等。總床數 97 床，5 間單人床、14 間兩人床、20 間三人床（健保床）、2 間隔離床。

護理長：黃淳鈴 副護理長：林秋萍

※病房床位分配-7A(計 75~77 床): 依單位住房需求調整

(1) 一般科病房(計 49 床):701-725 (單人房：712~717、兩人房：718~725、三人房：701~711)

(2) 全責病房(計 24 床):750~758 (三人房：750~758)

(3) 隔離(TB)病房(計 2/4 床)：733~735

※病房床位分配-7B(計 20 床):乳房外科病房(兩人房：726~732、三人房：736~737)

二、實習注意事項

- 07:45 整裝完畢，07:50 請著裝完畢並於前面護理站集合，準備大交班(晨間會議)。16:00 完成當班工作和交班後下班，不得遲到早退。
- 請著便服(不得直接穿著實習服至醫院)至醫院更換學校規定之實習服裝及鞋子(襪子為白、膚色)、佩戴名牌(一律配戴於衣服左上角)、長髮挽起、短髮不及肩，不得佩戴飾物。
- 晨間會議前確認照顧個案，並於晨間會議結束與主責學姐共同參與個案交班。交班時請隨時記錄個案交班事項，養成隨時記筆記之習慣，與學姐交接班時請注意交班禮儀，除非特殊情況，不可在後面說話或離開做自己未完成的工作。
- 態度溫文有禮，舉止端莊，不得接受病患或家屬之餽贈；注意電話禮儀，若接到電話應主動報出單位及姓名(七樓病房，你好，我是實習護生 XXX)，主動與單位人員道早問好。
- 選擇照顧個案或提供技術照護務必向個案自我介紹並徵求同意；與病患互動過程中，應注意倫理及法律問題，勿超越治療性人際關係；活動地點宜公開、安靜、注意自身安全，下班離院後勿自行再返回單位探視病患。
- 病患如有突發狀況，如：意識或情緒行為改變、生命徵象異常、應立即報告老師或學姊。
- 病歷不得帶離護理站，使用後立即歸位，不得遺失或抽取；嚴守個案之個資保護，查閱電腦之個案資訊，若查閱完畢或離開務必將電腦畫面轉換至螢幕主畫面；嚴禁上班時間閱讀非護理書報、電話、病歷紙張處理個人事務，亦不可於護理站聊天談論私事。
- 遇有侵入性治療，一律需有老師或學姊監督執行，執行時請尊重病患隱私權(圍圍廉)，執行完應向學姐道聲謝謝；需計價衛材(如空針、尿管、灌食空針…等)請告知學姊計價。
- 執行任何技術(包括給藥、測量生命徵象)，必須記得洗手及核對病人(確實做到三讀五對)，核對病人的同時需再確認手圈、床頭卡是否有誤，請病人回答名字、生日(2種以上身分確認)，若病人無法回答請家屬回答。

10. 針頭一律不回套或必須以單手回套！針劑給藥請確實做到酒棉一消動作！
11. 實習期間請假依學校規定辦理，07：00 前需親自向老師請假，並打電話至實習處報備。
12. 同學因故不能實習時，應按「學生實習請假規則」辦理請假。請假者，須於該梯實習結束之二星期內補完請假之日數（時數），如於該時間內未補實習完畢，則每缺少一小時扣實習總成績 1 分。
13. 因病不能實習時，應於上班前由本人或家長親自向老師報告，不可由同學轉告，延遲報告者，以曠班論；並向護理系(瓊如老師)電話請假，辦理請假手續，以就醫證明或相關證明文件向單位教師請假。
14. 配合院方要求，學生補假需教師上班時間（同學無法於假日時補假），同學若要請假，請考量補假時間（須在請假後二週內補完實習，依單位規範每天最多僅能補 2 小時）。
15. 使用公共廁所更衣後，勿留下垃圾及個人物品，置物櫃，置物物品空間有限，個人物品精簡，包含自備個人文具、水杯、衛生用品，貴重物品隨身攜帶。
16. 實習期間勿空腹上班以免影響一整天之精神。
17. 中午用餐於地下二樓餐廳用餐，勿於其他地方用餐或有邊走邊吃情形，用餐時間為 11：15~11：45、11：45 ~ 12：15(分兩梯)，早上請完成所有技術及給藥，離開前請告知學姊。
18. 每日教學活動時間為 13:00 ~14:30。
19. 每日須向該組學姐報告自己照顧之個案，測量生命徵象時如有異常值，需先馬上告知學姐及老師，繼續觀察，若測量到的值跟病歷上的值差很多，先不要記錄上去，再去測量一次，若還是一樣，則告知老師，老師會帶同學去測量。勿量患肢之血壓（如骨折、手術傷口、禁做治療、打點滴等）。
20. 給藥時宜遵守三讀五對，並親自協助服藥以確定病患服下才可完成給藥技術。任何給藥（包括點滴）一定要有學姐或老師在場，否則絕不可執行。絕不可接受任何口頭醫囑。若非自己親自抽取或親視抽取的藥物，則拒絕執行給藥技術，若學姐有意見，則告知老師處理。
21. 若個案出院後，提醒阿嫂清床，清床請主動協助鋪床，以備迎接新病人。
22. 個案口服藥、針劑應按時給予，若因檢查、手術或其他原因未服藥，須在電腦給藥記錄單上註明代號，檢查或手術後若無禁忌應完成給藥，並將給藥時間記錄於給藥記錄單上，不可未給藥也未向老師及學姐報告而延遲病患服藥時間。
23. 注意治療前後需洗手，確認照護個案是否需隔離，並依隔離防護措施規範落實執行，做完各項治療後請正確執行醫療廢棄物處理法之垃圾分類(務必遵照病房規定作好垃圾分類)。
24. 病人之護理記錄須由老師審核，若要上電子系統記錄則需由學姊審核同意再書寫且於 13:00 前書寫完畢。
25. 請自備：藥典、實習計畫手冊、基護、內外科課本、文具（三色原子筆、鉛筆、尺、橡皮擦、隨身筆記本）、水壺（杯）、筆燈。
26. 組長負責收取作業（繳交作業當天，請組長於 07：50 前收齊後交給老師）。
27. 請繳交 2 吋照片 1 張(提供單位製作臨床教師輔導記錄)，若需辦理機車停車證，需

繳停車證 10 元工本費及 200 押金(實習結束繳回刷卡卡片可退回)，務必遵守停車使用原則，**注意柵欄刷卡確認，勿跟車，刷卡卡片勿與磁性卡放在一起。**

28. 單位照護常規注意事項:

(1)無菌溶液勿加錯:

*生理食鹽水(瓶蓋-白、紅)

*Dis water(瓶蓋-藍、黑)-如潮溼瓶(加錯導致管線生鏽)

(2)PAC 個案病房(原則為 709.710 病室)-積極復健(住院 6 週)

*整體功能狀態評估:0 分-無症狀、1 分有症狀但可自行 ADL、2 分輕度失能 ADL 不需協助、3 分中度失能需協助但其行走不需協助、4 分中重度失能且 ADL 需協助、5 分重度失能、6 分死亡。

(3)生命徵象量測注意事項:

*脊外個案-體溫採腋溫(電子體溫計)

*隔離個案-單套水銀血壓計

*排便記錄於前一天 output (前一天清晨 7 點 - 今天清晨 7 點)

(4)OP(脊外及神外)傷口 CD 皆由專師換，若有其他傷口由護理人員換

汙/V 之 I/O -脊外由護理人員倒並計量，神外採秤重計量-易有誤差，若需倒由專師倒，原則不倒(維持密閉引流，避免感染)，若滿更換引流袋。

(5)自備藥:由本院開立不送藥局審核，若外院開立則送藥局審核。

*醫囑開立自備藥-由護理人員依給藥時間給藥，需於每次給藥個案(姓名)單次藥袋上標註自備藥藥囑(藥名、劑量、時間、途徑)清楚

*醫囑開立自備自服-由病人自行服用

(6)pump-使用一般特殊 set(1cc-20gtts)，mico set(1cc-60gtts)

*顯示代號:0-無輸液、1 和 2-set 阻塞、7-有 air，**亞培 pump-ICU 或特殊藥物才使用**

(7)住出院常規

*住院-測量 V/S 及身高、體重、入院原因、病史、家族史、身評、環境介紹-病床、床欄、叫人鈴、開水間、洗衣間、污物室、陪病証辦理(押金 50 元)、訂餐、護理衛教指導記錄、住院醫囑處理...

*出院衛教-含帶藥(衛教)、預約回診、出院照護摘要、拔手圈、確認相關管路是否移除(注意 IV lock)...

(8)手術術前術後注意事項(依各科醫囑常規)

(1)術前

*各手術相關同意書、檢查、檢驗、依手術進行術前衛教(如-深呼吸咳嗽、圓滾木翻身、術後用物準備-看護墊、紙尿褲、尿壺...)、術前灌腸、NPO...

*手術前準備-手術前準備護理記錄確認

(2)術後

*可左右翻身(圓滾木翻身)，第一天不可下床，翌日若下床需有背架

*測 CVP 依醫囑(脊外為 q8h*3 天)，原則 op side 一週(7 天更換)，若滲濕無菌 3M 採十字貼、墊紗布及 Mifix 固定。

*備物:潮濕瓶(nasal cannula)、輸血 set、手握式噴霧器(含聖誕樹)、set 延長線(t-connector)、cvp 測量儀

*返室-測量 v-s、予烤燈使用、觀察傷口、整理 line(周邊移除)接 CVP、尿管、彈繃(防血栓，若畏寒改善可移除)、給藥、record I/O H/V 須分開寫，並統計手術恢復室 I/O 記錄，最後總統計，並記錄(含護理記錄)。

* Ducolax supp2#翌日由 NP 執行

*Vaccum ball with drainage (半壓 1/2 或 1/4-依醫囑)，**神外不倒(維持密閉引流及無菌)只統計量(採秤重)，脊外要倒-採三消(酒精、碘酒、酒精)並統計量**

(8)護理照護

*務必遵守無菌原則，若無使用工作(CD)車，任何治療之備物務必使用治療盤(不可將污物棄放病床，避免針扎及感染)

*鼻胃管護理:確認 NG 位置、清潔鼻腔-NS 棉籤、更換易拉膠-注意勿壓迫鼻腔。

*氣切護理: 移除 Y 紗並觀察氣切口、痰性質-必要時協助抽痰，清潔氣切-原則採 NS 棉籤即可(優碘、NS)。

*尿管護理:女-會陰沖洗再清潔消毒(優碘、NS)，更換管路固定膠帶；男-陰莖清潔(優碘、NS)，更換管路固定膠帶。

***傷口換藥:清潔消毒(NS、優碘、NS)，評估傷口情況，視需要塗抹氧化鋅或 neomycin 藥膏。**

29. 實習醫院、學校及實習指導老師聯絡電話:

- 醫院電話：04-24819900 轉 7F 病房：17664。
- 實習處：04-22195883 陳瓊如老師
- 實習指導教師 林岱樺，電話： (不接受簡訊請假)
- Mail： taihua86@nutc.edu.tw(字母為小寫)

三、 白班日程表

07：40~07：50	1.07:45 整裝完畢於護理站集合(請組長點名)。2.核對照護個案醫囑與藥囑。3.繳交各指定作業(組長收齊確認)。
07：50 ~ 08：30	1.07：50 ~ 08：10 晨間會議與教學活動。2.08：10~08：30 參與大夜班與白班護理人員交接班。
08：30 ~ 09：30	1.測量整組病患生命徵象、疼痛指數、血氧(使用氧氣個案)2.核對藥物(請於09:30 前 <u>先與老師核對病患 9AM 藥物</u> 後再與指導學姐再次核對藥物)，請確實執行三讀五對。3.執行給藥(請與指導學姐連同工作車至個案單位執行，給藥時間不可延遲至 09:30)。4.針劑於給藥前再抽取勿先抽取，若不是自己親自抽取，請勿給予。5.口服藥請協助病人將藥物服下。
09：30 ~ 10：30	1. 執行並完成負責個案全責護理治療項目(管路護理及傷口換藥，包括鼻胃管、氣切、尿管護理..等)，另可請該組主責學姐提供該組其他個案護理治療項目之協助指導學習。2.醫囑核對，Codex 之交班確認 3.請利用時間與病患及家屬行 <u>治療性會談</u> 。4.協助指導學姊迎接新病人，包括環境介紹、vital sign 測量、病室準備。
10：30 ~ 11：30	1. 書寫個案護理記錄及與老師討論內容。2.找老師和對 11AM 治療藥物，完成十一點飯前藥物及測量飯前血糖。3.確實與照護個案之主治醫生查房(以了解目前治療進度及計劃)。
11：30 ~ 13:00	1. 11：15~12：15 分 A、B 組別分開吃飯，並和學姊及同學交班，用餐時間為 30 分鐘。2.11：30 ~ 12：30 未用餐(或用餐畢)同學和老師核對病患 1PM 口服藥、針劑、點滴等(確實做到三讀五對)。3. 12：30 ~ 13：00 測量整組病患生命徵象、疼痛指數、血氧(使用氧氣個案)4. 13：00 前完成照護個案護理記錄書寫。
13：00 ~ 14：30	教學活動，離開前告知指導學姊並探視個案一次。
14：30 ~ 16：00	1. 完成 15：00 治療(藥物、計量輸出入量、管路引流量)。2. 15：30 前與老師完成照護個案交班。3. 協助指導學姊清潔治療車，包括用物補充並保持乾淨、垃圾請確實做到分類- <u>口罩請丟感染性垃圾桶</u>)。4. 核對照護個案醫囑，查看是否有更新或更改。

四、工作職責

(一) 組長職責

1. 上班前(07:50AM)完成當天作業收集。
2. 提醒同學在規定之時間內完成份內工作及 13:00 確認討論-會議室之教學活動。
3. 協助老師告知同學如:公告事項、分組。
4. 集合同學。
5. 分配安排每日值日生、工作分配(含團衛)、讀報及個報分組、通訊錄，以上需打成電子檔格式並轉寄給全部組員。

(二) 值日生職責

1. 負責討論室(集結討論區)之電源開關，保持環境清潔。
2. 協助維持置物櫃內清潔。

五、院內常規時間

時間頻率	對應時間點
Q4H	9-13-17-21-1-5
Q6H	5-11-17-23
Q8H	7-15-23
Q12H	9-21
QD	(AC) 7AM 、 (PC) 9AM
Bid	(AC) 7-16、 (PC) 9-17
Tid	(AC) 7-11-16、(PC) 9-13-17
Qid	(AC) 7-11-16-20、(PC) 9-13-17-21
Hs	21
Qod	雙日(日期) 5/2.5/4. 單日(日期) 6/1.6/3.6/5.

六、 管路更換及照護時間(注意交班記錄)

1. Foley、N-G: 矽質- silicon(原則每月)、普通材質 (每週)
2. Foley Bag :隨尿管日期更換 (尿袋同管路材質時間更換)
3. IV Cath、bag、set : Q3D (以貼紙標示到期日之星期, 如:週一+3 天=週四, 標籤貼紙貼 4)
4. 氣切內管 (塑膠) : 每月更換、氣切管 (鐵頭) : 每 7 天更換
5. 所有管路護理 : 白班執行
6. 氣切管路消毒 : 每天一次 (髒則隨時更換)
7. Foley care、PP care : 每天一次(教導清潔, 以 N/S 棉枝清潔)
8. N-G tube care : 每天一次
9. CVP care : 每天一次 (紗布 + Mefix 覆蓋/紙膠)

貳、病房常見診斷

全文	中文	縮寫
(一)神經內外科		
1. Artery vein malformation	動靜脈畸形	A. V. M.
2. Epilepsy	癲癇	
3. Seizure	癲癇	
4. Hemiplegia	偏癱	
5. Brain Edema	腦水腫	
6. Hydrocephalus	水腦	
7. Meningitis	腦膜炎	
8. Dizziness	頭暈	
9. Giddiness	眩暈	
10. Parkinson' s disease	巴金森氏症	
11. Cerebral infarction	腦梗塞	
12. Transient ischemic attack	暫時缺血性發作	TIA
13. Cerebral Vascular accident	腦血管意外	CVA
14. Head injury	頭部外傷	H. I.
15. Increased intracranial pressure	顱內壓升高	I. I. C. P.
16. Intracerebral hemorrhage	顱內出血	I. C. H.
17. Intraventricular hemorrhage	腦室內出血	I. V. H.

全文	中文	縮寫
18. Subarachnoid hemorrhage	蜘蛛膜下出血	S. A. H.
19. Subdural hemorrhage	硬腦膜下出血	S. D. H.
20. Epidural hemorrhage	硬腦膜外出血	E. D. H.
21. Epidural hematoma	硬腦膜外血腫	E. D. H.
22. Brain concussion	腦震盪	
23. Brain contusion	腦挫傷	
24. Brain penetrating	腦穿透傷	
25. Spinal cord injury	脊髓損傷	S. C. I.
26. skull bone defect	顱骨缺損	
27. Cerebral Palsy	腦性麻痺	C. P.
(二) 脊柱外科		
1. Herniated intervertebral disc	椎間盤脫出	H. I. V. D.
2. Intervertebral disc displacement	椎間盤移位	
3. spondylosis	脊關節粘連	
4. spondylolysis	脊椎退化	
5. spondylolisthesis	脊椎滑脫	
6. spinal stenosis	椎管狹窄(脊柱狹窄)	
7. dislocation	脫位(脫臼)	
8. sciatica	坐骨神經痛	
9. low back pain	下背痛	
10. Kyphosis	駝背	
11. Spinal scoliosis disease	脊柱側彎	
12. congenital scoliosis	先天性脊柱側彎	
13. Degenerative scoliosis	退化性脊柱側彎	
14. Idiopathic scoliosis	自發性脊柱側彎	
15. Ankylosing spondylitis	僵直性脊柱炎	A. S.
16. osteoarthritis	骨性關節炎	O. A.
17. Rheumatoid arthritis	類風溼性關節炎	R. A.
18. osteomyelitis	骨髓炎	
19. Below knee amputation	膝下截肢	BKA
20. Total knee replacement	全膝關節置換術	TKR
21. compression fracture	壓迫性骨折	
(三) 胸腔內科		
1. Adult Respiratory Distress Syndrome	成人呼吸窘迫症候群	ARDS
2. Chronic Obstructive Pulmonary Disease	慢性阻塞性肺疾病	COPD
3. Emphysema	肺氣腫	

全文	中文	縮寫
4. Asthma	氣喘	
5. Pneumonia	肺炎	
6. Pleural Effusion	肋膜積水	
7. Pulmonary edema	肺水腫	
8. Pulmonary Embolism	肺栓塞	
9. Pulmonary tuberculosis	肺結核	(P)TB
10. Respiratory Failure	呼吸衰竭	RF
11. Upper Respiratory Infection	上呼吸道感染	URI
(四)乳房外科		
1. Breast Cancer	乳癌	
2. Invasive Ductal Carcinoma	侵襲性乳管癌	IDC
3. Invasive Lobular Carcinoma	侵襲性小葉癌	ILC
4. Ductal carcinoma In situ	乳管原位癌	DCIS
5. Lobular Carcinoma In Situ	乳小葉原位癌	LCIS
6. Fibroadenoma	纖維腺瘤	
7. Fibrocystic changes	纖維囊腫變化	

參、病房常見檢查

英文	中文
1. Bronchoscopy	支氣管鏡檢查
2. CATH (catheterization)	心導管
3. CT scan	電腦斷層
4. ERCP (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography)	內視鏡逆行性膽胰管造影術
5. CXR (chest x-ray)	胸部 x 光
6. Esophagography	食道攝影術
7. EKG(electrocardiogram)	心電圖
8. IVP(Intravenous Pyelography)	靜脈注射腎盂攝影術
9. MRI (Magnetic Resonance Imaging)	核磁共振攝影
10. Myelography	脊髓攝影術
11. Panendoscopy (PES)	胃鏡
12. PCN (Percutaneous nephrostomy)	經皮腎造口術
13. PET (positron emission tomography)	正子電腦斷層造影
14. PTCD (Percutaneous transhepatic cholangio-graphic drainage)	經皮穿肝膽道引流
15. Retrograde Pyelography	逆行性腎盂攝影術
16. Upper GI Series	上腸胃道攝影術
17. Myocardial perfusion scan	核醫心肌灌注掃描
18. I-131 whole body scan	放射碘全身掃描
19. ERPF(comprehensive renal function test)	核醫完整腎功能測驗

20. Tc-99m MDP whole body bone test	核醫骨頭掃描
21. Angiography	血管攝影術

肆、常見護理指導與評估量表

(一) 肌肉力量測試(Muscle Power; MP)

分數	代表意義
0	無肌肉收縮
1	些微肌肉收縮
2	無重力影響下可自由活動(如放在床上水平移動)
3	可對抗重力(如可將手自下垂狀態提起)
4	可對抗重力且能部份抵抗外力
5	可完全抵抗外力而無困難(為正常狀況)

(二) 口腔黏膜受損之分級

層級	代表意義
1	輕微疼痛、無痛之潰瘍紅斑
2	疼痛性紅斑、腫、潰瘍。病患可進食
3	疼痛性紅斑、腫、潰瘍。病患無法進食
4	需仰賴靜脈或腸道營養支持

(三) 噁心、嘔吐的分級

層級	代表意義
I.	輕微
II.	嘔吐 2~5 次，仍可進食
III.	經常嘔吐 6~7 次，進食減少
IV.	持續嘔吐 10 次以上，無法進食，仰賴靜脈支持療法

(四)其他管路使用注意事項

周邊靜脈留置針連接 IV BAG 時，請使用**酒精棉片**消毒(一消)消毒管路，加入藥物前管路需使用**酒精棉片**消毒(一消)，另在欲連結管路時，包括三路接頭(3 way)連接處也需**一消**。

(五)、GCS 評估**1、說話反應 (V, Verbal response)**

- 5 分：說話有條理(oriented)。
- 4 分：可應答，但說錯。
- 3 分：答非所問(inappropriate words)。
- 2 分：可發出聲音(unintelligible sounds)。
- 1 分：無任何反應(none)。

2、運動反應 (M, Motor response)

- 6 分：可依指令動作(obey commands)。
- 5 分：施以刺激時，可定位出疼痛位置
- 4 分：對疼痛刺激有反應，肢體會回縮
- 3 分：對疼痛刺激有反應，肢體會彎曲
- 2 分：對疼痛刺激有反應，肢體會伸直
- 1 分：無任何反應

3、睜眼反應 (E, Eye opening)

- 4 分：自然睜眼(spontaneous)
- 3 分：呼喚會睜眼(to speech)
- 2 分：有刺激或痛楚會睜眼(to pain)
- 1 分：對於刺激無反應(none)

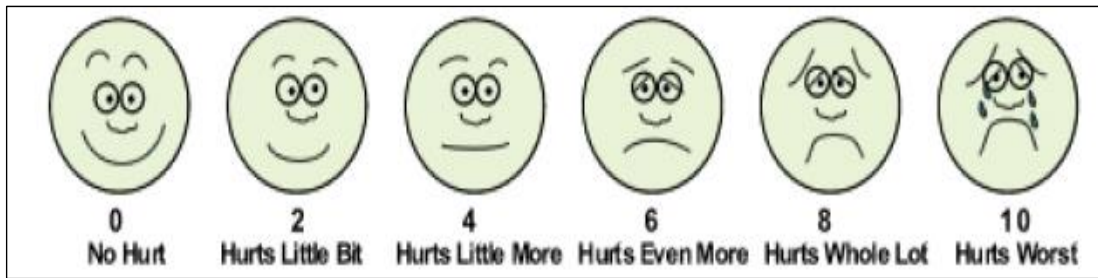
※ 判讀意義：昏迷程度 E + V + M，正常人的昏迷指數是滿分 15 分，昏迷程度越重者的昏迷指數越低分。*輕度昏迷：13 分到 15 分、中度昏迷：9 分到 12 分、重度昏迷：3 分到 8 分。

(六)神經血管評估(CTMS)

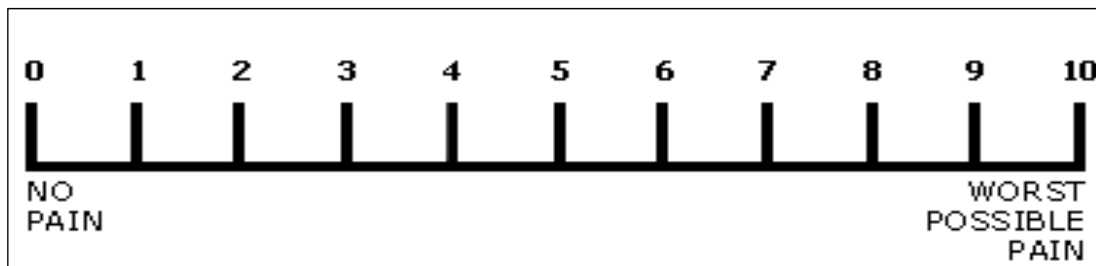
- C：循環(circulation)/顏色(color) 觀察肢體末端顏色是否正常
- T：溫度(temperature) 評估患肢遠端皮膚溫度是否改變
- M：動作(Motion) 檢查患肢是否能做伸張、彎曲等運動
- S：感覺(Sensation) 注意肢體有無麻木感，對於刺激的反應是否正常

(七)常用評估量表

臉譜量表 (Face Pain Rating Scale)



數字量表 (Numerical Rating Scale)



疼痛評估

指標 \ 評分	0	1	2
顏面表情	放鬆、自然狀態	緊張	掙掙
肢體動作	無動作	緊戒	躁動
肌肉張力	放鬆	緊繃、僵硬	非常緊繃僵硬
呼吸器順應程度	適應呼吸器	咳嗽但可適應	對抗呼吸器
聲音表達程度	正常	嘆氣、呻吟	哭泣或大哭
總分：0-8分（呼吸器順應程度及聲音表達程度二擇一）			

伍、作業書寫格式

一、成績評量

- 1、臨床實習表現佔 70%(包含實習指導教師、單位護理長各佔一半)
- 2、作業 30%:(評分依據)
 - (1) 個案照護計畫
 - (2) 實習過程實錄(每週一篇)

二、藥卡格式

類別	藥物名稱	劑型
		顏色
		外觀特徵
作用：		
機轉：		
副作用：		
個案用藥原因：		

三、實習作業計分方式及格式規定

(一) 計分方式(計 30%)

1. 個案照護記錄(個案報告)15% (格式依實習計畫手冊規定之)(一份/人)
2. 總心得 5% (一份/人)
3. 週誌反思 5%(一份/人)
4. 平時考(含總複習考)5%
5. 團體衛教納入醫院及教師成績評量

* 3~5 亦納入臨床實習表現

*需交封面之報告：個案照護記錄、

*實習總心得由組長打統一成組封面(印一份)。

(二) 作業繳交格式規定

1. 實習作業呈現皆採電腦打字，字型大小 12 號，行間距離採單行間距(或固定行高 20 不在此限)，上下邊界各 2 公分，左右邊界各 3.17 公分、標示頁碼、勿超過 20 頁。
2. 實習過程實錄(A4，至少 600 字)、實習總心得(A4，至少 1000 字以上)，請依格式書寫。

3. 作業統一於“左上角”用釘書機或夾子固定，無按規定者視為遲交。
4. 作業每遲交一天扣該份作業5分，依次累計(2倍)；扣至零分。
5. 當天報告者，請報告者準備報告重點內容(一份/人)，以利會議進行與會後討論。
6. 讀書報告題目，若有問題可事先跟老師討論，同學題目切勿重複。

(三) 實習過程實錄作業格式(不包含實習總心得)

實習機構：大里仁愛醫院7樓病房

實習日期：____年____月____日至____月____日

學生姓名：

✧ 書寫內容如下：

1. 實習目標達成情形自我評量(以實習目標之護理八大核心素養為方向，評值各週之行為目標其內容並列出具體改進事項)
2. 寫下實習過程中，自我所見、所聞、所做、所思之心得，以及寫下實習自我期許與提出相關建議。

(四) 實習總心得書寫注意事項：

1. 依實習目標逐項評值自我達成情形。
2. 舉例說明實習收穫。如：覺得自己哪一部份成長最多，最深刻或最值得驕傲的護理經驗。
3. 實習中印象最深刻、感到較挫折或最有成就的事件及省思。
4. 建議：對於實習安排、指導學姐的教導或實習單位的建議

(五) 團體衛教準備注意事項

1. 安排各組員負責之職責

- ✓ 組長(公告單、海報、團衛負責人): _____
- ✓ 資料準備 (位): _____
- ✓ 資料彙整 (位): _____
- ✓ 主講者 (位): _____

2. 書寫團體衛教成果記錄

註:單位團體衛教(基護實習除外):原則安排實習第三週週四(10:30)，20分鐘，於交誼廳。需貼公告，內容若製作PPT，委請護理長協助向總務室借單槍、電腦。

(六)個案照護記錄書寫格式



實習作業

作業種類：外科護理學實習

實習期間： 年 月 日至 年 月 日

實習單位：大里仁愛7樓病房 科別：一般科

指導教師：林岱樺 老師

班 級：

學 號：

學生姓名：

壹、個案資料(5%)：可以敘述方式呈現，或表格呈現亦可

姓名：(注意病患隱私) 床號： 性別： 年齡： ___歲

身高： ___公分 體重： ___公斤 BMI：

語言： 教育： 宗教： 職業： 婚姻：

入院日期：

出院日期：(尚未出院者可不用呈現)

照護期間： 年 月 日 ~ 月 日

診斷：英文 _____ ； 中文

手術日期： 年 月 日 麻醉方式：

手術名稱：英文 _____ ； 中文

※或表格呈現亦可

姓名		性別		床號	
年齡		職業		籍貫	
教育程度		住院日期		出院日期	
診斷	中文： 英文：			照護日期	
手術日期		麻醉方式		手術名稱	中文： 英文：

貳、個案評估(40%)

一、個人及家庭基本資料：(包含家庭成員、經濟來源、主要決策者、家人互動情形、遺傳疾病等，可畫家庭樹呈現)

二、個人健康史：(10%)

1. 過敏史(藥物、食物、輸血.....)

2. 過去病史(過去疾病和醫療史、手術史、過敏史、及平日服藥狀況等) -- 請詳細描述及使用流程圖

3. 現在病史(此次發病及求醫經過，可輔以流程圖說明)

範例：

日期	治療經過
年/月/日	

三、系統回顧：(20%)

可運用評估工具(如 Gordern11 項功能或 Orem 評估)，收集內容須正確且完整，並應包括身體檢查與評估資料，實驗室檢驗，診斷性的評估檢查等，以及需包含個案心理社

會之需求評估：包括有無不良嗜好、本身個性、遇到壓力如何處理、對疾病的看法，藉以判讀出有意義的報告值及進一步與身評結果分析比較，找出護理健康問題。

四、治療處置與檢查：(10%)

包括此次住院期間的飲食、藥物、各項檢查、手術...等。(以時間發生先後分類陳述之)

範例：

(一)使用藥物

起迄日期	藥物名稱、劑量、用法、時間	藥物對個案之治療作用	副作用及實際給藥護理(注意事項)	治療效果評值

(二)檢驗項目

項目	參考值	檢驗值/日期			異常分析
		7/15	7/16	7/23	
WBC	5.0~10×10 ³ /mm ³	11.4			
Hb	12~16g/dl	11.8			

(三)檢查項目

日期	項目	檢查目的	前後護理	檢查結果
104/7/22	Chest X-ray			

(四)會診

日期/科別	會診原因	診斷	建議

(五)其他

起迄日期	治療名稱及用法	對個案之治療作用	副作用及注意事項	治療效果評值
				若病人治療項目為輸血，可評值輸血後相關 Data 及有無副作用不適情形發生

參、護理問題確立表 (10%)

問題優先次序	問題確立日期	現存/潛在性的健康問題
1		
2		
3		
		依此類推

肆、學理依據 (10%)：請說明內容須呈現出個案主要護理問題與其疾病的相關性文獻查證及針對護理措施內容的學理依據

伍、主要護理問題之措施、相關因素與評值 (25%) 至少 2 個完整的照護計畫

- (一) 主要之護理問題/相關因素：
- (二) 確立主要護理問題之日期：
- (三) 護理問題之照護期間：
- (四) 照護表：

主觀資料	客觀資料	護理目標	護理措施	評值

陸、結論與心得 (5%)

柒、參考文獻 (5%)：請依據 APA (American Psychological Association) format 第六版寫法

*評分分配依據

項次	內容類別	佔比%
壹	個案資料	5%
貳	個案評估	
	一、個人及家庭基本資料	-
	二、個人健康史	10%
	三、系統回顧	20%
	四、治療處置與檢查	10%
參	護理問題確立表	10%
肆	學理依據(文獻查證)	10%
伍	主要護理問題之措施、相關因素與評值(護理過程)	25%
陸	結論與心得	5%
柒	參考文獻	5%

內科護理學實習實習週誌反思作業

實習單位：

學生姓名：

日期：

指導老師：

項目	護生描述	老師回應
What? 我遇到甚麼值得學習的倫理 困境議題？現況為何？		
So What? 針對此倫理議題或困境，我的思考(反思)與學習是甚麼？		
Now What? 針對此倫理議題/困境，我能如何進行分析及可能的處理決策？可以倫理四象限或倫理分析步驟進行分析。		
回覆老師當日的提問		