**2024年度护士层级考试判断题库—— 97题**

1.护理文书应当体现“实时性”（√）

2.护理文书书写应当：客观、真实、准确、及时、完整、规范（√）

3.如需患者签字的护理评估单应及时打印患者签字后入病历。（√）

4.体温单用来记录患者体温、脉搏、呼吸。（×）

5.体重填写的要求：入院时测体重。（×）

6.长期医嘱单内签署发送医嘱者姓名及时间；执行护士在打印的医嘱执行单上签署执行时间及姓名（√）

7.护理记录单书写时关于特殊用药：记录时间和主要用药反应。（×）

8.抢救记录按抢救时间顺序准确记录患者生命体征、病情变化、用药情况、抢救护理措施、停止抢救时间等，并于抢救结束后24小时内据实补记（×）

9.护理记录、体温单、医嘱单、医生的抢救记录的死亡时间不必须一致（×）

10.护理记录适用于护士对患者住院期间 病情观察、采取的治疗、护理措施、护理效果的记录（√）

11.本页所有医嘱执行完毕，本班护士核对后，在本页终审核对处签字。（×）

12.打印长嘱执行记录单时，如有试敏药物标记（阴性）。（×）

13.长期医嘱应每日打印并核对，对当日新开长嘱、新停长嘱应分时段打印；当日新停医嘱较对后，及时通知各班护士，并在原长期医嘱项目划红线，标记停止时间并签字。（×）

14.手术、分娩应执行术前、产前医嘱；手术、分娩后执行术后、产后医嘱。（×）

15.因故未能按时执行的医嘱，应及时报告医生并记录。（×）

16.护患沟通是护士与病人之间的信息交流和相互作用的过程。所交流的内容是与病人的护理及康复直接或间接相关的信息，但是不包括双方的思想、感情、愿望和要求等方面的交流。（X）

17.语言性沟通指沟通者以语言或文字、类语言的形式将信息发送给接受者的沟通行为。（√）

18.非言语性沟通：不使用语言、文字的沟通，它包括的信息是通过身体运动、面部表情、利用空间、利用声音和触觉产生的，它可以伴随着语言性沟通而发生。（√）

19.护理服务的质量与护理人员的专业技能无关。（×）

20.护理服务中的沟通技巧对于提高患者满意度至关重要。（√）

21.护理服务中的标准化流程可以完全替代个性化服务。（×）

22.护理人员在提供服务时，应始终保持专业和冷静。（√）

23.护理服务中的持续改进是不必要的，因为护理服务已经足够完善。（×）

24.护理人员可以根据自己的判断，决定是否执行医生的医嘱。（×）

25.护理人员在提供服务时，不需要关注患者的宗教信仰。（×）

26.内镜下治疗患者，不需要按手术患者进行护理记录的书写。（×）

27.患者住院期间测量的血糖值，根据需要选择是否记录在血糖测量记录单上。（×）

28.护理记录的每一行结尾需要护士签署全名。（×）

29.特殊处置：如患者做胸穿、腰穿、腹穿、鞘内注射、安装起搏器等，应及时记录。（√）

30.急诊、手术、ICU、产房、透析、介入、新生儿护理记录单按专科要求记录（√）

31.三级护理的护理要点：每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化。根据患者病情，测量生命体征并记录。（√）

32.心电监护患者需要在每一次的护理记录中描述心电示波。（×）

33.自理能力是指在生活中个体照料自己的行为能力。（√）

34.Barthel 指数：对患者日常生活活动的功能状态进行测量，个体得分取决于对一系列独立行为的测量，总分范围在 0-50分。（×）

35.三级护理的分级依据：病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无依赖的患者。（√）

36.Barthel 指数评定量表评定细则 ：关于如厕的描述：包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水等过程。（√）

37.Barthel 指数评定量表评定细则 ：关于上下楼梯的描述：指从双脚站立位，连续上、下台阶的过程（×）

38.3级放射性皮炎表现为触痛性红斑或鲜红斑，片状湿性脱皮（×）

39.1级放射性皮炎可有脱发，干性脱皮（√）

40.4级放射性皮炎时可使用凡士林油纱局部压迫进行止血（√）

41.在出现全层皮肤坏死和溃疡时经多学科会诊治疗后可坚持放疗（×）

42.放射性治疗的患者应穿高领的衣物对局部皮肤惊醒保护（×）

43.失禁性皮炎只发生在婴幼儿和老年人。（×）

44.正常皮肤是弱酸性，经常使用肥皂可以保护。（×）

45.在IAD的防治上，保湿剂比润肤剂更有效果。（×）

46.失禁性皮炎只能发生在会阴区。（×）

47.失禁患者清洗皮肤后，宜使用柔软一次性无纺布或吸水毛巾，用轻柔手法拍干皮肤。（√）

48.责任护士问候病人及家属，无需向病人及家属说明查房及目的（√）

49.查房过程中，如果家属或患者提出问题，不予解答继续查房（×）

50.查房者针对病人的护理问题，组织大会讨论（√）

51.查房要以病人为中心,注重与病人的交流,拉近与病人的距离,用眼光的接触,也可以是手对病人的接触（√）

52.查房要体现团队精神,使病人感到受重视,在查房中要顾及到家属的感受,也应向家属解释护理措施及护理问题以及需要配合的工作（√）

53.院外带入的压力性损伤，无需填写压力性损伤上报表（×）

54.院内发生的压力性损伤，既要填写压力性损伤上报表，又要上报不良事件。（√）

55.急救车内有效期6个月的药品在安瓿瓶帽粘贴红色标识，物品在正面有字区粘贴红色标识。（ **×** ）

56.急救车失效期预警登记记录，每月最后一个工作日，全面检查并详细记录。（ √ ）

57.急救车失效期预警登记记录，效期只填写最近日期，6个月内药品物品用红色填写；数量为实际药品数量。（ √ ）

58**.**急救车每次粘封前，应全面检查并登记记录。（ √ ）

59.氧气袋日常可放置于急救车上。（ × ）

60.急救车每班交接，粘贴无异常打√，异常打×，并详细记录于交接记录（2）中。（ √ ）

61.急救车交接，异常打×时，不得超过连续三个班次。（ × ）

62.急救药箱内药品仅限抢救及应急时使用，禁止随意开启使用。（√）

63.科室借用急救药箱内药品应于抢救结束后尽快补齐药品并归还，药品外借时，保管科室负责告知辐射科室药箱所在位置，并督促借用科室尽快归还。（ √ ）

64.皮内注射法针头与皮肤呈15°进针。(×）

65.药物过敏试验注射部位消毒可选用75%乙醇。（√）

66.药物过敏试验结果可由一名专业护士进行判断。（×）

67.注射青霉素之前，应做好急救的准备工作，注射后观察半小时。（√）

68.青霉素皮试结果为阴性者，今后再使用青霉素时可免做过敏试验。（×）

69.青霉素过敏试验可疑阳性者，应用注射用水作对照试验。（×）

70.抢救过敏性休克患者首选的药物是盐酸肾上腺素。（√）

71.青霉素皮试液0.1ml含青霉素500u。（×）

72.青霉素皮试液可保存在4°冰箱中备用。（×）

73.对接受青霉素治疗的患者，如果停药3天以上，必须重新做过敏试验。（√）

74.直肠矢状面上的两个弯曲（会阴区和骶曲）在同一条直线上。（×）

75.小量不保留灌肠适用于腹部或盆腔手术后的患者，危重患者，年老体弱、小儿及孕妇等。（√）

76.保留灌肠时宜选择22～24号肛管。（×）

77.准确掌握灌肠溶液的温度、流速、压力和溶液的量是预防灌肠并发症的重要措施。（√）

78.用同一种液体反复多次灌肠可导致水中毒、电解质紊乱。（√）

79.灌肠后排便异常增多可导致低钾血症。（√）

80.灌肠液温度过高，可导致肠道痉挛。（×）

81.灌肠时粗暴插管损伤了肛门括约肌或其周围的血管神经，可导致排便困难。（×）

82.为人工肛门患者灌肠时造口应处于低位，有便意时，造口应处于高位。（×）

83.灌肠时充分润滑是指润滑整个肛管。（×）

84.外周静脉留置针应72--96小时更换一次。（×）

85.静脉留置针选择透明或纱布类无菌敷料固定穿刺针，敷料外应注明日期。（√）

86.肠外营养如需存放，应置于4℃冰箱内，并应复温后再输注。（×）

87.抗肿瘤药物时操作者应戴双层手套（内层为PVC手套，外层为橡胶/丁腈手套）。（×）

88.患有上腔静脉压迫综合征的患者不宜置入PICC导管。（√）

89.有血栓史血管手术史的静脉及放疗部位不宜进行置入PICC导管。（√）

90.肠外营养应使用单独输液器匀速输注。（√）

91.小儿不宜首选头皮静脉。（√）

92.输液完毕应用导管容积加延长管容积2倍以上的生理盐水或肝素盐水正压封管。（×）

93.输液器应每12小时更换一次，如怀疑被污染或完整性受损时应立即更换。（×）

94.腋窝淋巴结清扫术侧不宜植入上臂PORT （√）

95.锁骨下淋巴结肿大或有肿块侧、安装起搏器侧不宜在同侧植入PORT（√）

96.有血栓史或血管手术史的静脉不应植入PORT（×）

97.PORT植入及移除后的伤口处理，应遵循ǀ类切口处理原则（√）