

辽宁理工职业大学

2024 年单独招生考试职业技能测试大纲

(适用专业：护理专业)

一、职业技能测试性质

本职业技能测试适用于中等职业学校（含普通中专、职业高中、技工学校和成人中专）毕业生报考辽宁理工职业大学 2024 年单独招生考试，适用报考护理专业。

二、职业技能测试依据

参照中职教材《护理学基础》的技能考核要求，考察学生的职业素养、基本的实践技能操作能力、兼顾专业基本理论知识。

三、职业技能测试方法及时间

(一) 职业技能测试方法

采用面试+职业技能测试的考试方式进行

(二) 测试时间

5 分钟/人

四、职业技能测试内容及要求

(一) 测试项目

1、面试

包括自我介绍、基本素质、专业知识、沟通能力。

2、技能测试

技能测试设置 3 个测试项目，考生在测试时选择 1 个测

试项目。

- (1) 静脉输液
- (2) 口腔护理
- (3) 生命体征测量

(二) 分值比例及评分办法

专业技能测试总分为 300 分。

1、分值比例

- (1) 面试 100 分
- (2) 专业技能操作 200 分

2. 评分办法

由 2 名评委进行现场独立评分，取平均分作为该考生技能测试的最后得分。

(三) 测试项目及主要测试点

1、面试

主要测试点：自我介绍、基本素质、专业知识、沟通能力。

2、职业技能测试

主要测试点

项目编号	项目名称	项目主要测试点	备注
1	项目名称 1 静脉输液	1 操作前准备(环境、用物)	
		2 病人评估	
		3 沟通与解释	
		4 技能实施(操作步骤)	

		5 总体评价	
		6 记录	
2	项目名称 2 口腔护理	1 操作前准备(环境、用物)	
		2 病人评估	
		3 沟通与解释	
		4 技能实施(操作步骤)	
		5 总体评价	
		6 记录	
3	项目名称 3 生命体征测量	1 操作前准备(环境、用物)	
		2 病人评估	
		3 沟通与解释	
		4 技能实施(操作步骤)	
		5 总体评价	
		6 记录	

附件 1：密闭式静脉输液操作考核评分标准

附件 2：口腔护理操作考核评分标准

附件 3：面试考核评分标准

附件 4：生命体征操作考核评分标准

附件 1:

密闭式静脉输液操作考核评分标准

项目	操作流程	操作标准	分值	扣分标准	得分
评估 30 分	评估病人	二人核对输液执行单、输液卡病人的年龄、病情、意识及心肺功能等	2	未评估不给分，评估不完全缺一项扣 1 分	
		病人用药史和目前用药情况，所用药物的特性、治疗作用及可能出现的不良反应等	2		
		病人的心理状态、对输液的认识及配合程度	2	病人说不出操作目的扣 1 分	
		病人穿刺部位皮肤、血管状况及肢体活动度	2	观察不到位扣 1 分	
	评估环境	病室是否整洁、安静、舒适、安全	4	未评估不给分，评估不完全扣 1 分	
	评估护士	着装整齐 洗手（七步洗手法）、戴口罩	4	着装不整齐、指甲长扣 1 分、洗手不规范扣 1 分	
	评估备药	认真核对药物，检查有效期，检查瓶口有无松动，瓶身有无破裂，将瓶倒置，对光检查药物有否混浊、沉淀、絮状物出现等（边说边做） 根据输液卡填写输液瓶贴并倒贴在药液标签旁 瓶塞及瓶颈用安尔碘消毒后，按输液卡加入药物，经两人核对无误（口述）检查一次性输液器并打开，针头插入瓶	8 2	未核对扣 1 分 未口述扣 1 分 未检查扣 1 分 检查方法不正确扣 1 分 未填写输液瓶贴扣 1 分 未口述扣 1 分 未查对扣 1 分	

		塞至针头根部。	4	消毒不符合要求扣 1 分	
操作 步 15 0 分	核对解释	将用物携至床尾，核对床尾信息 将用物携至床旁，查对床号、姓名， 手腕带	2 2	未查对扣 2 分	
	挂瓶排气	暴露患者手臂，调整输液架高度，打 开桶盖洗手（筒洗） 将茂菲滴管倒置，抬高下段输液管，打 开调节器，使液体流入到茂菲滴管的 1/2-2/3 满时，反折茂菲滴管根部的输 液管，迅速将茂菲滴管放下，同时缓慢降 低下端输液管，使液体流至针头上 5 厘 米处或衔接处，（第一次排气无气泡 （口述） 见输液管中没有气泡，即关闭调节器， 将输液管放置妥当备用	4 12 6	不检查排气结果扣 2 分 有药液排出扣 2 分 输液管下段有气泡扣 2 分	
	选择静脉	在穿刺部位的肢体下，治疗巾、扎止血 带 选择合适静脉并以手指探明静脉方 向及深浅。松开止血带	8 8	未铺治疗巾扣 1 分 扎止血带位置不正确扣 1 分	
操作 步 15 0 分	消毒皮肤	用安尔碘顺时针消毒皮肤，面积大于 5 厘米 再次扎止血带，用安尔碘逆时针消毒皮 肤，备输液贴 再次核对	4 6 2 2	消毒方法不正确扣 1 分 消毒范围不足扣 2 分 污染消毒部位扣 3 分 未核对扣 1 分	
	查对排气	取下针头，排气 对光检查确无气泡，夹紧调节器	4 4	排气时液体外流如注扣 2 分 液体排于弯盘外扣 2 分 未检查排气结果扣 2 分 有气泡扣 2 分	
	穿刺固定	嘱病人握拳，穿刺时以左手拇指固定静 脉 进针穿刺时，针头斜面向上，与皮肤成 15° -30° 角，从静脉上方或侧方刺入皮 下，再沿静脉方向刺入，见回血，可 再进针少许 松开止血带，嘱病人松拳，打开调 节器 待液体滴入通畅，病人无不适后用	6 12 6	未嘱握拳扣 2 分 未固定穿刺静脉扣 2 分 进针角度不正确扣 2 分 污染一处扣 3 分 穿刺失败一次扣 2 分 未及时松止血带扣 2 分 未打开调节夹扣 2 分 未嘱病人松拳扣 2 分	

		输液贴分别固定针柄、针梗和头皮针下端输液管 撤治疗巾，协助病人舒适卧位，呼叫器放于易取处，整理床单位	6 6	固定针头方法不正确扣 2 分 未撤治疗巾扣 2 分	
	调节滴速	调整滴数（数 15 秒） 根据病员年龄、病情、药物性质调节滴数，一般成人每分钟滴入 40-60 滴，儿童每分钟滴入 20-40 滴，对年老体弱，婴幼儿，心肺疾病病人输液速度宜慢；脱水严重心肺功能良好的病员，速度可稍快；根据医嘱调节（口述）	4 12	调节方法不正确扣 1 分 滴数不符合要求扣 1 分 滴数未数足 15 秒扣 1 分 口述一处错误扣 1 分	
	核对挂卡	盖桶盖，洗手（简洗） 再次核对，在输液卡上护士签名，挂卡于输液架上	2 6	未核对扣 1 分 未签名和未挂输液卡扣 2 分	
	整理记录	撤去治疗巾，整理床单位、协助患者取舒适体位。 阿姨请再告诉我您的姓名和床号（1 床马丽） 液体已经为您输上了调节的滴数是 60 滴/min，请您和您的家人不要随意调节滴数，在输液的过程中，如果您的身体有任何不舒适的地方，请及时按床旁呼叫器，呼叫我们，我也会每隔 15-30 分钟巡视病房一次，您还有什需要的吗？谢谢您的配合，请您好好休息（口述） 盖桶盖，洗手（简洗）记录，护士签全名，将输液卡挂于输液架上，输液瓶贴记录（核对）	4 2 12 8	未口述扣 6 分，口述缺内容酌情扣分	
评价 20 分	操作方法	程序正确，动作规范、操作熟练	4	程序错误，动作不规范扣 3 分 操作不熟练扣 2 分	
	操作效果	病人舒适，痛感较小	4	病人反应效果差扣 2 分	
	操作态度	有严谨、科学的态度；与病人沟通态度和蔼，语言文明	4	态度不严谨扣 2 分	
	操作注意事项	严格无菌操作 查对制度	8	违反无菌操作原则扣 2 分	

总分			200	

附件 2；

口腔护理操作考核评分标准

项目	程操作流	操作标准	分值	扣分标准	得分
评估 30 分	评估病人	评估患者的病情、意识、配合程度	2	未评估不给分，评估不完全 缺一项扣 1 分	
		观察口唇、口腔黏膜、牙龈、舌苔有无异常，口腔有无异味；牙齿有无松动，有无活动性义齿	6	未做不得分，做得不全面酌 情扣分。	
	评估环境	病室整洁、安静、舒适	2	未评估不给分，评估不完全 扣 1 分	
	评估护士	着装整齐、洗手、戴口罩	4	着装不整齐、指甲长扣 1 分、 洗手不规范扣 1 分	
	评估用物	基础治疗盘内：口腔护理包（弯盘 1 个、治疗碗 1 个、镊子 1 个、止血钳 1 个）、口腔消毒棉球缸，棉签、剪刀，胶布，液体石蜡油、生理盐水，口杯三个，吸水管，手电筒，两个压舌板，纱布，弯盘，治疗巾，病历，护理记录单，生活垃圾桶，医用垃圾桶，可回收桶，必要时备开口器	16	一项不合格扣 1 分 少备一项扣 1 分 物品定位不合理扣 1 分	
操作 步骤 150 分	携用物至床旁	(1) 查对床头卡, 呼唤患者姓名, 昏迷病人核对腕带 (2) 清醒病人交待口腔护理的目的及配合要点 (3) 打开下层各个桶盖 (4) 按七步洗手法洗手, 戴口罩 (5) 帮助患者取舒适卧位, 协助患者头偏向护士一侧, (可将床头略摇高) 将治疗巾铺于颌下, 弯盘置于口角旁 (6) 取棉签, 蘸取少量生理盐水为患者湿润口唇, 将棉签放入医用垃圾桶内	4 4 4 4 4 4 4	每项未做不得分，做得不全 面酌情扣分。	

	(7)将吸水管放于一个一次性口杯中,			
--	--------------------	--	--	--

		<p>协助患者用温开水漱口(清醒病人),再协助患者将漱口水吐入另一口杯中,(避免呛咳或者误吸),并放入医用垃圾桶内</p> <p>(8)取出一块清洁纱布协助患者擦干口角水迹。</p> <p>(9)用剪刀剪开压舌板袋取出压舌板</p> <p>(10)左手持压舌板,右手持手电指导患者张嘴,为患者检查口腔(如有义齿,取下义齿冲洗干净),观察有无出血,溃疡,感染等,以选择合适的口腔护理棉球</p> <p>(11)检查后将压舌板放于口角处弯盘内,手电放于治疗车上</p>	4 4 6 4		
<p>操作步骤</p> <p>150分</p>	<p>擦洗口腔</p>	<p>(1)按照无菌技术打开口腔护理包,形成无菌区</p> <p>(2)根据口腔 PH 值,遵医嘱选择合适的口腔护理溶液,将口腔护理棉球放于弯盘内,同时清点棉球数量(以擦洗干净口腔为原则,大于 18 个棉球)</p> <p>(3)左手持镊子,右手持钳拧干棉球水分,注意干湿度</p> <p>(4)左手放下镊子,拿取口角弯盘内的压舌板撑开对侧颊部,擦洗左侧外侧面,由后白齿擦到门齿。</p> <p>(5)将擦洗后的棉球和压舌板分开放于口角处弯盘内,同理再取出一个棉球擦洗对侧。</p> <p>(6)右手持钳夹住一干净棉球指导患者张口配合擦洗左内侧面 顺序为:左上内---左上咬合面---左下内---左下咬合面---左侧颊部</p> <p>(7)同理擦洗右内侧面 顺序为:右上内---右上咬合面---右下内---右下咬合面---右侧颊部</p> <p>(8)弧形由内向外擦洗上腭,“Z”字形擦洗舌面</p> <p>(9)指导患者将舌抬起弧形由内向外擦洗舌底,口底。</p> <p>(10)最后擦洗口唇。</p> <p>(11)以上每擦洗一处更换一个棉球。</p>	4 6 4 6 6 8 8 8 4 4 4	<p>每项未做不得分,做得不全面酌情扣分。</p>	

	再次检查	<p>(1)再次协助患者用温开水漱口,吐于第三个口杯中并放入医用垃圾桶内。</p> <p>(2)取出一块清洁纱布协助患者擦干口角周围皮肤并放入医用垃圾桶内。</p> <p>(3)用剪刀剪开压舌板袋取出另一干净压舌板,左手持压舌板,右手持手电筒指导患者张口,为患者检查口腔擦洗效果,义齿复位。</p> <p>(4)清点棉球数目,将棉球放入医用垃圾桶内,弯盘放于回收盒中。</p> <p>(5)根据病人情况取棉签蘸石蜡油涂于患者口唇,棉签放入医用垃圾桶内。</p>	4 4 6 6 6	每项未做不得分,做得不全面酌情扣分。	
	整理用物	<p>(1)撤去治疗巾,协助患者取舒适体位,整理床单位,将口腔护理包放于回收桶内。</p> <p>(2)再次核对转抄卡片,呼叫患者姓名。</p> <p>(3)到床头再次查对床头卡。</p> <p>(4)将下层物品桶盖好。</p> <p>(5)洗手,摘口罩。</p> <p>(6)用胶布将剩余棉签封口,同时标明开封日期及时间。</p> <p>(7)在护理记录单上记录口腔护理日期及时间,口腔有异常及时记录。</p>	4 2 2 2 2 2	每项未做不得分,做得不全面酌情扣分。	
	观察患者	观察患者有无不舒适,同时将呼叫器置于患者易拿到的地方。	2	未做不得分,做得不全面酌情扣分。	
评价 20 分	操作方法	程序正确,动作规范、操作熟练	2		
	操作效果	患者口腔卫生得到改善,粘膜、牙齿无损伤。操作过程顺利,动作轻柔,病人舒适安全	4		
	操作态度	有严谨、科学的态度;于病人沟通态度和蔼,语言文明	4		
	操作注意事项	<p>(1)操作动作应当轻柔,避免金属钳端碰</p> <p>到牙齿,损伤黏膜及牙龈,对凝血功能差的患者应当特别注意。</p> <p>(2)昏迷患者应当注意棉球干湿度,禁止</p>	2 2		

漱口。

	(3)对昏迷、不合作、牙关紧闭的患者，使用开口器、舌钳、压舌板。开口器从臼齿处放入	2	每缺一项扣 2 分	
	(4)擦洗时必须用止血钳夹紧棉球，每次一个，防止棉球遗留在口腔内。	2		
	(5)如患者有活动的假牙，应先取下再进行操作。	2		
总分		200		

附件 3:

面试考核评分标准

项目	分值	扣分标准	得分
自我介绍	10	语言不流畅、表述不清楚，酌情扣分	
基本素质	30	指甲、头发、着装未符合要求，酌情扣分	
专业知识	30	专业知识掌握不牢固或回答错误酌情扣分	
沟通能力	30	无沟通或者表达能力较差酌情扣分	
总分	100		

附件 4:

生命体征操作考核评分标准

项目	操作流程	操作标准	分值	扣分标准	得分
评估 30 分	评估病人	病人的身体状况, 有无运动、进食、肢体疾病、心肝肾等病史, 自理程度及心理状况 病人适宜的测量方法 病人明确操作目的, 了解操作过程, 能配合操作	4 4 4	未评估不给分, 评估不完全缺项扣 2 分	
	评估环境	病室整洁、宽敞、光线明亮、温湿度适宜	4	未评估不给分, 评估不完全扣 2 分	
	评估护士	着装整齐, 修剪指甲、洗手(七步洗手法) 戴口罩	6	着装不符合要求扣 2 分 未洗手扣 2 分 未戴口罩扣 2 分	
	评估用物	检查体温计、血压计等无破损清点体温计数量	4 4	未评估不给分, 评估不完全缺项扣 2 分	
操作	核对解释	备齐用物携至床旁, 核对床号、姓名 向病人解释方法及注意事项, 以取得合作 协助病人采取坐位或卧位	6 4 6	未核对扣 6 分 未做解释或解释不妥扣 2 分 安置体位不当扣 2 分	
	测体温	根据病人的病情、年龄等因素, 选择合适的测量方法 测腋温: 擦干腋下的汗液 将体温计水银端放于腋窝深处并紧贴皮肤 屈臂过胸 5-10 分钟, 必要时托扶病人手臂	8 6 8 8	不擦干腋下扣 2 分 不屈臂过胸、不紧贴皮肤 屈臂过胸扣 5 分 时间不足扣 3 分	

步骤 150 分	测血压	<p>取体位，病人取坐位或仰卧位，坐位时手臂平第 4 肋，仰卧位时平腋中线</p> <p>准备肢体，将衣袖卷至肩部露出上臂，伸直肘部，掌心向上，自然放置</p> <p>准备血压计，放平血压计，开启水银槽开关</p> <p>缠袖带，排尽袖带内空气，平整无折地缠于上臂中部，下缘距肘窝 2-3cm，松紧以能放入一指为宜</p> <p>置听诊器，戴好听诊器，将听诊器胸件放于肱动脉搏动最明显处，一手</p>	8 8 8 10	<p>卧位不适，姿势不正确 (坐位时肱动脉平第四肋软骨、卧位时肱动脉平腋中线)</p> <p>扣2分，上臂暴露不充分，卷袖口过紧扣2分</p> <p>袖带不平整，松紧不符合要求，部位不正确各扣2分 听诊器放置方法不正确扣2分</p>	
----------------	-----	--	-------------------	--	--

	测脉搏	协助病人采取舒适的姿势，手臂轻松置于床上或桌面 以示指、中指、无名指的指端按压桡动脉，力度适中，以能感觉到脉搏动为宜 一般病人可以测量 30 秒，脉搏异常的病人，测量 1 分钟 口述脉搏短细病人测量脉搏的方法	8 8 8 6	姿势不符合要求扣 4 分 测量方法不正确扣 4 分 时间不足、次数有误者各扣 3 分 口述错误或不全扣 2 分	
	测呼吸	体位舒适 护士测脉搏后手仍然保持诊脉姿势，观察病人的胸腹部，一起一伏为 1 次呼吸，测量 30 秒，测得数值乘以 2 婴儿或危重病人呼吸不易观察时，计数 1 分钟 口述微弱呼吸的测量方法	6 10 6 6	未保持诊脉姿势扣 3 分 时间不足、次数有误差者各扣 4 分 口述错误或不全扣 2 分	
	整理记录	记录体温、脉搏呼吸、血压的数值并向病人作简要解释 清理用物，整理床单位	6 6	不记录扣 2 分 不解释扣 2 分 未清理用物、整理床单位扣 2 分	
评价 20 分	操作方法	方法正确、测量结果准确、动作规范操作熟练	4	程序错误，动作不规范扣 2 分，操作不熟练扣 1 分	
	操作效果	有效沟通、病人舒适	4	与病人交流少 2 分，病人反应效果差扣 2 分	
	操作态度	认真、严谨. 有科学的态度	4	态度不严谨扣 2 分	
	操作注意事项	测量前病人有剧烈运动、紧张、恐惧 休息 30 分钟后再测 口述测血压时要做到“四定”的内容	4 4 4	未口述或口述错误扣 2 分	
总分	200				