



# 护理风险评估及防范

护理部 史述菊

2018.12

仁爱 和谐 严谨 卓越



# 内容提要

1.压疮风险评估与防范

2.跌倒/坠床风险评估与防范

3.管道风险评估与防范

4.护理记录单





荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

---

# 1 压疮风险评估与防范

---

---

仁爱 和谐 严谨 卓越

---



# 压疮风险评估的目的及意义

(十一)导管操作事件:静点滴漏/渗、导管脱落/断裂/堵塞、

连接错误等。(护理部)

(十二)基础护理事件:如输液反应、跌倒、坠床、压疮

管道滑脱、误吸、误咽、未按医嘱执行禁食/禁水、无约束固定

烧烫伤事件等。(护理部)

## 荆门二医医疗安全(不良)事件上报的管理规定

(2018年4月修订)

鉴别 高亮 下划线 擦

不良事件管理是三级综合医院评审中核心条款内容,通过及时报告不良事件,发现潜在的不安全因素,进行及时有效的干预,保障病人和医务人员的安全。目前我院医疗安全(不良)事件上报没有完全执行到位,部分存在瞒报现象。医护



# 压疮风险评估的目的及意义

1. 判断风险及预后。
2. 提供伤口的现状资料，作为伤口治疗和评估伤口进展的资料。
3. 用相同的方法及工具评估伤口，便于临床工作人员沟通和统计。
4. 预知可能需要的治疗时间和费用。
5. 以发展出有系统且实用的临床方法以供教学之用。



# 把握思维的着力点

## 压疮评估三步曲

第一步：评估是否属于**高危人群**

第二步：对属于危险人群者，进一步进行**危险因素**的评估。

第三步：若已发生压疮要进行压疮的**局部评估**。

**积极评估是预防压疮的关键！**

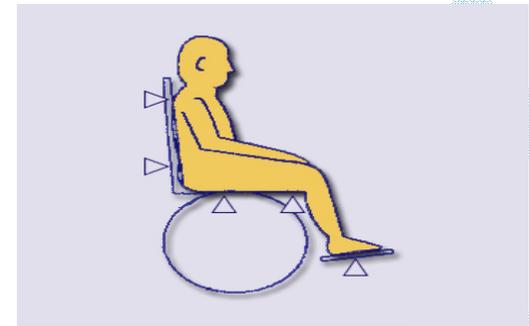
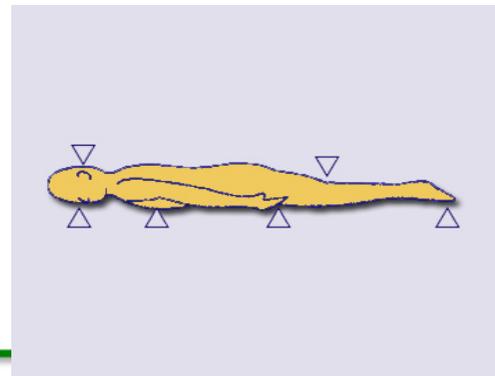
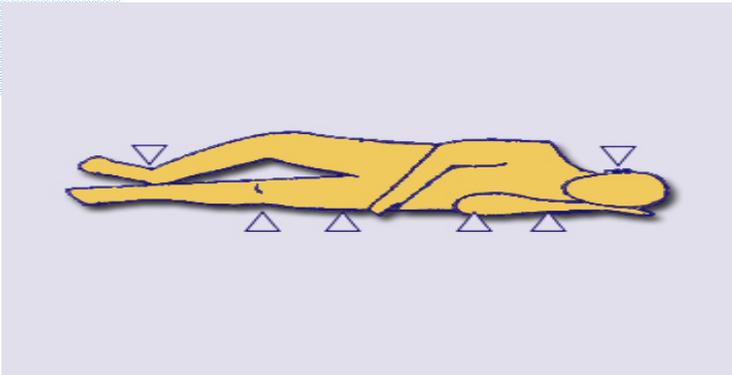
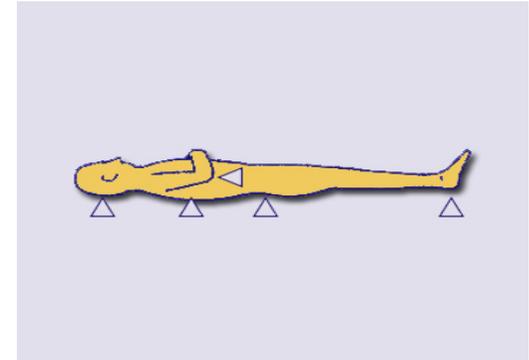


## 第一步：评估是否属于危险人群

1. 瘫痪：偏瘫、截瘫或脑瘫病人
2. 昏迷的病人
3. 大小便失禁的病人
4. 使用支架或石膏的病人
5. 麻痹病人（下肢麻痹，四肢麻痹和半身麻痹等）
6. 营养不良
7. 身体衰弱者
8. 疼痛的病人，为避免疼痛而不敢活动
9. 老年人
10. 发热病人
11. 肥胖者
12. 使用镇静剂的病人



- **仰卧位：**枕骨隆突、肩胛部、肘、骶尾部、足跟
- **侧卧位：**耳、肩峰、髌部、膝内外侧、踝内外侧
- **俯卧位：**前额、下颌、肩、乳房、男性生殖器部位、髂嵴、膝部、足背、趾
- **坐轮椅：**手（外伤或推轮椅摩擦）、坐骨结节、脚后跟





## 第二步：危险因素的评估

- **Braden**评分法
- **Anderson**评分法
- 国内评分法
- **Norton**评分法
- **Waterlow**评分法



# Braden 评分表的应用

参数	感 觉				潮 湿				活动情况				行动能力				营 养				摩擦力 剪切力		
	完全丧失	严重丧失	轻度损害	未受损害	持久潮湿	十分潮湿	偶尔潮湿	很少潮湿	卧床不起	局限于椅	扶助行走	活动自如	完全不能	严重限制	轻度限制	不受限制	严重不良	不良	中等	良好	有	潜在危险	无
分数	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3

所有新入院及新转入患者进行压疮评分，并将评分分值记录于住院患者首次护理评估单上，对于Braden评分 $\leq 18$ 分者，建立《压疮发生高危人群评估表》，采取相应的护理措施，并在病人床头上悬挂“预防压疮”标识。

分数 6—23分 越低越危险

轻度危险 15—18分（每周评估一次）

中度危险 13—14分（每3天评估一次）

高度危险  $\leq 12$ 分（每3天评估一次）

极度危险 9分以下（每3天评估一次）

病情发生变化时，随时评估。

院外带入及院内发生者24小时内填写电子版压疮报告表上报科护士长并电话上报。





<p><b>感官知觉度：</b> 机体对与压力所引起的不适感的反应能力</p>	<p><b>1. 完全丧失：</b> 对疼痛刺激无反应(没有呻吟、退缩或紧握)或者绝大部分机体对疼痛感觉受限。</p>	<p><b>2. 严重丧失：</b> 只对疼痛刺激有反应，能通过呻吟、躁动的方式表达机体不适。或者机体一半以上的部位对疼痛或不适感感觉障碍。</p>	<p><b>3. 轻度丧失：</b> 对其讲话有反应，但不是所有时间都能用语言表达不适感，或者机体的一到两个肢体对疼痛或不适感感觉障碍。</p>	<p><b>4. 未受损害：</b> 对口头指令有反应，机体没有对疼痛或不适的感觉缺失</p>
<p><b>潮湿程度：</b> 皮肤暴露于潮湿的程度</p>	<p><b>1. 持久潮湿：</b> 由于汗液、尿液等，皮肤总呈潮湿状。每当病人更换体位或翻身时均能观察到潮湿</p>	<p><b>2. 十分潮湿：</b> 皮肤经常但不总是处于潮湿状态。每天每班至少更换一次床单</p>	<p><b>3. 偶尔潮湿：</b> 每天大概需要额外更换一次床单</p>	<p><b>4. 很少潮湿：</b> 皮肤经常性保持干燥，只需常规更换床单</p>



<b>活动情况： 躯体活动的 能力</b>	<b>1. 卧床不起：</b> 限制在床上。	<b>2. 局限于椅：</b> 活动能力严重受限或没有行走能力，不能独立站立，必须在协助下坐在椅子或轮椅上。	<b>3. 扶助行走：</b> 在帮助或无需帮助的情况下偶尔可以走一段路。每天大部分时间在床上或椅子上度过。	<b>4. 活动自如：</b> 每天至少在室外活动2次，日间醒着的时候每2小时在房间至少活动一次。
<b>行动能力： 控制躯体位 置的能力</b>	<b>1. 完全不能：</b> 没有帮助时，不能完成轻微的躯体或四肢的位置变动。	<b>2. 严重限制：</b> 偶尔能轻微地移动躯体或四肢，但不能独立完成经常的或显著的躯体位置变动。	<b>3. 轻度限制：</b> 能经常独立地改变躯体或四肢的位置，但变动幅度不大。	<b>4. 不受限制：</b> 独立完成经常性的大幅度体位改变。



<p><b>营养： 平常的食物 摄入模式</b></p>	<p>1. <b>严重不良：</b>从未吃完一份饭，很少能进食超过三分之一份饭。喝水很少，未进流质饮食或禁食，或只能喝水，或静脉补液5天以上。</p>	<p>2. <b>不良：</b>通常只能吃1/2份食物。偶尔能吃完一份饭。或者可摄入低于理想量的流质或鼻饲。</p>	<p>3. <b>中等：</b>能进食半份以上的食物。或以鼻饲或全胃营养以维持营养需求。</p>	<p>4. <b>良好：</b>能进食几乎整份饭菜。从不拒绝进食，两餐间偶尔进食，不需其他补充食物。</p>
<p><b>摩擦和剪切力</b></p>	<p>1. <b>有：</b>移动时需要大量的帮助。不可能做到完全抬空而不碰到床单，在床上或椅子上经滑落。需要大力帮助下重新摆体位。痉挛/挛缩和躁动不安通常导致摩擦。</p>	<p>2. <b>有潜在危险：</b>躯体移动乏力，或者需要一些帮助，在移动的过程中，皮肤在一定程度上会碰到床单、椅子、约束带或其他设施。在床上或椅子上可保持相对好的位置，偶尔会滑落下来。</p>	<p>3. <b>无：</b>能独立在床上或椅子上移动，并且有足够的肌肉力量在移动时完全抬空躯体。在床上或椅子上总是保持良好的位置。</p>	



# 压疮的影响因素



外在因素

1

垂直压力、摩擦力、剪切力、潮湿等

内在因素

2

年龄、皮肤情况、活动力、营养、组织灌注等

好发部位

3

仰卧、侧卧、俯卧、坐位时的  
好发部位

仁爱 和谐 严谨 卓越





- 1、Braden (1987) 认为：压疮形成的关键是压力的强度和持续时间，皮肤及其支持结构对压力的耐受力；
- 2、压力经皮肤由浅入深扩散呈圆锥形分布，最大压力在骨突出的周围；
- 3、压力与时间关系的研究显示：低压长时间的压迫造成的组织危害 > 高压短时间的压迫；
- 4、皮肤毛细血管最大承受压力为16-33mmHg (2.01-4.4Kpa)，最长承受时间为2h；





# 垂直压力造成皮肤损害的特点

## 1. 与持续时间、压力强度有关

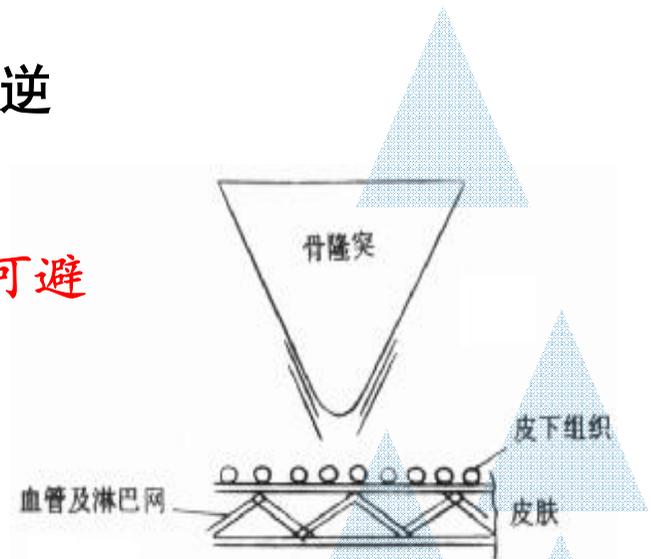
- ◆表皮压强达到60mmHg时，皮肤内血流降至正常的33%；
- ◆承受69mmHg的压力持续2h以上即可发生不可逆损伤。

——翻身间隔时间不得大于2小时。

——手术病人持续压力超过4小时将不可避免压疮！

## 2. 机体组织的压力耐受性：皮肤>肌肉组织

- ◆压力造成的损害是由深至浅的；
- ◆长时间压迫，6小时后肌肉完全变性（文献报道）  
2天后深部肌肉损害已出现，1周后才出现肉眼可见的皮肤损害。
- ◆局部压红或浅表破溃处理后可能形成更大更深的创面；



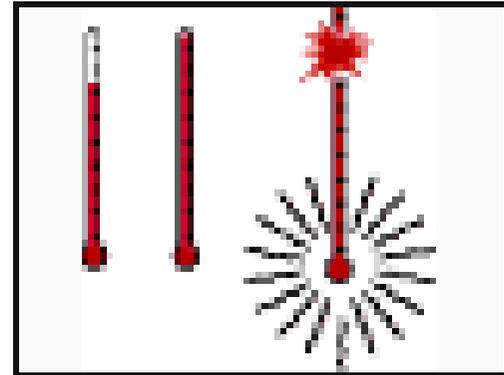


摩擦去除外层皮肤的**保护性角化膜**，增加皮肤对压疮的敏感性。

可使局部皮肤温度增高，**温度**升高 $1^{\circ}\text{C}$ ，能加快组织代谢并增加氧的需要量10%。

摩擦力大小可被**皮肤的潮湿程度**所改变，少量出汗的摩擦力 $>$ 干燥皮肤，大量出汗则可降低摩擦力。

床铺皱褶不平、有渣屑、皮肤潮湿或搬动时拖、拽、扯、拉病人均产生较大摩擦力。



仁爱 和善 严谨





引起压疮的第2位原因，是施加于相邻物体的表面，引起相反方向的进行性平滑移动的力量。

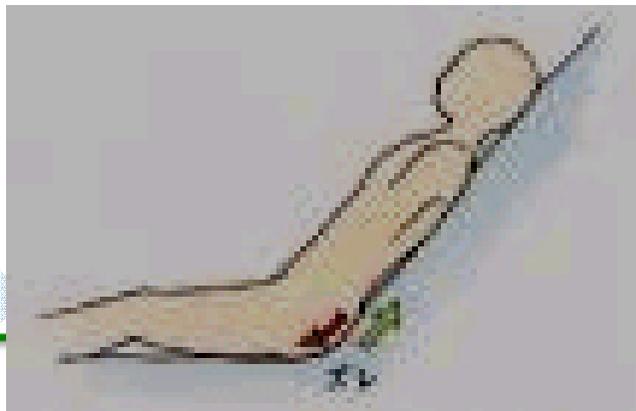
当身体同一部位受到不同方向的作用力时，就会产生，比压力更易致压疮。

作用于深层，引起组织的相对移位，能切断较大区域的小血管供应，导致组织氧张力下降，因此它比垂直方向的压力更具危害。

与体位关系密切，发生在深部组织中。

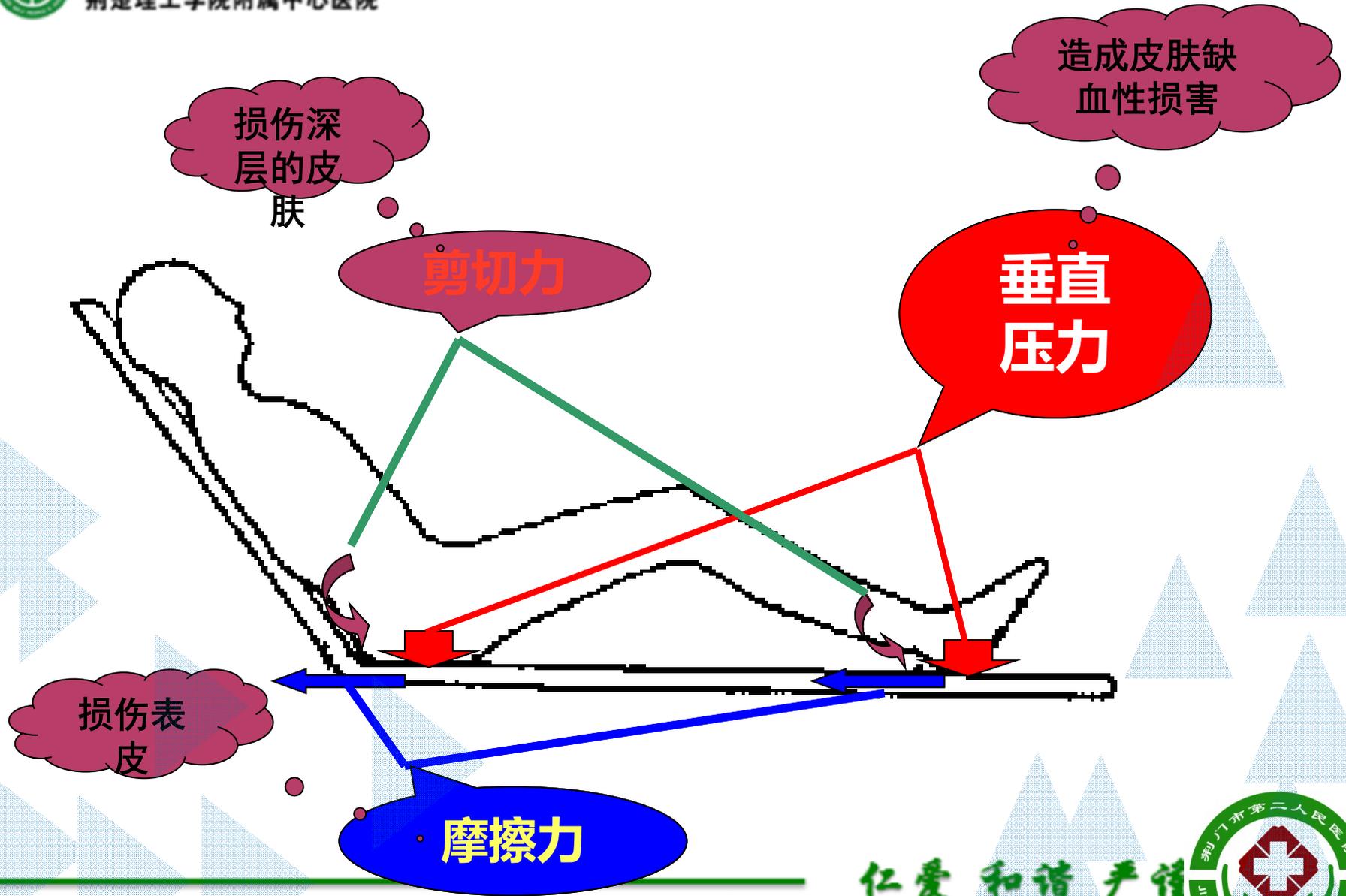
有实验证明，剪切力只要持续存在 $>30\text{min}$ ，即可造成深部组织的不可逆损害。

如果将受压部位的血管比喻为水管的话，压力是将水管挤扁，而剪切力是将水管折弯，所以剪切力更易阻断血流。





# 压疮的三力作用





- 1、保持皮肤清洁、干燥，及时清洗；
- 2、保持床铺和衣裤清洁，及时更换；
- 3、做好翻身护理，Q2~Q4h一次；
- 4、给予减压用具：翻身枕、气垫床等；
- 5、加强营养，采取适当的营养支持措施；
- 6、使用减压贴进行骨隆突部位的保护；
- 7、使用溃疡贴或透明贴等新型敷料处理创面，或按外科换药处理；
- 8、局部涂抹药物，增强血液循环或促进伤口愈合；
- 9、严格交接班制度，每班进行皮肤评估，做好记录。





荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

---

# 2 跌倒/坠床风险评估与防范

---

---

仁爱 和谐 严谨 卓越

---



指住院患者在医疗机构任何场所，未预见性的倒于地面或比初始位置更低的地方。可伴或不伴有外伤。所有无帮助及有帮助的跌倒均应包含在内，无论其由生理原因或是环境原因造成。若患者是从一张较低的床上滚落至垫子上也应视其为跌倒。

防范与减少患者跌倒意外事件是医院质量管理中的重要方面，也是评价医疗护理质量的重要指标。护理人员是控制导致患者跌倒的不安全因素的**主要实施者**，在住院患者跌倒风险评估、实施跌倒预防措施方面起主导作用。



# 跌倒/坠床造成的不良后果

1. 创伤，造成生命危险
2. 延长住院天数
3. 导致合并症
4. 降低活动能力
5. 影响病人对安全的感受及心理的健康
6. 导致因害怕跌倒而降低参与日常活动及康复活动的意愿





跌倒/坠床损伤分级如下：

**无损伤：**没有伤害；

**一级：**不需或只需稍微治疗与观察；

**二级：**需要冰敷、包扎、缝合、夹板等医疗或护理处置观察；

**三级：**需要医疗处置及会诊，影响恢复进程或导致住院时间延长，如骨折；

**死亡：**患者因跌倒产生的持续性损伤而最终致死。



# 跌倒/坠床风险评估量表

危险因素	危险因素评分		
	0分	2分	4分
年龄		65~79岁	≥80岁
精神状态	警觉良好, 有安全意识、昏睡、昏迷	高估病情、安全意识减弱(焦虑、抑郁)	定向力障碍、行为冲动(痴呆、幻觉)
运动平衡状态	步态/平衡正常, 行动自如	骨折、肢体偏瘫、需使用辅助器械行走(如拐杖、助行器等)	站立不稳、使用轮椅者
视力情况	正常	视力减弱、模糊(佩带眼镜; 青光眼等)	严重视觉障碍、失明, 影响日常生活
用药情况	未使用易致跌倒的高风险药物	降压药、降糖药、利尿药、导泻剂、散瞳药、化疗药、抗心律失常药、抗心绞痛药	抗癫痫药、抗精神药、抗焦虑药、镇静药、麻醉药
患病情况	未患易致跌倒的高风险疾病	高血压、颈椎病、乙醇中毒、重度贫血、肢体残疾、血钾/血钠/血糖异常	帕金森氏病、癫痫、肿瘤、心律失常(心率≤50次/分或≥120次/分)
一般情况	营养状况良好, 睡眠规律	无陪护、依从性差、失眠、尿频、尿急/夜尿增多、腹泻、恶心、呕吐、纳差、营养不良	头晕、乏力、体能虚弱
既往病史	无	有心脏病发作史	有跌倒史或晕厥史
<p><b>备注:</b> 1. 0~4分为低度风险; 6~8分为中度风险; ≥10分为高度风险。                  2. 中、高度风险患者挂警示标识, 做好宣教并采取相应措施。                  3. 患者入院或转科时评估, 病情发生变化时(如术后、产后、病危、病重)及活动能力变化时随时评估, 病情稳定者每周评估一次。</p>			



## 环境因素

# 跌倒的危险因素

- ①地面不平或湿滑，走廊内、卫生间无扶手，通道内有障碍物。
- ②照明不够。

- ③家居日用品不定点放置，高度不适宜。
- ④辅助用具使用不合理。
- ⑤鞋子、衣服大小不合适，鞋底不防滑。



## 跌倒的好发时段

清晨起床时、中午及夜间，尤其以夜间最多

1. 患者本身植物神经功能不稳定，在夜间迷走神经张力增高体位骤变，排尿屏气时易发生。也可能是通过迷走神经反射，使心排血量骤减，血压下降，脑供血不足而引起的晕厥。

2. 护理人员配置相对较少，工作量增大，巡视病房的次数减少，患者需求不能得到及时满足。



## 一、健康宣教

1.患者有跌倒的危险，家属24小时陪伴；  
2.药物的作用及注意事项；

3.穿合适的裤子、鞋、袜，以免绊倒；  
4.渐进活动法：躺30s→坐30s→站30s；



5.如出现双眼发黑/下肢无力/行走不稳/不能移动时，立即原地坐下/蹲下/靠墙，呼叫他人帮助；

6.使用病房及卫生间扶手及其他有关告知；

7.床头悬挂“防跌倒”、“防坠床”警示牌。



## 二、护理措施

1. 呼叫器及用物放置患者易取处，教会使用呼叫器

2. ①协助床上大小便 ②保证病房内足够亮度

3. ①使用床挡/约束带 ②帮助使用助行器

4. ①协助上床/下床/如厕 ②固定床/轮椅/座椅等设施

5. 消除床旁及通道障碍



## 预防跌倒十知道

- 1、行动不便、虚弱无法自我照顾、视力下降的病人，请家属在旁陪伴，协助照顾。
- 2、下床时请慢慢起身，特别是在服用某些特殊药物时，如降压药、安眠药等。
- 3、当您需要协助时，请按呼叫铃，护士会及时到您身边。
- 4、保持地面干燥，如地面弄湿，及时请护士处理。
- 5、将您的物品收纳于柜中，保持走道通畅。
- 6、卧床时请拉起床栏，特别是病人躁动不安、意识不清时。
- 7、请穿上合适尺码的衣裤，以免绊倒。
- 8、将您的生活用品放在您容易取到的地方。
- 9、病房保持灯光明亮，使您行动更方便。
- 10、上厕所时如您有需要，请按呼叫铃。

荆门市第二人民医院  
JINGMEN NO.2 PEOPLE'S HOSPITAL

## 如何预防跌倒和坠床

- 1、在能行走时，如感到头晕，即刻下蹲或抓住扶栏。
- 2、长期卧床、服用镇静剂等患者下床前，先在床边坐3-5分钟，并有人看护。
- 3、睡眠时，请使用双侧床栏。
- 4、病床为病人专用，陪人不可同病人同挤一张病床。
- 5、行动不便时，请使用助行器或呼叫他人帮助。
- 6、行走时不宜穿过长的裤子，避免绊倒。
- 7、地面湿滑时，注意避开行走，防止滑倒。
- 8、下床时，应先拉下床栏，请勿直接翻越。
- 9、保持周围环境能见度，必要时打开床头灯或地灯。
- 10、老年、行动不便的病人夜间起床，应先按铃，以便及时得到护士的帮助。
- 11、神志不清、躁动不安、意识模糊、精神异常的病人，应当采取约束。

A 仰卧位



荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

## 预防跌倒/坠床措施

预防跌倒坠床视频

仁爱 和谐 严谨 卓越



荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

---

# 3 管道风险评与和防范

---

---

仁爱 和谐 严谨 卓越

---



### • 非计划拔管 (unplanned extubation, UEX)

是指为患者治疗需要而留置在患者体内的各种管道，未经医护人员同意，患者将插管自行拔出，或其它原因（包括医护人员操作不当）造成的插管脱落，又称意外拔管。





## 二、留置管道风险评估量表

项目		分值
年龄	7岁以下	2
	70岁以上	2
	其他	0
配合程度	躁动/或不配合	3
	嗜睡	2
	镇静	1
	理解并配合	0
带管负性体验	昏迷	
	难以忍受	3
	明显不舒适	2
	略感不舒适	1
肢体活动能力	无不适	0
	不受限，活动自如	3
	一侧部分受限	2
	一侧完全受限	1
	双侧完全受限	0
管道种类	高危管道	5
	中危管道	3
	低危管道	2
固定方式	胶布固定	3
	球囊固定	2
	缝合固定	1
	其他	1
其他	导管数量 $\geq$ 3根	2

备注：

1. 一个项目中同时存在多种情况时，取高分项。  
(如多根导管按最高风险评估)。

2. 总分 $\geq$ 15分为高度风险； $<$ 15分为低度风险。高风险患者每班评估1次并记录，病情变化随时评估，应重点关注并告知患者及家属导管滑脱风险。低风险患者根据病情随时评估。

**【高危管道】：**气管插管、气管切开管、脑室引流管、硬膜外引流管、硬膜下引流管、腰大池引流管、心包引流管、胸腔引流管、腹腔双套管、T管、腹膜后引流管、鼻胆管、胰管、肝下引流管、膈下引流管、吻合口以下的胃管（食道、胃、胰十二指肠切除术后）、三腔二囊管、鼻肠管、十二指肠营养管、空肠营养管、吻合口上/下引流管、温氏孔引流管、脾窝引流管、回肠膀胱引流管、前列腺及尿道断裂术后的三腔导尿管、S分流管、透析管、漂浮导管、动脉留置针、CVC导管、PICC导管、主动脉球囊反搏仪导管、脊柱引流管、输尿管支架管、肾造瘘引流管。

**【中危管道】：**膀胱周围引流管、肾周引流管、耻骨后引流管、陶氏腔引流管、盆腔引流管、骶前引流管、血肿腔引流管、颈部引流管、腋窝引流管、VSD引流管。

**【低危管道】：**普通胃管、普通导尿管、膀胱造瘘管、尿管、皮下引流管

仁爱 和谐 严谨 卓越



### 三、非计划拔管的危害

UEX发现不及时或处理不当，会延长患者住院时间、ICU滞留时间（机械通气时间延长），甚至导致死亡。

有研究显示：与非计划拔管比，非计划性拔管发生后，插管重复率明显增高，UEX后再置管率在56%~80%。



### 三、非计划拔管的危害

造成组织黏膜再损伤，增加院内感染机会，延长总置管时间（气管插管患者UEX后出现喉头水肿，再置管困难）。

打击护理人员自信心及积极性；降低护理人员绩效及收入；导致医护关系及护患关系紧张。

经济负担增加。



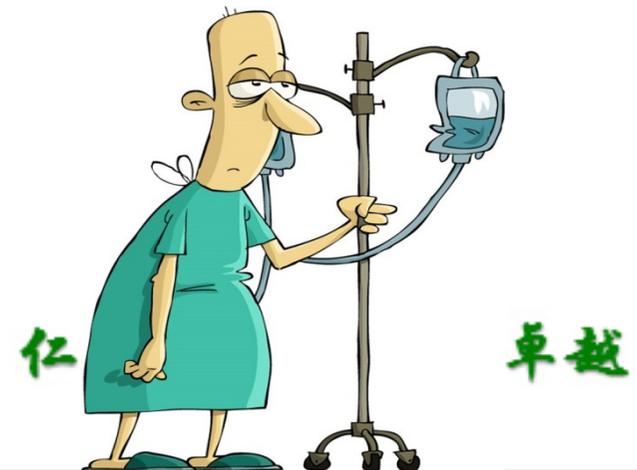


## 四、非计划拔管的原因

### • 1. 患者方面

1. 舒适度的改变，不能耐受。
2. 对置管的目的及重要性不理解，不能有效配合。
3. 管道自我护理知识缺乏。

4. 意识障碍，烦躁不安，躯干或四肢过度
  5. 活动无意识拔管。
- 患者年龄、文化程度。





## 四、非计划拔管的原因

### • 2. 医护方面

1. 管道评估能力不足，观察不到位，巡视不及时（研究发现，在非计划拔管患者中发生在低年资护士班上居多，与工作强度无关，而与年轻护士缺乏经验，在操作中对保护插管的滑脱未引起重视有关。）

2. 未采取科学的镇静措施  
3. 未满足患者舒适的需要



仁爱



## • 2. 医护方面

4. 对不合作患者未采取有效的肢体约束

## 四、非计划拔管的原因

5. 建议护理人员在使用约束之前要慎重评估，根据病情、约束指征、约束效果、及时调整约束方案。



## 四、非计划拔管的原因

### • 2. 医护方面

#### 6. 管道固定不牢固，连接处不紧密

（病人因出汗、口腔分泌物和呕吐物污染使胶布失去粘性，无法起到固定作用。）

7. 健康宣教不到位（护士忽视对病人的健康教育，病人对全身各种管道的意义认识不足，常因不适自行拔管。）

8. 护理人员操作不当（翻身移动或搬运时活动幅度过大，使管道受牵拉。）



## 四、非计划拔管的原因

### • 3. 导管方面

1. 理化特征：导管材质、粗细、软硬度、导热性及对组织的化学刺激性等，对患者造成的不适感程度不同。

2. 导管的置入位置



## 四、非计划拔管的原因

### • 4. 时间方面

1. 由于麻醉逐渐清醒，疼痛等不适引起患者躁动，夜间人力资源较白天少等因素下，夜间成为发生意外拔管的高危阶段。

2. 中夜班护士少，工作繁忙巡视不到位。





## 五、降低非计划拔管的措施

1. 充分评估
2. 科学有效的固定
3. 合理使用镇痛、镇静药物
4. 加强管道护理，提高置管患者舒适度
5. 加强患者心理护理和健康宣教
6. 开展护理业务学习，增强安全意识
7. 加强技术培训，规范护理操作，提高防范能力
8. 加强高危时段的防护，焦虑患者，重点交班



- 1.悬挂防管道滑脱标识；
- 2.妥善固定；
- 3.保护性约束；

- 4.相关知识宣教；
- 5.床边交接班；
- 6.管道滑脱风险告知。



压疮风  
险评估

1. Braden评分包括哪几个方面？
2. 如何区分轻、中、重风险？
3. 评估频次？
4. 防范措施

跌倒/坠床  
风险评估

1. 损伤分级
2. 风险评估及频次

管道滑脱  
风险评估

1. 何为高风险？低风险？
2. 评估频次



荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

---

# 4 护理记录单

---

---

仁爱 和谐 严谨 卓越

---



- 住院首次护理评估单是指患者入院后由责任护士或值班护士书写的第一次护理过程记录，应当在患者入院后4小时内完成，项目完整无空项。
- 凡栏目前有“□”根据评估结果在相应“□”内打√，√不得超出“□”，有横线的地方根据评估结果在横线上填写具体内容。
- 年龄为实足年龄。



## 住院患者首次护理评估单

姓名: \_\_\_\_\_ 科别: \_\_\_\_\_ 床号: \_\_\_\_\_ 住院病历号: \_\_\_\_\_

文化程度:  文盲  小学  初中  中专/高中  大专及以上入院方式:  步行  扶行  轮椅  平车  担架  其它

门(急)诊诊断: \_\_\_\_\_

## 基本情况评估

意识状态:  清楚  嗜睡  模糊  昏睡  昏迷体位:  主动体位  被动体位  被迫体位 ( 端坐位  半坐卧位  侧卧位  俯卧位  其它)皮肤黏膜:  正常  压疮  烫伤  外伤  其它饮食:  普食  半流质  流质  禁食  鼻饲  治疗饮食 { \_\_\_\_\_ }排便:  正常  便秘 (1次/{ \_\_\_\_\_ }日); 辅助排便:  无  有 腹泻(次/日)  失禁  造瘘(能否自理: {能})  其它排尿:  正常  尿失禁  尿潴留  排尿困难  留置尿管  其它过敏史: 药物:  无  不详  有食物:  无  不详  有  其他吸烟:  无  有饮酒:  无  偶尔  经常  每天

生活自理能力: 完全自理 部分自理 完全不能自理

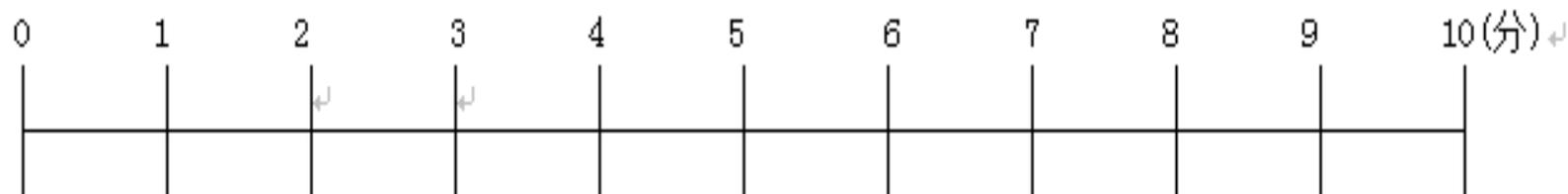
跌倒风险评估: 跌倒史 活动异常 辅助用具 睡眠异常 视力异常

慢性病: 无 心脏病 高血压 糖尿病 脑卒中

其他

疼痛评估: 无 有 (部位:)

疼痛程度: 0分 无痛; 1-3分 轻微痛; 4-6分 比较痛; 7-9分 非常痛; 10分 剧痛



入院介绍: 住院须知 环境设施 经管医护人员 饮食 安全管理制度

告知疾病相关知识

其它:

其它: 跌倒/坠床危险因素评分为 分; 压疮危险因素评分为 分

护士签名:

{2018年11月27日}





- ❧ 写你所看到的；
- ❧ 写你所听到的；
- ❧ 写你所做的；
- ❧ 不写推测的。



荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

希望你们明天像这向日葵一样绚烂夺目！用心生活、用心工作！



卓越



荆门市第二人民医院  
荆楚理工学院附属中心医院

# 感谢聆听!



仁爱 和谐 严谨

