

# DB33

浙 江 省 地 方 标 准

DB33/T 2195—2019

---

## 家庭医生签约服务居家护理工作规范

Specification for family doctor contract service home care work

2019 - 03 - 04 发布

2019 - 04 - 04 实施

---

浙江省市场监督管理局

发布

## 目 次

前 言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 基本要求 .....	1
5 组织架构 .....	2
6 服务项目 .....	2
7 服务流程 .....	2
8 服务内容和方法 .....	2
9 服务质量评价 .....	3
附录 A (资料性附录) 居家护理服务申请相关表单 .....	4
附录 B (资料性附录) 居民评估量表 .....	6
附录 C (资料性附录) 服务派遣/回复单 .....	20
附录 D (资料性附录) 服务转接单 .....	21
附录 E (资料性附录) 居家护理实施表单 .....	22
附录 F (资料性附录) 居家护理访视包 .....	46
附录 G (资料性附录) 居家护理上门评估 .....	48
附录 H (规范性附录) 外科伤口换药护理操作 .....	50
附录 I (规范性附录) PICC 维护 .....	52
附录 J (规范性附录) 鼻饲操作 .....	54
附录 K (规范性附录) 导尿技术操作 .....	57
附录 L (规范性附录) 居家肌肉注射操作 .....	60

## 前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由浙江省卫生健康委员会提出并归口。

本标准起草单位：杭州市江干区卫生和计划生育局、杭州市江干区医养护一体化服务管理中心、浙江医院、杭州师范大学。

本标准主要起草人：李红、扈峻峰、章炜颖、袁亚琴、孟萌、郑霞静、朱秀萍、章琴莺、汪泉、钱芳、范敏华、周其刚、章康伟、钟银燕、丁亮。

# 家庭医生签约服务居家护理工作规范

## 1 范围

本标准规定了家庭医生签约居家护理工作的组织架构、服务项目、服务流程、服务内容和方法、服务质量评价等方面的基本要求。

本标准适用于家庭医生签约服务居家护理工作。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15624 服务标准化工作指南

GB/T 20647.8 社区服务指南 第8部分：家政服务

GB/T 28001 职业健康安全管理体系 要求

## 3 术语和定义

下列术语与定义适用于本文件。

### 3.1

**家庭医生签约服务** contract service

以社区卫生服务机构为平台，委托具备临床诊疗和开展公共卫生服务工作经历的全科医生为主体，以家庭医生签约服务团队的形式，因地制宜地为居民提供连续、综合、有效和个性化的健康服务。

### 3.2

**居家护理** home care

对需要照顾的失能、半失能老年人和需居家护理的其他人群，在其居家环境中，获得定期的专业健康照顾和护理服务，达到促进健康、维护健康及预防疾病的目的。

## 4 基本要求

4.1 应为群众提供连续协调、方便有效的居家护理服务，满足辖区居民的医疗需求，且应符合 GB/T 15624 和 GB/T 20647.8 的要求。

4.2 家庭医生签约服务居家护理项目及内容应符合执业医师和执业护士等的相关规定和《浙江省基本公共卫生服务规范(第四版)》等法律、法规。

4.3 家庭医生签约服务居家护理的职业健康安全应符合 GB/T 28001 的要求。

## 5 组织架构

5.1 应由县级卫生行政主管部门牵头，成立区域家庭医生签约服务管理中心，统筹、协调、指导及考核辖区内的居家护理工作。

5.2 应由各社区卫生服务中心（卫生院）成立居家护理服务小组，且应符合下列规定：

- a) 应有相对固定的居家护理服务人员；
- b) 应有规范的操作标准和专业的护理队伍，并形成稳定的服务模式。

## 6 服务项目

6.1 提供健康体检、健康评估和护理服务。

6.2 护理服务项目主要包括：

- a) 外科伤口换药护理操作；
- b) 经外周静脉穿刺置入中心静脉导管 PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) 维护；
- c) 鼻饲操作；
- d) 导尿技术操作；
- e) 居家肌肉注射操作。

## 7 服务流程

服务流程应符合图1的规定，且服务期间管理中心应持续监控服务质量。

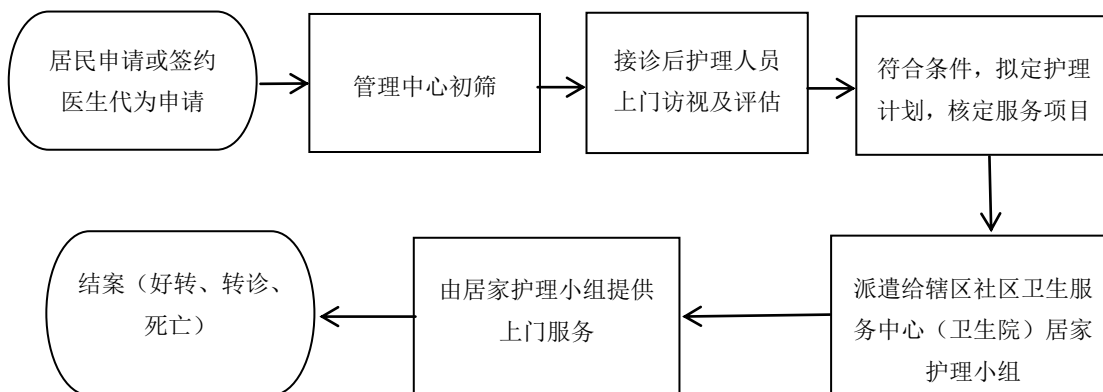


图1 服务流程图

## 8 服务内容和方法

8.1 申请居家护理服务应填写居家护理服务申请相关表单，表单应按附录 A 填写。

8.2 管理中心接到申请并初筛后，符合条件的应派护理人员上门评估及填写居民评估量表，表可参考附录 B 填写。

- 8.3 应将符合条件的需照顾人员派遣给辖区社区卫生服务中心（卫生院）居家护理小组，并填写服务派遣/回复单，表单可参考附录 C 填写。
- 8.4 需转接的人员应填写服务转接单，表单可参考附录 D 填写。
- 8.5 居家护理小组应填写居家护理实施表单，表单应按附录 E 填写，且应包括下列内容：
- 居家护理医嘱单；
  - 居家护理服务知情同意书；
  - 居家护理评估单；
  - 居民用药记录表；
  - 居家生活环境评估表；
  - 居家护理定期访视评估单；
  - 居家医疗服务变更回复表；
  - 居家护理结案病历摘要；
  - 居家护理服务记录表；
  - 居家护理紧急事件作业流程。
- 8.6 居家护理人员处理紧急事件时，送医过程中应冷静镇定，给予居民及家属心理上支持及安抚。
- 8.7 居家护理访视时应按规定配置居家护理访视包，且应按规定清洁保养，可参考附录 F 的规定。
- 8.8 居家护理上门评估过程主要应包括访视前，家庭访视及访视后三期，作业流程和要求可参考附录 G 的规定。
- 8.9 上门护理服务的操作细则和操作评价应符合下列规定：
- 外科伤口换药护理操作可参考附录 H；
  - PICC 维护可参考附录 I；
  - 鼻饲操作可参考附录 J；
  - 导尿技术操作可参考附录 K；
  - 居家肌肉注射操作可参考附录 L。
- 8.10 服务指南应包括下列内容：
- 居家护理常规项目的服务标准；
  - 项目涉及居家护理访视包的管理、肌注、换药、留置尿管、留置鼻胃管等；
  - 内容包含服务前准备、服务过程及注意事项、服务后健康教育等。
- 8.11 居家护理人员上门服务时着装应洁净、协调，态度热情、耐心，举止文明，礼仪得体。

## 9 服务质量评价

- 9.1 家庭医生签约管理中心照顾专员的整体服务评估应包括居民评估及时性、居家医疗计划的合理性、服务评估的量能等内容。
- 9.2 社区卫生服务中心的考核应包括随机检查、居家护理现场考核、年底质控考核等内容。
- 9.3 满意度调查应包括居民服务中、服务后满意度调查，提升服务意识等内容。

附 录 A  
(资料性附录)  
居家护理服务申请相关表单

A.1 服务对象基本资料

申请日期：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

- 1 姓名：\_\_\_\_\_ 2 年龄：\_\_\_\_岁
- 3 身份证号码：\_\_\_\_\_ 4 电话：\_\_\_\_\_ 5 性别：男 女
- 6 家庭签约医生：\_\_\_\_\_ 7 建立家庭病床：是 否
- 8 目前的居住情况：独居 固定与他人同住 轮流与他人同住 其他  
\_\_\_\_\_
- 9 现住址：\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/镇\_\_\_\_\_
- 10 户籍地址：同上  
\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/镇\_\_\_\_\_
- 11 目前是否领有残疾人证：否 是，类别：\_\_\_\_\_等级\_\_\_\_\_
- 12 社会福利身份类别：低保 残疾 高龄 \_\_\_\_\_
- 13 目前是否领有政府提供的其他照顾补助费用：否 是\_\_\_\_\_
- 14 目前是否就业中：是 否
- 15 目前是否住在机构：否 是\_\_\_\_\_
- 16 目前是否在最近三个月内有住院(含急诊经验)：  
否 是，住院原因\_\_\_\_\_
- 17 是否罹患疾病：否 是，疾病名称\_\_\_\_\_
- 18 日常功能状况

表A.1 日常功能状况表

独自做此活动有无困难? 0 没有困难 1 需辅具协助 2 需人帮忙 3 完全不能做			
项目	请填号码, 特殊情形请说明	项目	请填号码, 特殊情形请说明
1 吃饭		4 穿衣服	
2 上下床		5 上厕所	
3 室内走动		6 洗澡	
补充说明	压疮: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 部位: _____ 大小: _____ 程度: ____ 带管情况: <input type="checkbox"/> 导尿管 更换时间: _____ <input type="checkbox"/> 鼻胃管 更换时间: _____ <input type="checkbox"/> 气管切开 造瘘部位: _____ 其他: _____		

19 欲申请服务种类:

居家护理 居家康复 居家药事 居家营养 其他

二、填表人基本资料 ( 同申请人 )

1 姓名: \_\_\_\_\_ 2 联系电话: \_\_\_\_\_

3 与需要服务者的关系或身份: \_\_\_\_\_

4 现地址: \_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/乡镇\_\_\_\_\_

三、主要联系人资料 ( 同填表人 )

1 姓名: \_\_\_\_\_ 2 联系电话: \_\_\_\_\_

3 与需要服务者的关系或身份: \_\_\_\_\_

4 现地址: \_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/乡镇\_\_\_\_\_

最后烦请您再详细检查上述所填的资料是否完全属实 是 否

申请人(或填表人)签名: \_\_\_\_\_

## A.2 居家护理初筛结果单

表A.2给出了居家护理初筛结果单。

表A.2 居家护理初筛结果单

是否符合收案条件: <input type="checkbox"/> 1 符合, 将进行上门评估 <input type="checkbox"/> 2 不符合, 原因: _____ <input type="checkbox"/> 3 其他 _____	
家庭医生签约管理中心评估员: _____ 日期: _____	
申请书编号	



附 录 B  
(资料性附录)  
居民评估量表

### B.1 居民评估量表

居民评估量表应评估居民现状，对涉及到医疗相关服务的，应经全科医生对该项服务深入评估，并制定实施措施。

表B.1给出了个案基本资料表的格式。

表B.1 个案基本资料表

□ 1 初评—评估日期：_____年__月__日 时间：__: __至__: __		编号	
□ 2 复评—评估日期：_____年__月__日 时间：__: __至__: __			
姓名		出生年月日	_____年_____月_____日_____岁
身份证号码		民族	
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	籍贯	
现居住址	邮编_____ 市_____区_____街道/镇_____		
户籍住址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/>		
联系电话	(固定电话) _____ (手机) _____		
教育程度	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 略识字 <input type="checkbox"/> 能识字, 最高学历_____		
常用语言	<input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其他_____		
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 伊斯兰教 <input type="checkbox"/> 其他_____		
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 其他_____		
职业	<input type="checkbox"/> 在职中_____ <input type="checkbox"/> 已退休_____ <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他_____		
主要联系人	姓名_____与个案关系: _____联系电话: _____(手机) _____		
主要照顾者	姓名_____与个案关系: _____连系电话: _____性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄: _____岁		
居住状况	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶同住 <input type="checkbox"/> 子女同住 <input type="checkbox"/> 子女家轮流住 <input type="checkbox"/> 亲戚或孙代子女同住_____ <input type="checkbox"/> 其他_____		
残疾人证	是否有残疾人证? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 障碍类别_____ <input type="checkbox"/> 障碍等级_____		
经济来源	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 无社保(非低保、低收入) <input type="checkbox"/> 退休工资_____元 <input type="checkbox"/> 子女供应_____元/月 <input type="checkbox"/> 父母供应_____元/月 <input type="checkbox"/> 保险金_____元/月 <input type="checkbox"/> 自己或配偶收入_____元/月 <input type="checkbox"/> 其他_____元/月		

表B.2给出了健康状况评估表的格式。

表B.2 健康状况评估表

意识状态	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 混乱 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他				
呼吸状况	<input type="checkbox"/> 平稳 <input type="checkbox"/> 呼吸略快 <input type="checkbox"/> 呼吸快, 用到辅助机 <input type="checkbox"/> 其他				
心跳状况	<input type="checkbox"/> 平稳 <input type="checkbox"/> 心跳过快 <input type="checkbox"/> 心跳过慢 <input type="checkbox"/> 心跳不整 <input type="checkbox"/> 其他				
皮肤状况	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 干燥有皮屑 <input type="checkbox"/> 瘀青 <input type="checkbox"/> 疹子 <input type="checkbox"/> 水肿 <input type="checkbox"/> 伤口 部位_____大小_____等级_____ 类别 <input type="checkbox"/> 擦伤 <input type="checkbox"/> 术后伤口 <input type="checkbox"/> 烧烫伤 <input type="checkbox"/> 压疮 <input type="checkbox"/> 其他				
目前是否接受其他特殊照护	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 导尿管 <input type="checkbox"/> 气切管 <input type="checkbox"/> 伤口引流管 <input type="checkbox"/> 造瘘部位 <input type="checkbox"/> 氧气治疗 <input type="checkbox"/> 其他_____				
饮食型态	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 软质 <input type="checkbox"/> 流质 <input type="checkbox"/> 其他_____				
进食方式	<input type="checkbox"/> 由口进食 <input type="checkbox"/> 管灌 <input type="checkbox"/> 其他 饮酒: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____ 吸烟: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____				
身高: _____cm 体重: _____kg BMI: _____ 过敏史: _____					
营养状况评估 (依居民情形逐一圈选右列六题项之得分, 并在最后计算总分)	1 最近三个月是否因食欲不佳、消化问题、咀嚼或吞咽困难置进食量越来越少?	0分 严重食欲不佳	1分 中度食欲不佳	2分 食欲无变化	
	2 近三个月体重变化? (减__kg)	0分 体重减轻 > 3kg	1分 不知道	2分 体重减轻 1kg~3kg	3分 体重无变化
	3 行动力?	0分 卧床或轮椅	1分 可下床活动或离开轮椅, 但无法自由走动	2分 可自由走动	
	4 过去三个月内曾有精神性压力或急性疾病发作?	0分 是	2分 否		
	5 神经精神问题?	0分 严重失智或抑郁	1分 轻度失智	2分 无精神问题	
	6 身体质量指数(BMI)?	0分 ≤18.5	1分 18.5 < BMI ≤ 24	2分 24 < BMI ≤ 27	3分 BMI > 27
	营养状况评估	总分: _____分 (总分 ≤ 11分, 可能营养不良, 建议转接营养师介入评估指导。)			

表 B.2 (续)

疾病史 (疾病谱 16 种)					
疾病名称	发病时间	目前是否接受治疗/就医医院	疾病名称	发病时间	目前是否接受治疗/就医医院
<input type="checkbox"/> 高血压	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 糖尿病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 冠状动脉粥样硬化性心脏病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 慢性肾脏病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 帕金森病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 支气管哮喘	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 肺结核	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 腹透	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 精神分裂症	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 情感性精神病	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 慢性前列腺增生	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 高脂血症	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
<input type="checkbox"/> 骨质疏松症	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎	____年____月	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:
用药					
药名		用药说明		药名	
沟通					
视力	<input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 模糊: 左/右 <input type="checkbox"/> 失明: 左/右 <input type="checkbox"/> 其他				
听力	<input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 重听: 左/右 <input type="checkbox"/> 失聪: 左/右 <input type="checkbox"/> 其他				
说话	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 仅可表达简单的句子 <input type="checkbox"/> 仅可表达零碎的词 <input type="checkbox"/> 仅可表达零碎的字 <input type="checkbox"/> 无法言语或语言无法令人理解或语言不具意义				
理解能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 仅可理解简单的句子 <input type="checkbox"/> 仅可理解关键词 <input type="checkbox"/> 仅可理解关键字 <input type="checkbox"/> 无法理解 <input type="checkbox"/> 无法判断理解能力				
是否使用辅具	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 单手拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 腋下拐杖 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 气垫床 <input type="checkbox"/> 吸痰机				
肌肉关节活动					
左上肢	肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差			
	关节活动度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差			

表 B.2 (续)

右上肢	肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
	关节活动度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
左下肢	肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
	关节活动度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
右下肢	肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
	关节活动度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
左手握力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差
右手握力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 极差

表B. 3给出了基本日常生活活动能力 (ADL) 评估表的格式。

表B. 3 基本日常生活活动能力 (ADL) 评估表

项目	不需协助	需协助
进食	<input type="checkbox"/> 10分 —自行在合理的时间内用餐具取食端到面前的食物。 —若需使用进时辅具时, 必须会自己穿脱。 —要能自己夹菜、切割食物、加调味料等。	<input type="checkbox"/> 5分 —需要协助做以上所提到的项目。 <input type="checkbox"/> 0分 —需人喂食 —灌食
移位	<input type="checkbox"/> 15分 —整个过程独立完成。包括安全的靠近轮椅、板起煞车、移动脚踏板、到床上、躺下、从床上坐起于床边、改变轮椅位置、安全地从床上回到轮椅。	<input type="checkbox"/> 10分 —需要协助, 从给予提醒、安全监督、到转位过程中兼给予稍微的协助。 <input type="checkbox"/> 5分 —可以自行坐起, 但从床上起来时或移转身体时需要协助。 <input type="checkbox"/> 0分 —不会自己转位, 需人扶起才能坐起或需2人扶持才能移位。
如厕	<input type="checkbox"/> 10分 —可自行上下马桶、穿脱衣服、不弄脏衣服、自行用卫生纸拭净。 —需要时可以用扶手或其他支持物。 —若要用便器则必须会自行使用、倾倒和清理。	<input type="checkbox"/> 5分 —需要协助保持姿势平衡、整理衣物或用卫生纸。(会自己用便盆, 但需别人协助倾倒和清理)。 <input type="checkbox"/> 0分 —不会自己做, 需人协助。
洗澡	<input type="checkbox"/> 5分 —能独立完成 (可以是盆浴、淋浴或擦澡), 不需要别人在旁。	<input type="checkbox"/> 0分 —需别人协助。
平地走动	<input type="checkbox"/> 15分 —使用或不使用辅具 (可以穿支架、义肢或没有轮子的步行器) 可以行走 50m。(若穿支架算在穿脱衣服) —并可起立/坐下	<input type="checkbox"/> 10分 —予稍微协助, 可以走 50m 或做任何上述事情需要监督。 以轮椅操作者: <input type="checkbox"/> 5分—可以操作轮椅 <input type="checkbox"/> 0分—操作轮椅需要协助, 或行走时需要大量扶持或无法行走。

表 B.3 (续)

穿脱衣裤鞋袜	<input type="checkbox"/> 10分 —能自行穿脱衣服、自己扣扣子、拉拉链、绑鞋带，包括穿脱辅具或特殊的衣着。	<input type="checkbox"/> 5分 —在别人协助下，自己至少能做一半以上动作。 <input type="checkbox"/> 0分—需别人完全帮忙
个人卫生 / 修饰	<input type="checkbox"/> 5分 —可以自行洗手、洗脸、梳头、刷牙、刮胡子（可以用任何刮胡刀，但要会自己拿，自己操作）。习惯于化妆的女性要会自己化妆，但不需要会编辫子或做头发。	<input type="checkbox"/> 0分 —需要别人部分或完全协助。
上下楼梯	<input type="checkbox"/> 10分 —不需协助或监督，可以自行上下楼梯。 —可以使用扶手、拐杖。 —上下楼梯时，必须要自己拿拐杖。	<input type="checkbox"/> 5分 —须稍扶持或口头指导或监督 <input type="checkbox"/> 0分 —无法或需大量协助
大便控制	<input type="checkbox"/> 10分 —能排便，不会失禁。需要时，能自塞坐剂或灌肠。	<input type="checkbox"/> 5分 —偶尔会失禁（每周不超过一次） —使用塞剂时需人帮忙 <input type="checkbox"/> 0分 —需人协助处理
小便控制	<input type="checkbox"/> 10分 —日夜均能控制，若使用尿袋、尿套可以自己戴上、倾倒和清洁，均保持干燥。	<input type="checkbox"/> 5分 —偶会失禁、尿急或需别人帮忙处理尿套。 <input type="checkbox"/> 0分 —需人协助处理
失能项目____项 总计：____分 <input type="checkbox"/> 0分至20分为完全依赖 <input type="checkbox"/> 21分至59分为严重依赖 <input type="checkbox"/> 60分至89分为中度依赖 <input type="checkbox"/> 90分至99分为轻度依赖 <input type="checkbox"/> 100分为完成独立		

注：以最近一个月的表现为准，居民若有使用辅具，以使用辅具之下的情形评估。

表B.4给出了工具性日常生活活动能力（IADL）评估表的格式。

表B.4 工具性日常生活活动能力（IADL）评估表

<input type="checkbox"/>	使用电话的能力 <input type="checkbox"/> 3 自动自发使用电话—查电话号码，拨号等。 <input type="checkbox"/> 2 只会拨几个熟知的电话。 <input type="checkbox"/> 1 仅会接电话，但不会拨号。 <input type="checkbox"/> 0 完全不会使用电话。	勾1或0者列为失能项目。
<input type="checkbox"/>	上街购物 <input type="checkbox"/> 3 独立处理所有的购物需求。 <input type="checkbox"/> 2 可以独立执行小额购买。 <input type="checkbox"/> 1 每一次上街购物都需有人陪伴。 <input type="checkbox"/> 0 完全不会上街购物。	勾1或0者列为失能项目。

表 B.4 (续)

□	<p>做饭</p> <p>□3 独立计划、烹煮和摆设，一顿适当的饭菜。</p> <p>□2 如果备好一切作料，会做一顿适当的饭菜。</p> <p>□1 会将已做好的饭菜加热。</p> <p>□0 需要别人把饭菜做好、摆好。</p>	勾 0 者列为失能项目。
□	<p>做家事</p> <p>□4 能独立完成所有家事或偶尔需要协助(如洗窗户)。</p> <p>□3 能做较轻的家事：洗碗、铺床叠被。</p> <p>□2 能做较轻的家事，但不能达到可被接受的清洁程度。</p> <p>□1 所有的家事都需要别人协助。</p> <p>□0 完全不会做家事。</p>	勾 1 或 0 者列为失能项目。
□	<p>洗衣</p> <p>□2 会洗所有的衣物。</p> <p>□1 会洗小件衣物，清洗袜子，裤袜等。</p> <p>□0 所有的衣物都需要别人代洗。</p>	勾 0 者列为失能项目。
□	<p>交通方式</p> <p>□4 能自己开车、骑车。</p> <p>□3 能够自己搭乘大众运输工具。</p> <p>□2 能够自己搭乘出租车，但不会搭乘大众运输工具。</p> <p>□1 在别人协助下搭出租车或大众运输工具。</p> <p>□0 完全不出门。</p>	勾 1 或 0 者列为失能项目。
	<p>服用药物</p> <p>□3 能自己负责在正确的时间服用正确的药物。</p> <p>□2 需要提醒或少许协助。</p> <p>□1 如果能事先将药物的份量备妥，可以自行服用。</p> <p>□0 不能自己服用药物。</p>	勾 1 或 0 者列为失能项目。
	<p>处理财务的能力</p> <p>□2 独立处理财务。</p> <p>□1 可以处理日常的购买，但需要别人协助与银行的往来或大宗购买。</p> <p>□0 不能处理钱财。</p>	勾 0 者列为失能项目。
<p>得分：_____分，失能项目_____项（注：上街购物、交通方式、做饭、做家事、洗衣等五项中有三项以上需要协助者即为轻度失能）</p>		

注：以最近一个月的表现为准。

表B.5给出了认知功能评估的格式。

表B.5 认知功能评估表

进行方式			<input type="checkbox"/> 无法评估	
对	错	问题	注 意 事 项	
		1 今天是几年几月几日?	年、月、日都对才算正确。	
		2 今天是星期几?	星期对才算正确。	
		3 这是什么地方?	对所在地有任何的描述都算正确；说“我的家”或正确说出城镇、街道名称都可接受。	
		4-1 您的电话号码是多少?	经确认号码后证实无误即算正确；或在交谈时，能在二次间隔较长时间内重复相同的号码即算正确。	
		4-2 您住在什么地方?	如长辈没有电话才问此问题。	
		5 您几岁了?	年龄与出生年月日符合才算正确。	
		6 您的出生年月日?	年、月、日都对才算正确。	
		7 您以前做什么工作的?	经确认后证实无误即算正确。	
		8 现在您跟谁住在一起?	经确认后才算正确。	
		9 您妈妈叫什么名字?	不需要特别证实，只需居民说出一个与他不同的女性姓名即可。	
		10 从20减3开始算，一直减3减下去。	期间如有出现任何错误或无法继续进行即算错误。	
错误题数：            题(依错误题数及个案教育程度，于下表勾选居民功能程度。)				
	<input type="checkbox"/> 心智功能完好	<input type="checkbox"/> 轻度认知缺损	<input type="checkbox"/> 中度认知缺损	<input type="checkbox"/> 重度认知缺损
小学	0-3 题错误	4-5 题错误	6-8 题错误	9-10 题错误
初中	0-2 题错误	3-4 题错误	5-7 题错误	8-10 题错误
高中	0-1 题错误	2-3 题错误	4-6 题错误	7-10 题错误

注1：认知功能评估需居民自答不可代答。

注2：认知功能评估中，居民若家中没有电话，将4-1题改为4-2题。

注3：居民若无法回答认知功能评估量表，应主要观察居民实际执行日常事务、行为、情绪和抑郁评估，填写日常

事务认知功能状态评估、行为认知功能状态评估、情绪认知功能状态评估、抑郁认知功能状态评估，评估其认知功能状态。

表B. 6给出了日常事务认知功能状态评估表的格式。

表B. 6 日常事务认知功能状态评估表

分数	须协助程度	描述	备注
□0分	完全协助	需外界刺激才有反应	如吞咽、疼痛反应
□1分	大量协助	需示范及肢体感觉刺激，才完成大动作活动	如摸头、抬腿
□2分	中等协助	须持续示范及提醒，才完成简单、重要活动	如吃饭、刷牙
□3分	小量协助	需重复提醒错误，确保安全，无法解决突发困难	如依天气选择衣物
□4分	需监督	做新事务须监督，无法注意安全或出现错误	如用药、开关电气
□5分	独立	不需协助	

表B. 7给出了行为认知功能状态评估表的格式。

表B. 7 行为认知功能状态评估表

<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 独自离家未回 <input type="checkbox"/> 游走 <input type="checkbox"/> 畏缩 <input type="checkbox"/> 有危险用火记录或倾向 <input type="checkbox"/> 日落综合征群 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 重复行为或语言 <input type="checkbox"/> 不正常性行为 <input type="checkbox"/> 语言或行为暴力 <input type="checkbox"/> 躁动不安 <input type="checkbox"/> 自言自语 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 无法评估
--

表B. 8给出了情绪认知功能状态评估表的格式。

表B. 8 情绪认知功能状态评估表

<input type="checkbox"/> 适当的 <input type="checkbox"/> 焦虑的 <input type="checkbox"/> 异常欣快 <input type="checkbox"/> 起伏易变 <input type="checkbox"/> 迟滞的 <input type="checkbox"/> 情绪低落 <input type="checkbox"/> 易怒的 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 无法评估
---



表B.9给出了抑郁认知功能状态评估表的格式。

表B.9 抑郁认知功能状态评估表

上一个礼拜中，您是否有下面的情形和感觉？是从从来没有、很少、有时候，还是常常？	从未 (<1天)	有时 (1天~2天)	常常 (3天~7天)
1 不想吃东西，胃口不好			
2 觉得心情很不好			
3 觉得做事很不顺利			
4 睡不安稳			
5 觉得很快乐			
6 觉得很孤单、寂寞			
7 觉得人人都不友善			
8 觉得日子过得很好，很享受人生			
9 觉得很悲哀			
10 觉得别人不喜欢您			
11 提不起劲做任何事			
总分：_____分 资料来源： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他_____			
抑郁判断分数如下：男性总分 12 分以上，女性总分 10 分以上有抑郁倾向			

表B.10给出了居民居家环境状况表的格式。

表B.10 居民居家环境状况表

项	评估项目	评估内容
1	住宅种类	1 平房    2 公寓第__层    3 大厦第__层 4 其他: _____
2	居住环境安全	1 上一年内居民跌倒记录 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (请续答第2题)
		2 上一年内居民跌倒次数: _____次
		3 跌倒主要发生地点 <input type="checkbox"/> 卧室 <input type="checkbox"/> 客厅 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 楼梯 <input type="checkbox"/> 阳台 <input type="checkbox"/> 走道 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 其他_____
3	居住环境卫生	<input type="checkbox"/> 无异常状况 <input type="checkbox"/> 有异味 <input type="checkbox"/> 杂物堆放, 久积灰尘 <input type="checkbox"/> 通风不良 <input type="checkbox"/> 蚊虫孳生 <input type="checkbox"/> 缺水 <input type="checkbox"/> 无纱门纱窗 <input type="checkbox"/> 其他_____
4	房子所有权	<input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 其他_____
5	环境总评	<input type="checkbox"/> 住宅环境良好 <input type="checkbox"/> 住宅环境卫生不良 <input type="checkbox"/> 住宅无障碍空间不足, 说明: _____ <input type="checkbox"/> 出入口 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 卧室 <input type="checkbox"/> 其他_____
6	家系图	请绘出居民的家系图 (需画出三代、同住者), 并注明居民与每位成员的互动关系。

注1: 家系图中成员均应标注性别, “M”代表男性, “W”代表女性。

注2: 家系图中已故成员应标明“已故”。

表B. 11给出了主要照顾者评估表的格式。

表B. 11 主要照顾者评估表

<input type="checkbox"/> 无主要照顾者		<input type="checkbox"/> 有同住照顾者____人		<input type="checkbox"/> 有照顾者，但不与居民同住	
主要照顾者姓名：			年龄：		关系：
次要照顾者姓名：			年龄：		关系：
主要照顾者特殊状况： <input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 持有残疾证 <input type="checkbox"/> 重大疾病_____					
<input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆无					
目前就业状况： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职（部分时间工作）					
每天照顾时间： <input type="checkbox"/> 全天 <input type="checkbox"/> 部分时间，每日平均_____小时					
照顾居民年月数：_____年_____月					
自认为在照顾居民上最需要协助的地方					

注：主要照顾者（平时给予居民基本日常生活活动(ADL)或工具性日常生活活动(IADL)协助最多的人）。

表B. 12给出了主要照顾者照顾负荷评估表的格式。

表B. 12 主要照顾者照顾负荷评估表

项目	分数	内容
主要照顾者 身体健康的变化	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 身体状况与过去差不多，没什么变化。 <input type="checkbox"/> 因照顾居民而感到疲累、身体不适，但不需要看医师。 <input type="checkbox"/> 因照顾居民感到疲累身体不适、需要看医师，但仍可继续照顾。 <input type="checkbox"/> 照顾居民太过劳累而需住院或无法继续照顾，必须换人。
主要照顾者 心理状况的变化	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 心理状况与过去一样没什么变化。 <input type="checkbox"/> 情绪偶会焦虑、担心忧虑，但尚不至影响身生活作息。 <input type="checkbox"/> 会因居民影响而情绪欠佳，至需借助镇静剂、安眠药或喝酒增加。 <input type="checkbox"/> 会因居民心理状况受严重影响，产生精神症状需常看医师或住院。
主要照顾者 社交活动的变化	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 依托拜访、电话、嗜好和兴趣等活动，和居民仍能与亲友和社会维持适量的接触，不受限制。 <input type="checkbox"/> 依托拜访、电话、嗜好、兴趣等活动，仍能维持适量的社交活动，但居民没有或几乎没有参与社交活动。 <input type="checkbox"/> 和居民的社交活动均受限制，但比较重要的活动仍能参与。 <input type="checkbox"/> 和居民的社交活动均受严重限制，几乎所有活动均停止。
家庭的互动关系	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 家人的互助关系因居民失能，而更能互相关心或没什么改变。 <input type="checkbox"/> 家人之间会因居民失能所引发的一些事，偶有小冲突，但尚能解决问题，维持和谐关系。 <input type="checkbox"/> 家人之间会因居民失能所引发的一些事，而起冲突，有些冲突不易解决但尚不致严重破坏家庭的和谐。 <input type="checkbox"/> 家人会因居民中风所引发的一些事，常发生严重冲突，无法解决而严重破坏关系，或常处紧张状态。
主要照顾者照顾负荷总分：_____分		
总评	<input type="checkbox"/> 照顾质量好 <input type="checkbox"/> 照顾质量不佳 <input type="checkbox"/> 照顾负荷过重 <input type="checkbox"/> 家属无照顾意愿 <input type="checkbox"/> 其他	
居民有无被疏忽与受虐的状况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，说明_____	
同户中另有管理中心的服务对象	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，姓名_____	
同户中另有管理中心的潜在服务对象	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，姓名_____	
总评	<input type="checkbox"/> 技术性照护需求高 <input type="checkbox"/> 密集性日常生活照顾需求高 <input type="checkbox"/> 个案有问题行为 <input type="checkbox"/> 遭疏忽或虐待 <input type="checkbox"/> 缺乏照顾人力 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 其他_____	

表B. 13给出了社会资源使用评估表的格式。

表B. 13 社会资源使用评估表

居民是否使用社会资源： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若填否，以下免填）
<p>（一）医疗资源：</p> <p>1 <input type="checkbox"/>居家护理（提供单位：_____）</p> <p>2 <input type="checkbox"/>_____（提供单位：_____）</p> <p>3 <input type="checkbox"/>_____（提供单位：_____）</p> <p>（二）民政资源/志愿服务资源：</p> <p>1 <input type="checkbox"/>居家服务（提供单位/内容：_____）</p> <p>2 <input type="checkbox"/>_____（提供单位/内容：_____）</p> <p>3 <input type="checkbox"/>_____（提供单位/内容：_____）</p>

表B. 14给出了护理计划表的格式。

表B. 14 护理计划表

基本信息	姓名		年龄		性别	
	身份证号				联系人	
	住址				联系方式	
状况摘要						
问题分析						
申请人期望						
照顾计划	居家护理					
核定项目及频率	核定项目及频率	费用说明		居民及家属使用意愿	核定结果	
	<input type="checkbox"/> 1 居家护理 _____次/月	应当告知本人或家属收费标准,按当地物价标准收取		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
	<input type="checkbox"/> 2 居家康复 _____次/月			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
	<input type="checkbox"/> 3 居家药事 _____次/月			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
	<input type="checkbox"/> 4 居家营养 _____次/月			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
	<input type="checkbox"/> 5 喘息服务 _____次/月			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
	<input type="checkbox"/> 6 _____次/月			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
评估人员				督导审核 (盖章)		
日期			日期			

附 录 C  
(资料性附录)  
服务派遣/回复单

表C.1给出了服务派遣/回复单表的格式。

表C.1 服务派遣/回复单

编号		派遣日期	年__月__日			
管理中心评估人员: _____ 电话: _____ 传真: _____						
居民 基本 数据	居民姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生时间	__年__月__日 __岁	
		联系电话			身份证号	
	居住地址	__市__区__街道/镇				
	联系人	与个案关系		联系人电话	(H)	(O)
	经济状况	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> __		残疾人证	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____	
	特殊身份	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高龄 <input type="checkbox"/>		签约证号		
	管路	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 气切 <input type="checkbox"/> 导尿管 <input type="checkbox"/> 造瘘 <input type="checkbox"/> 其它			ADL	__分, __项失能
	压疮	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(部位: _____, 等级: _____, 大小: _____ cm <sup>2</sup> )			IADL	__分, __项失能
主要诊断						
居民 状况 需求 简述						
服务 项目	<input type="checkbox"/> 核定文件编号: ____ (检附评估表、核定函) <input type="checkbox"/> 核定项目 <input type="checkbox"/> 居家护理_____ <input type="checkbox"/> 居家康复_____ <input type="checkbox"/> 居家药事_____ <input type="checkbox"/> 居家营养_____ <input type="checkbox"/> 喘息服务_____ <input type="checkbox"/> _____					
服务 单位 回复	服务单位: _____ 回复管理中心日期: ____年__月__日 <input type="checkbox"/> 能够提供服务, 预定上门专业评估日期_____/主责人员: _____ <input type="checkbox"/> 无法提供服务, 原因_____ <input type="checkbox"/> 其它: _____ 承办人签名: _____ 单位主管签名: _____ 联系电话: _____					

附 录 D  
(资料性附录)  
服务转接单

表D.1给出了服务转接单的格式。

表D.1 服务转接单

服务单位护理人员：_____ 电话：_____ 传真：_____						
居民基本数据	居民姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	____年____月____日____岁
			联系电话		身份证号	
	居住地址	____市____区____街道/镇				
	联系人		与居民关系		联系人电话	(H) (O)
	经济状况	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> _____			残疾人证	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____
	特殊身份	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高龄 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
	ADL	____分，____项失能			IADL	____分，____项失能
主要诊断						
居民状况需求简述						
服务需求转诊	医疗需求： <input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 居家康复 <input type="checkbox"/> 居家营养 <input type="checkbox"/> 居家药事 <input type="checkbox"/> 其它需求：请说明_____					
管理中心回复	转接单位：_____ 回复转接单位日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 单位受案，主责人员：_____ <input type="checkbox"/> 无法受案，原因_____ <input type="checkbox"/> 其它：_____ 承办人签名：_____ 单位主管签名：_____ 联系电话：_____					



附 录 E  
(资料性附录)  
居家护理实施表单

### E.1 居家护理医嘱单

居家护理医嘱单可按下列格式填写。

病历号：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

姓名：\_\_\_\_\_ 性别：男 女 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身份证号：\_\_\_\_\_ 直接联系人：\_\_\_\_\_ 与病人关系：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 电话（座机）：\_\_\_\_\_

医嘱日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 既往史：\_\_\_\_\_ 过敏史：\_\_\_\_\_

现病史（主诉）：\_\_\_\_\_

疾病诊断（ICD-10-CM，病名）：\_\_\_\_\_

（住院居民填写）

住院日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 出院日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

转诊医院：\_\_\_\_\_ 接诊医生：\_\_\_\_\_

（非住院居民填写）

收案访视日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 收案访视医师姓名：\_\_\_\_\_

收案访视单位：\_\_\_\_\_ 单位电话：\_\_\_\_\_

医嘱：

#### 一般照护(六项)

- 1 小量注射：（肌肉注射 皮下注射）药名及用法：\_\_\_\_\_。
- 2 深静脉置管护理。
- 3 小换药、拆线。
- 4 非留置导尿、会阴护理、膀胱冲洗。
- 5 更换引流袋。
- 6 其他项目：\_\_\_\_\_。

#### 特殊照护(五项)

- 1 气管切开护理：\_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 材质： 1 一般橡胶 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_mm 气囊：有 无
- 2 留置导尿管护理(留置导尿 膀胱引流管) \_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 材质： 1 一般橡胶 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_FR
- 3 留置鼻胃管护理(胃管插入 更换胃管)：\_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 材质： 1 一般塑料 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_ FR
- 4 压疮伤口护理（第Ⅲ、Ⅳ期）
- 5 造口护理：肠造口 胃造口 膀胱造口

#### 检验项目(四项)

- 1 一般尿液检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 2 粪便常规检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 3 血液检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 4 心电图检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_。

其它处置：\_\_\_\_\_

医师签名\_\_\_\_\_

## E.2 居家护理服务知情同意书

居家护理服务知情同意书可按下列格式填写。

### 填写说明

- 1 《居护知情同意书及权利义务书》正反两面，壹式贰份。
- 2 居家护理人员于收案访视前，与主要决策者约定初访时间，并于访视时逐条说明知情同意内容与双方权利义务，并确认居民已充分了解后，现场请居民签订乙方资料。
- 3 完成后壹份交居民留存，壹份归入病历。

居民姓名：\_\_\_\_\_（以下简称甲方），\_\_\_\_\_（以下简称乙方，可为居民本人、监护人或家属代表），乙方同意接受甲方派遣的专业护理人员前往乙方家中提供居家护理服务，双方订定知情同意书如下：

一、甲方可提供的服务项目需符合服务计划规范，侵入性治疗项目需获得医生开立的医嘱，配合居民病情需要，提供护理服务项目：

医嘱：

#### 一般照护(六项)

- 1 小量注射：（肌肉注射 皮下注射）药名及用法：\_\_\_\_\_。
- 2 深静脉置管护理。
- 3 小换药、拆线。
- 4 非留置导尿、会阴护理、膀胱冲洗。
- 5 更换引流袋。
- 6 其他项目：\_\_\_\_\_。

#### 特殊照护(五项)

- 1 气管切开护理：\_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
材质： 1 一般橡胶 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_mm 气囊：有 无
- 2 留置导尿管护理(留置导尿 膀胱引流管) \_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
材质： 1 一般橡胶 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_FR
- 3 留置鼻胃管护理(胃管插入 更换胃管)：\_\_\_\_\_天换一次；最后一次换管日期：  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
材质： 1 一般塑料 2 硅质 3 其它\_\_\_\_\_；管径大小：\_\_\_\_\_FR
- 4 压疮伤口护理（第Ⅲ、Ⅳ期）

5 造口护理：肠造口 胃造口 膀胱造口

#### 检验项目(四项)

- 1 一般尿液检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 2 粪便常规检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 3 血液检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_；
- 4 心电图检查：\_\_\_\_\_天一次，项目：\_\_\_\_\_。

其它处置：\_\_\_\_\_。

#### 二、收费标准及方式：

- 1 上门服务费按当地物价标准收取；
- 2 治疗费、药费、材料费根据医保相关规定收取；
- 3 于服务当天收取费用并于下次服务时补给医疗收据。

#### 三、本院居家护理服务时间为：各社区中心正常工作时间

具体：\_\_\_\_\_。

#### 四、居家医疗部分特殊服务项目在操作中可能存在情况：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_。

五、上班时间乙方若有紧急情况可随时来电，甲方应尽可能安排访视。若非上班时间，发生紧急情况应立即将病患送医院处理，并在隔日甲方上班时间，来电话告之。

六、甲方应依乙方的病情变化，随时更新护理计划。乙方家属也应配合甲方所定的护理计划来照顾病患，若未配合造成病患生命的危害，经甲方告诫仍未能改善，则甲方得终止此合约。

七、乙方若有下列情形，甲方得终止此合约：迁出服务范围、住院、死亡、病况好转已无明确护理服务项目等符合结案条件。若一方未能照本书履行时，他方可随时终止合约。

八、乙方若对甲方的服务有任何不满意时，可通过电话、邮件、信件等方式反映。

电话：\_\_\_\_\_，邮箱：\_\_\_\_\_，邮寄地址：\_\_\_\_\_。

#### 九、居民的权利与义务：

您\_\_\_\_\_与您的家人在接受居家护理时，以下的权利：

- 1 在开始接受居家护理之前应先向您本人通知，并签署保密协议。
- 2 受过专业训练的护理人员，应以敬业、关怀和尊重的态度提供您服务。
- 3 对于您将被服务的内容、接受服务所需费用及服务时间等应事先让您了解。

- 4 对于您的人身及财产权及有关资料应受到尊重，并确保隐私。
- 5 您有权要求了解病情，并且共同参与订定护理计划。
- 6 您有权拒绝居家护理服务内容，并且明白此决定的后果与影响。
- 7 任何实验性质和研究计划均应事先告知并征求您的同意。
- 8 在合理的时间内，护理人员应让您知道何时终止护理服务。
- 9 若您对所提供居家护理服务有任何不满意时，您可以 投诉专线：\_\_\_\_\_，  
投诉传真：\_\_\_\_\_，书面邮寄地址：\_\_\_\_\_，  
网络信箱：\_\_\_\_\_，家庭医生签约服务管理中心的专线电话\_\_\_\_\_，等方式反应，  
将由专人协助处理。

在接受居家护理时，您和您的家人有以下责任：

- 1 签署知情同意书。
  - 2 将完整并正确的健康数据提给居家护理机构。
  - 3 参与并配合有关健康护理计划的订定。
  - 4 若拒绝接受护理服务或是不按照原定的护理计划时，您愿负责其所产生的不良后果。
  - 5 在医生及居家护理人员访视时，请家中或机构务必有人在场，且应提供良好场所，以及协助维护工作人员的安全；若无人在家时将不做任何治疗。
  - 6 请以尊重、体谅及信任的态度对待医护人员。
  - 7 若管路阻塞、脱落或病情有变化时，应主动联系居家护理人员；若非上班时间发生应立即将病患送医院处理，并于上班时间与居家护理人员联系。
  - 8 居家护理期间，护理机构无法开具死亡诊断书。
  - 9 当住址、电话有异动应主动告知居家护理人员。
- 居家护理人员姓名：\_\_\_\_\_
- 联系电话：\_\_\_\_\_

十、本书壹式贰份，双方各执壹份为凭

甲 方：_____	乙 方：_____
与服务居民的关系：_____	服务负责人：_____
住 址：_____	地 址：_____
电 话：_____	电 话：_____
____年____月____日	____年____月____日

## E.3 居家护理评估单

表E.1给出了居家护理评估单的格式。

表E.1 居家护理评估单

居民姓名		性别		病历号	
访视时间		_____年_____月_____日 时间: _____			
壹、居民基本数据					
收案日期:		转诊来源:			
姓名:		身份证号:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生日: _____年_____月_____日		保险: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保( <input type="checkbox"/> 省 <input type="checkbox"/> 市) <input type="checkbox"/> 农保 <input type="checkbox"/> 其它商业保险			
重大伤病卡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		重大伤病号:		重大证明编号:	
残障程度: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 极重度			福利津贴: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 残保 <input type="checkbox"/> 高龄老人生活津贴 <input type="checkbox"/> 其它: _____		
住址: _____市县_____区 _____ 电话: _____					
语言: <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其它_____					
宗教: <input type="checkbox"/> 无宗教信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 伊斯兰教 <input type="checkbox"/> 其它_____					
教育程度: <input type="checkbox"/> 不识字 <input type="checkbox"/> 自修、私塾等识字者 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/中专 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 硕士 <input type="checkbox"/> 博士					
职业: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 军 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 农 <input type="checkbox"/> 自由业					
婚姻: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居					
过去病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 气喘 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝胆疾病 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 痛风 <input type="checkbox"/> 骨关节疾病 <input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> 老年痴呆症 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 其它_____					
过敏史: <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 输血 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 烟 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____					
最近一次住院诊断: _____自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日					
贰、家庭状况:					
家庭图谱: (至少三代家系图)		类型: <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 折衷家庭 <input type="checkbox"/> 大家庭 <input type="checkbox"/> 单亲家庭 <input type="checkbox"/> 其它 其它同居住需被照顾者: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____人 说明: _____ _____			

表 E.1 (续)

经济状况:		
来源: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 储蓄 <input type="checkbox"/> 薪资 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 救助金含低收、中低收		
收支情形: <input type="checkbox"/> 足够支出 <input type="checkbox"/> 不够支出		
居家环境:		
建物: <input type="checkbox"/> 一楼 <input type="checkbox"/> 一楼以上(电梯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无)		
最常利用的健康资源: <input type="checkbox"/> 寻求西医 <input type="checkbox"/> 寻求中医 <input type="checkbox"/> 寻求民俗疗法 <input type="checkbox"/> 购买成药 <input type="checkbox"/> 求神问卜 <input type="checkbox"/> 不理睬 <input type="checkbox"/> 其它_____		
主要照顾者: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 孙子女 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 陪护员		
<input type="checkbox"/> 养老院看护 <input type="checkbox"/> 公益团体 <input type="checkbox"/> 其它_____		
年龄: _____岁 关系: _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
紧急联系人: 1 _____ 关系: _____ 电话: _____		
2 _____ 关系: _____ 电话: _____		
居住状况: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 两老 <input type="checkbox"/> 儿女固定 <input type="checkbox"/> 儿女轮流 <input type="checkbox"/> 父母同住 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 寄居 <input type="checkbox"/> 其它_____		
叁、身心护理评估		
心肺 功能	TPR / BP	体温: _____ 脉搏: <input type="checkbox"/> 规则 <input type="checkbox"/> 不规则 _____/分 呼吸: _____/分 血压: _____/ mmHg
	肢体 水肿	右上_____右下_____左上_____左下_____
	呼吸 型态	<input type="checkbox"/> 0 正常 <input type="checkbox"/> 1 端坐 <input type="checkbox"/> 2 张口 <input type="checkbox"/> 3 气切造口 <input type="checkbox"/> 4 呼吸器辅助 <input type="checkbox"/> 5 用氧气: _____升/分 <input type="checkbox"/> 6 其它: _____
	呼吸音	右上____右中____右下____左上____左下____ 0 正常 1 无声 2 湿啰音 3 啰音 4 哮鸣音 5 其它: _____
	排痰 型态	<input type="checkbox"/> 0 自咳易正常 <input type="checkbox"/> 1 自咳不易但未吸痰 <input type="checkbox"/> 2 自咳不易须吸痰, 每日十次以下 <input type="checkbox"/> 3 自咳不易须吸痰, 每日十次以上 <input type="checkbox"/> 4 有气切, 但不须吸痰 <input type="checkbox"/> 5 由气切处每日吸痰十次以下 <input type="checkbox"/> 6 由气切处每日吸痰十次以上
	痰液 性状	量: <input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 少 <input type="checkbox"/> 2 中 <input type="checkbox"/> 3 多 性状: <input type="checkbox"/> 0 水样 <input type="checkbox"/> 1 湿黏 <input type="checkbox"/> 2 干燥 颜色: <input type="checkbox"/> 0 清澈 <input type="checkbox"/> 1 白 <input type="checkbox"/> 2 微黄 <input type="checkbox"/> 3 黄 <input type="checkbox"/> 4 黄绿 <input type="checkbox"/> 5 褐 <input type="checkbox"/> 6 红

表 E.1 (续)

心肺功能	心音	心率: 次/分 <input type="checkbox"/> 规则 <input type="checkbox"/> 不规则 早搏 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有					
意识状态	外表意识	<input type="checkbox"/> 0 清醒警觉 <input type="checkbox"/> 1 人、时、地混淆 <input type="checkbox"/> 2 谵妄 <input type="checkbox"/> 3 嗜睡 <input type="checkbox"/> 4 木僵 <input type="checkbox"/> 5 植物人状态 <input type="checkbox"/> 6 昏迷 <input type="checkbox"/> 7 其它_____					
	瞳孔对光反射	L_____R_____	四肢肌力	右		左	
	对光反射_____	上			上		
				右		左	
				下		下	
情绪行为问题	情绪困扰	过去 14 天是否曾口头表示下列情绪或想法? 发生频率? 0 无 1 每周 1 天~3 天 2 每周 4 天~6 天 3 每天出现 情况? <input type="checkbox"/> A 负面的话 <input type="checkbox"/> B 反复询问 <input type="checkbox"/> C 对自己或他人持续愤怒 <input type="checkbox"/> D 自我贬抑 <input type="checkbox"/> E 不切实际的恐惧 <input type="checkbox"/> F 反复抱怨 <input type="checkbox"/> G 脸上出现忧伤表情 <input type="checkbox"/> H 有哭泣行为 <input type="checkbox"/> I 退缩 <input type="checkbox"/> J 其它: _____					
	问题行为	过去 14 天是否曾出现下列异常行为? 发生频率? 0 无 1 每周 1 天~3 天 2 每周 4 天~6 天 3 每天出现 情况? <input type="checkbox"/> A 游走 <input type="checkbox"/> B 言语上不适当 <input type="checkbox"/> C 暴力行为 <input type="checkbox"/> D 伤害自己身体 <input type="checkbox"/> E 社交不适当 <input type="checkbox"/> F 拒绝照顾 <input type="checkbox"/> G 不自主或无意识情况下的拔管行为 <input type="checkbox"/> H 饮食过度 <input type="checkbox"/> I 其它: _____					
	睡眠问题及处理	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 失眠 <input type="checkbox"/> 2 日夜颠倒 <input type="checkbox"/> 3 混乱 处理方式: <input type="checkbox"/> 1 不理睬 <input type="checkbox"/> 2 服用安眠药 <input type="checkbox"/> 3 调整作息 <input type="checkbox"/> 4 其它: _____					
	家人处理及反应	<input type="checkbox"/> 0 无情绪行为问题 <input type="checkbox"/> 1 能妥善照料且情绪稳定 <input type="checkbox"/> 2 照顾能力须加强 <input type="checkbox"/> 3 不理睬, 不处理(疏忽) <input type="checkbox"/> 4 虐待病人(请注明行为): _____ <input type="checkbox"/> 5 其它: _____					
营养状态	营养途径	<input type="checkbox"/> 1 由口进食 <input type="checkbox"/> 2 由口喂食 <input type="checkbox"/> 3 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 4 胃造口 <input type="checkbox"/> 5 部份点滴补充 <input type="checkbox"/> 6 全静脉营养补充					
	进食型态	<input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 细碎 <input type="checkbox"/> 3 糊状 <input type="checkbox"/> 4 自制流质 <input type="checkbox"/> 5 配方流质: _____					



表 E.1 (续)

营养 状态	进食量	<input type="checkbox"/> A 由口进食：正餐____次/天，点心____次/天 <input type="checkbox"/> B 管灌：____ml/天，每餐间隔：_
	水份 摄取	<input type="checkbox"/> A >2000ml/天 <input type="checkbox"/> B 1999ml~1500ml/天 <input type="checkbox"/> C 1499ml~1000ml/天 <input type="checkbox"/> D 999ml~500ml/天 <input type="checkbox"/> E 499ml 以下/天
	盐份 摄取	<input type="checkbox"/> 0 一茶匙以上/天 <input type="checkbox"/> 1 一茶匙/天 <input type="checkbox"/> 2 半茶匙左右/天 <input type="checkbox"/> 3 少于半茶匙/天 <input type="checkbox"/> 4 未添加 <input type="checkbox"/> 5 过量 <input type="checkbox"/> 6 难以估计
	皮肤完整 性	<input type="checkbox"/> 0 完整 <input type="checkbox"/> 1 压疮：数量：____ 部位：____ 大小：____ <input type="checkbox"/> 2 其他伤口：____ 数量：____ 部位：____ 大小：____
	口腔 疼痛	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 无法得知
	口腔 黏膜	<input type="checkbox"/> 0 色泽粉红 <input type="checkbox"/> 1 苍白 <input type="checkbox"/> 2 红肿 <input type="checkbox"/> 3 黏膜下淤血或出血 <input type="checkbox"/> 4 有溃疡
	牙龈	<input type="checkbox"/> 0 正常 <input type="checkbox"/> 1 轻度发炎,组织变化少 <input type="checkbox"/> 2 中度发炎,组织发红且肥大 <input type="checkbox"/> 3 重度发炎,明显发红且肥厚 有溃疡
排泄 能力	小便 外观	<input type="checkbox"/> 0 清澈无沉淀 <input type="checkbox"/> 1 清澈有沉淀 <input type="checkbox"/> 2 混浊有沉淀 <input type="checkbox"/> 3 深色无沉淀 <input type="checkbox"/> 4 深色有沉淀 <input type="checkbox"/> 5 其它_____
	排尿时 征兆	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 小便有灼热感 <input type="checkbox"/> 2 尿频 <input type="checkbox"/> 3 尿急 <input type="checkbox"/> 4 血尿 <input type="checkbox"/> 5 尿液混浊 <input type="checkbox"/> 6 其它_____
	大便 性状	<input type="checkbox"/> 1 软便 <input type="checkbox"/> 2 硬便 <input type="checkbox"/> 3 水样便 <input type="checkbox"/> 4 前硬后软 <input type="checkbox"/> 5 黄褐色 <input type="checkbox"/> 6 黄绿色 <input type="checkbox"/> 7 灰色便 <input type="checkbox"/> 8 黑色便 <input type="checkbox"/> 9 血便 <input type="checkbox"/> 10 大便嵌塞
	肠蠕动	肠鸣音： <input type="checkbox"/> 0 正常 <input type="checkbox"/> 1 过慢（2次以下/分） <input type="checkbox"/> 2 无 <input type="checkbox"/> 3 过速（7次以上/分） 胀气： <input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 有 硬块： <input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 有
	排便 处置	<input type="checkbox"/> 0 排便正常，无用药 <input type="checkbox"/> 1 服用软便轻泻剂 <input type="checkbox"/> 2 使用灌肠剂 <input type="checkbox"/> 3 挖便 <input type="checkbox"/> 4 造瘘口 <input type="checkbox"/> 5 其 它_____ 排便次数：____次/____日
	排尿 处置	<input type="checkbox"/> 0 定时至厕所（使用便器）或使用尿壶 <input type="checkbox"/> 1 使用成人纸尿片或内裤来防止漏尿 <input type="checkbox"/> 2 使用尿 套 <input type="checkbox"/> 3 间歇性导尿 <input type="checkbox"/> 4 使用留置导尿管

表 E.1 (续)

过去 四周 内症 状	疼痛 频率	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 少于每日疼痛 <input type="checkbox"/> 2 每日疼痛 <input type="checkbox"/> 3 无法得知
	程度及部 位	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 轻度疼痛, 部位_____ <input type="checkbox"/> 2 中度疼痛, 部位_____ <input type="checkbox"/> 3 重度疼痛, 部位_____
	意外 伤害	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 跌倒 <input type="checkbox"/> 2 髌关节骨折 <input type="checkbox"/> 3 其它部位骨折, 部位_____ <input type="checkbox"/> 4 外伤 <input type="checkbox"/> 5 瘀青 <input type="checkbox"/> 6 烫伤 <input type="checkbox"/> 7 服错药 <input type="checkbox"/> 8 其它: _____
	异常 状况	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 呕吐 <input type="checkbox"/> 2 出血 <input type="checkbox"/> 3 头昏 <input type="checkbox"/> 4 发烧, 体温: _____ <input type="checkbox"/> 5 腹泻 <input type="checkbox"/> 6 幻觉 <input type="checkbox"/> 7 妄想 <input type="checkbox"/> 8 其它: _____
	曾做过 的治疗	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 急诊_____ <input type="checkbox"/> 2 住院_____ <input type="checkbox"/> 3 输血 <input type="checkbox"/> 4 血液透析 <input type="checkbox"/> 5 化学治疗 <input type="checkbox"/> 6 放射线治疗 <input type="checkbox"/> 7 其它: _____
护理 处置	一般照护 项目	<input type="checkbox"/> 小量注射: ( 肌肉注射 皮下注射) 药名及用法: _____ <input type="checkbox"/> 深静脉置管护理 <input type="checkbox"/> 小换药、拆线 <input type="checkbox"/> 非留置导尿、会阴护理、膀胱冲洗 <input type="checkbox"/> 更换引流袋 <input type="checkbox"/> 其他项目: _____
	特殊照护 项目	<input type="checkbox"/> 气管切开护理: __天换一次; 最后一次换管日期: __年__月__日 材质: <input type="checkbox"/> 1 一般橡胶 <input type="checkbox"/> 2 硅质 <input type="checkbox"/> 3 其它_____; 管径大小: __mm 气囊: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 留置导尿管护理( <input type="checkbox"/> 留置导尿 <input type="checkbox"/> 膀胱引流管) __天换一次; 最后一次换管日期: __年 月__日 材质: <input type="checkbox"/> 1 一般橡胶 <input type="checkbox"/> 2 硅质 <input type="checkbox"/> 3 其它_____; 管径大小: __FR <input type="checkbox"/> 留置鼻胃管护理( <input type="checkbox"/> 胃管插入 <input type="checkbox"/> 更换胃管): __天换一次; 最后一次换管日期: __年 月__日 材质: <input type="checkbox"/> 1 一般塑料 <input type="checkbox"/> 2 硅质 <input type="checkbox"/> 3 其它_____; 管径大小: __ FR <input type="checkbox"/> 压疮伤口护理 (第III、IV期) <input type="checkbox"/> 造口护理: <input type="checkbox"/> 肠造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口

表 E.1 (续)

护理 处置	检验 项目	<input type="checkbox"/> 一般尿液检查：____天一次，项目：_____ <input type="checkbox"/> 粪便常规检查：____天一次，项目：_____ <input type="checkbox"/> 血液检查：____天一次，项目：_____ <input type="checkbox"/> 心电图检查：____天一次，项目：_____。					
	疾病照护 认知	<input type="checkbox"/> 1 主要疾病照顾认知 <input type="checkbox"/> 2 合并症预防及处理 <input type="checkbox"/> 3 紧急状况处理 <input type="checkbox"/> 4 其它：_____					
	照顾技巧 指导	<input type="checkbox"/> 1 背部扣击 <input type="checkbox"/> 2 吸痰 <input type="checkbox"/> 3 雾化吸入 <input type="checkbox"/> 4 口鼻腔护理 <input type="checkbox"/> 5 正确评估胃管位置 <input type="checkbox"/> 6 管灌饮食制 作与灌食 <input type="checkbox"/> 7 营养指导 <input type="checkbox"/> 8 会阴部护理 <input type="checkbox"/> 9 尿管护理 <input type="checkbox"/> 10 皮肤护理 <input type="checkbox"/> 11 腹部按摩（协助排 便） <input type="checkbox"/> 12 塞剂使用 <input type="checkbox"/> 13 挖便指导 <input type="checkbox"/> 14 疼痛处理 <input type="checkbox"/> 15 血糖监测 <input type="checkbox"/> 16 伤口处理 <input type="checkbox"/> 17 预防感染 <input type="checkbox"/> 18 居家安全与 防护 <input type="checkbox"/> 19 康复指导 <input type="checkbox"/> 20 辅具使用 <input type="checkbox"/> 21 睡眠促进 <input type="checkbox"/> 22 注射 <input type="checkbox"/> 23 检验 <input type="checkbox"/> 24 换药拆线 <input type="checkbox"/> 25 其它：_____					
	联系相关 医疗	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 定期回诊 <input type="checkbox"/> 2 安排就诊：_____ <input type="checkbox"/> 3 立即就医：_____ <input type="checkbox"/> 4 医师家访：_____					
	照顾者支 持	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 情绪支持 <input type="checkbox"/> 2 家庭人际关系促进 <input type="checkbox"/> 3 增进社交娱乐 <input type="checkbox"/> 4 照顾工作分配 <input type="checkbox"/> 5 提供小 区资源 <input type="checkbox"/> 6 协助照顾者健康管理					
	转诊 资源	<input type="checkbox"/> 0 无 <input type="checkbox"/> 1 居家康复 <input type="checkbox"/> 2 社工探访 <input type="checkbox"/> 3 居家家政服务 <input type="checkbox"/> 4 喘息服务 <input type="checkbox"/> 5 辅具申请 <input type="checkbox"/> 6 中低及低收入户申请 <input type="checkbox"/> 7 残障申请 <input type="checkbox"/> 8 重大伤病申请 <input type="checkbox"/> 9 其它：_____					
Braden 压疮 伤口 危险 因子 评量 表	分值	1	2	3	4	健康 护理 问题	
	知觉感受	<input type="checkbox"/> 完全丧失	<input type="checkbox"/> 严重丧失	<input type="checkbox"/> 轻度丧失	<input type="checkbox"/> 正常		
	皮肤潮湿	<input type="checkbox"/> 总是潮湿	<input type="checkbox"/> 经常潮湿	<input type="checkbox"/> 偶尔潮湿	<input type="checkbox"/> 很少潮湿		
	活动情况	<input type="checkbox"/> 绝对卧床	<input type="checkbox"/> 可坐起	<input type="checkbox"/> 偶尔行走	<input type="checkbox"/> 经常活动		
	移动程度	<input type="checkbox"/> 完全受限	<input type="checkbox"/> 严重受限	<input type="checkbox"/> 轻度受限	<input type="checkbox"/> 正常		
	营养状态	<input type="checkbox"/> 非常差	<input type="checkbox"/> 可能不足	<input type="checkbox"/> 足够	<input type="checkbox"/> 非常充足		
	摩擦(剪)力	<input type="checkbox"/> 常会发生	<input type="checkbox"/> 可能发生	<input type="checkbox"/> 不易发生			
合计	(<18 分即为高危)						
签字	护理人员					家属	

## E.4 居民用药记录

表E.2给出了居民用药记录表的格式。

表E.2 居民用药记录表

姓名		性别		病历号	
药名	剂量	时间	途径	评估日期	护理人员签名

## E.5 居家生活环境评估

表E.3给出了居家生活环境评估表的格式

表E.3 居家生活环境评估表

居民姓名		性别		病历号			
评估访视时间		____年____月____日 时间: _____		评估人员			
卧床者	能活动者	项 目		有	无	指导时间	改善时间
*		家 具 及 摆 设	走道通畅、无散落物、楼梯有固定把手				
*	地毯、踏垫不会滑动。地板不会滑						
	家具有固定。边缘和四角为圆弧型						
*	门坎高度小于 1m						
	危险物品收拾妥当、或有家人陪伴						
	*	设	卧床者有窗栏设施、或有家人照顾				
*		卫 浴 设 施	马桶、浴缸、洗手台旁有稳固易抓的把手				
*			洗手台、浴缸有防滑措施				
*			热水器能设定适当水温、或有专人协助放热水				
*			可燃气体置通风处、浴室有窗能依气温调控大小				
			于停水时, 有足够的储水设备				
		辅 具	淋浴用椅稳固, 且有椅背及扶手				
	*		约束带的使用不会有造成伤害的可能				
			有适当的辅具使用				
*		药 品	药物用药盒分装好, 或有专人协助吃药				
			药袋上注明药物服法、或协助服药者能清楚				
			药品能储存在安全场所				
		用 电	用电开关与插座有绝缘措施及明显标示				
			无电线、电话线横越地上				
			白天光线充足、夜间照明足够				
			使用仪器者, 能顾及停电时的紧急措施				
			电话旁有紧急联系的电话号码, 案家会使用				
		清 洁	有洗手设施, 使家人于照顾前后方便洗手				
			有咳嗽时, 要掩口鼻或戴口罩				
			感染性废弃物应以二层塑料袋包装后, 再以一般垃圾处理				
			常打扫环境, 并保持清洁干燥				
		其 它	被体液或血液污染的环境, 能以稀释十倍的漂白水清洗				
			健康状况许可者, 每年能定期注射感冒疫苗				
			备注:				
家属签名				日期	____年____月____日		

注: 表示可不需评估值。

## E.6 居家护理定期访视评估

表E.4给出了居家护理定期访视评估单的格式。

表E.4 居家护理定期访视评估单

居民姓名		性别		病历号										
访视日期		/ /		/ /										
访视性质		<input type="checkbox"/> 例行访视 <input type="checkbox"/> 临访		<input type="checkbox"/> 例行访视 <input type="checkbox"/> 临访										
实际访视时间(到达/离开时间)		/		/										
特殊护理项目		<input type="checkbox"/> 气切护理: _____ <input type="checkbox"/> 留置尿管: _____ <input type="checkbox"/> 留置胃管: _____ <input type="checkbox"/> 膀胱冲洗 <input type="checkbox"/> 留取标本: _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 气切护理: _____ <input type="checkbox"/> 留置尿管: _____ <input type="checkbox"/> 留置胃管: _____ <input type="checkbox"/> 膀胱冲洗 <input type="checkbox"/> 留取标本: _____ <input type="checkbox"/> _____										
心肺功能	TPR/BP		T		P		T		P		T		P	
			BP		R		BP		R		BP		R	
	肢体水肿		右		左		右		左		右		左	
			上		上		上		上		上		上	
			右		左		右		左		右		左	
			下		下		下		下		下		下	
	呼吸型态	0 正常 1 端坐 2 张口 3 陈氏 4 气切造口 5 呼吸器辅助 6 用氧气: _____ 升/分 7 其它: _____												
	呼吸音	0 正常 1 无声 2 湿啰音 3 哮音 4 哮鸣音 5 其它:												
	排痰型态	0 自咳易正常 1 自咳不易但未吸痰 2 自咳不易须吸痰, 每日十次以下 3 自咳不易须吸痰, 每日十次以上 4 有气切但不须吸痰 5 由气切处每日吸痰十次以下 6 由气切处每日吸痰十次以上												
	痰液性状	量: 0 无 1 少 2 中 3 多 性状: 0 水样 1 湿黏 2 干燥 色: 0 清澈 1 白 2 微黄 3 黄 4 黄绿 5 褐 6 红		量性状色		量性状色		量性状色		量性状色		量性状色		
心音	心率: _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 规则 <input type="checkbox"/> 不规则 早搏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有													
意识状态	外表意识	0 清醒警觉 1 人、时、地混淆 2 谵妄 3 嗜睡 4 木僵 5 植物人状态 6 昏迷 7 其它												
	GCS		E	M	V	E	M	V	E	M	V	E	M	V

表 E.4 (续)

意识状态	瞳孔光反射	0 缩小 1 散大 2 无反应 3 义眼	右	左	右	左	右	左
	睡眠问题及反应	0 无 1 失眠 2 日夜颠倒 3 混乱 4 无法评估 处理: 1 不理睬 2 服用安眠药 3 调整作息 4 其它						
四肢肌力			右	左	右	左	右	左
			上	上	上	上	上	上
			右	左	右	左	右	左
			下	下	下	下	下	下
营养状态	营养途径	1 由口进食 2 由口喂食 3 鼻胃管 4 胃造口 5 部份点滴补充 6 全静脉营养补充						
	进食形态	1 一般 2 细碎 3 糊状 4 自制流质 5 配方流质: _____						
	进食量	A 由口进食: 正餐_____次/天, 点心 次/天 B 管灌: _____ml/天						
	水份摄取	A. >2000ml/天 B 1999ml~1500ml/天 C 1499ml~1000 ml/天 D 999ml~500ml/天 E 499ml 以下 /天						
	盐份摄取	0 一茶匙以上/天 1 一茶匙/天 2 半茶匙左 右/天 3 少于半茶匙/天 4 未添加 5 过量 6 难以估计						
	皮肤完整性	0 无破损 1 压疮 2 其他伤口 (请描 述部位: _____数量: _____大小: _____)						
	口腔疼痛	0 无 1 有 2 无法得知						
	口腔黏膜	0 色泽粉红 1 苍白 2 红肿 3 黏膜下淤血或出 血 4 溃疡						
牙龈	0 正常 1 轻度发炎, 组织变化少 2 中度发 炎, 组织发红且肥大 3 重度发炎, 明显发 红且肥厚有溃疡							
排泄功能	排尿处置	0 定时至厕所 (使用便器) 或使用尿壶 1 使用成人纸尿片或内裤来防止漏尿 2 使用 尿套 3 间歇性导尿 4 使用留置导尿管						
	小便外观	0 清澈无沉淀 1 清澈有沉淀 2 混浊有沉淀 3 深色无沉淀 4 深色有沉淀 5 无法观察 6 其它						
	UTI 征兆	0 无 1 小便有灼热感 2 尿频 3 尿急 4 血尿 5 尿液混浊 6 其它						
	排便处置	0 排便正常, 无用药 1 服用软便轻泻剂 2 使用灌肠剂 3 挖便 4 造瘘口 5 其它_____						
	大便性状	排便次数: _____次/ _____日 1 软便 2 硬便 3 水样便 4 前硬后软 5 黄褐色 6 黄绿色 7 灰色便 8 黑色便 9 血便 10 大便嵌塞						

表 E.4 (续)

排泄功能	肠蠕动	肠鸣音: 0 正常 1 过慢 (2 次以下/分) 2 无 3 过快 (7 次以上/分) 胀气: 0 无 1 有 硬块: 0 无 1 有	肠鸣音: 胀气: 硬块:	肠鸣音: 胀气: 硬块:	肠鸣音: 胀气: 硬块:
过去四周内症状	疼痛频率	0 无 1 少于每日疼痛 2 每日疼痛 3 无法得知			
	疼痛程度及部位	疼痛部位: ____ 程度(以 0 分~10 分表示): ____			
	意外伤害	0 无 1 跌倒 2 髌关节骨折 3 其它部位骨折, 部位____4 外伤 5 瘀青 6 烫伤 7 服错药 8 其它			
	异常状况	0 无 1 呕吐 2 出血 3 头昏 4 发烧, 体温: ____ 5 腹泻 6 幻觉 7 妄想 8 其它			
	曾做过的治疗	0 无 1 急诊_2 住院_3 输血 4 血液透析 5 化学治疗 6 放射线治疗 7 其它: ____			
护理处置	疾病照护认知	1 主要疾病照顾认知 2 合并症预防及处理 3 紧急状况处理 4 其它:			
	照护技巧指导	1 背部扣击 2 吸痰 3 雾化吸入 4 口鼻腔护理 5 正确评估胃管位置 6 管灌饮食制作与灌食 7 营养指导 8 会阴部护理 9 尿管护理 10 皮肤护理 11 腹部按摩 (协助排便) 12 塞剂使用 13 挖便指导 14 疼痛处理 15 血糖监测 16 伤口处理 17 造口护理: _18 预防感染 19 居家安全与防护 20 康复指导 21 辅具使用 22 睡眠促进 23 注射 24 检验 25 换药拆线 26 其它: ____			
	联系相关医疗	0 无 1 定期回诊 2 安排就诊: ____ 3 立即就医: ____4 医师家访:			
	照顾者支持	0 无 1 情绪支持 2 家庭人际关系促进 3 增进社交娱乐 4 照顾工作分配 5 提供小区资源 6 协助照顾者健康管理			
健康护理问题					
护理人员签名				日期	
家属签名				日期	



## E.7 居家医疗服务变更回复

表E.5给出了居家医疗服务变更回复表的格式。

表E.5 居家医疗服务变更回复表

回复单位				回复时间	___年___月___日
居民姓名		地址		编号	
变更项目			原因 / 内容		
<input type="checkbox"/> 一、重新评估			<input type="checkbox"/> 1 居民身体状况改变。 <input type="checkbox"/> 2 其它：_____		
<input type="checkbox"/> 二、建议服务变更项目 <input type="checkbox"/> 频率：_____ <input type="checkbox"/> 内容：_____ <input type="checkbox"/> 提供单位：_____			<input type="checkbox"/> 1 居民身体状况改变。 <input type="checkbox"/> 2 居民/案家主动要求变更。_____ <input type="checkbox"/> 3 居民需求_____ <input type="checkbox"/> 4 其它：_____		
<input type="checkbox"/> 三、暂停服务 于___年___月___日起			<input type="checkbox"/> 1 居民住院 <input type="checkbox"/> 2 居民暂时离家/已返家居住 <input type="checkbox"/> 3 其它：_____		
<input type="checkbox"/> 四、继续服务 于___年___月___日起			<input type="checkbox"/> 1 居民出院 <input type="checkbox"/> 2 居民暂时离家/已返家居住 <input type="checkbox"/> 3 其它：_____		
<input type="checkbox"/> 五、结案 于___年___月___日起 共服务_____次			<input type="checkbox"/> 1 已达预定治疗目标 <input type="checkbox"/> 2 家属或居民拒绝或无法配合接受服务 <input type="checkbox"/> 3 迁出___区 <input type="checkbox"/> 4 居民入住机构 <input type="checkbox"/> 5 居民死亡 <input type="checkbox"/> 6 其它：_____		
<input type="checkbox"/> 六、结案报告：护理人员（医师、治疗师）共执行___次服务，于___年___月___日进行最后一次服务。 经评估及与居民（家属）沟通：					
<input type="checkbox"/> 1 其主要改善有(1)_____(2)_____(3)_____因达治疗目标，予以结案。					
<input type="checkbox"/> 2 居民因_____无法配合服务予结案。					
<input type="checkbox"/> 3 因_____，服务无法提供其帮助或不符合其需求，予以结案。					
<input type="checkbox"/> 4 其它原因：因已达规定期限，予以结案。					
说明：					
护理人员：_____，请于___天内回复，主管核章：_____					
回复处理结果			<input type="checkbox"/> 1 依回复内容同意服务提供 <input type="checkbox"/> 2 依回复内容及原因重新评估 <input type="checkbox"/> 3 依回复内容及原因同意服务变更 <input type="checkbox"/> 4 建议更改服务计划为：_____ <input type="checkbox"/> 5 无法提供服务，原因说明：_____ <input type="checkbox"/> 6 同意结案 <input type="checkbox"/> 7 其它：_____		
建议/计划					
回复时间：___年___月___日 回复单位/处理人：_____ 主管：_____					

## E.8 居家护理结案病历摘要

表E.6给出了居家护理结案病历摘要表的格式。

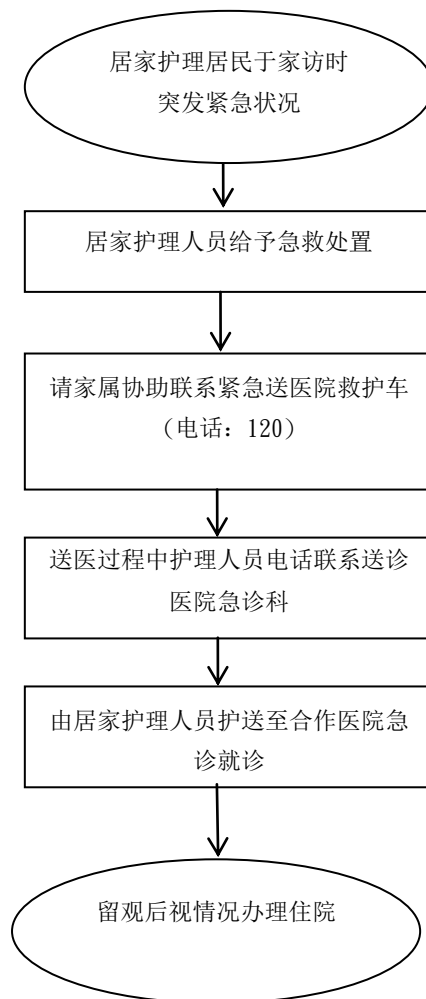
表E.6 居家护理结案病历摘要

姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生： 年 月 日 （岁）	
收案日期： 年 月 日		结案日期： 年 月 日	
疾病诊断： 管路： <input type="checkbox"/> 气切管 <input type="checkbox"/> 造瘘管（部位：__） <input type="checkbox"/> 导尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 其它：			
收案访视状况	最后一次访视状况	护理诊断	起止日
巴氏量表	巴氏量表		
进 食：	进 食：		
移 位：	移 位：		
个人卫生：	个人卫生：		
如 厕：	如 厕：		
沐 浴：	沐 浴：		
步 行：	步 行：		
上下楼梯：	上下楼梯：		
穿脱衣物：	穿脱衣物：		
排 便：	排 便：		
排 尿：	排 尿：		
结案原因： <input type="checkbox"/> 病情好转不需照护 给予处置： <input type="checkbox"/> 转诊长期照护管理中心_____			
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 临终护理 <input type="checkbox"/> 拒绝 <input type="checkbox"/> 电话追踪 <input type="checkbox"/> 病情不稳持续住院中 <input type="checkbox"/> 转诊当地居家护理机构名称_____			
<input type="checkbox"/> 迁出照护范围 <input type="checkbox"/> 其它（请说明） <input type="checkbox"/> 入住赡养机构 后续追踪记录： <input type="checkbox"/> 不符合收案标准 居家护理人员：			
<input type="checkbox"/> 其它（请说明）			

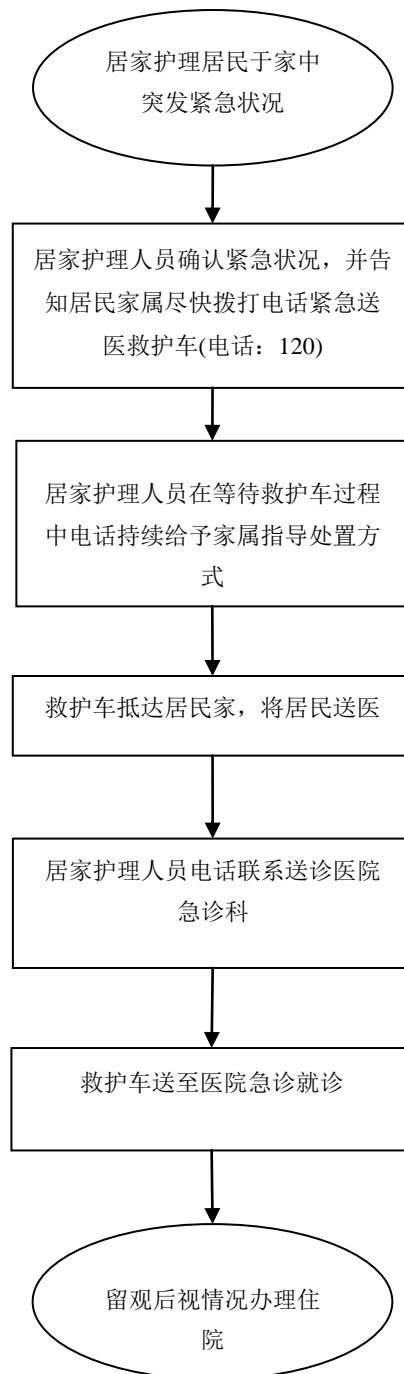


## E.10 居家护理紧急事件作业流程

图E.1、图E.2和表E.8给出了居家护理紧急事件作业流程，分别为居家照护居民访视服务紧急状况急救护送诊疗流程、居家照护居民电话咨询紧急状况急救护送诊疗流程、居家护理紧急措施的处理及电话目录、居家护理留置导尿知情同意书和居家护理胃管鼻饲知情同意书。



图E.1 居家护理居民访视服务紧急状况急救护送诊疗流程



图E.2 居家护理居民电话咨询紧急状况急救护送诊疗流程

表E.8 居家护理紧急事件作业流程

居家护理紧急措施的处理及电话目录
居家护理联系电话为：_____
工作时间：_____
您的居家护理人员姓名：_____ 联系电话：_____
<p>紧急情况处理原则：</p> <p>一、当出现如下危及生命状况时，请立即联系救护车：_120_，立即就医，并同时电话联系居家护理人员，包括下列内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 意识：突然改变、不清醒、叫不醒、昏迷状况。</li> <li>2 呼吸：每分钟超过 30 次以上或每分钟少于 12 次以下，呼吸非常费力、鼻翼煽动、胸部凹陷、呼吸暂停。</li> <li>3 心跳：每分钟超过 120 次以上或每分钟少于 50 次以下。</li> <li>4 血压：血压高于 180/95 mmHg 以上或低于 80/50 mmHg 以下。</li> <li>5 血糖：血糖明显升高或降低，且伴随有发抖、冒冷汗、心跳加快、嗜睡、意识不清、抽筋、昏迷、头痛、头晕、恶心、嘴唇发麻等症状。</li> <li>6 鼻胃管：反抽多量鲜红色内容物。</li> <li>7 气切造口：气切造口管路脱出、阻塞或气切造口大量出血。</li> <li>8 留置导尿管：大量血尿不止。</li> <li>9 高热、胸痛、持续性呕吐、腹泻、呕吐咖啡色分泌物、伤口及造口处有红肿热痛等。</li> </ol> <p>二、如发生下列情形</p> <p>管路（鼻胃管、尿管、造瘘管）阻塞或滑脱、轻微血尿、低热等。请联系居家护理人员依居民情况提供以下服务：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 电话指导</li> <li>2 安排访视</li> <li>3 建议医院就诊</li> </ol>

表 E.8 (续)

居家护理留置导尿知情同意书	
姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄_____ 病历号_____	
因患者病情发展，需行导尿术及留置导尿，导尿中有以下并发症：	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 黏膜损伤、出血。</li> <li>2 导尿失败再次导尿。</li> <li>3 尿路感染。</li> <li>4 出现依赖导尿管不能拔除导尿管。</li> <li>5 其他目前无法预料之意外或情况等。</li> </ol>	
医护人员将严格按照操作规程进行导尿，患者及（或）家属已全面了解导尿及留置导尿管的目的及并发症，同意导尿及留置导尿管，签字如下：	
患者或家属签字：	与患者关系：
服务负责人：	年 月 日

表 E.8 (续)

居家护理胃管鼻饲知情同意书	
姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄 _____ 病历号 _____	
一、胃管鼻饲的目的: 因各种原因引起吞咽障碍而不能正常进食, 需留置胃管, 从胃管注入营养丰富的流质来摄取足够的蛋白质、水、药物等。	
二、方法/注意事项:	
1	在病情允许的情况下, 灌食时适当摇高床头, 并在灌食后保持体位 30min, 可避免进食过程及进食后的呛咳、返流、呕吐等情况, 减少肺炎、窒息的发生率。
2	灌食前空针筒回抽, 观察胃液的颜色, 如出现血性、咖啡色液体, 应及时留取标本化验。
3	以灌食空针筒抽温水 20ml~30ml, 缓缓注入, 再注药物或食物, 药片应当研碎、溶解后灌入, 鼻饲速度应缓慢, 并随时观察病人的反应。
4	灌食后须灌入适量温开水, 避免胃管阻塞或食物残留在胃管内发酵或变质。
5	灌食后, 灌食用具须清洁, 并晾干。
6	注入量: 每次 200ml 为宜, 白天 1 次/2h, 24h 约用 1200ml~1800ml。
7	食物温度宜适中, 38℃~40℃为宜, 放于前臂内侧而不觉得烫, 方可注入。
8	食物应为流质, 渣质不宜过多, 以免阻塞胃管。
9	每次灌食前应先清洗, 保持口腔及鼻腔清洁。
10	避免胃管受压、扭曲、阻塞, 必要时可将患者的手作适当保护性约束。
11	注食过程及注食后如患者有以下异常: 不停咳嗽、呕吐、面色发紫、腹痛、腹胀等, 应即刻停止灌食, 叫医护人员予以处理。
12	插胃管过程可能出现并发症: 粘膜损伤、出血、插管失败, 诱发呼吸、心跳骤停; 留置胃管可能出现以下并发症: 呛咳、返流、呕吐后致窒息、吸入性肺炎、肺不张等。
13	医护人员将严格按规程进行留置胃管操作, 患者及(或)家属已全面了解胃管留置的目的、方法、注意事项, 同意插管及留置胃管, 签字为证
患者或家属签字:	与患者关系:
服务负责人:	日期:



附 录 F  
(资料性附录)  
居家护理访视包

表F.1给出了居家护理访视包配置标准，表F.2给出了居家护理访视包清洁保养记录内容。

表F.1 居家护理访视包配置标准表

	项目	单位	数量	管 理
无菌物品层	碘伏棉签	包	2	开封前确认有效期限及开封后使用期限
	酒精棉签	包	2	开封前确认有效期限及开封后使用期限
	干棉签	包	2	开封前确认有效期限及开封后使用期限
	注射器（5ml、10ml、20ml）	付	各 2	开封前确认有效期限及开封后使用期限
	无菌纱布	片	4	确认有效期限及包装完整
	医用敷贴	包	2	确认有效期限及包装完整
	一次性肝素帽	个	2	确认有效期限及包装完整
	塑瓶生理盐水（10ml）	支	5	确认有效期限及包装完整
	无菌手套	副	2	确认有效期限及包装完整，打开后为清洁
	一次性换药盘	付	2	确认有效期限及包装完整
	一次性镊子	个	2	确认有效期限及包装完整
	一次性治疗包	个	2	确认有效期限及包装完整
	一次性导尿包	个	2	确认有效期限及包装完整
	气囊导尿管	个	2	确认有效期限及包装完整
	一次性引流袋	只	2	确认有效期限及包装完整
	一次性胃管	根	2	确认有效期限及包装完整
	一次性检查手套	包	1	确认有效期限及包装完整，打开后为清洁
清洁物品层	血压计	个	1	随时保持清洁，每周定期以酒精棉球清洁
	听诊器	个	1	随时保持清洁，每周定期以酒精棉球清洁
	体温计	个	1	随时保持清洁，使用后清洗浸泡酒精棉球清洁
	血糖仪	个	1	随时保持清洁，每周定期以酒精棉球清洁
	帽子	包	1	随时保持清洁、补充用量
	口罩	包	1	随时保持清洁、补充用量
	绷带	卷	1	随时保持清洁、补充用量
	弹力绷带	卷	1	随时保持清洁、补充用量
	剪刀	个	1	随时保持清洁，使用后以酒精棉球清洁
	降温贴	片	4	随时保持清洁、补充用量
	纸胶	个	1	随时保持清洁、补充用量
	皮尺	个	1	随时保持清洁
随身用物层	各种纸质资料	张	适量	随时补充
	笔	个	2	随时补充
	名片	张	适量	随时补充
	医用垃圾袋	只	5	随时补充
	手消毒液	瓶	1	随时补充

表F.2 居家护理访视包清洁保养记录

保 养 要 求	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 访视包清洁：每月至少一次以肥皂液及清水进行访视包清洁。</li> <li>2 访视包内容物应保持数量足够，勿放置过多物品。</li> <li>3 灭菌物品应保持包装完整并在有效期内；清洁物品等应在使用期限内。</li> <li>4 血压计、血糖仪、听诊器、体温计等医疗仪器，沾污时立即清洁或以 75%酒精消毒，并保持功能正常。</li> <li>5 血糖仪应定期进行校正；血压计、血糖仪如发现操作异常应及时维修。</li> <li>6 个人防护用物：口罩、手套、及干洗手剂等需保持数量充足。</li> <li>7 居家护理访视包应定人定期进行维护，并由质控监督小组不定期抽查。</li> </ol>						
	保养记录						
日期	内外层 清洁	备用物品数 量充足	无菌物品有效 期内	清洁物品有 效期内	血压计/听诊器 /血糖仪/体温 计清洁功能	随身物品数 量充足	签名

## 附录 G

### (资料性附录)

### 居家护理上门评估

#### G.1 概述

居家护理上门评估是居家护理人员提供照护及收集病人资料最重要的策略，透过上门评估，居家护理人员可以观察到居民身体状况的变化，居住环境，家人间的互动，照护者执行照护的技巧等。现就访视前中后各期应注意事项，进行说明。

#### G.2 访视前期

##### G.2.1 准备期

- G.2.1.1 了解居民资料，包括详细了解评估人员对居民的评估及派遣单等。
- G.2.1.2 准备评估，准备各种记录表单及宣教单张等，第一次访视则需准备个案居家护理服务知情同意书。
- G.2.1.3 准备访视包、器材及个案需要的医用材料，访视包放置物品及器材时需注意感染控制的原则。
- G.2.1.4 建立访视计划，安排访视顺序。
- G.2.1.5 考量适当的社区资源。
- G.2.1.6 访视安全评估，了解居民家正确位置，周边访视安全性，填写访视路线。

##### G.2.2 接触期

- G.2.2.1 与家属或居民电话联系。
- G.2.2.2 介绍自己，机构及访视目的。
- G.2.2.3 与家属或居民确认访视时间。
- G.2.2.4 在派遣单上向管理中心回复上门评估访视时间及负责人。

#### G.3 家庭访视

##### G.3.1 安全

确认自身安全，包括访视时会有谁在家、家属的特质等等。

##### G.3.2 关系建立

- G.3.2.1 介绍自己，角色及访视目的。
- G.3.2.2 说明机构及其服务内容。
- G.3.2.3 说明居民权利，责任。
- G.3.2.4 与居民或家属先进行轻松会谈，了解居民照顾状况，建立良好照顾关系，获得家属及居民信任，并评估访视安全性。

##### G.3.3 评估处理

- G. 3. 3. 1 居民个人评估：如身体，心理，经济状况，用药情形，过去病史，生活型态及目前照护需求等。
- G. 3. 3. 2 家庭评估：家庭照顾支持系统及家庭成员健康状况，主要照顾者的照护技巧等。
- G. 3. 3. 3 环境评估：着重于居民居家安全及居住环境评估。
- G. 3. 3. 4 评估是否需要其他资源介入。
- G. 3. 3. 5 确认药物医嘱，剂量及护理者对药物知识是否足够。
- G. 3. 3. 6 评估护理人员护理技巧。
- G. 3. 3. 7 管路更换或其他治疗。
- G. 3. 3. 8 护理宣教指导。
- G. 3. 3. 9 收费。
- G. 3. 3. 10 预约下次访视日期及时间。

#### G. 4 访视后

- G. 4. 1 访视用物整理与复位。
- G. 4. 2 必要时联系及转诊其他医疗机构。
- G. 4. 3 必要时修正照护计划。
- G. 4. 4 如有检验标本则协助送验。
- G. 4. 5 撰写访视评估记录，完成服务记录。

附 录 H  
(规范性附录)  
外科伤口换药护理操作

表 H.1 给出了外科伤口换药护理操作细则，表 H.2 给出了外科伤口护理操作评价表。

表H.1 外科伤口换药护理操作细则

	步 骤	原 则 与 重 点
准 备 工 作	1.1 环境准备 1.2 仪容、仪表准备 1.3 备齐用物：换药包、胶布、手套根据伤口备外用生理盐水、PVP 碘 等	做好解释工作，取得居民及家属的理解 与配合
操 作 过 程	2.1 评估居民全身情况及环境，打开外层敷料，查看并评估伤口，盖外 层敷料 2.2 准备用物，洗手、戴口罩、根据伤口准备用物，弯盘内棉球放 置两侧，分别倒入生理盐水、PVP 碘溶液，浸湿棉球。 2.3 向居民解释，取适当体位，暴露换药部位，注意保暖和遮挡 2.4 伤口下垫一次性治疗巾 2.5 再次洗手，将换药所需物品放置操作方便的位置 2.6 戴一次性非无菌手套，用手打开外层敷料，放置在污物盘内，右手 持镊揭去内层敷料，左手持镊传递无菌物品 2.7 根据伤口分类，选择正确消毒方法和伤口内放置所需填充敷料 2.8 包扎固定伤口 2.9 摘下手套，安置居民，整理床单位。处理用物，洗手。填写伤口护 理评估记录，一次性消耗物品，签名，做好卫生宣教	<ul style="list-style-type: none"> <li>●观察伤口颜色、分泌物的性状等</li> <li>●注意保护居民隐私</li> <li>●镊子不可混用</li> <li>●清洁及消毒范围原则由内向外圆形清 洁，至少大于 5cm。</li> <li>●胶布固定美观、牢固</li> <li>●告之居民观察伤口有无红肿渗液等情 况，避免伤口受压，并告知注意事项及 下次换药时间</li> </ul>
操 作 后	3.1 动作轻柔、稳、熟练 3.2 关爱居民，与居民及家属有很好的沟通 3.3 灵活处理有关情况	注意事项： <ul style="list-style-type: none"> <li>●严格无菌操作,避免交叉感染，减少伤 口的暴露时间，双手持镊法正确，镊子 不可混用，一把夹无菌敷料，另一把接 触伤口</li> <li>●有干燥结痂或腐烂组织的各种伤口或 腔洞及窦道伤口，条件允许可予清创</li> </ul>

表H.2 外科伤口护理操作评价表

项目	操作步骤及要求
操作前	环境清洁、安静，光线明亮
	仪容、仪表整洁、穿清洁工作衣，洗手
	备齐用物：换药包、胶布、手套根据伤口备外用生理盐水、乙烯吡咯烷酮碘（PVP 碘）等
操作过程	评估居民全身情况及环境，打开外层敷料，查看并评估伤口，盖外层敷料。
	准备用物，洗手、戴口罩、根据伤口准备用物，弯盘内棉球放置两侧，分别倒入生理盐水、PVP 碘溶液，浸湿棉球
	向居民解释，取适当体位，暴露换药部位，注意保暖和遮挡
	伤口下垫一次性治疗巾
	再次洗手，将换药所需物品放置操作方便的位置
	戴一次性非无菌手套，用手打开外层敷料，放置在污物盘内，右手持镊揭去内层敷料，左手持镊传递无菌物品
	根据伤口分类，选择正确消毒方法和伤口内放置所需填充敷料
	包扎固定伤口
	摘下手套，安置居民，整理床单位。处理用物，洗手
	填写伤口护理评估记录，一次性消耗物品，居民及护士双签名。做好卫生宣教，并告知注意事项及下次换药时间
总体评价	动作轻柔、稳、熟练
	关爱居民，与居民及家属有很好的沟通
	灵活处理有关情况
注意事项	严格无菌操作，避免交叉感染，减少伤口暴露时间，发现异常，及时报告医生处理。双手持镊及时报告医生处理。双手持镊法正确，镊子不可混用，一把夹无菌敷料，另一把接触伤口
	有干燥结痂或腐烂组织的各种伤口，或腔洞及窦道伤口，条件允许可予清创
	注意保暖，保护居民隐私
	胶布固定美观、牢固

附 录 I  
(规范性附录)  
PICC 维护

表 I.1 给出了 PICC 维护护理操作细则，表 I.2 给出了 PICC 维护技术评价表。

表 I.1 PICC 维护护理操作细则

	步 骤	原 则 与 重 点
操作前	1.1 仪容、仪表准备 1.2 环境准备 1.3 物品准备：快速手消毒剂、一次性治疗巾 1 个、肝素帽 1 个、弯盘 1 个、生理盐水、碘伏棉签、75%酒精棉签、敷贴 10*15cm、20ml 注射器 1 副、皮尺 1 个、胶布 1 卷。	做好解释工作，取得居民及家属的理解与配合
操作过程	2.1 核对医嘱，向居民解释目的、过程及配合方法，询问居民有无酒精或碘酒过敏史 2.2 安置合适体位，穿刺侧肢体下垫无菌方巾 2.3 将注射器连接 7 号头皮针并连接肝素帽，预冲头皮针及肝素帽，排尽空气 2.4 除敷贴（从导管的远心端向近心端） 2.5 观察穿刺局部及导管置入的深度、有无移位，再次洗手或者免洗液消毒，戴无菌手套 2.6 用酒精棉片充分消毒连接器的螺纹口及外围 2.7 连接预冲好的肝素帽，拧紧 2.8 用胶布固定肝素帽，用 10ml 以上注射器抽吸生理盐水 10ml~20ml 正压封管。推注生理盐水时用力适当 2.9 用生理盐水棉球清除穿刺点局部渗血、渗液及导管上的胶布痕迹 2.10 皮肤消毒：以穿刺点为中心，碘伏或其他消毒液棉球以内向外螺旋方式消毒 3 遍（第一遍顺时针、第二遍逆时针、第三遍顺时针），穿刺点上下各 10cm，两侧到臂缘 2.11 再消毒导管的上、下两面，待干 2.12 用过敏胶布固定肝素帽，穿刺点为中心，贴上新的无菌透气膜，透明膜盖住连接器的翼形一半，膜平整紧密粘贴于皮肤上，膜下无气泡 2.13 用过敏胶布交叉固定肝素帽和连接器，另一条胶布横向固定连接器 2.14 在敷贴的标签上注明导管的维护日期，操作者签名，核对导管的置入深度	<ul style="list-style-type: none"> <li>●禁用静脉输液或普通静脉推注的方式冲管和封管</li> <li>●消毒顺序为：第一、三遍顺时针消毒，第二遍逆时针消毒</li> <li>●准确记录及签名</li> </ul>
操作后	3.1 整理用物 3.2 洗手 3.3 宣教 3.4 记录：在护理记录单上记录护理的日期、时间、局部皮肤情况、导管是否通畅、导管体内深度、并签全名	注意事项： <ul style="list-style-type: none"> <li>●深静脉置管后 24h 需更换一次敷贴，以后每周更换一次敷贴、肝素帽，如有潮湿或敷料卷边应及时更换</li> <li>●避免置管肢体测血压、提重物（不大于 1 热水瓶重量），避免引体向上、托举哑铃，避免游泳；如有进水，及时更换敷贴；</li> <li>●由于过度活动牵动导管而导致管体外部分破损、断裂时应立即就医修复导管，以防导管滑落到体内</li> </ul>

表I.2 PICC维护技术评价表

项目	操作要求
操作前	工作衣、帽、鞋穿戴整齐，符合规范
	环境清洁，光线明亮
	已修剪指甲、规范洗手，戴好口罩
	备齐用物，放置合理
操作过程	核对医嘱，向居民解释目的、过程及配合方法，询问居民有无酒精或碘酒过敏史
	安置合适的体位，穿刺侧肢体下垫无菌方巾
	将注射器连接7号头皮针并连接肝素帽，预冲头皮针及肝素帽，排尽空气
	除敷贴（从导管的远心端向近心端）
	观察穿刺局部及导管置入的深度、有无移位
	再次洗手或者免洗液消毒，戴无菌手套
	用酒精棉片充分消毒连接器的螺纹口及外围
	连接预冲好的肝素帽，拧紧
	用胶布固定肝素帽，用10ML以上注射器抽吸生理盐水10ml~20ml正压封管。推注生理盐水时用力适当
	用生理盐水棉球清除穿刺点局部渗血、渗液及导管上的胶布痕迹
	皮肤消毒：以穿刺点为中心，碘伏或其他消毒液棉球以内向外螺旋方式消毒3遍（第一遍顺时针、第二遍逆时针、第三遍顺时针），穿刺点上下各10cm，两侧到臂缘
	再消毒导管的上、下两面，待干
	用抗过敏胶布固定肝素帽，穿刺点为中心，贴上新的无菌透气膜，透明膜盖住连接器的翼形一半，膜平整紧密粘贴于皮肤上，膜下无气泡
用抗过敏胶布交叉固定肝素帽和连接器，另一条胶布横向固定连接器	
在敷贴的标签上注明导管的维护日期，操作者签名，核对导管的置入深度	
操作后	整理用物
	妥善安置居民，做好导管相关知识宣教
	记录维护情况：局部皮肤情况、导管是否通畅、导管体内深度、更换肝素帽及敷贴的时间
质量控制	严格执行无菌操作
	对居民的态度、与居民及家属的沟通、对居民的关心、操作熟练程度



附 录 J  
(规范性附录)  
鼻饲操作

表 J.1 给出了鼻饲操作细则，表 J.2 给出了鼻饲操作评分。

表J.1 鼻饲操作细则

步 骤		原 则 与 重 点
操作前	1.1 环境准备 1.2 仪容、仪表准备 1.3 用物：治疗碗（温开水 150ml~200ml）、弯盘、治疗巾、石蜡油棉球、一次性胃管、压舌板、流质灌食器、棉签、听诊器、鼻饲液、胶带、手套、别针、试水杯、水温计、手电筒、标签纸	做好解释工作，取得居民及家属的理解与配合
操作过程	2.1 核对医嘱及知情同意书 2.2 洗手，测量生命征象，检查鼻腔、口腔黏膜的完整性 2.3 测开水和流质温度，准备胶布 2.4 协助合适体位 2.5 颌下铺治疗巾，置弯盘于居民胸前，清洁鼻腔、鼻翼 2.6 拆一次性胃管至 1/3 处，拆灌注器、压舌板、石蜡油棉球放入弯盘内，戴听诊器，戴手套 2.7 检查胃管（检查通畅度、光滑度、完整性），正确测量胃管放置长度 2.8 右手持石蜡油棉球润滑胃管，将胃管经由鼻孔缓缓插入，经过喉部时(约 14cm~16cm)，请居民作吞咽的动作，将胃管顺势推进，插入长度适宜 2.9 压舌板轻压舌部检查胃管有无在口腔内盘绕 2.10 判断是否在胃内 2.11 脱手套，胃管固定妥当，标签明确,洗手 2.12 注入少量温开水，再缓缓注入流质，完毕后注入少量温开水冲洗胃管 2.13 上提胃管，封闭胃管开口端 2.14 治疗巾清洁鼻部，别针固定 2.15 协助居民取舒适卧位	<ul style="list-style-type: none"> <li>●温度 37℃~40℃之间</li> <li>●取半坐卧位或摇高床头 30°~35°</li>   <li>●发际至胸骨剑突</li>   <li>●插管时，若居民发生呛咳，应暂停往前推进，若发生咳嗽加剧或呼吸困难等现象应立即将胃管拔出，待居民咳嗽平缓后再重新插入，插入长度成人约 45cm~55cm</li> <li>●判断胃管在胃内的方法：1.试水 2.抽胃液 3.听气过水声</li> <li>●注意点：插管前将胃管末端扣上 抽出胃液仍予打回胃内 听气过水声后须回抽打入的空气</li> </ul>

表J.1 (续)

操作 后	3.1 整理用物，处理污物。 3.2 洗手 3.3 讲解宣教 3.4 记录	宣教内容:1.每次鼻饲前均需评估胃管：是否在胃内，有无食物滞留。2.每次灌注量不能超过 200ml，间隔时间大于 2h，注入速度应缓慢。3.鼻饲后保持原卧位 30min~60min 特殊情况的处理：1.胃排空不佳时，残余量小于 100ml 时，可灌入一半食物。残余量大于 100ml 时，可停餐一次。一 h 后再确认。2.出血的处理：当反抽物为咖啡色时，暂停一餐，若反抽液咖啡量多时，应上级医院进一步检查。3.如遇到胃管滑脱，及时与居家护理人员联系
---------	--	---

表J.2 鼻饲操作评价表

项目	评分内容
操作前准备	环境清洁、安静，光线明亮
	仪容、仪表整洁、规范洗手、戴口罩
	备齐物品：治疗碗（温开水 150ml~200ml）、弯盘、治疗巾、石蜡油棉球、一次性胃管、压舌板、流质灌食器、棉签、听诊器、鼻饲液、胶带、手套、别针、试水杯、水温计、手电筒、标签纸
操作过程	核对医嘱及知情同意书
	向居民解释及说明过程
	洗手，测量生命征象，检查鼻腔、口腔黏膜的完整性
	帮助取半坐卧位或摇高床头 30°~35°（根据病情），协助合适体位
	测开水和流质温度于 37℃~40℃
	准备胶布

	颌下铺治疗巾，置弯盘于居民胸前，清洁鼻腔、鼻翼
	拆一次性胃管至 1/3 处，拆灌注器、压舌板、石蜡油棉球放入弯盘，戴听诊器，戴手套
	检查胃管，正确测量胃管放置长度（发际至胸骨剑突）

表J.2（续）

操作过程	右手持石蜡油棉球润滑胃管，轻轻插入居民鼻腔，插入深度 14cm~16cm 时嘱居民做吞咽动作，插入长度适宜
	压舌板轻压舌部，检查胃管有无在口腔内盘绕
	三种方法判断是否在胃内(1.试水 2.抽胃液 3.听气过水声并回抽空气)
	脱手套，胃管固定妥当，标签明确,洗手
	注入少量温开水，再缓缓注入流质，完毕后注入少量温开水冲洗胃管
	上提胃管，封闭胃管开口端
	治疗巾清洁鼻部，别针固定
	协助居民取舒适卧位，交代注意事项
	整理用物，处理污物，灌注器清洁备用，洗手
操作后评价	动作轻柔，注意与居民及家属的沟通，关心居民，操作熟练度
注意事项	每次鼻饲前均需评估胃管：是否在胃内，有无食物潴留
	插管过程中居民出现呛咳、呼吸困难、紫绀等，表示误入气管，应立即拔出，休息片刻重插
	鼻饲液温度 37℃~40℃，每次灌注量不能超过 200ml，间隔时间大于 2h，注入速度应缓慢
	鼻饲后保持原卧位 30min~60min
	如有异常情况，及时与医生联系

附 录 K  
(规范性附录)  
导尿技术操作

表 K.1 给出了导尿技术操作细则，表 K.2 给出了女性居民导尿评价表。

表K.1 导尿技术操作细则

	步 骤	原 则 与 重 点
操作前	1.1 环境准备 1.2 仪容、仪表准备 1.3 用物：无菌导尿包 外阴消毒包 气囊导尿管 无菌手套 检查手套 无菌引流袋 消毒溶液 垫巾 便盆 屏风 别针	做好解释工作，取得居民及家属的理解与配合
操作中	2.1 核对医嘱及知情同意书，向居民解释及操作过程 2.2 关闭门窗，屏风遮挡 2.3 协助居民取仰卧位，评估居民，检查引流袋包装并打开，固定于床沿 2.4 脱对侧裤腿盖于近侧腿部 对侧腿部用棉 被遮盖，双腿外展屈膝，暴露外阴，注意保暖 2.5 将垫巾垫于居民臀下，打开外阴消毒包，置于双腿间，戴左手手套，右手持血管钳夹棉球，消毒外阴，每个棉球只用一次 2.6 按无菌操作技术打开导尿包，倒消毒液，拆一付 10ml 的空针置入导尿包 2.7 用 20ml 针筒抽无菌用水 15ml，置于旁边 2.8 戴无菌手套，铺洞巾使其与导尿包形成无菌区，排列好无菌物品 2.9 检查气囊导尿管是否漏气，用液体石蜡棉球润滑导尿管前端，放入弯盘内备用 2.10 将弯盘移近外阴处，左手拇指、食指分开小阴唇并固定，右手持血管钳夹消毒棉球，自上而下，由里向外分别消毒尿道口，两侧小阴唇，尿道口，每个棉球只用一次 2.11 左手继续固定小阴唇，右手用血管钳持导尿管对准尿道口轻轻插入 4cm~6cm，见尿后再插入 1cm~2cm，根据居民情况调整插入长度，血管钳夹住导尿管末端，向气囊内注入 10ml~15ml 无菌生理盐水，轻拉导尿管有阻力感，则证实导尿管已固定在膀胱内，如需尿培养，用无菌标本瓶接取中段尿液 5ml，盖好瓶盖。 2.12 取下洞巾，接上引流袋，固定于床边 2.13 协助穿上裤子，并取舒适的卧位	<ul style="list-style-type: none"> <li>●注意遮挡，保护居民隐私</li> <li>●观察会阴部的外观，有无分泌物及性状，必要时清洗会阴</li> <li>●外阴消毒顺序：阴阜→大腿内侧上三分之一→大阴唇→小阴唇→尿道口至肛门</li> <li>●检查无菌导尿包日期</li> <li>●核对无菌手套的日期及型号</li> <li>●排列好无菌物品，将消毒外阴的用物放于近会阴处，以免跨无菌区。</li> </ul>

表K.1 (续)

操作 后	<p>3.1 整理用物</p> <p>3.2 洗手</p> <p>3.3 宣教</p> <p>3.4 记录:记录尿量、尿液性状及居民反应</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●按废弃物处理原则进行</li> <li>●每日饮水量在 2000ml~2500ml 以上，限水居民则需按医嘱维持进行。</li> <li>●注意观察尿液的颜色及性状，如有浑浊、尿频、发热等症状及时与医生联系，必要时就医。</li> <li>●每天记录摄水量及尿液排出量。</li> <li>●留置导尿管期间防止尿管打折、弯曲、受压、脱出等情况发生，保持通畅</li> <li>●保持尿袋高度低于耻骨联合水平，防止逆行感染</li> </ul>
---------	--	---

表K.2 女性居民导尿评价表

项目	评分内容
操作准备	1 护士准备：仪态端庄、衣帽整洁、指甲不过甲缘、洗手、戴口罩
	2 环境清洁
	3 备齐用物，放置合理，检查一次性物品质量
评估个案	评估居民病情，了解居民膀胱充盈度及局部皮肤情况，向居民及家属解释导尿的目的、注意事项，取得居民的配合。
操作要点	1 携用物至居民床旁，核对医嘱及知情同意书，请无关人员离开；关闭门窗，拉窗帘为居民遮挡，必要时清洗外阴。
	2 操作者站在居民右侧，松被角，协助居民脱对侧裤腿盖在近侧腿上，取仰卧屈膝位，双腿略外展，暴露外阴，注意保暖。
	3 打开无菌包，将垫巾垫于居民臀下，消毒弯盘放于居民两腿之间，戴左手套，右手持血管钳夹棉球，消毒外阴，再以左手拇、食指分开大阴唇，擦小阴唇及尿道口到肛门（由外向内，由上向下擦洗），每个棉球只用一次。
	4 撤去用物置于合适位置
	5 在居民两腿之间打开导尿包，按无菌技术操作打开内层治疗巾，戴无菌手套，铺洞巾使其与导尿包形成一无菌区，排列好无菌物品，将消毒外阴的用物放于近会阴处，以免跨无菌区。
	6 检查气囊导尿管，试气，用液体石蜡棉球润滑导尿管前端，放入弯盘内备用。
	7 检查引流袋，连接引流袋。
	8 将弯盘移近外阴处，左手拇、食指分开小阴唇并固定，右手持血管钳夹消毒棉球，自上而下，由里到外分别消毒尿道口、两侧小阴唇、尿道口，每个棉球限用1次。
	9 左手继续固定小阴唇，右手用血管钳持导尿管对准尿道口轻轻插入4cm~6cm，见尿液后再插入1cm~2cm，根据居民情况调整插入长度，固定尿管并向气囊内注入适量（10ml~15ml）无菌生理盐水，轻拉导尿管有阻力感，即证实导尿管已固定于膀胱内，如需做尿培养，用无菌标本瓶接取中段尿液5ml，盖好瓶盖。
	10 夹住引流管撤去洞巾将引流袋固定于床边。
	11 整理床单位、清理用物、拉开窗帘、打开门窗、洗手、记录。
指导个案	1. 指导居民放松，在插管过程中协调配合，避免污染。
	2 告知留置尿管期间保证充足入量，预防发生感染和结石。
	3 告知居民在留置尿管期间防止尿管打折、弯曲、受压、脱出等情况发生，保持通畅。
	4、告知居民保持尿袋高度低于耻骨联合水平，防止逆行感染。
	5、指导长期留置尿管的居民进行膀胱功能训练及骨盆底肌的锻炼，以增强控制排尿的能力。

附 录 L  
(规范性附录)  
居家肌肉注射操作

表 L.1 给出了居家肌肉注射操作细则，表 L.2 给出了居家肌肉注射评价表。

表L.1 居家肌肉注射操作细则

	步 骤	原 则 与 重 点
操作前	1.1 着装整洁 1.2 核对医嘱单 1.3 用物：碘伏、酒精、棉签、污物盒、砂轮、开瓶器（密封瓶时准备），按医嘱准备药物、注射器，快速手消毒剂，锐气盒	做好解释工作，取得居民及家属的理解与配合
操作中	2.1 环境清洁、洗手、戴口罩 2.2 三查七对按医嘱准备好药物，并检查有效期、澄清度、有无絮状物 2.3 先将安瓿尖端药液弹至体部，砂轮锯痕再酒精消毒后折断 2.4 取注射器，检查有效期、密封性及注射器是否完好、针筒针头是否牢固。抽取药液前先核对安瓿药名，正确手法抽取，再次查看安瓿药名 2.5 抽毕将安瓿套在针头上，再次向居民解释（抗生素类药品应询问过敏史），围屏风/床帘，协助居民取合适体位 2.6 选择正确注射部位，用碘伏棉棒消毒皮肤（直径 5cm），再次三查七对。 2.7 手持针筒，排尽空气。左手拇指与食指分开绷紧注射部位皮肤，右手提笔式握住针筒，用手臂带动腕关节，垂直刺入针头 2/3，松开左手抽动活塞，检查无回血后，将药液缓慢注入。 2.8 注射完毕左手持干棉签按于针眼快速拔针。 2.9 协助居民拉平衣裤，整理床单位，安置居民并做好宣教，再次三查七对。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●严格遵守三查七对制度</li> <li>●折断安瓿后观察药液是否澄清有无碎片</li> <li>●介绍药物的作用，评估注射部位的情况，注意保护隐私</li> <li>●协助居民取侧卧位，上腿伸直，下腿屈曲，暴露臀部。用十字法或连线法选择注射部位，消毒直径在 5cm 以上，不得跨越无菌区</li> <li>●注射手法正确，推药速度均匀</li> </ul>

表L.1 (续)

操作 后	3.1 整理床单位及用物 3.2 洗手 3.3 健康宣教 3.4 记录	注意事项： <ul style="list-style-type: none"> <li>●切勿把针梗全部刺入，以防从根部折断。万一折断，应保持局部与肢体不动，速用血管钳夹住断端拔出。</li> <li>●长期肌肉注射的居民，注射部位交替更换，减少结节的发生。</li> <li>●两种药液同时注射时，要注意配伍禁忌，在不同部位注射。</li> <li>●根据药液的量、粘稠度和刺激性的强弱选择合适的注射器和针头。</li> <li>●避免在瘢痕、结节、发炎、皮肤病及旧针眼处注射。淤血及血肿部位不能进行注射。</li> </ul>
---------	--	---

表L.2 居家肌肉注射评价表

项目	内 容
目的	不易口服或不能作静脉注射药物，用肌肉注射法通过血运使药物迅速至全身发生疗效。
用物	碘伏、酒精、棉签、污物盒、砂轮、开瓶器（密封瓶时准备），按医嘱准备药物、注射器，快速手消毒剂，锐气盒。
操作步骤	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 环境清洁、洗手、戴口罩</li> <li>2 三查七对按医嘱准备好药物，并检查有效期、澄清晰度、有无絮状物</li> <li>3 先将安瓿尖端药液弹至体部，砂轮锯痕再酒精消毒后折断。</li> <li>4 取注射器，检查有效期、密封性及注射器是否完好、针筒针头是否牢固。抽取药液前先查对安瓿药名，正确手法抽取，再次查看安瓿药名。</li> <li>5 抽毕将安瓿套在针头上，再次向居民解释，（抗生素类药品应询问过敏史），围屏风/床帘，协助居民取合适位置。</li> <li>6 选择正确注射部位，用碘伏棉棒消毒皮肤（直径 5cm），再次三查七对。</li> <li>7 手持针筒，排尽空气。左手拇指与食指分开绷紧注射部位皮肤，右手提笔式握住针筒，用手臂带动腕关节，垂直刺入针头 2/3，松开左手抽动活塞，检查无回血后，将药液缓慢注入。</li> <li>8 推注完毕左手持干棉签按于针眼快速拔针。</li> <li>9 协助居民拉平衣裤，整理床单位，安置居民并做好宣教，再次三查七对。</li> <li>10 整理用物。</li> <li>11 洗手。</li> </ol>
注意事项	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 严格三查七对，严格无菌操作。</li> <li>2 换居民注射前，要用消毒小毛巾或快速消毒液擦净双手。</li> <li>3 需长期肌肉注射者，应交替更换注射部位。</li> <li>4 同时注射两种药液时，要注意配伍禁忌，最好更换注射部位。</li> </ol>



表L.2 (续)

注意事项	5 粉剂药物按说明书介绍正确使用溶媒，不能擅自变动。
	6 选择合适的注射部位，避免神经和血管，回抽无回血时方可注射。
	7 应当避开炎症、硬结、瘢痕等部位注射。
	8 注射时切勿将针梗全部刺入，以防针梗从根部折断。一旦发生断针，即用一手捏紧局部肌肉，以防针头移位，并尽快用止血钳将断针取出，通知医师。