

護理評估操作手冊

第二版 制定日期 202003

護理過程包含：護理評估、護理問題/計畫(目標-介入措施-評值)、及護理紀錄；護資系統運用：資料串聯、防呆機制、計算配對、定義說明等功能，以協助使用者達到：知-作-寫合一。其中入/住院護理評估以 Gordon's 健康功能評估為基礎，並加入本院特色重點，依照年齡與科別，綜整為由頭到腳排序之評估。

1. 打開 PTCH Nursing System 首頁，登錄職編 & 密碼



2. 展開病人清單:

(1). 系統自動帶出人員歸屬單位；若支援其他單位，可自行選擇單位別。

(2). 點擊**病患清單**，點選個人負責照護組別之病人(複選)後，按**儲存並返回** 鍵



3. (1). 點選病人(Highlight 淺藍), 可見註記 顯示於頁籤上方[照護提醒], 內容包含: DRG (住院天數/應住天數)、DNR、安寧、保險類別、是否為高齡、高危跌倒、AV shunt、出服照會...等重要訊息, 此資料將存在於本系統所有介面上方
- (2). + 點擊 護理評估, 即可展開該病人之評估介面

屏基護理資訊系統 PTCH Nursing System

【姓名】 [] 【床號】 572-1 【病歷號】 459017 【出生年月】 1930/08/20
 【年齡】 89 【性別】 男
 【照護提醒】 DRG(2/6)、高齡、不維生醫療、安寧、DNR、榮民健保、高危跌倒、左手部位動靜脈瘻管禁作治療

病患清單 (1) 5C 綜合科病房 所有醫生 所有病患TPR

轉介	註記	床號	病歷號	姓名	入院時間	性別	生日	醫生姓名	住院原因
刪除	✓	571-1	253273	[]	2020/02/16	女	1935/11/07	吳榮州	胸痛
刪除	✓	572-1	459017	[]	2020/02/29	男	1930/08/20	蕭惠元	末期腎疾病
刪除	✓	573-1	373443	[]	2020/03/01	女	1966/08/21	陳志如	右側肩關節半脫位之初期照護
刪除	✓	574-1	924098	[]	2020/02/25	男	1946/02/07	詹益群	胃腸道出血
刪除		574-3	516897	[]	2020/02/19	男	1974/12/11	蔡元榮	酒精性肝硬化未伴有腹水

護理評估 護理計畫 護理紀錄

4. 依病人入院狀況與科別展開相應評估內容

4-1 入院護理評估(含[基本資料]-個人資料、家庭狀況、入院狀態及[護理評估])

A. 個人資料-(1). 自動帶入[評估日期]與[評估時間], 使用者可修改。

(2). 資料維護原則-自動帶入院方資料庫原有之基本資料(藍字), 若與事實不符, 修改存檔後會回寫至系統。唯有更正姓名或身分證字號, 需病人或家屬親自攜帶相關證件至醫療業務課窗口登記修改。

屏基護理資訊系統 PTCH Nursing System

【姓名】 [] 【床號】 572-1 【病歷號】 459017 【出生年月】 1930/08/20
 【年齡】 89 【性別】 男
 【照護提醒】 DRG(2/6)、高齡、不維生醫療、安寧、DNR、榮民健保

【基本資料】

個人資料

家庭狀況

入院狀態

【護理評估】

頭部

胸部

腹部

皮膚/管路

活動

調適

評估清單

評估歷程

新增每日評估

護理計畫

(1). 【評估日期】 2020/03/02 【評估時間】 13:46 00:00

【個人資料】

【姓名】 []

【年齡】 89歲7個月

【出生年月日】 1930/08/20

【病歷號】 459017

【床號】 572-1

【身分證字號】 T101745890

(2). 【住址】 [] 號

【電話】 []

【手機】 []

【E-Mail】 [] 1 [] 女兒

【入院日期】 2020/02/29

【入院時間】 13:56:50

B. 逐步評估至頁尾點選 **暫存** =暫存； **下一頁** =暫存+下一頁



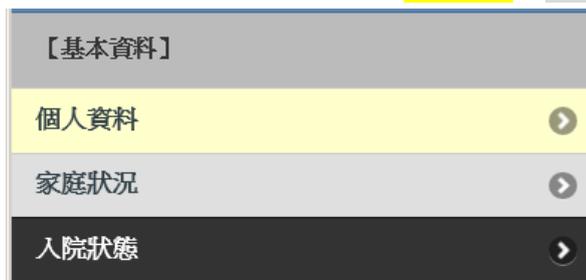
此時應評而未評之欄位 將跳訊息提示如下：



若仍按**確定**→即到下一頁；若**取消**→即返回未完成頁面，可見該項為評欄位標有紅色* 或整欄**黃底**



應評而未評之評估頁簽呈**淺黃色**、淺灰表示評估完成、**深黑**為目前頁簽



C. 增修功能-系統將帶出病人於本院之舊病歷資料，當與現況不同可增修，如:住院、手術、用藥史等資料，若有外院資料可將**無**改**有**，並於下展欄位**新增**；當輸入錯誤要將**有**改**無**，則需先刪除資料方可修改。但重要資訊如：**藥物過敏**、**口述血型**，若與系統呈現不同，則於勾選後，主動通知主治醫師/NP，以利後續確認&進行相應處置。



【檢驗項目】	【檢驗項目】
B型肝炎表面抗原： 2018/11/13 : Nonreactive (0.26 S/CO) 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 有反應	B型肝炎表面抗原： 2018/11/13 : Nonreactive (0.26 S/CO) 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input checked="" type="radio"/> 有反應
愛滋病毒： 2018/11/13 : Nonreactive (0.13 S/CO) 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	愛滋病毒： 2018/11/13 : Nonreactive (0.13 S/CO) 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性
梅毒： 【RPR】 2018/11/13 : Nonreactive 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	梅毒： 【RPR】 2018/11/13 : Nonreactive 外院檢驗結果： <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性

【住院史】

無 有

【HIS】住院資料：

住院日期	出院日期	主診斷	次診斷
2020/02/11	2020/02/25	發燒	末期腎疾病
2017/07/18	2017/07/25	末期腎疾病	
2017/07/11	2017/07/15	末期腎疾病	

住院日期：

出院日期：

主診斷：

次診斷：

【住院史】

無 有

【HIS】住院資料：

住院日期	出院日期	主診斷	次診斷
2020/02/11	2020/02/25	發燒	末期腎疾病
2017/07/18	2017/07/25	末期腎疾病	
2017/07/11	2017/07/15	末期腎疾病	

住院日期：

出院日期：

主診斷：

次診斷：

【護理評估】住院資料：

刪除	住院日期	出院日期	主診斷	次診斷
<input type="checkbox"/>	2015/01/02	2015/01/12	fever	

【血型】

資料來源：血庫系統

A+

資料來源：口述

血型

不詳 A B AB O

RH

不詳 + -

【血型】

資料來源：血庫系統

A+

資料來源：口述

血型

不詳 A B AB O

RH

不詳 + -

【口述與血庫資料不符】請檢查血型資料。

VS

D. 評估欄位會依照勾選內容，加展需評欄位，並在下方以綠字提示定義

【胃管評估】

【情形】

無 鼻胃管 胃造瘻 十二指腸造瘻

【目的】

自然引流 抽吸減壓 灌食

【腸胃管路消化情形】

佳 差

反抽量： ml

佳：胃反抽量小於灌食量的1/2、反抽液為澄清透明的液體或含白色粉末液體。
 差：胃反抽量>灌食的1/2量或胃殘留量達200ml、反抽液為豆花狀(凝固塊狀)。

E. 套組增修功能-依評估資料需求，部份評估套組選取後**存檔**，以表格方式呈現，可多次**新增**或**修改**；除非評估錯誤，否則**不可**刪除。

【皮膚狀況】

【顏色】

【溫度】

【性質】

【完整性】

請新增以下評估

種類：

壓傷等級：

一級：
皮膚完整但局部發紅，施以指壓不會變白，膚色較深者可能呈現出不同顏色。在皮膚顏色轉變前，可能會先出現可反白的紅斑或感覺異常、溫度改變及出現硬腫的情形。但顏色的變化不包含紫色或褐色，因可能表示有深層組織損傷。

開始日期：

癒合日期：

部位： 長： cm x 寬： cm x 深：

異常類型	部位	長 (cm)	寬 (cm)	深 (cm)	滲出液形式	滲出液顏色	滲出液量	發生地點	開始日期	癒合日期		
<input checked="" type="button" value="刪除"/>	壓傷-第二級	左臀	2.0	2.0		無	無	無	院外帶入-家中	2019/09/30		<input checked="" type="button" value="修改"/>

F. 並非所有欄位皆為必填，如：瞳孔大小、腹圍、反抽量、父親姓名...等，有執行評估/資料才寫。

G. 智慧化協助判斷設計-如 GCS 15 分→自動帶 **清醒**；GCS 3 分→自動帶 **昏迷**；便秘→自動帶 **天 1 次**；腹瀉→自動帶 **1 天 次**；本院出生新生兒，系統會將母親家族史與個人病史→帶入新生兒家族史；兒童之父母資料填妥後，下方之第一聯絡人若勾選**父**或**母**→自動帶姓名相關已填資料；產科 LMP→自動帶 **EDC**；自動計算數據...等，期待更多建議。

The image displays several screenshots of a medical software interface with red boxes highlighting specific features:

- GCS Score Selection:** Two screenshots show the Glasgow Coma Scale (GCS) score selection. The first shows a score of 15, with dropdowns for Eye (E) at 4 (spontaneous), Verbal (V) at 5 (oriented), and Motor (M) at 6 (obeys). The second shows a score of 3, with all three categories (E, V, M) set to 1 (no response).
- Alertness Selection:** Two screenshots show the alertness state selection. The first shows '清醒' (Awake) selected, with other options like '嗜睡' (Drowsy), '混亂' (Confused), '躁動' (Irritable), '缺乏定向感' (Disoriented), '木僵' (Stupor), and '昏迷' (Coma). The second shows '昏迷' selected.
- Bowel Frequency Selection:** Two screenshots show the bowel frequency selection. The first shows '腹瀉' (Diarrhea) selected, with a frequency of 1 time per day. The second shows '便秘' (Constipation) selected, with a frequency of 1 time per day.
- Contact Person Selection:** Two screenshots show the contact person selection. The first shows the mother's information, with '母' (Mother) selected as the relationship. The second shows the father's information, with '父' (Father) selected as the relationship.
- Obstetric History:** A screenshot shows the obstetric history section, including '最後一次月經日期(LMP): 2019/05/27', '預產期(EDC): 2020/03/04', and '子宮頸口擴張(OS): 2 cm'.
- Oxygen Concentration:** A screenshot shows the oxygen concentration (FiO2) input field, with a value of 2 and a percentage of 28%.

- H. 依評估結果判斷自動照會-如:營養、社工、院牧、身心科醫師、戒菸個管、出服個管；自動傳輸 SPMSQ 智能缺損至 Progress Note 提示主治醫師& NP, 及失智共照個管，以利後續及時轉介照護；自動判斷跌倒危險等級...等；並依**異常值**(Highlight 該格或整欄變紅色)提示相關護理診斷，並帶入交班與記錄。
- I. 權限&提示-入院評估顧及交接班因素，不限制修改權限，會記錄最後評估時間與最後修改評估者姓名，仍需依 SOP 於入院 24 小時內完成記錄，未及時完成之評估將傳送報表給 HN & SV，並帶入每班工作清單(彩色-未完成，黑白-已完成)。

【基本資料】																		
【日期】		【目前時間】		【班別】		【護理師姓名】		【照護病患人數】		【單位別】								
2020/03/03		11:10:31		D		鄭真		8人										
床號	姓名	病歷號	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	評估	紀錄	活動	點滴/輸血	PRN	ORDER	ST
571-1		253273															<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
572-1		459017																
574-1		847117															<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
574-2		984455																
575-1		917099																
577-1		P48467																
582-3		247501																<input checked="" type="checkbox"/>
583-2		321167																

4-2 每日評估-成人

- (1) 身體評估由頭→腳，系統將帶入上次評估資料，請主護注意再確認。若全部未修改即存檔，系統將提示是否不改，若按 **是** 即存為本次記錄，只有記錄者可修改其記錄。

【護理評估】	
頭部	>
胸部	>
腹部	>
皮膚管路	>
活動	>
評估清單	>
評估歷程	>
展開BSRS評估	>
護理計畫	>
連結TPR	>

【評估日期】 2020/03/03 【評估時間】 11:23 00:00

【格拉斯哥昏迷指數(GCS)]

Eye(E): 1分(無反應:none)

Verbal(V): 4分(答非所問:confused)

Motor(M): 4分(離開疼痛部位:withdra...)

總分: 9

【瞳孔大小]

右眼: 3.0 ±(隱約微弱遲鈍:trace)

左眼: 3.0 ±(隱約微弱遲鈍:trace)

【意識狀態]

清醒 嗜睡 混亂

躁動 缺乏定向感 木僵

昏迷

- (2) 必要時，隨時可展開 BSRS 評估，以利進行心理評估及後續照會&處遇



4-3 每日評估-婦科(含安胎)

<p>【陰道分泌物】</p> <p>無 <input checked="" type="radio"/> 有</p> <p>性質： <input checked="" type="radio"/> 清澈 <input type="radio"/> 混濁 <input type="radio"/> 膿狀 <input type="radio"/> 黏液狀</p> <p>氣味： <input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 惡臭</p> <p>顏色： <input checked="" type="radio"/> 淡紅 <input type="radio"/> 鮮紅 <input type="radio"/> 褐色 <input type="radio"/> 黃綠 <input type="radio"/> 黃色 <input type="radio"/> 乳白色 <input type="radio"/> 透明</p>	<p>【生殖系統評估】</p> <p>【破水】</p> <p>無 <input checked="" type="radio"/> 有</p> <p>【出血】</p> <p>無 <input checked="" type="radio"/> 有</p> <p>【宮縮】</p> <p>無 <input checked="" type="radio"/> 有</p> <p>頻率：<input type="text" value="120~150"/> 分/次</p> <p>壓力強度：<input type="text" value="10"/> mmhg</p> <p>持續時間：<input type="text" value="20~30"/> 秒</p>
--	--

4-4 每日評估-產科

<p>【胸部】</p> <p>右側乳頭：<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常</p> <p>左側乳頭：<input type="radio"/> 正常 <input checked="" type="radio"/> 異常</p> <p><input type="radio"/> 凹陷 <input type="radio"/> 紅腫 <input checked="" type="radio"/> 破皮 <input type="radio"/> 發癢 <input type="radio"/> 疼痛</p> <p>乳房：<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 腫脹 <input type="radio"/> 充盈</p> <p>乳汁：<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 少量 <input type="radio"/> 中量 <input checked="" type="radio"/> 多量</p>	<p>產後生殖系統評估</p> <p>子宮底高度：<input type="radio"/> 臍上 <input type="radio"/> 臍平 <input checked="" type="radio"/> 臍下 <input type="text" value="1"/> 指</p> <p>宮縮狀況：<input checked="" type="radio"/> 硬 <input type="radio"/> 軟</p> <p>產後血氣味：<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 惡臭</p> <p>產後血顏色：<input type="radio"/> 淡紅 <input checked="" type="radio"/> 鮮紅 <input type="radio"/> 褐色</p> <p>產後血量：<input checked="" type="radio"/> 少量 <input type="radio"/> 中量 <input type="radio"/> 多量</p> <p>會陰：<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 腫脹 <input checked="" type="radio"/> 疼痛 <input type="radio"/> 感染</p>
---	--

另，本院產科品質指標依據護理評估資料彙整，已全數自動化。

4-5 兒童-入院評估-依年齡展出相應評估項目

【動作發展】 (6M-2歲填此表格)

粗動作：
 吸吮反射
 翻身獨坐
 爬行
 站立
 走
 跑
 跳

細動作：
 以手移動
 抓取物品
 雙手交換
 指尖取物
 拿筆畫畫

社會反應：
 反應性微笑
 自動對人微笑
 認生
 躲貓貓
 家家酒
 自己進食

語言：
 轉向聲源
 第一期發生(ㄅㄆㄇ...)
 第二期發生(ㄅㄆㄇㄏㄎㄏㄎㄎㄎㄎ...)
 有意義爸爸
 雙字辭
 短句
 全句

【預防注射】 (<3歲填此表格)

新生兒篩檢：
 正常
 未做
 異常
 報告未出

卡介苗：
 已注射
 未注射

五合一疫苗 (含小兒麻痺)：
 完成第 3 劑

HBIG：
 已注射
 未注射

B型肝炎疫苗：
 完成第 3 劑

肺炎鏈球菌：
 完成第 2 劑

麻疹腮腺炎德國麻疹(MMR)：
 完成第 0 劑

日本腦炎疫苗 (JE)：
 完成第 0 劑

A型肝炎疫苗 (HepA)：
 完成第 0 劑

輪狀病毒疫苗：
 完成第 0 劑

水痘疫苗：
 已注射
 未注射

【疼痛狀態】

請選擇疼痛指數

Neonatal Infants Pain Scale

臉部表情：
 放鬆
 皺眉

哭泣程度：
 無哭泣
 嗚咽
 強而有力的哭聲

呼吸型態：
 平順
 呼吸型態改變

手臂姿勢：
 放鬆
 屈曲

腳步姿勢：
 放鬆
 屈曲或伸張

清醒狀態：
 睡覺或清醒
 哭鬧或尖叫

疼痛分數：0分

【疼痛狀態】

請選擇疼痛指數

FLACC量表

FACE(面部表情)：
 無異常表情或微笑
 偶爾面露痛苦或皺眉、沉默、冷漠
 持續面露痛苦或皺眉、下巴顫抖、緊閉嘴唇

LEGS(雙腳)：
 姿勢正常或放鬆
 無法放鬆、不時移動、緊縮
 僵直、屈腿

ACTIVITY(活力)：
 安靜平躺、姿勢正確、活動自如
 扭動、轉彎、緊縮
 蜷縮如弓、僵硬或抽動

CRY(哭泣)：
 清醒不哭、安睡
 呻吟或啜泣、偶有哭訴
 持續哭泣、尖叫、哭訴頻繁

CONSOLABILITY(撫慰)：
 安穩、放鬆
 無觸、擁抱或言語可安撫
 無法安撫

疼痛分數：1分【輕度疼痛】

【疼痛狀態】

請選擇疼痛指數

1

疼痛評估量表

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 不痛 痛

4-6 本院出生新生兒-入院評估: 串聯母親病歷號, 將出生資料(日期/時間)傳送至醫療業務組, 以利家屬辦理新病歷, 減少人為筆誤疏失; 並帶入母親家族史+個人病史=baby 家族史; 此次生產孕史&產程; 另彙整資料供醫療查閱

【母親】

存 歿 病歷號: **828456** 查詢

姓名: **陳喜霏** 年齡: **40**

血型: **AB** 教育程度: **碩博士**

職業: **公** 身分:

【家族病史】

無

氣喘(Asthma) 高血壓(Hypertension)

糖尿病(DM) 腎臟病(Renal Disease) 癌症(Ca)

癲癇(Epilepsy) 心血管疾病(Cardiac Disease) 腦血管病變(中風)(CVA)

高血脂(Hyperlipidemia) 慢性肺阻塞(COPD) 多囊腎(Polycystic Kidney)

痛風(Gout) 自體免疫性疾病(Autoimmune Disease) B型肝炎(Hepatitis B)

C型肝炎(Hepatitis C) 結核病(TB) G6PD缺乏(G6PD Defect)

其他

【週產史】 (≤1M填此表格)

G: **5**

P: **2**

A: **3**

E: **0**

GA: 週數: **37** 天數: **5**

EDC: **2019/12/08**

安胎: 否 是

急產: 否 是

胎數: 單胎 雙胞胎 多胎

母親孕史: 無 梅毒 妊娠糖尿病 子癩前症 妊娠高血壓 妊娠心臟病

分娩方式: NSD C/S Vacuum 產鉗 EP

急救: 否 O2 Ambu 葯 Neo Puff Suction on Endo 其他

APGAR Score

A(active)

P(pulse)

G(grimace)

A(appearance)

R(respiration)

1min **5min** **10min**

1min: 8分 5min: 9分

*0, 1 or 2 (persisting for 2 or 3 mins) -bed prognosis (depressed condition)
判斷標準-7~10 Normal • 4~6 Risk • 1~3 Critical

出生時的:
日期: **2019/11/22** 時間: **02:12**

身長: **47** cm 體重: **2790** gm

頭圍: **31.5** cm 胸圍: **30.5** cm 腹圍: **33** cm

肌膚接觸時數: 日期: **2019/11/22** 時間: **02:30**~ 日期: **2019/11/22** 時間: **02:30** 共**0**分

4-7 評估清單-羅列出此次評估之照會清單與異常清單(系統依此串聯護理計畫/診斷)

【跌倒評分】

跌倒分數：40分【中度風險(Moderate risk)】

評估類別	跌倒原因	評估日期	評估人員
皮膚/管路	20+跌倒評估(有靜脈注射：20分)	2020/02/28 19:40	李依蘋
活動	20+跌倒評估(活動障礙：20分)	2020/02/28 19:40	李依蘋

查看肌力訓練

列印肌力訓練

查看跌倒衛教

列印衛教單張

【照會清單】

照會類型	評估類別	照會原因	評估日期	評估人員
出服照會	活動	自我照顧能力 < 10分	2020/02/28 19:40	李依蘋

【異常清單】

評估類別	異常原因	評估日期	評估人員
入院狀態	個人病史：其他	2020/02/28 19:40	李依蘋
入院狀態	個人病史：高血壓	2020/02/28 19:40	李依蘋
入院狀態	個人病史：腎臟病	2020/02/28 19:40	李依蘋
入院狀態	個人病史：糖尿病	2020/02/28 19:40	李依蘋

5. 評估歷程

可查詢回溯過去評估結果，點擊 評估歷程，再點擊 選取 欲查詢之列序即可

(註：評估清單由新而舊排序)

	評估日期	評估時間	評估人員	評估類型	記錄狀態	刪除記錄
選取	2020/03/02	09:28	陳瑾	住	已完成	刪除
選取	2020/03/01	10:04	李玲	住	已完成	刪除
選取	2020/02/29	10:04	李玲	住	已完成	刪除
選取	2020/02/28	19:40	李蘋	入	已完成	刪除

Tip：選取記錄可進行查看與修改(每日評估限定本人修改)
Tip：入院評估不可刪除，每日評估限定本人刪除。

護理計畫操作手冊

第二版 制定日期 202003

1. 點選病人(Highlight 淺藍)+ 點擊 **護理計畫**

The screenshot shows the PICH Nursing System interface. At the top, there is a header with patient information: 屏基護理資訊系統 PICH Nursing System, 姓名: 謝仁, 床號: 459-1, 病歷號: Y51555, 出生年月: 1976/04/17, 年齡: 43, 性別: 女, 照證提醒: DRG(6/2)、健保、高危跌倒. On the left side, there is a vertical menu with icons for 護理評估, 護理計畫 (highlighted with a red box), 護理紀錄, 交班作業, and 出院評估. The main area displays a table of patients with columns for 轉介, 註記, 床號, 病歷號, 姓名, 入院時間, 性別, 生日, 醫生姓名, and 住院原因. The third row is highlighted in light blue, and the '護理計畫' button in the left menu is also highlighted. On the right side, there are icons for 臨床給藥, 生命徵象, 護理表單, 品管通報, and 衛教園地. At the bottom, there are icons for 工作清單, 病程紀錄, 給藥紀錄, 轉介系統, 治療排程, 輸血系統, RRT, 使用手冊, and a 'CLOSED' button.

或由護理評估頁簽介面選取 **護理計畫**

The screenshot shows the 'Nursing Plan' selection interface. On the left, there is a list of assessment categories: 頭部, 胸部, 腹部, 皮膚/管路, 活動, 評估清單, 評估歷程, 護理計畫 (highlighted with a red box), and 連結TPR. On the right, there is a detailed view of the '肌肉力量' (Muscle Strength) section. It includes a table for muscle strength assessment with columns for 5分, 4分, 3分, 2分, 1分, and 0分. The table is organized by limb: 右上肢, 左上肢, 右下肢, and 左下肢. Below the table, there are instructions for each score: 5分: 自行抬高, 壓不下; 4分: 自行抬高, 一壓就下; 3分: 可稍微抬高; 2分: 平行移動; 1分: 肌肉收縮; 0分: 沒有反應. At the bottom, there is a section for '跌倒史' (Fall History).

2. 新增護理計畫-系統可帶出醫療診斷與護理評估異常值所對應之護理問題，供主護勾選；若有相同之護理問題，則只能勾選一次，另一問題呈現灰色-無法重複勾選；若有已設定未結案之問題，則文字呈淺灰色並加註 執行中!!! 另開放護理長權限，設定單位常見診斷；亦可由全院診斷節選，以備不時之需。

3. 按壓 **儲存並返回** 後，點選 **編輯** 展開該護理問題，系統會自動帶出該項評估對應之[定義特徵]，由主護確認並可增加選項；並勾選[預期成果]、[護理措施]、適時[成果評值]及結束問題。其中[護理措施]可多日重複選擇，系統會記錄每次之日期/時間；而當班所選擇的[護理措施]與[成果評值]將帶入護理記錄。

【 預期 成果 】

- 1. 病人與家屬能辨識跌倒的危險因素
- 2. 病人可正確使用輔助工具
- 3. 病人與家屬知悉避免跌倒之安全措施
- 4. 住院期間避免跌倒發生

【 護理 措施 】

- 1. 詢問病人/家屬有關跌倒的細節，以規劃預防計劃。
- 2. 列於交班事項。
- 3. 教導並確認病人/家屬了解預防措施。
- 4. 會診藥師檢視藥物交互作用
- 5. 會診醫師調整藥物
- 6. 提供合適的輔助工具
- 7. 教導使用技巧，確認回覆示教
- 8. 確認輔助工具放在手可及處
- 9. 檢視體液平衡狀況，以避免低血壓 新增日期：2020-02-29 16:48:31
- 10. 如果頻尿，協助經常性如廁，或提供尿壺/便盆/活動便椅等用具，避免急衝至廁所
- 11. 提供可以吊掛點滴與支撐的輔助設備

- 12. 安全的環境 新增日期：2020-02-29 16:48:31
- 13. 教導病人使用叫人鈴 新增日期：2020-02-29 16:48:31
- 14. 提供合適輔助工具，病人能正確使用
- 15. 照會物理治療師
- 16. 使用移位設備協助病人活動
- 17. 教導病人選擇鞋/拖鞋，注意防滑與尺寸
- 18. 與所有團隊人員溝通病人之心智狀態
- 19. 頻繁地探視病人
- 20. 進行膀胱訓練
- 21. 鼓勵家屬、看護參與
- 22. 不斷的提醒病人
- 23.

【 成果 評 值 】

- 1. 病人與家屬能說出跌倒的危險因素
- 2. 病人與家屬能執行避免跌倒之安全措施
- 3. 住院期間無跌倒發生
- 結束護理問題

4. 所有未解決問題將串聯交班與帶入出院護理評估，若需結束任一問題，需進入本介面執行

5. 當寫錯病人之護理診斷，需由記錄者本人於當班結束後的 2hrs 內進行刪除

【 護理 計畫 】

全部 已解決 未解決

護理評估 護理紀錄 護理交班 出院評估 新增護理計畫

註記	護理問題	開始日期	結束時間	新增者
<input type="radio"/> 編輯	氣體交換障礙【換氣與灌注不平衡】	2020/03/03		鄭維真
<input type="radio"/> 編輯	體溫過高	2020/02/29		李珮如
<input type="radio"/> 編輯	潛在危險性跌倒	2020/02/29		李珮如

Copyright © 屏基醫療財團法人屏東基督教醫院 | 系統維護人員:資訊室 分機:1731

網頁訊息

您確定要將【氣體交換障礙】護理問題刪除嗎?

確定 取消