**住院患者风险评估与防范措施**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评分/日测  防范措施 | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 自理能力评分 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 坠床/跌倒 | 1.坠床/跌倒危险因子评分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.宣教、辣防欧或防哈床标示 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.上床栏 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.保护性约束 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |  |  |  |  |
| 压疮 | 1.压疮风险评分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.翻身、移动病入时严禁拖、拉、拽等动作， Q2h翻身 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.使用气范床或水垫，保证30度 侧卧 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.保持床单位清洁、干燥、无渣屑 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.保持皮肤清洁，被服随脏随换 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 观察受压邮位皮肤情况 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.加强营养，增加抵执力 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.二便失禁者保持肛间及会阴部消洁、干燥 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9必婴时给予水胶体贴覆盖骨突处 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |  |  |  |  |
| 深静脉血栓 | 1.DVT 风险 评 估 评 分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.宣教、挂防DVT标示 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.尽量避免下肢输液或偏雍/惠侧肢体输液 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.避免在同一路脉进行多次穿刺 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.穿利部位出现炎症反应重新建立静脉通道 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.尽量减少扎止血带的时间 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.抬高下肢，早期活动，促进静脉血液回流 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.不能活动者，被动按摩比月鱼肌和腓肠肌 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.机械预防: 使用空气压力波预防 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |  |  |  |  |
| 管道 | 1.管道风险评分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.宣教，挂防脱官表示、妥善固定、交接班 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.烦躁或不配合者予以保护性约束 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |  |  |  |  |

填写说明  
1按表中内容打小  
2.自理能力0--70 分每周重新评估一次。  
3.坠床/跌倒评估入院24小时内完成，病情改变随时评估，总分二4分每周童新评估一次。  
4.压疮入院时即进行评估，总分S12分，建立翻身卡，病情变化随时评估，评估总分设改变每周填写一次。  
5.DVT评估: 入院24小时内或手术后24小时内光成，得分在7分以上者，采取各种预防措施。  
6.管道评分35分，为竹道滑脱高危人群，责任护:富每班评估，执行相关的防护措施。