org **护理需求评估表** 收案编号： Number

|  |
| --- |
| ■姓 名：Name ■区域/寝室/床：Living/Dormitory/Bedno■生日：Bir\_y年Bir\_m月Bir\_d日■年龄：Age岁 |
| ■评估日期：Date ■下次日期：Next\_date ■评估人员：Personnel |
| **注：☆号项目为院民基本资料表已有填写（若内容无须更新时可不必重复填写）** |

|  |  |
| --- | --- |
| **疾病史、生命体征、外观、呼吸** | |
| **过去病史 (健康状况)** | Ill\_history |
| **传染疾病** | Carrydisease |
| **生命征象问题** | ■体温：v01 ■脉搏次数：v02 ■呼吸次数：v03 ■收缩压／舒张压：v04／v05 ■眼球对光反应：v90  **☆**身高：v06 cm **☆**体重：v07 kg ■意识：vs08 ■E/V/M：v08 ／v09 ／v10 |
| **外观问题** | **☆**外观：v11  ■态度：v12 |
| **心肺循环问题** | ■心律：v91 ■右手水肿：v92 ■左手水肿：v93 ■右脚水肿：v94 ■左脚水肿：v95  ■呼吸情形：v13 ■分泌物状况：v14 ■分泌物性质：v15  ■分泌物量：v16 ■咳嗽情形：v17  ■使用呼吸辅助器材：v18 ■抽烟史：v19年 |
| **营养、排泄、睡眠** | |
| **进食问题** | ■进食方式：v20 ■饮食种类：v21  ■进食量：vs22 ■每日饮水量 v22 cc ■每日足够饮水量：v23 cc ■口腔黏膜：v24  ■假牙固定情形：v25 ■假牙活动情形：v26 ■假牙安全性：v27 ■假牙适合性：v28  ■牙龈健康情形：v29 ■口腔疼痛：v96 ■牙齿状况：v97 ■吞咽能力：v98 |
| **排泄问题** | ■小便性状：v99 ■排尿情形：v30 ■排尿辅助方式：v31  ■大便性状：w01 ■排便频率：v32 ■排便情形：v34  ■排便辅助方式：v35 ■其它排泄问题：v38  ■肠音：w02 ■胀气：w03 ■硬块：w04 |
| **睡眠问题** | ■夜间睡眠时数：v39小时 ■日间睡眠时数：v41小时  ■睡眠情形：v43 ■安眠药物：v44 |
| **活动机能、皮肤疾病、知觉** | |
| **动机能问题** | ■步 态：v45 ■肢体障碍情形：v46  ■平衡-坐姿：w07 ■平衡-站姿：w08 ■平衡-步行：w09  ■已使用之辅具：v50   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 肌肉型态 | | 肌肉力量 | | 关节型态 | | | Vc01 | Vc02 | Vc05 | Vc06 | Vc09 | Vc10 | | man | | man | | man | | | Vc03 | Vc04 | Vc07 | Vc08 | Vc11 | Vc12 | |
| **皮肤疾病问题** | ■皮肤情形：v51  ■伤口部位：v52 ■伤口情形：v53  ■褥疮部位：v54 ■褥疮大小：v55 cm(长宽深)  ■褥疮程度：v58  **(注：若有褥疮情形请填写六大指针褥疮记录表)** |
| **活动机能、皮肤疾病、知觉** | |
| **知觉问题** | ■视力情形：v59 ■视力矫正状况：w11  ■左眼视力：v60 ■右眼视力：v61  ■听力情形：v62 ■助听器：w10  ■左耳听力：v63 ■右耳听力：v64  ■触 觉：v65  ■疼痛情形：v66 ■疼痛部位：v67 ■疼痛频率：v68  ■疼痛性质：v69 ■疼痛表达方式：v70 ■止痛药物：v71  ■幻觉：v72 |
| **社会互动、过敏史** | |
| **社会互动问题** | ■沟通能力：v73  ■沟通方式：v74  ■沟通内容：v75  **☆**喜欢的称呼：v76  ■情绪表现：v77  ■人际互动：v78 |
| **过敏史** | ■药物过敏：v79  ■食物过敏：v80  ■其它过敏：v81 |
| **其他与备注** | ■一周内异常状况：w14 ■一周内意外伤害：w05  ■备注：v82 |
| **其他评估结果** | ADL评估结果：v83  失智量表评估结果：v84  IADL评估结果：v85  柯氏量表评估结果：v86  忧郁量表结果：v87  跌倒因子评估结果：v88  压疮风险评估结果：v89 |
| **护理照顾需求** | ■护理需求：w12  ■照护问题：w13 |