

< P/N & 평가 작성 시 유의사항 >

1. Vital P/N 작성 방법 RFT

- Vital RFT : 해당 날짜 내용 동일 (전달과 내용증복 안됨)

2. P/N 작성 방법

- 한 달에 한번 평가 P/N 작성

3. 외래 환자 P/N 작성 방법 (치료 ,평가)

자보/산재 외래 환자(평가 한달에 한번 진행) :매달 평가 주에 평가 P/N 작성

건보 외래 환자(평가 3개월마다 진행) :평가 한 달에는 평가 주에 평가 P/N 작성
:나머지 두 달은 치료 P/N 평가 주에 작성

* 예외) 평가 주에 내원 안했을 경우 P/N 작성 주 로테이션 가능

* 신경계 입원 후 외래로 같은 달에 입원 시 평가지와 P/N만 올리기 (평가 액팅은 X)

4. MBI P/N 작성 시 - 초기평가 정리해서(간략하게 assist 정도로.) 작성

- 재평가 : 총점기입

: assist 정도 기입

: 증진된 항목 작성, 점수 증진 없을 때 도움의 정도 증진 내용 작성

MBI 점수 하락 시 - 1~2점 하락 시 comment에 컨디션 저하 기입

- 3점 이상 하락 시 각종 팀장님께 보고 → 주치의원장님 보고 피드백 후 작성

5. 평가지→ 현재기능, 평가 시 관찰된 것만 작성 (담당원장님 확인)

평가지에 전달 대비 향상 내용 comment란에 적지 않음

P/N→ 이전 달 보다 향상된 내용 작성 (점수향상 범위 크지 않게)

Hand function test - 증진시 “→” 기입 (comment 증진 내용 작성)

예) dynamometer : Rt. 12Kg→13Kg / Lt. 25Kg→26Kg

* CDR : 환자 관찰 후 치료사가 주관적으로 평가
점수 변화 시 각종 팀장님께 보고 → 주치의원장님 보고 피드백 후 작성

7. 우울증

- 점수변화 상관없음
 - 인터뷰 어려운 환자인 경우 점수체크 X → 총 점 칸에 N/T 기입 (comment 작성)

8. 재입원 P/N 작성 방법 및 순서

- 재평가를 하지 않고 퇴원하신 분들은 재입원 시 평가지& P/N 작성, 재평가를 하고 퇴원하신 분들은 그 달에 재입원 했을 경우 평가지& P/N 따로 작성 X
 - 재입원시 평가지&P/N 작성해야할 경우 무조건 신환양식으로 작성
(퇴원전보다 향상 또는 저하된 내용 있어도 최종기능만 작성하고 어떤 부분이 향상되었는지 작성 X)

9. 가퇴원 후 달이 바뀌고 재입원한 경우 의학적 재평가 서류 작성X

- 예외) 원장님이 먼저 의학적 재평가 서류 열어 주신 경우에는 작성 (서류 작성 전에 각 층 팀장님께 보고 후 작성)

10. 회복기 재활, 전문재활 환자분 중 D(연하)만 받는 환자 평가 P/N 작성 시간

18:25 시간에 평가+연하 평가 P/N 작성하기

의학적 재평가 작성 시에는 평가만 올리기 (연하 재평가는 제외)

<OT 초기 평가 P/N manual>

*입원 날 기준으로 초기 평가 작성

- 평가지 및 P/N는 한 달에 1번만 작성

*초기 평가 P/N에 치료 목표 작성

- 환자군(뇌/척수 손상)에 따라 평가한 항목 작성 후 마지막에 치료목표(단기, 장기 목표)작성

통합계획관리 올린 양식과 동일, 치료계획 2가지 정도 작성

회복기와 전문재활 동일하게 assist정도로 묶어서 작성(특이점은 comment에 작성)

예시) 추0득님

<초기평가>

* MMSE (12/30)

* CDR : (1점)

* MBI (32/90)

- 총점 90점 만점에 32점으로 공동간병인의 severe assist를 받고 병실생활중임.

- 개인위생, 식사하기 항목에서 중등도의 도움이 필요함.

- 목욕하기, 용변처리, 옷입기, 의자/침대항목에서 최대의 도움이 필요함.

- 계단 오르기 항목은 시도해 본 적 없으며 소/대변조절 항목에서 밤에만 기저귀 착용중임.

*SCIM (49/100)

- 개인 보호자와 함께 일상생활 수행중.

- 자기관리 항목에서 식사와 몸단장 독립적으로 수행하며, 목욕과 옷입기 시 하체 수행에 도움 필요함.

- 호흡/괄약근 항목에서 호흡 독립적 수행하며 괄약근(방광) 조절 시 하루에 여러 번 실 수, 괄약근(장) 조절 시 한 달에 한 번 이하 실수 있음.

- 이동 항목에서 훨체어 사용하며 보호자의 도움과 감독 하에 수행.

* Hand strength (Kg)

dynamometer : Rt. 0.5 / Lt. 10

Pinch

- three point pinch : N/T / Lt. 2.1

- lateral pinch : Rt. 1 / Lt. 4.5

- tip pinch : Rt. 0.5 / Lt. 2

* Hand function test

- Grooved pegboard test(초) : Rt. N/T / Lt. 2:25.75

<평가 P/N 작성 양식>

MMSE

CDR(점수)

MBI

Hand

우울증총점(**우울증)

- Box & Block test(개) : Rt. N/T / Lt. 37

* PHQ-9 : (23/27)

- 심한 우울증(적극적인 치료요함)

* 치료목표(MBI)

단기목표- 옷입기(2 -> 8점) 상지 기능적 움직임 증진 훈련, 수지기능향상 운동

용변처리 (2 -> 8점) 복부 및 체간 안정성 운동, 균형능력증진 운동

장기목표- 독립적인 일상생활 수행 (Group 1,2,3 중 작성)

치료계획- Rt.U/E ROM 증진 Tr.

Dressing kit 이용한 ADL 훈련

*치료 목표 (SCIM)

단기 목표 - 목욕 :하체 (1점 -> 3점) 상지 기능적 움직임 증진 훈련, 균형능력증진 운동
이동동작 : 침대 - 의자차 (1점 -> 2점) 복부 및 체간 안정성 운동 균형능력증진 운동

장기 목표 - 최소 도움으로 일상생활 수행 (Group 1,2,3 중 작성)

치료계획 - sitting balance Ex.
transfer Tr.

<OT 재평가 P/N manual>

회복기, 전문재활은 초기 평가 올린 요일과 관계없이 재평가 날 P/N 작성

- MBI 총점 변화 시 작성 방법 (90->100으로 작성 후 comment도 같이 수정)

- 전문재활, 회복기 재활 MBI 재평가 시에 comment 자세히 작성하기 (수치화만 적지 X)

- CDR 점수 변화 시 해당 층 팀장님 보고 후 변경 (변경할 때는 현 점수만 작성)

예시)

<재평가>

* MMSE (12->14/30)

-장소지남력(+2)

-시간지남력(-4)장소지남력(-1)기억회상(-3) 주의집중및계산(-5)

: 회복기 재활: 언어능력(-2) 시각적구성(-1)

: 전문 재활: 언어 및 시공간 구성(-1)

* CDR : (1점)

* MBI (32/90)

- 총점 32점으로 공동간병인의 severe assist를 받고 병실생활중임

- 식사하기:점수는 지난달과 동일하나 식사 시 흘림의 양이 55%->50%로 줄어듦.

*SCIM (49->51 / 100)

- 개인 보호자와 함께 일상생활 수행 중.
- 목욕하기(하체) 참여가 없던 지난달과 달리 시간 지연이 있으나 80%정도의 assist 제공 시 수행 가능한 모습을 보여 0->1점으로 증진.
- 화장실이용 시 보호자의 최대 도움 하에 뒤처리를 하던 지난달과 달리 중등도의 도움으로 스스로 뒤처리 하는 모습을 보여 1->2점으로 증진.

* Hand strength (Kg)

dynamometer : Rt. 0.5->1 / Lt. 10->11.3

comment: Rt.0.5kg증진 Lt.1.3kg증진

Pinch

- three point pinch : N/T->0.6 / Lt. 2.1->2.4

comment: Rt.N/T->0.6kg증진 Lt.0.3kg증진

- lateral pinch : Rt. 1->1.5 / Lt. 4.5->5.1

comment: Rt.0.5kg증진 Lt.0.6kg증진

- tip pinch : Rt. 0.5 / Lt. 2->2.3

comment: Lt.0.3kg증진

* Hand function test

- Grooved pegboard test(초) : Rt. N/T / Lt. 2:25.75

- Box & Block test(개) : Rt. N/T->15 / Lt. 37->40

comment: Rt. N/T->15개 Lt.3개 증진

* PHQ-9 : (2/27)

- 우울증 아님

<재평가>

* MMSE (14->16/30)

-기억회상(+2)

-시간지남력(-4)장소지남력(-1)기억회상(-1)주의집중및계산(-5)언어능력(-2)시각적구성(-1)

* CDR : (1점)

*MBI (32->38/90)

- 총점 90점 만점에 38점으로 공동간병사의 severe assist를 받고 병실생활중임.

- 목욕하기: 전적인 도움을 받던 지난달과 달리 스스로 몸의 앞부분을

닦으며 수건으로 머리를 말리는 모습을 보여 0->3점으로 증진.

- 용변처리: 자세만을 유지하던 지난달과 달리 스스로 바지를 추스르며

휠체어에서 변기로 이동 시 참여하는 모습을 보여 2->5점으로 증진.

* Hand strength (Kg)

dynamometer : Rt. 1->1.5 / Lt. 11.3

comment: Rt.0.5kg증진

Pinch

- three point pinch : 0.6 / Lt. 2.4
 - lateral pinch : Rt. 1.5 / Lt. 5.1
 - tip pinch : Rt. 0.5 / Lt. 2.3

* Hand function test

- Grooved pegboard test(초) : Rt. N/T->3:12.28 / Lt. 2:25.75 예) Lt. 1:16.55->1:13.19

comment: Rt. N/T->3.12.28

예) Lt. 1:16.55->1:13.19

comment : Lt.약 3초 단축

*시간 단축만 comment에 기입(drop 감소나 수행개수 증진은 기입X, 정확한 시간 기입이 어려울 경우 '약' 붙이기)

- Box & Block test(가) : Rt. 15->20 / Lt. 40->42

comment: Rt. 5개 Lt.2개 증진

* PHQ-9 : (8/27)

- #### - 가벼운 우울증

< MMSE comment manual >

*증진된 부분 있으면 증진된 항목 적고 밑줄에 감점 항목 작성

-전달과 비교 증진된 점수보다 항목점수 증진이 높으면 증진된 항목 그대로 점수 작성,

점수 변화 없을시 감점항목만 장성

<예시>

3월 재평가

*MMSE (20→23/30)

- 장소지남력(+1), 주의집중과 계산(+4)
 - 장소 지남력(-1), 기억회상(-3), 언어능력 (-3)

*지난달보다 점수가 감소되었거나 유지인 경우 현재 감점 항목만 작성

<예시>

4월 재평가

*MMSE (20/30)

- 장소지남력(-2), 기억회상(-2), 주의집중과 계산(-4), 언어능력(-2)

< MBI comment manual >

'onset이 오래된 환자나 더 이상 증진이 어려운 환자는 팀장님께 보고 후 기능 유지 중으로 작성 가능'

예시<박0국님>

*MBI (4/90)

개인간병사와 함께 생활하며, 일상생활 부분에서 total assist 필요함.

G-tube 식이 및 T-tube 착용 중

지난달과 비교해 점수감소 없으며 기능 유지 중임.

예시<유0열님>

*MBI(95/100)

- 간병사 없이 병실에서 혼자서 생활하며, minimal assist 필요함.

-지난달과 동일하게 점수 유지 중이나, 5층에서 7층까지 올라가는데 4분 30초→4분 시간이 소요되었고,

내려올 때 낙상의 위험 및 불안감으로 인하여 치료사 감독 및 보조하에 수행함.

예시<신0이님>

*MBI (29/90)

- 일상생활시 severe assist를 받고 있으며 간호간병통합병동에서 생활중임

지난달과 비교하여 소변조절(8->5) 소변 조절 저하로 인해 점수 감점

나머지 항목은 감소항목 없으시며 기능 유지 중임

<치료목표 작성 manual>

<장/단기 목표>

*문제목록 - 일상생활수행능력평가 항목 중 환자기능 대비 1~2가지 항목과 향상점수작성

ex) 식사하기 (5점)

 옷입기 (2점)

- | | |
|----------|------------|
| 1.개인위생 | 6.옷입기 |
| 2.목욕하기 | 7.대변조절 |
| 3.식사하기 | 8.소변조절 |
| 4.용변처리 | 9.보행/의자차 |
| 5.계단 오르기 | 10.침대/의자이동 |

* 단기목표 - 일상생활수행능력평가 항목 기능증진 수치화해서 적기

식사하기 (0점 → 2점) / 상지근력운동 및 수지기능향상 운동 실시

옷입기(2점 → 5점) / 균형능력증진 운동 및 수지기능향상 운동 실시

- | | |
|----------------------|--------------------|
| - 상지근력 운동 | - 상지 기능적 움직임 증진 훈련 |
| - 하지근력 운동 | - 하지 기능적 움직임 증진 훈련 |
| - 복부 및 체간 안정성 운동 | - 균형능력증진 운동 |
| - 양 손 협응 운동 | - 수지기능향상 운동 |
| - 인지기능 및 주의집중력 향상 훈련 | - 시 지각기능 향상 훈련 |

* 장기목표 - 독립적인 일상생활 수행

<Dysphagia P/N 작성>

월요일 기준 (*평가 첫째 날에 무조건 작성)

- 1주 (평가 주) : 연하 평가 P/N 작성
- 평가 첫째 날 이후에 연하 검사 시행 시 작성 방법
예시) 8월2일 연하 검사 시행
평가지는 8월 2일에 기록
VFSS 촬영 결과 기입 및 섭식장애 평가 점수 기록은
9월 5일(다음달로 넘어가서 작성)
- 화요일 연하 검사 후 수요일에 D,V 추가 시 P/N는
무조건 다음달에 작성
- 연하 재평가 P/N 올리는 날 차트 담당 선생님 치료는
컨저/외진으로 못나오셨을 경우는 2-3일 정도는 크게
상관없으므로 담당 선생님이 작성
- 연하치료가 들어가지 X 환자가 VFSS 영상 찍을 때는
CA, RA/RS 차트 담당 선생님이 섭식장애평가지 올리기 (결과에 관련된 P/N는 작성X)

<Dysphagia 초기평가 manual>

-mental status : alert

dysarthria로 발음의 어눌한 모습 보이나 독립적인 의사소통 가능함.

-dietary status : 일반식

-dental status : 정상치

-head&neck control : 머리와 목을 스스로 조절할 수 있음.

-trunk control : 앉은 자세에서 다양한 방향으로 저항 제공시 마비측으로의 움직임 저하되는 모습 보임.

-tongue movement : 혀의 움직임 나타나나, 저항에 유지하지 못함.

-lip&jaw control : 마비측으로 움직임 떨어지며, 입꼬리의 tone 저하되어 약간 벌어져있는 모습 보임.

-cheek tension ;볼을 빨아들이거나, 양쪽 볼에 번갈아가면서 바람 넣기 어려움 보임.

-facial(strength&sensory) : 마비측의 차가운 감각 제공시 무딘 모습 보임.

-Reflex : 삼킴반사 지연보임.

초기섭식장애 평가지 (VFSS검사 결과, 섭식 장애 평가 항목별 점수)

+ VFSS : 검사명단 확인하기

*VFSS검사결과

1)liquid 식이에서 성문 하부로 흡인, 점도 증진제 3% 식이에서 성문 상부 흡인, 점도증진제 6% 식이에서는 저명한 흡인 관찰되지 않음.

2)연하반사는 약간 지연, 연하 후 식괴 잔여물은 소량 관찰됨.

*섭식장애평가(초기평가) 19/51

A.mental status(0/6)

B.Physical function(3/9)

C.Oral function(9/15)

D.Pharyngeal, laryngeal function(7/21)

<Dysphagia 재평가 manual>

- mental status : alert
- dietary status : 일반식 드시고 계시며 지난달과 비교하여 국 드실 때 aspiration 양상 줄어든 모습 보임.
- dental status : 정상치
- head&neck control : 머리와 목을 스스로 조절할 수 있음.
- trunk control : 앉은 자세에서 다양한 방향으로 저항 제공시 마비측으로의 움직임 저하되는 모습 보임.
- tongue movement : 설압자 사용하여 혀에 저항 제공하였을 때 지난달보다 improve 보여 40%정도 저항하에 유지 가능하심.
- lip&jaw control : 마비측으로 움직임 떨어지며, 입꼬리의 tone 저하되어 약간 벌어져있는 모습 보임.
- cheek tension : 볼을 빨아들이거나, 양쪽 볼에 번갈아가면서 바람 넣기 어려움 보임.
- facial(strength&sensory) : 마비측의 차가운 감각 제공시 무딘 모습 보임.
- Reflex : 삼킴반사 지연보이나 지난달보다 1초정도 줄어듦.

재활영 섭식장애 평가지 (VFSS검사 결과, 섭식 장애 평가 점수 증진된 항목만 기입)

*VFSS검사결과

- 1)liquid 식이에서 성문 하부로 흡인, 점도 증진제 3% 식이에서 성무 상부 흡인, 점도증진제 6% 식이에서는 저명한 흡인 관찰되지 않음.
- 2)연하반사는 약간 지연, 연하 후 식괴 잔여물은 소량 관찰됨.

*섭식장애평가(재평가)

총점 (00→00/51)

C.oral function (10→9/15)

tongue movement(2→1) 항목에서 증진보임.

*지난달보다 VFSS점수 결과가 좋지 않아 섭식장애 평가 점수가 하락/유지인 경우

팀장님께 먼저 보고 후 담당 원장님의 지시 하에 평가지 작성하기

*섭식장애평가(재평가) 19/51

A.mental status(0/6)

B.Physical function(3/9)

C.Oral function(9/15)

D.Pharyngeal, laryngeal function(7/21)

<comment에 이유 작성하기>

<비사용 증후군 P/N 양식>

- 비사용 증후군 2025.03~ 피노트 작성

(MMSE, CDR, HAND 추가 오더로 받아서 평가 진행, MBI 오더 없이 진행)

- RD 들어가는 경우 RD 차트 담당이 연하평가 p/n 작성.

● 회복기 비사용 증후군 입원기간 60일

- 첫 입원 시 MBI 평가에서만 80점 점수 제한 있음

- 이 후에 하는 MBI 평가에서는 점수 제한 없음 (80점 보다 향상 줘도 상관 X)

● 회복기 비사용 증후군 입원 기간 60일 경과 후 전문재활로 스케줄 빠졌을 때

평가 진행 전 각 층 팀장님께 보고 후 진행해야하는 평가 물어보기

● 회복기 근골격계 30일 경과 후

전문재활로 CA 로 스케줄 빠졌을 때 기존에 진행한 평가 제외 진행 X한 평가 올리기

● EMR에 호흡재활치료 경과 기록지 작성 방법

- cough & suction(기계로 training한 내용만 작성)에 관한 내용 작성
- 이외에 내용 작성 시 삭제될 수 도 있음 (담당T들은 확인 후 작성)

● SNSB 평가 진행 (2023.12.18~)

- 회복기 환자분들도 GDS 평가가 필요하여, GDS는 EMR 서식지에 작성 ([GDS만 표시](#))
- 2024.01 재평가 / 신환 회복기 환자 GDS EMR 서식지에 작성 ([GDS만 표시](#))

● 회복기 근골격계

: 연하치료 들어가는 환자분들은 연하 P/N 작성

● 회복기 근골격계 층 상관없이 MBI평가 필수항목으로 진행 (2025.01.06.~)

: 평가지는 회복기 평가지로 작성

● 회복기 비사용 증후군 2025.03~ 피노트 작성

● 회복기 비사용, 근골격계, 뇌, 척수 평가 오더 (2025.06~)

- MMSE , CDR , PHQ-9 (담당 원장님 이름으로 넘기기)
- HAND, MBI (담당 치료사 이름으로 넘기기)

<차트 검사 manual>

*차트 검사 주에 본인 연차 및 휴가(2~3일)시 그 전주에 조해인T에게 말해서 차트 검사 마무리하고 가기

ex) 박다은->조해인

박다은T가 조해인T 차트 검사 후 조해인T에게 직접 전달

조해인T는 수정 후 본인 확인란에 사인하고 박다은T에게 전달

박다은T는 수정이 되었는지 확인 후 검사자란에 사인(2층 행정실에 놓기) **수요일 퇴근 전까지**

(1) 신환 평가오더확인 (평가날짜 확인) -회복기재활/EMR 구분해서 평가지 올리기-

(2) 가퇴원 환자 평가지 유무(재입원 시 초기/재평가 기입) -주말포함 7일 기준-

(3) 평가지 (나이, 시행자, 담당원장님 서명, 날짜, 점수 오타 확인)

(4) 평가 p/n의 경우 점수와 comment란 확인(의학적 재평가도 일치하는지 확인)

(5) MBI 점수와 comment 일치하는지 확인

*평가지는 전달과 비교 없이 환자의 **현재상태**만 기입

ex) “이전 달과 비교하여” 평가지에 기입X

(6) 연하치료 환자의 경우 VFSS결과와 섭식장애 평가지 여부 확인

- 섭식장애평가지 증진 시 재평가에 증진 항목 작성

ex) lips tension 2→1 증진,

연하 재평가 P/N에도 lips tension 항목에 증진 comment 작성

*회복기 환자 - 통합계획관리 확인

- 회복기 평가 오더 확인 후 올라온 평가(p/n확인)
- 치료목표 MBI 점수와 도움의 정도 일치하는지 확인 (신환의 경우)

*전문재활 환자 - 치료목표 MBI 점수와 도움의 정도 일치하는지 확인 (신환의 경우)

*비사용/근골격계 환자 - EMR에 평가 기록지 작성 여부 확인

*전산화인지 환자- EMR에 전산화인지치료 기록지 작성 여부 확인 (매달 말일)

Dysphagia

- RFT 작성 시 vital에 대한 내용은 적지 않기.