**人民医院**

**危重患者风险评估及防范措施表**

科别： 床号： 姓名: 性别： 年龄： 诊断：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容  项目 | 风险评估 | 防范措施 |
| 病情变化 | 口 猝死  口 出血  口 昏迷  口 脑疝  口 心衰  口 其他 | 口 按照护理级别按时巡视病人，落实基础护理  口 护理记录真实、准确、客观、完整、及时  口 加强意识、瞳孔和生命体征监测，及时准确执行医嘱  口 常规抢救设备完好  口 常规抢救药品完好  口 严格控制输液量及速度 |
| 心理因素 | 口 恐惧  口 愤怒  口 焦躁  口 悲伤  口 抑郁  口 其他 | 口 帮助病人适应住院生活，详细介绍病情及预后  口 多陪伴病人，多与病人接触交谈，同情、关心病人，了解其心理动态及情绪波动的原因  口 营造安静舒适的休息环境，避免强光、噪音等不良刺激，避免一切精神干扰，消除有害刺激因素  口 合理安排陪护与探视，使其充分享受亲情 |
| 护理  并发症 | 口 口腔炎  口 肺部感染  口 泌尿系感染  口 压疮  口 中心静脉导管  逆行感染  口 其他 | 口 协助病人漱口，口腔护理每日两次  口 保持环境卫生，按时翻身拍背  口 会阴护理  口 管路护理  口 严格无菌操作  口 床单位平整清洁 |
| 患者安全 | 口 跌倒  口 坠床  口 烫伤  口 导管滑脱  口 误吸  口 自伤  口 其他 | 口 床头悬挂警示标识  口 落实护理措施  口 按时巡视  口 做好交接班  口 卧位舒适 |

意识状态：□清楚 □嗜睡 □烦躁 □昏迷 Glasgow评分\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

压疮危险度评分\_\_\_\_\_分； 坠床危险度评分\_\_\_\_\_分； 肌力评估\_\_\_\_\_ 级；

评估时间 ： 年 月 日 时 分 （要求：评估在下达病危（重）医嘱的当班及时完成，并给予措施） 责任护士\_\_\_\_\_\_ 护士长\_\_\_\_\_\_\_\_

**Glasgow昏迷评分：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **睁眼反应 计分** | **语言反应 计分** | **运动反应 计分** |
| 自动睁眼 4 | 回答正确 5 | 遵嘱活动 6 |
| 呼唤睁眼 3 | 回答错误 4 | 刺痛定位 5 |
| 刺痛睁眼 2 | 语无伦次 3 | 躲避刺痛 4 |
| 无反应 1 | 只能发声 2 | 刺痛肢曲 3 |
|  | 不能发声 1 | 刺痛肢伸 2 |
|  |  | 不能活动 1 |

**肌力评分：**

|  |
| --- |
| 0级 完全瘫痪，不能做任何自由运动 |
| 1级 仅有肌肉轻微收缩，可能只能被触及 |
| 2级 肢体能在床上平行移动，不能对抗重力 |
| 3级 肢体可以克服重力，能抬离床面，但不能对抗阻力 |
| 4级 肢体能做对抗中等外界阻力的运动 |
| 5级 肢体肌力正常，运动自如 |