

景德镇市第三人民医院压力性损伤上报督导记录表

| | |
|---|--|
| 病人姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 住院号 _____ 床号 _____ 护理级别 _____ 住院病人 <input type="checkbox"/> 门诊病人 <input type="checkbox"/> 急诊病人 <input type="checkbox"/> 诊断/手术 _____ | 报告人姓名 _____ 科室 _____ 职称 _____ 工龄 _____ 发现日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 报告日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 |
| 压力性损伤来源 | <input type="checkbox"/> 院内发生 <input type="checkbox"/> 院外带来: <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 养老院 <input type="checkbox"/> 其他医院 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 科内 (发生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 科外带来 (转入科室 _____) |
| 病人状态 | <input type="checkbox"/> 卧床 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瘫痪 <input type="checkbox"/> 制动 <input type="checkbox"/> 强迫体位 <input type="checkbox"/> 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 消瘦 <input type="checkbox"/> 浮肿 <input type="checkbox"/> 恶液质 <input type="checkbox"/> 体外循环 <input type="checkbox"/> 亚低温治疗 <input type="checkbox"/> 其它 _____ Braden 评分 _____ 分 |
| 压力性损伤分级 | <input type="checkbox"/> 器械相关压力性损伤 <input type="checkbox"/> 粘膜压力性损伤 <input type="checkbox"/> 1 期 皮肤完整、发红, 与周围皮肤界限清楚, 压之不褪色。 <input type="checkbox"/> 2 期 部分表皮缺损, 皮肤浅表溃疡, 基底红, 无结痂, 也可为完整或破溃的血泡。 <input type="checkbox"/> 3 期 全层皮肤缺失, 但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露, 可有结痂、皮下隧道。 <input type="checkbox"/> 4 期 全层皮肤缺失伴肌肉、肌腱和骨骼的暴露, 常有结痂、皮下隧道。 <input type="checkbox"/> 不可分期压力性损伤 全层皮肤缺失但溃疡基底部覆有腐痂和 (或) 痂皮。 <input type="checkbox"/> 深部组织压力性损伤 皮下软组织损伤, 皮肤变紫色或褐红色, 但皮肤完整。 (多处时选择最严重处) |
| 压力性损伤面积 (cm²) | <input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> >20 (多处时选择面积最大处) |
| 压力性损伤部位 | <input type="checkbox"/> 骶尾部 <input type="checkbox"/> 髌部 <input type="checkbox"/> 髌前上棘 <input type="checkbox"/> 股骨粗隆 <input type="checkbox"/> 坐骨结节 <input type="checkbox"/> 肩峰 <input type="checkbox"/> 肩胛部 <input type="checkbox"/> 枕部 <input type="checkbox"/> 耳廓 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 踝部 <input type="checkbox"/> 足跟部 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (可多选) |
| 创面情况 | <input type="checkbox"/> 红斑 <input type="checkbox"/> 深红色 <input type="checkbox"/> 栗色或紫色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 黑色 <input type="checkbox"/> 渗血渗液 (水泡) <input type="checkbox"/> 水泡或皮肤破损 <input type="checkbox"/> 化脓 <input type="checkbox"/> 肉芽组织 <input type="checkbox"/> 腐肉 <input type="checkbox"/> 坏死组织 <input type="checkbox"/> 潜行 <input type="checkbox"/> 窦道 <input type="checkbox"/> 焦痂 <input type="checkbox"/> 恶臭 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (可多选) |
| 压力性损伤发生原因 | <input type="checkbox"/> 患者因素: <input type="checkbox"/> 卧床 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瘫痪 <input type="checkbox"/> 制动 <input checked="" type="checkbox"/> 强迫体位 <input type="checkbox"/> 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 消瘦 <input type="checkbox"/> 浮肿 <input type="checkbox"/> 恶液质 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 医疗因素: <input type="checkbox"/> 体外循环 <input type="checkbox"/> 亚低温治疗 <input type="checkbox"/> 医疗器械 <input type="checkbox"/> 局部包裹未暴露 <input type="checkbox"/> 未能及时纠正低蛋白血症, 改善营养状况 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 护理因素: <input type="checkbox"/> 未按时翻身 <input type="checkbox"/> 未及时清洁、擦洗皮肤 <input type="checkbox"/> 床单位潮湿、不洁、褶皱 <input type="checkbox"/> 护理人员评估不当 <input type="checkbox"/> 护理操作不当, 拖、拉、扯、拽等 <input type="checkbox"/> 管路较长时间受压而未发现 <input type="checkbox"/> 约束不当 <input type="checkbox"/> 使用的便盆有损坏, 造成皮肤擦伤 <input type="checkbox"/> 健康教育不到位 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| 护理措施 | <input type="checkbox"/> A、正确使用预防压力性损伤的用具: <input type="checkbox"/> 气垫床 <input type="checkbox"/> 局部贴透明贴 <input type="checkbox"/> 泡沫减压贴 其它: <input type="checkbox"/> B、翻身 Q2H, 避免局部长时间受压 <input type="checkbox"/> C、保持皮肤、床铺和衣裤清洁与干燥 <input type="checkbox"/> D、加强营养; <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 鼻饲 <input type="checkbox"/> 静脉高营养 <input type="checkbox"/> E、伤口换药 <input type="checkbox"/> F、严格交接班制度, 每班进行皮肤评估, 记录皮肤护理记录单。 <input type="checkbox"/> G、教育告知 |

景德镇市第三人民医院压力性损伤上报督导记录表

| | | | | |
|--|---|-------------------|--------------------------|----|
| 事件经过 | | | | |
| 压力性损伤性质 | 是否属难免压力性损伤: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否属高风险患者: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 科室整改措施处理意见 | | | | |
| 压力性损伤管理组意见 | 情况是否属实: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 措施是否得当: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 建议: 签名: _____ 年 月 日 | | | |
| 差错(事故)性质 | (护理部填写) <input type="checkbox"/> 缺点 <input type="checkbox"/> 差错 <input type="checkbox"/> 严重差错 <input type="checkbox"/> 事故 | | | |
| 压力性损伤管理组追踪 | 日期 | 评分 | 护理措施及效果评价 (护理措施可填相应栏中字母) | 签名 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 转归情况: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 部分愈合 <input type="checkbox"/> 未愈合 <input type="checkbox"/> 恶化 | | 转归时间: _____ 年 月 日 | | |
| 出科类别: <input type="checkbox"/> 出院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 转科_____ | | 出科时间: _____ 年 月 日 | | |
| 排除病例 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 住院日<5天的患者。 <input type="checkbox"/> 皮肤、皮下组织、乳腺癌的患者。 <input type="checkbox"/> 围产期(妊娠、分娩、产褥期)的患者。 <input type="checkbox"/> 诊断为偏瘫、截瘫或四肢瘫痪的患者。 <input type="checkbox"/> ICD10 编码为脊柱裂或缺氧性脑损伤的患者。 <input type="checkbox"/> 在手术室手术进行之前或当天有 ICD9-CM-3 手术/操作编码为清创术或带蒂移植术的患者。 <input type="checkbox"/> 年龄≤18岁的所有出院患者。 | | | |
| 填表人_____ | 填表时间_____ | | | |
| 护士长_____ | 确认时间_____ | | | |