



重点护理质量控制

指标工具包

新疆护理质控中心

2023年7月21日

目 录

一、关键护理措施查检表	3
预防住院患者跌倒/坠床关键护理措施落实查检表.....	3
预防住院患者压力性损伤关键护理措施落实查检表.....	5
预防血管内导管相关血流感染关键护理措施查检表(CVC).....	7
预防血管内导管相关血流感染关键护理措施查检表(PICC).....	10
气管导管非计划拔管关键护理措施查检表.....	13
留置导尿管非计划拔管关键护理措施查检表.....	15
CVC 非计划拔管关键护理措施查检表.....	17
PICC 非计划拔管关键护理措施查检表.....	19
二、相关信息收集表	21
住院患者跌倒/坠床事件相关信息收集表.....	21
新发 2 期及以上院内压力性损伤相关信息收集表.....	23
CVC 相关血流感染相关信息收集表.....	24
PICC 相关血流感染相关信息收集表.....	24
气管导管非计划拔管相关信息收集表.....	25
导尿管非计划拔管相关信息收集表.....	26
CVC 非计划拔管相关信息收集表.....	27
PICC 非计划拔管相关信息收集表.....	28

预防住院患者跌倒/坠床关键护理措施落实率查检表

项目	关键措施	落实情况			评价方法
		是	否	不涉及	
1. 评估 跌倒风 险	(1) 选择合适的评估工具进行评估，识别患者风险因素和风险等级。				现场观察 查看记录
	(2) 患者入院时、转入时应尽快实施评估				
	(3) 患者住院期间出现病情变化、发生跌倒后、使用高风险药物后应实施评估				
	(4) 跌倒高风险患者出院前应实施评估				
2. 提供 安全的 住院环 境	(1) 活动区域地面清洁干燥				现场观察
	(2) 活动区域无障碍物				
	(3) 夜间光线适度				
	(4) 卫生间、浴室、配餐室、走廊等设置扶手、防滑垫等辅助设施，有防滑及防跌倒标识				
	(5) 床、轮椅、平车、助行器等功能良好				
3. 采取 针对性 的预防 措施	(1) 防跌倒警示标识清晰				现场观察 查看记录 访谈患者
	(2) 高风险患者 24 小时有人陪伴，保持患者在照护者的视线范围内				
	(3) 日常用物、呼叫铃等方便患者取用				
	(4) 带轮子的床、轮椅等器具，静态时锁定轮锁，转运时使用安全带或护栏				

	(5)宜协助患者进行肌力、平衡及步态等功能训练，改善步态不稳，降低跌倒风险。			
	(6)当患者出现精神与行为症状时，应移除周围可能造成伤害的物品			
	(7)对患者和/或照护者进行跌倒预防健康教育 ①告知患者离床活动时应有他人陪同 ②指导患者正确使用助行器等保护性器具 ③指导患者淋浴时水温以 37~40℃为宜 ④指导因视力减弱曾有跌倒史或跌倒风险的患者使用单光眼镜 ⑤指导患者服用高跌倒风险药物时，在药效期内限制活动（按照药物说明书要求执行） ⑥指导患者头晕及眩晕时及时蹲下或扶靠牢固稳定物体 ⑦指导患者一旦发生体位性低血压，或患者体位改变、外出行走出现头昏、肢体无力等不适症状时，应立即就近坐下或搀扶平躺休息。指导陪同人员按摩四肢并立即呼救。 ⑧指导患者卧位转为站位时，遵循“三部曲”，即平躺 30s、坐起 30s、站立 30s 再行走			
4. 做好床旁交接班	(1) 每班交接跌倒风险因素和风险等级			现场观察 查看记录
	(2) 床边查看跌倒预防措施的落实情况			

预防住院患者压力性损伤关键护理措施落实查检表

项目	关键措施	落实情况			评价方法
		是	否	不涉及	
1. 评估	(1) 患者入科、转入后 2 小时内完成皮肤评估。				现场观察 查看记录、询问
	(2) 风险评估工具选择适宜，当班内完成评估。				
	(3) 根据评估风险等级及病情决定评估及记录频次，制定相关的关键护理措施。病情变化再次评估。				
	(4) 高风险患者出院前应实施评估				
	(5) 评估时关注皮肤的颜色、温度、完整性、有无皮肤硬结等				
	(6) 动态评估关键护理措施的落实和效果，并及时调整。				
2. 保持皮肤清洁	(1) 衣裤、床单清洁干燥。				现场观察、询问
	(2) 失禁患者皮肤清洁，尿液 / 粪便收集器或高吸收型护理用品选择适宜，可使用适合的预防性敷料进行皮肤保护。				
	(3) 皮肤清洁时使用温和的清洁剂，避免用力擦洗或摩擦。				
3. 实施体位管理	(1) 体位变换频次应根据病情、受压部位、皮肤耐受程度、移动能力和所使用的减压工具等情况确定翻身频次，体位变换时再次观察皮肤。但至少 2 小时翻身 1 次。				现场观察 查看记录、询问
	(2) 病情不稳定、无法常规变换体位的患者，进行缓慢、渐进、小范围的体位变换。				
	(3) 变换体位或搬动患者时无拖拽，应将患者身体抬高离床面。				
	(4) 禁止对受压部位皮肤进行按摩				
	(5) 发红、疼痛或已有创面的皮肤不宜受压				
	(6) 病情允许时，宜早期活动，或将患者双足抬高离床面。				
	(7) 俯卧位通气患者，可适当抬高床抬头、交替抬起受压部位，				

	同时，可在面部和其他身体受压部位使用减压工具。				
4. 正确使用合适的减压工具	(1) 高风险患者减压工具选择和使用正确。				现场观察、询问
	(2) 床垫和体位垫的硬度、厚度和弹性适中，无“触底”现象				
	(4) 持续受压部位预防性敷料选择和使用正确，支撑材质应具有透气性和散热性。				
	(5) 足跟、骶尾部、后枕部等受压部位减压工具选择和使用正确。				
5. 预防器械相关性压力性损伤	(1) 医疗器械类型、材质、型号、形状选择适宜。				现场观察、询问
	(2) 器械佩戴和固定正确，松紧适宜，避免压迫局部组织。				
	(3) 器械使用前，可用预防性敷料或衬垫进行保护。				
	(4) 可移动器械至少每班评估一次，根据器械接触处及周围皮肤或粘膜的颜色、肿胀程度等确定移动时机及频次。				
	(5) 经皮血氧饱和度监测探头至少每 4h 移动 1 次，间歇充气压力袖带至少每班移动 1 次。				
	(6) 避免各类导管、仪器连线、电极片、经皮血氧饱和度监测探头等置于身下，局部皮肤无持续受压。				
	(7) 病情允许，尽早移除器械。				
6. 加强营养支持	(1) 对有压力性损伤风险的人群进行营养风险筛查。关注患者体重、进食量 / 营养液入量、白蛋白等指标变化情况。				现场观察 查看记录、询问
	(2) 对有压力性损伤风险的并存在营养风险或营养不足的患者，需及时为其提供营养支持。并观察治疗效果。				
7. 对患者/家属进行预防压力性损伤健康教育	(1) 存在的风险因素 (2) 高风险部位识别 (3) 风险程度 (4) 重点预防措施				现场观察 查看记录、询问
8. 交接重点	(1) 每班交接压力性损伤风险等级和关键护理措施，关键护理措施连续、完整。				现场观察 查看记录、询问
	(2) 床边交接时，重点查看持续受压部位皮肤状况。				

预防血管内导管相关血流感染关键护理措施查检表（CVC）

项目	关键措施	评价方法	评级结果		
			是	否	问题点
一. 无菌 操作 规程	1. 手卫生：执行《医务人员手卫生规范》（WS / T313）	现场观察			
	2. 最大化无菌屏障 ①置管时操作者应穿戴一次性医用外科口罩、圆帽、无菌手套、无菌手术衣，患者全身覆盖无菌单。 ②超声探头等设备应使用一次性无菌保护套。	现场观察 询问			
	3. 皮肤及导管消毒 ①消毒剂宜首选>0.5%葡萄糖酸氯己定乙醇溶液（2个月以下婴儿慎用）。 ②以穿刺点为中心擦拭消毒皮肤，消毒范围应大于敷料面积，直径≥15cm。 ③消毒至少2遍或参照产品说明书，自然待干后方可操作。	现场观察 询问			
	4. 输液接头消毒 ①宜选用消毒棉片。 ②用力擦拭消毒输液接头的横截面及外围5~15秒或参照产品说明书，自然待干后方可连接。	现场观察 询问			
二. 选择 导管	1. 导管选择 基于治疗方案和患者病情选择管径细、管腔少的静脉导管，尽可能减少输液附加装置的使用。	现场观察			

与穿刺部位	<p>2. 穿刺部位选择</p> <p>①置管时应避开关节、瘫痪、炎症、硬结、破损、创伤等部位及受损血管等。</p> <p>②成人首选锁骨下静脉，次选颈内静脉，不建议选择股静脉。</p> <p>③可使用超声引导穿刺。</p>	现场观察 查看记录			
三. 导管固定与维护	<p>1. 导管位置确定</p> <p>①应使用 X 线等影像技术确定导管尖端位置。</p> <p>②测量记录导管体外部分的长度，判断导管有无移位。</p> <p>③给药前抽回血确认导管在静脉内，推注生理盐水确认导管通畅。</p>	现场观察 询问			
	<p>2. 导管固定</p> <p>①避免使用缝合方式固定。</p> <p>②可使用固定装置减少导管移动。</p> <p>③宜选用无菌透明敷料，以无张力方法固定。</p> <p>④敷料外标注穿刺日期。</p>	现场观察 询问			
	<p>3. 更换敷料</p> <p>①无菌敷料以穿刺点为中心覆盖穿刺部位。无菌纱布敷料至少每 2 天更换一次，无菌透明敷料至少每 7 天更换一次。</p> <p>②18 岁以上患者可使用含葡萄糖酸氯己定的抗菌敷料。</p> <p>③敷料出现卷边、松动、潮湿、污染、完整性受损及穿刺部位发生渗血、渗液时应立即更换。</p> <p>④敷料外标注更换日期。</p>	现场观察 询问			
	<p>4. 输液装置更换</p> <p>①连续输液时，输液器应每 24h 更换 1 次。如怀疑被污染或完整性受到破坏时，应立即更换。</p> <p>②输注特殊药物时应根据产品说明书更换输液器。</p> <p>③输注全血、成分血的输血器应每隔 4h 更换。</p> <p>④输液接头应至少 7 天更换一次或参照产品说明书。</p> <p>⑤输液接头内有血液或药物残留、完整性受损、疑似被污染、</p>	现场观察 询问			

	<p>从导管抽取血培养前、任何原因取下时应立即更换。</p>				
	<p>5. 冲封管</p> <p>①应一人一针一管一剂一用。②宜采用单剂量冲封管液。</p> <p>③应采用脉冲式冲管、正压封管方法。</p> <p>④输血或输注特殊药物后，应充分冲管。</p> <p>⑤冲管液量应能冲净导管及附加装置腔内残留物。</p> <p>⑥宜使用 10ml 及以上管径的注射器。</p> <p>⑦治疗间歇期至少每 7 天冲封管一次。</p>	<p>现场观察 询问</p>			
<p>四. 导管 留置 的必 要性 评估</p>	<p>1. 观察穿刺点及周围皮肤有无红、肿、热、痛、渗血、渗液及脓性分泌物等感染征象。</p> <p>2. 临床治疗不需要使用导管或出现不能处理的并发症时，应及时拔除。</p> <p>3. 不能保证遵循有效的无菌原则下的 CVC 置管，应在 2 天内及时拔除导管，病情需要时更换穿刺部位重新置管。</p>	<p>现场观察 查看记录 询问</p>			

预防血管内导管相关血流感染关键护理措施查检表（PICC）

项目	关键措施	评价方法	评级结果		
			是	否	问题点
一. 无菌 操作 规程	1. 手卫生：执行《医务人员手卫生规范》（WS / T 313）	现场观察			
	2. 最大化无菌屏障 ①置管时操作者应穿戴一次性医用外科口罩、圆帽、无菌手套、无菌手术衣，患者全身覆盖无菌单。 ②超声探头等设备应使用一次性无菌保护套。	现场观察 询问			
	3. 皮肤及导管消毒 ①消毒剂宜首选>0.5%葡萄糖酸氯己定乙醇溶液（2个月以下婴儿慎用）。 ②以穿刺点为中心擦拭消毒皮肤，消毒范围应大于敷料面积，直径≥20cm。 ③消毒至少2遍或参照产品说明书，自然待干后方可操作。	现场观察 询问			
	4. 输液接头消毒 ①宜选用消毒棉片。 ②用力擦拭消毒输液接头的横截面及外围5~15秒或参照产品说明书，自然待干后方可连接。	现场观察 询问			
二. 选择 导管	1. 导管选择 基于治疗方案和患者病情选择管径细、管腔少的静脉导管，尽可能减少输液附加装置的使用。	现场观察			

与穿刺部位	<p>2. 穿刺部位选择</p> <p>①置管时应避开关节、瘫痕、炎症、硬结、破损、创伤等部位及受损血管等。</p> <p>②成人首选肘上贵要静脉。新生儿宜选择大隐静脉。</p> <p>③可使用超声引导穿刺。</p>	现场观察 查看记录			
	<p>1. 导管位置确定</p> <p>①应使用 X 线等影像技术确定导管尖端位置。</p> <p>②测量记录导管体外部分的长度，判断导管有无移位。</p> <p>③给药前抽回血确认导管在静脉内，推注生理盐水确认导管通畅。</p>	现场观察			
三. 导管固定与维护	<p>2. 导管固定</p> <p>①避免使用缝合方式固定。</p> <p>②可使用固定装置减少导管移动。</p> <p>③宜选用无菌透明敷料，以无张力方法固定。</p> <p>④敷料外标注穿刺日期。</p>	现场观察 查看记录			
	<p>3. 更换敷料</p> <p>①无菌敷料以穿刺点为中心覆盖穿刺部位。无菌纱布敷料至少每 2 天更换一次，无菌透明敷料至少每 7 天更换一次。</p> <p>②18 岁以上患者可使用含葡萄糖酸氯己定的抗菌敷料。</p> <p>③敷料出现卷边、松动、潮湿、污染、完整性受损及穿刺部位发生渗血、渗液时应立即更换。</p> <p>④敷料外标注更换日期。</p>	现场观察 查看记录 询问			
	<p>4. 输液装置更换</p> <p>①连续输液时，输液器应每 24h 更换 1 次。如怀疑被污染或完整性受到破坏时，应立即更换。</p> <p>②输注特殊药物时应根据产品说明书更换输液器。</p> <p>③输注全血、成分血的输血器应每隔 4h 更换。</p> <p>④输液接头应至少 7 天更换一次或参照产品说明书。</p> <p>⑤输液接头内有血液或药物残留、完整性受损、疑似被污染、</p>	现场观察 询问			

	<p>从导管抽取血培养前、任何原因取下时应立即更换。</p>				
	<p>5. 冲封管</p> <p>①应一人一针一管一剂一用。</p> <p>②宜采用单剂量冲封管液。</p> <p>③应采用脉冲式冲管、正压封管方法。</p> <p>④输血或输注特殊药物后，应充分冲管。</p> <p>⑤冲管液量应能冲净导管及附加装置腔内残留物。</p> <p>⑥宜使用 10ml 及以上管径的注射器。</p> <p>⑦治疗间歇期至少每 7 天冲封管一次。</p>	<p>现场观察 询问</p>			
<p>四. 导管 留置 的必 要性 评估</p>	<p>1. 观察穿刺点及周围皮肤有无红、肿、热、痛、渗血、渗液及脓性分泌物等感染征象。</p> <p>2. 临床治疗不需要使用导管或出现不能处理的并发症时，应及时拔除。</p>	<p>现场观察 查看记录 询问</p>			

气管导管非计划拔管关键护理措施查检表

项目	关键措施		落实情况			评价方法
			是	否	不涉及	
1、妥善固定	(1) 气管插管导管	①固定材料适宜，固定牢固。②固定材料清洁干燥 ③更换固定材料或进行口腔护理时，双人操作。				现场观察 查看记录 询问
	(2) 气管切开套管	①固定材料适宜，固定牢固。 ②固定系带松紧适宜，以放入一指为宜。 ③固定材料清洁干燥 ④更换固定材料或取放内套管时，固定外套管				
	(3) 与呼吸机连接时，妥善固定呼吸机管路					
	(4) 动态评估气管导管有无移位，气管插管导管至少每 8h 记录置入深度或外露刻度，如有移位，处理正确。					
	(5) 对于有气囊的气管插管导管和气管切开套管，每 6-8h 监测气囊压力， 压力维持在 25-30cmH ₂ O					
	(6) 患者体位变化、转运、吸痰、口腔护理等操作前后确认导管位置，必要时监测气囊压力					
2、保持通畅	(1) 观察患者呼吸形态、呼吸机参数、波形，判断呼吸通路是否通畅				现场观察 询问	
	(2) 管道无受压、扭曲、打折。经口气管插管患者，无咬管情况					
	(3) 气道湿化方式合适，气道内温湿度适宜，无痰痂堵塞。					
	(4) 按需吸痰。病情允许时，通过翻身叩背、机械辅助排痰、变					

	幻体位等措施帮助患者排痰。				
3. 镇痛 镇静管 理	(1) 疼痛评估工具选择适宜。遵医嘱使用镇痛药物，密切监测镇痛效果和生命体征，将患者的疼痛程度控制在轻度及以下范围内。				现场观察 查看记录 询问
	(2) 遵医嘱使用镇静药物，使患者的镇静深度达到治疗目标。使用镇静药物期间，监测生命体征。镇静中断时，宜专人守护，必要时进行有效约束。				
4. 谵妄 管理	(1) 患者出现疑似谵妄症状时，进行谵妄评估。				现场观察 查看记录 询问
	(2) 对于谵妄患者，减少或避免引发谵妄的高危因素，必要时遵医嘱用药。				
5. 身体 约束管 理	(1) 约束指征把握合理，对于意识障碍、烦躁不安、术后麻醉未清醒等患者，必要时遵医嘱给予有效约束。				现场观察 查看记录 询问
	(2) 约束肢体处于功能位，无约束相关并发症。体位改变时，及时调整约束位置。手部与气管导管距离保持 20cm 以上。				
	(3) 动态评估约束的必要性，及时解除不必要的约束。				
6. 关注 患者需 求	(1) 了解并满足患者需求，采用沟通卡、写字板、肢体语言等方式交流。				现场观察 询问
	(2) 关注患者心理状态，采用音乐、阅读、家属支持等方法缓解患者焦虑、烦躁。				
7. 健康 指导	(1) 根据患者意识情况及配合能力，提供管道护理方法、呼吸功能锻炼等方面的健康指导。				现场观察 查看记录 询问
	(2) 患者及家属主动参与管道管理。				
8. 尽早 拔管	(1) 每日评估导管留置必要性，符合拔管指征者遵医嘱尽早拔除				现场观察 查看记录 询问
	(2) 拔管前对清醒患者进行呼吸、咳嗽等功能训练，关注训练期间患者非计划拔管风险。				

留置导尿管非计划拔管关键护理措施查检表

项目	关键措施	落实情况			评价方法
		是	否	不涉及	
1、正确留置	(1) 置管适应症掌握正确，遵医嘱留置导尿管				现场观察 查看记录 询问
	(2) 导尿管材质、型号适宜				
	(3) 置入导尿管遵循无菌原则				
	(4) 置入前确认导管在有效期内且功能完好				
	(5) 置入后按产品说明书进行内固定，请拉导尿管不脱出				
	(6) 外固定材料、方法和位置适宜				
2、妥善固定	(1) 固定材料清洁干燥，固定牢固				现场观察 询问
	(2) 患者过床、翻身、穿脱衣物、外出检查等过程中，导尿管无牵拉				
3. 保持通畅	(1) 导尿管无扭曲、受压、打折				现场观察 询问
	(2) 尿液无结晶、絮状物、血凝块等，如有堵塞，遵医嘱进行处理				
4. 预防感染	(1) 会阴部和尿道口清洁				现场观察 查看
	(2) 导尿管和集尿袋整体的密闭性完好				

	<p>(3) 尿液无返流</p> <p>①集尿袋低于膀胱水平</p> <p>②搬动患者时，引流管暂时夹闭</p> <p>③集尿袋及时排空，尿液不超过集尿袋容量的 3/4</p>				记录询问
	(4) 集尿袋排尿端口与尿液收集容器或地面无接触				
	(5) 按照产品说明书和患者实际情况更换导尿管，标注更换日期和时间				
	(6) 按照产品说明书更换集尿袋，更换时注意无菌操作。集尿袋引流通畅、无破损。				
5. 每日评估	(1) 评估尿液的颜色、性状和量，必要时评估膀胱膨隆程度，如有异常，遵医嘱对症处理				现场观察查看
	(2) 评估患者意识状态、疼痛和配合程度等，必要时遵医嘱予以约束和镇痛镇静治疗，并做好相应评估和记录。				记录询问
6. 健康指导	(1) 患者及家属知晓健康指导内容，且能复述				现场观察查看
	(2) 根据患者及家属掌握情况，调整健康指导重点				记录询问
	(3) 患者及家属主动参与管道管理				记录询问
7. 尽早拔管	(1) 每日评估导管留置必要性，符合拔管指征者遵医嘱尽早拔除				现场观察查看
	(2) 术后患者如无留置尿管的必要性，宜在术后 24 小时内遵医嘱尽早拔除				记录询问

CVC 非计划拔管关键护理措施查检表

项目	关键措施	落实情况			评价方法
		是	否	不涉及	
1. 妥善固定	(1) 固定材料适宜				现场观察 查看记录 询问
	(2) 固定时： ①根据导管外露长度宜“C”或“U”形放置 ②无菌透明敷料以穿刺点为中心无张力放置，并进行塑形、抚压，与皮肤贴合紧密。 ③用高举平台法固定敷料外导管，不影响观察穿刺点并保持输液通畅。				
	(3) 输液管路妥善固定，导管无牵拉				
	(4) 导管置入长度或外露刻度每班评估，至少每日记录。移位或疑似移位时，重新确认导管尖端位置并记录				
	(5) 敷料清洁、干燥、完整，无菌透明敷料至少每 7 天更换，无菌纱布敷料至少每 2 天更换				
	(6) 更换敷料时，从导管远端向近端去除，导管无牵拉或移位				
2. 保持通畅	(1) 导管内无血液或药液残留，输液管路无扭曲、打折、受压				现场观察 询问
	(2) 给药前，回抽血液确定导管在静脉内，并用生理盐水脉冲式冲管，如抽取无回血或冲管遇阻力，禁止强行冲管。				

	(3) 给药结束时, 先进行脉冲式冲管, 再正压封管。				
	(4) 冲管时, 使用 10ml 及以上的注射器或预充式导管冲洗器进行脉冲式冲管。冲管液选择适宜, 冲管液量至少是导管及附加装置容积的 2 倍。				
	(5) 封管时, 使用 10ml 及以上的注射器或预充式导管冲洗器进行正压封管。封管液选择适宜, 封管液量为导管及附加装置容积的 1.2 倍。				
	(6) 多腔导管各腔均需冲管和封管。				
	(7) 输血或输注肠外营养液, 甘露醇等粘稠制剂前后, 充分冲管。				
	(8) 关注输注药物间的配伍禁忌, 无药物结晶或沉淀。				
3. 预防 感染	(1) 导管维护和使用时, 一人一针一管一剂一用, 遵循无菌操作原则, 严格执行手卫生。				现场观 察查看 记录询 问
	(2) 更换敷料时, 皮肤和导管消毒以穿刺点为中心, 皮肤消毒范围应大于敷料覆盖范围, 消毒液自然干燥后进行操作, 穿刺点局部不易使用抗菌软膏或乳剂。				
	(3) 输液接头至少每 7 天更换一次, 无血液或药物残留、污染、破损或松脱等情况。				
	(4) 经输液接头用药前或更换输液接头时, 使用消毒剂多方位擦拭接头或接口的横截面及外围, 擦拭时间为 5-15 秒或参照产品说明书。				
	(5) 输液器每 24h 或根据产品使用说明书更换, 输注特殊药物时根据药物说明书更换。输注全血、成分血的输血器每 4h 更换。输液器、输血器无污染或完整性受损。				
	(6) 尽可能减少输液附加装置的使用。				
4. 每日 评估	(1) 评估导管留置必要性, 拔除无需留置的导管。				现场观 察查看 记录询
	(2) 评估患者有无局部皮肤、穿刺点及全身感染表现, 如有异常, 遵医嘱处理。				

	(3) 评估患者意识状态、疼痛和配合程度等，必要时遵医嘱予以约束或进行镇痛镇静治疗，并做好相应评估和记录。				问
5. 健康 评估	(1) 患者及家属知晓健康指导内容，且能复诉。				现场观 察查看 记录询 问
	(2) 根据患者及家属掌握情况，调整健康指导重点。				
	(3) 患者及家属主动参与管道管理。				

PICC 非计划拔管关键护理措施查检表

项目	关键措施	落实情况			评价方法
		是	否	不涉及	
1. 置管	(1) 置管适应证掌握正确，按需置管。				现场观 察查看 记录询 问
	(2) 导管型号和置管部位选择适宜。				
	(3) 置管全程遵循无菌操作原则，严格执行手卫生，建立最大无菌屏障。				
	(4) 置管时宜使用超声引导穿刺、心腔内电图定位技术实时定位。				
	(5) 置管后使用 X 线检查，确认导管尖端位置。				
2. 妥善 固定	(1) 固定材料适宜				现场观 察查看 记录询 问
	(2) 固定时： ①根据导管外露长度宜“C”或“U”形放置 ②无菌透明敷料以穿刺点为中心无张力放置，并进行塑性、抚压，与皮肤贴合紧密。 ③用高举平台法固定敷料外导管，不影响观察穿刺点并保持输液通畅。				
	(3) 输液管路妥善固定，导管无牵拉				
	(4) 导管置入长度或外露刻度每班评估，至少每日记录。移位或疑似移位时，重新确认导管尖端位置并记录				
	(5) 敷料清洁、干燥、完整，无菌透明敷料至少每 7 天更换，无菌纱布				

	敷料至少每 2 天更换			
	(6) 更换敷料时, 从导管远端向近端去除, 导管无牵拉或移位			
3. 保持通畅	(1) 导管内无血液或药液残留, 输液管路无扭曲、打折、受压			现场观察询问
	(2) 给药前, 回抽血液确定导管在静脉内, 并用生理盐水脉冲式冲管, 如抽取无回血或冲管遇阻力, 禁止强行冲管。			
	(3) 给药结束时, 先进行脉冲式冲管, 再正压封管。			
	(4) 冲管时, 使用 10ml 及以上的注射器或预充式导管冲洗器进行脉冲式冲管。冲管液选择适宜, 冲管液量至少是导管及附加装置容积的 2 倍。			
	(5) 封管时, 使用 10ml 及以上的注射器或预充式导管冲洗器进行正压封管。封管液选择适宜, 封管液量为导管及附加装置容积的 1.2 倍。			
	(6) 多腔导管各腔均需冲管和封管。			
	(7) 输血或输注肠外营养液, 甘露醇等粘稠制剂前后, 充分冲管。			
	(8) 关注输注药物间的配伍禁忌, 无药物结晶或沉淀。			
	(9) 避免从非耐高压 PICC 进行加压注射			
	(10) 导管使用间歇期至少每 7 天冲封管一次。			
4. 预防感染	(1) 导管维护和使用, 一人一针一管一剂一用, 遵循无菌操作原则, 严格执行手卫生。			现场观察查看记录询问
	(2) 更换敷料时, 皮肤和导管消毒以穿刺点为中心, 皮肤消毒范围应大于敷料覆盖范围, 消毒液自然干燥后进行操作, 穿刺点局部不易使用抗菌软膏或乳剂。			
	(3) 输液接头至少每 7 天更换一次, 无血液或药物残留、污染、破损或松脱等情况。			
	(4) 经输液接头用药前或更换输液接头时, 使用消毒剂多方位擦拭接头或接口的横截面及外围, 擦拭时间为 5-15 秒或参照产品说明书。			
	(5) 输液器每 24h 或根据产品使用说明书更换, 输注特殊药物时根据药物说明书更换。输注全血、成分血的输血器每 4h 更换。输液器、输血器无污染或完整性受损。			
	(6) 尽可能减少输液附加装置的使用。			
5. 每日	(1) 评估导管留置必要性, 拔除无需留置的导管。			现场观

评估	(2) 评估患者有无局部皮肤、穿刺点及全身感染表现, 如有异常, 遵医嘱处理。				察查看 记录询 问
	(3) 评估患者意识状态、疼痛和配合程度等, 必要时遵医嘱予以约束或进行镇痛镇静治疗, 并做好相应评估和记录。				
6. 健康 评估	(1) 患者及家属知晓健康指导内容, 且能复诉。				现场观 察查看
	(2) 根据患者及家属掌握情况, 调整健康指导重点。				
	(3) 患者及家属知晓导管维护间隔时间 (至少每 7 天一次)				记录询 问
	(3) 患者及家属主动参与管道管理。				

住院患者发生跌倒/坠床事件相关信息收集表

1. 发生病区名称 (与医院病区信息维护名称一致): ()
2. 住院患者病案号:
3. 入院时间: 年 月 日
4. 性别: ①男 ②女
5. 年龄: ①新生儿 ②1-6 月 ③7-12 月 ④1-6 岁 ⑤7-12 岁 ⑥13-18 岁
 ⑦19-64 岁 ⑧65 岁及以上
6. 该患者本次住院跌倒 (坠床) 第___次: ①第 1 次 ②第 2 次 ③第 3 次 ④>3 次
7. 发生日期: 年 月 日
8. 发生时间: 时 分 (24 小时制)
9. 发生地点: ①病区内 ②病区外 (院区内)
10. 跌倒 (坠床) 前患者活动能力: ①活动自如 ②卧床不起 ③需要手杖辅具④需要轮椅辅具 ⑤需要助行器辅具 ⑥需要假肢辅具
11. 跌倒 (坠床) 发生于哪项活动过程:
①躺卧病床 ②上下病床 ③坐床旁椅 ④如厕 ⑤沐浴时 ⑥站立 ⑦行走时
⑧上下平车 ⑨坐轮椅 ⑩上下诊床 ⑪使用电梯时 ⑫从事康复活动时 ⑬其他
12. 跌倒 (坠床) 时意识状态: ①清醒 ②嗜睡 ③意识模糊 ④浅昏迷 ⑤深昏迷 ⑥谵妄
13. 跌倒 (坠床) 伤害级别: ①跌倒无伤害 (0 级) ②轻度伤害 (1 级)
 ③中度伤害 (2 级) ④重度伤害 (3 级) ⑤死亡

14.跌倒（坠床）前有无跌倒（坠床）风险评估：

①有 ②无（若选无，跳过 16，17，18 项）

15.跌倒（坠床）风险评估工具：

①Morse 跌倒（坠床）风险评估量表

②约翰霍普金斯跌倒（坠床）风险评估量表

③改良版 Humpty Dumpty 儿童跌倒（坠床）风险量表

④托马斯跌倒（坠床）风险评估工具

⑤Hendrich 跌倒（坠床）风险评估表

⑥其他

16.跌倒（坠床）前跌倒风险评估级别： ①高危 ②非高危

17.最近 1 次跌倒（坠床）风险评估距离跌倒（坠床）发生时间：

①<24 小时 ②1 天 ③2 天 ④3 天 ⑤4 天 ⑥5 天 ⑦6 天 ⑧1 周 ⑨1 周前 ⑩不确定

18.跌倒（坠床）时 有无约束： ①是 ②否

19.跌倒（坠床）发生时当班责任护士工作年限：

①小于 1 年 ② $1 \leq y < 2$ ③ $2 \leq y < 5$ ④ $5 \leq y < 10$ ⑤ $10 \leq y < 20$ ⑥ ≥ 20 年

20.跌倒（坠床）发生时在岗责任护士人数： 人（只能填整数）

21.跌倒（坠床）发生时病区在院患者数： 人（只能填整数）

22.跌倒（坠床）后的处置（多选）：

①无特殊处理 ②涂药 ③缝合 ④影像学检查 ⑤打石膏 ⑥牵引 ⑦手术 ⑧其他

新发 2 期及以上院内压力性损伤相关信息收集表

- 1.发生病区名称（与医院病区信息维护名称一致）：（ ）
- 2.住院患者病案号：
- 3.入院时间： 年 月 日
- 4.性别：①男 ②女
- 5.年龄：①新生儿 ②1-6 月 ③7-12 月 ④1-6 岁 ⑤7-12 岁 ⑥13-18 岁
⑦19-64 岁 ⑧65 岁及以上
- 6.发生日期： 年 月 日
- 7.压力性损伤风险评估工具： ①Braden 评分表 ②Norton 评分表
③Waterlow 评分表 ④Braden-Q 评分表 ⑤Cubbin/Jackson ⑥其他 ⑦未评估
- 8.入病区时是否进行压力性损伤风险评估：①是 ②否（选择否，跳过 9）
- 9.入病区时压力性损伤风险评估级别：①低危 ②中危 ③高危 ④极高危
- 10.最近 1 次压力性损伤风险评估距离发现时间：①<24 小时 ②1 天 ③2 天 ④3 天 ⑤
4 天 ⑥5 天 ⑦6 天 ⑧1 周 ⑨1 周前 ⑩不确定 ⑪未评估（选择未评估，跳过 11）
- 11.最近 1 次压力性损伤风险评估级别：①低危 ②中危 ③高危 ④极高危
- 12.入本病区 24 小时后新发 2 期及以上院内压力性损伤部位数：

分期、类型	入本病区 24 小时后新发 2 期及以上 院内压力性损伤部位数	其中，医疗器械相关压力性损伤 部位数
2 期		
3 期		

4 期		
深部组织损伤		
不可分期		
粘膜压力性损伤		
合计	(此数应与 12 题结果相等)	(此数应小于或等于 12 题结果)

CVC 相关血流感染相关信息收集表

- 1.发生病区名称（与医院病区信息维护名称一致）：（ ）
- 2.住院患者病案号：
- 3.入院时间： 年 月 日
- 4.性别：①男 ②女
- 5.年龄：①新生儿 ②1-6 月龄 ③7-12 月龄 ④1-6 岁 ⑤7-12 岁 ⑥13-18 岁
⑦19-64 岁 ⑧65 岁及以上
- 6.留置导管的主要原因：①输入高渗液体 ②输入化疗药物 ③长期输液
④抢救和监测需要 ⑤其他
- 7.CVC 置管位置：①锁骨下静脉 ②颈内静脉 ③股静脉 ④其他
- 8.导管类型：①单腔导管 ②双腔导管 ③三腔导管
- 9.是否为抗菌导管：①是 ②否
- 10.发生 CLABSI 时 CVC 留置时长：_____天

PICC 相关血流感染相关信息收集表

- 1.发生病区名称（与医院病区信息维护名称一致）：（ ）
- 2.住院患者病案号：
- 3.入院时间： 年 月 日
- 4.性别：①男 ②女
- 5.年龄：①新生儿 ②1-6 月龄 ③7-12 月龄 ④1-6 岁 ⑤7-12 岁 ⑥13-18 岁

⑦19-64岁 ⑧65岁及以上

6.留置导管的主要原因：①输入高渗液体 ②输入化疗药物 ③长期输液

④抢救和监测需要 ⑤其他

7.PICC置管位置：①贵要静脉 ②头静脉 ③肱静脉 ④肘正中静脉 ⑤大隐静脉

⑥颞浅静脉 ⑦耳后静脉 ⑧股静脉 ⑨其他

8. PICC置管方式：①超声引导 ②盲穿

9. 导管类型：①单腔导管 ②双腔导管 ③三腔导管

10. 是否为抗菌导管：①是 ②否

11. 发生 CLABSI 时 PICC 留置时长：_____天

气管导管非计划拔管相关信息收集表

1. 发生病区名称(与医院病区信息维护名称一致)()

2. 住院患者病案号：

3. 入院时间：_____年_____月_____日

4. 性别：①男 ②女

5. 年龄：①新生儿 ②1-6月龄 ③7-12月龄 ④1-6岁 ⑤7-12岁 ⑥13-18岁

⑦19-64岁 ⑧65岁及以上

6. 该患者本次住院非计划拔管第次数：①第1次 ②第2次 ③第3次 ④>3次

7. 发生日期：_____年_____月_____日

8. 发生时间：_____时_____分(24小时)

9. 发生地点：①病区内 ②病区外(院区内)

10. 导管名称(单选)：①气管插管 ②气管切开导管

11. 非计划拔管主要原因：①患者自拔 ②管路滑脱 ③阻塞 ④感染 ⑤管路损坏 ⑥其他

12. 是否24小时内重置：①是 ②否

13. 非计划拔管时有无约束：①是 ②否

14. 非计划拔管时患者状态：①卧床时 ②翻身时 ③过床时 ④转运时 ⑤检查时 ⑥其他

15. 非计划拔管时患者神志：①清醒 ②不清醒

16. 非计划拔管时患者是否镇静：①是 ②否 ③不知道

17. 非计划拔管时患者镇静评分工具：

①RASS(Richmond躁动-镇静评分)

②SAS(镇静-躁动评分)

③其他量表(跳过 18)

④未评估(跳过 18)

18. 非计划拔管时患者镇静评分: 分

19. 非计划拔管发生时当班责任护士工作年限

①<1年 ②1≤y<2年 ③2≤y<5年 ④5≤y<10年 ⑤10≤y<20年 ⑥≥20年

20. 非计划拔管发生时在岗责任护士人数: 人(只能填整数)

21. 非计划拔管发生时病区在院患者数: 人(只能填整数)

导尿管非计划拔管相关信息收集表

1. 发生病区名称(与医院病区信息维护名称一致)()

2. 住院患者病案号:

3. 入院时间: 年 月 日

4. 性别: ①男 ②女

5. 年龄: ①新生儿 ②1-6月龄 ③7-12月龄 ④1-6岁 ⑤7-12岁 ⑥13-18岁

⑦19-64岁 ⑧65岁及以上

6. 该患者本次住院非计划拔管第次数: ①第1次 ②第2次 ③第3次 ④>3次

7. 发生日期: 年 月 日

8. 发生时间: 时 分(24小时制)

9. 发生地点:①病区内 ②病区外(院区内)

10. 非计划拔管主要原因: ①患者自拔 ②管路滑脱 ③阻塞 ④感染 ⑤管路损坏

⑥其他

11. 是否重置:①是 ②否

12. 非计划拔管时有无约束: ①是 ②否

13. 非计划拔管时患者状态: ①卧床时 ②翻身时 ③过床时 ④转运时 ⑤检查时 ⑥其他

14. 非计划拔管时患者神志: ①清醒 ②不清醒

15. 非计划拔管时患者是否镇静:①是 ②否 ③不知道

16. 非计划拔管时患者镇静评分工具:

①RASS(Richmond 躁动-镇静评分)

②SAS(镇静-躁动评分)

③其他量表(跳过 17)

④未评估(跳过 17)

17. 非计划拔管时患者镇静评分: 分

18. 非计划拔管发生时当班责任护士工作年限:

①<1年 ② $1 \leq y < 2$ 年 ③ $2 \leq y < 5$ 年 ④ $5 \leq y < 10$ 年 ⑤ $10 \leq y < 20$ 年 ⑥ ≥ 20 年

19. 非计划拔管发生时在岗责任护士人数: 人(只能填整数)

20. 非计划拔管发生时病区在院患者数: 人(只能填整数)

CVC 非计划拔管相关信息收集表

1. 发生病区名称(与医院病区信息维护名称一致):

2. 住院患者病案号:

3. 入院时间: 年 月 日

4. 性别: ①男 ②女

5. 年龄: ①新生儿 ②1-6月龄 ③7-12月龄 ④1-6岁 ⑤7-12岁 ⑥13-18岁 ⑦19-64岁
⑧65岁及以上

6. 该患者本次住院非计划拔管第次数: ①第1次 ②第2次 ③第3次 ④>3次

7. 发生日期: 年 月 日

8. 发生时间: 时 分(24小时制)

9. 发生地点: ①病区内 ②病区外(院区内)

10. 非计划拔管主要原因: ①患者自拔 ②管路滑脱 ③阻塞 ④感染 ⑤管路损坏
⑥其他

11. 是否重置: ①是 ②否

12. 非计划拔管时有无约束: ①是 ②否

13. 非计划拔管时患者状态: ①卧床时 ②翻身时 ③过床时 ④转运时 ⑤检查时 ⑥其他

14. 非计划拔管时患者神志: ①清醒 ②不清醒

15. 非计划拔管时患者是否镇静: ①是 ②否 ③不知道

16. 非计划拔管时患者镇静评分工具:

①RASS(Richmond躁动-镇静评分)

②SAS(镇静-躁动评分)

③其他量表(跳过 17)

④未评估(跳过 17)

17. 非计划拔管时患者镇静评分: 分

18. 非计划拔管发生时当班责任护士工作年限

①<1年 ②1≤y<2年 ③2≤y<5年 ④5≤y<10年 ⑤10≤y<20年 ⑥≥20年

19. 非计划拔管发生时在岗责任护士人数: 人(只能填整数)

20. 非计划拔管发生时病区在院患者数: 人(只能填整数)

PICC 非计划拔管相关信息收集表

1. 发生病区名称(与医院病区信息维护名称一致): (

2. 住院患者病案号:

3. 入院时间:

4. 性别:①男 ②女

5. 年龄: ①新生儿 ②1-6月龄 ③7-12月龄 ④1-6岁 ⑤7-12岁 ⑥13-18岁 ⑦19-64岁
⑧65岁及以上

6. 该患者本次住院非计划拔管第次数: ①第1次 ②第2次 ③第3次 ④>3次

7. 发生日期: 年 月 日

8. 发生时间: 时 分(24小时制)

9. 发生地点: ①病区内 ②病区外(院区内)

10. 非计划拔管主要原因: ①患者自拔 ②管路滑脱 ③阻塞 ④感染 ⑤管路损坏
⑥其他

11. 是否重置: ①是 ②否

12. 非计划拔管时时有无约束: ①是 ②否

13. 非计划拔管时患者状态: ①卧床时 ②翻身时 ③过床时 ④转运时 ⑤检查时 ⑥其他

14. 非计划拔管时患者神志: ①清醒 ②不清醒

15. 非计划拔管时患者是否镇静: ①是 ②否 ③不知道

16. 非计划拔管时患者镇静评分工具:

①RASS(Richmond 躁动-镇静评分)

②SAS(镇静-躁动评分)

③其他量表(跳过 17)

④未评估(跳过 17)

17. 非计划拔管时患者镇静评分: 分

18. 非计划拔管发生时当班责任护士工作年限

①<1年 ② $1 \leq y < 2$ 年 ③ $2 \leq y < 5$ 年 ④ $5 \leq y < 10$ 年 ⑤ $10 \leq y < 20$ 年 ⑥ ≥ 20 年

19. 非计划拔管发生时在岗责任护士人数: 人(只能填整数)

20. 非计划拔管发生时病区在院患者数: 人(只能填整数)