

陕西省临床护理联合会

关于印发患者预警机制的通知

各专业委员会：

为全面落实安全管理长效机制，保障患者安全，有效减少护理不良事件的发生，联合会结合工作实际，建立患者高危风险预警机制，请各专业委员会认真学习，对照执行。

附件1：跌倒/坠床患者预警机制

附件2：骨质疏松性骨折患者预警机制

附件3：抑郁患者预警机制

附件4：谵妄患者预警机制

附件5：患者走失预警机制

附件6：仪器设备安全预警机制



附件 1

跌倒患者预警机制

一、基本概述

跌倒是指突发的、不自主、非故意的体位的改变，倒在地上或更低的平面。跌倒是住院患者经常发生的意外事件。

二、高危人群

1. 年龄大于 65 岁的患者；
2. 曾有跌倒病史者；
3. 贫血或血压不稳定者；
4. 意识障碍、失去定向感者；
5. 肢体功能障碍者；
6. 营养不良、虚弱、头晕者；
7. 步态不稳者；
8. 视力、听力较差、缺少照顾的患者；
9. 服用利尿剂、泻药、镇静安眠药、降压药的患者。

三、不良后果

1. 对患者带来身体的损伤甚至生命危险。
2. 增加家属的经济、人力、时间、精神等负担。
3. 扰乱医院的正常医疗秩序，加重医务人员的工作负担，甚至可能承担赔偿责任，造成经济损失，对医院造成不良的社会影响。
4. 加重护理人员工作量及心理负担，干扰了正常工作还有可能承担应有的法律责任，甚至造成护理人员的流失。
5. 延长住院日，增加住院费用的支出，造成资源浪费。

四、评估方法

1. 建立跌倒风险评估，筛查跌倒高危人群。
入院当日，由责任护士对照跌倒风险评估表条目对患者进行入院首次评估，评估患者是否存在跌倒史及有无跌倒的高风险因素。

2. 跌倒/坠床风险评估量表

(1) 3个月-16岁患者使用儿童跌倒危险因素评估表

住院患儿跌倒/坠床危险因素评估表及预防措施记录单

评估项目		评估内容	分值
危险因素评估	3个月内有跌倒病史	是	5
		否	0
	发育因素	大于半岁小于九岁	3
		会翻身	2
		步态不稳	3
		好动、平衡性差	3
		喜追逐	2
	神经精神状况	烦躁不安	3
		昏迷	2
	肢体情况	肢体损伤	3
		肢体残缺	3
		肌力差	2
		关节僵硬、变形、疼痛	4
	药物影响	镇静、安眠药	2
		降压利尿剂	2
		镇挛抗癫痫	4
	看护因素	家属对风险认识不足	2
		家属看护不到位	2
		看护人患精神疾患	2
		情绪不佳	2
	环境因素	地面坚硬湿滑	2
		光线不足	2

		使用带轮的学步车	2
		活动区域没有保护性栏杆	2

评估分值判断：总分59分，<5分为低风险， ≥ 5 分为高风险。

(2) 17-59岁患者使用Morse跌倒评分量表

MORSE 跌倒风险评估表

评估项目		评估内容	分值
危 险 因 素 评 估	跌倒史	是	25
		否	0
	超过1个医学诊断	是	15
		否	0
	使用助行器具	依扶家具	30
		使用四角叉/拐杖/手杖	15
		需要他人扶行/卧床/没有需要	0
	使用静脉留置针	是	20
		否	0
	步态	功能受损	20
		虚弱无力	10
		轮椅代步/卧床/正常	0
	认知能力	高估/忘记自己的能力	15
		正确了解自己的能力	0

评估分值判断：总分125分，<24分为低风险；25-44分为中风险； ≥ 45 分为高风险。

(3) ≥60岁患者使用老年人跌倒风险评估表

老年人跌倒风险评估表

运动	权重	得分	睡眠情况	权重	得分
步态异常/假肢	3		多醒	1	
行走需要辅助设施	3		失眠	1	
行走需要旁人帮助	3		夜游症	1	
跌倒史			用药史		
有跌倒史	2		新药	1	
因跌倒住院	3		心血管药物	1	
精神不稳定状态			降压药	1	
谵妄	3		镇静、催眠药	1	
痴呆	3		戒断治疗	1	
兴奋/行为异常	2		糖尿病用药	1	
意识恍惚	3		抗癫痫用药	1	
自控能力			麻醉药	1	
大/小便失禁	1		其他	1	
频率增加			相关病史		
保留导尿	1		神经科病史	1	
感觉障碍			骨质疏松病史	1	
视觉障碍	1		骨折史	1	
听觉障碍	1		低血压	1	
感觉性失语	1		药物/乙醇戒断	1	
其他情况	1		缺氧症	1	
			年龄≥80	3	

评估分值判断：低风险1-2分；中风险3-9分；高风险≥10分。

3. 评估频率

(1) 所有患者入院后均需进行跌倒风险评估，跌倒评分及风险等级均需记录于护理记录单；

(2) 所有风险等级患者，每7天复评一次，评估结果记录于护理记录单。

(3) 患者出现病情变化/跌倒/手术/腔镜检查治疗/转科时，均需重新进行评估。

五、防范措施

1. 高风险患者需告知主管医生，下长期医嘱“防跌倒”医嘱，必要时下“留陪人”医嘱，医护一体化管理。

2. 健康教育：责任护士采取至少2种健康教育形式（口头/书面/视频）进行宣教，提高患者及陪护人员安全意识，学会防护跌倒的技巧和措施。陪护人员积极配合医护人员落实陪护职责。

3. 护士在日常工作中注意防护措施落实和检查。

(1) 高风险患者床头放置防跌倒/防坠床警示牌。

(2) 患者穿方便易穿脱的防滑鞋，勿穿拖鞋，严禁穿一次性拖鞋。

(3) 提醒患者穿大小适宜的衣裤，裤脚不超过脚面。

(4) 固定好病床、轮椅、便椅的轮子。

(5) 学会并实施“起床三部曲”，醒后平躺30秒，床旁静坐30秒，床旁站立30秒。

(6) 患者活动时，陪护人员贴身陪护，不超过一臂距离。

(7) 帮助患者选择合适的运动方式。

(8) 教会患者使用合适的助行器具。

(9) 教会患者及陪护人员使用床护栏，避免倚靠床护栏，严禁从床上打开床护栏保护装置。

(10) 加强巡视、及时发现并满足患者需要。

4. 环境保护措施

(1) 提供足够的灯光，夜间病房打开地灯。

(2) 将物品置于患者易取处。

(3) 床尾摇把用后及时归位。

(4) 保持地面清洁干燥，有水渍及时擦干。

(5) 湿性拖地时需要放置防滑警示标识。

(6) 消除病房及楼道障碍物。

(7) 称体重时注意安全防护。

(8) 卫生间马桶旁安装扶手，谨防意外。

附件 2

骨质疏松性骨折患者预警机制

一、基本概念

1. 骨质疏松症(OP)：是一种以骨量低下、骨组织微结构损坏导致骨脆性增加、易发生骨折为特征的全身性骨病。可发生于任何年龄，但多见于绝经后女性和老年男性。

2. 骨质疏松性骨折(OPF)：或称脆性骨折。是指受到轻微创伤(相当于从站立高度或更低的高度跌倒)即发生的骨折。

二、骨质疏松症临床表现

1. 疼痛：可表现为腰背疼痛或全身骨痛，夜间或负重活动时加重，可伴有肌肉痉挛、活动受限等。

2. 脊柱变形：严重骨质疏松症患者因椎体压缩性骨折可出现身高变矮或脊柱驼背畸形等。

3. 骨折：骨质疏松症患者易发生脆性骨折。常见部位包括椎体、前臂远端、髋部、肱骨近端和骨盆等，其中最常见的是椎体骨折。

4. 对心理状态及生活质量的影响：患者可出现焦虑、抑郁、恐惧、自信心丧失及自主生活能力下降等。

三、骨质疏松性骨折的危险因素

1. 低骨密度；

2. 既往脆性骨折史；

3. 跌倒及其危险因素；

4. 其他：除上述危险因素外，还包括以下因素：

① 所有可引起骨质疏松症的危险因素均为骨折危险因素；

② 40岁及以上人群中，低股骨颈骨密度、超重、饮酒、长期使用糖皮质激素(>3个月)、从坐位到站立花费时间长；

③ 高龄、体力活动少、握力低、腰痛等是椎体骨折的危险因素。

四、防范措施

1. 提供安全的住院环境

优化病房环境：确保病房内有充足的照明，地面干净无障碍物，病床高度适中，安装扶手和防滑垫等安全设备。

2. 营养补充

均衡饮食，确保摄入足够的钙和维生素 D，以增强骨骼健康。富含钙的食物包括奶制品、绿叶蔬菜、坚果和海产品；维生素 D 可以通过日晒或食物如蘑菇、燕麦、黄豆制品获得。勿过量饮用酒、咖啡及碳酸饮料。

3. 加强活动锻炼

鼓励患者在安全的前提下进行定期活动，如在病房内走动、简单的伸展运动；长期卧床患者也应进行被动运动，有利于维持关节活动。

4. 合理使用药物

定期检测骨密度值，遵医嘱按时服药，不擅自停药换药。避免在服用可能影响平衡的药物后站立或行走。

5. 动态评估及宣教

定期进行跌倒风险评估，及时发现和处理潜在的风险因素，加强风险告知，并在入院宣教单（专科教育处）记录宣教内容并签字。

6. 提供安全的护理措施

存在骨质疏松性骨折危险因素的患者，护士进行翻身等操作时动作应轻柔，避免引起不必要的伤害。有跌倒风险的患者参照跌倒/坠床患者预警机制防范措施。

附件 3

抑郁患者预警机制

一、基本概念

抑郁症是一种以持续的情绪低落和兴趣缺失为核心症状的心境障碍，是全球常见的心理健康问题之一，其诊断和管理需要多学科协作与全院一致的管理规范。

二、典型症状

1. 情绪低落：持续超过两周的显著情绪低落，悲观消极，空虚或无助感，可能伴随情绪波动。

2. 思维迟缓：言语和行为表现出显著减速，严重时可能出现木僵状态，需及时识别。

3. 意志活动减退：表现为动作迟缓、社会交往减少，重度患者可缄默不语或卧床不起。

三、不良后果

1. 自杀行为：抑郁症患者自杀具有隐蔽性和计划性，是住院期间患者安全管理的重点。

2. 心理及躯体健康影响：影响患者的功能恢复、依从性及社会交往能力。

3. 高风险时段：特别注意凌晨4-6时段的情绪低落期，护理团队需加强巡视和监控。

四、评估方法

1. 评估要求：

针对高危人群（存在上述典型症状中的两条）建立抑郁症患者筛查和风险评估机制，将评估纳入患者入院常规流程。

筛查工具：使用PHQ-9量表快速评估患者情绪状况，结合护理人员的日常观察与临床表现。

评估节点：入院24小时内完成首轮评估，并根据患者病情变化进行动态复评。

流程规范：重点关注高危患者（PHQ-9分数>10分），识别自杀风险，并启动自杀意念自评量表-SI OSS进一步评估。

2. 评定量表：

（1）采用9条目病人健康问卷，PHQ-9

根据过去两周的状况，请您回答是否存在下列描述的状况及频率，请看清楚问题后在符合您的选项的数字上画√。

问 题	选 项			
	完全不会	好几天	超过一周	几乎每天
1. 做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2. 感到心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3. 入睡困难、睡不安稳或睡眠过多	0	1	2	3
4. 感觉疲倦或没有活力	0	1	2	3
5. 食欲不振或吃太多	0	1	2	3
6. 觉得自己很糟—或觉得自己很失败，或让自己和家人失望	0	1	2	3
7. 对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时	0	1	2	3
8. 动作或说话速度缓慢到别人已经察觉？或正好相反—烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜于平常	0	1	2	3
9. 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3
PHQ-9总分=各条目得分总和				

PHQ-9量表评分规则

结果分析	没有抑郁	轻度抑郁	中度抑郁	中重度抑郁	重度抑郁
总分	0-4分	5-9分	10-14分	15-19分	20-27分

(2) 自杀意念自评量表-SI OSS

1	在我的日常生活中，充满了使我感兴趣的事情	是	否
2	我深信生活对我是残酷的	是	否
3	我时常感到悲观失望	是	否
4	我容易哭或想哭	是	否
5	我容易入睡并且一夜睡得很好	是	否
6	有时我也讲假话	是	否
7	生活在这个丰富多彩的世界里是多么美好	是	否
8	我确实缺少自信心	是	否
9	我有时发脾气	是	否
10	我总觉得人生是有价值的	是	否
11	大部分时间我觉得自己还是死了的好	是	否
12	我睡得不安，很容易被吵醒	是	否
13	有时候我也会说人家闲话	是	否
14	有时候我觉得我真的是毫无用处	是	否
15	偶尔我听了下流的笑话也会发笑	是	否
16	我的前途似乎没有希望	是	否
18	我醒得太早	是	否
19	我觉得我的生活是失败的	是	否
20	我总是将事情看得严重些	是	否
21	我对将来抱有希望	是	否
22	我曾经自杀过	是	否
23	有时候我觉得就要垮了	是	否

24	有些时期我因忧虑而失眠	是	否
25	我曾损坏过或遗失过别人的东西	是	否
26	有时我想一死了之，但又矛盾重重	是	否

3. 评估分值判断：

PHQ-9量表>10分的患者再进行自杀意念自评量表-SI OSS评估，该量表共包含绝望、乐观、睡眠和掩饰4个因子共26个条目。条目均以“是”或“否”回答，回答“是”计1分，回答“否”计0分，总分26分，得分越高，则患者的自杀意念越强，评分≥12分表明有自杀意念，<12分为无自杀意念，入院时评估患者若有自杀史，按重度抑郁患者进行预警干预。

五、防范措施

(一) 轻度抑郁患者

1. 心理支持和健康教育：培训护理人员掌握心理支持技巧，鼓励患者主动表达情绪并提供积极反馈；向患者及家属详细讲解疾病和恢复路径，消除恐惧和疑虑；建立患者信任关系，制定可视化健康目标。

2. 家属教育：教导家属关注患者情绪变化并及时反馈，与护理团队密切合作。

(二) 中重度抑郁患者

1. 环境管理：每班进行安全检查，班班交接，及时消除危险物品（如刀具、玻璃器具等），严格执行病房清查制度；高危患者优先安排近护士站病房，并加强护士巡查频率。

2. 陪伴管理：要求家属或陪护人员24小时陪护，避免患者单独行动或脱离视线范围；每班护士需详细记录患者活动情况，及时报告异常变化。

3. 心理干预：（1）个体心理活动：引导患者回忆积极的生活事件，并记录感恩清单，帮助患者重建积极认知。（2）团体活动：组织患者参与分享生活中的积极体验，鼓励家属加入，营造互助氛围。

4. 高危患者动态监测：针对病史中有自杀未遂或自杀意念的患者，每日复评其情绪状态，必要时请心理科会诊。

(三) 团队协作

建立护理与心理科医生协作通道，及时请心理科会诊，确保评估与干预措施的无缝衔接。

(四) 加强护理人员培训

针对全院护理团队进行自杀风险管理培训，覆盖抑郁症状识别、紧急应对和心理干预知识，提升抑郁患者的识别及干预能力。

附件 4

谵妄患者预警机制

一、基本概念

谵妄（Delirium）是一种急性的可逆性的意识混乱状态，它是急性发作的脑功能障碍，表现为意识水平变化、注意力损害、波动性意识障碍和思维紊乱。

Meta分析显示外科患者术后谵妄（POD）的平均发生率为30%~50%，重症监护室（ICU）的患者谵妄发生率远远高于普通病房的患者，为31%~87%。谵妄可延长ICU患者的机械通气时间、延长住院时间、增加不安全事件的发生率、损害远期的认知功能，甚至增加死亡率。术后谵妄的发生会增加患者术后并发症、死亡率、延长住院时间及增加经济消耗。

二、常见分型

谵妄分为活动过多型、活动过少型和混合型三种。

1. 活动过多型（活跃型）：约占30%，兴奋不安、喊叫、情绪不稳、拔管。
2. 活动过少型（安静型）：约占24%，退缩、感情贫乏、淡漠、昏睡、反应降低、软弱无力、无交流，66%-84%未被重视。安静型因不易被识别而往往预后更差。
3. 混合型：约占46%，上述两型表现交替出现。

三、评估方法

1. 危险因素：高龄、痴呆、高血压、约束、制动、疼痛、环境噪音、睡眠-觉醒周期紊乱、睡眠剥夺、心理因素、手术因素、麻醉因素、创伤、机械通气、代谢性酸中毒、谵妄病史、昏迷、多器官功能衰竭、APACHE II ≥15 评分。

2. 评估工具：《中国成人 ICU 镇痛和镇静治疗指南》建议对于躁动-镇静量表（RASS）评分≥-2 分，且具有谵妄相关危险因素的患者

应常规进行谵妄评估。建议使用CAM-ICU 作为患者的谵妄评估工具。

躁动-镇静量表 (RASS)

得分	名称	描述
+4	攻击性	好斗行为、暴力行为、当下就对工作人员构成危险
+3	极度躁动	拉扯或拔除各种管道或插管；具有攻击性
+2	躁动	频繁的无目的的动作，与呼吸机抵抗
+1	烦躁不安	焦虑、恐惧、动作不具攻击性
0	清醒且平静	主动注意照顾者
-1	嗜睡	非完全清醒状态，但声音刺激后能够维持清醒状态（睁眼并有眼睛接触>10 秒）
-2	轻度镇静	声音刺激后能维持短暂清醒状态（睁眼和眼睛接触<10 秒）
-3	中度镇静	声音刺激后有活动或睁眼反应（但无眼睛接触）
-4	深度镇静	对声音刺激无反应，但身体刺激后有活动或睁眼
-5	不可叫醒	对声音或身体刺激均无反应

CAM-ICU-- 患者意识模糊评估单

特征 1：意识状态急性改变或波动	阳性标准	如阳性在这里打√
患者的意识状态是否与其基线状况不同？或在过去的 24 小时内，患者的意识状态是否有任何波动？表现为镇静量表（如 RASS）评估得分的波动	任何问题答案为“是” →	<input type="checkbox"/>
特征 2：注意力障碍		
<u>数字法检查注意力</u> 指导语：跟患者说，“我要给您读 10 个数字，任何时候当您听到数字‘8’，就捏一下我的手表示。”然后用正常的语调朗读下列数字，每个间隔 3 秒。 6 8 5 9 8 3 8 8 4 7 当读到数字“8”患者没有捏手或读到其安数字时患者做出捏手动作均计为错误。	错误数>2 →	<input type="checkbox"/>
特征 3：意识水平改变		
如果 RASS 的实际得分不是清醒且平静（0 分）为阳性	RASS 不为“0” →	<input type="checkbox"/>
特征 4：思维混乱		
<u>是非题</u> 石头是否能浮在水面上？ 海里是否有鱼？ 1 斤是否比 2 斤重？ 您是否能用榔头银钉子？ 当患者回答错误时记录错误的个数	错误总数>1 →	<input type="checkbox"/>

CAM-ICU 总体评估：

- (1) 符合特征 1+特征 2+特征 3，判定 CAM-ICU 阳性，谵妄存在。
- (2) 符合特征 4，判定 CAM-ICU 阳性，谵妄存在。

四、防范措施

1. 病情观察：年龄越大，谵妄发生率越高，男性较女性更容易发生，对大手术、创伤大、留置管道多、持续心电监护的高龄患者，术后要细致观察病情变化，尤其夜间值班更应高度警惕，关注患者生命体征及精神症状，如术后出现多语、幻觉、妄想，有过激行为或极度安静、嗜睡患者要警惕发生谵妄。

2. 对症支持治疗：

(1) 维持患者生命体征平稳，纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱，改善患者营养状态。

(2) 药物治疗：可使用第二代抗精神病药物，如奥氮平等；苯二氮卓类药物可用于酒精和苯二氮卓戒断，如地西泮等；麻醉药物及镇痛治疗对减少使用机械通气、ICU及围术期患者的谵妄有一定益处。

(3) 病因治疗：谵妄症状多继发于急性脑血管病、中枢神经系统的感染、缺氧性脑病、药物中毒等，确定病因后主要先治疗原发病，这是最主要的治疗环节。

3. 减轻疼痛：疼痛引起的焦虑、紧张、恐惧等情绪反应可引起生理功能紊乱，直接影响到患者睡眠的时间和质量，合理使用镇痛药物，运用暗示疗法、音乐疗法、交谈及舒适体位等非药物镇痛法。

4. 狂躁期护理：谵妄患者由于精神运动异常，稍不注意即可发生意外，对这类患者应加强看护力度，防止坠床发生；在监护病房的患者，要有专人看护，给予床档，必要时使用保护性约束，防止患者误伤及自伤。妥善固定各种管道，必要时遵医嘱给予镇静剂。

5. 心理护理：患者因为病重而难以自理，各种有创诊治操作，自身伤病的疼痛，对疾病预后的担心与恐惧，对家人的思念与担心，医护人员要重视其主诉，态度和蔼、耐心关心，尽量满足其合理要求，理解包容其辱骂和攻击行为，避免不良言语伤害以及藐视患者的行为发生。鼓励家属多与患者交流，缓解患者焦虑及恐惧等不良情绪；ICU

实行弹性探视。

6. 创造良好的住院环境：环境的改变诱发谵妄的发生，提供安静整洁的环境，尽量减少声、光刺激，治疗及护理尽量集中完成，减少周围环境的刺激，保证良好的睡眠。

7. 早期活动：早期物理疗法能减少谵妄的发病率，在评估患者耐受性的前提下，尽早进行有计划的早期活动和锻炼。

附件5

患者走失预警机制

一、基本概念

患者走失是指住院患者在完成住院手续后到病房至完成出院手续前，或门急诊患者于本院就诊期间，未经主管医生的同意，因各种原因发生的出走、失踪事件。

二、高危人群

1. 认知障碍患者；
2. 精神障碍者；
3. 记忆力减退者；
4. 焦虑抑郁患者。

三、不良后果

1. 患者因为离开医院造成延误治疗致使病情加重，在走失的过程中可能发生的不良事件（跌倒、车祸、撞伤）危及生命。
2. 影响家属正常工作而花大量时间寻找，造成老年伴侣或家属因焦虑突发疾病。
3. 打乱了医院正常的医疗秩序，加重医务人员的工作负担，甚至可能承担赔偿责任，造成医疗费用的损失。
4. 加重医务人员工作量，加重心理负担，有可能承担应有的法律责任。

四、评估方法

采取《简易智能量表MMSE》对有走失风险的患者进行筛查，能有效预防此类事件的发生。

1. 对有认知障碍、痴呆等患者，专业人员运用《简易智能量表》进行风险评估。

简易智能量表 (MMSE)

姓名: 年龄: 性别: 床号: 日期:

项目	内 容	得 分	
1. 定向力	今年是哪一年	1	0
	现在是什么季节	1	0
	现在是几月份	1	0
	今天几号	1	0
	今天是星期几	1	0
	我们现在在哪个城市	1	0
	哪个区	1	0
	什么街	1	0
	什么养老机构	1	0
2. 记忆力	这里是第几层楼	1	0
	我告诉你 3 件东西的名称，我说完之后请你重复一遍这 3 件东西是。	皮球	1 0
		国旗	1 0
		树木	1 0
3. 注意力 计算力	请您算一算 $100-7$ ，然后所得的数目再减去 7，连续 5 次（若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误）	100-7	1 0
		93-7	1 0
		86-7	1 0
		79-7	1 0
		72-7	1 0
4. 回忆力	现在请你说出刚才我让你记住的那 3 件东西	皮球	1 0
		国旗	1 0
		树木	1 0
5.	(出示手表) 请问这是什么	1	0

6.	(出示铅笔) 请问这是什么	1	0
7.	请跟我说“大家齐心协力拉紧绳”	1	0
8.	检查者给受试者1张卡片(上面写着“请举起你的右手”),请您念一念这一句话,并按上面的意思去做	1	0
9.	我给您一张纸,请您按照我说的去做	现在用右手拿着这张纸	1 0
		用两只手把它对折起来	1 0
		放在您的左腿上	1 0
10.	请您写一个完整的句子(句子必须有主语、动词、有意义)	1	0
11.	按样画图	1	0

2. 根据专业人员评估结果为准。

备注：总分30分，分数值与受教育程度有关，文盲<17分；小学程度<20分；中学或以上程度<24分，认为有认知功能障碍。得分27-30分为正常，21-26分为轻度，10-20为中度，0-9为重度。

五、预防措施

1. 医护防范措施

(1) 门诊接诊认知障碍患者/走失病史患者住院时，需在入院证明确注明该项诊断，并手写“防走失”提醒病房医护人员注意。

(2) 主班护士接诊后，对有走失风险的患者，将患者床位安排在病房深处（离开病房需经过护士站的病房），与责任护士当面交接患者，并告知责任护士该患者有走失风险。

(3) 对有走失风险的患者，医护一体化宣教，告知家属该患者存在走失风险，要求家属24小时陪护，主管医生下“防走失”医嘱。

(4) 责任护士在患者床头放置防走失警示牌，加强巡视和交接班，严格要求患者不得单独外出，外出时有人陪同。

(5) 有风险患者进行标记，取得患者及家属同意后，留取患者

照片，发于科室医护群里，引起所有人员重视，加强管理。

（6）护士加强巡视，班班床旁严格交接，关注患者情绪心理动态，巡视时发现异常时要提高警惕。

（7）发现患者未在病房立即启动《住院患者走失应急预案》、《患者私自离院管理措施》。

2. 家属防范措施

（1）积极配合科室，24小时留陪人，患者在陪护人员视野范围内活动。

（2）在责任护士的指导下，学习防止患者走失的相关方法及技巧，必要时建议家属购置GPS定位器。

3. 医院管理防范

（1）合理配备护理人员，保障各薄弱环节人力资源充足。

（2）严格落实巡视制度，做好病情观察并做好记录，一旦发现患者未经允许外出，立即联系患者。

（3）严格执行交班制度，每天早交班值班护士向医护人员通报全科有高危走失患者的人数、床位号、诊断及在院情况。

（4）加强检查监督，护士长每天巡视走失高危患者，检查各项预防措施是否落实到位，对宣教结果进行评价，及时反馈检查结果，督促改进存在问题。

附件 6

仪器设备安全预警机制

一、基本概念

仪器设备安全预警是指用于患者疾病诊断、治疗和生命体征监测的医疗设备，在检测到患者生理参数超出预设安全范围或设备自身出现故障时，发出的可听或可视信号。此预警机制旨在及时提醒医务人员关注并处理潜在或已发生的医疗风险，确保患者安全。

二、警报分类

1. 真实警报：反映患者真实的临床状况，需要立即采取医疗干预措施。

2. 干扰警报：虽反映临床状况，但多由于参数设置阈值过窄，导致频繁发出无实际临床意义的警报。

3. 虚假警报：由非临床因素触发，如患者移动、传感器位置不当或医护操作干扰等，不反映真实临床状况。

真实警报具有临床意义，干扰警报及虚假警报无临床意义。

三、不良后果

1. 病情误判：因对警报理解不足、参数设置不当或缺乏警报管理知识，导致对患者病情的误判。

2. 警报疲劳：护士长期暴露于大量警报声中，容易产生感觉超负荷，降低对警报的敏感性，可能导致延迟应答、忽视或关闭警报等，从而延误真实警报处理。

3. 噪音污染：医疗设备警报声构成医院噪音的主要来源，影响患者休息、增加医护人员压力，进而降低对护理工作满意度。

四、防范措施

1. 建立预警管理规范

(1) 科室结合仪器设备安全预警机制，细化本科室的仪器设备管理细则。

（2）明确各类警报的优先级别、应答责任人及应答流程。

（3）设定警报设置权限，规范开启/关闭要求及应答时限。

2. 设备管理与监测

（1）坚持“专人负责，预防为主，经常保养，及时检修”的原则。

（2）定期对设备进行清洁、检查和维修，确保设备正常运行。

（3）明确护士、设备工程师的职责分工，确保设备处于良好状态。

（4）制定详细的仪器设备监测及维护规范。

3. 人员培训与教育

（1）定期开展警报知识及管理的培训，确保医务人员熟练掌握。

（2）将警报管理纳入新入职员工和进修人员的培训内容。

（3）加强患者及家属对医疗设备警报的认识和配合度。

4. 持续改进与反馈

（1）建立警报管理反馈机制，收集医务人员和患者的意见和建议。

（2）根据反馈结果不断优化警报设置和管理流程，确保患者安全。