

ICS 03.080.01

CCS A 16

DB5117

四川省（达州市）地方标准

DB5117/T 70-2023

延续护理服务规范

Code for continuing care services

2023-02-27 发布

2023-03-01 实施

达州市市场监督管理局 发布

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语与定义 1

4 服务对象 1

5 服务流程 1

6 服务内容及要求 4

7 服务保障 5

8 应急预案 6

9 服务质量管理 6

附录 A（资料性） 延续护理服务审核申请单 8

附录 B（资料性） 延续护理服务前风险评估单 10

附录 C（资料性） 延续护理服务知情同意书 11

附录 D（资料性） 延续护理服务首次评估单 12

附录 E（资料性） 延续护理服务记录单 15

附录 F（资料性） 延续护理服务终止记录单 16

附录 G（规范性） 延续护理服务访视包必备物资清单 18

附录 H（资料性） 延续护理服务访视包可选物资清单 19

附录 I（资料性） 延续护理服务访视包清洁保养记录单 20

附录 J（资料性） 延续护理服务评价及意见征集单 21

前 言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由达州市中西医结合医院提出。

本文件由达州市卫生健康委员会归口。

本文件起草单位：达州市中西医结合医院、达州市中心医院、达州市妇女儿童医院、通川区人民医院、通川区中医院、达川区人民医院、达川区中医院、达州市职业技术学院、三里坪街道社区卫生服务中心、马房坝社区卫生服务站。

本文件主要起草人：李容华、苏晓梅、潘梅英、王善玲、张贵清、喻培、周灵静、金露、胡海燕、袁铭、廖梅茵、周俊汝、万金豆、马娜娜、张中翠、杨达清、杜芳、邓武生、李学艳、孙良丽、彭圣、石华平、李霞、张永娟、冯秀红、潘玲、闫春晓、袁雪梅、孙晋宗。

引 言

随着经济的发展和人民生活水平的不断提高，人民对美好生活的向往日益增长，加之人口老龄化程度持续加深，失能、半失能老年人口数日益增长，对专业的医疗、护理、药学、安宁疗护等医疗服务呈现庞大而刚性的需求，现有医疗卫生资源难以满足群众健康需求，开展延续护理服务成为解决此问题的重要方式之一。近年来，国家政策对延续护理的重视不断增加：《关于促进护理服务业改革与发展的指导意见》、《全国护理事业发展规划（2021-2025 年）》等文件均指出，要拓展护理服务领域，开展和推进延续护理服务，将护理服务延伸至社区、家庭。

延续护理作为医疗机构服务的延伸，为有照护需求的服务对象提供专业、便利的护理服务，可作为住院治疗模式的延续和补充，达到预防疾病、促进健康及维护健康的目标。目前由于延续护理服务流程、服务内容及方法、服务保障及服务质量管理等相关内容缺乏统一要求，使得延续护理长期以来难以规范化管理。

为明确延续护理的服务流程、服务内容及要求、服务保障、服务质量管理，特制定本文件。

延续护理服务规范

1 范围

本文件规定了延续护理服务的服务流程、服务内容及要求、服务保障、服务质量管理。
本文件适用于达州市辖区内开展延续护理服务的各级各类医疗机构。

2 规范性引用文件

本文件无规范性引用文件。

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

延续护理 continuation of care

延续护理是指设计一系列护理活动，确保患者在不同健康照顾场所之间转移或不同层次健康照顾机构之间转移时所接受的健康服务具有协调性和连续性，护士针对患者出院后最需解决的护理问题，制定并落实具体随访计划，让患者享受到全程、专业的护理服务，实现护理服务的全面性、协调性、延续性和协作性。

3.2

老年人 the aged

年满 60 周岁的自然人。

3.3

产褥期 puerperium

胎盘娩出后至母体全身各器官（除乳房以外）恢复或接近未孕状态所需的一段时间。

3.4

新生儿 newborn

从脐带结扎到生后 28d 内的婴儿。

4 服务对象

延续护理服务对象为医院诊疗后的高龄或失能老年人等行动不便的人群以及需延续护理的其他人群。

5 服务流程

服务流程应遵守图 1 的规定。

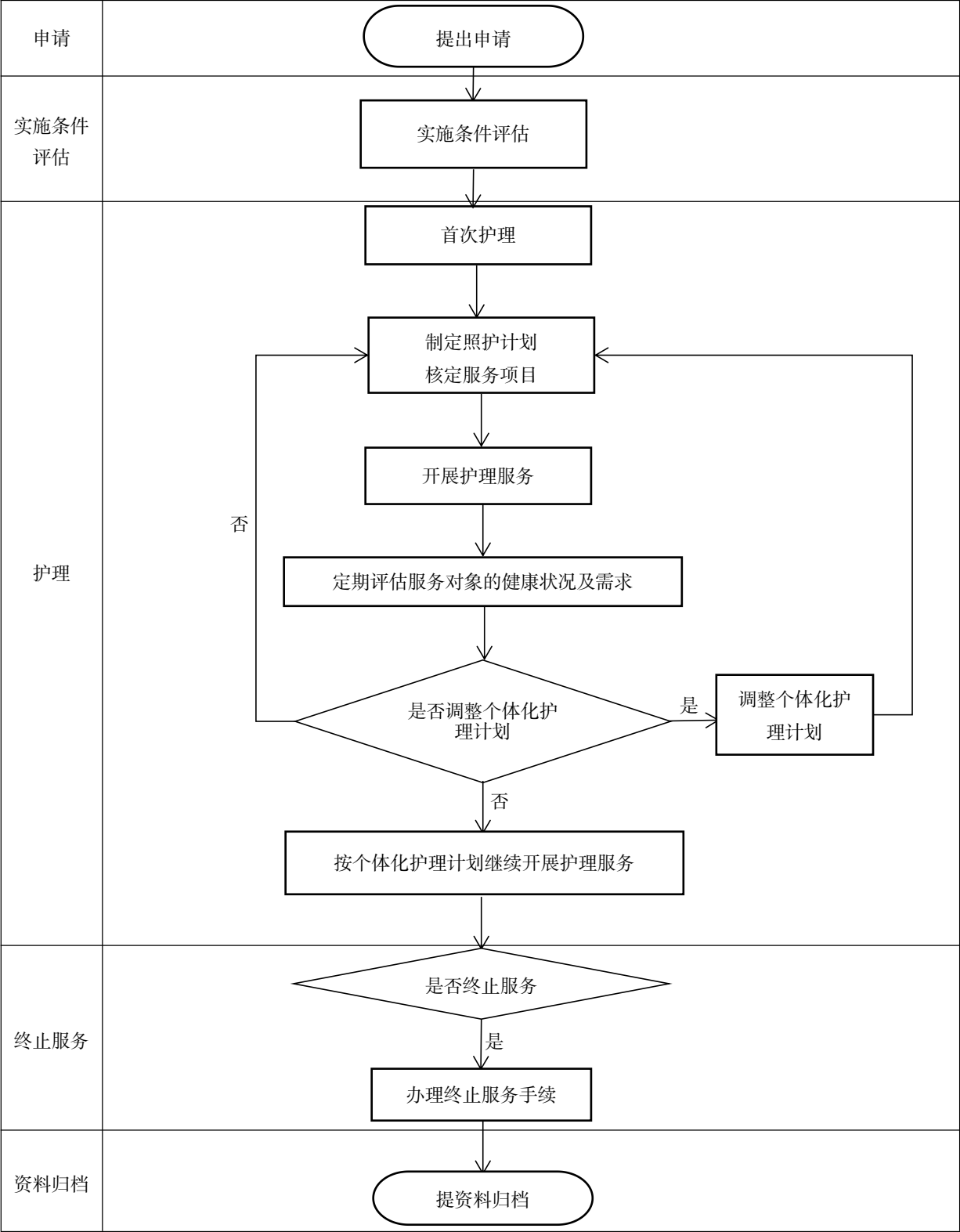


图 1 服务流程图

5.1 申请

服务对象或其监护人向相应的医疗卫生机构提出延续护理服务申请，并填写《延续护理服务审核申请单》，提供诊疗相关资料（如病历、出院证明等）。《延续护理服务审核申请单》参见附录 A。

5.2 实施条件评估

5.2.1 延续护理服务人员收到《延续护理服务审核申请单》后，应于 48h 内评估服务对象是否符合实施条件，评估内容应至少包括以下方面：

- a) 服务过程中延续护理团队可能面临的风险；
- b) 团队服务能力；
- c) 服务对象健康状况；
- d) 监护人的健康状况和照护技巧。

5.2.2 服务过程中延续护理团队可能面临的风险应按照附录 B《延续护理服务前风险评估单》所涉及的内容进行评估，并予以记录。

5.2.3 服务对象满足实施条件的，应与服务对象或其监护人签订《延续护理服务知情同意书》。《延续护理服务知情同意书》参见附录 C。

5.2.4 服务对象不满足实施条件的，服务机构应向服务对象或其监护人详细说明原因，并给予建议。

5.3 护理

5.3.1 签订《延续护理服务知情同意书》后，填写《延续护理服务首次评估单》，并于 24h 内完成首次护理。《延续护理服务首次评估单》参见附录 D。

5.3.2 延续护理团队应根据首次护理情况，制定个体化护理计划。

5.3.3 延续护理团队应根据护理计划提供护理服务。

5.3.4 每次护理结束后，应及时填写《延续护理服务记录单》。《延续护理服务记录单》参见附录 E。

5.4 完成计划并终止服务

5.4.1 服务对象出现以下情况之一的，可终止服务计划：完成治疗；病情好转；病情恶化；转院；死亡；其他。

5.4.2 延续护理团队填写《延续护理服务终止记录单》。《延续护理服务终止记录单》参见附录 F。

5.5 服务对象满意度评价

终止服务后，需调查服务对象对服务周期内的满意度情况及相关意见和建议，并填写《延续护理服务评价及意见征集单》。《延续护理服务评价及意见征集单》参见附录 J。

5.6 资料归档

计划实施结束后，延续护理服务人员应对所涉及的资料进行整理并归档。

6 服务内容及要求

服务内容应与医疗主体所持有的医疗机构执业许可证一致。

6.1 护理评估

应根据服务对象的健康需求，对其进行评估，评估内容可参照《延续护理服务首次护理评估单》进行。

6.2 赋能指导

在提供护理服务过程中，应根据服务对象的护理评估结果和健康需求，利用适宜技术对服务对象及其监护人进行以下赋能指导服务：

a)运动赋能指导，具体包括以下内容：

- 节能技巧；
- 关节保护技巧；
- 单手操作技巧；
- 转移技巧；
- 主动运动与被动运动。

b)营养膳食赋能指导，具体包括以下内容：

- 营养需求分析；
- 健康膳食指导；
- 普通饮食指导；
- 特殊人群膳食指导；
- 疾病膳食指导。

c)心理健康赋能指导，具体包括以下内容：

- 心理调试指导；
- 家庭支持指导；
- 社会支持指导。

d)睡眠指导，具体包括以下内容：

- 睡眠时间指导；
- 睡眠习惯指导；
- 睡眠环境指导；
- 睡眠方法指导。

e)疾病预防赋能指导，具体包括以下内容：

- 慢性非传染性疾病预防指导；
- 并发症的观察及处理指导。

f)预防意外伤害指导。

6.3 辅助医疗

辅助医疗包括气道护理、管道护理、进食护理、导尿护理、排泄护理、伤口造口护理、中医护理、康复护理等。

6.4 预约转诊

6.4.1 为有需要转诊的服务对象，提供预约转诊服务，服务内容包括但不限于以下方面：

a) 为服务对象预约相应的专科科室、接诊医生和诊疗时间，并及时转诊；

b) 转诊后 5d 内，通过通讯工具、互联网信息服务平台或其它方式主动跟进服务对象的诊疗详情以及健康状况，并据此提供个性化的健康管理服务。

6.4.2 预约转诊服务应达到“精准转诊、无缝对接”的要求。

6.4.3 预约转诊服务流程应遵守图 2 的要求。

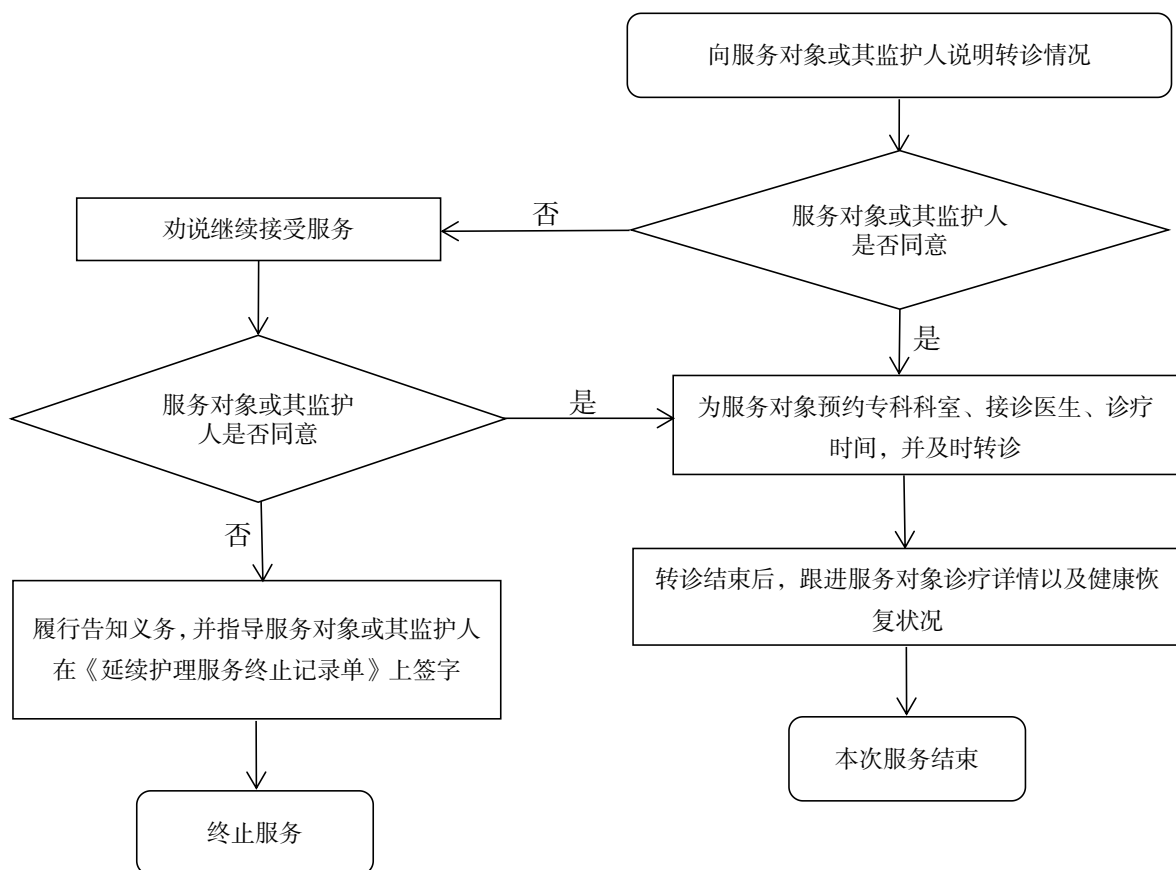


图 2 预约转诊流程图

7 服务保障

7.1 人员要求

7.1.1 延续护理团队的组成要求

延续护理团队宜根据居民健康需求和服务内容选配成员，包括但不限于：

- a) 执业护士；
- b) 执业医师；
- c) 健康管理师；
- d) 康复理疗师。

7.1.2 延续护理团队人员资质要求

7.1.2.1 护士应至少具备以下条件：具有有效的《中华人民共和国执业护士证书》；具有护师及以上职称；从事临床护理工作5年以上；通过市及以上卫生健康行政部门认可的延续护理相关培训；无违反相关法律法规记录及不良执业行为记录。

7.1.2.2 其他专业技术人员应具备与岗位相符的资质。

7.2 设施设备要求

7.2.1 应为延续护理服务团队配置延续护理服务访视包。

7.2.2 访视包的必备物资应符合附录G《延续护理服务访视包必备物资清单》的要求，并根据服务对象的需求增配其他可选物资，可选物资清单参见附录H《延续护理服务访视包可选物资清单》。

7.2.3 延续护理服务访视包应按期清洁保养，并填写《延续护理服务访视包清洁保养记录单》。《延续护理服务访视包清洁保养记录单》参见附录I。

7.3 服务要求

7.3.1 服务提供过程中，延续护理服务团队应严格遵守护理人员行为规范。

7.3.2 护士应严格遵守操作规程及查对制度；操作完毕密切观察，无异常后方可离去。

7.3.3 护士上门服务期间宜佩戴工作记录仪和报警装置。

7.3.4 非合格药品或一次性材料及各种耗材一律不出诊。

8 应急预案

延续护理服务应急预案需包含急救处理方法、具体操作流程以及应急后处置方式，必要时应立即启动转诊工作。

8.1 应急预案包括但不限于以下方面：

- a) 服务对象突发病情变化应急预案；
- b) 服务过程中操作失误导致的其他意外应急预案；
- c) 服务人员职业暴露应急预案；
- d) 服务人员人身安全应急预案。

9 服务质量管理

- 9.1 服务期间应由开展延续护理服务的医疗机构指定专门的部门对服务质量进行持续监督。
- 9.2 建立服务质量监督机制，接受服务对象监督。
- 9.3 服务终止后，填写《延续护理服务评价及意见征集单》，并根据评价情况和服务对象需求，进行服务内容和方法的调整。

附录 A
(资料性)
延续护理服务审核申请单

A.1 延续护理服务审核申请单见表 A.1。

表 A.1 延续护理服务审核申请单

申请日期:____年____月____日____时			
一、申请人(需要服务者)基本信息			
1.姓名:_____ 2.性别: ☐ 男 ☐ 女 3.年龄____岁			
4.身份证号码:_____ 5.联系电话:_____			
6.目前居住状况:			
☐ 独居 ☐ 固定与他人同住 ☐ 轮流与他人同住 ☐ 其他_____			
7. 通讯地址:____市____区____街道/镇_____ (具体到门牌号)			
8.是否参保: ☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 商业保险 ☐ 无			
9.目前是否就业中: ☐ 是 ☐ 否			
10.目前是否住在医养融合机构: ☐ 否 ☐ 是_____			
11.是否罹患疾病: ☐ 否 ☐ 是, 疾病名称_____			
12.是否有住院经历: ☐ 否 ☐ 有, 如有请提供病历、出院证明等诊疗相关资料, 以利于服务人员更全面地了解病情, 针对性开展服务			
13.最近三个月内是否有住院(含急诊经历):			
☐ 否 ☐ 是, 住院原因_____			
14.日常生活自理能力			
独自做此活动有没有困难? 0 没有困难 1 需辅具协助 2 需人部分帮忙 3 完全依赖他人			
项目	请填号码, 特殊情形请说明	项目	请填号码, 特殊情形请说明
进食		穿衣	
修饰		上下楼梯	
控制大便		控制小便	
床椅转移		如厕	
平地行走		洗澡	
补充说明	压力性损伤 ☐ 有 ☐ 无 部位: 带管情况: ☐ 导尿管 更换时间: ☐ 鼻胃管 更换时间: ☐ 气管切开 更换时间 ☐ 其他管道: 造瘘部位: 其他:		
15.申请延续护理服务种类:			
☐ 气道护理 ☐ 管道护理 ☐ 进食护理 ☐ 导尿护理 ☐ 排泄护理			

表 A.1 延续护理服务审核申请单（续）

☐ 伤口造口护理 ☐ 中医护理 ☐ 康复护理 ☐ 其他_____
二、监护人基本信息(□同申请人)
1.姓名:_____
2.身份证号码:_____
3.联系方式:_____
4.与需要服务者的关系或身份:_____
5.通讯地址: _____市_____区_____街道/镇_____（具体到门牌号）
三、主要联络人信息
1.姓名:_____
2.联系电话:_____手机:_____
3.与需要服务者的关系或身份:_____
4.通讯地址: _____市_____区_____街道/镇_____（具体到门牌号）
最后请您再详细检查上述所填的信息是否完全属实: ☐ 是 ☐ 否
申请人(或其监护人)签名:_____

附 录 B
(资料性)
延续护理服务前风险评估单

B.1 延续护理服务前风险评估单见表 B.1。

表 B.1 延续护理服务前风险评估单

姓名				性别		年龄	
联系电话		住址					
评估项目				风险问题		备注	
环境方面				没有	有		
1	公共交通工具可达居住地区，地址准确无误						
2	四周环境是否存在危险，例如：需要行经后巷、楼梯间满布杂物、有高空掷物、偏远地点、山泥倾泻、危楼等						
3	家中饲养动物/家禽，当延续护理团队上门访视时，会适当安置						
4	有电话网络通讯						
5	治安问题						
情绪方面							
1	情绪不稳定						
2	暴力行为倾向						
3	有精神病史						
4	服务对象的语言表达能力						
社交支援							
1	独居：缺乏家人/朋友照顾						
2	滥用药物/酒精						
3	与邻居关系：例如常吵架						
其他需注意地方							
1	是否有传染性疾病						
评估者：				评估日期：			
注： ☐ 可单独进行延续护理服务 ☐ 需安排双人进行延续护理服务 ☐ 转介往其他服务机构 ☐ 其他建议							

附录 C
(资料性)
延续护理服务知情同意书

C.1 延续护理服务知情同意书见表 C.1。

表 C.1 延续护理服务知情同意书

经过严格评估，可以为您提供延续护理服务，现将您需要了解的延续护理服务注意事项及相关风险告知如下：

1、上门服务及咨询时间：工作日 8:00-12:00 14:00-17:30；晚间或节假日可到医院就诊。

2、您需详细了解并接受延续护理服务机构制定的相关规定。

3、服务过程中家属需全程看护，配合医护人员治疗。

4、服务人员将告知您在家中进行治疗的风险，并向您交代该项治疗护理的注意事项。

5、因服务地点和设备局限性，延续护理可能存在潜在风险。对于因延续护理治疗的局限性、病情发展以及服务机构技术力量所限等客观原因导致的后果，您将承担责任，并承担相应的抢救及后续治疗费用。

6、服务对象出现以下情况之一的，可终止服务计划：完成治疗；病情好转；病情恶化；转院；死亡；其他。

7、服务终止服务对象/家属对本次护理服务进行评价，如有任何不满可通过电话、网络等方式进行投诉。

服务对象知情选择：

*本人已了解将要进行的护理操作及可能发生的并发症和风险

*本人接受该医疗机构的有关规定

*本人并未得到任何百分百操作成功的许诺

*以上情况本人已了解，坚持要求护士为本人进行护理操作，出现相关问题或者风险由本人负责，与护士和延续护理服务机构无关。

服务对象签名： 监护人签名： 与服务对象关系：

身份证号： 联系方式：

服务人员签名： 联系方式：

本协议一式二份，服务对象和延续护理服务机构各执一份，签字盖章后生效。

(注：当服务对象本人不识字或不具备行为能力时，由其监护人代签)

服务对象（或监护人）签名：

与服务对象关系：

服务人员：

年 月 日

附录 D
(资料性)
延续护理服务首次评估单

D.1 延续护理服务首次评估单见表 D.1。

表 D.1 延续护理服务首次评估单

姓名:_____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 年龄:_____岁 联系电话:_____ 职业:_____ 民族/宗教:_____ 教育程度: ☐ 文盲 ☐ 小学 ☐ 中学 ☐ 中专 ☐ 大专 ☐ 本科及以上 资料来源: ☐ 服务对象 ☐ 监护人 ☐ 朋友 ☐ 其他 日常照护: ☐ 自理 ☐ 监护人 ☐ 朋友 ☐ 保姆 ☐ 社工 ☐ 其他/备注: 过敏史: ☐ 无 ☐ 有 (过敏源: ☐ 青霉素 ☐ 头孢类 ☐ 链霉素 ☐ 磺胺类 ☐ 其它:_____) ☐ 不明确 主诉:_____ 既往史:_____ 诊断:_____
一、护理评估
体温:_____°C 脉搏_____次/min 呼吸:_____次/min 血压: _____ / _____ mmHg 身高 a:_____cm 体重 ^a :_____kg 腹围:_____cm BMI ^a :_____kg/m ² 血糖: ☐ 空腹_____mmol/L ☐ 餐后 2h_____mmol/L ☐ 随机血糖_____mmol/L 意识状态: 呼之 ☐ 能应 ☐ 不应 对答: ☐ 切题 ☐ 不切题 饮食: ☐ 自行进食 ☐ 协助进食 ☐ 完全依赖他人 ☐ 经鼻胃管 ☐ 经鼻肠管 ☐ 胃肠造瘘管 饮食习惯: ☐ 清淡 ☐ 偏咸 ☐ 偏甜 ☐ 偏油腻 ☐ 偏辛辣 饮食类型: ☐ 普食 ☐ 软食 ☐ 半流质 ☐ 流质 ☐ 特殊饮食 咀嚼困难: ☐ 无 ☐ 有 吞咽困难: ☐ 无 ☐ 有 (进食呛咳/噎食: ☐ 无 ☐ 有) 黏膜: ☐ 完整 ☐ 溃疡 ☐ 白斑 ☐ 红肿 ☐ 出血 ☐ 其他:_____ 睡眠: ☐ 正常 ☐ 难入睡 ☐ 易醒 ☐ 早醒 ☐ 多梦 ☐ 失眠 ☐ 使用辅助药物: (药物名称)_____ 排尿: ☐ 正常 ☐ 尿频 ☐ 尿急 ☐ 尿痛 ☐ 尿失禁 ☐ 尿潴留 ☐ 留置尿管 ☐ 膀胱造瘘 ☐ 其他:_____ 排便: 次数_____次/____天; ☐ 正常 ☐ 便秘 ☐ 腹泻 ☐ 失禁 ☐ 造瘘 ☐ 其他/备注:_____ 自理能力: ☐ 完全自理 ☐ 部分不能自理 (☐ 进食 ☐ 穿衣 ☐ 行走 ☐ 如厕 ☐ 沐浴 ☐ 转移 ☐ 修饰 ☐ 控制大便 ☐ 控制小便 ☐ 上下楼梯) ☐ 完全不能自理 皮肤状况: ☐ 完整 ☐ 苍白 ☐ 黄疸 ☐ 潮红 ☐ 发绀 ☐ 干燥 ☐ 出血点 ☐ 压力性损伤 ☐ 破损 ☐ 水肿 ☐ 皮疹 ☐ 其他:_____ 语言沟通: 最常用语言: ☐ 普通话 ☐ 其他:_____ 语言表达: ☐ 清楚 ☐ 听不懂 ☐ 不表达 ☐ 失聪 ☐ 失语 ☐ 其它 心理状况: ☐ 平静 ☐ 开朗 ☐ 焦虑 ☐ 激惹 ☐ 悲哀 ☐ 抑郁 ☐ 其他 生活习惯: 吸烟: ☐ 无 ☐ 已戒 ☐ 有, _____支/天;

表 D.1 延续护理服务首次评估单（续）

嗜酒: ☐ 无 ☐ 已戒 ☐ 有, _____两/天(☐ 白酒 ☐ 红酒 ☐ 啤酒) 伤口: ☐ 无 ☐ 有, 部位: _____大小: _____敷料: ☐ 干燥 ☐ 渗血 ☐ 渗液 留置引流管: ☐ 无 ☐ 有, 部位: _____类型: _____ 引流通畅: ☐ 是 ☐ 否 引流物性状: _____颜色: _____ 疼痛: ☐ 无 ☐ 有, 部位: _____ ☐ 间歇性 ☐ 持续性 疼痛评分: _____ 程度: ☐ 轻度 ☐ 中度 ☐ 重度 _____ 性质: ☐ 刺痛 ☐ 压榨性痛 ☐ 烧灼痛 ☐ 绞痛 ☐ 胀痛 ☐ 钝痛 ☐ 酸痛 ☐ 其他: _____ 其他症状和体征: _____		
二、延续环境评估情况		
一般居室	是	否
光线是否充足?		
温度是否适宜?		
地面是否平整、干燥、无障碍物?		
家具是否稳固、固定有序、有无障碍物?		
晾衣架高度是否适宜?		
床头旁是否有扶手起身栏杆?		
床高度是否适宜?		
卧室是否有地灯或小节能灯?		
电线是否远离火源、热源?		
椅子扶手是否加高?		
沙发高度及软硬度是否适合?		
房间、走廊等过道是否扶手?		
电话紧急电话号码是否放在易见、易取的地方?		
水龙头是否冷热标识?		
厨房		
地板有无防滑措施?		
燃气“开”、“关”的按钮标志是否醒目?		
灶台高度是否适宜?		
浴室		
浴室门门锁是否内外均可打开?		
地板有无防滑措施?		
便器高低是否合适, 有无设扶手?		
是否有浴盆? (若无, 以下两项可不填)		
浴盆高度是否合适?		
盆底是否垫防滑胶毡?		
水龙头是否冷热标识?		
楼梯(包括室内和室外常用区域)		

表 D.1 延续护理服务首次评估单（续）

光线是否充足?		
台阶高度是否合适，台阶之间是否有明显的色彩差异?		
有无扶手?		
评估人签名： 评估时间(具体到分钟):		
a 服务对象为卧床的，填“卧床”		
注：选择的否项均有可能发生不良事件。		

附 录 E
(资料性)
延续护理服务记录单

E.1 延续护理服务记录单见表 E.1。

表 E.1 延续护理服务记录单

姓名		性别	年龄	住址	联系电话															
日期/时间	T	P/HR	R	BP	意识 ^a	瞳孔		SPO ₂	吸氧	服务内容 ^c									特殊情况记录	护士签名
	℃	次/min	次/min	mmHg		直径 mm	对光反射 ^b	%	L/min	气道护理	管道护理	进食护理	导尿护理	排泄护理	伤口造口护理	中医护理	康复护理	健康教育		
						左/右	左/右													

^a1、清醒 2、嗜睡 3、意识模糊 4、昏睡 5、浅昏迷 6、深昏迷
^b+ 灵敏、± 迟钝、- 消失
^c在相应栏目内画“√” “×” “NA”。符号意义：“√”表示已完成；“×”表示未完成；“NA”表示不涉及或不适用

附录 F
(资料性)
延续护理终止记录单

F.1 延续护理服务终止记录单见表 F.1。

表 F.1 延续护理服务终止记录单

姓名:	性别: ☐ 男 ☐ 女	年龄: 岁	诊断:
开始服务日期:		终止服务日期:	
一、终止服务原因			
☐ 完成治疗 ☐ 病情好转 ☐ 病情恶化 ☐ 转院 (_____ 医院 _____ 科)			
☐ 死亡 ☐ 其他: _____			
二、终止服务评估			
对疾病认识程度			
☐ 了解 ☐ 部分了解 ☐ 不了解			
对宣教的理解程度			
服务对象: ☐ 完全理解 ☐ 部分理解 ☐ 不理解			
监护人对宣教理解程度: ☐ 完全理解 ☐ 部分理解 ☐ 不理解			
心理状况			
☐ 平静 ☐ 开朗 ☐ 焦虑 ☐ 激惹 ☐ 悲哀 ☐ 抑郁 ☐ 其他: _____			
自理能力			
☐ 自理 ☐ 部分不能自理 (☐ 进食 ☐ 穿衣 ☐ 行走 ☐ 如厕 ☐ 沐浴 ☐ 转移			
☐ 修饰 ☐ 控制大便 ☐ 控制小便 ☐ 上下楼梯) ☐ 完全不能自理			
进食情况			
☐ 正常 ☐ 纳差 ☐ 吞咽困难 ☐ 恶心 ☐ 呕吐 ☐ 管饲 ☐ 胃肠造瘘 (胃肠管/胃肠造瘘管 型号 _____ 更换日期 _____) ☐ 其他: _____			
皮肤情况			
☐ 完整 ☐ 伤口: _____ ☐ 压力性损伤: _____ ☐ 其它: _____			
疼痛情况			
☐ 无 ☐ 有 (☐ 缓解 ☐ 部分缓解 ☐ 未缓解)			
排泄情况			
小便			
☐ 正常 ☐ 引流 (导尿管/尿套 型号 _____ 更换尿管日期 _____) ☐ 其他: _____			
大便			
☐ 正常 ☐ 便秘: 次数 _____ 次/ _____ 天; ☐ 腹泻 ☐ 失禁 ☐ 造瘘 ☐ 其他/备注: _____			
用药依从性			
☐ 规律用药 ☐ 未规律用药 ☐ 未用药			

表 F.1 延续护理服务终止记录单(续)

三、终止服务指导	
终止延续护理服务并行健康指导: _____	

评估人签名:	评估日期:
审核人签名:	审核日期:

附 录 G
(规范性)
延续护理访视包必备物资清单

G.1 延续护理访视包必备物资清单见表 G.1。

表 G.1 延续护理访视包必备物资清单

项目	单位	数量
一次性口罩	个	2
一次性检查手套	对	2
一次性鞋套	对	2
一次性治疗巾	张	2
棉签	包	1
快速手消毒液	瓶	1
电子血压计	台	1
听诊器	台	1
血氧饱和度监测仪	个	1
电子温度计	支	1
血糖仪	台	1
血糖试纸	条	2
医疗垃圾袋	个	2
笔	支	1
纸质资料	张	若干

附 录 H
(资料性)
延续护理访视包可选物资清单

H.1 延续护理访视包可选物资清单见表 H.1。

表 H.1 延续护理访视包可选物资清单

项目	单位	数量
换药包	个	2
碘伏消毒液	瓶	1
75%酒精	瓶	1
0.9%氯化钠	瓶	1
伤口敷料	张	若干
造口袋	个	2
导尿包	个	1
胃管	套	1
无菌手套	副	2
无菌剪刀	个	1
注射器 ^a	支	2
止血带	根	1
采血管 ^b	支	2
采血针 ^c	支	2
砂轮	片	1
弹簧秤	个	1
黄疸仪	台	1
a 注射器为不同型号的，不同型号注射器各配 2 支。 b 采血管为不同型号的，不同型号采血管各配 2 个。 c 采血针为不同型号的，不同型号采血管各配 2 个。		

附 录 I
(资料性)
延续护理访视包清洁保养记录单

I.1 延续护理访视包清洁保养记录单见表 I.1。

表 I.1 延续护理访视包清洁保养记录单

保 养 说 明	1、访视包清洁：每月至少一次更换清洁；每次出诊后，用含氯消毒制剂擦拭； 2、访视包内容物应按需配置，做到账物相符； 3、灭菌物品应保持包装完整并在有效期内； 4、血压计、听诊器、血糖仪、体温计等医疗器械，沾污时立即清洗或以 75%酒精消毒，并保持功能正常； 5、血压计、血糖仪定时校准，发现操作异常或数据偏差较大时应及时维修校验； 6、个人防护用物；口罩、手套，及干洗手剂等应按需配备齐全； 7、延续护理访视包应定人定期维护，并由质控监督小组不定期抽查。					
	保养记录					
日期	内外层 清洁	备用物品 数量充足	无菌物品有 效期内	清洁物品 有效期内	血压计/听诊器/血糖仪/ 体温计清洁、性能良好	签名

附录 J
(资料性)
延续护理服务评价及意见征集单

J.1 延续护理服务评价及意见征集单见表 J.1。

表 J.1 延续护理服务评价及意见征集单

尊敬的延续护理服务对象：您好！感谢您对延续护理工作的支持，为了进一步改进延续护理服务质量，更好的为您服务，请真实表达您在延续护理服务中的体验，并在对应的选项上打“√”。非常感谢您的支持与合作，祝您生活愉快！ 1.接受了几次延续护理服务 ☐1 次 ☐2 次 ☐3 次 ☐4 次 ☐5 次以上 2.对延续护理服务项目是否满意 ☐满意 ☐基本满意 ☐不满意 3.对延续护理服务流程是否满意 ☐满意 ☐基本满意 ☐不满意 4.服务人员是否出示证件并自我介绍 ☐有 ☐不详细 ☐没有 5.对服务人员服务态度是否满意 ☐满意 ☐基本满意 ☐不满意 6.对服务人员操作技术是否满意 ☐满意 ☐基本满意 ☐不满意 7.对服务人员处理应急问题的能力是否满意 ☐满意 ☐基本满意 ☐不满意
--

表 J.1 延续护理服务评价及意见征集单（续）

8.对服务人员提供的疾病相关健康知识是否满意
☐ 满意
☐ 基本满意
☐ 不满意
9.对服务人员介绍的用药方法和注意事项是否满意
☐ 满意
☐ 基本满意
☐ 不满意
10.对服务人员服务时的语言和行为表现是否满意
☐ 满意
☐ 基本满意
☐ 不满意
11.对延续护理服务及时性是否满意
☐ 满意
☐ 基本满意
☐ 不满意
12.其他意见或建议

参 考 文 献

- [1] GB/T 20002.2-2008 标准中特定内容的起草 第2部分：老年人和残疾人的需求
 - [2] GB/T 24433-2009 老年人、残疾人康复服务信息规范
 - [3] GB/T 33168-2016 社区老年人日间照料中心服务基本要求
 - [4] WS/T 313 医务人员手卫生规范
 - [5] DB32/T 4268-2022 社区居家医养结合服务规范
 - [6] DB5101/T 136-2021 居家养老上门服务规范
 - [7] DB4403/T 107-2020 居家护理服务规范
 - [8] 《压力性损伤的预防与治疗：临床实践指南》（2019年国际版）
-