

單位細則注意事項

1. 請勿隨意拿取物品，因用物都有出入庫或是要計價，所以取用物品比需要告知老師或是學姊，確認後才可以取用。
2. 準備室的手機，黑色的請依照各自學姊的組別號碼取用。Leader 是 7 號，請勿亂拿。
3. 餐廳牆面上的四腳拐和單腳拐，若家屬要借用，請於護理站書記旁拿空白紙，寫上床號、姓名、借用項目、借用日期後，給家屬簽名，最後將紙條交給學姊保存。
4. 單位原則上提供個案一件被子及一個枕頭，若是病人有翻身需求，可以再供一個枕頭，若是病人是患肢需要墊高或是墊腳，請先將枕頭包藍色垃圾袋後，再套上枕頭套，再給病人使用。
5. 不提供照顧者枕頭及被子，若是照顧者有需求，告知 9 樓借用，押金 1000 元，現場再付 200 元使用，共 1200 元，押金於歸還時退還。
6. 禁做治療的肢體要戴紅色的手圈。其餘所有的病人都是戴藍色手圈，有高危險性跌倒要貼”跌”貼紙(如果 跌 貼紙掉落，可至書記處領取)。
7. 如果有冰箱的藥物或是高貴的藥物要取用，請告知學姊，要在櫃子上拿紅色的保冰藥袋，並放冰包。
8. 導尿管護理的肥皂在雜物間的櫃子上，尿袋的貼布在準備室靠近洗手台轉角的抽屜。
9. 病患若有 Port-A，要拿迴紋針將管路，固定在對側的領口處。
10. 工具書如需要外借，要跟老師講，並填寫借用單。若上班時間取用，看完請放回去，請勿拿著移動。
11. 血糖機的使用，要先掃名學姊的條碼，掃描病人的手圈，最後再在放入血糖紙。滴入血後，紀錄數據，要按完成才會上傳。記得要先詢問最後一次進食的時間，若有吃藥問吃了甚麼。
12. 隔離的病人要在雜物間備隔離物品，包含：壓脈帶、拋棄式止血帶、小白盒、隔離牌(放在護理站)，然後放在病人床尾處牆壁掛好。
13. 新型血壓機：設置→刷護理人員條碼→輸入”1”→刷病人手圈，此動作進行一次就可以。(要手動輸入呼吸及體溫，耳溫套在床尾牆上或床頭)
14. 藍色血壓機加平板，掃學姊的條碼→病人條碼→測量→帶入儀器→資料存檔(若是無法帶入，則自己手動輸入。若是忘記掃手圈，可以直接選擇病人)
15. 若是病人有使用 EKG 監測，查看測量結果，測量體溫，手動輸入資料即可。
16. 管路到期 IC 及一般藥物 bag+3 天(星期一留置，星期四換)，IVIG、TPN 或是脂肪 QD 換 set，porpoful 鎮靜麻醉 Q12H 換。
17. CVP、D/L、PICC care 頸部 OP site 6 天換 1 次，鼠蹊則 3 天換一次。若是使用紗布 2 天換一次。
18. Foley、NG 一般的管路 7 天更換一次，但到期仍要跟醫師確認，是否延長管路留置時間。
19. 星期一和星期四是抽血日，早上通常不會晨會。星期二室清潔日，協助學姊在空檔時間清潔護理車，依照組別做相關的清潔內容，詳見單位清潔日執行紀錄本。星期三系統要重新評值跌倒、壓傷、傷口拍照(壓傷及其他傷口)及出院準備。星期四本週”臥床”的病人若是都沒有測過體重，則要測體重。星期五 1000 前把藥盒歸藥

車。

20. 洗手(請上中榮 e 學網實習學生核心課程上課)

- 1.目的:清除手上暫時細菌,降固有細菌降到最低至幾乎無,維持較長之抑菌作用。
- 2.手部衛生五時機:接觸病人前、執行清潔/無菌技術前、暴露病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人周遭環境後(2前3後)。
- 3.消毒洗手步驟:(修剪指甲,不超過指肉,請移除手上飾品及手錶)
(1)濕洗手:內、外、夾、攻、大、立、丸(腕上 10 公分),每部位 5 次,約 40-60 秒。
(2)乾洗手:按壓乾洗手液使手完全潤濕,以內外夾攻大立丸(腕上 10 公分),每部位 5 次約 20-30 秒。→若搓揉不到 15 秒乾洗手液即乾燥,顯示洗手液按壓量不足。

21. 預防針扎(請上中榮 e 學網實習學生核心課程上課)

- 1.全面預防原則使用安全針具、針頭不可回套、隨時攜帶針頭收集盒(八分滿須更換)。
- 2.接觸污染的尖銳物或裸針時不徒手操作(要用剪刀或鑷子夾起)。
- 3.不可徒手處理針器、不可徒手傳遞針器,不可用針頭留 lock。
- 4.扭開針頭勿過過度用力,預防反作用力扎傷。
- 5.針扎處理流程:擠血、沖水 5 分鐘、優碘消毒請同學立即通知老師、掛號抽血(B 肝、C 肝、HIV、VDRL)、向病人解釋抽血病人的血液做檢查(B 肝、C 肝、HIV、VDRL)、書寫通報單,請在 1、3、6 個月追蹤。

22. 預防跌倒

- 1.跌倒定義:發生於任何場所與情境下,不論有無造成身體傷害之非預期性跌坐或滑坐於較低水平面或是低處。
- 2.傷害:因跌倒而導致身體部分的組織或功能中斷。
- 3.評估時機:新入院、轉入、病情改變、手術後、給予高危險易跌倒藥物後、定期評估(每週三)。
- 4.評估項目:(依中榮「跌倒高危險群評估表」評估)

1.病人曾因跌倒求診或此次住院中曾跌倒	6.頭暈
2.躁動(動作顯得緊張、激動且坐立不安)	7.使用易跌藥物(本院藥物註記跌字)
3.視覺不佳,影響日常生活	
4.需經常如廁(頻尿或腹瀉)全日 ≥ 8 次、夜晚 ≥ 3 次(指上床夜眠後:依個人慣)(國際尿失禁協會)	
5.自己移位或行動需協助(病人移位+活動分數=3或4分)	
※「移位」部分:0:無法自行移位 1:需一人或二人出力協助 2:僅需言語提醒或輕度之體協助 3:完全獨立	
※「行動」部分:0:無法行動 1:需輪椅協助代步 2:需一人攙扶行走 3:獨立	

- 5.評估後護理:跌倒風險評估大於等於 1 分者為「跌倒高危險群」,需訂定「高風險跌倒」,手圈加貼防跌圖示,護理系統出現「跌」字,床頭放置「預防跌倒」警示牌,給予衛教單張並請衛教者簽名。
- 6.跌倒衛教:跌倒四要(1)病人意識不清要隨時陪伴(2)座椅要有扶手、靠背支撐(3)如廁起身要協助(4)下床、起身及行走過程要陪伴。

23. 隔離防護

- 1.種類與辨識：空氣隔離(藍牌)、飛沫隔離(黃牌)、接觸隔離(紅牌)。
- 2.住所：空氣隔離(負壓病房)、飛沫隔離(單人房為宜，若不足以重度咳嗽者優先)、接觸隔離(一般病房)。
- 3.隔離用物準備：隔離牌、隔離用之壓脈帶(用白色不透明隔離塑膠袋裝，掛置耳溫套旁)、感染性垃圾桶+紅色感染性垃圾袋、汙衣桶+紅色汙衣袋。
- 4.注意事項：加強洗手、接觸前穿著黃色防水隔離衣、採集中式護理、不帶治療盤與彎盆。

24. 壓力性損傷高危險群評估

- 1.定義:因持續壓力造成皮膚組織的破損，壓瘡通常發生在骨突處，依其可見組織受損程度區分為第一級到第四級、無法分級及疑似深層組織損傷。
- 2.評估時機: 新入院、病情改變時、手術後、定期評估(每週三)。
- 3.滿分 23 分，分數小於等於 14 分為壓力性損傷高危險群，無論有無現存壓力性損傷都需給予建立「皮膚防禦能力不足」，並依據病人給予適合之預防措施、給予預防壓瘡之衛教。
- 4.評估分數大於 14 分，給予一般皮膚護理之照護，每周三執行「壓瘡高危險篩檢表評估」。

知覺感受	完全喪失(1分)無意識、對痛無反應 嚴重喪失(2分)對痛、呻吟無意識的動作 輕度喪失(3分)清醒、部分肢體對痛無反應 正常(4分)清醒、無感覺缺損
皮膚潮濕度	失禁潮濕 失禁，更換尿布每天 ≤ 3 次(2分) 失禁，每天更換尿布1次(3分) 乾燥、乾淨(4分)
活動情況	絕對臥床(1分) 坐輪椅或椅子(2分) 可偶爾下床活動(3分) 可經常下床活動(4分)
移動程度	無法自行翻身(1分) 偶爾可稍微移動身體或肢體，大部份需要他人協助翻身(2分) 少部份需要他人協助翻身(3分) 可自行翻身(4分)
營養狀況	非常差(1分)：進食量不超過正常餐量 1/3 或 NPO、清流質、點滴營養超過 5 天 可能不足(2分)：進食量約為正常餐量 1/2 或清流質管灌進食之量不足 足夠(3分)：進食量超過正常餐量 1/2 以上或管灌進食、TPN 量可滿足其營養需要 非常充足(4分)：每餐吃完，從不拒絕用餐

摩擦力及剪力	常會發生(1分)：*坐在床上或椅子上經常有下滑現象，需要大力協助病人拉起 *身體僵直、攣縮 可能會發生(2分)：*移動身體時需輕微協助 *大多數時能在床上或椅子上維持相當好姿勢 不易發生(3分)：*可憑自己在床上或椅子上移動，移動時可將自己完全抬起
--------	--

23. 水腫:

價數	凹陷程度	回復時間
1 輕度	壓下深度 2mm	放開後快速回復
2 中度	壓下深度 4mm	需 10~15 秒回復
3 嚴重	壓下深度 6mm	可壓陷>0.5cm，放開約一分鐘以上才恢復
4 極嚴重	壓下深度 8mm	壓陷很深可達 1cm，或更深

24. .Muscle Power

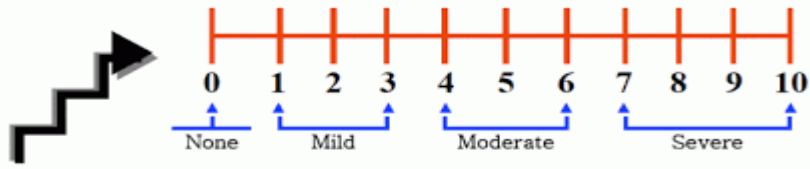
分數	定義
0	無肌肉收縮
1	些微肌肉收縮
2	無重力影響下可自由活動(如放在床上水平移動)
3	可對抗重力(如可將手自下垂狀態提起)
4	可對抗重力且能部份抵抗外力
5	可完全抵抗外力而無困難(為正常狀況)

25. 疼痛評估

- 1.3324 原則：入院 24 小時內、疼痛控制小於 3 分、每日突發痛小於 3 次。
- 2.評估工具:P(疼痛緩解/加劇因素)、Q(疼痛性質)、R(疼痛部位/範圍)、S(疼痛強度)、T(疼痛發生時間/頻次)、U(疼痛影響)→最少 0 分最多 10 分。
- 3.評估方式：大於 3 分三班要紀錄且制定護理計畫，給予止痛藥物後應評值(針劑 30 分鐘、口服 1 小時)，分數小於等於 3 分長達 72 小時應結束護理計畫。



數字量表 (Numerical Rating Scale)



CCPOT (Critical Care Pain Observation)

指標	描述	程度	評分
顏面表情	<ul style="list-style-type: none"> ※顏面表情不緊張 ※皺眉，額部眉頭深鎖，眼周肌肉用力 ※上述之情形加上眼皮緊閉 	<ul style="list-style-type: none"> ※放鬆、自然狀態 ※緊張 ※猙獰 	0 1 2
肢體動作	<ul style="list-style-type: none"> ※完全不動（並不代表一定不痛） ※動作慢而謹慎，輕觸撫摸痛處，活動時會留意痛處 ※想拔除管路，欲坐立，拳打腳踢，無法遵從指示，有攻擊行為，欲爬出病床外 	<ul style="list-style-type: none"> ※無動作 ※警戒 ※躁動 	0 1 2
肌肉張力 (透過評估病患 上肢 之被動式屈曲 及伸 展)	<ul style="list-style-type: none"> ※被動式上肢屈曲活動無阻力 ※被動式上肢屈曲活動有阻力 ※有明顯阻力，被動式上肢屈曲活動無法完成 	<ul style="list-style-type: none"> ※放鬆 ※緊繃，僵硬 ※非常緊繃僵硬 	0 1 2
呼吸器順應程度 (插管患者)	<ul style="list-style-type: none"> ※機械通氣正常，呼吸器警示未響 ※呼吸器警示響起可自行停止 ※不協同，對抗呼吸器，呼吸器警示頻繁響起 	<ul style="list-style-type: none"> ※適應呼吸器 ※咳嗽但可適應 ※對抗呼吸器 	0 1 2
聲音表達程度 (自發性呼吸患者)	<ul style="list-style-type: none"> ※正常聲音語調或無發出聲音 ※嘆氣，呻吟 ※哭泣或大哭 	<ul style="list-style-type: none"> ※正常 ※嘆氣，呻吟 ※哭泣或大哭 	0 1 2
總分(0-8 分)			
備註:呼吸器順應程度及聲音表達程度二擇一			