

【文件名称】：广东省民政厅关于印发《广东省〈养老机构服务安全基本规范〉操作指引》（试行）的通知

【发文机关】：广东省民政厅

【发布日期】：2023 年 2 月 2 日

【网络链接】：

http://smzt.gd.gov.cn/zwgk/tzgg/content/post_4092273.html

【上传人】：健康养老委

广东省民政厅关于印发《广东省〈养老机构服务安全基本规范〉操作指引》 (试行)的通知

各地级以上市民政局：

《养老机构服务安全基本规范》是我国养老服务领域第一项强制性国家标准。这项强制性国家标准的发布，是养老服务质量的底线要求，有助于养老机构管理者和服务人员提高标准意识，做到服务安全有标准可守、有规矩可循，在确保安全的基础上不断提高养老服务质量。

为进一步贯彻落实《养老机构服务安全基本规范》，提升我省养老机构管理服务标准化、规范化水平，确保养老机构安全有序运营，我厅组织有关养老专家编写了《广东省〈养老机构服务安全基本规范〉操作指引》（试行），现印发给你们，请各地参照执行。各地在执行中有意见建议，请及时向省民政厅养老服务处反馈。

附件：广东省《养老机构服务安全基本规范》操作指引（试行）.doc

广东省民政厅

2023年2月2日

广东省《养老机构服务安全基本规范》操作指引

（试行）

目录

第一章	基本要求	1
第二章	管理要求	2
第三章	服务安全风险	4
第一节	评估总则	4
第二节	防噎食	6
第三节	防食品药品误食	15
第四节	防压疮	22
第五节	防烫伤	27
第六节	防坠床	34
第七节	防跌倒	39
第八节	防他伤或自伤	47
第九节	防走失	52
第十节	防文娱活动意外	57
第四章	突发应急事件预案	61
第五章	相关表格及记录单	64
表一	服务安全风险知情告知书	64
表二	服务安全风险汇总表	65
表三	护理不良事件报告表	67
表四	护理记录表	69
表五	护理交班表	70
表六	自备药品接收登记表	71
表七	老年人食品/药品检查记录表	72
表八	自备药品使用知情同意书	73
表九	自备/口服药发药记录表	74
表十	保护性约束知情同意书	76
表十一	老年人危险物品登记表	77
表十二	翻身记录表	78
表十三	压疮上报表	79
表十四	应急预案演练记录	80
表十五	安全告知书	82

第一章 基本要求

第一条 养老机构的建设和运营应符合消防、卫生与健康、环境保护、食品药品、建筑、设备设施等标准中的强制性规定及要求，经过相关验收并获得资质文件。

第二条 养老机构的工作人员应经培训合格后上岗，消防安全、食品药品、特种设备管理、医疗等特殊岗位人员应持证上岗。持续对工作人员开展服务安全培训并进行考核，工作人员应熟知主要服务安全风险辨识和处置程序。

第三条 养老机构应在服务环境内设置符合 GB2893、GB2894 要求的安全标志，参考执行 MZ/T131-2019 的要求。

第四条 养老机构应建立服务安全责任制，养老机构法定代表人或主要管理者是养老机构服务安全的第一责任人。养老机构应构建服务安全管理组织架构，明确工作人员服务安全岗位责任事项及责任追究制度。

第五条 养老机构应按照法律法规和本指引的要求，建立健全各项防范服务安全风险的制度、流程和标准，包括但不限于：安全责任制、安全教育制度、安全宣传及培训制度、安全操作规范或规程、安全检查制度、事故处理与报告制度、考核与奖惩制度。

第二章 管理要求

第六条 养老机构应制定昼夜巡查、交接班制度。老年人身体及精神状况发生明显变化、出现异常情况时，应及时报告和处置，提高巡查频次，做好巡查、交接及处置记录。有条件的养老机构应加强视频监控系统的功能设置，保存监控记录。鼓励应用智能化体征监测系统，强化对老年人突发意外风险的监测和预警。

第七条 养老机构应制定老年人个人信息和监控内容保密制度，未经老年人及相关第三方同意，不得泄露老年人及相关第三方信息。

第八条 养老机构应建立健全食品药品安全管理制度，禁止在养老机构内非法兜售保健食品、药品等。

第九条 养老机构应根据 MZ/T 189-2021、DB44/T 2309-2021 建立传染病防控管理相关制度、流程和预案，做好清洁卫生和消毒工作，对于污染织物应单独清洗、消毒和处置，保存相关记录。

第十条 养老机构应建立机构内控烟制度，在老年人生活及活动区域应禁止吸烟，相应场所应设置禁烟标志。

第十一条 养老机构应加强对服务安全相关事件的日常管理：

- 1.建立服务安全相关事件台账，客观、完整记录本机构发生的服务安全相关事件。

- 2.开展对典型服务安全事故事件的总结、分析，进行案例教育，避免类似风险再次发生。

第十二条 服务安全培训与教育

- 1.养老机构应建立完善的内部培训制度，制度内容包括但不限于入职培训、岗前培训、岗位培训、培训方式以及培训师资等内容；制定机构年度培训计划，按计划定期开展培训和考核；每次培训应有记录，包括培训时间、时长、地点、培训内容等。

2.护理员在正式上岗前应接受正规培训机构或机构内部组织的岗前培训，培训合格率达到 100%，培训合格后方可上岗。

3.新员工上岗前、员工换岗或离岗 6 个月及以上以及岗位采用新技术或者使用新设备，均应接受岗前安全教育与培训。

4.养老机构从业人员每半年应开展一次岗位安全、职业安全教育，考核合格率不低于 80%。

5.养老机构每半年应至少开展 1 次针对老年人的应急安全宣传教育，对老年人进行重点服务安全风险预防的知识教育培训。

6.相关第三方、志愿者和从事维修、保养、装修等短期工作人员应接受养老机构用电、禁烟、火种使用、门禁使用、尖锐物品管理等安全教育。

第十三条 服务评价与改进

1.养老机构应至少每半年开展一次对本指引所涉及的服务安全风险防范工作评价，召开服务风险安全分析会，包括识别风险、分析原因、制定改进措施及完成效果评价，持续进行质量改进与提升，形成自评小结。

2.养老机构在服务及评价过程中发现的服务安全隐患应及时整改、消除。

3.评价完成后，应根据评价情况对养老机构的相关管理制度、应急预案等进行更新、优化，并强化人员培训。

老年人健康档案资料保存期不应少于三十年。

第三章 服务安全风险管理的

第一节 评估总则

第十四条 老年人入住养老机构前，参考 MZ039/2013 、DB44/T 2231-2020 等文件，对符合入住条件的老年人进行日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与等内容对服务安全风险进行评估。

第十五条 服务安全风险评估应包括噎食、食品药品误食、压疮、烫伤、坠床、跌倒、他伤和自伤、走失、文娱活动意外等方面的风险。

第十六条 服务安全风险评估原则上每年应至少进行一次阶段性评估，当老年人的身体或精神状况发生变化时应及时进行再次评估，并保存评估记录。

第十七条 养老机构应建立完善的老年人评估管理制度，评估管理制度应包含评估人员、评估环境、评估流程、评估方法与要求、评估结果等内容。

第十八条 评估人员

1.养老机构应成立评估团队，配备不少于 3 名符合评估资质的评估员，对入住机构的老年人进行评估。

2.评估员应着装整洁、文明用语、礼貌待人；评估时应严格遵守客观、公正、专业的原则。

3.评估人员应具有医疗相关专业学历并获得相应的资格证书、社会工作者资格证书或获得三级（高级工）养老护理员职业技能证书。

4.评估人员应经过评估培训，掌握评估知识和技能，熟悉评估服务流程，正确实施各项评估，结论应客观真实。

第十九条 评估环境

1.养老机构应设有评估室或与其他空间合设评估空间,以满足实施老年人评估的环境需求,宜根据老年人的身体状况选择合适、安全的评估空间。

2.评估环境应安全、安静、整洁、舒适,光线良好、温度适宜、空气清新。

3.评估室内应配有与开展评估服务内容相匹配的评估设施设备和物品,悬挂评估服务标准及服务流程。

第二十条 评估结果

1.评估结果应由评估人员签字确认,并由另一人复核,其中一人必须为医学相关背景的评估人员。

2.依据评估结果划分风险等级,并根据评估结果、老年人服务需求等采取针对性防范措施,制定照护计划,评估结果应汇总上报。

3.应建立沟通与知情同意相关制度,服务安全风险评估结果为有风险时应告知相关第三方,有风险及相应的防范措施应由相关第三方签字确认。

第二节 防噎食

第二十一条 风险评估

- 1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行噎食风险评估。
- 2.评估工具。推荐使用《洼田饮水试验评估表》进行评估（见表3.1）

表 3.1：洼田饮水试验评估表

中心/区：		姓名：		性别：		年龄：		床号：		住院号：	
分级			评 估 标 准								
I 级（5 秒以内）			坐位，5 秒之内能不呛的一次性饮下 30ml 温水								
I 级（5 秒以上）			坐位，5 秒以上能不呛的一次性饮下 30ml 温水								
II 级			分两次咽下，能不呛的饮下								
III 级			能一次饮下，但有呛咳								
IV 级			分两次以上饮下，有呛咳								
V 级			屡屡呛咳，难以全部咽下								
结果评定			☐ 正常（无风险）： I 级（5 秒之内）； ☐ 低危风险（可疑）： I 级（5 秒以上）； ☐ 中危风险（可疑）： II 级； ☐ 高危风险（异常）： III、IV、V 级。								
评估日期：				评估者签名：				审核者签名：			

3.评估时机

- 首次评估：应在入住 24 小时内完成，覆盖率达 100%。
- 阶段评估：每半年评估一次。
- 动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第二十二条 防范措施

- 1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。
- 2.风险上报：应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。
- 3.应根据评估结果确定老年人的食物种类、性状及进食方式。
- 4.有特殊饮食要求者，应及时通知膳食部门。

5.进食过程

5.1 进食前

5.1.1 应根据老年人的能力选择进食方式。

5.1.2 环境及餐具准备

——进食环境应清洁、卫生、无异味、无噪声干扰，去除干扰因素，避免进食过程中不必要的医疗与护理操作。

——根据老年人能力与喜好准备适合的餐具。

5.2 食物准备

5.2.1 食物的选择应考虑老年人的饮食习惯、病情、吞咽功能等。

5.2.2 食物温度应适宜，不可过热或过冷。

5.3 老年人准备

5.3.1 应保证老年人在清醒状态下进餐，如有情绪不稳等情况，应暂停进食。

5.3.2 进食前如老年人主诉腹胀等不适，应进行进一步检查，明确原因，必要时应报告医生。

5.3.3 进食前 30 分钟应注意休息，不可进行剧烈活动。

5.3.4 应协助有需要的老年人佩戴义齿，进食前应先喝少量水或汤。

5.3.5 应根据老年人身体情况、病情选择正确的进食姿势。

5.3.6 伴有咳嗽、多痰、喘息的老年人在进食前，应鼓励充分咳嗽或协助拍背，将痰液咳出，必要时应予以吸痰，并清理口腔分泌物，待痰液清理干净后再协助进食，避免进食中咳嗽导致噎食。

5.2 进食中

5.2.1 进食量应适宜，速度不宜过快，待食物全部咽下后再进食下一口，进食过程中不催促老年人。

5.2.2 应尽量集中进食、评估为有噎食风险者、认知症、既往有暴食和抢食行为者应有人在旁看护，应控制进食速度与进食量，防止噎食。

5.2.3 进食过程中禁止打闹、玩笑，看电视等，以免分散注意力。

5.2.4 正确的协助进食姿势（见图 3.1）。

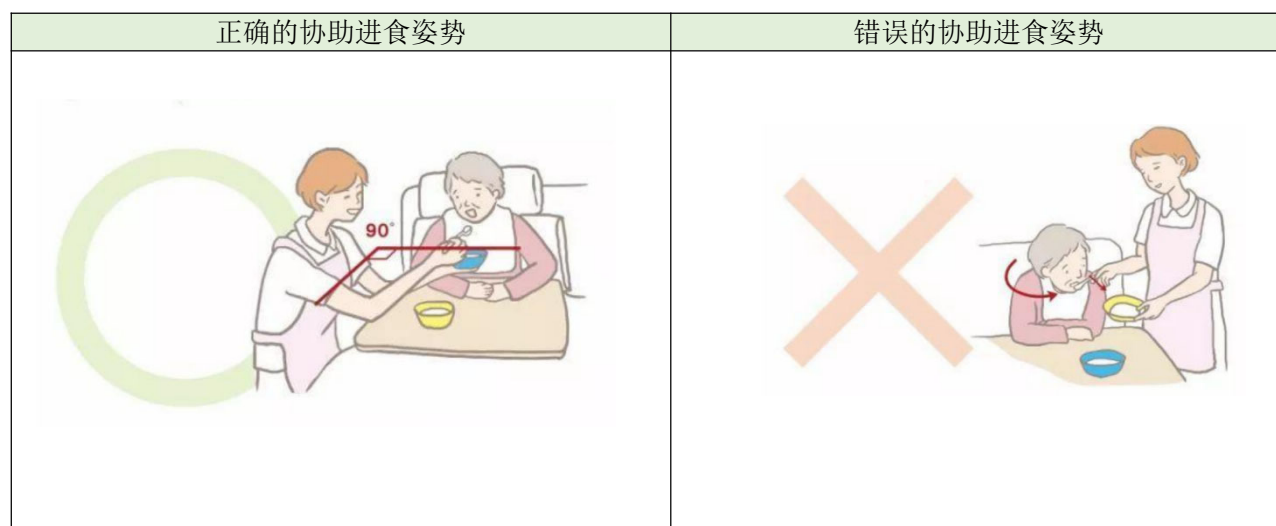


图 3.1 协助进食姿势

5.2.5 偏瘫老年人应从健侧进食，帕金森老年人应从症状轻侧进食，认知症老年人进食可给予适当指令。

5.2.6 应严密观察老年病人进餐时的反应，出现呛咳时应停止进食，待进一步评估后根据评估结果处理。

5.2.7 发生误吸、噎食时，按应急处置预案执行，做好相关记录。

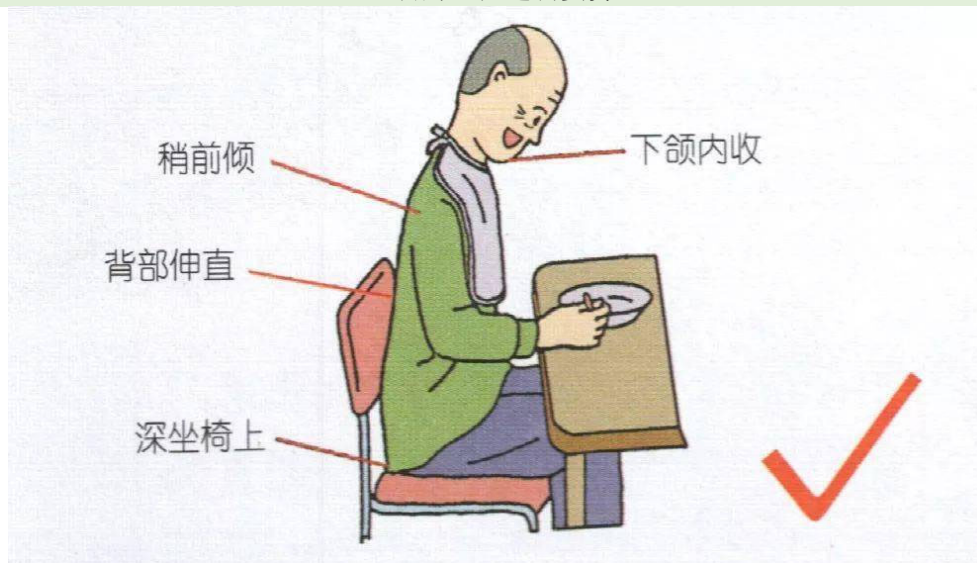
5.3 进食后

5.3.1 进食后 30 分钟内非必要不做口腔检查、口腔护理、吸痰等操作。

5.3.2 进食后不宜立即平卧休息，应保持坐位或半卧位（30 度以上）30 分钟以上，避免食物倒流。

6.正确的进食姿势（见图 3.2）。

正确的坐位进食姿势1



正确的坐位进食姿势2

错误的坐位进食姿势



正确的卧位进食姿势

错误的卧位进食姿势



图 3.2 进食姿势

6.1 坐位进食：餐桌高度适宜，不宜过高，双足应着地，餐椅应有椅背，身体稍前倾，背部伸直，保持头部直立位。头部不能直立者，可选用高靠背轮椅进食或用小枕在肩膀处固定，避免进食过程

中头部后仰。

6.2 卧位进食：若病情许可，应抬高床头 30 度或以上，头部不可后倾，头应偏向协助进食者。

7.有风险的老年人服用口服药物时，如药物原剂型不适合吞咽，应在医生的指导下或按药物说明书进行处理后再服用。

8.健康教育。应向老年人和相关第三方宣传预防噎食的相关知识，对能自行进食的老年人应指导细嚼慢咽，告知老年人口含有食物时避免大笑、讲话。

9.养老机构内宜至少备用一套吸引装置，集中进食区域应备有紧急呼叫装置。

10.做好相关记录

第二十三条 噎食事件应急预案

1.适用范围。老年人在机构内进食过程中发生噎食时适用。

2.处置程序。

2.1 识别噎食征兆。老年人发生噎食迅速初步判断噎食部位。

2.2 确定噎食。根据噎塞部位采取相应的处理措施。

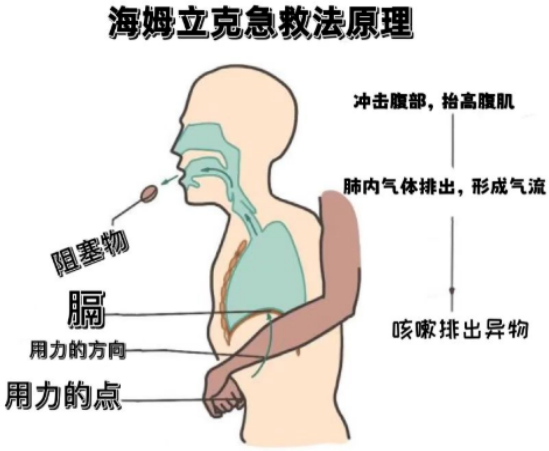
2.3 呼叫求救：迅速就地处理，边施救边呼叫其他工作人员帮助抢救，并快速通知医护人员。

2.4 根据噎塞部位及老年人情况，采取以下方法进行施救。

2.4.1 发现老年人噎食应就地抢救，如食物在口内积存，立即用手抠出；对于意识清楚的老年人，也可使用反射咳嗽法刺激咳嗽。如阻塞物为碎食物如馒头、面包等，在抠的同时可嘱老年人弯腰低头，用手叩击背部，借重力使食物滑出。严密观察病情变化并认真做好记录。

2.4.2 立即用筷子或匙柄或手指刺激咽喉部引吐，协助老年人头低于 45 度，叩击胸背部，协助老年人把食物吐出。

2.4.3 采用海姆立克(Heimlich)手法施救（详见图 3.3）。

海姆立克急救法原理图	
“海姆立克”急救法原理： 是利用突发冲击腹部的压力，使膈肌抬高，使肺内残留气体形成一股向上的、具有冲击性、方向性气流，迅速冲入气管，将异物排出。当异物冲出后，小心用手指将异物勾出，注意不要将其推入气道深处，操作同时，防止被老人咬伤手指。	海姆立克急救法原理 
噎食的表现	
典型表现： 三不能+V 型手。 三不能： 异物阻塞气管后，老人不能说话、不能呼吸、不能咳嗽。 V 型手就是当老人出现“三不能”时。双手不由自主呈现 V 型紧紧抓住自己的喉咙。 识别出海姆立克征象，立即使用“海姆立克”手法进行急救。	
自救篇	

【适用范围】

适用于清醒且有自救能力的老年人。

【要点说明】

- 1.一手握拳抵住自己的腹部，另一只手放在握拳手的上边，两只手用力向内向上挤压，重复数次，直至把阻塞物吐出来为止。
- 2.如果试过这种方式，阻塞物还是无法吐出，也可以试着将拳头靠在坚硬、突出的物体如椅背、桌边、扶手等等，对准上腹部，用力撞向拳头，直至撞出阻塞物为止。



立位腹部冲击法

【适用范围】

清醒的老年人。

【要点说明】

- 1.抢救者站在老人背后，用手臂环绕老人的腰部，一手握空心拳，将拇指侧顶住老人腹部正中线肚脐上方两横指、剑突下方，用另一手抓住拳头，快速向内、向上冲击老人的腹部，约每秒一次，直至异物排出或老人失去反应。

- 2.剪刀-石头-布：

剪刀：

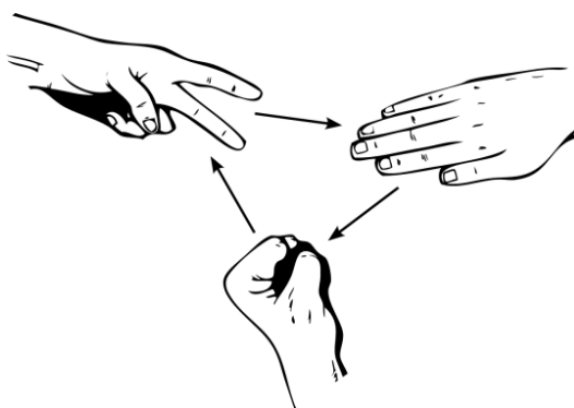
两个手指并拢，像一个闭合的剪刀。海姆立克急救法的按压点在肚脐上方两横指以上的位置，首先是找到老人肚脐的位置，然后将两根并拢的手指横放在肚脐以上，即可找到按压点。

石头：

拳头。一手握拳，拇指侧的拳眼放在按压点上。

布：

布，指的是另一只手抱拳，然后用向上、向内的力量，冲击老人的上腹部。



仰卧位腹部冲击法

2. 【适用范围】
3. 昏迷的老年人。
4. 【要点说明】
5. 1.将老人放置仰卧状态，使其头颈后仰，施救者先将耳贴近老人，头面向老人胸部，观察有无呼吸（3-5 秒）。
6. 然后，对其进行人工呼吸，如果吹气时发现有阻力，施救者应立即对其进行抢救。
7. 将其放平呈仰卧位，一只手掌放于老人脐部到剑突（两侧肋骨交汇的地方）的中点，另一只手重叠，双手握拳，手臂伸直，快速向上推压腹部，直到异物被吐出。



图 3.3 海姆立克急救法

2.4.4 老年人窒息状态采取紧急处理方法：将老年人平卧，头偏向一侧，由专业人员进一步处理。

3.严密观察病情变化并认真做好记录。

4.调查事件发生经过，如事件发生在监控范围内，调取监控视频并拷贝保存。

5.由管理人员或医务人员告知老年人相关第三方，做好沟通及善后处理工作。

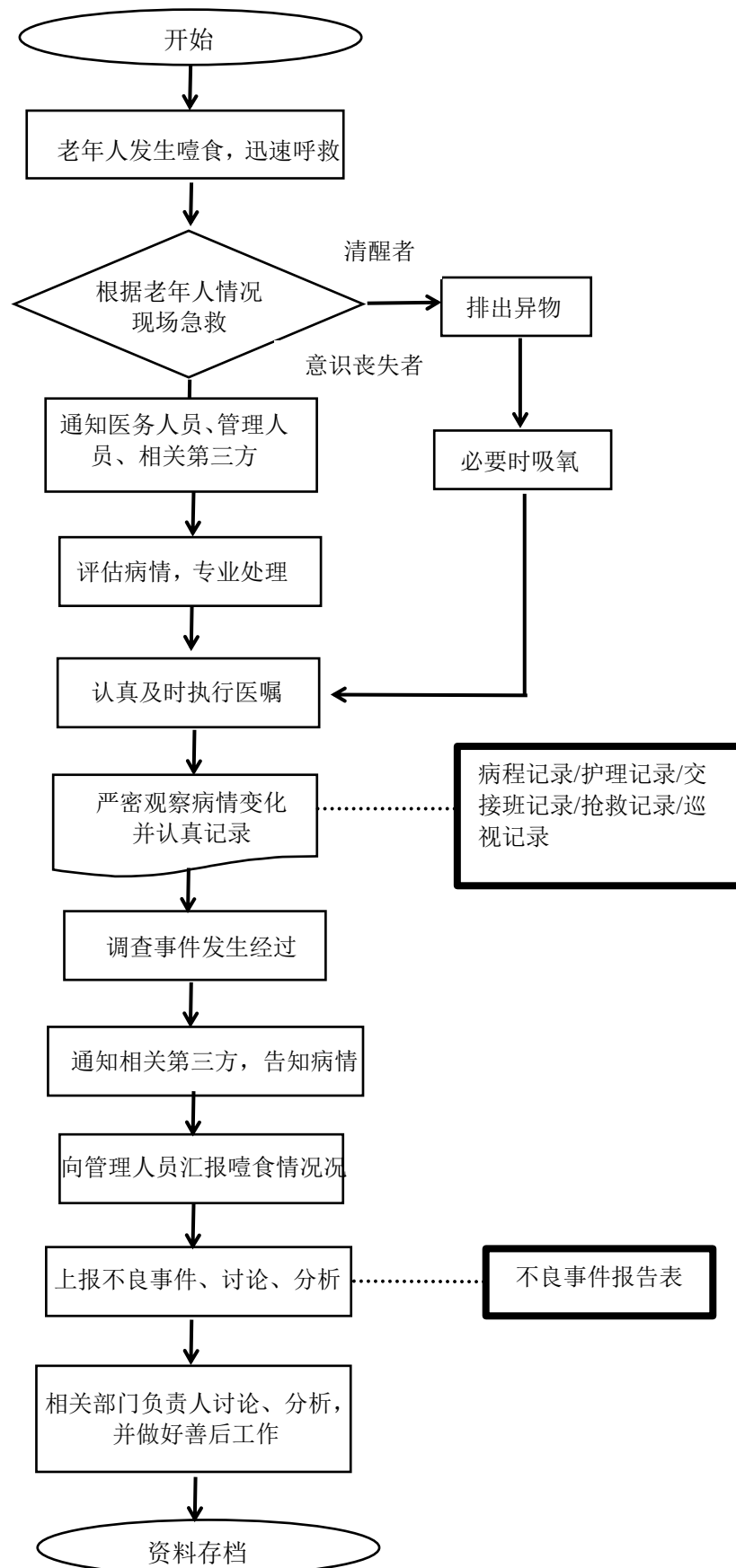
6.填写不良事件报表，24 小时内上报主管部门。

7.总结反思

7.1 管理人员负责组织对发生的噎食事件进行调查，组织讨论，分析管理制度、工作流程及管理制度等方面存在的问题，找出工作流程或质量管理中存在的问题，制定相应防范措施。若造成不良影响，及时做好有关善后工作。

第二十四条 老年人发生噎食现场处置流程图。

老年人发生噎食现场处置流程图



第三节 防食品药品误食

第二十五条 风险评估

1.评估对象。凡入住机构老年人应进行食品药品误食风险评估。

2.评估工具。应根据老年人的具体情况进行评估，推荐使用《简易智能精神状态量表（MMSE）》（见表 3.2）及《感知觉与沟通评估表》（见表 3.3）进行评估，其中 MMSE 适用于认知功能下降的老年人，《感知觉与沟通评估表》适用存在视觉异常的老年人，如以上两种情况同时存在，取评分较高值作为评估结果的判定。

表 3.2：简易智能精神状态量表（MMSE）

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	文化程度：
评 定 项 目					最高分
定向能力 现在是：哪一年（）什么季节（）几月（） 几号（）星期几（） 我们现在在哪里？省市（）区或县（）街道或乡（） 什么医院（）第几层楼（）					5 5
记忆力 现在我要说三样东西的名称，在我讲完之后，请您重复一遍。 请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。 （请仔细说清楚，每一样东西一秒钟） 皮球（）国旗（）树木（）					3
注意力和计算能力 请你算一算 100 减去 7，然后从所得的数目再减去 7，如此一直的算下去， 请您将每次减 7 后的答案告诉我，直到我说“停”为止。 （若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误） 93（） 86（） 79（） 72（） 65（）					5

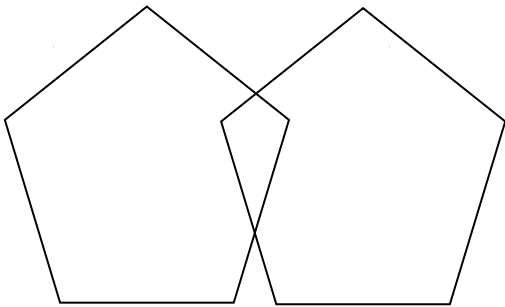
回忆能力 现在请您说出刚才我让您记住的那三样东西？ 皮球（）国旗（）树木（）	3
语言能力 （出示手表）这个东西叫什么？手表（） （出示铅笔）这个东西叫什么？铅笔（） 现在我要说几个词，请您跟着我清楚地重复一遍： 四十四只石狮子	1 1 1
理解能力 我给您一张纸，请您按我说的去做，听我说完再开始做。现在开始：“用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的大腿上”。 （不要重复说明也不要示范） 请您念一念这句话，并且按照上面的意思去做。 闭上您的眼睛。	3 1
您给我写一个完整的句子。（句子必须有主语、动词、有意义） 记下所叙述句子的全文：	1
这是一张图，请您照样把它画下来。 	1 总分：30 分 得分： 评估日期： 评估者签名： 审核者签名：
判断标准： 1、认知功能障碍：MMSE 量表中满分为 30 分，文盲得分≤17 分为有认知障碍，小学文化得分≤20 分、中学或中专文化得分≤22 分、大专或大学文化得分≤24 分为有认知障碍。 2、风险程度判断：□轻度：MMSE≥21 分；□中度：MMSE10-20 分；□重度：MMSE≤9 分。	

表 3.3：感知觉与沟通评估表

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
评估标准					分值
能看清书报上的标准字体					0 分
能看清楚大字体：但看不清书报上的标准字体					1 分
视力有限：看不清报纸大标题：但能辨认物体					2 分
辨认物体有困难：但眼睛能跟随物体移动：只能看到光、颜色和形状					3 分
没有视力：眼睛不能跟随物体移动					4 分
得 分					
备注：若平日戴老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估。					
风险程度判断：□轻度：1 分；□中度：2 分；□重度：≥3 分。					
评估者签名：		审核者签名：		评估日期：	

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第二十六条 防范措施

1.标识管理。评估为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.防护措施

3.1 食品管控

3.1.1 食品的接收。相关第三方带来的食品应经工作人员检查，谢绝不适宜的食品带入，失能、认知症、视觉障碍老年人的外带食品，护理人员应与相关第三方进行交接并代管。

3.1.2 食品的保管和要求

3.1.2.1 养老机构内食品应确保安全，防止食品过期、变质、霉变等。食品不得与其他物品混放。

3.1.2.2 护理人员至少每周 1 次提醒或协助老年人检查食品安全，并做好记录。

3.1.2.3 失能、认知症、视觉障碍老年人的食品由护理人员代管，食品单独存放，必要时应上锁保存。

3.2 药品管控

3.2.1 药品的接收。老年人药品接收代管应填写知情同意书。

3.2.2 药品的管理

3.2.2.1 药品应放上锁保管，自备处方药应由护理人员按医嘱配药、核对、派药，派药时药车应在工作人员视线范围内。

3.2.2.2 必要时协助老年人服药，当场未能服用时应妥善放置，不得放在老年人房间，事后应巡查老年人回房情况，并确认服药情况。失能、认知症老年人应服药到口，确认药品服下后方可离开。

4.健康教育

4.1 应向老年人和相关第三方宣传预防食品药品误食的相关知识。

4.2 指导老年人合理及选择正规渠道购买食品。

4.3 帮助老年人了解食品药品误食的伤害性，指引老年人加强自我管理及配合机构管理。

4.4 指导老年人或相关第三方遵守养老机构的管理规定，重视食品、药品安全，做好双人核对，并做好发药记录。

6.发生食品药品误食时，按应急预案执行。

7.做好相关记录。

第二十七条 食品、药品误食应急预案

1 适用范围。老年人在机构任意时段发生食品、药品误食时使用。

2.处置程序

2.1 老年人发生食品药品误食时，应了解误食品种和数量，观察老年人的面色及生命体征，以及是否有呕吐、头晕等身体情况变化。同时通知医生或护士等专业人员。无法判断误食品或药品时，应将药品、食品、老年人呕吐物以及容器，留存检查。

2.2 发现老年人有食品药品误食情况后报告上级主管部门、老年人相关第三方。

2.3 封存现场。必要时对现场进行隔离和戒严。

2.4 根据误服药品或过期变质食物的不同而采用相应的措施，可进行初步催吐救治。

2.4.1 催吐必须及早进行，可让其大量饮用温水，然后用手指深入口内刺激咽部催吐(催吐时头部放低口朝地面)。如此反复至少多次，直至吐出物澄清、无味为止。

2.4.2 如丧失意识或者出现抽搐时不宜催吐，应立即抢救，必要时转上级医院治疗。

2.5 经处理老年人情况稳定，医护人员应对老年人身体情况进行检查，并交待观察注意事项。

2.6 做好其他人员安抚工作。

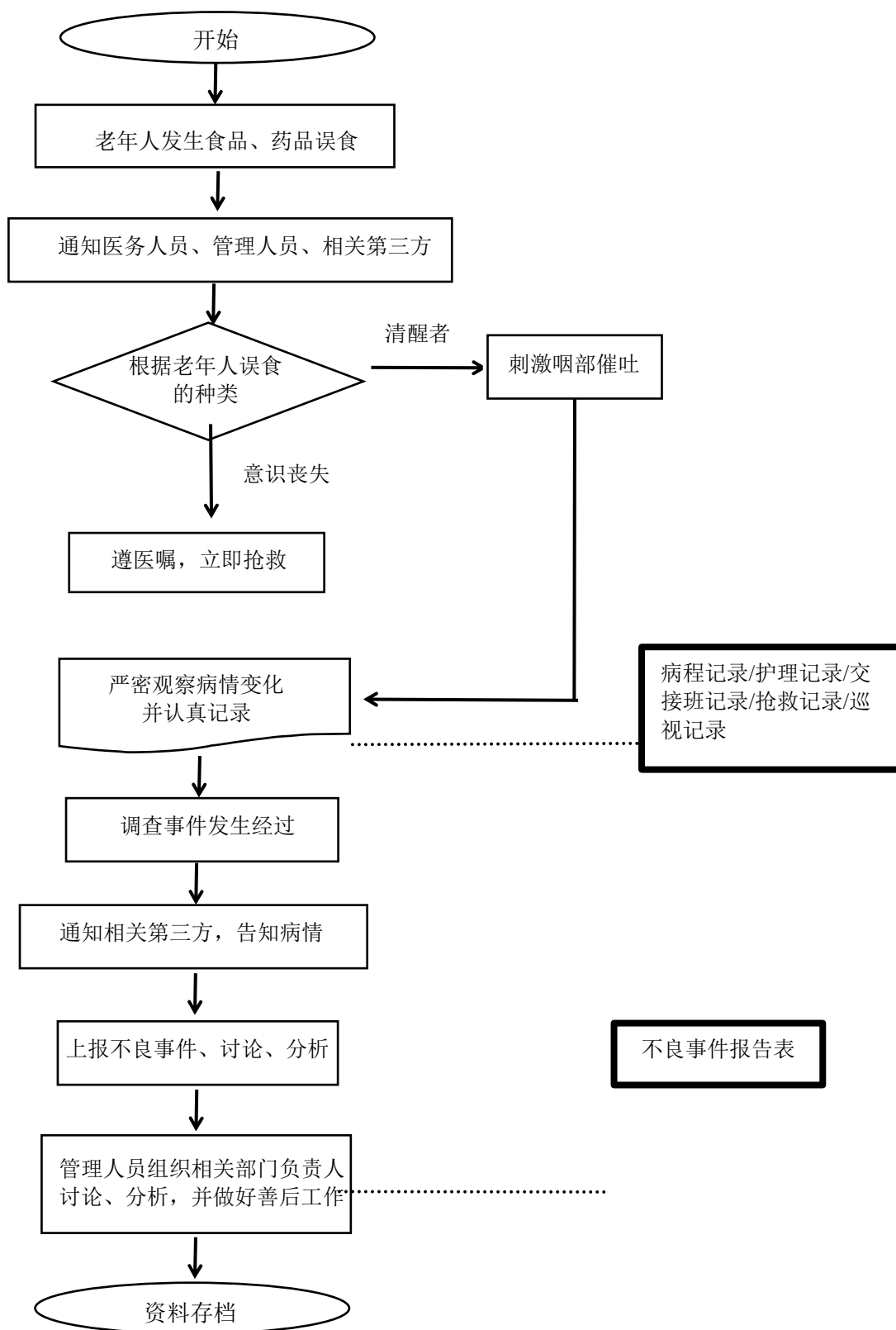
2.7 填写不良事件报表，24 小时内上报主管部门。

3.总结反思

3.1 管理人员负责组织对食品药品误食老年人事件进行调查，组织讨论，分析老年人食品、药品管理方面存在的问题，确定事件的原因并提出整改意见或方案。如老年人食品药品误食造成不良影响，及时做好相关善后工作。

第二十八条 老年人食品药品误食现场处置流程图。

老年人食品药品误食现场处置流程图



第四节 防压疮

第二十九条 风险评估

1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行压疮风险评估。

2.评估工具。推荐使用《Braden 压疮风险评估表》进行评估。

表 3.4: Braden 压疮风险评估表

中心/区: 姓名: 性别: 年龄: 床号: 住院号:

评估内容			分值	得分
1. 感知觉程度: 能有意识地反映出与压力相关的不适	完全受限	因意识减退或使用镇静剂对疼痛刺激无反应(没有呻吟, 退缩, 或握手动作), 或几乎全身体表无法感觉疼痛	1	
	大部分受限	仅对疼痛刺激有反应, 除了呻吟或躁动, 不能表达的感觉或有知觉障碍, 超过一半体表感觉疼痛或不适的能力受限	2	
	轻微受限	对口头指令有反应, 但常常不能表达不适或翻身需要。或有知觉障碍, 身体有一两个肢体感觉疼痛或不适的能力受限	3	
	未受损害	对口头指令有反应, 感觉知觉系统完整, 不会影响老年人表达疼痛或不适	4	
2. 潮湿程度: 皮肤暴露于潮湿环境的程度	持续潮湿	由于汗液、尿液等, 皮肤总呈潮湿状。每当老年人更换体位或翻身时均有观察到潮湿	1	
	常常潮湿	皮肤经常但不总是潮湿, 床单至少每班更换 1 次	2	
	偶尔潮湿	皮肤偶尔潮湿, 床单需要每日额外更换 1 次	3	
	几乎不潮湿	皮肤经常保持干燥, 只需要常规更换床单	4	
3. 活动情况: 身体的活动程度	卧床	卧床不起, 限于床上	1	
	局限于轮椅活动	行走严重受限或无法站立, 不能承受自身的重量, 必须在协助下才能坐入椅子或轮椅内	2	
	偶尔行走	白天偶尔可步行短距离, 有时需要协助, 移动至床上和椅子上时需要花费大量时间	3	
	经常行走	每日至少在房间外活动 2 次, 日间每 2 小时在房间至少活动 1 次	4	
4. 移动情况: 变换和控制体位的能力	完全不能	在没有协助下, 身体或四肢不能做任何甚至微小的位置改变	1	
	严重受限	偶尔做微小的身体或肢体位置的改变, 但不能经常或独立作明显的移动	2	
	轻度受限	能经常独立地做微小的四肢或身体移动	3 分	
	不受限	不需要协助即可进行大范围的、频繁的体位改变	4 分	
5 营养: 平常食物	非常差	从未吃完 1 份饭, 很少能进食超过 1/3 份饭; 每日进	1 分	

摄取模式		食两次或少量蛋白质（肉类或乳制品）。喝水很少，未进液态的辅食或禁食，和（或）只能喝水，或静脉补液 5d 以上	
	可能营养不足	很少吃完 1 份饭，通常只吃 1/2 份食物，每日的蛋白质摄入仅有 3 次供应的肉或乳制品。偶尔能进食辅食；或摄入的流质或鼻饲饮食低于最佳需要量	2 分
	适当	大部分时间能进食半份以上的食物，每日可吃完 4 次供应的蛋白质（肉，乳制品）。偶尔有一餐不吃，如果提供辅食通常会吃；或以鼻饲或全胃肠外营养而维持营养需求	3 分
	良好	能进食几乎整份饭菜，从来不拒绝食物。通常吃完 4 次或更多次提供的肉和乳制品。偶尔在正餐之间加餐，不需要辅食	4 分
6. 摩擦力和剪切力	有问题	需要中等到最大的协助来移动身体，坐在床上或椅子上经常会有下滑的现象，需要大力协助将老年人拉起。身体僵直、挛缩或焦躁不安常导致摩擦力的产生	1 分
	潜在问题	自由地移动或需很少的帮助。在移动时，皮肤可能与床单/座椅/约束带/或其他器械摩擦；相对来说，大部分时间能在椅子或床上保持良好的体位，偶尔会滑下来	2 分
	无明显问题	可独立在床上或椅子上移动，移动时有足够的肌力可将身体抬高，坐在椅子或床上随时都可以维持良好的体位	3 分
评估得分			
风险程度判断： ☐ 低危：15-18 分； ☐ 中危：13-14 分； ☐ 重危：10-12 分； ☐ 极重危：≤9 分			
评估日期：		评估者签名：	审核者签名：

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第三十条 防范措施

1.标识管理。评估为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.易发部位。护理人员应熟悉并掌握压疮的易发部位，包括受压、缺乏脂肪组织保护、骨骼隆突，应重点评估下列部位：骶尾部、髂前上棘、肋缘突出部、髌部、脊椎体隆突处、肩胛部、枕骨粗隆、耳廓、肘部、膝

关节的内外侧、内外踝、足跟部、脚趾、大脚趾骨关节突出处等。

4.变换体位。当压疮风险评估为有低危及以上风险时，应变换体位。

4.1 自主变换，督促、提醒、鼓励卧床老年人经常变换体位，减轻骨骼隆突部位压迫；

4.2 被动变换，帮助无自主翻身能力的老年人翻身，应至少 2h 翻身 1 次；

4.3 使用轮椅的老年人应 0.5h 变换姿势 1 次；

4.4 翻身和移动时，应避免拖、拉、推等动作，防止擦破皮肤。

5.辅具保护。当压疮风险评估为中度高危及以上风险时，宜使用辅具。

5.1 卧姿时，可选用防压疮床垫、翻身辅助垫等辅具，在身体空隙处放置软垫(枕)，降低骨骼隆突部位压力；

5.2 坐姿时，可配备辅助坐垫，身体空隙处放置软垫；

5.3 可按医嘱要求使用护架，用护架抬高被、毯，避免局部受压；

5.4 应按辅具使用规定变换体位，浸湿后即时更换。

6.在服务过程中保持清洁。

6.1 床铺应保持干燥、平整、无碎屑；

6.2 身体各部位皮肤应保持干燥；

6.3 洗浴与擦浴，浴后应擦拭干净皮肤；

6.4 手术、创伤、意识障碍等不适合洗浴的老年人，应安排擦浴；

6.5 擦拭时应用力均匀，避免揉搓皮肤；

6.6 被服等被伤口分泌物浸湿时，应即时更换；

6.7 便溺秽物、大小便失禁、呕吐及出汗等，应即时轻拭清洁，尿布、被服随湿随换；宜用温清水清洗会阴部，并擦干；

6.8 应使用无破损的便器，避免硬塞硬拉；宜在便盆边缘上垫软纸或

布垫；

6.9 应避免老年人直接卧于橡胶单或塑料布上。

7.营养摄入。应向老年人提供能够增强抵抗力和组织修复能力的膳食，鼓励、帮助其进食。

8.原发病处置。应安排老年人就医，治疗原发疾病，按时复诊、按时给药、帮助完成康复疗程。

9.心理支持。应向老年人提供心理辅导。

10.健康教育。应向老年人和相关第三方宣传预防压疮的相关知识。

11.当发生压疮（含院外带入压疮）时，按应急预案执行。

12.做好医疗或护理相关记录，必要时建立翻身卡。

第三十一条 老年人压疮应急预案

1.适用范围。老年人在机构内任意时段发生压疮时使用。

2.处置程序

2.1 老年人在院内发生者应立即上报管理人员，进行病情初步判断，采取相应的护理措施，建立皮肤护理记录单，严格床旁交接班并记录，同时填写《不良事件上报表》上报上级主管部门。

2.2 管理人员评估后应及时请医务人员会诊，提出专业的处理意见。

2.3 院外带入压疮的老人，院方应与相关第三方沟通，请相关第三方在压疮报告单上签字确认，同时填写《不良事件上报表》上报上级主管部门。

2.4 按要求及时做好各项记录、签名确认等工作。

2.5 管理人员监督护理措施的落实情况，并进行评估，分析纠正治疗护理措施并记录。

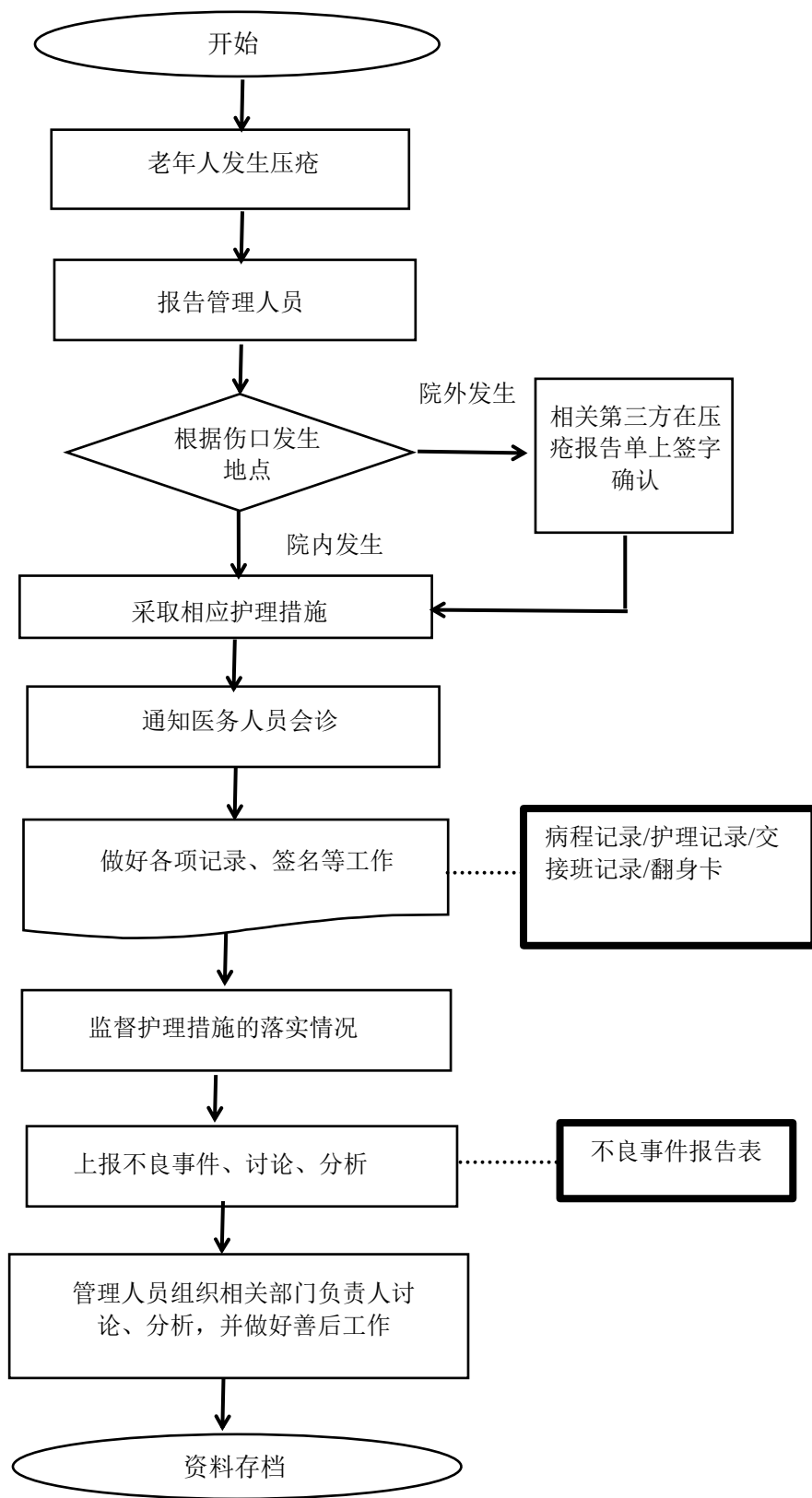
3.总结反思

3.1 管理人员在发生压疮老年人 24 小时内，填写不良事件报表送护理管理部门。

3.2 管理人员负责组织对压疮老年人事件进行调查，组织讨论，分析老年人压疮防护方面存在的问题，确定事件的原因并提出整改意见或方案。如老年人压疮造成不良影响，及时做好相关善后工作。

第三十二条 老年人压疮现场处置流程图

老年人压疮现场处置流程图



第五节 防烫伤

第三十三条 风险评估

1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行烫伤风险评估。

2.危险因素。存在以下风险因素时，提示老年人存在烫伤的风险：

——存在视力障碍且日常生活中可能接触热源者；

——存在意识不清且日常生活中可能接触热源者；

——认知能力或智力低下且日常生活中可能接触热源者；

——中度或以上失能且日常生活中可能接触热源者；

——存在肢体偏瘫、糖尿病等致皮肤感觉异常或帕金森致肢体震颤或肌力减弱且日常生活中可能接触热源者；

——服用镇静催眠药且日常生活中可能接触热源者；

——需执行热疗（如红外线治疗、中药薰蒸、泡脚、艾灸等）者。

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第三十四条 防范措施

1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.定期检查

3.1 老年人居住环境中光线是否充足。

3.2 检设备功能状况及使用情况是否符合要求，如开水瓶、水杯、热水器等。

3.3 高温环境或设施设备是否设置安全警示标识，工作人员应熟知所服务区域内高温风险区域和部位。

3.4 检查高温环境或设施设备是否有防烫伤的防护措施，避免老年人触碰高温设施设备和物品，如开水炉、烤灯、高温消毒餐具、加热后的器

皿等。

4.定位放置

4.1 开水瓶大小合适，应定点放置于安全位置，防磕碰、防掉落。

4.2 过热的饭菜、汤、热饮等应妥善放置，防止自行取放致烫伤。有烫伤风险的老年人不得自行倾倒开水、用微波炉热食物等。

4.3 认知症区域不应在公共区域放置开水瓶等热源物品，开水房应采取封闭管理。应了解老年人的需求，及时或定期为老年人打开水，开水瓶内水不宜过满，以不超过 70%为宜。

5.定温度

5.1 浴室热水器水温宜调节在 45-50℃左右，防止操作不当引起烫伤，浴室龙头旁均需有冷、热水标识。

5.2 应避免老年人饮用、进食高温饮食，食物、饮水温度以 45-50℃为宜。

5.3 如老年人无特殊要求，开水瓶内的水温不宜超过 50℃。

5.4 一般情况下不使用热水袋，如必须使用，温度不得超过 50℃，且需定期巡视。

6.测温度

6.1 协助老年人进食、进水前必须测试食物温度，进食前护理人员应取少量食物或水滴在手腕内侧皮肤上，以感觉温热、不烫手为宜，或使用测温度计测温，以 38-40℃为宜。

6.2 为老年人洗澡、洗脸、洗手、泡脚前均应先测试水温，水温以 40-45℃为宜，清洗过程中应注意观察老年人皮肤情况。

6.3 为老年人泡脚时，应注意老年人耐受温度的个体差异。偏瘫人群，泡脚时应先放入健侧脚无烫感，再放入患侧脚；截瘫及糖尿病老年人泡脚

时，应先用温度计测量水温，水温以 $<37^{\circ}\text{C}$ 为宜。

7.禁使用

7.1 禁止老年人自行使用热水袋及充电热水袋、电热宝等。

7.2 禁止在房间内使用电暖炉。

7.3 禁止自行使用电热毯。

7.4 禁止自行中医拔罐、针灸、艾灸、烤灯等理疗手段。

7.5 除老年人有特殊饮水温度需求外，禁止向老年人杯、碗、盆内放置开水。

7.6 用微波炉或烤箱加热食物后，禁止直接取出食物，应先断电，戴上隔热手套再取出食物。

8.应及时提供帮助，防止老年人因误服、误用开水引起烫伤。

9.对糖尿病足等感觉障碍者，应远离热源，如热炕、电暖气、火炉等。

10.倾倒热水、准备高温食物时应避开老年人。

11. 外出时，给老年人做好遮阳措施，如遮阳帽或遮阳伞，不得在太阳直射的地方长期停留。

12. 加强巡视，对使用烤灯、热疗等的老年人应加强巡查。

13. 烫伤分度。烫伤分为三度：

13.1 一度烫伤：只损伤皮肤表层，局部轻度红肿、无水疱、刺痛感明显。

13.2.二度烫伤：损伤到真皮，局部红肿疼痛，有大小不等的水疱。

13.3.三度烫伤：皮下、脂肪、肌肉、骨骼都有损伤，并呈灰色或红褐色。

14.健康教育

14.1 定期向老年人讲解烫伤的防护知识、烫伤的严重后果，提醒老

年人纠正易烫伤的不良的生活习惯，提高安全防护意识。

14.2 洗漱、沐浴前应提醒老年人调节好水温，先开冷水后开热水，盆浴时先放冷水再放热水，必须要接触热源时，应寻求护理员的帮助。

14.3 吸烟老年人，劝其戒烟。

15.当发生老年人烫伤情况时，按应急预案执行。

16.做好相关记录。

第三十五条 老年人发生烫伤应急预案

1.适用范围。老年人在养老机构任意时间段发生烫伤事件时适用。

2.处置程序

2.1 老年人发生烫伤，发现人立即清除致热源，如热水袋、电暖炉等。

2.2 评估老年人意识状态、烫伤部位及程度、致热源，同时安慰老年人以减轻老年人恐惧和焦虑心理。

2.3 立即通知医护人员及相关第三方，报告老年人烫伤情况。

2.4 根据老年人烫伤的部位、面积、深度等，配合医务人员进行对症处理。

2.5 管理人员召集相关人员调查事件发生经过，如事件发生在监控范围内，按机构内相关规定调取监控视频并拷贝保存。

2.6 告知老年人相关第三方，做好沟通及善后处理工作。如需要转院外治疗，协助相关第三方办理转院手续。

2.7 严密观察病情变化及局部伤情，详细记录烫伤经过、部位、面积与深度，以及其他症状和体征及处理措施。

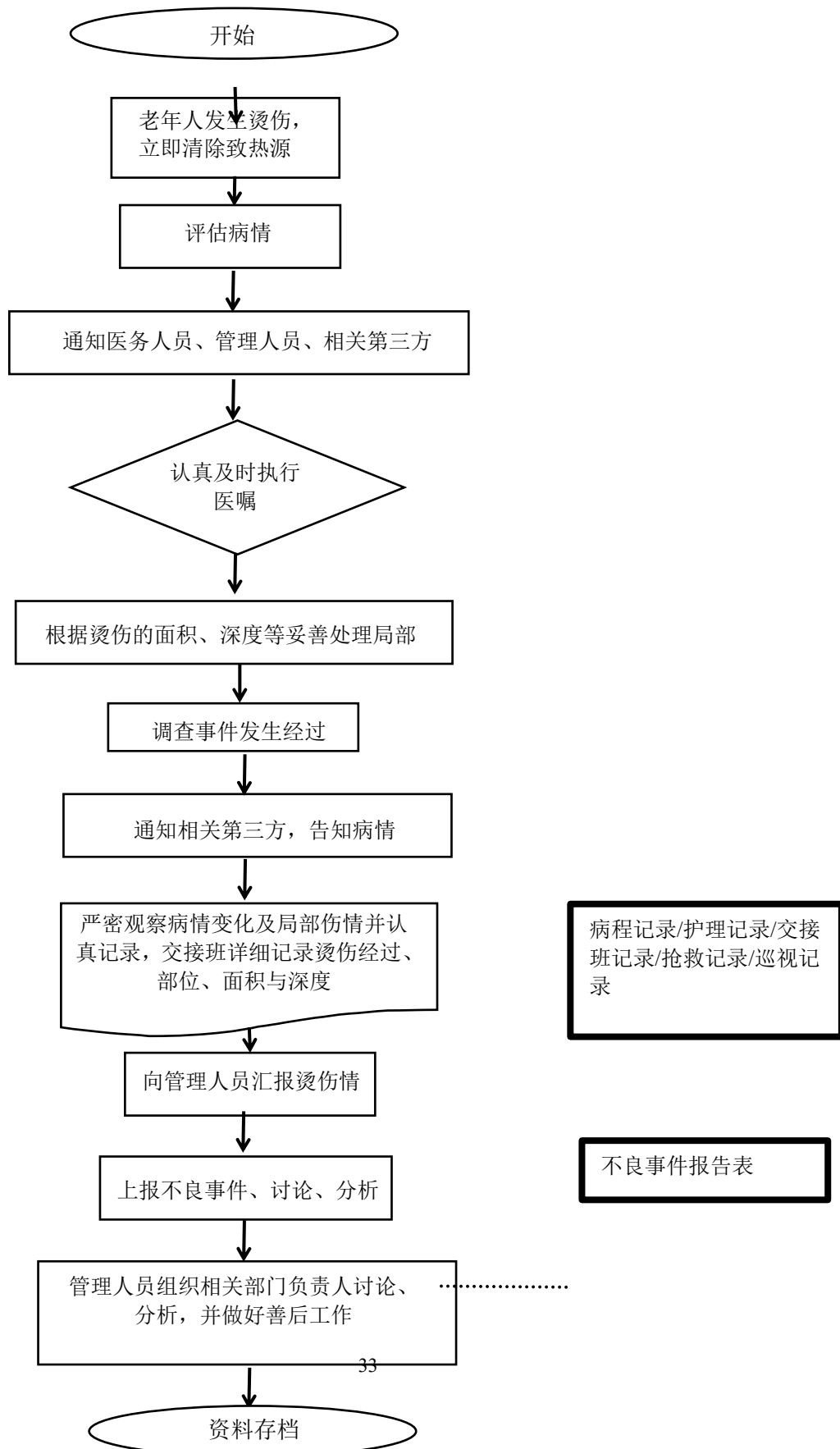
2.8 填写不良事件报表，于 24 小时内上报上级主管部门。

3.总结反思

管理人员负责组织对发生的烫伤事件进行调查,组织讨论,分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题,找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响,及时做好有关善后工作。

第三十六条 老年人发生烫伤现场处置程序流程图。

老年人发生烫伤现场处置程序流程图



.....

第六节 防坠床

第三十七条 风险评估

- 1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行坠床风险评估。
- 2.评估工具：推荐《坠床风险评估表》（见表 3.5）进行评估。

表 3.5：坠床风险评估表

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
序号	项目	得分			
1	最近一年曾有不明确原因的坠床或跌倒经历	☐ 有=1	☐ 无=0		
2	意识障碍	☐ 有=1	☐ 无=0		
3	近期有癫痫病史	☐ 有=1	☐ 无=0		
4	视力障碍	☐ 有=1	☐ 无=0		
5	活动障碍，肢体偏瘫	☐ 有=3	☐ 无=0		
6	年龄大于或等于 65 岁	☐ 有=1	☐ 无=0		
7	体能虚弱	☐ 有=3	☐ 无=0		
8	头晕、眩晕、体位性低血压	☐ 有=2	☐ 无=0		
9	服用影响意识或行动的药物，如散瞳剂、镇静安神药物，利尿剂、抗癫痫剂、麻醉止痛剂	☐ 有=1	☐ 无=0		
10	吸毒、酗酒史	☐ 有=1	☐ 无=0		
11	住院中无人陪伴	☐ 有=1	☐ 无=0		
12	睡气垫床	☐ 有=1	☐ 无=0		
得 分					
风险判断：≥4 分为高危					
评估日期：		评估者签名：		审核者签名：	

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第三十八条 防范措施

1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.环境及设施管理

3.1 房间设置合理，使用床栏或者床边放椅子保护。

3.2 定期检查床单元安全，如有脚轮，应处于制动状态。床的高度要适合老年人上下床。

3.4 宜安装下床感应灯，方便夜间下床的照明。

3.5 按规定使用约束带等保护器具，实施前与相关第三方签署采取知情同意书。

3.6 呼叫器和常用物品放于老年人伸手可及处。

4.功能锻炼

4.1 根据老年人的能力需求提供合适的功能锻炼。

4.2 功能锻炼应以体能和健康状况为基础，量力而行，循序渐进。

5.用药的观察。服用散瞳剂、镇静催眠药、降压利尿药、麻醉止痛药、抗癫痫痉挛药等药物时注意观察老年人意识、情绪、步态、生命体征的变化。

6.关注老年人主观感觉，如头晕、下肢无力等，必要时增加巡视次数。

7.健康教育

7.1 告知老年人坠床的危害性、严重性和可预防性。

7.2 引导老年人将常用物件放在触手可及的位置。

7.3 指导老年人正确使用辅助器具（如床栏、呼叫器等）。

7.4 正确评估自己能力，如有需要时及时寻求护理人员的帮助。

7.5 提醒老年人起床活动前做到 3 个“半分钟”（醒后静卧半分钟，床上坐起半分钟，床沿站立半分钟）。

7.6 如有头晕、下肢无力、步态不稳，不能移动时，立即原地坐下或卧床，呼叫他人帮助。

7.7 提醒老年人上下床及卧床安全，必要时及时提供帮助。

8.做好日常巡查，发现异常报管理人员。

9.确定高危人群，重点防护。如有直立性低血压，服用镇静催眠及降压药的老年人，要注意夜间安全，应在床边备好所需物品和便器。

10.当发生老年人坠床情况时，按应急预案执行。

11.做好相关记录。

第三十九条 老年人发生坠床应急预案

1.适用范围。老年人在机构内发生坠床时适用。

2.处置程序

2.1 老年人发生坠床，立即呼叫，寻求当班人员帮忙。

2.2 报告医务人员，评估老年人意识状态、坠床情况，判断伤害程度，为老年人测生命体征。

2.3 安抚老年人，减轻焦虑和恐惧。

2.4 经检查，如老年人无受伤，则将老年人安放舒适卧位，继续观察，记录。如老年人有受伤。根据受伤部位、伤势等对症妥善处理：局部瘀伤予以冰敷；皮肤擦伤予局部清洗后无菌敷料包扎；有出血伤口者给予止血或清创缝合后无菌敷料包扎，观察伤口出血情况；疑有骨折者，先固定患

处，再将老年人置于适当卧位，密切观察老年人意识状态和生命体征，待进一步检查和治疗。

2.5 向管理人员汇报老年人坠床情况，填写不良事件报告表，在 24 小时内上报上级主管部门。

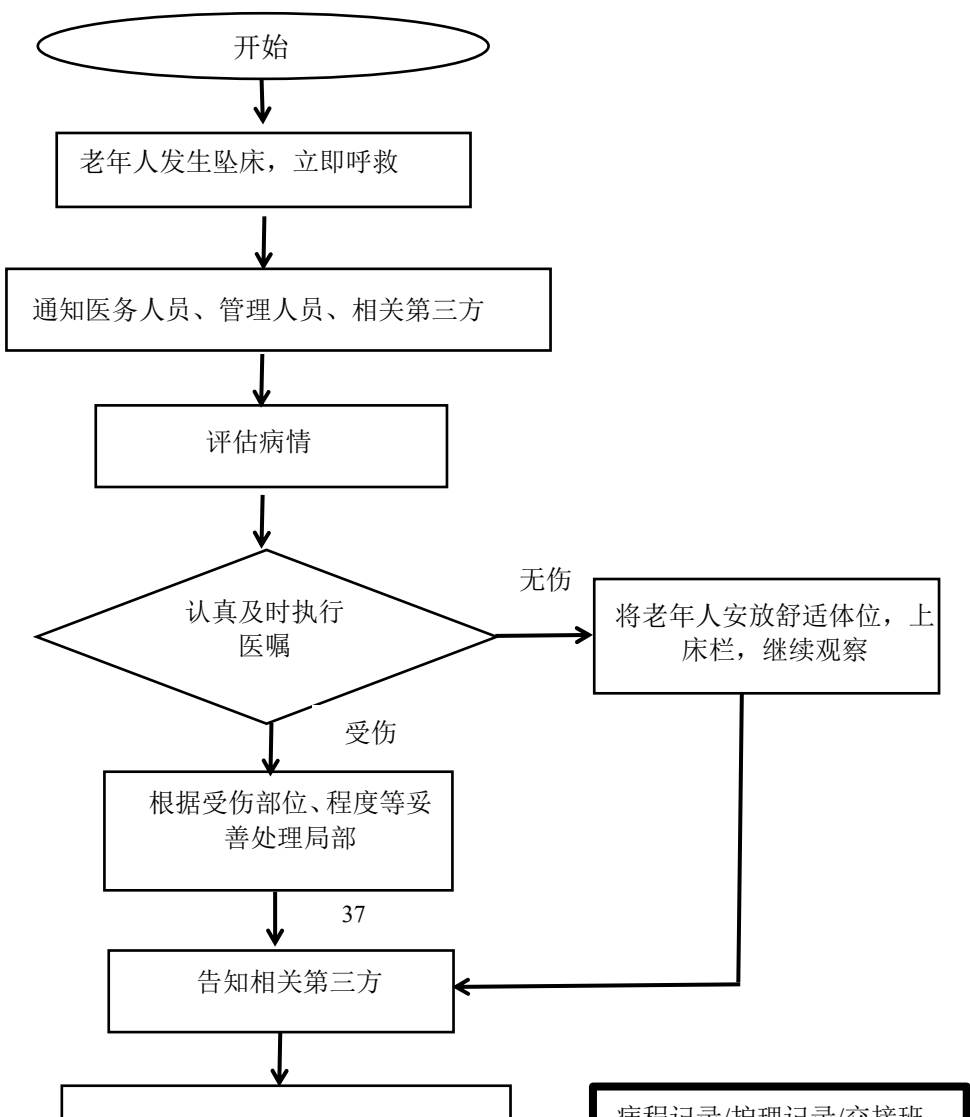
2.6 如坠床后病情危及老年人生命，管理人员立即口头上报上级主管部门。

3.总结反思

管理人员负责组织对发生的坠床事件进行调查，组织讨论，分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题，找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响，及时做好有关善后工作。

第四十条 老年人发生坠床现场处置程序流程图。

老年人发生坠床现场处置程序流程图



第七节 防跌倒

第四十一条 风险评估

1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行跌倒风险评估。

2.评估工具：推荐使用《Morse 风险评估表》（见表 3.6）《老年人平衡能力测试表》（见表 3.7）进行评估。

表 3.6：Morse 风险评估表

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：				
评估内容					得分				
老年人曾跌倒（3 月内）/视觉障碍	无=0 有=25								
超过一个医学诊断	无=0 有=15								
使用助行器具	无/卧床/坐轮椅/护士协助=0 拐杖/手杖/助行器=15 依扶家具/墙壁=30								
静脉输液/置管/使用药物治疗	无=0 有=20								
步态	正常/卧床/不能移动=0 乏力/≥65 岁/ 体位性低血压/=10 失调及不平衡=20								
精神状态	正确评估自我能力=0 高估或忘记限制/意识障碍/ 沟通障碍/睡眠障碍=15								
评 估 得 分									
风险程度判断： ☐ 低危： 0-24 分； ☐ 中危： 25-45 分； ☐ 重危： ≥45 分									
评估日期：		评估者签名：		审核者签名：					

表 3.7 : 老年人平衡能力测试表

中心/区: 姓名: 性别: 年龄: 床号: 住院号:

测试类别	测试项目	描述	评分标准	得分
静态平衡能力	原地站立， 按描述内容做动作， 尽可能保持姿势， 根据保持姿势的时间长短评分。			
	双脚并拢站立	双脚同一水平并列靠拢站立， 双手自然下垂， 保持姿势尽可能超过 10 秒钟。	0 分： ≥10 秒； 1 分： 5-9 秒； 2 分:0-4 秒。	
	双脚前后位站立	双脚成直线一前一后站立， 前脚的后跟紧贴后脚的脚尖， 双手自然下垂， 保持姿势 尽可能超过 10 秒钟。		
	闭眼双脚并拢站立	闭上双眼， 双脚同一水平并列靠拢站立， 双手自然下垂， 保持姿势尽可能超过 10 秒钟。		
	不闭眼单腿站立	双手叉腰， 单腿站立， 抬起脚离地 5 厘米 以上， 保持姿势尽可能超过 10 秒钟。		
姿势控制能力	选择带扶手的椅子， 完成坐下和站立； 找一处空地， 完成下蹲和起立， 根据动作完成质量评分。			
	由站立位坐下	站在椅子前面， 弯曲膝盖和大腿， 轻轻坐下。	0 分:能够轻松坐下起立而不需要扶手； 1 分:能够自己坐下起立， 但略感吃力， 需尝试数次或扶住扶手才能完 成； 2 分:不能独立完成动作。	
	由坐姿到站立	坐在椅子上， 靠腿部力量站起。		
	由站立位蹲下	双脚分开站立与肩同宽， 弯曲膝盖下蹲。	0 分： 能够轻松坐下、蹲下、起立而不需要扶手； 1 分:能够自己蹲下、起立， 但略感 吃力， 需尝试数次或扶住旁边的固 定物体才能完成； 2 分:不能独立完成动作。	
	由下蹲姿势到站立	由下蹲姿势靠腿部力量站起。		
动态平衡能力	设定一个起点, 往前直线行走 10 步左右转身再走回到起点， 根据动作完成的质量评分。			
	起步	①能立即迈步出发不犹豫。	=0	
		②需要想一想或尝试几次才能迈步。	=1	
	步高	①脚抬离地面， 干净利落。	=0	
		②脚拖着地面走路。	=1	
	步长	①每步跨度长于脚长。	=0	
		②不敢大步走， 走小碎步。	=1	
	脚步的匀称性	①步子均匀， 每步的长度和高度一致。	=0	
		②步子不匀称， 时长时短， 一脚深一脚浅。	=1	
	步行的连续性	①连续迈步， 中间没有停顿。	=0	

		②步子不连贯， 有时需要停顿。	=1	
	步行的直线性	①能沿直线行走。	=0	
		②不能走直线， 偏向一边。	=1	
	走动时躯干平稳性	①躯干平稳不左右摇晃。	=0	
		②摇晃或手需向两边伸开来保持平衡。	=1	
	走动时转身	①躯干平稳，转身连续，转身时步行连续。	=0	
②摇晃，转身前需停步或转身时脚步有停 顿。		=1		
得分				
风险程度判断： ☐ 低危：1-4 分； ☐ 中危：5-16 分； ☐ 重危：17-24 分。				
评估者签名：				

注 1：

0 分：平衡能力好， 建议做稍复杂的全身练习并增加力量性练习，增强体力,提高身体综合素质。

1-4 分：平衡能力开始降低，跌倒风险增大。建议增加提高平衡能力的练习，如单腿跳跃、倒走、太极拳和太极剑等。

5-16 分：平衡能力受到较大削弱，跌倒风险较大。建议做针对平衡能力的练习，如单足站立练习、“不倒翁”练习、沿直线行走、侧身行走等,适当增加一些力量性练习。

17-24 分：平衡能力较差，很容易跌倒。建议选择合适的助行器并补充钙质，做一些力所能及的简单运动，如走楼梯、散步、坐立练习、沿直线行走等，运动时应有人监护以确保安全。

注 2：

平衡能力测试时，应有工作人员在旁边保护，以防老年人不慎跌倒。

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体发生变化者，应及时进行评估。

第四十二条 防范措施

1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.环境风险因素评估。环境危险因素评估内容包括但不限于：

3.1 照明。照明不充足，跌倒风险增加；

3.2 路面、地面。路面、地面不平整、不干燥、不防滑，跌倒风险增加；

3.3 通道障碍物。老年人活动通道有障碍物，跌倒风险增加；

3.4 楼梯、台阶。楼梯、台阶增加老年人跌倒风险；楼梯、台阶不平整、不干燥跌倒风险增加；

3.5 门槛。门槛增加老年人跌倒风险；

3.6 扶手、栏杆。扶手、栏杆缺失跌倒风险增加；

3.7 家具（如：桌椅、沙发、衣柜、床等）摆放。家具摆放在老年人行走必经通道增加跌倒风险；

3.8 常用物品放置。常用物品未放置到老年人方便取用的位置增加跌倒风险；

3.9 浴室防滑垫、扶手。浴室缺少防滑设施、扶手跌倒风险增加；

3.10 卫生间地面、扶手。卫生间地面不防滑、不干燥增加跌倒风险，卫生间缺少扶手增加跌倒风险。

4.环境设施预防

4.1 应保持室内光线充足。

4.2 地面应平整、通道不应有障碍物，出现问题应及时维修、清除。

4.3 老年人常用物品应置于不需借助梯子、凳子就可伸手拿到的位置。

4.4 地面清洁等服务实施前及服务过程中，应在显著位置放置安全提示标识；地面清洁等服务完成后，应确保地面干燥、无障碍物。

4.5 发现地面有水渍，应及时采取措施使地面干燥，如：擦拭、烘干等。地面未干燥前应放置安全提示标识。

4.6 为有跌倒风险的老年人提供轮椅、助行器等辅具，或在老年人起床、行走、如厕时由养老护理员协助。

5.老年人用药观察

5.1 老年人服药后，养老护理员应观察老年人反应，观察内容包括但不限于：生命体征、意识、情绪、步态等。

5.2 老年人服药后如出现异常，应及时就医，由医生对服用药物进行检查和调整。

6.功能锻炼

6.1 养老机构应按 MZ/T 039 的要求，为能力程度不同的老年人制定功能锻炼计划。

6.2 养老机构应组织老年人参加规律的体育锻炼，以增强平衡能力、肌肉力量、柔韧性、协调性、步态稳定性和灵活性。

6.3 功能锻炼应以体能和健康状况为基础，量力而行，循序渐进。

7.健康教育。

7.1 告知老年人跌倒的危害性、严重性和可预防性。

7.2 引导老年人穿着合身的衣服，安全防滑鞋具。

7.3 提醒老年人调整生活方式，提醒内容包括但不限于：

7.3.1 上下楼梯、如厕时应使用扶手；

7.3.2 转身、转头时动作应缓慢；

7.3.3 走路应保持步态平稳，缓慢行走；

7.3.4 不应去人多及湿滑的地方；

7.3.5 使用交通工具时，应等车辆停稳后再上下；

7.3.6 放慢起身、下床的速度；

7.3.7 睡前饮水不宜过多以免夜间多次如厕；

7.3.8 不宜独自活动。

7.4 提醒老年人在如厕、起床、行走等时，寻求养老护理员帮助。

8.当发生老年人走失情况时，按应急预案执行。

9.做好相关记录。

第四十三条 老年人发生跌倒应急预案

1.适用范围。老年人在机构内任意时段发生跌倒时适用。

2.处置程序

2.1 老年人发生跌倒，立即报告医护人员，查看老年人情况，测量生命体征。

2.2 医护人员现场评估老年人伤害程度，判断有无骨折或危及生命的情况。

2.3 根据老年人受伤情况、意识状态和全身情况对症处理：

2.3.1 对无受伤老年人，搀扶或用轮椅送回病床。安慰老年人，嘱其卧床休息，监测血压和脉搏，必要时遵医嘱做进一步检查和治疗。

2.3.2 对Ⅰ级受伤：轻微伤如皮肤瘀血、瘀伤者给与局部冷敷；皮肤擦伤者局部处理后，用无菌敷料包扎。

2.3.3 对Ⅱ级受伤，如骨折、头部外伤、需缝合的撕裂伤等损伤者，采用正确的搬运方法，将老年人抬至病床，遵医嘱做 X 线检查及清创缝合等治疗。

2.3.4 对Ⅲ级受伤致死亡的，做好相应善后工作。

2.4 严密观察老年人病情变化，并详细记录跌倒发生时间、地点、原因、伤情及病情、处理经过及结果等。

2.5 对发生Ⅱ级以上跌倒伤害，上报机构主要负责人。

2.6 管理人员召集相关人员调查事件发生经过，如事件发生在监控范围内，按相关规定调取监控视频并拷贝保存。

2.7 通知老年人相关第三方，告知老年人跌倒情况，包括：跌倒经过、目前病情、治疗措施、预后等，并向相关第三方做好解释工作，如相关第

三方要求转院治疗，协助办理相关手续。

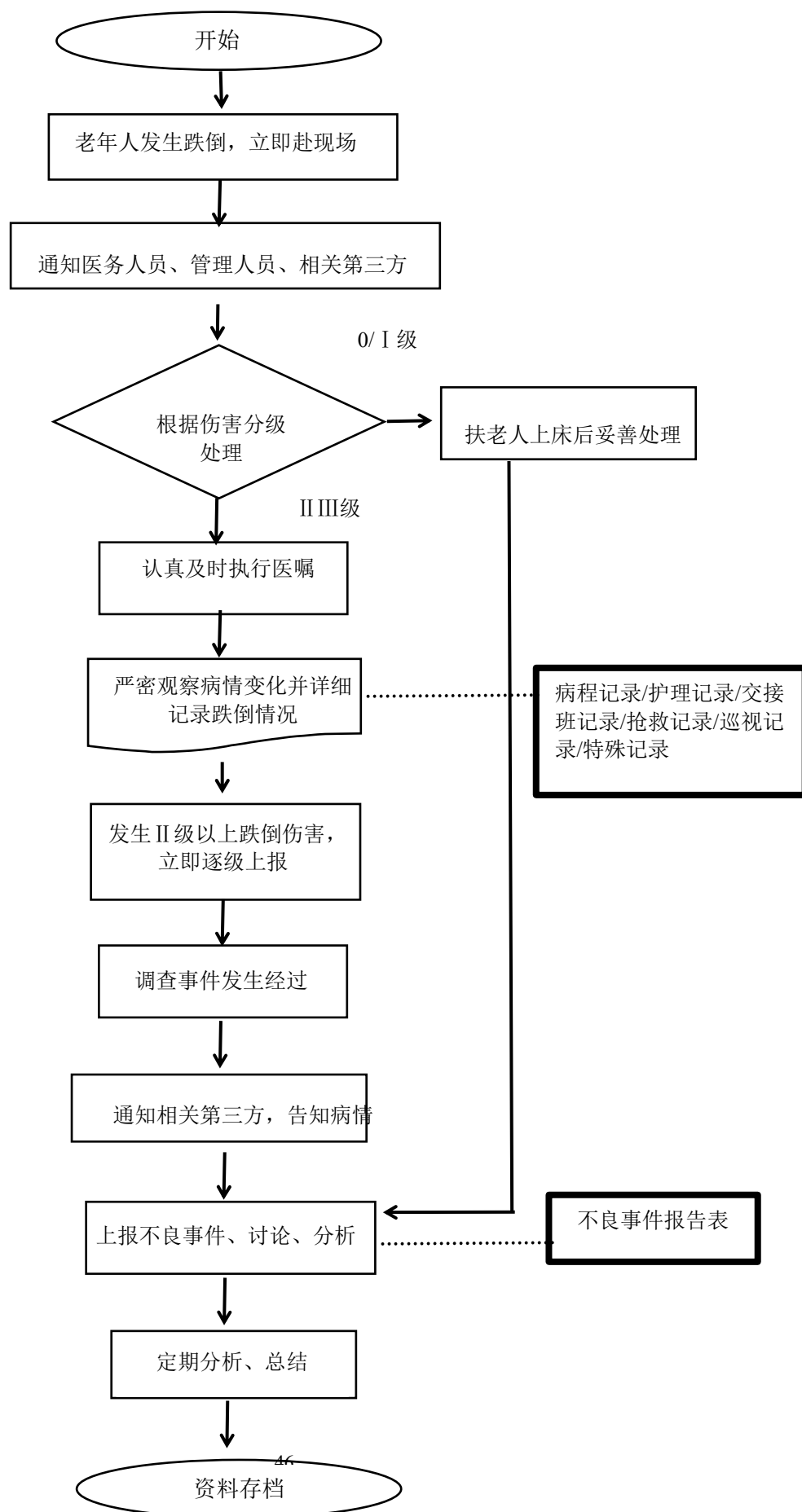
2.8 24 小时内填写不良事件报告表，逐级上报上级主管部门。

3.总结反思

管理人员负责组织对发生的跌倒事件进行调查，组织讨论，分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题，找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响，及时做好有关善后工作。

第四十四条 老年人发生跌倒现场处置程序流程图。

老年人发生跌倒现场处置程序流程图



第八节 防他伤或自伤

第四十六条 风险评估

1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行他伤和自伤风险评估。

2、评估工具：存在自伤风险者推荐使用《自杀风险评估量表（NGASR）》（见表 3.8）进行评估，存在他伤见险者推荐使用《攻击风险因素评估量表》（表 3.9）进行评估。

表 3.8：自杀风险评估量表（NGASR）

中心/区： 姓名： 性别： 年龄： 床号： 住院号：

序号		评估选项	
1.	绝望感	☐ 有=3	☐ 无=0
2.	近期负性生活事件	☐ 有=3	☐ 无=0
3.	被害妄想或有被害内容的幻听	☐ 有=3	☐ 无=0
4.	情绪低落/兴趣丧失或愉快感缺乏	☐ 有=3	☐ 无=0
5.	人际和社会功能退缩	☐ 有=3	☐ 无=0
6.	言语流露自杀意图	☐ 有=3	☐ 无=0
7.	计划采取自杀行动	☐ 有=3	☐ 无=0
8.	自杀家族史	☐ 有=3	☐ 无=0
9.	近亲人死亡或重要的亲密关系丧失	☐ 有=3	☐ 无=0
10.	精神病史	☐ 有=3	☐ 无=0
11.	鳏夫/寡妇	☐ 有=3	☐ 无=0
12.	自杀未遂史	☐ 有=3	☐ 无=0
13.	社会-经济地位低下	☐ 有=3	☐ 无=0
14.	饮酒史或酒精滥用	☐ 有=3	☐ 无=0
15.	罹患晚期疾病	☐ 有=3	☐ 无=0
总分			
风险程度判断： ●≤5 分为低自杀风险； ●6~8 分为中自杀风险； ●9~11 分为高自杀风险； ●12 分为极高自杀风险			
评估日期：		评估者签名：	审核者签名：

表 3.9：攻击风险因素评估量表

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
评估内容		评估选项		级别	
存在右侧情形之一者，若为男性则有两项：	(1) 男性；	☐ 有	☐ 无	I 级	
	(2) 精神分裂症，伴有幻听或被害妄想；	☒ 有	☐ 无		
	(3) 躁狂；	☐ 有	☐ 无		
	(4) 酒药依赖的脱瘾期；	☐ 有	☐ 无		
	(5) 意识障碍伴行为紊乱；	☐ 有	☐ 无		
	(6) 痴呆伴行为紊乱；	☐ 有	☐ 无		
	(7) 既往人格不良者（有冲动、边缘型人格障碍）	☐ 有	☐ 无		
存在右侧情形之一者	(1) 被动的言语攻击行为，表现为激惹性增高，如无对象的抱怨、发牢骚、说怪话；	☐ 有	☐ 无	II 级	
	(2) 交谈时态度不好、抵触、有敌意或不信任；	☐ 有	☐ 无		
	(3) 或精神分裂症有命令性幻听者；	☐ 有	☐ 无		
存在右侧情形之一者	(1) 主动的言语攻击行为，如有对象的辱骂；	☐ 有	☐ 无	III 级	
	(2) 被动的躯体攻击行为如毁物；	☐ 有	☐ 无		
	(3) 在交往时出现社交粗暴（交谈时突然离去、躲避、推挡他人善意的躯体接触）；	☐ 有	☐ 无		
	(4) 既往曾有过主动的躯体攻击行为	☐ 有	☐ 无		
存在右侧情形之一者	(1) 有主动的躯体攻击行为，如踢、打、咬或使用物品打击他人；	☐ 有	☐ 无	IV 级	
	(2) 攻击行为在一天内至少出现两次以上或攻击行为造成了他人肉体上的伤害	☐ 有	☐ 无		
风险程度判断：风险级别越高，风险程度越高					
评估日期：	(3)	评估者签名：	审核者签名：		

3.评估时机

——首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。

——阶段评估：每半年评估一次。

——动态评估：老年人身体、心理发生变化者，应及时进行评估。

第四十七条 防范措施

1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。3.

人员管理

3.1 加强对外来人员的管理，外来人员进入养老机构，工作人员要主动询问事由。

3.2 评估为有风险老年人，应加强观察和管理，发现老年人有他伤和自伤的风险时应进行干预疏导并告知相关第三方。

4.物品管理

4.1 老年人入住养老机构时，做好危险物品管理，老年人及相关第三方不能自带利器类及其他危险物品进入。

4.2 加强巡查，护理人员应对老年人房间进行全面检查，排查是否存放危险物品。

5.环境管理

5.1 加强对老年人居住环境安全的评估，及时排除环境安全隐患。

5.2 定期检查窗户有无松动，限制打开的角度。

5.3 阳台应装有防护装置。

6.加强巡视，严密监控。

6.1 对新入住老年人进行环境适应关怀，加强对老年人心理支持。

6.2 定期巡视，严密监护，必要时应专人看护或置于工作人员的视线内，并及时记录，发现异常情况应及时上报。

6.3 避免激惹有暴力倾向的老年人。

6.4 必要时将有矛盾或纠纷的老年人分开居住，及时发现老年人之间的矛盾，做好心理疏导。7.对于有他伤或自伤风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

7.1 对情绪不稳定的老年人应进行干预、疏导安抚，检查有无危险物品，关好门窗。

7.2 在征询相关第三方同意后，合理使用安全保护用具。

7.3 认知症老年人生活区域严禁放置任何危险物品，对可能产生伤害的设备设施应设置保护装置。

7.4 严格执行交接班制度，密切观察有自伤或他伤老年人的情绪变化，发生异常情况向管理人员报告。

8.当发生老年人自伤或他伤时，按应急预案处理。

9.做好相关记录。

第四十八条 老年人发生自伤/他伤现场应急预案。

1.适用范围。适用于老年人在养老机构任意时间内发生自伤/他伤时使用。

2.处置程序

2.1 老年人发生自伤/他伤，马上制止其伤害行为并撤走自伤/他伤工具，派专人看护。

2.2 发现人立即报告当班医务人员、管理人员和相关第三方。

2.3 评估老年人意识状态、瞳孔大小及生命体征，判断老年人情况，将老年人置于安全环境，根据情况对症处理。

2.4 工作人员处置

2.4.1 老人抢救成功

2.4.1.1 严密观察老年人病情变化

2.4.1.2 查找老年人自伤/他伤原因、方式，准确掌握老年人的心理状态，安慰、鼓励老年人以解除老年人自伤/他伤

念头。

2.4.1.3 对老年人自伤/他伤经过、受伤部位、症状、体征及抢救处理等作详细的交班，并准确记录。

2.4.2 老年人抢救无效死亡，保护现场。

2.4.2.1 在监控范围内，如事件发生在监控范围内，按规定调取监控视频并拷贝保存，对现场拉线警戒或上锁保护现场。

2.4.2.2 管理人员及时上报当地公安机关，配合相关调查工作。

2.4.2.3 护理人员完成尸体料理后，通知抬殓工送太平间。

2.5 通知老年人相关第三方，做好沟通及善后处理工作。

2.6 社工个案跟进。

2.7 维持正常工作程序，注意安抚其他知情老年人情绪，配合调查工作。

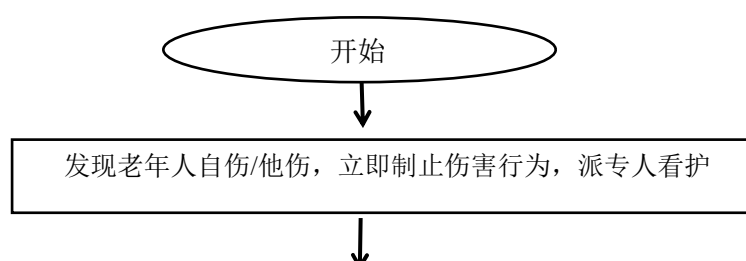
2.8 填写不良事件报告表，逐级上报。

3.总结反思。

管理人员负责组织对发生的自伤和他伤事件进行调查，组织讨论，分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题，找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响，及时做好有关善后工作。

第四十九条 老年人发生自伤/他伤现场处置程序流程。

老年人发生自伤/他伤现场处置程序流程图



第九节 防走失

第五十条 风险评估

- 1.评估对象。凡入住养老机构的老年人应进行走失风险评估。
- 2.评估工具：根据《走失风险评估表》（见表 3.10）进行评估。

表 3.10：走失风险评估表

中心/区： 床号： 姓名： 性别： 年龄： 住院号：

评估项目		分 值			
基本资料	年龄	☐ ≥60 岁=1	☐ ≤60 岁=0		
	性别	☐ 男性=1	☐ 女性=0		
	文化程度	☐ 受过高等教育=1	☐ 未受高等教育=0		
走失既往史	有无走失过现象	☐ 有=1	☐ 无=0		
意识状态	意识障碍	☐ 有=1	☐ 无=0		
心理状态	情绪低落、焦虑抑郁等	☐ 有=1	☐ 无=0		
疾病史	心脑血管 (脑出血、脑梗塞、脑萎缩等)	☐ 有=1	☐ 无=0		
	术后认知障碍	☐ 有=1	☐ 无=0		
	定向力障碍 (脑炎、肝性脑病、酒精性脑病)	☐ 有=1	☐ 无=0		
	记忆力或认知功能障碍 (智障、老年痴呆等)	☐ 有=1	☐ 无=0		
	有精神行为异常 (精神分裂、抑郁等)	☐ 有=1	☐ 无=0		
药物影响认知	抗抑郁药	☐ 有=1	☐ 无=0		
	抗癫痫药	☐ 有=1	☐ 无=0		
	心脏病药	☐ 有=1	☐ 无=0		
得 分					
评估日期：		评估者签名：		审核者签名：	
说明：评估达到 4 分以上为有走失风险。					

3.评估时机

- 首次评估：应在入住 24 小时内完成评估，且覆盖率达 100%。
- 阶段评估：每半年评估一次。
- 动态评估：老年人身体、心理发生变化者，应及时进行评估。

第五十一条 防护措施

1.标识管理：评定为有风险者，床头予以风险标识。

2.风险上报。应建立风险台帐，有风险者应汇总上报。

3.门岗管理

3.1 门岗处设施、设备完善、确保安全。

3.2 应 24 小时有人值守，岗位不空人、不离人，严格执行人员出入管理登记。

4.设施设备管理

4.1 认知症专区可实施门禁管理。

4.2 定期检查门禁功能，发现异常及时报修，门禁故障时需采取替代方案，如安排人员值守门等管控措施。

4.3 落实门禁出入管理，随开随关。

4.4 养老机构宜配置一定数量的定位设备。

4.5 根据老年人的具体情况，可在老年人房间门口做特殊、容易记忆的标识，利于辨认。

5.新入住老年人做好老年人的院舍适应计划，帮助老年人熟悉周围的环境，强化记忆。

6.确保居住环境舒适、温馨、安全，组织老年人参加感兴趣的活动，使老年人安心休养。

7.根据老年人身体情况、实际需求等，组织适当的康乐活动、治疗作业、认知康复和自理能力等训练，促进功能的康复。

8.认知障碍、有定向障碍的老年人禁止单独外出，外出需有人全程陪同。

9.定期关注老年人动态，每班清点检查老年人人数，及时掌握老年人动向，明确去向，做好交接班核查。

10.评估为有风险的老年人，日间应适当增加巡视次数，掌握老

年人的喜好与习性，对于外出老年人如未按时返回，应及时查找。

12.请假管理，老年人外出应办理相关请假手续。

13.健康教育

13.1 向老年人说明健康教育的目的，强化老年人所在园区的记忆。

13.2 告知老年人或相关第三方外出可能引发风险，加强与相关第三方的沟通，取得其理解与配合。

14. 当发生老年人走失情况时，按应急预案执行。

15. 做好相关记录。

第五十二条 老年人发生走失现场应急预案。

1.适用范围。老年人在任意时段发生走失时使用。

2.处置程序

2.1 老年人外出未按时回院，查看老年人外出登记表，立即联系老年人或相关第三方。

2.2 未联系到老年人或相关第三方时，立即报告管理人员，按相关规定调取监控视频，查看监控录像，确认老年人是否已经回院。

2.3 如老年人已经回院，组织人员在院内寻找，找到老年人后完善相关记录。

2.4 如老年人未回院，电话告知相关第三方，以取得配合寻找。

2.5 管理人员报告机构主要负责人，协同其他部门启动应急小分队寻找老年人，打印寻找老年人的相关资料，拨打 110 报警，通过警方协助寻找。

2.6 如 24 小时内未找到老年人，管理人员告知相关第三方，跟相关第三方说明目前情况，争取配合继续寻找老年人，并跟进、记录。

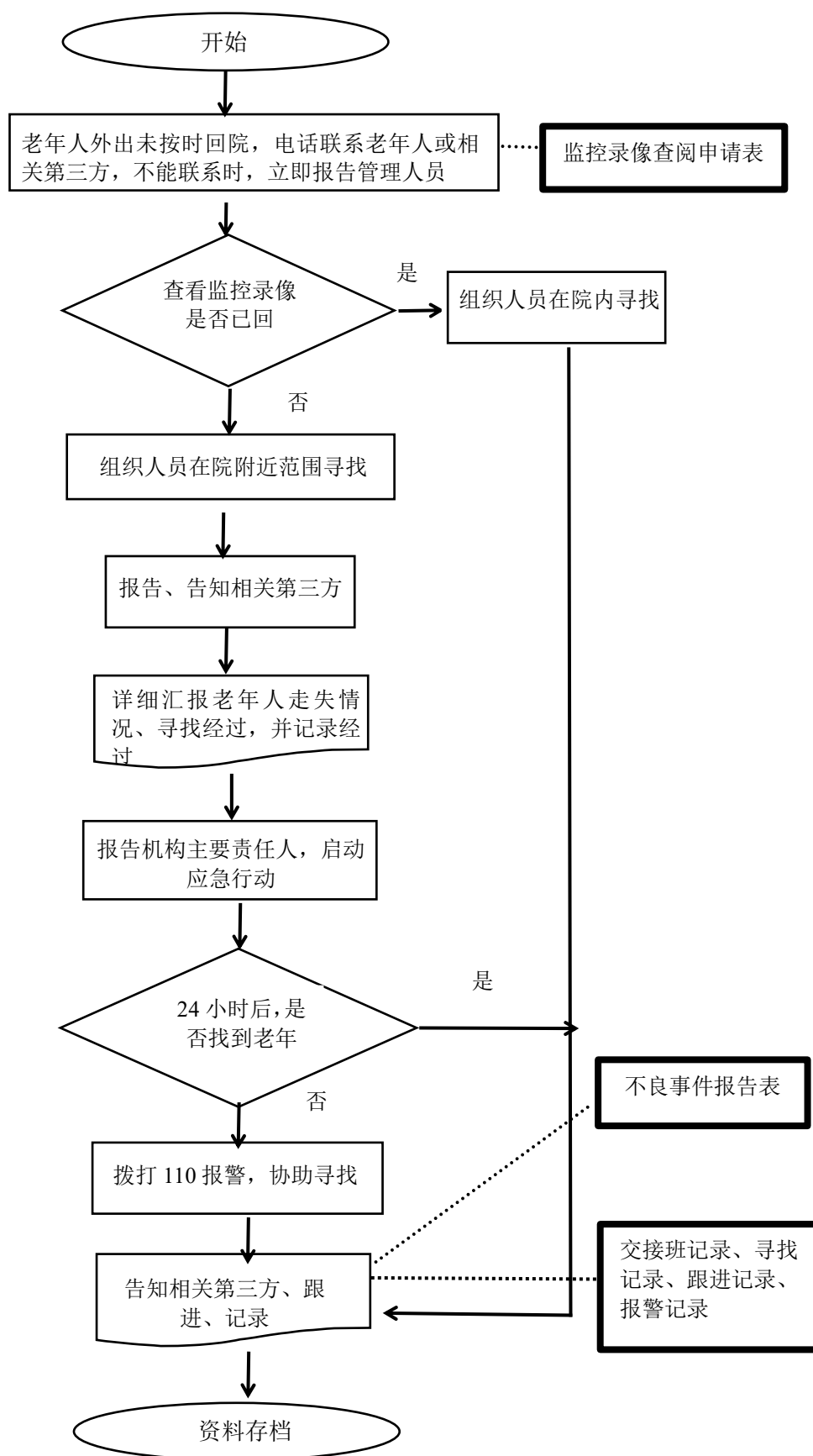
3.总结反思

3.1.管理人员在发生老年人走失 24 小时内 ,填写不良事件上报。

3.2.管理人员负责组织对发生的走失事件进行调查，组织讨论，分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题，找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响，及时做好有关善后工作。

第五十三条 老年人发生走失现场处置程序流程图。

老年人发生走失现场处置程序流程图



第十节 防文娱活动意外

第五十四条 风险评估

1.评估时机。

——传统节日和集体生日会等 20 人以上的集体活动时。

——院外活动。

2.危险因素。活动现场有下列老年人，提示存在文娱活动意外的风险：

——同时出现曾经发生过矛盾冲突的老年人；

——近期有悲伤、兴奋、焦虑、抑郁、愤怒等情绪或精神状态不稳定情况的老年人；

——近期存在血压、血糖、心率、脉搏、血氧、体温等日常监测指标超出正常范围的老年人；

——评估有其他服务安全风险的老年人。

第五十五条 防护措施

1.环境设施预防

1.1 活动场地应符合无障碍设计，活动现场应宽敞、舒适、安静、光线明亮，保持通风、清洁卫生。

1.2 活动场地/场所应防滑，易滑到处铺贴防滑设施，墙体转角部位应为圆角或切角。

1.3 活动场地的墙壁、家具暴露边角应进行防护处理，确保无锐角；选用不易碰碎物品，且摆放固定、整齐、合理。

1.4 活动场所的安全出口、通道应保持畅通且标志明显；遇突发事件时立即组织老年人从安全通道疏散到安全地带，并立即上报。

1.5 老年人体育活动场所及健身器材应张贴安全注意事项或警示标志、使用说明。

2.加强安全管理

2.1 照护人员应参加急救类培训或相关课程，确保具备急救技能和实施能力。

2.2 组织老年人院内文娱活动时，应根据活动的性质、规模以及参与对象，编写活动实施方案，明确照护人员的活动职责。活动人数达 50 人以上的，应配备至少一名医护人员。

2.3 告知老年人及照护人员参加文娱活动时，可能发生的风险因素、不良后果、预防措施及应急处置方法。

2.4 如若组织外出游览或参观等院外活动，应编写详细的活动实施方案，明确各项工作的具体负责人，并按以下要求做好安全措施：

2.4.1 应提前查询天气预报，评估风险隐患，按需购买相关保险。

2.4.2 应提前对拟参加活动的老年人进行身体和精神健康状况评估，判断是否适宜参加。

2.4.3 如需乘车前往，出发前应分发胸牌或团队标志物资，清点人数，组织和协助老年人有序上车，系好安全带；车辆行驶过程中提醒老年人坐稳扶好；车辆停稳后组织老年人依次下车，并及时清点人数。

2.4.4 应配备至少一名医护人员全程陪同，并随身携带急救箱和必要的急救药品。

2.5 活动过程中，照护人员应密切关注老年人身体和精神状态，如老年人身体和精神出现不适，应立即停止活动并根据老年人的情况采取相应的处理措施。

2.6 活动结束后，照护人员应组织和协助老年人有序离开活动场所，对在活动过程中出现异常的老年人做好后续的跟进工作。

3.当发生老年人文娱活动意外时，按相应的应急预案执行。

4.做好相关记录。

第五十六条 老年人发生文娱活动意外应急预案。

1.适用范围。老年人发生文娱活动意外时。

2.处置程序

2.1 活动现场工作人员发现老年人有突发事件时,马上通知医务人员赶到现场处理。在医务人员到达现场前,根据情况做简单的处理并安抚老年人。其余工作人员配合疏散并安抚其他老年人。

2.2 医护人员赶到现场,了解老年人情况,对老年人情况做出初步判断。若病情不严重可先原地休息,若情况严重,暂原位不动;立即转上级医疗机构进一步救治。

2.3 告知相关第三方,说明老年人的情况,安抚相关第三方情绪。

2.4 值班人员做好相关记录,根据情况填写填写不良事件上报。

2.5 组织相关人员讨论、分析意外发生原因,提出注意事项和整改措施。

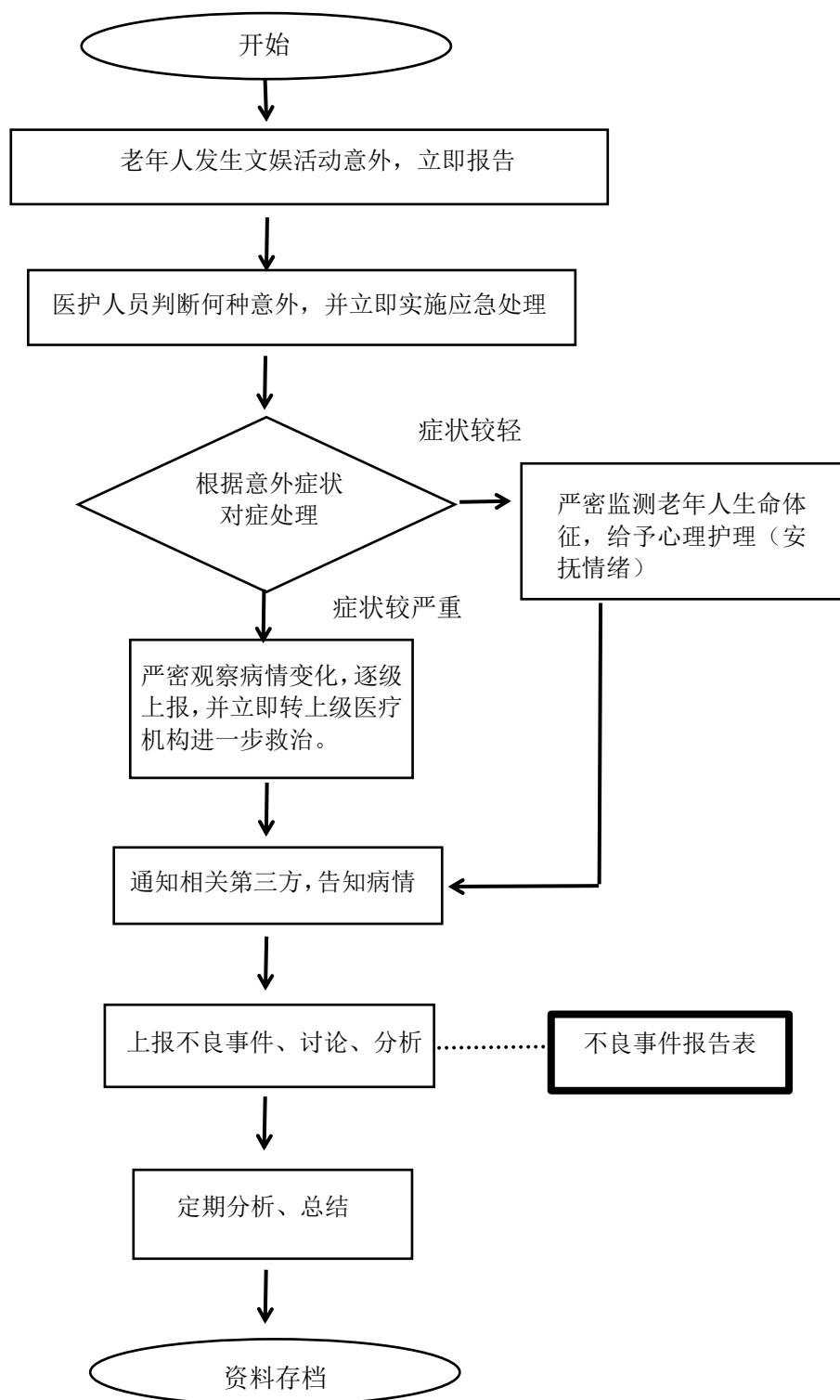
3.总结反思

3.1.管理人员在发生文娱活动意外 24 小时内,填写不良事件上报。

3.2.管理人员负责组织对发生的走失事件进行调查,组织讨论,分析管理制度、工作流程及层级管理等方面存在的问题,找出工作流程或质量管理中存在的问题。若造成不良影响,及时做好有关善后工作。

第五十七条 老年人发生文娱活动意外处置程序流程图。

老年人发生文娱活动意外处置程序流程图



第四章 突发应急事件预案

第五十八条 适用范围。本预案适用于养老机构可能发生的服务安全突发应急事件。

第五十九条 工作要求。应制定噎食、食品药品误食、压疮、烫伤、坠床、跌倒、他伤和自伤、走失、文娱活动意外的应急预案，每年至少演练一次。

第六十条 成立小组。成立突发应急领导小组与突发应急事件工作小组，负责处理突发应急事件。

组 长：**

副组长：**

成 员：**

第六十一条 职责

1. 应急领导小组职责

1.1 评估突发应急事件的程度，决定是否存在或可能存在重大紧急事故，并决定启动相应级别的应急预案。

1.2 了解应急事件现场情况，迅速组织相关人员观察现场，判断事件严重程度，采取有效的措施，根据需要调整人力与物资保障。

1.3 负责向上级主管部门汇报工作，做好突发应急事件的通报。

1.4 在主管部门的指导下，组织人员做好突发应急事件的风险管理及预防控制工作。

2. 应急工作小组职责

2.1 联络组

2.1.1 传达领导指示，通知各有关人员及联系相关第三方。

2.1.2 随时将现场情况上报。

2.1.3 必要时协助有关部门撤离老年人。

2.1.4 收集所有资料，包括现场证据、事件经过、处置过程、照片等。

2.2 救护组

2.2.1 接到突发性事件报告，应在最短时间内携带急救用物到达现场、完成抢救和善后处置工作。

2.2.2 安抚老年人，护理惊悸老年人，给伤员救护。

2.2.3 如有需要联系救护车。

2.3 保障组

2.3.1 保护好现场做好现场秩序的维持，必要时拉警戒线。

2.3.2 做好物资、车辆等保障工作。

第六十二条 事件分级

依据突发事件可能造成的危害程度、紧急程度、发展态势和应急人员组成，由低到高分为Ⅲ级（一般）、Ⅱ级（较大）、Ⅰ级（重大）三个级别：

——Ⅲ级（一般）：指可能导致突发事件发生，但险情尚未出现、行为尚未实施或结果尚未产生，可能造成损失或不良影响的，可由部门负责人组织处置，养老机构应急领导小组参与指导和督办的，上报机构内主管部门；

——Ⅱ级（较大）：指突发事件的发生，可能会对老年人、职工生命及养老机构财产造成较大损失，对社会造成一定影响的，在可控范围内，能通过养老机构内部协力解决，并完成应急操作程序后能够恢复正常，上报机构负责人；

——Ⅰ级（重大）：指突发事件发生，对老年人、职工生命安全构成威胁，对养老机构财物可能造成严重损失和危害，对社会造成重大影响，超出养老机构可控能力范围内的，须由上级部门开展应急指挥工作，机构参与并执行相关工作的，上报行政主管部门，并

逐级上报。

第六十三条 上报程序

养老机构应建立健全突发事件报告制度。应按照突发事件报告的相关规定逐级报告。事件发生后,现场有关人员应立即报告安全管理人员或安全责任人,安全责任人接到报告后,应按照相关规定立即向上级主管部门及当地政府报告。特别重大或者重大突发事件发生后最迟不得超过 4 小时。应急处置过程中,要及时续报有关情况。

第六十四条 对重大突发事件不应瞒报、迟报、谎报或者授意他人瞒报、谎报,不应阻止他人报告。

第六十五条 处置程序。见各服务风险的处置程序及处置程序流程图。

第五章 相关表格及记录单

以下表格及记录单仅供参考。

表一：服务安全风险知情告知书

中心/区：	姓名：	性别：	年龄：	床号：	住院号：
尊敬的老年人/相关第三方/监护人： 您好！感谢您对本机构的信任和支持。 经我院评估您或您相关第三方的身体状况，您或您亲属在我院养老期间，存在下列服务安全风险。为保证对您或您相关第三方的服务质量，特向您告知！我院将针对老年人的情况做好相关防范措施，请您理解、配合、并支持相关工作措施的落实。					
1. ●噎食：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
2. ●食品药品误食：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
3. ●压疮：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
4. ●烫伤：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
5. ●坠床：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
6. ●跌倒：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
7. ●他伤或自伤：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
8. ●走失：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
9. ●文娱活动意外：	风险程度：●低危 ●中危 ●高危				
10. 其它服务风险：	_____				
老年人/相关第三方签字书					
首次告知签名 通过对老年人的整体评估，老年人有可能发生， 其风险及防范措施已向老年人或相关第三方进行了如实告知。 护理人员：_____ 老年人/相关第三方签字人：_____ 年 月 日					
第二次告知签名 通过对老年人的整体评估，随着病情的发展变化，老年人有可能发生， 其风险及防范措施已向老年人或相关第三方进行了如实告知。 护理人员：_____ 老年人/相关第三方签字人：_____ 年 月 日					
其他：_____ _____ _____					
护理人员：_____ 老年人/相关第三方签字人：_____ 年 月 日					

第 页

表二：服务安全风险汇总表

中心/区:

年 月 日

[illegible]

表三：护理不良事件报告表

姓名：	住院号：	性别：	区域：	房间：	床位：	年龄：
事发时间		发生地点		部门		
不良事件发生前诊断						
不良事件级别						
发生不良事件 24 小时内用药						
不良事件发生前所采取的预防措施						
不良事件发生的原因						
老年人生理因素						
损伤认可						
不良事件类型	治疗相关事件					
	意外事件					
	医患沟通事件					
	饮食、皮肤护理不良事件					
	管道护理事件					
	职业暴露					
	院内感染事件					
	公共设施事件					
	医疗设备器械事件					
	不良辅助诊查、老年人转运事件					
	供应室不良事件					
	其他					
不良事件描述						
上报图片						
相关因素评分	Morse 跌倒： 分 ADL： 分 其他： 分					
通知医生时间		通知相关第三方时间				

处理情况			
处理描述			
处理人		处理时间	
部门处理			
老年人情况			
部门讨论			
部门报告			
部门管理人		部门处理时间	
护理管理部门意见			
护理管理部门意见			
护理管理部门处理人		处理时间	
值班人： 审核人：		录入人： 审核时间：	录入时间：
效果评价			
效果跟进人：		记录时间：	

表五：护理交班表

中心/区：

日期： 年 月 日

原有 人数		死亡 人数		转出 人数		退院 人数		新收 人数		转入 人数		请假 人数		现有 人数	
值班时间		床号	姓名	老年人情况及处理										值班人员	

表六：自备药品接收登记表

诊断:

[illegible]

第 页

表七：老年人食品/药品检查记录表

中心/区： _____

日期	检查情况	整改措施	整改结果	检查者	质控 签名

表八：自备药品使用知情同意书

中心/区：_____ 床号：_____ 性 别：_____
姓 名：_____ 年龄：____岁 住院号：_____

尊敬的老年人/相关第三方：

药品质量关系到老年人的生命安全，药品生产、流通、储存等环节因素均会影响药品质量。一般情况下老年人使用药品均由我院药房统一供应。因您的病情特殊而我院无法提供该类药品时方允许自备药品，为了您或您老年人用药安全，我院医生会向您详细告知：

一、您或您的老年人需使用自备药品，应征得主管医生、中心/区负责人同意，并要签署《自备药品使用知情同意书》。

二、凡是药品均可能有副作用：对特殊体质的老年人更为明显，其可引起各种不良后果：

1. 输液反应：如寒战、发热、抽搐、呼吸困难等；

2. 过敏反应：如皮疹、瘙痒等，严重者可出现过敏性休克；

3. 消化道症状：如恶心、呕吐、腹泻、便血等；

4. 神经精神症状：如头晕、头痛、听力下降等；

5. 心、肺、肝、肾等重要脏器损害；

6. 其它一些毒副作用，严重者可导致老年人死亡。若因使用自备药品而出现上述不良反应及后果，责任由您和您的老年人承担。

三、为了确保老年人治疗连续性，建议您和您相关第三方将自备药品交由中心/区管理，否则因此造成的损失，将全部由您和您的老年人承担。请选择以下处理方法：

☐ 全部药物交给部门护士统一管理、配发，须配合部门做好药品登记、使用等交接手续。

☐ 全部药物由老年人自行保管、自服，所有风险自负。

☐ 部分药物由老年人自行保管、自服，所有风险自负。

四、以下情况我院有权拒绝提供自备药品管理服务，敬请谅解：

1. 拒签署本知情同意书的；

2. 不能说明自备药品合法来源的；

3. 不能提供药品的合格证书的；

4. 所带药品标签不清或无药品说明书的；

5. 需特殊保管的药品如：冷藏，避光等，不能提供符合规范存放条件的；

6. 过期或一个月内到有效期的（特殊要求药品除外）；

7. 国产药品无国药准字号的；

8. 进口药品未标明进口药品注册证号的；

9. 放射性药品、青霉素类抗生素、保健药品；

10. 药品来源不明的或有药品其他可疑情况的；

11. 其他特殊情况。

五、药品闲置及过期处理

自备药品超过有效期或超过六个月都未服用的药物，由工作人员告知相关第三方取回自行处理，因无法联系相关第三方或相关第三方接到通知后超一个月未取回的，相关第三方和老年人同意全部交由园区工作人员核对登记后统一处理。

老年人/相关第三方意见：**医生已详细告知上述内容，我已经全部知情理解，愿意承担因使用自备药品所带来以及可能发生的各种风险，并承担相应后果和责任。**

老年人/相关第三方 签名：

医师签名：

与 老 年 人 关 系：

日 期： 年 月 日

日 期： 年 月 日

表九：自备/口服药发药记录表

中心/区：

姓名：

性别：

年龄：

床号：

住院号

年

月

开始 时间	早			中			晚			睡 前		
	药 名	剂 量	停止 时间	药 名	剂 量	停止 时间	药 名	剂 量	停止 时间	药 名	剂 量	停止 时间
处方药：												
自备药：												
转抄者：				核对者：								

第 页

日期	早	午	晚	睡前	日期	早	午	晚	睡前
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

表十：保护性约束知情同意书

中心/区：_____ 床号：_____ 性 别：_____
姓 名：_____ 年龄：_____岁 住院号：_____

尊敬的老年人/相关第三方：

您好！欢迎入住我院。由于老年人（住院号：）年事已高或因疾病、精神、神经等因素，在院养老及医疗入住期间，存在以下安全风险（在选项□内打“√”）：

1. ☐ 跌倒或坠床：属跌倒危险人群，有随时发生跌倒或坠床的可能；
2. ☐ 在治疗过程中除去医疗器材、引流导尿管、鼻胃管、尿片或衣服（身体私处外露）；
3. ☐ 伤害自己或他人的危险因素。

为了老年人的安全，我们将严格遵守护理操作规程，做好安全防护措施。如出现下述情况，本院可对老年人进行身体保护性约束（约束带、约束手套、约束背心、约束衣、床档等）或其他限制行为：1. 当老年人发生伤害或伤害他人的紧急情况时；2. 经医师/护士评估，老年人具备使用安全约束带的适应证，医师开具医嘱后。当满足以下条件之一时，可解除对老年人保护性约束：1. 当老年人发生自我伤害或伤害他人的紧急情况解除时；2. 经医师/护士评估，安全危险因素解除，医师开具医嘱后。希望得到您的谅解并配合我们做好老年人的安全保护工作。

老年人以上情况我已清楚理解无异，同意并配合院方做好老年人安全保护工作，同意院方需要时为老年人使用保护性约束。

相关第三方确认签字：_____ 工作人员签名：_____

与老年人关系：_____

日 期： 年 月 日

日 期： 年 月 日

表十一：老年人危险物品登记表

中心/区： _____ 网格/楼层： _____

序号	床号	姓名	危险物品种类及数量				保管方式	老年人/相关第三方签名	备注
			利器类	电器类	热源产品	其它			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

备注：1. 老年人危险物品包括利器类（菜刀、餐刀、水果刀、剪刀、螺丝刀、美工刀）等、电器类（电饭锅、电磁炉、冰箱、电吹风等）、热源产品（热水袋、取暖器）等。2. 保管方式填写①自行保管，②工作人员保管，③其它：按实际填写。

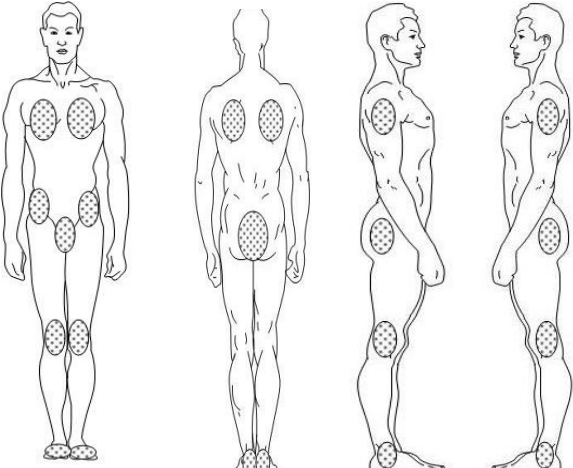
表十二：翻身记录表

中心/区: 床号: 姓名: 性别: 年龄: 住院号:

日期	时间	体位状态				皮肤情况		受压部位	辅助保护	签 名
		左	右	平	坐	正常	异常			

备注：1. 皮肤异常情况需注明
2. 辅助保护：①气垫床/波浪床；②水垫；③翻身枕；④足跟垫（足托）；⑤三角垫、⑥楔形垫

表十三：压疮上报表

中心/区		床号		姓名		性别		年龄		住院号	
诊断：						压疮来源：院内新发压疮 ☐ （难免 ☐ 非难免 ☐ ） 带入：院内带入 ☐ （科室：) 院外带入 ☐					
压 疮 评 估						压疮发生/发现时间：____年__月__日					
						分级说明					
						I：皮肤完整，出现以指压不会变白的红印； II：皮肤破溃，限于表皮及真皮受损； III：皮肤溃烂，并延伸至皮下脂肪组织，但尚未穿透筋膜及肌肉层； IV：皮肤广泛性受损，延伸至筋膜、肌肉，骨骼和关节结构； V：不可分期。					
其他部位：_____							老年人状态：				
面积：1、_____； 分级：1、_____							强迫体位 ☐ ；长期卧床 ☐ ；过度肥胖 ☐ ；				
2、_____； 2、_____							极度消瘦 ☐ ；全身水肿 ☐ ；恶液质 ☐ ；				
3、_____； 3、_____							低蛋白血症 ☐ ；重度贫血 ☐ ；				
4、_____； 4、_____							其他 ☐ ：_____				
措 施	1、床头挂压疮警示标识 ☐					2、保持床单、衣物及皮肤清洁、干燥 ☐					
	3、给予减压用具：气垫床 ☐ 其他：_____					4、加强翻身：Q1h ☐ Q2h ☐ 5、理疗 ☐					
6、换药：_____							7、手术治疗 ☐ 8、皮肤检查 ☐				
9、其他：_____											
相关第三方确认签字：											
填报日期：				责任护士签名：				主任/护士长签名：			
部门审核意见：						护理管理部门审核意见：					
签名：_____ 时间：_____						签名：_____ 时间：_____					

注：1、压疮部位在图上用红色 ○ 标记，不能标记的文字描述。

2、2个以上的压疮标记序号。

3、面积：长（身体纵轴）×宽（身体横轴）cm；IV度及IV度以上压疮应注明深度（cm）。

4、强迫体位指骨盆骨折、高位截瘫、生命体征不稳定，心力衰竭等病情需要严格限制翻身者。

表十四：应急预案演练记录

应急预案演练记录		
应急预案		
演练时间		
参加人员		
模拟案例：		
演练过程问题记录：		
演练主持人：	评价结果：	☒ 优 ☐ 良 ☐ 中 ☐ 差
持 续 改 进		

P: 原因分析及改进计划
D: 实施安排:
C: 实施情况:
A: 继续改进情况

表十五：安全告知书

凡进入**院内的老年人相关第三方、业务客户、志愿者、维保人员、送货人员施工人员及外来学习人员，应严格遵守**院的一切安全管理规定，接受工作人员的监督，并严格执行规定如下：

1. 进入**院前须出示预约号或工作单位证件，配合门岗做好防疫登记措施，出示粤康码、佩戴“临时出入卡”，在指定时间、指定地点、完成指定工作或探访，不得在院内随意走动，避免产生不必要的风险。

2. 开工前必须保证安全措施到位，不安排未经安全教育人员进行作业。如需使用**院电气等设备、设施，必须经对接人同意，遵守**院用电相关制度，并对其安全防护措施负责和承担安全责任。

3. 园区内不得随意吸烟，如有需求请听从工作人员指示吸烟处，不得乱扔烟头。

4. 严禁带火柴或打火机等火种进入，不得随意点火，禁止在易燃易爆物品处用火，禁止携带易燃易爆物品进入园区。

5. 外来施工人员携带的作业工具入院均需进行检查，未经允许不能携带尖锐物品进入园区。若因活动服务所需，带入***院的一切用品工具(包括剪刀、墙纸刀、铲子、卷尺，电工用具等)请妥善保管并承担安全使用责任。

6. 禁止拍摄老年人及现场照片。

7. 不得在园区内任意游玩、打架斗殴、酗酒(严禁酒后上班)或影响养老机构正常工作与生活。

我已认真阅读上述安全规定，自愿遵守**院安全管理规定，如有违反，责任自负。

承诺人：

日期：