

附件：

## 自治区安宁疗护服务考核评价方案（试行）

为推动国家安宁疗护试点工作顺利开展，加快安宁疗护多学科团队建设，提升安宁疗护服务能力，推进自治区安宁疗护事业发展，特制定本方案。

### 一、考核评价目的

推进我区安宁疗护工作，提高安宁疗护服务水平，做好安宁疗护试点考核评价，明确三级试点单位安宁疗护工作标准、工作方向及工作重点，规范医疗、护理及居家服务等工作。

### 二、考核评价对象

安宁疗护各试点单位。

### 三、考核评价内容

共有一级指标 7 项，二级指标 17 项，其中 11 项为必须达标项（占比 65%），具体如下：

#### （一）机构组织管理

是否有明确的主管部门及工作领导小组。

#### （二）硬件设施

试点单位基础环境设施、床位、设备、科室设置 4 个方面是

是否符合《安宁疗护中心基本标准（试行）》的要求。

### （三）人力资源管理

试点单位人员配备是否达到《安宁疗护中心基本标准（试行）》的要求，是否定期组织人员培训。

### （四）医疗质量管理与制度建设

主要依据国家卫生法律法规及相关专业诊疗规范，考评机构管理是否违法违规，医疗质量管理是否规范、有效、全面，主要包括：制度建设、风险防范、医患沟通、医疗用品管理、医院感染管理、患者满意度等方面。

### （五）临床服务

依据国家相关法律法规及专业诊疗规范，按要求针对症状控制、社会支持、护理管理、心理照护、中医治疗五个方面进行考评。

### （六）连续性服务

是否按要求开展居家安宁疗护服务，是否构建与社区之间的联动机制。

### （七）其他

主要考核试点单位关于安宁疗护工作相关的财务管理和宣教工作的情况。

其中机构组织管理考评占比 3%，病房硬件设施和人力资源管理考评占比 26%，医疗质量管理与制度建设和临床服务考评占

比 54%，连续性服务考评占比 8%，其他占比 9%。

#### 四、考核评价方法及流程

依据《新疆维吾尔自治区安宁疗护服务考核评价表》各试点单位实施自评并对产生的问题进行限期整改，整改完成后，组织我区安宁疗护考核专家组，通过现场查看文字资料、实地察看硬件设施和现场访谈等方式对全区一、二、三级安宁疗护试点单位进行现场打分，评定出不合格、合格、优秀三个等级。对突出问题要求进行限期整改，定期回头看整改成效，依据试点单位自评情况及现场考评结果，结合整改情况，最终形成专家组考评意见。

#### 五、考核评价结果

考评结果按医院等级评定，另注明：考评表中未标★的项目为现阶段必须达标项，标★的项目为远期达标项（试点医院通过努力后达到的标准）。

医院等级	不合格	合格	优秀
一级	60 分以下	60-70 分	70 分以上
二级	70 分以下	70-80 分	80 分以上
三级	80 分以下	80-90 分	90 分以上

#### 六、考核评价结果运用

全区通报考核评价结果，并依据专家最终考评意见将考评结果与试点资格及补助经费挂钩。

- 附件：1. 新疆维吾尔自治区安宁疗护服务考核评价表（试行）
2. 安宁疗护服务对象收治标准
  3. 功能状态评分表（KPS）
  4. 生存期评估表
  5. 自杀评估表
  6. 焦虑自评量表（SAS）
  7. 抑郁自评量表（SDS）
  8. 疼痛综合评定表
  9. 营养风险筛查评分表（NRS2002）
  10. 患者死亡准备备忘录（住院、居家共用）
  11. 患者家属哀伤追踪记录表（住院、居家共用）
  12. 安宁疗护机构患者及其家属社会支持服务记录
  13. 社会支持服务转介记录单
  14. 安宁疗护机构住院患者家系图（住院、居家共用）
  15. 安宁疗护机构志愿者信息注册登记表
  16. 安宁疗护机构志愿者服务记录表



## 附件 1

### 新疆维吾尔自治区安宁疗护服务考核评价表（试行）

评价项目	评价内容	评价要求	评 价 要 点	评价方法	评分标准	得分
一、机构组织管理（3 分）	1. 组织管理（3 分）	明确组织管理架构	有明确的主管部门，有安宁疗护工作领导小组，分级管理架构明确，职责分工明确，有相应文件。	现场查看相关文件	不达标扣 3 分	
二、硬件设施（16 分）	1. 科室设置（4 分）★	参照 2017 年国家卫计委发布的《安宁疗护中心基本标准（试行）》，满足病人需求，充分体现人性化服务。	1. 安宁疗护住院病区应当划分病房、护士站、治疗室、处置室、谈心室（评估室）、关怀室（告别室）、医务人员办公室、配膳室、沐浴室和日常活动场所等功能区域。 2. 医技和相关职能科室：至少设药剂科、医疗质量管理、护理管理、医院感染管理、病案管理部门。医学影像、临床检验及消毒供应服务等，可以由签订协议的其他具备合法资质机构提供。	实地查看	少一项减 0.5 分	
	2. 基础环境设施（4 分）		有无障碍设计；病房有储物柜，内设无障碍卫生间；有室内、室外活动区域；活动区域和走廊两侧有扶手，房门方便轮椅、平车进出。		符合标准得 4 分，一项不符合扣 1 分	
	3. 床位（4 分）		医疗机构根据实际需求及收治能力设置床位数，每床净使用面积不少于 5 平方米，床间距不小于 1 米。		不达标扣 4 分	
	4. 设备（4 分）		检验和消毒供应设备、急救设备、理疗专业设备、信息化设备、病床单元基本设备、其他设备参照《安宁疗护中心基本标准（试行）》。		符合标准得 4 分，有一项不符合扣 1 分	

三、人力资源管理 (10分)	1. 人员配备 (5分)	1.1 参照 2017 年国家卫计委发布的《安宁疗护中心基本标准（试行）》，严格控制人员资质及医护比例	1. 医疗机构至少有1名具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。每床至少配备0.1名执业(助理)医师。根据收治对象的疾病情况,也可通过院外会诊的形式要求相应专科专家进行会诊或聘请相关专科的兼职医师进行定期巡诊,处理各专科医疗问题。 2. 安宁疗护病区至少配备1名具有主管护师以上专业技术职务任职资格的护士。每床至少配备0.4名护士。 3. 安宁疗护病区按与护士1:1的比例配备护理员。 4. 可以根据实际需要配备适宜的药师、技师、临床营养师、心理咨询(治疗)师、康复治疗师、中医师、行政管理、后勤、医务社会工作者及志愿服务等人员。	实地查看	第1、2项中有一项不达标扣5分,都达标得2分。第3项不达标扣1分,第4项中配备少于四个专业扣1分,配备四个及以上得1分	
	2. 人员培训 (5分)	2.1 制定全员培训计划和主治医师以上人员的培训规划,做到知识不断更新	1. 制定工作人员岗前培训和在岗培训计划(有关安宁疗护患者医疗、护理、心理、社会支持等),相关管理制度和工作规范。 2. 每年针对安宁疗护相关的培训不少于1次,院外及院内培训均可。 3. 安宁疗护病区人员培训覆盖率不低于90%。	查阅培训资料,例:签到表、现场照片、培训内容资料、考核资料等。	第1项达标得1分,第2、3项达标各得2分	
四、医疗质量管理与制度建设 (25分)	1. 机构管理 (3分)	严格执行《执业医师法》、《护士管理办法》等法律、法规,做到依法执业	严格贯彻执行医疗卫生管理法律、法规、规章和办法。认真执行《执业医师法》、《护士条例》、《医疗机构管理条例》、《病历书写基本规范》、《医院感染管理办法》、《医疗废物管理条例》等有关法律、法规。	查看组织机构许可证、制度汇编,随机查看注册医护人员执业资格。	有任何违法违规行为扣3分	
	2. 医疗质量管理 (22分)	2.1 建立医疗质量管理体系,制度健全,开展医疗质量管理活动 (4分)	1. 有明确的质量管理体系、领导小组、相关技术规范和标准及各项规章制度。 2. 医疗质量安全管理人员应当由具有中级以上职称的卫生专业技术人员担任,具备相关专业知识和工作经验。 3. 定期组织医疗质量管理会议。 4. 科室负责人定期组织质量评价,进行质量管理活动。	查看相关文件及会议记录。	一项不达标扣1分	

		2.2 严格执行医疗核心制度，医疗文书管理制度，医疗文书书写及管理应当符合国家有关规定。（3分）	制定并严格执行医疗核心制度；规范病历书写与管理。	随机查阅病历，查看科室病历存放管理情况。	有制度有落实得3分，有制度无落实每项扣0.5分，无制度每项扣1分	
		2.3 制定各类突发事件应急预案和处理流程，并定期进行应急处理能力培训和演练，提高防范风险能力。（3分）	1. 建立安全管理组织。 2. 制定安全管理制度及应急预案。 3. 开展不同形式的安全教育培训。	现场查看文件、资料、记录等。	缺一项扣1分	
		2.4 建立良好的医患沟通机制、妥善处理医患矛盾。（3分）	1. 有投诉及医疗纠纷处理制度和流程。 2. 有负责医患沟通的部门及人员并公示投诉电话。 3. 投诉有记录，有反馈措施，医疗纠纷处理有预案，有卷宗。按规定及时上报医疗事故和重大医疗过失行为，报告率100%。	查看制度文件、医疗投诉、纠纷和医疗事故登记本等。	一项不达标扣1分	
		2.5 依法依规管理和使用药品、医疗设备、医疗耗材、消毒药械等医疗用品。（3分）	严格按照规定购买、保管、使用、销毁医用毒性药品及麻醉药品、精神药品；严格规范中草药、西药、消毒药品、营养制剂等药品的使用管理；严禁使用未经国家有关部门批准的药品、医疗器械、消毒剂、消毒器械、一次性使用医疗用品或者使用假劣药品、过期、失效药品或者违禁药品；科室有配备必要急救药品。	现场查看制度文件、资料、记录、药品等。	不达标扣3分	
		2.6 认真落实医院感染管理工作。（3分）	1. 建立医院感染预防与控制工作相关规章制度和工作规范，有制度、有记录。 2. 布局合理、分区明确、洁污分开、标识清楚等基本要求。	查阅资料、实地查看、现场提问等。	一项不符合扣1分，全不达标扣3分	



			3. 严格执行医疗器械、器具的消毒技术规范。 4. 定期开展手卫生知识与技能的培训，有记录。 5. 有医疗废物管理措施，实行分类收集，医疗废物产生地分类标识和暂存地警示标识醒目明确。			
		2.7 努力提高患者满意度。（3 分）	定期开展满意度调查工作，并及时分析、反馈，有反馈意见及改进落实情况记录，满意率不低于 90%。	查看满意度调查问卷及改进落实情况记录	不达标扣 3 分	
五、临床服务（29 分）	1 症状控制（8 分）★	以《2017 安宁疗护实践指南》为指导，以临终患者和家属为中心，以多学科协作模式对患者的躯体症状进行控制治疗。	1. 对患者出现的症状进行评估和观察记录，严格按照《2017 安宁疗护实践指南》治疗原则开展诊疗。 2. 对合并多种复杂症状的患者是否进行多学科讨论，并给出多学科治疗方案，是否对治疗效果进行动态评估。 3. 对有疼痛治疗指征的患者，疼痛诊疗工作中严格按照疼痛规范化诊疗流程：常规筛查—疼痛评估—疼痛治疗—疼痛患者及家属教育—患者随访。针对难治性癌痛的患者，可全面评估后可行介入治疗（例：患者自控镇痛、神经毁损术、肋间神经阻滞治疗胸壁癌痛、鞘内药物输注系统植入术）。 4. 对需要营养支持的患者，营养支持工作中严格按照营养规范化治疗流程：营养风险筛查—营养评估—膳食营养指导与营养治疗—患者及家属教育—患者随访。	抽查病历、现场查看各临床评估表、资料、记录等，落实有无。	1 项不达标扣 2 分	
	2. 社会支持（5 分）★	对有需要的患者及所在的家属提供社会支持。	1. 提供支持或转介服务：评估患者家庭经济压力，照顾压力，家庭结构、家庭关系及支持系统，医疗保障情况，病人或家属有无其他机构支援，患者及家属身心压力及情绪状况，按需支持或提供服务资源信息，鼓励家属对接，需要协调时可提供力所能及的协助。	现场查看服务记录及相关文档。	第 1 项有评估无跟进服务得 1 分，有评估、问题部分解决得 2 分；有评估问题全部解决或已转介得 3 分。	

			2.形式多样：通过个案工作、小组/团体工作、社区宣导等多种形式，提供资讯/辅导，链接资源，促进沟通，发展义工并开展义务服务，安宁疗护团队协作，帮助患者及家属建立支持系统，和谐关系。		第2项开展2种形式得1分，2种以上多一种得0.5分；	
	3. 护理管理及舒适照护（6分）	制定安宁疗护专科护理常规，落实优质护理服务，体现专科护理特色。	1. 制定安宁疗护专科护理常规，常用操作技术规范，落实优质护理服务，做好症状护理及舒适照护。 2. 有针对安宁疗护病人的专科护理评估：压疮评估、跌倒评估、疼痛评估、焦虑、抑郁评估等，针对评估结果各项护理措施到位；护理记录书写准确详实。 3. 在日常护理工作中融入人文关怀、正面支持和心理关怀服务，每月对患者或其家属进行护理工作满意度调查，满意率不低于90%。	现场查看文书记录，访谈患者及家属住院感受。		
	4. 心理照护（5分）★	对患者及家属提供心理层面的照护。	1. 对需要心理照护的患者进行评估诊疗及转介服务：包括失眠/焦虑/抑郁/谵妄等，有诊疗记录且诊疗医师有资质。 2. 做好心理照顾与支持：包括对临终患者心理痛苦的心理干预与支持，以及对患者家属的心理照顾。	现场查看医务人员是否具备心理工作资质、诊疗记录及心理照护记录。	第1项不达标扣5分，达标得3分；第二项不达标扣2分	
	5. 中医治疗（5分）★	严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章；医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规。	1. 对需要中医治疗的患者，诊疗过程中卫生技术人员须取得相应资质，无违法违规行为。 2. 按照中医基本原理结合整体审察、诊法合参、病证结合的基本原则实施辨证施治，提供具有中医特色的治疗方法。	现场查看工作人员名册及调取医院医务科医务人员注册档案；现场查看医疗操作；查看文件、资料、病历记录。	第1项不符合扣5分，符合得3分，第2项不达标扣2分，达标得2分	
<b>六、连续性服务（8</b>	居家安宁疗护与社	建立健全居家安宁疗护体系，并构建与社	1. 居家安宁疗护团队的核心成员包括医生、护士和社会工作者，服务原则是以改善生命有限患者躯体不适症状为	现场查看双向转诊协议，居家探视、电	有居家服务或有联动得4分，做到	

分)	区 (8 分) ★	区之间的双向转诊机制。	主, 并给予心理、心灵及社会方面的照护 (目前达不到要求的可通过会诊达到服务目标并做好记录)。 2. 居家服务与社区之间实行双向转诊机制并签订双向转诊协议。对经医师评估后病情相对稳定的患者提供居家服务, 随访过程中发现病情波动, 与社区卫生服务机构联络统筹后, 入住社区医院, 病情相对稳定后再回到家中继续接受居家服务。目前居家服务可以由社区医院、流动医疗队、宁养院提供上门服务。	话随访、动态评估等服务记录, 与社区之间转诊登记记录等。	全面照护得 4 分	
七、其他 (9 分)	1. 财务管理 (5 分)	财务部门要对医疗费用结算进行检查, 并提出控制措施。	1. 有价格管理的制度与措施, 无分解收费、重复收费和比照收费现象。 2. 专项经费必须专款专用	现场查看文件、资料、记录等。	有不达标项扣 5 分	
	2. 宣教工作 (4 分)	大力开展宣传教育工作。	提供有安宁疗护知识教育内容包括多媒体的宣传资料, 举办生死教育讲座, 安宁疗护咨询等。	现场查看宣教资料, 查看宣教活动记录。	不达标扣 4 分	
总分						

说明: 未标★的项目为现阶段必须达标项, 标★的项目为远期达标项 (试点医院远期目标, 提升项)

## 附件 2

### 安宁疗护服务对象收治标准

属于下述任一疾病类型的患者且满足任一限定条件（除知情同意外，知情同意为必须满足条件）即为安宁疗护收治标准。

#### 一、疾病类型

1. 患进行性威胁生命疾病的患者/生命有限患者。例如：所有癌症中晚期的以控制疼痛和其他痛苦症状为主的患者，包括躯体的、心理的、社会的和心灵的痛苦；

2. 患非恶性疾病生命有限的患者。例如：运动神经元疾病（渐冻人）、慢性气道阻塞疾病（COPD）、老年期及早老期器质性精神病态（老年痴呆）、其他大脑变质、心衰晚期、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化/肝病晚期、急性肾功能衰竭、慢性肾功能衰竭、高龄多器官衰竭等所患疾病成胁生命的状态。

#### 二、限定条件

1. 病人预计生存时间 $\leq 6$ 个月；

2. kps 评分 $\leq 60$ ；

3. 目标人群出现以下任意一个痛苦的症状：疼痛/难治性疼痛、呼吸困难/顽固性呼吸困难、咳嗽/咳痰、咯血/窒息、恶心/呕吐出血/大管口出血、腹胀/腹泻、四肢水肿、淋巴水肿、发热、

厌食/恶病质综合征、口干/口腔溃疡、睡眠障碍/失眠、激越性谵妄/躁动不安、重度焦虑伴抑郁、精神错乱状态、喘息性呼吸（临终悲鸣）、顽固性呃逆、便秘/肠梗阻、颅内高压、脊髓压迫综合征、抽搐/癫痫持续状态、感染/二重感染、胸/腹腔大量积液、焦虑/抑郁、生命末期重度生存痛苦、自杀观念/自杀倾向、静脉血管栓塞/肺栓塞、上腔静脉梗塞综合征、吞咽困难、尿频/尿急/尿失禁、惊恐症发作、肌阵挛/抽搐、蕈状瘤/压疮、高钙血症/低钾、乏力、胃停滞/肝性脑病、黄疸/临终悲鸣等。

应排除病种/状态有：急性传染病、病情不稳定的重性精神障碍患者（危险评估为 3 级及以上）、妊娠期妇女。

#### 4. 知情同意（必要条件）

当患者知晓自身病情且有民事行为能力时，基于众数原则，只要患者同意即可纳入，但结合安全原则，需患者同意且根据《民法通则》排序在第一位的有监护能力的患者监护人同意，才可纳入；当患者不知晓自身病情或没有民事行为能力时，根据《民法通则》排序在第一位的有监护能力的患者监护人同意，即可纳入。

### 附件 3

## 功能状态评分表 (KPS)

床号：      姓名：      性别：      年龄：      住院号：      诊断：

序号	体力状况	评分
1	正常，无症状或体征	100 分
2	能进行正常活动，有轻微症状或体征	90 分
3	勉强进行正常活动，有一些症状或体征	80 分
4	生活能自理，但不能维持正常生活和工作	70 分
5	生活能大部分自理，但偶尔需要别人帮助	60 分
6	常常需要别人照顾和帮助	50 分
7	生活不能自理，需要特别照顾和帮助	40 分
8	生活严重不能自理	30 分
9	病重，需要住院和支持治疗	20 分
10	重危，临近死亡	10 分
11	死亡	0 分

注：KPS 评分，是 Karnofsky（卡氏，KPS，百分法）功能状态评分标准。得分越高，健康状况越好，越能忍受治疗给身体带来的副作用，因而也就有可能接受彻底的治疗。一般认为 Karnofsky80 分以上为非依赖级（independent），即生活自理级。50～70 分为半依赖级（semi-independent），即生活半自理。50 分以下为依赖级（dependent），即生活需要别人帮助。大于 80 分者状态较好，存活期较长。得分越低，健康状况越差。

同时适用于住院和居家安宁疗护

## 附件 4

## 生存期评估表

床号： 姓名： 性别： 年龄： 住院号： 诊断：

序号	评估病情项目	级差比例					评估时间			
		100%	50%	30%	20%	10%	入院	一周	一月	二月
1	摄入	平时正常量 18	平时半量下 9	少量流质 5	少量啜饮 3	* 仅口唇动 1				
2	体能生活	自主行走 全自理 18	搀扶走 大部分自理 9	大多卧床 自行用餐 5	卧床能坐靠 能交流 3	* 仅能肢体 徐动、吞咽 1				
3	年龄 (岁)	<50 10	50~69 5	70~79 3	80~90 2	>90 1				
4	呼吸 次/分	正常 10	活动后气促 5	平卧时气促 3	* >30 或 <10 2	# 张口点头 样 1				
5	神志	正常 10	淡漠 眼神呆滞 5	嗜睡或烦躁 3	* 浅昏迷 2	# 深昏迷或 见回光返照 1				
6	血压 收缩压	正常 6	<平时值 20% 3	<100 mmHg 2	* <80mmg 1	# <70mmHg 0.5				
7	脉搏 次/分	正常 6	>100 或不 齐 3	>120 或<60 2	* >160 或 <50 1	# <45 0.5				
8	营养状态	无消瘦 6	略有消瘦 体降>10% 3	轻度消瘦 体降>20% 2	中度消瘦 体降>30% 1	重度消瘦 体降>40% 0.5				

9	脏器状况	无损伤 4	非重要 脏器损伤 2	一个重要脏 器损伤 1.5	二个重要脏 器损伤 1	三个以上重 要脏器损伤 0.5				
10	腋下 体温℃	正常 4	>37.1 2	>38 1.5		#>40或<36 0.5				

11	尿量 ml/日	正常 4	略减>700 2	减少>400 1.5	*少尿<400 1	#无尿<100 0.5				
12	水肿	无 4	下肢水肿 2	全身水肿 1.5	伴胸、腹水 1	胸、腹水伴 呼吸限制 0.5				
	共计									

**注 1:** 上表中含“\*、#”格为限定警示指标内容,符合“\*”内容 3 项以上者或符合“#”

2 项以上者,可确定病情已进入濒临死亡阶段,预计生存期约在 3 天。

**注 2:** 重要脏器指对生命延续有明显影响的脏器,如心、肝、肺、肾、脑,损伤包括脏器转移和/或功能衰(减)竭。

**注 3:** 血压的平时值指发病以前,血压在同样条件下的平均(3 次以上)测值。

**注 4:** “回光返照”指患晚期癌肿或其他衰竭性疾病的病人,在临终弥留时,出现短期的“食欲增加、精神亢奋、神智转清、开口说话、思维清晰、肢体徐动”等现象,约 1~3 天后病情急转,出现死亡。

**注 5:** “下肢水肿”指腿、足部任一侧、段的水肿,“胸腹水伴呼吸限制”指大量胸、腹水时引起呼吸困难。

**注 6:** 某些初入院病人,病情尚不稳定如颅内压增高、严重感染、高热,需待急症病况得到控制,方能比较准确的评估,本评估所得结果建立在安宁护理和缓和医疗的基础之上。

**注 7:** 评分 60 分预计生存期 46 天,评分 55 分预计生存期 33 天,评分 50 分预计生存期 24 天,评分 45 分预计生存期 18 天,评分 40 分预计生存期 13 天,评分 35 分预计生存期 10 天,评分 30 分预计生存期 7 天,评分 25 分预计生存期 5 天,评分 20 分预计生存期 4 天。

安宁疗护患者病情(生存期)评估表同时适用于住院和居家安宁疗护



## 附件 5

### 自杀风险评估量表（NGASR）

1.	绝望感	是	否
2.	近期负性生活事件	是	否
3.	被害妄想或有被害内容的幻听	是	否
4.	情绪低落/兴趣丧失或愉快感缺乏	是	否
5.	人际和社会功能退缩	是	否
6.	言语流露自杀意图	是	否
7.	计划采取自杀行动	是	否
8.	自杀家族史	是	否
9.	近亲人死亡或重要的亲密关系丧失	是	否
10.	精神病史	是	否
11.	鳏夫/寡妇	是	否
12.	自杀未遂史	是	否
13.	社会-经济地位低下	是	否
14.	饮酒史或酒精滥用	是	否
15.	罹患晚期疾病	是	否

共 15 个条目，相加所有条目中自己的选择项相应分数，得出总分：

分

0 ～ 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。

## 附件 6

### 焦虑自评量表 (SAS)

请仔细阅读每一条，把意思弄明白，根据您最近一周的实际情况，选择最适合您的答案。

注意事项：评分时须根据最近一周的实情，在适当的方格里划“✓”。

不要错过任何一个题，也不要同一题里打两个“✓”。

序号		没有或 很少时间	小部分 时间	相当多 时间	绝大部分或 全部时间	序号
1.	我觉得比平常容易紧张或着急	1	2	3	4	1
2.	我无缘无故地感到害怕	1	2	3	4	2
3.	我容易心里烦乱或觉得惊恐	1	2	3	4	3
4.	我觉得我可能将要发疯	1	2	3	4	4
5.	我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸	4	3	2	1	5
6.	我手脚发抖打颤	1	2	3	4	6
7.	我因为头痛、颈痛和背痛而苦恼	1	2	3	4	7
8.	我感觉容易衰弱和疲乏	1	2	3	4	8
9.	我能心平气和，并且容易安静坐着	4	3	2	1	9
10.	我觉得心跳得很快	1	2	3	4	10
11.	我因为一阵阵头晕而苦恼	1	2	3	4	11
12.	我有晕倒发作，或觉得要晕倒似的	1	2	3	4	12
13.	我吸气呼气都感到很容易	4	3	2	1	13
14.	我的手脚麻木和刺痛	1	2	3	4	14
15.	我因为胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4	15
16.	我常常要小便	1	2	3	4	16
17.	我的手脚常常是干燥温暖的	4	3	2	1	17
18.	我脸红发热	1	2	3	4	18
19.	我容易入睡并且一夜睡得很好	4	3	2	1	19
20.	我做恶梦	1	2	3	4	20

根据你所填的答案，合计出自己所“✓”方格里的数值，并算出总分后，再乘以 1.25，得出你的分数：

## 附件 7

### 抑郁自评量表 (SDS)

请仔细阅读每一条，把意思弄明白，根据您最近一周的实际情况，选择最适合您的答案。

注意事项：评分时须根据最近一周的实情，在适当的方格里划“✓”。

不要错过任何一个题，也不要同一题里打两个“✓”。

序号		没有或 很少时间	小部分 时间	相当多 时间	绝大部分或 全部时间	序号
1.	我觉得闷闷不乐，情绪低沉	1	2	3	4	1
2.	我觉得一天之中早晨最好	4	3	2	1	2
3.	我一阵阵地哭出来或是想哭	1	2	3	4	3
4.	我晚上睡眠不好	1	2	3	4	4
5.	我吃的和平时一样多	4	3	2	1	5
6.	我与异性接触时和以往一样感到愉快	4	3	2	1	6
7.	我发觉我的体重在下降	1	2	3	4	7
8.	我有便秘的苦恼	1	2	3	4	8
9.	我心跳比平时快	1	2	3	4	9
10.	我无缘无故感到疲乏	1	2	3	4	10
11.	我的头脑和平时一样清醒	4	3	2	1	11
12.	我觉得经常做的事情并没有困难	4	3	2	1	12
13.	我觉得不安而平静不下来	1	2	3	4	13
14.	我对将来抱有希望	4	3	2	1	14
15.	我比平常容易激动	1	2	3	4	15
16.	我觉得做出决定是容易的	4	3	2	1	16
17.	我觉得自己是个有用的人，有人需要我	4	3	2	1	17
18.	我的生活过得很有意思	4	3	2	1	18
19.	我认为如果我死了别人会生活的更好些	1	2	3	4	19
20.	平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣	4	3	2	1	20

根据你所填的答案，合计出自己所“✓”方格里的数值，并算出总分后，再乘以 1.25，得出你的分数：

焦虑自评量表评分标准 (SAS)	0 - 50 分	无焦虑
	50 - 59 分	轻度焦虑
	60 - 69 分	中度焦虑
	70 - 100 分	重度焦虑
抑郁自评量表评分标准 (SDS)	0 - 52 分	无抑郁
	53 - 62 分	轻度抑郁
	63 - 72 分	中度抑郁
	73 - 100 分	重度抑郁

附件 8

疼痛综合评定表

姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_族别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_

诊断\_\_\_\_\_住院号\_\_\_\_\_

评估科室\_\_\_\_\_评估日期\_\_\_\_\_

KPS 评分		意识状态	
疼痛部位		疼痛特点	
疼痛性质		疼痛强度	
诱发因素		缓解因素	

无痛 ↑ 0      1      2      3      4 ↑ 疼痛影响睡眠      5      6      7 ↑ 无法入眠      8      9      10 ↑ 剧烈疼痛

轻度疼痛（1-3），中度疼痛（4-6），重度疼痛（7-10）

疼痛表情

疼痛分值

疼痛程度等级

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

无痛      轻度疼痛      中度疼痛      重度疼痛

疼痛（NRS）评分		面部表情评分	
目前疼痛治疗药物		用药途径	
药物及剂量		伴随症状及不良反应	
疲惫耗竭感		病恹样	
恐惧感		受惩罚感	
对日常生活的影响		对行走能力的影响	
对睡眠的影响		对生活兴趣的影响	
评价		评估医生	

## 附件 9

### 营养风险筛查评分表 (NRS2002)

科室名称 \_\_\_\_\_ 床号 \_\_\_\_\_ 入院日期 \_\_\_\_\_ 病历号 \_\_\_\_\_  
姓 名 \_\_\_\_\_ 性 别 \_\_\_\_\_ 族 别 \_\_\_\_\_ 年 龄 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_

**(一) 主要诊断 (填写最主要诊断):** \_\_\_\_\_

评分 1 分, 营养需要量轻度增加: 髌骨折【 】慢性疾病急性发作或并发症者【 】  
COPD【 】血液透析【 】肝硬化【 】一般恶性肿瘤患者【 】

评分 2 分, 营养需要量中度增加: 腹部大手术【 】脑卒中【 】重度肺炎【 】血液恶性肿瘤【 】

评分 3 分, 营养需要量重度增加: 颅脑损伤【 】骨髓移植【 】大于 APACHE10 分的 ICU 患者【 】

疾病有关评分: 【 】0 分 【 】1 分 【 】2 分 【 】3 分

**(二) 营养状态:**

1. 人体测量: 身高 \_\_\_\_\_ m (免鞋)

体重 \_\_\_\_\_ kg (空腹、病房衣服、免鞋) BMI \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> (<18.5, 3 分)

小结: \_\_\_\_\_ 分

2. 近期 (1—3 个月) 体重是否下降? (是【 】否【 】)

体重下降 >5% 是在 【 】3 个月内 (1 分) 【 】2 个月内 (2 分) 【 】1 个月内 (3 分)

小结: \_\_\_\_\_ 分

3. 一周内进食量是否减少? (是【 】 , 否【 】)

如果减少, 较从前减少 【 】25-50% (1 分) 【 】51-75% (2 分) 【 】76-100% (3 分)

小结: \_\_\_\_\_ 分

营养受损评分 【 】0 分 【 】1 分 【 】2 分 【 】3 分 (注: 上述 3 个小结评分中取一个最高值)

**(三) 年龄状态: (超过 70 岁为 1 分, 否则为 0 分) 【 】0 分 【 】1 分**

营养风险总评分: \_\_\_\_\_ 分 (疾病有关评分 + 营养受损评分 + 年龄评分)

营养师: \_\_\_\_\_

## 附件 10

### 患者死亡准备备忘录（住院、居家共用）

姓名\_\_\_\_\_床号\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_住院号\_\_\_\_\_ 诊断\_\_\_\_\_

一	身体方面	日期	已作	未作（理由）	签名
1	指导家属作死亡症状评估				
2	指导家属为患者沐浴净身				
3	指导家属作遗体护理				
4	若眼睛未闭，用胶纸贴住眼睛，等尸体僵后再除				
5	若嘴巴未合，用毛巾垫住下巴，用绷带托住下颌				
6	用纸尿裤（裤）盛接大小便				
7	用热毛巾净身				
8	换穿干净寿衣				
二	心理方面				
1	聆听患者最后心声				
2	指导家属如何与患者沟通				
3	指导家属如何陪伴患者的死亡过程				
4	协助处理患者未了心愿				
5	协助高危哀伤家属（患者幼年子女、高年父母及				
6	协助家属之间彼此沟通				
三	灵性方面				
1	协助家属作死亡前准备				
2	协助患者处理内心的不安				
3	协助患者肯定死后的归宿				
四	丧葬准备				
1	指导家属取得死亡诊断书				
2	指导家属与殡仪馆的联络				
3	指导家属取得相关证明				
4	指导家属丧葬准备				

## 附件 11

### 患者家属哀伤追踪记录表（住院、居家共用）

☐来院会谈 ☐居家访视 ☐电话 ☐信件 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

☐其他：\_\_\_\_\_ 记录者：\_\_\_\_\_

伤者姓名：\_\_\_\_\_

自初步伤护评估及哀伤辅导计划之后的任何改变或进展							
身体状况		情绪、行为表现		心理社会反应		其他压力来源	
<input type="checkbox"/> 已进步		<input type="checkbox"/> 已进步		<input type="checkbox"/> 已进步		<input type="checkbox"/> 已进步	
<input type="checkbox"/> 无变化		<input type="checkbox"/> 无变化		<input type="checkbox"/> 无变化		<input type="checkbox"/> 无变化	
<input type="checkbox"/> 退步		<input type="checkbox"/> 退步		<input type="checkbox"/> 退步		<input type="checkbox"/> 退步	
描述：		描述：		描述：		描述：	
哀伤辅导计划及辅导追踪记录							
哀伤危险评估：属高危险      属中危险      属低危险      说明：							
日期/	计划/	哀伤辅导计划	签名	日期/	计划/	哀伤辅导过程描述	签名
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						



## 附件 12

### 安宁疗护机构患者及其家属社会支持服务记录

患者姓名：		性别：	文化程度：	病历号：
婚姻状况：		年龄：	工作状况：	现住址：
医疗保障情况		<input type="checkbox"/> 职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 无任何医疗保险 <input type="checkbox"/> 其它		
主要家属姓名：		性别：	年龄：	与患者关系：
联系方式：				
评估日期	编号	问题	问题描述	
	1	生活来源/经济状况		
	2	家庭关系/照顾情况		
	3	患者/家属情绪		
	4	患者最后心愿		
	5	患者/家属正在接受的其他支持（如：社区、公益慈善机构、民政、残联、妇联等）		
服务情况		<input type="checkbox"/> 提供资源资讯/协调相关资源 <input type="checkbox"/> 协调家庭关系及照顾资源 <input type="checkbox"/> 情绪安抚、心理疏导 <input type="checkbox"/> 协助实现未了心愿/安排义工服务		

工作人员：\_\_\_\_\_ 年 月 日

## 附件 13

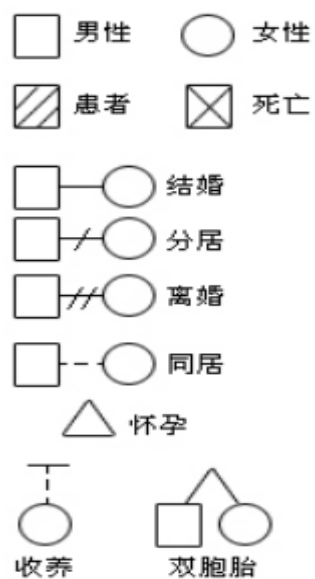
## 社会支持服务转介记录单

姓名		性别		年龄		电话	
身份证号							
社/医保卡号							
病史摘要：							
初步诊断：							
转介原因：							
转介地点：							
转介接收人员签字：							
年 月 日							

## 附件 14

### 安宁疗护机构住院患者家系图（住院、居家共用）

1. 用方形和圆形图分别表示男女性别，图形内加斜线表示患者，图形内加×表示已去世；
2. 用线段表示家庭成员的关系型态或者状况：实线代表已婚，虚线代表同居，男左女右；
3. 从夫妇关系衍生下来的孩子以线段相连，亲生子女以实线相连，收养关系以虚线相连；
4. 夫妇分居和离婚用“/”和“//”符号表示，孩子以出生时间从左到右排列，死亡的家庭成员在方形或圆形图上用“×”表示；
5. 与患者共同居住的家人用实线圈在一起。



# 附件 15

## 安宁疗护机构志愿者信息注册登记表

姓名		性别		出生 年月		民族		照片
籍贯		户籍 所在		政治 面貌		宗教 信仰		
学历		职称		职务		职业		
毕业（就读） 学校及专业								
工作单位 （学校）								
住址								
身份证号码							特长	
其他有效 证件号码							爱好	
联系 方式	地址						邮编	
	电话							
	Email							
可提供服务 的时间								
志愿服务经历								
申请人承诺								
所属志愿服务组织								

附件 16

安宁疗护机构志愿者服务记录表

姓名\_\_\_\_\_床号\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_住院号\_\_\_\_\_诊断

时 间	描 述 服 务 内 容	志愿者签名