

DB 12

天 津 市 地 方 标 准

DB12/T 983—2020

养老机构老年人健康档案管理规范

Elderly health archives management specification for senior care organization

2020 - 09 - 30 发布

2020 - 11 - 01 实施

天津市市场监督管理委员会

发布

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由天津市民政局提出并归口。

本标准起草单位：天津市南开区养老中心、天津市标准化研究院、天津市养老机构协会、天津市养老院、天津津旅泊泰投资发展有限公司、汇智为民（天津）科技有限公司。

本标准主要起草人：常冠山、金晔、石莉、李雪军、左勇、何媛、孙兆元、席军、辛庆正、赵美焕、张颖、王丽、郑劼、果植昌、王雨、曹喜军。

养老机构老年人健康档案管理规范

1 范围

本标准规定了养老机构老年人健康档案的档案内容、档案记录、归档与使用及质量控制。
本标准适用于养老机构老年人健康档案的管理和记录。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 35796-2017 养老机构服务质量基本规范
电子病历基本规范(试行)

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

健康档案 health record

医务人员及护理人员对入住养老机构的老年人在养老、护理、医疗、康复等活动过程中形成的文字、符号、图表及影像等资料的总和。

4 档案内容

4.1 健康档案内容应包括老年人基础信息登记表、老年人生活自理能力评估报告、知情告知书、体检报告单、护理日志、新入住老年人七日观察记录及其他相关记录。

4.2 老年人基础信息登记表内容应包括养老机构名称、档案号、老年人的基本信息等相关事宜。具体参照附录 A 表 A.1 执行。

4.3 老年人生活自理能力评估报告内容应包括老年人动态能力评估、老年人日常动态生活活动评估、老年人精神状况评估、感知觉与沟通评估、社会参与评估、综合评估报告。具体参照附录 A 表 A.2-A.7 执行。

4.4 知情告知书内容应包括老年人姓名、性别、日期、病案号、告知目的、情况说明、可能出现的情况、代理人意见、老年人或代理人签名等。具体参照附录 A 表 A.8 执行。

4.5 体检报告单内容应包括姓名、体检日期、症状、病史、生活方式、一般状况、脏器功能、辅助检查、疾病用药情况、健康评价、健康指导及医师签名等。

4.6 护理日志内容宜包括老年人姓名、性别、年龄、档案号、责任护士、责任护理员、生活护理和医疗护理、突发事件处理以及护理员交接班等。具体参照附录 A 表 A.9、A.10 执行。

4.7 新入住老年人七日观察记录内容包括基本信息、观察描述、七日后的观察总述以及责任护理员等,具体参照附录 A 表 A.11 执行。

- 4.8 医疗机构住院病案首页内容应包括个人基本信息、入院病情、出院诊断及手术记录等。
- 4.9 医疗机构出院记录内容应包括个人基本信息、入院日期、出院日期、入院情况、健康状况及医疗情况、出院注意事项等。

5 档案记录

- 5.1 老年人基础信息登记表、老年人生活自理能力评估报告、知情告知书、护理日志、新入住老年人七日观察记录及出院总结应由医护人员书写；体检报告由医师书写。实习人员、试用期人员书写的健康档案，应由有资质的医护人员审阅、修改并签名。
- 5.2 老年人基础信息登记表应于老年人档案送交档案室归档前填写完成。
- 5.3 医护人员应于老年人入住养老机构后 24 小时内完成入院健康记录。
- 5.4 医护人员应于老年人入住养老机构后 8 小时内完成第一次日常观察记录。对于身心健康、病情平稳的老年人，应每天按时书写一次护理日志，对于身心不适或出现病情变化的老年人，应随时记录，并写入护理日志。书写护理日志时首先标明记录时间，记录时间应具体到分钟，另起一行记录具体内容。
- 5.5 入住养老机构时老年人及代理人应签署知情告知书，老年人因自身原因出现突发疾病、病情变化或出现意外情况，由机构工作人员及时通知代理人，并由机构医护人员实施保护性医疗措施并送医。
- 5.6 对于新入住的老年人，医护人员应在老年人入住当日完成老年人生活自理能力评估报告，如有需要 24 小时之内完成体检报告，对已入住的老年人每年至少记录一次体检，并出具体检报告，附在健康档案中。
- 5.7 医护人员应于老年人办理退出养老机构当天完成出院总结，由代理人确认后离院。
- 5.8 健康档案记录应客观、准确、及时、完整、规范。应使用专业术语、文字工整、字迹清晰、易于识别、表述准确、语句通顺、标点正确。
- 5.9 健康档案书写过程中出现错字，应用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
- 5.10 健康档案一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。
- 5.11 按照记录形式不同，健康档案可分为纸质健康档案和电子健康档案，电子健康档案参照卫生部门《电子病历基本规范（试行）》执行。

6 归档与使用

6.1 排序

入住养老机构期间健康档案宜按照以下顺序排列：老年人基础信息登记表、老年人生活自理能力评估报告、知情告知书、体检报告单、护理日志、新入住老年人七日观察记录及其他相关记录。

6.2 归档

- 6.2.1 工作人员应及时交接老年人相关记录，档案管理人员及时归档。
- 6.2.2 档案管理人员应对退出养老机构的老年人健康档案的完整性进行检查，检查合格后及时整理、归档。
- 6.2.3 归档后的健康档案应确保资料完整、不缺项。
- 6.2.4 档案管理人员应按档案号顺序有序归档。档案号应是养老机构为老年人设置的唯一性编码，原则上同一老年人在同一养老机构多次住院应使用同一档案号。

6.3 借阅

- 6.3.1 只有本机构工作人员方可借阅档案，并由借阅人员填写《档案借阅申请表》，参见附录 A.12。
- 6.3.2 借阅档案应做好借阅登记，阅后及时归还。
- 6.3.3 借阅人员对借用的档案应妥善保管，不得涂改、转借、拆散、毁损、复印。

6.4 档案资料提供

- 6.4.1 老年人本人及代理人可申请复印或拷贝健康档案。
- 6.4.2 工作人员受理申请时，应要求申请人提供有效身份证明和委托书，并对其进行审核。
- 6.4.3 档案资料提供应经主管领导签字批准，由档案管理人员负责操作。
- 6.4.4 档案资料提供内容包括老年人基础信息登记表、健康体检记录、检查报告单、出院总结及法律规定可以提供的资料。
- 6.4.5 档案管理人员应做好档案资料提供的相应记录，如资料为复印件，则须加盖印章。
- 6.4.6 电子档案的拷贝应做好内容登记，并由档案管理人员签字。

6.5 保管

- 6.5.1 老年人入住期间的健康档案应集中、统一保管，并指定专人负责保管，用后归还原处。
- 6.5.2 老年人退出养老机构后的健康档案应由养老机构妥善保管。
- 6.5.3 因医疗活动需携带健康档案时，应指定专人负责携带或保管。
- 6.5.4 老年人在同一养老机构内转区时，应做好健康档案交接，且在当天完成。
- 6.5.5 健康档案不应涂改、伪造。
- 6.5.6 工作人员不应泄露老年人档案信息。
- 6.5.7 档案保管期限按照 GB/T 35796-2017 中 6.1.4 的要求执行。
- 6.5.8 健康档案销毁应报养老机构主管领导签字审批。

7 质量控制

- 7.1 医护人员应对本人填报的健康档案进行自查，发现问题及时整改，确保健康档案符合要求。
- 7.2 相关部门负责人应定期对本部门健康档案进行检查，发现问题及时整改，确保健康档案符合要求，并确保全部建档。
- 7.3 档案管理人员应对健康档案进行检查，发现问题及时反馈部门负责人进行整改，确保健康档案合格。

附 录 A
(资料性附录)
部分健康档案表格

A.1 老年人基础信息登记表

老年人基础信息登记表见表A.1。

表A.1 老年人基础信息登记表

入住房间：南/北____室				档案编号：			
姓名		性别		民族		出生日期	
入住日期		血型 / 身高	/	身份证号			
政治面貌		组织关系		是否转入中心	是 / 否	老人电话	
原职业		月收入		文化程度		宗教信仰	
原住址				户籍所在地		出生地	
同意外出	是 / 否	同意夜间巡视	是 / 否	过敏史	是 / 否	要点说明	
健康状况	欠佳 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/>			残疾证	是 / 否 ____级；残疾部位_____		
餐厅就餐	是 / 否	就餐情况	正常餐 / 碎食 / 流食 / 匀浆膳			饮食习惯	
吸烟	是 / 否	饮酒	是 / 否	睡眠情况		是否识字	是 / 否
护理级别	自理 <input type="checkbox"/> 介助二级 <input type="checkbox"/> 介护二级 <input type="checkbox"/> 介护三级 <input type="checkbox"/>						
享受医保情况	城居 <input type="checkbox"/> 城职 <input type="checkbox"/> 离休 <input type="checkbox"/> 大病 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 外地 <input type="checkbox"/>						
入院前的居住情况	自有住房 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与子女同居 <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>						
入住原因	生活照料 <input type="checkbox"/> 孤独寂寞 <input type="checkbox"/> 精神需求 <input type="checkbox"/> 房屋搬迁 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>						
婚姻状况	从未结婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/>						
即往常见疾病	高血压 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 其它_____						
兴趣爱好	歌舞曲艺 <input type="checkbox"/> 书法绘画 <input type="checkbox"/> 艺术摄影 <input type="checkbox"/> 手工编织 <input type="checkbox"/> 诗歌朗诵 <input type="checkbox"/> 健身运动 <input type="checkbox"/> 棋牌 <input type="checkbox"/>						
代理人信息（至少两名）							
姓名		与老人关系		联系电话			
工作单位				家庭住址			
第一代理人身份证号					月收入		
姓名		与老人关系		联系电话			
工作单位				家庭住址			
姓名		与老人关系		联系电话			
工作单位				家庭住址			
子女人数	人	其中（子）	人	其中（女）	人	是否全部同意：	
注：以上全部为必填项。				代理人签字确认：			

A.2 老年人生活自理能力评估报告

老年人动态能力评估基本信息表见表A.2。

表A.2 老年人动态能力评估基本信息表

评估编号（档案号）		
评估日期		年 月 日
评估原因		<input type="checkbox"/> 接受服务后的常规评估 <input type="checkbox"/> 状况发生变化后的即时评估 <input type="checkbox"/> 因评估结果有疑问进行的复评
姓名		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	
身份证号码		
社保卡号码		
民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 少数民族_____	
文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大学专科及以上 <input type="checkbox"/> 不详	
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____	
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚	
居住情况	<input type="checkbox"/> 自理区[<input type="checkbox"/> 双人间 <input type="checkbox"/> 套间] <input type="checkbox"/> 失能区[<input type="checkbox"/> 三人间 <input type="checkbox"/> 六人间] <input type="checkbox"/> 失能失智区[<input type="checkbox"/> 双人间 <input type="checkbox"/> 多人间]	
医疗费用支付方式	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他_____	
经济来源	<input type="checkbox"/> 退休金/养老金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他补贴	
老人目前精神状况	失智	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	精神疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 双相情感障碍 <input type="checkbox"/> 偏执性精神障碍 <input type="checkbox"/> 分裂情感性障碍 <input type="checkbox"/> 癫痫所致精神障碍 <input type="checkbox"/> 精神发展迟滞伴发精神障碍
慢性病		
近30天内意外事件	跌倒	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过1次 <input type="checkbox"/> 发生过2次 <input type="checkbox"/> 发生过3次及以上
	走失	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过1次 <input type="checkbox"/> 发生过2次 <input type="checkbox"/> 发生过4次及以上
	噎食	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过1次 <input type="checkbox"/> 发生过2次 <input type="checkbox"/> 发生过5次及以上
	自杀	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过1次 <input type="checkbox"/> 发生过2次 <input type="checkbox"/> 发生过6次及以上
	其他	
过敏史	药物过敏	
	食物过敏	
	其它	
信息提供者的姓名		
信息提供者与老人的关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣照顾者 <input type="checkbox"/> 其他_____	
联系人姓名（代理人）		
联系人电话		

A.3 老年人日常动态生活活动评估

老年人日常动态生活活动评估表见表A.3。

表A.3 老年人日常动态生活活动评估

评估项目	得分	评估标准
进食： 指用餐具将食物由容器送到口中、咀嚼、吞咽等过程	分	10分，可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物）
		5分，需要部分帮助（进食过程中需要一定帮助，如协助把持餐具）
		0分，需极大帮助或完全依赖他人，或有留置营养管
洗澡	分	5分，准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡过程
		0分，在洗澡过程中需他人帮助
修饰： 指洗脸、刷牙、梳头、刮脸等	分	5分，可自己独立完成
		0分，需他人帮助
穿衣： 指穿脱衣服、系扣、拉拉链、穿脱鞋袜、系鞋带	分	10分，可独立完成
		5分，需部分帮助（能自己穿脱，但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链）
		0分，需极大帮助或完全依赖他人
大便控制	分	10分，可控制大便
		5分，偶尔失控（每周<1次），或需要他人提示
		0分，完全失控
小便控制	分	10分，可控制小便
		5分，偶尔失控（每天<1次，但每周>1次），或需要他人提示
		0分，完全失控，或留置导尿管
如厕： 包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水	分	10分，可独立完成
		5分，需部分帮助（需他人搀扶去厕所、需他人帮忙冲水或整理衣裤等）
		0分，需极大帮助或完全依赖他人
床椅转移	分	15分，可独立完成
		10分，需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖）
		5分，需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶和帮助）
		0分，完全依赖他人
平地行走	分	15分，可独立在平地上行走45米
		10分，需部分帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在一定程度上需他人的搀扶或使用拐杖、助行器等辅助用具）
		5分，需极大帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行移动）
		0分，完全依赖他人

表 A.3 老年人日常动态生活活动评估（续）

评估项目	得分	评估标准
上下楼梯	分	10分，可独立上下楼梯（连续上下10~15个台阶）
		5分，需部分帮助（需他人搀扶，或扶着楼梯、使用拐杖等）
		0分，需极大帮助或完全依赖他人
日常生活活动得分	分	上述10个项目得分之和
日常生活活动分级	级	0 能力完好：总分 100 分
		1 轻度受损：总分 65—95 分
		2 中度受损：总分 45—60 分
		3 重度受损：总分 ≤40 分

A.4 老年人精神状况评估

老年人精神状况评估见表A.4。

表A.4 老年人精神状况评估

评估项目	得分	评估标准
认知能力	测验	“我说三样东西，请重复一遍，并记住，一会儿会问您” 苹果、手表、国旗
		(1) 画钟测验：“请您在这儿画一个圆形的时钟，在时钟上标出 10 点 45 分”
		(2) 回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？” 答：（ ）、（ ）、（ ） 【注：不必按顺序】
	测验结果	0 分：画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出 2-3 个词
攻击行为	分	0 分：无身体攻击行为（如打/踢/推/咬/抓/摔东西）和语言攻击行为（如骂人、语言威胁、尖叫）
		1 分：每月有几次身体攻击行为，或每周有几次语言攻击行为
		2 分：每周有几次身体攻击行为，或每日有语言攻击行为
抑郁症	分	0 分：无
		1 分：情绪低落、不爱说话、不爱梳洗、不爱活动
		2 分：有自杀念头或自杀行为
精神状态总分	分	上述 3 个项目得分之和
精神状态分级	级	0 能力完好：总分为 0 分
		1 轻度受损：总分为 1 分
		2 中度受损：总分 2-3 分
		3 重度受损：总分 4-6 分

A.5 感知觉与沟通评估

感知觉与沟通评估见表A.5。

表A.5 感知觉与沟通评估

评估项目	得分	评估标准
意识水平	分	0分：神志清醒，对周围环境警觉
		1分：嗜睡，表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动其肢体可唤醒，并能进行正确的交谈或执行指令，停止刺激后又继续入睡。
		2分：昏睡，一般的外界刺激不能使其唤醒，给予较强烈的刺激时可有短时的意识清醒，醒后可简短回答提问，当刺激减弱后又很快进入睡眠状态。
		3分：昏迷，处于浅昏为时对疼痛刺激有回避和痛苦表情，处于深昏迷时对刺激无反应（若评定为昏迷，直接评定为重度失能，可不进行以下项目的评估）
视力： 若平日带老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估	分	0分：能看清书报上的标准字体
		1分：能看清大字体，但看不清书报上的标准字体
		2分：视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认物体
		3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
		4分：没有视力，眼睛不能跟随物体移动
听力： 若平时佩戴助听器，应在佩戴助听器的情况下评估	分	0分：可正常交谈，能听到电视、电话、门铃的声音
		1分：在轻声说话或说话距离超过2米时听不清
		2分：正常交流有些困难，需在安静的环境或大声说话才能听到
		3分：讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见
		4分：完全听不见
沟通交流： 包括非语言沟通	分	0分：无困难，能与他人正常沟通和交流
		1分：能够表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助
		2分：表达需要或理解有困难，需频繁重复或简化口头表达
		3分：不能表达需要或理解他人的话
感知觉与沟通分级	级	0 能力完好：意识清醒，且视力和听力评为0或1，沟通评为0
		1 轻度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为2，或沟通评为1
		2 中度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为3，或沟通评为2；或嗜睡，视力或听力评定为3及以下，沟通评定为2及以下
		3 重度受损：意识清醒或嗜睡，但视力或听力中至少一项评为4，或沟通评为3；或昏睡/昏迷

A.6 社会参与评估

社会参与评估见表A.6。

表A.6 社会参与评估

评估项目	得分	评估标准
生活能力	分	0分：除个人生活自理外（如饮食、洗漱、穿戴、二便），能料理家务（如收拾房间、洗衣）或当家管理事务
		1分：除个人生活自理外，能做家务，但欠好，家庭事务安排欠条理
		2分：个人生活能自理，只有在他人帮助下才能做些家务，但质量不好
		3分：个人基本生活事务能自理（如饮食、二便），在督促下可洗漱
		4分：个人基本生活事务（如饮食、二便）需要部分帮助或完全依赖他人帮助
工作能力	分	0分：原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作可照常进行
		1分：原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作能力有所下降
		2分：原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作明显不如以往，部分遗忘
		3分：对熟练工作只有一些片段保留，技能全部遗忘
		4分：对以往的知识或技能全部磨灭
时间/空间定向	分	0分：时间观念（年、月、日、时）清楚，可单独出远门，能很快掌握新环境的方位
		1分：时间观念有些下降，年、月、日清楚，但有时相差几天；知道现住地的名称和方位，但不知回家路线
		2分：时间观念较差，年、月、日不清楚，可知上半年或下半年；对现在住址只知名称，不知道方位
		3分：时间观念很差，年、月、日不清楚，可知上午或下午；对现住地不知名称和方位
		4分：无时间观念，不知所处位置
人物定向	分	0分：知识周围人们的关系，知道祖孙、叔伯、阿姨、侄子侄女等称谓的意义；可分辨陌生人的大致年龄和身份，可用适当称呼
		1分：只知家中亲密近亲的关系，不会分辨陌生人的大致年龄，不能称呼陌生人
		2分：只能称呼家中人，或只能照样称呼，不知其关系，不辨辈份
		3分：只认识同住的老年人，可称呼子女或孙子女，可辨熟人和生人
		4分：只认识保护人，不辨熟人和生人

表 A.6 社会参与评估（续）

评估项目	得分	评估标准
社会交往能力	分	0分：参与社会，在社会环境有一定的适应能力，待人接物恰当
		1分：能适应单纯环境，主动接触人，初见面时难让人发现智力问题，不能理解隐喻语
		2分：脱离社会，可被动接触，不会主动待人，谈话中很多不适词句，容易上当受骗
		3分：勉强可与人交往，谈吐内容不清楚，表情不恰当
		4分：难以与人接触
社会参与总分	分	上述5个项目得分之和
社会参与分级	级	0 能力完好：总分 0-2 分
		1 轻度受损：总分 3-7 分
		2 中度受损：总分 8-13 分
		3 重度受损：总分 14-20 分

A.7 老年人能力评估报告

老年人能力评估报告见表A.7。

表A.7 老年人能力评估报告

一级指标分极	日常生活活动	级	精神状态	级
	感知觉与沟通	级	社会参与	级
等级变更条款	1. 有认知障碍/痴呆、精神疾病者，在原有能力级别上提高一个等级。			
	2. 近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食、自杀、走失者，在原有能力级别上提高一个等级。			
	3. 处于昏迷状态者，直接评定为重度失能。			
	4. 若初步等级确定为“3 重度失能”，则不考虑上述1-3中各情况对最终等级的影响，等级不再提高。			
老年人能力最终等级	<input type="checkbox"/> 0级（自理）：能力完好 <input type="checkbox"/> 1级（介助）：轻度失能 <input type="checkbox"/> 2级（介护二级）：中度失能 <input type="checkbox"/> 3级（介护三级）：重度失能			
评估员签字：_____、_____	日期：_____年_____月_____日			
信息提供者签字：_____	日期：_____年_____月_____日			
注：老年人能力初步等级划分标准				
0 能力完好：				
日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通分别均为0，社会参与分极为0或1。				
1 轻度失能：				
日常生活活动分极为0，但精神状态、感知觉与沟通中至少一项分极为1及以上，或社会参与的分极为2； 或日常生活活动分极为1，精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项的分极为0或1。				
2 中度失能：				
日常生活活动分极为1，但精神状态、感知觉与沟通、社会参与均为2，或有一项为3； 或日常生活活动分极为2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与中有1-2项的分极为1或2。				
3 重度失能：				
日常生活活动的分极为3； 或日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与分极为2； 或日常生活活动分极为2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项分极为3。				
特别提示：“本人承诺以上陈述真实有效，如有欺骗、隐瞒既往病史，本人愿承担由此产生的一切责任及后果。” (请将上述内容在空白处抄写)。				
被评估人签字：				
代理人签字：				
审核：				
医疗组意见：	签字：_____		_____年_____月_____日	
护理部部长意见：	签字：_____		_____年_____月_____日	
副院长意见：	签字：_____		_____年_____月_____日	

A.8 知情告知书

知情告知书见表A.8。

表A.8 知情告知书

档案号：

姓名	性别	年龄	入院情况
告知目的：			
入院主要情况：			
目前情况：（健康状况、诊疗情况及需要的进一步检查、治疗项目）			
可能出现的情况：			
代理人意见（包括治疗意见以及是否了解所交待病情）			
老年人签名：		医务人员签名：	
代理人签名（注明与老年人的关系）：		负责人签名：	
年 月 日 时 分		年 月 日 时 分	

A.9 护理日志

护理日志见表A.9。

表A.9 护理日志

老人姓名		房间号		性别		年龄		档案号
责任护士		当班时间： 年 月 日 时 分 至 年 月 日 时 分						
责任 护理员		当班时间： 年 月 日 时 分 至 年 月 日 时 分						
进食情况 记录	入 量				排泄 情况 记录	出 量		
	时间	是否 正常 摄入	加餐时 间	备注		次数 (以“正”字显示)		是否出现异 常
水果					小便			
午餐					大便		助便次数	
晚餐					使用 尿垫 情况	大尿片 (以“正”字显示)		小尿片 (以“正”字显示)
早餐								
饮水	按实际饮水量以杯次计量 (以“正”字显示)				家属带餐			
					康复 活动	早上：		下午：
打水	早上：		下午：		翻身	(次数以“正”字显示)		
呕吐情况 记录	呕吐次数：				呕吐时间：			
	性状(①胃内容物 ②呕血 ③咖啡色)：							
口腔护理	①	时	分	实施人：	②	时	分	实施人：
膀胱冲洗	①	时	分	实施人：	②	时	分	实施人：
气管切开 套管清理	①	时	分	实施人：	②	时	分	实施人：
服药记录	早□ 监服人：		中□ 监服人：		晚□ 监服人：			
胰岛 注射记录	①： 时 分		②： 时 分		③： 时 分			
	实施人：			实施人：			实施人：	
数值	①早空腹：		②餐后2小时：		③睡前：			
备注数值								
针剂/ 注射药 品名称								

表 A.10 护理日志（续）

针剂/ 注射记 录	①: 时 分		②: 时 分			③: 时 分		
	实施人:		实施人:			实施人:		
体征测 量护 士 填 写	意识状态	血压	脉搏	呼吸	体温	测量时间	测量人	
	清醒 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/>					时 分		
	嗜睡 <input type="checkbox"/>					时 分		
	浅昏迷 <input type="checkbox"/>					时 分		
	深意识 <input type="checkbox"/>					时 分		
医疗护理评价及意见:								
1、生命体征	正常 <input type="checkbox"/>	非正常 <input type="checkbox"/>		2、皮肤情况		完好 <input type="checkbox"/>	皮疹 <input type="checkbox"/>	破损 <input type="checkbox"/>
3、药物治疗	有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>		4、压疮 I° <input type="checkbox"/>		压疮 II°	<input type="checkbox"/>	
5、精神状态	好 <input type="checkbox"/>	一般 <input type="checkbox"/>	差 <input type="checkbox"/>	6、皮肤弹性	好 <input type="checkbox"/>	一般 <input type="checkbox"/>	差 <input type="checkbox"/>	
护理质量综合评述:								
医疗督导签字:				查房时间	年	月	日	时 分
生活护理评价及意见:								
1、床单位整洁	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	2、理发	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>			
3、身体、衣着无异味	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	4、剃胡须	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>			
5、便盆清洁、消毒	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	6、洗澡	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>			
7、洗漱用品清洁消毒	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	8、指（趾）甲 护理	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>			
9、晨护	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>	10、晚护	合格 <input type="checkbox"/>	不合格 <input type="checkbox"/>			
护理质量综合评述:								
楼长签字:				查房时间	年	月	日	时 分
突发事件处理:								
处理人签字:				处理时间	年	月	日	时 分
责任护理员交接确认: 对以上护理记录已仔细阅读, 老人状况已知悉, 确认符合交接内容, 交接双方签字确认。								
交班护理员签字:			接班护理员签字:			年	月	日 时 分
注: 此表填写完毕后由护理部文员负责归档至《老人健康档案》中。								

A.11 档案借阅申请表

档案借阅申请表见表A.11。

表A.11 档案借阅申请表

申请人		申请时间	年 月 日	
档案编号		档案名称		
借阅理由				
借阅形式	现场阅览 <input type="checkbox"/> 借出 <input type="checkbox"/> ____天（注：借出最长不得超过5天，续借须重新申请）			
详细内容		页数		
		页数		
		页数		
保管部门主管意见： 签字：_____年 月 日				
副院长意见： 签字：_____年 月 日				
档案管理员记录： 1、借阅文件的类型：书面文件 <input type="checkbox"/> ；磁盘文件 <input type="checkbox"/> ；其它：_____ 2、借阅时间：_____年 月 日； 3、复制情况：无复制 <input type="checkbox"/> ；全部复制 <input type="checkbox"/> ；部分复制：_____ 4、是否摘录：无摘录 <input type="checkbox"/> ；摘录：_____ 5、归还文件完损情况：完好 <input type="checkbox"/> ；损坏情况：_____ 6、归还时间：_____年 月 日 档案管理员签字：_____年 月 日				
注：此表填写完毕后由档案管理员留存保管				