

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

健康醫院認證自我評估表

標準 2. 病人評估 Patient Assessment

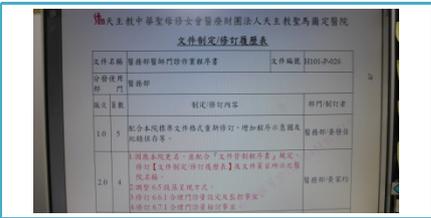
2.1 組織在第一次與病人接觸時就評估其健康促進的需求。

2.1.1 機構在病人住院或初次就診時具有如何辨識病人吸菸狀態、嚼檳榔狀態、飲酒狀態、身體活動、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。

| | |
|-------------|--|
| 評分說明 | <p>■ 完成 □ 未完成 (完成下列 1 項為未完成；2 項為完成)</p> <p>1. 住院及初診時具有如何辨識病人吸菸(含電子煙)、二手菸(電子煙霧)、嚼檳榔、飲酒、身體活動、營養及心理-社會-經濟狀態的臨床指引及步驟。</p> <p>2. 呈現該臨床指引或步驟過去一年中有進行檢討或修訂及負責修訂人員。</p> |
|-------------|--|

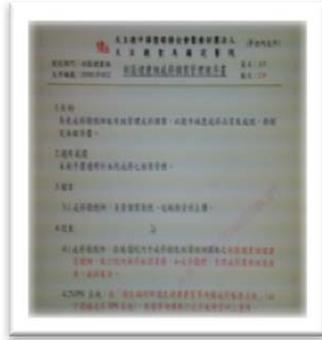
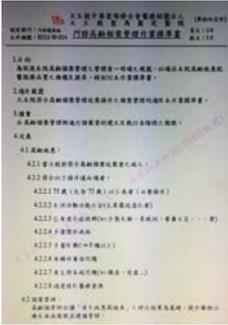
(依病人住院或初次接觸健康促進評估記錄，即輔以臨床指引或步驟畫面分項說明)

- 電腦主動提示系統：依據**推展癌症篩檢提示系統獎勵管理程序書**4.1，個案於掛號現場或門診跟診，工作人員依癌症篩檢提示系統發現個案符合執行子宮頸抹片檢查、乳房攝影篩檢、大腸癌篩檢(iFOBT)、口腔篩檢，鼓勵接受檢查及提供檢查衛教單。
- 醫師評估作業系統：
 - 醫師的門診、急診與住診電腦系統皆有病人吸菸、飲酒狀態(含是否抽菸、二手菸暴露、飲酒等)、營養狀態與心理-社會-經濟狀態的評估項目。
 - 依據醫務部**醫師門診作業程序書**，指出醫師需親自診察病人、安排檢查項目、評估健康促進或其他重要資訊，使病人得到迅速、安全正確及整體病情評估及診斷。

| | | | |
|-------------|---|---|--|
| 自評內容 |  <p>推展癌症篩檢提示系統獎勵管理程序書</p> |  <p>醫師評估作業系統(住院)</p> |  <p>醫務部醫師門診作業程序書</p> |
|-------------|---|---|--|

3. 門、住、急診護理評估：

- 診間與病房護理站皆設置護理評估資訊系統，評估內容採戈登(Gordon)11項功能做評估依據，內容包含健康行為(含是否抽菸、二手菸暴露-被動吸菸、飲酒等)、營養狀態、心理-社會-經濟狀態、健康認知及壓力因應、跌倒高危險群篩選等；急診初步則以檢傷系統及系統性評估、跌倒經驗。依據本院護理臨床照護指引、門診高齡個案管理作業標準書、社區健康組戒菸個案管理程序書、護理部出院準備服務資源轉介操作作業標準書、出院準備資源轉介管理程序示意圖、戒檳個案評估，於第一次與病人接觸時就評估其健康促進的需求。
- 慢性病個案評估：慢性疾病或代謝症候群相關疾病患者，依據慢性病個案管理系統評估其健康促進需求，將其健康促進需要資料鍵入健康管理系統，系統中可查過去已提供過衛教服務及未來應提供衛教項目。



門診高齡個案管理
作業標準書

社區健康組戒菸個案管理程序書

出院準備服務資源
轉介操作作業標準書



出院準備資源轉介管理程
序示意圖

戒癮個案評估

4. 社會工作個案管理：社會服務科於開案時依據「一般個案社會工作管理程序書」須登錄病人之疾病狀況、醫療過程與病人的社會文化背景資料，進行個案處遇。

| 文件名稱 | 文件編號 | 文件範本 | 版次 | 閱讀 | 生效日 | 維護者 |
|---------------------|-------------------|-------------------|-----|----|------------|-------------|
| 社會服務科_一般個案社會工作管理程序書 | 2011-12-24-002327 | 院級ISO文件(審核至院長室鈞長) | 6.0 | | 10/11/2016 | 許純僑(000726) |

一般個案社會工作管理程序書

5. 呈現該臨床指引或步驟過去一年中有進行檢討或修訂及負責修訂人員。
- (1) 護理臨床照護指引：依據新制醫院評鑑內容及ISO9001認證每年定期重新修訂照護標準程序。
 - (2) 新增「高齡醫療照護團隊轉介指引」：2011年設立高齡醫療照護團隊，提供門住診高齡病人執行老人周全性評估以及個案管理。
 - (3) 戒菸門診：依據二代戒菸，編修『住院病人轉介戒菸門診流程』、『戒菸專線服務轉介流程』以及『戒菸諮詢服務收案流程』、社區健康組戒菸門診個案管理程序書。
 - (4) 婦產科衛教室：本院針對「子宮頸癌篩檢管理程序書」、「門診子宮頸抹片檢查報告寄發及失聯管理作業標準書」等部分進行修正及新增。
 - (5) 社會服務科：依據新制醫院評鑑內容增訂「一般個案社會工作工作指導書」。

| 文件名稱 | 文件編號 | 文件範本 | 版次 | 閱讀 | 生效日 | 維護者 |
|----------------------------|-------------------|------------------|-----|----|------------|-------------|
| H501-P-012社區健康組戒菸門診個案管理程序書 | 2012-10-17-008770 | 單位ISO文件(審核至單位主任) | 2.0 | | 01/12/2016 | 陳洸歌(030210) |
| H501-P-101-01戒菸門診電訪追蹤記錄單 | 2013-09-06-017201 | 附件-表單(審核至單位主任) | 2.0 | | 01/12/2016 | 陳洸歌(030210) |

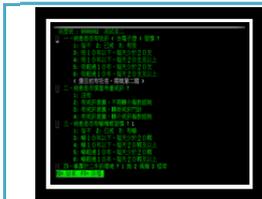
社區健康組戒菸門診個案管理程序書、戒菸門診電訪追蹤記錄單

2.1.2 將病人健康促進需要評估記錄在病歷中。

- 評分說明**
- 完成 □ 未完成
(完成下列 1 項為未完成；2 項為完成)
- 依前條病人健康促進評估記錄，記載於病歷或照護紀錄中(無菸檳及高齡服務(如跌倒評估...等)為必辦，若為婦幼專科醫院高齡可免填)。
 - 病歷或資訊系統上，有設計適當欄位或系統程式供記錄之用，或視臨床慣例處理。

(依前條病人健康促進評估記錄，即輔以病歷或資訊系統程式畫面分項說明)

- 紀錄於電腦主動提示系統：初診掛號填寫基本資料時，於掛號現場及網路掛號系統主動提示詢問可填寫並記錄吸菸史(含電子煙)、二手菸(電子煙霧)、嚼檳榔等資訊，紀錄後主動篩選符合四癌篩檢資格於掛號收據、門診看診系統提示個案進行相關衛教或篩檢。



掛號現場主動提示



網路掛號主動提示



掛號收據



門診看診系統

- 紀錄於醫師作業系統：

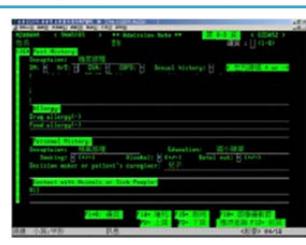
- 醫師依照評估項目紀錄第一次與病人接觸得知之需求，紀錄於初診系統內，醫師也可依據問診結果進行修改於醫師評估作業系統。掛號系統登錄有吸菸史後，於看診時電腦主動提示為吸菸個案，供醫師予以勸戒。
- 急診：急診病歷記載含過敏史、Diagnosis、Chief Complaint、Present Illness、Past History、Physical Examination、用藥醫囑及簽章等，並特別記錄病情變化及註明病人離院流向，如急診病歷記載畫面、急診病歷。
- 住院：病人住院時會將其健康促進需要評估記錄於住院病歷中，內含「入院病摘(如圖)」、「住院診療計畫書」、「病程記錄」、「Problem List」、「手術紀錄」、「出院病摘(如圖)」等。主治醫師需親自診察病人並評估後視病情擬訂住院診療計畫，如圖。

- 紀錄於門、住、急診護理系統：

- 診間與病房護理站皆設置護理評估資訊系統，護理人員依於第一次與病人接觸時就評估其健康促進或出院準備服務的需求(如：孕婦吸菸及被動吸菸、小兒(含嬰兒、兒童)同住者吸菸、入院護理評估跌倒經驗、急診護理評估跌倒經驗)並依照護理評估資訊系統或出院準備服務系統欄位，紀錄上述健康行為之相關內容。
- 慢性病個案管理系統：慢性疾病或代謝症候群相關疾病患者，依據慢性病個案管理系統評估其健康促進需求及依需要資料紀錄於健康管理系統，系統中可查過去已提供過衛教服務及未來應提供衛教項目。



初診系統



醫師作業系統



急診病歷記載畫面



急診病歷

自評內容



住院評估系統



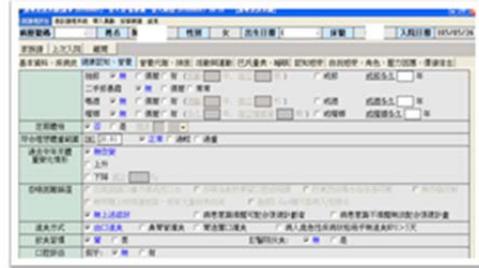
入院、出院病摘畫面



住院診療計畫書



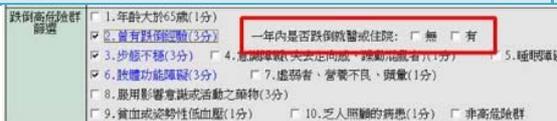
診療計畫



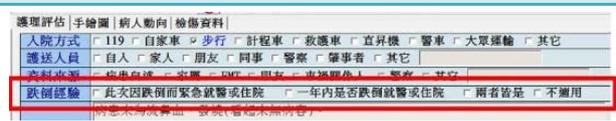
婦產科—孕婦吸菸及被動吸菸



小兒科—小兒(含嬰兒、兒童)同住者吸菸



入院護理評估跌倒經驗



急診護理評估跌倒經驗



出院準備服務系統



出院準備服務系統



慢性病個案管理系統

4. 社會工作個案管理：社會服務科於開案時依據一般個案社會工作管理程序書須登錄病人之疾病狀況、醫療過程與病人的社會文化背景等資料，紀錄於社服個案管理系統，進行個案處遇。



社服個案管理系統

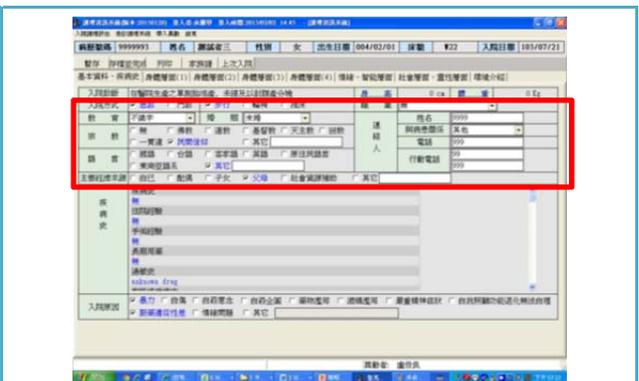
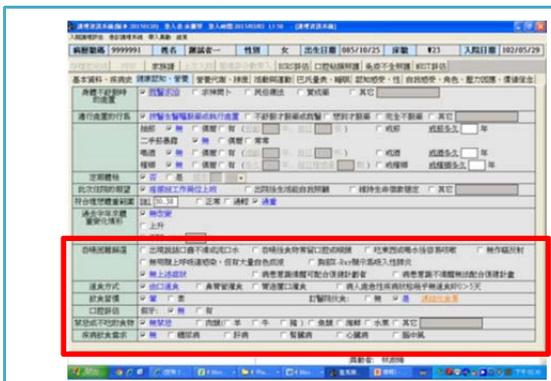
2.1.3 在病歷中適切地記載病人的社會-文化決定特殊需要。

- 完成 部分完成 未完成
 (完成下列 1 項為未完成；完成 2 項為部分完成；3 項為完成)
1. 病歷或照護紀錄中，有確實記載社會-文化狀況(如特殊飲食、宗教需求或其他需要)導致疾病風險特別注意的事項。
 2. 病歷或資訊系統上，有設計適當欄位或系統程式供記錄之用，或視臨床慣例處理。
 3. 有針對病人特殊需要提供相關服務並記載於病歷中。

(依病人社會-文化、特殊需要等紀錄，即輔以病歷或資訊系統程式畫面分項說明)

1. 門住診病人：依據『護理過程管理程序書』及『護理資訊系統操作指引之入院護理評估』進行護理評估，評估內容包含基本資料、飲食或特殊飲食、宗教信仰、經濟狀況、家族史、婚姻狀況、語言、職業、社會文化背景、特殊需要資料，並登錄於電腦系統。
2. 醫師作業系統：有特殊飲食、宗教與心理-社會-經濟狀態、日常生活習慣、家庭生活資料、重大生活事件、特殊需要的紀錄，醫師可依據問診結果進行修改紀錄。
3. 癌症防治中心—癌症個案管理系統：病人社會及文化背景(如：原住民、教育程度)、特殊需要提供相關服務之資料相關電腦畫面。
4. 慢性病防治中心—慢性病個案管理系統：病人社會及文化背景(如：國籍、語言、婚姻、宗教、職業、經濟、教育程度、支持系統)、特殊需要提供相關服務之資料相關電腦畫面。
5. 社會服務科個案記錄—社服個案管理系統：社會服務科於開案時依據「一般個案社會工作管理程序書」須登錄病人之醫療過程與病人的社會文化背景資料，疾病相關資料、疾病適應狀況、家庭評估資料、主要問題評估及年齡、婚姻狀況、教育、職業等社會文化背景、特殊需要的資料進行個案處遇。

自評內容



護理資訊系統-飲食或特殊飲食等項目

護理資訊系統-宗教、語言、職業等項目



醫師評估作業系統-日常生活習慣、家庭生活資料、重大生活事件

醫師評估作業系統-特殊需要等項目紀錄

癌症個案管理系統-紀錄原住民身分、教育程度等項目

癌症個案管理系統-特殊需要等項目紀錄

慢性病個案管理系統-國籍、語言、婚姻、宗教、職業、經濟、教育程度等項目

慢性病個案管理系統-支持系統及特殊需要備註等項目

社服個案管理系統-社會文化紀錄

社服個案管理系統-特殊需要提供服務及記錄

2.1.4 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。

| | |
|----------------------------|--|
| <p>評 分 說 明</p> | <p>■ 完成 □ 部分完成 □ 未完成 (完成下列 1 項為未完成；完成 2 項為部分完成；3 項為完成)</p> |
| | <p>1. 對於經轉介而來的病人病歷或照護紀錄中，有納入先前醫師或其他照護單位提供的評估資料或健康促進需要(無菸癮及高齡服務為必辦，若為婦幼專科醫院高齡可免填) 2. 病歷或資訊系統上有納入轉介單位之相關資料或建議 3. 有將處理結果回復原轉介單位</p> |
| <p>自 評 內 容</p> | <p>1. 對於經轉介而來的病人病歷或照護紀錄中，有納入先前醫師或其他照護單位提供的評估資料或健康促進需要。</p> <p>(1) 轉診中心：</p> <p>a. 院內門急住診轉出—轉出單：經醫師開立轉診單，由事務員協助病人辦理轉院，並將醫師開立之醫囑及評估資料紀錄於病歷中，供給預轉診醫師及護理人員參閱，轉診中心同時追蹤接受轉介之醫療機構回函，並將回函存檔病歷中，並供醫師線上參閱。</p> <p>b. 院外門急診轉入—轉入單：經衛生醫療院所等院外機構轉入病人，由轉診中心專責人員協助彙整病人之相關轉診單與評估表等資料，將其紀錄於病歷系統中並回饋給原轉診院所，供院內與院外的醫護人員作為後續處遇之參考。</p> |
| | <div style="text-align: center;">  <p>轉出單(含處理回覆) 轉入單(含處理回覆)</p> </div> <p>(2) 門、住診衛教轉介：</p> <p>a. 病人經門診醫師診斷或於住院時經醫護人員評估需要衛教師介入輔導時，門診醫師應勾選門診系統畫面之衛教申請，印出「門診衛教申請單」，門診助理應請個案持「門診衛教申請單」至2樓各專科衛教室報到；於住院醫護人員應至「創泰電子系統」之「跨領域團隊照會」(含無菸癮及高齡等服務)，開立衛教轉介，衛教師接獲住院衛教通知，於48小時內至病房訪視病人。</p> <p>b. 病房護理人員依病人之生理狀況與所需提供衛教服務，並將其病人或家屬接受衛教欄位浮貼於『出院照護計劃單(第一聯)』上。</p> <p>(3) 院內科室轉介：本院急診、門診和住診病人經醫師執行病情評估、問診後，判斷病人有需要接受其他專科診治、預防篩檢轉介、檢驗檢查，可開立療程單、健康檢查轉介單，單據上有轉介醫師的姓名與病人資料，轉介資訊也可進入本院病歷資訊系統查詢，於門診衛教結果回覆畫面。</p> <p>(4) 癌症防治中心：個管師參考醫師門診與住診的主訴，以及參考與病人和家屬的會談資訊，來瞭解病人在他院住院的情形，並將相關資訊紀錄於『個案備註』中。以嚼檳榔個案為例於院外發現口腔癌篩檢初篩為陽案，請病人攜帶口篩陽案轉介單至癌症篩檢中心協助掛號、安排確診服務，轉介單與確診結果放置本院電子病歷及癌症個案管理系統，以利相關醫護人員查詢，並將確診結果回覆給轉介單位。</p> |

- (5) 社區醫療群轉介：依據家庭醫師整合性照護試辦計畫，與本院合作之社區醫療群轉介病人入本院時需填寫社區醫療群體系全民健保轉診單，內容包含病人基本資料、病歷摘要、轉介醫師等資料。依據本院社區醫療群管理程序書第6.6.4條文指出，轉診承辦人收到轉入單，一般轉診三天內回覆書面資料給診所，轉診安排檢查者七天內回覆書面資料給診所，轉診安排住院者兩個星期內回覆書面資料給診所。第6.6.5條文指出，轉診病人住院，檢驗、檢查及病摘提供合作之醫療群網路上查詢。
2. 病歷或資訊系統上有納入轉介單位之相關資料或建議，且將處理結果回覆原轉介單位，請見下列圖示。

照會單位

- 在宅醫療
- 糖尿病衛教師
- 癌症個案管理師
- 營養師
- 肝衛教師
- 安寧共同照護護理師
- 社工師(員)
- 高齡個案管理師
- 胸腔科衛教師
- 安寧居家護理師
- 醫護師
- 居家護理師
- 腎臟科衛教師
- 臨床心理師
- 藥師
- 資訊科
- 戒菸衛教師

跨領域團隊照會(含無菸檳及高齡等服務)

病房護理人員提供衛教

門診衛教申請單

跨領域團隊照會畫面

院內科室轉介

門診衛教結果回覆

跨領域團隊結果回覆

科室轉介結果回覆

口篩陽案轉介單

癌症個案管理系統

電子病歷

癌症個案管理系統

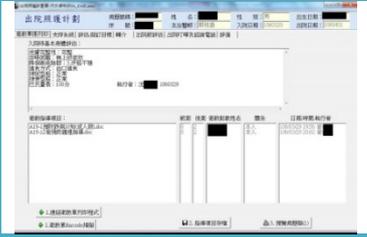
2.2 評估病人健康促進之需求，並根據臨床變化作調整。

2.2.1 在病人要出院或臨床介入告一段落時，有重新評估其健康促進需要的臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。

| | |
|----------------------------|--|
| 評 分 說 明 | <p>■ 完成 □ 部分完成 □ 未完成</p> <p>(完成下列 1 項為未完成；完成 2 項為部分完成；3 項為完成)</p> |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人出院或臨床介入告一段落，有重新評估其健康促進之需要。 2. 訂出個別化的健康照護方法，並記載於病歷或照護紀錄中(無菸癮及高齡服務為必辦，若為婦幼專科醫院高齡可免填) 3. 呈現該臨床指引或步驟過去一年中有進行檢討或修訂及負責修訂人員。 |

(依病人出院或臨床介入告一段落之各項內容，重新評估其健康促進需求、訂定個別化的健康照護方法，輔以依據之臨床指引或步驟畫面分項說明)

1. 護理過程修訂及檢討：
- (1) 依據『護理過程管理程序書』6.7所示，評值護理目標分為持續性評值(護理人員每班檢視護理計畫和評值病人健康狀態的變化及對護理措施的反應，視情形修正計畫並記錄於「護理紀錄」)及總結式評值(將病人的健康狀態與預期目標做比較於出院或結案後對整個護理過程做總論式評值)。
 - (2) 在病人出院前或臨床介入告一段落時，評值護理目標是持續性、不斷的再評估，適時的修訂或重新擬定護理診斷，直到護理計畫終止，評估個案需求於**同意書暨衛教單印表程式**列印個別衛教指導記錄，並定期檢視及修改如下列**護理過程管理程序書及修訂歷程**。

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 同意書暨衛教單印表程式 | 個別衛教指導及記錄 | 護理過程管理程序書及修訂歷程 |

自
評
內
容

- (3) 依護理照護過程管理作業程序書，門診與住院衛教轉介、檢驗/檢查轉介及院外轉入與轉出有詳細作業指引規範，定期檢討修正如下列各式作業程序書及相關內容。

| 各式作業程序書及相關內容 | |
|--------------|----------------------------------|
| 門診護理 | 各式指導(衛教)作業細則：結核病、氣喘、心臟病、糖尿病、肝病 |
| 病人住院 | 加護病房轉出入原則 |
| 出院準備 | 各式服務作業細則(收案、高危險群篩選、資源轉介、轉長期照護機構) |
| 病人出院 | 病患轉院作業指導書、病患轉出作業細則 |
| 轉診/轉檢 | 門/急診病患轉入作業細則 |

2. **出院準備過程修訂及檢討：**
 - (1) 出院準備服務委員會定期進行出院準備相關過程修訂及檢討，病人住院中確認長期性照護問題並擬訂出院準備計畫，依需求適當的轉介院內團隊協助，當病人接受治療結束準備離開醫院，由主護再度評估病人記錄於資訊系統。統計2014~2016年每月監測高危險群篩選率平均達98.80%、出院準備服務收案率平均達19.07%、轉介

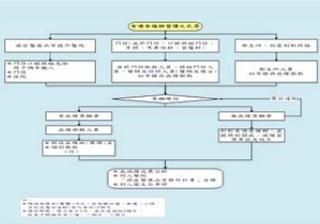
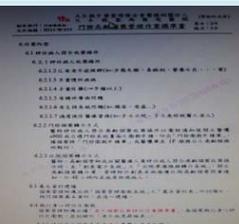
達成率平均達98.58%、焦點護理紀錄暨衛教之正確性稽核成果平均達97.75%。依據出院準備服務年度計劃，每月執行出院準備服務團隊服務量統計平均達59.27%。

| 項目 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 平均 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| 高危險群篩選率 | 98.65% | 99.07% | 98.69% | 98.80% |
| 出院準備服務收案率 | 18.21% | 18.76% | 20.23% | 19.07% |
| 轉介達成率 | 99.14% | 99.20% | 97.40% | 98.58% |
| 焦點護理紀錄暨衛教之正確性稽核成果 | 99.60% | 97.25% | 96.40% | 97.75% |
| 團隊服務量統計 | 55.71% | 58.74% | 63.37% | 59.27% |

- (2) 為確保住院病人獲得全人照護品質，及提供所需出院準備服務資源轉介，以提供個別化的健康照護方法，定期進行相關過程修訂及檢討，相關內容如『**出院準備資源轉介管理程序書**』：
- 4.1所示，院內資源指本院**專業團隊組別(等同跨領域團隊照會單位)**，如：社工師(員)、出院準備護理師、營養師、糖尿病衛教師、肝病衛教師、胸腔科衛教師、腎臟病衛教師、癌症個案管理師、居家護理師、安寧共同照護護理師、安寧居家護理師、藥師、戒菸衛教師、關懷師、臨床心理師、高齡個案管理師，共計16個專業團隊組別，照會情形記載於**出院準備服務照會處置**。
 - 4.2所示，護理照會為單位內病人因跨科簽住或有它科專科照護需求者，需其他護理次專科不論照護能力或技術上協助，提出護理照會申請及支援稱之，共19個護理照會單位。

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| <p>出院準備資源轉介管理程序書</p> | <p>出院準備服務照會處置</p> | <p>定期進行相關過程修訂及檢討-如： 出院準備資源轉介管理程序書修訂紀錄</p> |

3. 門診個案管理：各團隊作業程序書(SOP)或作業標準書：如慢性病衛教在個案管理系統衛教記錄呈現，若個案對此疾病照護認知仍未達標準，衛教師會主動視病人個別需求予衛教並記錄追蹤；**戒菸個案管理程序書、戒癮需求評估流程、高齡個案管理作業標準書**，由衛教師執行衛教、掛號及相關資料建立、個案追蹤、成效統計及檢討，並定期進行相關過程修訂及檢討。

| 團隊作業程序書(SOP)或作業標準書 | | | |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |
| <p>慢性病衛教</p> | <p>戒菸個案</p> | <p>戒癮需求</p> | <p>高齡個案</p> |

4. 社會工作個案管理：依據「**一般個案社會工作管理程序書**」，社工師(員)在處遇的過程中需要不斷評估個案需求、資源、處理能力與處遇方法，不斷調整協助方向，並於個案紀錄中詳實記錄，並定期進行相關過程修訂及檢討。