



滨州沪滨爱尔眼科医院防范患者跌倒（坠床）评估记录表

诊断：		入院时间：		出院时间：			
评估内容		计分标准		评估日期			
		是	否				
年龄	70-75 岁或 8-12 岁	1	0				
	76-79 岁或 4-7 岁	2	0				
	≥80 岁或 0-3 岁	3	0				
跌倒史	最近一年内有跌倒史或因跌倒住院	2	0				
	住院前 6 个月内有 2 次跌倒史，或此次住院期间有发生跌倒经历	3	0				
运动异常	步态异常、假肢、行走需要辅助设施或旁人帮助	3	0				
精神状态异常	谵妄、痴呆、头晕、眩晕、认知功能受损、意识不清、无定向感或躁动不安	2	0				
排泄异常	大小便失禁或频率增加，携带导管	1	0				
视力受损	较好眼矫正视力<0.05 者，独眼手术或双眼包扎者	3	0				
听力受损	患者有复听、耳聋或自诉听力障碍	1	0				
睡眠障碍	多醒、失眠、夜游症或自诉睡眠不好	1	0				
相关病史	患有多种疾病：中风、心脑血管疾病、骨质疏松症、骨折、低血压、缺氧、高血压、糖尿病	2	0				
	患有以上所列疾病中的一种	1	0				
	使用多种药物：心血管药物、抗癫痫药、麻醉止痛药、镇静催眠药、精神类药品、降糖药、降压药、利尿药、泻药	2	0				
	使用以上所列药物的一种	1	0				
其它	患者当日使用散瞳滴眼液	1	0				
	住院期间无家属陪护	1	0				
	患者及家属不遵从医护人员健康指导	1	0				
评估结果及预防措施实施情况							
预防措施/评估得分							
保持地面无水渍、障碍物，病室及活动区域灯光充足							
悬挂预防跌倒警示标识，班班床旁交接跌倒风险因素及跌倒预防措施落实情况							
告知患者及家属可能导致跌倒原因，并采取相应防范措施							
患者日常用物、呼叫铃放于可及处，指导患者若有必要寻求帮助							
指导患者穿长短合适衣裤及防滑鞋							
严格执行分级护理标准要求，确定患者需要照护的程度，按实施要求提供护理							
适当使用床挡、轮椅，转运时使用安全带							
依据风险程度，必要时 24h 专人陪护，保持患者在照护者的视线范围内							
责任护士签字：							

跌倒（坠床）高风险告知（≥3分患者及家属签字）：

经护士评估，您在住院期间，发生跌倒（坠床）的风险较高，我们将采取上述预防措施进行干预，但仍有跌倒（坠床）的风险，请您积极配合预防措施的落实，护士已告知注意事项和风险，患者及家属表示理解，并签字确认。

患者签字：

日期：

患者家属签字：

日期：

1、所有患者入院时、转科时，均应进行跌倒（坠床）风险评估，高危患者须进行相关标识并做好相关预防与护理工作

2、病人入院初始评估后每周评估一次，手术后、住院期间发生病情变化、使用高跌倒风险药物、跌倒后、跌倒高风险患者出院前，需再次评估；每项评估情况请在相应评估日期栏内写上具体分值。

3、请在“评估结果及预防措施实施情况”中填写评估最终得分，以及是否实施相关预防措施（若已实施，清划（“√”），评分3分以上者属高危患者。