

# 安徽省护理质量控制中心

---

## 关于进一步规范护理不良事件分级分类上报管理的指导意见

遵循《安徽省三级综合医院评审标准细则（2011年版）》精神，为进一步明确护理不良事件分级分类管理范畴，界定不同类别与不同性质的护理不良事件，规范不良事件上报流程及内容，为及时处理、总结、分析不良事件发生的原因，保障病人安全，持续改进医院服务系统，根据对我省护理不良事件管理督察发现，经安徽省护理质量控制中心经过循证、讨论和研究，现规范全省医疗机构护理不良事件的分级分类及上报管理，内容如下：

一、不良事件定义：在临床诊疗护理过程中发生的、不在计划中的、未预计到的或通常不希望发生的事件。或在任何可能影响患者诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗护理纠纷或事故及影响医疗护理工作的正常运行和医护人员安全的因素和事件。

### 二、临床护理常见不良事件分类

1、用药事件：给药错误（对象、药名、时间、剂量/剂型、途径、频次、药物浓度、给药顺序、给药速度、药物过期）、医嘱漏执行、在缺少医嘱的情况下给药、不做皮试给药、执行已停止

的医嘱、违反药物配伍禁忌等、药品保存不当或丢失，其他

2、压疮：院内获得压力性损伤

3、跌倒/坠床：院内跌倒/坠床

4、非计划性拔管：气管插管、胃管、鼻肠营养管、导尿管、深静脉置管、胸腔闭式引流管、腹腔引流管、脑室引流管、各种造瘘管、血液透析或滤过管道、胆道引流管、动脉管道、其他

5、标本类：标本采集对象错误、标本采集时间错误、标本采集后未送检、标本条码贴错、标本遗失/打碎、标本撒漏、实验室检查项目漏检，标本种类错误、送检部门错误、选择试管错误、其他

6、输液/输血类：输血对象错误、输血(剂型、剂量、种类)错误、包装袋破损、液体或血制品被污染、输液/输血不良反应、药物外渗/渗出、静脉炎(二级及以上)、静脉管路堵塞/破损/断裂/异位、其他

7、意外事件：烧(烫)伤、约束意外(皮肤、血管、神经或肌肉骨骼损伤)、自残、自杀、走失、咬破体温表、误吸/窒息；职业暴露(针刺伤、锐器伤)，其他

8、手术事件类：体内遗留手术物品/器械、手术物品/器械清点错误、电(刀)灼伤、术前准备不充分致延迟手术、其他

9、沟通类：护患沟通不良致投诉/身体攻击、其他

10、其他：无菌物品/器械未达到无菌标准，医疗器械/仪器故障，输液泵/微量泵操作不当，护理文件丢失，其他

### 三、护理不良事件分级

1、死亡：与患者病情的自然发展或基本状况无关的死亡

2、极重度：造成病人永久性残障或永久性功能障碍（如肢障、脑伤等）

3、重度：事件造成病人伤害，除需额外的探视、评估或观察外，还需手术、住院或延长住院处理（如骨折或气胸等需延长住院）。

4、中度：事件造成伤害，需额外的探视、评估、观察或处置

5、轻度：事件虽然造成伤害，但不需或只需稍微处理，不需增加额外照护。如表皮紫红，擦伤，淤青等。

6、无伤害：事件发生在病人身上，但是没有造成任何的伤害。

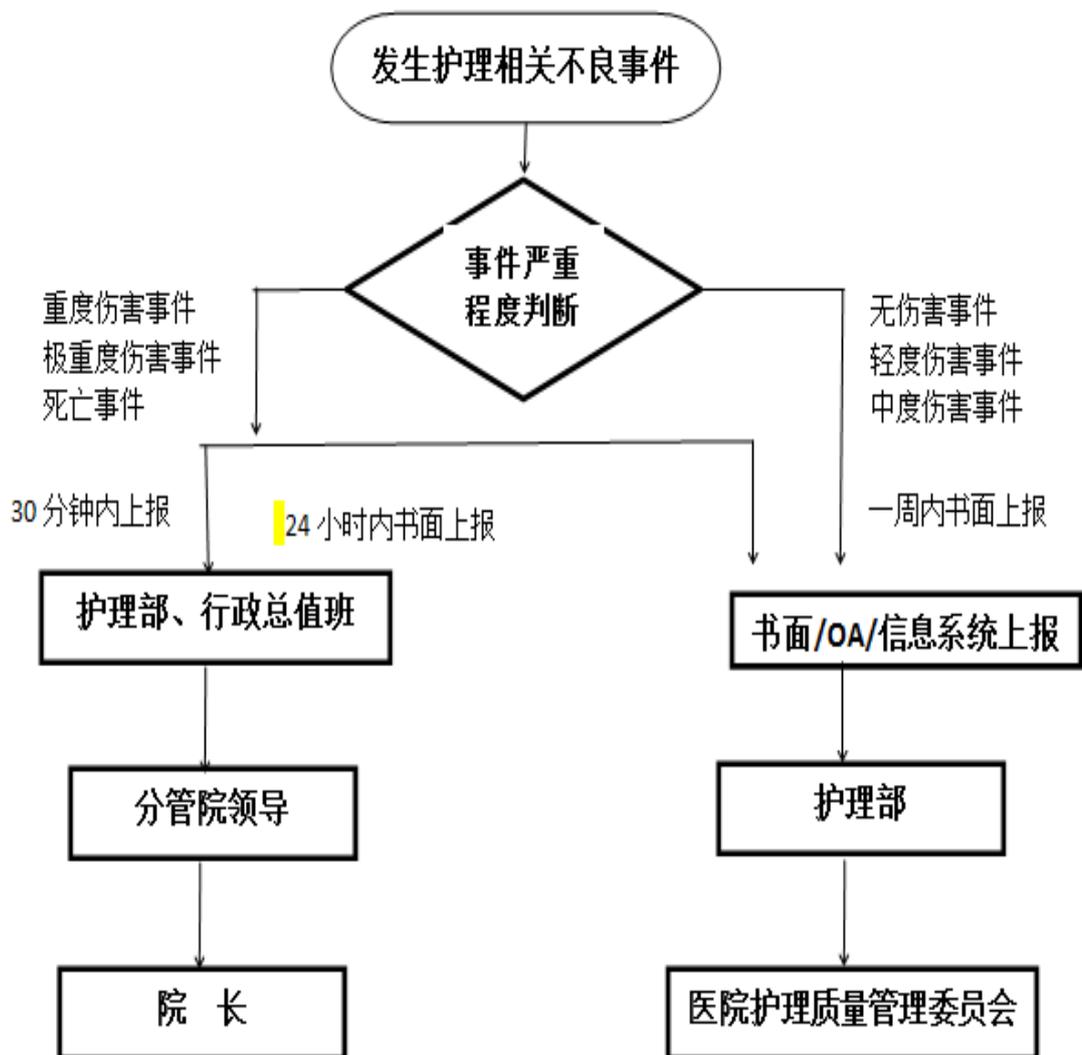
### 四、护理不良事件上报流程

一旦发生护理不良事件，先判断事件的严重程度，根据对患者造成的伤害程度进行逐级、限时上报。

1、重度伤害事件、极重度伤害事件、死亡事件：事件重大、情况紧急者当事人立即口头报告护士长、科主任或总值班人员，及时采取措施，将损害降至最低，必要时组织全院多科室的抢救、会诊等，30分钟内报告护理部及行政总值班。当事科室应在24小时内填写《护理不良事件上报表》，以书面/OA/信息系统等形式上报护理部。

2、无伤害事件、轻度伤害事件、中度伤害事件：当事人应立即报告病区护士长、医生，采取相应措施，将损害减少到最低程度。当事科室一周内填写《护理不良事件上报表》，以书面/OA/信息系统等形式上报护理部。

### 不良事件上报流程图



## 五、护理不良事件管理的系统化建设

附 1：护理不良事件上报表公共部分

附 2：护理不良事件上报表个性事件内容：用药事件上报表、跌倒/坠床事件上报表、管路滑脱事件上报表

本补充规定自 2018 年 7 月 1 日执行。



安徽省护理质量控制中心

2018 年 6 月 25 日

## 附 1: 护理不良事件上报公共部分

### 一般信息

报告日期 (默认当前日期时间)

病人信息:

病区 年龄 性别 住院号 诊断 (以上所有项目均自动取 HIS 中资料)

### 第一部分: 通报事件资料

一、事件发生日期:  知道 → \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 时:  不知道

二、事件发生地点 (可多选):

一般病房 (含病房走廊、浴室、护士站等病房所涵盖之区域)

药房

急诊室

门诊 →

门诊大厅  诊疗室  检验站  其他, 请说明:

特殊医疗护理区

重症病房  手术室  产房  安宁病房  康复部门  日间照射

透析中心  其他, 请说明:

公共区域 →

活动厅  楼梯间  电梯  停车场  其他, 请说明:

功能检查室 →

X 光室  超声波室  CT 室  血管摄影室  放射诊断科

内镜室  心电图室  肺功能室  核磁共振室  其他, 请说明:

不知道

其他, 请说明:

三、事件发生后受影响的程度 (可多选)

有伤害 → 1、死亡 2、极重度 3、重度 4、中度 5、轻度

6、无伤害

无法判定伤害严重程度

不知道  其它, 请说明:

四、与事件发生过程中有关联的人员（可多选）：

- 医师→
  - 主治医师       住院医师       实习医师
- 护理人员→
  - 主管及以上职称     护师       护士     实习护士
- 药事人员→
- 物理治疗人员→
- 放射技术人员→
- 行政人员→
  - 行政人员       维修人员       资讯技术人员       质量管理人员
  - 其他，请说明：
- 支援人员→
  - 看护     志愿者     保安     外包人员     其他，请说明：
- 病人或家属→
  - 病人     家属     访客

**第三部分：此事件发生后的立即处理（可复选）**

- 无介入→
  - 不需任何处理     病人拒绝处置     其他：请说明
- 医疗介入→
  - 持续观察       加强护理防范       监测生命体征
  - 给予额外的药物治疗或医疗处置     停止与事件有关的用药或治疗
  - 急救             伤口护理             转诊或转院治疗
  - 其他，请说明：
- 其他介入→
  - 给予病人家属慰问及支持     离开与危害相关的设备或环境
  - 通报警察机关                 通报卫生主管机构
  - 医疗团队进行沟通             其他，请说明：
- 不知道

**第四部分：您认为预防此类事件再发生的措施或方法（包括主管建议）（可复选）**

- 加强教育训练→
  - 提供医疗人员临床教学训练     改变医疗人员行为态度
  - 提供病人及家属适当宣教       改变病人及家属行为态度     其他，请说明：
- 改变医疗照护方式→

- 制定合适的安全作业指引或标准作业流程    临床作业流程改善  
医嘱系统或提示系统修订    其他，请说明
- 改变行政管理→  
医院政策制度改变    医院行政流程改变    监测制度的建立（如通报，指标）  
人力配置改善    改变病区布局    加固安全设施    增加护理设施    其他，请说明  
其他，请说明
- 加强沟通方式→  
增加医疗人员间沟通    改变与病人沟通模式  
改变行政上沟通系统    其他，请说明
- 不知道  
其他，

## 第五部分：通报者资料

### 一、通报者身份：

- 医师→  
主治及以上职称医师    住院医师    实习医师
- 护理人员→  
主管及以上职称    护师    护士    实习护士
- 药事人员→  
物理治疗人员→  
放射技术人员→  
行政人员→  
行政人具    维修人员    资讯技术人员    质量管理人员  
其他，请说明：
- 支援人员→  
看护    志愿者    保安    清洁人员    其他，请说明：

### 二、工作年资：

- 未满1年     1-5年     6-10年     11-15年  
 16-20年     21-25年     26年以上

### 三、进入现职机构年资：

- 0-5年     6-10年     11-15年     16-20年     21-25年     26年以上

第六部分：事件发生后其他处理与分析（相关负责人填写）

第七部分：不良事件评价（主管部门填写）

第八部分：持续改进措施（主管部门或医疗质量管理委员会填写）

## 附 2：护理不良事件上报表个性事件内容

### 用药事件上报表

#### 一、错误发生阶段(可复选)：

1  医嘱开立错误 →

- 药名错误     途径错误     剂量错误     频率错误  
 病人辨识错误     剂型错误     数量错误     字迹难以辨识  
 多种药品组合问题（药品可能产生交互作用）

开立不适用病人病情药物（如开立造成病人过敏的药物、药物不符病情或具有禁忌症）

- 溶液稀释问题                       重复用药                       其他，请注明：

2  医嘱输入错误 →

- 处方抄录错误     电脑输入错误

3  药房调剂错误 →

- 药名错误     途径错误     剂量错误     频率错误     病人辨认错误  
 剂型错误     数量错误     遗漏错误     稀释溶液问题  
 其他，请说明

4  传送运输错误→

- 时间延迟     地点错误     药物遗失     药物损毁

5  给药阶段错误→

- 药名错误     途径错误     剂量错误     频率错误     病人辨识错误  
 剂型错误     遗漏给药     数量错误     药物渗漏     稀释溶液错误  
 速率错误     药物遗失     未依时间给药     给药顺序错误

其他，请说明：

不知道

其他，请说明：

#### 二、应给药物剂型（可复选）→

- 口服药     注射剂                       外用药（包括眼药、药膏、滴耳剂、栓剂）  
 吸入剂     化学治疗针剂     应给药名（剂型）     给错药名（剂型）  
 其他，请说明：

**三、医院药物标准作业流程：→**

有→

- 制定书面文件      实施相关教育训练      建立监测机制  
执行监测及评值      其他，请说明：

无

不知道

**四、事件发生可能原因（可复选）：**

与病人生理及行为因素相关 →

- 因个人体质产生药物不良反应      未提供或提供错误用药史  
未遵从医嘱服药      其他，请说明

与工作状态/流程设计因素相关 →

- 诊断前未对病人完全评估      缺乏标准作业流程  
未依照标准作业流程      未做复核      药房缺药  
归错药盒      工作量大      人力未达预期配置      其他请说明

与人员个人因素相关 →

- 人员疏忽      仪器操作不当      临床训练不足  
环境设备不熟悉      采用不适当的资讯      书写潦草      其他请说明

与药品（仪器设备）因素有关 →

- 药名相似      药物外型与包装相似      药物有多种剂型  
药品标示不清      药品过期，变质或毁损      给药设备物才不足  
仪器功能异常      资讯系统问题      未有异常警示系统      其他请说明

与沟通相关因素→

- 未清楚交班      医护团队间沟通不足      与病人或家属缺乏沟通  
口头医嘱交代不清      对缩写认知不一致  
用药宣教不到位或宣教方式不当      其他请说明

**五：请叙述整起事件经过以及您认为发生本次事件的可能原因。**

例：早上门诊病人于药房领药后发现药袋标示为止痛药，但药定外包锡箔标示为胃药，病人向药师反应后换为正确药物，可能师因为两药包装类似，且当时为领药尖峰时段。造成人员忙碌而出错。

## 跌倒/坠床上报表

### 一、跌倒/坠床事件发生对象：

1 最近一年跌倒次数（不含此次）：

- 超过1次以上       无       不知道

2. 事件发生前是否为跌倒高风险群：

- 是       否       未评估       不知道

3. 事件发生前的独立活动能力：

- 独立       需协助       完全依赖       不知道

4. 平日有无陪伴者：

- 有       无       不知道

5. 事件发生时有无陪伴者：

- 有（家属   看护   工作人员   其他，请说明：\_\_\_\_）  
 无    不知道

6. 日常辅具的使用：

- 有（手杖   助行器   轮椅   假肢   其他请说明：\_\_\_\_）  
 无  
 不知道

7. 跌倒时辅具的使用：

- 有（手杖   助行器   轮椅   假肢   其他，请说明：\_\_\_\_）  
 无  
 不知道

8. 事件发生前床栏使用情形：

- 未拉上       单侧或部分拉上       两侧全拉上
- 病床无床栏       不知道       不适用

**9. 事件发生于何项活动过程?**

- 上下床移位时       进出洗手间时       从坐便器起立时       上下检查台时       上下轮椅时
- 洗澡时       更衣时       卧床休息时
- 行进时（含走路或使用轮椅时）       进出电梯时
- 上下手扶梯时       上下楼梯时       静坐时       从事复健活动时
- 不知道       其他，请说明：\_\_\_\_\_

**10. 跌倒地点?**

- 床边       病室内       洗手间       走廊       阳台       其它

**11. 事件发生当时病人的意识:**

- 清醒       嗜睡       意识混乱       昏迷

**12. 医院内部跌倒预防及处理规范:**

- 有 →
  - 制定书面文件       实施相关教育训练       建立监测机制
  - 执行监测及评值       其他，请说明：\_\_\_\_\_
- 无
- 不知道

**二、事件发生可能原因（可复选）:**

- 与病人生理及行为因素相关→
  - 肢体行动障碍       视力障碍       意识或认知障碍

- 体位性低血压  眩晕感  步态不稳  病人饮酒
- 高危人群病人执意自行下床或活动  使用禁药
- 身体虚弱  躁动  约束不当（含未约束、约束不当等）
- 其他，请说明：

与工作状态/流程设计因素相关→

- 诊断前未对病人完整评估  缺乏标准作业流程
- 未依照标准作业流程  工作量过大  人力未达预期配置
- 其他，请说明：

与人员个人因素相关→

- 人员疏忽  临床训练不足

与器材设备因素相关→

- 器材故障（如床、椅）  病床，椅高度太高  辅具功能故障
- 轮椅，病床轮未固定  鞋具不适合
- 尿盆、便器放在病人不易取得的地方  其他，请说明：

与环境因素相关→

- 地面或打腊湿、滑  路面不平整  通道有障碍物
- 支撑物（如扶手）不牢固  无支撑物（如扶手和栏杆）  灯光昏暗
- 找不到人协助  其他，请说明：

与使用药物相关→

- 镇静安眠药  降压药  利尿剂  止痛麻醉剂
- 轻泻剂  降血糖药  抗湿疹剂  抗癫痫药
- 肌肉松弛剂  其他，请说明

不知道

其他因素,请说明: \_\_\_\_\_

三、请叙述整起事件经过以及您认为发生本次事件的可能原因。例:护理人员听见病房有重物坠地声前往检视,发现一名男病人斜坐地面,主诉如厕后上床时,因病床过高且轮子滑动而站不稳跌倒。事件发生可能与过高的病床位置、床轮未固定有关。

---

---

---

## 非计划性拔管事件上报表

### 一、事件发生时病人状态

#### 1. 病人的意识

清醒  嗜睡  意识混乱  昏迷

#### 2. 管路滑脱前是否曾使用镇静药物？

有  无

#### 3. 拔管时病人的意识状态评分(请写出具体分值)

Ramsay 评分：                      或 RASS 评分：

#### 4. 管路滑脱前病人是否有约束

是  否

#### 5. 最近一星期病人自拔管路次数（包含上述管道类型次数）

超过一次以上  无  不知道

#### 6. 平时有无陪伴者

有  无  不知道

#### 7. 事件发生时陪伴者是否在场

有（ 家属  看护  护理人员  其他，请说明）

无

不知道

#### 8. 事件发生于何项活动过程

上下床移位时  进行检查时  处置照护时  洗澡时  翻身时

卧床休息时  行进时（含走路或使用轮椅时）  静坐时

从事复健活动时  不知道  其他，请说明

## 二、事件发生内容

### 1. 错误类型

管路滑脱 → 自拔 意外滑脱 提前拔管（阻塞、感染、导管材质）

### 2. 管路种类（可复选）

气管内套管 气管内管鼻管 鼻胃管 导尿管 胸引管 中心静脉  
导管 动静脉插管 T型引流管 其他，请说明：

### 3. 固定管路使用之材质：

布料 纸料 绳结 粘贴敷料 其他，请说明：

### 4. 是否重新插管：（拔出后 24 小时内）

是 否 不需要 不知道

## 三、管路固定方式作业标准流程：

有→

制定书面史件 实施相关教育训练 建立监测机制

执行监测及评值 其他，请说明：

无

不知道

## 四、事件发生可能原因（可复选）：

与病人生理及行为因素相关→

病人约束中自拔 病人松脱约束 病人躁动 其他，请说明

与工作状态/流程设计因素相关→

未依照约束标准执行 未进行双手保护约束

事前缺乏对病人完整评估 未使用呼吸器软管支托器材

管路固定方式技术规范不完整 当时护患比情况(护士数:患者数):

未依照管路固定方式作业标准流程 其他,请说明

与人员个人因素相关 →

约束技术不适当 管路固定技术不当 临床训练不足

因注意力转移造成疏忽 其他,请说明

与沟通相关因素→

病人与家属缺乏沟通 病人与医护人员沟通不良

宣教提供不足或宣教方式不当 医护团队间沟通不足

其他,请说明:

不知道

其他因素,请说明

五、请叙述整起事件经过以及您认为发生本次事件的可能原因。

---

---