

上门康护服务项目清单

序号	名称	服务说明
1	伤口换药	护士上门提供换药护理服务，是由护士运用伤口换药技术，通过无菌技术操作进行伤口创面清理、更换敷料。预防和控制伤口感染，促进组织生长及伤口愈合。 首先，护士根据本次护理操作，评估患者情况，及对伤口情况，做好伤口换药前准备。 然后，对伤口创面进行清洁，清创后包扎。 最后，指导患者及家属伤口护理注意事项。 本服务一次上门可以为同一患者提供三个部位的换药。
2	外科伤口拆线	外科手术后伤口愈合，拆除缝合线的医疗操作，适用于一般外科手术拆线。服务仅限7针以下的伤口拆线，每次服务仅限一处伤口，如果多个伤口需要拆线，请申请多次。
3	上门打针	护士上门提供打针护理服务，是由护士运用肌肉注射或皮下注射技术，通过无菌技术操作为患者注射药物，达到治疗的目的。 首先，护士根据本次护理操作，评估患者情况，并核对医嘱，根据医嘱准备用药。 然后，选择正确的注射部位，为患者进行注射治疗。 最后，指导患者及家属注射后的注意事项。 不提供药物过敏试验或抗生素类、美容整形类的药物注射、疫苗注射（药物过敏试验、抗生素注射等风险较大，请到医院注射）； 护士只提供相关技术服务、不提供药品及相关物品，请您自备。
4	静脉采血	护士上门提供静脉采血护理服务，是由护士运用静脉采血技术，通过无菌技术操作为患者进行静脉采血，留取血标本用于检验。 首先，护士根据本次护理操作，评估患者情况，及血标本种类，做好采血前准备。 然后，选择适合的静脉，为客户采集静脉血标本。 最后，指导患者及家属采血后注意事项。 护士只提供相关技术服务、不提供一次性采血耗材，需自备采血相关工具。
5	物理降温	遵医嘱给予患者物理降温
6	压疮护理指导	护士上门提供压疮护理指导服务，是护士运用专业护理知识可以通过现场及远程根据患者自身情况，分析发生压疮的原因及存在的高风险因素，进行压疮预防的指导宣教，减少压疮的发生。 对已出现压疮的患者，护士根据伤口情况进行一个分期评估及处理方法的指导 最后，指导照护者压疮预防护理注意事项。
7	压疮伤口换药	护士对患者情况及对压疮情况进行评估，做好压疮换药前准备，护士运用压疮换药技术，通过无菌技术操作进行压疮创面清理、更换敷料，促进伤口愈合。 根据患者自身情况，分析压疮的原因，存在哪些高风险因素，进行压疮预防的指导宣教，减少压疮的发生。 最后，指导照护者压疮换药后护理注意事项。

8	鼻饲护理	护士上门遵医嘱经鼻胃管/鼻肠管给予患者胃肠营养、水和药物。 首先，评估患者病情及管路情况，核对医嘱及患者信息，配制营养液或药物等，并调节适宜温度，解释目的取得患者或家属配合。 然后，取适当体位，注入少量温开水冲洗管路，调节速度（必要时用营养泵），用无菌注射器（或无菌营养泵或无菌营养袋）注入药物（或要素饮食）。 最后，确定管路位置并妥善固定，观察腹部体征，排泄情况及相关并发症等，灌注完毕冲洗管路。指导患者家属做好健康教育，并做好服务记录。
9	留置胃管	护士上门提供留置胃管护理服务，是由护士运用留置胃管技术，对长期留置胃管患者进行更换胃管。对不能经口进食的患者，把胃管置入食道中，保证病人摄入营养、水分和药物，促进康复。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，做好留置胃管前准备。 然后，根据医嘱建议，给予留置胃管。 最后，指导患者及家属胃管护理注意事项。
10	留置导尿	护士上门提供导尿护理服务，是由护士运用导尿技术，通过无菌技术操作对长期留置尿管患者进行更换尿管。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，做好导尿前准备。 然后，根据医嘱建议，给予导尿。 最后，指导患者及家属尿管护理注意事项。
11	灌肠护理及指导	护士上门提供灌肠护理服务，是由护士运用灌肠技术，用导管自肛门经直肠插入结肠灌注液体，以达到通便排气的治疗方法。软化粪便、解除便秘；清除肠道积气，减轻腹胀；为高热病人降温。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，及肛周皮肤粘膜情况，做好灌肠前准备。 然后，根据医嘱建议，灌肠溶液的量、温度、浓度、流速和压力，给予患者灌肠。 最后，观察评价患者灌肠后效果。
12	雾化护理	护士上门提供雾化吸入护理服务，是由护士运用雾化吸入技术，用雾化器将药物分散成雾状，直接作用于呼吸道及肺部。以达到稀释痰液的目的，具有消炎、化痰的作用。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，做好雾化吸入前准备。 然后，根据医嘱，配置药物，给予患者雾化吸入。 最后，观察评价患者雾化吸入后效果。
13	吸痰护理及指导	护士上门提供吸痰护理服务，是由护士运用吸痰技术，通过无菌技术操作经口腔，鼻腔，人工气道（气管切开）将呼吸道的分泌物吸出。以保持呼吸道通畅，预防吸入性肺炎，肺不张，窒息等并发症。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，做好吸痰前准备。 然后，应用吸痰器吸出口腔及气道痰液，保持呼吸道通畅。 最后，观察评价患者吸痰后效果。

14	造口护理	护士上门提供造口护理服务，是由护士运用造口护理技术，通过无菌技术操作进行造口换药。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，及造口情况，做好造口换药前准备。 然后，为患者进行造口周围皮肤的清洁、消毒及更换敷贴操作。 最后，指导患者及家属造口日常护理注意事项。
15	PICC护理	护士谨遵医嘱，根据PICC置管穿刺处的情况，进行换药、接头更换、管路冲洗等操作，防止导管移脱、导管堵塞、感染等问题。并指导患者自我维护。
16	膀胱冲洗	护士上门提供膀胱冲洗护理服务，是由护士运用膀胱冲洗技术，通过无菌技术操作，利用导尿管将溶液灌入膀胱内，再利用虹吸原理将灌入的液体引流出来。清洗膀胱，当出现严重血尿时，防止膀胱内血凝块的形成。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，做好膀胱前准备。 然后，根据医嘱，为患者进行膀胱冲洗。 最后，指导家属尿管日常护理注意事项。
17	口腔护理	护士上门提供口腔护理服务，是由护士运用口腔护理技术，通过无菌技术操作为患者进行口腔清洁。保持口腔清洁，促进患者食欲，预防口腔感染等并发症。 首先，护士根据本次护理服务，评估患者情况，及口腔粘膜情况，做好口腔护理前准备。 然后，根据医嘱为患者进行口腔清洁。 最后，观察评价口腔护理后效果。
18	外周静脉留置针的维护	指外周静脉留置针护理。核对患者信息，评估患者病情、合作程度及留置针周围皮肤情况等，解释其目的取得配合，观察留置针通畅情况，必要时测量臂围，严格无菌操作进行消毒，使用无菌注射器或一次性封管针脉冲式正压封管，严禁提前配置冲管液当日用于多人封管，保持无菌敷料干燥清洁并固定，并做好服务记录。
19	失禁性皮炎的预防护理	对失禁性皮炎进行评估，选择合适的方法、药物敷料、护理用品进行处理，并对患者及照顾者进行健康指导。并做好服务记录。
20	人工肛门便袋护理	评估患者病情及腹胀程度等，核对医嘱及患者信息，解释其目的取得配合，屏风遮挡，取适当体位，合理暴露直肠、结肠或回肠肛门改道造瘘术后伤口，进行造口清洗与人工肛门便袋更换，处理用物，观察并记录，做好健康教育及心理护理。并做好服务记录。
21	腹透管维护	评估患者居家腹膜透析环境、自行透析效果、导管相关并发症等情况，对管路进行日常清洁与维护，更换敷料及管路固定等。对患者、照顾者进行日常管理维护指导。

22	直肠栓剂给药	评估患者病情及腹胀程度等，核对医嘱及患者信息，解释其目的取得配合，屏风遮挡，取适当体位，合理暴露臀部，戴手套，用指润滑剂涂抹手指，手工协助排便或挤入开塞露或甘油灌肠剂或栓剂插入肛门，处理用物，观察患者情况，做好健康教育及心理护理。并做好服务记录。
23	坠积性肺炎预防护理	根据患者的病情、有无手术、引流管、骨折和牵引等，对患者卧位、翻身、拍背等进行指导，选择合适的翻身频次、体位、方式帮助患者翻身拍背，促进排痰。对患者及照顾者进行坠积性肺炎预防健康教育。并做好服务记录。
24	输液港（PORT）维护	输液港（PORT）是一种植入皮下可长期留置在体内的静脉输液装置，有供穿刺的注射座和插入静脉的导管系统组成。可以用于输注各种药物、补液、营养支持、输血、采血等。评估患者导管及皮肤情况，给予输液港维护，包括冲封管、消毒等。对患者、照顾者进行日常管理维护指导。
25	糖尿病足溃疡的护理	对患者溃疡部位进行评估，选择合适的敷料及药物进行处理，并对患者及照顾者进行健康教育指导。并做好服务记录。
26	气管切开置管的护理	评估患者病情、意识状态、气管切开周围皮肤情况等，核对患者信息，做好解释取得配合，监测并保持气囊的压力，必要时人工气道内药物滴入（打开人工气道，吸气相时滴入药物，观察用药后效果并记录），随时清理呼吸道分泌物，局部消毒，更换敷料，保持气管切开处清洁干燥，固定，观察伤口有无感染并记录，做好健康教育及心理护理。并做好服务记录。
27	引流管护理	评估患者病情、管路及引流液情况，对引流管周围皮肤进行护理，更换敷料和引流装置等。对患者、照顾者进行日常管理维护指导。
28	安全护理	根据患者的病情、意识、活动能力、生理机能、家庭环境等，做好坠床、跌倒、烫伤、误吸、误食、错服药物等意外的防护。同时对患者或其照顾者进行安全方面的指导。必要时指导患者或其照顾者选择合适的安全保护用具，安全保护用具包括保护手套、保护带（腕带、腰带）、保护床栏、护理垫、保护座椅、保护衣等。
29	心脑血管疾病护理及指导	为心脑血管疾病患者讲解疾病的康复知识、常用药物作用与注意事项等。对患者进行生活方式、活动、饮食指导； 调查了解患者现疾病发展情况、用药情况。评估因疾病或后遗症导致的生活依赖问题，并给予相应的处理建议； 指导识别相关心脑血管疾病的急性疾病先兆与及时就医 指导患者自我管理并记录自我管理日记。 做好健康教育及心理护理。并做好服务记录。
30	认知能力评估与指导	根据患者病情及实际情况，进行认知功能评定，对患者、照顾者提供康复及照护指导。

31	老年常见风险评估与指导	护士上门提供安全护理服务，包括居家安全护理评估，对于潜在的护理风险进行评估后告知客户。根据患者的病情、意识、活动能力、生理机能、家庭环境等，做好坠床、跌倒、烫伤、误吸、误食、错服药物等意外的防护。同时对患者或其照顾者进行安全方面的指导。必要时指导患者或其照顾者选择合适的安全保护用具。并做好服务记录。
32	康复辅具器具使用指导	评估患者实际情况及需求，按照康复计划对患者、照顾者进行康复辅助器具使用的相关指导。
33	疾病康复指导	评估患者病情及实际情况，按照康复计划对患者、照顾者进行疾病相关心肺、认知、肢体、自理能力等康复训练指导。
34	压力性损伤风险评估与指导	根据患者的病情，对易发生压疮的患者采取定时翻身、气垫减压等方法预防压疮的发生。为患者及照顾者提供压疮护理的健康指导。对已经形成的压疮的伤口情况与分期，告知客户及家属应采取相应的措施。并做好服务记录。
35	疼痛评估与指导	根据患者病情及实际情况，评估患者疼痛的部位、程度及原因等，给予患者心理护理及指导，必要时采取相应止痛措施。
36	营养评估与指导	根据患者病情及实际情况，了解每日摄入情况及胃肠道状况等，评估其营养状况，对患者、照顾者提供营养相关指导。