**重症医学科（ICU）诊疗服务流程**

一、患者入出重症监护科的条件

**（一）重症监护病房收治范围**

1. 急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗短期内可能得到恢复的患者。

2. 存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者。

3. 在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过严密监护和治疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者。

4. 手术后生命体征不稳定及需要呼吸机支持的患者；

5. 严重的复合伤患者术后；

6. 全麻术后短时内不能清醒的患者；

7. 手术后或外伤伴脏器衰竭者；

8. 各种原因引起的休克、多脏器衰竭、 DIC 、 ARDS 患者；

9. 严重的代谢障碍：酸碱失衡、水电失衡等；

10. 高危、高龄（ 70 岁以上）手术后需要强化监测的患者；

11. 其他术后处于生命危险期短时不能度过者；

12. 心肺复苏后患者；

13. 其它经短期抢救，有望恢复的危重症患者。

**（二）重症监护病房转出指证**

危重病人符合以下条件可考虑转出 ICU ：

1. 生命体征平稳，血流动力学基本稳定 12 小时以上；

2. 脱离呼吸机辅助呼吸 24 小时以上，血气和血氧等检查指标基本正常；

3. 全身严重感染基本得到控制；

4. 酸碱失衡、水电失衡得以纠正并维持正常 24 小时以上；

5. 主要脏器功能基本稳定，或单器官功能障碍需专科处理；

6. 专科疾病成为治疗重点时；

7. 病情转入慢性状态；

8. 病人不能从继续加强监护治疗中获益。

二、重症监护科收治患者流程

**（一）按计划接收术后患者的流程**

1. 按照前一日提交的预约通知（针对择期、大手术需要监护患者）安排床位；

2. 依据患者的一般资料（姓名、性别、体重、年龄）准备合适的床单位；

3. 患者回室时由 1-3 名护士完成接收新患者的任务，完成重护单记录；

4. 对患者的全面交接：询问正在输注的药物浓度、剂量、使用方法、患者术中的病情变化、存在的护理问题等进行全面的交接；在病情允许的情况下和手术室护士对病人的皮肤作详细全面的交接，若病人禁止翻身必须有禁翻身的医嘱；若在交接时发现皮肤的完整性受损或潜在的危险（包括压红、瘀紫、破溃、水疱等）必须描述清楚，请交班者和另外一名资深护士共同协助判断，将具体的情况清楚、详细、准确的描述在重护记录单上，并且有交班者的认可签字。

5. 由主治医生写好转出记录、对病历全面交接与清点，将统计数字登记在病历交接表上，重症监护科的主治医生和病房的主治医生进行交接时签字并书写好转入记录。

6. 通知患者所在的原科室将患者的微机信息转入重症医学科，根据医嘱录入处理相应的治疗项目，保证及时用药。

**（二） 计划外紧急接收患者的流程**

1. 接到转入 ICU 的电话后请医生判断是否符合入 ICU 的指征。

2. 根据医生的判断依据有关病人的初步信息准备相应的床单位和相应的抢救设备。

3. 基本准备：

1 ）准备监护仪：安装电极片，整理心电导线，调节合适型号的血氧饱和度指套，准备测量无创袖带压的袖带或准备测有创压的压力传感器及套管针、体温导线。

2 ）准备护理文件，保证患者到 ICU 后得到及时的记录。

4. 特殊准备：

1 ）准备行气管插管术。

2 ）准备呼吸机：连接好呼吸回路、调节合适的参数使呼吸机处于备用状态。

3 ）准备除颤仪：使除颤仪处于备用状态。

4 ）准备开胸器械。

5. 病人到来时有 1-3 人安置监护设施，并记录患者的状态（意识、瞳孔、生命体征等）。

6. 由原科室主治医生写好转出记录、对病历全面交接与清点，将统计数字登记在病历交接表上，本科室的主治医生和病房的医生进行交接时双签字并书写好转入记录。

7. 与原病区交接患者：对正在输注的药物、患者入室之前的病情变化、存在的护理问题等进行全面的交接，并且在病情允许的情况下对病人的皮肤作详细全面的交接，若病人禁止翻身必须有禁翻身的医嘱；若在交接时发现皮肤的完整性受损或潜在的危险（包括压红、瘀紫、破溃、水疱等）必须描述清楚，请交班者和另外一名资深护士共同协助判断，将具体的情况清楚、详细、准确的描述在重护记录单上，并且有交班者的认可签字。

8. 联系原科室转入患者的微机信息。

9. 遵医嘱对病人采取处置措施，遵医嘱给药，保证患者得到安全、及时有效的治疗。

**（三） 患者转出 ICU 流程**

1. 打电话通知患者所在科室，告知病房转出后需要准备的用物。

2. 患者准备：拔除监护用的介入性管道（如有创动脉留置针），更换尿引流袋、安置好引流瓶，备用的氧气袋氧气充足，整理输液管路、输注的液体量适宜、微量泵断开电源线后蓄电充裕，揭开电极片。

3. 处理该患者的转出信息，将退药等交接清楚，核对患者的收费无误后将患者的微机信息转回病房；由检查护理文件的护士核对整理在 ICU 期间的所有护理文件，核对无误后将护理文件完整的放入病历中；由主治医生书写转出记录并清点核查全部病历，将统计数字登记在病历交接表上。

4. 书写病人转出交接表，将准备好的病人用物放置在转运车上。

5. 患者转运车推至病床旁，将患者安全平稳的从病床转移到转运车上，盖好盖被，安置好输液管路、氧气袋、输液泵等物品，将完整的病历一同带回病房。

6. 有护理员协助转运患者，转运途中注意观察病人的状态，有异常情况需要抢救及时采取急救措施。

7. 回到病房后指导家属搬运患者。

8. 协同病房护士接收患者。

9. 与病房护士交班。

10. 对家属做宣教，指导护理措施与病情观察。

11. 对病历做完整的交接，清点病历后交班与接班者签字。