

台灣腎臟醫學會九十八年度血液透析及腹膜透析評量作業說明

第一章 病患安全

1.1 建置透析病患安全的醫療環境

1.1.1 急救設備

- 各項設備必須配合透析床數準備充足的數量，有定期盤點且須在有效期限內。
- 『數量足夠』：依各透析院所之業務量而定量。急救設備及急救藥品有一套或一組在現場，並請院所人員現場示範操作，證明堪用無故障。
- 透析室分屬不同樓層，各樓層均需有足夠的急救設備及藥品。

1.1.2 透析室周邊設備

- 以衛生署公佈之醫療院所設置標準，和各縣市衛生主管機關檢驗結果為準，除緊急供電設備和消防安全設備必須合格外，參考 2006 年衛生署透析室設置標準建議：1. 床尾與牆壁間之距離至少 1.2 公尺。2. 床邊與鄰床之距離至少一公尺。3. 床邊與牆壁之距離至少 0.8 公尺。舊有的透析室至少需能讓急救車自由進出。
- 緊急供電設備：有效檢驗合格證明，包括保養記錄維護證明，可請院所現場示範啟動。

1.2 感染管制作業

1.2.1 感染管制措施-人員

1. 每一透析單位需有醫護人員肝炎之紀錄並造冊（內容包含：HBsAg、anti-HBsAg、anti-HCV 等），醫護人員可以用口述方式告知單位主管是否曾經接受檢驗，以及檢驗結果。評量委員實地訪視時，請直接詢問醫護人員。
2. 對於檢驗結果為 negative 之人員，應積極鼓勵施打疫苗。
3. 透析室入門口需有乾洗手設備，護理站也應有腳踏式或感應式洗手設備（希望能連結不斷電系統）。洗手設備需維持功能正常，若功能維護不佳，則視同沒有洗手設備。
4. 透析室需有正確洗手步驟，教導醫護人員及病患家屬正確的洗手習慣。
5. 醫護人員均應接受一次胸部 X 光片檢查，有異常者必須定期複檢。

1.2.2 感染管制措施-環境（僅血液透析）

1. 透析機和管路之消毒請參閱 5.1.1 「機器維修與消毒」和 5.1.2 「RO 水處理系統與管路消毒」。

2. 人工腎臟重覆使用需遵循學會之『人工腎臟重覆使用作業指引』，另請參閱 5.1.6 「透析器重複使用之消毒過程」。
3. 緊急沖洗設備：每一層樓均有蓮蓬頭或噴灑之設備即可。

1.2.3 隔離措施

1. C 型肝炎透析病患需有分床(透析機)之安排，班與班之間必須徹底消毒。
2. B 型肝炎透析病患需分區，可安排於急診區，班與班之間必須徹底消毒。
3. 新收案長期透析病患：須先建立 HBsAg、anti-HBsAb、anti-HCV、TB 之基本資料，且至少每年例行檢查一次，有異常者應列冊追蹤。
Anti-HIV 亦可在告知病人必要性取得其同意後進行檢測。

1.3 危機處理

1.3.1 停水、停電之危機處理--著重當遇長時間停水、停電無法及時恢復時，病患轉介和後續處置流程，「完善之轉介」指由完善之病患轉介 SOP 流程，以書面紀錄資料呈現即可 (僅血液透析)

1.3.2 天然災害之危機處理--著重病患緊急連絡機制，以書面紀錄資料呈現即可

1.3.3 透析中的病患安全--病患透析中發生問題的處置與流程。院所可以提出 3 至 5 項透析病患問題處理的 SOP 即可。如透析病患發生低血壓時之處置流程

第二章 適當的醫療作業

2.1 透析病歷記載完整性 (項目包含 2.1.1 ~2.2.6；2.1.7 屬加分項目)

1. 病歷格式應統一，詳細記載及管理，俾能有效地提供必要之醫療資訊 (另請參閱 5.2 「病歷管理」相關內容)；透析病患入出院病歷摘要應影印納入透析病歷內；病歷內容需保留之時間長短可依照各院所之自行規定，唯應以能呈現出病患之診斷和治療連貫性為原則。
2. 各委員以抽查病歷方式進行，可分當日透析或前一天透析的病歷
 - ≤ 800 人次之血液透析院所，抽查 5 本病歷
 - > 800 人次之血液透析院所，抽查 10 本病歷
 - ≤ 100 人之腹膜透析院所，抽查 5 本病歷
 - > 100 人之腹膜透析院所，抽查 10 本病歷
3. 院所可呈現電子病歷

2.2 醫療照顧品質

- 受檢資料以前一年度 12 月份(每月檢測項目)或最接近 12 月份(限每三個月、每年、或必要時檢測之項目)的結果為基準

2.2.1 適當透析指標

Kt/V 或 Weekly Kt/V 結果以 Daugirdas 公式計算。

血清白蛋白請註明是 BCG 或 BCP 方式測量(詳下補充說明)。

2.2.2 貧血處理情況

1. 可檢視是否訂定 EPO 劑量遞增或遞減之流程，並有定期改變之記錄(可抽樣 HD 記錄單或病歷得知)
2. Hct 的治療目標值為 30~36%，填寫之資料以每月透析前生化檢查室測量值為準，必要時得檢視正式報告。
3. Hct 未達 30%，EPO 使用量未達每月 2 萬單位前即給予輸血，應予扣分。
4. Ferritin > 800 ng/mL 及 iron saturation > 50% 以上者仍使用鐵劑治療，應予扣分。(血液透析)。
5. Hct < 28%，且 ferritin < 100 ng/mL 及 iron saturation < 20% 者仍未使用鐵劑治療，應予扣分(腹膜透析)。
6. 腎性貧血不宜捨 EPO 而用輸血治療；判讀 ferritin 數值高低時應考量其正常值範圍可能因檢測方法之不同而有所差異。

2.2.3 腎性骨病變防治與處理

Ca、P 乘積平均值若大於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ ，應予扣分。

2.2.4 心血管併發症之防治與處理

三酸甘油脂 (TG) 受檢率若超過 95%，應予加分，得併入該項計分。
血壓部分，計分方式如評量標準表上所載。

2.2.5 腹膜炎等併發症之防治與處理 (僅腹膜透析)

參照「門診透析服務品質保證保留款實施方案」之公式計算每 100 人月之發生次數。

⇒ 對於 2.2.1、2.2.2、2.2.3、和 2.2.4 (血壓部分例外) 之醫療照顧品質未達理想者是否有改善方案，評分標準如下：

- ①有定期檢討、有記載治療計劃、有追蹤治療結果 得分 30
- ②有定期檢討、有記載治療計劃、未追蹤治療結果 得分 20
- ③有定期檢討、無記載治療計劃、有追蹤治療結果 得分 10
- ④有定期檢討、無記載治療計劃、未追蹤治療結果 得分 0

⇒ 2.2.4.3 血壓 (甲+乙) 部分之評分可直接按評量表標準計分

⇒ 委員可抽查病歷了解院所的改善方案，改善方案應可呈現在 HD 記錄單。

⇒ 透析病患之定期檢驗(查)包括：

(A) 每 1 個月一次之檢驗：

CBC (以生化實驗室檢查洗前測量值為準)

Biochemical (透析前測量值為準)—A1b/Glo、Na、K、Alk-P、GPT/GOT、
iCa 或 total Ca、P、Cr、BUN (透析前)、Glucose (DM 病患)

(B) 每 3 個月一次之檢驗：

Ferritin、TSAT、Cholesterol、TG、HbA1c (限 DM 患者，有接受口服
降血糖藥物或胰島素治療者，得於內科門診執行)、BUN (透析後)

(C) 每 6 個月一次之檢驗：

iPTH

(D) 每年定期一次之檢查：

HBsAg、anti-HCV (B、C 肝陰性之病患需每年一次檢驗)、Chest X-ray、
EKG (至少一次，有異常者每年複檢或鼓勵至心臟科追蹤)

(E) 必要時需要檢查：

anti-HIV (需告知病人必要性)、AI

⇒ 血清白蛋白 (albumin) 檢驗方法說明：

白蛋白試劑測量白蛋白濃度的方法，是藉由在一定時間內偵測終點反應時
吸光度發生的改變，進而換算出濃度的多寡。在反應中，再檢體的白蛋白與
結合，形成有顏色的產物。色素可分二種 Bromcresol Purple (BCP) 與
Bromcresol Green (BCG) 同一檢體之結果 BCG 法可比 BCP 法高出 0.3-0.7 g/dl

⇒ CTR 測量方法：(會員葉慧宗醫師提供)

方法 A：心臟最大徑÷胸廓最大內徑

特性：1. 因心臟形狀各異，所謂最大徑，有時只能略估。

2. 因胸廓採最大值，所測得 CTR 最小。

3. 最常被採用。

方法 B：心臟最大徑÷右橫膈上緣水平位之胸廓內徑

特性：1. 因心臟形狀各異，所謂最大徑，有時只能略估。

方法 C：心臟最大徑÷該水平位之胸廓內徑

特性：1. 因心臟形狀各異，所謂最大徑，有時只能略估。

2. 常用於小兒科

方法 D：先於中膈腔位置取一垂直線，將 CXR 一分為二，先量出心臟右半邊最大徑(a)及該水平位之右側胸廓內徑(c)，再量出心臟左半邊最大徑(b)及該水平位之左側胸廓內徑(d)

$$CTR=a+b/c+d$$

特性：1.心臟最大徑可正確量得。

2.所得心臟為實際最大徑，而胸廓又非最大徑，故 CTR 最小。

3.測量步驟較複雜。

※ X 光照射建議透析後照，但恐各院所執行上的困難，今年暫不規範。

※ 本次 CTR 的測量方式暫不作硬性規定，但院所需清楚說明是採用上述 A-D 那一種方法測量，並請委員記錄下來，以供後續分析。

第三章 提供適切之護理照護

3.1 護理行政 (血液透析)

3.1.1 護理管理運作

3.1.1.1 護理部門組織及管理

- 透析中心確實有護理主管的配置；有透析年度的工作計畫、人員工作職責及工作計畫、執行結果的資料可供查閱。

3.1.1.2 護理業務規章

- 查閱護理行政業務手冊及檢閱定期修改。

3.1.1.3 護理人員運作

- 設有人事管理規章書面資料，抽問兩位護理人員，以確認其瞭解義務及福利。
- 有派班表供查閱護理人力與病人數比合宜。【與 4.2.3 護理人力配置可以一起看】
- 有人員參與單位會議的出席簽名紀錄，會議討論護理人員工作需求有被重視及執行成果追蹤。

3.2 病人照護

3.2.1 護理照護

3.2.1.1 血液透析常規及技術標準

- 設有血液透析常規及技術標準手冊，至少每三年需修定內容一次。

3.2.1.2 護理活動及記錄

- 查閱兩本病歷，紀錄能呈現病人透析過程之護理評估、計畫、護理措施及評值。
- 抽問一位護理人員及其照護的病人，能依個別性的說出其護理評估、計畫、護理措施及評值。

3.2.2 護理指導

3.2.2.1 護理指導

- 查閱提供相關護理指導的工具，抽問一位護理人員瞭解其依病人個別情況，提供自我照顧護理指導及記錄，且對指導成果有進行評值。

3.3 護理品管

3.3.1 病人安全

3.3.1.1 藥物管理

- 查閱高警訊藥品點班管理辦法及點班本，相關藥品（例如：KCl、50%G/w、Heparin）是否依規定分開置放，存放及標示清楚合乎規定。
- 藥物存放是否標示清楚。

3.3.1.2 用藥安全

- 查閱藥品作用及使用注意事項書面資料，及單位給藥安全作業的查核紀錄。
- 觀察一位護理人員，能正確依醫囑執行給藥（核對病人、藥物、劑量、時間、途徑）過程且記錄正確，並同時能說出至少兩種常用藥物之作用及使用注意事項。

3.3.1.3 病人辨識

- 抽問一位護理人員說出病人辨識時機及標準作業。

3.3.1.4 感染管制

- 觀察護理人員執行技術時，事前洗手、戴口罩、戴手套、護目鏡及視需要時穿著隔離衣。
- 查閱相關預防感染病之宣導資料。
- 查閱感染管制之稽核紀錄（例如：正確洗手稽核、正確穿脫隔離衣之評核）。
- 抽問一位護理人員，其能說出血液透析室之感染管制措施及洗手時機。

3.3.1.5 預防病人跌倒

- 查閱單位跌倒高危險群病人評估資料。

- 查閱對跌倒高危險群提供防跌指導及記錄。
- 查閱環境安全設施及防跌宣導。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出血液透析室之高危險群病人預防跌倒評估機制。

3.3.1.6 管路安全

- 查閱單位透析管路及針管安全固定書面資料、教育訓練紀錄及透析針管脫異常事件，統計分析報告。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出透析管路及針管安全固定原則，且能正確執行。

3.3.1.7 異常事件管理

- 查閱單位有異常事件管理原則、相關教育訓練紀錄及統計分析報告，並訂有異常事件改善方案。

3.3.2 血液透析護理品質監測

- 3.3.2.1** 查閱三項透析技術護理監測活動紀錄，並抽問一位護理人員對護理品質監測項目、監測內容、目標值的瞭解；並對未達目標值項目有訂定改善計畫並持續追蹤紀錄。

3.1 護理行政 (腹膜透析)

3.1.1 護理管理運作

3.1.1.1 護理部門組織及管理

- 有護理主管配置（護理長或組長）及明訂各級人員（含護理主管、護理人員及護理輔助人員）之職掌與業務規章。
- 有腹膜透析年度的工作計畫。
- 人員工作職責及工作計畫、執行結果的資料可供查閱。

3.1.1.2 護理業務規章

- 查閱護理行政業務手冊及檢閱定期修改。

3.1.1.3 護理人員運作

- 設有人事管理規章書面資料，抽問兩位護理人員，以確認其瞭解義務及福利。
- 有派班表供查閱護理人力與病人數比合宜。
- 有人員參與單位會議的出席簽名紀錄，會議討論護理人員工作需求有被重視及執行成果追蹤。

3.2 病人照護

3.2.1 護理照護

3.2.1.1 腹膜透析常規及技術標準

- 設有腹膜透析常規及技術標準手冊，至少每三年需修定內容一次。

3.2.1.2 護理活動及記錄

- 查閱兩本病歷，紀錄能呈現病人腹膜透析過程之護理評估、計畫、護理措施及評值。
- 抽問一位護理人員，能依個別性說出一位其照護的病人之護理評估、護理計畫、護理措施及評值。

3.2.2 護理指導

3.2.2.1 護理指導

- 查閱提供相關護理指導的工具。
- 抽問一位護理人員瞭解其依病人個別情況，提供自我管理照護原則及記錄，且對指導成果有進行評值。

3.3 護理品管

3.3.1 病人安全

3.3.1.1 藥物管理

- 查閱高警訊藥品、特殊須冷藏藥品，點班管理辦法及點班本，腹膜透析液及相關藥品是否依規定分開置放，存放及標示清楚合乎規定。

3.3.1.2 用藥安全

- 查閱藥品制定或公告作用及使用注意事項書面資料，及單位給藥安全作業的查核紀錄。
- 觀察一位護理人員，能正確依醫囑執行給藥（核對病人、藥物、劑量、時間、途徑）過程且記錄正確，並同時能說出至少兩種常用藥物之作用及使用注意事項。【若剛好有病人時】
- 護理人員指導病人及追蹤用藥後的反應，並有紀錄

3.3.1.3 病人辨識

- 抽問一位護理人員說出病人辨識時機及標準作業。

3.3.1.4 感染管制

- 查閱相關預防感染病之宣導資料。
- 觀察護理人員照顧病人時感染管制之防護觀念，包括洗手、戴手套時機、方法是否正確。
- 觀察護理人員執行技術時，事前洗手、戴口罩、戴手套及視需要時穿著隔離衣。【若剛好有病人時】

- 查閱監測病人定期監測病人導管出口處、隧道感染及腹膜炎等感染率，大於目標值時，有檢討改善措施及記錄。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出腹膜透析室相關感染管制措施。

3.3.1.5 預防病人跌倒

- 查閱環境安全設施及防跌宣導。
- 查閱單位跌倒高危險群病人評估資料。
- 查閱相關預防病人跌到之指導紀錄及針對跌倒案件進行檢討改善措施。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出腹膜透析室高危險病人預防跌倒評估機制。

3.3.1.6 管路安全

- 查閱單位管路安全固定照護原則書面資料、教育訓練紀錄。
- 有導管破損及輸液管組鬆脫等之統計分析紀錄，及針對異常案件進行檢討改善措施。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出導管及輸液管組安全固定原則，且能正確執行。

3.3.1.7 異常事件管理

- 查閱單位有異常事件管理原則、相關教育訓練紀錄及統計分析報告，並訂有異常事件改善方案。

3.3.2 居家照顧

3.3.2.1 病人自我管理

- 查閱單位病人居家自我管理教育訓練相關紀錄，及提供居家自我照顧學習手冊及透析紀錄本，並正確且持續紀錄。
- 廠商設計之學習手冊亦可符合。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出病人居家自我管理照護原則，且能落實執行。

3.3.2.2 居家訪視

- 列為加分項目。
- 定期或必要時，進行居家訪視，並有居家訪視紀錄及病人居家情形。
- 抽問一位護理人員，其能正確說出居家訪視原則及其重要性。

3.3.3 腹膜透析護理品質監測

- 3.3.3.1** 查閱二項透析護理品質監測活動紀錄，並抽問一位護理人員對護理品質監測項目、監測內容、目標值的瞭解；並對未達目標值項目有訂定改善計畫並持續追蹤紀錄。

第四章 人力素質提升及品質促進

4.1 醫師人力

4.1.2 醫師人力配置-必須符合相關設置和執行標準

4.2 護理人力及繼續教育

4.2.1 護理人員參加教育課程及學術活動

4.2.1.1 鼓勵護理人員參與學術研討會及研究發表。

4.2.1.2 單位舉辦護理人員在職教育課程及個案討論。

4.2.1.3 提供護理人員教育課程之經費或公假。

(以上皆查閱紀錄，依評分評核)

4.2.2 護理人員素質

4.2.2.1 落實血液透析護理相關訓練

4.2.2.2 護理人力穩定

(以上皆查閱紀錄，依評分評核)

第五章 經營管理之合理性

5.1 設施設備管理

透析單位設施、設備之管理對於病患及工作人員之安全及環境維持而言是非常重要的業務，特別是透析單位使用之儀器多與維持生命相關，其管理機制更應明確，故單位應制定明確之各項設施、設備管理制度，並提出實質之管理制度據以評估。

5.1.1 機器維修與消毒 (僅血液透析)

- ☞ 機器維修記錄：需記錄功能運作正常，若有異常，另需記錄檢修後功能運作正常。
- ☞ 再生處理設備等相關醫療儀器設備之檢查、保養及維修應有記錄。電擊器或血壓計院所可自行測試，以堪用為主。
- ☞ 消毒有熱消毒、化學消毒、臭氧消毒。
- ☞ 現場 RO 出水口至透析機端消毒至少應每月執行一次，且有完整記錄備查，若水質細菌培養檢驗不合格，應即改為每週執行一次，直到連續三個月水質細菌培養檢驗合格後始得改回每月執行一次
- ☞ 班與班透析機消毒至少有沖水，有感染之虞時應改採化學消毒模式
班與班之間透析機外表消毒方式，建議向廠商要求提供適當方式，以不傷害機器面板而達消毒目的。
若廠商確認機器有二次水洗功能且有設定完成即可。

⇨ C→C 肝，B→B 肝，班與班之消毒方法採沖水；因為化消班與班間來不及，C→B 肝；B→C 肝消毒方法**建議採化學消毒**

⇨ 每日最後一班結束後透析機消毒方式如下：(機器若未能自動監測者，應檢測消毒劑殘餘量)

化學消毒模式順序：

前水洗 → 吸藥 → 藥液浸泡 → 後水洗 → 關閉電源

醋酸+化消模式順序：

前水洗 → 吸酸 → 浸泡 → 中水洗 → 吸漂白 → 浸泡 → 後水洗 → 關閉電源

5.1.2 RO 水處理系統與管路消毒 (僅血液透析)

1. 完善且安全的水處理設備裝置與管理：

- (a) 整套設備需至少包括前處理(粗過濾、軟化、吸附)→RO→316 醫療級不鏽鋼材之儲水桶→0.2μ 微過濾器→UV 消毒器→UF 過濾器
- (b) 系統與迴路管材配件需抗腐蝕耐酸鹼，無副產物釋出之虞
- (c) 管路配置應無死腔管路
- (d) 系統設備與管路應固定良好，避震防災
- (e) 水處理室應隔音處理良好，且通風乾燥

2、檢查與紀錄：

每天檢視並記錄沉澱過濾器、活性碳過濾器、軟水器、精密過濾器等裝置的進、出水壓力，以及 RO 的壓力、造水量、淨水水質傳導度等。確定軟水器的自動再生，過濾器的清洗時間是否正確，並加以紀錄、校正。

3、定期更換耗材：

過濾器濾芯、活性碳、砂濾、軟水器的離子交換樹脂及紫外線燈管，皆有一定的使用壽命，必須依使用狀況加以定期更換。軟水器的樹脂需利用 NaCl 再生，必須經常注意食鹽的補充。RO 膜管亦有一定的壽命，需定期清洗與更換，確保水質。

4、水質分析定期檢測：

年度需做水質分析檢測，依據 AAMI 標準來研判整個透析水處理系統的效能是否衰退，甚至可當作更換耗材的依據。

5、定期 RO 水處理系統消毒：

水處理設備的消毒範圍包括 RO 逆滲透機的膜管、儲水桶、輸水管路、RO 出水口至透析機。應記錄消毒方法、濃度、時間、殘餘量檢測並加以紀錄。委由廠商保養者需請廠商設定 RO 膜管每天定期沖洗動作(back wash)。

5.1.3 細菌培養 (僅血液透析)

(一)RO 水取樣

(A) 測定時機：

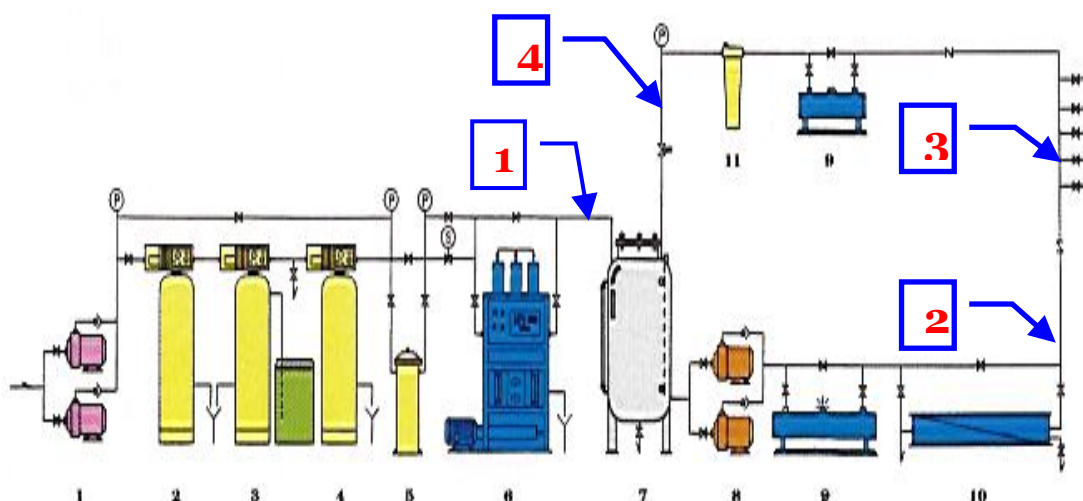
- (1) 至少每月檢查一次 (每月任選一天)
- (2) 檢查結果超過標準值時，須再複查。
- (3) 當懷疑或確定病人治療時，有熱原性 (pyrogenic) 物質引起不適或菌血症。
- (4) 新系統應至少每週檢測一次直到合格。
- (5) 水處理系統或運送系統改裝時，需每週檢測一次直到合格。

(B) 取樣點：

細菌培養包括 RO 水處理系統採檢點，如下圖：

水處理系統採檢點：RO 膜管後端【1】、超過濾後【2】、人工腎臟入口端、【3】、入 RO 儲水槽前【4】

需每月採測，且有記錄存查。



通常在取樣口收集取樣時，應先讓水流出 60 秒後，才收集入無菌且無內毒素的容器內；收集量通常為 50 ml，或由實驗室自己決定。

(二) 透析機透析液取樣

透析液取樣則用無菌空針，在人工腎臟入口端前採透析液管線上的採樣口至少 25 mL 樣本，或由實驗室自己決定。

(三)微生物測定方法：

(A) 細菌含量採總生菌數法：

細菌含量檢驗樣本，最好在取樣後 30 分鐘內開始培養(不可超過 1 至 2 小時)，或者儲存在 4°C 並在 24 小時內開始培養；可接受的培養方法包括傾注平板法

(Pour-plate method)、塗抹平板法(Spread-plate method)、膜過濾法(Membrane Filter Method) 或試劑組商品 (Millipore Method) 可用。

透析用水的細菌含量之檢驗，可選用胰蛋白酶大豆瓊脂(Trypticase soy agar) 做為培養基或由實驗室自己決定培養基。在 35°C 至 37°C 之下，培養 48 小時後計數，

結果以單位體積含菌落群數表示(CFU/ml)。

(B) 內毒素(endotoxin)檢驗採用蠶變形細胞溶出物(Limulus Amebocyte Lysate、LAL)：

RO 水： < 2 EU/ml

(C) 檢測標準：

(1) RO 水各端點 < 200 CFU/ml (上圖各端點)

(2) 透析液進透析器端 < 200 CFU/ml

(D) 行動標準：

超出標準 50 CFU /ml 即應採取改善行動。

5.1.4 緊急供電系統 (僅血液透析)-應提供緊急供電系統檢測紀錄

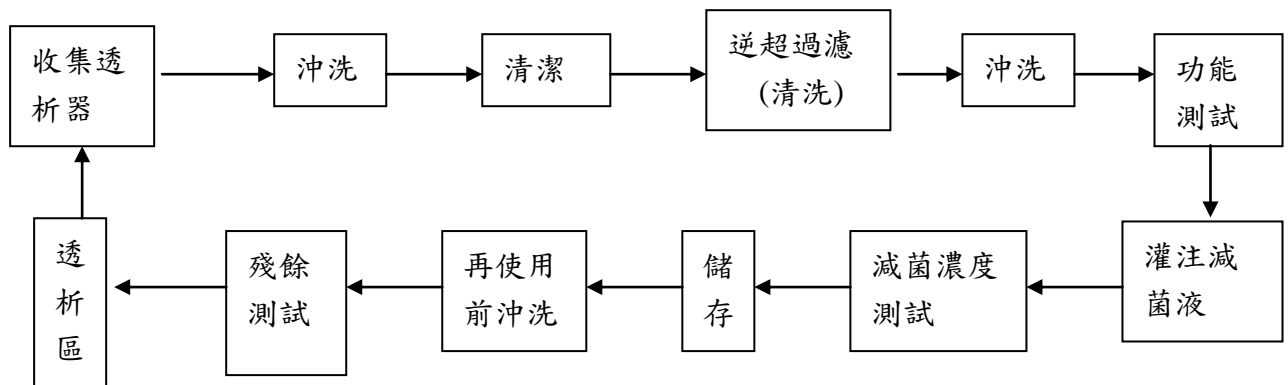
5.1.5. 廢水、廢棄物處理-人員必須能夠確實執行廢棄物分類；依據當地環保署之規定處理

5.1.6 透析器重複使用之消毒過程 (僅有重複使用透析器之血液透析)

再生處理(Reprocessing)系統基本設施：

- 一、手動或自動設備維持系統功能之完整性，手動需裝設壓力錶。
- 二、備有操作規範及緊急應變處理規範。
- 三、危害物品應明顯標示清楚與區分，並設立物質安全資料表(MSDS，此相關資料可至工研院網站查詢，網址: www.iosh.gov.tw) 供查詢。
- 四、作業場所應設警告標誌及防護措施(緊急沖眼器和淋浴設備)。
- 五、透析器再使用前需清除消毒液並作殘餘量檢測，應有記錄可查。
- 六、作業環境之通風換氣應順暢，每小時換氣至少 12 次以上。(供參考)
- 七、再生處理用 RO 水系統設備 (不可再循環)。(供參考)

再生處理 (reprocessing) 操作流程：必要時得請技術人員現場操作一次



⇒ 每一個人工腎臟之記錄均有記錄備查。

⇒ 再生處理場所安全設施事項：

1. 適當的保護裝備—防護衣、護目鏡、防護罩(防毒面具或口罩)及使用耐酸鹼的手套。
2. 加強排風量增加空氣交換量—使用化學藥品滅菌劑，皆會有刺激性的味道，排風的風速為 3 m/sec。
3. 作業場所嚴禁非工作人員進入嚴禁飲食、抽煙。
4. 良好的排水系統—在進行滅菌劑灌注時，應保持水流暢，以降低化學藥劑蒸發氣體 (vapor) 濃度。
5. 滅菌劑的儲存—採用有蓋塑膠桶裝，避免滅菌劑外溢或傾漏，若不幸外漏，務必立即處理。

5.2 病歷管理—病歷妥善管理，對醫療單位提供的醫療品質有很大的影響。院所可呈現電子病歷，但須說明舊病歷是如何處理？與電子病歷如何接軌。

5.2.1 病歷儲存場所及管理人員—應有特定空間和負責管理人員。

5.2.2 病歷應有妥善管理—病歷應統一管理，不可重複，且要有系統的歸檔作業。

5.2.3 透析病歷內容—病歷記錄須有完整性 (參閱 2.1 「透析病歷記載完整性」)

5.2.3.1 護理衛教單針對病人主要問題和透析相關併發症。

透析摘要：可視透析病患之狀況整理，若病患狀況穩定，可半年或一年整體整理一次。

住出院記錄單：希望能記錄透析病患住出院之原因及日期，以便能對透析病患病情更加了解。

5.3 醫院物料管理

5.3.1 有專用空間存放物料-空間是否足夠、安全、且妥善管理。

設有專人負責物料存放專用空間之管理，並每月應有物料存放、使用、盤點、補給等相關記錄及簽名。評分標準：

A: 有積極改善空間管理之計劃並有執行記錄及負責人簽名

C: 設有專人負責，且該員經評量委員實地了解該空間之管理

E: 未達以上標準

5.4 緊急災害應變

5.4.1 設立機制處理緊急災難事件-是否有緊急災難應變計畫書和演練記錄，計畫書包括水災、火災、停電、停水、地震、及傳染病等。

☞ 透析院所若沒有發生危機事件，則給予得分【C】。

第六章 醫療政策

6.1 政策配合度

6.1.1 透析資料季報告申報：

依據健保局公告，透析資料季報告需於每季之次月 15 日以前(即 4、7、10、1 月之 15 日)上傳申報季報告

6.1.2 透析資料年度報告：

修正之資料若為軟體本身的問題不在此限。

6.1.3 按季申報死亡報告：強調配合度和資料之正確性

1. 透析院所宜每月月底以前申報前三個月的透析病患死亡個案報告。
2. 死亡個案報告申報，需由病患死亡之最後看護醫院負責申報。
3. 透析病患若三個月內未回到該院所繼續接受透析治療，則請院所務必追蹤查詢，透析病患的現況，若已死亡則請於透析電腦軟體異動資料中註記。

6.2 病患權益

6.2.1 透析治療模式之選擇衛教：

1. 請抽問三位以上之透析病患。
2. 基本問題：
 - (a)你知道有血液或腹膜透析治療嗎？
 - (b)你知道有腎臟移植嗎？

- (c)腹膜透析是在家裏做，還是要到醫院做？
- (d)你知道那家醫院有做腎臟移植嗎？

6.2.2 長期透析病患之每月檢驗和衛教 – 加分項目

1. 請抽問三位以上之透析病患。
2. 範例問題：
 - (a)你知道這個月(或上個月)的檢查結果嗎？
 - (b)你知道鉀離子含量高的水果或食物嗎？
 - (c)你知道磷含量高的食物有哪些？

6.2.3 病患知情同意書：

1. 病患首次接受之治療均需有病患知情同意書，需填寫病患知情同意書者依據醫策會之評鑑標準。
2. 病患若無法簽署同意書，可由法定代理人代表，若病患無法自由表達意識也無家屬時，可由醫療行為判斷。

6.2.4 病患發生問題時如何找尋醫護人員及相關資訊：

當透析病患於家中發生問題，病患知道如何找尋醫護人員及相關資訊。醫院於下班時間雖急診室有排班醫師可以找到，但最好希望能讓透析病患於發生問題時可以找到值班之透析室醫護人員可諮詢。

6.3 其他非醫療服務行為

取消免費送便當和點心之行為：學會不建議病患於透析室內用食、及給予便當

6.3.1 適當交通車接送之行為：

1. 請詢問至少三位以上的透析病患
2. 若有照冊，必須提出列冊資料
3. 對於行動不便、獨居、或居住偏遠地區之病患，得搭乘各縣市政府所提供之免費接送巴士。若該縣市無此項福利，各院所得提供免費交通車接送，但原則上不應跨區(如跨縣市或健保分區)執行且需列冊備查。

6.4 人工腎臟重覆使用 (僅血液透析)

—必須遵循學會之『人工腎臟重覆使用作業指引』

6.4.1 重覆使用有告知透析病患：

1. 請詢問至少三位以上的透析病患
2. 必須有病患同意簽名或蓋章證明