



填写日期：

我的

健康

护照

照片

请阅读本评估内容以了解我的情况。其中包含关于我的重要信息。



我的名字是

我希望被称为

我的出生日期及NHS编号

本健康护照归我所有。请在我出院时予以归还。

住院须知：请将我的健康护照复印件存放于床尾护理档案中。另请通知学习障碍住院联络护士我已入院，并在我的病历中记录入院日期。本人同意其他机构/医疗专业人员获取和/或共享我的相关信息。是 ☐ 否 ☐



有助于我理解的首选沟通方式：

✓ · 勾选适用项

☐

口语

☐

手语

☐

图片

☐

实物示意

☐

告知他人

☐

简易阅读

其他对我有帮助的沟通方式：



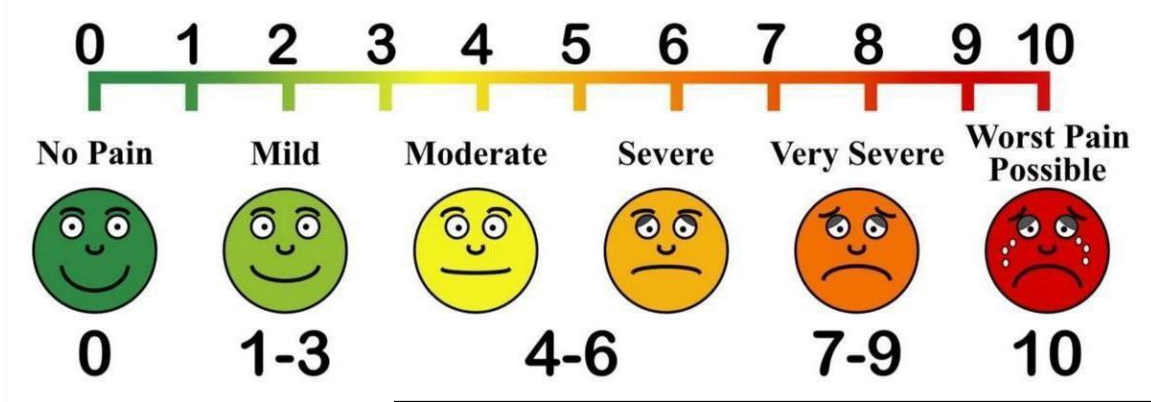
若我住院治疗，我需要以下合理调整。



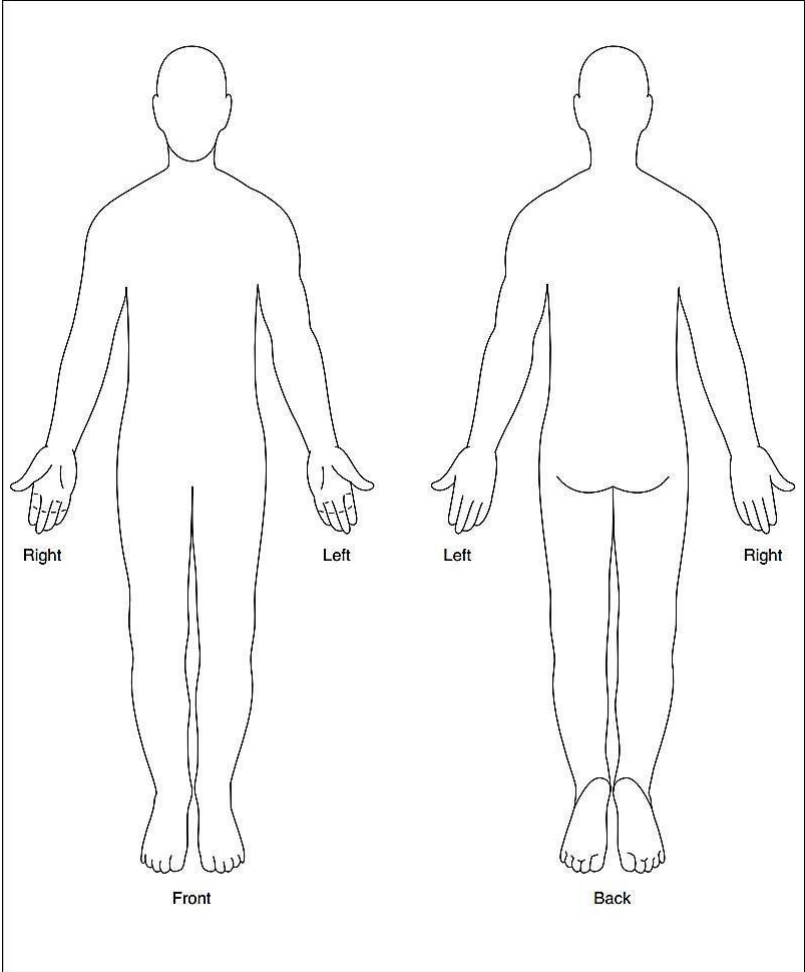
基线评估 – 我的常规观察指标

	填写日期及临床 医生姓名 	血压: 坐姿.....站姿 血氧水平 体温 呼吸频率 体重 身高
---	---	---

本部分仅由临床工作人员填写。您无需填写 – 请翻至第3页。



临床工作人员专用
附加评估工具，适
用于患者住院期间
无法表达疼痛时。



当我焦虑时如何帮助我



如何判断我是否疼痛（例如：语言表达、面部表情、图片示意、发出声响）



如何判断我是否身体不适（例如：停止饮水、大声呼叫、变得安静）



如何为我抽血、注射、测量血压等



简要病史

（另见第6页）



我的服药方式



✓ 勾选适用项

☐ 用水送服
☐ 液体药剂
☐ 经胃造瘘管

☐ 碾碎药片
☐ 分药盒
☐ 其他

☐ 注射给药
☐ 泡罩包装

关于我必须了解的事项

	☐ 我与家人朋友同住 ☐ 自有住宅或公寓 ☐ 辅助生活住所	☐ 住房协会 ☐ 住养机构 ☐ 护理院	☐ 一对一护理 24小时照护 ☐ 轮班护理 24小时照护 ☐ 其他
	我的照护人姓名		
	关系		
	联系电话		

直系亲属（指您关系最近的在世亲属）

	姓名	
	关系 （例如母亲或最近亲属）	
	地址	
	联系电话	

紧急或首要联系人

	姓名	
	关系（例如父亲）	
	地址	
	联系电话	

我的全科医生联系方式

	全科医生姓名	
	全科医生诊所	
	全科医生电话	

我的个人联系方式

	我的地址	
	我的电话号码	
	我的电子邮箱	

关于我必须了解的事项

	我患有癫痫	是 ☒ . . 否 ☒ . .	☐ 癫痫性发作和 / 或 ☐ 非癫痫性发作
	我有过敏史 • 具体病症? • 过敏反应症状?	是 ☒ . 否 ☒ . .	
	我有心脏问题 • 具体病症?	是 ☒ 否 ☒ . .	
	已植入的医疗设备	VNS (迷走神经刺激器) 是 ☒ . 否 ☒ . . 分流管: 是 ☒ . 否 ☒ 心脏起搏器: 是 ☒ . 否 ☒ . . 巴氯芬泵: 是 ☒ . 否 ☒ .	
	我有呼吸问题 (例如呼吸系统问题) • 具体病症?	是 ☒ . . 否 ☒ . .	
	我患有糖尿病	是 ☒ . . 否 ☒ . .	☐ 1型 ☐ 2型
	我使用饲管	是 ☒ . . 否 ☒ . .	

	我有饮食和饮水方面的指导要求 •食物等级? •液体等级?	是✓□. . 否✗□. .
	您有临终关怀计划吗?	是✓□. . 否✗□. .

参与我护理的其他服务人员或专业人员（或指定代理人）	
 请提供每位服务人员、专业人员或指定代理人的姓名、职务及联系方式·。 	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

日常活动

	安全保障 例如：床栏、行为管理、设备使用、防走失措施。	
	支持程度 例如：您在家中能获得何种程度的支持。	
	穿衣方面我需要的支持 例如：洗漱、特殊需求。	
	视力与听力问题 例如：眼镜、助听器。	
	饮水方面我需要的支持 例如：普通杯子或特殊器具、少量多次、需要帮助、增稠液体。	
	进食方面我需要的支持 例如：食物切块、需要帮助、特殊餐具、泥状食物。	
	如厕协助 例如：需要协助如厕、失禁用品 - 护垫尺寸。	
	行动协助 例如：助行器、吊机移位、轮椅。	
	睡眠情况 例如：卧床姿势、睡眠模式、睡眠规律、所需设备。	
	重要日常习惯。	
	宗教、文化或精神需求。	

《2005年心智能力法》 – 适用于16岁及以上人士



若经评估认定某人缺乏决策能力且需代理人协助，请遵循当地《心智能力法》政策及《心智能力法》实务守则。如我被评估为缺乏同意治疗的能力，则任何以我的最佳利益为出发点的决策，均须有下述人员参与。

姓名	关系	联系方式

您是否持有《永久授权书》或《监护令》？

是 ☒ 否 ☐



这是一份法律文件，允许您指定他人协助您作出决策。

相关人员姓名、关系及联系方式	
----------------	--

我的当前用药清单

请附上您目前的处方药物清单副本。

例如：药物管理记录表或全科医生重复处方单

喜好与厌恶 - 在医院环境中有助于我的事物



让我感到快乐、安全及舒适的事物
例如：我喜欢的活动
- 看电视、阅读、听音乐、休闲活动。



让我感到难过的 厌恶之事

例如：让我不快的情况
- 不要大声喊叫、身体
接触、约束。



我喜欢的食物与饮品



我不喜欢的食物与饮品





最佳状态下的我

这是我状态好的时候

例如：肢体语言、声音特征、眼神交流、皮肤状态

当我在家感觉良好时，我会：



我在以下方面存在困难

☐ 书写

☐ 行动

☐ 自理

☐ 行为控制



其他信息

合理调整或特殊 / 感官需求



制定紧急护理与治疗 推荐摘要计划（ReSPECT）



ReSPECT表格是一份简要计划，说明在您需要紧急医疗护理或治疗时应采取的措施。
了解您生活中最重要的事项有助于制定更完善的计划。

您是否有ReSPECT表格？ 是 ☐ 否 ☐



获取ReSPECT简易阅读指南：

<https://www.resus.org.uk/respect/respect-resources>



观看ReSPECT相关影片：

www.resus.org.uk/respect/respect-patients-and-carers



资源

- 如需下载《医院沟通手册》 – 请访问 www.ghc.nhs.uk 并 搜索 ‘Hospital Communication Book’
- 更多健康相关的简易阅读资源可查阅：www.easyhealth.org.uk 以及 www.apictureofhealth.southwest.nhs.uk

本文件由学习障碍健康协调团队于2020年编制，征询了格洛斯特郡医院NHS基金会信托的学习障碍合作机构、全残障服务提供者论坛及郡级调研的意见。
本版本基于原格洛斯特郡合作NHS信托的初期工作更新而成。图片由Photosymbols提供。

版本： 4

审核日期： 2027年9月