



HN: _____ MRN: _____

Name: _____

I.D. No.: _____ Sex: _____ Age: _____

Ward/Bed: _____

目標	護理措施	執行日期	
		開始	終止
<input type="checkbox"/> 病人不用依賴藥物去處理便秘問題 <input type="checkbox"/> 病人表示因便秘所引致的症狀得以緩解 <input type="checkbox"/> 糞便形態有改善	<input type="checkbox"/> 評估病人的腸道健康，包括腹部檢查、排便情況及糞便形態		
	<input type="checkbox"/> 評估有可能導致便秘的原因		
	<input type="checkbox"/> 飲食方面 <ul style="list-style-type: none"> ○ 增加膳食纖維，如給予高纖維餐 ○ 鼓勵進水，理想進水量為: _____ 毫升 ○ 記錄每日進食及進水份量 ○ 給予病人飲用已稀釋暖水的西梅汁 		
	<input type="checkbox"/> 如廁訓練 <ul style="list-style-type: none"> ○ 於每天早上起床時先給予病人飲用一杯暖水 ○ 選擇在每日同一時間進行 15 分鐘的如廁訓練 ○ 盡量讓病人可在保持私隱的情況下如廁 ○ 協助病人保持正確的如廁坐姿 		
	<input type="checkbox"/> 運動方面 <ul style="list-style-type: none"> ○ 鼓勵病人因應個人能力及興趣每天進行適量的運動 		
	<input type="checkbox"/> 腹部按摩 (如適用) <ul style="list-style-type: none"> ○ 指導病人/家人進行腹部按摩 ○ 協助病人進行腹部按摩 		
	<input type="checkbox"/> 教導病人/家人有關便秘的成因和以上有實証支持的緩解方法，並糾正錯誤觀念		
	<input type="checkbox"/> 轉介理遺科		
	<input type="checkbox"/> 按醫囑給予通便藥物: <ul style="list-style-type: none"> ○ 口服通便藥物 _____，觀察藥效 ○ 栓劑 _____，觀察藥效 ○ 灌腸劑 _____，觀察藥效 		

請在適用處加上✓號