



2022 年 1 月 7 日

## 俄勒岡州臨時危機護理工具

### 原則

在發生公共衛生危機時，醫療護理需求可能不足以為所有需要提供潛在救生護理的人提供服務。隨著預期的 Omicron 激增將進一步壓倒醫院的容量，OHA 正發佈此臨時危機護理工具，醫院可以在需要時在重症監護病床、呼吸機和其他救生資源有限的情況下使用該工具公平地優先進行護理。

OHA 基於亞利桑那州、馬薩諸塞州和華盛頓州發佈的幾種現有分類工具來開發了此臨時危機護理工具，並根據俄勒岡州在[資源受限事件中促進健康公平的原則](#)<sup>1</sup>進行了改編。這些原則包括不歧視、健康公平、以患者為主導的決策和透明的溝通。

如果俄勒岡州醫院的重症監護資源嚴重受限、接受重症監護的患者數量超過容量，並且無法將患者轉移到其他重症監護設施，則可能會啟動危機護理標準。

對於擁有與稀缺重症監護資源相關的現有危機護理工具的醫院，他們可以繼續使用現有工具，只要其符合在[資源受限事件中促進健康公平的原則](#)概述的原則，並且不違反州或聯邦反歧視法或任何其他適用法律。

Omicron 的激增沒有時間為俄勒岡州醫院建立更持久的分流工具所需的強大、全面和完全包容的社區和臨床醫生參與。OHA 仍致力於緊急繼續我們的平行工作，與我們在俄勒岡州的社區合作夥伴和醫療保健提供者共同創建用於分配稀缺資源的新工具，並將在今年冬天召集新的俄勒岡州資源分配諮詢委員會。此委員會將為 OHA 2020 年公佈的原則和該臨時危機護理工具的修訂提供資料，並指導任何其他必要資源的開發，以助在醫療保健系統資源受到限制時將健康公平集中在流程和決策中。

此臨時工具仍然不完善，不足以解決健康不公平問題，即使它更好地將俄勒岡州的非歧視、將健康公平原則納入困難的分診決策。

有色人種社區、部落社區和殘疾人的衛生系統障礙，以及潛在或慢性健康狀況的不成比例的經歷，與在獲得所需和公正的醫療保健、安全和支持性住房、充足食物和營養的嚴重不平等有關。俄勒岡州資源分配諮詢委員會的工作必須特別關注我們如何改善稀缺資源的公平分配，同時承認在危機時的分類和優先排序過程之前開始的基本不平等。

### 概念：連續護理

<sup>1</sup> <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/143513.pdf>

正如醫學研究所在 2013<sup>2</sup>年所描述，災難中對醫療保健激增能力的需求是基於對醫療保健服務和可用資源的需求的連續性。這些概念包括：

- **常規容量。**用於提供護理的空間、人員和用品與醫院內的日常做法一致。為應對大流行而使用的臨床護理空間和實踐足以支持與常規患者護理等效的臨床護理。
- **應變能力。**使用的空間、人員和用品與日常實踐不一致，但支持在功能上等同於通常的患者護理實踐的護理。在大流行期間（當事件的需求超過社區資源時），可以臨時或更持續地使用臨床護理空間或實踐的改變。
- **危機能力。**危機能力激活是對護理標準的重大調整。當重症監護資源嚴重受限、接受重症監護的患者人數超出能力、沒有選擇轉移到其他重症監護設施時，就會出現危機情況。

## 假設

在即將出現短缺的情況下，OHA 將與俄勒岡州的醫院合作，盡一切努力最大限度地提高整個醫療保健系統的能力，為盡可能多的患者提供所需的護理。這將通過協調努力來實現跨機構的患者負載平衡，並將關鍵資源引導到受災最嚴重的地區。預計各級應對合作夥伴（設施、地方、區域、州和聯邦）之間的協調，以最好地滿足醫療激增的需求。

如果俄勒岡州醫院的重症監護資源嚴重受限、接受重症監護的患者數量超過容量，且無法將患者轉移到其他重症監護設施，則可能會啟動危機護理標準。

在實施本文件包含的分類建議之前，將滿足以下假設：

- 每家醫院都將採取一切可能的措施來擴大提供重症監護資源的能力，包括(a)積累物資；(b)延遲非緊急護理；(c)準備使用通常不用於提供重症監護的空間、人員和其他資源來提供重症監護。
- 每家醫院都將與 OHA、區域資源醫院以及其他地方和州的應對合作夥伴進行協調，並提醒他們注意目前的情況。
- 危機護理標準(CSC)僅在重症監護資源嚴重受限、就診重症監護患者人數超出能力、且無法轉移到其他重症監護設施的特殊情況下啟用。

當醫院滿足上述關於 CSC 需求的所有假設並且所有其他選項都已用盡時，醫院可以並且應該啟動危機護理工具來分類重症護理資源。醫院必須讓 OHA 知道 CSC 已被觸發，並應公開發佈正在使用的危機工具，並應要求提供他們正在使用的工具。

公眾將需要獲得有關使用 CSC 的最新、準確和透明的資料，以及獲得有關他們如何在災難期間最好地尋求獲得護理的任何相關說明。

應不斷評估持續使用危機護理工具的需求，一旦關鍵資源不再稀缺，應立即暫停分流。

---

<sup>2</sup> 醫學研究所 2013。《*危機護理標準：指標和觸發器工具包*》。華盛頓特區：國家科學院出版社。  
<https://doi.org/10.17226/18338>。

## 危機關懷指導：簡介

如果資源充足，所有可能從治療中受益的患者都將獲得治療。如果資源不足，將根據可獲得的最佳客觀醫學證據對所有患者進行單獨評估。

- 護理決定應基於出院後存活的可能性。
- 任何人都不會因刻板印象、對任何個人生活質量的假設或基於是否存在殘疾而對個人「價值」的判斷而被拒絕提供護理。

個人對過去或未來醫療或社會資源的使用可能不是護理決策的一個因素。必須在適當的情況下對任何分類評分標準進行合理修改，以考慮到有潛在殘疾的個人。可能還需要進行其他合理修改，以確保殘疾患者平等獲得治療。

所有患者，無論資源可用性如何，都將受到尊重、關懷和同情。分診決定將不考慮道德或科學上無關的因素，例如社會經濟地位、種族、民族、性別認同、性取向、國籍、移民身份、信仰取向、父母身份、支付能力、保險範圍、殘疾、退伍軍人身份、遺傳信息、感知的生活質量、資源強度/持續時間、感知的社會價值，或僅基於年齡。

分診決定不得使用基於上述任何因素的分類排除標準。相反，應根據最佳客觀醫學證據使用個人評估來確定決策。作為任何評估的一部份，必須在必要時提供合理的修改、輔助工具和服務以及語言翻譯服務，以確保獲得醫療服務。

如果時間允許，已經達到應急或危機能力水平並面臨資源短缺（醫院床位、ICU 床位、呼吸機、透析機等）的醫院應與其他設施合作，看看這些資源是否在其他地方可用。如果時間不允許和/或其他設施缺乏關鍵資源，則應使用本文檔中概述的分類協議。

## 患者護理偏好

在實施 CSC 之前和實施期間，必須盡一切努力確定患者的護理目標和治療偏好。必須了解住院、ICU 入院或機械通氣等積極干預措施是否符合患者的偏好。

對於具有決策能力的患者，鑑於必須做出的分診決定，應盡可能尊重個人的知情拒絕和對維持生命治療的知情願望。不得引導或強迫患者及其家人同意退出、拒絕或倡導維持生命的護理。應詢問所有住院患者是否有關於醫療保健文件的預先指示、便攜式生命維持治療命令 (POLST)<sup>3</sup>、他們的護理目標是什麼，並應強烈鼓勵他們指定代理決策者（例如，醫療保健代表或醫療保健的持久授權書）如果之前沒有到位。

支持的決策將用於對自己的健康做出決定的能力有限或低的患者。這將使殘障患者能夠確定支持人員，以幫助殘障人士理解、考慮和溝通決定，為殘障患者提供做出自己的、知情的決定的工具。<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> <https://oregonpolst.org>

<sup>4</sup> SB 1606/OAR 333-505-0033

提供者必須注意不要因為對生活質量或相對價值的看法而迫使患者或其家人做出高級護理計劃決定，也不要要求患者同意特定的高級護理計劃決定以繼續接受該機構的服務。如果高級護理計劃文件到位且可用，則醫療保健提供者應驗證患者的護理目標和治療偏好是否保持不變。如果患者的治療願望發生變化，則應更新醫囑和高級護理計劃文件。

## CSC 分診小組

醫院應指定一個 CSC 分診小組來實施重症監護資源分配決定。作為分診小組代表的人員不應照顧被分診的患者，除非考慮到醫院的人員配備能力，這是不可能。除非沒有其他選擇，否則分診人員必須迴避對其親自治療的患者的分診決定。如果可能，建議醫院的 CSC 分診團隊由以下人員組成：

- 兩到三名具有分診經驗的高級臨床醫生（例如，重症監護、急診醫學、創傷手術等）。這應包括至少一名醫生和一名護士。這些臨床醫生應獲得許可並積極參與其領域。
- 作為醫療倫理顧問，具有經驗和培訓的醫學倫理學家。
- 多元化、公平和包容方面的專家。
- 一名行政助理，負責記錄所有分診小組的決定並維護必要的記錄和文件。

為了最好地減輕隱性偏見，每家醫院都應盡最大可能擁有一組分診專員和分診小組，以充分反映醫院服務的患者群體在種族、民族、殘疾等人口統計方面的多樣性、首選語言、性取向和性別認同。應盡一切努力組建一個團隊，以反映醫院所服務的社區和人群的多樣性。分診專員的多樣性旨在促進健康公平，並減輕資源分配中健康差異的長期存在。

負責確定稀缺資源分配的醫院分診小組成員還應接受隱性偏見和反種族主義方面的培訓。如果無法立即獲得接受過此類培訓的員工，則應盡快為分診團隊成員進行此類培訓。

## 重症監護資源分配的分類流程

實施 CSC 後，提供者將為所有需要 ICU 級別護理的患者（例如，低血壓患者、需要通氣支持、其他 ICU 級別需求的患者）分配分流優先級分數。這些分診方案應適用於所有個體，包括 COVID-19 和非 COVID-19 患者，無論年齡、殘疾狀況或其他無關因素如何。應將所有個體納入同一分類庫並進行評估，該分類庫需要在重症監護環境中接受治療。

- 必須根據可獲得的最佳、相關和客觀的醫學證據對每位患者進行個體化評估。在考慮預後時，相關考慮涉及急性發作和患者基線的恢復，不應包括對患者長期生存或資源強度/需求持續時間的考慮。
- 在極少數情況下，所提供的參考表可能無法捕捉到確定預後的重要因素，在分流（評分）相同或由於缺乏臨床數據而無法確定的情況下，提供者可能會考慮額外的因素。
- 在僅提供與分診標準相關的相關臨床資料後，治療提供者將被迴避，分診專員將就稀缺資源的分配分診作出決定；例如，特定稀缺資源的啟動、繼續或撤出。只要提供了獨立的分診專員或道德顧問，或除非俄勒岡州修訂法規(ORS) 127. 635 允許，治療提供者不會決定在 CSC 情況下拒絕或撤回維持生命的干預措施。

- 治療提供者可能會通過與患者/家人共同決策，根據護理對話的目標決定拒絕或撤回生命支持。這與常規做法是一致的。

## 分類優先級分數

使用基於 SOFA 或 mSOFA 評分的積分系統為成年人計算分診優先級評分，以評估根據最佳可用客觀醫學證據確定的出院生存率。必須對患有慢性腎病的人進行如下所述的修改。

對於兒科患者，應使用適合年齡的預後工具（例如，兒童使用 PELOD-2，足月新生兒使用 SNAPPE-II，早產新生兒使用 NICHD-OT）。請參閱下面的兒科注意事項部份。

必要時還必須對任何評估工具進行合理的修改，以確保最終的分診優先級評分對於有潛在殘疾的患者是準確，且與短期死亡風險無關的殘疾相關特徵不會使患者的評分惡化。使用兒科特定評分標準，例如 PELOD-2，可能是對殘疾患者（例如，耳聾、認知或行動受限）的合理修改。

所有患者都將有資格獲得重症監護病床和服務，無論其分診優先級得分如何，但可用的重症監護資源將根據優先級得分進行分配，這樣這些服務的可用性將決定有多少患者將接受重症監護。

## 計算分類優先級分數的步驟

**第 1 步：** 確定醫院生存的預後：

- a. 根據 SOFA、mSOFA（表 A）或適合年齡的預後工具（例如，針對兒童的 PELOD-2、針對足月新生兒的 SNAPPE-II 和針對早產新生兒的 NICHD-OT），評估器官功能障礙的程度。也可以酌情考慮針對特殊情況的其他經過驗證的工具，例如用於創傷患者的 MGAP。
- b. 調整慢性腎病患者的 mSOFA 或 SOFA 評分（見下文）。
- c. 評估對有潛在殘疾的個人進行合理修改的需要（見下文）。

**第 2 步：** 根據醫院生存的預後分配分診優先級分數：

- d. 根據表 B 和可用的最佳客觀醫學證據應用分類優先級評分。
- a. **暫停**和審查臨床一致性和潛在偏差的評分； 鼓勵多學科分診團隊參與本次審查。
- b. 如果某些通常用於確定醫院生存預後的資料不能立即獲得，則需要進行臨床判斷和/或對評估工具進行合理修改。
- c. 考慮表明患者即將死亡的臨床症狀
- d. 如果基於 mSOFA/SOFA 等預後工具的分診優先級評分在臨床上不一致，請根據需要調整評分，並聽取多學科分診團隊的意見，同時注意潛在的偏差。

**第 3 步：** 確認並傳達分類優先級分數。得分最低的患者將優先獲得重症監護資源

**第 4 步：** 如果患者符合 ICU 入院標準，但對稀缺的重症監護資源的優先級較低，則該患者將被列入 ICU 等候名單，並被送入病房接受持續護理。當可提供資源時，將重新評估他們的臨床情況，並根據步驟 1-3 中概述的標準對其進行重新分類。

有關 CSC 算法的說明，請參見圖 1。

表 A: 改進的順序器官衰竭評估工具 (mSOFA)

器官系統	0	1	2	3	4
呼吸 SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
肝	沒有鞏膜黃疸或黃疸			鞏膜黃疸或黃疸	
心血管、低血壓	無低血壓	MAP <70 毫米汞柱	多巴胺 ≤5 或多巴酚丁胺任何劑量	多巴胺 >5 腎上腺素 ≤0.1 去甲腎上腺素 ≤0.1	多巴胺 >15 腎上腺素 >0.1 去甲腎上腺素 >0.1
中樞神經系統, 格拉斯哥昏迷評分	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎, 肌酐 毫克/分升	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0

表 B. 使用 mSOFA 評分對醫院生存率的預測

積分				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 或 >80% 預計生存	mSOFA 6-9 或 60-80% 預計生存	mSOFA 10-12 或 40-60% 預計生存	mSOFA >12 或 20-40% 預計生存	積極死亡 或 <20% 預計生存

得分最低的患者將優先獲得重症監護資源

為慢性腎病患者對 SOFA/mSOFA 的調整。

使用 SOFA/mSOFA 評分有可能加劇現有的結構性健康不平等。<sup>5</sup>例如, 使用 SOFA/mSOFA 評分將對慢性腎病患者產生不成比例的負面影響, 這些患者大多是有色人種, 反過來又受到 COVID-19 的不成比例的影響。為了減輕這種影響, **任何已知患有慢性腎病的患者在肌酐升高的 SOFA 或 mSOFA 評分中將被分配不超過兩分。**

在殘疾患者中使用 SOFA/mSOFA 的合理安排。

格拉斯哥昏迷量表是用於測量 SOFA/mSOFA 中急性腦損傷嚴重程度的工具, 當患者無法清晰地表達可理解的單詞時, 即使這種情況是由於預先存在的言語障礙或慢性通風。在急性護理發作之前

<sup>5</sup> 施密特 H、羅伯茨 DE、埃尼尼亞 ND。配給、種族主義和正義：推進圍繞「色盲」COVID-19 呼吸機分配的辯論 [提前在網上發佈, 2021 年 1 月 6 日]。醫學倫理學雜誌。2021; medethics-2020-106856。doi:10.1136/medethics-2020-106856

經歷基線損傷水平的殘疾人士應在評分過程中獲得合理的便利，以免為了本協議的目的而增加 SOFA/mSOFA 分數，除非這些情況被認為會直接和實質性地影響個人在治療後急性疾病的生存可能性。

此外，必須向有溝通障礙和/或英語水平有限的患者提供完全獲得合格和認證的醫療保健口譯服務的機會，並在需要時提供輔助技術或其他合理便利，以便適當和客觀地完成評估。對於一些有嚴重溝通障礙的患者，醫院必須確保其確定的支持人員或患者護理團隊的其他成員（例如家庭成員或個人 PCA）在床邊並接受適當的安全培訓和 PPE，如俄勒岡州法律所要求。

### **個人化評估**

雖然 SOFA 和 mSOFA 等生理評分系統旨在預測某些組的結果，但每個評分決定都應基於對急性疾病或損傷的性質和嚴重程度的個體化評估，包括仔細的病史、體格檢查和適當使用輔助 不包括自動排除患有慢性但健康狀況穩定的患者的研究和臨床諮詢。

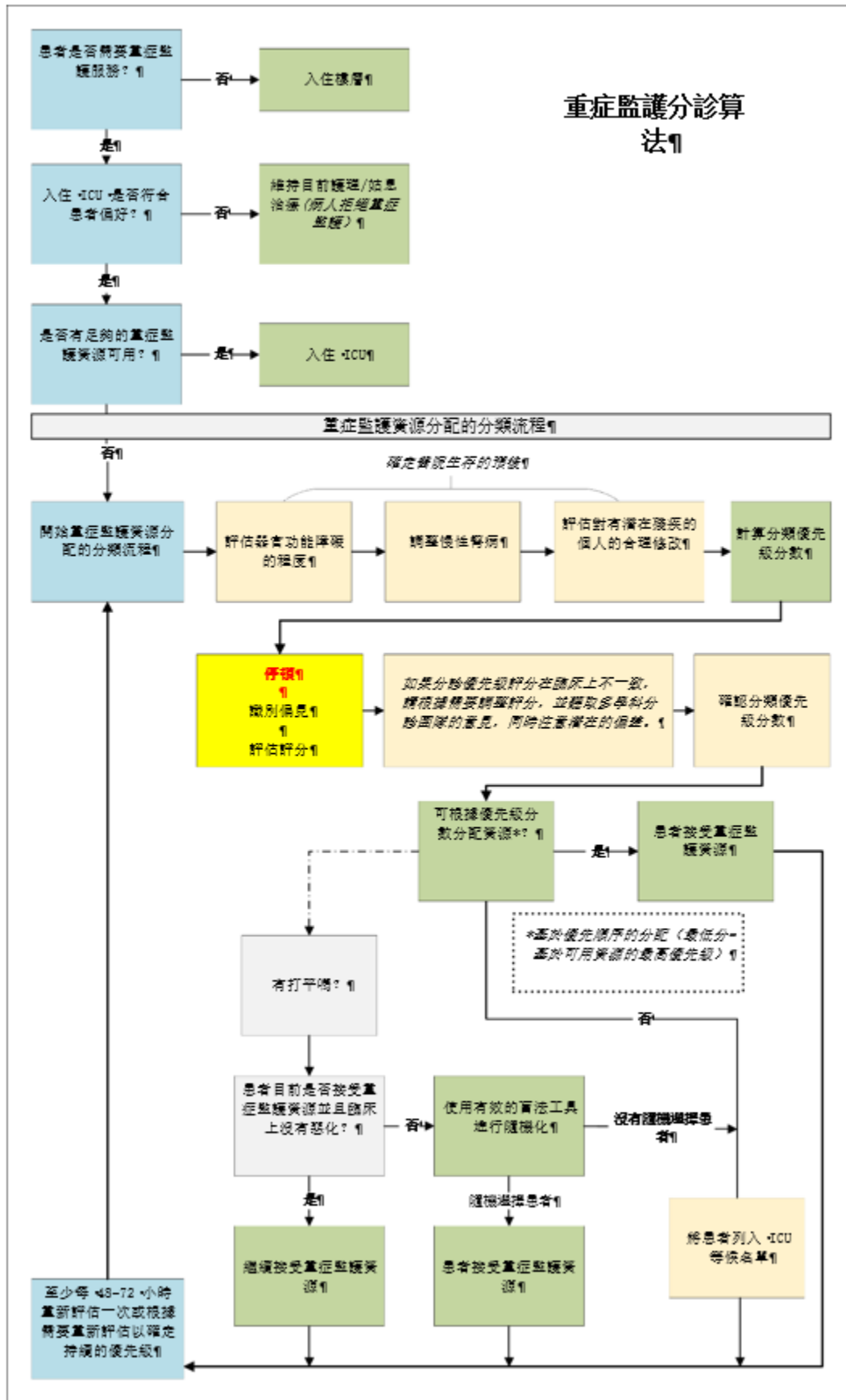
在進行此分診過程之前，重要的是要意識到儘管進行了積極的治療，有些人可能會立即或幾乎立即死亡，因此在常規護理期間，臨床醫生不會提供重症監護服務（例如，大量顱內出血）不適合手術干預，儘管治療仍存在頑固性休克）。在突發公共衛生事件期間，臨床醫生仍必須使用其在常規護理期間使用的標準對重症監護服務的醫療適用性作出相同的判斷。

### **長期通氣患者注意事項**

當一名使用自己的（非醫院）呼吸機的長期通氣患者入院時，他們將繼續使用該呼吸機進行通氣，這被認為是其個人財產。雖然由他們的個人呼吸機進行通氣，但當需要分診時呼吸機是稀缺資源，患者將免於分診過程。在任何情況下，患者的個人呼吸機都不會「重新分配」給另一名患者。患者使用的其他不屬於醫院的耐用醫療設備也是如此。

但是，如果長期通氣患者的呼吸狀態發生變化，需要使用醫院提供的新呼吸機進行通氣，如果 CSC 的分診方案到位，則該患者將被納入評估和資源分配。如果發生這種情況，該患者的個人呼吸機仍然是個人財產，不會被非自願重新分配。

圖 1. 重症監護分診算法





## 同等優先級解決過程（決勝局）

一旦根據患者的分診優先級分數對患者進行了分類，仍然可能會出現兩個或更多具有相同分流優先級分數的患者需要有限資源的情況。

如果具有相同分診優先級分數的其中一名患者已經在接收該資源，則只要該患者沒有臨床惡化，該資源就應該保留在該患者身上。

在同一稀缺資源的最終優先級相同的其他情況下，分配應使用有效的盲工具隨機進行。

備註：OHA 知道其他州和俄勒岡州的一些醫院在分流或決勝局情況下會考慮其他因素，包括但不限於懷孕狀態和患者的地區剝奪指數。<sup>6</sup>OHA 選擇不具體推薦這些因素，直到其可以作為俄勒岡資源分配諮詢委員會審議的一部份在更具包容性的過程中進一步討論。

治療決策不應包括考慮長期生存、生活質量判斷、過去或未來對醫療或社會資源的使用、資源強度或資源需求的持續時間。

## 正在進行的分流

應定期重新計算分類優先級分數（即至少每 48-72 小時）。這並不意味著患者護理必然會改變；這是為了讓主治醫生和分診專員隨時了解每位患者的狀態，並讓醫院的事故指揮部了解與需求相關的當地資源。

1. 如果接受稀缺資源的個體患者出現會嚴重影響其分流優先級評分的狀況，則該個體患者可能會重新確定其分流優先級別。
2. 患者不會僅僅因為他們繼續需要呼吸機等稀缺資源而被重新分配較低的分診優先級分數。只要臨床過程沒有顯著惡化（例如，發生破壞性並發症）並且主治醫師認為有醫學指示繼續使用稀缺資源，就不會重新分配該資源。主治醫師不能否決分診專員。有關 COVID-19 感染的新臨床資料表明，一些患者需要延長通氣時間；新資料可能會改變針對這種新的且特徵不完整的感染的治療方法或目前療法。本文件無意干擾這種需求或有關正在進行的治療的臨床判斷。
3. 除了做出最初決定的人員外，分診專員或團隊應定期對案件進行系統審查，以確保一致性、公平性和對流程的遵守。

---

<sup>6</sup> <https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>

## 要求重新評估患者病例

任何臨床醫生都可以自行或應患者、家屬或患者倡導者的要求，提出要求患者重新評估 CSC 分診優先級確定的請求。請求應僅限於關注個別患者的分診優先級評分是否準確。重新評估的請求應以書面形式提交。

應指定一名或多名未參與原始決定的指定分診專員或單獨的上訴小組來審查案件。根據醫療事件的緊迫性（即不通知與延長），可以理解該過程可能是追溯性的。但是，如果事件時間更長並且可能影響患者的潛在結果，則應制定流程以允許足夠快速的決定。

任何重新評估特定患者病例的請求的最終決定應以書面形式、註明日期和時間，並包括所有支持文件。

## 數據收集

為了回顧性評估這種分類優先處理過程可能加劇健康不公平的可能性，並為未來的更新提供資料，醫院必須為任何正在考慮和分類稀缺資源分配的患者收集以下數據。值得注意的是，人口統計數據不應與分診團隊共享，以避免資源分配決策中的任何潛在偏差。這些數據應通過行政程序單獨收集。

數據收集包括：

- 患者病歷號碼
- 醫院名稱和位置
- 出生日期
- 患者的性取向和性別認同（如果知道）
- 患者的種族、民族、語言和殘疾數據（符合 REALD 要求<sup>7</sup>）
- 在醫院就診時，患者是否正在使用個人呼吸機或其他個人醫療設備或資源。
- 家庭住址，無住所或未知
- 患者的護理偏好，如預先指示、便攜式生命維持治療命令 (POLST) 中所記錄，或由醫療保健代表、支持人員或家庭成員傳達。
- 分類優先級和臨床結果

---

<sup>7</sup> <https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/COMMUNICABLEDISEASE/REPORTINGCOMMUNICABLEDISEASE/Pages/REAL-D-Collection-Toolkit.aspx>

## 透明溝通

公眾和患者的透明度、清晰有效的溝通始終很重要，在公共衛生危機期間尤其如此。獲得所需的醫療護理資訊是拯救生命所需要的；不得因語言、文化或獲得技術和其他支援而在接受及時和能理解的醫療護理資訊方面處於不利位置。

透明度要求在觸發危機護理標準時告知公眾。公眾應獲得關於衛生系統危機護理計劃的最新和透明資訊，包括資源的分配方式怎樣與傳統的護理標準有所不同，以及何時觸發 CSC。

在醫療護理系統內，當醫院面臨資源不足時，應透明和及時地與所有患者或其授權的決策者作出溝通，包括資源不足的性質以及如何作出資源分配的決定。任何有關資源分配的決定（即呼吸機或重症監護室護理水平的使用資格）都應與患者或其授權決策者明確地溝通，並記錄在案。醫院應向所有患者提供有關如何聯絡醫院的美國殘疾人法案（ADA）協調員或患者倡導者的資料。

在公共衛生遇到緊急的情況下，所有溝通都應以能適應不同的文化背景和語言上無障礙的方式提供，並能滿足患者的智力、發育或其他殘疾的情況。提供有效的溝通可能包括但不限於：使用合資格的口譯員、以淺白的語言和時下使用的語言發送緊急資料、使用多種溝通格式如語音、大字和加上標題、讓患者選擇的支援人員能夠獲得溝通資料從而確保有效溝通，以及確保提供緊急資料的網站可根據聯邦民權法的要求讓殘疾人士也能無障礙地獲取資料。

## 兒科注意事項

為兒科患者確定稀缺資源的優先級與為成人確定優先級的過程類似。分診小組應包括具有兒科護理專業知識並符合臨床倫理的臨床醫生。

對 PELOD-2 或類似的兒科臨床儀器進行合理修改可能是殘疾兒科患者的必要條件。對於預先存在語言障礙或影響運動的殘疾的患者，即使在患者的殘疾與短期死亡風險無關的情況下，這也可能導致更高的 PELOD-2 評分。在這種情況下，必須對 PELOD-2 或類似的臨床工具進行合理修改，以確保與短期死亡風險無關的殘疾相關特徵不會惡化患者的評分。

分診流程、正在進行的分診、審查和上訴與成人類似。一旦患者進入 ICU，應定期重新評估他們（如成人）是否繼續需要 ICU 護理和/或任何會嚴重影響其分診優先級評分的情況。

如果兒科患者需要相同的資源並具有相同的分流優先級分數，則應使用有效的盲法工具隨機進行分配。

## 縮寫語

COVID-19: 2019 年冠狀病毒病

CSC: 危機護理標準

ICU: 重症監護室

MGAP: 機制、格拉斯哥昏迷量表、年齡和動脈壓分流評分預測創傷患者死亡率

mSOFA: 改進的順序器官衰竭評估工具

NICHD-OT: 國家兒童健康與發展研究所極早產結果工具

OHA: 俄勒岡州衛生局

PCA: 病人護理助理

PELOD-2: 兒科後勤器官功能障礙, 第 2 版

POLST: 維持生命治療的醫囑

PPE: 個人防護設備

REALD: 種族、民族、語言、殘疾數據收集

SNAPPE-II: 新生兒急性生理學和 SNAP 圍產期延長評分

SOFA: 順序器官衰竭評估工具

## 鳴謝

OHA 希望感謝其 CSC 指南和分類工具有助於告知 OHA 方法的州。指引和工具的鏈接如下：

亞利桑那：<https://www.azdhs.gov/covid19/documents/healthcare-providers-sdmac/covid-19-addendum.pdf>

馬薩諸塞州：<https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/crisis-standards-of-care-guidance-10-20-2020.pdf>。

華盛頓：<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/821-151-CSC-TT-guidebook.PDF>。

**索取無障礙文件：**對於殘疾人士或說其他語言的非英語人士，OHA 可以提供其他格式的資料，例如：翻譯、大字體或盲文版本。致電 1-971-673-2411、711（聽障專線（TTY））或電郵至 [COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us) 與 COVID-19 通訊部聯絡。