



2022年1月7日

俄勒冈州临时危机医疗护理工具

原则

在发生公共卫生危机时，医疗需求可能压垮现有能力，难以向所有需要者提供可能的拯救生命的医疗服务。由于预期“奥密克戎”变种（Omicron）病例即将激增，并会进一步压垮医院的医护能力，OHA 现发布该“临时危机医疗护理工具”。医院可以在需要时，使用该工具在重症监护病床、呼吸机和其他救生资源有限的情况下，公平地考虑提供医疗护理的次序。

OHA 根据亚利桑那、马萨诸塞和华盛顿等州现有的患者鉴别分类工具制定了这一临时危机医疗护理工具，并根据俄勒冈州在“[资源受限事件中促进健康平等的原则](#)”（[Principles in Promoting Health Equity in Resource Constrained Events](#)）进行了调整。¹这些原则包括不歧视、健康公平、患者主导的决策和透明的沟通。

如果俄勒冈州医院的重症护理资源严重有限，接受重症护理的患者数量超过其承受能力，并且无法将患者转移到其他重症护理设施，则医院可启用在面临危机时的医疗护理标准。

对于已经设有应对重症护理资源紧缺的危机护理工具的医院，只要符合[《促进资源受限事件中的健康平等原则》](#)中概述的原则，并且不违反州或联邦反歧视法律或任何其他适用法律，则可以继续使用现有工具。

“奥密克戎”变种的激增没有时间给俄勒冈州医院提供建立更加永久型分诊工具所需的社区和临床医生全面、综合、有效的参与。OHA 仍会在紧急状态下致力于继续我们的并行工作，与我们在俄勒冈州的社区合作伙伴和医疗保健提供者共同创建分配稀缺医疗资源的新工具，并将会在今年冬天召开新的“俄勒冈州资源分配咨询委员会”会议。该委员会将会传达与 OHA 2020 年发布的相关原则相关的修订内容，以及这一临时危机医疗护理工具，并会指导开发任何额外的必要资源，以帮助在医疗系统资源受限的情况下，将健康平等置于相关流程和决策工作的中心。

虽然这一临时工具能够更好地将俄勒冈州的非歧视、健康平等原则纳入难以做出的分类决策中，但它仍然不完善，也无法充分解决健康不平等现象。

有色人种、部落社区和残疾人在健康体系中面临的障碍，及其对潜在或慢性疾病不成比例的经历与获得所需医疗保健、安全且具有支持性的住房、充足的营养饮食时遇到的严重不平等现象有关。俄勒冈州“资源分配咨询委员会”未来的工作必须特别关注我们如何改善稀缺资源的公平分配，同时识别在危机发生时进行分类和优先排序之前就出现的重要不平等现象。

¹ <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ln3513.pdf>

概念：医疗护理连续体

正如医学研究所（Institute of Medicine）在 2013 年发布的相关信息中所称，灾难中对医疗保健需求激增应对能力的需求是基于对医疗保健服务和可用资源的需求而相应产生的。这些概念包括：²

- **常规能力。**用于提供医疗护理的空间、人员和用品与医院内的日常实践一致。为应对大流行病而使用的临床护理空间和实践足以支持与普通患者护理相当的临床护理。
- **应急能力。**用于提供医疗护理的空间、人员和用品与日常实践不一致，但可支持相关功能等同于常规患者护理实践的医疗护理。在出现大流行病期间（当医疗事件的需求超过社区资源时），可以临时或更持久地改变对临床护理空间或实践的应用。
- **危机能力。**对危机应对能力的启用是对护理标准的一种重大调整。当重症护理资源严重有限，需要接受重症护理的患者人数超过应对能力，并且无法转移到其他重症护理机构时，就会出现危机情况。

假设

如果医疗资源短缺的情况迫在眉睫，OHA 会与俄勒冈州的医院合作，尽一切努力最大限度地提高整个医疗系统的护理能力，以为尽可能多的患者提供所需的护理服务。这可通过各方的协调努力来实现，以平衡各个医疗机构所接待的患者，并将关键资源分配至受影响最严重的区域。为了更好地满足激增的医疗需求，各级响应部门（医疗设施、地方、区域、州和联邦）均需要相互协调。

如果俄勒冈州医院的重症护理资源严重有限，接受重症护理的患者数量超过其承受能力，并且无法将患者转移到其他重症护理设施，则医院可启用在面临危机时的医疗护理标准。

在实施本文件中提供的患者鉴别分类建议之前，应满足以下假设：

- 每家医院均采取一切可能的措施扩大提供重症护理资源的能力，包括（a）积累供应物资；（b）延迟非紧急护理服务；（c）准备使用通常不用于提供重症护理服务的空间、人员和其他资源来提供此类护理。
- 每家医院均已与 OHA、区域内可提供资源的医院以及其他地方和州内响应部门进行协调，并已告知当前的情况。
- “危机护理标准”（Crisis standards of care, CSC）仅在重症护理资源严重受限、接受重症护理的患者数量超过应对能力、且无法转移到其他重症护理机构的特殊情况下启用。

当医院满足上述关于 CSC 需求的所有假设，且所有其他选项均已用尽时，医院可以且应该启动危机医疗护理工具，以对重症护理资源进行分流。医院必须告知 OHA 已启用 CSC，并应公示当前使用的危机应对工具，并需应要求提供所使用的工具。

² Institute of Medicine 2013. *Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18338>.

公众需要获得有关使用 CSC 的最新、准确和透明的信息，以及有关如何在灾难期间寻求最佳护理服务的任何相关说明。

应持续对使用危机护理工具的必要性进行评估，并且在关键资源不再稀缺时立即停止分诊。

危机护理指南：介绍

如果资源充足，所有可能从相关治疗中获益的患者都将接受治疗。如果资源不足，则会根据现有的最佳客观证据对所有患者进行单独评估。

- 医疗护理决策应以患者存活到出院的可能性为基础。
- 医疗机构不会因为模式化的观念、对个人生活质量的假设或基于是否存在残疾而对个人“价值”的判断而拒绝为任何患者提供护理服务。

个人过去或未来对医疗或社会资源的使用情况不应作为制定护理决策的一个因素。在适当情况下，必须对任何分诊评分标准进行合理修改，以考虑可能存在健康缺陷的个人。还可能需要通过进行其他合理的修改，来确保存在健康缺陷的患者获得接受治疗的平等机会。

所有患者，无论是否具备相关的可用资源，都会得到尊重、关怀和同情。制定分诊决定时不会考虑在道德或科学上不相关的因素，如社会经济地位、种族、族裔、性别认同、性取向、国籍、移民身份、信仰取向、父母身份、支付能力、保险范围、健康缺陷、退伍军人身份、遗传信息、生活质量、资源-强度/持续时间、社会价值，或仅基于年龄。

分诊决定不得基于上述任何因素使用分类排除标准。相反，应该根据最佳客观医学证据，通过对个人的评估来制定决策。作为所有评估的一部分，必须在必要时进行合理的修改、提供辅助设备和服务以及语言口译服务，以确保患者能够获得相应的医疗服务。

如果时间允许，达到应急或危机水平并面临资源短缺（医院病床、ICU 病床、呼吸机、透析机等）的医院应与其他医疗设施合作，以查看这些资源是否在其他地方可用。如果时间不允许和/或其他医疗设施缺乏关键资源，应使用本文件中概述的分流方案。

患者护理偏好

在实施 CSC 之前以及实施过程中，必须尽一切努力确定患者的护理目标和治疗偏好。必须了解积极的干预措施，如住院治疗、转入 ICU 或机械通气是否符合患者的偏好。

对于具有决策能力的患者，在必须做出分诊决定情况下，应尽可能尊重患者在知情后选择拒绝治疗的愿望，以及对维持生命治疗的选择。不得引导或迫使患者及其家属同意停止、拒绝或要求接受维持生命的护理。应询问所有住院患者是否具有针对医疗保健文件的生前遗嘱（**advance directive**）、是否具有维持生命治疗的便携式医嘱（**portable order for life-sustaining treatment, POLST**）以及他们的护理目标是什么；如果之前没有设定任何代理决策者（例如，医疗保健代表或医疗保健的长期授权书），则应大力鼓励其任命代理决策者。³

³ <https://oregonpolst.org>

对于能力有限或能力低下的患者，会使用支持性的决策，以做出与其健康相关的决定。这有助于残疾患者识别能够为其提供支持的人，以帮助他/她理解、考虑和传达相关决定，为残疾患者提供制定自己的知情决策的工具。⁴

医疗机构必须小心谨慎，不要因为对患者生活质量或相对价值的认知而迫使患者或其家人做出有关临终护理计划的决定，也不要要求患者同意特定的临终护理计划，以继续接受该医疗机构的服务。如果具有临终护理计划文件并且可用，医疗保健提供者应验证患者的护理目标和治疗偏好是否保持不变。如果患者的治疗意愿发生变化，应更新医嘱和临终护理计划文件。

CSC 分诊团队

医院应指定一个 CSC 分诊团队来判定重症护理资源的分配。作为分诊团队代表的人员不应护理被分诊的患者，因医院人员配置能力有限而无法这样做的情况除外。除非没有其他选择，否则分诊工作人员必须避免对他们亲自治疗的患者做出分流决定。如果可能，建议医院的 CSC 分诊团队由以下人员组成：

- 两到三名具有分诊经验的高级临床医生（例如，重症监护、急救医学、创伤手术等）。其中应包括至少一名医生和一名护士。这些临床医生应该持有执照并且当前正在该领域工作。
- 具有医疗伦理咨询经验并接受过培训的医疗伦理学家。
- 在多元化、平等和包容性方面有丰富经验的专家。
- 一名行政助理，负责记录分诊小组的所有决定，并维护必要的记录和文件。

为了最大限度地减少隐性偏见，每家医院应尽可能配备一组分诊管理成员和一个分诊团队，以充分反映医院服务的患者群体在人口统计学方面的多样性，如种族、族裔、残疾、首选语言、性取向和性别认同等。应尽一切努力组建一支反映医院所服务社区和人口多样性的团队。分诊管理人员中的多样性应能够促进健康平等，并缓解在资源分配中长期存在的健康不平等性。

负责确定稀缺资源分配的医院分诊团队成员还应接受有关隐性偏见和反种族主义方面的培训。如果当前没有已获得此类培训的员工，应尽快为分诊团队成员提供此类培训。

病症护理资源分配的分诊流程

实施 CSC 后，医疗机构将为所有需要 ICU 级别护理的患者（如低血压患者、需要通气支持的患者、其他具有 ICU 级别需求的患者）分配分诊优先级分数。这些分流方案应对所有个人均适用，包括 COVID-19 和非 COVID-19 患者，并且不论年龄、残疾状况或其他无关因素。应将所有个人纳入需要在重症监护环境中接受治疗的同一分流库中，并对其进行评估。

- 必须根据最佳可用、相关和客观的医学证据对每位患者进行个性化评估。在考虑预后时，相关考虑因素应涉及急性发作和患者基线恢复情况，而不应包括患者的长期生存情况或资源强度/需求持续时间。

⁴ SB 1606/OAR 333-505-0033

- 在所提供的参考表格无法反应确定预后的重要因素的罕见情况下，如果分诊标准（分数）相等或因缺乏临床数据而无法判断时，医疗服务提供者可考虑额外因素。
- 在提供仅与分诊标准相关的临床信息后，提供治疗的医护人员需要回避，分诊管理人员就稀缺资源的分配做出分诊决定；例如，某一特定稀缺资源的启用、延续或撤出。只要有独立的分诊管理人员或医学伦理顾问在场，在实施 CSC 的情况下，提供治疗的医护人员不会决定拒绝或停止维持生命的干预措施，除非《俄勒冈州修订法规》（ORS）127.635 允许。
- 提供治疗的医护人员可通过与患者/家属共享决策，根据护理对话的目标，决定拒绝或停止生命支持措施。这与传统做法是一致的。

分诊优先级分数

通过基于 SOFA 或 mSOFA 的评分系统计算成年人的分诊优先级分数，以评估根据最佳可用客观医学证据确定的出院生存率。必须对以下列出的患有慢性肾病的个体调整该评分方法。

对于儿科患者，应使用适合其年龄的预后工具（例如，用于儿童的 PELOD-2，用于足月新生儿的 SNAP-II 和用于早产儿的 NICHD-OT）。参见下面的儿科注意事项部分。

必要时，还必须对任何评估工具进行合理修改，以确保最终的分诊优先级分数对于具有潜在健康缺陷的患者是准确的，并且与短期死亡风险无关的残疾特征不会降低患者的分数。对于残疾患者（如耳聋、认知或活动受限），可使用特定的儿科评分标准（如 PELOD-2）作为合理的替代。

所有患者都有资格获得重症监护床位和服务，无论其分诊优先级得分如何，但会根据优先级得分分配可用的重症监护资源，以便根据这些服务的可用性来决定有多少患者可以获得重症监护。

计算分诊优先级分数的步骤

步骤 1： 确定与医院生存相关的预后：

- a. 根据 SOFA、mSOFA（表 A）或适龄预后工具（如儿童 PELOD-2、足月新生儿 SNAP-II 和早产儿 NICHD-OT）测量或获得相关信息，评估器官功能障碍的严重程度。还可以考虑使用针对其他特殊情况的有效工具，例如针对创伤患者的 MGAP。
- b. 调整慢性肾病患者的 mSOFA 或 SOFA 评分（见下文）。
- c. 评估对可能存在健康缺陷的个人进行合理修改的必要性（见下文）。

步骤 2： 根据与医院生存率相关的预后分配分诊优先级分数：

- d. 根据表 B 和最佳可用客观医学证据计算分诊优先级得分。
 - a. **暂停**并审查临床一致性和隐性偏见的评分；鼓励多学科分诊团队参与本次审查。
 - b. 如果无法立即获得通常用于确定医院生存率预后的某些信息，则需要临床判断和/或对评估工具进行合理修改。
 - c. 考虑显示患者即将死亡的临床症状
 - d. 如果基于预后工具（如 mSOFA/SOFA）的分诊优先级得分在临床上不一致，在考虑是否存在隐性偏见，并从多学科分诊团队获得反馈后根据需要调整得分。

步骤 3: 确认并传达分诊优先级分数。得分最低的患者最优先获得重症护理资源

步骤 4: 如果患者符合进入 ICU 的标准，但因重症监护资源稀缺而获得较低的优先级，则该患者会被列入 ICU 等待名单，并入院持续接受护理。当资源可用时，重新评估其临床情况，并根据步骤 1-3 中概述的标准对他们进行重新分流。

有关 CSC 算法的说明，请参见图 1。

表 A: 调整后的器官衰竭排序评估工具 (mSOFA)

器官系统	0	1	2	3	4
呼吸系统 SpO ₂ /FiO ₂	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
肝脏	无巩膜黄疸或黄疸			巩膜黄疸或黄疸	
心血管性低血压	无低血压	MAP <70 mm Hg	多巴胺 ≤ 5 或任何剂量的多巴酚丁胺	多巴胺 > 5 肾上腺素 ≤0.1 去甲肾上腺素 ≤ 0.1	多巴胺 > 15 肾上腺素 > 0.1 去甲肾上腺素 > 0.1
中枢神经系统，格拉斯哥昏迷评分	15	13-14	10-12	6-9	<6
肾，肌酐 mg/dL	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0

表 B. 使用 mSOFA 评分得出的医院生存率预后

分数				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 或 >80% 预测生存率	mSOFA 6-9 或 60-80% 预测生存率	mSOFA 10-12 或 40-60% 预测生存率	mSOFA >12 或 20-40% 预测生存率	正在死亡 或 <20% 预测生存率

得分最低的患者最优先获得重症护理资源

对慢性肾病患者的 SOFA/mSOFA 调整。

使用 SOFA/mSOFA 评分有可能加剧现有的结构性健康不平等。例如，使用 SOFA/mSOFA 评分系统对患有慢性肾脏疾病的患者的影响是不成比例的，而这些人群中很大一部分是有色人

⁵ Schmidt H, Roberts DE, Eneanya ND. Rationing, racism and justice: advancing the debate around 'colourblind' COVID-19 ventilator allocation [published online ahead of print, 2021 Jan 6]. J Med Ethics. 2021; medethics-2020-106856. doi:10.1136/medethics-2020-106856

种，从而造成他们更容易受到 COVID-19 的影响。为了降低这种影响，任何已知患有慢性肾脏疾病的患者，肌酐升高的 SOFA 或 mSOFA 评分不超过 2 分。

对残疾患者使用 SSOFA/mSOFA 时进行合理的调整。

格拉斯哥昏迷量表（Glasgow Coma Scale）是一种在 SOFA/mSOFA 中测量急性脑损伤严重程度度的工具。当患者无法清晰地说出可理解的词语时，包括这种情况是由于先前存在的言语障碍或慢性通气所致的情况，该量表也会增加 SOFA/mSOFA 的评分。对于在出现急性护理事件之前经历基线损伤水平的残疾人员，应在评分过程中给予合理的照顾，以避免在本方案中增加 SOFA/mSOFA 评分，除非这些情况被认为是直接且实质性地影响了个人在针对该急性疾病接受治疗恢复生存率的可能性。

此外，必须向有沟通障碍和/或英语水平有限的患者提供充分的合格且经过认证的医疗口译服务，如果有必要，还必须提供辅助技术或其他合理的便利设施，以恰当并客观地完成评估。对于一些具有严重沟通障碍的患者，照俄勒冈州法律的要求，医院必须确保其指定的支持人员或患者护理团队的其他成员（如家庭成员或个人 PCA）在接受适当的安全培训并佩戴 PPE 后陪伴在患者床边。

个性化评估

虽然生理评分系统（如 SOFA 和 mSOFA）旨在预测特定人群的治疗结果，但每项评分均应基于对急性疾病或损伤的性质和严重程度度的个体化评估，包括详细病史、体检、适当使用辅助研究和临床咨询，并且不会自动排除患有慢性但稳定的疾病的患者。

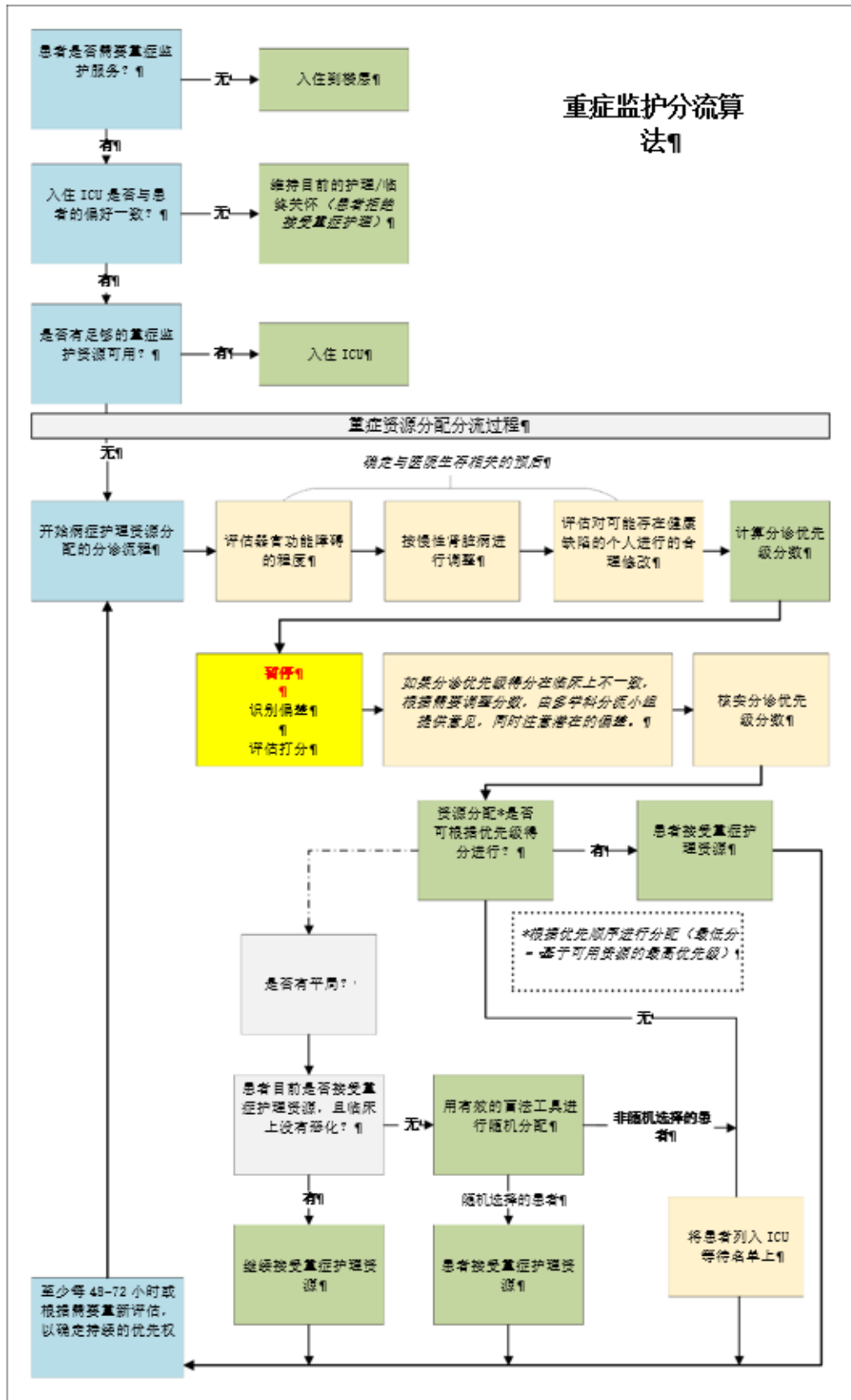
在执行这一分流过程之前，相关人员需要意识到，尽管进行了积极的治疗，有一些人仍然可能会立即或即将死亡，因此，在给予常规护理期间，临床医生不提供重症护理服务（例如，大量颅内出血无法接受手术干预，并且在进行治疗后仍出现顽固性休克）。在突发公共卫生事件期间，临床医生仍必须使用提供常规护理期间使用的标准，对重症护理服务的医疗适宜性做出同等的判断。

关于慢性通气患者的说明

当一名拥有自己的（非医院）呼吸机的慢性通气患者入院时，他们将继续使用该呼吸机进行通气，并且该呼吸机被视为其个人财产。当使用个人呼吸机进行通气时，如果呼吸机是需要分流的稀缺资源时，患者无需参加分诊流程。在任何情况下，患者的个人呼吸机都不会“重新分配”给其他患者。这同样适用于患者正在使用的不属于医院的其他耐用医疗设备。

但是，如果慢性通气患者的呼吸症状发生变化，并且需要使用医院提供的新呼吸机进行通气时，那么如果 CSC 存在分诊方案，患者则会被纳入分诊评估和资源分配流程。如果发生这种情况，患者的个人呼吸机仍然是个人财产，并且不会在非自愿的情况下重新分配。

表 1 重症监护分流算法



相同优先级解决流程（解决分数持平的情况）

在根据分诊优先级得分对患者进行分类后，仍可能出现两个或两个以上具有相同分诊优先级得分的患者同时需要使用有限资源的情况。

如果具有相同分诊优先级得分的其中一名患者已经接受该资源，只要患者的临床病情没有恶化，患者就应该继续使用该资源。

在其他情况下，如果对于同一稀缺资源的最终优先级持平，应使用有效的盲法工具随机进行分配。

注：OHA 了解到，其他州和俄勒冈的一些医院考虑在分流或解决得分持平的情况时会考虑额外的因素，包括但不限于怀孕状况和患者的地区剥夺程度指数（Area Deprivation Index）。⁶OHA 选择在俄勒冈州资源分配咨询委员会能够通过更具包容性的流程对这些因素进一步审议之前，不具体推荐这些因素。

治疗决策不应考虑长期生存率、对生活质量的判断、在过去或未来对医疗或社会资源的使用、所需资源强度或资源需求的持续时间。

当前分诊状态

应定期（即至少每 48-72 小时）重新计算分诊优先级分数。这并不意味着患者接受的护理会发生改变；这是为了让治疗医生和分诊管理人员能够随时了解每位患者的状态，并了解医院事故指挥部（Incident Command）关于与需求相关的本地资源的情况。

1. 如果获得稀缺资源的个体患者出现严重影响其分诊优先级得分的情况，则可能会重新确定该患者的分诊优先级。
2. 患者不会因为继续需要稀缺资源（如呼吸机）而重新分配到较低的分诊优先级分数。只要临床过程没有明显恶化（例如，发生灾难性的并发症），并且主治医师认为医学上需要继续使用该稀缺资源，就不会重新分配资源。主治医师不能否决分诊管理人员的决定。有关 COVID-19 的最新临床资料表明，有些患者需要长期通气；新的信息可能会改变针对这种新型且尚不知道其全部特征的感染类型的治疗方法。本文件无意干扰该需求或有关是否接受持续治疗的临床判断。
3. 除做出最初决定的人员外，应定期由分流管理人员或团队对相关病例进行系统审查，以确保流程的一致性、公平性和遵守程度。

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

请求重新评估病例

任何临床医生可自行或应患者、家属或患者权益服务提供者的要求，提出重新确定患者 CSC 分诊优先级的请求。此类请求应局限于关注相关患者的分诊优先级分数是否准确。重新评估请求应以书面形式提交。

应指定一名或多名与原始决定无关的指定的分流管理人员或单独的上诉小组来审查病例。根据医疗事件的紧急程度（即，无通知与延期），该过程可能具有追溯性。但是，如果相关事件持续时间更长，并且患者的潜在治疗结果可能会受到影响，则应制定相应的流程，以便能够快速做出决定。

对重新评估特定病例的任何请求的最终决定应采用书面形式给出，并注明日期和时间，同时包括所有支持文件。

数据收集

为了回顾性地评估这种分诊优先级评估过程是否可能会加剧健康不平等，并且为了提供更多未来相关的最新情况，医院必须为任何正在考虑和接受分诊的患者收集以下数据，以更好地分配稀缺资源。值得注意的是，人口统计数据不应与分诊团队共享，以避免资源分配决策中出现任何隐性偏见。这些数据应通过管理流程单独收集。

收集的数据应包括：

- 病人病历号
- 医院名称及地点
- 出生日期
- 患者的性取向和性别认同（如已知）
- 患者的种族、族裔、语言和残疾情况（根据 READ 的要求⁷）
- 在医院就诊时，患者是否正在使用个人呼吸机或其他个人医疗设备或资源。
- 家庭住址，无居所或未知
- 患者的在护理服务方面的偏好，如生前遗嘱（**advance directive**）、便携式维持生命治疗指令（**POLST**），或由医疗保健代表、支持人员或家庭成员传达的信息。
- 分诊优先级和临床结果

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

透明沟通

对公众和患者来说，透明度和清晰有效的沟通始终是重要的，在公共卫生危机期间尤其如此。获得所需的医疗信息可以挽救生命，人们在接收及时和可理解的医疗信息时，不能因为其语言、文化或获得技术和其他支持而处于不利地位。

透明度要求，当危机医疗标准被触发时，公众应被告知。公众应获得关于卫生系统危机医疗计划的最新和透明的信息，包括资源将如何以有别于传统医疗标准的方式分配，以及何时启动 CSC。

在医疗保健系统中，当医院面临资源制约时，应与所有患者或其授权的决定者进行透明和及时的沟通，包括制约的性质以及如何做出资源分配决定。有关资源分配的任何决定（即有资格使用呼吸机或接受重症监护病房级护理）都应与学生或其授权的决定者明确沟通，并记录在案。医院应向所有患者提供有关如何联系医院内的《美国残疾人法案》（Americans with Disability Act, ADA）协调员或患者权益服务提供者的信息。

在突发公共卫生事件时，应以符合文化需求和语言无障碍的方式提供所有沟通，并满足智力、发育或其他残障人士的需要。这可能包括，但不限于：使用合格的口译员提供有效沟通，以非专业语言和普遍接受的语言发布紧急消息，使用诸如音频、大号字体和字幕等多种格式，向患者选择的，能够帮助确保有效沟通的支持人员提供渠道资源，并根据联邦民权法的要求确保提供紧急信息的网站能够让残障人士无障碍访问。

儿科注意事项

针对儿科患者稀缺资源的优先顺序与成人的优先顺序相似。分诊团队应包括具有儿科护理专业知识并符合临床伦理要求的临床医生。

可能需要针对残疾儿童对 PELOD-2 或类似儿科临床评估工具进行合理的修改。对于已有语言障碍或具有影响运动的健康缺陷的患者，即使在患者的健康缺陷与短期死亡风险无关的情况下，这也可能导致较高的 PELOD-2 评分。在这种情况下，必须对 PELOD-2 或类似的临床评估工具进行合理修改，以确保与短期死亡风险无关的残疾特征不会降低患者的评分。

有关分诊流程、当前分诊状态、复审和上诉的内容与成年人类似。患者进入 ICU 后，应定期重新评估他们（与成年人一样）是否需要继续接受 ICU 护理和/或是否出现任何可能严重影响其分诊优先级评分的情况。

如果儿科患者需要相同的资源并且具有相同的分诊优先级分数，则应使用有效的盲法工具随机进行分配。

缩略语

COVID-19: 2019 冠状病毒病

CSC: 危机护理标准

ICU: 重症监护病房

MGAP: 用于预测创伤患者死亡率的机制、格拉斯哥昏迷评分（Glasgow Coma Scale）、年龄和动脉压情况等分流评分

mSOFA: 调整后的器官衰竭排序评估工具（mSOFA）

NICHD-OT: 国家儿童健康与发展研究所极早产儿童医疗效果工具

OHA: 俄勒冈州卫生局（Oregon Health Authority）

PCA: 病人护理助理

PELOD-2: 小儿逻辑器官功能障碍，第 2 版

POLST: 维持生命治疗的医嘱

PPE: 个人防护装备

REALD: 与种族、族裔、语言、残疾情况相关的数据收集

SNAPPE-II: 新生儿急性生理学评分与 SNAP 围产期延长

SOFA: 器官衰竭排序评估工具

致谢

OHA 特此感谢 OHA 在制定相关方法期间参考的已制定 CSC 指南和分流工具的各州。相关指南和工具的链接如下：

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

马萨诸塞州：<https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/crisis-standards-of-care-guidance-10-20-2020.pdf>.

华盛顿州：<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/821-151-CSC-TT-guidebook.PDF>.

文件可访问性：对于残障人士或说英语以外的其他语言的人，OHA 可以提供其他格式的信息，例如翻译、大号字体或盲文。通过 1-971-673-2411, 711 TTY 或者 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us 联系 COVID-19 通讯部门。