

重庆市梁平区卫生健康委员会 重庆市梁平区残疾人联合会 关于加强残疾人精准康复家庭医生签约服务的 通 知

梁平卫健发〔2019〕74号

各乡镇（街道）残联，区属各卫生健康单位，各乡镇（中心）卫生院及街道社区卫生服务中心：

根据国家卫生健康委基层卫生健康司、中国残联康复部印发的《残疾人家庭医生签约服务指导手册》和重庆市残联、市卫生计生委等6部门印发的《重庆市残疾人精准康复服务行动实施方案（2016—2020年）》（渝残联发〔2016〕164号），以及重庆市卫生健康委、重庆市残联《关于加强残疾人精准康复家庭医生签约服务工作的通知》（渝卫发〔2019〕10号）要求，结合我区家庭医生签约服务和残疾人社区康复站（室）建设运行实际，现将进一步加强残疾人精准康复服务和家庭医生签约服务工作要求通知如下：

一、签约服务工作目标

以残疾人精准康复需求为导向，以“全国残疾人基本服务状况



和需求专项调查”数据为基础，基层医疗卫生机构的家庭医生团队结合自身服务能力与有康复需求的持证残疾人签约，提供基本医疗服务、公共卫生服务和残疾人个性化康复服务。到 2020 年，全区有康复需求的持证残疾人精准康复家庭医生签约和履约服务覆盖率达 80%以上。

二、签约服务对象

精准康复家庭医生签约对象为辖区内有康复需求的持证残疾人。优先覆盖建档立卡贫困家庭残疾人、计划生育特殊家庭残疾人、因病致（返）贫残疾人、重度残疾人、精神残疾人及一户多残家庭的残疾人。

三、签约服务内容

（一）基本医疗和公共卫生服务。按照有关规定，提供常见病、多发病诊疗，以及门诊预约、协助转诊和健康管理等基本医疗服务；按照国家要求，为符合条件的残疾人免费提供重大公共卫生服务、基本公共卫生服务。

（二）个性化康复服务。参照《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）》（附件 2），为有康复需求的持证残疾人每季度 1 次家庭护理指导、康复知识、技能培训、康复用药及训练指导等个性化康复服务。

四、签约服务工作流程

（一）成立服务团队。按照《残疾人家庭医生签约服务指导



手册》要求，残疾人家庭医生签约服务团队由家庭医生、社区护士、社区（村）助残志愿者（康复协调员）构成，可以吸收公共卫生医师、康复医师、康复治疗师、严重精神残疾患者管理人员、社会工作者、志愿者等进入团队。家庭医生是团队的领导核心，协调团队成员分工协作，为签约残疾人提供基本医疗卫生服务、基本公共卫生服务以及约定的健康管理服务、转介服务等。

（二）开展摸底调查。乡镇（街道）残联及时与“全国残疾人基本服务状况和需求专项调查”中有康复需求的持证残疾人进行比对，掌握辖区残疾人基本情况，了解残疾人的基本康复需求变化，及时向基层医疗卫生机构提供辖区内有康复意愿的残疾人名单。精准康复家庭医生签约服务团队对残疾人精准康复基本信息全面摸底，填写《重庆市残疾人精准康复基本信息登记表》（附件3-1）。

（三）实施筛查评估。精准康复家庭医生团队对辖区内的持证残疾人根据残疾类别按照《重庆市残疾人基本康复服务目录》《重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表》（附件3-2）进行基本康复需求筛查、评估。结合《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）》，为有个性化康复需求的持证残疾人制定个性化康复服务方案。

（四）签订服务协议。基层医疗卫生机构组织精准康复家庭医生签约服务团队结合残疾人的个性化康复需求，与残疾人签订

《重庆市精准康复家庭医生签约服务协议书》(附件3-3)。

(五) 提供签约服务。精准康复家庭医生签约服务团队根据签约内容和个性化康复服务方案提供服务,并对实施情况进行登记,填写《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务记录》(附件3-4)。对有转介需求的残疾人,应转介至康复机构进行服务。针对行动不便的残疾人,可以根据需要,采取入户的方式进行签约和履约服务。

(六) 完善康复档案。基层医疗卫生机构在《居民健康档案》的基础上,为已签约有康复需求的持证残疾人建立《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务档案》(附件3)。

五、签约服务经费保障

精准康复家庭医生签约和履约服务经费标准不低于60元/人·年,由市级和区级共同承担,市残联纳入预算通过财政转移支付给予补助,区残联兜底保障。家庭医生团队为残疾人提供的服务如符合国家基本公共卫生项目内容,相应的经费从政府基本公共卫生服务项目补助资金中列支。为残疾人提供的康复服务,符合精准康复服务项目要求的,从残联系统的康复专项中列支。其他基本医疗卫生服务费用,按医保或物价部门的要求收取。

六、加强签约服务绩效考核

按照重庆市卫生健康委、重庆市残联《关于加强残疾人精准康复家庭医生签约服务工作的通知》(渝卫发〔2019〕10号)要



求,为进一步提高残疾人精准康复家庭医生签约服务数量及质量,规范签约服务行为,区卫生健康委、区残联结合我区实际将另行制定残疾人精准康复家庭医生签约服务绩效考核办法,逐步完善区级考核乡镇(街道)级、乡镇(街道)级考核家庭医生团队的定期分级考核制,重点考核各基层医疗卫生机构实际提供的服务项目、服务数量、服务质量和群众满意度,已签约的残疾人满意度应达80%以上,并依据考核结果兑现补助资金。

七、职能职责

基层医疗卫生机构:及时组建精准康复家庭医生签约服务团队,加强团队的建设和管理,开展技能培训,为有康复需求的持证残疾人签订家庭医生签约服务协议,提供建立健康档案、常见病及多发病的诊治、慢性病管理、健康体检、健康咨询、转诊等相应服务;建立《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务档案》(附件3-2、3-3、3-4),开展家庭医生团队年度绩效考核。

乡镇(街道)残联:做好康复需求采集,及时向基层医疗卫生机构提供辖区内有康复需求的残疾人名单,并将各类残疾人康复需求情况录入“中国残疾人服务平台”。协调组织相关培训,协助绩效考核,加强残疾人精准康复家庭医生签约和履约服务资金监管。乡镇(街道)残联积极指导村(社区)康复协调员做好残疾人家庭医生签约服务工作,村(社区)康复协调员与家庭医生建立紧密联系,配合家庭医生做好与残疾人的对接、签约和转介



服务工作，并将残疾人的转介信息及时反馈给家庭医生。

八、工作要求

（一）高度重视，加强组织领导。各乡镇（街道）残联和基层医疗卫生机构要高度重视，切实加强组织领导和统筹协调，建立协作机制，明确责任，认真实施，及时制订残疾人精准康复家庭医生签约服务实施方案，做实做细残疾人精准康复家庭医生签约和履约服务工作，合力推进残疾人签约服务工作的有效开展，接受中国残联组织的满意度调查，提高精准康复服务的满意率。

（二）加强培训，提高服务能力。区级视力残疾康复组、听力残疾康复组、肢体残疾康复组、智力残疾康复组、精神残疾康复组要以《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录(试行)》（附件2）为基础，把残疾人所需的康复知识和服务项目作为家庭医生业务培训的重要内容，认真做好残疾人家庭医生培训工作，全面开展康复知识、康复技能、康复评估等方面的学习培训，不断提高家庭医生团队人员的康复技术能力。

（三）整合资源，强化阵地建设。各乡镇（街道）残联和基层医疗卫生机构要结合残疾人社区康复站（室）建设运行实际，对存在问题进行认真梳理、分析，研究制定残疾人社区康复站（室）运行管理办法，解决康复器材闲置、缺乏专业康复指导人员、康复效果不好等问题，充分发挥残疾人社区康复站（室）的作用，确保有康复需求的残疾人得到基本康复服务。

（四）宣传动员，加强引导。一是要广泛开展宣传活动，利用各种媒体、各种方式大力宣传残疾人精准康复家庭医生签约服务的有关政策、签约方式、服务内容等，提高残疾人对精准康复家庭医生签约服务的知晓率。二是乡镇（街道）、村（社区）残疾人专职委员要积极与就近的医疗机构和康复机构进行沟通、对接，为残疾人参与家庭医生签约服务提供帮助，引导残疾人在各自工作地或居住地与家庭医生团队进行签约，并积极协调解决残疾人家庭医生签约服务工作中的具体问题，进一步推进残疾人精准康复家庭医生签约服务，提高残疾人对精准康复家庭医生签约服务的认知度和接受度。

- 附件：1.残疾人家庭医生签约服务指导手册
2.重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）
3.重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务档案

重庆市梁平区卫生健康委员会

重庆市梁平区残疾人联合会

2019年7月12日



附件 1

残疾人家庭医生签约服务指导手册

一、基本概念

(一) 残疾人

是指在心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。残疾人包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

(二) 康复机构

是指为各类残疾人提供康复服务的机构或组织。包括康复中心、医疗机构、特殊教育机构和民办非企业组织，可为各类残疾人提供康复医疗、功能训练、辅助器具适配、心理辅导、咨询等服务。

(三) 转介服务

是指通过对残疾人的康复需求、经济能力以及社区康复资源进行评估，将其转介至相应康复机构接受服务，包括转出服务和转入服务。转出服务是残疾人家庭医生签约服务团队不能满足残疾人康复需求时，将其介绍/转诊到相关康复机构的行为。转入服务是残疾人在相关康复机构接受康复服务后，转回基层医疗卫生机构由残疾人签约家庭医生团队继续为其提供服务的行为。



（四）家庭医生

是指为已签约的残疾人提供综合、连续、可及的基本医疗卫生服务、基本公共卫生服务和约定的健康管理服务的医生。现阶段，家庭医生主要包括：基层医疗卫生机构注册的全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生）、具备能力的乡镇卫生院医师、乡村医生、独立执业注册为全科医学专业的临床医师、经全科医学培训选择基层医疗卫生机构开展多点执业的公立医院医师、中级以上职称的退休临床医师。

二、残疾人家庭医生签约服务团队组成及职责分工

（一）残疾人家庭医生签约服务团队组成

残疾人家庭医生签约服务团队由家庭医生、社区护士、社区（村）残疾人专职委员构成，可以吸收公共卫生医师、康复医师、康复治疗师、严重精神残疾患者管理人员、社会工作者、志愿者等进入团队。家庭医生是团队的领导核心，协调团队成员分工协作，为签约残疾人提供基本医疗卫生服务、基本公共卫生服务以及约定的健康管理服务、转介服务等。

（二）职责分工

1.家庭医生

为残疾人提供建立健康档案、常见病及多发病的诊治、慢性病管理、健康体检、健康咨询、转诊等基本医疗卫生服务及公共卫生服务。家庭医生所在基层医疗卫生机构不能满足残疾人的康



复需求时，协调社区（村）残疾人专职委员，做好转介服务。对于一、二级残疾人，应根据团队服务能力上门为其提供签约、基本医疗、康复护理等服务。

（1）回顾残疾人既往病史，包括高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中等慢性病的诊疗经过、疾病控制情况，外伤史，手术史，过敏史等。

（2）评估残疾人的健康状况，制定现存慢性病的诊疗计划，不良生活方式的改变计划。

（3）提出残疾人康复计划、建议，包括是否需要转介到相关康复机构进行康复训练。有条件的地区，家庭医生可以与康复医师或康复治疗师共同制定残疾人社区康复计划。根据对残疾人健康状况的评估，确定康复训练内容及不宜开展的项目。

2.社区护士

协助家庭医生建立健康档案、预约就诊、诊前诊后服务、老年人健康管理、健康体检和健康咨询等工作，提供医疗护理、家庭护理指导、慢性病高危人群非药物干预等服务。为残疾人提供自我护理方法，提高其日常生活自理能力；提高残疾人的安全意识和自我保护能力；指导家属学会观察和处理常见的护理问题，如呼吸道问题、排便问题、排尿问题、压疮预防等相关知识和简单的护理技术。

（1）肢体残疾：为此类残疾人服务过程中，给予关注的同时

还需了解残疾人及家属的康复护理知识水平，根据病情和功能状况有针对性地提出预防并发症的建议和方法。

（2）视力残疾：为此类残疾人服务过程中，要详细介绍机构内的环境和布局。指导残疾人及监护人正确的服药方法，减少由于视力残疾带来的跌倒、损伤及服错药物的不安全因素。

（3）听力残疾：为此类残疾人服务过程中，说话时要让残疾人看清口型以方便其阅读唇语。对于识字的残疾人以纸笔交流，注意字迹清晰。

（4）言语残疾：为此类残疾人服务时，可用图示、选择的提问方式，确认残疾人所要表达的准确意思后再进行下一步的治疗。

（5）智力残疾：为此类残疾人服务时，由于患者不能准确地表达主诉，应与其监护人充分沟通，以免延误病情。

（6）精神残疾：为此类残疾人服务时，要避免在言语、行为上的刺激，发现问题及时与团队成员沟通，鼓励其参加社会活动。

在为残疾人服务过程中，社区护士要充分体谅残疾人的困难，运用沟通交流技巧，为其提供方便优质的服务。

3.社区（村）残疾人专职委员

掌握辖区残疾人基本状况，完成康复需求专项调查，及时了解残疾人的基本康复需求变化，与家庭医生建立紧密联系，向其提供辖区残疾人名单，配合家庭医生做好与残疾人的对接、签约和转介服务工作，并将残疾人的转介信息及时反馈给家庭医生。



在转介工作中，社区（村）残疾人专职委员应根据本地残疾人康复服务流程，及时将残疾人的康复需求汇总上报本县（区、市）残联，并将残疾人转介至相关康复机构。

4. 公共卫生医师

提供健康体检和健康咨询、健康宣教、预防保健等基本公共卫生服务。根据残疾人的特点，在服务过程中给予残疾人特殊照顾。

5. 康复医师及康复治疗师

对残疾人的残疾情况进行评估，与家庭医生进行沟通，共同为残疾人制定个性化的康复训练计划，提供康复指导。家庭康复的内容要根据每位残疾人的自身特点，以“自主完成日常生活”为目标的主动训练为主，使残疾人的日常生活能力得到有效改善。

6. 严重精神障碍患者管理人员

负责严重精神障碍患者的信息管理，建立管理档案，对其健康状况进行评估，妥善填报、保管相应的数据，保护个人隐私。采取多种形式的走访，动员精神异常人员及时到精神卫生专业机构就诊。对严重精神障碍患者每年至少随访4次，跟踪其健康状况。根据严重精神障碍患者的危险性评估、社会功能状态评估、自知力判断评估以及是否存在药物不良反应或躯体疾病进行分类干预。每年为严重精神障碍患者提供1次健康体检。做好针对严重精神障碍患者及其家属的健康教育工作，强调长期规律服药的重要

性，防止漏服药，定期进行肝肾功能、血常规、心电图等检查，及时发现药物治疗的副作用，调整治疗方案。

三、团队服务细则

(一) 服务流程

1. 签订协议及发放联系卡

残疾人家庭医生签约服务团队成员根据社区（村）残疾人专职委员提供的残疾人名单，与对有签约意愿的残疾儿童和持证残疾人签订家庭医生签约服务协议书，残疾儿童、智力残疾人及精神残疾人可由其监护人代签协议书。残疾等级为一、二级的残疾人，由于其行动不便或社会功能存在严重障碍，签约服务中应给予更多关注及照顾，在社区（村）残疾人专职委员的协调帮助下，可提供上门签约服务。残疾等级为三、四级的残疾人，社会功能障碍程度较轻，鼓励在家属陪同下到基层医疗卫生机构签约，发放联系卡/表格/手册，以方便残疾人联系家庭医生。

2. 建立健康档案

为已签约的残疾人建立健康档案。档案中除包含国家基本公共卫生服务规范要求的健康档案的内容外，还可以填写个人信息补充表，以便信息查询和统计。

残疾人个人信息补充表

姓名

档案号：

| | | | |
|------|--|------|--|
| 残疾类别 | | 残疾等级 | |
|------|--|------|--|

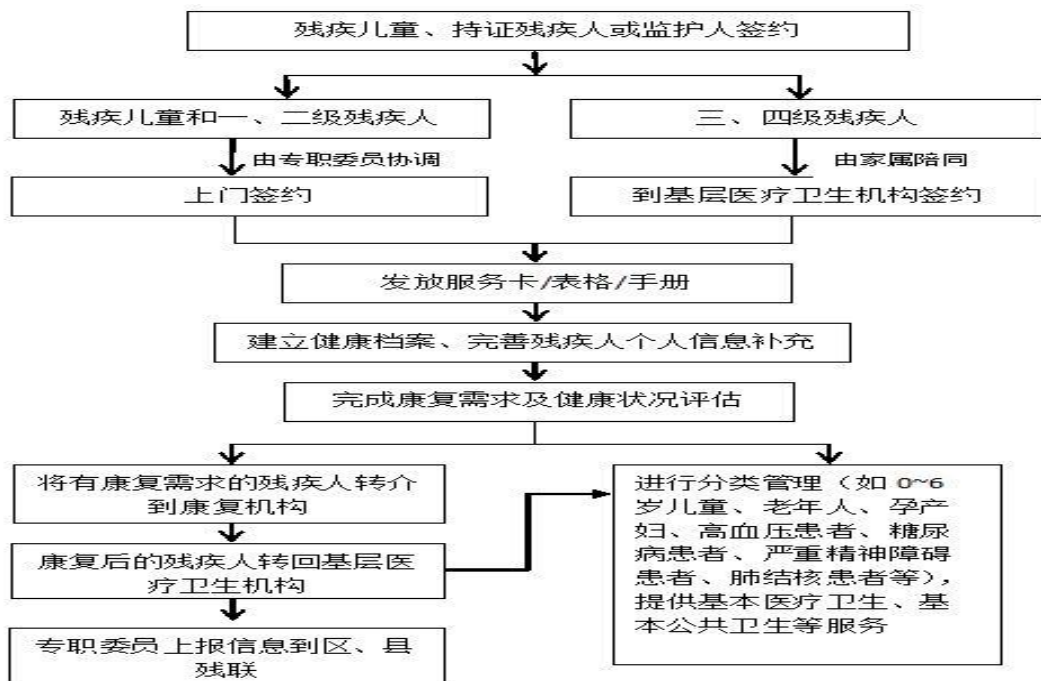


| | | | |
|--------|---|--------|--|
| 本人康复需求 | | | |
| 转介服务 | 是 | 否 | |
| 监护人姓名 | | 与残疾人关系 | |
| 监护人电话 | | | |

3.分类管理

根据所采集到的信息，对残疾人进行分类管理。需要进行转介服务的，由社区（村）残疾人专职委员转至康复机构进行康复训练。不需要转介服务的，根据其年龄、性别、健康状况等将其纳入0~6岁儿童、老年人、孕产妇、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相关人群管理。

签约服务流程



(二) 服务内容

1. 常见病及多发病诊治

为已签约的残疾人提供常见病、多发病的诊治及各种慢性病管理等基本医疗服务，使残疾人常见的健康问题基本在基层医疗卫生机构解决。有能力的团队也可为残疾儿童提供基本医疗服务。

残疾人慢性病患病率较高，故在慢性病的防治方面应给予特别关注，发现问题及时处理，并辅以个性化的健康教育，做到疾病早发现、早诊断、早治疗，无病防病、既病防残。

（1）高血压、糖尿病：对高血压、糖尿病的残疾人提供1年4次面对面随访。每次为残疾人提供随访服务时，应关注运动、饮食、吸烟、饮酒、睡眠等生活方式存在的问题，以及血压、血糖、体重指数、血脂等指标的变化。随时调整药物及非药物治疗，督促指导残疾人进行适宜的康复训练，规范管理。

（2）冠心病、脑卒中：对患有冠心病、脑卒中的残疾人进行膳食指导、在身体条件允许的范围内进行规律有氧运动、控制体重、戒烟、限酒，保持心态平和。遵照疾病诊疗指南开展二、三级预防，引导残疾人进行康复训练。

（3）骨质疏松症：残疾人尤其是肢体残疾行动不便者，运动及日晒的机会相对较少，是骨质疏松症的高发人群。

详细询问残疾人的饮食习惯，指导合理配餐，保证营养均衡，增加食物中的钙含量，减少影响钙吸收的因素。适量规律运动，

尤其是负重运动，可增加骨峰值和延缓骨量流失。根据残疾人的身体情况，为其设计个性化的运动方案，注意运动时的安全保护，防止意外发生。鼓励不能行走的残疾人每天适量站立和日晒。

预防跌倒对骨质疏松症患者尤为重要，跌倒是骨折的常见诱因。在条件允许的范围内尽可能对残疾人的居家环境进行无障碍改造，清理室内的障碍物，改善室内的照明，地面进行防滑处理，撤掉室内未经固定的所有小地毯，增加卫生间内的扶手等。通过康复训练改善残疾人的平衡能力，增加肌肉力量。

药物治疗包括双膦酸盐、降钙素、雌激素、甲状旁腺素、活性维生素 D 等药物的应用。

2.基本公共卫生服务

根据年龄、性别、现患疾病等情况，将残疾人及残疾儿童分别纳入0~6岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相应的人群进行健康管理。遵照国家基本公共卫生服务规范的要求，提供各项服务。

公共卫生医师在为儿童提供健康管理时，发现、辨别儿童出现的各种异常情况，对疑似残疾儿童及时转诊到专业医疗机构进行筛查和疾病诊断，将有康复需求的儿童转介到相关康复机构进行康复评估、训练、治疗，预防或减少致残性疾病和伤害的发生。

3.优先门诊及转诊

基层医疗卫生机构在门诊挂号、接诊、化验、检查、治疗、

收费、取药等服务过程中，为残疾人优先提供服务。有条件的机构可开展预约就诊、提供轮椅等服务，以方便残疾人就诊，缩短等待时间。

出现需要转诊的情况时，认真填写转诊单，尽可能帮助残疾人联系好上级医疗卫生机构，并及时对转诊结果进行随访。

4.转介服务

团队梳理签约残疾人康复需求信息，协调社区（村）残疾人专职委员，根据本地残疾人康复服务流程，转介至康复机构。在康复服务完成后，康复机构通知社区（村）残疾人专职委员将残疾人转回到基层医疗卫生机构继续提供服务。

5.延伸服务

有条件的团队可结合基层医疗卫生机构实际情况，因地制宜提供以下延伸服务。

（1）指导残疾人家庭进行无障碍改造。如在残疾人经常活动的地方加装扶手，居室物品的摆放便于残疾人使用，厕所的无障碍改造等。

（2）将残疾预防的相关内容，纳入社区健康教育的计划中，一方面提高辖区居民的相关知识水平，减少残疾的发生，另一方面使居民对残疾人有正确地认识给予残疾人更多的关爱与照顾，让残疾人更好地融入社区。

（3）为行动不便的、有需求的残疾人提供送医、送药上门服

务。指导残疾人家庭做好残疾人的基础护理工作，如皮肤护理、大小便管理等，尽量减少压疮、坠积性肺炎等并发症的发生，使残疾人得到适宜的照顾。

(4)对残疾人及家属进行心理疏导。耐心倾听是一种简单易行的心理疏导办法，既可以为其排解心理压力，也有利于发现其存在的心理疾患及时转诊。

(5)定期到社区康复机构为残疾人提供咨询、义诊、健康教育等服务。

(三)经费保障

团队为残疾人提供的服务如符合国家基本公共卫生项目内容，相应的经费从政府基本公共卫生服务项目补助资金中列支。为残疾人提供的康复服务，符合精准康复服务项目要求的，从残联系统的康复专项中列支。其他基本医疗卫生服务费用，按医保或物价部门的要求收取。

(四)管理要求

1.基层医疗卫生机构应掌握辖区残疾人的基本情况，制定符合机构特点的签约服务工作计划、人员培训计划，合理分配团队服务任务，主动向已签约的残疾人公示团队人员名单、联系方式、服务时间、服务内容等。

2.各级残联组织根据任务分工对社区（村）残疾人专职委员进行培训与考核。



3.基层医疗卫生机构开展对残疾人家庭医生签约服务的绩效考核，建立健全残疾人服务记录，健康档案及服务记录真实完整。已签约的残疾人的满意度应达到80%。

国家卫生健康委员会基层卫生司

中国残疾人联合会康复部

2018年8月

附件 2

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）表 1

| 残疾类别 | 服务内容及标准 | | 服务频次 | |
|------------------------------------|---------|------------|---------------------------------------|--|
| 视力残疾 | 盲人 | 定向行走及适应性训练 | 对盲人进行基本技能技巧评估（包括定向技巧、导盲随行、独行技巧、盲杖技巧等） | |
| | | | 1.功能评估加定向技能及行走训练； | |
| | | | 2.社会适应能力训练（了解环境、外出活动等）； | |
| | | | 3.家庭内日常生活适应性训练； | |
| | | | 4.中途盲者心理疏导； | |
| | | | 5.康复知识培训，心理咨询； | |
| | 低视力 | 视功能训练 | 1.视觉基本技能训练（含固定注视、视觉跟踪、视觉搜寻训练等）； | |
| | | | 2.助视器适应性训练，单双筒望远镜等使用指导训练； | |
| | | | 3.个性化指导（包括电脑操作、书写、仪器设备操作等）； | |
| | | | 4.康复知识培训，心理咨询； | |
| 5.盲杖、助视器、防溢报警器等辅具的初次需求评估、适配后的随访指导。 | | | | |

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）表 2

| 残疾类别 | 服务内容及标准 | | 服务频次 | |
|---------------------|----------|-------------|------------------------------|--|
| 精神 残疾 | 孤独症 | 沟通 适应性训练 | 功能评估（含言语沟通、情绪和行为、社交能力、生活自理等） | |
| | | | 1.功能评估及言语沟通、情绪和行为训练； | |
| | | | 2.功能评估及社交能力、生活自理能力等训练； | |
| | | 支持性服务 | 3.功能评估，个性化指导。 | |
| | | | 1.康复知识培训，心理辅导，康复咨询； | |
| | | | 2.陪护人员的心理辅导和自我防护。 | |
| | 精神 障碍 | 作业疗法训练 | 功能评估（含生活自理、社会交往、体能等） | |
| | | | 1.功能评估及日常生活活动（ADL）训练； | |
| | | | 2.功能评估及家务活动训练等； | |
| | | 支持性服务 | 3.功能评估及社会技能训练。 | |
| | | | 1.服药指导 | |
| | | | 2.生活自理指导； | |
| | | | 3.日间照料指导； | |
| | | | 4.工（娱）疗、农疗、职业康复等服务指导； | |
| 5.监护人员的心理辅导和自我防护指导； | | | | |
| 6.心理疏导。 | | | | |

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）表 3

| 残疾类别 | 服务内容及标准 | | 服务频次 |
|------|----------|-------------------------------|------|
| 智力残疾 | 认知及适应性训练 | 功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等） | |
| | | 1.功能评估及认知、生活自理、职业康复训练； | |
| | | 2.功能评估及社会适应能力训练； | |
| | | 3.功能评估及个性化指导。 | |
| | 支持性服务 | 1.康复知识培训，心理辅导，康复咨询； | |
| | | 2.家长康复知识及技能培训； | |
| | | 3.重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理指导等服务； | |
| | | 4.陪护人员的心理辅导和自我防护。 | |
| 听力残疾 | 助听器服务 | 1.助听器适应性训练； | |
| | | 2.助听效果评估、调试； | |
| | | 3.助听器使用指导和助听器日常保养； | |
| | | 4.助听器日常保养、联系厂商办理助听器维修。 | |
| | 支持性服务 | 1.心理干预，社会适应性心理辅导； | |
| | | 2.康复知识培训，心理咨询。 | |

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）表 4

| 残疾类别 | 服务内容及标准 | 服务频次 |
|-------------------------------|---|------|
| 肢体残疾 | 功能评估（肌力、肌张力、关节活动度、平衡、步行能力等运动功能的评估，感知觉、记忆、思维评估等认知功能评估，ADL 的评估（Barthel ADL 指数的应用），社会参与能力评估） | |
| | 适应性训练 | |
| | 1.功能评估及偏瘫的运动、作业、认知康复训练 | |
| | 2.功能评估及脊髓损伤的运动、作业康复训练 | |
| | 3.功能评估及脑瘫的运动、作业、认知康复训练 | |
| | 4.功能评估及肌肉神经元病的运动、作业康复训练 | |
| | 5.功能评估及其他原因导致肢体功能障碍的运动、作业康复训练 | |
| | 注：以述针对良肢位、翻身、起坐、坐位平衡、转移、进食、如厕等障碍中的 1-2 项进行康复训练； | |
| | 6.功能评估及社会适应能力训练； | |
| | 7.针灸、推拿、理疗、中药熏蒸等传统康复治疗项目。 | |
| | 辅具服务 | |
| | 1.辅具评估及使用指导，包括基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器具、生活自助具等辅助器具的评估日常适应性训练指导； | |
| | 2.辅具维护及维修的问题反馈； | |
| | 3.康复训练设备的使用指导； | |
| 4.家居无障碍环境的评估与建议。 | | |
| 支持性服务 | | |
| 1.康复知识培训、心理辅导、康复咨询； | | |
| 2.陪护人员的心理辅导和自我防护； | | |
| 3.康复指导服务； | | |
| 4.重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理指导等服务。 | | |

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务目录（试行）表 5

| 残疾类别 | 服务内容及标准 | | 服务频次 |
|--------------------------|---------|------------------------------|------|
| 重度肢体残疾 | 支持性服务 | 1.呼吸道管理； | |
| | | 2.膀胱直肠管理； | |
| | | 3.营养失调指导； | |
| | | 4.皮肤管理指导； | |
| | | 5.肌肉张力保持指导。 | |
| | 适应性训练 | 1.翻身康复训练和指导； | |
| | | 2.起坐康复训练和指导； | |
| | | 3.关节被动活动康复训练和指导； | |
| | | 4.床与椅、床与轮椅的转移训练和指导； | |
| | | 5.进食训练、如厕辅助训练和指导； | |
| | | 6.穿衣训练、残疾人或陪护便后清洁擦拭训练指导。 | |
| | 护理 | 1.集尿器、尿管、便袋的更换指导，痿管的清洗和更换指导； | |
| | | 2.身体的定期清洗擦拭及防压疮指导； | |
| | | 3.床单、被褥更换方式指导； | |
| 4.护理床、防压疮床垫等辅具评估适配和使用指导。 | | | |

附件 3

编号：□□□□□□-□□□-□□□-□□□□□

重庆市残疾人精准康复家庭医生 签约服务档案



| 姓名： | 性别： | 残疾证号： |
|-------|-----------------------|-------|
| 户籍地址： | 联系方式： | |
| 序号 | 内 容 | 份数 |
| 1 | 重庆市残疾人精准康复基本信息登记表 | |
| 2 | 重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务筛查表 | |
| 3 | 重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务协议 | |
| 4 | 重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务记录 | |
| | | |
| | | |

重庆市残疾人康复工作办公室印制



附件3-1

重庆市残疾人精准康复基本信息登记表

| | | | | | | | |
|-----------|---|----|--|---|---|---|---|
| 姓名 | 家庭地址 | | _____区县_____乡镇(街道)_____村(社区) _____组 | | 联系电话 | | |
| 身份证号 | | | | | 残疾证号 | | |
| 卫健部门健康档案号 | | | 精准康复档案号 | | | | |
| 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 民族 | 职业 | <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 未就业 | | 户口类别 | <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农 |
| 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 | | 文化程度 | <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中(专) <input type="checkbox"/> 大学(专) <input type="checkbox"/> 大学以上 | | | |
| 监护人姓名 | 监护人联系电话 | | 与残疾人关系 | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 邻里 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| 主要生活来源 | <input type="checkbox"/> 个人所得 <input type="checkbox"/> 家庭供养 <input type="checkbox"/> 不定期社会救助 | | | 是否建档立卡贫困户 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 社会保险保障情况 | <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本养老保险 <input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 得到医疗、康复救助 <input type="checkbox"/> 有其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 费用全部自理 | | | 享受社会救助和福利情况 | <input type="checkbox"/> 享受最低生活保障(城市) <input type="checkbox"/> 享受五保供养(农村) <input type="checkbox"/> 享受困难残疾人生活补贴 <input type="checkbox"/> 享受重度残疾人护理补贴 <input type="checkbox"/> 均未享受 | | |
| 托养情况 | <input type="checkbox"/> 居家服务 <input type="checkbox"/> 日间照料 <input type="checkbox"/> 寄宿托养 <input type="checkbox"/> 未托养 | | 生活自理程度 | <input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 需他人部分帮助 <input type="checkbox"/> 完全依赖他人帮助 <input type="checkbox"/> 卧床 <input type="checkbox"/> 半卧床 | | | |
| 残疾等级 | <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未评定 | | | | | | |
| 主要残疾 | <input type="checkbox"/> 视力: (<input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 低视力) <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语: (<input type="checkbox"/> 失语 <input type="checkbox"/> 发音障碍 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 智力: <input type="checkbox"/> 精神: <input type="checkbox"/> 肢体: (<input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截/缺肢 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 <input type="checkbox"/> 儿麻后遗症 <input type="checkbox"/> 关节疾患 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 未评定 | | | 致残原因 | <input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 药物中毒 <input type="checkbox"/> 有害环境 <input type="checkbox"/> 创伤或意外损伤 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 围产期因素 <input type="checkbox"/> 接受热辐射(桑拿、睡热炕等) <input type="checkbox"/> 噪声 <input type="checkbox"/> 其他____ 致残时间(年限) _____年____月 (精神病首次发病时间_____年____月) | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | | |
|-------|---|------|--------------|--|
| 现使用辅具 | <input type="checkbox"/> 假肢 <input checked="" type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 盲杖 <input type="checkbox"/> 防压疮垫 <input type="checkbox"/> 坐厕椅 <input type="checkbox"/> 洗浴椅 <input type="checkbox"/> 生活自助具 <input type="checkbox"/> 其他____ | | 接受过何种康复服务及时间 | <input type="checkbox"/> 白内障复明手术 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术 <input type="checkbox"/> 儿童康复机构训练 <input type="checkbox"/> 社区康复服务 <input type="checkbox"/> 护理 <input type="checkbox"/> 假肢、矫形器 <input type="checkbox"/> 精神病服药 <input type="checkbox"/> 传统医疗、理疗 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 使用年限 | ____年 | 使用效果 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 |
| 辅具来源 | <input type="checkbox"/> 自制 <input type="checkbox"/> 自购 <input type="checkbox"/> 残联配发 <input type="checkbox"/> 租借 <input type="checkbox"/> 其他 | | | 时间:____年__月(____/次) |

备注：根据残疾人实际情况可在“□”进行多项选择。



附件 3-2-1

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（视力残疾）

| | | | | | |
|------------|---|---|-------------|---------|-------|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | |
| 身份证号 | | 残疾证号 | | | |
| 家庭住址 | _____乡镇（街道）_____村（社区）_____组 | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 |
| | 是否 7-17 岁儿童 | | | ○是 ○否 | |
| 病史情况 | 视力低下持续时间：○1 年 ○2 年 ○3 年 ○3 年以上 ○不知道 低视力发作的方式：○突然 ○逐渐 有无家族眼病史：○有 ○无 是否医院就诊：○是 ○否 就诊医院：□市级医院 □区县级医院 □镇街医院 □不知道 诊断结果：□屈光不正 □视神经萎缩 □小眼球小角膜 □白内障□青光眼 □视网膜色素变性 □黄斑变性 □眼球震 □眼外伤损害 □其他 □不知道 | | | | |
| 辅具情况 | 未使用辅具 | 原因：○不需要 ○不知道 ○不适用 ○其他 | | | |
| | 曾使用辅具 | □助视器 □盲杖 □盲人训练器具 □盲人报时器具 □其他 | | | |
| | 现使用辅具 | □助视器 □盲杖 □盲人训练器具 □盲人报时器具 □其他 | | | |
| | 辅具来源 | □自制 □自购 □残联配发 □租借 □其他 | | | |
| 使用年限 | ○1 年○2 年○3 年○3 年以上 | 使用效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | | |
| 接受手术或训练情况 | 是否接受过手术或训练 | ○是（○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上） ○否 ○不知道 | | | |
| | 手术或训练机构 | □市级医院或训练机构 □区县级医院或训练机构 □镇街医院或训练机构 □民营医院或训练机构 | | | |
| | 手术或训练名称 | □白内障手术 □盲人定向行走训练 □其他 | | | |
| | 手术或训练时间 | □1 年前 □2 年前 □3 年前 □4-5 年前及更早 □1 个月 □2 个月 □3 个月 □3 个月以上 | | | |
| | 手术或训练效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | | | |
| 视力检查 | 远视力 右眼 ○正常 ○异常 左眼 ○正常 ○异常 近视力 右眼 ○正常 ○异常 左眼 ○正常 ○异常 光感 右眼 ○正常 ○异常 左眼 ○正常 ○异常 视野 右眼 ○正常 ○异常 左眼 ○正常 ○异常 | | | | |
| 使用辅具环境要求 | □室内 □社区 □一般道路 □公共场所 □各种环境 其他要求：□外出 □家务 □阅读 □上课学习 □上网 □其他 | | | | |
| 辅具需求 | □不需要 □助视器 □盲杖 □盲人训练器具 □盲人报时器具 □其他 | | | | |
| 手术或训练需求 | □白内障手术 □盲人定向行走训练 □其他 | | | | |
| 家庭医生签约康复项目 | 1. 2. 3. | | | | |

（同签约协议选定项目）

筛查医生签字：

时间：____年____月____日



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。

说明：此表用√在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）



附件 3-2-2

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（听力残疾）

| | | | | | |
|----------------|---|---|------|-------------|-------|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | |
| 身份证号 | | 残疾证号 | | | |
| 家庭住址 | _____乡镇（街道）_____村（社区）_____组 | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 |
| 是否 7-17 岁儿童 | | | | ○是 ○否 | |
| 病史情况 | 是否医院就诊： ○是 ○否 | | | | |
| | 就诊医院： <input type="checkbox"/> 市级医院 <input type="checkbox"/> 区县级医院 <input type="checkbox"/> 镇街医院 <input type="checkbox"/> 不知道 诊断结果： <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 异物 <input checked="" type="checkbox"/> 外耳道炎 <input type="checkbox"/> 急性中耳炎 <input type="checkbox"/> 分泌性中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性化脓性中耳炎 <input type="checkbox"/> 鼓膜干性穿孔 <input type="checkbox"/> 其他耳病 <input type="checkbox"/> 忘记了，不知道 部 位： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 双耳 | | | | |
| 辅具情况 | 未使用辅具 | 原因： ○不需要 ○不知道 ○不适用 ○其他 | | | |
| | 曾使用辅具 | <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 语言训练用器具 <input type="checkbox"/> 会话交流用具 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 现使用辅具 | <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 语言训练用器具 <input type="checkbox"/> 会话交流用具 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 辅具来源 | <input type="checkbox"/> 自制 <input type="checkbox"/> 自购 <input type="checkbox"/> 残联配发 <input type="checkbox"/> 租借 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 使用年限 | ○1 年 ○2 年 ○3 年 ○3 年以上 | 使用效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | |
| 接受手术或康复训练情况 | 是否接受过手术或康复训练 | ○是（○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上） ○否 ○不知道 | | | |
| | 手术或康复训练机构 | <input type="checkbox"/> 市级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 区县级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 镇街医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 民营医院或训练机构 | | | |
| | 手术或康复训练项目 | <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入手术 <input type="checkbox"/> 耳蜗术后康复训练 <input type="checkbox"/> 助听器验配康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 手术或训练时间 | <input type="checkbox"/> 1 年前 <input type="checkbox"/> 2 年前 <input type="checkbox"/> 3 年前 <input type="checkbox"/> 4-5 年前及更早 <input type="checkbox"/> 10 个月 <input type="checkbox"/> 20 个月 <input type="checkbox"/> 30 个月 <input type="checkbox"/> 30 个月以上 <input type="checkbox"/> 1 个学期（年） <input type="checkbox"/> 2 个学期（年） <input type="checkbox"/> 3 个学期（年）及以上 | | | |
| | 手术或训练效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | | | |
| 听力检查 | 耳 痛 | ○无 ○左耳 ○右耳 ○双耳 | | | |
| | 耳 廓（畸形 / 缺失） | ○无 ○左耳 ○右耳 ○双耳 | | | |
| | 耳镜检查（异常） | ○无 ○左耳 ○右耳 ○双耳 | | | |
| | 听力检查： | | | | |
| 使用辅具要求 | 环境要求： <input type="checkbox"/> 安静的室内 <input type="checkbox"/> 嘈杂的室外 | | | | |
| | 近距离交流： <input type="checkbox"/> 耳语 <input type="checkbox"/> 两人交流 <input type="checkbox"/> 多人会谈 | | | | |
| | 远距离交流： <input type="checkbox"/> 会议 <input type="checkbox"/> 上课 <input type="checkbox"/> 沟通 | | | | |
| | 日常生活： <input type="checkbox"/> 看电视 <input type="checkbox"/> 听广播 <input type="checkbox"/> 听音乐 其他需求： | | | | |
| 辅具需求 | <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 语言训练用器具 <input type="checkbox"/> 会话交流用具 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不需要 | | | | |
| 手术需求 | <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| 训练需求 | <input type="checkbox"/> 人工耳蜗术后康复训练 <input type="checkbox"/> 助听器验配康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| 精准康复家庭医生签约康复项目 | 1. 2. 3. | | | | |
| | （同签约协议选定项目） | | | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

筛查医生签字：

时间：____年____月____日

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。

说明：此表用√在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）



附件 3-2-3

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（肢体残疾）

| | | | | | |
|-------------|--|---|------|-------------|-------|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | |
| 身份证号 | | 残疾证号 | | | |
| 家庭住址 | _____乡镇（街道） _____村（社区） _____组 | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 |
| 是否 7-17 岁儿童 | | | | ○是 ○否 | |
| 病史情况 | <p>病史： ○1 年○2 年○3 年○3 年以上○不知道</p> <p>是否医院就诊： ○是 ○否</p> <p>就诊医院： <input type="checkbox"/> 市级医院 <input type="checkbox"/> 区县级医院 <input type="checkbox"/> 镇街医院 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p>致残原因：<input type="checkbox"/> 脑性瘫痪 <input type="checkbox"/> 周围血管病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 发育畸形 <input type="checkbox"/> 骨关节病 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 <input type="checkbox"/> 脊髓疾病 <input type="checkbox"/> 其他外伤 <input type="checkbox"/> 脑血管疾病 <input type="checkbox"/> 结核 <input type="checkbox"/> 化脓性感染 <input type="checkbox"/> 侏儒症 <input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 其他先天或发育问题 <input type="checkbox"/> 地方病 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p>全身性疾病疾病：<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>家人是否有肢体障碍： ○有 ○无 ○不确定</p> <p>现生活状态： ○卧床 ○半卧床</p> | | | | |
| 辅具情况 | 未使用辅具 | 原因： ○不需要 ○不知道 ○不适用 ○其他 | | | |
| | 曾使用辅具 | <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 防压疮垫 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 坐厕椅 <input type="checkbox"/> 洗浴椅 <input type="checkbox"/> 辅助自助具 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 现使用辅具 | <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 防压疮垫 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 坐厕椅 <input type="checkbox"/> 洗浴椅 <input type="checkbox"/> 洗漱类自助具 <input type="checkbox"/> 进食类自助具 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 辅具来源 | <input type="checkbox"/> 自制 <input type="checkbox"/> 自购 <input type="checkbox"/> 残联配发 <input type="checkbox"/> 租借 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 使用年限 | ○1 年 ○2 年 ○3 年○3 年以上 | 使用效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | |
| 接受手术或康复训练情况 | 是否接受过手术或康复训练 | ○是（○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上） ○否 ○不知道 | | | |
| | 手术或康复训练机构 | <input type="checkbox"/> 市级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 区县级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 镇街医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 民营医院或训练机构 | | | |
| | 手术或康复训练项目 | <input type="checkbox"/> 矫治手术 <input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 假肢、矫形器适配康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| | 手术或训练时间 | 时间： <input type="checkbox"/> 1 年前 <input type="checkbox"/> 2 年前 <input type="checkbox"/> 3 年前 <input type="checkbox"/> 4-5 年前及更早 训练周期： <input type="checkbox"/> 1 个月 <input type="checkbox"/> 2 个月 <input type="checkbox"/> 3 个月 <input type="checkbox"/> 4 个月 <input type="checkbox"/> 5 个月 <input type="checkbox"/> 6 个月 <input type="checkbox"/> 10 个月 <input type="checkbox"/> 1 年 <input type="checkbox"/> 2 年 <input type="checkbox"/> 3 年及以上 | | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| | 手术或训练效果 | ○良好 ○一般 ○较差 |
| 筛查量表 | | |
| <p>以下内容目的是了解残疾人在日常生活中是否有运动功能障碍，请其务必根据提问，真实作答（如果其配戴辅助器具，请回答在使用辅助器具时的情况；监护人也可代述）。</p> | | |
| <p>1. 是否有运动功能障碍？○有 部 位：□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢 □躯干 □其他 障碍表现：□卧床 □躺着移动 □翻身 □坐起 □坐位移动 □辅助站立 □自主站立 □行走 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>2. 独立进食有问题没有？○有 原因：□右上肢 □左上肢 □不能吞咽 □不能坐 □坐不稳 □不知道如何进食 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>3. 独立洗漱（包括洗脸、刷牙、梳头等）有问题没有？○有 原因：□右上肢□左上肢□不能坐□坐不稳□不知道如何洗漱□其他 ○没有</p> | | |
| <p>4. 独立穿衣（包括系鞋带等）有问题没有？ ○有 原因：□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢 □不能坐 □坐不稳 □不能弯腰 □不知道如何穿衣 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>5. 大便控制有问题没有？○有 原因：□失禁 □偶尔失禁（每周<一次）□去不了厕所□不会表达□其他 ○没有</p> | | |
| <p>6. 小便控制有问题没有？○有 原因：□失禁 □偶尔失禁 偶尔失禁（每24小时<一次，每周>一次）□去不了厕所 □不会表达 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>7. 独立如厕有问题没有？○有 原因：□控制不住 □不能独立清洁 □不能移动 □不能坐 □坐不稳 □站不住 □去不了厕所□其他 ○没有</p> | | |
| <p>8. 独立洗澡有问题没有？○有 原因：□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢 □躯干 □不能坐 □坐不稳 □站不稳 □不知道如何洗漱 □疼痛 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>9. 床椅转移有问题没有？○有 原因：□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢 □躯干 □不能坐 □坐不稳 □疼痛 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>10. 平地步行有问题没有？○有 原因：□不能站立□站立不稳 □右下肢 □左下肢 □疼痛 □其他 ○没有</p> | | |
| <p>11. 上下楼梯有问题没有？○有 原因 □全身无力 □右下肢 □左下肢 □躯干 □疼痛 □其他 ○没有</p> | | |
| 移位平衡 | 翻身 | □独立完成 □需协助 □完全依赖 |
| | 坐起 | □独立完成 □需协助 □完全依赖 |
| | 躺着移动 | □独立完成 □需协助 □完全依赖 |
| | 坐着移动 | □独立完成 □需协助 □完全依赖 |
| | 头部控制 | □良好 □尚可 □不好 □极差 |
| | 坐姿平衡 | □无需他人支撑仍稳固 □需他人支撑才稳固 □给予支撑仍不稳 |
| | 斜坡行走 | □独立 □扶持下可坐立 □扶持下无法坐立 □无需评估 |
| | 楼梯行走 | □独立 □扶持下可坐立 □扶持下无法坐立 □无需评估 |
| | 跨越门槛 | □独立 □扶持下可坐立 □扶持下无法坐立 □无需评估 |
| 压疮 | <p>□未发生□过去有□目前有： 部位： 尺寸___公分×___公分 分级：□I（皮肤完整没有破损，有持续不退的红斑印） □II（皮肤有水泡或红疹且伤到真皮层） □III（皮肤层全部受伤并深到皮下组织或脂肪） □IV（深及肌膜、肌肉，甚至深及骨头）</p> | |
| | <p>□糖尿病□失禁 皮肤清洁状况不佳 □营养不良 □臀部皮下软组织厚度不足 □经常性摩擦 □异常骨突结构□周边 □血管病变异常 □有皮肤感染或疾病 □臀部皮肤感觉丧失□其他</p> | |
| | <p>□独立将身起撑起进行臀部减压□由座椅姿势或角度变换进行减压□由身体重心偏移进行减压□无自主减压能力，或减压效果不明显</p> | |
| 辅具需求 | <p>□不需要 需要辅具：□假肢 □矫形器 □护理床 □轮椅 □助行器 □防压疮垫 □拐杖 □坐便器具 □洗浴椅 □洗漱类自助具 □进食类自助具 □取物器 □辅助坐、卧、翻身、站立器具 □其他</p> | |
| 手术需求 | <p>□肢体矫治手术 □其他</p> | |
| 训练需求 | <p>□矫治手术术后康复训练 □假肢、矫形器适配康复训练 □其他</p> | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | |
|------------|-----------------------------------|
| 家庭医生签约康复项目 | 1. 2. 3. (同签约协议选定项目) |
|------------|-----------------------------------|

筛查医生签字：

时间：_____年__月__日

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。

说明：此表用√在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）



附件 3-2-4

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（智力残疾）

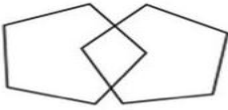
| | | | | | |
|-------------|---|-----------------------|--|---------|-------------|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | |
| 身份证号 | | | | 残疾证号 | |
| 家庭住址 | _____乡镇（街道）_____村（社区）_____组 | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 |
| 是否 7-17 岁儿童 | | | | ○是 ○否 | |
| 病史情况 | <p>病史时间：○1 年○2 年○3 年○3 年以上○不知道</p> <p>是否医院就诊：○是 ○否</p> <p>就诊医院：□市级医院 □区县级医院 □镇街医院 □不知道</p> <p>住院次数：○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上 ○不知道</p> <p>致残原因：□遗传因素 □产前损害 □分娩时产伤 □脑部疾病 □甲状腺功能低下</p> <p>□其他 □不知道</p> <p>治疗情况：○未治疗 □服药 □康复训练 □其他 □不知道</p> | | | | |
| 辅具情况 | 未使用辅具 | 原因：○不需要 ○不知道 ○不适用 ○其他 | | | |
| | 曾使用辅具 | □认知图片 □认知玩具 □启智用具 □其他 | | | |
| | 现使用辅具 | □认知图片 □认知玩具 □启智用具 □其他 | | | |
| | 辅具来源 | □自制 □自购 □残联配发 □租借 □其他 | | | |
| | 使用年限 | ○1 年 ○2 年 ○3 年○3 年以上 | | 使用效果 | ○良好 ○一般 ○较差 |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | |
|--------------------|--|---|------|
| 接受康复训练情况 | 是否接受过康复训练 | ○是 (○1次 ○2次 ○3次 ○3次以上) ○否 ○不知道 | |
| | 康复训练机构 | <input type="checkbox"/> 市级训练机构 <input type="checkbox"/> 区县级训练机构 <input type="checkbox"/> 镇街训练机构 <input type="checkbox"/> 民营训练机构 | |
| | 康复训练项目 | <input type="checkbox"/> 智力残疾康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 训练时间 | 时间: <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 4-5年前及更早 训练周期: <input type="checkbox"/> 1个月 <input type="checkbox"/> 2个月 <input type="checkbox"/> 3个月 <input type="checkbox"/> 4个月 <input type="checkbox"/> 5个月 <input type="checkbox"/> 6个月 <input type="checkbox"/> 10个月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年及以上 | |
| | 训练效果 | ○良好 ○一般 ○较差 | |
| 筛查量表 (MMSE) | | | |
| 时间定向力 | 问: 今天是? <input type="checkbox"/> 哪一年(1分) <input type="checkbox"/> 季节(1分) <input type="checkbox"/> 月份(1分) <input type="checkbox"/> 日期(1分) <input type="checkbox"/> 星期(1分) | | ___分 |
| 地点定向力 | 问: 我们现在在哪: <input type="checkbox"/> 国家(1分) <input type="checkbox"/> 城市(1分) <input type="checkbox"/> 城市的哪一部分(1分) <input type="checkbox"/> 建筑物(1分) <input type="checkbox"/> 第几层(1分) | | ___分 |
| 即刻回忆记录三个词 | 说: 仔细听, 我要说三个词, 请你在我说完以后重复。准备好了吗? 三个词是“球” (停一秒钟), “旗子” (停一秒钟), “树” (停一秒钟)。请马上重复这三个词。 <input type="checkbox"/> 球(1分) <input type="checkbox"/> 旗子(1分) <input type="checkbox"/> 树(1分) | | ___分 |
| 注意力与计算力 | 问: 从 100 减去 7, 顺序往下减, 直至我让你停下, 100 减去 7 等于? ○一次(1分) ○两次(2分) ○三次(3分) ○四次(4分) ○五次(5分) | | ___分 |
| 回忆的那三个词是什么 | 问: 我刚才让你记得那三个词是什么? 每个正确加 1 分 ○一个(1分), ○两个(2分), ○三个(3分) | | ___分 |

 重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | |
|--------|---|------|
| 命名 | 问：这是什么？（展示铅笔）（展示手表） <input type="radio"/> 两个正确(2分) <input type="radio"/> 一个正确(1分) | ___分 |
| 语言重复 | 说：我现在让你重复我说的话，准备好了吗？瑞雪兆丰年，你说一遍： <input type="radio"/> 重复正确(1分) | ___分 |
| 理解力 | 说：仔细听说并按照我说的做： <input type="checkbox"/> 左手拿着这张纸(1分) <input type="checkbox"/> 把它对折(1分) <input type="checkbox"/> 把它放在您的右腿上(1分) | ___分 |
| 阅读 | 说：读下面的句子，并照做： <input type="checkbox"/> 闭上你的眼睛(1分) | ___分 |
| 写 | 说：写一个句子 <input type="checkbox"/> 正确（1分） | ___分 |
| 画画（1分） | 说：照下图画 <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> 正确（1分） | ___分 |
| 总分 | | ___分 |
| 备注 | <p>总分范围为 0-30 分，正常与不正常的分界值与受教育程度有关，划分痴呆的标准：文盲（未受教育）≤17 分；小学程度（受教育年限≤6 年）≤20 分；中学（包括中专）程度≤22 分；大学（包括大专）程度≤23 分。</p> <p>1. 日期和星期差一天可算正确。</p> <p>2. 即刻回忆只许主试者讲 1 遍；不要求受试者按物品次序回答。为答第 5 题“回忆”做准备，可让受试者重复学习最多 5 次。</p> <p>3. 不能用笔算。若 1 项算错，则扣该项的分。若后一项正确则得该项的分。如 100-7=93（正确，得分），93-7=88（应为 86，不正确，不得分）。但如从 88-7=81（正确，得分）。</p> <p>4. 只许说一遍，只有正确、咬字清楚才记 1 分。</p> | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | |
|----------------|---|
| | <p>5. 操作要求次序正确。</p> <p>6. 句子必须有主语、谓语，且有意义。</p> <p>7. 只有绘出两个五边形的图案，交叉处形成 1 个小四边形，才算对，计 1 分。</p> |
| 辅具需求 | <input type="checkbox"/> 认知图片 <input type="checkbox"/> 认知玩具 <input type="checkbox"/> 启智用具 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 训练需求 | <input type="checkbox"/> 智力残疾康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 精准康复家庭医生签约康复项目 | <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3. (同签约协议选定项目)</p> |

筛查医生签字：

时间：____年____月____日

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。

说明：此表用√在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）



附件 3-2-5

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（精神残疾）

| | | | | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--|------|---------|----------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 监护人 | | 本人或监护人电话 | |
| 身份证号 | | | | 残疾证号 | | | |
| 家庭住址 | _____乡镇（街道）_____村（社区）_____组 | | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 | |
| 是否 7-17 岁儿童 | | | | | ○是 ○否 | | |
| 病史情况 | <p>病史时间：○1 年○2 年○3 年○3 年以上○不知道</p> <p>是否医院就诊：○是 ○否</p> <p>就诊医院：□市级医院 □区县级医院 □镇街医院 □不知道</p> <p>住院次数：○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上 ○不知道</p> <p>诊断结果：□精神分裂症 □躁狂抑郁性精神病 □更年期精神病 □偏执性精神病</p> <p>□各种器质性病变伴发的精神病 □其他 □不知道</p> <p>服药情况：○按时持续服药 ○时断时续服药 ○拒绝服药 ○其他</p> | | | | | | |
| 接受治疗情况 | 是否接受过专业治疗 | ○是（○1 次 ○2 次 ○3 次 ○3 次以上） ○否 ○不知道 | | | | | |
| | 治疗机构 | □市级治疗机构 □区县级治疗机构 □镇街治疗机构 □民营治疗机构 | | | | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | | | | | | | |
|-------------------|---|----|---|----|----|----|----|----|----|
| 治疗时间 | 时间： <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 4-5年前及更早 <input type="checkbox"/> 长期 | | | | | | | | |
| | 治疗周期： <input type="checkbox"/> 1个月 <input type="checkbox"/> 2个月 <input type="checkbox"/> 3个月 <input type="checkbox"/> 4个月 <input type="checkbox"/> 5个月 <input type="checkbox"/> 6个月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年及以上 | | | | | | | | |
| 治疗效果 | <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 较差 | | | | | | | | |
| 筛查量表（BPRS） | | | | | | | | | |
| 圈出最适合病人情况的分数 | | | | | | | | | |
| 依据口头叙述 | 依据检测观察 | 未测 | 无 | 很轻 | 轻度 | 中度 | 偏重 | 重度 | 极重 |
| 1. 关心身体健康 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. 焦虑 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 3. 情感交流障碍 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. 概念紊乱 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. 罪恶观念 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 6. 紧张 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 7. 装相作态 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. 夸大 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. 心境抑郁 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. 敌对性 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. 猜疑 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. 幻觉 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 13. 运动迟缓 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 14. 不合作 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. 不寻常思维内容 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 16. 情感平淡 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 17. 兴奋 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. 定向障碍 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| X1. 自知办障碍 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| X2. 工作不能 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 总 分 | | | | | | | | | |
| 备 注 | <p>总分:总分反映疾病的严重性,总分越高,病情越重。治疗前后总分值的变化反映疗效的好坏,差值越大疗效越好,治疗前后各症状或症状群的评定变化可反映治疗的靶症状。BPRS 的结果可按单项,因子分和总分进行分析。一般情况下,总分 35 分为临床界限,即大于 35 分的被测试者被归为病人组。</p> | | | | | | | | |
| 训练和 康复 需求 | <input type="checkbox"/> 0-17 岁孤独症机构训练 <input type="checkbox"/> 重症精神病住院 <input type="checkbox"/> 精神病服药 | | | | | | | | |
| 家庭 医生 签约 康复 项目 | 1. 2. 3. (同签约协议选定项目) | | | | | | | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

筛查医生签字：

时间：____年____月____日

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。（上报精神项目时一同上报本表）

说明：此表用√ 在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）



附件 3-2-6

重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表（残疾儿童）

| | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--------|--|----------|-------|----------|--|
| 姓名 | | 性 别 | | 年 龄 | | 监护人 | | 联系 电话 | |
| 身份 证号 | | | | | | 残疾 证号 | | | |
| 家庭 住址 | _____乡镇（街道） _____村（社区） ____组 | | | | | 建档立卡贫困户 | ○是 ○否 | | |
| 病史 情况 | <p>发现时间：○1年○2年○3年○3年以上○不知道</p> <p>既往病史：○有 □脑瘫 □智力障碍 □孤独症 □听力障碍 □言语障碍</p> <p> □肢体障碍 □视力障碍 □其他 □不知道</p> <p> ○无</p> <p>是否医院就诊：○是 ○否</p> <p>就诊医院：□市级医院 □区县级医院 □镇街医院 □不知道</p> <p>诊断结果：□脑瘫 □智力障碍 □孤独症 □听障 □其他 □不知道</p> | | | | | | | | |
| 辅具 情况 | 未使用辅具 | 原因：○不需要 ○不知道 ○不适用 ○其他 | | | | | | | |
| | 曾使用辅具 | <p>□轮椅 □助行器 □坐姿椅 □拐杖 □防压疮垫 □坐厕椅 □洗浴椅</p> <p>□洗漱类自助具 □进食类自助具 □串珠绕珠 □几何图形插板</p> <p>□其他</p> | | | | | | | |
| | 现使用辅具 | <p>□轮椅 □助行器 □坐姿椅 □拐杖 □防压疮垫 □坐厕椅 □洗浴椅</p> <p>□洗漱类自助具 □进食类自助具 □串珠绕珠 □几何图形插板</p> | | | | | | | |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | | |
|-------------|--------------|--|------|--|
| | | <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| | 辅具来源 | <input type="checkbox"/> 自制 <input type="checkbox"/> 自购 <input type="checkbox"/> 残联配发 <input type="checkbox"/> 租借 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| | 使用年限 | <input type="radio"/> 1年 <input type="radio"/> 2年 <input type="radio"/> 3年 <input type="radio"/> 3年以上 | 使用效果 | <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 较差 |
| 接受手术或康复训练情况 | 是否接受过手术或康复训练 | <input type="radio"/> 是（ <input type="radio"/> 1次 <input type="radio"/> 2次 <input type="radio"/> 3次 <input type="radio"/> 3次以上） <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不知道 | | |
| | 手术或康复训练机构 | <input type="checkbox"/> 市级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 区县级医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 镇街医院或训练机构 <input type="checkbox"/> 民营医院或训练机构 | | |
| | 手术或康复训练项目 | <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入手术 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗术后康复训练 <input type="checkbox"/> 聋儿康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术 <input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 <input type="checkbox"/> 助听器验配康复训练 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| | 手术或训练时间 | <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 4-5年前及更早 <input type="checkbox"/> 10个月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 1年半 <input type="checkbox"/> 2年及以上 <input type="checkbox"/> 1个学期（年） <input type="checkbox"/> 2个学期（年） <input type="checkbox"/> 3个学期（年）及以上 | | |
| | 手术或训练效果 | <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 较差 | | |

筛查量表

| 年龄 | 预警征 | | 年龄 | 预警征 | |
|-----|--------------------|--------------------------|------|---------------|--------------------------|
| 3个月 | 1. 对很大声音没有反应健 | <input type="checkbox"/> | 6个月 | 1. 发音少，不会笑出声健 | <input type="checkbox"/> |
| | 2. 逗引时不发音或不会微笑健 | <input type="checkbox"/> | | 2. 不会伸手抓物健 | <input type="checkbox"/> |
| | 3. 不注视人脸，不追视移动人或物健 | <input type="checkbox"/> | | 3. 紧握拳松开健 | <input type="checkbox"/> |
| | 4. 俯卧时不会抬头 | <input type="checkbox"/> | | 4. 不能扶坐 | <input type="checkbox"/> |
| 8个月 | 1. 听到声音无应答健 | <input type="checkbox"/> | 12个月 | 1. 呼唤名字无反应健 | <input type="checkbox"/> |
| | 2. 不会区分生人和熟人健 | <input type="checkbox"/> | | 2. 不会扶物站立健 | <input type="checkbox"/> |



重庆市梁平区卫生健康委员会行政规范性文件

| | | | | | | |
|---|--|---|-------|--|--|--|
| | 3. 双手间不会传递玩具健 4. 不会独坐 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 月 | 3. 不会模仿“再见”或“欢迎”动作健 4. 不会用拇指对捏小物品 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 18个月 | 1. 不会有意识叫“爸爸”或“妈妈”健 2. 不会独走健 3. 不会按要求指人或物健 4. 与人无目光交流 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 2岁 | 1. 不会说3个物品名称健 2. 不会用勺吃饭健 3. 不会按吩咐做简单事情健 4. 不会扶栏上楼梯/台阶 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 2岁半 | 1. 不会说2-3个字的短语健 2. 兴趣单一刻板健 3. 不会示意大小便健 4. 不会跑 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 3岁 | 1. 不会说自己的名字健 2. 不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏健 3. 不会模仿画圆健 4. 不会双脚跳 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 4岁 | 1. 不会说带形容词的句子健 2. 不会独立穿衣健 3. 不能按要求等待或轮流健 4. 不会单脚站立 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 5岁 | 1. 不能简单叙说事情经过健 2. 不会单脚跳健 3. 不知道自己的性别健 4. 不会用筷子吃饭 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 6岁 | 1. 不会表达自己的感受或想法 2. 不会画方形 3. 不会玩角色扮演的游戏 4. 不会奔跑 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 备注：适用于0-6岁儿童。检查有无相应月龄的预警征象，发现相应情况在“□”内打“√”。该年龄段任何一条预警征未通过，提示有发育偏异的可能。 | | | | | | |
| 生活能力 | 进 食 | <input type="checkbox"/> 自理（食物放到手能够到的地方，能摄取食物、能吃；能穿脱辅助器具、自助具；在30分钟能完成吃饭；有洒或漏出的食物，自己能收拾） <input type="checkbox"/> 部分辅助（辅助具和自主具的使用均需辅助；一系列的吃饭动作都需要在诱导下完成；剩饭、洒饭在30%以上且不能收拾；不能用勺，只能用手抓饭） <input type="checkbox"/> 全辅助（以上情况均需辅助） | | | | |
| | 用 厕 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | 大便控制 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | | |
| | 小便控制 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | 穿 衣 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | | |
| | 洗 澡 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | 修 饰 等 | <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分辅助 <input type="checkbox"/> 全辅助 | | |
| | 意 识 | <input type="checkbox"/> 清楚可配合指令 <input type="checkbox"/> 清楚但无法配合指令 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷 | | | | |
| 辅具需求 | <input type="checkbox"/> 不需要 需要辅具： <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 坐姿椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 防压疮垫 <input type="checkbox"/> 串珠绕珠 <input type="checkbox"/> 坐厕椅 <input type="checkbox"/> 洗浴椅 <input type="checkbox"/> 洗漱类自助具 <input type="checkbox"/> 进食类自助具 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 助视器 <input type="checkbox"/> 几何图形插板 <input type="checkbox"/> 认知图片 <input type="checkbox"/> 认知玩具 <input type="checkbox"/> 启智用具 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | |
| 手术或训练需求 | <input type="checkbox"/> 0-6岁儿童肢体矫治（手术、康复训练、矫形器适配） <input type="checkbox"/> 0-6岁儿童听力语言康复训练 <input type="checkbox"/> 0-6岁脑瘫儿童矫治（手术、康复训练、矫形器适配） <input type="checkbox"/> 0-18岁人工耳蜗植入（手术、康复训练） <input type="checkbox"/> 0-6岁智障儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 0-6岁孤独症儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 0-6岁辅助器具需求 | | | | | |
| 签约康复项目 | 1. 2. 3. <div style="text-align: right;">（同签约协议选定项目）</div> | | | | | |

筛查医生签字：_____

时间：____年__月__日

备注：凡有辅具需求、手术需求、专业机构训练或精神病住院、服药需求的均报区县残联审核，组织二次评估、转介。（上报儿童项目时一同上报本表）

说明：此表用√在○、□符合项中选取（○单选、□可多选）

附件 3-3

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务 协议书（参考）

甲 方： XXX 基层医疗卫生机构 负责团队： _____
团队长（医生）： _____ 联系电话： _____
成员（护士）： _____ 联系电话： _____
成员（残疾人专职委员）： _____ 联系电话： _____
成员： _____ 联系电话： _____

乙 方： _____ 联系电话： _____

残疾证号： _____

监 护 人： _____ 联系电话： _____

建档立卡贫困户：是 否 计划生育特殊家庭：是 否

居民健康档案建立：是 否

为做好残疾人精准康复家庭医生签约服务工作，让残疾人在享受基本公共卫生服务的同时，享受到个性化基本康复服务，本着就近、就便、自愿的原则，经甲乙双方协商，签订本协议。

一、乙方自愿签约甲方为精准康复家庭医生，成为甲方的服务对象。根据自身需求选择适合的基本康复服务项目，如有需求服务内容不在基本康复服务项目内的，自愿按规定付费实施有偿服务。



二、甲方职责

1.免费基本公共卫生服务。以国家基本公共卫生服务项目为基础，为符合条件的乙方提供相关的基本公共卫生服务，建立电子健康档案，实施动态管理。

2.免费重大公共卫生服务项目。以国家及地方重大公共卫生服务项目为基础,为符合条件的乙方提供相应的重大公共卫生服务项目。

3.筛查评估。对照《重庆市残疾人基本康复服务目录》《重庆市残疾人精准康复签约服务筛查表》，对乙方康复需求进行初步评估，将筛查评估结果分别上报卫生健康行政部门和残联。

4.健康指导与基本康复服务。根据《重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务参考目录》，填写《残疾人精准康复服务手册》，为乙方制定个性化康复方案和干预措施，提供康复咨询、康服用药、训练指导、转介及基本康复服务。

5.门诊预约或协助转诊服务。乙方可通过预约方式获得精准康复家庭医生门诊服务，因病情变化需转诊的签约残疾人，可通过精准康复家庭医生协助转诊至二、三级医疗机构（或者市、区县康复评估、服务机构）进行治疗、康复。残疾人患者经上级医疗、康复机构治疗康复后，需转回基层医疗机构继续康复的，精准康复家庭医生优先为其提供康复服务。

6.其他服务项目。



三、乙方（监护人）职责

1.积极配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时、准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

2.对甲方提供服务逐项签字确认，并按年度客观公正的满意度评价。

3.积极参与、配合甲方开展的与疾病预防相关的各种活动，认真执行甲方或区县残联和卫生健康行政部门为其制定的防病治病和康复服务的相关措施。

四、本协议自签订之日起生效。本协议一式三份，甲、乙双方和乡镇（街道）残疾人专干各执一份，有效期一年，即____年__月__日至____年__月__日。

甲方（签名）：

乙方（或监护人）签名：

监证人（镇街残疾人专干签名）：

联系电话：

年 月 日

年 月 日

附件 3-4

重庆市残疾人精准康复家庭医生签约服务记录

_____年度

| 服务时间 | | 服务内容 | 签约团队服务人员签字 | 残疾人或监护人签字 |
|--|--|------|------------|-----------|
| 月 | 日 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 残疾人对康复服务评价： 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 服务效果： 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 下年度康复 服务建议 (文字描述) | 残疾人意愿：（按签约服务目录选择） 1. 2. 3. 残疾人或监护人签字： | | | |
| | 签约服务团队建议：（按签约服务目录选择） 1. 2. 3. 签约团队（医生签字）： | | | |

备注：可续页