

ICS 11.180

CCS C 04

# 团 体 标 准

T/CARD XXX—202X

## 残疾人家庭医生签约服务规范

Specification for contract service of family doctor  
for the disabled

(征求意见稿)

XXXX-XX-XX 发布

XXXX-XX-XX 实施

中国残疾人康复协会 发布

CARD征求意见稿

目 次

前言 .....III

引言 .....IV

1 范围.....1

2 规范性引用文件.....1

3 术语和定义.....1

4 总体要求 .....2

5 服务流程.....2

6 服务内容和要求.....2

6.1 签约.....2

6.2 发放服务卡.....4

6.3 建立健康档案.....4

6.4 康复需求和健康状况评估.....4

6.5 转介康复机构.....4

6.6 基本医疗和基本公共卫生服务.....5

6.7 完善医疗文书.....7

7 档案管理.....7

8 服务评价与投诉.....8

8.1 服务评价.....8

8.2 投诉处理.....8

附录 A （资料性）残疾人家庭医生签约服务协议.....9

附录 B （资料性）残疾人家庭医生签约服务服务包.....11

B.1 残疾人家庭医生签约基本服务包.....11

B.2 残疾人家庭医生签约老年服务包.....11

B.3 残疾人家庭医生签约高血压患者服务服务包.....11

B.4 残疾人家庭医生签约高血压患者服务服务包.....12

B.5 残疾人家庭医生签约孕妇服务包.....12

B.6 0~6 岁残疾儿童签约服务包内容.....13

附录 C （规范性）残疾人家庭医生签约个人信息补充表.....15

附录 D （规范性）残疾人基本康复服务目录.....15

D.1 0~6 岁残疾儿童基本康复服务目录.....	16
D.2 7 岁以上残疾儿童和成年残疾人基本康复服务目录.....	16
附录 E （资料性）日常生活能力指数评定量表（Barthel 量表） .....	17
附录 F （规范性）康复训练指导案例.....	19
附录 G （资料性）残疾人转介服务内容.....	22
参考文献.....	24

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中国残疾人康复协会、中国医师协会归口。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

## 引 言

2018 年，国家卫生健康委和国家中医药管理局联合发布了《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》（国卫基层发[2018]35 号），国家卫生健康委基层司和中国残联康复部共同印发了《残疾人家庭医生签约服务指导手册》（以下简称《手册》），为开展残疾人家庭医生签约服务工作提供了有力的技术支持，得到家庭医生和残疾人的普遍认可。为进一步规范残疾人家庭医生签约服务工作，2021 年，国家卫生健康委基层司和中国残联康复部再次共同委托中国医师协会全科医师分会和中国残疾人康复协会，在《手册》的基础上共同制定《残疾人家庭医生签约服务规范》团体标准，从而进一步对残疾人家庭医生签约服务要求、服务流程、服务内容等进行了补充完善。旨在对开展残疾人家庭医生签约服务活动提供进一步规范有效的指导。

# 残疾人家庭医生签约服务规范

## 1 范围

本文件规定了残疾人家庭医生签约服务的术语和定义、总体要求、服务流程、服务内容、质量评价与投诉处理等。

本文件适用于提供残疾人家庭医生签约服务的相关机构和人员。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件不可缺少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16432 康复辅助器具 分类和术语

国家卫计委《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）

## 3 术语和定义

GB/T 16432 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**残疾人（功能障碍者）** person with disabled

有一种或多种损伤，一种或多种活动受限，一种或多种参与限制，或者兼有的人。

[来源：GB/T 16432—2016，2.12]

### 3.2

**家庭医生** family doctor

基层医疗卫生机构注册的全科医生（含助理）和中医类别全科医生。

### 3.3

**服务对象** service target

本辖区内签约家庭医生服务的残疾儿童及持证残疾人。

### 3.4

**转介服务**

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，将其转至相应康复机构接受服务。

### 3.5

**康复机构**

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。

### 3.6

## 康复辅助器具 Assistive products for persons with disability

### 辅助器具

功能障碍者使用的，特殊制作或一般可得到的用于如下目的的任何产品(包括器械、仪器、设备和软件)。

- 有助于参与性；
- 对身体功能（结构）和活动起保护、支撑、训练、测量或替代作用；
- 防止损伤、活动受限或参与限制。

[来源：GB/T 16432—2016，2.3]

## 4 总体要求

- 4.1 签约服务本着自愿、互信的原则，有签约意愿和服务需求的服务对象，可到附近的乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务机构等基层卫生服务机构签订服务协议。基层医疗卫生机构应按照协议约定内容保质保量地向签约服务对象提供服务。
- 4.2 残疾人家庭医生签约服务应组成服务团队，团队由家庭医生、社区护士、社区（村）康复协调员构成。如必要，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、社会工作者等进入团队。
- 4.3 家庭医生是签约服务团队的领导核心，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。
- 4.4 基层医疗卫生机构应加强与残联组织联系与合作，掌握辖区残疾人的基本状况，共同研究制定签约服务工作计划，合理分配家庭医生团队服务任务。
- 4.5 开展家庭医生签约服务的机构应建立健全家庭医生团队管理制度，明确团队工作流程、岗位职责，对残疾人家庭医生签约服务纳入绩效考核。
- 4.6 家庭医生服务团队应根据残疾障碍特点有针对性的开展健康教育，动态掌握服务对象需求，提供优先门诊、优先转诊服务。
- 4.7 承担签约服务的医疗机构应当依法取得《医疗机构执业许可证》，并配置与签约服务相适应的人员及设施设备。
- 4.8 签约残疾人对家庭医生团队服务满意度应 $\geq 80\%$ 。

## 5 服务流程

家庭医生签约服务工作的开展应遵循图 1 所示流程，并参照附录填写相应记录。



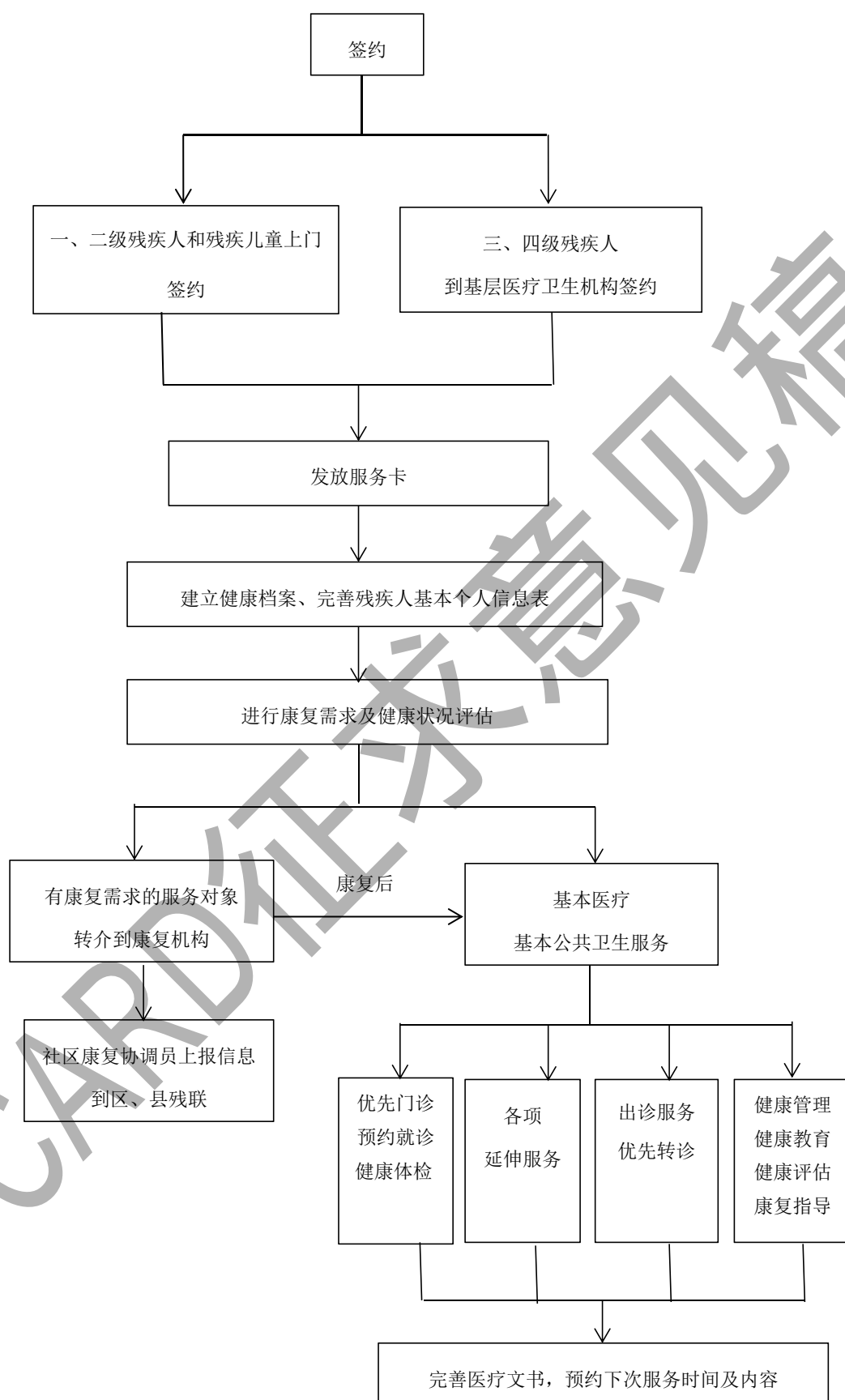


图1 残疾人家庭医生签约服务流程

## 6 服务内容及要求

### 6.1 签约

6.1.1 残疾人家庭医生签约团队成员根据社区康复协调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，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。

6.1.2 残疾人家庭医生签约服务协议应涵盖服务对象基本信息、签约服务内容、期限和双方的责任、义务及其他事项，并在协议签订前，由家庭医生充分告知签约服务对象约定的服务内容、方式、期限和权利义务等信息。

6.1.3 签约服务周期原则上为一年，签约团队需在签约期满前向签约服务对象告知续约事宜。服务期满后需续约、解约或更换家庭医生团队的，应当重新办理相应手续。

6.1.4 残疾人家庭医生签约服务对象应对协议签订时提供的证件、资料的合法性和真实性负责，并履行签约服务协议中约定的各项义务和配合事项。

6.1.5 对持有一、二级残疾人证者，且行动不便或社会功能存在严重障碍，家庭医生在社区康复协调员的协调帮助下应提供上门签约服务。必要时，经家庭医生同意由社区康复工作者代理签约。

6.1.6 持有三、四级残疾人证或行动、社会功能障碍程度较轻者，可自行或在家属陪同下到基层医疗卫生机构签约。

6.1.7 残疾人家庭医生签约服务协议书见附录 A《残疾人家庭医生签约服务协议》，同时选择附录 B《残疾人家庭医生签约服务包》及个性化服务包内容。

### 6.2 发放服务联系卡

6.2.1 签约服务协议签署后，应为签约服务对象提供家庭医生签约团队服务联系卡，方便服务对象联系家庭医生团队。

6.2.2 服务卡应至少包括以下内容：

- a) 基层医疗卫生机构名称；
- b) 签约医生姓名、联系电话、工作时间；
- c) 签约团队社区康复服务协调员姓名、联系电话；
- d) 社区卫生机构服务相关咨询电话；
- e) 基层残联组织服务相关咨询电话；
- f) 其它必要的信息内容。

### 6.3 建立健康档案、完善个人基本信息

6.3.1 按《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）“居民健康档案管理服务规范”要求和内容建立签约服务对象健康档案，并在此基础上填写服务对象个人信息补充表，以便信息查询和统计。

6.3.2 服务对象个人基本信息补充表按附录 C 填写，至少包括：本人康复需求、是否需要转介服务、签约个性化服务内容、监护人信息等。

6.3.3 根据所采集到的信息，按服务对象年龄、性别、健康状况等进行分类管理，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。

### 6.4 个人基本信息和康复需求评估

6.4.1 根据服务对象档案信息、需求和活动能力进行康复评估。

6.4.2 对有康复需求的服务对象转介到康复机构接受康复治疗、训练和服务。

6.4.3 不需要转介服务的，纳入基本医疗和基本公共卫生服务。

## 6.5 转介康复机构

6.5.1 对评估后有康复服务需求的服务对象，家庭医生在信息汇总后转至社区康复协调员。由社区康复协调员根据本地残疾人康复服务标准上报本市县（区）残联并转至相应康复服务机构。

6.5.2 应保证康复需求者获得基本康复服务内容。0~6岁残疾儿童基本康复服务目录和内容见附录C.1；7岁以上残疾儿童和成年残疾人基本康复服务目录和内容见附录C.2。

6.5.3 康复机构在接到“残疾人康复需求转介服务表”后根据审批意见，提供专业康复服务并做好档案记录。

6.5.4 服务对象在康复机构接受康复服务结束后，康复机构填写“残疾人康复转出服务表”，回到或在康复协调员协助下回到社区卫生服务机构继续接受服务。

## 6.6 基本医疗和基本公共卫生服务

### 6.6.1 基本要求

6.6.1.1 家庭医生团队应当结合自身服务能力及医疗卫生资源配置情况，按《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）要求，为服务对象提供基本医疗及基本公共卫生服务。

6.6.1.2 **基本医疗服务**，涵盖常见病和多发病的中西医诊治、合理用药、就医指导等；**基本公共卫生服务**，涵盖国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。

6.6.1.3 应为服务对象提供优先门诊、优先预约、健康体检、出诊服务和各项延伸服务、优先转诊服务等，同时根据服务对象健康需求提供符合残疾障碍特点的健康管理、健康教育、健康指导和转介服务。

### 6.6.2 优先门诊、预约就诊、健康体检

#### 6.6.2.1 优先门诊

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，应为残疾人优先提供服务。

#### 6.6.2.2 预约就诊

条件的机构应通过互联网信息平台预约、现场预约、社交软件预约等方式，家庭医生团队优先为签约服务对象提供本机构的专科科室预约、定期家庭医生门诊预约、预防接种以及其他健康服务的预约服务等。

#### 6.6.2.3 健康体检

如有需求，应优先安排服务对象健康体检，并提供轮椅、助行器具等残疾人辅助器具等服务。

### 6.6.3 延伸服务

签约团队应为服务对象提供以下延伸服务，并结合实际拓展服务内容：

6.6.3.1 指导残疾人家庭进行无障碍改造，包括物质环境无障碍和信息与交流无障碍。家庭医生团队应对残疾人居住环境的无障碍改造提供意见与建议。

6.6.3.2 为行动不便、有需求的残疾人提供送医、送药上门服务，并指导其家庭做好对服务对象的基础护理工作，如皮肤护理、大小便管理等，以尽量减少压疮、坠积性肺炎等并发症的发生。

6.6.3.3 对服务对象及家属进行心理疏导，帮助其排解心理压力，发现其存在的心理疾患及时转诊。

#### 6.6.4 转诊服务、出诊服务

6.6.4.1 家庭医生团队要对接二级及以上医疗机构相关转诊负责人员，为签约服务对象联系绿色转诊通道，优先为签约服务对象提供转诊服务。

6.6.4.2 有条件的地区，针对行动不便、符合条件且有需求的签约服务对象，家庭医生团队应在服务对象居住场所按规范提供可及的治疗、康复、护理、安宁疗护、健康指导及家庭病床等服务。

#### 6.6.5 健康管理

##### 6.6.5.1 建立健康档案

首次签约时家庭医生应为服务对象建立健康档案，完成康复需求及健康状况评估，并填写附录 E《日常生活能力指数评定量表（Barthel 量表）》、附录 C《残疾人个人信息补充表》和附录《残疾人家庭医生服务记录单》。

##### 6.6.5.2 预防接种

根据服务对象健康状况，提供预防接种建议。如残疾儿童的计划免疫接种、秋冬季流感疫苗接种及其他传染病流行期间的应急接种等。

##### 6.6.5.3 常见病多发病的诊疗、护理、咨询服务

家庭医生应根据签约服务对象的健康问题制定个性化的诊疗方案，特别是高血压、糖尿病患者，有针对性地提出预防并发症的建议和方法，指导家属观察和处理常见健康问题，做好残疾人的基础护理工作。

#### 6.6.6 健康指导

6.6.6.1 根据残疾人的健康状况、康复需求、生活自理能力，提供康复、护理指导建议，包括：

- a) 肢体残疾：指导残疾人在确保安全的情况下借助家居设施和辅助器具练习坐位平衡、站立、短距离行走和活动肢体等。
- b) 视力残疾：指导残疾人及监护人调整家居设施摆放；协助判断低视力者的视力情况，根据其年龄及需求提出助视器具的选择建议：老年人选择手持光学放大镜，学习年龄段的推荐电子助视器等；针对先天盲的低龄儿童，指导家长利用听觉和感知觉让儿童认识周围事物。
- c) 听力残疾：指导传导性耳聋的残疾人避免发生耳部感染；老年残疾人到专业机构测试听力，选配适宜的助听器。
- d) 言语残疾：指导家属借助沟通辅具和自制图示等方式，与残疾人更好地沟通。
- e) 智力残疾：指导监护人协助残疾人练习生活自理、辨识周边环境、保障人身安全及预防疾病等。
- f) 精神残疾：指导监护人确保残疾人按时服药，针对身体功能开展相应的活动锻炼，鼓励其参加社会活动，发现问题及时沟通解决。

6.6.6.2 鼓励各地根据本地区实际情况和残疾人的需求，结合康复服务，开展约定的健康管理服务，并参考附录 D 残疾人基本康复服务目录和附录 F《残疾人康复训练案例》提供服务。

#### 6.6.7 健康教育

##### 6.6.7.1 服务形式

- a) 提供健康教育资料，发放有关残疾预防的宣传页、手册，在社区公共场所播放预防残疾相

关的视听传播资料。

- b) 设置健康教育宣传栏，普及残疾人预防和疾病预防知识。
- c) 开展个体化健康教育活动，针对残疾相关危险因素进行个体化的健康指导，改变其不良生活方式。
- d) 开展群体健康教育，定期举办健康大讲堂、健康咨询活动，针对辖区高发的残疾问题或易感人群进行健康教育。

#### 6.6.7.2 教育内容

围绕本社区主要残疾问题设立健康教育题目，主要包括但不限于以下内容：

##### a) 优生优育指导

宣传婚检及孕前检查的必要性；孕前及孕后 3 个月规律服用叶酸能有效预防胎儿神经管畸形；按时产前检查发现发育异常的胎儿及孕妇异常状况；预防耳聋的相关知识，并督促家长适时带孩子进行相关检查，了解孩子的听力状况等。

##### b) 疾病防治指导

调整生活方式与生活环境，维护清洁的空气、安全的食物和水、定期体检、保持健康的生活方式；通过疫苗接种可以有效地预防多种传染性疾病的发生，控制高血压、糖尿病等常见老年病；开展残疾妇女“两癌”（乳腺癌、宫颈癌）筛查宣传；普及残疾妇女常见健康问题相关知识。

##### c) 减少意外伤害指导

遵守交通规则、注意防火防电、科学运动等。家里有儿童、老年人，要做好地面防滑、家具摆放避免磕碰、安装夜灯等改造。

#### 6.6.8 健康评估

6.6.8.1 健康状态评估。根据残疾人的需求、健康状况、支付能力确定体检项目，每年为残疾人进行健康体检。

6.6.8.2 日常生活自理能力评估。使用日常生活能力指数评定量表（Barthel 量表）进行自理评价，动态地为残疾人制定相关康复护理计划。

6.6.8.3 发现残疾人生理、心理及自理能力异常时，建议残疾人到上级医疗机构或专业康复机构重新进行残疾程度评估。

#### 6.6.9 转介服务

6.6.9.1 家庭医生团队梳理签约服务对象康复需求信息，协调社区康复协调员，根据本地残疾人康复服务流程，转介至康复机构。转介服务内容见附件 G 《残疾人转介服务内容》。

6.6.9.2 在康复服务完成后，康复机构通知社区康复协调员将残疾人转回到基层医疗卫生机构。

#### 6.7 完善医疗文书

服务流程结束时，要完善体疗文书，并和服务对象或监护人预约好下一次服务时间和内容。

### 7 档案管理

7.1 应客观、真实、准确、及时、完整编写医疗文书。

7.2 家庭医生服务团队对服务对象的健康档案及提供的优先门诊、优先转诊服务应有完整记录。

7.3 应动态掌握服务对象需求，及时补充完善服务对象健康档案内容。

7.4 应提高电子档案建档率及使用率，逐步实现医疗卫生机构间信息的互联互通。

7.5 开展服务的所有相关信息资料应予纸质或电子文件存档。

## 8 服务评价与投诉处理

### 8.1 服务评价

8.1.1 服务机构应建立服务质量考核评价制度，对服务质量、进度和相关人员的服务能力与水平等进行定期自我评价。评价内容包括但不限于以下内容：

- a) 残疾人家庭医生签约率；
- b) 签约服务档案建立率；
- c) 签约服务档案和服务记录书写合格率；
- d) 服务对象履约率、续约率、满意度；
- e) 对服务团队人员业务培训计划与实施情况。

8.1.2 服务机构应建立服务质量反馈机制，主动征询服务对象与家属及其他有关人员的意见，及时处理服务对象的投诉和建议，并将其作为家庭医生团队绩效考核的重要依据。

8.1.3 服务质量反馈或定期收集意见应包括但不限于以下内容：

- a) 对服务态度和服务质量的意见；
- b) 对履行残疾人家庭医生签约服务协议程度的意见；
- c) 签约残疾人对家庭医生团队服务满意度。
- d) 在开展诊疗活动过程中遵守国家法律法规及政策要求情况；
- e) 其他违规违纪问题。

### 8.2 投诉处理

8.2.1 服务机构应建立服务质量投诉处理制度，明确处理投诉人员、处理方式和反馈期限等。

8.2.2 每一位服务对象及相关人员均有自由投诉其对服务机构或服务的不满，所提出的投诉应得到及时响应。

8.2.2 任何人员一旦接获与服务有关的投诉，即使投诉人强辞夺理、态度轻浮，也应保持虚心有礼的态度听取对方的投诉。

8.2.3 与提出投诉的服务对象、家属或其他投诉人沟通时，不论是口头或书面沟通，都应该用简单明确的措辞，避免使用术语或简称。

8.2.4 在处理投诉时，注意保护个人隐私，并及时将处理结果反馈投诉人。

8.2.5 所有与该投诉的来往信件及其他有关文件应存入投诉档案。

## 附录 A

(规范性)

## 残疾人家庭医生签约服务协议

档案编号:

请√勾选残疾类别（多重残疾同时勾选所属残疾类型）

视力	听力	言语	肢体	智力	精神	多重
一级	一级	一级	一级	一级	一级	一级
二级	二级	二级	二级	二级	二级	二级
三级	三级	三级	三级	三级	三级	三级
四级	四级	四级	四级	四级	四级	四级

甲方（居民）： 性别： 出生日期： 身份证号： 残疾证号： 住宅电话： 手机： 住址： 街道 社区 号院 楼 单元 号 甲方/监护人： 甲方/监护人电话：

乙方（机构）：社区卫生服务中心/站

团队名称：

团队成员：

手机电话：固定电话：

**第一条** 甲乙双方本着平等、尊重、互信和自愿的原则，签订此协议，接受以下条款的规定。

**第二条** 甲方根据自身医疗需求自愿选择服务内容，乙方作为服务的提供者，在协议期间向甲方提供相应服务。甲方按照国家确定的《医疗服务项目及价格表》向乙方所在社区卫生服务中心（站）缴费。

1. 请选择家庭医生签约服务内容

☐ 残疾人家庭医生签约服务基本服务包

## 2. 残疾人家庭医生签约个性化服务内容

- ☐ 残疾老年人签约服务包
- ☐ 残疾高血压患者签约服务包
- ☐ 残疾糖尿病患者签约服务包
- ☐ 残疾孕产妇签约服务包
- ☐ 0~6岁残疾儿童签约服务包

### 3. 甲方应配合事项

- (1) 甲方或监护人是健康第一责任人，应主动做好健康自我管理。
- (2) 遵守签约协议，尊重乙方的工作人员（签约的家庭医生团队成员）。
- (3) 保证提供的信息资料真实有效，因甲方或监护人向乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）

隐瞒病史等信息或不执行乙方的防治方案而影响服务质量的，其后果由甲方或监护人自行承担。

(4) 遵守医嘱，有问题及时咨询。

(5) 在其他医疗机构诊疗的信息，应主动、及时向乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）反馈。

(6) 住址变更、长期离开居住地、联系方式变更等，应及时告知乙方的工作人员（签约的家庭医生团队），需要终止服务协议的，双方协商一致后可解除。

(7) 授权乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）调阅甲方或监护人健康档案以及其他医疗机构的诊疗信息等。

(8) 乙方在给甲方或监护人提供服务过程中，因甲方或监护人病情超出乙方诊疗水平的能力而造成的不良后果，乙方不承担责任。

(9) 作为患者应履行的其他义务。

第三条乙方有义务对签约残疾人的健康档案、诊疗记录信息予以保密。除法律法规规定外，未经甲方或监护人允许，不得提供给第三方。

第四条本协议期限为一年，自签约之日起生效。

第五条本协议一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

第六条本协议自甲方签字、乙方加盖公章之日起生效。本协议解释权归乙方所有。

（以下无正文，为签署页）

甲 方（或监护人签字）：

乙方代表（签字）：

乙 方（盖章）：

日期：

日期：



附 录 B  
(规范性)  
残疾人家庭医生签约服务包

B. 1 残疾人家庭医生签约基本服务包按表 1 内容。

表 B.1 残疾人家庭医生签约服务基本服务包

序号	服务项目	服务注解
1	建立健康档案	为新签约的残疾人建立个人健康档案
		健康档案更新, 利用随诊、义诊、门诊、健康教育等途径不断完善
2	签订协议书	为有签约意愿的残疾人签订“残疾人家庭医生签约服务协议书”, 每年根据居民需求进行续约
3	发放联系卡/手册	为签约残疾人发放一份联系卡/表/手册, 告知签约团队成员及团队联系方式
4	预约就诊	有条件的地区, 可按预约时间随诊, 专人诊疗
5	转诊转介	家庭医生解决不了的医疗问题、康复需求等, 通过医联体或其他可行的途径转诊、转介
6	健康监测及评估	免费享受血压、身高、体重等项目检测
		每年一次对签约残疾人进行健康状况评估, 根据结果或健康体检分类管理
7	健康信息送达	通过短信、微信或语音为签约残疾人按月推送随访提醒、健康知识
8	健康咨询服务	为签约残疾人民提供电话咨询服务
9	用药指导	为有需求的签约残疾人民提供就医、用药指导服务
10	上门服务	服务团队可根据自身服务能力, 为残疾人提供上门家庭环境评估和健康指导

B. 2 残疾人家庭医生签约老年服务包内容

B. 2. 1 老年残疾人家庭医生签约服务在提供表 1 基本服务内容的基础上, 可以选择针对老年人的个性化服务内容。

B. 2. 2 老年残疾人家庭医生签约服务包按表 B. 2 的内容。其中, 项目 1 和 2 按照国家基本公共卫生服务规范有关要求执行。

表 B.2 残疾人家庭医生签约老年服务包

序号	项 目	内 涵
1	残疾老年人健康管理服务	生活方式和健康状况评估并进行健康指导
		体格检查及辅助检查(血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖、心电图、腹部 B 超)
2	中医体质辨识	根据体质判定标准进行体质辨识
3	流感疫苗接种	有条件的地区, 免费享受流感疫苗接种

B. 3 残疾人家庭医生签约高血压患者服务服务包内容

B. 3. 1 高血压患者残疾人家庭医生签约服务在提供表 1 基本服务内容的基础上, 可以选择针对高血压患者的个性化服务内容。

B. 3. 2 高血压患者残疾人家庭医生签约服务包按表 B. 3 的内容。其中, 项目 1、2 和 4 按照国家

基本公共卫生服务规范有关要求执行。

表 B.3 残疾人家庭医生签约高血压患者服务包

序号	项 目	内 涵
1	长处方服务	有条件的地区，可为符合条件的有需求的签约残疾人提供长处方服务
2	随访评估	每年提供 4 次面对面的随访
3	分类干预	根据国家基本公共卫生服务规范和相关诊疗规范，进行分类干预和指导
4	健康体检	每年 1 次健康体检与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断

#### B. 4 残疾人家庭医生签约糖尿病患者服务包内容

B. 4.1 糖尿病患者残疾人家庭医生签约服务在提供表 1 基本服务内容的基础上，可以选择针对糖尿病患者的个性化服务内容。

B. 4.2 糖尿病患者残疾人家庭医生签约服务包按表 B.4 的内容。其中，项目 2、3 和 4 按照国家基本公共卫生服务规范有关要求执行。

表 B.4 残疾糖尿病患者签约服务包

序号	项 目	内 涵
1	长处方服务	有条件的地区，可为符合条件的有需求的签约残疾人提供长处方服务
2	随访评估	每年 4 次免费空腹血糖检测，至少提供 4 次面对面的随访
3	分类干预	根据国家基本公共卫生服务规范和相关诊疗规范，分类干预和指导。
4	健康体检	每年 1 次健康体检，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、空腹血糖、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断

#### B. 5 残疾人家庭医生签约孕妇服务包内容

B. 5.1 残疾人孕妇家庭医生签约服务在提供表 1 基本服务内容的基础上，可以选择针对孕妇的个性化服务内容。

B. 5.2 残疾人孕妇家庭医生签约服务包按表 B.5 的内容，并按《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）有关要求执行。

表 B.5 残疾人孕妇签约服务包

序号	项目	内 涵
1	孕早期管理	为残疾孕妇建立《孕产妇保健手册》，签订家庭医生服务协议
		建册 1 周内进行孕早期健康教育和指导，并询问是否在产院建档，如若未建档，可以帮助协调建档
		健康评估孕早期生理及心理健康状况，既往史、家族史、个人史等，观察体态、精神等
		开展孕早期生活方式、心理和营养保健指导咨询，避免致畸因素和疾病对胚胎的影响，必要时告知做产前诊断。提供疾病健康教育

		对具有妊娠危险因素和妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，及时转诊到上级医疗机构，1周内随访转诊结果。
--	--	---

续表 B.5 残疾人孕妇签约服务包

序号	项目	内 涵
2	孕中期、晚期管理	督促孕妇到助产机构进行产前检查和随访。 以短信或电话形式进行孕期健康指导
3	产后访视	产妇出院1周内进行入户访视，开展产褥期健康管理
4	产后健康检查	正常产妇做产后健康检查，异常产妇到原分娩医疗卫生机构检查 对产妇恢复情况进行评估 对产妇进行心理保健、性保健与避孕、预防生殖道感染、纯母乳喂养6个月、产妇和婴幼儿营养指导

## B.6 0~6岁残疾儿童签约服务包内容

B.6.1 0~6岁残疾儿童家庭医生签约服务在提供表1基本服务内容的基础上，可以选择针0~6岁残疾儿童的个性化服务内容。

B.6.2 0~6岁残疾儿童残疾人家庭医生签约服务包按表B.6的内容，并按《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）有关要求执行。

表 B.6 0~6岁残疾儿童签约服务包

序号	项目	内 涵
1	新生儿访视	1. 了解新生儿出生及预防接种情况 2. 建立《儿童健康手册》 3. 开展喂养、发育、防病、预防伤害和口腔保健指导 4. 高危新生儿增加家庭访视次数
2	新生儿满月管理（机构内）	1. 询问和观察新生儿喂养、睡眠、大小便、黄疸等 2. 体重、身长、头围测量、体格检查 3. 对家长进行喂养、发育、防病指导
3	婴幼儿健康管理（0~3岁）	1. 婴幼儿喂养、患病等情况 2. 进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估 科学喂养（合理膳食）、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导 4. 血常规（或血红蛋白）检测 5. 听力筛查
4	学龄前儿童健康管理（4~6岁）	健康体检、疾病预防、膳食指导
5	健康问题处理	对有营养不良、贫血、单纯性肥胖儿童分析其原因，给以指导或转诊。心理行为发育偏异、口腔发育异常（唇腭裂、诞生牙）、龋齿、视力低常或听力异常儿童及时转诊并追踪随访转诊结果
6	预防接种服务	建立预防接种证。提前告知免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗种类、时间、地点和相关要求。根据国家免疫规划疫苗免疫计划，对适龄儿童进行常规接种。开展疑

		似预防接种异常反应处理
7	0~3 岁儿童中医健康管理服务	提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；传授摩腹、捏脊方法、按揉迎香穴、足三里穴、四神聪穴方法。

附 录 C  
(规范性)  
残疾人家庭医生签约个人信息补充表

表 C 给出了残疾人家庭医生签约服务个人信息补充表内容。

	姓名：	性别：	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			

附 录 D  
(规范性)  
残疾人基本康复服务目录

D. 1 表 D.1 给出了 0~6 岁残疾儿童基本康复服务目录和服务内容。

表 D.1 0~6 岁残疾儿童基本康复服务目录和服务内容

残疾类别	服务项目	服务内容
视力残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的视力康复医疗项目
	康复训练	视功能、定向行走、感知觉补偿训练
	辅助器具	助视器、盲杖等基本型辅助器具适配及使用训练
	支持性服务	家长康复知识培训及家庭康复训练指导、心理疏导、康复咨询等服务
听力残疾	康复医疗	1. 人工耳蜗植入手术 2. 其它纳入当地基本医疗保险支付范围的听力康复医疗项目
	康复训练	听觉言语康复训练
	辅助器具	1. 人工耳蜗适配及使用指导 2. 助听器适配及使用指导 3. 耳模、电池等助听器辅助材料
	支持性服务	家长康复知识培训及家庭康复训练指导、心理疏导、康复咨询等服务。
肢体残疾	康复医疗	1. 先天性马蹄内翻足等足畸形、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位等矫治手术 2. 其它纳入当地基本医疗保险支付范围的肢体康复医疗项目
	康复训练	粗大运动功能、精细运动功能、认知能力、语言能力、生活自理能力和社会适应能力等训练
	辅助器具	假肢、矫形器、轮椅、助行器、坐姿椅、站立架等基本型辅助器具适配及使用训练
	支持性服务	家长康复知识培训及家庭康复训练指导、心理疏导、康复咨询等服务。
智力残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的智力康复医疗项目
	康复训练	认知、生活自理和社会适应能力等训练
	支持性服务	家长康复知识培训及家庭康复训练指导、心理疏导、康复咨询等服务。
孤独症	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的孤独症康复医疗项目
	康复训练	沟通和社交能力、生活自理能力、情绪和行为调控等训练
	支持性服务	家长康复知识培训及家庭康复训练指导、心理疏导、康复咨询等服务。

D. 2 表 D.2 给出了 7 岁以上残疾儿童和成年残疾人基本康复服务目录和服务内容。

表 D.2 7 岁以上残疾儿童和成年残疾人基本康复服务目录和服务内容

残疾类别	服务项目	服务内容
视力残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的视力康复医疗项目
	康复训练	定向行走、生活技能及社会适应能力等训练
	辅助器具适配	盲杖、助视器等基本型辅助器具适配及使用训练
	支持性服务	导盲随行外出、心理疏导、社会融合活动、康复知识讲座等服务
听力残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的听力康复医疗项目
	辅助器具适配	助听器适配及使用指导
	支持性服务	康复指导、心理疏导、手语翻译等服务
肢体残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的肢体康复医疗项目
	康复训练	日常生活能力、体能、社会适应能力等训练
	辅助器具	假肢、矫形器、轮椅、助行器、坐姿椅、站立架、生活自助具、护理器具等基本型辅助器具适配及使用训练
	支持性服务	康复知识与实用训练方法培训、心理疏导、社会融合活动、生活自理和居家护理指导、日间照料等服务
智力残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的智力康复医疗项目
	康复训练	认知、日常生活能力、职业康复和社会适应能力等训练
	支持性服务	康复知识培训、家庭康复指导、心理辅导、社会融合活动、生活自理和居家护理指导、日间照料等服务
精神残疾	康复医疗	纳入当地基本医疗保险支付范围的精神康复医疗项目（含药物、住院治疗）。
	康复训练	沟通和社交能力、日常生活能力、情绪和行为调控、职业康复、工（农、娱）疗和社会适应能力等训练
	支持性服务	康复知识培训、家庭康复指导、心理疏导、生活自理和居家护理指导、社会融合活动、日间照料、随访等服务

## 附录 E

(规范性)

日常生活能力指数评定量表 (Barthel 量表)

E.1 按表 E.1 给出得日常生活能力指数评定内容评定分数和分级。

表 E.1 日常生活能力指数评定量表 (Barthel 量表)

项目	分数	内 容	初期评定分数	中期评定分数	末期评定分数
进食	10	○在合理的时间内 (10 秒钟吃一口) 可用筷子取眼前食物。若需辅具, 会自行穿脱			
	5	○需部分帮助 (切面包、盛饭等)			
	0	○完全依赖他人			
转移	15	○自理			
	10	○需要少量帮助 (1 人) 或语言指导			
	5	○需 2 人或 1 个强壮的他人帮助			
	0	○完全依赖他人			
修饰	5	○可独立洗脸、洗手、刷牙及梳头			
	0	○需他人帮忙			
上厕所	10	○可自行进出厕所, 不会弄脏衣物, 并能穿好衣服。使用便盆者, 可自行清理便盆			
	5	○需帮忙保持姿势的平衡, 整理衣物或使用卫生纸。使用便盆者, 可自行取放便盆, 但须仰赖他人清理			
	0	○需他人帮忙			
洗澡	5	○可独立完成 (不论是盆浴或淋浴)			
	0	○需他人帮忙			
行走 (平地 45m)	15	○使用或不使用辅具皆可独立行走 50 公尺以上			
	10	○需要稍微的扶持或口头指导可行走 50 公尺以上			
	5	○虽无法行走, 但可独立操纵轮椅 (包括转弯、进门、接近桌子、床沿) 并可推行轮椅 50 公尺以上			
	0	○需别人帮忙			
上下 楼梯	10	○可自行上下楼梯 (允许抓扶手、用拐杖)			
	5	○需要稍微帮忙或口头指导			
	0	○无法上下楼梯			
穿脱 衣服	10	○可自行穿脱衣服、鞋子及辅具			
	5	○在别人帮忙下、可自行完成一半以上的动作			
	0	○需别人帮忙			
大便 控制	10	○能控制			
	5	○偶尔失禁 (每周 <1 次)			
	0	○失禁或昏迷			
小便 控制	10	○能控制			
	5	○偶尔失禁 (每周 <1 次) 或尿急 (无法等待便盆或无法即时赶到厕所) 或需别人帮忙处理			
	0	○失禁、昏迷或需他人导尿			
总分					



## E.2 Barthel 量表分级标准

E.2.1 总分：各项得分相加之和。

### E.2.2 分数等级

- a) 0=生活自理:100 分，日常生活活动能力良好，不需他人帮助；
- b) 1=轻度功能障碍:61~9 分，能独立完成部分日常活动，但需一定帮助；
- c) 2=中度功能障碍:41~60 分，需要极大帮助才能完成日常生活活动；
- d) 3=重度功能障碍:<40 分，大部分日常生活活动不能完成或完全需人照。

E.2.3 在评定内容、细则及标准不变的前提下，可结合自身情况调整版式。

CARD征求意见稿

附 录 F  
(资料性)  
康复训练指导案例

### F. 1 康复训练指导案例一

患者男，52岁，小儿麻痹后遗症，左侧下肢运动功能障碍四十年，左下肢可独立短暂支撑站立，因体重较大，平时基本不下床，可以拄双拐短距离行走。既往高血压病史15年，间断服药4年；糖尿病病史4年，血糖控制不理想。两次在卫生间摔倒。

#### F. 1.1 无障碍环境指导建议：

因卫生间与居室地面有高度差，指导在卫生间入门处安装扶手；对卫生间地面做防滑处理；座便器前方安装扶手方便起身。调整居室床的摆放，留出空间让残疾人可以扶床栏杆每天上下午坚持练习站立（也可在居室安装扶手）；指导正确上下楼梯：上楼梯时患侧在下，健侧先上；下楼梯时健侧在下，患侧先上，以保证平衡稳定性。

#### F. 1.2 康复指导：

指导患者在床上和床旁充分练习活动上下肢关节和抬腿练习。指导家属掌握基本康复护理知识，防止久坐导致骨质疏松；指导患者在家庭环境下训练下肢负重，并制定相关站立时间处方，独站或扶站。

#### F. 1.3 健康教育活动：

帮助患者了解控制其高血压与糖尿病管理的重要性，防止脑血管意外等相关疾病发生。

#### F. 1.4 辅助器具适配服务

由家庭医生团队康复医师与辅助器具技术人员对患者的功能障碍进行评估，制定康复训练计划及康复训练处方；制定助行器具或矫形器等相关辅助器具配置建议。

### F. 2 康复训练指导案例二

患者男，38岁，三年前因车祸致T<sub>12</sub>脊髓损伤，二便功能障碍，尿潴留，因反复感染，在县医院行膀胱造瘘手术。因未接受过规范康复的指导训练，现日常生活大部分不能自理。

#### F. 2.1 康复指导

联系上一级康复机构进行评估，制定康复训练计划，通过训练上肢臂力并学习掌握轮椅移乘的技巧，实现在床、坐厕和轮椅间自行转移，做到出行、移动的自理。

#### F. 2.2 无障碍环境指导

调整居家环境布置，在床边留出轮椅通道；对家庭周围环境进行无障碍改造以方便轮椅出入。

#### F. 2.3 医学预防指导

指导处理二便功能障碍，针对这一类截瘫患者发现尿潴留及时处理防止恶化；指导学习翻身和减压防止褥疮。

#### F. 2.4 辅助器具适配服务

由家庭医生团队康复医师与辅助器具技术人员对患者的功能障碍进行评估，制定康复训练计划及康复训练处方；制定助行器具或矫形器相关辅助器具的配置建议。

### F. 3 康复训练指导案例三

患者男，70岁，脑梗死致左侧偏瘫，嗜烟酒，伴高血压、血脂异常、糖尿病，体重超标。经三个月的康复治疗回家。目前可以维持座位平衡，借助扶手可以短距离室内行走。联系上一级康复机构进行评估，制定康复训练计划康复指导建议：

#### F. 3.1 基础病的预防和控制：

注意健康的生活方式，提倡低盐低脂糖尿病饮食，多进富含维生素类的蔬菜，严格戒烟，适度饮酒。体重超标，减肥。针对高血压、血脂异常、糖尿病等基础疾病，遵医嘱按时服药并定期检测各项指标。

#### F. 3.2 功能障碍及并发症：

进行主被动关节活动，防止关节挛缩，静脉血栓的发生。吞咽、咳嗽指导训练，预防窒息及肺部感染。站立负重训练，预防骨质疏松的发生。

嘱患者在家属的辅助下每日进行主被动关节活动，健侧带动患侧，3~4次/日，10~20分钟/次。该患者目前可维持座位平衡，在此基础上借助家具等固定物进行起坐及站立训练。利用冰块、冰棍等刺激物进行吞咽训练。进行吹气泡、吹气球等活动，增加肺活量。

#### F. 3.3 日常生活能力

指导患者利用身边物如床旁扶手、桌面、窗台等，掌握翻身起坐、穿衣、吃饭、行走、如厕等日常起居所必须活动能力和技巧。

#### E. 3.4 辅助器具适配

辅助器具技术人员对患者的功能障碍进行评估，制定康复训练计划及康复训练处方；制定助行器具或矫形器等辅助器具的配置建议。建议该患者使用手杖，并注意拐杖头保养，如磨损严重及时更换。

### F. 4 康复训练指导案例四

患者男，42岁，供电局技术工人，脑出血后遗症左侧肢体运动功能障碍4个月，至社区卫生服务中心全科就诊。既往高血压病史8年，间断服药4年，糖尿病病史4年，规律用药，血糖控制不理想。

#### F. 4.1 无障碍环境适应：

指导患者正确上下楼梯：上楼梯时患侧在下，健侧先上；下楼梯时健侧在下，患侧先上，以保证平衡稳定性；指导患者熟悉社区可用无障碍设施；建议患者家庭环境安装或改建无障碍场景，如厕所安装扶手。

#### F. 4.2 康复指导：

指导患者及家属掌握基本康复护理知识，如避免过度拉伸患侧肩关节，防止出现肩关节半脱位及肩手综合征；教会患者穿脱衣物顺序：先穿患侧后穿健侧肢体，脱衣物时先脱健侧后脱患侧肢体；向患者提供购买适合患者体型的轮椅建议；指导患者调节拐杖高度；指导患者在家庭环境下训练下

肢负重，并制定相关站立时间处方，每天8组，每组5分钟，独站或扶站；

#### F.4.3 心理疏导：

以专业知识讲解脑损伤后恢复过程及预后情况，建立良好的医患信任关系，培养患者康复信心。

#### F.4.4 健康教育活动：

帮助患者了解控制其高血压与糖尿病管理的重要性，防止脑血管意外的二次复发。

#### F.4.5 专业康复服务：

由家庭医生团队的康复医师与康复治疗师对患者的功能障碍进行评估并制定康复训练计划及康复训练处方。告知患者科学合理持续康复训练的重要性，指导患者家属做好家庭环境下的辅助康复训练。

##### F.4.5.1 初期评估：（接诊一周内）

- **体运动功能障碍：**Brunnstrom III 级，  
上肢屈曲肌张力高，改良 Ashworth 痉挛量表 III 级，  
下肢伸展肌张力尚可，改良 Ashworth 痉挛量表 II 级，  
可独坐，不可独站，无独自行走能力；
- **日常生活活动能力：**Barthel 指数 25 分（具体见附录 D）  
初期康复计划：改善下肢运动功能，提高日常生活活动能力，回归社会。  
初期康复处方：上肢坐位抗痉挛体位 10 分钟/组，2 组/天；  
日常生活活动引导下的作业训练，坐位及站立位下患侧上肢够物训练，20 次/组，2 组/天；下肢患侧站立位楔形板踝关节被动跖屈训练，5 分钟/次，4 次/天；治疗师扶走下步态纠正训练 5 分钟/次，6 次/天；床上核心控制训练 5 分钟/次，2 次/天。

##### F.4.5.2 中期评估（康复训练 1~2 个月后）：

- **肢体运动功能障碍：**Brunnstrom III 级，  
上肢屈曲模式肌张力明显改善，改良 Ashworth 痉挛量表 II 级，  
下肢伸展模式肌张力改善，改良 Ashworth 痉挛量表 II 级，  
可独站，行走能力改善，可助行器扶走 50 米；
- **日常生活活动能力：**Barthel 指数 50 分（具体见附录 D）  
中期康复计划：改善步行运动功能，提高日常生活活动能力，回归社会。  
中期康复处方：上肢坐位抗痉挛体位 5 分钟/组，4 组/天；  
日常生活活动引导下的作业训练，不稳定站立位下患侧上肢够物训练，20 次/组，4 组/天；患侧下肢站立位平衡板踝关节本体感觉训练，5 分钟/次，4 次/天；步态纠正训练 10 分钟/次，2 次/天；床上核心控制训练 10 分钟/次，2 次/天。
- 期间每两个月进行一次中期评估，评定康复效果，据此制定进一步康复训练处方。

##### F.4.5.3 末次评估（康复训练结束前）：

- **肢体运动功能障碍：**Brunnstrom IV 级，  
上下肢屈曲模式肌张力明显改善，改良 Ashworth 痉挛量表 I 级，使用或不使用辅助器具可独立行走 50 米以上；
- **日常生活活动能力：**Barthel 指数 80 分（具体见附表）康复建议回归家庭，回归社会。

附 录 G  
(资料性)  
残疾人转介服务内容

## G. 1 视力残疾服务

### G. 1.1 手术

因白内障导致的视力功能下降，进行白内障复明手术，包括白内障摘除术和人工晶体植入术，做好术后管理。

### G. 1.2 康复训练

对视力残疾人进行功能评估。根据评估结果，对盲人进行每年不少于 8 小时的技能及行走训练和社会适应性训练，对低视力者进行为期 1 个月的固定注视、定位注视、视觉跟踪与追踪、视觉搜索训练等基本技能训练。

### G. 1.3 辅具适配

盲杖，每 3 年评估适配 1 次；基本型远距离助视器、近距离助视器每年评估 1 次，视情况予以调换。

### G. 1.4 支持性服务

中途盲者每月一次为期半年的心理疏导。

## G. 2 听力残疾

### G. 2.1 手术

如人工耳蜗植入术。语前聋的残疾人植入年龄通常为 1~6 岁，植入年龄越小效果越好。6 岁以上儿童或青少年需要有一定的听力言语基础，自幼有助听器配戴史和听觉言语康复史；双耳重度或极重度感音神经性聋，经听力学评估，重度聋儿配戴助听器 3~6 个月无效或者效果不理想，应进行人工耳蜗植入，极重度患儿可直接进行人工耳蜗植入。语后聋适用于各年龄段残疾人双耳重度或极重度感音神经性聋，依靠助听器不能正常进行听觉语言交流的残疾人。

### G. 2.2 康复训练

功能评估，至少提供 2 次听觉、言语康复能力评估（术前或适配前 1 次，术后或适配后 1 次）；康复训练，根据评估结果，每年训练时间不少于 10 个月。

### G. 2.3 辅具适配

人工耳蜗单耳配戴，第一年调机不少于 3 次，之后每年不少于 1 次；助听器双耳配戴，每年调试不少于 2 次；助听器辅助材料：耳膜，每半年评估 1 次。

### G. 2.4 支持性服务

听力残疾康复宣传、心理辅导等服务。

## G. 3 肢体残疾

### G. 3.1 手术

矫治手术，包括先天性马蹄内翻足等足部畸形、小儿麻痹后遗症、脑性瘫痪导致的严重挛缩、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致的下肢畸形等导致的肢体运动残疾，进行肢残矫治手术。

### G.3.2 康复训练

功能评估（含运动功能、认知能力、日常生活、社会参与能力）；康复治疗 and 训练包括运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等。0~6 岁脑性瘫痪儿童每年训练时间不少于 10 个月。

### G.3.3 辅具适配

根据评估结果适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器、减压坐垫、生活自助具等辅具。0~6 岁儿童每半年评估 1 次，7~17 岁儿童每年评估 1 次，成人每 3 年评估 1 次，必要时更换。

### G.3.4 支持性服务

肢体残疾康复宣传、重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。

## G.4 智力残疾

### G.4.1 康复训练

功能评估和康复训练，包括：认知、生活自理和社会适应性能力等。0~6 岁智力残疾儿童每年训练时间不少于 10 个月；7~17 岁儿童及成人，每月不少于 1 次 30 分钟的训练。

### G.4.2 支持性服务

智力残疾儿童家长康复知识培训、智力残疾康复宣传、心理辅导、重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。

## G.5 精神残疾

### G.5.1 药物治疗

重症急性期精神残疾人住院治疗服务、精神病治疗基本药物服药服务。

### G.5.2 康复训练

功能评估，包含生活自理能力、社会交往和体能等。康复训练，包含体能训练、日常生活能力等训练。0~6 岁孤独症（自闭症）儿童每年训练时间不少于 10 个月。7~17 岁孤独症儿童每月不少于 1 次，每次不少于 30 分钟训练。

### G.5.3 支持性服务

精神残疾康复宣传、心理辅导、支持性就业、工（娱）疗、农疗等服务，每月随访 1 次。

## 参 考 文 献

- [1] 关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见 国卫基层发〔2018〕35 号
  - [2] 《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）国家卫计委 2017 年 6 月
  - [3] 关于印发《残疾人精准康复服务行动实施方案》的通知 中国残疾人联合会、国家卫生和计划生育委员会、国务院扶贫开发领导小组办公室 联合发布 残联发〔2016〕27 号文件
  - [4] 《残疾人家庭医生签约服务指导手册》国家卫生健康委基层司和中国残联康复部印发
  - [5] 国家卫生计生委办公厅中国残疾人联合会办公厅 关于做好残疾人家庭医生签约服务工作的通知 国卫办基层函〔2017〕956 号文件，2017.09.25
  - [6] 中华人民共和国残疾人保障法
-