附件1

老年人生活自理能力评估表

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号：

该表为自评表，根据下表中5个方面进行评估，将各方面判断评分汇总后，0～3分者为可自理；4～8分者为轻度依赖；9～18分者为中度依赖；≥19分者为不能自理。

| 评估事项、内容与评分 | 程度等级 |
| --- | --- |
| 可自理 | 轻度依赖 | 中度依赖 | 不能自理 | 判断评分 |
| 进餐：使用餐具将饭菜送入口、咀嚼、吞咽等活动 | 独立完成 | — | 需要协助，如切碎、搅拌食物等 | 完全需要帮助 |  |
| 评分 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| 梳洗：梳头、洗脸、刷牙、剃须、洗澡等活动 | 独立完成 | 能独立地洗头、梳头、洗脸、刷牙、剃须等；洗澡需要协助 | 在协助下和适当的时间内，能完成部分梳洗活动 | 完全需要帮助 |  |
| 评分 | 0 | 1 | 3 | 7 |
| 穿衣：穿衣裤、袜子、鞋子等活动 | 独立完成 | — | 需要协助，在适当的时间内完成部分穿衣 | 完全需要帮助 |  |
| 评分 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| 如厕：小便、大便等活动及自控 | 不需协助，可自控 | 偶尔失禁，但基本上能如厕或使用便具 | 经常失禁，在很多提示和协助下尚能如厕或使用便具 | 完全失禁，完全需要帮助 |  |
| 评分 | 0 | 1 | 5 | 10 |
| 活动：站立、室内行走、上下楼梯、户外活动 | 独立完成所有活动 | 借助较小的外力或辅助装置能完成站立、行走、上下楼梯等 | 借助较大的外力才能完成站立、行走，不能上下楼梯 | 卧床不起，活动完全需要帮助 |  |
| 评分 | 0 | 1 | 5 | 10 |
| 总得分 |  |

附件2

慢性心功能衰竭（NYHA心功能分级）评分表

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号：

|  |  |
| --- | --- |
| 分级 | 症状 |
| I | 活动不受限。日常体力活动不引起明显的气促、疲劳或心悸。 |
| II | 活动轻度受限。休息时无症状，日常活动可引起明显的气促、疲劳或心悸。 |
| III | 活动明显受限。休息时可无症状，轻于日常活动即引起显著的气促、疲劳、心悸。 |
| IV | 休息时也有症状，任何体力活动均会引起不适。如无需静脉给药，可在室内或床边活动者为IVa级；不能下床并需静脉给药支持者为IVb级。 |

总评分：心功能 级

评估医师：

日期：

附件3

慢性阻塞性肺疾病（mMRC分级）评分表

（改良版英国医学研究委员会呼吸困难问卷）

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号：

|  |  |
| --- | --- |
| mMRC分级 | 呼吸困难症状 |
| 0级 | 剧烈活动时出现呼吸困难 |
| 1级 | 平地快步行走或爬缓坡时出现呼吸困难 |
| 2级 | 由于呼吸困难，平地行走时比同龄人慢或需要停下来休息 |
| 3级 | 平地行走100米左右或数分钟后即需要停下来喘气 |
| 4级 | 因严重呼吸困难而不能离开家，或在穿衣脱衣时即出现呼吸困难 |

总评分： 级

评估医师：

日期：

附件4

平衡能力测试表

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 站起测验 | 起立行走测验 | 走直线步态测试 |
| 跌倒风险（高/低） |  |  |  |

评估人员：

评估日期：

1.站起测验（Chair Rising Test,简称CRT）：

（1）所用工具：有扶手的椅子、秒表

（2）测量环境：安静宽敞，地平、坚固

（3）测量方法：受试者坐在椅子的前2/3处，后背不用靠在椅背上，双臂交叉抱于胸前，快速从普通高度的椅子（座位高约48厘米）上站立并坐下5次，臀部离开椅子时开始计时，记录到第5次坐下时臀部接触到椅子所用的时间（秒）。

（4）结果判定：如受试者不能完成5次起立或完成此项测试的时间>10秒，表明下肢肌力减弱，判断为跌倒风险高，并记录其正确完成起立的次数，如3/5；如受试者完成此5次起立的时间≤10秒，判断为跌倒风险低。

（5）注意事项：受试者双臂交叉放在胸前，双脚自然放在地面，尽可能快地站立并坐下，不允许采用手臂支撑，不允许使用助行工具，也不能将手臂放在膝盖上，站立时尽量保持直立。整个过程中受试者的后背不用接触椅子靠背。如果测试过程中老人出现头晕、眼前发黑的情况，则立刻停止测试，并解释可能是由于快速的体位改变引起的直立性低血压，休息一会就会缓解。等老人休息恢复后，如果老人觉得还可以则可以继续测试，并嘱咐老人用自己比较舒适的速度，不要求快。

2.起立行走测验（Timed Up and Go Test,简称TUG）：

（1）所用工具：一把有扶手的椅子、秒表

（2）测量环境：地面平整坚固，宽≥3米

（3）测量方法：受试者穿平常穿的鞋, 坐在有扶手的靠背椅上（座位高约48厘米，扶手高约68厘米）, 身体靠在椅背上, 双手放在扶手上。如使用助行工具( 如拐杖、助行器等) , 则将助行具握在手中。在离座椅3米远的地面上贴一条彩条或划一条可见的粗线或放一个明显的标记物。当测试者发出“开始”的指令后, 患者从靠背椅上站起。站稳后, 按照平时走路的步态, 向前走3米, 过粗线或标记物处后转身, 然后走回到椅子前, 再转身坐下, 靠到椅背上。测试过程中不能给予任何躯体的帮助。测试者记录患者背部离开椅背到再次坐下(靠到椅背) 所用的时间(以秒为单位)。

（4）结果判定：如受试者完成该测验所需的时间>12秒，判断为跌倒风险高；如完成此项测试的时间≤12秒，判断为跌倒风险低。

（5）注意事项：受试者可以借助扶手从椅子上站起来，步行时尽可能与平常一样，行走中允许使用来自自身的辅助手段，但不允许接受来自他人的帮助。测试过程中最好有两位调查员跟在老人的身体两侧做好保护，防止跌倒。

3.走直线步态测试（Tandem Gait Test，简称TGT）：

（1）所用工具：用尺子或者有颜色的胶带在平整的地面上标记出约10厘米宽3米长的步行带。

（2）测量环境要求：安静宽敞，地表水平、坚固。

测量方法：该测试从侧面观察姿势的情况，受试者在指定步行带上从直线串联式姿势开始，一只脚放在另一只脚前面，两脚距离不超过1厘米。记录可以正确行走的步数，如受试者可以在直线上行走8步，其中6步为正确行走，记录为6/8。测试过程中允许使用助行工具（如拐杖、助行器等）。

（3）错误的步伐为：1.两只脚的左右间距超过一个脚的宽度（见下图）；2.前脚后跟没有超过后脚脚尖（往前迈少了）；3.前脚后跟与后脚脚尖之间的缝隙超过1cm （往前迈多了）。

（4）结果判定：如受试者完成此项测试结果<8/8，表明平衡能力差，判断为跌倒风险高；如受试者完成此项测试结果≥8/8，判断为跌倒风险低。

 （5）注意事项：测试前进行解释并演示一次，演示之后，进行一次指导性尝试，确保受试者已经正确理解整个测试过程。测试过程中最好有两位调查员跟在老人的身体两侧做好保护，防止跌倒。

附件5

广东省家庭医生签约老年人基本服务包

| 老年人 | 基本公共卫生项目包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》中的“老年人健康管理”项目提供 |
| --- | --- | --- |
| 初级包 | 1.基本公共卫生项目包 |  |  |  |
| 2.基层医疗卫生机构一般诊疗费 | ≤10次 |  |  |
| 3.健康咨询 | 2 |  |  |
| 4.疾病健康教育 | 2 |  |  |
| 中级包 | 1.初级包 | 1 |  |  |
| 2.血常规-三分类/五分类 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 3.尿液分析 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 4.粪便常规 | 1 |  |  |
| 5.血清丙氨酸氨基转移酶测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 6.血清天门冬氨酸氨基转移酶测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 7.血清γ-谷氨酰基转移酶测定 | 1 |  |  |
| 8.肌酐测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 9.尿素测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 10.葡萄糖测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 11.血清尿酸测定 | 1 |  |  |
| 12.血清总胆固醇测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 13.血清甘油三酯测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 14.血清高密度脂蛋白胆固醇测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 15.血清低密度脂蛋白胆固醇测定 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 16.常规心电图检查 | 1 |  | 除基本公共卫生服务以外 |
| 17.B超常规检查 | 1 | 腹部 | 除基本公共卫生服务以外，超声计算机图文报告另外收费 |
| 18.家庭巡诊 | 1 |  |  |
| 高级包 | 1.中级包 | 1 |  |  |
| 2.癌胚抗原测定（CEA） | 1 |  |  |
| 3.甲胎蛋白测定（AFP） | 1 |  |  |
| 4.糖类抗原测定 | 1 |  |  |
| 5.前列腺特异性抗原测定 | 1 |  |  |

附件6

广东省家庭医生签约老年人个性化服务包

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老年人 | 初级包 | 1.签约咨询：指具有执业资格的医师/护士接受居民对签约服务内容、服务流程等的咨询，了解居民健康状况，指导其进行签约 | 1 |
| 2.个体化签约服务：对辖区内居民的个人健康信息进行收集、整理、初步评估后，指导居民匹配符合个人的团队及服务内容，解释服务流程,并签署知情同意书,明确双方责任及权利 | 1 |
| 3.预约就诊服务：提供预约服务。通过电话、网络等多种预约方式，为签约患者提供疾病诊疗和健康管理预约服务 | ≤10次 |
| 4.双向转诊服务：包括：转诊条件的确定、与病人和家属意愿达成共识、与转诊机构进行沟通联系、患者病历资料的整理与交接、辅助转诊方法的确定、转诊后对患者病情的追踪随访等 | 由接诊医生按病情需要,≤10次 |
| 5.生活质量评估：用国际统一的量表对患者进行主观生活质量(日常生活满意指数)和客观生活质量(功能性限制分布量表)的评定，并形成书面报告 | 1 |
| 6.血压测量：诊室内进行标准血压测量 | 1 |
| 中级包 | 1.初级包 | 1 |
| 2.常见老年性疾病预防指导：指多种方式指导如何预防老年痴呆、骨质疏松等老年性疾病 | 1 |
| 3.老年人意外伤害防范指导：指导日常防跌倒等具体措施，含入户指导防跌倒设施等 | 1 |
| 4.运动咨询：指具有专业资质的健康管理师了解运动状况，运动方式的选择，以及运动量的指导 | 1 |
| 5.老年人睡眠状况评估 | 1 |
| 6.老年生活能力评估：反映老年人综合障碍包括身体与精神方面的评估方法 | 1 |
| 7.老年人跌倒评估 | 1 |
| 8.感觉/运动功能评估：包括视觉功能评估、听觉功能评估、本体感觉评估、皮肤感觉评估、嗅觉与味觉评估等、肌力评估 | 1 |
| 9.药事服务费：指医生、药师、护士及其他技术人员为门、急诊、住院患者开具处方医嘱，调剂、发放、使用药品，开展用药指导和临床用药监测的专业活动 | ≤10次 |
| 高级包 | 1.中级包 | 1 |
| 2.运动处方：根据患者所患疾病或健康状况，制定个体化运动处方，包括运动方式、运动强度和时间的制定 | 1 |
| 3.超声骨密度测定 | 1 |
| 4.个体化营养指导：为住院患者提供各种营养相关性疾病（慢性病、营养缺乏性疾病等）个性化营养指导。含全日膳食营养推荐摄入量、膳食结构方案、个体化餐单、营养品选择和使用等方案。不含门诊营养咨询 | 1 |
| 5.心理社会功能评估:包括焦虑抑郁和居家环境评估等 | 1 |
| 6.全人健康水平与疾病状况评估:通过收集个人基本信息、生活行为方式、患病情况、家族史、营养状况、运动状况、功能检查信息、一般体格检查、与疾病相关的体格检查、心理健康状态评估 | 1 |
| 7.全人慢病风险管控方案及咨询:根据全人健康水平与疾病状况评估结果，针对存在的慢病风险制定个性化的包括生活方式指导、营养指导、运动指导、心理调节、戒烟和体重管理，等的全人管控方案，并指导其实施 | 1 |
| 8.老年综合评估:对有多种慢性病（共病）、老年问题/老年综合征，以及不同程度功能残障、衰弱的老年患者，从疾病、体能、认知、心理和社会支持等多层面对老年患者进行全面评估，制订治疗目标和针对性的干预计划 | 1 |
| 9.健康处方:根据个体特点给予针对性健康指导处方，包括饮食、疾病预防、病后膳食指导等 | ≤10次 |

附件7

预防老年人跌倒家居环境危险因素评估表

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评估内容 | 评估方法 | 选项（是；否；无此内容） |
| 第一次 | 第二次 |
| **地面和通道** |
| 1 | 地毯或地垫平整，没有褶皱或边缘卷曲 | 观察 |  |  |
| 2 | 过道上无杂物堆放 | 观察（室内过道无物品摆放，或摆放物品不影响通行） |  |  |
| 3 | 室内使用防滑地砖 | 观察 |  |  |
| 4 | 未养猫或狗 | 询问（家庭内未饲养猫、狗等动物） |  |  |
| **客厅** |
| 1 | 室内照明充足 | 测试、询问（以室内所有老年人根据能否看清物品的表述为主，有眼疾者除外） |  |  |
| 2 | 取物不需要使用梯子或凳子 | 询问（老年人近一年内未使用过梯子或凳子攀高取物） |  |  |
| 3 | 沙发高度和软硬度适合起身 | 测试、询问（以室内所有老年人容易坐下和起身作为参考） |  |  |
| 4 | 常用椅子有扶手 | 观察（观察老年人习惯用椅） |  |  |
| **卧室** |
| 1 | 使用双控照明开关 | 观察 |  |  |
| 2 | 躺在床上不用下床也能开关灯 | 观察 |  |  |
| 3 | 床边没有杂物影响上下床 | 观察 |  |  |
| 4 | 床头装有电话 | 观察（老年人躺在床上也能接打电话） |  |  |
| **厨房** |
| 1 | 排风扇和窗户通风良好 | 观察、测试 |  |  |
| 2 | 不用攀高或不改变体位可取用常用厨房用具 | 观察 |  |  |
| 3 | 厨房内有电话 | 观察 |  |  |
| **卫生间** |
| 1 | 地面平整，排水通畅 | 观察、询问（地面排水通畅，不会存有积水） |  |  |
| 2 | 不设门槛，内外地面在同一水平 | 观察 |  |  |
| 3 | 马桶旁有扶手 | 观察 |  |  |
| 4 | 浴缸/ 淋浴房使用防滑垫 | 观察 |  |  |
| 5 | 浴缸/淋浴房旁有扶手 | 观察 |  |  |
| 6 | 洗漱用品可轻易取用 | 观察（不改变体位，直接取用） |  |  |

评估人员：

日期：

附件8

老年人居家医疗健康服务前风险评估表

姓名： 性别： 年龄： 岁 居家号/ID号 评估日期：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **评估项目** | **评估结果** | **备注** |
| **环境方面** | 没有 | 有 |  |
| 1 | 居住地区公共交通缺陷 |  |  |  |
| 2 | 居家四周环境安全风险 |  |  |  |
| 3 | 饲养动物/家禽伤人风险 |  |  |  |
| 4 | 电话网络等通讯设施缺陷 |  |  |  |
| 5 | 居住地治安是否有风险 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **情绪方面** |  |  |  |
| 1 | 情绪不稳定倾向 |  |  |  |
| 2 | 暴力行为倾向 |  |  |  |
| 3 | 精神病史 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **社交支援** |  |  |  |
| 1 | 家人/朋友照顾缺陷 |  |  |  |
| 2 | 滥用药物/酒精 |  |  |  |
| 3 | 邻居关系紧张（例如常吵架） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其他需注意地方** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  评估者签名：  |
|  年 月 日  |

附件9

老年人居家医疗健康服务协议书

甲方： （医疗机构）

乙方（服务对象□法定代理人□）： 身份证号

服务对象姓名： 身份证号 住址

签约期限： 年 月 日 至 年 月 日

**双方在签订本协议前，均已知晓并理解以下告知内容。**

一、甲方责任

根据《广东省老年人居家医疗健康服务工作指引》，由 （责任医务人员□医疗护理员□）身份证号码 提供各项服务，具体服务项目和内容根据服务对象的健康状况、经济支付能力等与乙方商定并做好准确记录。

二、乙方责任

1.如实提供各项健康相关资料，与甲方协商好具体服务项目和内容。

2.提供准确有效的通信联络方式。

3.为甲方提供必要的工作便利和安全保障。

4.配合治疗和健康管理，病情变化及时与责任医师或医疗护理员﻿联系，或立即拨打120转院。

5.按规定要求及时支付有关费用。

三、续约与解约

1.为保证服务的连续性，协议到期前一个月，如双方未提出解约则本合约自动延期。

2.任何一方计划退出，需提前一个月提出解除合约。

3.其他

四、其他未尽事宜，双方友好协商解决。

（注：当服务对象不识字、失去行为能力或不具备行为能力时，由法定代理人代签。）

**本协议一式两份，甲、乙方各持一份，均具同等法律效力。**

甲方代表（签名）： 责任医务人员□医疗护理员□（签名）**：**

（盖章）

 日期： 年 月 日

乙方（服务对象□法定代理人□）**（**签名）：

日期： 年 月 日

附件10

 （医疗机构）

医生诊察记录单

姓名 年龄 性别 居家号

诊察者签名 ，记录日期： 年 月 日

 第 页

附件11

护理记录单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 巡察时间 | 体温 | 脉搏 | 心率 | 呼吸 | 血压 | 血糖 | 特殊情况记录（包括神志、皮肤、活动能力、睡眠、管道维护等） | 离室时间 | 签名 | 患者或家属签名 |
| OC | 次/分 | 次/分 | 次/分 | mmHg | mmol/L |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号： 首次家访时间： 年 月 日

**第 页**

附件12

医疗护理员记录单

姓名： 性别： 年龄： 居家号/ID号： 首次家访时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 巡察时间 | 体温 | 脉搏 | 呼吸 | 血压 | 血糖 | 生活照料 | 用药 | 备注 | 离室时间 | 签名 | 患者或家属签名 |
| OC | 次/分 | 次/分 | mmHg | mmol/L | 口腔清洁 | 皮肤清洁 | 洗头 | 修剪指甲 | 打扫卫生 | 更换床单 | 其它 | 正确服药 | 药品检查 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**第 页**

附件13

老年人居家医疗健康服务满意度调查表

 （医疗机构）

（责任医务人员□医疗护理员□）姓名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 调查事项 |  | 非常满意 | 基本满意 | 不满意 |
| 1.对老年人居家医疗健康服务形式的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 2.对居家医疗健康服务项目和内容的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 3.对工作人员服务态度的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 4.对工作人员工作及时性和主动性的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 5.对工作人员业务能力的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 6.对工作人员品德表现的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 7.对工作人员语言和行为的满意度 |  | □ | □ | □ |

其他（请简要说明）：

 服务对象□ 法定代理人□ 签名：

 评估家属签名：

 关系：

 日期：

附件14

附加说明

1.医疗机构应当使用培训合格的以老年患者为服务对象的医疗护理员从事相关工作，合法、规范用工。严禁医疗护理员从事医疗护理专业技术性工作，切实保障医疗质量和安全。

2.附表9、10填表说明：①体温、脉搏、心率、呼吸、血压、血糖填写具体数值，未测量无需填写；②完成项目用“√”表示，未完成无需填写；③正确服药标准：患者能正确服药，无漏服、错服现象；④药品检查标准：患者所用药物无过期、潮湿、变质。