

中山残联规〔2022〕2号

中山市残疾人联合会文件

中山残联〔2022〕6号

中山市残疾人联合会关于印发 《中山市残疾人居家康复服务实施细则》 的通知

火炬开发区残联，各镇街残联：

根据《中山市人民政府关于印发〈中山市残疾人保障办法〉的通知》（中府〔2022〕13号），现将《中山市残疾人居家康复服务实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市残联康复部反映。


中山市残疾人联合会
2022年2月15日

中山市残疾人居家康复服务实施细则

第一章 总 则

第一条 为落实关于深入推进残疾人基本公共服务均等化的精神，积极拓展居家康复等基本康复服务目录，推动实现相关资助和补贴提标扩面，鼓励基层卫生医疗机构开展居家康复服务，提升残疾人康复服务水平。根据《关于印发广东省残疾人居家康复服务实施办法的通知》（粤残联〔2012〕63号）、《关于印发〈中山市严重精神障碍患者救治救助工作实施办法〉的通知》（中山综治办〔2016〕3号）、《中山市人民政府关于印发〈中山市残疾人保障办法〉的通知》（中府〔2022〕13号）等文件精神，为做好我市残疾人居家康复工作，进一步改善残疾人生活质量，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称的残疾人，是指具有中山市户籍，持有效《中华人民共和国残疾人证》的残疾人或持有效《中华人民共和国残疾军人证》的残疾军人。

第三条 坚持以残疾人需求为导向，实施居家康复服务，切实为残疾人提供针对性、个性化服务，最大程度地帮助残疾人恢复功能、保持功能不再恶化，增强生活、工作能力。

第四条 工作原则

（一）坚持社区康复与家庭康复相结合，生理健康与心理、

社会康复相结合；

（二）坚持专业化服务；

（三）坚持政府主导，通过政府购买服务的方式由专业化的康复机构提供服务。

第五条 为有需要的残疾人提供居家康复服务。通过上门开展服务和自我康复训练，逐步消除残疾人日常生活障碍，提升残疾人生活质量，使残疾人平等参与社会生活，增强工作能力，共享我市经济社会发展成果。各镇（街道）根据持证残疾人基本状况调查的情况及残疾人实际需求，从 2022 年起每年制定居家康复工作计划。

第二章 康复对象及标准

第六条 康复对象

（一）具有中山市户籍，持有效《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》且有康复需求的重度肢体残疾人、重度精神残疾人。

（二）属于城乡最低生活保障对象的残疾人家庭，或符合我市低收入标准家庭的残疾人予以优先照顾。

第七条 救助标准

（一）由镇（街道）残联购买服务，按重度肢体残疾人每人每年不超过 12000 元的标准安排居家康复服务经费。

（二）由镇（街道）残联购买服务，按重度精神残疾人每人每年不超过 6000 元的标准安排居家康复服务经费。

第三章 服务规范

第八条 服务方式

（一）购买符合条件的康复或医疗机构的服务，优先购买社区康复站的康复服务，支持社区康复建设，以家庭为依托，为重度肢体残疾人提供上门或部分时间集中的康复训练、康复护理和社会工作等综合康复服务。

（二）以政府购买服务的形式，引入有资质的社会机构开展个案管理服务，为重度精神残疾人提供随访、监护、康复、应急处置、危机干预等服务。

第九条 服务内容

（一）重度肢体残疾人服务内容

1. 康复训练：由具有执业资格的医生、治疗师、康复师上门为残疾人提供功能评估、运动治疗、物理治疗、作业治疗、生活能力训练、语言矫治和训练指导等服务，或集中进行康复训练和开展集体外出活动。

2. 康复护理：由具有执业资格的护理人员上门为重度肢体残疾人提供翻身、饮食护理、洗漱护理及排泄护理等各项康复护理服务。

3. 社会工作服务：由专业社工上门为重度肢体残疾人或家属提供心理辅导、个案工作、小组活动、转介等服务；向残疾人及其家属传达政府相关政策、日常自我训练的康复知识；为残疾人及家属建立资源网络，分享患病经历及照顾的心得；为重度肢体残疾人提供义工配对服务，由受过培训的义工开展上门探访、义务剪发、义务维修辅具、读报等服务。

（二）重度精神残疾人服务内容

1. 疾病治疗：定期上门随访，指导患者服药和康复训练。

2. 功能评估及训练：做好病情和风险评估，开展自我照料、家居生活、人际交往、职业技能等方面的康复服务。

3. 支持性服务：对家属进行精神卫生知识、看护及康复训练技能培训，开展心理健康学堂、实施家属援助计划等。

第十条 服务时间

（一）重度肢体残疾人服务时间

1. 康复训练：每月上门服务不少于 3 次，每次不少于 1 小时；每月集中 1-2 天进行康复训练。每年服务总时间不低于 50 小时。

2. 康复护理：每月上门服务不少于 3 次，每次不少于 1 小时，每年服务总时间不低于 50 小时。

3. 社会工作服务：每月上门服务 1 次，每次 1-2 小时，每年服务总时间不低于 20 小时。

（二）重度精神残疾人服务时间

对重度精神残疾人开展个案管理，根据精神病康复机构的服

务方案进行，要求每月上门随访、服务 1-2 次。

第四章 服务目标

第十一条 最大限度地帮助重度肢体残疾人，防止并发症的发生和残疾程度加重，提高日常生活自理能力与就业能力，改善残疾人生存环境，以达到功能重建、提高生活质量、融入社会的目的。

第十二条 最大限度地帮助重度精神残疾人，全方位关注患者和家庭的情况，指导家属掌握专业的监护及康复训练技能，有效帮助患者稳定病情、提高康复水平。

第五章 服务评估

第十三条 按要求做好档案管理，重度肢体残疾人沿用中山市残疾人居家康复服务手册，重度精神残疾人使用个案管理服务记录手册，各镇（街道）残联要定期对服务对象开展康复效果评估。

第六章 经费保障

第十四条 居家康复服务经费由镇（街道）负责。各镇（街道）残联要将残疾人居家康复服务经费纳入年度预算，严格按照项目

经费管理规定，管好、用好项目经费，不得挪作它用，确保专款专用。要建立公示制度，做到公平、公正、公开地使用项目经费。

第十五条 居家康复服务经费不发放到康复对象，与提供服务的机构结算。具体协议，由各镇（街道）残联与提供服务机构协商制定。

第七章 附则

第十六条 本实施细则自 2022 年 3 月 1 日起施行，由市残联负责解释，有效期 5 年。过去本市有关规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

- 附件：1. 中山市残疾人居家康复服务手册（肢体类）
2. 个案管理服务记录手册（精神类）

附件 1

建立日期：_____

中山市残疾人居家康复服务手册

患者姓名：_____

性 别：_____

出生年月：_____

居住地址：_____

联系电话：_____

说明：

1. 每一位参加重度肢体残疾人居家康复的患者专用一册。《手册》是对患者进行记录的原始资料，记录患者治疗康复过程中治疗、康复、康复效果变化、社会参与等情况，反映患者动态情况，是评估康复效果和汇总上报数据的重要依据。

2. 《手册》原则上由社区/镇（街道）管理员负责填写登记，也可作为康复机构记录用，实行“谁提供居家康复，谁记录”的原则。患者的《手册》由社区卫生服务中心/社区卫生服务站/镇（街道）残联保管。

中山市残疾人居家康复申请表

_____区（市）_____街道（镇）_____居委 _____年度

姓 名		性 别		民 族	
出 生 年 月		身 份 证 号			
家 庭 地 址					
残 疾 证 号				联 系 电 话	
类 别		残 疾 程 度			
资助对 象类别	低 保 ☐ 低收入 ☐ 经济困难 ☐ 重度残疾 ☐ 五保户 ☐ 政府供养 ☐				
个 人 或 监 护 人 申 请	申 请 人： 日 期：				
社 区 (村 委) 居 委 意 见	签 名： 公 章： 日 期：				
项 目 资 金 来 源 单 位 意 见	签 名： 公 章： 日 期：				

说明：本表一式二份，由项目资金来源单位和项目实施单位各存一份。

肢体残疾人居家康复 服务初评表

姓名			性别		出生年月		婚姻状况	
生活主要来源		个人所得 ☐ 家庭供养 ☐ 不定期社会救助 ☐ 享受最低生活保障 ☐ 享受五保供养（农村） ☐						
家庭人均月收入		500 元以下 ☐ 500-2000 元 ☐ 2000 元以上 ☐						
需求 评 估	肢体功能 情况							
	社工服务 评估							
	居家无障碍 需求							
综合评估								

服务计划	康复计划：上门服务 ☐ 居家自我训练 ☐
	社工服务：上门探访服务计划 ☐ ：一周一次 ☐ 一月一次 ☐ 一月两次 ☐ 小组活动服务计划 ☐ ：_____、_____ _____ 集体活动 ☐
	居家无障碍 ☐
备注：	

评估者： _____

肢体残疾康复训练档案

姓名：_____

残疾证号：_____

_____县（市、区）

_____街道（乡镇）

使用说明

《肢体残疾康复训练档案》涉及功能评估、训练计划制定、训练情况记录、训练效果评估等康复训练流程的各个环节，对规范实施康复训练有重要的意义。现就档案的使用方法说明如下：

一、训练登记

筛选诊断明确、有康复潜力、有康复意愿、家庭成员配合的肢体残疾人作为训练对象，纳入康复训练重点工程任务。由康复员填写“训练登记”。

二、训练评估

训练对象的初次评估、中期评估和末期评估均依据“训练评估”进行。按照评估标准，由康复指导员对训练对象的功能和能力逐项进行评估、计分。通过初次评估，掌握训练对象目前的功能障碍和困难情况，为制定训练计划、选择适宜的训练项目提供依据。通过中期评估（在康复训练的中期进行），按照“评估标准”，由康复指导员再次对训练对象进行整体评估计分，针对存在的问题调整训练计划。通过末期评估，总结实现康复目标的情况，提出进一步康复的意见。“训练评估”由康复指导员负责填写。

肢体残疾人康复训练评估内容共13个项目，其中运动功能包括翻身、坐、站、转移、步行或驱动轮椅、上下台阶6项；生活自理能力包括进食、穿脱衣物、洗漱、入厕4项；社会适应能力包括交流、做家务、参与社会生活和集体活动3项。

三、训练计划

康复指导员组织康复员、残疾人及其亲友、志愿工作者等人员，依据初次评估结果，共同制定切实可行的训练计划。训练计划包括针对训练对象主要功能障碍和困难所确定的训练项目、训练场所、采取的训练方法和预期实现的康复目标等。由康复指导员负责填写“训练计划”。

四、训练记录

由康复员将训练内容、训练次数、训练中出现的问题及解决的办法等情况进行记录，要求每个月填写一次。

五、评估与总结

“评估与总结”包括中、末期评估与总结两部分。肢体残疾康复训练的第三个月末进行中期评估，计算由初次评估至中期评估提高的分数，小结训练计划执行情况，掌握训练对象目前主要的功能障碍和困难，训练中存在哪些问题，并据此调整训练计划。末期评估与总结栏内应填写初次至末期提高的分数，判断训练效果，总结实现康复目标的情况，提出进一步康复的意见。由康复指导员在相应栏目填写“评估与总结”。

六、评估标准

评估标准用于康复训练的效果评估，包括康复训练“评估项目”、“评分依据”和“效果判定”三项内容。“评估项目”与“训练评估”中的项目及说明一致。“评分依据”是依据训练对象完成康复训练评估项目规定的动作、活动的程度和范围，分为四个等级评估计分。“效果判定”通过对康复对象初次与末期评估分值之差判定训练效果。

训 练 登 记

姓 名		性 别		民 族		出生年月	
家庭住址							
家长姓名		与残疾人关系			联系电话		
肢体残疾 ☐ 脑瘫 ☐ 骨关节疾患 ☐ 截/缺肢 ☐ 颅脑损伤 ☐ 脊柱脊髓伤病 ☐ 周围神经损伤 ☐ 先天畸形 ☐ 儿麻后遗症 ☐ 脑血管意外 ☐ 烧伤 ☐ 其他							
是否伴有其它残疾 ☐ 视力 ☐ 智力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 精神							
致残时间 ___年___月							
致残原因 ☐ 先天性或发育障碍 ☐ 疾病 ☐ 早产 ☐ 产伤 ☐ 窒息 ☐ 感染 ☐ 创伤或意外伤害 ☐ 中毒 ☐ 原因不明 其它							
既往医疗、康复情况 ☐ 手术 ☐ 康复治疗 ☐ 药物治疗 ☐ 使用假肢、矫形器及辅助器具 ☐ 传统方法 ☐ 其它							
需要说明的情况							
康复医师或训练人员签名						日期 年 月 日	

注：1. 此表由康复员在相应的栏目填写文字或在□中填“■”。

2. “需要说明的情况”栏，填写表中需要进一步详细说明或未涉及到的与康练服务相关的内容。

训 练 评 估

领域	项 目	说 明	分值	评分依据	评估计分				
					初 次	中 期	中 期	中 期	末 期
运 动 功 能	1 翻身	在仰卧、侧卧、俯卧间的体位变化过程	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	2 坐	保持独立坐 5 分钟	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	3 站	全脚掌着地站立 1 分钟	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	4 转移	在床、轮椅、椅子、便器等之间的移动	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	5 步行或驱动轮椅	在平地连续走 20 单步,或驱动轮椅 50 米	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	6 上下台阶	连续上下每级高约 15 厘米的台阶 12 级	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
生 活	1.进食	将食物送入口中,完成进食	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					
	2 穿脱衣物	穿脱衣物	3	独立完成					
			2	需要小部分帮助					
			1	需要大部分帮助					
			0	完全依赖帮助					

训 练 评 估

领 域	项 目	说 明	分值	评分依据	评 估 计 分						
					初 次	中 期	中 期	中 期	末 期		
自理能力	3.洗漱	洗脸、刷牙、梳头任意一项	3	独立完成							
			2	需要小部分帮助							
			1	需要大部分帮助							
			0	完全依赖帮助							
	4.入厕	使用便器、便后清洁	3	独立完成							
			2	需要小部分帮助							
			1	需要大部分帮助							
			0	完全依赖帮助							
社会适应能力	1.交流	对言语、手势、文字、图示等任意一种方式的理解	3	能							
			2	大部分能							
			1	小部分能							
			0	不能							
	2.做家务	从事日常家务劳动任意一种	3	独立完成							
			2	需要小部分帮助							
			1	需要大部分帮助							
			0	完全依赖帮助							
	3.参与社会生活或集体活动	上学、劳动、外出、活动任选一项	3	独立完成							
			2	需要小部分帮助							
			1	需要大部分帮助							
			0	完全依赖帮助							
整体评估分数											
评估时间											
康复指导员签名											

注：1. 此表由康复指导员填写。

2. 训练对象的初次、中期、末期六次评估，均需对三个领域 16 个项目进行整体评估计分。

3. 在进行训练评估时，训练对象可使用假肢、矫形器、生活自助器具等辅助器具。

4. 评估对象如为儿童，应依据其不同年龄阶段的生长发育特点进行评分。

训 练 计 划

目前训练对象主要的功能障碍和困难情况：

一、主要的功能障碍：

- 1、运动功能方面：
- 2、生活自理方面：
- 3、社会适应能力：

二、困难情况：

- 1、关节活动度：
- 2、肌张力：
- 3、肌力：
- 4、平衡能力：
- 5、转移能力：
- 6、步态及步行能力：
- 7、日常生活能力：
- 8、疼痛与感觉：
- 9、社会适应能力：
- 10、其他：

初次评估分数： 分

预期实现的康复目标

- 1.运动动能：
- 2.生活自理能力：
- 3.社会适应能力：

训练项目 针对训练对象的主要功能障碍和困难，依据“训练评估”表确定的训练项目为 1. ☐翻身 6. ☐上下台阶 11. ☐交流 2. ☐坐 7. ☐进食 12. ☐做家务 3. ☐站 8. ☐穿脱衣物 13. ☐参与社会生活或集体活动 4. ☐转移 9. ☐洗漱 5. ☐步行或驱动轮椅 10. ☐入厕		
训练指导材料 1. <<肢体残疾系统康复训练>> ☐（中国残联编） 2. 康复普及读物 ☐（中国残联编） 3. 康复指导丛书 ☐（中国残联编） 4. 肢体残疾康复训练的音像制品 ☐（中国残联编） 5. 省残联认定的训练指导材料 ☐（中国残联编）		
训练场所 ☐社区卫生服务中心（站） ☐村卫生室 ☐家庭 ☐乡镇卫生院 ☐康复中心（站）		
康复方法 ☐运动疗法 ☐理疗辅助 ☐作业疗法 ☐使用辅助器具 ☐语言疗法 ☐社会适应训练		
康复员签名	残疾人/家属签名	制定日期

注：此表由康复指导员在相应栏目的填“■”。

训 练 记 录

记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：

注：此表由训练人员每 1 月将训练内容、次数、训练中出现的问题及解决的办法等情况填写一次。

训 练 记 录

记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：
记录日期	年 月 日	康复训练人员签名：

注：此表由训练人员每 1 月将训练内容、次数、训练中出现的问题及解决的办法等情况填写一次。

中 期 评 估

第一次中评

评分：初次分数____ 第一次中评分数____ 提高分数（初次至第一次中评）____

小结训练计划执行情况、训练对象当前的主要功能和障碍、训练中存在的问题及训练计划进行了哪些调整：

训练计划执行情况：

训练对象当前的主要功能和障碍：

训练中存在的问题：

训练计划的调整：

康复指导员签名：

评估日期： 年 月 日

第二次中评

评分：第一次中评分数_____ 第二次中评分数_____ 提高分数（第一次至第二次中评）_____

小结训练计划执行情况、训练对象当前的主要功能和障碍、训练中存在的问题及训练计划进行了哪些调整：

训练计划执行情况：

训练对象当前的主要功能和障碍：

训练中存在的问题：

训练计划的调整：

康复指导员签名：

评估日期： 年 月 日

第三次中评

评分：第二次中评分数_____ 第三次中评分数_____ 提高分数（第二次至第三次中评）_____

小结训练计划执行情况、训练对象当前的主要功能和障碍、训练中存在的问题及训练计划进行了哪些调整：

训练计划执行情况：

训练对象当前的主要功能和障碍：

训练中存在的问题：

训练计划的调整：

康复指导员签名：

评估日期： 年 月 日

末期评估与总结

评分： 末期分数_____ 提高分数（初次至末期）_____

训练效果： ☐显效 ☐有效 ☐维持原有功能 ☐功能减退

实现康复目标情况：

运 动 功 能： ☐明显改善 ☐改善 ☐维持原有功能 ☐功能减退

生活自理能力： ☐明显提高 ☐提高 ☐维持原有能力 ☐能力下降

生活适应能力： ☐明显增强 ☐增强 ☐维持原有能力 ☐能力下降

进一步康复的意见：

☐临床医疗

☐机构训练

☐继续训练

☐辅助用具/环境改造

☐学习康复知识

☐参与社会生活或集体活动

☐转介

☐其它

康复指导员签名：

评估日期： 年 月 日

评 估 标 准

本标准适用于肢体残疾人（偏瘫、截瘫、脑瘫、截/缺肢、骨关节疾患、畸形、周围神经损伤、脊柱脊髓伤病、儿麻后遗症等）在社区和家庭进行康复训练的效果评估，包括康复训练评估项目、评分依据和效果评定三项内容。

一、评估项目

肢体残疾康复训练评估项目包括运动功能、生活自理能力和社会适应能力三个领域，共 13 项，说明如下（表 1）

项 目	说 明
1. 翻 身	在仰卧、侧卧、俯卧间的体位变化过程
2. 坐	保持独立坐 5 分钟
3. 站	全脚掌着地站立 1 分钟
4. 转移	在床、轮椅、椅子、便器等之间的移动
5. 步行或驱动轮椅	在平地连续走 20 单步，或驱动轮椅 50 米
6. 上下台阶	连续上下每级高约 15 厘米的台阶 12 级
7. 进食	将食物送入口中，完成进食
8. 穿脱衣物	穿脱衣物
9. 洗漱	洗脸、刷牙、梳头任意一项
10. 入厕	使用便器、便后清洁
11. 交流	对言语、手势、文字、图示等任意一种方式的理解和表达
12. 做家务	从事日常家务劳动任意一种
13. 参与社会生活或集体活动	上学、劳动、外出活动

二、评分依据

依据肢体残疾者完成康复训练评估项目动作、活动的程度和范围，分为 4 个等级评估计分（可使用辅助器具），说明如下（表 2）

计 分	说 明
3	不需他人帮助能独立完成康复训练评估项目的动作、活动和要求
2	需他人小部分帮助才能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求 大部分能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求
1	需他人大部分帮助才能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求 小部分能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求
0	完全依赖他人才能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求 不能完成康复训练评估项目的动作、活动和要求

三、效果评定

训练效果	标 准	说 明
显效	评估分值提高 10 分以上	依据肢体残疾人末期评估与初次评估分值之差，判定训练效果。 训练效果=末期评估分-初次评估分
有效	评估分值提高 1-9 分	
无效	评估分值无提高	

通过对肢体残疾康复训练评估项目进行的初次、中期、末期六次整体评估、计分，判定末期训练效果（显效、有效、无效），效果判定具体方法如下：

(机构)

Berg 平衡量表

姓名:

性别:

年龄:

诊断:

序号	检查	评分标准	初	中	中	中	末
1	由坐到站 指令: 尽量不用手支撑, 站起来	0 分: 站起来需要中等或大量帮助					
		1 分: 站起来或稳定需要少量帮助站起来或稳定					
		2 分: 尝试几次后, 能用手支撑站起来					
		3 分: 能用手支撑站起来, 且保持稳定					
		4 分: 不用支撑站起来, 且保持稳定					
2	独立站立 指令: 请独立站立 2 分钟 备注: 如果患者能安全的独立站立 2 分钟, 那么“独立坐”项得满分, 直接进入第四项	0 分: 不能独立站立 30 秒					
		1 分: 尝试几次才能独立站立 30 秒					
		2 分: 能独立站立 30 秒					
		3 分: 在监护下能站立 2 分钟					
		4 分: 能安全的独立站立 2 分钟					
3	独立坐 指令: 两手抱胸坐 2 分钟(背部无支持, 脚可踩在地上、矮凳上)	0 分: 需支撑才能坐 10 秒					
		1 分: 能独立坐 10 秒					
		2 分: 能独立坐 30 秒					
		3 分: 在监护下能坐 2 分钟					
		4 分: 能安全无协助的坐 2 分钟					
4	由站到坐 指令: 请坐下	0 分: 需要帮助才能坐下					
		1 分: 能独立坐下但下降过程无控制					
		2 分: 腿的背面需靠着椅子来控制坐下					
		3 分: 需要用手控制才能慢慢坐下					
		4 分: 需要很少帮助(手支撑)就能安全坐下					
5	床到椅转移 指令: 床→椅转移	0 分: 需两个人帮助转移/监督					
		1 分: 需一个人帮助转移					
		2 分: 口头提示/监督下能转移					

		3分：能安全转移需手支撑					
		4分：能安全转移很少用手					
6	闭眼站立 指令：闭眼站立 10 秒	0分：需帮助防止摔倒					
		1分：不能闭眼 3 秒但能安全的站立					
		2分：闭眼站立 3 秒					
		3分：监督下闭眼站立 10 秒					
		4分：能安全的闭眼站立 10 秒					
7	双足并拢站立 指令：无支撑下双足并拢站立	0分：需帮助并拢双足不能保持 15 秒					
		1分：需帮助并拢双足能保持 15 秒					
		2分：能双足并拢但不能保持 30 秒					
		3分： 监督下能双足并拢并安全的站 1 分钟					
		4分：能双足并拢并安全的站 1 分钟					
8	站立位上肢前伸 指令：抬起上肢成 90 度，伸开手指尽可能向前（上肢成 90 度时，医生将直尺置于手指末端，手指不能触到尺子，患者前倾最大值时手指向前伸的距离。尽量双手前伸避免身体旋转）	0分：需外部支撑/向前伸时失去平衡					
		1分：监督下能向前伸					
		2分：能向前伸 5 cm					
		3分： 能向前伸 12 cm					
		4分： 能安全的向前伸 25 cm					
9	站立位从地上拾物 指令：站立位捡起脚前面的拖鞋/物品	0分：不能尝试/需帮助防止失去平衡或摔倒					
		1分：不能捡起，尝试时需监督					
		2分：不能捡起拖鞋但距离物品 2-5cm 能独立保持平衡					
		3分： 监督下能捡起拖鞋					
		4分：4 能安全容易的捡起拖鞋					
10	转身向后看 指令：左转看身后，再右转看身后（医生在患者背后直接观察，鼓励患者转身）	0分：需帮助防止重心不稳或摔倒					
		1分：转身时需监督					
		2分：只能从一边向后看，但平衡较好					
		3分： 能从一边向后看，另一边重心转移较少					
		4分：能从左两边向后看，重心转移较好					

11	转身一周 指令：顺时针转身一周， 暂停，再逆时针转身一周	0分：需要帮助					
		1分：需要密切监督或口头提示					
		2分：能安全的转身一周但较缓慢					
		3分：只能一个方向转身一周用时小于等于4秒					
		4分：安全转身一周用时小于等于4秒					
12	双足交替踏台阶 指令：无支撑下双足交替踏台阶(或矮凳)4次	0分：需帮助尝试/防止摔倒					
		1分：需少量帮助能双足交替踏>1次					
		2分：监督下(不需帮助)双足交替踏2次					
		3分：能独立的交替踏4次，用时>20秒					
		4分：能安全独立的交替踏4次，用时20秒内					
13	双足前后站立 指令：(示范)一只脚向前迈步。如果不能直接向前迈步，尽量向前迈远点，前脚的脚跟在后脚的脚趾前，步长需超过脚长，步宽需约等于患者的正常步宽	0分：在迈步或站立时失去平衡					
		1分：迈步时需帮助但能保持15秒					
		2分：能迈一小步保持30秒以上					
		3分：能独立向前一步并保持30秒					
		4分：能独立向前向后一步并保持30秒					
14	单腿站立 指令：无支撑下单脚站尽可能长时间	0分：不能尝试/需帮助防止摔					
		1分：能抬起脚独立站立但不能保持3秒					
		2分：单腿独立站立≥3秒					
		3分：单腿独立站立5-10秒					
		4分：单腿独立站立>10秒					
得分							
评估者							
日期							

备注：总共14个项目：每项0~4分，总分56分，20分钟内完成。

0~20分：坐轮椅；21~40分：辅助步行；41~56分：独立步行；<40分：有跌倒危险。

(机构)

Brunnstrom 评定量表

姓名

性别

年龄

诊断

时间 部位	左侧					右侧				
	初期 评定	第一 次中 评	第二 次中 评	第三 次中 评	末次 评定	初期 评定	第一 次中 评	第二 次中 评	第三 次中 评	末期 评定
上肢										
手										
下肢										
评定者										
评定日期										

标准:

分期	上肢	下肢	手指
I	软瘫, 无随意运动	软瘫, 无随意运动	无随意运动
II	表现轻度屈肌的共同运动, 开始出现肌张力	表现轻度的伸肌运动, 开始出现肌张力	稍有联合屈曲
III	可随意引起共同运动	可随意引起共同运动	可随意联合屈曲
IV	脱离共同运动, 肘与肩关节出现分离运动 (1) 上肢前屈 90° 且伸肘 (2) 屈肘 90° 且可前臂旋前、旋后 (3) 手可触摸到骶尾处	脱离共同运动 (1) 坐位、足跟着地、背屈踝关节 (2) 坐位、膝关节屈曲 90° 以上, 足底向后滑动 (3) 站立可轻度屈膝	脱离共同运动 (1) 小范围手指联合伸展 (2) 可用拇指与食指的侧面夹物
V	分离运动 (1) 上肢外展 90°, 伸肘 (2) 上肢前屈 180°, 伸肘 (3) 伸肘时前臂旋前、旋后	分离运动 (1) 伸髋、屈膝 (2) 伸髋、伸膝时背屈踝关节	分离运动 (1) 随意联合伸展 (2) 抓握动作 (3) 拇指与小指对抓
VI	可有协调运动, 但是速度慢、动作欠灵活 (1) 双上肢对称外展 90° (2) 双上肢对称前屈 180°	可有协调运动, 但是速度慢、动作欠灵活 (1) 立位、髋外展超过骨盆上提范围 (2) 坐位, 小腿内外旋时伴右足内外翻	同左 (1) 能进行各种抓握 (2) 全范围的伸指 (3) 可进行单指活动, 但比健侧稍差

(机构)

Holden 步行功能分级

姓名

性别

年龄

诊断

评价日期	初期评价	第一次中评	第二次中评	第三次中评	末期评价
步行功能分级					
评价者签名					

Holden 步行功能评级标准

级 别	表 现
0 级：无功能患者不能走	需要轮椅或 2 人协助才能走。
I 级：需要大量持续性的帮助	需使用双拐或需要 1 个人连续不断地搀扶才能行走及保持平衡。
II 级：需少量帮助	能行走但平衡不佳，不安全，需要 1 个人在旁给予持续或间断的接触身体的帮助或需使用膝—踝—足矫形（KAFO），踝—足矫形器（APO）、单拐、手杖等以保持平衡和保证安全。
III 级：需监护或言语指导	能行走，但不正常或不够安全，需 1 人监护或用言语指导，但不接触身体。
IV 级：平地上独立	在平地上能独立行走，但在上下斜坡、在不平的地面上或上下楼梯时仍有困难，需他人帮助或监护。
V 级：完全独立	在任何地方都能独立行走。

(机构)

肌张力及痉挛评估表（改良 Ashworth 痉挛量表）

姓名	性别	年龄	诊 断		
评价者					
日期					
肌 群	初期评价	第一次中期评价	第二次中期评价	第三次中期评价	末期评价

改良 Ashworth 量表标准 (Modified Ashworth Scale, MAS)

等 级	肌 张 力	标 准
0	肌张力不增加	被动活动患侧肢体在整个范围内均无阻力
I	肌张力稍增加	被动活动患侧肢体到终末端时有轻微的阻力
I +	肌张力稍增加	被动活动患侧肢体时在前 1/2ROM 中有轻微的“卡住”感觉，后 1/2ROM 中有轻微的阻力
II	肌张力轻度增加	被动活动患侧肢体在大部分 ROM 内均有阻力，但仍可以活动
III	肌张力中度增加	被动活动患侧肢体在整个 ROM 内均有阻力，活动比较困难
IV	肌张力高度增加	患侧肢体僵硬，阻力很大，被动活动十分困难

(机构)

关节活动度检查评估表

姓名

性别

年龄

诊断

右侧 ROM										部位	检查项目	ROM 正常 值	左侧 ROM									
主动					被动								主动					被动				
初	中	中	中	末	初	中	中	中	末				初	中	中	中	末	初	中	中	中	末
										颈	前屈	…60										
											后伸	…70										
											旋转	…60										
											侧屈	…45										
										躯干	后伸	…20										
											屈曲	…60										
											侧屈	…40										
											旋转	…30										
										肩	前屈	…180										
											后伸	…50										
											外展	…180										
											内旋	…90										
											外旋	…90										
										肘	屈曲	…150										
											伸展	…0										
										前臂	旋前	…90										
											旋后	…90										
										腕	掌屈	…90										
											背伸	…70										
											桡偏	…25										
											尺偏	…30										
										四指	MP 屈曲	…90										
											PIP 屈曲	…100										
											DIP 屈曲	…80										

右侧 ROM										部位	检查项目	ROM 正常值	左侧 ROM									
主动					被动								主动					被动				
初	中	中	中	末	初	中	中	中	末				初	中	中	中	末	初	中	中	中	末
										拇指	MP 屈曲	…60										
											DIP 屈曲	…80										
											掌侧伸展	…90										
											掌侧内收	…0										
											桡侧外展	…60										
											尺侧内收	…0										
										腕	屈曲	…125										
											伸展	…15										
											外展	…45										
											内收	…45										
											外旋	…45										
											内旋	…45										
										膝	屈曲	…150										
											伸展	…0										
										踝	背屈	…20										
											跖屈	…45										
											内翻	…35										
											外翻	…25										
										趾	屈曲	…50										
											伸展	…50										

续上表

检查日期:

初期评价:
第一次中期评价:
第二次中期评价:
第三次中期评价:
末期评价:

评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:

(机构)

肌力检查评估表

姓名		性别		年龄		诊 断						
右侧 MM-T					部位	检查项目	ROM 正常 值	左侧 MM-T				
主动								主动				
初	中	中	中	末				初	中	中	中	末
					颈	前屈	…60					
						后伸	…70					
						旋转	…60					
						侧屈	…45					
					躯干	后伸	…20					
						屈曲	…60					
						侧屈	…40					
						旋转	…30					
					肩	前屈	…180					
						后伸	…50					
						外展	…180					
						内旋	…90					
						外旋	…90					
					肘	屈曲	…150					
						伸展	…0					
					前臂	旋前	…90					
						旋后	…90					
					腕	掌屈	…90					
						背伸	…70					
						桡偏	…25					
						尺偏	…30					
					四指	MP 屈曲	…90					
						PIP 屈曲	…100					
						DIP 屈曲	…80					

续上表

右侧 MM-T					部位	检查项目	ROM 正常 值	左侧 MM-T				
主动								主动				
初	中	中	中	末				初	中	中	中	末
					拇指	MP 屈曲	…60					
						DIP 屈曲	…80					
						掌 侧 伸展	.. 90					
						掌 侧 内收	…0					
						桡 侧 外展	…60					
						尺 侧 内收	…0					
					髌	屈曲	. 125					
						伸展	…15					
						外展	…45					
						内收	…45					
						外旋	…45					
						内旋	…45					
					膝	屈曲	. 150					
						伸展	…0					
					踝	背屈	…20					
						跖屈	…45					
						内翻	…35					
						外翻	…25					
					趾	屈曲	…50					
						伸展	…50					

检查日期:

初次评价:
第一次中期评价:
第二次中期评价:
第三次中期评价:
末次评价:

评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:
评定者签名:

手法肌力检查(MMT)的详细分级

级别	英文缩写	标 准	相当于正常肌力的%
5	N	抗充分阻力，完成全范围活动	100
5-	N-	抗充分阻力，完成大部分范围活动	95
4 +	G +	抗充分阻力，完成小范围活动	90
4	G	抗部分阻力，完成全范围活动	80
4-	G-	抗充分阻力，完成大部分范围活动	70
3 +	F +	抗重力，完成全范围活动，运动末期能抗较小阻力	60
3	F	抗重力，完成全范围活动	50
3-	F-	抗重力，完成大部分范围活动	40
2 +	P +	抗重力，完成小范围活动	30
2	P	消除重力后完成全范围活动	20
2-	P-	消除重力后完成大部分范围活动	10
1	T	有肌肉收缩，无关节活动	5
0	Z	无肌肉收缩	0

肌肉百分数分级法，根据抗重力或阻力运动的幅度将肌力从 0%至 100%分为 6 级，与 Lovett 的 6 级分级法相对应。

(机构)

Barthel 指数评价记录表

姓名		性别		年龄		诊 断	
----	--	----	--	----	--	-----	--

评分项目	评分标准	评 分 结 果				
		初期 评价	第一次 中评	第二次 中评	第三次 中评	末期 评价
进食	0 5 10					
洗澡	0 5					
修饰	0 5					
穿衣	0 5 10					
控制大便	0 5 10					
控制小便	0 5 10					
上厕所	0 10					
床椅转移	0 5 10 15					
行走	0 5 10 15					
上下楼梯	0 5 10					
总 分						
评定者						
评定日期						

ADL 自理程度:

0~35 分	基本完全辅助
35~80 分	轮椅生活部分辅助
80 分	轮椅自理水平
80~100 分	ADL 大部分自理
100 分	ADL 完全自理

(机构)

Barthel 指数标准

项 目	分类以及评分
大 便	0=失禁 5=偶尔失禁 10=能控制
小 便	0=失禁 5=偶尔失禁 10=能控制
修 饰	0=需要帮助 5=独立洗脸、刷牙、剃须
用 厕	0=依赖别人 10=自理
吃 饭	0=依赖 5=需要帮助 10=完全自理
转 移	0=完全依赖别人、不能坐 5=需要大量帮助，不能坐 10=需要少量帮助或者指导 15=自理
活动（步行）	0=不能动 5=在轮椅上独立行动 10=需要一人帮助步行（体力或者语言指导） 15=独自步行
穿 衣	0=依赖 5=需要一半帮助 10=自理
上 楼 梯	0=不能 5=需要帮助 10=自理
洗 澡	0=依赖 5=自理

广东省中山市肢体残疾人居家康复个案面谈表

第_____次

姓名		联系电话	
面谈时间		面谈地点	
面谈过程			
须跟进事项			

面谈记录人_____

广东省中山市肢体残疾人居家康复个案面谈表

第_____次

姓名		联系电话	
面谈时间		面谈地点	
面谈过程			
须跟进事项			

面谈记录人_____

广东省中山市肢体残疾人居家康复 服务反馈及满意度调查表

尊敬的服务对象：

您好！针对本机构提供的居家康复训练、社工服务等服务，现开展对服务反馈意见收集和满意度调查，恳请您参与此次调查，并留下宝贵的意见和建议。非常感谢您对本中心的信任和支持，我们将不断提升服务质量，提供更好的康复环境。

谢谢合作！

（请在您认为适宜的“□”内打“√”）

1、您的性别：

☐男 ☐女

2、造成您残疾的原因：

☐脑瘫 ☐颅脑损伤 ☐儿麻后遗症 ☐脑血管意外 ☐截/缺肢
☐周围神经损伤 ☐脊柱脊髓伤病 ☐骨关节疾患 ☐其他

3、您接受康复服务的内容有：

☐居家康复训练 ☐居家自我训练 ☐社工服务 ☐无障碍服务 ☐其他

4、您接受康复服务的方式是：

☐康复点训练 ☐康复员上门服务 ☐其他

5、您接受康复后，感觉康复效果：

☐明显好转 ☐有好转 ☐不明显

6、您认为工作人员的服务态度：

☐非常好 ☐好 ☐一般 ☐差 ☐非常差

7、您对工作人员的服务满意程度：

☐非常满意 ☐满意 ☐一般 ☐不太满意 ☐非常不满意

8、您的意见和建议：

广东省中山市肢体残疾人居家康复 突发事件记录表

事件详细记录：	
事件处理过程：	
记录人签名：	记录时间： 年 月 日

广东省中山市肢体残疾人居家康复 突发事件记录表

事件详细记录：	
事件处理过程：	
记录人签名：	记录时间： 年 月 日

广东省中山市肢体残疾人居家康复 服务使用者意愿书

本人_____ (服务使用者姓名或监护人) 现签署以表明对下列事项的意愿:

(一) 个人映像

本人 ☐ 同意 ☐ 不同意 注: 请于合适的 ☐ 内加 ✓

贵中心公开刊登或张贴或放映本人参与中心活动及训练所拍摄的个人映像, 用作:

1. 评估进展;
2. 教学示范;
3. 介绍康复站的服务;

(二) 外界团体 / 个人参观

本人明白贵中心会接待外界团体或个人参观, 目的是:

1. 增进社会人士对残疾人士及康复工作的认识。
2. 与有关的康复机构、学校等交流观摩, 从而提升服务质素。

本人 ☐ 愿意 ☐ 不愿意接受该人士参观。

(注: 请于合适的 ☐ 内加 ✓)

服务对象 (监护人) 签名: _____

解释者姓名及职位: _____

日期: _____

广东省中山市肢体残疾人居家康复 活动终止记录表

姓名		联系电话	
终止原因：			
负责人意见：		领导审批意见：	

服务对象（或监护人）签名：_____

记录人：_____

记录时间：_____

广东省中山市肢体残疾人居家康复 服务明细记录表

_____年

服务使用人：

服务单位（盖章）：

服务日期	服务项目	服务时长	满意度 评价	签名 确认

填表说明：服务时间写明当次服务的月、日；服务项目写明当次所接受的服务；服务时长写明当次所接受服务的时间长度；满意度评价指标分为满意、比较满意、不满意；签名确认由服务使用者本人或其监护人亲笔签名。

广东省中山市肢体残疾人居家康复成效评估问卷

敬启者：

本机构的“身心力行”康复服务已开展近 1 年，为回顾过去的服务并加以改进，现以问卷方式，向接受本项服务的人士征集意见。

问卷共 18 题，全部为单项选择题，请在您认为最合适的一个答案编号上打钩。问卷以匿名方式填写，答案没有对错之分，请按照您的实际情况选择。

谢谢合作！

年 月 日

1. 在参加康复中心举办的活动时，您会积极主动地与其他活动成员交流。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
2. 参加康复中心举办的活动后，您觉得自己比以前更能理解别人。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
3. 参加康复中心举办的活动后，你觉得自己的表达能力有所提升。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
4. 接受康复中心的服务后，您比以前更清楚地了解自己的身体状况。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
5. 康复治疗师和社工的指导，令您能坚持进行康复训练。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
6. 康复治疗师的指导，令您的家人更清楚如何照顾您。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
7. 通过参与康复中心举办的活动，您的家人更了解如何照顾您。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合

8. 接受康复中心的服务后，您更愿意将自己内心真实的想法与家人沟通。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
9. 接受康复中心的服务后，家人对您提出的想法更为支持。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
10. 接受康复中心的服务后，您与家人的沟通有明显改善。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
11. 通过参加康复中心举办的活动，您的家人和其他康复人士的亲属能够积极地相互分享交流。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
12. 接受康复中心的服务后，你所在社区的无障碍设施有所增加。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
13. 接受康复中心的服务后，您对所在社区表达建议时，社区的工作人员较以往更积极地采纳。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
14. 接受康复中心的服务后，您在所在社区遇到困难时，邻里会比以往更积极主动地帮助您。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
15. 接受康复中心的服务后，您所在社区的工作人员对您比以往热情。
A.完全符合 B.基本符合 C.不确定 D.基本不符合 E.完全不符合
16. 请您为康复中心过去 1 年的整体服务打分（满分为 10 分）。
A.9-10 分 B.7-8 分 C.5-6 分 D.3-4 分 E.1-2 分
17. 您的年龄段
A.30 岁及以下 B.31-55 岁 C.56-65 岁 D.66-75 岁 E.75 岁以上
18. 您的性别
A. 女 B.男

广东省中山市肢体残疾人居家康复居家自我训练记录表

姓名_____

_____年____月

周次	训练内容		次数/时间		所需器材	实际执行情况						
	计划内容	执行内容	预计	协商		周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
第一周												
第二周												
第三周												
第四周												

附件 2

建立日期: _____

个案管理服务记录手册

患者姓名: _____

性 别: _____

出生年月: _____

居住地址: _____

联系电话: _____

注: 1、每一位参加个案管理的患者专用一册。《手册》是个案管理组对患者进行随访记录的原始资料, 记录患者治疗康复过程中治疗、康复、病情变化、社会参与等情况, 反映患者动态情况, 是评估康复效果和汇总上报数据的重要依据。

2、《手册》原则上由社区/乡镇个案管理员负责填写登记, 也可作为精神科执业医师在社区/乡镇随访患者时记录用, 实行“谁随访, 谁记录”的原则。城市患者的《手册》由社区卫生服务中心/社区卫生服务站保管; 农村患者的《手册》由村卫生室保管(如无卫生室, 由村委会保管)。

第一部分 重性精神疾病患者个案管理服务登记表

登记人_____

登记日期 _____年____月____日

姓 名		性别	1 男 2 女	出生日期	_____年____月	
婚姻状况	1 已婚 2 未婚 3 离婚 4 丧偶			文化	1 小学 2 初中 3 高中 4 大专以上	
身份证号码						
共同居住者	1 父母 2 配偶 3 子女 4 父母配偶 5 配偶子女 6 三代同堂 7 兄弟姐妹 8 亲戚 9 朋友 10 同学 11 同事 12 无					
经济状况	1 好 2 一般 3 较差 4 贫困（按当地贫困线标准）					
监护人姓名		与患者关系			电话	
监护人住址						
监护人的监护能力	1. 好 2. 中 3. 差					
与监护人关系	1. 好 2. 中 3. 差					
协助监护人及联系方式						
残疾评定	有 无	低 保	有 无	特定病种	有 无	

一、患者个人信息（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

疾病诊断		
既往发病时主要表现		
既往出现的冲动/危险行为		
是否有住院	1 有（ ） 2 无	
既往服药依从性	1 规律 2 间断 3 未服（ ）	
既往有无服用药物/酒精滥用史	1 有（ ） 2 无	

二、既往发病及治疗情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定
目前患者主要表现/症状	
目前风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级
自知力	1. 好 2. 部分存 3. 缺乏

重度 - 若没有专业人员或社会的帮助, 其困难使受试者无法进行某方面的任何功能; 或者导致受试者具有破坏性, 但不危及生命

极重 - 严重的损害和困难, 危及受试者生命

D 项

无 - 完全正常

轻度 - 轻度无礼, 不太符合社会规范的行为, 或因琐事而抱怨

中度 - 不符合社会规范的行为, 如说话声音太大, 或与他人说话时显得过于近乎, 或进食方式不合礼仪

偏重 - 当众侮辱他人, 损坏物品, 经常出现不符合社会规范但非危险性的行为 (如当众脱光衣服或小便), 该行为非偶然的

重度 - 经常有言语威胁或经常有身体攻击, 但非蓄意也没有造成严重伤害的可能性, 该行为非偶然的

风险行为:

0 级: 无符合以下 1-5 级中的任何行为

1 级: 口头威胁, 喊叫, 但没有打砸行为

2 级: 打砸行为, 局限在家里, 针对财物。能被劝说制止

3 级: 明显打砸行为, 不分场合, 针对财物。不能接受劝说而停止

4 级: 持续的打砸行为, 不分场合, 针对财物或人, 不能接受劝说而停止

5 级: 持管制性危险武器的针对人的任何暴力行为, 或者纵火、爆炸等行为。无论在家里还是公共场所

个人生活自理能力(包括日常基本生活: 洗澡、洗头、刷牙、穿衣、服药、进食; 修饰、理发、化妆、装饰等)

好: 指能够保持个人身体、衣饰、住处的整洁, 大小便习惯, 进食等。

中: 生活自理差。

差: 生活不能自理, 影响自己和他人。

自知力

好: 一般以精神症状消失, 认识自己的精神症状是病态

部分存: 半信半疑, 可能存在部分自知力; 但随着病情的波动发展, 中间也可能有短暂的良好自知力, 但不久即会丧失; 直至疾病缓解时, 自知力逐步得以恢复

缺乏: 不认为有病, 不承认有精神病, 拒绝治疗

第二部分 量表评估

1 家庭关怀度指数问卷

	经常这样	有时这样	几乎很少
1. 当我遇到问题时，可以从家人得到满意的帮助 补充说明：	☐	☐	☐
2. 我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式 补充说明：	☐	☐	☐
3. 当我希望从事新的活动或发展时，家人都能接受且给予支持 补充说明：	☐	☐	☐
4. 我很满意家人对我的情绪(喜、怒、哀、乐)表示关心和爱护的方式 补充说明：	☐	☐	☐
5. 我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明：	☐	☐	☐

2 社会功能量表

	无	轻微	中度	偏重	重度	极重
a 社会中有用的活动，包括工作和学习						
b 个人和社会关系						
c 自我照料						
d 干扰及攻击行为						

3 社会支持评定量表

指导语：下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据您的实际情况写，谢谢您的合作。

1、您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友？（只选一项）

(1) 一个也没有 (2) 1—2 个 (3) 3—5 个 (4) 6 个或 6 个以上

2、近一年来您：（只选一项）

(1) 远离家人，且独居一室 (2) 住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起
(3) 和同学、同事或朋友住在一起 (4) 和家人住在一起

3、您和邻居：（只选一项）

- (1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心
(3) 有些邻居很关心您 (4) 大多数邻居都很关心您

4、您和同事：（只选一项）

- (1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心
(3) 有些同事很关心您 (4) 大多数同事都很关心您

5、从家庭成员得到的支持和照顾（在合适的框内划“√”）

	无	极少	一般	全力支持
A、夫妻（恋人）				
B、父母				
C、儿女				
D、兄弟姐妹				
E、其他成员（如嫂子）				

6、过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：

- (1) 无任何来源
(2) 下列来源（可选多项）

A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

7、过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

- (1) 无任何来源
(2) 下列来源（可选多项）

A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

8、您遇到烦恼时的倾诉方式：（只选一项）

- (1) 从不向任何人诉讼 (2) 只向关系极为密切的 1—2 个人诉讼
(3) 如果朋友主动询问您会说出来 (4) 主动诉说自己的烦恼，以获得支持和理解

9、您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）

- (1) 只靠自己，不接受别人帮助 (2) 很少请求别人帮助
(3) 有时请求别人帮助 (4) 有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10、对于团体（如党组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动，您：（只选一项）

- (1) 从不参加 (2) 偶尔参加 (3) 经常参加 (4) 主动参加并积极活动

第三部分 个案管理计划的制定

	目前存在 问题	目标	相应计划或策略	对应责任人
患者的病情及服药情况				
社区康复/就业				
福利争取				
与家人关系及家属教育				
监管情况				

年度个案管理效果总结

1 治疗和康复措施是否落实 ①落实 ②部分落实 ③未落实

2 全年病情总体情况 ①稳定 ②基本稳定 ③不稳定

3 全年住院次数

4 总体评估 ①好 ②中 ③差

5 个案管理计划执行落实情况

评估人：_____

评估时间：_____ 年_____月_____日

第五部分 随访评估

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ：		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ：		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有 ()		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、 日期	

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ：		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ：		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有 ()		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、 日期	

第一部分（第二次评估）

一. 既往发病及治疗情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

疾病诊断	
既往发病时主要表现	
既往出现的冲动/危险行为	
是否有住院	1 有（ ） 2 无
既往服药依从性	1 规律 2 间断 3 未服（ ）
既往有无服用药物/酒精滥用史	1 有（ ） 2 无

二. 目前患者病情和治疗情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定
目前患者主要表现/症状	
目前风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级
自知力	1. 好 2. 部分存 3. 缺乏
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差（ ）
饮食情况	1. 规律 2. 不规律（ ）
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差（ ）
目前治疗方式	1. 社区取药 2. 精神科门诊取药 3. 住院治疗 4. 未就诊
目前服药依从性	1 规律 2 间断 3 未服
治疗药物及剂量	
有无躯体疾病	1 无 2 有_____
药物不良反应	1 震颤 2 静坐不能 3 肌肉僵硬 4 眩晕 5 乏力 6 嗜睡 7 恶心 8 便秘 9 月经紊乱 10 体重增加 11 其他_____

三. 登记时康复及工作情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

有无到康复中心行康复训练	1. 有 2. 无
目前工作情况	1. 有（ ） 2. 无
社工服务	1. 有 2. 无
进入个案管理前有无纳入基础管理	1. 有（ ） 2. 无

第二部分 量表评估

1 家庭关怀度指数问卷

	经常这样	有时这样	几乎很少
1. 当我遇到问题时，可以从家人得到满意的帮助 补充说明：	☐	☐	☐
2. 我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式 补充说明：	☐	☐	☐
3. 当我希望从事新的活动或发展时，家人都能接受且给予支持 补充说明：	☐	☐	☐
4. 我很满意家人对我的情绪(喜、怒、哀、乐)表示关心和爱护的方式 补充说明：	☐	☐	☐
5. 我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明：	☐	☐	☐

2 社会功能量表

	无	轻微	中度	偏重	重度	极重
a 社会中有用的活动，包括工作和学习						
b 个人和社会关系						
c 自我照料						
d 干扰及攻击行为						

3 社会支持评定量表

指导语：下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据您的实际情况写，谢谢您的合作。

10、 您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友？（只选一项）

(1) 一个也没有 (2) 1—2 个 (3) 3—5 个 (4) 6 个或 6 个以上

11、 近一年来您：（只选一项）

(1) 远离家人，且独居一室 (2) 住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起
(3) 和同学、同事或朋友住在一起 (4) 和家人住在一起

12、 您和邻居：（只选一项）

(1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心

- (3) 有些邻居很关心您 (4) 大多数邻居都很关心您

13、 您和同事：（只选一项）

- (1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心
(3) 有些同事很关心您 (4) 大多数同事都很关心您

14、 从家庭成员得到的支持和照顾（在合适的框内划“√”）

	无	极少	一般	全力支持
A、夫妻（恋人）				
B、父母				
C、儿女				
D、兄弟姐妹				
E、其他成员（如嫂子）				

15、 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：

- (1) 无任何来源
(2) 下列来源（可选多项）
A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

16、 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

- (1) 无任何来源
(2) 下列来源（可选多项）
A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

17、 您遇到烦恼时的倾诉方式：（只选一项）

- (1) 从不向任何人诉讼 (2) 只向关系极为密切的 1—2 个人诉讼
(3) 如果朋友主动询问您会说出来 (4) 主动诉说自己的烦恼，以获得支持和理解

18、 您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）

- (1) 只靠自己，不接受别人帮助 (2) 很少请求别人帮助
(3) 有时请求别人帮助 (4) 有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10、对于团体（如党组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动，您：（只选一项）

- (1) 从不参加 (2) 偶尔参加 (3) 经常参加 (4) 主动参加并积极活动

第三部分 个案管理计划的制定

	目前存在 问题	目标	相应计划或策略	对应责 任人
患者的病情及 服药情况				
社区康复/就业				
福利争取				
与家人关系及家 属教育				
监管情况				

第四部分 个案管理计划具体落实及随访记录

[illegible]

第五部分 随访评估

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ；		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ；		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有 ()		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、 日期	

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ；		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ；		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有 ()		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、日 期	

第一部分（第三次评估）

一、既往发病及治疗情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

疾病诊断	
既往发病时主要表现	
既往出现的冲动/危险行为	
是否有住院	1 有（ ） 2 无
既往服药依从性	1 规律 2 间断 3 未服（ ）
既往有无服用药物/酒精滥用史	1 有（ ） 2 无

二、目前患者病情和治疗情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定
目前患者主要表现/症状	
目前风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级
自知力	1. 好 2. 部分存 3. 缺乏
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差（ ）
饮食情况	1. 规律 2. 不规律（ ）
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差（ ）
目前治疗方式	1. 社区取药 2. 精神科门诊取药 3. 住院治疗 4. 未就诊
目前服药依从性	1 规律 2 间断 3 未服
治疗药物及剂量	
有无躯体疾病	1 无 2 有_____
药物不良反应	1 震颤 2 静坐不能 3 肌肉僵硬 4 眩晕 5 乏力 6 嗜睡 7 恶心 8 便秘 9 月经紊乱 10 体重增加 11 其他_____

三、登记时康复及工作情况（请在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容）

有无到康复中心行康复训练	1. 有 2. 无
目前工作情况	1. 有（ ） 2. 无
社工服务	1. 有 2. 无
进入个案管理前有无纳入基础管理	1. 有（ ） 2. 无

第二部分 量表评估

1 家庭关怀度指数问卷

	经常这样	有时这样	几乎很少
1. 当我遇到问题时，可以从家人得到满意的帮助 补充说明：	☐	☐	☐
2. 我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式 补充说明：	☐	☐	☐
3. 当我希望从事新的活动或发展时，家人都能接受且给予支持 补充说明：	☐	☐	☐
4. 我很满意家人对我的情绪(喜、怒、哀、乐)表示关心和爱护的方式 补充说明：	☐	☐	☐
5. 我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明：	☐	☐	☐

2 社会功能量表

	无	轻微	中度	偏重	重度	极重
a 社会中有用的活动，包括工作和学习						
b 个人和社会关系						
c 自我照料						
d 干扰及攻击行为						

3 社会支持评定量表

指导语：下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持，请按各个问题的具体要求，根据您的实际情况写，谢谢您的合作。

19、 您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友？（只选一项）

(1) 一个也没有 (2) 1—2 个 (3) 3—5 个 (4) 6 个或 6 个以上

20、 近一年来您：（只选一项）

(1) 远离家人，且独居一室 (2) 住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起
(3) 和同学、同事或朋友住在一起 (4) 和家人住在一起

21、 您和邻居：（只选一项）

(1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心

- (3) 有些邻居很关心您 (4) 大多数邻居都很关心您

22、 您和同事：（只选一项）

- (1) 相互之间从不关心，只是点头之交 (2) 遇到困难可能稍微关心
(3) 有些同事很关心您 (4) 大多数同事都很关心您

23、 从家庭成员得到的支持和照顾（在合适的框内划“√”）

	无	极少	一般	全力支持
A、夫妻（恋人）				
B、父母				
C、儿女				
D、兄弟姐妹				
E、其他成员（如嫂子）				

24、 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有：

(1) 无任何来源

(2) 下列来源（可选多项）

A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

25、 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

(1) 无任何来源

(2) 下列来源（可选多项）

A、配偶；B、其他家人；C、亲戚；D、同事；E、工作单位；F、党团工会等官方或半官方组织；
G、宗教、社会团体等非官方组织；H、其它（请列出）_____

26、 您遇到烦恼时的倾诉方式：（只选一项）

- (1) 从不向任何人诉讼 (2) 只向关系极为密切的 1—2 个人诉讼
(3) 如果朋友主动询问您会说出来 (4) 主动诉说自己的烦恼，以获得支持和理解

27、 您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）

- (1) 只靠自己，不接受别人帮助 (2) 很少请求别人帮助
(3) 有时请求别人帮助 (4) 有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10、对于团体（如党组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动，您：（只选一项）

- (1) 从不参加 (2) 偶尔参加 (3) 经常参加 (4) 主动参加并积极活动

第三部分 个案管理计划的制定

	目前存在问题	目标	相应计划或策略	对应责任人
患者的病情及服药情况				
社区康复/就业				
福利争取				
与家人关系及家属教育				
监管情况				

第四部分 个案管理计划具体落实及随访记录

[illegible]

第五部分 随访评估

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ：		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ：		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有（ ）		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、 日期	

随访内容：患者情况+监护人及协助监护人的情况

病情	1. 稳定 2. 基本稳定 3. 不稳定		
目前主要表现			
风险级别	0 级 1 级 2 级 3 级 4 级 5 级		
饮食	规律/不规律：		
睡眠情况	1. 良好 2. 一般 3. 差 ：		
生活自理能力	1. 好 2. 一般 3. 差 ：		
治疗药物及剂量			
药物不良反应	1 无 2 有（ ）		
监护人尽职尽责评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
协助监护人尽职评估	1. 良好 2. 一般 3. 差		
补充说明			
随访人 签名		随访地点、 日期	

(本页无正文)

公开方式：主动公开

抄送：市政府残工委成员单位。

中山市残疾人联合会办公室

2022 年 2 月 15 日印发
