附件1

失能老年人健康服务需求评估与服务计划表（试行）

是否申请： 是 □ 否 □

申请方式：电话 □ 家庭医生□社区(村）□ 入户评估时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | 男 □ 女 □ | 出生日期 | 年 月 日 | |
| 医疗保障  情况 | | 城镇职工基本医保□ 城乡居民医保□ 医疗困难救助□  其他医疗保险□ 费用全部自理□ | | | | | |
| 失能原因 | | 意外伤害□ 身体疾病□ 精神损伤□ | | | | | |
| 主要患病  情况 | | 传染性疾病□ 心血管系统疾病□  呼吸系统疾病□ 消化系统疾病□  神经系统疾病□ 内分泌系统疾病□  泌尿系统疾病□ 肿瘤疾病□  其他系统疾病□ | | | | | |
| 失能等级 | | 轻度□ 中度□ 重度□ 未评定□ | | | | | |
| 失能评估时间 | | 年 月 | | | 评估单位/人 | |  |
| 健康服务需求  与服务计划 | 服务需求 | 生活自理□ 提高生活质量□ 参与社区活动□ 其他□ | | | | | |
| 健康教育 | 失能老人□ 照护人员□ 普及知识□ | | | | | |
| 健康管理 | 监测血压□ 监测血糖□ 护理技能指导□  康复指导□ 保健咨询□ 饮食营养改善□ | | | | | |
| 健康指导 | 康复服务及指导□  坐起训练□ 偏瘫肢体综合训练□ 辅助器具指导□ | | | | | |
| 护理服务及指导 □  压力性损伤预防及指导 □ 口腔护理指导□  压力性损伤护理及指导 □ 用药指导□ | | | | | |
| 健康风险指导□  跌倒/坠床预防指导□ 误吸预防指导□ 烫伤预防指导□ | | | | | |
| 心理健康指导□  心理健康知识宣讲□ 心理支持□ | | | | | |
| 转诊转介  建议 | 医疗机构就诊□ 医养结合机构□  家庭病床□ 居家医疗□ 互联网+医疗/护理□ | | | | | |
| 其 他 | 建议申请长期护理保险 □ | | | | | |
| 其他需求 |  | | | | | |
| 综合评价：  评估人签字： 家属签字： | | | | | | | |