附件1

广州市长期护理保险延续护理评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员  姓名 | | |  | | 性别 | | |  | | | 出生  日期 |  | |
| 有效证件号码 | | |  | | | | | | | | 联系电话 |  | |
| 人员  类别 | | | 口 在职  口 退休  口 其他 | | | | | 险种  类型 | | | 口 职工医保  口 城乡居民医保  口 市直医保  口 其它 | | |
| 接受护理服务的  详细地址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 代理人情况 | 姓名 | |  | | 关系 | | |  | | | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 已达成护理意向的  长护定点机构名称 | | |  | | | | | | | | 长护机构  经办人 |  | |
| **承诺：以上情况以及所提供资料均真实有效，如有提供虚假资料或瞒报漏报的，将按相关法律法规规定承担相应责任。**  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 以下部分由定点医疗机构填写 | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称 | | | 广州医科大学附属第四医院（广州市增城区人民医院） | | | | | | | | | | |
| 所在科室 | | |  | | | | | 科室电话 | |  | | | |
| 居家护理 口 | | | | | | 机构护理 口 | | | | | | | |
| 口 基本生活照料和医疗护理待遇 | | | 口长期保留气管套管、胃管、胆道等外引流管、造瘘管、尿管、深静脉置管等管道，需定期处理的。  口疾病、外伤等导致的至少一侧下肢肌力为0-3级的瘫痪或非肢体瘫的中重度运动障碍，需医疗护理的。  口植物状态或患有终末期恶性肿瘤（呈恶病质状态）等慢性疾病，需医疗护理的。  口褥疮Ⅱ期以上，需定期处理的。  口糖尿病合并肢端坏疽，需定期处理的。  口骨折牵引固定或髋部、脊柱骨折内固定术后，需卧床医疗护理的。  口脑血管意外康复期并有偏瘫或大小便失禁等功能障碍，需医疗护理的。  口慢性支气管炎合并肺气肿或肺心病，需医疗护理的。  口心功能Ⅲ级及以上的慢性心功能衰竭，或心功能Ⅱ级但合并有肺部或其他慢性感染等并发症需长期氧疗的。 | | | | | | | | | | |
| 疾病诊断和病情摘要  （含手术史） | | | 医师签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 医疗护理  项目及计划 | | | 项目 | | | | 频次 | | 项目 | | | | 频次 |
| 口1.口腔护理 | | | |  | | 口18.高流量给氧 | | | |  |
| 口2.吸痰护理 | | | |  | | 口19.家庭巡诊 | | | |  |
| 口3.糖尿病足护理 | | | |  | | 口20.关节松动训练 | | | |  |
| 口4.鼻饲管置管 | | | |  | | 口21.运动疗法 | | | |  |
| 口5.灌肠 | | | |  | | 口22.减重支持系统训练 | | | |  |
| 口6.导尿 | | | |  | | 口23.电动起立床训练 | | | |  |
| 口7.膀胱冲洗 | | | |  | | 口24.平衡功能训练 | | | |  |
| 口8.会阴冲洗 | | | |  | | 口25.手功能训练 | | | |  |
| 口9.肛管排气 | | | |  | | 口26.作业疗法 | | | |  |
| 口10.特大换药 | | | |  | | 口27.吞咽功能障碍训练 | | | |  |
| 口11.大换药 | | | |  | | 口28.认知知觉功能障碍训练 | | | |  |
| 口12.中换药 | | | |  | | 口29.偏瘫肢体综合训练 | | | |  |
| 口13.小换药 | | | |  | | 口30.截瘫肢体综合训练 | | | |  |
| 口14.酒精擦浴 | | | |  | | 口31.压疮护理 | | | |  |
| 口15.冰袋降温 | | | |  | | 口32.气管切开护理 | | | |  |
| 口16.低流量给氧 | | | |  | | 口33.雾化吸入 | | | |  |
| 口17.中流量给氧 | | | |  | | 口34.无创辅助通气 | | | |  |
| 出院时间 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 评估时间 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 享受长护险  待遇期限 | | | 口1个月 口2个月 口3个月 | | | | | | | | | | |
| 主管以上护师签名 | |  | | 副主任以上医师签名 | | |  | | | 医保办意见（盖章） | | 同意 | |