

秦安县卫生健康局

中共秦安县委机构编制委员会办公室

秦安县民政局

秦安县财政局文件

秦安县人力资源和社会保障局

秦安县乡村振兴局

秦安县医疗保障局

秦安县残疾人联合会

秦卫发〔2023〕76号

关于印发《秦安县推进家庭医生 签约服务高质量发展若干措施》的通知

各镇人民政府，编办、民政局、财政局、人社局、乡村振兴局、
医保局、残联，各镇卫生院、卫生分院，县直各医疗卫生单位：

现将《秦安县推进家庭医生签约服务高质量发展若干措施》

印发你们，请抓好贯彻落实。



秦安县卫生健康局



中共秦安县委机构编制委员会办公室



秦安县民政局



秦安县财政局



秦安县乡村振兴局



秦安县人力资源和社会保障局



秦安县医疗保障局



秦安县残疾人联合会

2023年3月10日

秦安县推进家庭医生签约服务 高质量发展若干措施

为贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，深入推进健康秦安建设，加快推动我县家庭医生签约服务高质量发展，根据市卫生健康委等 8 部门《关于印发〈天水市推进家庭医生签约服务高质量发展若干措施〉的通知》（天市卫发〔2023〕25 号）要求，结合我县实际，特制定如下具体措施。

一、扩大签约服务范围

（一）逐步扩大覆盖范围。在确保签约服务质量和签约居民获得感的前提下，循序渐进扩大签约服务覆盖率。从 2023 年开始，全县全人群和重点人群签约率每年提升 1-5%；到 2025 年，签约服务覆盖率达到 65%以上，重点人群签约服务覆盖率达到 75%以上，满意度达到 80%左右；到 2035 年，签约服务覆盖率达到 75%以上，基本实现以家庭为单位全覆盖，重点人群签约服务覆盖率达到 85%以上，满意度达到 85%左右。（县卫健局）

（二）确保三类人群应签尽签。继续做好老年人、孕产妇、儿童、残疾人、脱贫人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等重点人群的签约服务。将脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等防返贫监测对象，重度残疾人作为优先签约对象，做到应签尽签，逐步将农村低收入人群纳入优先签约对象，推进脱贫攻坚成果同乡村振兴有

效衔接。（县卫健局、县民政局、县乡村振兴局、县残联）

二、提高签约服务能力

（三）拓宽家庭医生队伍来源渠道。家庭医生既可以是全科医生，也可以是在基层医疗卫生机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）执业的其他类别临床医师（含中医类别）、乡村医生及退休临床医师。按照基层医疗卫生机构医务人员与服务人口数量相匹配的原则，合理配备专业技术人员力量，补充和加强家庭医生队伍。鼓励各级各类医生（临床医师、健康管理师、心理咨询师、营养师等）参与到基层医疗卫生机构中，提供不同形式的签约服务。家庭医生既可以个人为签约主体，也可组建团队提供签约服务。（县卫健局）

（四）加大家庭医生培养力度。通过全科专业住院医师规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训、订单定向免费医学生培养等途径，大力培养全科医生。鼓励基层医疗卫生机构符合条件的人员积极参加转岗培训，完成培训后参加全省统一考试，取得合格证书人员，可申请变更或加注全科医学专业执业范围。积极动员和组织符合条件的乡村医生参加执业（助理）医师和乡村全科执业助理医师资格考试。（县卫健局）

（五）提高基层医疗机构服务能力。深入推进“优质服务基层行”活动和社区医院创建，“十四五”期间，所有基层医疗卫生机构服务能力均达到国家基本标准，15%以上基层医疗卫生机构服务能力达到国家推荐标准。建立“线上普训+线下强训”培

训模式，加大全科医生、临床医师和乡村医生等骨干培训力度。加强基层医疗卫生机构老年病、急诊、中医、内科、妇儿、康复等特色科室建设，拓展康复、医养结合、安宁疗护等服务功能。做好签约患者高血压、糖尿病（简称“两病”）门诊用药保障和慢性特殊疾病政策宣传。（县卫健局、县医保局）

（六）推动优质医疗资源下沉基层。天水市第一人民医院组建专病专科的签约服务团队，分片包干指导我县大病诊疗服务，以满足各类签约居民的就诊需求。按照城市医疗集团、县域医共体建设的网格化布局，积极引导二级及以上医院采取“包干分片”方式，通过对口支援、科室共建、人才下沉、多点执业等途径，促进优质医疗资源下沉，壮大基层签约服务力量。支持社会办医疗卫生机构为居民提供签约服务，享受同等收付费政策，满足居民定制化、多元化健康需求。（县卫健局、县医保局）

（七）巩固扩大中医药服务优势。持续加强基层医疗卫生机构中医馆和村卫生室中医阁建设，改善中医药服务场地条件和设施水平，将中医药服务、中医药健康管理纳入签约服务内容，签约团队要有1名中医药专业技术人员。家庭医生（团队）应熟练掌握和使用针刺、推拿等6类10项中医药适宜技术，可结合居民健康需求和自身服务能力，积极探索提供重点疾病患者综合管理、康复指导、家庭护理、中医药“治未病”等服务，全面实现中西医协同的签约服务。（县卫健局）

三、优化签约服务方式

（八）推广个性化签约服务。基层医疗卫生机构根据服务能力和居民需求，优化个性化服务包，积极开展健康体检、健康干预、养生保健、专病指导等服务，不断满足签约居民多元化健康需求。要求达到推荐标准的基层医疗卫生机构重点人群个性化服务包（含家庭病床）签订率每年至少提升5%；达到基本标准的基层医疗卫生机构每年至少提升3%，其余基层医疗卫生机构每年至少提升1%。（县卫健局）

（九）做实“一老一小”签约服务。开展老年人重点疾病早期筛查、失能预防干预、医养结合、营养改善等差异化签约服务，提高失能、高龄、残疾等特殊困难老人签约覆盖率。按照“三高共管、六病同防”医防融合管理要求，做好“三高”患者签约服务，推进共病共管，提供预防、健康教育、临床诊疗、综合评估、随访康复等一体服务。大力推进产前、产后和预防接种、儿童健康管理、近视防治等系统化签约服务。（县卫健局、县民政局、县残联）

（十）创新开展家庭病床服务。对行动不便、失能失智老年人、残疾人或因疾病需要卧床、生活不能自理等确有特殊需求人群，基层医疗卫生机构可结合实际提供上门治疗、随访管理、康复、护理、安宁疗护、健康指导及家庭病床等服务。医保部门制定上门服务等相关收费标准。县卫健局加强医疗质量监管，确保医疗安全。（《甘肃省家庭病床服务规范（试行）》见附件）（县卫健局、县民政局、县医保局、县残联）

（十一）全面开展便捷助诊服务。实行预约门诊服务，签约居民可提前预约家庭医生门诊、优先就诊；实行预约会诊服务，对治疗效果不佳的签约患者，可由家庭医生预约上级医院专科医生到签约服务机构会诊，改进治疗方案；实行优化转诊服务，统筹区域优质卫生资源，城市医联体、县域医共体牵头医院将 20% 的专家号源、预约设备检查等医疗资源交由家庭医生管理支配，预留 5~10% 的床位供家庭医生上转患者，方便签约患者优先就诊、检查、住院。（县卫健局）

（十二）实行弹性化协议签约方式。服务协议应明确服务内容、方式、期限和双方责任、权利等，列出服务清单。协议有效期为 1-3 年，期满后可续约或另选家庭医生（团队）。重点疾病以外的其他专病签约，双方可单独签订补充协议，以疗程为服务期。支持家庭医生与居民以家庭为单元签订服务协议，探索以党政机关、企事业单位、产业园区、商务楼宇等功能社区为签约对象，签订服务协议。有条件的机构可在功能社区设立家庭医生服务点和健康驿站，提供定时巡诊服务。（县卫健局）

四、强化签约服务保障

（十三）保障基层合理用药需求。落实基本药物目录管理等政策，加强基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一，进一步适应签约居民基本用药需求。落实二、三级医院延处方服务，对于二、三级医院延续性医嘱慢病用药，基层医疗卫生机构要如实做好处方备案登记，如无明确临床指征，原则上不得

进行调整和替换用药品规，确保患者大医院慢病延处方药品品规在基层医疗卫生机构得到保障。对于签约居民，基层医疗卫生机构在常用药品配备基础上，可结合实际，同一通用名下药品配备可超过“一品两规”的要求。按照长期处方管理有关规定，为符合条件的签约慢性病患者优先提供长期处方服务，原则上可开具4-12周长期处方。城乡居民“两病”门诊用药可一次性开具不超过12周药量，以保障患者用药需求，避免重复开药。2025年，所有的基层医疗卫生机构均应提供长期处方服务。（县卫健局、县财政局、县医保局）

（十四）发挥基本医保引导作用。推进基层医疗机构门诊就医按人头付费，引导群众主动在基层就诊，促进签约居民更多利用基层医疗卫生服务。积极探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生（团队），对经分级诊疗转诊的患者，由基层医疗卫生机构或家庭医生（团队）支付一定的转诊费用。医保部门加强协议管理，完善结算办法，确保参保人员获得高质量医疗服务，加强绩效评价，完善结余留用的激励政策。根据基本医疗保险市级统筹有关政策，继续对不同层级医疗机构实行差别化支付政策，合理设置基层医疗卫生机构同二级及以上医疗机构间报销水平差距。（县医保局）

（十五）强化资金保障。要多渠道筹集各类资金，持续改善基层医疗卫生机构基础设施条件，配齐签约服务设备，强化基本医疗服务功能。争取资金投入力度，对重点人群签约服务给予补

助。医保、残联对签订个性化服务包或提供家庭病床服务的符合医疗救助政策的签约群众、残疾人，对签约服务费个人承担部分给予补助。（县财政局、县医保局、县残联）

（十六）完善签约费用分担机制。签约服务费是家庭医生（团队）与居民建立契约服务关系、履行相应健康服务责任，打包提供医疗服务、健康服务以及其他必要便民服务的费用。要不断巩固、完善和落实好家庭医生签约服务费机制。签约服务费由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担。家庭病床服务费，按照现行基本医疗保险住院支付政策报销，应按“上门服务费+基本医疗服务价格项目”方式收取，对于医疗机构上门提供的医药服务，已通过基本公共卫生服务家庭医生签约、长期护理保险等方式提供经费保障渠道的，不得重复向患者收费。鼓励发挥养老、残联、公益基金等社会资金补充作用，探索功能社区购买服务或商业健康保险等新型筹资和合作渠道。（县卫健局、县民政局、县财政局、县医保局、县残联）

（十七）加强信息技术支撑。加快县域医学中心、远程会诊信息系统与基层医疗卫生机构的互联互通，实现“乡检查、县诊断、乡治疗”的诊疗模式。充分利用家庭医生服务管理信息系统，实现线上签订协议、健康咨询、健康教育、慢病随访、双向转诊等服务。支持签约居民查询健康档案、就诊用药及检验检查结果等信息，促进居民自我健康管理。加强签约居民信用支付、诊间结算等信息化缴费方式，整合挂号、检查、检验、诊疗、取药等

就诊流程，实行一站式结算，减少排队等候次数和时间。（县卫健局）

五、注重签约服务激励

（十八）公开招聘乡村医生。基层医疗卫生机构在面向社会公开招聘编制内工作人员时，可根据实际，统筹安排一定数量岗位，定向招聘在村卫生室连续执业 10 年以上、年龄 45 周岁以下、具有执业（助理）医师资格并开展签约服务的乡村医生。（县委编办、县人社局、县卫健局）

（十九）优化岗位结构比例。将基层医疗卫生机构专业技术中级岗位结构比例提高到 40%。对于单位规模小、人员少的医疗单位，可由县卫生健康局统一制定岗位设置方案，统筹管理使用岗位。县以下基层卫生人员高级职称实行单独分组、单独评审。（县人社局、县卫健局）

（二十）提高家庭医生收入。基层医疗卫生机构可在奖励性绩效工资中设立全科医生岗位津贴项目，提升全科医生工资水平。家庭医生（团队）签订的个性化服务包和家庭病床服务费等，扣除直接成本后，原则上将不低于 70% 用于签约服务人员的薪酬分配，纳入基层医疗卫生机构绩效工资总量单列管理，在考核后拨付，不冲抵个人绩效工资。二级及以上医疗机构要在绩效工资分配方面向参与签约服务的人员倾斜，不断提高家庭医生岗位吸引力。（县卫健局、县财政局、县人社局）

六、明确相关部门职责

（二十一）明确相关部门职责。民政部门及时向卫健、医保等部门推送低收入人口信息，对符合条件的困难群众及时落实有关社会救助政策；落实老年人家庭医生签约服务，加强老年人居家医疗服务。财政部门负责基本公共卫生服务项目资金的拨付，加大资金投入力度，对重点人群签约服务给予补助。人社部门在给基层医疗卫生机构公开招聘编制内工作人员时，统筹安排一定数量岗位，定向招聘符合条件的乡村医生；优化基层医疗卫生机构岗位结构比例，将中级岗位结构比例提高到40%；对基层医疗卫生机构人员高级职称实行单独分组、单独评审。乡村振兴部门负责提供脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等防返贫监测对象的数据信息。医保部门负责签约服务费用中医保资金的拨付工作，做好医保报销政策的宣传，提供异地联网及时结报和“一站式”服务；负责制定上门服务等相关收费标准；保障基层合理用药需求；发挥基本医保引导作用，确保参保人员获得高质量医疗服务；对符合医疗救助政策的签约群众实施救助，落实有关救助政策；对签订个性化服务包或提供家庭病床服务的符合医疗救助政策的签约群众，对签约居民付费部分给予补助。残联部门负责提供残疾人员基本信息和相关救助政策的衔接与落实；对签订个性化服务包或提供家庭病床服务的残疾人，对签约居民付费的部分给予补助；为残疾人提供康复服务并按照精准康复服务项目要求签订个性化服务包的，从残联系统的康复专项中列支。

七、严格签约服务考评

(二十二) 压实管理责任。县卫生健康局是家庭医生签约服务的主管部门，负责家庭医生签约服务的组织管理。基层医疗机构负责家庭医生（团队）的日常管理，根据辖区内地理交通条件和服务人口，合理划分家庭医生服务责任区域，实行网格化管理，明确项目包、工作任务、工作流程、制度规范及人员职责分工，定期开展绩效考核。县卫健、财政、人社、医保等部门根据职责对家庭医生签约服务工作进行监督、监管。

(二十三) 强化宣传引导。持续加强家庭医生签约服务宣传，扩大群众知晓率，引导更多居民主动签约，落实健康主体责任，践行健康生活方式。要注重家庭医生典型的培养和挖掘，开展家庭医生（团队）技能竞赛，以点带面，发挥正面示范引导作用，为家庭医生签约服务发展创造良好的社会氛围。卫生健康系统内各类表彰和评优争先要向家庭医生适当倾斜，提高全社会对家庭医生的认可度和信任度。

(二十四) 严格监督评价。以签约服务人数、重点人群占比、履约服务质量、健康管理效果、医保服务、续签率、满意度等评价指标为重点，完善签约服务绩效评价指标体系，卫健部门会同医保、财政部门定期对基层医疗卫生机构和家庭医生开展监督评价，考核结果同经费拨付、医保基金支付、绩效分等挂钩。县卫健局将签约服务纳入基本公卫绩效考核等县级考核工作重点指标，并会同相关部门对签约服务进展情况进行年度和5年为周期

的综合评价，将评价结果全县通报。

附件：甘肃省家庭病床服务规范（试行）

附件：

甘肃省家庭病床服务规范（试行）

为进一步规范家庭病床服务和管理，强化医疗质量安全监管，根据《家庭病床暂行工作条例》有关规定，结合我省实际，制定本规范。

一、家庭病床服务

家庭病床服务是指需要连续治疗，但因本人生活不能自理或行动不便，到医疗机构就诊确有困难，需依靠医护人员上门服务的患者。

二、服务对象

居住在辖区内提出建床需求，由医师评估后经所在医疗机构审核通过，且符合家庭病床收治范围的患者。

三、收治范围

（一）诊断明确，需连续治疗的慢性病，因行动不便、失能、智的老年人、残疾人等到医疗机构就诊确有困难的。

（二）经住院治疗病情已趋稳定，出院后仍需继续观察和治疗的患者。

（三）其他诊断明确、病情稳定的非危、重症，需连续观察和治疗的患者。

（四）处于疾病终末期需姑息治疗和护理的患者等。

四、资质要求

(一)开展家庭病床的基层医疗卫生机构(乡镇卫生院、区卫生服务中心)应取得《医疗机构执业许可证》，建床数量应与其配备的医师、护士数和管理、服务能力相适应，确保家庭病床服务质量。

(二)开展家庭病床的医生、护士，应取得国家相应执业注册资质，并具有2年以上临床工作经历，能独立开展诊疗护理工作。乡村医生具有相应的执业资格。

五、服务项目

适合在居家、居住的养老服务机构开展的诊疗服务，医疗安全能得到保障，治疗效果比较确切，消毒隔离能达到要求的非创伤性、不容易失血和不容易引起严重过敏的项目。

(一)上门服务。为患者提供上门服务，进行上门评估建床、上门出诊、常规上门查床、诊疗、检查、护理、治疗、换药、拆线、导尿等服务。

(二)检查项目。一般有血常规、尿常规、粪常规等常规检查，心电图、B超，血糖监测、肝肾功能、血脂等项目。

(三)基础护理项目。根据医疗机构条件，可开展肌肉注射、皮下注射、静脉输液、静脉注射、压力性损伤护理、吸氧、雾化吸入、慢性伤口护理、普通造口护理、疑难造口护理、特殊造口护理等。

(四)康复项目。根据医疗机构服务能力提供各类物理治疗、

作业疗法。

（五）中医项目。提供针刺、灸法、推拿等临床安全有效、适宜在家庭病床中开展的中医非药物治疗法。

（六）药品服务项目。根据患者病情，并按照相关规定合理开具西药、中成药、中药饮片。

（七）指导评估服务项目。按照患者病情，提供慢病健康指导、护理指导、肢体康复指导、功能康复指导、康复辅助器具使用指导、康复评定、中医养生指导等。

（八）安宁疗护服务项目。定期进行居家探访，协调家庭病床患者的治疗和照顾方案，提供不同的支持治疗，减轻患者痛楚、舒缓不适，并以药物及其他辅助方法尽可能地舒解身体各种疼痛和其他不适，维护患者的尊严，让患者安静、安详地走向生命的最后阶段等。

六、服务流程

（一）建床。患者（或家属）提出建床申请，基层医疗卫生机构根据收治范围和患者情况确定是否建床，予以建床的应指定责任医师和护士，对病床全程管理，直至撤床结算后为止。

1. 责任医师、护士详细告知患者（或家属）建床手续、服务内容、患者及家属责任、查床及诊疗基本方案、收费和可能发生意外情况等注意事项，给予家庭病床建床告知书（见附1）和签订服务协议书（见附2）。

2. 责任医师首次访视应详细询问建床患者病情，进行生命体

征和其他检查诊断，了解其心理状态、家庭卫生环境等，提出诊断意见，制定诊疗方案与治疗护理计划，规范书写家庭病床病历（见附3）。

3. 注册中医类别执业医师建立的家庭病床，应积极应用中医药技术方法，其病史应反映中医诊疗基本情况。

（二）查床。责任医师根据患者病情制定查床计划。

1. 每周至少查床1次。病情较稳定、治疗方法在一段时间内不变的患者可两周查床1次。患者病情需要或出现病情变化可增加查床次数，必要时请上级医师查床。

2. 定期查床时应做必要的体检和适宜的辅助检查，并作出诊断和处理，向患者（或家属）交待注意事项，进行健康指导。

3. 对新建床患者，上级医师应在48小时内完成二级查床，并在病情变化或诊疗改变时进行二级查床。上级医师应对诊断、治疗方案和医疗文书书写质量提出指导意见。

4. 医务人员严格遵守《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》及各项管理规定，严格执行技术规范。

5. 家庭病床应每月作阶段小结，总结病情及疗效，修订诊断、治疗、护理计划。

（三）护理。护士根据医嘱执行相应治疗。

1. 严格遵守各项护理常规和操作规程，严格执行查对制度，严格遵循无菌操作原则，避免交叉感染和差错发生。

2. 指导家属进行相关生活护理和心理护理，如防褥疮、翻身

和口腔护理等。

3. 应定期进行护理查床，检查护理质量和医源性感染控制情况，研究解决护理问题。

4. 发现传染病患者及时报告，做好疫情登记，并指导到传染病专科医院就诊。

（四）撤床。符合下列情况之一的，责任医师开具家庭病床撤床证，指导患者（或家属）按规定办理撤床手续，并书写撤床记录（见附4）。

1. 经治疗，病情得到稳定或好转需定期转床者。

2. 经治疗疾病得到治愈。

3. 病情变化，受家庭病床服务条件限制的，需转诊至本基层医疗卫生机构病房或上级医院进一步诊治的。

4. 患者由于各种原因自行要求停止治疗或撤床的。

5. 患者死亡。

七、医疗安全管理

（一）确需在居家、居住的养老服务机构进行静脉输液、静脉注射、较为复杂的换药、拆线、男性导尿等医疗风险较大的项目，应由上级医师严格评估家中操作安全性，并充分告知患者（或家属）有关医疗风险。在患者（或家属）签订知情同意后，并由具有完全民事行为能力的患者家属或看护人员陪同、观察的情况下，严格按照操作规范开展治疗工作。

（二）不得在家庭病床使用的注射剂型药物：抗菌药物、化

疗药物、生物制品、升压药物、降压药物、精神药品、麻醉药品、易制毒药物、毒性药物、其他临床上易引起不良反应的药物及外机构配置的药物。

（三）家庭病床静脉输液应注意以下事项：

1. 对首次使用的药物，应在开始输液后至少观察患者 15 分钟，并向患者家属或看护人员讲解注意事项。

2. 应告知患者家属或看护人员，一旦发生输液反应或其他紧急情况，应立即停止输液并拨打 120 急救电话及时送医救治，并与家庭病床医师和输液护士取得联系，由其及时指导处理。

3. 原则上每次输液量以 1 瓶为限。

（四）医护人员发现建床患者病情加重，应告知患者（或家属）及时转院。如拒绝转院，责任医师应在病历上记录并要求患者（或家属）签字。

（五）服务过程中产生的医疗废弃物，由医护人员统一回收带回医疗机构，按照医疗废物卫生管理有关规定处置。

家庭病床建床告知书

患者及家属：

您好，欢迎选择本医疗机构提供家庭病床服务。现将有关事项告知如下：

一、收治范围

家庭病床的服务对象应是诊断明确、病情稳定、适合在居家、居住的养老服务机构为主的条件下进行检查、治疗和护理的患者。具体包括：

——诊断明确，需连续治疗的慢性病患者，因行动不便，到医疗机构就诊确有困难，并经医师评估病情稳定适合家庭病床治疗的；

——经住院治疗病情已趋稳定，出院后仍需继续观察和治疗，并经医师评估适合家庭病床治疗的；

——其他诊断明确、病情稳定的非危、重症患者，需连续观察和治疗，并经医师评估适合家庭病床治疗的；

——处于疾病终末期需姑息治疗，并经医师评估适合家庭病床治疗的。

二、建床手续

1. 患者或家属提出建床申请；

2. 对属于收治范围的患者，医疗机构告知患者或家属家庭病

床诊治的局限性、有关医疗风险及患者和家属需要注意的事项；

3. 患者或家属在知情了解有关情况后，愿意接受家庭病床服务的，双方签订《家庭病床服务协议书》，并发放“家庭病床服务登记卡”；

4. 患者或家属提供有效的通讯联络方式，确定联系人，保证联系畅通；

5. 与医师约定第一次上门服务时间。

三、服务内容

1. 医生查床服务：每周至少查床 1 次，可根据病情调整查床次数；

2. 护理服务：护士按家庭病床医嘱进行护理服务与指导；

3. 告知服务：及时告知患者（或家属）家庭病床诊治的局限性、有关医疗风险、疾病诊断与治疗措施、相关费用情况以及撤床手续。发现患者病情变化时，交待病情，及时转诊。

四、您和家人的义务

1. 提供的患者资料情况属实；

2. 通讯方式确保准确畅通”

3. 患者病情有变化及时与责任医师联系，或立即送医疗机构救治；

4. 配合责任医师、护士对患者的治疗；

5. 按收费标准支付费用，收费标准按物价部门相关规定执行；

6. 按要求办理建床、撤床手续;
7. 病情不适宜在居家、居住的养老服务机构为主的条件治疗时, 应遵照责任医生要求及时转诊;
8. 医护人员开展医疗服务时, 生活不能自理的患者必须由具备完全民事行为能力的人员陪伴与看护患者。

附 1-2

家庭病床服务协议书

患者（家属代）_____同意接受_____医疗机构提供家庭病床服务。

患者（家属代）已了解_____责任医师讲解的疾病情况。

患者（家属代）已了解日常注意事项，理解了病情变化时家庭医疗、康复的局限性，尽力配合医务人员的医疗、护理和康复服务。

患者（家属代）已了解因服务地点和设备局限性，家庭病床服务存在的潜在风险。

患者（家属代）已了解有关收费项目及费用标准，同意及时支付。

患者（家属代）已得到以下资料，同意医务人员讲述的注意事项。

患者（家属代）已了解医护人员提供家庭病床服务期间，如损坏患者及家庭财物，除主观故意之外予以免责。

（注：当患者本人不识字或不具备行为能力时，由其家属代签）

患者签名：_____（或）由其家属签名：_____

与患者关系：_____

本协议一式二份。_____医疗机构

年 月 日

家庭病床病历书写规范

1. 基本要求：参照《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）第一章。

2. 家庭病床病历内容包括建床录、医嘱单、病程记录、撤床记录、辅助检查报告单和家庭病床服务协议书。

3. 建床录内容：

（1）主观资料：包括主诉、现病史、既往史、个人史和家族史；

（2）客观资料：包括体格检查和辅助检查结果；

（3）诊断：指建床诊断，如提供中医药服务内容，则应明确中医病证诊断。

（4）治疗计划：包括进一步检查、药物与非药物治疗、健康教育等。

4. 病程记录是建床期间治疗过程的经常性、连续性记录，包括病情变化情况、重要辅助检查结果及临床意义、上级医师查床意见、采取诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及家属告知的重要事项和健康教育等。

5. 责任医师应在建床、查床后 24 小时内完成病历书写，无需首次病程录。

6. 二级查房应由上级医师在 48 小时内上门完成，并完成二级查房病历书写。

7. 各项检查、化验报告单要及时粘贴。

8. 撤床记录包括诊断、治疗过程、转归和撤床医嘱。

附 1-4

“家庭病床病历”部分格式

(一) 建床录 (即家庭病床病历首页)

患者姓名_____性别_____年龄_____婚姻_____职业_____民族_____
籍贯_____工作单位_____家庭地址_____
电话_____建床日期_____供史者 (与病人关系) _____
联系人姓名: _____与患者关系: _____联系电话: _____

主诉:

现病史:

既往史、个人史、家族史:

体格检查: 包括体温、脉搏、呼吸、血压;

一般情况、皮肤淋巴结、头颈部、胸部、腹部、
四肢脊柱、神经系统等;

既往辅助检查:

建床诊断:

治疗计划:

责任医师签名: _____

_____年_____月_____日

(二) 家庭病床撤床记录

姓名_____性别_____年龄_____建床日期_____撤床日期_____

建床诊断:

建床天数_____

撤床诊断:

查床次数_____

小结: (发病情况、治疗经过、撤床时情况、撤床医嘱、带回药物等)

转归: 治愈☐

好转☐

稳定☐

转院☐

患者要求撤床☐

死亡☐

责任医师签名: _____

_____年____月____日

秦安县卫生健康局办公室

2023年3月10日印发