

中共南阳市委全面深化改革委员会办公室
南阳市卫生健康体育委员会
南阳市中医药发展局
南阳市医疗保障局

文件

宛卫〔2024〕60号

关于印发南阳市家庭病床服务工作 操作手册（试行）的通知

各县（市、区）卫生健康委（卫健中心），高新区卫生健康体育局，各相关医疗机构：

为贯彻落实《中共河南省委全面深化改革委员会办公室 河南省卫生健康委员会 河南省医疗保障局关于开展家庭病床服务试点工作的通知》（豫改办发〔2023〕8号）文件精神，高质量推进我市家庭病床服务工作，进一步压实责任、规范内容、提升

标准，现将《南阳市家庭病床服务工作操作手册（试行）》印发给你们，请结合实际，认真组织贯彻落实。

中共南阳市委全面深化改革委员会办公室



南阳市卫生健康体育委员会



南阳市中医药发展局



南阳市医疗保障局

2024年5月16日



南阳市家庭病床服务工作操作手册

(试行)

2024年5月

南阳市家庭病床服务工作操作手册 (试行)目录

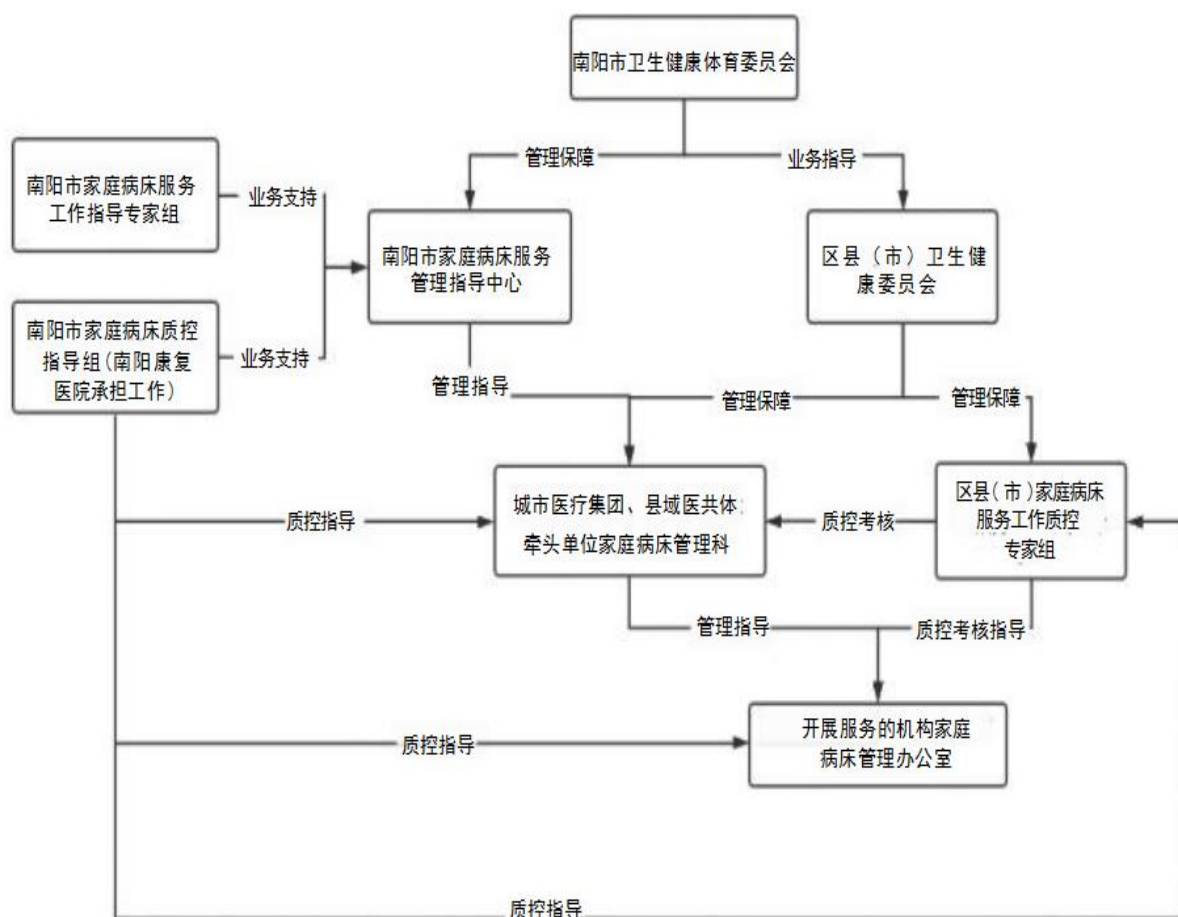
第一章 南阳市家庭病床服务工作管理架构、工作职责及管理	1
一、管理架构图.....	1
二、工作职责.....	1
(一)南阳市家庭病床服务管理指导中心职责.....	1
(二)南阳市家庭病床服务工作指导专家组职责.....	2
(三)南阳市家庭病床质控指导组 (南阳市康复医院承担工作) 职责.....	3
(四)县(市、区)家庭病床服务工作质控专家组职责.....	3
(五)城市医疗集团、县域医共体牵头单位家庭病床管理科职责.....	4
(六)开展服务的医疗机构家庭病床服务管理办公室职责.....	4
三、家庭病床服务质量安全管理.....	5
(一)家庭病床服务质量管理.....	5
(二)家庭病床服务安全管理.....	6
第二章 家庭病床服务工作岗位职责	8
一、开展服务的医疗机构家庭病床服务管理办公室主任职责.....	8

二、责任医师工作职责	8
三、责任护士工作职责	10
第三章 家庭病床服务医保及收费政策	12
一、服务收费政策	12
二、医保支付政策	12
第四章 家庭病床服务工作管理制度	14
一、家庭病床管理制度	14
二、家庭病床建床制度	15
三、家庭病床撤床制度	16
四、家庭病床巡诊制度	17
五、家庭病床会诊、双向转诊制度	17
六、家庭病床护理工作制度	18
七、家庭病床药品管理制度	19
第五章 建立家庭病床服务相关流程指引	21
一、居民申请和结算流程	21
（一）申请建床流程	21
（二）申请撤床流程	23
（三）费用结算流程	23
二、医护建床和管理流程	23
（一）建床流程及建床管理	23
（二）建床后主要服务项目	25
（三）查床管理	25

(四) 护理管理.....	28
(五) 转诊管理.....	30
(六) 撤床管理.....	30
(七) 结算.....	31
(八) 病历归档.....	31
第六章 家庭病床病历书写规范.....	34
一、家庭病床医疗文书书写规范.....	34
(一) 家庭病床病历书写规范.....	34
(二) 家庭病床护理文书书写规范.....	35
二、家庭病床病历管理.....	36
(一) 建床期间病历排列次序.....	36
(二) 撤床期间病历排列次序.....	37
 附件:	
1. 南阳市家庭病床服务管理中心咨询电话及县(市、区) 家庭病床服务咨询电话统计表.....	57
2. 家庭病床服务工作质控表.....	58

第一章 南阳市家庭病床服务工作管理架构及工作职责

一、管理架构图



二、工作职责

(一) 南阳市家庭病床服务管理指导中心职责

1. 在南阳市卫生健康体育委员会领导小组办公室的领导下，南阳市家庭病床服务管理指导中心设在南阳市康复医院（南阳市第九人民医院），具体负责对全市家庭病床服务开展指导与考核，对县（市、区）建床机构开展政策培训，督促做好家

庭病床服务各项工作落实；定期对各县（市、区）工作开展情况进行督导评估。

2. 鼓励各县（市、区）建设“家庭病床服务工作信息管理平台”，依托医共体信息化平台，实现与基层医疗卫生机构管理信息互通共享，发挥平台在运营及监管评价中的作用。

3. 负责建立完善南阳市家庭病床服务管理制度、培训并指导家庭病床建床机构开展相关工作。

4. 宣传我市家庭病床有关政策法规、技术规范、指南和标准。

5. 组织相关机构交流家庭病床服务经验。

6. 开展家庭病床服务有关事务研究，梳理薄弱环节和制约发展的关键因素，提出意见和建议，为卫生健康行政部门决策提供依据。

7. 完成与家庭病床服务相关的其他工作。

（二）南阳市家庭病床服务工作指导专家组职责

1. 专家负责跟踪、协助、指导、评估全市家庭病床服务工作总体运行情况，运用自身理论知识和实践经验提供技术指导和业务培训等，协助各医疗单位开展家庭病床服务工作。

2. 专家应当深入开展调查研究，剖析重点难点问题，总结家庭病床服务的典型经验，提炼改革创新举措，及时报送市卫健体委。

3. 专家应积极参加全体专家会议，全体专家会议原则上每

半年召开一次；积极参加家庭病床服务相关的研讨、培训、决策分析、课题研究等，发挥好专家智囊团作用。

4. 专家要加强理论研究，认真学习掌握家庭病床服务相关政策精神；每年应当形成具有较高质量的调研报告或总结报告，按时提交市卫健体委。

5. 专家在指导各单位工作时要与市卫健体委总体要求保持一致；在运用家庭病床服务领域调研成果和数据资料过程中，要遵守相关数据及资料管理规定，未经允许不得随意对外公布。

（三）南阳市家庭病床质控督导组（南阳市康复医院承担工作）职责

1. 对我市医疗机构开展家庭病床服务的相关机构人员开展医疗质量专题培训，组织成员单位学习掌握医疗质量控制相关的法律法规、部门规章、技术规范、指南共识等标准；组织成员单位学习、交流本专业最新理论与进展，有计划地提高队伍素养与业务技术水平。

2. 本着科学、公正、透明的原则，充分发挥信息化手段优势，组织相关专家开展家庭病床服务的质控督导考核，根据督导考核结果，向主管部门提交质控报告，协助上级主管部门要求医疗机构及时整改完善相关服务，不断提高我市家庭病床服务的同质化水平。

（四）县（市、区）家庭病床服务工作质控专家组职责

1. 成员由各县（市、区）卫健部门、医保部门、相关医疗

机构（以城市医疗集团或县域医共体牵头医院为主体）专家等组成。

2. 专家组根据同级卫健部门委托，负责对辖区内申请开展家庭病床服务的医疗机构进行指导、现场评估等，并将评估结果于2日内上报至县（市、区）卫健部门。

3. 充分发挥信息化作用，对辖区内家庭病床服务进行质控、管理和考核，原则上每半年对开展家庭病床服务的医疗机构进行质控管理，并将结果进行通报。

（五）城市医疗集团、县域医共体牵头单位家庭病床管理科职责

1. 城市医疗集团、县域医共体牵头医院设立家庭病床管理部门，指导辖区医疗机构开展家庭病床服务、进行业务培训、资源调配等。

2. 城市医疗集团、县域医共体对报销费用、建床费用、各医疗机构费用、建床率等进行统计分析。

3. 城市医疗集团、县域医共体牵头医院指定相关专科人员参与家庭病床服务团队，开展家庭病床服务技术指导。作为绿色通道优先转诊专科联系单位等形式，为家庭病床患者提供“一站式”全专结合服务。也可通过互联网医院等形式加强全科和专科医生的协作，对建床患者提供连续性、协同性和可持续性服务。

（六）开展服务的医疗机构家庭病床服务管理办公室职责

1. 开展家庭病床服务的医疗机构应制定家庭病床各项管理制度和操作规程，并严格执行；建立家庭病床质量监控评估机制，对家庭病床工作质量进行监督、控制、评价，对家庭病床服务质量、服务对象的满意度等定期评估。处理患者及家属投诉。

2. 开展家庭病床服务的医疗机构建立带来的社会效益和经济效益进行自评。

3. 医疗机构内部建立的家庭病床信息管理系统，要与城市医疗集团、县域医共体信息平台进行实时对接，采集信息应能够实时上传到城市医疗集团、县域医共体信息管理平台，实现信息互通共享。

三、家庭病床服务质量安全管理

（一）家庭病床服务质量管理

1. 市级成立家庭病床服务指导组，对县（市、区）家庭病床服务开展情况进行指导；县（市、区）级成立质量控制组，充分发挥信息化作用，对家庭病床服务进行质控、管理和考核。

2. 各县（市、区）卫生健康委应结合当地实际进一步细化家庭病床服务项目清单，指导辖区内各建床机构探索建立家庭病床管理中心，负责家庭病床及相关文书的管理；建立家庭病床质量控制评估机制，定期开展家庭病床服务质量、服务对象的满意度等评估。

3. 各建床机构要建立家庭病床服务信息管理制度，对建床、

撤床情况进行登记和统计，不得泄露服务对象的信息。建床机构要加强对家庭病床建床、撤床的监督和管理，加强医护团队急诊急救技能等培训，严格落实诊疗规范，加强医务人员家庭病床服务的日常监管，防范医疗风险。

4. 家庭病床服务应与医疗机构内疾病诊治、长期照护、养老护理等服务形式衔接，为居民提供接续性的医疗卫生服务。

5. 建立投诉受理机制，积极妥善处理家庭病床相关投诉。

（二）家庭病床服务安全管理

1. 各建床机构医务人员开展家庭病床服务，应严格遵守国家法律法规、规章制度，以及诊疗指南和技术操作规范。家庭病床原则上不开展输液服务；建床机构确需为患者在家中进行治疗项目时，应由责任医师、护士严格评估家中操作安全性，并充分告知患者或其近亲属、受委托人等有关医疗风险，告知情况及时在巡诊记录中记录，在患者或其近亲属、受委托人等签字确认后，并在其近亲属、受委托人或看护人员陪同、观察的情况下，方可进行相应治疗或操作，紧急情况除外。

2. 家庭病床服务过程中产生的医疗废物应由医务人员按照《医疗废物管理条例》规范处置。

3. 建床机构应建立安全应急预案，包括：交通事故、患者突发疾病、火灾、爆炸、医护人员受到伤害等，并定期组织员工进行演练。生活不能自理或不具备完全民事行为能力的患者，

医护人员开展服务时应有法定监护人在场。

4. 建床机构要落实对家庭病床的服务管理与指导，积极防范职业风险，为提供家庭病床服务的医务人员购买医疗意外险、人身意外险，有条件的单位可为医务人员购买医疗责任险，提供手机 APP 定位追踪系统，配置工作记录仪，配备一键报警、延时预警等装置，切实保障人员执业安全和人身安全，有效防范和应对风险。

第二章 家庭病床服务工作人员岗位职责

一、开展服务的医疗机构家庭病床服务管理办公室主任职责

1. 负责家庭病床的医疗、预防、保健、康复、健康教育、指导及行政管理工作。
2. 制订家庭病床服务的工作计划并组织实施，经常督促检查计划执行情况，并按时总结汇报。
3. 组织家庭病床人员，定期查床，共同研究解决危重疑难病例诊断、治疗、护理、康复等问题。了解家庭医生查床质量（医德医风、治疗效果等），审验建、撤床是否符合规定，听取病人及家属的意见。
4. 组织家庭病床人员业务学习，及时了解、掌握社区居民对家庭病床需求动态，不断地探索、不断地总结、积极推动家庭病床服务工作。
5. 督促家庭病床人员认真执行各项规章制度和技术操作规范，并在实践中不断完善，严防并及时处理医疗差错事故。
6. 组织家庭病床人员业务学习和技术考核，提出升、调、奖、惩意见。
7. 完成上级领导布置的工作。

二、责任医师工作职责

1. 在主任的领导下，负责家庭病床的医疗、预防、保健、康复、护理、健康教育等工作。

2. 根据家庭病床制度要求，做好家庭病床的建床工作。家庭病床一经建立，责任医师应于 24 小时内上门开展基础服务，建立家庭病床病历，制定诊疗计划，告知注意事项，并确定下次巡诊时间。

3. 责任医师应根据病情制定查床计划，按照《家庭病床医师巡诊记录单》要求记录巡诊情况。原则上每周查床不少于 1 次，可根据病情调整查床次数，必要时由上级医师查床。

4. 对新建床患者，上级医师应在 3 天内对诊疗方案进行指导，并在病情变化或诊疗方案改变时及时进行线上或线下会诊。

5. 制定详细的治疗计划并告知患者计划内容，保证患者的知情权；对于部分存在一定医疗风险的治疗需患者或其监护人签署“治疗同意书”，若不同意，需在病历中记录并让患者本人或其监护人签字为证。

6. 所有治疗必须保证患者在较舒适或将痛苦降至最低的情况下进行，不能以利于病情为由强行治疗，对言语功能障碍患者尤需高度重视。注意保护性医疗措施和尊重患者个人隐私。

7. 学习和掌握有效的表达方式，加强与患者的沟通，掌握患者的心理状态，取得患者的信任，建立良好而健康的医患关系。

8. 责任医师应完整、准确填写相关信息，按照《家庭病床病历书写规范》书写家庭病床医疗文书，并按要求录入信息系统。对病人病情按时作阶段性小结，撤床时做好撤床记录并按

要求归档保存。

9. 严格检查督促家庭病床团队护士的规范服务，保证治疗的质量。

10. 责任医师发生改变的，应做好交接记录，并按要求规范书写《家庭病床责任医师交接记录单》。

11. 对于疑难及特殊病例，需报告主任，并组织会诊、制定和执行会诊后的治疗计划，密切关注病情变化。

12. 熟练掌握有关设备仪器的使用和保养，每次出诊前均应做好通讯及交通工具的检查工作，使之处于良好运作状态。

13. 努力学习新技术，不断提高业务水平。

三、责任护士工作职责

1. 在医生的业务指导下进行工作。

2. 协助医生进行各项诊疗工作。严格遵守各项护理常规和操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作任务，严格执行查对制度，遵循无菌操作原则，防止差错事故的发生。

3. 巡诊时应认真询问患者的病情，了解患者的心理状态、饮食习惯、卫生习惯、家庭环境条件等，针对性地做好患者的健康教育，指导家属做好患者日常生活的护理和消毒隔离，经常听取患者（家属）意见，不断改进护理工作。

4. 对病情较重的患者应随时进行电话回访，了解病情及用药后的反应，发现异常及时报告医生。

5. 查床时应做好消毒隔离工作，医疗垃圾应带回并按照《医

疗废物管理条例》规范处理，防止发生交叉感染。

6. 按照要求规范书写《家庭病床护理记录单》，首次上门时应填写《家庭病床建床护理评估单》。

7. 认真总结家庭病床的工作经验，及时了解和掌握患者的需求，做好家庭病床的护理工作。

8. 根据患者病情做好出诊箱的物品准备。

9. 协助医生做好家庭病床各种诊疗工作及患者健康教育宣传工作。

10. 开展护理科研，探索家庭病床护理服务的内容。

第三章 家庭病床服务医保及收费政策

一、服务收费政策

1. 新增“上门服务费”项目，完善“家庭病床建床费”项目内涵，明确收费标准。

上门服务费是指医疗机构派出医、护、药、技等医务人员前往指定地点提供合法合规的医药服务。所定价格涵盖派出医务人员所需的交通成本、人力资源和基本物质资源消耗。

家庭病床建床费是指根据患者需求，医疗机构派出专业人员改造或指导患者改造床位，使患者部分家庭空间具备作为检查治疗护理场所的各项条件。所定价格涵盖医疗机构上门完成家庭病床建床建档等步骤的交通成本、人力资源和基本物质资源消耗。

2. 医疗机构为患者提供上门医疗服务，采取“医药服务价格+上门服务费”的方式收费，不再以“上门+某服务”的方式设立医疗服务价格项目。医疗机构为患者提供的医疗服务、药品和医用耗材，适用本医疗机构执行的医药价格政策。

3. 家庭病床不得收取住院诊查费、床位费和级别护理费。

二、医保支付政策

1. 开展家庭病床服务的建床医保定点医疗机构，应与医保经办机构签订相应服务协议。

2. 参保人员因病情需建立家庭病床的，家庭病床收费严格按照

南阳市《关于规范完善居家服务类医疗服务价格项目的通知》（宛医保办〔2023〕57号）执行。南阳市“家庭病床建床费”为每次78元，医保支付按照“甲类”项目执行；家庭病房“上门服务费”市、县（区）、基层均为36元/次·人，医保支付按照“乙类”项目执行，计价单位“次·人”中的“人”是指每名上门服务的专业服务人员。“家庭病床建床费”建床周期限收取1次，并且不能与“上门服务费”同时收取。而家庭病房“上门服务费”同一天收费不超过3个计价单位。医疗机构为非家庭病床建床患者提供上门服务的，上门服务费由医疗机构综合考虑服务半径、人力成本、交通成本、供求关系等因素自主确定。

3. 推进家庭病床医保支付方式改革，南阳市家庭病床医保支付实行DIP付费，引导医疗机构强化管理，规范医疗服务。

4. 对于不符合家庭病床建床要求和本方案明确医保支付对象以外的患者费用、生活照护以及家庭病床期间同种疾病的门诊慢特病费用等，医保基金不予支付。

第四章 家庭病床服务工作管理制度

一、家庭病床管理制度

1. 家庭病床原则上实行网格化，分片（区）分级管理。

2. 从事家庭病床服务的医护人员，应取得相应的资质且无违反相关法律法规及不良执业行为记录，并具有2年以上临床工作经历，能独立开展工作。

3. 家庭病床的巡诊，要遵守家庭病床巡诊制度，同时应参照住院病房工作要求，规范开展社区医疗、护理等工作。

4. 按照家庭病床病历书写规范要求，做好家庭病床病历的书写。

5. 对家庭病床疑难患者，责任医师及时申请会诊，指导中心应及时组织会诊；转诊由责任医师决定，同时要加强与上级医院协作，做好双向转诊工作。

6. 在建床期间如遇紧急情况，应及时拨打120急救，可与转诊医院联系开通急救绿色通道。

7. 家庭病床患者的家庭应设置巡诊本，巡诊本上应标示家庭病床成员中责任医师、责任护士的姓名、联系电话，同时标明建床须知。

8. 坚持合理诊治、合理用药、合理收费，切实执行医保支付规定，严格执行家庭病床收费标准。

9. 严格遵守诊疗常规和操作规范，防范药物毒副作用和医

疗意外的发生，严格执行“首诊医生负责制”及“会诊制”。

10. 加强医患沟通，尊重家庭病床患者知情同意权和隐私权，避免医疗纠纷的发生。

11. 撤床时要写好病案首页和小结。撤床的家庭病床病历应做好病案管理及统计管理工作。

12. 撤床患者要做好跟踪回访工作。接受居民意见及卫健、医保、市场监管等行政部门的管理与指导，不断提高工作水平和服务质量。

二、家庭病床建床制度

1. 凡要求建立家庭病床的患者，必须符合建床条件，方可建床。

2. 责任医师、护士履行告知义务，指导患者（或其近亲属、委托人等）按有关程序办理建床手续并签订《家庭病床服务协议书》。

3. 家庭病床一经建立，家庭病床医护人员应于24小时内上门开展基础服务，建立家庭病床病历，制定诊疗计划，告知注意事项。由执行人员填写家庭病床建床记录。

4. 家庭病床医护人员首次上门巡诊应详细询问建床患者病情，进行生命体征测量和其他检查，对健康状况进行评估，明确诊断，制定相应的诊疗方案，并按要求录入信息管理平台。

5. 责任医师应完整、准确填写相关信息，按照《家庭病床病历书写规范》书写家庭病床医疗文书，并按要求录入信息管

理平台。

6. 同一患者一次建床周期不超过 90 天，确需继续建床的，需重新办理申请手续。建床次数在一个结算年度内原则上累计不超过 3 次，建床天数原则上累计不超过 180 天。

7. 凡建床 24 小时内死亡、转院、撤床者取消建床号（不作为一次建床）。

8. 家庭病床医护人员发生改变的，应做好交接记录，并按照要求规范书写《家庭病床责任医师交接记录单》。

三、家庭病床撤床制度

1. 经治疗后疾病得到治愈、好转、稳定或其它情况符合撤床条件的，由责任医师决定，可予以撤床，按规定办理撤床手续，并填写《家庭病床撤床记录单》。

2. 撤床时，责任医师及护士应向患者或其近亲属、委托人等交待撤床后的注意事项，健康管理和用药指导，并制定随访计划。

3. 凡因病情过重，不宜继续留在家庭治疗，需转诊者，应及时通知其近亲属、委托人等撤床转诊，如患者及其近亲属、委托人等坚决不撤床转诊者，需患者或其近亲属、委托人等签字，并记录在病历上。

4. 凡因病情不宜撤床，患者或其近亲属、委托人等要求撤床，责任医师应将该情况记录在《家庭病床撤床记录》中，经患者或其近亲属、委托人等签字后办理撤床手续。

5. 撤床后家庭病床病历由建床机构按住院病案管理规定存档保管。

四、家庭病床巡诊制度

1. 家庭病床医护人员要定期巡诊查床，根据病情需要制定常规巡诊计划，并与患者或其近亲属、委托人等约定下次巡诊时间。

2. 巡诊时，责任医师、护士均应及时进行病情、护理记录，严格执行医疗技术操作规程，严格遵守医疗差错、事故预防细则，严防医疗差错、事故的发生。

3. 家庭病床医护人员应遵守有关规章制度，尊重患者及家属意见，出现问题时及时向科主任反馈并向指导中心汇报。

4. 做好健康宣传教育指导工作及疾病咨询工作。

5. 未征得患者或其近亲属、委托人等同意，不得擅自挪动患者家中用品。

6. 上门巡诊要自尊、自信、自强，语言文明，大方得体，共同维护科室及中心声誉。

五、家庭病床会诊、双向转诊制度

1. 会诊

(1) 家庭病床患者在建床期间出现病情变化需会诊时，由责任医师提出，家庭病床科主任组织，召集机构内有关医务人员参加。需请专家会诊时，由责任医师提出，经科主任同意并向上级医院发出远程会诊申请，远程上级医院组织相关专家，

确定会诊时间，借助现代化信息服务系统，进行远程会诊。会诊申请内容包括会诊的目的及要求。

(2) 上级医院根据远程会诊申请内容，邀请相关专家进行会诊。责任医师要详细介绍病史，做好会诊前准备和会诊记录。会诊中，明确提出会诊意见。上级医院及时将会诊结果反馈给申请医疗机构。

2. 转诊：

(1) 若患者病情加重或由于技术、设备等条件限制原因需要转诊治疗的，转往当地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）或上级（专业）医疗机构。家庭病床科责任医师应及时告知患者或其近亲属、受委托人等，负责与转诊医院进行车辆、床位、患者基本情况对接工作，协助患者办理转诊手续，确保患者得到及时、有效的救治，同时办理撤床手续。患者或其近亲属、受委托人等拒绝转诊，需在医疗文书上如实记录，并完善相关手续。

(2) 转诊患者待病情稳定后或康复期应及时转回家庭病床继续治疗，做好转诊记录。

(3) 家庭病床科应建立疑难病例转诊联络方式和电话台账。

六、家庭病床护理工作制度

1. 预防疾病，促进和维护健康是家庭病床护理的立足之本。家庭病床科护士对居家的患者须提供连续性的家庭病床护理及

治疗，努力协助患者适应从医院到家庭诊疗模式的转变。

2. 首次出诊应做好家庭病床患者生命体征的测量，认真询问病情，注意家庭病床患者的心理、饮食、卫生、环境条件等。对家庭病床患者进行评估，按问题的排列制定护理计划。

3. 建床 24 小时内护士应完成家庭护理病历的书写。

4. 指导家属做好力所能及的日常生活护理、消毒隔离，同时对家属进行非侵入性护理技术操作示范，如吸氧及观察、体位减压技术、口腔清洁、会阴清洁等。

5. 护理人员上门服务时应有“慎独”精神，操作时，应严格遵守各项护理操作规程，做好记录，并做好人文关怀。

6. 根据外出对象准备出诊箱，诊箱内物品规范存放、设备性能完好、清洁、无过期，出诊后及时清洁、消毒，补充消耗品。做好交接并签字。

7. 家庭病床护士应熟练掌握基本的急救知识和技能，对突发病情变化做到及时、准确地进行救治。

七、家庭病床药品管理制度

1. 优先使用集采中选药品及国家基本药物。

2. 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。

3. 家庭病床开出用药医嘱和处方后，护理人员或药师按处方到药房取药，按医嘱对家庭病床患者（或家属）进行药物指导。

4. 出诊药箱可领用和配备常用急救药品，并定期核查有效期，使用后凭医嘱或医生处方领取补充。

5. 按照药品说明书要求，贮存药品。需冷藏的药品，用冰箱或冷柜分类储存，严格控制温度。

6. 严格执行《处方管理办法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《麻醉药品、第一类精神药品管理制度》。

7. 各医疗机构家庭病床科组织专家负责对家庭病床用药进行监督、检查、管理及培训工作，坚决遏制临床不合理用药。

第五章 建立家庭病床服务相关流程指引

一、居民申请和结算流程

（一）申请建床流程

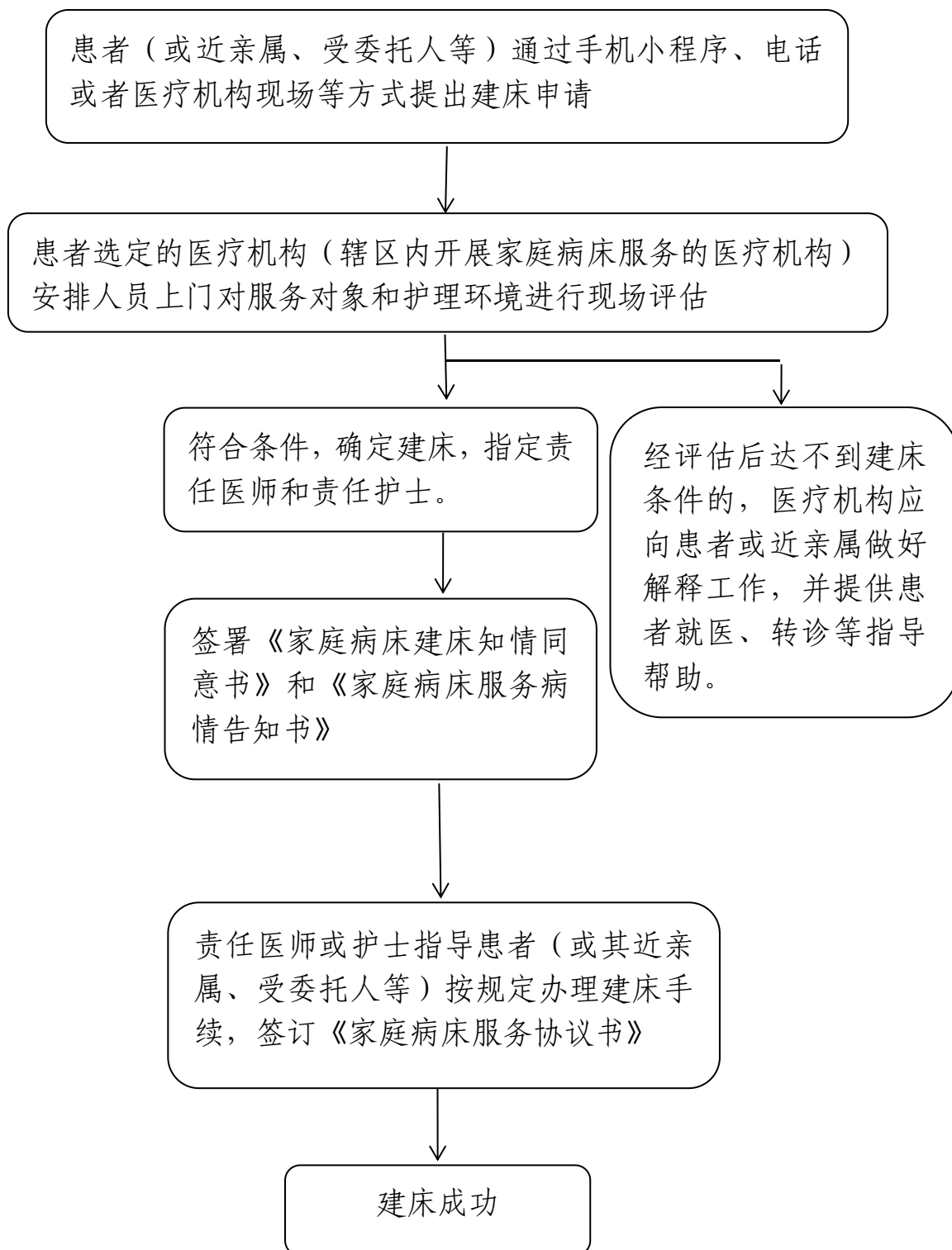
1. 资料准备：患者的身份证、社保卡、患者以前曾在医疗机构诊疗的相关资料，包括就诊病历、住院小结、相关辅助检查及影像报告、用药清单及记录等。

2. 申请：患者（或其近亲属、委托人等）使用手机通过家庭病床居民端选择1家医疗机构提出建床申请，阅读并知晓《家庭病床建床知情同意书》，填写患者基本信息并上传相关证件信息资料以及就诊病历、记录等；如无法进行线上申请还可通过电话或到乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、二级医疗机构进行线下申请。

3. 签署建床文件：经初步评估同意建立家庭病床的患者，经责任医师告知文件内容，患者（或其近亲属、委托人等）签署《家庭病床建床知情同意书》和《家庭病床服务病情告知书》，并办理建床手续，签订《家庭病床服务协议书》。

4. 缴纳费用：按规定在手机居民端或线下缴纳家庭病床押金。

家庭病床申请建床及评估流程



（二）申请撤床流程

符合下列情况之一的，可联系责任医师申请办理撤床手续：

1. 经治疗后疾病得到治愈；
2. 经治疗后病情好转，可停止或间歇治疗；
3. 患者病情加重，或由于技术、设备等条件限制原因需要到医疗机构住院治疗的；
4. 患者或其近亲属、受委托人等由于各种原因要求撤床；
5. 患者死亡；
6. 建床周期期满的。

（三）费用结算流程

撤床手续办理完毕后，家庭病床医护人员上传电子病案及患者费用明细，患者（或其近亲属、委托人等）可通过手机居民端进行线上自费结算或医保结算，结算成功后平台将推送结算清单、电子发票至患者（或其近亲属、委托人等）手机；如患者（或其近亲属、委托人等）选择线下结算，结算完毕后收费室将打印纸质结算清单并开具电子发票。

二、医护建床和管理流程

（一）建床流程及建床管理

1. 申请建床：患者（或其近亲属、委托人等）通过手机居民端提出建床申请，家庭病床医生通过手机医护移动端或PC端查看患者（或其近亲属、委托人等）上传的建床申请信息、相关证件、医疗机构诊疗的相关资料，包括就诊病历、住院小结、

相关辅助检查及影像报告、用药清单及记录等进行初审。

2. 建床评估：对于需建床的患者，家庭病床医生根据收治条件、患者情况及服务能力确定是否建床。对于申请建床患者，应按以下条件评估患者是否符合建床条件：

诊断明确、病情稳定，符合住院指征，并经责任医师评估，适合在家庭或长期居住场所进行检查、治疗、护理和康复的患者。家庭病床收治范围主要为：长期卧床、行动不便，且符合以下条件之一的患者：

(1) 脑血管意外瘫痪需进行康复治疗的；

(2) 长期卧床并发呼吸、泌尿、消化等系统感染或压力性损伤；

(3) 需要长期吸氧或者使用无创呼吸机的严重慢性肺部疾病（含慢性阻塞性肺病、反复气胸等）；

(4) 糖尿病足患者，糖尿病或其他疾病合并肢端坏疽；

(5) 骨折牵引固定且长期卧床；

(6) 处于疾病终末期需支持治疗的；

(7) 符合住院指征的 65 岁以上合并多种慢性病需规律治疗、到医院就诊确有困难的患者。

3. 经初步评估同意建立家庭病床的，责任医师、护士应详细告知患者（或其近亲属、委托人等）建床手续、服务内容、患者或其近亲属、委托人等的责任、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，签署《家庭病床建床知情

同意书》和《家庭病床服务病情告知书》。责任医师或护士指导患者（或其近亲属、委托人等）按规定办理建床手续，并签订《家庭病床服务协议书》。

（二）建床后主要服务项目

开展家庭病床服务应以“规范、安全、有效”为准则，提供群众需求量大、医疗风险低、适宜居家操作实施的技术和服务。包括：

1. 基础服务项目。主要包括病情评估、建床、巡诊、查体、观察病情、转诊、撤床、健康指导等。

2. 治疗项目。主要包括中医药服务、药品服务、医疗护理服务、安宁疗护服务、康复服务、精神及心理治疗服务等。

3. 检查检验项目。主要包括血常规、尿常规、大便常规及隐血、血糖、动态血压、肝肾功能、心电图、床旁超声等。必要时可在其近亲属、受委托人等陪同下到建床医疗机构完成。

4. 远程医疗服务项目。充分利用信息化手段，开展“互联网+家庭病床”服务，主要包括远程会诊、远程心电、区域检验、远程影像等。

（三）查床管理

1. 责任医师应根据病情制定查床计划，按照《家庭病床医师巡诊记录单》要求记录巡诊情况，原则上每周查床不少于1次，可根据病情变化调整查床次数，必要时由上级医师查床。

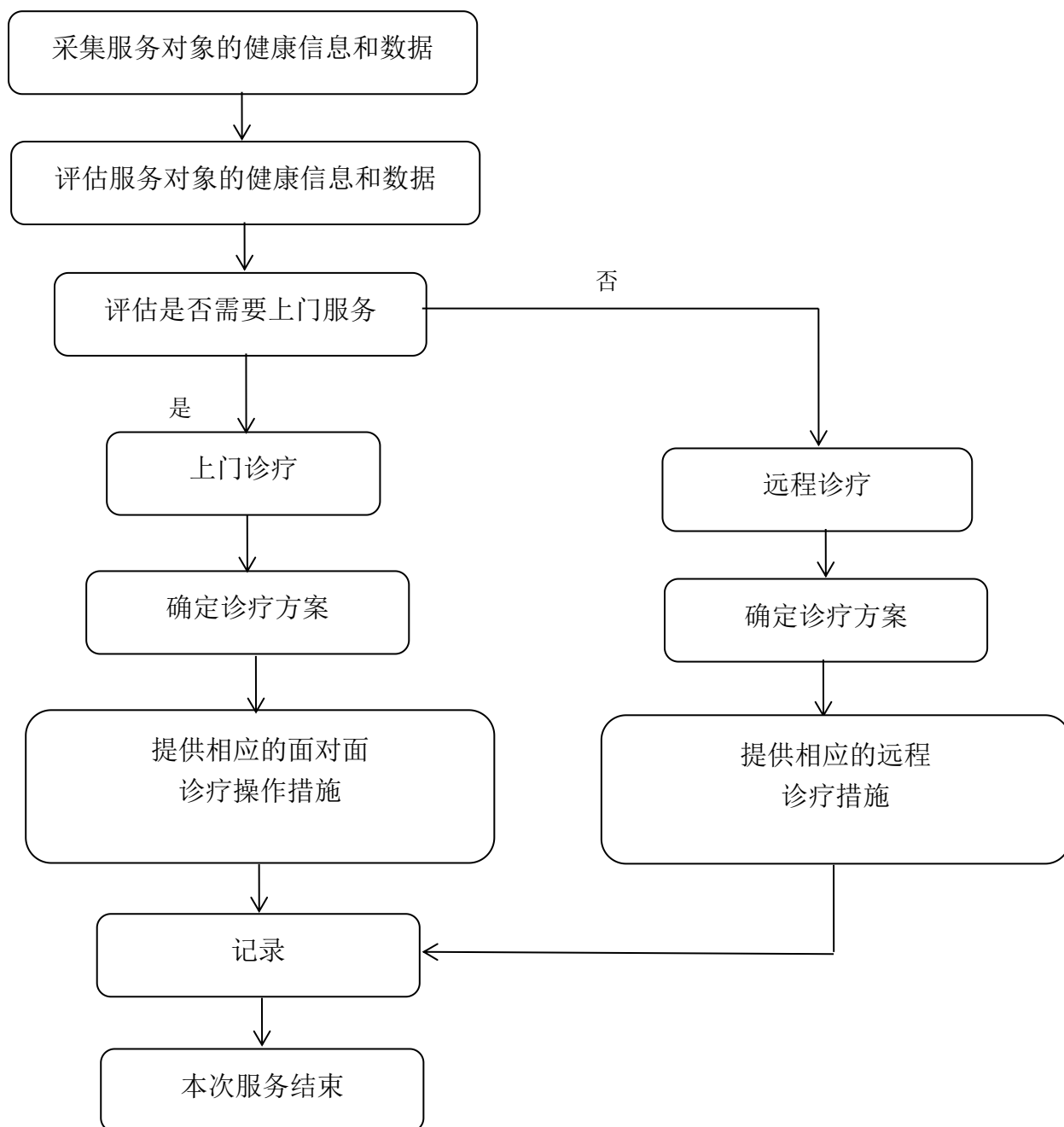
2. 定期查床时应做必要的体格检查和适宜的辅助检查，并

做出诊断和处置。向患者（或其近亲属、委托人等）交代注意事项，进行健康指导。

3. 对新建床患者，上级医师应在3天内应对诊疗方案进行指导，并在病情变化或诊疗方案改变时及时申请远程会诊或线下会诊。需申请远程会诊时，责任医师可向上级医院提交远程会诊申请，由上级医院根据责任医师申请，组织相关专家进行远程会诊。

4. 家庭病床医疗文书书写应包括建床记录、巡诊记录、阶段小结、撤床记录、会诊记录、护理记录等内容。

家庭病床诊疗服务流程



（四）护理管理

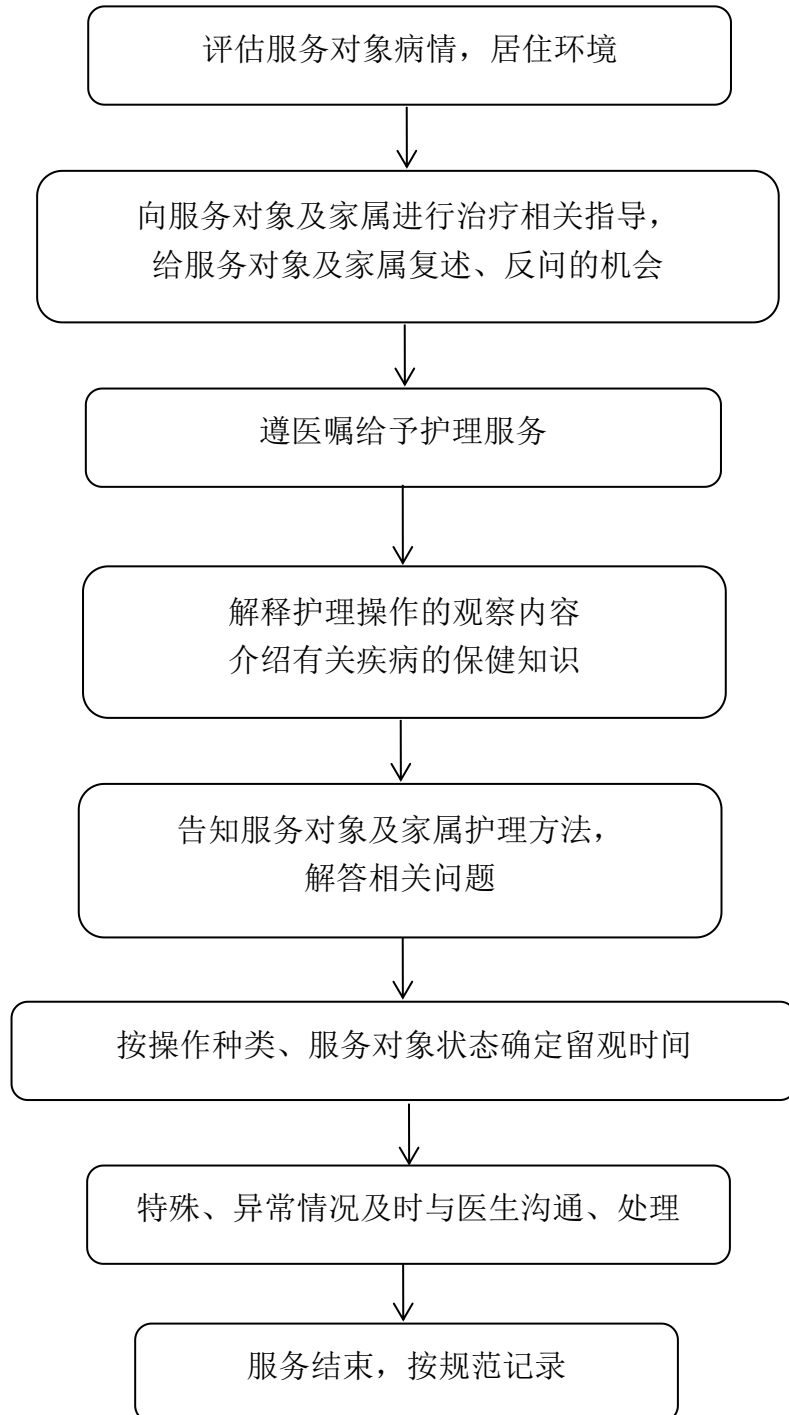
1. 责任护士应遵医嘱执行相应护理工作，规范书写《家庭病床护理记录单》及其他相关护理文书，首次上门应填写《家庭病床建床评估表》，并按家庭病床病历保存。

2. 责任护士执行医嘱时，应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。

3. 责任护士应指导照护者对患者进行相关生活护理和心理护理，如：定时翻身、清洁皮肤、饭后口腔清洁、鼓励患者积极应对疾病等。

4. 责任护士巡诊时应认真记录患者生命体征，详细询问患者近期病情变化情况，并向责任医师汇报。

家庭病床护理服务流程



（五）转诊管理

1. 符合以下两种情况需要转诊至上级医疗机构：

（1）如患者病情加重，或由于家庭病床技术、设备等条件受限时，需住院治疗；

（2）符合住院指征的患者要求住院。

2. 根据患者病情，责任医师与患者（或其近亲属、委托人等）说明转诊方案，同意转诊的患者通过居民端提交转诊申请，责任医师为其办理转诊手续；不同意转诊的患者（或其近亲属、委托人等），责任医师履行告知义务，并指导患者（或其近亲属、委托人等）签署《家庭病床撤床记录单》，并为其办理撤床手续。如遇紧急情况，其近亲属、委托人应及时拨打 120 急救，责任医师或护士与转诊医院联系开通急救绿色通道。

（六）撤床管理

1. 符合下列情况之一的，予以撤床：

（1）经治疗后疾病得到治愈；

（2）经治疗后病情好转，可停止或间歇治疗；

（3）患者病情加重，或由于技术、设备等条件限制原因需要到医疗机构住院治疗的；

（4）患者或其近亲属、受委托人等由于各种原因要求撤床；

（5）患者死亡；

（6）建床周期期满的。

2. 责任医师应指导患者或其近亲属、委托人等按规定办理

撤床手续，并填写《家庭病床撤床记录》。

3. 患者或其近亲属、委托人等要求停止治疗或撤床，责任医师应将该情况记录在《家庭病床撤床记录》中，经患者或其近亲属、委托人等签字后办理撤床手续。

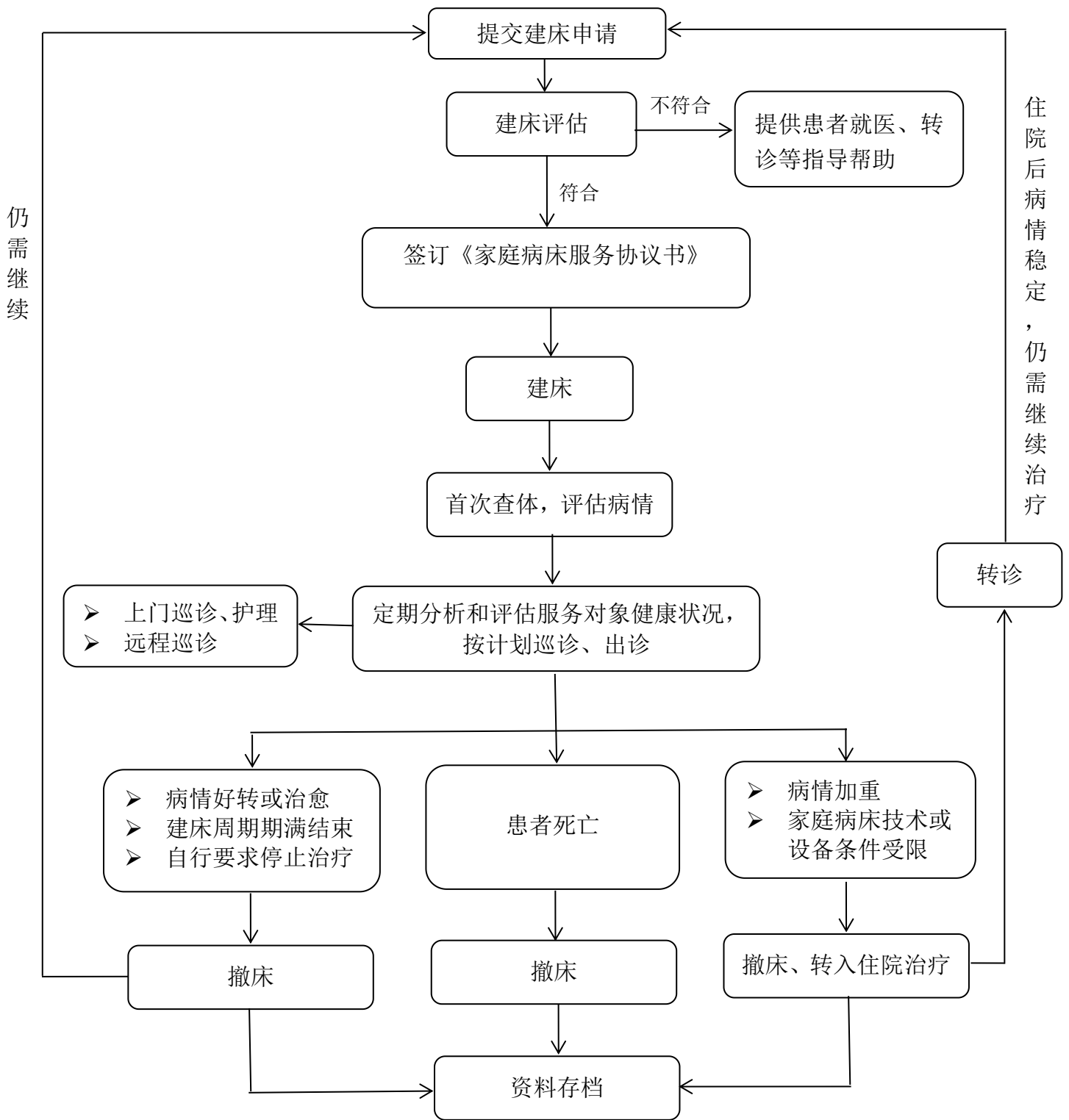
（七）结算

责任医师在信息平台录入撤床记录，完成撤床记录后，家庭病床医护人员上传电子病历及患者费用明细，指导患者（或其近亲属、委托人等）线上或线下办理结账手续，并出具电子发票和推送电子结算清单。

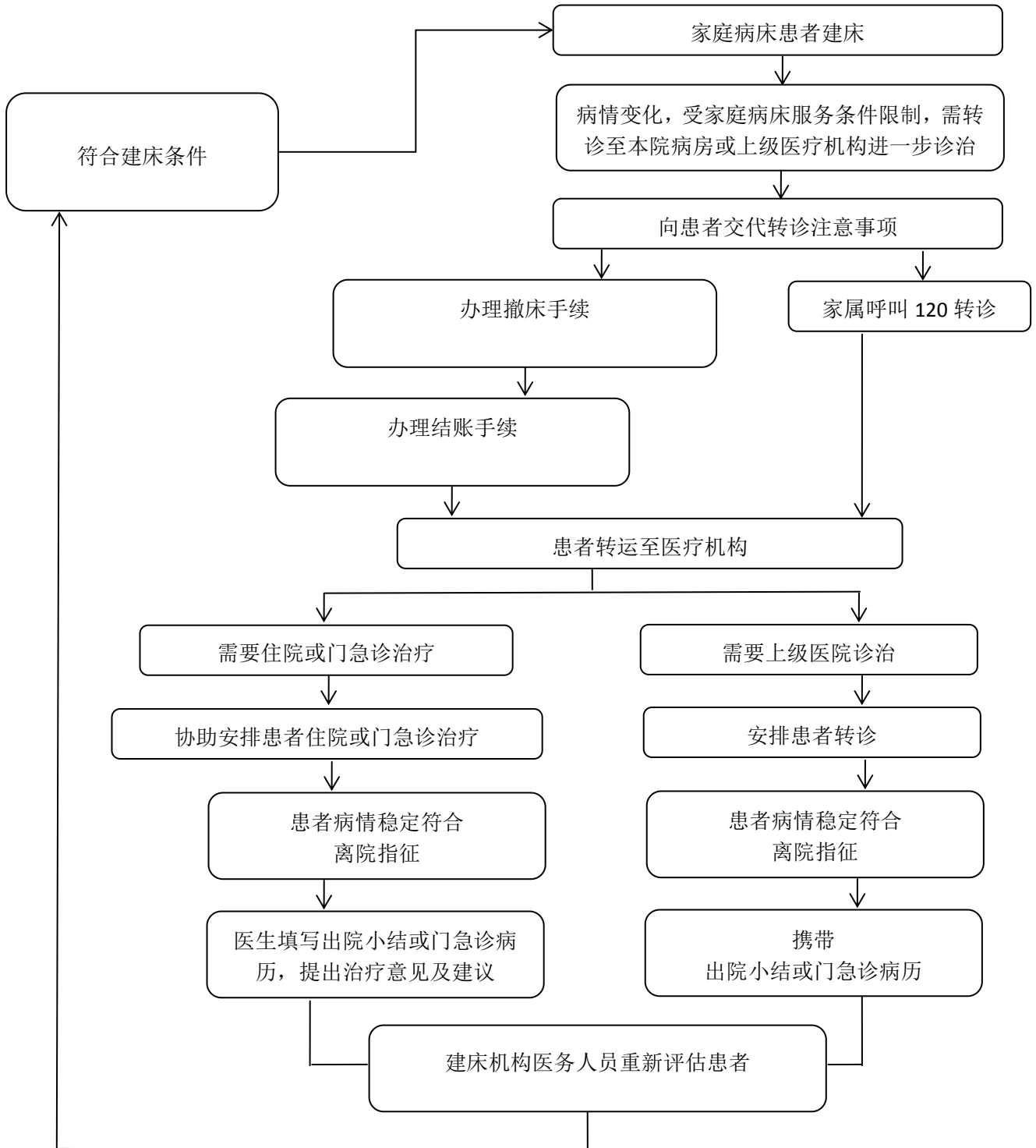
（八）病历归档

撤床后，家庭病床病历由建床机构按住院病案管理规定存档保管。

家庭病床服务全流程



家庭病床应急处理预案流程



第六章 家庭病床病历书写规范

一、家庭病床医疗文书书写规范

(一) 家庭病床病历书写规范

1. 基本要求：参照《病历书写与管理基本规范》(2022 年版)。

2. 家庭病床病历内容包括家庭病床建床告知书、家庭病床服务协议书、建床病案首页、家庭病床建床记录、家庭病床撤床记录、家庭病床医师巡诊记录、家庭病床护理记录单、家庭病床会诊记录单、家庭病床责任医师交接记录、家庭病床阶段小结记录、辅助检查报告单等。

3. 建床记录内容：

(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；

(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及时性、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、上级医师出具的指导或会诊意见、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

需首次病程记录。建床时间超过 30 天者要有阶段小结。

6. 对新建床患者，上级医师应在 3 天内对诊疗方案进行指导，并在病情变化或诊疗方案改变时及时进行线上或线下会诊。必要时上门查床。

7. 会诊记录内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

8. 各项检查、化验报告单要及时粘贴。

9. 撤床记录包括诊断、治疗过程、转归和撤床医嘱。撤床后家庭病床病历由建床医疗机构按住院病案管理规定存档保管。

（二）家庭病床护理文书书写规范

1. 护理文书应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则，保持医疗文书与护理文书的一致性，符合病历保存的要求。护理文书书写应当规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。书写时每项记录字、行之间不得留有空格。

2. 责任护士应在访视后 24 小时内完成家庭护理记录的书写，以后按护理访视计划进行家庭护理，每次访视要做护理记录。

3. 家庭病床护理记录是由责任护士根据医嘱及病情对家庭病床患者护理过程的客观记录。包括：记录日期和时间、病情观察情况、护理措施和效果、护士签名等。

4. 家庭病床护理记录签全名，字迹清晰。

5. 运行过程中记录应保持整洁，记录满页后要及时打印，不得撕毁、拆散、涂改。

6. 家庭病床护理记录应归入家庭病床病历存档。

二、家庭病床病历管理

为了更好地保管病历，使病历管理工作更加标准化、制度化和规范化，在患者撤床后3个工作日内归档，病历归档前，保证病历书写完整，并按照顺序排序，出院后纳入建床医疗机构按管理规定存档保管。

（一）建床期间病历排列次序

1. 长期医嘱（按页数倒序排）

2. 临时医嘱（按页数倒序排）

3. 体温单（按页数倒序排）

4. 建床记录（建床首次病历）

5. 历次巡诊记录单

6. 特殊情况记录（如会诊记录、抢救记录、死亡记录等，按页数顺序排）

7. 阶段小结

8. 特殊检查或其他知情同意书

9. 辅助检查报告单
10. 建床护理评估单
11. 护理记录单

（二）撤床期间病历排列次序

1. 病案首页
2. 撤床（或死亡）记录
3. 建床记录（建床首次病历）
4. 历次巡诊记录单
5. 阶段小结
6. 特殊情况记录（如会诊记录、抢救记录、死亡记录等，按页数顺序排）
7. 特殊检查或其他知情同意书
8. 辅助检查报告单（按顺序排）
9. 长期医嘱（按页数顺序排）
10. 临时医嘱（按页数顺序排）
11. 体温单（按顺序排）
12. 建床护理评估单
13. 护理记录单
14. 其他

家庭病床建床知情同意书模板

患者及家属：

您好，现将家庭病床服务有关事项告知如下：

一、收治范围

家庭病床服务对象是指诊断明确、病情稳定，符合住院指征，并经责任医师评估，适合在家庭或长期居住场所进行检查、治疗、护理和康复的患者。家庭病床收治范围主要为长期卧床、行动不便，且符合以下情形之一的患者，即可列为家庭病床服务对象：

1. 脑血管意外瘫痪需进行康复治疗的；
2. 长期卧床并发呼吸、泌尿、消化等系统感染或压力性损伤；
3. 需要长期吸氧或者使用无创呼吸机的严重慢性肺部疾病（含慢性阻塞性肺病、反复气胸等）；
4. 糖尿病足患者，糖尿病或其他疾病合并肢端坏疽；
5. 骨折牵引固定且长期卧床；
6. 处于疾病终末期需支持治疗的；
7. 符合住院指征的 65 岁以上合并多种慢性病需规律治疗、到医院就诊确有困难的患者。

二、建床手续

1. 患者或其近亲属、受委托人等提出建床申请；
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. 患者或其近亲属、受委托人等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》；

4. 患者或其近亲属、受委托人等提供有效的通讯联络方式，确定联系人，保证联系畅通；

5. 与责任医师预约第一次访视时间。

三、服务内容

1. 诊疗服务：一般每周查床1次，可根据病情调整诊疗方案及查床次数。

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，告知病情，及时转诊。

四、您和家人的义务

1. 提供的患者资料真实完整；

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，收费标准按价格主管部门相关规定执行，上门服务交通费用参照市场价或协议价执行；家庭病床期间同种疾病的门诊慢特病费用等，医保基金不予支付。门诊慢特病患者日常用药，请于家庭病床建床前备足建床期间的药品用量；

6. 按要求办理建床、撤床手续；

7. 病情不适宜在家庭或长期居住场所的养老服务机构为主要的条件治疗时应遵照责任医生要求及时转诊；

8. 治疗过程中，生活不能自理的患者在医护人员开展医疗服务时，必须由具备完全民事行为能力的人员陪伴与看护患者。

患者（家属）已了解日常注意事项，理解病情变化时，家庭病床的局限性，将尽力配合医护人员的医疗、护理和康复服务。

患者本人（或近亲属、受委托人等）责任医师签名：

签名：

责任护士签名：

与患者关系：

日期： 年 月 日

日期： 年 月 日

家庭病床服务病情告知书模板

姓名：	性别：	年龄：
病案号：	身份证号：	
家庭住址：		联系电话：
一、简要病情分析（包括一般情况、症状、体征，辅助检查结果）		
二、目前主要诊断		
三、治疗方案		
四、病情指导意见		
患者本人（或近亲属、受委托人等）签名： 与患者关系： 年 月 日	医师签名： 年 月 日	

家庭病床服务协议书模板

患者（其近亲属、受委托人等代）_____同意接受医疗机构提供家庭病床服务。

患者（其近亲属、受委托人等代）已了解_____责任医师讲解的疾病情况。

患者（其近亲属、受委托人等代）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（其近亲属、受委托人等代）已了解应承担的义务，理解因服务地点和家庭病床设施设备的局限性，家庭病床服务可能存在潜在风险（死亡、窒息等）。

患者（其近亲属、受委托人等代）已了解有关收费项目、费用标准及医保支付相关规定，同意及时支付。

患者（其近亲属、受委托人等代）已得到以下资料，同意医务人员讲述的注意事项。

1. 家庭病床建床知情同意书；
2. 家庭病床服务病情告知书

（注：当患者本人不识字或不具备行为能力时，由其近亲属、受委托人等代签）

患者（或其近亲属、受委托人等）责任医师签名：

签名：

责任护士签名：

与患者关系：

本协议一式二份。

医疗机构

年 月 日

病理, 诊断:	疾病编码 病理号
药物过敏 <input type="checkbox"/> 1. 无 2. 有, 过敏药物:	死亡患者尸检 <input type="checkbox"/> 1. 是 2. 否
血型 <input type="checkbox"/> 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 Rh <input type="checkbox"/> 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查	
上级医师 _____ 责任医师 _____ 责任护士 _____ 编码员 _____	
撤床方式 <input type="checkbox"/> 1. 医嘱撤床 2. 转院撤床, 拟接收医疗机构名称: 3. 非医嘱撤床 4. 期满撤床 5. 死亡	
建床费用(元): 总费用 (自付金额:) 1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费: (2) 一般治疗操作费: (3) 护理费: _____ (4) 其他费用: _____ 2. 诊断类: (5) 病理诊断费: _____ (6) 实验室诊断费: _____ (7) 影像学诊断费: _____ (8) 临床诊断项目费: _____ 3. 治疗类: (9) 非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____) (10) 手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____) 4. 康复类: (11) 康复费: _____ 5. 中医类: (12) 中医治疗费: _____ 6. 西药类: (13) 西药费: _____ (抗菌药物费: _____) 7. 中药类: (14) 中成药费: _____ (15) 中草药费: _____ 8. 血液和血液制品类: (16) 血费: _____ (17) 白蛋白类制品费: (18) 球蛋白类制品费: _____ (19) 凝血因子类制品费: (20) 细胞因子类制品费: _____ 9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: _____ (22) 治疗用一次性医用材料费: _____ (23) 手术用一次性医用材料费: _____ 10. 其他类: (24) 其他费: _____ 说明: 医疗付费方式 1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城乡居民基本医疗保险 3. 医疗救助 4. 商业 医疗保险 5. 全公费 6. 全自费 7. 其他社会保险 8. 其他	

单位负责人: _____ 统计负责人: _____ 填表人: _____ 联系电话 _____ 报出日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

头颈部	头颅		颈抵抗		颈静脉怒张	
	肝颈征		颈动脉搏动		血管杂音	
	甲状腺					
胸廓	正常 <input type="checkbox"/>	桶状 <input type="checkbox"/>	扁平 <input type="checkbox"/>	漏斗胸 <input type="checkbox"/>	鸡胸 <input type="checkbox"/>	串珠肋 <input type="checkbox"/>
肺（视、触、叩、听）						
心（视、触、叩、听）						
腹部	腹型		柔软度		压痛	
	反跳痛		腹水征		腹部血管搏动	
	包块		肝		胆囊	
	脾		肾		输尿管	
	血管杂音		肠鸣音			
	其他：					
肛门及外生殖器						
脊柱	无畸形，活动度正常 <input type="checkbox"/>		关节	无畸形、肿胀，活动度正常 <input type="checkbox"/>		
四肢	畸形 <input type="checkbox"/>	杵状指（趾） <input type="checkbox"/>	下肢浮肿 <input type="checkbox"/>	四肢肌张力（正常） <input type="checkbox"/>	肌力（四肢肌力5级） <input type="checkbox"/>	神经反射（正常） <input type="checkbox"/>
既往辅助检查						
既往药物治疗						
既往其他治疗						
建床诊断						
治疗计划：（包括进一步检查、药物与非药物治疗、健康教育）						
责任医师签名：				年 月 日		

家庭病床医师巡诊记录单模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：	病床号：		
病情记录						
一般情况：						
症状：						
体格检查						
T:	℃	P:	次/分	R: 次/分	BP:	mm/Hg
目前情况：						
治疗计划：						
注意事项：						
下次巡床时间：						
责任医师签名：						
年 月 日						

家庭病床建床护理评估表模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：
联系电话：			
职业：	民族：	婚否：	
诊断：			
一、护理评估			
生命体征：	T: C	BP: mmHg	P: 次/分 R: 次/分
意识：	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 模糊 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他		
表情：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 淡漠 <input type="checkbox"/> 痛苦面容 <input type="checkbox"/> 其他		
面色：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮红 <input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 黄染 <input type="checkbox"/> 其他		
营养：	身高 cm	体重 kg	标准体重 kg
过去三个月内体重有无减轻：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (减轻 kg)		
体位：	<input type="checkbox"/> 主动体位 <input type="checkbox"/> 被动体位 <input type="checkbox"/> 被迫体位 (<input type="checkbox"/> 端坐位 <input type="checkbox"/> 半坐卧位 <input type="checkbox"/> 侧卧位 <input type="checkbox"/> 俯卧位)		
体型：	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 消瘦 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 其他		
皮肤：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮红 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 苍白 <input type="checkbox"/> 发绀 <input type="checkbox"/> 瘀斑 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 瘙痒 <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 褥疮 (部位大小) <input type="checkbox"/> 其他		
皮肤饱满度：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 皮肤干燥 <input type="checkbox"/> 水肿 (部位程度) <input type="checkbox"/> 其他		
口腔黏膜：	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 溃疡 <input type="checkbox"/> 白斑 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 其他		
假牙：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 活动 <input type="checkbox"/> 固定) <input type="checkbox"/> 其他		
食欲：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 欠佳 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 吞咽困难 <input type="checkbox"/> 其他		
饮食：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流质 <input type="checkbox"/> 半流 <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> 低盐 <input type="checkbox"/> 低脂 <input type="checkbox"/> 鼻饲 <input type="checkbox"/> 造瘘管 <input type="checkbox"/> 静脉营养 <input type="checkbox"/> 其他		
排尿：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 潴留 <input type="checkbox"/> 尿频 <input type="checkbox"/> 尿急 <input type="checkbox"/> 尿痛 <input type="checkbox"/> 排尿困难 <input type="checkbox"/> 滴尿 <input type="checkbox"/> 少尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 尿管 (尿量毫升)		
尿色：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 茶色 <input type="checkbox"/> 浑浊 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 其他		
排便：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹泻 (次/日) <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大便变细		
大便颜色：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 柏油样 <input type="checkbox"/> 黏土色 <input type="checkbox"/> 其他		
活动：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 无力 <input type="checkbox"/> 室内活动 <input type="checkbox"/> 能坐 <input type="checkbox"/> 轮椅活动 <input type="checkbox"/> 床上活动 <input type="checkbox"/> 卧床不起 偏瘫 (<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢) <input type="checkbox"/> 截瘫 (<input type="checkbox"/> 高位 <input type="checkbox"/> 低位)		

自理能力:	<input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 需要帮助 (<input type="checkbox"/> 进食 <input type="checkbox"/> 入厕 <input type="checkbox"/> 淋浴 <input type="checkbox"/> 穿衣 <input type="checkbox"/> 行走) <input type="checkbox"/> 完全依赖
睡眠:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 早醒 <input type="checkbox"/> 多梦 <input type="checkbox"/> 日夜颠倒 <input type="checkbox"/> 服镇静剂 (药名剂量)
昼夜总睡眠时间:	<input type="checkbox"/> 小于 4 小时 <input type="checkbox"/> 6-8 小时 <input type="checkbox"/> 大于 12 小时
感觉:	<input type="checkbox"/> 视力正常 <input type="checkbox"/> 视力低下 (左右) <input type="checkbox"/> 失明 (左右) <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 听力正常 <input type="checkbox"/> 听力低下 (左右) <input type="checkbox"/> 失聪 (左右) <input type="checkbox"/> 其他
疼痛:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (部位性质持续时间间隔时间疼痛程度)
饮食习惯:	禁忌偏好
吸烟:	<input type="checkbox"/> 不吸 <input type="checkbox"/> 吸 (每日支, 已吸年) <input type="checkbox"/> 已戒 (年)
饮酒:	<input type="checkbox"/> 不饮 <input type="checkbox"/> 偶饮 <input type="checkbox"/> 大量 (每日两酒) <input type="checkbox"/> 已戒 (年)
吸毒:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (名称量已吸时间年) <input type="checkbox"/> 已戒 (年)
过敏史:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 不明确 <input type="checkbox"/> 有 (过敏原:)
曾患疾病:	
曾做手术:	
家族史:	
沟通方式:	<input type="checkbox"/> 语言 <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 手势
与人交流:	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 差
表达与理解能力:	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 差
爱好:	<input type="checkbox"/> 旅游 <input type="checkbox"/> 聊天 <input type="checkbox"/> 上网 <input type="checkbox"/> 打麻将 <input type="checkbox"/> 运动 () <input type="checkbox"/> 其他
对疾病认识程度:	<input type="checkbox"/> 了解 <input type="checkbox"/> 部分了解 <input type="checkbox"/> 不了解
辅助工具:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 其他
心理健康:	<input type="checkbox"/> 开朗 <input type="checkbox"/> 兴奋 <input type="checkbox"/> 恐惧 <input type="checkbox"/> 焦虑 <input type="checkbox"/> 痛苦 <input type="checkbox"/> 压抑 <input type="checkbox"/> 绝望
精神心理:	<input type="checkbox"/> 严重痴呆或抑郁 <input type="checkbox"/> 轻度痴呆 <input type="checkbox"/> 没有精神心理问题
跌倒风险评估:	<input type="checkbox"/> 不明原因的跌倒经历 <input type="checkbox"/> 体能虚弱 <input type="checkbox"/> 头晕体位性低血压 <input type="checkbox"/> 无人陪伴 <input type="checkbox"/> 意识障碍 <input type="checkbox"/> 智力障碍 <input type="checkbox"/> 活动障碍 <input type="checkbox"/> 视觉障碍 <input type="checkbox"/> 不合适的鞋子 <input type="checkbox"/> 地面湿滑无防护滑垫 <input type="checkbox"/> 缺乏保护性预防措施

压疮风险评估	感觉	<input type="checkbox"/> 完全受限 <input type="checkbox"/> 非常受限 <input type="checkbox"/> 轻度受限 <input type="checkbox"/> 未受限
	潮湿	<input type="checkbox"/> 持续潮湿 <input type="checkbox"/> 潮湿 <input type="checkbox"/> 有时潮湿 <input type="checkbox"/> 很少潮湿
	活动力	<input type="checkbox"/> 卧床 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 偶尔行走 <input type="checkbox"/> 经常行走
	移动力	<input type="checkbox"/> 完全无法移动 <input type="checkbox"/> 严重受限 <input type="checkbox"/> 轻度受限 <input type="checkbox"/> 未受限
	营养	<input type="checkbox"/> 非常差 <input type="checkbox"/> 可能不足够 <input type="checkbox"/> 足够 <input type="checkbox"/> 非常好
	摩擦力和剪切力	<input type="checkbox"/> 有问题 <input type="checkbox"/> 有潜在问题 <input type="checkbox"/> 无明显问题
服用影响意识或活动的药物:		<input type="checkbox"/> 散瞳剂 <input type="checkbox"/> 镇静安眠剂 <input type="checkbox"/> 降压利尿剂 <input type="checkbox"/> 抗癫痫剂 <input type="checkbox"/> 麻醉止痛剂 <input type="checkbox"/> 其他
二、家庭环境安全评估		
家庭结构:	<input type="checkbox"/> 主干家庭 <input type="checkbox"/> 核心家庭 <input type="checkbox"/> 联合家庭 <input type="checkbox"/> 单身家庭 <input type="checkbox"/> 其他	
教育程度:	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 大专以上 <input type="checkbox"/> 其他	
日常照顾:	<input type="checkbox"/> 夫/妻 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 自我照顾 <input type="checkbox"/> 其他	
医疗费用:	<input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 自费 (<input type="checkbox"/> 能支付 <input type="checkbox"/> 有困难) <input type="checkbox"/> 其他	
家属关心程度:	<input type="checkbox"/> 关心 <input type="checkbox"/> 不关心 <input type="checkbox"/> 过于关心 <input type="checkbox"/> 其他	
人际关系:	<input type="checkbox"/> 和谐 <input type="checkbox"/> 紧张 <input type="checkbox"/> 有固定的朋友 <input type="checkbox"/> 不愿意与人交往 <input type="checkbox"/> 其他	
社区环境:	<input type="checkbox"/> 菜市场 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 公园 <input type="checkbox"/> 商场 <input type="checkbox"/> 工厂 <input type="checkbox"/> 健身场所 <input type="checkbox"/> 老年人活动中心 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 空气污浊 <input type="checkbox"/> 污水	
房子:	<input type="checkbox"/> 电梯 <input type="checkbox"/> 非电梯 房屋面积 () m 居住人数 () 个 <input type="checkbox"/> 通风 (<input type="checkbox"/> 流通 <input type="checkbox"/> 清新 <input type="checkbox"/> 欠佳) <input type="checkbox"/> 光线明亮 <input type="checkbox"/> 灯光昏暗 <input type="checkbox"/> 地板平整	
客厅:	<input type="checkbox"/> 电视 <input type="checkbox"/> 扶手楼梯 <input type="checkbox"/> 无障碍 <input type="checkbox"/> 物品摆放杂乱 <input type="checkbox"/> 垫子、地毯不安全 <input type="checkbox"/> 阻塞 <input type="checkbox"/> 家电设备不安全 <input type="checkbox"/> 存在含铅油漆 <input type="checkbox"/> 其他	
厨房:	<input type="checkbox"/> 煤气 <input type="checkbox"/> 烧柴 <input type="checkbox"/> 压力锅 <input type="checkbox"/> 污水处理不当 <input type="checkbox"/> 食物存贮不当 <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 过滤水 <input type="checkbox"/> 自来水 <input type="checkbox"/> 杂物过多 <input type="checkbox"/> 其他	
浴室:	<input type="checkbox"/> 蹲厕 <input type="checkbox"/> 坐厕 (<input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 电话) <input type="checkbox"/> 管道煤气 <input type="checkbox"/> 电热水器 <input type="checkbox"/> 淋浴 <input type="checkbox"/> 桶浴 <input type="checkbox"/> 盆浴 <input type="checkbox"/> 防滑 <input type="checkbox"/> 其他	
卧室:	<input type="checkbox"/> 硬床 <input type="checkbox"/> 软床 <input type="checkbox"/> 功能床 <input type="checkbox"/> 空调 <input type="checkbox"/> 风扇 <input type="checkbox"/> 其他	
三、评估内容及结论		
1. 护理干预计划:		
2. 健康教育指导:		
责任护士签名: 年 月 日		

家庭病床护理记录单模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：	病床号：
病情记录及治疗处置：（包括一般情况、症状、体征、处置记录）				
T: ℃	P: 次/分	R: 次/分	SPO2: %	
BP: mm/Hg				
患者（或其近亲属、受委托人等）签名：		责任护士签名：		
		年 月 日		

家庭病床辅助检查粘贴单模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：	病床号：

家庭病床责任医师交接记录单模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：	病床号：
建床情况：				
建床诊断：				
诊疗经过：				
目前情况：				
目前诊断：				
诊疗建议：				
交班责任医师签名：			接班责任医师签名：	
年 月 日			年 月 日	

家庭病床阶段性小结记录单模板

病案号：	姓名：	性别：	年龄：	病床号：
建床日期：		建床天数：		
建床时情况：				
建床诊断：				
目前情况：				
目前诊断：				
诊疗计划：				
责任医师签名：				
年 月 日				

家庭病床撤床记录模板

姓名：	性别：	年龄：	病案号：	病床号：
建床日期：		撤床日期：		建床天数：
建床时情况：				
建床诊断：				
治疗经过：				
撤床时情况：				
撤床诊断：				
撤床医嘱：				
注意事项：				
责任医师签名： 年 月 日				

附件 1

县（市、区）家庭病床服务咨询电话统计表

序号	所在地区	家庭病床服务咨询电话
1	邓州市	0377-62399919
2	卧龙区	0377-63106838
3	宛城区	0377-61609960
4	南召县	0377-66880212
5	方城县	0377-67280973
6	社旗县	0377-83988273
7	唐河县	0377-68950168
8	新野县	0377-65033516
9	桐柏县	0377-68273729
10	镇平县	0377-65995813
11	内乡县	0377-65328676
12	西峡县	0377-83810556
13	淅川县	0377-69212197
14	示范区	0377-62238708
15	高新区	0377-63291883
16	鸭河工区	0377-66621868
17	官庄工区	0377-62036289

附件 2

家庭病床服务工作质控表

一级指标	二级指标	分值	评分标准	操作方法	得分
制度建设 和人员 要求	有家庭病床管理制度	5	有家庭病床管理制度，无制度扣 5 分，不完整扣 1-2 分	查看制度等台账资料	
	台账资料完整	10	家庭病床服务质量自查及改进措施记录本、不良事件记录本、医疗纠纷及投诉记录本。以上记录本少一本扣 2 分。若发现有相关事件未记录，一项扣 0.5 分	查看台账资料	
	了解并掌握管辖内家庭病床患者的病情、治疗及康复、护理要点	5	询问管辖患者的病情、治疗及康复、护理要点，熟悉得分，不熟悉酌情扣分	现场查看病历，同时考核 1 名管床医生和 1 名管床护士	
	服务过程中发现病情变化及时上报并记录，掌握急救处理流程	5	治疗及康复、护理过程能及时发现并处理；医护人员掌握基本急救程序，掌握常用急救技术及药品使用；知晓急救常规及处理流程，知晓会诊转诊流程。不熟悉酌情扣分	现场查阅相关资料，同时考核 1 名管床医生和 1 名管床护士	
	家庭病床服务人员资质符合	5	从事家庭病床服务的医务人员，应取得相应的资质且无违反相关法律法规及不良执业行为记录，并具有 2 年以上临床工作经历，能独立开展工作。1 人不符合扣 5 分	查看人员资料档案	
建床查床 规范	人均建床数达标	5	按统计时间段的人均建床数作为标准，各辖区内不达平均数的按比例扣分	查看家庭病床信息平台数据库统计数据	
	符合建床条件	3	按照建床要求规范建床，发现一例不符合建床要求扣 0.5 分	随机抽查 1-2 份病历	
	知情告知义务	3	有家庭病床协议书、知情同意书、有告知并签字，每少一项扣 1 分	查看病历记录	
	建床 24 小时内有首次访视	2	建床 24 小时内未首次访视扣 1 分	查看病历查床记录	

一级指标	二级指标	分值	评分标准	操作方法	得分
	每周查床	5	每周查床不少于1次，结合患者病情合理增加查床频次，一次不合格扣1分	查看病历查床记录	
	合理会诊（现场、远程会诊）	2	无会诊记录扣0.5分	查看病历记录	
	合理转诊	2	转诊若无转诊记录扣0.5分，符合转诊条件但患者拒绝转诊的如果家属未签字确认扣1分	查看病历转诊记录及签字记录	
	合理收费	3	发现不合理收费每项扣1分	查看收费记录	
医疗文书规范	病历和巡诊记录及时完成	2	建床记录和巡诊记录均需24小时内完成，未在规定时间内完成每次扣1分	查看家庭病床病历记录	
	病历书写规范	3	按家庭病床病历规范书写、主诉、现病史、既往史等病史及体格检查、诊断、诊疗计划规范、缺项、漏项、错误每处扣1分	查看家庭病床病历记录	
	医嘱、阶段小结、撤床记录单、检验结果张贴、各项告知书等记录规范	2	已达一个月未完成阶段小结扣0.5分，一项不规范扣0.5分，扣完为止	查看病历相关记录	
	病历首页内容齐全、装订整齐、排版规范、顺序合理	2	病历封面内容缺1项扣0.5分，未按要求顺序排放一份扣0.5分，病历排版不整齐一份扣0.5分	查看病历相关记录	
物品药品管理	出诊包完整、无损坏，基本设备齐全	3	出诊包清洁无杂物，做到定期清洁、消毒；体温计、血压计、听诊器、血糖仪、消毒用品等常用设备齐全，能正常使用；无菌物与非无菌物品应分开放置；发现过期物品；未按要求扣1-2分	检查出诊包物品	
	按要求配备急救药品，管理规范	3	按要求配备急救药品（有标识及有效期），少1种扣0.5分，扣完为止；急救药品放置整齐、规范，不符合扣1分	检查出诊包药品	

一级指标	二级指标	分值	评分标准	操作方法	得分
服务质量	医护人员着装整洁、符合规范要求	2	工作服规范、整洁；不佩戴戒指、手镯、手链等；指甲干净、无涂色；头发整洁符合规范。不符合一处扣 0.5 分，扣完为止	查看现场	
	规范服务，病人满意	10	按约定时间上门，使用礼貌用语，耐心解答病人问题，不符合要求酌情扣分	电话回访	
	健康教育	5	患者或家属知晓健康教育内容，视掌握程度扣分	查看现场，询问患者及家属	
	防范和处理投诉	5	发生投诉一起扣 1 分；发生医疗纠纷视严重程度扣分	查阅有关记录及投诉记录	
	预防并发症及意外事件，有安全告知	3	有安全告知及指导，不符合要求酌情扣分	查看记录	
满意度	满意度达 90%以上	5	90%得分 5 分，按比例加扣分	满意度回收数据	
合计			100 分		

南阳市卫生健康体育委办公室

2024 年 5 月 16 日印发