

嘉兴市卫生和计划生育委员会文件

嘉卫计〔2018〕185号

关于印发《嘉兴市家庭病床服务规范 (试行)》的通知

各县(市、区)卫生计生局:

为进一步规范我市家庭病床服务工作,更好地为居民提供安全、可及的居家医疗服务,根据我市实际研究制订《嘉兴市家庭病床服务规范(试行)》,现印发给你们,请予贯彻执行。

嘉兴市卫生和计划生育委员会

2018年10月15日

嘉兴市家庭病床服务规范(试行)

家庭病床服务是基层医疗卫生服务重要形式之一,是适应我市经济社会发展和人口老龄化形势要求,方便老年人、残疾人、慢性病等患者获得连续性医疗服务、提高基本医疗卫生服务可及性的有效方法,是基层医疗卫生机构走入社区、走进家庭,不断满足居民医疗服务需求的重要措施。为加强家庭病床服务的规范管理,特制订本服务规范。

一、家庭病床服务定义

家庭病床服务是指对符合住院条件、需要连续治疗,但因本人生活不能自理或者行动不便,到医疗机构住院有困难,需医护人员上门提供服务的患者,由基层医疗卫生机构在其家中设立病床,并指定医护人员定期查床、治疗、护理,同时在特定病历上记录服务过程的一种基层卫生服务形式。家庭病床服务对象是居住在辖区内提出建床需求且符合家庭病床收治范围的患者。

二、服务机构与人员

应由具备开设家庭病床资质的基层医疗卫生机构开展家庭病床服务。从事家庭病床工作的全科医生、护士,应具有注册执业医师(含助理执业医师)和注册护士资质,并具有2年以上临床工作经历,能独立工作。基层医疗卫生机构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,以保证家庭病床服务质量,原则上按服务人口1000:1-3设置。

三、服务原则

(一)对有建床需求的签约居民,根据建床标准及评估规定,建立家庭病床。

(二)严格执行卫生计生行政部门有关家庭病床的规章制度、诊疗护理规范，确保医疗安全。

(三)遵守人力社保、物价主管部门的有关规定。

(四)一次建床周期不超过90天，确需继续建床的，需重新办理登记手续，但每一结算年度累计不超过180天。一个结算年度内原则上最多建床3次。

四、主要任务

(一)对建床患者提供基本医疗服务；

(二)开展家庭条件下的康复训练和指导；

(三)对患者进行个体化的健康指导，宣传预防保健知识；

(四)对疾病晚期的患者提供舒缓性照顾。

五、服务项目

服务项目应为适宜在家中开展的诊疗服务，其提供应以安全有效为准则，一般是指在家庭中医疗安全能得到保障、治疗效果较确切、消毒隔离能达到要求、医疗器械能拿到家庭使用、非创伤性、不容易失血和不容易引起严重过敏的项目。

开展家庭病床服务应装备有适应工作需要的小型、便于携带的诊断、检查、治疗的器材和必要的通讯设备。家庭病床服务应配置出诊包、急救箱（含常用急救药品）。出诊包主要包括听诊器、血压计、体温表、手电筒、压舌板、注射换药器材及与所开展服务项目相关的器材等。

检查项目一般有心电图、测血糖、抽血化验等适合在床旁检查或者采集标本到基层医疗卫生机构检查的项目。

治疗项目一般有肌肉注射、皮下注射、换药、褥疮护理、导尿、吸氧、康复指导、护理指导、针灸、推拿等。

六、服务规范

(一) 建床规范

1. 建床对象

(1) 因疾病引起瘫痪或丧失生活自理能力患者；

(2) 恶性肿瘤晚期,行为困难需要支持治疗和减轻痛苦患者；

(3) 三类以上手术(按卫生行政部门划分类别标准)后属恢复期患者；

(4) 临终关怀病人。

2. 建床申请。患者(或其监护人)提出建床申请,基层医疗卫生机构根据建床条件和患者情况,并按照医保规定确定是否建床。确定予以建床的,应指定家庭医生、护士。

3. 服务告知。家庭医生、护士应详细告知患者(或其监护人)建床手续、服务内容、患者及监护人责任、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,出具家庭病床建床告知书(附件1)。家庭医生或护士指导患者(或其监护人)按规定办理建床手续,签订家庭病床服务协议书(附件2)。

4. 服务要求。家庭医生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,作出诊断,并对建床患者制订治疗计划,完整填写相关信息,规范书写家庭病床病历。其中,提供相关康复治疗等服务的,须做好详细记录,并及时做好疗效评估。所有诊疗服务项目须由患者或其监护人签字确认。家庭病床病历书写规范和部分格式见附件3、附件4。

5. 建床要求。患者居住房间应安静明亮,通风良好。房间、桌面、病床、床单被褥和患者衣服应清洁。为避免感染,需进行换药等治疗的患者,家庭环境应具备相应卫生条件。

(二) 查床规范

1. 家庭医生应根据病情制定查床计划，一般每周查床 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. 定期查床时应作必要的体检和适宜的辅助检查，并作出诊断和处理。向患者或其监护人交待注意事项，进行健康指导。

3. 对新建床患者，上级医师应在 3 天内完成二级查床，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。

(三) 护理规范

1. 责任护士根据医嘱执行相应治疗计划。

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。

4. 责任护士应完整书写相关护理记录。

(四) 撤床规范

1. 建床患者符合下列情形之一的应办理撤床：

(1) 经治疗，疾病得到治愈；

(2) 经治疗，病情得到稳定或好转；

(3) 病情变化，受家庭病床服务条件限制，需转诊至上级医院进一步诊治；

(4) 患者由于各种原因自行要求停止治疗或撤床；

(5) 患者死亡。

2. 家庭医生应开具家庭病床撤床证，指导患者(或其监护人)按规定办理撤床手续，并书写撤床记录。

3. 建床患者(或其监护人)要求停止治疗或撤床，家庭医生应将该情况记录在撤床记录中，经患者(或其监护人)签字后办理撤床手续。

4. 撤床后，家庭病床病历归入患者病史由基层医疗卫生机构一并保存，并按病历存档要求进行存档保管。

七、医疗安全

(一) 考虑到家庭病床的诊疗条件，不提倡开展静脉输液服务。

(二) 生活不能自理的患者，在医护人员开展服务时应有具备完全民事行为能力患者家属或看护人员陪同在场。

(三) 医护人员发现建床患者病情加重，应告知患者(或其监护人)及时转院。如拒绝转院，全科医师应在病历上记录并要求患者(或其监护人)签字。

(四) 家庭病床服务过程中产生的医疗废弃物应由医护人员统一回收，并带回基层医疗卫生机构，按医疗废物处置要求规范处理。

八、收费标准

建立家庭病床和提供医疗服务项目等相关收费标准，按浙江省、嘉兴市物价部门的规定执行。

九、其他管理要求

(一) 基层医疗卫生机构应加强家庭病床管理，制定家庭病床各项管理制度和操作规程，并严格执行；应建立家庭病床质量监控评估机制，对家庭病床服务质量、服务对象的满意度等定期评估；应向居民公示家庭病床服务联系电话。

(二)基层医疗卫生机构应明确家庭病床管理部门,负责家庭病床联系、服务质量监控和服务信息收集反馈等管理工作。应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。

- 附件: 1.家庭病床建床告知书
2.家庭病床服务协议书(样稿)
3.家庭病床病历书写规范
4.“家庭病床病历”部分格式(样稿)

附件1:

家庭病床建床告知书

患者及家属（监护人）：

您好，对您提出申请本社区卫生服务中心（乡镇卫生院）提供的家庭病床服务，我中心（院）经审核，符合建床规定。现将有关事项告知如下：

一、建床条件

符合以下条件之一的参保人员，可申请建立医保家庭病床：

- （1）因疾病引起瘫痪或丧失生活自理能力患者；
- （2）恶性肿瘤晚期，行为困难需要支持治疗和减轻痛苦患者；
- （3）三类以上手术（按卫生行政部门划分类别标准）后属恢复期患者；
- （4）临终关怀病人。

二、建床手续

- （一）患者或其监护人提出建床申请；
- （二）对经评估属于收治范围的患者，社区卫生服务中心（乡镇卫生院）告知患者或其监护人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；
- （三）患者或其监护人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》；
- （四）患者或其监护人提供有效的通讯联络方式，确定联系人，保证联系畅通；
- （五）与家庭医生约定第一次上门服务时间；
- （六）参保人员建床的，须按医保规定执行。

三、服务内容

(一) 医生查床服务：一般每周查床1次, 可根据病情调整查床次数;

(二) 护理服务：护士按家庭病床医嘱进行护理服务与指导;

(三) 告知服务：及时告知患者或其监护人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、您和监护人的义务

(一) 提供的患者资料情况属实，通讯方式确保准确畅通;

(二) 病情有变化及时与全科医师联系，或立即送医疗机构救治;

(三) 配合家庭医生、护士开展治疗;

(四) 按收费标准支付费用(收费标准按物价部门相关规定执行);

(五) 按要求办理建床、撤床手续;

(六) 病情不适宜在家治疗时应遵照家庭医生要求及时转诊;

附件2: **家庭病床服务协议书（样稿）**

患者（监护人代）_____您属于以下_____类患者，申请社区卫生服务中心（乡镇卫生院）提供家庭病床服务。

1、患者类型：

- (1) 因疾病引起瘫痪或丧失生活自理能力患者；
- (2) 恶性肿瘤晚期，行为困难需要支持治疗和减轻痛苦患者；
- (3) 三类以上手术(按卫生行政部门划分类别标准)后属恢复期患者；
- (4) 临终关怀病人。

并已了解以下内容：

2、已了解_____家庭医生讲解的疾病情况。

3、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。

4、了解因服务地点和设备局限性，家庭病床服务可能存在的潜在风险。

5、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。

6、已得到以下资料，同意医务人员讲述的注意事项。

(1) 家庭病床建床告知书；

(2) _____

患者签名：

身份证号：

(或) 监护人签名：

与患者关系：

本协议一式三份，一份由患者（监护人）留存，一份由基层医疗卫生机构保存，一份报社保部门备案。

社区卫生服务中心（乡镇卫生院）

年 月 日

附件3:

家庭病床病历书写规范

一、基本要求：参照卫生部《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）第一章。

二、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。

三、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；
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。

四、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。

五、家庭医生应在建床、查床后24小时内完成病历书写。

六、各项检查、化验报告单要及时粘贴。

七、撤床记录包括诊断、治疗过程、转归和撤床医嘱。

附件4:

“家庭病床病历”部分格式(样稿)

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 身份证号

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:

家庭医生签名:

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(或其监护人)要求撤床 死亡

家庭医生签名:

年 月 日