

上海市康复医学质量控制

目录

- 总则
- 工作规范
- 工作制度
- 病历与治疗单书写常规
- 康复治疗质量控制要求

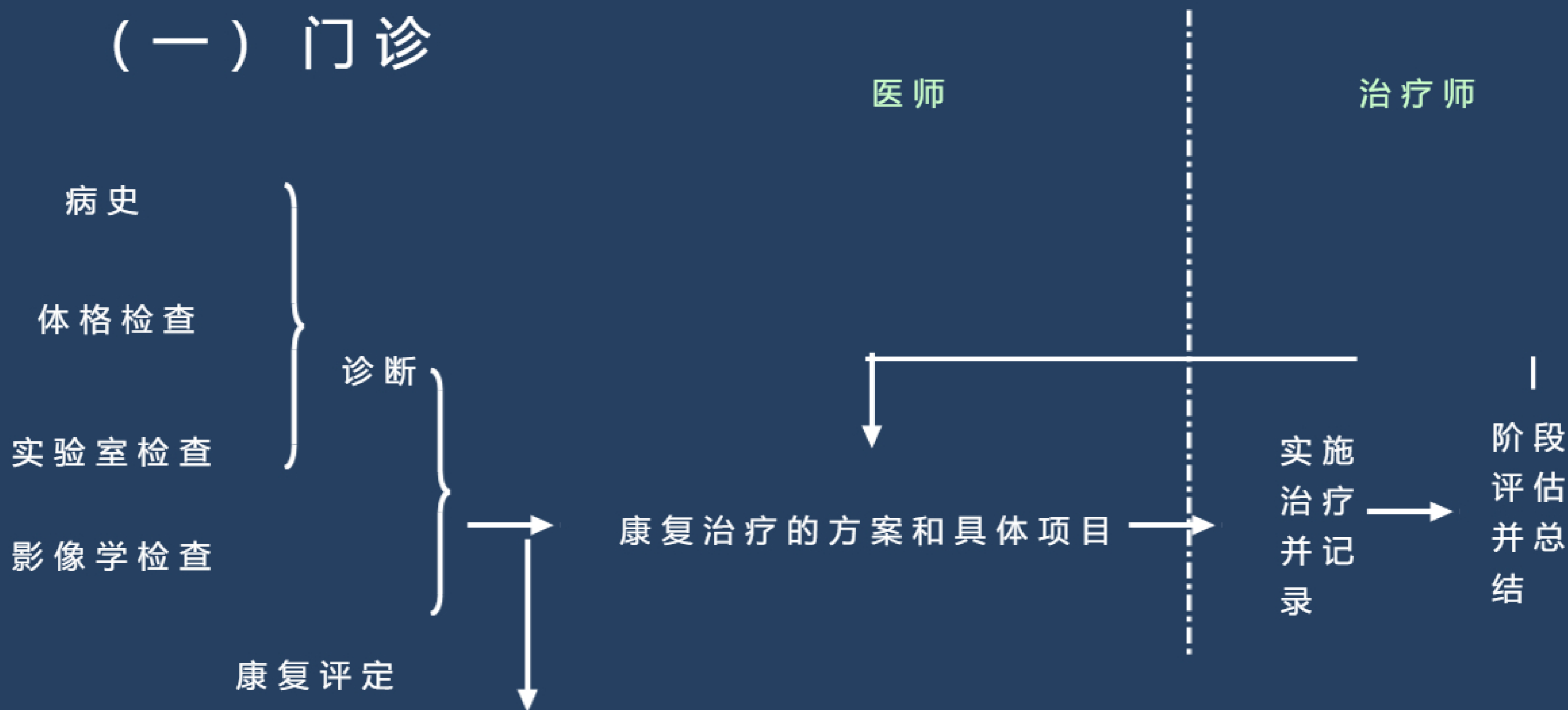
总 则

文件依据

- 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见
- 综合医院康复医学科基本标准
- 综合医院康复医学科建设和管理指南

门诊

(一) 门诊



不适宜进行本科治疗的患者应及时转至相关科室

(二) 转诊

其他临床科医师在病历上写明诊断和转诊的要求



本科医师检查认可



按上述流程进行

(三) 治疗间断

若中途停止治疗1周以上



本科医师复查



重新制定治疗方案



治疗

病房

(一) 查房制度

1、住院医师应每日早、晚各查房1次：

- 询问患者病情
- 进行体格检查
- 查看检查报告和记录
- 决定诊疗意见
- 开出医嘱
- 向患者及家属解答病情，并为上级医师查房做好必要的准备

2、新患者入院时，由经管住院医师接诊（如经管医师休息，由值班医师接诊）：

·在规定时间内完成首次病程记录

·24小时内完成住院病历

·主治医师和主任医师分别在48小时和72小时内与住院医师和经管治疗师一起完成必要的功能评定，制定和完善治疗方案

3、住院医师至少每周1次到治疗室了解患者的治疗情况，与经管治疗师商讨进一步的治疗计划及具体措施的调整。

4、主治医师：

- 每日至少查房1次，负责指导、督促所辖治疗组的住院医师医疗工作。
- 对本组患者的治疗情况应全面了解，对所分管患者进行系统查房，支持康复组工作讨论会，检查病历并纠正其中的错误，检查医嘱执行情况，评定治疗效果，决定患者的出（转）院或各级康复医疗机构之间的双向转诊。

5、主任或副主任医师每周查房1次，重点检查新入院患者、疑难病例和危重患者，会同各级医师、治疗师（士）、护师（士），对患者的康复目标、治疗方案进行指导，根据病情需要调整治疗计划和措施。

6、科主任应不定期组织疑难病例的查房和讨论，解决治疗中出现的难点，并协调和安排相应工作。

7、对本科不能解决的疑难病例，由主治医师开出会诊单，请相关科室医师会诊。相关科室医师来科会诊时，本科医师须在场，以便及时沟通。

(二) 医嘱

1、医嘱一般在早晨查房后小时内开出，要求层次分明，内容清楚。

转抄和整理必须准确，不得涂改。

如须更改或撤销时，应用红笔填“取消”字样并签名。

医嘱要按时执行。

开写医嘱、执行和取消医嘱必须签名并注明时间。

2、开具各类治疗医嘱必须内容完整，符合规范要求，其中康复治疗医嘱需以康复评定为依据，并开出规范的康复治疗处方。

3、治疗师应**每天核对**康复医嘱，确认无误后方可执行。

4、康复治疗医嘱开出后治疗师应在**24小时内**完成首次各项康复治疗。

5、凡需下一班执行的临时医嘱，要交代清楚，并在护士**值班记录**上注明。

(三) 值班与交接班

1、值班

(1) 在非工作及节假日，病房须设有值班医师，可根据科室的大小和床位的多少，单独或联合值班。

(2) 医师在下班前应将当日新入院和危重患者的病情和处理事项写入交班簿，并做好交班工作。值班医师对值班期间的施行的医疗措施应作好病程记录，并扼要记入值班或交接班日志。

(3) 值班医师负责各项临时性医疗工作和患者临时情况的处理；对新入院患者及时检查填写病历，给予必要的医疗处置。

(4) 值班医师遇有疑难、危重问题时，应及时请示上级医师或请相关科室会诊协助处理。

2、交接班制度

(1) 认真做好交接班工作，接班者未到岗前，交班者不得离岗。

(2) 每天集体交接班一次（即晨会）

- 先由交接班者按交班簿或病史记录进行口头或书面交班，报告患者流动情况和新入院、危重、特殊检查等患者的病情变化及康复治疗的变化。
- 危重患者或有特殊情况的患者，必须进行床边交班。
- 接班者如有疑问，应及时提出，交接清楚，以免延误治疗或发生差错。
- 接班后发生的一切问题，应由接班者负责和处理。
- 病区组长或护士长可以在会上对病区工作进行布置和安排。

(3) 在集体交接班时间外的交接班中，除一般情况外，对危重患者应做床边交班，并作书面交接班记录，交接双方均应签名，以示负责。

（四）疑难病例讨论

·科主任或具有副主任医师以上资质的人主持

·召集有关医务人员对诊断不明确或康复治疗疗效不佳的病例进行讨论，尽快明确诊断，提出康复治疗意见、修订康复方案。

床位医师汇报病史、治疗师汇报康复治疗情况或存在问题

床位医师同时做好书面记录，另将摘要记录在病例中，包括：

讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论内容

和结论意见

三、会诊

(一) 院内会诊

1、康复医学科医师应在接到其他科会诊单的**24-48小时内**完成会诊。

2、会诊医师必须由康复医师资质的高年资医师或主治医师担任。

3、本科医师接受会诊后应对患者进行必要的检查和评定，对需要进行本科治疗的患者，排除禁忌症后，确定到本科相应治疗室或在床边治疗，将会诊意见（含会诊时的病情、诊断、康复评定及处理意见，签全名）记录在会诊单上，同时写出康复病历，并通知相关治疗师（士）。

4、会诊后需转入本科的，则按本科相关流程进行。

5、急会诊要随叫随到。

(二) 院外会诊

- 1、接到由院医务处（科）转来的会诊邀请函后，在不影响正常业务工作和医疗安全的前提下，应当及时安排高年主治医师以上外出会诊。
- 2、会诊医师按会诊要求完成会诊记录。
- 3、严格遵守院外会诊的相关法律、法规。

工作制度

一、科室质量管理制度

（一）门诊工作

1、严格执行门诊各项诊疗、功能评定和治疗操作常规，避免医疗差错，杜绝医疗事故。

2、诊室、评定室、治疗室要保持安静、整齐、清洁、通风良好、温度适宜，并且采取必要防范措施，以保证患者诊治过程中的安全。

3、工作服着装整洁，按时上班提前5-10分钟到岗，做好开诊前准备。

4、接诊患者要认真、仔细，做到文明服务、热情周到、不推诿患者、不离岗、不闲谈、不喧哗。

5、书写病史要字迹清楚，内容规范，合格率 $\geq 90\%$ ，门诊处方合格率 $\geq 98\%$ ，康复功能评定率 $\geq 90\%$ 。

(二) 病房工作

- 1、严格执行病房各项诊疗、功能评定和治疗操作常规，避免医疗差错，杜绝医疗事故。
- 2、在科主任领导下，由护士长负责病区日常管理，医疗组长积极协助。
- 3、按时按质完成患者各项诊疗工作，住院患者康复功能评定率 $\geq 98\%$ ，病历和诊疗记录书写合格率 $\geq 90\%$ 。
- 4、保持病房整洁、舒适、安静、安全，避免噪音，做到走路轻、关门轻、操作轻、说话轻。

5、统一病房陈设，室内物品和床位摆放整齐，固定位置。保持清洁卫生，注意通风，每日至少清扫2次，每周大清扫1次。

6、医务人员必须穿戴工作服（帽），着装整洁，必要时戴口罩。病房内不准吸烟。

7、对患者要亲切和蔼，言语温和，体贴关怀。

8、在检查、治疗中要耐心、细致，不增加患者痛苦。

进行有关检查和治疗时，应用屏风挡遮或到治疗室处理，要注意保护患者隐私。

9、定期向患者宣传讲解各项卫生、康复知识，协助患者生活管理等工作。对新入院的患者介绍医院的制度和情况，科室环境，了解患者及家属的思想及要求，鼓励患者树立战胜疾病的信心。签署知情同意书。

10、不要对患者谈论其他医院和科室在诊疗工作中的缺点或错误，以免造成不良影响。

11、住院患者不得随意外出或在院外住宿，如有特殊情况经医师批准办妥手续方可离开。

12、定期召开座谈会，征求患者及家属意见，改进工作。

13、根据患者不同的功能障碍，在床边醒目处贴上防范标签，如防跌倒、防误吸、防烫伤、防压疮等。

14、康复病区或治疗室中应设置患者治疗内容的公示牌，包括患者姓名、治疗项目和治疗时间。

(三) 康复治疗室工作

1、严格执行治疗室各项诊疗、功能评定和治疗操作常规，避免医疗差错，杜绝医疗事故，康复治疗有效率 $\geq 90\%$ 。

2、治疗室开诊前要做好各项准备工作，备好治疗用的仪器、电极、衬垫、敷料和药品等。

- 3、器材、被服、用品分工负责管理，定期检查，并及时领取、更换、报损或维修。
- 4、治疗师治疗前仔细核对康复处方；治疗中应经常巡视，了解情况，发现问题及时处理，必要时通知医师。

5、根据患者的具体情况安排治疗时间，注意保护患者隐私，严格做好消毒隔离。

6、治疗师应按规定做好各项治疗记录并及时签名。

7、被服每周至少更换一次，并注意保持治疗室的整洁。必要时使用一次性床垫。

8、工作完毕，清洁仪器外部和灯管，切断电源，关闭水、电、煤等设施，锁好门窗后方可离去。

二、安全防护制度

(一) 本科用电电源应设总闸，各治疗室应设分闸。仪器设有地线，并须良好接地，贵重仪器须接稳压器。每日开始工作前合闸通电，工作结束时拉闸切断电源。

(二) 所有仪器必须是**三证齐全**，性能明确、安全，有说明书、厂家或公司地址。新购的仪器应先检查，保证安全后，方可给患者使用。

(三) 仪器设备、导线插头、电极板、附件等连接处应绝缘良好，并定期检查，如发现损坏或连接松动，应停止使用，及时检修。

(四) 电源插座处不可放置易燃、易爆物品。

(五) 高压、高频电疗室内，地面、墙壁、治疗床、治疗椅等设备均应绝缘良好，仪器附近的暖气、水管应有木板遮挡，治疗应在木床、木椅上进行。中频电疗仪不得与高频电疗仪放在同一房间、使用同一电源线路。

(六) 高频治疗室内须设屏蔽；仪器摆放应尽量远离暖气管等金属物品，仪器使用过程中严禁打开仪器后面板。

治疗区是否有警示？

(七) 进行高压、高频电疗时，患者和工作人员均应保持身体和衣服干燥。**装有心脏起搏器者禁入高频室**，有其他金属异物者局部禁止高频治疗；治疗前，患者应去除佩戴的一切金属物品，治疗过程中不得触摸治疗仪器及周围的人和物品。

(九) 从事紫外线、激光、偏振光、超声波、微波的工作人员，须注意特别防护，如紫外线、激光、偏振光操作时须戴**防护眼镜**；微波操作时须戴**铜网防护镜**；超声波操作须在声头柄上加**网状套**或戴**纱网手套**。

(十) 从事光疗、高频电疗、蜡疗的工作人员应定期轮换。高频电疗室工作人员必要时应做体格检查。

(八) 水疗室应有防滑防水措施，电源开关与照明开关须加防水罩。

(十一) 科内应备有急救物品 (如橡皮手套、木棍、抢救药品)

(十二) 只有经过本专业培训并熟悉仪器性能者方可使用仪器。

- (十三) 如发生触电应立即关闭总电闸或机器专用电闸，同时用绝缘物（如橡皮手套、木棍）将电源挑开，使触电者尽快脱离电源（切不可用手直接接触触电者），进行现场急救处理，必要时速请急诊室医师协助处理。

三、差错事故预防、处理制度

(一) 预防

- 1、严格执行国家规定的诊疗和操作常规。
- 2、严格执行安全防护制度、核对制度，掌握好各项治疗的适应症和禁忌症，年技术差错率 $\leq 1\%$
- 3、治疗须知公示，如有禁忌和不适宜治疗的情况及时反映，并告知患者可能发生的医疗风险。

4、严格执行值班及交接班制度，严禁值班人员脱岗。

5、落实疑难病例讨论制度和会诊制度，在诊疗过程中遇到非本科室疾病、疑难病例时，应当及时请相关科室会诊或举行疑难病例讨论会，不得延误患者的诊疗时机。

6、对患者实施的重要诊疗措施，经治医师应当具有相应的资质或临床经验；严禁实习的医技人员在无上级医师或治疗师（士）指导的情况下单独为患者采取诊疗措施。

7、必须使用医院统一供应的药物和医疗用品用具；
严禁科室医技人员擅自使用非医院供应的药物和医疗用品用具；对于必须使用但医院没有的药物和医疗用品用具，科室应请示相关主管部门批准。

（二）处理制度

- 1、如果发生差错事故应及时处理，并向上级医师和科主任汇报，及时登记。
- 2、差错事故实施每月零登记，对已发生的事件要组织全科进行讨论并作专项记录。

3、严重差错事故发生后，立即报告有关医师和科主任，必要时由科主任立即报告医务处（科）；同时立即由有关医师进行相应处理。当天由本人登记，详细记录事情经过、病情演变和处理经过，1周内全科讨论。

四、突发事件处理制度

下列情况发生时，必须及时向有关职能部门及院领导或行政值班汇报；

（一）诊疗过程中出现的突发事件必须在第一时间内汇报科主任，及时予以处理，给予患者和家属必要的解释。同时向医务处（科）、护理部报告，晚上向行政总值班报告。

（二）在治疗中，疑似药物、输血、输液等引起的不良后果，应及时报告主任及相关部门，及时处理。

五、仪器保管、维护与保养制度

- (一) 使用的仪器，必须符合相应规定。
- (二) 保证各类康复设备维护良好，每3个月检查1次，并有相关记录，设备完好率 > 90%。
- (三) 医疗仪器由治疗师组长指定专人负责保管，每个评定或治疗室要有仪器登记本，换班时要认真交接。
- (四) 各种仪器按其功能分类妥善保管，贵重仪器专人负责保管。

(五) 所有评定和治疗仪器的使用者必须经专门培训、合格后，方可使用，实习和进修人员必须在操作熟练者指导下操作。

(六) 仪器应有说明书或操作常规卡片，卡片上应有操作程序，需挂在仪器上或贴在相应处。

(七) 电器类仪器必须专线供电，电压不稳的或精密贵重仪器应配备稳压器。如发现仪器有不正常情况，应立即停止使用，请专业人员检查修理。

(八) 仪器摆放应固定位置，不宜经常移动，需要移动时应轻拿轻放，避免振动，在使用过程中禁止挪动，以免损坏或触电。

(九) 所有仪器均须防潮、防晒、防震、防尘和防止过热，应放在干燥、通风、绝缘的地方，夏天需有散热降温设备。

(十) 每日使用前应检查仪器电源插头、地线导线、电极夹子、电极、电极接线、灯管、灯泡、开关及各附件是否完好，电流输出是否正常，仪器是否处在正常状态。发现异常及时修理，未正常前不得使用。

(十一) 仪器外壳每日清洁1次，仪器上不得放置物品，不用时必须切断仪器电源，下班前用塑料布或机器套罩好仪器。

六、消毒隔离制度

(一) 不得在普通诊疗室内进行无菌操作，无菌操作时，要严格遵守无菌操作规程，无菌器械、敷料至少每周消毒1次。

(二) 康复医学科**不接收传染病患者**，如发现传染病患者应及时转科或转院治疗，患者离开后应及时通风、消毒。

(三) **凡与传染病患者接触过的电极套、衬垫、治疗巾等应严格消毒**，各种感染伤口用过的敷料，应放到指定处，统一处理。铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）、厌氧菌感染的伤口用过的器械、电极、敷料、被服等应严格按相关要求消毒。

(四) 紫外线的各种导子，每天用后要用75%乙醇浸泡至少2小时（或其他消毒液按相应要求浸泡），然后用冷开水冲洗，其他中、低频导子，如负压抽吸导子、电脑低频导子等每天用后要用消毒液按相应要求时间浸泡，然后用冷开水冲洗干净待用。

(五) 直流电电疗、低频电疗用过的布套、衬垫洗净后煮沸30min，晾干备用（直流电衬垫正、负极应分开清洗）或**低频电疗使用一次性衬垫**。

(六) 长波(火花)、短波、超短波电疗的体腔导子, 每次用后先用清水洗净, 用消毒液浸泡30min, 取出用冷开水冲洗。

(七) 电疗专用导电橡胶垫治疗前用75%酒精擦拭或再用清水擦拭。

(八) 蜡疗用的塑料布每周用热水擦洗, 电疗用的塑料布每周洗净、擦干。

(九) 颈椎牵引带内应采用一次性内衬。

各级人员岗位职责

科主任职责

- 1、在院长领导下，领导本科医疗、教学、科研与行政管理工工作。
- 2、制订本科的工作计划并组织实施，经常督促检查，按期总结报告。
- 3、督促本科各级医务人员认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。

4、综合医院康复医学科科主任要组织科室与院内其他临床科室建立密切协作的团队工作模式，选派本科康复医师和治疗师深入其他临床科室，提供疾、损伤急性期的早期、专业的康复医疗服务，防止二级残疾发生，改善功能障碍。

5、建立相关各级康复医疗机构之间的双向转诊关系。

6、领导和组织全科医务人员做好各项医疗工作质量管理，亲自参加指导急、疑难病例的抢救处理。定期举行疑难病例、死亡病例讨论会，督促执行医疗差错事故（的）预防、处理、讨论和登记制度。

- 7、组织并负责安排本科各级医务人员的业务学习和技术考核，帮助下级医师提高专业理论，技术操作水平和解决复杂、疑难技术问题的能力。负责安排落实本科的临床教学任务以及研究生、进修生等各类人员的培训工作
- 8、指导全科结合临床开展科学研究。

9、督促科内有关人员^对仪器进行维修和保养工作，负责新仪器的验收工作。

10、组织、带领全科人员实现科室的年度工作计划，包括医教研、人才梯队培养及学科建设。

11、负责全科设备和财产的监督保管和安全。

主任（副主任医师职责）

- 1、在科主任领导下，指导并参与全科医疗、教学、科研、技术培训和理论提高工作，或受科主任委托负责某一方面工作。
- 2、按科室安排，参加病房、门诊工作、院内外会诊，并负有指导责任。定期按时查房，每周1-2次，并亲自参加指导急、重、疑难病例的抢救，组织疑难和死亡病例的讨论会诊。
- 3、指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，并督促认真贯彻执行各项规章制度、治疗和操作常规。

- 4、指导和担任各级各类教学任务。
- 5、运用国内外先进经验指导临床实践，不断开创新技术，提高康复医疗质量。
- 6、积极申请科研项目，负责主持该项目的相关工作，指导本科主治医师和住院医师结合临床开展科学研究工作。
- 7、如为硕士生或博士生导师，负责指导硕士生、博士生的课题工作，包括立题、开题、工作指导、论文修改、论文答辩等。
- 8、副主任医师在主任医师指导下，参照主任医师职责执行。

主治医师职责

- 1、在科主任领导下，在上级医师的指导下负责本科一定范围的医疗、教学、科研工作，指导进修、住院、实习医师工作。
- 2、参加和帮助、指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作，对分管住院病员按时每日查房一次。
- 3、掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡，医疗事故或其它重要问题时应及时处理，并向上级医师和科主任汇报。

4、做好康复组讨论会的主持人，每1-2周召集由住院医师、治疗师、护士参加的讨论会，根据对病员评定的结果具体制定或修改康复治疗方案的方案。

5、参加值班、会诊和完成一定的门诊工作量。

6、主持病房的临床病例讨论及会诊，检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出（转）院、出（转）科或各级康复医疗机构的双向转诊，审签出（转）院病历。

7、认真执行各项规章制度，诊疗常规和技术操作常规，经常检查本病房的康复医疗和护理质量，严防差错事故。

8、组织本组医师在上级医师指导下学习与运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新疗法。

9、参与科室的有关科研项目，做好资料积累，撰写论文。

住院医师职责

1、在科主任指导下，在上级医师指导下分管病床、担任医疗工作并参加值班、抢救等工作。

2、按时完成对病员的诊疗工作并开写医嘱和检查执行情况。

住院病历或入院录应于病员入院后24小时内完成。检查或修改实习医生的住院病历、病程录、上级医师查房录、交接班录、特殊操作和转院（科）录、出院小结等，在无实习医生时，由住院医师完成记录。

3、深入病房，对经管病员全面负责，每天至少上午、下午各查房一次，对危重病人应加强监护，积极抢救，并及时向主治医师汇报病员病情变化、诊断和治疗上的困难和问题。下班前做好交接班工作，对需要特殊观察的重症病人，做好床旁交接班。

4、上级医生查房时，充分准备好查房资料，详细汇报病情和诊疗过程，请其他科会诊时应陪同诊视，及时认真记录并执行查房和会诊意见。

5、认真执行各项规章制度，诊疗常规和技术操作常规，亲自操作或在上级医师的指导下进行各种检查和治疗，或指导进修医师或实习生进行各种所能胜任的检查和治疗，严防差错事故。

6、在上级医师指导下认真学习，运用国内外先进医学技术，参加科研工作，并进行经验总结。

7、在有教学任务的医院需参加临床教学，根据情况指导进修、实习医生工作，修改其书写的文件。

8、完成一定量的门诊工作。

9、随时了解病员的思想，生活情况，征求病员对康复治疗、医疗护理工作的意见，做好病员的心理安抚。热情接待病员家属，耐心解释病情。

主任（副主任）治疗师职责

- 1、在科主任领导下，参与完成科室的医疗、教学、科研等各项工作并参与科室的部分管理工作。
- 2、督促认真执行各项规章制度和技术操作常规并指导各级治疗师开展康复治疗工作，特别是新技术、新方法的应用和开发。
- 3、积极参与康复组的讨论并督促讨论会所决定的康复治疗方案贯彻执行。

主管康复治疗师职责

- 1、在科主任的领导下和上级治疗师的指导下，努力完成相关的医疗、教学和科研工作。
- 2、协助上级治疗师搞好治疗室管理，认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本治疗室的康复治疗质量，严防差错事故。
- 3、协助科主任或上级治疗师安排治疗师岗位轮转，并做好青年治疗师的培养工作。

4、在科主任领导或上级治疗师指导下负责本科康复仪器的安装、保养和管理。熟悉各项仪器的性能原理，定期进行仪器测试或检修，维持仪器运作正常以保证治疗质量。

5、在上级治疗师指导下，学习运用国内外先进经验和技能，积极开展技术创新，不断提高治疗质量。

康复治疗师（士）职责

- 1、在上级康复治疗师指导遵医嘱进行各项康复治疗、评估工作，并做好康复治疗的登记、治疗记录和相关医疗文书书写。
- 2、严格按照各项操作常规进行康复治疗，遵守各项规章制度，严防差错事故。
- 3、指导实习治疗师工作。
- 4、熟悉掌握各种康复治疗设备的基本理论、基本知识、基本操作。负责对有关康复设备进行简单维护和保养，如遇机器故障及时报修。

康复病例和治疗单书写常规

(一) 门诊病案

1、完整的门诊病史均应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名。

2、撰写基本要求

(1) 初诊病史

1) 门诊病史撰写力求内容完整、重点突出、术语规范、文字清晰精炼。

2) 病史：包括主诉、发病过程及功能障碍；与本次疾病有关的既往史，特别是以往出院诊断和相关康复治疗过程。

3) 康复评定和体检：针对存在的功能障碍予以相应的评定和体检。

4) 辅助检查

5) 诊断（包括功能障碍诊断）：应按主次排列

6) 康复目标

7) 处理意见：包括下列内容之一或数项。

① 提出可进一步检查的项目

② 康复治疗处方及注意事项

③ 随机（立即）会诊或约定会诊申请或建议

④ 其他医嘱

⑤ 病休医嘱

8) 医师签名：要求签署及处方权留迹相一致的全名。

(2) 复诊病史

- 1) 复诊病史的必需项目与撰写要求原则上与初诊病史一致。
- 2) 同一疾病相隔3个月以上复诊者原则上按初诊患者处理，但可适当简化（例如：可在一开始即提明原先确定的诊断）。
- 3) 一般复诊病史须写明下列之一或数项：
 - ① 上次康复治疗后，患者的症状、体征和病情变化情况（包括治疗后的不良反应）及疗效。
 - ② 初诊时各种辅助检查检查结果的反馈（转录）
 - ③ 对患者进行再评定，根据评定结果提出进一步的康复治疗措施。

二、住院病历

(一) 一般病史要求按上海市卫生局转发的卫医政发[2010]11号关于《病历书写基本规范》的文中要求执行和各医院医务处(科)的相应规定

(二) 康复医学科病历应体现下列内容:

1、患者往往有躯体、精神、言语、社会四个方面的功能障碍或之一,因此康复病史应有相关功能障碍的描述和评定的记录

2、患者往往难于独立而需依赖他人,必要时对支持他的配偶、家人或有关人员的情况有详细的记录

3、患者在生活中常需借助轮椅、假肢等辅助用品，因而对这些用品用具的使用情况也需加以记录；

4、康复评定和辅助检查（可写入专科检查）

5、应制订阶段治疗计划（含近期和远期目标）

近期目标是患者入院后2~4周内的康复计划及达到的目标，部分变化较快的病情，可以根据具体情况增加评定次数，修改近期目标。

远期目标是康复治疗3个月后达到的目标。

6、注意事项

住院及治疗期间需要注意的问题。

三、治疗单

(一) 治疗单 (包括治疗师记录) 由治疗师书写。

(二) 治疗记录包括 (日期、项目、部位、剂量 (理疗)、方法、时间、治疗反应、治疗者签名)、每10次一个疗效小结 (康复评定)

【推荐门诊基本病历及治疗师记录表在附录中】

康复治疗质量控制要求

一、各项康复治疗质量控制基本要求

(一) 训练场所宜光线充足，室内整洁，地面平整防滑，各种治疗仪器应保持性能完好，完好率 $>90\%$ ，发放有序。

(二) 各治疗室的面积应该按照国家规定执行。

(三) 按照卫医政发[2011]47号文件各治疗室备齐基本设备和仪器。

(四) 态度和蔼, 关心病人, 维护患者尊严, 保护患者隐私, 注意医务人员仪容仪表及个人卫生, 防止医源性交叉感染。

(五) 了解患者一般情况 (包括症状、体征、主要实验检查结果和影像学资料等) 及康复特点 (包括功能的水平、障碍的性质和程度、残疾的范围, 患者对残疾的适应情况和分析康复要解决的问题)。

(六) 先评定后治疗 (包括有助于康复治疗的药物使用)。

(七) 制定治疗方案前明确注意事项和禁忌证

(八) 制定近期及远期目标，并制定个体康复治疗方案。

(九) 选择治疗项目须有针对适应证。

(十) 有规范公示告知制度，如心脏起搏器、体内金属异物等局部某些理疗禁忌症。治疗前或治疗中如有发热、疼痛加重等异常情况要及时告知医务人员等。

(十一) 在以上各项基础上完成病史书写及完整的康复治疗处方书写。

(十二) 各项记录客观、真实、准确、及时、完整。

(十三) 治疗项目的收费按政府物价规定执行。

(十四) 康复治疗前要先三查六对二注意 (即查患者姓名、性别、年龄, 核对项目、部位、方法、时间、各仪器处于正常状态、理疗需加剂量, 注意再次排除禁忌症、开机前输出处于“0”位)。

(十五) 治疗期间加强观察与保护。对非一对一治疗者, 加强巡视, 注意治疗安全。

(十六) 科内应备有急救药品如橡皮手套、木棍、抢救药品等。

(十七) 每次治疗结束后必须作好相关记录，每10次治疗后
再评定，酌情修改治疗方案。

(十八) 做好病史资料保管收集与总结。

(十九) 以下各类康复治疗须参照上述要求执行。

二、运动治疗质控要求

- 1、选择恰当的评定方法对患者的运动能力、感觉能力、日常生活能力等做出相应的评定。
- 2、运动治疗基本要求一对一训练为主，运动强度由小到大、治疗期间休息时间由长渐短，根据患者病情，合理安排治疗时间，每天可以做1-2次。
- 3、预先告知患者每次治疗前或治疗中如有发热、疼痛加重、不适等异常情况发生需及时告知治疗师。

4、治疗中应密切观察患者的面部表情，以使及时发现患者是否有不良事件发生。

5、治疗中动作应轻柔，忌暴力，防止产生剧烈疼痛。

6、站立、行走训练时要有保护，防止跌倒。

7、训练中应结合言语交流，取得患者良好合作，并给予心理支持，帮助患者树立战胜疾病信心。

(二) 各单项运动疗法质控要求：

1、在肌力训练中，采取不同策略。

·0-1级肌力宜采用被动运动、电刺激等方法

·1-2级肌力宜采用阻力运动，免负荷运动或者肌电生物反馈电刺激等方法

·3-4级肌力时宜进行抗阻或渐进抗阻训练，分别可采用等长抗阻、等张抗阻和等速抗阻训练

无论是哪种肌力训练方法都应在无痛或轻痛范围内进行，并注意用力时可能出现的心血管不适反应、不宜过度疲劳。

2、有氧训练：

- 应选择适合的运动方式，采用中等程度的运动训练，每次训练时间逐步达到靶心率强度维持约20-30分钟，每周3-5次。
- 每次训练前应有热身运动，训练后应有整理活动，大寒大热天气要降低运动量，空腹及饭后均不宜训练。
- 在观察运动中心率的变化时，要关注某些药物的服用可引起心率的变化。
- 鼓励患者有氧训练宜持之以恒，坚持才有效。

3、关节活动度训练（主动、主动-辅助、被动关节活动度训练），每一动作重复10-30次，每日2或3次。

（1）主动关节活动度训练：

1）主动运动时动作宜平稳缓慢，尽可能达到最大幅度，改善关节活动度的训练，用力到引起轻度疼痛为最大限度。

2）关节各方向依次进行运动。

(2) 主动-辅助关节活动度训练

1) 治疗师或患者健侧肢体通过徒手或通过棍棒、绳索和滑轮等装置帮助患肢主动运动。

2) 训练时，助力可提供平滑的运动；助力常加于运动的开始和终末，并随病情好转逐渐减少。

3) 训练中应以患者主动用力为主，并作最大努力；任何时间均只给予完成动作的最小阻力，以免助力替代主动用力。

4) 关节各方向依次进行运动。

(3) 被动关节活动度训练

- 1) 患者取舒适、放松体位，肢体充分放松。
- 2) 固定肢体近端，托住肢体远端，避免替代运动。
- 3) 动作缓慢、柔和、平稳、有节奏，避免冲击性运动和暴力。
- 4) 操作在微痛范围内进行，活动范围逐渐增加，以免损伤。
- 5) 从单关节开始，逐渐过渡到多关节；不仅有单向，而且应有多方向的被动活动。

(4) 四肢关节功能牵引法：

- 1) 根据各种关节功能障碍程度的不同，选用相应的支架或特制的牵引器。
- 2) 将所需牵引的关节近端的肢体固定于牵引器上。
- 3) 在关节的远端肢体施加牵引力量，并使**牵引力作用点准确落在被牵拉组织的张力最大点**。
- 4) 牵引力量应稳定而柔和，因人因病而异，并以患者的局部肌肉有一定紧张或轻度疼痛，但可以从容忍受，不引起反射性肌痉挛为宜。

5) 牵引时间10-20分钟，使挛缩的肌肉和受限的关节缓缓地
被牵伸。

6) 不同关节、不同方向的牵引可依次进行，每日2或3次。

若牵引前或中，对挛缩、粘连的软组织做热疗更宜。

(5) 连续被动运动 (CPM) ; 主要用于术后防止关节粘连和挛缩。

1) 一般情况下, 开始训练的时间可以在术后即刻进行, 即便手术部位敷料较厚时, 也应在术后3天内开始。

2) 将要训练的肢体放置在训练器械的托架上, 并予以固定。

3) 开机: 选择活动的范围、运动速度和训练时间。

4) 关节活动范围：通常在术后常用20-30度的短弧范围内训练，关节活动范围可根据患者的耐受程度和病情渐增，直至最大关节活动范围。

5) 训练时间：根据不同的程序，使用的训练时间不同，每次训练1小时，也可连续训练更长时间，根据患者的耐受程度选定，每日1-3次。

6、关节松动术：

- 1) 先充分放松该关节周围的肌肉，根据问题主次，选择有针对性的手法。
- 2) 注意松动动作应轻柔、熟练，忌暴力。
- 3) 有条件的先做关节部位热疗，治疗中要不断询问患者的感觉，根据患者的反馈调节手法强度。
- 4) 年龄大、病程长的关节粘连患者，宜先确诊及治疗骨质疏松症。

4、颈椎、腰椎电动牵引或机械牵引。

(1) 确认牵引钢丝在沟槽内，无断裂。

(2) 牵引前做好相应准备工作：腰椎牵引者特别注意，上下两截衣服应分开并松懈皮带，上部牵引可为下胸部或腋下，后者必须注意防止臂丛神经损伤。

(3) 对严重的骨质疏松症及妊娠、有严重高血压和心脑血管疾病、脊柱结核、强直性脊柱炎、脊柱结核、强直性脊柱炎、脊柱恶性肿瘤的患者应禁作牵引，脊髓型颈椎病慎作牵引

(5) 牵引重量因人而异，一般根据病人的体重计算，颈椎牵引一般从3公斤开始，逐渐增加，最大重量可达15公斤。腰椎牵引重量一般从体重40%开始，逐渐增加重量，可达到体重，并将治疗量记录在卡上。

(6) 牵引过程中注意观察病人的脸色，脉搏，呼吸及自觉症状。如有异常应立即减轻重量或停止治疗。

(7) 颈椎行牵引治疗时，适当调整老年和体瘦者下颌部及后枕部所垫海绵垫或棉垫，以减轻局部疼痛和不适。

(8) 每次治疗时间20-30分钟，每日1-3次。

5、神经肌肉促进疗法

神经肌肉促进疗法是在神经发育学、神经生理学等基础学科发展的基础上，针对脑损伤后运动控制障碍的康复治疗技术与方法。其典型代表有Bobath技术、Rood技术、Brunnstrom技术、神经肌肉本体感觉促进技术（PNF）和运动再学习技术。这些治疗技术根据人类神经发育规律和神经生理特点，采用促进和抑制方法改善中枢神经系统损害造成的功能障碍，已经广泛应用到康复医学临床实践中。

在临床上使用上述技术时，应注意以下共同特点：

(1) 根据患者神经损害特点，结合患者功能障碍状态、年龄等因素，针对患者神经功能恢复的不同阶段，制订个体化的治疗方案。

(2) 按照个体发育的正常顺序，通过对外周（躯干、肢体与五官）的各种浅、深和复合感觉的良性刺激，抑制异常的病理反射和病理运动模式，引出并促进正常的反射和建立正常的运动模式。

(3) 在训练过程中，通过患者各种神经反射，如各种原始反射、联合反应和连带运动等，先诱导出肢体活动，再经过训练促进分离动作产生，最终改善患者运动功能。

(4) 把治疗与功能活动特别是日常生活活动能力 (ADL) 结合起来，在治疗环境中学习动作强调以功能为导向的治疗过程，在实际环境中使用已经掌握的动作并进一步发展技巧性动作。

三、其他物理因子治疗（简称理疗）质

（一）理疗质控基本要求

- 1、只有符合本专业资质要求并熟悉仪器性能者方可使用。
- 2、遵守操作规范
- 3、遵守康复治疗室质量管理制度；安全防护制度；差错事故预防处理制度；仪器维护保养制度和消毒隔离制度等；
- 4、遵照各项康复治疗质量控制基本要求。

5、选择理疗治疗项目须有适应证，注意同一部位少重复同一类治疗项目。

6、每一种治疗设备均必须配有保养、输出剂量、定期检测等措施以及相应记录。应定期检测仪器的绝缘电阻、漏电流、接地线电阻、接地系统的接地电阻等四个指标。定期检查仪器各项指标是否达到额定值。

7、检查电线是否完整，有无漏电的可能。检查治疗仪器工作状态是否稳定，光疗治疗灯具有特别稳定的底座。

8、治疗前所有设备各项输出旋钮均置于“0”位。

9、让患者取恰当体位，需要时脱去衣服和敷料，充分暴露治疗部位。

10、治疗师应在治疗前向患者说明不得自行操作仪器，以及治疗的正常感觉，如出现异常感觉或过热等不正常情况时应及时告知治疗师。

11、治疗师应在治疗前检查患者治疗部位的皮肤的完整性，若有皮损，局部应用绝缘隔垫（按皮损形状剪一块绝缘塑料片贴敷局部）。

12、治疗前检查治疗局部是否有感觉障碍、疤痕、供血不良，若有感觉障碍，则治疗剂量不能按患者感觉给予，而应严格按照治疗电极面积计算剂量。

13、治疗过程中加强巡视，观察治疗中所用仪器设备。

14、治疗结束后，检查治疗区域表皮有否异常（包括有否灼伤）。治疗完毕关闭电源（指输出开关回复“0”位或恢复到预热状态）撤除治疗电极（光疗后应先移开光源，以免患者起身时触及光源的高温部分）。撤除覆盖与遮拦物品，让患者穿好衣服，协助患者坐起或站起。交代患者治疗后的注意事项，皮肤保护等。

(二) 各单项理疗质控要求：

1、直流电疗仪：仪器外壳无漏电，输出正、负极应有不同颜色区分，并有定性测试记录，各档位区分标记清楚，输出电量平稳且连续可调。配有各种大小的标准治疗用厚衬垫且区分正、负极专用。防止直流电灼伤。直流电药物离子导入需注意药物质量。

2、低、中频电疗仪（包括肌电生物反馈治疗仪）：有定性测试记录，各档位区分标记清楚，输出电量平稳且连续可调。配有各种大小的标准治疗电极，以及相应薄衬垫、或采用一次性导电黏胶电极。中频治疗仪在放置电极前必须先将开关打开。低、中频电疗二次调节治疗剂量，注意患者疗中反应。

3、高频治疗仪：短波、超短波治疗仪：输出电量平稳。配有各种大小的标准治疗电极，配有不同厚度的隔离垫。输出电量氖管测试与输出毫安数相符。妊娠不宜进行该项治疗。

微波治疗仪：有定性测试记录，输出电量平稳，仪器外壳无漏电。配有护目眼罩。防止高频电烧伤。不得在眼部、睾丸、小儿骨骺部位进行治疗。

4、紫外线治疗仪：输出紫外线辉度平稳。配有护目眼镜。有平均生物剂量测试记录（冷光源除外）。

5、红外线治疗仪（包括频谱治疗仪、TDP治疗仪、纳米波治疗仪等）：输出平稳。执行光疗时，注意保护患者的眼睛和面部。红外线治疗时，使灯对准患处，如无罩灯具则不宜置于患者的正上方，而应斜照于患处。防止红外线烫伤。

6、超声波治疗仪：超声波治疗仪需有专用接触剂。有定性测试记录，输出声强档位标记相符。超声治疗时要注意散射和反射的超声波作用于治疗人员，为了防护，超声头握柄上要用网套保护或操作者可戴纱网手套。注意头部和脊髓部位剂量控制；孕妇的腹部和腰骶部、小儿骨骺端不得进行治疗。

7、磁疗仪（包括骨质疏松治疗仪）：输出磁强档位标记清楚，有定性测试记录。

8、温热治疗仪（包括场效应治疗仪、磁热振治疗仪等）：
输出温度档位标记清楚，有定性测试记录。

9、高压静电治疗仪：输出温度档位标记清楚，有定性测试记录。有治疗隔离区域。

（三）理疗常见问题处理

1、直流电灼伤：停止治疗，保持局部清洁，防止感染。

根据灼伤性质：**碱性（负极烧伤）或酸性（正极烧伤）**分别给予对症处理。

轻伤亦可每日用酒精局部轻擦拭，必要时可进行局部抗菌药物应用，外加消毒敷料包扎，尽可能保持干燥。

2、高频电烧伤：停止治疗。

(1) 表皮灼伤：视局部伤情给予对症处理。

(2) 深部损伤：有深部脏器损伤时。应及时联系相关专科，给予对症处理。

3、红外线灼伤：停止治疗，保持局部清洁，防止感染。根据灼伤情况给予必要处理。

四、作业治疗质控要求

(一) 作业治疗质控基本要求

- 1、选择恰当的评定方法对患者的运动功能、日常生活活动能力、感知认知功能以及生活环境进行相应的评价，分析和发现问题并制定长期和短期目标，以便确定相应作业治疗项目。
- 2、作业治疗中患者的体位选择根据其全身的功能状态可以是卧位或坐位或站位。

- 3、治疗师服装整洁，言语贴切、能清楚地向患者讲解训练项目的各项要点目的和作用。
- 4、所选择的作业治疗项目需能积极调动患者的主动参与性，必须根据患者的性别、年龄、体力、病情、文化程度、个人兴趣、生活和工作的需要。治疗中注意语言交流，激发患者参与训练的兴趣。
- 5、对所选择的作业治疗项目进行动作分解分析，确定难度递增分级，同时注明完成此项活动时的注意事项。

6、选择的作业治疗项目的难度以患者能完成80%以上的任务为宜。

7、作业治疗方式根据患者的情况选择一对一或小组的形式。

8、作业治疗的强度要求从低难度的动作开始，有简到繁，治疗时间由短渐长。

9、作业治疗次数可以根据患者的病情每日1-2次。时间每次30分钟左右。

10、对老人、行动不便者和小儿尤其需注意加强保护，防止意外发生。

11、治疗期间要求定期评定，根据病情的变化及时调整治疗处方。

12、治疗师详细记录患者的作业治疗项目及治疗进展。

13、治疗师根据患者的病情和功能帮助患者选择恰当的自助具使其能完成作业治疗的目标。

14、正确指导患者选择和使用拐杖和轮椅。

15、患者需用压力衣和低温塑板治疗时，应由经过培训的专业医务人员承担。

(二) 各项作业治疗质控要求

1、增强运动能力的作业治疗

(1) 包括以下几个方面：

- 1) 增强上下肢肌力的作业训练
- 2) 增强手部肌力的作业训练
- 3) 维持关节活动度的作业训练
- 4) 改善协调及平衡能力的作业训练
- 5) 增强全身耐力的作业治疗
- 6) 眼手及上下肢协调的作业训练

(2) 可选择捡拾珠子或豆子、捏粘土或橡皮泥、和面、捏饺子、木刻、打结、编织、刺绣、插钉、弹琴、脚踏缝纫机、砂磨等1项或2项以上的作业活动来达到上述目标。

(3) 在作业治疗师的指导下进行各项活动

(4) 木工作业时防止跌倒及木屑进入眼中，电器设备按操作常规使用。

(5) 粘土或橡皮泥作业时使用手套，防止粘土或橡皮泥与衣服粘合。

(6) 认知障碍、视力低下、感觉障碍及精神障碍者禁做有电器、刀具等作业活动。

2、感觉恢复的作业治疗：

(1) 包括以下几个方面：

1) 感觉再训练：让患者判断刺激的位置和感觉并加以训练。

2) 感觉敏感性训练：让患者触摸不同质地的实物，训练患者对物体软硬程度的识别；刺激患者的本体感觉和平衡觉；分辨声源等。

3) 感知觉训练：训练患者定位感、方向感和空间感。

4) 感觉替代练习：如利用听、触觉替代视觉，视觉代偿保持身体的平衡等。

(2) 治疗师根据患者感觉障碍的问题，选取上述一种或二种以上的方法，对患者进行反复多次的训练。

(3) 训练中注意安全，防止摔倒、扎伤等意外的发生。

3、日常生活活动能力（ADL）训练

（1）包括以下几个方面、

1) 床上训练和转移

① 包括床上正确体位的摆放、床上翻身训练、卧位到坐起训练及转移训练。

② 偏瘫患者转移训练，轮椅与床成45度左右的角度，轮椅与座侧成30-40度的角度，以健腿为轴转动躯干。

③ 截瘫患者转移训练，轮椅与床成直角或成30度角或与床平行，后二者需除去轮椅近床侧扶手。

④ 转移至浴缸中时，注意安全，防止跌倒。

2) 进食训练

3) 洗漱动作训练

4) 穿衣训练等

(2) ADL训练的效果会受到记忆障碍、严重的感觉性失语、定向障碍、意念性失用以及焦虑等的影响。因此，有上述问题的患者暂时不适合接受ADL训练，待功能改善后再开始进行。

(3) 患者接受ADL康复训练的寻求程度取决于患者的动机和对于不同独立水平的需要。因此，训练内容应与患者的需求相结合，增加患者主动参与的积极性，提高疗效。

(4) 为了提高患者的独立性，治疗师还需要对环境的适应和改造提出建议

4、知觉功能训练的作业治疗

(1) 失认症功能恢复训练

1) 包括半侧忽略、疾病失认、Gerstmann综合征、失语、失写等。

2) 治疗中以给予正面刺激为宜，可以多次反复进行并记录每次完成的情况。

(2) 失用症功能恢复训练

1) 包括结构性失用、运动失用、穿衣失用、意念性失用等

2) 应记录每次训练的结果，是否能顺利完成以及完成的快慢程度等及时修改训练内容的难易程度，注意安全，避免烫伤或刺伤等意外的发生。

5、认知功能恢复的作业治疗

- (1) 包括自知力、注意力、记忆力和思维障碍的恢复训练等。
- (2) 每次训练前应根据对患者的评定及上次训练的反应，制定具体训练计划。预先准备好训练用品，应尽量减少患者视野范围的物品，并避免杂乱摆放及不必要的物品。
- (3) 治疗师充分理解患者，尊重患者人格，使患者对自身障碍有正确认识。注意正确引导，避免直接否定患者，以增强患者的自信心，提高训练欲望。
- (4) 每日可选择两至三项进行训练，根据患者的耐受和反应而定。

五、传统康复治疗质控要求

（一）治疗者需具有中医师资质及针灸推拿专业资质，其他临床类执业医师进行上述治疗需符合沪卫中医[2011]41号文要求。

（二）针灸治疗

1、要体现中医辨证施治的特点。中医师施术，在书写首次病历时，要有望、问、闻、切及辨证的内容，取穴有主次，针法要明了，用灸有方法和壮数。治疗要记录取穴、针和灸的方法，以及治疗反应。使用电针，必须记录电流量、频率及时间。

2、采用一次性针具，使用后，根据防止院内感染的要求，集中处理。如用多次使用的针具，必须严格消毒；使用前要检查，如针头有毛糙、针身有折痕，必须弃用。

3、如针刺后留针，要检查针刺前后的针具数，防止针刺结束后，有针遗留在病员的身体上

4、在应用灸法和火罐时，除了一些需发泡的治疗方法外，要注意病员的皮肤反应，防止灼伤感染。使用有烟灸法，室内必须有排气装置。火罐必须使用医用罐具，而不能使用生活用品的玻璃器皿。

(三) 推拿治疗

1、根据不同的疾病，要体现不同的推拿治疗特点。对于运动系统和神经系统的疾病，要体现推拿被动的手法治疗和主动的功法锻炼相结合的特点；对于心脑血管系统和消化系统疾病，在取穴、施术部位、手法等方面，要体现中医辨证施治的特点。施术结束，要记录所采用的手法、功法，以及治疗反应。

2、应用膏摩，必须采用有批准文号的油膏制剂和经批准的自制制剂；在病历上，要记录所采用的膏摩制剂的名称和种类。应用后，要注意皮肤是否有反应，并及时记录。

3、治疗人员每治疗一次病员后，必须进行手消毒。

六、言语和吞咽障碍质控要求

- (一) 治疗者必须是接受过言语治疗技术培训的康复专业人员。
- (二) 早期开始，病情允许则越早开始越好。但如全身状况不佳、处于病情进展期或体力不支、意识障碍、严重痴呆者不宜进行训练治疗。
- (三) 训练室应为独立房间，最好有隔音设施，室内布置要求简洁明亮、安静舒适，尽量避免视觉和听觉上的干扰，注意训练期间限制人员出入。

- (四) 采用恰当的言语及吞咽功能评定，并将其贯穿于整个治疗过程中，根据测试结果不断修正治疗方案。
- (五) 言语障碍治疗原则是根据构音器官及构音检查的评估结果确定障碍的部位及治疗顺序，然后结合其言语表现进行针对性治疗。
- (六) 言语训练优先选用日常用语，尽量选用患者感兴趣、与职业或爱好有关的内容，训练中所选内容应设计在患者成功完成率70-90%的水平上。

(七) 训练原则上以一对一为主，有利于制定有针对性的治疗方案。也可进行集体训练，能增加患者信心和兴趣，改善由于语言障碍所致的心理或情绪等问题。

(八) 治疗师训练前后要洗手，训练物品要定期消毒，直接接触患者口腔或皮肤的检查和训练物品尽量使用一次性医疗用品，重复使用的物品必须消毒处理。

- (九) 吞咽障碍治疗应先进行筛选，必要时进一步进行影像学检查，明确障碍部位，以此确定有针对性的治疗方案。
- (十) 治疗量因人而异，先易后难。一般治疗时间为20分钟/次，治疗过程中要注意观察患者是否出现异常反应和疲劳表情，不可勉强训练，必要时可缩短治疗时间。
- (十一) 正确选择食物避免吸入和咽塞。

(十二) 注重患者心理治疗。应多与患者交流，充分理解尊重患者，注意正面引导，避免直接否定，给予适当的鼓励与表扬，以取得患者更好的合作，提高训练欲望，让患者对自身障碍有正确的认识。

(十三) 与患者家属及时交流沟通并提供指导，协助患者重视自我训练，并完成针对患者情况所制定的家庭训练计划，有效强化训练内容。

(十四) 确保交流手段。尤其对于部分重度交流障碍患者，可采用交流板辅助系统，通过简单的图片或文字解决患者的日常沟通交流问题。

七、心理康复治疗质控要求

- (一) 治疗者须具有卫生专业执业医师，且通过国家或上海市有关行政部门指定的专业培训，并获得心理咨询师或心理治疗师资格证书。
- (二) 具备单独的心理治疗专用室。
- (三) 建立心理治疗工作的管理制度。
- (四) 建立求询者的登记制度。
- (五) 建立求询者资料的保密制度。
- (六) 做好告知制度，包括初诊告知、诊疗告知、心理测评告知等。
- (七) 对初诊求询者需精神药物治疗的，应作相应的体验和实验室检查。

(八) 治疗师必须真正做到以不批评、不包办代替和中立的态度对待患者。

(九) 对患者要真诚地理解、尊重和认同，得到患者信任，与患者建立一种具有治疗意义的亲密关系。

(十) 心理治疗每次一般不少于40分钟。

八、康复工程治疗质控要求

- (一) 开展此项工作应至少拥有一名取得假肢或矫形器制作师执业资格证书的专业技术人员，尚无上述专业人员的可暂由经过培训的或有一定工作经验的康复治疗师代替。
- (二) 康复工程室应有制作假肢、矫形器必备的专用设备。
- (三) 对患者功能障碍部位作出功能评定。

(四) 依据评定在与患者及家属充分沟通下制定个体的矫形器或支具的康复工程治疗方案，处方中除一般项目外须写明诊断，康复工程用具品、规格要求等内容。

(五) 明确患者在进行此类康复工程治疗中的注意事项。

(六) 由专业人士根据康复医师的治疗方案，和患者功能障碍的部位与程度，设计制作和安装相应的假肢、矫形器和支具、压力衣等，并指导患者正确使用、修改和维修。

(七) 强调安装矫形器或支具前、后应要求患者积极作相应的运动疗法。

(八) 此康复工程产品应在《中国伤残人员专门用品目录》范围内。

(九) 做好康复工程产品使用的随访工作，必要时提出修改意见。

第七章 国家、部委、及本市相关文件目录

- (一) 中华人民共和国残疾人保障法（1990年12月28日七届全国人大常委17次会议通过，2008年4月28日第十一届全国人大常委第二次会议修灯）；
- (二) 《关于进一步加强残疾人康复工程工作的意见》（国办发[2002]41号）；
- (三) 《关于下发第一批上海市医疗机构临床诊疗科目设置准入基本标准（试行）的通知》（沪卫医政[2006]119号）的附件4：上海市二级及以上医疗机构康复医学科设置准入基本标准（试行），附加5：上海市一级及以下医疗机构康复医学科设置准入标准；

- （四）《残疾人康复及辅助器具配发政策》（沪残联[2007]57号）；
- （五）《中共中央 国务院关于促进残疾人事业发展的意见》（中发[2008]7号）
- （六）《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发[2009]6号）
- （七）病历书写基本规范（2010年1月22日，卫医政发[2010]11号）

(八) 《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》卫农卫[2010]80号；

(九) 《综合医院康复医学科建设与管理指南》（卫医政发[2011]31号），（注：《综合医院康复医学科管理规范》卫医发[1996]第13号已废除）；

(十) 《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发[2011]47号）；

(十一) 《2010-2020卫生专业技术人才发展规划》(康复治疗师)(卫人发[2011]15号)；

(十二) 操作规范主要参考书

- 1、《中国康复医学诊疗规范》，中华人民共和国卫生部医政司主编，华夏出版社，1998.
- 2、《物理医学与康复科常规》，上海市医疗护理常规，1999
- 3、《临床技术操作规范》，物理与康复医学分册，中华医学会主编，人民军医出版社，2004.
- 4、《康复治疗技术操作规范》，卫生部医政司，2012.