



上海市康复医学质量控制标准

上海市康复治疗质量控制中心

2020年2月 印刷

上海市康复医学质控标准

(2018年版)



上海市康复治疗质量控制中心

2019年1月

《上海市康复医学质控标准》

前 言

康复医疗质量事关人民群众身心健康和生命安全,是医疗管理的核心内容和永恒主题。康复医疗服务的主要对象是涉及到身体各类功能问题、活动或社会活动参与能力受限的人群;康复医疗目标是预防和治疗身体结构和功能损害的发生和加重;康复医疗干预手段是采用多种综合治疗方法,去改善和提高身体各类器官功能,提高个体生活活动能力,提升生存质量,使生命更具活力,而不仅仅是生命的无效延长。

康复医疗质量控制就是一种按照预先设定的康复目标计划,通过规程和方法,采取有效的干预措施,进而达到功能生命质量提升的过程控制。因此,康复医疗诊疗技术质量、管理方法,与病患的疗效和经济效益以及社会效益直接相关。

随着科技发展、社会进步,人们对康复医疗服务形式和能力,提出更高要求,提高康复医疗服务能力已是当前重要任务。按照《关于进一步促进本市社会医疗机构发展实施意见的通知》(沪府办发〔2013〕6号)等相关规定,一批康复机构成功转型,康复医疗服务逐步向分级诊疗、亚专科康复、特色康复方向发展,根据《上海市康复医疗服务体系发展规划(2016-2020年)》(沪卫计医〔2017〕002号),为进一步提高本市康复医疗质量与服务能力,上海市康复治疗质控中心组织有关专家,在总结前几年质控工作经验的基础上,修编了《康复医学质控标准》,新增了亚专科康复等内容。

根据《关于印发国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)中文版的通知》(国卫医发〔2018〕52号)文,自2019年3月1日起,卫生健康行政部门开展医疗机构绩效考核、质量控制与评价等工作时,均应当采用ICD-11中文版进行医疗数据统计分析。尤其ICD-11中的第V部分(功能评定),是基于健康功能评定ICF的WHO DAS2.0的版本,现正在全国康复和慢病疾控等领域进行推广。为此,本中心按照文件要求,推荐使用2018年已经在全国团体标准信息平台发布的《ICF活动和参与评价量表》,促进ICD-11及WHO DAS2.0的实践应用,使康复医疗尽快与国际标准术语、编码和评定工具同步(见附表)。

上海市康复治疗质量控制中心2002年成立,2012年发布质控标准,使康复从业人员在工作中有章可循,促进了本市康复治疗规范发展。

《康复医学质控标准》在编写过程中听取了本市有关主管部门和各级医院专业人员的意见,得到了本市专家的支持和帮助,在此表示衷心感谢!

上海市康复治疗质量控制中心

2019年1月

目 录

| | |
|----------------------------|----|
| 第一章 总 则 | 1 |
| 第二章 工作规范 | 2 |
| 一、 门诊 | 2 |
| 二、 病房 | 2 |
| 三、 会诊 | 5 |
| 第三章 工作制度 | 6 |
| 一、 科室质量管理制度 | 6 |
| 二、 安全防护制度 | 7 |
| 三、 差错事故预防、处理制度 | 8 |
| 四、 突发事件处理制度 | 9 |
| 五、 仪器保管、维护与保养制度 | 10 |
| 六、 消毒隔离制度 | 10 |
| 第四章 各级人员岗位职责 | 12 |
| 一、 科主任职责 | 12 |
| 二、 主任（副主任）医师职责 | 12 |
| 三、 主治医师职责 | 13 |
| 四、 住院医师职责 | 13 |
| 五、 主任（副主任）治疗师职责 | 14 |
| 六、 主管康复治疗师职责 | 14 |
| 七、 康复治疗师（士）职责 | 15 |
| 第五章 康复病历和治疗单书写常规 | 16 |
| 一、 门诊病历 | 16 |
| 二、 住院病历 | 17 |
| 三、 治疗单（包括治疗师记录） | 17 |
| 第六章 康复医疗质量控制要求 | 18 |
| 一、 各项康复医疗质量控制基本要求 | 18 |
| 二、 物理因子治疗（运动治疗）质控要求 | 19 |
| 三、 物理因子治疗（理疗）质控要求 | 22 |
| 四、 作业治疗质控要求 | 25 |
| 五、 传统康复治疗质控要求 | 28 |
| 六、 言语与吞咽障碍治疗质控要求 | 30 |
| 七、 心理康复治疗质控要求 | 31 |
| 八、 康复工程治疗质控要求 | 31 |
| 九、 儿童康复治疗质控要求 | 32 |
| 第七章 国家、部委、上海市相关文件目录 | 34 |
| 第八章 质控督查相关文件 | 36 |
| 康复医学科 督查内容及评分表（100分） | 37 |
| 康复医院 督查内容及评分表（100分） | 38 |
| ICF 活动和参与评价量表 | 39 |
| 康复门诊病历 | 41 |
| 康复治疗记录单 | 42 |
| 康复早期会诊记录单 | 43 |
| 康复医疗双向转诊记录单 | 44 |
| 康复医学 Team 会议记录单 | 45 |

第一章 总 则

康复医学是现代医学的重要组成部分,是在康复医学理论指导下,实行康复医学诊断、功能评定和各种康复治疗技术,为患者提供全面、系统的康复医学专业诊疗服务的临床科室。严格科学的管理和规范操作是康复医疗质量和安全的根本保证。根据《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“注重预防、治疗、康复三者结合”的指导思想,以及卫生部印发的《综合医院康复医学科基本标准》、《综合医院康复医学科建设与管理指南》、《康复医院基本标准(2012年版)》等纲领性文件的原则要求,制定本市康复医疗质控总则如下:

一、本市开展康复医学临床工作必须具备由本市卫生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》且核准的诊疗科目中包括康复医学科,非医疗机构不得开展康复医学临床业务。

二、本市医疗机构康复医学科的设置、设备和人员配备应符合“卫生部关于印发《综合医院康复医学科基本标准(试行)》的通知”(卫医政发〔2011〕47号)所规定的要求。医师、治疗师资质应符合“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)所规定的要求。应当按照“卫生部关于印发《综合医院康复医学科建设与管理指南》的通知”(卫医政发〔2011〕31号)的相关要求进行建设和管理,逐步提高康复医疗服务水平。

三、本市康复医疗机构应当按照“卫生部关于印发《康复医院基本标准(2012年版)》的通知”(卫医政发〔2012〕17号)的相关要求进行建设和管理,逐步提高康复医疗服务水平。

四、科室内使用的仪器必须三证齐全(即医疗器械生产企业许可证、医疗器械产品注册证和医疗器械经营企业许可证),并定期对仪器进行保养与维护,保证其性能良好。

五、技术操作应遵循国家卫健委和上海相关部门颁布的医疗相关规定。疾病分类与代码按照国家卫健委和上海相关部门颁布的最新文件执行。

六、严格执行各项规章制度和各级人员岗位职责。

七、各级医疗机构开展康复医疗应实行分层级医疗、分阶段康复,使患者在疾病的各个阶段均能得到适宜的康复医疗服务。

第二章 工作规范

一、门诊

(一) 门诊医师，应认真询问病史、进行相应体格检查、必要的实验室和影像学检查并作出明确诊断及相关康复评定，提出康复治疗的具体项目和方案，按规定书写病历及康复处方。对不适宜进行本科治疗的患者应及时转至相关科室。

(二) 本科也可接受各临床科室医师确诊后需要本科治疗的患者，由其他临床科室医师在病历上写明诊断和转诊的要求，经本科医师检查认可后，按上述流程进行。

(三) 门诊患者若中途停止治疗 1 周以上，需经本科医师复查、重新制定治疗方案后，才能继续治疗。

(四) 治疗师（士）接到门诊病历后应根据医嘱进行相关的治疗并记录。

(五) 完成阶段治疗后，治疗师（士）对治疗效果和病情变化进行初步评定后转本科门诊医师复查，以决定是否继续进行治疗。

(六) 本科医师应对接受治疗的患者定期复查，并及时与治疗师（士）沟通，了解治疗效果及病情变化，及时调整治疗方案，并将复查情况记入专科病历。疗程结束后及时小结，并予以记录。

二、病房

(一) 查房制度和内容要求

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、决定诊治意见，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,主持康复小组工作讨论会,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,每日至少查房1次。

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。

8、护士长除按照护理常规督查日常工作之外还应组织护理人员每周进行1次康复护理查房,主要检查康复护理质量,研究解决康复护理的疑难问题。

(二) 医嘱

1、医嘱一般在早晨查房后2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,其中康复治疗的医嘱需以康复评定为依据,并开出规范的康复治疗处方。

3、除抢救外不得下达口头医嘱,如下达口头医嘱,护士需复诵一遍,经医师查对药物后执行,医师要及时补记医嘱。医师无医嘱时,护士一般不得给患者做对症处理,但遇抢救危重患者的紧急情况下,医师不在,护士可针对病情临时给予必要处理,但应做好记录并及时向经治医师报告。

4、治疗师应每天核对康复医嘱,确认无误后方可执行。

5、康复治疗医嘱开出后治疗师应在24小时内(遇节假日等特殊情况顺延)完成各项康复治疗。

6、病房护士每班要查对医嘱,夜班查对当日医嘱,每周有护士长组织总查对1次;转抄、整理后的医嘱,需经另一人查对无误确认后,方可执行。

7、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) 在非工作时间及节假日，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。

(5) 值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开。护理人员邀请时应立即前往视诊。如有事临时离开，必须向值班护士说明去向并留下联系电话。

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 1 次（即晨会），全体在班医护人员及相关康复治疗师必须参加（也可分医师和护士两组分别进行集体交接班）。先由交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，对危重患者应作床边交班，并应作书面交接班记录，交接双方均应签名，以示负责。

(4) 第二值班医师接班后应巡视检查各病区危重患者。病区第一值班医师应向第二值班医师汇报情况。

(四) 疑难病例讨论

凡遇疑难病例，由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。讨论时由床位医师汇报病史、治疗师汇报康复治

疗情况及存在问题；床位医师同时做好书面记录，另将摘要记录在病历中，内容包括：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等。

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 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，排除禁忌证后，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 10 分钟内赶到。

（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。

第三章 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，年技术差错率 $\leq 1\%$ ，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，并采取必要防范措施，以保证患者诊治过程的安全。

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，年技术差错率 $\leq 1\%$ ，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，应用屏风遮挡或到治疗室处理，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。

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等。

(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，年技术差错率 $\leq 1\%$ ，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；了解注意事项，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1次，并注意保持治疗室的整洁。

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。

(七) 高压、高频电疗的间距不得少于 3 米，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，治疗过程不得触摸治疗仪器及周围的人和物品。

(八) 水疗室应有防滑防水设施，电源开关与照明开关须加防水罩。

(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；超声波操作时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。

(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证和禁忌证。
- 3、治疗须知公示，如有禁忌和不适宜治疗的情况及时反馈，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) 医疗仪器由治疗师组长指定专人负责保管，定期检查，保证性能良好，每3个月检查1次，并有相关记录，设备完好率>90%。

(三) 每个评定室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) 仪器应有说明书和操作常规卡片，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、开关及各附件等是否完好，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时间浸泡），然后用冷开水冲洗，其他低、中频导子，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。

第四章 各级人员岗位职责

一、科主任职责

- 1、在院长领导下，领导本科的医疗、教学、科研与行政管理工作。
- 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、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。
- 5、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、进修生等各级各类人员的培训工作。
- 6、指导全科结合临床开展科学研究工作。
- 7、督促科内有关人员定期对仪器进行维修和保养工作，负责新仪器的验收工作。
- 8、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。
- 9、负责全科设备和财产的监督保管和安全。

二、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，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。

三、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1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、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。

四、住院医师职责

1、在科主任领导下，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书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、交接班记录、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1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医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，修改其书写的文书。

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。

五、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的贯彻执行。

六、主管康复治疗师职责

1、在科主任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、协助上级治疗师做好治疗室管理，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，定期进行仪器测试和检修，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術，积极开展技术革新，不断提高治疗质量。

七、康复治疗师（士）职责

1、在上级康复治疗师指导下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、指导实习治疗师进行工作。

4、熟悉掌握各种康复治疗设备的基本理论、基本知识和基本操作。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。

第五章 康复病历和治疗单书写常规

一、门诊病历

(一) 门诊病案

1、完整的康复门诊病史应包括就诊时间、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、康复评定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（包括项目、部位、方法、时间、频度、理疗需加剂量）

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：要求签署与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。

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较详细的记录;

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、应制定阶段治疗计划(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、康复治疗处方(包括项目、部位、方法、时间、频度、理疗需加剂量)

7、注意事项

住院及治疗期间需要注意的问题。

三、治疗单(包括治疗师记录)

(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)。

(三)推荐门诊基本病历及治疗师记录表在附录中

第六章 康复医疗质量控制要求

一、各项康复医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%，安放有序。

(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、主要实验室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、程度、范围，患者对功能障碍的适应情况和分析康复要解决、预防的问题）。

(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排除禁忌证。

(八) 选择治疗项目须有针对性适应证。

(九) 制定近期及远期目标，并制定个体康复治疗方案。

(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证。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、清晰。

(十三) 治疗项目的收费按政府物价、医保规定执行。

(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，注意再次排除禁忌证、开机前输出置于“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) 科内应备有急救物品如橡皮手套、抢救器材及药品等。

(十七) 每次治疗结束必须作好相关记录，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、物理因子治疗（运动治疗）质控要求

（一）运动治疗质控基本要求

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。

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医务人员。

4、治疗中应密切观察患者的面部表情，以便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，避免产生剧烈疼痛。

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，并给与心理支持，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级肌力宜采用助力运动，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，采用中等强度的运动训练，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，有氧训练后应有整理活动，寒冷炎热天气要适当控制运动量，空腹及饭后均不宜做有氧训练。在观察运动中心率的变化时，要关注某些药物的服用可引发心率变化。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次或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) 关节的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助力，以免助力替代主动用力。

4) 关节的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、有节律，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；不仅有单方向的，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上。

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慢地被牵伸。

6) 不同关节、不同方向的牵引可依次进行，每日 2 次或 3 次。若牵引前或牵引中，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 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 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，根据患者的反馈来调节手法强度。

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) 确认牵引钢丝在滑槽内，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解皮带，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、有严重的高血压和心脑血管疾病、脊柱结核、强直性脊柱炎、脊柱恶性肿瘤的患者应禁作牵引，脊髓型颈椎病慎作颈牵。

(4) 颈椎牵引时嘱患者尽量放松，坐或卧姿舒适自然，根据病情需要调节牵引角度。腰椎牵引通常采用卧位牵引，根据需要髌或膝的位置可在全伸展位到 90° 屈曲范围内调节。

(5) 牵引重量因人因病而异，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 技术）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/或抑制方法改善中枢神经系统损害造成的功能障碍，已经广泛应用康复医学临床实践中。

在临床使用上述各种技术时，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、物理因子治疗（理疗）质控要求

（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，光疗治疗灯应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，必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输出是否稳定。

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剂量。

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1次性导电粘胶电极。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，注意患者治疗中反应。

3、高频电疗仪（微波、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。配有护目眼罩。防止高频电烧伤。不得在眼部、辜

丸、小儿骨骺部位进行治疗。

4、紫外线治疗仪：输出紫外光辉度平稳。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，如无护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。超声波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，以便确定相应的作业治疗项目。

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、坐位、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，由简到繁，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
- 2) 增强手部肌力
- 3) 维持关节活动度
- 4) 改善协调及平衡能力
- 5) 增强全身耐力
- 6) 眼手及上下肢协调能力

(2) 可选择捡拾珠子或豆子、捏黏土或橡皮泥、和面、捏饺子、木刻、打结、编织、刺绣、插钉、弹琴、脚踏缝纫机、磨砂等 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) 黏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）的训练

(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° 左右的角度，轮椅与座厕成 30° ~ 40° 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° 角或与床平行，后两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 康复训练的需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) 包括单侧忽略、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，根据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 2 至 3 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）基本要求

1. 对于进行针灸、穴位注射等侵入性治疗的治疗者，需具有中医师资质，其他临床类执业医师需符合沪卫中医（2011）41号文件要求。
2. 各个传统康复治疗的区域应布局合理，治疗区应有保护患者隐私的设置，设施要符合院内感染规范要求。
3. 要建立传统康复治疗常用诊疗技术的操作规范及相关管理制度，对在治疗期间容易发生的突发情况应有相关的应急预案和处理程序。

（二）各项要求

1. 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，治疗要记录取穴、施治的方法和技术操作，以及治疗反应。如有用灸法，要记录方法和壮数，使用电针，必须记录电流量、频率及时间。

（2）治疗者必须严格执行无菌操作，一人一针一穴，施术前尽量暴露皮肤，对需要治疗的部位用75%的酒精棉球消毒。

（3）治疗时如采用一次性针具，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。

（4）床单保持清洁，定期更换床单，污染时随时更换，如使用一次性床单要做到一人一单。

（5）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，室内必须有排烟设备，保证通风良好。火罐必须使用医用罐具，而不能使用生活用品的玻璃器皿。

（6）火罐在每次使用后使用75%酒精棉球擦拭瓶口；如遇有血液、体液污染，应及时清洁，再用500mg/L含氯消毒液浸泡10分钟以上。

（7）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。

（8）建立晕针、滞针、烫伤等突发事件的应急预案，保证医疗质量及医疗

安全。

2. 推拿治疗

(1) 针对不同情况的疾病，要运用不同的推拿治疗方法。在进行运动系统和神经系统疾病的康复时，要侧重将被动的推拿手法技术和主动运动疗法相结合的方法；而对于推拿治疗脏腑疾病、小儿推拿时，应体现中医辨证施治的特点，根据病情的不同进行取穴、施术部位和手法的选择。治疗结束时，要记录所采用的手法、部位、以及治疗反应。

(2) 如治疗时应用膏摩，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，要注意是否有皮肤反应，并及时记录。

(3) 治疗人员每治疗 1 次病员后，必须进行手消毒。与患者接触的治疗巾、床单等定期更换。

(4) 治疗人员要熟练掌握推拿的禁忌证，对于在治疗中产生的软组织损伤、骨、关节、神经损伤、晕厥等突发情况要建立相应的应急预案。

3. 中药外用治疗

(1) 常用中药外用治疗包括热敷、熏蒸、熏洗、敷贴、膏药等方法。

(2) 外用药物必须采用有批准文号的中药油膏、经批准的自制制剂或中药饮片，药物必须按照要求进行存放，避免发生变质。

(3) 中药油膏罐使用完以后使用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟以上，浸泡完毕后捞出，用清水漂净。

(4) 熏蒸、熏洗室应当通风良好，绝缘防雾，铺设防滑设施，并安排专人巡查，不便于巡查的应备有应急呼叫装置。

(5) 对治疗中的有皮肤反应的要及时处理，并做好记录。对烫伤、晕厥、过敏等突发情况要有应急预案。

4. 传统运动疗法

(1) 运用传统功法或者改良的功法进行运动治疗，治疗前应选择相应的评估方法对患者的运动功能和心肺功能做出相应的评定。

(2) 治疗时遵循运动治疗的训练原则，根据患者的病情合理安排治疗强度和ación。

(3) 治疗过程中，要做好患者的防跌倒措施，密切观察患者的情况，必要

时要对心率和氧饱和度进行监测。

(4) 训练前后要和患者做好交流工作，取得患者的信任，与治疗师配合共同完成训练。

六、言语与吞咽障碍治疗质控要求

(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，根据测评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) 治疗量应因人而异，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) 与患者家属及时沟通交流并提供指导，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，应作相应的体检和实验室检查。

(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，康复工程用具品种、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) 由专业人员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。

九、儿童康复治疗质控要求

从事儿童康复的康复医师、康复治疗师，必须具备康复资质。康复医师需经过康复医学住院医师规范化培训、儿童康复专科医师规范化培训；儿童康复治疗师需每年完成儿童康复相关内容的继续教育学分 10 分。

各项儿童康复治疗质量控制基本要求

(一) 儿童康复治疗的开展，需要由具备康复资质的医师和治疗师进行康复评定，制定康复治疗处方、并制定具体治疗方案、书写治疗单。

(二) 儿童康复治疗需以有资质的高年资治疗师治疗为主，特别是年龄小于等于 3 个月的患儿需由取得初级康复治疗师资质满三年以上的康复治疗师进行治疗；

(三) 儿童康复治疗师每年需完成儿童康复相关内容的继续教育学分 10 分。

(四) 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%，安放有序。仪器设备、电源插头等设立防触电保护，桌椅柜等物件安装防撞条，地面进行防滑处理，避免高低不平，预防跌倒。

(五) 根据国家规定，必须设立各功能室：康复评定室、物理治疗室、作业治疗室、言语吞咽治疗室、感觉统合治疗室、引导式教育室、传统康复室、康复工程室等，各治疗室的面积应该按照国家规定执行。

(六) 按照卫医政发〔2011〕47号文件各治疗室备齐基本设备和仪器。

(七) 态度和蔼，关心病人，维护患儿尊严，保护患儿隐私，注意医务人员仪容仪表及个人卫生，防止医源性交叉感染。患儿出现传染性疾病应及时暂停治疗，及时转科或转院，患儿离开后进行通风、消毒。

(八) 了解患儿一般情况（包括症状、体征、主要实验室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，患儿对残疾的适应情况和分析康复要解决的问题）。

(九) 先评定后治疗（包括有助于康复治疗的药物使用）。

(十) 制定治疗方案前明确注意事项和排除禁忌证。

(十一) 制定近期及远期目标，并制定个体康复治疗方案。

(十二) 选择治疗项目须有针对性适应证。

(十三) 有规范公示告知制度，如传染性疾病、心脏起搏器、体内金属异物、皮肤过敏、破损、感染等某些理疗禁忌证。治疗前如有发热、异常呼吸、无力、关节脱位史、骨折史等病史，治疗中出现疼痛加重等异常情况要及时告知医务人员等；治疗期间需有 1 名陪护或监护人全程陪护，或遵从医务人员安排，没有医护人员允许，陪护不得擅自离开患儿，应注意安全，以防跌倒、骨折等意外发生；在治疗过程中不要给患儿喂食任何食物或饮料，以免呛咳、误吸、窒息等意外情况的发生。

(十四) 家长对康复评定结果、康复治疗计划、康复治疗的近远期目标、康复治疗注意事项等了解，认可治疗方案、可能达到的康复效果及医疗费用等，并签署康复治疗知情同意书。

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。

(十五) 各项记录客观、真实、准确、及时、完整。

(十六) 治疗项目的收费按政府物价规定执行。

(十七) 康复治疗前要先“三查六对二注意”（即查患儿姓名、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，注意再次排除禁忌证、开机前输出置于“0”位）。

(十八) 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。

(十九) 具有各类应急预案（如心肺复苏、癫痫、骨折、电击伤、突发水痘或手足口病等传染性疾病预防预案等），科内应备有急救物品，如橡皮手套、木棍（触电）、抢救药品等。

(二十) 每次治疗结束必须作好相关记录，一般可 2 周后复评，日常生活活动能力评定一般 1 月后复评，发育类疾病等治疗周期长的疾病可 3 个月综合复评 1 次，酌情修改治疗方案。

(二十一) 门诊患者若中途停止治疗 2 周以上，需经本科医师复查、重新制定治疗方案后，才能继续治疗。

(二十二) 做好病史资料保管收集与总结。

第七章 国家、部委、上海市相关文件目录

一、政策文件

1. 《关于印发国际疾病分类第十一次修订本（ICD-11）中文版的通知》（国卫医发〔2018〕52号）；
2. 《ICF 活动和参与评价量表应用技术指南》T/SRMA 0002-2018 上海市康复医学会发布；
3. 《预防老年人跌倒干预基本要求》T/SRMA 0001-2018 上海市康复医学会发布；
4. 《关于优化医疗机构和医护人员准入服务的通知》（国卫办医发〔2018〕29号）；
5. 《上海市康复医疗服务体系发展规划（2016-2020年）》（沪卫计医〔2017〕002号）；
6. 《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）；
7. 《关于印发脑卒中等8个常见病种（手术）康复医疗双向转诊标准（试行）的通知》（卫办医政函〔2013〕259号）；
8. 《关于印发四肢骨折等9个常见病种（手术）早期康复诊疗原则的通知》（卫办医政发〔2013〕25号）；
9. 《康复医院基本标准（2012年版）》（卫医政发〔2012〕17号）；
10. 《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》（卫医政发〔2012〕13号）；
11. 《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）；
12. 《综合医院康复医学科建设与管理指南》（卫医政发〔2011〕31号）；
13. 《2010-2020卫生专业技术人员发展规划》（康复治疗师）（卫人发〔2011〕15号）；
14. 《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）；
15. 《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）；
16. 《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）；
17. 《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）。

二、主要参考书目

1. 《康复医学专业医疗质量报告》，人民卫生出版社，2017；
2. 《常用康复治疗技术操作规范》，人民卫生出版社，2012；
3. 《临床诊疗指南·物理医学与康复分册》，人民卫生出版社，2005；
4. 《中国康复医学诊疗规范》，华夏出版社，1998。



第八章 质控督查相关文件

1. 康复医学科督查内容及评分表
2. 康复医院督查内容及评分表
3. ICF 活动和参与评价量表
4. 康复医学科门诊病历
5. 康复治疗记录单
6. 康复早期会诊记录单
7. 康复医疗双向转诊记录单
8. 康复医学 Team 会议记录单



上海市康复治疗质量控制中心
康复医学科 督查内容及评分表 (100 分)

医院名称和等级:

科室注册名称:

| 督查项目 | 分值 | 督查内容 | 督查方式 | 自查得分 | 督查得分 | 扣分原因 |
|----------------------------|----|--|------|------|------|------|
| 一、科室管理 | 12 | 科室注册 2 分；执行安全防护、差错事故预防处理、病案讨论、登记 2 分；康复医疗专业设备归口管理 2 分；住院和门诊质控管理与指标 6 分（康复治疗有效率、年技术差错率、病历和诊疗记录书写合格率、患者康复功能评定率、设备完好率、平均住院日和平均康复治疗日）。 | 检查记录 | | | |
| 二、各级人员职责及人员资质 | 9 | 资质：医师 6 分、治疗师 3 分。 | 检查资料 | | | |
| | 4 | 人数：按相关文件规定，医师、治疗师各 2 分。 | | | | |
| | 2 | 每年接受康复医学继续教育。 | | | | |
| 三、科室结构与诊疗 | 10 | 运动治疗 1 分，物理因子治疗 1 分，作业治疗 1 分，言语治疗 1 分，吞咽治疗 1 分，传统康复治疗 1 分，康复工程 1 分；病种较完善 1 分；早期康复 1 分；双向转诊 1 分。 | 检查记录 | | | |
| 四、病历记录 (按推荐病历要求记录齐全) | 15 | 一般项目 and 诊断 3 分；病史 3 分；处方 3 分；治疗项目合理 2 分；阶段治疗计划 2 分；注意事项 2 分。 | 检查记录 | | | |
| 五、评定 (一般评估选用至少 2 项以上) | 8 | 一般评估包括：ROM、肌力、痉挛、疼痛、ADL 等，2 分；ICF 活动和参与评价量表 3 分；酌情加用专病专项评估量表，3 分。 | 检查记录 | | | |
| 六、治疗师记录项目齐全 | 10 | 一般项目、诊断、注意事项、日期、治疗项目、部位、方法、时间、治疗反应、治疗者签名，各 1 分。 | 检查记录 | | | |
| 七、每 10 次治疗有疗效小结 | 5 | 疗效小结 3 分；治疗者签名 2 分。 | 检查记录 | | | |
| 八、规范公示 | 6 | 仪器操作过程规范挂牌 3 分；病员须知公示 3 分。 | 现场检查 | | | |
| 九、设备仪器 | 4 | 执行仪器保管维护保养安全制度 2 分；执行消毒隔离制度 2 分。 | 现场检查 | | | |
| 十、笔试及现场操作 | 15 | 笔试 10 分；操作 5 分。 | 现场考试 | | | |
| 备注：质控督查标准内涵参照相关文件、标准、规范执行。 | | | | | | |

总分：

督查者签名：

日期：

上海市康复治疗质量控制中心
康复医院 督查内容及评分表 (100 分)

医院名称和等级:

亚专科名称:

| 督查项目 | 分值 | 督查内容和要点 | 督查方法 | 自查得分 | 督查得分 | 扣分原因 |
|----------------------------|----|--|--------------|------|------|------|
| 一、床位配置 | 10 | 住院床位总数 5 分；康复床位比例 5 分。 | 检查资料 现场检查 | | | |
| 二、科室设置 | 10 | 按标准设置临床科室、治疗科室、评定科室、医技科室、职能科室（部门），各 2 分。 | 现场检查 | | | |
| 三、人员配置 | 10 | 卫技人员（医师、治疗师、护士）/床位比例，各 2 分；医师、治疗师职称结构，各 2 分。 | 检查资料 现场检查 | | | |
| 四、场地情况 | 5 | 床位面积 2 分；康复治疗区域面积 2 分；无障碍设计 1 分。 | 现场检查 | | | |
| 五、设备情况 | 5 | 基本设备 2 分；专科设备 2 分；信息化设备 1 分。 | 现场检查 | | | |
| 六、管理制度 | 10 | 组织体系、人力资源管理、医疗质量管理、运行管理等 6 分；持续改进与及时更新 4 分。 | 检查资料 | | | |
| 七、教育培训 | 5 | 继续教育培训考核 4 分，记录完整 1 分。 | 检查资料 | | | |
| 八、笔试操作 | 15 | 笔试 10 分；操作 5 分。 | 现场考核 | | | |
| 九、亚专科 (3 个) | 6 | 康复医疗病种达到标准的 90%，2 分/每亚专科。 | 检查资料 现场检查 | | | |
| | 6 | 关键医疗技术达到基本标准的 90%，1 分/每亚专科；达到推荐标准的 60%，1 分/每亚专科。 | | | | |
| 十、质控指标 | 18 | 康复治疗有效率 $\geq 90\%$ 、年技术差错率 $\leq 1\%$ 、病历和诊疗记录书写合格率 $\geq 90\%$ 、住院患者康复功能评定率 $\geq 98\%$ 、设备完好率 $\geq 90\%$ 、平均住院日 ≤ 30 天，各 3 分。 | 检查资料 现场检查 | | | |
| 备注：质控督查标准内涵参照相关文件、标准、规范执行。 | | | | | | |

总分：

督查者签名：

日期：

ICF 活动和参与评价量表

| | | | | | |
|-----------|-----------------------|---|-----|---------|----|
| 机构: | | 科室: | | | |
| 姓名: | | 性别: | 年龄: | 住院/门诊号: | |
| 主要诊断: | | | | | |
| 项目 | | 评价标准 (以下评分方法1=1分 2=2分, 依次类推) | | | 评分 |
| 一 理解交流 | 1.1 集中注意力做事情 | 1=能够完成, 无障碍; 2=有不集中, 不影响生活; 3=时常不集中, 影响生活; 4=经常出现, 严重影响生活; 5=不能完成 | | | |
| | 1.2 对重要事情的记忆能力 | 1=无记忆障碍; 2=有时遗忘不影响生活; 3=时常出现稍影响生活; 4=经常遗忘, 严重影响生活; 5=完全无法记住重要事情 | | | |
| | 1.3 分析并解决日常生活问题 | 1=独立解决; 2=偶尔出现问题不影响生活; 3=时常出现问题, 影响生活; 4=经常出现, 严重影响生活; 5=完全无法解决 | | | |
| | 1.4 学习一项新任务 | 1=独立完成学习任务; 2=可基本完成, 偶尔出现问题; 3=需他人协助, 进度慢; 4=必须他人协助, 学习效果差; 5=很难或不能完成 | | | |
| | 1.5 大致理解他人表达内容 | 1=完全理解; 2=基本理解, 偶尔出现问题; 3=时常出现问题, 影响生活; 4=经常出现问题, 严重影响生活; 5=通过任何方式都不能理解他人表达的内容 | | | |
| | 1.6 主动与他人交谈 | 1=完全能够; 2=基本可, 偶有障碍; 3=时常出现反应迟钝, 影响生活; 4=经常出现反应迟钝, 影响生活; 5=完全无法与人交谈 | | | |
| 二 身体活动 | 2.1 长时间站立(30分钟) | 1=独立完成站立; 2=间或有站立姿势; 3=需借助器具或在他人监护下站立; 4=必须借助器具或在他人协助下站立; 5=完全不能站立 | | | |
| | 2.2 坐下后站起 | 1=可以独立完成; 2=需在他人语言指导或监护下完成; 3=需他人小部分协助; 4=需他人大量协助; 5=不能完成 | | | |
| | 2.3 在住所内移动 | 1=独立在室内移动; 2=需在他人监护下完成; 3=偶需借助器具或他人协助下 完成; 4=经常需借助器具或他人协助下完成; 5=无法完成 | | | |
| | 2.4 长距离步行(1千米) | 1=独立完成; 2=不能完成1千米或需人从旁监护, 以保证安全; 3=完成一部分, 某些过程需借助器具或他人协助; 4=某种程度上能参与, 整个过程需借助器具或他人协助; 5=完全不能步行 | | | |
| | 2.5 在住所外移动 | 1=能独立外出; 2=偶需在他人监护下外出; 3=经常在他人协助下外出; 4=必须在他人协助下外出; 5=因健康问题导致无法外出 | | | |
| | 2.6 *搬运、移动和操纵物品 | 1=独立完成; 2=基本可, 偶有问题; 3=偶尔需他人协助; 4=必须在他人协助下完成; 5=无法完成 | | | |
| 三 自我照护 | 3.1 洗澡 | 1=独立完成; 2=可完成, 偶有过程需他人协助或他人从旁监护; 3=能参与大部分, 某些过程必须由他人协助才能完成; 4=某种程度上能参与, 但整个过程必须由他人协助才能完成; 5=全部依赖他人完成 | | | |
| | 3.2 穿着 | 1=独立完成; 2=可完成, 偶有过程需他人协助或他人从旁监护; 3=能参与大部分, 某些过程必须由他人协助才能完成; 4=某种程度上能参与, 但整个过程必须由他人协助才能完成; 5=全部依赖他人完成 | | | |
| | 3.3 进食 | 1=独立进食; 2=可完成, 偶需他人从旁协助; 3=能使用餐具, 某些过程必须由他人协助 才能完成; 4=某种程度上能使用餐具, 但整个过程必须由他人协助才能完成; 5=主要由 他人喂食 | | | |
| | 3.4 独立生活一天及以上 | 1=独立生活; 2=基本可, 偶有问题; 3=偶尔需他人协助完成; 4=经常需他人协助完成; 5=必须由他人协助且不主动配合 | | | |
| | 3.5 * 身体护理 | 1=独立完成; 2=可完成, 偶有过程需他人协助或他人从旁监护; 3=能参与大部分, 某些过程必须由他人协助才能完成; 4=某种程度上能参与, 但整个过程必须由他人协助才能完成; 5=全部依赖他人完成 | | | |
| | 3.6 * 如厕 | 1=独立完成; 2=需协助及定时提醒; 3=间断失禁, 部分过程由他人协助完成; 4=经常失禁, 如厕过程由他人协助完成; 5=完全失禁, 如厕全部依赖他人 | | | |
| 四 与人相处 | 4.1 与陌生人相处 | 1=无交往障碍; 2=有障碍但无影响; 3=时常有障碍, 需人协助; 4=经常有障碍必须有人协助; 5=不会或不能与人相处 | | | |
| | 4.2 结交新朋友 | 1=完全能结交; 2=可有困难但仍可建立友谊; 3=较困难需人协助; 4=非常困难必须他人协助; 5=无法结交新朋友 | | | |
| | 4.3 维持友情 | 1=独立交往, 行为适当; 2=有困难, 无影响; 3=经常有困难, 需人协助纠正行为; 4=社会行为不当, 必须由他人协助; 5=完全不能保持、终止友谊, 社交距离不当 | | | |
| | 4.4 与亲属建立并维持家庭关系 | 1=能独立相处; 2=偶尔出现障碍; 3=时常出现障碍, 需人协助; 4=经常出现障碍, 必须他人协助; 5=完全不能与人相处 | | | |
| | 4.5 与配偶或其他伴侣建立并维持亲密关系 | 1=无障碍; 2=轻度障碍; 3=中度障碍; 4=重度障碍; 5=不能完成 | | | |
| | 4.6 *建立正式社会人际关系 | 1=独立建立并维持正式社会关系; 2=有障碍, 无影响; 3=时常有障碍, 需人协助; 4=经常有障碍, 必须他人协助; 5=完全不能建立正式社会关系 | | | |

ICF 活动和参与评价量表 (续前页)

| 项目 | | 评价标准 (以下评分方法1=1分 2=2分, 依次类推) | | | 评分 | | | |
|-----------------|-----|------------------------------|--|--------|----|--|--|--|
| 五 | 5.1 | 担负家庭责任 | 1=独立承担家庭责任; 2=偶尔出现问题, 不影响; 3=时常出现问题, 需人协助; 4=经常出现问题, 难以胜任; 5=完全无法承担家庭责任 | | | | | |
| | 5.2 | 很好地完成最重要的家务 | 1=独立完成; 2=基本完成, 高难度任务不能完成; 3=时常有困难, 需人协助; 4=经常出现困难, 必须他人协助; 5=无法完成最重要的家务 | | | | | |
| | 5.3 | 完成所有需要做的家务 | 1=独立完成; 2=完成75%以上, 高难度任务不能完成; 3=完成50%以上, 需人协助; 4=完成25%以上, 必须他人协助; 5=无法完成 | | | | | |
| | 5.4 | 按照需要完成家务的时效 | 1=独立按时完成, 达到预期要求; 2=基本按时完成, 效果欠佳; 3=无法按时完成, 需人协助; 4=耗费时间久, 必须他人协助; 5=无法完成 | | | | | |
| | 5.5 | 担负日常工作或学习责任 | 1=独立完成; 2=存在困难, 通过努力能克服; 3=时常存在困难, 需人协助; 4=经常存在困难, 必须他人协助; 5=无法完成 | | | | | |
| | 5.6 | 很好地完成大多数重要的工作或学习 | 1=独立、按标准很好的完成任务; 2=完成效果达到考核标准的75%; 3=完成效果达到考核标准的50%; 4=完成效果达到考核标准的20%; 5=无法完成重要的任务 | | | | | |
| | 5.7 | 完成您份内的所有工作 | 1=独立完成; 2=完成75%以上, 高难度任务不能完成; 3=完成50%, 需人协助; 4=完成25%以上, 必须他人协助; 5=无法完成 | | | | | |
| | 5.8 | 按照需要完成工作的时效 | 1=独立按时完成, 达到预期要求; 2=基本按时完成, 效果欠佳; 3=无法按时完成, 需人协助; 4=耗费时间久, 必须他人协助; 5=无法完成 | | | | | |
| 六 | 6.1 | 参加社区和社会活动的困难程度 | 1=完全没有障碍; 2=可参加活动有不便但可克服; 3=可参加活动有很多不便, 需人协助; 4=不能参加大多活动, 必须他人协助; 5=完全不能参加活动 | | | | | |
| | 6.2 | 参加娱乐休闲活动的困难程度 | 1=完全没有障碍; 2=可参加活动有不便, 但能克服; 3=可参加大部分娱乐和休闲活动, 偶有困难; 4=可参加少部分娱乐和休闲活动, 经常有困难; 5=完全不能参加娱乐和休闲活动 | | | | | |
| | 6.3 | 周围环境阻碍和限制您参加活动的困难程度 | 1=没有障碍; 2=基本没有障碍即使有也能克服; 3=少部分障碍, 需人协助; 4=经历很多障碍, 必须他人协助才能克服; 5=严重障碍影响生活 | | | | | |
| | 6.4 | 他人态度及行为对您尊严生活的影响程度 | 1=无影响; 2=有消极影响但可通过努力克服; 3=有较大影响, 偶需人协助克服; 4=有严重影响, 必须他人协助克服; 5=有极严重影响, 无法生活 | | | | | |
| | 6.5 | 健康问题对您情绪的影响程度 | 1=无影响; 2=有影响, 但可通过自己努力克服; 3=有较大影响, 需要寻求他人等帮助来克服; 4=有严重影响, 必须通过药物或专业机构等帮助; 5=有极严重影响, 无法克服 | | | | | |
| | 6.6 | 处理健康问题或其影响方面的时间成本 | 1=无影响; 2=在过去30天中, 有25%的时间花费在健康问题上; 3=在过去的30天中, 有50%的时间花费在健康问题上; 4=在过去的30天中, 有75%的时间花费在健康问题上; 5=在过去的30天, 时间完全花费在健康问题上 | | | | | |
| | 6.7 | 健康问题造成整个家庭的经济损失程度 | 1=无经济损失; 2=25%以上的经济损失, 能克服影响; 3=50%以上的经济损失; 4=75%以上的经济损失; 5=完全断绝经济来源 | | | | | |
| | 6.8 | 健康问题产生的家庭困难程度 | 1=对家庭无影响; 2=对家庭稍有影响, 能克服影响; 3=对家庭有影响, 需外界帮助; 4=严重影响家庭, 必须依靠外界帮助来维持生活; 5=极严重影响家庭, 无法解决 | | | | | |
| 注: 不适用, 标记“N/A” | | 40分 | 无障碍 | 总分: | | | | |
| | | 41-80分 | 轻度障碍 | 耗时: | | | | |
| | | 81-120分 | 中度障碍 | 日期: | | | | |
| | | 121-160分 | 重度障碍 | 评定者签名: | | | | |
| | | 161-200分 | 极度严重或无法执行 | | | | | |

基于国卫医发〔2018〕52号文件精神, 上海市康复治疗质量控制中心推荐使用。

上海市康复治疗质量控制中心

康复门诊病历

| | | | | |
|----|----|----|----|--------|
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职业 | 门诊/住院号 |
| 地址 | | | 邮编 | 电话 |

主要病史:

.....

.....

.....

体检和评定:

.....

诊断:

阶段治疗目标:

- 改善 ROM 增强肌力 提高平衡能力 提高步行能力 提高日常生活活动能力
- 促进血液循环 消肿解痛 松解粘连 缓解痉挛 促进组织生长修复
- 提高认知功能 提高言语吞咽能力 提高心肺功能 其他:

治疗处方:

| 编号 | 项目 | 部位 | 方法 | 剂量(理疗) | 时间 | 次数 |
|----|----|----|----|--------|----|----|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

注意事项:

- 循序渐进 行走不稳或骨质疏松, 预防跌倒 局部感觉障碍或循环不良, 预防灼伤
- 骨折早期或未愈防再骨折 注意血压、心率变化 心脏起搏器 金属内固定物 其他:

医师: _____
年 月 日

复诊疗效小结及评定:

复诊医师: _____ (已治疗次数 _____)
年 月 日

上海市康复治疗质量控制中心

康复治疗记录单 治疗号：

| | | | | | | | |
|-------|----|-------------------|----|--------|-----|---------|--|
| 姓名： | | 性别： | | 年龄： | | 门诊/住院号： | |
| 诊断： | | | | | | | |
| 医嘱编号 | 项目 | 部位 | 方法 | 剂量（理疗） | 时间 | 次数 | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| ... | | | | | | | |
| 注意事项： | | | | | | | |
| 次数 | 日期 | 治疗反应(如有不良反应须注明编号) | | 备注 | 治疗者 | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

疗效评定：1.痊愈；2.显效；3.有效；4.无效；5.其他（ ） 签名：

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |

疗效评定：1.痊愈；2.显效；3.有效；4.无效；5.其他（ ） 签名：

上海市康复治疗质量控制中心

康复医疗双向转诊记录单

| | | | |
|-----------------|------------------------|-----------------|-------|
| 上海市*****医院转诊信息表 | | 医院 logo 表格编号 | |
| 1-1 | 患者资料 | | |
| | 姓名 | 性别 | |
| | 年龄 | 住院/门诊/体检号 | |
| | 疾病诊断 | ICD-11 | |
| | 联系方式 | | |
| 1-2 | 转出医院资料 | | |
| | 转出科室 | 拟转医院 | |
| | 目前诊断 | ICD-11 | |
| | 功能障碍 | ICF 活动和功能障碍评价量表 | |
| | 总体康复目标 | | |
| | 下一阶段康复目标 | | |
| | 注意事项或其他 | | |
| | 拟转院日期 | | |
| | 转出医师 | 联系电话 | |
| 2 | *****医院接收住院确认单 | | |
| | 入院日期 | 转入科室 | |
| | 接收医师 | 联系电话 | |
| 3 | *****医院出院病人反馈信息 | | |
| | 姓名 | 住院号 | |
| | 转入日期 | 住院天数 | |
| | 出院诊断 | ICD-11 | |
| | 功能障碍 | | |
| | 康复目标达成情况 | | |
| | 出院转归 | 机构 | 社区 家庭 |
| | 随访人员 | 联系方式 | |

上海市康复治疗质量控制中心

康复医学 Team 会议记录单

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|--|----|-------|-------|-----|----|------|----|----|
| 姓名: | | 性别: | | 年龄: | | 床号: | | 住院号: | | |
| 会议时间: | | | | | 会议地点: | | | | | |
| 主要疾病诊断: | | | | | | | | | | |
| 康复(功能障碍)诊断: | | | | | | | | | | |
| 上肢: | | | | | 下肢: | | | | | |
| 吞咽 | 言语 | 认知 | 感觉 | 平衡 | 步行 | 心理 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 进一步完善功能检查以及康复治疗建议 | | | | | | | | | | |
| 床位医生 | | | | | | | | | | |
| 责任护士 | | 功能护理、自助护理、整体护理、抗痉挛体位、防跌倒坠床、良肢位 | | | | | | | | |
| 责任治疗师 | | | | | | | | | | |
| 上级医师 | | | | | | | | | | |
| 短期目标 | | <input type="checkbox"/> 改善 ROM/松解粘连/软化疤痕; <input type="checkbox"/> 缓解痉挛; <input type="checkbox"/> 镇痛; <input type="checkbox"/> 消肿; <input type="checkbox"/> 改善微循环; <input type="checkbox"/> 促进组织修复; <input type="checkbox"/> 预防或延缓肌肉萎缩; <input type="checkbox"/> 改善运动功能,平衡训练、纠正步态; <input type="checkbox"/> 加强上下肢的协调性和灵巧性; <input type="checkbox"/> 增强肌力; <input type="checkbox"/> 增强心肺功能,全身耐力; <input type="checkbox"/> 提高生活自理能力; <input type="checkbox"/> 其他: | | | | | | | | |
| 长期目标 | | 独立生存; 恢复部分工作; 全部生活自理; 部分生活自理; <input type="checkbox"/> 其他: | | | | | | | | |
| 康复治疗方案 | | 药物 | | | | | | | | |
| | | PT <input type="checkbox"/> 微波; <input type="checkbox"/> 短波; <input type="checkbox"/> 肌电按摩; <input type="checkbox"/> 中频; <input type="checkbox"/> 超声; <input type="checkbox"/> 牵引; <input type="checkbox"/> 肌力; OT <input type="checkbox"/> 步行; <input type="checkbox"/> ROM; <input type="checkbox"/> 磁热振; <input type="checkbox"/> 生物反馈; <input type="checkbox"/> 脑循环; <input type="checkbox"/> 骨质疏松; ST <input type="checkbox"/> 气压治疗; <input type="checkbox"/> 手法; <input type="checkbox"/> 平衡训练; <input type="checkbox"/> ADL 训练; <input type="checkbox"/> 专项作业训练; 传统 <input type="checkbox"/> 言语、吞咽; <input type="checkbox"/> 推拿、针灸; <input type="checkbox"/> 其他: | | | | | | | | |
| 注意事项 | | <input type="checkbox"/> 无殊; <input type="checkbox"/> 冠心病、心脏起搏器; <input type="checkbox"/> 体内金属; <input type="checkbox"/> 骨折早期或未愈; <input type="checkbox"/> 骨质疏松; <input type="checkbox"/> 防止皮肤烫伤(糖尿病、感觉减退、局部血液循环不良); <input type="checkbox"/> 血压、心率变化; <input type="checkbox"/> 老龄、体弱; <input type="checkbox"/> 防跌倒; <input type="checkbox"/> 其他: | | | | | | | | |
| 责任人签名 | | 责任护士 | | 责任治疗师 | | | 医师 | | 患者 | 家属 |
| | | | | | | | | | | |

