**家庭医生签约服务协议书**

甲方：临淄区雪宫社区卫生服务中心

乙方： 年度：（2023） （2024）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 联系电话 | 服务包类型 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**选择服务包类型：**□**基础包，**□**初级包** （□一般人群 □0-6岁儿童□孕产妇 □老年人 □高血压 □糖尿病 □肺结核 □残疾人 □医养结合□新冠□脑卒中） ，□**中级包**（□新冠服务包□特需包□严重精神障碍 □残疾人 □医养结合□糖尿病□糖尿病中医包 □高血压、□高血压中医包 □三高包 □**高级包**□新冠服务包□中医高级包□口腔服务包。□其他服务包（ ）

1. 乙双方本着平等、尊重和自愿的原则，签订此协议，接受以下条款的约定：

甲、乙双方共同确定 **临淄区雪宫社区卫生服务中心家庭医生第 团队** 为乙方的家庭医生服务团队。

**家庭医生团队信息，（请选择您的家庭医生团队）**

**雪宫社区卫生服务中心第一服务团（**李蕊团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 李蕊 | 7313776 | 韩家、王家、杜家、小杨、槐行、大杨、董褚、闫家、程营、朱营、孙营 |
| 主治医师 | 房鑫 | 13705331728 |
| 主治医师 | 闫志辉 | 13475500891 |
| 全科医师 | 崔建平 | 13754782845 |
| 家庭医生 | 丁婷 | 15106423288 |
| 家庭医生 | 程明臣 | 13370691593 |
| 护士 | 程艳芳 | 7318136 |
| 公卫医师 | 刘晏伶 | 18653398653 |

**雪宫社区卫生服务中心第二服务团队（**张珺团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 张珺 | 7313776 | 东街、西街、南街、合里、耿王、刘家、东安、西安、南安、高娄、郑王 |
| 主治医师 | 王衍博 | 13409091449 |
| 主治医师 | 王强 | 15953364555 |
| 全科医师 | 傅秀云 | 7318557 |
| 公卫医师 | 丁翠玲 | 15953325088 |
| 公卫医师 | 左进红 | 13455316304 |
| 家庭医生 | 王玉贤 | 13581025624 |
| 护士 | 刘春光 | 7318136 |
| 护士 | 许澄 | 15853347490 |

**雪宫社区卫生服务中心第三服务团队（**魏丽团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 魏丽 | 7313776 | 徐家、永流、官道、魏家、尧王、商王、范家、陈家、赵家、东孙、西孙 |
| 执业医师 | 孙立业 | 13598492165 |
| 执业医师 | 王加邦 | 13869300898 |
| 全科医师 | 邵国亮 | 13475511144 |
| 全科医师 | 魏静 | 13953307288 |
| 公卫医师 | 朱少梅 | 15864477351 |
| 护士 | 王春花 | 7318136 |

**雪宫社区卫生服务中心第四服务团队（**杨娜团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 杨娜 | 7313776 | 单家社区、雪宫社区、堠皋社区辖区内所有社区 |
| 副主任医师 | 王建 | 15169319678 |
| 副主任医师 | 魏娜 | 13508947472 |
| 全科医师 | 张敦华 | 7172770 |
| 全科医师 | 孙俪 | 7151028 |
| 全科医师 | 于素珍 | 3071961 |
| 公卫医师 | 王秀红 | 3071961 |
| 护 士 | 杨丽 | 7151028 |
| 护 士 | 郭峰 | 7172770 |

**雪宫社区卫生服务中心第五服务团队（**张慧团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 张慧 | 7313776 | 齐都花园社区、齐福园社区、西高社区辖区内所有社区 |
| 主治医师 | 齐萍 | 18766949580 |
| 主治医师 | 朱连昕 | 15153307337 |
| 全科医师 | 王银传 | 13581007478 |
| 全科医师 | 王俊华 | 7317607 |
| 全科医师 | 孙晔 | 13375334316 |
| 公卫医师 | 王玉岩 | 13508957832 |
| 护 士 | 王秀红 | 7313120 |
| 护 士 | 许丽君 | 13969317747 |

**雪宫社区卫生服务中心第六服务团队（**王正团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 王正 | 7313776 | 东高社区、桑家社区、齐国商城社区辖区内所有社区 |
| 执业医师 | 赵圣华 | 17606438067 |
| 副主任医师 | 宋飞 | 13869337387 |
| 家庭医生 | 杨春霞 | 13153380398 |
| 家庭医生 | 郭冬梅 | 7361708 |
| 公卫医师 | 桑新艳 | 7315120 |
| 护 士 | 边文萍 | 13864381246 |
| 护 士 | 杨紫衣 | 7361708 |

**雪宫社区卫生服务中心第七服务团队孕产妇团队（**边姗姗团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 边姗姗 | 18678171512 | 雪宫社区卫生服务中心辖区内所有社区、村居 |
| 护 士 | 于金锦 | 13589572755 |
| 护 士 | 唐丽丽 | 17685607008 |
| 公卫医师 | 王晗 | 13675337206 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**雪宫社区卫生服务中心第八服务团队儿保团队（**王娜团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 王娜 | 17305331618 | 雪宫社区卫生服务中心辖区内所有社区、村居 |
| 主治医师 | 范新玲 | 13561609423 |
| 主治医师 | 鲍联华 | 13465334585 |
| 护 士 | 于金锦 | 13589572755 |
| 家庭医生 | 王晗 | 13675337206 |
|  |  |  |

**雪宫社区卫生服务中心第九服务中医团队（**路华文团队**）（ ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团队角色 | 团队人员姓名 | 联系电话 | 责任区域 |
| 团队长 | 路华文 | 13370671583 | 雪宫社区卫生服务中心辖区内所有社区、村居 |
| 中医医师 | 刘志良 | 18953386739 |
| 中医医师 | 刘继周 | 15053357391 |
| 中医医师 | 王玉岩 | 15318618699 |
| 中医医师 | 王海林 | 13355275978 |
| 中医医师 | 阎基 | 15600790959 |
| 中医医师 | 于炳芹 | 13668635753 |
| 中医医师 | 李金轩 | 18560717558 |
| 理疗师 | 杨春霞 | 13969396718 |
| 理疗师 | 孙丽 | 13573354594 |
| 理疗师 | 王俊华 | 13616431177 |

**一、甲方权利与职责：**

（一）甲方负责家庭医生签约政策解释。

（二）为乙方提供基础服务

1、为乙方及家庭成员建立和完善居民健康档案，定期核实更新。

2、根据乙方实际情况，按照国家基本公共卫生服务规范提供针对性的基本公共卫生服务项目。

3、开展健康咨询。在约定的时间（常规工作时间和约定的非工作日时间）为居民及家庭提供及时有效的医药咨询及健康指导。

4、为有疾病需求的签约居民提供中、西医诊疗服务。

5、对签约居民进行身体健康状况评估，制定个性化健康管理方案。

6、结合基本公共卫生服务，提供个体化健康教育、随访和健康管理指导、定期健康管理效果评估、健康管理工具使用和自我健康监测指导。

（三）为乙方提供转诊服务

如乙方病情超出甲方诊疗水平和能力，甲方不得擅自接诊，主动协助乙方转诊至上级医疗机构和专业医疗机构。

（四）为乙方提供个性化服务

1、对于行动不便就医困难等有特需服务的居民，根据医师诊断及患者需求增加服务项目。

2、根据有关规定并保障医疗安全的前提下，家庭医生团队能力范围内，经双方同意，可提供家庭病床、上门服务。

（五）保障乙方及时获得签约服务

1、甲方应按照签约服务包内约定的时间和频次为乙方提供服务。

2、因甲方有特殊医疗任务或其他原因不能及时提供服务时，应积极协调其他家庭医生承担。

（六）非紧急医疗服务需求情况下，甲方只为乙方一人提供服务。

（七）为签约居民开展“七个一”服务，即开展一次健康评估、面对面签定一份服务协议、建立一份健康档案、制定一个健康管理方案、确定一份服务时间表、发放一本服务手册、传播一个家庭健康管理理念。

二、乙方权利与职责

（一）自愿签约；享有签约单位提供的基本医疗卫生服务和约定的个性化服务；监督签约服务项目的实施，举报乙方在服务过程中的不规范行为。

（二）提供健康相关信息

乙方主动配合甲方开展以上服务，将身体健康情况、变化情况及时告知家庭医生，并保证信息资料的真实合法性。

（三）预约协商上门服务

如需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约时间。

（四）执行甲方提供的疾病防治方案

积极配合并参与甲方开展的疾病防治相关活动，认真执行甲方提供的疾病防控措施。

三、服务收费

1、基础包、初级包服务内容全部免费。

根据自愿选择的原则，乙方选择□**基础包，**□**初级包** （□一般人群 □0-6岁儿童□孕产妇 □老年人 □高血压 □糖尿病 □肺结核 □残疾人□新冠服务包□脑卒中 □医养结合）□其他服务包（ ）。

2、根据自愿选择的原则，乙方选择**中级包**（□特需包□严重精神障碍 □残疾人□糖尿病中级包□糖尿病中医包 □高血压中级包、□新冠服务包□高血压中医包 □医养结合□三高包）□其他服务包（ ）服务包（服务包内容附后），中级特需包、严重精神障碍、免费。

3、根据自愿选择的原则，乙方选择□**高级包**（□新冠服务包□中医高级包□口腔服务包）□其他服务包（ ）服务包（服务包内容附后）。

4、服务过程中，根据医生判断及患者临时需求增加的服务内容，按照国家相关规定和当地物价部门规定收费。

1. 其他约定

1、保密条款：签约居民授权其所签约的家庭医生及其团队成员可调阅其电子健康档案和在其医疗机构的诊疗记录信息。甲方有义务对签约居民的电子健康档案和在其他医疗机构的就诊记录信息予以保密。除法律法规规定外，未经签约居民允许，不得泄露给第三方。

2、如乙方对甲方隐瞒病史信息，不执行甲方制定的防治方案或不听从指导意见，影响服务质量，产生的后果由乙方承担。

3、本协议未尽事宜，由双方协商解决。

4、本协议解释权归甲方。一次签约提供连续2年家庭医师签约服务。

甲方（总团队长）签字： 乙方（居民）签字：

年 月 日 年 月 日

甲方（总团队长）签字： 乙方（居民）签字：

年 月 日 年 月 日

**临淄区雪宫社区卫生服务中心家庭医生签约服务包类型**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **适宜对象** | **服务包类型** | **服 务 包 项 目 内 容** | **服务内涵** | **应收金额** | **减免金额** | **自付金额** | **选择项** |
| 一般人群 | 基础包 | 1、为签约居民提供基本医疗服务。2、提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。  3、提供预约转诊服务，为签约居民提供专业就医路径指导。4、建立规范化居民电子档案，实行动态管理和更新。 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1、基础包所有内容  2、开展健康教育与健康促进，普及健康知识和技能，提高签约居民健康素养  3、全科医生每两个月至少一次集中进行健康知识讲座。  4、制定并反馈一份有针对性的健康管理方案、传播家庭健康管理理念 | 1、免费享受基本公共卫生服务和基本医疗的转诊需求  2、免费享受将健康教育，提高健康素养。  3、由全科医师制定一份个性化的健康管理方案，并指导实施 | - | - | 免费 |  |
| 0-6岁儿童 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“0--6岁儿童健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1. 包括基础包所有内容 2. 提供健康咨询   3、提供疾病健康教育  4、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 | 基本医疗服务；建立完善居民健康档案，及时复核更新;开展新生儿家庭访视；根据各年龄阶段提供相应次数的随访：0-3岁不低于9次，4-6岁儿童每年不低于1次；对家长进行饮食、口腔、心理等方面健康指导；提供预防接种服务及指导。 | - | - | 免费 |  |
| 孕  产  妇 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“孕产妇健康管理”项目执行，享受重大妇幼项目，免费产前筛查和DNA监测，宣传母乳喂养知识。 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1. 包括基础包所有内容 2. 在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 | 基本医疗服务；建立完善居民健康档案，及时复核更新;建立《母子健康手册》；开展孕期健康评估；开展产前检查及产后访视；孕中期免费血清学检查；孕期不低于4次随访；孕期及产后健康教育和指导。 | - | - | 免费 |  |
| 65岁及以上老年人 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务服务项目服务规范》（2017版）中“老年人健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3、对查体异常的老年人由全科医生进行健康指导。 | 签约的65岁以上老年人享受每年一次基本公共卫生服务免费健康查体，根据查体结果，由全科医师进行有针对性的指导 | - | - | 免费 |  |
| 35岁及以上原发高血压患者 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“高血压患者健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1、包括基础包所有内容。  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3、连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 基本医疗服务，运用中医药适宜技术防治高血压；建立完善居民健康档案，及时更新复核；每年提供一次健康体检；年度内至少四次面对面随访（血压及一般生命体征监测、健康评估、分类干预、用药调整）。 | - | - | 免费 |  |
| 中级包 | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3.连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 1、高血压中级包服务内容； 2、血常规检查； 3、尿常规检查；4、血糖检测； 5、血脂检测； 6、肝功能检测（谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素）； 7、肾功能检测（肌酐、尿素氮）； 8、常规心电图； 9、肝胆胰脾B超检查 年/1次 | 120 | 100 | 20 |  |
| 中级包（中医包） | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3.连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 1、高血压中级包服务内容； 2、以下3项服务内容任选其一： ①针灸、TDP烤灯、电针； ②艾灸、推拿； ③拔罐、推拿 年/1疗程（5次） | 120 | 100 | 20 |  |
| 35岁及以上2型糖尿病患者 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“糖尿病患者健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1. 包括基础包所有内容 2. 在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3.连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 基本医疗服务；建立完善居民健康档案，及时更新复核；每年提供一次健康体检；至少四次面对面随访（血糖及一般生命体征监测、健康评估、分类干预、用药调整）。 | - | - | 免费 |  |
| 中级包 | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3.连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 1、糖尿病中级包服务内容； 2、血常规检查； 3、尿常规检查； 4、血糖检测；5、血脂检测；6、肝功能检测（谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素）；7、肾功能检测（肌酐、尿素氮）；8、常规心电图；9、肝胆胰脾B超检查年/1次 | 120 | 100 | 20 |  |
| 中级包（中医包） | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3.连续两次控制不满意的由全科医生进行用药指导。 | 1、糖尿病中级包服务内容； 2、以下3项服务内容任选其一： ①针灸、TDP烤灯、电针； ②艾灸、推拿； ③拔罐、推拿 1疗程（5次） | 120 | 100 | 20 |  |
| 严重精神障碍患者 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“严重精神障碍患者健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 | 基本医疗服务；建立完善居民健康档案，及时更新复核；根据患者病情每年可提供一次健康体检；每年提供至少四次面对面随访（健康评估、危险性评估、分类干预）；针对性的家庭健康教育及心理支持。 | - | - | 免费 |  |
| 肺结核患者 | 基础包 | 按照《国家基本公共卫生服务项目》（2017版）中的“肺结核患者健康管理”项目执行 | | - | - | 免费 |  |
| 初级包 | 1、包括基础包所有内容  2、在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 | 基本医疗服务；建立完善居民健康档案，及时更新复核；根据患者病情每月至少1次随访；进行危险性评估和分类干预；开展家庭健康教育及生活方式指导。 | - | - | 免费 |  |
| 医养结合服务包 | 初级包 | 1、服务对象所有60岁及以上老年人。  2、血压检测、末梢血血糖检测、康复指导  3、护理技能、保健咨询、营养改善指导  4、对部分失能、失能、失智的老年，进行至少1次康复护理指导、心理支持。 | 每年提供2次医养结合服务;部分失能、失能、失智的老年，每年至少提供1次上门健康服务。 | - | - | 免费 |  |
| 中级包 | 1、包括初级包所有内容  2、每年提供一次健康体检，并反馈体检结果；每年进行一次健康状况评估，制定一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念 | 1、医养结合中级包服务内容； 2、血常规检查； 3、尿常规检查； 4、血糖检测；5、血脂检测；6、肝功能检测（谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素）；7、肾功能检测（肌酐、尿素氮）；8、常规心电图；9、肝胆胰脾B超检查 年/1次 | - | - | 按照本年国家政策执行 |  |
| 中级特需服务包 | 贫困低保人口 | 在一般人群基础服务包6项服务内容基础上，增加以下服务项目：  1、每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、心电图和腹部 B超检查）。  2、在查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案 3、对查体异常的贫困人口由临淄区雪宫社区卫生服务中心团队进行查体结果反馈。 | | - | - | 免费 |  |
| 计生特殊家庭 | 在一般人群基础服务包6项服务内容基础上，增加以下服务项目：  1、每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、心电图和腹部 B超检查）。  2、在查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案 3、对查体异常的贫困人口由临淄区雪宫社区卫生服务中心团队进行查体结果反馈。 | | - | - | 免费 |  |
| 严重精神障碍服包、 高血压服务包、  2型糖尿病服务包 | 贫困人口严重精神障碍患者 | 1.每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。2.每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案及健康指导。 3.按慢性病患者健康管理，对严重精神障碍患者提供信息管理、每年4次随访评估，并分类干预。 4.提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。5.选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；6.一对一健康问题电话咨询指导服务，预约转诊服务，为签约村（居）提供专业就医路径指导。 7.提供健康教育处方。 | | - | - | 免费 |  |
| 贫困人口肺结核患者 | 肺结核服务包 | 1.每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。2.对肺结核患者开展入户随访、督导服药、每月一次随访评估，开展分类干预和结案评估。3.在随访和查体基础上，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案。4.每季度一次家庭巡诊服务，对肺结核患者提供信息管理、13次随访评估，并分类干预。 5.提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。6.选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；7.一对一健康问题电话咨询指导服务，预约转诊服务，为签约村（居）提供专业就医路径指导。 8.提供健康教育处方。 | | **-** | - | 免费 |  |
| 贫困、低保人口 | 脑血管病包、冠心病包、 慢阻肺包、 重型老年人慢性支气管炎包、 类风湿性关节炎包、骨关节炎包 | 1.每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。2.每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案及健康指导。3.按慢性病患者健康管理。4.提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。  5.选择适宜的就医途径，6.双向转诊服务。 7.提供健康教育处方。 | | **-** | - | 免费 |  |
| 高级包 | 中医高级包 | 1、一般人群初级包服务内容； 2、匙圆针、痧疗、罐疗（任选一部位） 年/1疗程（5次） | | 230 | 100 | 130 |  |
| 60 岁以上高血压、高血糖、高血  脂人群 | “三高共管”健康管理服务包 | 1、全人群基础包服务项目2、每年 1 次体格检查和辅助检查（含空腹血糖、血脂）。3、每季度一次随访服务（结合慢性病管理进行）。 | | - | - | 免费 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新冠服务包 | 初级包 | 1.进行健康教育，倡导健康生活方式，做好个人健康防护。  2.对未完成加强免疫的人员，引导其尽快接种3.提供新冠肺炎相关咨询服务 | **-** | - | 免费 |  |
| 中级包 | 在初级服务的基础开展二级服务。1.向居家治疗的无症或症状轻微的感染者通过电话、微信或线下等方式提供健康咨询、用药指导等。2.根据签约对象实际情况，为有需要的感染者提供指夹式脉搏血氧仪等开展健康监测。如出现持续高热、呼吸困难指氧饱和度<93%等情况尽快转诊。3.每周随访一次，可根据需要加密随访频次，至居家治疗观察结束 | 120 | 100 | 20 |  |
| 高级包 | 在中级服务的基础上开展三级服务。1.根据签约对象实际情况可居家的，在上级医院指导下，提供健康咨询、健康指导、健康监测等必要服务。2.根据签约对象实际情况不适宜居家的，指导协助转诊。3.为重点人群感染者和有紧急医疗需求的人群提供协助转诊。 | 230 | 100 | 130 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾人患者 | 初级包 | 1、建立健康档案，一般人群、0-6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等分类享受《国家基本公共卫生服务项目》12项服务内容。2、提供健康评估并制定个性化健康管理方案。3、每年一次针对性的健康教育与生活方式指导。4、开展康复训练与指导。（中医康复理疗按相关要求收费并享受医保报销） 5、提供健康教育处方 | - | - | 免费 |  |
| 残疾人患者 | 中级包 | 1. 包括初级包所有内容 2. 每年提供一次健康体检，每年进行一次健康状况评估，制定并反馈一次有针对性的健康管理方案，传播家庭健康管理理念。 3. 提供健康教育处方 | - | - | 按照本年国家政策执行 |  |
| 口腔服务包 | 口腔服务包 | 1、全人群基础包服务项目2、全年享受 200 元减免优惠，分 4 次完成，每次最多减免 50 元（医保报销后）。3、提供口腔预约诊疗服务。4、选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；一对一健康问题电话咨询指导服务；5、提供预约转诊服务，为签约村（居）提供专业就医路径指导。6.提供健康评估并制定个性化健康管理方案。 | 230 | 200 | 30 |  |
| 脑卒中患者 | 脑卒中包 | 1、全人群基础包服务项目2、提供随访评估服务，并制定健康管理方案。3、每年 1 次较全面的健康检查。检查内容包括：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。4、发放健康教育处方。 | - | - | 免费 |  |

签约居民健康管理方案

**一、健康评估**

1、现存主要健康问题

□高血压 □糖尿病 □冠心病 □脑卒中 □肺结核

□严重精神障碍 □其他

2、健康评价

心 率 次/分 血 压 mmHg

☐ 体检无异常

☐ 体检有异常：□血压高 □血糖高 □超重 □肥胖

□ 其他

**二、管理目标**

☐ 降血压（目标 mmHg） ☐ 降血糖（目标 mmol/L）

☐戒 烟 ☐健康饮酒 ☐锻 炼 ☐减体重（目标 Kg）

☐低盐低脂饮食 ☐防控高血压 ☐ 糖尿病饮食

☐ 建议接种疫苗 ☐其他

**三、管理措施**

☐ 老年人健康管理：生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

☐纳入慢性病患者健康管理：随访评估和分类干预和健康体检。

☐ 建议复查 ☐ 建议转诊 ☐ 其他

**四、管理频次和标准**

☐ 老年人健康管理（含中医药健康管理）：每年提供一次健康体检服务。

☐ 慢性病患者健康管理：每年提供至少4次面对面随访和一次较全面的健康检查，可与随访结合。

家庭医生： 日期:

家庭医生签约服务计划时间表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 计划服务时间 | 服务内容 | 备 注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

服务内容选填：1、一般体格检查2、测血糖3、测血压4、转诊 5、中医服务 6、血常规 7、尿常规 8、肝功能 9、肾功能10、血脂 11、心电图 12、彩超 13、会诊 14、健康体检 15、其他

**家庭健康管理理念**

口 要有健康生活方式。例如∶每人每天6克盐，25克油，50克糖。吸烟者要戒烟，喝酒者要限酒。每周锻炼3次以上。每次锻炼30-60分钟。自己的健康自己做主，管住嘴，迈开腿。

□ 牢记健康四大基石。合理膳食、适量运动。戒烟限酒、心理平衡。□要熟知糖尿病治疗的五驾马车。

1、糖尿病教育。2、饮食治疗（少食多餐）。3、运动治疗。4、药物治疗（按时服药）。5、血糖的检测（定期检查血糖）。

□ 定期测量血压、血糖、规律服药、要有良好的遵医习惯。

□ 健康的理念——健康不仅仅是没有疾病或虚弱，而是身体、心理和社会适应的完好状态。

□ 家庭健康管理理念——以家庭为单位，从社会、心理、环境、营养、运动的角度进行全面的健康保障服务。

□ 合理膳食的理念——粗细混食、荤素混食、合理搭配。

□ 健康干预的理念——未病先防、既病防变、病后防复。

□ 健康评估的理念——在收集健康信息的基础上。对健康信息进行系统、全面的科学分析。形成一份具指导意义、详细的健康测评报告。

□ 健康教育的理念——通过有计划、有组织、有系统的社会教育活动，使人们自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素。

2页团队照片