附件1

**江门市基本医疗保险家庭病床日常生活能力评定量表**

定点医疗机构（公章） 评定人员签名 评定时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | | | 身份证号 | |  | | 参加险种 | | | 职工□ 居民□ | |
| 病情描述及诊断 | | |  | | | | | | | | | |
| 项目 | | | 评定标准 | | | | | | 评分 | | | |
| 分值标准 | | 初步测评  得分 | 复核测评  得分 |
| 1、进食 | | | 较大和完全依赖 | | | | | | 0 | |  |  |
| 需部分帮助夹菜盛饭 | | | | | | 5 | |  |  |
| 全面自理 | | | | | | 10 | |  |  |
| 2、洗澡 | | | 依赖 | | | | | | 0 | |  |  |
| 自理 | | | | | | 5 | |  |  |
| 3、梳洗修饰 | | | 依赖 | | | | | | 0 | |  |  |
| 自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须） | | | | | | 5 | |  |  |
| 4、穿衣 | | | 依赖 | | | | | | 0 | |  |  |
| 需一半帮助 | | | | | | 5 | |  |  |
| 自理（系开钮扣、开关拉链和穿鞋） | | | | | | 10 | |  |  |
| 5、控制大便 | | | 昏迷或失禁 | | | | | | 0 | |  |  |
| 偶尔失禁（每周<1 次） | | | | | | 5 | |  |  |
| 能控制 | | | | | | 10 | |  |  |
| 6、控制小便 | | | 失禁或昏迷或需他人导尿 | | | | | | 0 | |  |  |
| 偶尔失禁（<1次/24 小时；>1 次/周） | | | | | | 5 | |  |  |
| 能控制 | | | | | | 10 | |  |  |
| 7、如厕 | | | 依赖 | | | | | | 0 | |  |  |
| 需部分帮助 | | | | | | 5 | |  |  |
| 自理 | | | | | | 10 | |  |  |
| 8、床椅转移 | | | 完全依赖别人 | | | | | | 0 | |  |  |
| 需大量帮助（2人），能坐 | | | | | | 5 | |  |  |
| 需小量帮助（1人 ），或监护 | | | | | | 10 | |  |  |
| 自理 | | | | | | 15 | |  |  |
| 9、行走 | | | 不能走 | | | | | | 0 | |  |  |
| 在轮椅上独自行动 | | | | | | 5 | |  |  |
| 需1人帮助（体力或语言督导） | | | | | | 10 | |  |  |
| 独自步行（可用辅助器具） | | | | | | 15 | |  |  |
| 10、上下楼梯 | | | 不能 | | | | | | 0 | |  |  |
| 需帮助 | | | | | | 5 | |  |  |
| 自理 | | | | | | 10 | |  |  |
| 合 计 | | | | | | | | | 100 | |  |  |
| 医保经办机构复核意见 | | 同意□不同意□ | | | 医保经办机构复核时间 | |  | | | 复核人员签名 | |  |

注：此量表满分为100分。得分100分为完全自理，≥61分表示有轻度功能障碍；60-41分表示有中度功能障碍；≤40分表示有重度功能障碍。