**附件2**

朝阳区养老家庭照护床位服务意向书（范本）

甲方（服务机构）：

服务电话：

营业地址：

乙方（老人）： 身份证号码：

照护者：□家人□保姆□其它

现家庭住址：

委托人或监护人姓名：

联系电话及电子邮箱：

按照《北京市朝阳区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》的规定，经甲、乙双方共同协商，自愿签订如下协议：

乙方有意向申请接受甲方为其提供养老家庭照护床位服务，甲方根据乙方的申请，对乙方进行综合能力评估（附件2-1），若甲方最终确定可以为乙方提供养老家庭照护床位服务，届时双方另行签订服务协议，约定服务内容及双方权责义务。

甲方（盖章） 乙方姓名：

代表签字： 委托人或监护人签字：

年 月 日 年 月 日

附件2-1

朝阳区养老家庭照护床位综合评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | 出生日期： |
| 身份证号 |  | | | | | | | | 家庭地址 |  |
| 民族 | □汉族 □少数民族\_\_\_\_\_ | | | | | | | | 宗教信仰 | □无 □有\_\_\_\_\_ |
| 文化程度 | □文盲及半文盲 □小学 □初中 □高中/技校/中专 □大学专科及以上 | | | | | | | | | |
| 职业 | □商业、服务业人员  □农、林、牧、渔、水利业生产人员 □生产、运输设备操作人员  □专业技术人员  □其他 | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □离婚 □丧偶 | | | | | | | | | |
| 医疗费用  支付方式 | □城镇职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险 □新型农村合作医疗 □贫困救助  □商业医疗保险 □全公费 □全自费 □其他 | | | | | | | | | |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住  □与非亲属关系的人居住 | | | | | | | | | |
| 经济来源 | □退休金 □子女补贴 □亲友资助 □其他补贴 | | | | | | | | | |
| 居住环境 | □电梯 □无障碍通道 □卫生间无障碍设施  □平房 □家庭无障碍扶手 □远程监护  □护理床 □无线网络 | | | | | | | | | |
| 监护人姓名： | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | 联系电话： |
| 身份证号： | | | | | | | | 常住地址： | | |
| 与老年人关系： □夫妻 □子女 □亲属 □其他: | | | | | | | | | | |
| 照护者姓名： | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | 联系电话： |
| 与老年人关系： □夫妻 □子女 □亲属 □其他: | | | | | | | | | | |
| 照护方式： □24小时长期 □日间短期 □夜间短期 □小时 □其他： | | | | | | | | | | |
| 健 康 调 查 | | □失智 | | | | | | | | □无 □精神分裂 □偏执性精神障碍 □阿尔兹海默症程度\_\_\_\_\_ \_ |
| 既往病史： □高血压 □冠心病 □慢性阻塞性肺疾病 □糖尿病 □溃疡病 □脑卒中  □高脂血症 □恶性肿瘤 □结核病 □肝炎 □先天畸形  □其他： | | | | | | | | |
| 现病史：□高血压 □冠心病 □慢性阻塞性肺疾病 □糖尿病 □溃疡病 □脑卒中 □肝炎  □高脂血症 □老年痴呆 □重性精神疾病 □恶性肿瘤 □结核病 □先天畸形 □其他：\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 手术史：□无 □有  名称： 时间： | | | | | 过敏史：□无 □有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 吸烟史：□是 □否 □已戒 | | | | | 饮酒史：□是 □否 | | | |
| 服 务 环 境 需 求 | | 公共设施 | □电梯 □无障碍坡道 | | | | | | | |
| 居家设施 | □无线网络 □远程监护设备 □护理床  □居室安装扶手 □居室安装防撞角 □安装智能马桶盖 | | | | | | | |
| 康复辅具 | □拐杖 □助行器 □轮椅 □洗澡椅 □坐便椅 □移位椅 □助听器 | | | | | | | |
| 服 务 内 容 需 求 | | 基础服务 | □综合评估 □照护管理 □健康监测 □喘息服务  □应急响应 □入户巡访 □风险提示 □增能培训 | | | | | | | |
| 生活照料 | 助餐 | | | □营养餐送餐 □协助进食 | | | | |
| 助洁 | | | □洁面 □剃须 □理发 □会阴和尿道口清洁 □口腔清洁  □皮肤清洁 □修脚□剪指甲（趾甲） □翻身 | | | | |
| 助浴 | | | □洗澡 □床上擦浴 | | | | |
| 生活协助 | | | □协助服药 □如厕照料 □体位转移 □便溺照料 □睡眠照料 | | | | |
| 代买代办 | | | □代办挂号 □代办取药 □代办购物 □代办缴费 | | | | |
| 陪同陪护 | | | □户外出行 □就医陪护 | | | | |
| 健康服务 | □基本医疗 □专科护理 □康复指导 □中医护理 □安宁疗护 | | | | | | | |
| 其他服务 |  | | | | | | | |
| 总体印象 | | 日常生  活活动 | 进食 | | 可独立进食 需部分帮助 完全依赖他人，或有留置营养管 | | | | | |
| 洗澡 | | 准备好洗澡水后，可独立洗澡 需要他人帮助 | | | | | |
| 修饰 | | 可独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 需他人帮助 | | | | | |
| 穿衣 | | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | | | | | |
| 大便控制 | | 可控制 偶尔失控（每周<1次）完全失控 | | | | | |
| 小便控制 | | 可控制 偶尔失控（每天<1次，每周>1次）完全失控 | | | | | |
| 如厕 | | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | | | | | |
| 床椅转移 | | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | | | | | |
| 平地行走 | | 可独立完成45米以上 需部分帮助 完全依赖他人 | | | | | |
| 上下楼梯 | | 可独立完成 需要部分帮助 完全依赖他人 | | | | | |
| 感知觉  与沟通 | 视力 | | 能看清书报上的标准字体 能看清大字体 辨认物体有困难 无视力 | | | | | |
| 听力 | | 可正常交谈 超过2米听不清 完全听不见 | | | | | |
| 沟通交流 | | 可正常交谈 能表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助 不能表达需要或理解他人的话 | | | | | |
| 总体情况 | 优 良 中 差 | | | | | | | |