附件3

**徐州市长期护理保险居家上门服务照护情况记录表**

**机构名称： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 评估等级 |  | |
| 居住地址 | | |  | | 联系电话 |  | |
| 内容 | 序号 | 日期  项目 | |  |  |  |  |
| 生  活  照  料 | 1 | 头面部清洁、梳理 | |  |  |  |  |
| 2 | 洗发 | |  |  |  |  |
| 3 | 理发 | |  |  |  |  |
| 4 | 手、足部清洁 | |  |  |  |  |
| 5 | 口腔清洁 | |  |  |  |  |
| 6 | 擦浴/沐浴 | |  |  |  |  |
| 7 | 指/趾甲护理 | |  |  |  |  |
| 8 | 协助进食（水)及指导（包括鼻饲) | |  |  |  |  |
| 9 | 协助更衣及指导 | |  |  |  |  |
| 10 | 整理床单位 | |  |  |  |  |
| 11 | 协助如厕护理 | |  |  |  |  |
| 12 | 失禁护理 | |  |  |  |  |
| 13 | 人工取便 | |  |  |  |  |
| 14 | 肠胀气、便秘处理 | |  |  |  |  |
| 15 | 会阴护理 | |  |  |  |  |
| 16 | 协助翻身扣背排痰 | |  |  |  |  |
| 17 | 协助床上移动及指导 | |  |  |  |  |
| 18 | 借助器具移动及指导 | |  |  |  |  |
| 医  疗  护理 | 19 | 医护人员巡查 | |  |  |  |  |
| 20 | 安全护理指导 | |  |  |  |  |
| 21 | 压疮预防护理及指导 | |  |  |  |  |
| 22 | 协助进行肢体锻炼 | |  |  |  |  |
| 23 | 肢体摆放及指导 | |  |  |  |  |
| 24 | 生命体征检测 | |  |  |  |  |
| 25 | 血糖监测 | |  |  |  |  |
| 护理人员签名 | | | |  | | | |
| 家属确认签名 | | | |  | | | |
| 特殊情况记录 | | | |  | | | |
| 您对上门服务的意见和建议 | | | |  | | | |