

DB41

河南省地方标准

DB41/T 1371—2017

假肢矫形器配置接待服务规范

地方标准信息服务平台

2017-02-10 发布

2017-05-10 实施

河南省质量技术监督局 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基本要求	1
5 接待服务流程	2
6 档案管理	5
7 服务质量评价	6
8 服务质量监督	6
附录A（规范性附录） 假肢配置病历首页格式	7
附录B（规范性附录） 假肢配置检查表格式	8
附录C（规范性附录） 假肢配置处方格式	9
附录D（资料性附录） 假肢（矫形器）配置协议格式	10
附录E（资料性附录） 矫形器配置病历格式	11

地方标准信息服务平台

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由河南省民政厅提出。

本标准由河南民政标准化技术委员会归口。

本标准起草单位：河南省康复辅具技术中心。

本标准主要起草人：王磊、孟雁舟、王文选、周树乾、谭春梅、杜一斐、李锐。

本标准参加起草人：李海涛、吕景贞、汪孝波、安冰、曹二巍、盛乃胜、李艳琼。

地方标准信息服务平台

假肢矫形器配置接待服务规范

1 范围

本标准规定了假肢矫形器配置接待服务的术语和定义、基本要求及场地、设施设备要求、接待服务流程、档案管理、服务质量评价及服务质量监督。

本标准适用于假肢和矫形器配置的各类机构（以下简称机构）的接待服务。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T15624 服务标准化工作指南

GB 22457 假肢配置服务

GB 50763 无障碍设计规范

3 术语和定义

3.1

假肢矫形器装配机构

直接为肢残者、肢体功能障碍或需要改善肢体功能的人员提供假肢配置或矫形器配置服务的组织。

3.2

假肢配置

为肢残者安装、配备假肢，并最终交付成品假肢的过程。

3.3

矫形器配置

根据需求者（肢残者、肢体功能障碍或需要改善肢体功能的人员）的健康状况、活动能力、使用环境等因素，为其配备、安装矫形器，并最终交付成品矫形器的过程。

4 基本要求

4.1 一般要求

配置机构在整个提供服务的过程中应做到：

- a) 服务人员热情、诚信、礼貌；
- b) 服务流程规范、责任到人，实行签字制；
- c) 尊重患者，保护隐私，对有可能暴露患者隐私的操作应有遮挡，提供安全有效的防护措施；
- d) 妥善保管患者资料，不得泄露患者个人信息；假肢病历、矫形器病历、假肢配置协议、矫形器配置协议应至少保存 15 年；
- e) 建立员工培训机制，开展和组织员工参加服务语言、服务技能、服务意识等各类培训；

- f) 公示其服务公约及售后服务电话;
- g) 机构应至少有 2 名持有民政行业特有工种职业资格证书的假肢师或者矫形器师(其专业资质应与机构所装配的产品相一致), 持有资格证书的人员的劳动合同不少于 1 年。

4.2 接待场地、设施设备要求

4.2.1 接待场地

接待场地要求:

- a) 患者活动场所应设有无障碍设施和标识, 应符合 GB 50763 的规定;
- b) 接待检查区的使用面积应不小于 15 m², 并配有桌椅、纸笔、介绍材料。

4.2.2 接待检查区设施设备

接待检查区应配备设施设备, 包括但不限于:

- a) 医用门诊检查床;
- b) 医用 X 光观片灯;
- c) 身高体重秤, 称重范围 0 kg~150 kg、精度±0.5 kg; 身高范围 100 cm~200 cm、精度±0.5 cm;
- d) 假肢肌电测试仪或有测试功能的肌电训练仪, 双通道测试和显示(伸、屈), 仪表量程 0 μV~100 μV, 精度±0.5 μV;
- e) 不带轮子的靠背椅;
- f) 样品陈列柜;
- g) 屏风或遮挡帘;
- h) 冷暖空调。

5 接待服务流程

5.1 假肢配置接待服务流程

5.1.1 接待

5.1.1.1 接待人员按 GB 22457 假肢配置服务的要求, 应热情向患者询问障碍困难情况, 介绍假肢产品, 鼓励和启发患者对康复充满信心; 详细询问患者的自然情况和需求, 完成假肢配置病历的第 1 部分(假肢配置病历首页), 见附录 A。

假肢配置病历第 1 部分内容至少包括以下信息:

- 姓名、性别、年龄、国籍(或地区)、民族、身高、体重;
- 身份证件类别和号码;
- 联系方式、通讯地址;
- 家庭住址、工作单位;
- 截肢原因、时间、部位;
- 病史(现病史、既往病史、家族病史、既往假肢安装史)。

5.1.1.2 如果已有病历, 应调用已有病历, 并询问和记录改动情况。

5.1.1.3 如实向患者宣传介绍本单位情况、产品情况。

5.1.2 检查

5.1.2.1 由假肢师负责对患者残肢和全身状况进行询问及检查，了解功能损害的范围、程度及代偿能力，对残疾状况给予描述。

5.1.2.2 检查过程中，应做好各项检查项目的详细记录，包括患者信息，填写假肢配置病历第2部分（假肢配置检查表），见附录B。

5.1.2.3 假肢配置病历第2部分内容至少包括以下信息：

- 姓名、患者病历编号；
- 残肢方位、截肢平面、残肢长度；
- 截肢原因、截肢日期、术后处理情况；
- 是否有人护理、本次是第几次安装假肢、首次安装时间；
- 患者健康状况、有无心血管疾病、有无其他肢体疾病、有无其他疾病、药物服用情况、运动协调性是否正常、站立位、坐位的平衡是否正常。

5.1.2.4 截肢者生活工作环境

截肢者生活工作环境包括以下内容：

- 截肢者居住环境路况平坦或不平坦；
- 截肢者日常生活是否自理；
- 截肢者职业；
- 截肢者工作及生活中的主要姿势、坐、站、行走；
- 截肢者工作及生活中的主要交通方式。

5.1.2.5 残肢临床检查

残肢临床检查包括：

- 控制残肢肌肉的肌力、外展、内收、伸展、屈曲、内旋、外旋情况；
- 残肢关节运动范围；
- 有无屈曲或外展挛缩畸形；
- 残端能否承重、残端承重能力；
- 皮下组织情况；
- 皮肤疤痕粘连情况、有无变色；
- 皮肤有无敏感部位、有无过敏；
- 有无幻肢感、幻肢痛；
- 残肢温度与对侧相比情况；
- 骨端突出部情况；
- 残肢有无浮肿；
- 残肢其他问题。

5.1.3 开具假肢处方

5.1.3.1 根据截肢原因、功能缺失情况、心理状况、病史、活动能力、生活和工作环境等，并征询患者及家属的意见后，以最大程度补偿患者缺失功能为目的，确定假肢类型、部件、材料及必要的康复训练计划，由假肢师开具假肢配置病历第3部分（假肢配置处方），见附录C。患者或家属签字同意。

5.1.3.2 主要零部件应是符合国家标准要求的在检验合格有效期内的合格产品。

5.1.3.3 完成假肢配置病历的第3部分（假肢配置处方），见附录C。假肢配置处方的内容应至少包括以下信息：

- 患者姓名、性别、年龄、肢体缺失部位；

- 假肢类型：假肢名称；
- 部件：各零部件的构成、型号及主要部件的生产厂家；
- 材料：所用材料的材质名称。

5.1.4 签订假肢配置协议

开具假肢配置处方后，可根据实际需要签订假肢（矫形器）配置协议，参见附录D。假肢配置协议的内容应至少包括以下信息：

- 假肢类型：假肢名称；
- 部件：各零部件的构成及型号；
- 材质：所用材料的名称；
- 费用，包括假肢价格；
- 付款方式；
- 交货期；
- 争议的解决方式。

5.1.5 假肢配置病历和假肢配置协议的保存

假肢配置病历和假肢配置协议应至少保存15年。

5.1.6 假肢装配前的准备工作

- 5.1.6.1 假肢制作者应首先详细阅读处方，按程序开展工作。
- 5.1.6.2 向患者详细讲述补偿功能的预期情况及注意事项。
- 5.1.6.3 根据患者残肢情况，制定必要的残肢训练和康复训练计划。
- 5.1.6.4 确定是否装配临时假肢。

5.2 矫形器配置接待服务流程

5.2.1 接待

5.2.1.1 接待人员应热情向患者询问肢体情况，介绍矫形器产品，鼓励和启发患者对康复充满信心；详细询问患者的自然情况和需求，填写病历，完成矫形器配置病历的第1部分，参见附录E。

矫形器配置病历第1部分内容至少包括以下信息：

- 姓名、性别、年龄、国籍（或地区）、民族、身高、体重；
- 身份证件类别和号码；
- 联系方式、通讯地址；
- 家庭住址、工作单位；
- 病史（现病史、既往病史、家族病史、既往矫形器安装史）。

5.2.1.2 如果已有病历，应调用已有病历，并询问和记录改动情况。

5.2.1.3 如实向患者宣传介绍本单位情况、产品情况。

5.2.2 检查

5.2.2.1 由矫形器师负责对患者全身状况和肢体等进行询问及检查，了解功能损害的范围、程度及代偿能力。

5.2.2.2 检查过程中，应做好各项检查项目的详细记录，包括患者信息，填写矫形器配置病历第2部分，参见附录E。矫形器病历第2部分内容至少包括以下信息：

- 全身状况，包括心理状态、意识状态；
- 生活、工作环境，是否有特殊要求；
- 患者肢体状况，如关节活动度、骨骼、肌肉、皮肤、神经及尺寸等。

5.2.3 开具矫形器处方

5.2.3.1 根据患者肢体状况、功能缺失情况、心理状况、病史、活动能力、生活和工作环境等，并征询患者及家属的意见后，以最大程度补偿患者缺失功能为目的，确定矫形器类型、部件、材料及必要的康复训练计划，由矫形器师开具矫形器配置病历第3部分（矫形器配置处方），参见附录E。患者或家属签字同意。

5.2.3.2 主要零部件应是符合国家标准要求的在检验合格有效期内的合格产品。

5.2.3.3 填写矫形器配置病历的第3部分（矫形器配置处方），参见附录E。矫形器配置处方的内容应至少包括以下信息：

- 患者姓名、性别、年龄、障碍肢体部位；
- 矫形器类型：矫形器名称；
- 主要部件型号及厂商。

5.2.4 签订矫形器配置协议

开具矫形器配置处方后，可根据实际需要签订矫形器配置协议，参见附录D。矫形器配置协议的内容应至少包括以下信息：

- 矫形器类型：矫形器名称；
- 部件：各零部件的构成及型号；
- 材质：所用材料的名称；
- 费用，包括矫形器价格；
- 付款方式；
- 交货期；
- 争议的解决方式。

5.2.5 矫形器配置病历和矫形器配置协议的保存

矫形器配置病历和矫形器配置协议应至少保存15年。

5.2.6 矫形器装配前的准备工作

5.2.6.1 矫形器制作者应首先详细阅读处方，按程序开展工作。

5.2.6.2 向患者详细讲述补偿功能的预期情况及注意事项。

5.2.6.3 根据患者情况，制定必要的康复训练计划。

6 档案管理

6.1 档案包括假肢配置病历、假肢配置协议、矫形器配置病历、矫形器配置协议、售后随访资料等。

6.2 档案应建立保管、使用及保密制度，并动态管理。

7 服务质量评价

7.1 评价主体

按GB/T 15624要求，根据评价主体，评价分为：

- a) 个人自我评价；
- b) 服务对象或家属、监护人评价；
- c) 评价小组评价。

7.2 评价内容

评价内容包括：

- a) 服务对象或家属、监护人的满意度；
- b) 服务档案记录完整性、及时性、规范性。

7.3 评价方法

评价方法为：

- a) 意见征询（电话、信件、网络等）；
- b) 实地调查；
- c) 第三方评价。

8 服务质量监督

8.1 接受监督

- 8.1.1 应自觉接受政府主管部门、行业及有关部门和社会监督。
- 8.1.2 应对社会公布投诉联系方式，如电话、电子邮箱，接受投诉，批评和建议，并及时回复。

8.2 反馈和改进

- 8.2.1 应对反馈的意见和建议由专人进行登记、整理、存档。
- 8.2.2 对所提意见，及时核实并给予反馈。

地方标准信息服务平台

附录 A
(规范性附录)
假肢配置病历首页格式

假肢配置病历首页

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 患者病历编号：_____

国籍：_____ 民族：_____ 身高：_____cm 体重：_____kg

身份证件类别：身份证 护照 军官（士兵）证 其他：_____

身份证件号码：_____

电话：_____ 通讯地址：_____ 邮编：_____

家庭住址：_____ 工作单位：_____

截肢原因：_____ 截肢时间：_____年_____月_____日 截肢部位：_____

病史（现病史、既往病史、家族病史、既往假肢安装史）：

_____。

其他需要说明的情况：

_____。

接诊人签字：_____

就诊日期：_____年_____月_____日

附录 B
(规范性附录)
假肢配置检查表格式
假肢配置检查表

姓名: _____		患者病历编号: _____	
残侧: <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 两侧	截肢平面: _____	残肢长度 _____cm (健肢的 _____%)	
截肢日期: _____年____月____日	截肢原因: _____	术后处理: _____	
本次是否有人护理: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	本次是第_____次安装假肢, 首次安装时间: _____年____月____日		
<p>1. 健康状况(心脏血液循环疾病, 药物依赖, 其他疾病)</p> <p>1.1 心血管疾病: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>1.2 其他肢体疾病: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>1.3 其他疾病: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>1.4 药物服用: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>1.5 运动协调性是否正常: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否: _____</p> <p>1.6 站立位、坐位的平衡是否正常: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否: _____</p>			
<p>2. 截肢者生活工作环境</p> <p>2.1 居住环境路况: <input type="checkbox"/>平坦 <input type="checkbox"/>不平坦 <input type="checkbox"/>坡路 <input type="checkbox"/>台阶</p> <p>2.2 日常生活: <input type="checkbox"/>自理 <input type="checkbox"/>护理</p> <p>2.3 职业: _____</p> <p>2.4 工作及生活中的主要姿势: <input type="checkbox"/>坐 <input type="checkbox"/>站 <input type="checkbox"/>行走</p> <p>2.5 工作及生活中的主要交通方式: <input type="checkbox"/>步行 <input type="checkbox"/>自行车 <input type="checkbox"/>公共交通 <input type="checkbox"/>小汽车 <input type="checkbox"/>轮椅 <input type="checkbox"/>其他: _____</p>			
<p>3. 残肢临床检查</p> <p>3.1 控制残肢肌肉的肌力: 外展____ 内收____ 伸展____ 屈曲____ 内旋____ 外旋____ (肌力分级: 0, 1, 2, 3, 4, 5)</p> <p>3.2 残肢关节运动范围</p> <p> 屈曲/中立/伸展: 主动 _____/_____/_____ 被动 _____/_____/_____</p> <p> 内收/中立/外展: 主动 _____/_____/_____ 被动 _____/_____/_____</p> <p> 内旋/中立/外旋: 主动 _____/_____/_____ 被动 _____/_____/_____</p> <p>3.3 屈曲或外展挛缩畸形: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.4 残端能否承重: <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>能 残端承重能力: <input type="checkbox"/>低 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>高</p> <p>3.5 皮下组织: <input type="checkbox"/>软 <input type="checkbox"/>中(正常) <input type="checkbox"/>硬 <input type="checkbox"/>少 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>多</p> <p>3.6 皮肤疤痕粘连: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____ 变色: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.7 皮肤敏感部位: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____ 过敏: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.8 幻肢感: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有 幻肢痛: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.9 残肢温度与对侧相比: <input type="checkbox"/>相同 <input type="checkbox"/>低 <input type="checkbox"/>高</p> <p>3.10 骨端突出部: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.11 残肢有无浮肿: <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>有: _____</p> <p>3.12 残肢其他问题: _____</p>			
备注: _____			

假肢师签字: _____

记录时间: _____年____月____日

附 录 C
(规范性附录)
假肢配置处方格式

假肢配置处方

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 患者病历编号：_____

肢体缺失部位：_____ 假肢名称：_____

接受腔	<input type="checkbox"/> 单腔 <input type="checkbox"/> 双层腔（内腔+外腔）						
<input type="checkbox"/> 外腔材料	<input type="checkbox"/> 进口 <input type="checkbox"/> 国产						
	<input type="checkbox"/> 树脂 <input type="checkbox"/> 板材 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
<input type="checkbox"/> 内腔材料	<input type="checkbox"/> 热塑 <input type="checkbox"/> 泡沫板 <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 硅胶腔 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
接受腔类型	<input type="checkbox"/> 插入式 <input type="checkbox"/> 全面接触式 <input type="checkbox"/> 吸着式 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
假肢结构： <input type="checkbox"/> 骨骼式 <input type="checkbox"/> 壳式							
品名	型号	生产厂家	数量	品名	型号	生产厂家	数量
髌				肩			
膝				肘			
踝				手			
脚							
附件： _____							
特殊要求： _____（患者或家属签字）同意以上各项假肢配件选择。 假肢师（签字）：_____ 填写时间：_____年____月____日							

附 录 D
(资料性附录)
假肢(矫形器)配置协议格式

假肢(矫形器)配置协议

患者病历编号:

甲方:(假肢/矫形器配置机构)

乙方:

甲方与乙方就假肢(矫形器)配置事宜达成如下协议:

乙方选择装配以下产品:

假肢(矫形器)名称	
主要部件型号	
材质	
价格(人民币)	

一、甲方的责任和义务:

1、甲方自乙方签订本协议后,立即为乙方开展假肢(矫形器)配置训练服务。

2、甲方根据假肢(矫形器)配置处方提供相应适配的假肢(矫形器),需在乙方确认假肢(矫形器)部件无误时,方可进行假肢(矫形器)的组装,并为乙方进行专业性的假肢(矫形器)使用技术指导。

3、甲方有权拒绝乙方不合理的要求。

4、甲方应保证乙方的假肢(矫形器)质量和制作工艺。

二、乙方的责任和义务:

1、乙方应积极主动地配合甲方技术员制定的合理的假肢(矫形器)装配计划的进行。

2、乙方需在甲方规定时间到训练室或指定场所接受甲方技术员的假肢(矫形器)配置训练指导。

3、乙方在训练场所应避免大声喧哗、打闹或其他有可能妨碍他人的行为。

4、乙方需在甲方下班时把假肢(矫形器)脱下由甲方保管。未经甲方许可,乙方不得穿戴假肢(矫形器)外出。

三、付款方式

1、乙方在签订本协议时应交纳假肢(矫形器)配置费用的 %。

2、乙方对所装配的假肢(矫形器)无疑异时,应结清所有费用后办理出院手续。

四、交货期

甲方自乙方签订本协议后,在乙方积极配合下,一般应在 天之内完成假肢(矫形器)制作,并在乙方结清所有费用后,交付乙方。

五、违约条款

甲、乙双方应严格遵循所定协议的全部条款。如有违约甲、乙双方应协商解决。

六、争议的解决方式

如果双方协商不成,可以申请第三方调解,调解不成,由人民法院判决。

七、本协议一式两份,双方各执一份,双方签字或盖章后生效。

八、本协议的解释权归(假肢/矫形器配置机构)所有。

甲方:

(假肢/矫形器配置机构)

经办人(签字):

年 月 日

电话:

地址:

乙方(签字):

证件名称:

证件号码:

年 月 日

附 录 E
(资料性附录)
矫形器配置病历格式

矫形器配置病历

患者病历编号：_____

姓名：_____性别：____国籍：_____民族：_____年__月__日生（ ）岁

身高：_____厘米 体重：_____公斤 职业：_____

电话：_____通讯地址：_____邮编：_____

家庭住址：_____工作单位：_____

疾病名称：_____发病时间：_____年__月__ 障碍部位：_____

医学意见：_____

病史（现病史、既往病史、家族病史、既往矫形器安装史）：

接诊人签字：_____日期：____年__月__日

（检查）

健康状况：_____

患者肢体状况：1、关节活动度：_____

2、肌力状况：_____

3、皮肤状况：_____

4、神经功能：_____

5、其他：_____

生活工作环境：_____

活动能力：_____

（处方）

使用矫形器目的及要求：

装配矫形器类型：

主要部件型号及厂商：

矫形器师（签字）：_____日期：____年__月__日
