**2025年度西安市鄠邑区残疾人家庭医生**

**签约服务项目（二次）**

**委托协议书**

**甲方：**

**乙方：**

**签订时间： 年 月 日**

**（此合同草案条款，采购人和成交供应商所签订的合同不得对磋商文件确定的事项和成交供应商的磋商文件做实质性修改，最终签订的合同以采购人确定的合同内容为准。）**

甲方（采购人）：

乙方（成交供应商）：

根据《中华人民共和国民法典》和《中华人民共和国政府采购法》有关规定，结合项目实际，经甲、乙双方协商，签订本合同，共同信守。

**一、项目名称**

2025年度西安市鄠邑区残疾人家庭医生签约服务项目（二次）

**二、工作内容**

（一）工作内容及流程

1、筛查评估。家庭医生签约服务团队要采取入户或集中访问等方式，对辖区内有康复需求的残疾人进行筛查和初步评估。

2、签订协议。根据筛查初评情况和残疾人基本康复需求，签订《鄠邑区残疾人精准康复家庭医生签约服务协议（服务）手册》（附件1）中的服务协议。

3、提供服务。根据签约服务内容，按照《家庭医生签约服务差异化康复服务包》（附件2）内容和次数，为残疾人提供相应的服务，并填写《鄠邑区残疾人精准康复家庭医生签约服务手册》（附件1）中的康复需求评估与转介和康复服务记录内容。

4、信息管理。签约服务团队要将筛查初评的0-16岁残疾少年儿童和持证残疾人基本信息、康复需求筛查及签约服务的内容等信息及时录入精准康复服务管理系统。

（二）服务人数：

普通轻度类服务包：预计750人（以实际服务人数为准）。

重度肢体类服务包：预计1300人（以实际服务人数为准）。

（三）服务期：合同签订后至 年 月 日。

（四）服务地点：采购人指定地点。

**三、款项结算**

（一）普通轻度类服务包：成交单价： 元（人/年），服务人数：不低于750人（最终以实际服务人数为准），总价(人民币/元)暂定为：大写： ；小写： 。

普通轻度类服务包总费用=服务人数×成交单价，最终根据实际服务人数及报价据实结算费用；

（二）重度肢体类服务包：成交单价： 元（人/次），服务人数：不低于1300人（最终以实际服务人数为准），全年总服务次数： 次，总价(人民币/元)暂定为：大写： ；小写： 。

重度肢体类服务包总费用=全年总服务次数×成交单价。

（三）项目总经费：预计 元（以实际金额结算）。

（四）结算方式：全部服务完成,交付后经验收合格，甲方将根据乙方提供的签约服务人员花名册和省精准康复服务管理系统里服务数据比对,以实际签约服务人数和服务次数对产生的服务经费在达到付款条件起7日进行结算支付。

**四、工作要求**

（一）甲方牵头制定残疾人家庭医生签约服务实施方案，统筹协调残疾人家庭医生签约服务工作；推动签约服务顺利进行；指导、督促签约服务进展情况；检查乙方签约服务人数和服务内容，根据实际完成结果申请并拨付经费。

（二）乙方在组织实施残疾人家庭医生签约服务过程中，应坚持实事求是、客观真实的原则，注重服务质量，对签约服务人员信息有保密义务。

（三）乙方严格按照鄠邑区残疾人家庭医生签约工作相关规定开展工作，并接受甲方的督导检查，不得违规操作，弄虚作假，如有违规，甲方有权责令其返工整改并扣减相应工作经费。

（四）乙方不得将签约服务工作转让、分包给其它单位或个人，乙方不得将本协议所服务的人员信息向第三方提供或披露。乙方及工作人员未遵守保密要求的，如因此造成相关影响或损失，甲方有权要求乙方承担相关赔偿责任（非经济损失由甲方根据损失情况判定应赔偿金额）。

**五、合同生效**

（一）本合同须经甲、乙双方的法定代表人（授权代表）在合同书上签字并加盖本单位公章后正式生效。

（二）本合同如有未尽事宜，甲、乙双方协商解决。

此协议一式 四 份，甲方 三 份，乙方 一 份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：西安市鄠邑区残疾人联合会

代表人（签字）：

日期： 年 月 日

乙方（盖章）：

代表人（签字）：

日期： 年 月 日

附件 1：

西安市鄠邑区残疾人精准康复 家庭医生签约服务协议（手册）

年度



**街办：** **社区/村：**

**姓名：**

**精准康复家庭医生签约服务协议书**

甲 方： 残疾人家庭医生签约团队

签约医生： 联系电话：

乙 方： 残疾证号： 联系电话：

监 护 人： 联系电话：

（十八岁以下残疾人、智力、精神残疾人必填监护人信息）

为做好残疾人家庭医生签约服务工作，让残疾人在享受基本公共卫生服务的同时，享受到个性化基本康复服务，本着就近、就便、自愿的原则，经甲乙双方协商，签订本协议。

**一、乙方自愿聘请甲方为家庭医生，成为甲方的服务对象。**

**二、甲方职责**

1.免费提供相应的基本医疗、基本公共卫生、基本康复和约定的健康管理服务。建立规范的电子健康档案，实施动态管理。

2.免费进行筛查评估。对照《鄠邑区家庭医生签约服务实施方案》的差异化康复服务包内容，对乙方康复需求进行初步评估，将筛查评估结果录入陕西省残疾人精准康复管理系统。

3.免费提供健康指导与基本康复服务。根据《鄠邑区家庭医生签约服务实施方案》的差异化康复服务包内容，填写《康复需求评估与康复服务记录》，为乙方制定有针对性的基本康复方案和干预措施，提供康复咨询、康复用药、训练指导及基本康复服务。

4.门诊预约或协助转诊服务。乙方可通过预约方式优先获得家庭医生门诊服务，因病情变化需转诊的签约残疾人，可通过家庭医生协助转诊至二、三级医疗机构（或者一、二级医疗康复评估、服务机构）进行治疗、康复。残疾人患者经上级医疗、康复机构治疗康复后，需转回城乡基层医疗机构继续康复的，家庭医生优先为其提供康复服务。

5.其他服务项目：

**三、乙方（监护人）职责**

1.积极配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

2.对甲方提供的服务逐项签字确认，并按年度作出客观公正的满意度评价。

3.积极参与、配合甲方开展的与残疾预防相关的各种活动，认真执行甲方或鄠邑区残联为其制定的康复服务的相关措施。

**四、本协议自签订之日起生效。本协议一式一份，有效期一年。**

甲方（签名）: 乙方（或监护人）签名：

年 月 日 年 月 日

监证人（街道残疾人专职委员签名） ： 年 月 日

**年康复需求评估与转介**

|  |
| --- |
| 家庭医生团队服务康复需求：  1.  2.  3.  4.  签约团队（签名）： 时间：  参照《家庭医生签约服务差异化康复服务包》中的服务项 目，由签约团队填写。 |
| 机构训练、手术、辅助器具适配服务需求（初筛结果由签约团队填写）：  签约团队（签名）： 时间： |
| 机构训练、手术、辅助器具适配服务二次评估需求（专业机构填写）：  评估人：  评估机构： 评估时间： |
| 区县残联转介意见：  转介至（机构）  转介人： 转介时间： |

**年康复服务记录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭**  **医生**  **签约**  **康复**  **服务**  **记录** | **服务时间** | | **服务内容** | **签约团队**  **服务人员**  **签字** | **残疾人**  **或监护人**  **签名** |
| **月** | **日** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **残疾人对康复服务评价：** **非常满意□** **满意□** **基本满意□** **不满意□**  **服务效果：** **良好□** **一般□** **较差□** | | | |  |
| **机构**  **康复**  **服务**  **记录** | **机构服务项目：**  **服务周期：** **年** **月** **日至** **年** **月** **日**  **服务机构名称：**  **服务人员签字：** **日期：** | | | |  |
| **残疾人对康复服务评价：** **非常满意□** **满意□** **基本满意□** **不满意□**  **服务效果：** **良好□** **一般□** **较差□** | | | |  |

附件 2：

**家庭医生签约服务差异化康复服务包**

**（一）普通轻度类服务包**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **康复服务项目** | **服务内容** | **服务形式** | **适合人群** |
| 1 | 筛查建档 | 筛查建档+功能评估 | 入户或集中 | 所有人 |
| 2 | 社区康复测查 | 电子血压计 | 入户或集中 | 高血压疾病人群 |
| 血糖仪 | 入户或集中 | 高血糖疾病人群 |
| 血氧仪 | 入户或集中 | 有需求人群 |
| 3 | 健康管理指导 | 康复、护理技巧指导 | 入户或集中 | 有需求人群 |
| 饮食健康指导 |
| 皮肤管理指导 |
| 慢性病用药指导 |
| 4 | 支持性服务 | 康复咨询、监护人的心 理辅导、心理疏导 | 入户或集中 | 各残疾类型及监护人 |
| 5 | 益智类作业训练 | 益智类知识、游戏 | 入户或集中 | 智力障碍人群 |
| 6 | 儿童康复训练指导 | 认知卡片、姿势矫正指 导、手眼协调训练 | 入户或集中 | 脑瘫、智力、孤独症 儿童 |
| 7 | 沟通适应训练 | 言语沟通能力指导训练 | 入户或集中 | 听力、言语障碍人群 |
| 8 | 社会适应能力 | 生活自理指导 | 入户或集中 | 视力、听力障碍人群 |
| 9 | 辅具应用指导（轮椅等辅具使用指导） | 使用指导+指导卡片 | 入户或集中 | 现使用辅具人群 |

注：1、普通轻度类：含视力、听力、言语、智力、精神（1-4级）和中轻度肢体（3-4级）、含肢体残疾的多重类残疾人（3-4级）。

3.含筛查评估建档资料印刷费用，每人每年提供不少于3次服务，每次服务一项或多项内容。

4.所有服务需提供电子版照片、康复服务表单及残疾人签字纸质版记录等。

**（二）重度肢体类服务包**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **康复服务项目** | **服务内容（入户）** | **适合人群** |
| 1 | 基础康复服务 | 筛查建档+功能评估 | 所有人 |
| 2 | 支持性服务 | 呼吸道管理、膀胱直肠管理、营养失调 指导、皮肤管理指导、肌肉张力保持指 导 | 重度肢体障碍人群 |
| 3 | 传统康复项目 | 针灸、推拿、理疗仪 | 有需求的人群 |
| 4 | 偏瘫肢体综合训练 | 肌力康复训练、红外线理疗仪、中频/低频治疗仪 | 偏瘫、关节疼痛人群 |
| 5 | 脑瘫肢体综合训练 | 体位转换、姿势矫正、步态矫正训练、手眼协调训练 | 脑瘫患儿 |
| 6 | 适应性训练 | 翻身训练、起坐训练、床与轮椅转移训 练、关节被动活动康复训练和指导、进 食训练、如厕辅助训练、穿衣训练、残 疾人或陪护便后清洁擦拭训练指导 | 重度肢体障碍人群 |
| 7 | 作业疗法 | 镶嵌板、分指板、手功能组合箱、 精细动作训练 | 脑瘫、偏瘫、上肢功 能障碍人群 |
| 8 | 关节活动训练 | 膝关节、肘关节、肩关节、踝关节等关 节活动康复训练和指导 | 关节活动障碍人群 |
| 9 | 护理服务 | 护理床、防压疮床垫等辅具使用指导； 床单、被褥更换方式指导 | 重度肢体障碍人群 |
| 身体的定期清洗擦拭及防压疮指导；集 尿器、尿管、便袋的更换指导，瘘管的 清洗和更换指导 |

注：1、重度肢体类：含重度肢体（1-2 级）、以肢体残疾为主的多重残疾人（1-2级）；

2.含筛查评估建档资料印刷费用，每人每年提供不少于三次入户服务，每次提供至少2项康复服务项目，每次必须在在适应性训练、支持性服务、护理服务内容中选择2项服务。

3.所有服务需提供电子版照片、康复服务表单及残疾人签字纸质版记录等以备 甲方查验。