

脑卒中专病特色科室建设 工作方案及规章制度

XXX 社区卫生服务中心

2022 年 8 月

目 录

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. 脑卒中专病特色科室工作方案..... | 3 |
| 附件1: 脑卒中门诊简介..... | 5 |
| 附件2: 脑卒中门诊服务流程..... | 6 |
| 2. 科室管理制度..... | 7 |
| 3. 科室人员培训制度..... | 8 |
| 4. 科室人员岗位职责..... | 9 |
| 5. 科室人员管理制度..... | 12 |
| 6. 绩效考核制度..... | 13 |
| 7. 医疗质量管理制度..... | 15 |
| 8. 设备设施管理制度..... | 16 |
| 9. 双向转诊制度..... | 17 |
| 10. 健康教育制度..... | 19 |
| 11. 医疗风险防控预案..... | 20 |
| 12. 脑卒中诊疗流程及技术规范..... | 22 |
| 13. 脑卒中患者家庭医生签约服务项目清单（参考版）..... | 28 |

脑卒中专病特色科室工作方案

根据《北京市卫生健康委员会关于开展社区卫生服务机构专病特色科室建设的通知》京卫基层字【2021】13 号文件精神和对工作的具体要求，社区卫生服务中心开展脑卒中特色科室建设，其目的是通过开展脑卒中的早期筛查、诊断及治疗，预防脑卒中，减少脑卒中并发症发生，改善远期预后，并提高医务人员对脑卒中的诊治能力和服务水平，将常见病、多发病及诊断明确的慢性病诊治定位在基层，促进分级诊疗制度的建立和有序的医疗格局形成。

一、组织机构及分工

中心成立脑卒中专病特色科室建设领导小组，成员为：

XXX中心主任：统筹协调各种资源，保障专病特色科室建设。

XXX分管主任：落实建设项目要求，督促项目进度及执行情况，采取有效措施，解决建设中的困难和问题。

XXX全科主任：在分管主任领导下，全面负责专病特色科室建设的计划、组织实施、建设标准达标，并通过市级验收评估。

专病特色科室成员：按照建设标准配备符合条件的人员，在科主任的带领下规范的开展各项工作(XXX全科(副)主任医师、XXX全科主治医师、XXX 医师，XXX主管护师，XXX 护士)。

二、设备设施建设

提供独立的业务用房，使用面积 $\geq 10\text{m}^2$ ，诊室内应配置有卒中诊疗必需的体格检查设施，如神经系统专用查体工具、听诊器、血压计、阅片灯等，诊室内配备卒中相关评估量表、专用健康教育相关资料及手册等。增加与专病相关的辅助检查设备和检查项目，保障业务的顺利开展。

三、专病科室宣传

以各种形式加大对专病特色科室的宣传力度，按照北京市要求制作统一的专病特色科室标牌、科室简介、服务流程（图）及专病宣传板，宣传板定期更换。

四、制定规章制度

规章制度简明扼要、重点突出，便于执行。包括但不限于：①科室管理制度②各岗位人员职责③绩效考核制度④人员培训考核制度⑤设施设备管理制度⑥双向转诊制度⑦健康教育制度⑧家庭医生签约服务制度⑨医疗质量管理体系（处方、病历、量表等）⑩医疗风险防控预案⑪诊疗流程⑫管理规范等。

五、规范工作流程

公示门诊时间，原则上应固定，每周不少于三个半天（视病人情况增加）。三级医院或专科医疗机构专家完成每月不少于 4 个单元的出诊、查房、带教、授课等任务。特殊原因停诊需提前 2 周公示告知；公示门诊简介；公示服务流程。

六、明确工作任务

依据 2022 年北京市脑卒中专病特色科室建设评估指标，达到相应的工作数量和工作质量。中心应加强日常的检查和考核，年终进行自评，并申请市级达标复核。

七、附件

附件 1: 脑卒中门诊简介

脑卒中又称为“中风”，是脑血管疾病的主要临床类型，包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中，具有发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高的特点。我中心根据北京市卫生健康委提出的在基层医疗卫生机构建设一批具有脑卒中诊治能力的专科特色科室，开展脑卒中的早期识别、诊断、治疗及改善预后，对脑卒中的签约居民提供慢病管理长期照护服务，依托医联体畅通患者双向转诊绿色通道，使居民在社区就能享受到高质量的专科诊疗服务。

门诊时间：每周 XX、XX、XX

门诊医生：中心 XXX 主任医师带领其专科团队医生、护士定期门诊

三级医院专家
XXX 主任医师每月 X 次专家门诊
(具体时间需要
预约)

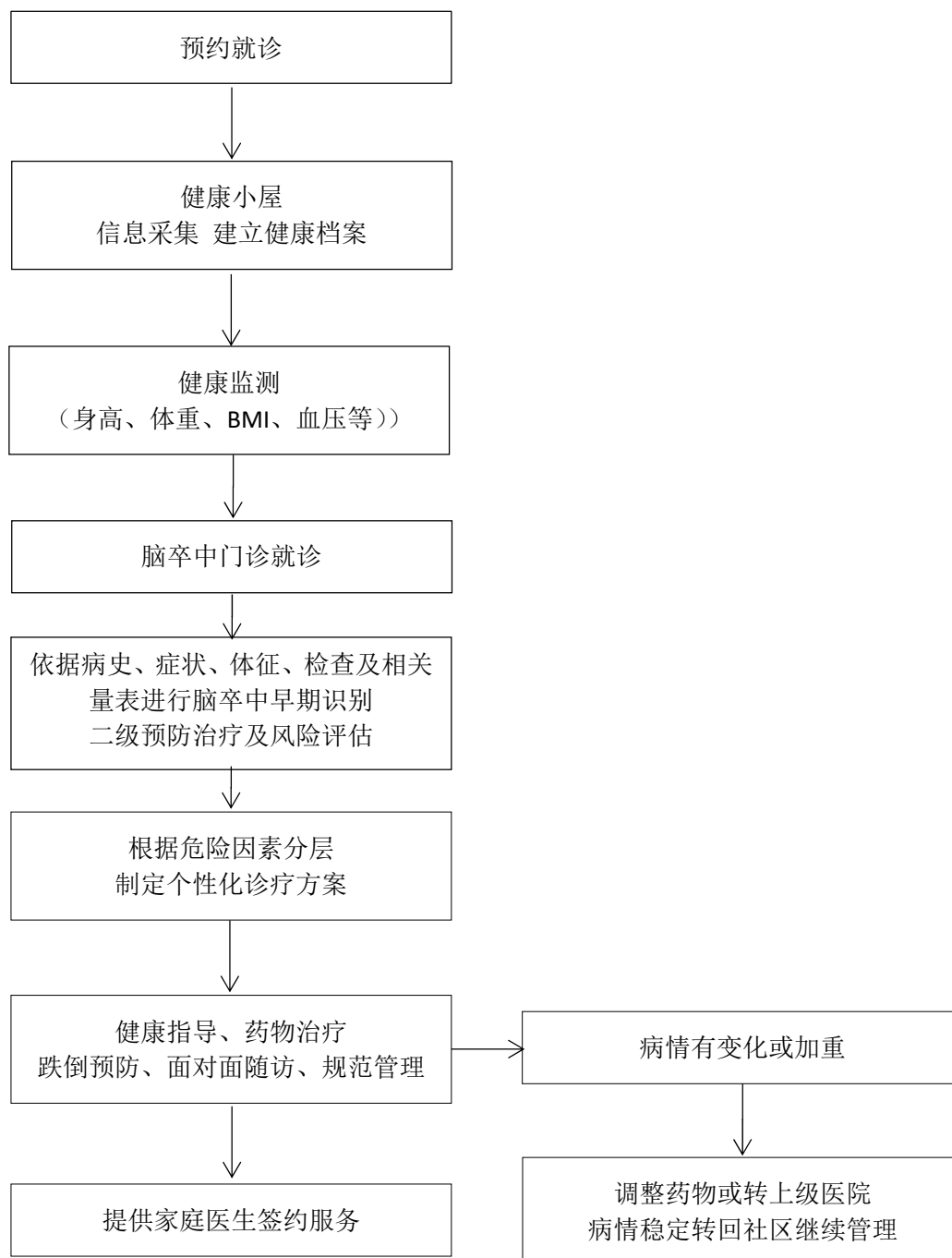
照片

照片

中心 XXX 主任医师
扫码预约(机构二维码)

三级医院 XXX 主任医师
预约电话：XXXXXXXX
XXX 社区卫生服务中心

附件 2: 脑卒中门诊服务流程



科室管理制度

- 一、科室主要承担脑卒中患者的诊疗、管理、随访、签约等工作。
- 二、科室应有相对独立的单人诊区,私密性良好的诊疗环境,严格消毒避免交叉感染,保持清洁整齐。
- 三、落实首诊负责制,接诊医师为首诊责任人。首诊医师对病人进行初步诊断,并做出相应处理,不允许任何推诿或变相推诿现象。
- 四、全科医师应对脑卒中患者的健康状况进行全面整体的检查和评估,并将结果记录健康档案,主动与患者进行家庭医生签约,提供连续性随访管理。
- 五、护士应根据病人具体情况,有针对性地进行脑卒中饮食、运动、心理等方面的健康指导,发放健康教育处方,并记入健康档案。
- 六、对于随访病情不平稳者,预约医联体专家门诊或转诊至上级医院进一步诊治,对需要转诊患者提供预约转诊服务。对急诊抢救的危重病人,应就地抢救治疗;如设备、条件有限,在应急对症处理的同时,及时联系 120 将患者转运到上级医院。
- 七、认真填写门诊日志及相应信息,按时上报。

人员培训制度

一、科室定期开展《基层脑卒中防治指南》学习、新知识新进展培训及病例讨论等，科内全科医生和护士均应参加学习，不得无故缺席。

二、科室人员必须参加北京市统一规范培训，保证出勤。全科医生、护士均应达到规定学时，并通过培训考核，取得合格证书。

三、申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习，市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。进修结束前，由带教老师进行相关知识技能考核合格。

四、按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵，积极提高脑卒中的临床诊疗能力。

五、全科医生应能够熟练掌握脑卒中诊断、治疗、随访和管理。护士应能够掌握脑卒中诊断标准，了解脑卒中的常用药物，能够配合医生完成脑卒中患者的筛查、随访、健康教育等综合管理工作。

人员岗位职责

科主任职责：

一、在中心主管主任领导下，负责本科室的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。

二、制定脑卒中特色科室的工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、督促本团队成员，认真执行各项规章制度、脑卒中的诊疗常规和脑卒中的技术操作常规，保证医疗质量，严防差错事故。

四、带领本团队人员，对脑卒中患者进行医疗工作，完成医疗任务。

五、参加脑卒中特色门诊出诊；定期组织有关脑卒中的病例讨论，研究解决重危疑难病例诊断治疗问题，决定患者的转诊、转院。

六、组织科内人员学习、运用国内外医学先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，及时总结经验。

七、组织开展科内人员的业务训练和技术考核，妥善安排进修、实习人员的培训工作。

八、遵照中心规章制度，及时解决科内发现的各种问题，提出调配、奖惩意见，如遇特殊情况，及时上报中心领导。

科室全科医师职责：

一、开展对脑卒中高危人群筛查。

二、对脑卒中患者进行综合管理，以生物-心理-社会医学模式为基础，对患者提供基础性、可及性、连续性、综合性治疗。

三、做好生活方式的指导，以医患共同决策为原则，与患者共同制定饮食方案、运动计划、体重管理计划等并督导其执行情况。

四、对于脑卒中患者多病共患情况，要兼顾其他疾病的管理，关注药物之间的相互作用。

五、评估患者的经济情况，家庭支持情况及心理健康问题。

六、建立并使用居民健康档案，开展对脑卒中患者与高危人群的健康管理。

七、制定健康教育为手段的健康促进工作方案，并组织实施，完成评估及总结工作。

八、患者在诊断后，主动建立签约关系，纳入脑卒中规范管理中。

九、高年资医师要带、帮、教低年资医师。

护士职责：

一、在护理部和护士长的领导下，以及学科带头人的业务指导下开展工作，结合本学科的专业特点制定年度学习计划，按要求参加学习。

二、协助医生对脑卒中病人建立健康档案、针对性的进行健康指导，制定个体化饮食、运动计划等，定期组织脑卒中患者健康教育讲座等。

三、指导并参与制定脑卒中危重、疑难病例护理计划和护理技术操作。

四、开展对脑卒中病人的访视，接受咨询工作，并做好脑卒中人的电话回访，使其治疗及护理有连续性，提高病人依从性。

五、积极开展临床研究，申报科研课题，开展新技术新业务，撰写护理论文。

六、积极协调医生、护士、患者及家属等方面的关系。

医联体培育基地专家职责：

一、协助机构建设脑卒中专科病特色科室。

二、积极帮扶科室相关医护人员的诊疗服务能力和管理水平的提升。

三、对专病科室管理的脑卒中患者，如病情不稳定、加重、出现并发症或全科医生诊治有困难的，应给予积极的协助诊治处理。

四、协调社区卫生服务机构与三级或专科医疗机构脑卒中专科之间的急危重症及疑难杂症的转诊和诊疗指导。

五、对社区卫生服务机构组织的脑卒中相关病例讨论、健康教育讲座等进行线下或线上指导和积极参与授课。

六、指导社区卫生服务机构积极开展脑卒中相关临床研究，申报科研课题，开展新技术、新业务，撰写论文等。

人员管理制度

一、依据科室建设标准要求配备脑卒中相关知识和技能特长的医、护人员，其中至少 1 名副高级及以上专业技术职称人员作为学科带头人，至少 1 名中级、1 名初级及以上职称医师，至少 1 名社区护士。

二、脑卒中特色科室医、护人员应按照特色科室建设评估标准参加相关知识和技能培训并考试合格。

三、医护人员应遵守职业规范，坚持依法执业，坚决执行“医务人员九不准”，工作中使用文明用语，避免医患纠纷发生。

四、医护人员应坚持“以患者为中心”落实首诊负责制、首问负责制，加强团队合作，畅通机构内外转会诊渠道，保证患者得到连续规范治疗。

五、科室医护人员相对固定。如有人员变动调整，需完成工作交接，新上岗人员需按要求参加相关专业知识和技能培训考试合格后上岗。

绩效考核制度

一、考核目的：为全面了解、评估脑卒中特色科室工作绩效，对工作的实施进展状况进行有效的跟进和调整，加强沟通与激励，提高工作效率，为科室发展目标的制定提供参考。

二、考核对象：脑卒中专病特色科室医护人员。

三、考核原则：坚持公平、公正、全面、客观的原则，以岗位职责为主要依据，坚持定性与定量结合原则；重视工作态度和团队合作精神。

四、考核周期：每月考核一次（或至少每季度考核一次）。

五、工作数量指标

1. 脑卒中问卷筛查率 $\geq 50\%$ （40岁以上就诊患者）

2. 脑卒中门诊患者就诊量 ≥ 100 例次/年

六、工作质量指标

1. 患者电子健康档案完整性 $\geq 90\%$

2. 患者电子健康档案真实性 $\geq 100\%$

3. 病历书写的规范性 $\geq 80\%$

4. 脑卒中患者规范管理率 $\geq 70\%$

5. 脑卒中患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

6. 脑卒中患者预约就诊率（ $\geq 50\%$ ）

七、患者满意度指标

每月（或每季度）委托第三方通过电话进行满意度随访。

针对以上X项指标，每项X分，每月（或每季度）随机抽查X例患者进行电话随访，考核满意度指标。

八、考核指标公式

1. 脑卒中患者规范管理率 $\geq 70\%$

脑卒中患者规范化管理率=脑卒中规范化管理的人数/就诊脑卒中患者人数 $\times 100\%$

2. 脑卒中患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

脑卒中患者家庭医生服务签约率=脑卒中签约人数/脑卒中确诊人数 $\times 100\%$

3. 脑卒中患者预约就诊率（ $\geq 50\%$ ）

脑卒中患者预约就诊率=某时段脑卒中患者预约就诊人次数/同时段脑卒中患者就诊总人次 $\times 100\%$

九、科室的综合评定，人员培训进修、开展患者健康教育活动、接诉即办、医德医风等，均参照机构整体绩效考核方案。月（季）绩效考核情况作为年度考核及评选优秀的依据。

医疗质量管理制度

一、在中心主管院长及医务科的领导下，制订专病特色科室的质量管理的工作计划，并定期进行总结。

二、科室定期对质量管理情况进行质控检查，及时发现问题，研究需要解决的医疗质量问题，向主管领导汇报医疗质量状况，做好质量分析，提出整改建议，并追踪整改落实情况。

三、定期进行核心制度检查，落实核心制度执行情况。

四、学习国内外先进管理经验，不断提升医疗质量管理水平。

五、特色科室质量管理重点内容包括：

1. 建立社区脑卒中患者数据库。
2. 通过信息化数据平台，对本机构就诊的脑卒中患者建立电子健康档案。
3. 根据机构病历质量管理要求，抽查一定数量的脑卒中患者病历，评估对患者的筛查、诊断、规范化治疗的准确性及合理性。
4. 根据机构处方管理及处方点评工作要求，特别关注脑卒中相关药品处方。
5. 对存在问题的病历、处方纳入机构绩效考核管理。
6. 对于发现的医疗质量问题，依据情节轻重，按中心规定进行奖惩，与个人绩效挂钩。

设备设施管理制度

一、依据《脑卒中特色科室建设标准》结合机构实际配备必要的设施设备。

二、门诊仪器设备由科内指定专人负责管理，人员变动时做好交接手续。

三、各种医疗设备、办公设备均属固定财产，建立设备档案资料，每年进行一次固定资产清查核对，做到帐、卡、物相符。

四、仪器设备定期检查、保养、维护，使用时应严格执行操作规程，注意安全。实习及进修人员不得单独操作使用。

五、仪器设备出现故障应及时报告设备科，进行维修检测，切忌有故障隐患时仍使用。

六、仪器设备损坏，如需要报损、新购置、更换，执行机构的申报制度。新添置的仪器设备开箱验收须机构设备科、科室负责人及厂家共同验收，保证完好正常运行。

七、未经机构领导（或科主任）同意，不得擅自将相关设备外借出机构。

双向转诊制度

一、脑卒中专病特色科室主动与区域内三级或专科医疗机构建立双向转诊关系，以确保转诊渠道畅通。

二、在诊疗过程中，社区卫生服务机构限于技术和设备条件，对需要进一步明确诊断或者病情不稳定符合转诊条件的病人，在征得患者及其家属同意后应及时转诊至三级或专科医疗机构进一步诊疗。

三、社区卫生服务机构转诊前应与三级或专科医疗机构相应科室做好病情交班，确保病人得到连续及时治疗。转出的病人若未回社区机构就诊，应在一个月后进行追访，并记录追访情况。

四、为达到对脑卒中症患者的长期规范化管理，在上级医院治疗的病人，待诊断明确、病情稳定后需转回社区卫生服务机构继续管理治疗。

五、社区卫生服务机构要密切观察转回病人的病情，及时同上级医院的有关科室及专家进行病情反馈，保证病人得到有效、规范、连续的治疗。

附：双向转诊条件

上转条件：

脑卒中患者达到下列转诊条件之一，应及时转到专科医院治疗：

1. 一旦出现突发神经功能缺损，如 FAST 评估中的面瘫、口角歪斜、肢体无力；
2. 言语困难，怀疑脑卒中的诊断；
3. 双眼向一侧凝视；
4. 一侧或双眼视力丧失或模糊；
5. 眩晕伴呕吐；
6. 既往少见的严重头痛、呕吐；
7. 意识障碍或抽搐；

8. 如有上述情况，最好能在 1h 之内转诊到上级医院；
9. 需要调整治疗方案者；
10. 需要作进一步检查者，如头部 MRI,CTA 等；
11. 病情稳定的患者，定期到专科的常规随访。
12. 患者要求转诊。

下转条件：

脑卒中患者病情平稳，专科医院可以将患者转至社区卫生服务机构进行规范化管理。

健康教育制度

一、建立社区脑卒中患者健康教育网络，定期召开讲座，依据脑卒中患者主要健康问题，制定年度健康教育工作计划；重点加强脑卒中的二级预防，避免或减少卒中复发。

二、根据健康教育计划，积极开展多种形式的健康教育。

三、针对脑卒中患者进行合理膳食、运动、药物服用等干预活动；向脑卒中患者发放健康教育处方，提高患者健康知识知晓率和健康行为形成率。

四、利用社区资源，每季度针对脑卒中患者进行健康教育知识讲座。

五、利用智能平台，定期为管理的患者推送健康教育知识。

六、免费为辖区内脑卒中患者建立健康档案，进行分类管理。

七、积极探索远程授课等健康教育形式，提高受众人群覆盖面，提高健康教育效果。

八、定期进行健康教育效果评价，不断改进健康教育的形式，提高科学性和有效性。

九、认真填写并妥善保管各类有关健康教育及管理的各种资料。

脑卒中医疗风险防控预案

（一）制定医疗风险防控预案

树立医疗风险防范意识，掌握脑卒中相关急性并发症的处理原则，严格掌握危重及疑难病人转诊指征；制定完善的医疗风险防控预案，规范患者转诊流程，保障患者及时得到有效诊治。

（二）门诊、医技科室、药房、收费处及挂号处配合流程

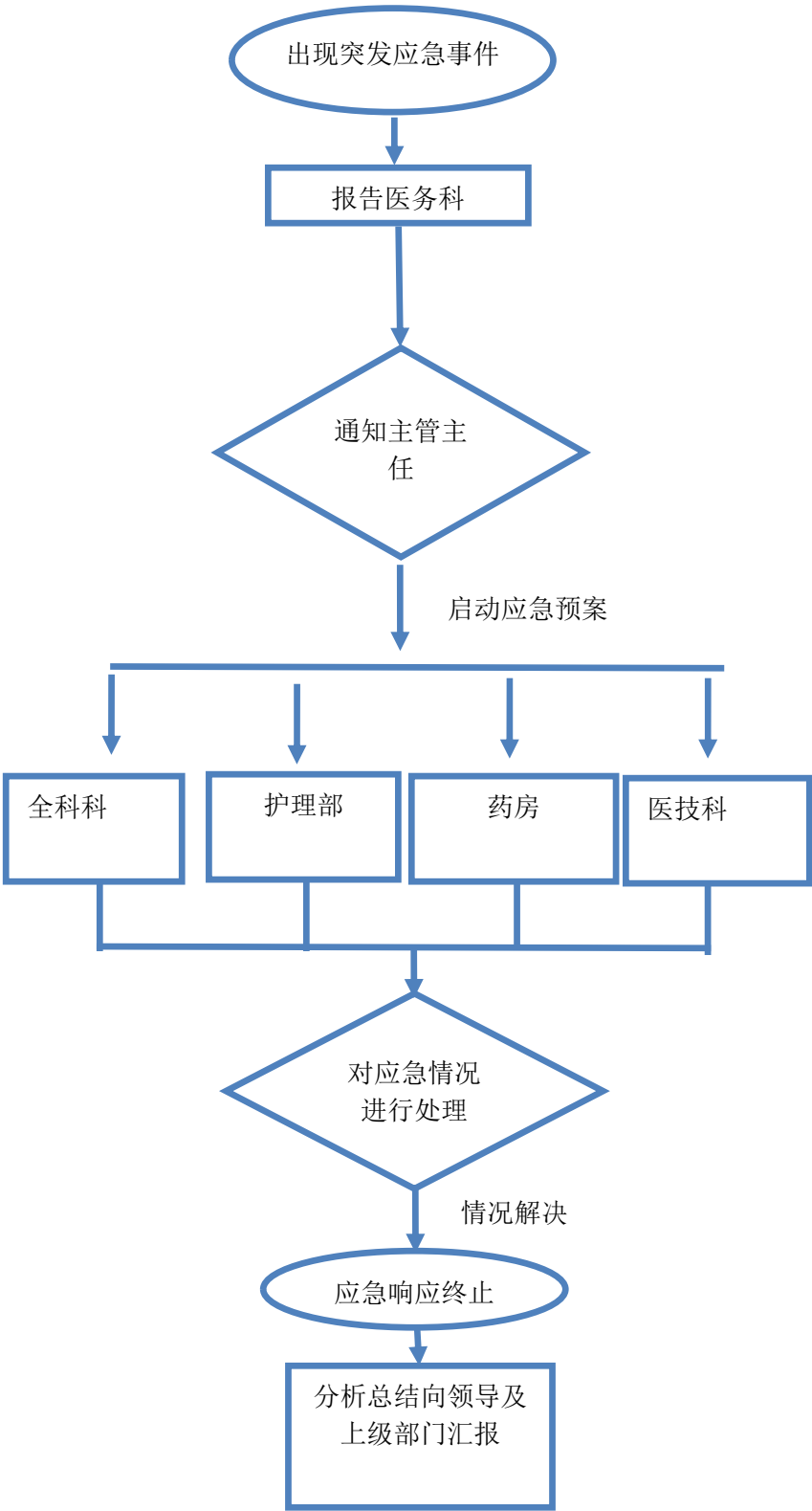
1.急危重症脑卒中患者，提前联系医护人员，首诊医务人员将患者护送至抢救室。

2.患者需做相关检查的，各医技科室应做到随到随检、先检查后缴费，发现危急值时及时通知急诊首诊医生，做好记录，并快速给出检查报告。

3.急危重症情况需要抢救时，药房应做到随用随取，先用药后缴费，并做好记录。

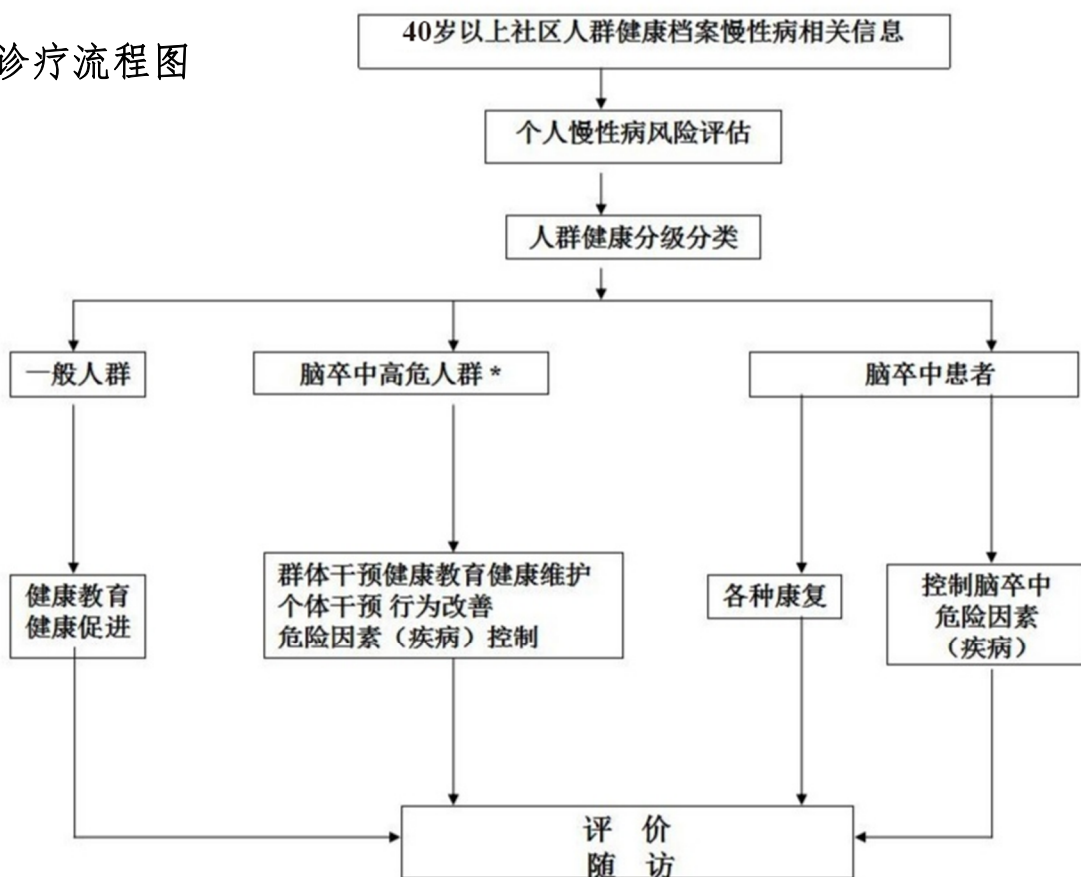
4.收费处及挂号处：可先抢救后付费，保障患者获得及时连贯性医疗服务，并做好记录。

(三) 应急处理流程图



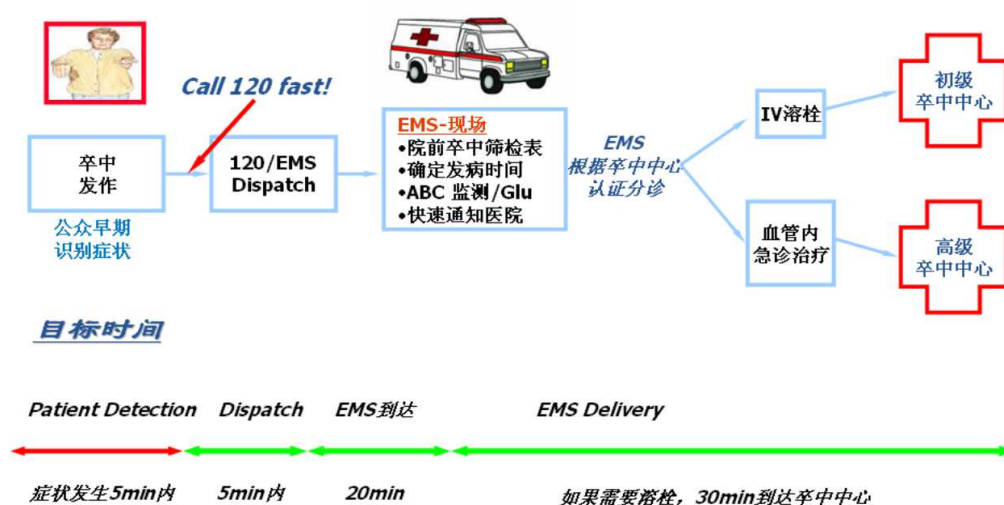
脑卒中诊疗流程及技术规范

诊疗流程图



*指高血压，高血脂，糖尿病，冠心病，房颤，脑动脉硬化，颈动脉狭窄

急性期诊疗流程图



社区脑卒中患者的一级预防

1. 目标人群：所有具有卒中危险因素的患者（包括高血压、血脂异常、糖尿病、高同型半胱氨酸血症、心房颤动、吸烟、超重或肥胖、缺乏运动、卒中家族史等）；各种可疑卒中需行相关诊疗处理的患者。
2. 为患者提供戒烟咨询及危险因素管理的健康教育；
3. 根据危险分层确定是否有必要给予抗血小板聚集药物预防及药物种类；
4. 对高血压、糖尿病、血脂异常等危险因素给予相应的治疗；
5. 心房颤动患者若无特殊情况应遵从上级医疗机构制订治疗方案给予口服抗凝剂（华法林或新型口服抗凝药）治疗，如未使用需在门诊就诊记录中写明原因及相应措施；若尚未规范诊疗，及时向上级医疗机构转诊。

社区脑卒中患者的二级预防（具体可参阅卒中二级预防相关管理指南）

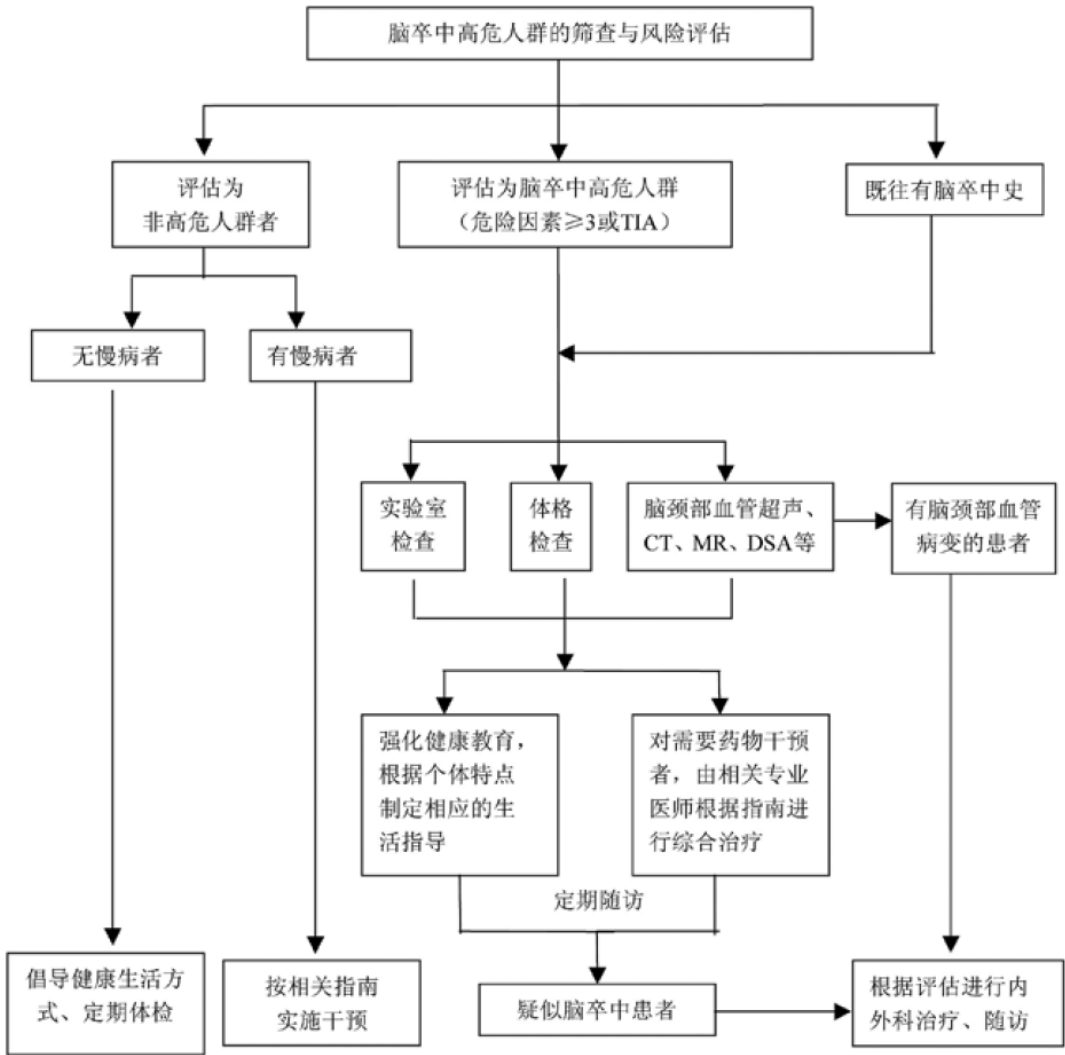
1. 为患者提供戒烟咨询及脑血管病的健康教育；
2. 根据缺血性卒中/TIA 患者的病因诊断（非心源性）给予规范的阿司

匹林或氯吡格雷等抗血小板药物治疗（如未使用需在门诊就诊记录中写明原因及相应措施）；

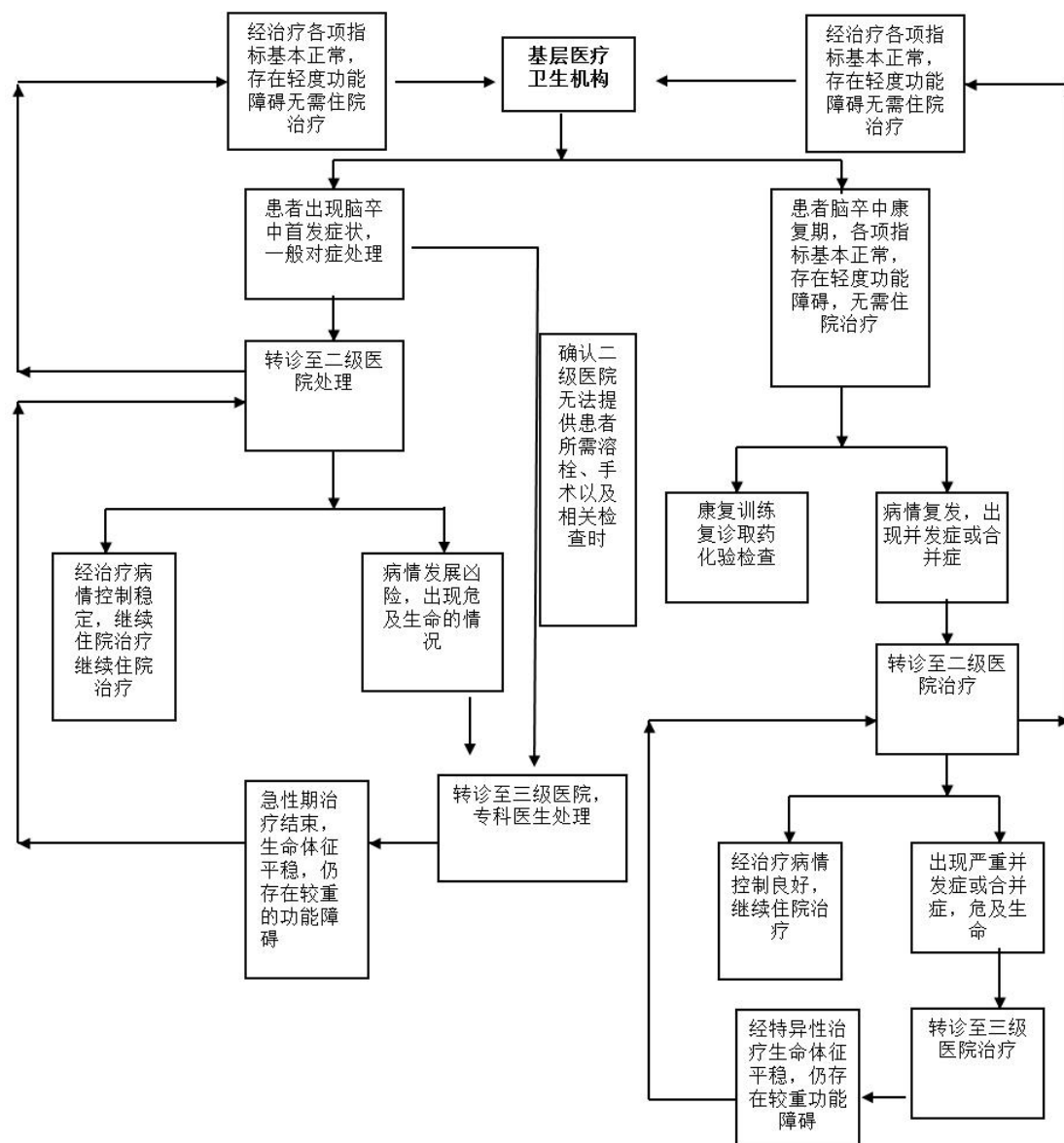
3. 对伴有心房颤动的缺血性卒中及其他心源性卒中/TIA 患者，若无特殊情况应遵从上级卒中中心治疗方案给予口服抗凝剂（华法林或新型口服抗凝药）治疗，如未使用需在门诊就诊记录中写明原因及相应措施；

4. 对伴随的高血压、糖尿病、血脂异常等危险因素给予相应的治疗。

脑卒中高危人群筛查与干预流程



分级诊疗服务流程



社区康复治疗

1. 康复目标制定与调整
2. 康复评估、过程管理及结果分析

包括：卒中患者有需要转入康复科进行相应的物理治疗、作业治疗或指导患者家庭康复。

监测和随访

1. 定期监测血压、血糖、血脂，对于口服华法林的患者定期进行 INR 监测；
2. 对随访患者应用 mRS 等评分评估功能预后情况；
3. 根据病情需要推荐到上级医院进行阶段性复查头颅 CT/MRI、CTA/MRA/TCD 和颈部血管超声，建议复查间隔为 3 个月~2 年，必要时复查心电图、超声心动图；
4. 使用规范化卒中患者门诊随访手册，内容应包括患者基本信息、危险因素、病因诊断、二级预防治疗措施及阶段性随访计划。

脑卒中患者家医签约服务项目清单（参考版）

| 专病类别 | 服务项目 | 主要服务内容 | 收费标准 |
|------|------------|--|-------------|
| 脑卒中 | 1.预约服务 | 预约服务模式：诊室医生 PC 端、电话、手机 APP 等 预约服务项目：挂号、各种检查、疾病诊疗、预防接种、健康管理、出诊、建立家庭病床等。 | 免费 |
| | 2.健康监测 | 健康小屋提供身高、体重、BMI、血压、血糖、身体成分分析、心电自测等健康检测。 | 收取家庭医生签约服务费 |
| | 3.建立健康档案 | 为居民建立健康档案，将基本信息和健康监测信息录入，实施动态管理维护；居民档案自助查询 | 免费 |
| | 4.健康信息推送 | 利用微信、短信、APP 等信息化手段，定期发送随访提醒服务、个性化健康教育等信息。 | 收取家庭医生签约服务费 |
| | 5.签订家庭医生协议 | 居民选择家庭医生签订协议；医生告知签约服务的具体事项、权益、责任和服务项目、服务周期，可弹性签约、预约转诊、老年人 1+1 医保基金优惠等。 | 收取家庭医生签约服务费 |
| | 6.基本诊疗服务 | 在完成 1-4 项基础上，提供定向分诊，1 对 1 诊疗服务（一医一患一诊室）问诊、检查、诊断、治疗、用药指导、会诊、转诊、病情告知、健康管理等服务。 | 执行医保收费标准 |
| | 7.转诊会诊服务 | 通过“基层卫生预约转诊服务平台”预约区域内三级医院预留号源,优先提供专家诊疗，会诊、转诊、点对点咨询及个性化治疗方案等。 | 执行医保收费标准 |
| | 8.长期处方服务 | 对签约患者符合纳入医保慢性病长期处方管理的病种（1）视病情稳定情况可开具 4-12 周的长期处方（2）指导患者合理用药、注意不良反应、定期监测及药品保存等信息。 | 收取家庭医生签约服务费 |
| | 9.药品需求登记服务 | 对符合医保和基药规定且在基层医疗机构范围内使用的药品，机构可提供需求登记服务。 | 收取家庭医生签约服务费 |

| 专病类别 | 服务项目 | 主要服务内容 | 收费标准 |
|------|---------------|--|-------------|
| | 10.处方延伸服务 | 经家庭医生转诊至上级医院的签约居民，再回社区就诊时，可延用上级医院专科医生开具的处方。 | 收取家庭医生签约服务费 |
| | 11.送药上门 | 对符合条件的签约居民签署“送药上门服务协议书”后，可提供送药上门服务，第三方医药物流服务商可提供慢性病处方药品配送上门服务。 | 执行医保收费标准 |
| | 12.互联网诊疗服务 | 利用网站、手机应用程序等媒介信息技术提供以下服务：（1）部分常见病、慢性病在线复诊（2）在线提供健康咨询、预约转诊、慢性病随访、健康管理等服务。 | 免费或执行医保收费标准 |
| | 13.中医服务 | 开展中医体质辨识，制定个性化中医健康调养方案，给予中医调理治疗，提供健康干预服务。 | 执行医保收费标准 |
| | 14.出诊服务 | 根据病情，提供诊疗、护理、康复治疗、药学、安宁疗护、中医等上门医疗服务。 | 执行医保收费标准 |
| | 15.家庭病床服务 | 对符合建床条件的患者提供家庭病床服务,签订建床协议,提供适宜在家开展的服务项目,包括:基本诊疗服务、护理服务、检验抽血、家庭康复训练和指导、定期上门查床、病晚期舒缓性照顾、个性化健康指导等。 | 执行医保收费标准 |
| | 16.脑卒中个性化健康管理 | 为脑卒中患者提供较全面的健康检查，包括（1）常规体格检查、神经系统检查、FAST 评分、中风 120 评分（2）辅助检查：血、尿、便常规，肝、肾功能，血脂、血糖、心电图，经颅多普勒超声、颈动脉超声（3）必要时转诊医联体上级医院行头颅 CT、CTA、头部 MRI、MRA、DSA 等相关检查（4）全面的健康状况评估，出具评估报告（5） 进行分类干预，有针对性的健康指导服务。 | 执行医保收费标准 |