附件1：

2021年残疾人假肢矫形器适配服务

工作任务需求分配表

 单位：万元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **补贴标准** | **数量** | **适配补贴40%** | **材料采购** |
| 大腿 | 0.65 | 200例 | 0.26 | 按实际采购需求计算 |
| 小腿 | 0.35 | 200例 | 0.14 |
| 特殊下肢 | 0.8 | 30例 | 0.32 |
| 装饰性上肢 | 0.65 | 20例 | 0.26 |
| 脑瘫矫形器 | 0.15 | 370例 | 0.06 |
| 偏瘫矫形器 | 0.3 | 40例 | 0.12 |
| 膝踝足矫形器 | 0.45 | 40例 | 0.18 |
| 截瘫矫形器 | 2.8 | 15例 | 1.12 |
| 脊柱矫形器 | 0.45 | 20例 | 0.18 |
| 合计 | 935例 |  |  |

注：适配费用于适配服务工作筛查、评估、制作、训练等。

附件2：

下肢假肢适配信息筛查表

省 市（地区）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性别 | 男□ 女□ | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 邮政编码 |  |
| 截肢部位 | 左□ 右□ | 截肢时间 |  | 截肢原因 |  |
| 残肢状况 | 残肢形状 | 圆柱□ 圆锥□ 圆锤□ 畸形□ |
| 残肢表面 | 疤痕□ 神经瘤□ 囊肿□ 骨刺□ 其他□ |
| 残肢截肢部位 | 20071101055534883.jpg |
| 筛查人员签字 |  | 筛查日期 |  |

填表说明：1.本表由假肢技师（或掌握筛查要求的基层残联人员）填写，省中心存档。

2.请在选项内容“□”上打钩，其他内容如实填写。

3.临床症状选项内容请在图形相应位置打钩，其他内容如实记录。

吉林省残疾人康复中心印制

附件3：

上肢假肢适配信息筛查表

省 市（地区）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓名 |  | 性别 | 男□ 女□ | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | 邮政编码 |  |
| 截肢部位 | 左上肢□右上肢□ | 截肢时间 |  | 截肢原因 |  |
| 残肢状况 | 残肢形状 | 圆柱□圆锥□圆锤□畸形□ |
| 残肢表面 | 疤痕□神经瘤□囊肿□骨刺□其他□ |
| 残肢截肢部位 | 20071101014179911.jpg |
| 筛查人员签字 |  | 筛查日期 |  |

填表说明：1.本表由假肢技师（或掌握筛查要求的基层残联人员）填写，省中心存档。

2.请在选项内容符号“□”上打钩，其他内容如实填写。

3.临床症状选项内容请在图形相应位置打钩，其他内容如实记录。

吉林省残疾人康复中心印制

附件4：

下肢矫形器装配信息筛查表

 省 市（地区）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  男 □  女 □ | 民族 |  |
| 身份 证号 |  | 联系 电话 |  |
| 家庭 地址 |  | 邮政 编码 |  |
| 残疾部位 |  大腿□ 小腿□ 足部□ | 致残时间 |  | 致残 原因 |  |
| 临床症状描述示意图 | 7051de95f7ac0e2dde5324039f03da3f.gifun膝内翻titled.bmpun膝外翻titled.bmp |
| 筛查人员签字 |  | 筛查日期 |  |

填表说明：1. 本表由矫形器装配技师填写，存入受助人个人装配档案，省中心存档。

2．选择表中内容请在符号“□”上打钩，其他内容如实记录。

3．临床症状选项内容请在图形相应位置打钩，其他内容如实记录。

吉林省残疾人康复中心印制

附件5：

残疾人假肢矫形器适配服务工作申请审核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号 |  |
| 残疾等级 | □ 一级 □ 二级 □ 三级 □ 四级 |
| 联系电话（两个） |  | 家庭地址 |  |
|  |
| 残疾人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 辅助器具部 | 评估意见：评估人： 评估日期： 年 月 日 |
| 社区服务指导部 | 审核人：审核日期： 年 月 日 |

备注：此表一式两份，辅助器具部、社区服务指导部各留存一份。

吉林省残疾人康复中心印制

附件6：

截瘫矫形器装配信息筛查记录表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  男 □  女 □ | 民族 |  |
| 身份 证号 |  | 联系 电话 |  |
| 家庭 地址 |  | 邮政 编码 |  |
| 损伤截面 |  | 损伤时间 |  | 损伤 原因 |  |
| 症状描述 |  |
| 脊柱侧弯装配测量记录 |  |
| 技师签字 |   | 受助人 签字 |  | 装配日期 |  |

填表说明：

1．本表由假肢装配技师填写，放入矫形器装配个人档案中，省中心存档。

2．请在选项内容符号“□”上打钩；其他内容如实记录。

吉林省残疾人康复中心印制

附件7：

脊柱侧弯矫形器装配信息筛查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  男 □  女 □ | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 联系 电话 |  |
| 家庭地址 |  |  |  |
| 一般健康状况 | 身高： cm;疾病史：□手术 □创伤 □结核病 □佝偻病 □类风湿关节炎，其他 ；家庭是否有人患有脊柱侧弯，是否患有已知的畸形结核症: □是 □否；母亲妊娠史（产伤）： ； 家族史（相关疾病）： ；发育程度：骨骼年龄（里瑟征） 其他特征： ；月经初潮： 。 |
| 医疗诊断 | 主诉 侧弯发现年龄： 侧弯进展： ；疼痛：□有 □无 |
| 治疗史 | 治疗史:是否穿戴矫形器：□是 □否；时间：自 年至 年，种类： |
| 特检诊断结果 | （X光片）： |
| 临床检查 |  |
| 临床症状描述示意图 |   |

1 .请在选项内容符号“□”上打钩；其他内容如实填写。

1. 临床症状选项内容请在图形相应位置打钩；其他内容如实记录。

吉林省残疾人康复中心印制