

成都市残疾人联合会
成都市民政局
成都市财政局
成都市人力资源和社会保障局
成都市卫生和计划生育委员会

成残联〔2018〕46号

关于印发《成都市脑瘫儿童康复救助
项目实施方案》的通知

各区（市）县残联、民政局、财政局、人社局、卫生计生局，成都天府新区、成都高新区基层治理和社事局、财政局：

“脑瘫儿童康复救助项目”是省、市助残民生工程项目之一。

为做好该项目的实施工作，现印发《成都市脑瘫儿童康复救助项目实施方案》，请认真贯彻执行。



成都市脑瘫儿童康复救助项目实施方案

为进一步完善残疾儿童关爱服务体系，组织实施好“脑瘫儿童康复救助项目”，改善脑瘫儿童的康复条件，帮助脑瘫儿童走出困境、融入社会，根据《四川省脑瘫儿童康复救助项目实施方案》（川残办〔2018〕31号），制订本实施方案。

一、救助内容

根据脑瘫儿童的康复需要，由专业的医疗、康复、辅助器具适配服务机构，为其提供功能康复训练、肢体矫治手术、辅助器具适配等3项康复服务，并为脑瘫儿童接受这类康复服务提供经费补贴。每名脑瘫儿童每年可根据需要选择其中的1-3项申请救助。

二、救助对象

救助对象须同时具备以下条件：

（一）具有我市户籍、持有残疾人证、年龄为0-12岁（含）的脑瘫儿童。因年龄原因未办理残疾人证的，须有县级及以上的医疗机构出具的相关病情诊断证明；

（二）脑瘫儿童经康复医师诊断并提出康复治疗意见，有康复训练、矫治手术或辅具适配需求；

(三) 脑瘫儿童的家长(或监护人)为其提出了救助申请。

三、工作流程

(一) 确定服务机构。

1. 定点机构基本条件

(1) 资质要求。脑瘫儿童康复救助项目的功能康复训练和辅具适配服务定点机构由残联康复中心、综合医院康复科、妇幼保健院儿童康复科、康复医院或具有合法执业资格的脑瘫儿童康复服务社会组织担任。矫治手术定点机构必须由具有三乙及以上资质的医疗机构承担。

(2) 服务能力。机构能为 10 名(含)以上的脑瘫儿童开展脑瘫康复评定,制定脑瘫康复训练计划,提供运动功能姿势矫正、日常生活自理、言语交流等康复训练服务。

(3) 人员要求。定点康复训练机构至少应配备具有执业资格证书、从事康复工作两年以上的康复医师 1 名、康复治疗人员 3 名和特教(幼教)老师 2 名。

(4) 场地要求。功能康复训练机构应有满足脑瘫儿童康复需要的室内外场地,建有运动疗法、作业疗法、言语治疗、理疗、引导式教育等康复治疗室。

2. 定点机构确认程序

由区(市)县残联牵头,会同区(市)县卫计局,按照《四川省残联关于向社会力量购买残疾人康复服务的意见》(川残办

〔2015〕45号)要求和政府采购程序规定,依照本方案确定的定点机构基本条件,选择确定当地的康复训练、矫治手术和辅具适配服务定点机构。区(市)县卫计局要配合残联做好定点服务机构的资质审核工作,并提供技术支持。

服务机构在申报定点机构同时,须填写《成都市脑瘫儿童康复救助项目定点机构申请表》(附件1)。每年的5月20日前,区(市)县残联和卫计局应将确定的定点机构的“申请表”分别报市残联和市卫计委,由市残联和市卫计委共同签署意见后分别报省残联和省卫计委备案。

(二) 确定救助对象。

由脑瘫儿童家长(或监护人。以下统称监护人)持康复医师的治疗意见(或治疗诊断书),向儿童户籍所在地的乡、镇(街道)提出申请,填报《成都市脑瘫儿童康复救助项目申请审批表》(附件2),乡、镇(街道)审核后报区(市)县残联审核确定其救助类型和救助补贴金额。区(市)县残联经公示确定无异议后汇总填写《成都市脑瘫儿童康复救助对象汇总表》(附件3),在每季度的最后一个星期内报市残联备案。

市儿童福利院内脑瘫儿童的康复服务由儿童福利院承担,其救助费用纳入部门预算孤儿生活费项目经费中统筹安排。具体救助标准由市民政局指导儿童福利院统筹相关项目经费,按照救助服务项目据实测算并报市财政局核定。

各地残联要将确定的、符合救助条件的脑瘫儿童相关信息录入“量服平台”，并向脑瘫儿童监护人告知项目相关救助信息。

（三）转介服务。

对经残联审核同意纳入项目救助的脑瘫儿童，由区（市）县残联出具转介服务《介绍信》（附件 4），脑瘫儿童家长凭《介绍信》、《审批表》、残疾人证（或身份证）等到指定的定点机构接受救助服务。

在向户籍所在地区（市）县残联提出申请并取得同意后，脑瘫儿童可在非当地定点机构接受康复服务。

（四）实施救助。

1. 功能康复训练。各地残联应按照就近就便原则，将确认审核同意后的脑瘫儿童转介到定点康复机构。每名脑瘫儿童每年在机构康复训练时间应不少于 6 个月。

2. 肢体矫治手术。需要手术治疗的脑瘫儿童由定点手术医院根据脑瘫儿童实际需要实施手术后，手术医师要根据手术情况和术后恢复情况，提出术后功能康复训练和辅具适配建议方案，再由当地残联根据建议方案，转介到定点功能康复训练机构开展术后功能康复训练。手术后的脑瘫儿童要接受不少于 6 个月的功能康复训练。

3. 辅助器具适配。需辅助器具的脑瘫儿童由手术医师、康复医师或辅具器具适配技师根据脑瘫儿童的病情，提出适配方案，

在征得脑瘫儿童监护人同意后为其适配辅助器具。

（五）资料归档。

定点机构要按照脑瘫儿童接受救助的流程，收集整理、拍摄反映脑瘫儿童接受救助过程和功能改善情况的照片、影像等资料，建立完整的项目服务档案。功能康复训练和辅具适配的定点机构要按照《项目档案》（附件5）实时记录。做好脑瘫儿童接受救助后的康复评估、训练日志、总结、疗效、家长培训、家长满意度等资料的存档工作。定点机构还要按照“机构量服”的要求，及时将脑瘫儿童接受救助的情况录入“量服平台”。

各级残联要与同级卫生计生部门建立脑瘫儿童康复治疗及救助信息的定期共享机制。

四、资金保障

（一）救助标准。

救助补贴标准为：每名脑瘫儿童功能康复训练补贴金额不超过2万元/年；矫治手术每例补贴金额不超过3万元/年；辅助器具适配每例补贴金额不超过0.5万元/年。此标准为计算省、市级补贴资金的最高救助标准。此前市残联相关文件有关脑瘫类残疾儿童康复救助标准如有与本方案不一致的，以本方案为准。

（二）资金筹集。

项目资金按照“统筹安排、分级负担”的原则由省、市、县三级共同筹集。我市每年省级项目补贴资金的差额部分，由市和

区（市）县根据《成都市残疾儿童康复救助办法》（成残联〔2015〕21号）规定的分担比例和划拨方式共同筹集。区（市）县残联、财政局要共同做好救助资金的年度预算工作。

（三）资金支付。

各区（市）县要统筹医保报销、民政救助和本项目补贴等，加大对脑瘫儿童的康复救助力度。要在符合条件的补贴对象申报完成医保报销和民政救助基础上，在规定的补贴额度内据实核定补贴资金。

救助资金由区（市）县残联根据脑瘫儿童所接受的救助内容及其补贴标准，与项目定点服务机构结算，具体办法为：项目脑瘫儿童在医保协议管理定点机构接受康复训练、矫治手术、辅助器具适配服务，先由医保按基本医疗保险报销范围规定报销，差额部分再由民政部门根据脑瘫儿童家庭困难程度进行救助，最后由当地残联按规定与定点服务机构结算，不足部分由其监护人自行承担；项目脑瘫儿童在非医保协议管理定点机构接受康复训练、矫治手术、辅助器具适配服务，经当地残联审核后，由民政部门根据脑瘫儿童家庭困难程度进行救助，再由当地残联按规定与定点服务机构结算，不足部分由其监护人自行承担。经区（市）县残联同意在当地定点服务机构之外的机构接受康复服务的脑瘫儿童，其补贴资金可由儿童家庭先垫付，区（市）县残联按照上述办法核定后再予以报销。

申请最高额度康复训练补贴的，康复机构为脑瘫儿童提供的康复训练时间每人每年累计应不少于 6 个月。因就学等原因未达到 6 个月时间的，经区（市）县残联审核同意后，在补贴额度内按不超过 3300 元/月的标准据实核算补贴资金。

五、职责分工

各相关部门要高度重视、大力宣传、协同配合，精心组织实施，整合各方资源，为脑瘫儿童提供精准的康复服务。

区（市）县残联要牵头制定本地实施方案，统筹协调有关部门落实相关政策和专项经费，协同做好项目的审核审批、监督指导、资金结算工作。要会同卫生计生等部门，指导、监督定点服务机构按照约定的服务内容、服务标准，以及本实施方案规定的服务流程、服务规范为脑瘫儿童提供专业、适宜的康复服务；人社部门要落实好医保报销政策；民政部门要对符合救助条件的困难家庭脑瘫儿童进行救助，指导做好福利机构内的脑瘫儿童康复救助工作；卫计部门要会同残联共同做好脑瘫儿童定点服务机构资质审核确定，并为定点机构的资质审核、绩效评价等提供技术支持；财政部门要及时分配下达项目资金，落实经费保障，加强资金监管，确保项目顺利实施。

六、绩效评价

区（市）县残联要会同相关部门，通过随机抽查、委托第三方评估等方式，对当地定点机构的服务质量进行考核，组织阶段

性集中检查和绩效评估，严格对照项目支出绩效目标，及时发现并督促解决项目实施中的问题。检查和评估的结果应作为审核拨付补贴资金、评价机构履约情况的重要依据。对检查发现存在问题和评估不符合要求的定点机构，要督促其及时整改。对限时整改仍不能达到要求的，应终止其定点资格。

七、实施时限

本实施方案从 2018 年 6 月 1 日起施行，有效期五年。

- 附件：1．成都市脑瘫儿童康复救助项目定点机构申请表
- 2．成都市脑瘫儿童康复救助项目申请审批表
- 3．成都市脑瘫儿童康复救助对象汇总表
- 4．成都市脑瘫儿童康复救助项目介绍信
- 5．成都市脑瘫儿童康复救助项目康复训练档案

附件 1

成都市脑瘫儿童康复救助项目定点机构申请表

成都市_____区(市、县)

机构名称		成立时间	
地 址			
机构性质	医院： <input type="checkbox"/> 综合性 <input type="checkbox"/> 专科性 等级： _____		
	残疾人康复机构： <input type="checkbox"/> 自营 <input type="checkbox"/> 民营		
	民政福利机构： <input type="checkbox"/> 自营 <input type="checkbox"/> 民营		
	社会组织办机构： <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 康复		
法人代表		联系电话	业务主管 单位
拟申请开展 业务	<input type="checkbox"/> 功能康复训练 <input type="checkbox"/> 矫治手术 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配		
既往开展业务 情况	<input type="checkbox"/> 矫治手术： 总计 _____ 例		
	<input type="checkbox"/> 功能康复训练： 咨 询 <input type="checkbox"/> 评估 <input type="checkbox"/> 运动疗法 <input type="checkbox"/> 言语矫治 <input type="checkbox"/> 理疗 <input type="checkbox"/> 生活自理能力训练 <input type="checkbox"/> 社会适应性训练 <input type="checkbox"/> 引导式教育 <input type="checkbox"/> 家长培训 <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 辅助器具适配： 矫形器 <input type="checkbox"/>		
服务能力情况	医 院： 科室床位数 _____ 收训能力： 年收训脑瘫儿童 _____ 名，其中，日间训练 _____ 名， 寄宿训练 _____ 名。		
专业人员情况	手术医生 _____ 名，康复医师 _____ 名，康复治疗师 _____ 名，教师 _____ 名， 辅具适配师 _____ 名，其他 _____ 名。		

设施设备情况	可用面积_____，其中：运动疗法_____作业疗法_____言语治疗室_____理疗室_____引导式教育教室_____培训教室_____	
	康复评估工具_____	
	基本训练器具_____	
	站立训练器具_____	
步行训练器具_____		
日常生活活动训练器具_____		
申请单位	法人代表签字(盖章): _____ _____年__月__日	
区(市)县 审核情况	_____区(市、县)卫计局意见	_____区(市、县)残联意见
	签字(盖章): _____ _____年__月__日	签字(盖章): _____ _____年__月__日
市级审核 情况	成都市卫计委意见:	成都市残联意见:
	签字(盖章): _____ _____年__月__日	签字(盖章): _____ _____年__月__日

备注：1. 此表由机构在所属区（市）县残联的监督下，根据实际申请的业务完整填写相关信息；
2. 一式 6 份，其中三份分别交省、市、区（市）县卫计部门，三份分别交省、市、区（市）县残联。
3. 每年 5 月 31 日前，市残联汇总后，将新增的定点机构分别报省残联、省卫计委备案。

附件 2

成都市脑瘫儿童康复救助项目申请审批表

脑瘫儿童姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄：_____	
户 口： <input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
脑瘫儿童残疾证或身份证号码：_____	
家庭住址：_____	
享受医疗保险情况： <input type="checkbox"/> 享受城乡基本医疗保险	
<input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险	
申请救助类型： <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 矫治手术 <input type="checkbox"/> 辅助器具	
申请救助金额： 小写：_____ 大写：_____	
监护人姓名（或监护机构全称）：_____	
监护人身份证号码：_____	
监护人住址：_____	联系电话：_____
监护人签字（或监护机构公章）：	
乡（镇）政府（街道办）审核意见	
（公章）： 年 月 日	
区（市）县残联审核意见	
（公章）： 年 月 日	

备注：1. 本表一式三份，区（市）县残联、乡镇（街道）残联和定点机构存档。

附件 4

编号：____区（市、县）0000000001

成都市脑瘫儿童康复救助项目 介绍信存根

脑瘫儿童姓名：

性别： 年龄：

住址：____区（市）县____乡（镇、街道）____村（社区）

救助内容：

矫治手术 金额_____

康复训练 金额_____

辅具适配 金额_____

定点机构：

预进入机构时间：

____年 ____月 ____日

编号：____区（市、县）0000000001

成都市脑瘫儿童康复救助项目介绍信

____医院(康复中心、助残社会组织)：

兹介绍我区（市）县____乡（镇、街道）____村（社区）患

者____，前往你院（单位）实施脑瘫项目救助，救助内容：矫治手术 金额_____；康复训练 金额_____；辅具适配 金额_____。请审核相关材料，及时安排实施救助。谢谢合作！

____残联，联系人：____ 联系电话：_____

____年 ____月 ____日

附件 5

成都市脑瘫儿童康复救助项目

康复训练档案

儿童姓名： _____

服务机构： _____

儿童户籍：_____区(市、县)_____乡（镇、街道）_____村(社区)

脑瘫儿童康复训练登记表

儿童姓名		性别		民族		出生年月	
儿童身份证号		户口类型	<input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> 农业		家庭住址		
联系电话		邮政编码		监护人姓名		与儿童的关系	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
致残原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 早产 <input type="checkbox"/> 产伤 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 意外伤害 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 其他						
脑瘫类型	<input type="checkbox"/> 痉挛型 <input type="checkbox"/> 手足徐动型 <input type="checkbox"/> 共济失调 <input type="checkbox"/> 弛缓型 <input type="checkbox"/> 混合型						
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神						
残疾程度	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级						
康复、教育现况	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 康复机构 <input type="checkbox"/> 家庭						
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
既往医疗、康复情况	1. 矫治手术 <input type="checkbox"/> 2. 药物治疗 <input type="checkbox"/> 3. 传统方法 <input type="checkbox"/> 4. 康复训练 <input type="checkbox"/> 5. 理疗 <input type="checkbox"/> 6. 使用假肢、矫形器及辅助用具 <input type="checkbox"/> 7. 其他 <input type="checkbox"/>						
康复训练起止时间（一年）	年 月 日开始，至 年 月 日满一年						
是否装配矫形器	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 无（ <input type="checkbox"/> 其他辅助器具）						
康复机构名称							
康复效果评估	康复训练效果： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动每年不少于4次： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长培训： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长对儿童康复的满意度： <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意 家长对培训工作的满意度： <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意 是否进入幼儿园、小学就读： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
机构负责人签字：							年 月 日
家长签字：							年 月 日

注：此表由康复员在相应的栏目填写文字或在“□”中打√。

康复训练记录

姓名：_____

病案号：_____

记录日期	年 月 日
康复员签名	
记录日期	年 月 日
康复员签名	
记录日期	年 月 日
康复员签名	
记录日期	年 月 日
康复员签名	
记录日期	年 月 日
康复员签名	

注：此表由康复员根据训练内容、次数、训练中出现的问题及解决办法实时填写。

脑瘫日常生活活动能力 (ADL) 评价表

(评估表 1)

姓 名: _____

病案号: _____

动 作	得 分					动 作	得 分				
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
一、个人卫生动作						四、排便动作					
1	洗脸、洗手					1	能控制大小便				
2	刷牙					2	小便自我处理				
3	梳头					3	大便自我处理				
4	使用手绢					五、器具使用					
5	洗脚					1	电器插销使用				
二、进食动作						2	电器开关使用				
1	奶瓶吸吮					3	开、关水龙头				
2	用手进食					4	剪刀的使用				
3	用吸管吸引					六、认识交流动作					
4	用勺叉进食					(七岁后)					
5	端碗					1	书写				
6	用茶杯饮水					2	与人交流				
7	水果剥皮					3	翻书页				
三、更衣动作						4	注意力集中				
1	脱上衣					(七岁前)					
2	脱裤子					1	大小便会示意				
3	穿上衣					2	会招手打招呼				
4	穿裤子					3	能简单回答问题				
5	穿脱袜子					4	能表达意愿				
6	穿脱鞋										
7	系鞋带扣子拉锁										

动 作	得 分					动 作	得 分				
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
七、床上运动						九、步行动作（包括辅助器具）					
1	翻身					1	扶站				
2	仰卧位↔坐位					2	扶物或步行器行走				
3	坐位↔膝立位					3	独站				
4	独立坐位					4	单脚站				
5	爬					5	独行 5m				
6	物品料处					6	蹲起				
						7	能上下台阶				
						8	独行 5m 以上				
八、移动动作						总分					
1	床↔轮椅或步行器										
2	轮椅↔椅子或便器					评估人					
3	操作手闸										
4	乘轮椅开关门										
5	移动前进轮椅										
6	移动后退轮椅										

评分标准：

满分 100 分，共计 50 项（其中“六、认识交流动作”分为“7 岁前”“7 岁后”，每个段龄有 4 个小项。选定年龄勾选）；

- 1、能独立完成：每项 2 分；
- 2、能独立完成、但时间长：每项 1.5 分；
- 3、能完成，需辅助： 每项 1 分；
- 4、两项中完成一项：每项 1 分；
- 5、不能完成：每项 0 分

脑瘫儿童综合功能评定表

(评估表 2)

姓名：_____

病案号：_____

项目	分数			项目	分数		
	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
一、认知功能				6. 站			
1. 认识常见形状				7. 走			
2. 分辨常见概念				8. 上下楼梯			
3. 基本空间概念				9. 伸手取物			
4. 认识四种颜色				10. 拇食指取物			
5. 认识画上的东西				合计			
6. 能画圆、竖、横、斜线				四、自理动作			
7. 注意力可集中瞬间				1. 开水龙头			
8. 对经过事情的记忆				2. 洗脸、洗手			
9. 寻求帮助表达意愿				3. 刷牙			
10. 能数数和加减法				4. 端碗			
合计				5. 用手或勺进食			
二、言语功能				6. 脱穿上衣			
1. 理解如冷、热、饿				7. 脱穿裤子			
2. 有沟通的愿望				8. 脱穿鞋袜			
3. 能理解别人的表情动作				9. 解系扣子			
4. 能表达自己的需要				10. 便前、便后处理			
5. 能说 2-3 个字的句子				合计			
6. 能模仿口部动作				五、社会适应			
7. 能发 b, p, a, o, ao 等音				1. 认识家庭成员			
8. 遵从简单指令				2. 尊敬别人, 见人打招呼			
9. 能简单重复				3. 参与集体性游戏			
10. 能看图说简单的话				4. 自我称谓和所有关系			
合计				5. 能与母亲离开			
三、运动能力				6. 知道注意安全不动电火			
1. 头部控制				7. 认识所在环境			
2. 翻身				8. 能否与家人亲近			
3. 坐				9. 懂得健康和生病			
4. 爬				10. 能简单回答社会性问题			
5. 跪				合计			
总分 (1)	(2)			(3)			
功能状态总评:							

评定者: _____

粗大运动功能测评

(GMFM-66&GMFM-88)

(评估表 3)

姓名：_____

病案号：_____

卧位和翻身				
1. 仰卧，头位于中线位：转头时肢体对称	0□	1□	2□	3□
*2. 仰卧：将双手移动到中线位，手指相对	0□	1□	2□	3□
3. 仰卧：举手 45°	0□	1□	2□	3□
4. 仰卧：全范围屈曲右髋和膝	0□	1□	2□	3□
5. 仰卧：全范围屈曲左髋和膝	0□	1□	2□	3□
*6. 仰卧：右臂伸出，手朝向玩具伸过中线	0□	1□	2□	3□
7. 仰卧：左臂伸出，手朝向玩具伸过中线	0□	1□	2□	3□
8. 仰卧：向右侧翻身至俯卧	0□	1□	2□	3□
9. 仰卧：向左侧翻身至俯卧	0□	1□	2□	3□
*10. 俯卧：抬头至头直立位	0□	1□	2□	3□
11. 俯卧，前臂支撑：举头至直立位，肘伸展，胸部抬起	0□	1□	2□	3□
12. 俯卧，前臂支撑：右前臂支撑，左臂向前完全伸展	0□	1□	2□	3□
13. 俯卧，前臂支撑：左前臂支撑，右臂向前完全伸展	0□	1□	2□	3□
14. 俯卧：向右侧翻身至仰卧	0□	1□	2□	3□
15. 俯卧：向左侧翻身至仰卧	0□	1□	2□	3□
16. 俯卧：用四肢向右轴心 90°	0□	1□	2□	3□
17. 俯卧：用四肢向左轴心 90° 坐位	0□	1□	2□	3□
维度 A 合计				
坐 位				
*18. 仰卧，检查者抓着儿童双手：自己有头控制地拉至坐位	0□	1□	2□	3□
19. 仰卧：翻至右侧，达到坐位	0□	1□	2□	3□
20. 仰卧：翻至左侧，达到坐位	0□	1□	2□	3□
*21. 坐在垫上，由治疗师在胸部支持：头直立，维持 3 秒	0□	1□	2□	3□
*22. 坐在垫上，由治疗师在胸部支持：头位于中线位，维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
*23. 坐在垫上，（双）手臂支撑：维持 5 秒	0□	1□	2□	3□
*24. 坐在垫上，手臂自由，维持 3 秒	0□	1□	2□	3□
*25. 坐在垫上，小玩具放在前方：身体前倾，触碰玩具，不用手臂支撑，重新直立	0□	1□	2□	3□
*26. 坐在垫上：触碰放在儿童右后方 45 度的玩具，重新回到最初位置	0□	1□	2□	3□
*27. 坐在垫上：触碰放在儿童左后方 45 度的玩具，重新回到最初位置	0□	1□	2□	3□
28. 右侧坐位：手臂自由活动，维持 5 秒	0□	1□	2□	3□

29. 左侧坐位：手臂自由活动，维持 5 秒	0□	1□	2□	3□
*30. 坐在垫上，有控制地低到俯卧位	0□	1□	2□	3□
*31. 坐在垫上，双脚位于前方：向右侧变成四点支撑位、	0□	1□	2□	3□
*32. 坐在垫上，双脚位于前方：向左侧变成四点支撑	0□	1□	2□	3□
33. 坐在垫上，不用手臂辅助，轴心转动 90°	0□	1□	2□	3□
*34. 坐在凳上：双手臂和双脚自由活动，维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
*35. 站：坐到小凳上	0□	1□	2□	3□
*36. 地上：坐到小凳上	0□	1□	2□	3□
*37. 地上：坐到大凳上	0□	1□	2□	3□
维度 B 合计				
爬行和跪				
38. 俯卧位：向前匍匐 (creep) 爬行 1.8 米 (6 英尺)	0□	1□	2□	3□
*39. 4 点位：维持手膝负重 10 秒	0□	1□	2□	3□
*40. 4 点位：变成坐位，手臂自由	0□	1□	2□	3□
*41. 俯卧位：变成 4 点位，手膝负重	0□	1□	2□	3□
*42. 4 点位：向前伸右臂，手高与肩水平	0□	1□	2□	3□
*43. 4 点位：向前伸左臂，手高于肩水平	0□	1□	2□	3□
*44. 4 点位：手膝爬或猛地拉拽前移 1, 8cm(6ft)	0□	1□	2□	3□
*45. 4 点位：交替向前爬 1.8cm(6ft)	0□	1□	2□	3□
*46. 4 点位：手膝/脚负重向上爬 4 个台阶	0□	1□	2□	3□
47. 4 点位：手膝/脚负重向后爬下 4 个台阶	0□	1□	2□	3□
*48. 坐在垫上：使用手臂变成高跪位，然后手臂自由，维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
49. 高跪位：使用手臂变成右膝半跪位，然后手臂自由，维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
50. 高跪位：使用手臂变成左膝半跪位，然后手臂自由，维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
*51. 高跪位：高跪前行 10 步，手臂自由	0□	1□	2□	3□
维度 C 合计				
站				
*52. 地上：在大凳旁拉至站立位	0□	1□	2□	3□
*53. 站立位：手臂自由活动，维持站立 3 秒	0□	1□	2□	3□
*54. 站立位：用一手抓扶在大凳上，抬起右脚，3 秒	0□	1□	2□	3□
*55. 站立位：用一手抓扶在大凳上，抬起左脚，3 秒	0□	1□	2□	3□
*56. 站立位：手臂自由活动，维持站立 20 秒	0□	1□	2□	3□
*57. 站立位：手臂自由活动，抬起左脚维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
*58. 站立位：手臂自由活动，抬起右脚维持 10 秒	0□	1□	2□	3□
*59. 坐在小凳上：不需使用双手，变成站立位	0□	1□	2□	3□
*60. 高跪位：通过右膝半跪位变成站立位，不使用双手臂	0□	1□	2□	3□
*61. 高跪位：通过左膝半跪位变成站立位，不使用双手臂	0□	1□	2□	3□
*62. 站在位：有控制地向下坐到地上，手臂自由	0□	1□	2□	3□

*63. 站立位：变成蹲位，手臂自由	0□	1□	2□	3□
*64. 站立位：拾起地上的物品，手臂自由，回到站立位	0□	1□	2□	3□
维度 D 合计				
走、跑和跳				
*65. 站立位，两手放在大凳上：向右侧行 5 步	0□	1□	2□	3□
*66. 站立位，两手放在大凳上：向左侧行 5 步	0□	1□	2□	3□
*67. 站立位，两手被扶着：向前走 10 步	0□	1□	2□	3□
*68. 站立位，一手被扶着：向前走 10 步	0□	1□	2□	3□
*69. 站立位：向前走 10 步 0□1□2□3□	0□	1□	2□	3□
*70. 站立位：向前走 10 步，停下，转身 180 度，走回来	0□	1□	2□	3□
*71. 站立位：向后退 10 步	0□	1□	2□	3□
*72. 站立位：向前走 10 步，两手拿着一个大的物品	0□	1□	2□	3□
*73. 站立位：在 20cm（8 英寸）宽的并行线内连续向前走 10 步	0□	1□	2□	3□
*74. 站立位：在 2cm（3/4 英寸）宽的直线上连续向前走 10 步	0□	1□	2□	3□
*75. 站立位：跨过平膝高的杆，右脚先迈	0□	1□	2□	3□
*76. 站立位：跨过平膝高的杆，左脚先迈	0□	1□	2□	3□
*77. 站立位：跑 4.5 米（15 英尺），停下，再跑回来	0□	1□	2□	3□
*78. 站立位：用左脚踢球	0□	1□	2□	3□
*79. 站立位：用右脚踢球	0□	1□	2□	3□
*80. 站立位：两脚同时跳 30cm（12 英寸）高	0□	1□	2□	3□
*81. 站立位：两脚同时向前跳 30cm（12 英寸）高	0□	1□	2□	3□
*59. 坐在小凳上：不需使用双手，变成站立位	0□	1□	2□	3□
*60. 高跪位：通过右膝半跪位变成站立位，不使用双手臂	0□	1□	2□	3□
*61. 高跪位：通过左膝半跪位变成站立位，不使用双手臂	0□	1□	2□	3□
*62. 站立位：有控制地向下坐到地上，手臂自由	0□	1□	2□	3□
*63. 站立位：变成蹲位，手臂自由	0□	1□	2□	3□
*82. 站立位：在 60cm（24 英寸）的圆圈中用右脚跳 10 次	0□	1□	2□	3□
*83. 站立位：在 60cm（24 英寸）的圆圈中用左跳 10 次	0□	1□	2□	3□
*84. 站立位，扶着一扶手：向上走 4 个台阶，扶着一扶手，双脚交替	0□	1□	2□	3□
*85. 站立位，扶着一扶手：向下 4 个台阶，扶着一扶手，双脚交替	0□	1□	2□	3□
*86. 站立位：向上走 4 级台阶，双脚交替	0□	1□	2□	3□
*87. 站立位：向下 4 级台阶，双脚交替	0□	1□	2□	3□
*88. 站在 15cm（6 英寸）的台阶上：跳下，双脚同时	0□	1□	2□	3□
维度 E 合计				

初次测评

中期测评

末期测评

测评人：_____

注：1、此表由康复评估人员填写。

2、训练对象在机构训练期间，原则上应进行初次、中期、末期三次评估。

康复训练 13 项评估

(评估表 4)

姓名： _____

病案号： _____

项目	说明	分值	评分依据	评估计分		
				初次	中期	末期
1 翻身	在仰卧、侧卧、俯卧间的体位变化过程	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
2 坐	保持独立坐位 3 分钟	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
3 爬	用双手、双膝支撑爬行 3 米	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
4 站	全脚掌着地站立 1 分钟	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
5 转移	在床、轮椅、椅子、便器等之间的移动	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
6 步行	1 岁半以后独自步行 6 步以上而不跌倒	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
7 上下台阶	连续上下 6 级台阶 2 独立完成	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			

8 进食	将食物送入口中	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
9 穿脱衣物	穿脱衣物	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
10 洗漱	洗脸、刷牙、梳头任意一项	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
11 入厕	使用便器、便后清洁任意一项	2	独立完成			
		1	需他人部分帮助			
		0	完全依赖他人帮助			
12 交流	对方言语、手势、文字、图示等任意一种方式的理解和表达	2	能			
		1	部分能			
		0	不能			
13 参加集体活动交流	上幼儿园、上学及与其他孩子一起游戏任意一项	2	能			
		1	部分能			
		0	不能			
整体评估分数						
评估时间						
康复指导员签名						

注：1、此表由康复评估人员填写。2、训练对象在机构训练期间，原则上应不少于3次评估，且初次、中期、末期三次评估，均需对13个训练项目进行整体评估计分。3、在进行训练评估时，脑瘫儿童可使用假肢、矫形器、生活自助具等辅助器具。

评估与总结

姓名：_____

病案号：_____

中期评估

评分：初次分数_____；中期分数_____，提高分数(初次至中期)_____。

小结训练计划执行情况，脑瘫儿童当前的主要功能障碍和困难，训练中存在哪些问题以及训练计划进行了哪些调整：

康复员签名：_____ 评估日期：_____

末期评估与总结

评分：末期分数_____，提高分数(初次至末期)_____。

训练效果：显效 有效 无效

实现康复目标情况

- | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. 运动功能： | 明显改善 <input type="checkbox"/> | 改善 <input type="checkbox"/> |
| 2. 姿势矫正： | 明显提高 <input type="checkbox"/> | 提高 <input type="checkbox"/> |
| 3. 语言交往能力： | 明显增强 <input type="checkbox"/> | 增强 <input type="checkbox"/> |
| 4. 生活活动能力： | 明显增强 <input type="checkbox"/> | 增强 <input type="checkbox"/> |

进一步康复意见

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. 康复医疗 <input type="checkbox"/> | 4. 参与集体活动 <input type="checkbox"/> |
| 2. 继续训练 <input type="checkbox"/> | 5. 转介 <input type="checkbox"/> |
| 3. 装配矫形器或辅助用具等 <input type="checkbox"/> | 6. 其他 <input type="checkbox"/> |

康复员签名：_____ 评估日期：_____

注：此表由康复员在相应的栏目填写文字或在“”中打√。

脑瘫儿童康复训练评估标准

“脑瘫儿童康复救助项目”康复机构以此标准开展脑瘫儿童康复训练效果评估。“康复训练评估项目”、“评分标准”和“效果判定”的内容和标准如下。

一、评估项目

脑瘫儿童康复训练评估项目包括脑瘫儿童日常生活能力(ADL)评定评估(评估表1),共计50项;脑瘫儿童综合功能评定(评估表2),共计50项;粗大运动能力评定(评估表3),共计88项;康复训练评估13项(评估表4)。

二、评分标准

(一) 评估表1 评分标准: 满分100分50项

能独立完成	每项2分
能独立完成、但时间长	每项1.5分
能完成,但需辅助	每项1分
两项中完成一项	每项1分
不能完成	每项0分

(二) 评估表2 评分标准: 采用百分制, 每项完成: 2分, 总分100分。

每项小部分完成:	0.5分	总分25分
每项大部分完成:	1.5分	总分75分
不能完成:	0分	总分0分
每项完成一半:	1分	总分50分

(三) 评估表3 评分标准

粗大运动功能测试(GMFM-66&GMFM-88)分为5个功能区,共88项(*号标注66项): A区卧位与翻身(17项); B区坐位(20项); C区爬和跪(14项); D区站立(13项); E区走跑跳(24项)

每项评定指标的评分0-3分,具体标准:

0分: 动作还没有出现的迹象。

1分: 动作开始出现一只完成整个动作的10%以下。

2分: 部分动作完成一可以完成整个动作的10%-90%。

3分: 整个动作可以全部完成。

当无法完成分数时,按照较低的等级给分。

(四) 评估表4 评分标准。详见《康复训练13项评估》中评分说明和依据

三、效果判定

通过对脑瘫儿童康复训练评估项目进行的初次、中期、末期三次整体评估、计分，判定末期训练效果(显效、有效、无效)，效果判定具体方法如下。

效果判定

训练效果	标准	说明
显效	评估分值提高 8 分以上	依据脑瘫儿童末期评估与初次评估分值之差，判定训练效果： 训练效果=末期评估分-初次评估分
有效	评估分值提高 1-7 分	
无效	评估分值无提高	

信息公开类别：主动公开

成都市残疾人联合会办公室

2018年5月30日印发

