

建立日期：_____

个案管理服务记录手册

患者姓名：_____

患者编号：_ _ _ _ _

性 别：_____

身份证号：_____

居住地址：_____ 邮编：_____

联系电话：_____

监护人姓名：_____

联系电话：_____

街道/乡镇名称（行政区划编码）：_____（_____）

居/村委会名称（编码）：_____（_____）

居/村委会联系人：_____

联 系 人 电 话：_____

一、个案管理基本信息部分

患者编号： _ _ _ _ _

填表人_____填表日期 _____年____月 ____日

应先填写完成《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》之附件3《个人基本信息表》，及《重性精神疾病患者管理服务规范》之附件1《重性精神疾病患者个人信息补充表》。

（请在符合的项目上画“○”，或者填写相应内容）

共同居住者	1 父母 2 配偶 3 子女 4 父母配偶 5 配偶子女 6 三代同堂 7 兄弟姐妹 8 亲戚 9 朋友 10 同学 11 同事 12 无
有无残疾证	无，有（残疾类别和等级：_____ 鉴定时间：_____）
进入个案管理前是否已纳入基础管理	否，是（如“是”，起始时间：_____）

二、个案管理随访部分

1. **基础随访** 填写《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》中《重性精神疾病患者管理服务规范》之附表2《重性精神疾病患者随访服务记录表》。

2. 个案管理计划

制定日期：_____年____月____日	
制定次数（请填写数字）：第____次	
目前就医方式	1 门诊 2 住院 3 社区治疗 4 社区康复 5 自购药物 6 未治
如未治，未治原因	1 经济条件不允许 2 觉得病已好 3 对治疗无信心 4 药物不良反应 5 其他，请说明 _____
目前管理级别	1 一级管理 2 二级管理 3 三级管理
服药方式	1 自行服药 2 他人提醒服药 3 强制给药（含暗服） 4 注射给药 5 多途径 6 医嘱停药 7 自行停药
药物不良反应	0 无 1 震颤 2 静坐不能 3 肌肉僵硬 4 眩晕 5 乏力 6 嗜睡 7 恶心 8 便秘 9 呼吸困难 10 月经紊乱 11 体重增加 12 QTc 延长 13 其他，请简述 _____
康复地点	1 未落实 2 在家 3 社区 4 其他地点
劳动收入水平	1 无 2 有 _____元/月
下阶段拟管理级别	1 一级管理 2 二级管理 3 三级管理

个体服务计划中需要考虑的领域： 1. 精神健康状况 2. 身体健康状况 3. 个人和他人的安全 4. 个人对疾病的反应 5. 药物治疗的管理 6. 复发的早期征兆 7. 友谊 / 社会关系 8. 应对压力能力 9. 工作/休闲/教育 10. 日常生活技能 11. 家庭和社区支持系统 12. 收入 13. 居住状况 14. 权利和主张			
个案管理明细计划单（由个案管理员和患者协商制定）			
1 现况评估，明确问题	2 确定目标，制订指标	3 采取策略	4 责任人 完成时间

患者签字：_____

个案管理员签字：_____

三、个案管理效果评估

_____年

评估日期 __月__日	栏 1 的主要问题			栏 2 的目标和指标			栏 3 采取的治疗和康复策略			栏 4 责任人			栏 4 是否按时完成		
	全部调整	部分调整	无调整	完全达到	部分达到	未达成	完全落实	部分落实	未落实	全部落实	部分落实	未落实	全部按时	部分按时	未按时

评估日期 __月__日	病情总体评估（与入组时相比）								社会功能状况（与入组时相比，填写“好、中、差”）						评估人签名
	未评 0分	明显 好转 1分	部分 好转 2分	稍好 转 3分	无变 化 4分	稍恶 化 5分	明显 恶化 6分	严重 恶化 7分	个人 生活 料理	家务 劳动	生产 劳动 及工 作	学习 能力	社会 人际 交往	社会 功能 总评	

填表说明

1. 《个案管理服务记录手册》(以下简称《手册》)由三部分构成:基本信息、随访和年度评估,其中随访部分由基础管理的随访服务记录表和个案管理计划共同构成。
2. 《手册》是个案管理组对患者进行随访记录的原始资料,每一位参加个案管理的患者专用一册。
3. 《手册》由个案管理员和精神科执业医师初访和随访患者时逐项填写,实行“谁随访,谁记录”的原则。城市患者的《手册》由社区卫生服务中心/社区卫生服务站保管;农村患者的《手册》由村卫生室保管(如无卫生室,由村委会保管)。保管者要注意保密。
4. 《手册》记录从上次随访到本次随访期间发生的情况,在适合患者情况的选项上画“○”。在随访中如果发现个人信息有所变更时,要及时修订。

个案管理基本信息部分的填表说明

5. 有无残疾证:指由残联颁发的残疾证,记录残疾的类别和等级,如精神残疾一级;多重残疾二级。

个案管理随访部分填表说明

6. 目前社会功能:依据对知情人的询问和随访者的观察进行评定。
 - ◆ 个人生活料理 好:指能够保持个人身体、衣饰、住处的整洁,大小便习惯,进食等。
中:生活自理差。
差:生活不能自理,影响自己 and 他人。
 - ◆ 家务劳动 好:指能够正常完成应承担的家务劳动。
中:指家务劳动的数量不足和/或质量差。
差:几乎不承担家务劳动。
 - ◆ 生产劳动及工作 好:指有工作和职业活动的能力、质量和效率,遵守纪律和规章制度,努力完成生产任务,在工作中与他人合作等。能够发展新的兴趣或计划。
中:水平明显下降,出现问题,或需减轻工作;对进步和未来不关心。
差:无法工作,或在工作中发生严重问题。完全不关心进步和未来,没有主动性,对未来不考虑。
此项不适用:指不是因为工作能力问题,而是其他特殊原因而不需劳动或工作。
 - ◆ 学习能力 不限于在校学生的学习能力。
好:指有学习新事物和参与相关活动的的能力、成绩和效率,在学习环境中与他人友好的相处等。了解和关心单位、周围、当地和全国的重要消息和新闻。
中:学习能力、成绩和效率明显下降,出现问题;不大关心周围和时事。
差:无法正常学习,以至于对新事物的了解显著不足。完全不问不闻周围和时事。
 - ◆ 社会人际交往 好:能够得体、主动地和他人交往。能够参与家庭及社会的活动。
中:确有回避他人的情况,经说服仍可克服;不主动参加某些应该且可能参加的。
差:严重退缩,说明无效,不参加任何家庭或社会活动。

个案管理计划部分填表说明

7. 目前就医方式可多选。
8. 康复地点可多选。
9. 个案管理明细计划单的制订和填写
一个完整的个体服务计划包括以下几个环节:
评估现况→明确问题→确定目标→制定指标→采取策略→明确责任→检查进度
第一步:评估现况
对个案的评估是基于精神状况、躯体状况、危险性、社会支持、残疾情况、经济状况

等全方位的。由于每一位精神残疾者的社会功能缺损是不同的，所以有效的康复措施是针对个体的、具体而实际的功能缺损情况来进行的。通过评估，找出精神康复方面的主要问题，为日后实施康复策略提供依据。

评估时，需要考虑如下14个方面：

- 1) 精神健康状况：可采取不定式的精神检查方式或定式的量表测查。注意关注情绪状态。
- 2) 身体健康状况：采用系统回顾的方式询问病人的主观感觉，做系统的体格检查，辅助检查，明确医学诊断。
- 3) 个人和他人的安全：评估本人安全和对他人的安全（可参考危险性5级评估）；有无涉及司法的问题；转诊来源。
- 4) 个人对疾病的反应：指患者对自身精神疾病的发生，症状，治疗的理解；对疾病治疗和康复的期望；因疾病带来的压力和耻感。
- 5) 药物治疗的管理：目前治疗是否恰当，治疗是否有效，对治疗的依从性，药物不良反应的处置。
- 6) 复发的早期征兆：观察和探索患者可能存在的早期复发迹象，如睡眠状况变化，对外界的敏感度变化等。
- 7) 友谊 / 社会关系
 - 友谊及社会关系：朋友数量，友谊时间长短，与朋友的关系和接触的频度；是否喜欢和其他人在一起，还是宁愿独处，需要他人的帮助来维持人际关系。
 - 与家庭接触的频度：父母、兄弟姐妹、子女。
 - 婚姻状况：关系如何。
- 8) 应对压力能力：指应对症状和认识早期症状的能力，应对环境压力的能力；求助方式，解决问题的方式。
- 9) 工作 / 休闲 / 教育
 - 时间管理：能够按时赴约，工作或其他日常活动守时，能够独立的安排时间，一般每天的日程。
 - 休闲活动：能/不能看电视、看电影、下餐馆、听音乐、体育运动、兴趣爱好，以上活动的频率。
 - 教育经历。
- 10) 日常生活技能：日常个人生活的料理是独立进行、需人提醒、需要督导还是不能完成。交流沟通的能力：口语能否与他人进行沟通，能否主动发起与人进行交谈，会使用电话，会使用电话需要别人帮忙：会应答电话、拨电话号码、查找电话号码。
- 11) 家庭和社区支持系统：主要评估来自家庭和社区服务方面的资源。
 - 病人家庭情况：家庭成员对病人的态度，情感表达的情况，病人有无监护人？监护人详细情况。家庭关系如何？有无家庭暴力或虐待？家庭经济状况？
 - 社区支持：可否得到社区医疗？可否得到来自民政、残联的照顾？有无可适用的社区内的康复设施等。
- 12) 收入：有无劳动收入；是否享受政府贫困救助或残疾人补贴。
- 13) 居住状况：病人和谁共同生活？住房情况？
- 14) 权利和主张：权利和维权—有无人权受到侵害。

第二步：明确问题

根据评估的情况，明确主要的问题，记录在表格第1栏“现况评估，明确问题”中，作为确定目标和提供各项服务的依据。在不同的阶段，主要问题可能不同，一般来讲，**每次评估后设定的主要问题不能太多，以不超过三个为宜**。比如说，某个病人评估的结果是病情不稳定，家庭成员对治疗失去信心。那么主要问题就是治疗问题，家庭对疾病的态度问题。明确了主要问题，今后的服务和康复措施才有针对性。

第三步：确定目标

根据第1栏中明确的问题，有针对性地进行康复。所有责任人，包括个案管理员、患者

和家属，经充分讨论后，共同设定相应的可行的近期目标和远期目标，填入第2栏。譬如，某个病人的主要问题是始动性差，个人生活非常懒散被动。他的近期目标就是主动料理个人生活，远期目标可能是参加社区活动。康复目标的制定要切实可行，病人能够做得到。

第四步：制定指标

根据确定的目标，制定几个细化的客观指标来检验康复的效果，记录在第2栏。这些指标要切合实际，有可操作性。比如对生活懒散的病人，康复成功的指标可能是：按时起床，每周洗澡一次，自觉洗漱。对于几乎完全康复的病人，康复成功的指标可能是成功就业，走入社会。

第五步：采取策略

个案管理分医疗和生活职业能力康复2个部分。医疗部分主要包括病史采集，患者精神、躯体状况、危险性、服药依从性和药物不良反应检查评估，制定用药方案。生活职业能力康复部分主要包括患者个人日常生活、家务劳动、家庭关系、社会人际交往、社区适应、职业与学习状况、康复依从性与主动性检查评估，提出康复措施等。记录在第3栏。

制定和实施患者个案管理策略首先应该从保证医疗开始。有条件的地方，逐步增加生活职业能力康复。

第六步：明确责任

在个案管理中，病人、家属和个案管理员都是非常重要的角色，缺一不可。个案管理中，病人、家属和个案管理员是一个工作的团队，或者说是为了达到病人回归社会的目的而组成的一个联盟。所以，作为团队成员或者盟员，其出发点和目的都是一致的。所以，在制定个体服务计划时，三者的参与和协商是非常必要的。

病人是服务对象，又是团队成员，因此，单纯的“病人身份”对他们显然不适用。他们要按照既定的计划去做，做好了可以受到奖励和表扬，做不好要受到批评或惩罚。

家属在病人康复中作用明显，因为病人的很大部分时间是和家庭成员共同度过的。家属要在个案管理人员的指导下，监督计划的实施，调解家庭情感表达。

个案管理人员是团队中的专业人员，他要对个体服务计划的科学性、可行性负责。提供精神病学医疗和康复服务，对计划实施进行监督和检查。

制订个案管理计划要明确责任人，记录在第4栏中。

第七步：检查进度

由于精神疾病的特点，个体服务计划显然要兼顾短期和长期利益。根据病人的特点和病情，按工作规范要求，数周或数月检查一次进度，评估所制定指标的完成情况，并制定下一步个体服务计划。

10. 个案管理效果评估

至少每3个月评估1次。