附件2

**高新区居民长期护理保险失能评估表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 社会保障卡号  |  |
| 项目 | 评分标准 | 评分 |
| 分值标准 | 初审机构评分 | 专家组评分 |
| 1.进食 | 较大和完全依赖 | 0 | 　 |  |
| 需部分帮助（夹菜、盛饭） | 5 | 　 |  |
| 全面自理 | 10 | 　 |  |
| 2.洗澡 | 依赖 | 0 | 　 |  |
| 自理 | 5 | 　 |  |
| 3.梳洗修饰 | 依赖 | 0 | 　 |  |
| 自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须） | 5 | 　 |  |
| 4.穿衣 | 依赖 | 0 | 　 |  |
| 需一半帮助 | 5 | 　 |  |
| 自理（系开纽扣、开关拉链和穿鞋） | 10 | 　 |  |
| 5.控制大便 | 昏迷或失禁 | 0 | 　 |  |
| 偶尔失禁（每周<1次） | 5 | 　 |  |
| 能控制 | 10 | 　 |  |
| 6.控制小便 | 失禁或昏迷或需他人导尿 | 0 | 　 |  |
| 偶尔失禁（<1次/24小时;>1次/周) | 5 | 　 |  |
| 能控制 | 10 | 　 |  |
| 7.如厕 | 依赖 | 0 | 　 |  |
| 需部分帮助 | 5 | 　 |  |
| 自理 | 10 | 　 |  |
| 8.床椅转移 | 完全依赖别人 | 0 | 　 |  |
| 需大量帮助（2人），能坐 | 5 | 　 |  |
| 需小量帮助（1人），或监护 | 10 | 　 |  |
| 自理 | 15 | 　 |  |
| 9.行走 | 不能走 | 0 | 　 |  |
| 在轮椅上独立行动 | 5 | 　 |  |
| 需1人帮助（体力或语言督导） | 10 | 　 |  |
| 独自步行（可用辅助器具） | 15 | 　 |  |
| 10.上下楼梯 | 不能 | 0 | 　 |  |
| 需帮助 | 5 | 　 |  |
| 自理 | 10 | 　 |  |
| 合计 |  | 100 |  |  |
| 居民主要病情表述及诊断 |  |
| 按照《日常生活能力评定量表》评定得分的基础上，且符合以下规定的第（　　）项情形。（一）长期保留气管套管、胆道等外引流管、造瘘管、深静脉置换管等管道（不包括鼻饲管和导尿管），定期对创面处理的；（二）长期依靠呼吸机维持生命体征；（三）植物人状态；（四）单肢瘫，肌力2级以下（含2级）；（五）两肢或三肢瘫，肌力3级以下（含3级）；（六）双手或双足全肌瘫，肌力2级以下（含2级）；（七）中度以上（含中度）非肢体瘫的运动障碍；（八）中、重度真性或假性延髓麻痹导致不能自主吞咽或吞咽困难。 |
| 初审机构意见：专家签字（盖章）：年 月 日 | 复审机构意见：专家签字（盖章）：年 月 日 |