附件4

泰州市区贫困精神残疾人免费基本用药疗效评估表

姓名： 性别： 年龄： 编号：

疾病诊断： 居住地址：

联系电话： 服药起始时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | | 救助前 | 救助后 | | | | |
| 第一年 | 第二年 | 第三年 | 第四年 | 第五年 |
| 治疗情况 | 服药治疗  情况 | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ | 未服□ 偶尔□  间断□ 按时□ |
| 病情稳定  情况 | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ | 复发加重□  偶有波动□ 稳定□ |
| 患者康复情况 | 生活自理  能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 与人相处  能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 参与家庭  生活能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 学习工作  能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 社会交往  能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 职业劳动  能力 | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ | 丧失□ 差 □  一般□ 正常□ |
| 肇事肇祸  情况 | 无□ 有□ | 无□ 有□ | 无□ 有□ | 无□ 有□ | 无□ 有□ | 无□ 有□ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭影响 | 家庭经济  负担 | 加重□ 无变化□  减轻□ | | 加重□ 无变化□  减轻□ | | 加重□ 无变化□  减轻□ | | 加重□ 无变化□  减轻□ | 加重□ 无变化□  减轻□ | 加重□ 无变化□  减轻□ |
| 家属对患者康复的信心 | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ | | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ | | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ | | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ | 丧失□ 有所丧失□  有所增强□ 增强□ |
| 年度评估 | | 改善很多□ 稍有改善□没变化 □ 有所下降□ | | 改善很多□ 稍有改善□没变化 □ 有所下降□ | | 改善很多□ 稍有改善□  没变化 □ 有所下降□ | | 改善很多□ 稍有改善□  没变化 □ 有所下降□ | 改善很多□ 稍有改善□  没变化 □ 有所下降□ | 改善很多□ 稍有改善□  没变化 □ 有所下降□ |
| 建议 | | | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 | | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 | | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 | 继续救助 □ 取消救助 □  如取消其服药救助资格，请说明理由：  医生签名  医院（章）  年 月 日 |

**说明：**1．在“□”中划“√”；

2．本表由精防人员填写并保存，每年对受助人评估一次，并将“年度评估”结果上报区残联。