

北京市西城区卫生和计划生育委员会文件

西卫〔2017〕50号

关于提升西城区家庭医生签约服务质量有关工作的通知

各社区卫生服务机构：

为进一步深化我区家庭医生签约服务工作，贯彻《北京市推进家庭医生签约服务实施意见》（京医改办〔2017〕2号）和《关于提升北京市家庭医生签约服务质量有关工作的通知》（京卫基层〔2017〕19号）的要求，西城区卫生计生委确定了提升家庭医生签约服务质量的有关举措，现将有关工作通知如下。

一、工作目标

以做好“三个提升”，即：做实签约，提升居民获得感；做

好宣传，提升居民认知度；加强监管，提升绩效管理力度为工作原则和目标。家庭医生签约服务重点覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人、慢性疾病、结核病和严重精神障碍患者等人群，慢性疾病患者当中近期优先覆盖高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等人群。到 2017 年底家庭医生签约服务覆盖率达到 40%以上，重点人群签约服务覆盖率达到 90%以上，力争实现低保人群、计划生育特殊家庭的家庭医生签约服务全覆盖。

二、完善家庭医生团队建设

（一）确定家庭医生签约服务主体

签约服务原则上应采取团队服务形式，并依托基层医疗卫生机构为居民提供签约服务。家庭医生团队主要由全科医生、社区护士、防保人员为主体，健康管理师、心理咨询师、中医师、康复医师为补充，大医院专家及公卫专家为支撑，志愿者、社会工作者、家庭保健员和家医助理共同参与的团队合作模式。发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用，逐步实现每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师。

（二）构建全科-专科协同服务机制

全区组建 264 支专科-全科家庭医生团队，在西城区紧密型医联体范围内，由区属上级医院选派专科医生，与全科医生有效对接，紧密结合成可为患者提供连续性慢病管理的团队。同时，建立由高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、骨关节病、COPD 六大重点领域知名专家领衔，6-8 名专科医生参与的慢性病专家团队。明确慢性病专家团队职责，由专家团队牵头制定慢病社区服

务规范，并开展适宜技术推广培训，作为全科医生的技术支撑。

（三）再建设 54 个家庭医生工作室

西城区在 2014-2015 年间，已经在全市率先建立了 100 个以优秀全科医生命名的家庭医生工作室，通过工作流程再造，对患者健康进行连续性管理，达到了药物治疗更规范，患者随访更强化、健康教育更全面、团队合作更有效、全科与专科联系更紧密、患者更满意的目标。为进一步稳固签约居民和全科医生间的契约服务关系，扎实推进家庭医生签约全科诊疗综合服务新模式，然年内西城区将再建成 54 个家庭医生工作室。

三、确定家庭医生签约服务内容

（一）基本签约服务包

结合国家和北京市基本公共卫生服务项目及服务规范等要求，整合前期在我区推行的“基本签约服务包”和“健康管理包”，结合我区实际，统一筛选出三类 13 项服务内容，将其确定为家庭医生签约服务基本服务包（具体内容见附件 1），包括基本医疗服务、基本公共卫生服务和健康管理服务。基本签约服务包是家庭医生签约服务的基本要求，是家庭医生团队要为签约居民必须提供的基本服务内容。各社区卫生服务机构在签订协议时要充分向签约居民进行介绍，并确保服务项目落到实处。

（二）个性化签约服务包

各机构要结合辖区健康人群、高危人群、患病人群和疾病恢复期人群的不同健康需求，以及家庭医生团队服务能力，确定适宜的个性化签约服务包，增强签约服务吸引力，为签约居民提供

有针对性、防治结合、持续有效的分类健康管理服务。包括但不限于医养结合、康复心理指导、家庭病床、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测、上门服务等以主动服务为特色的个性化服务。结合目前居民需求以及有关政策要求，现阶段，我区家庭医生签约服务个性化签约服务包首先重点推行失能老人服务包、功能社区服务包、老年人个性服务包、高血压患者个性服务包、糖尿病患者个性服务包（具体内容见附件2）。

根据实际情况，我委研究确定了部分居民需求较大、社区卫生机构能够提供、具备一定签约服务吸引力的备选签约服务项目（具体见附件3），提供给各社区卫生服务机构，供确定签约服务包时参考。

四、增强签约服务吸引力

探索并完善服务内涵、优化服务模式、增加服务方式、提升服务效果。采取多种措施，在就医、转诊、用药等方面对签约居民实行差异化政策，增强签约服务吸引力，引导居民有效利用签约服务，促进分级诊疗制度建立。

家庭医生团队要主动完善服务模式，做实家庭医生签约服务。推行签约“四个一”服务，即建立一份健康档案，签订一份家庭医生签约服务协议，发放1个联系卡/表/手册，定期推送1条短信/微信。以电子健康档案为基础，综合利用居民的诊疗记录、健康体检记录、健康筛查结果等信息，定期对签约居民的健康状况进行评估，并根据健康人群、高危人群、患病人群和疾病恢复期人群的不同需求，提供针对性、防治结合、持续有效的分

类健康管理服务。深入推进签约预约诊疗流程，推进“就诊预约、定向分诊、诊前服务、诊疗服务”为特色的签约预约诊疗流程。充分发挥家庭医生规范诊疗、合理转诊、健康管理的优势，畅通社区与上级医院转诊渠道，拓展健康管理服务内涵，扩大签约预约诊疗覆盖面。

推进紧密型医联体建设，加强与上级医疗机构协调，通过建立绿色转诊通道，提供预约挂号、专家号、优先住院、优先检查等转诊服务，吸引患者对基层医疗机构的利用，增强签约服务吸引力。建立以家庭医生为核心的双向转诊模式，社区卫生服务机构无法解决的问题，家庭医生按照转诊标准和流程及时为签约患者转诊。在确保医疗安全的前提下，优先转诊至上级区属医院，区属医院解决不了的转诊至其他三级医院。经社区卫生服务机构转诊的患者，已治愈的或急性期过后需居家继续治疗的，回转至签约的家庭医生。

五、加强家庭医生签约服务宣传

社区卫生服务机构要拓展宣传思路，开展家庭医生签约服务主题宣传系列活动。针对不同类型的重点人群制定个性化的宣传手段和宣传内容。将家庭医生签约服务宣传工作与社区卫生服务各项工作结合起来，调动起各个岗位人员宣传积极性，在机构大厅、咨询台、挂号、分诊、门诊、预防保健区、健康体检区等各个服务环节进行宣传，营造出整体的宣传氛围。

社区卫生服务机构可采取健康大课堂、社区宣传、健康促进活动等进行宣传；利用本机构的微信、微博、网站进行宣传；印

制宣传手册折页、张贴海报、公示家庭医生团队信息、公示签约途径、规划签约服务流程指示。有条件的机构可配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。在日常开展基本医疗和公共卫生服务过程中，应特别设置家庭医生签约宣传和引导环节，着重针对重点人群，进行不断强化。

结合“互联网+”技术，在全区实施西城区家庭医生签约服务 APP。签约居民可通过签约服务 APP 终端进行自我健康管理、查阅自己健康档案、获取健康信息、咨询健康问题；签约医生随时为患者提供相应的健康教育、健康指导、就医指导和用药指导等。

六、确保数据精准有效

各机构质量管理人员和数据统计人员应加强协作，从业务管理和数据管理两方面做好质控，共同促进家庭医生签约服务相关数据合理、准确，提倡有效签约。

全区家庭医生签约服务覆盖率应达 40%，原则上不超过 50%（或一个家庭医生团队签约合理区间为 1:1470-3600）。实现在不明显增加总签约率的情况下，提高重点人群签约率。对于签约率过高的机构，应做好数据内部质控，分析具体原因，查找数据报送薄弱环节，规范签约服务流程和制度，从而提高数据真实性。

社区卫生服务机构应摸清辖区居民底数，细化签约服务数据。并能根据签约居民实际健康情况、居住情况、需求变化等因素，做好数据动态管理。对于新签约居民必须做好签约协议的签署，已签约居民进行续约也应有规范的续约记录。对于 1 年以上

无法联系的签约居民或健康档案 3 年以上未做任何更新的居民，统计时应做好清理。

七、加强绩效管理

各社区卫生服务机构应加强家庭医生签约服务的质量控制，规范提供家庭医生签约服务包内各服务项目。将家庭医生签约服务数量、服务质量、服务满意度等核心指标，作为绩效管理及绩效考核重点。要积极采取信息化考核手段、采用标准工作当量方法，提升家庭医生签约服务考核精度。要建立有效家庭医生签约绩效管理制度及激励机制，家庭医生签约服务考核结果应与对团队、对个人的绩效考核相结合，促进家庭医生签约服务长效发展。

各机构要在 2017 年 10 月 15 前制定本机构提升签约服务质量的有关文件，确定的本机构基本签约服务包和个性化签约服务包并报区社管中心。于 2017 年 11 月底前按照确定的家庭医生签约服务包向签约居民提供服务。

- 附件：1. 家庭医生签约服务基本包（区级指导 2017 版）
2. 家庭医生签约服务个性包（区级指导 2017 版）
3. 家庭医生签约服务备选服务项目（区级指导 2017 版）

北京市西城区卫生和计划生育委员会

2017 年 9 月 29 日

附件 1

家庭医生签约服务基本包 (区级指导 2017 版)

类别	序号	服务项目	服务注解
基本医疗服务	1	预约就诊	为签约居民提供专人管理、专人诊疗 预约时间随到随诊，避免等候
	2	预约转诊	全科医生解决不了的疑难问题，直接转诊至大医院相关专家 大医院开辟社区转诊专用窗口
	3	优先住院	针对老年病、康复病人、肛肠疾病、骨关节病等病人，优先安排区属医院住院。
	4	优先化验检验	转诊患者享受检验检查优先服务
	5	长处方服务	为符合条件的四类慢性病（高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中）签约患者提供长处方（62 天）服务。
	6	用药指导	为签约居民提供就医、用药指导服务。
基本公共卫生	7	基本公共卫生服务	预防接种服务
			0-6 岁儿童健康管理
			孕产妇健康管理
			老年人健康管理
			高血压患者健康管理
			2 型糖尿病患者健康管理
			严重精神障碍患者管理
			肺结核患者健康管理
			中医药健康管理
健康管理服务	8	康复管理	为符合条件的签约居民提供康复服务。
	9	健康监测及指导	随时在健康自测小屋享受血压、血糖、肺功能、体重指数、身体成分、心电图、骨密度、动脉硬化检测和中医体质辨识等项目。进行评估指导。
	10	健康评估	每年一次对签约居民进行健康状况评估，根据评估结果进行分层、分类管理。
	11	健康信息送达	定期发送随访提醒服务和健康信息，进行针对性健康教育，发放健教材料。
	12	健康咨询服务	为签约居民提供电话健康咨询服务。
	13	签约“四个”服务	建立一份健康档案，签订一份家庭医生签约服务协议，发放 1 个联系卡/表/手册，定期推送 1 条短信/微信。

附件 2

家庭医生签约服务个性包 (区级指导 2017 版)

失能老人服务包

序号	服务项目	服务注解
1	签订协议	家庭医生服务团队为有需求的失能老人提供上门服务，每年签订“家庭医生签约服务协议书”。
2	建立及更新健康档案	建立健康档案，根据每次上门情况随时更新档案信息。
3	体格检查	每次上门进行全身各系统物理检查，测量血压；每年 1 次免费测量血糖、血脂、肝功、肾功、血生化、心电图。
4	健康评估	半年进行 1 次健康状况评估，填写“健康评估表”。
5	护理指导	每次上门进行护理指导，包括压疮护理、口腔护理、防跌倒、疼痛护理、伤口护理、心理疏导、移动翻身、留置导管护理、给氧、雾化吸入、安全防护等。
6	康复指导	每次进行康复训练指导、辅助器使用指导、基础病用药进行指导。
7	预约转诊	病情发生变化，协助患者预约大医院专家号及住院治疗。

功能社区服务包

序号	服务项目	服务注解
1	建立更新个人健康档案	为新签约功能社区工作人员建立个人健康档案 健康档案更新，利用随诊、义诊、门诊、健康教育等途径不断完善
2	预约就诊	为签约功能社区工作人员提供专人管理、专人诊疗 预约时间随到随诊，避免等候
2	预约转诊	全科医生解决不了的疑难问题，直接转诊至三级医院相关专家 三级医院开辟社区转诊专用窗口
3	优先住院	针对康复病人、肛肠疾病、骨关节病等病人，优先安排区属医院住院
4	优先化验检验	转诊患者享受检验检查优先服务
5	健康监测	随时在健康自测小屋享受血压、血糖、肺功能、体重指数、身体成分、心电图、骨密度、动脉硬化检测和中医体质辨识等项目。进行评估指导
6	健康评估指导	每年一次对签约功能社区工作人员进行健康状况评估，根据评估结果进行分层、分类管理
7	健康信息送达	定期发送随访提醒服务和健康信息，进行针对性健康教育，发放健教材料
8	健康服务咨询	提供 24 小时健康通热线服务咨询及用药就医指导服务
9	健康促进活动	每年至少 2 次健康教育讲座 开展工间操、戒烟、健步走、太极拳、八段锦等健康促进活动，每年不少于 4 次
10	季节性服务	提供三伏贴贴敷，流感疫苗接种等服务
11	慢性病规范化管理	每年 4 次的随访服务 每年 4 次血压情况分析 每年 4 次血糖检查和血糖控制情况分析
12	脑卒中筛查	针对脑卒中高危人群（高血压、糖尿病、血脂异常、房颤或心瓣膜病、吸烟、肥胖、年龄>50 岁）每年进行 1 次危险因素初筛、体格检查。
13	长处方服务	为符合条件的高血压、糖尿病、脑卒中、血脂异常、冠心病患者提供最长不超过两个月药品用量的长处方服务

老年女性服务包（65 岁以上）

1、建立老年健康档案（电子档案）

2、家庭服务（入户）：

每年入户 2 次，根据需要评价防跌倒设施、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。

3、健康服务（诊室完成）：

（1）眼底筛查 1 次/年。

（2）老年跌倒风险评估 1 次/年和指导。

（3）口腔健康评估 1 次/年（牙齿缺如、龋齿、牙龈、口腔黏膜）。

（4）老年痴呆初步筛查 1 次/年。

（5）老年听力下降筛查 1 次/年。

（6）老年重要关节活动度测量、肌力评估及平衡能力评估 1 次/年，对发现的问题进行治疗和康复指导。

（7）猝死风险评估及预防指导 1 次/年。

（8）老年常规体检（65 岁以上符合北京市相关政策者）：按照国家基本公共卫生规范开展老年人免费体检。

（9）老年人抑郁、焦虑初步筛查 1 次/年，对发现心理疾病进行非药物治疗

（10）老年人生活能力评价 1 次/年。

（11）（吸烟者）烟草依赖评估、戒烟指导和再评估 4 次/年。

（12）（酗酒者）酒精依赖评估、限酒指导和再评估 4 次/年。

（13）有心脑血管疾病危险因素（高血压、糖尿病、血脂异常、高尿酸血症、肥胖、吸烟、精神紧张）者心脑血管疾病发病危险程度评估，至少 1 次/年。

4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成）

（1）每 1 个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例 1 次，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（2）健康居民每 1 个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）、血脂、

尿酸 1 次，签约满一年时绘制“血压、血糖、血脂、尿酸趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（3）高血压、糖尿病高危人群每 3 个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1 次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

5、健康教育

（1）发放健康处方/每年 4 次。

（2）进行健康讲座/每年 2 次。

内容包括：（每年根据需求更新）

（1）老年运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。

（2）老年心脑血管疾病早期信号及自救和合理求救方法（公共课及健康处方）。

（3）老年常见心理问题及早期发现（公共课及健康处方）。

（4）老年多种疾病如何合理就诊（公共课及健康处方）。

（5）如何看待老年生命质量问题（由工作人员开展面对面交流）。

（6）如何看待老年性生活（由女性工作人员开展面对面交流）。

6、疾病诊疗（含双向转诊）

（1）签约者优先预约就诊自己的家庭医生。

（2）必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后 5 个工作日内进行电话随访。

（3）就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。

老年男性服务包（65 岁以上）

1、建立老年健康档案（电子档案）

2、家庭服务（入户）：

每年入户 1 次，根据需要评价防跌倒设施、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。

3、健康服务（诊室完成）：

（1）眼底筛查 1 次/年。

（2）老年跌倒风险评估 1 次/年和指导。

（3）口腔健康评估 1 次/年（牙齿缺如、龋齿、牙龈、口腔黏膜）。

（4）老年痴呆初步筛查 1 次/年。

（5）老年听力下降筛查 1 次/年。

（6）老年重要关节活动度测量、肌力评估及平衡能力评估 1 次/年，对发现的问题进行治疗和康复指导。

（7）猝死风险评估及预防指导 1 次/年。

（8）老年常规体检（65 岁以上符合北京市相关政策者）：按照国家基本公共卫生规范开展老年人免费体检。

（9）老年人抑郁、焦虑初步筛查 1 次/年，对发现心理疾病进行非药物治疗

（10）老年人生活能力评价 1 次/年。

（11）（吸烟者）烟草依赖评估、戒烟指导和再评估 4 次/年。

（12）（酗酒者）酒精依赖评估、限酒指导和再评估 4 次/年。

（13）有心脑血管疾病危险因素（高血压、糖尿病、血脂异常、高尿酸血症、肥胖、吸烟、精神紧张）者心脑血管疾病发病危险程度评估，至少 1 次/年。

4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成）

（1）每 1 个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例 1 次，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

(2) 健康居民每 1 个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）、血脂、尿酸 1 次，签约满一年时绘制“血压、血糖、血脂、尿酸趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

(3) 高血压、糖尿病患者每 1 个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1 次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

(4) 高血压、糖尿病高危人群每 3 个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1 次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

5、健康教育

(1) 发放健康处方/每年 4 次。

(2) 进行健康讲座/每年 2 次。

内容包括：（每年根据需求更新）

(1) 老年运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。

(2) 老年心脑血管疾病早期信号及自救和合理求救方法（公共课及健康处方）。

(3) 老年常见心理问题及早期发现（公共课及健康处方）。

(4) 老年多种疾病如何合理就诊（公共课及健康处方）。

(5) 如何看待老年男性更年期问题（由男性工作人员开展面对面交流）。

(6) 如何看待老年性生活（由男性工作人员开展面对面交流）。

6、疾病诊疗（含双向转诊）

(1) 签约者优先预约就诊自己的家庭医生。

(2) 必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后 5 个工作日内进行电话随访。

(3) 就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。

高血压患者服务包

1、建立个人健康档案及高血压慢病档案（电子档案）

2、家庭服务（入户）：

每年入户 1 次，根据需要评价家庭饮食状况、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。

3、健康服务（诊室完成）：

（1）高血压症状全面问诊记录 4 次/年。

（2）内容记录高血压的危险因素、并发症及伴发疾病全面分析（心脑血管疾病危险分层）4 次/年。

（3）随访 1 次/月，监测内容记入健康档案：①评估是否存在危急情况、评估上一次随访到此次随访期间的症状、评估并存的临床症状；②规范药物治疗、依从性、是否规律用药；③心脏、颈动脉、腹主动脉、肾动脉听诊；④有针对性的对个人和家庭成员进行控烟、控制过度饮酒、运动、低盐、低脂饮食以及心理平衡等健康教育。

（4）家庭血压自我检测方案设计及其结果分析 1 次/月。

（5）家庭药箱整理，及现用药综合评估和指导（重点是降压药与其他药物的相互作用）（非入户）1 次/年。

4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成）

（1）每 1 个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例 1 次/月，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（2）测量血压（首次双上肢）、血糖（空腹及餐后）1 次/月，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（3）患者自测血压值录入信息系统

5、健康教育

（1）发放健康处方/每年 4 次。

(2) 进行健康讲座/每年 2 次。

内容包括：（每年根据需求更新）

(1) 高血压运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。

(2) 科学地开展血压自我监测（公共课及健康处方）。

(3) 体位性低血压的早期识别和处理（公共课及健康处方）。

(4) 高血压患者如何实现低盐饮食（公共课及健康处方）。

6、疾病诊疗（含双向转诊）

(1) 签约者优先预约就诊自己的家庭医生。

(2) 必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后 5 个工作日内进行电话随访。

(3) 就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。

糖尿病服务包（糖尿病患者）

1、建立个人健康档案及糖尿病慢病档案（电子档案）

2、家庭服务（入户）：

每年入户 1 次，根据需要评价家庭饮食状况、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。

3、健康服务（诊室完成）：

（1）糖尿病症状全面问诊记录 4 次/年。

（2）内容记录糖尿病的危险因素、并发症及伴发疾病全面分析（心脑血管疾病危险分层）4 次/年。

（3）随访 1 次/月，监测内容记入健康档案：①评估是否存在危急情况、评估上一次随访到此次随访期间的症状、评估并存的临床症状；②规范药物治疗、依从性、是否规律用药；③心脏、颈动脉、腹主动脉、肾动脉听诊以及足背动脉触诊；④有针对性的对个人和家庭成员进行控烟、控制过度饮酒、运动、低盐、低脂饮食以及心理平衡等健康教育。

（4）家庭血糖自我检测方案设计及其结果分析 1 次/月。

（5）糖尿病外周神经损害评估 1 次/年。

（6）家庭药箱整理，及现用药综合评估和指导（重点是降糖药与其他药物的相互作用）（非入户）1 次/年。

4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成）

（1）每 1 个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例 1 次/月，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（2）测量血压（首次双上肢）、血糖（空腹及餐后）1 次/月，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。

（3）患者自测血糖仪数值录入信息系统。

5、健康教育

(1) 发放健康处方/每年 4 次。

(2) 进行健康讲座/每年 3 次。

内容包括：（每年根据需求更新）

(1) 糖尿病患者饮食（公共课及健康处方）。

(2) 糖尿病运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。

(3) 科学地开展血糖自我监测；低血糖识别和处理（公共课及健康处方）。

(4) 糖尿病并发症的科学管理（公共课及健康处方）。

(5) 胰岛素的规范使用（公共课及健康处方）。

(6) 糖尿病患者的心理健康（公共课及健康处方）。

6、疾病诊疗（含双向转诊）

(1) 签约者优先预约就诊自己的家庭医生。

(2) 必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后 5 个工作日内进行电话随访。

(3) 就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。

附件 3

家庭医生签约服务备选服务项目 (区级指导 2017 版)

类别划分	核心内容
基本 医疗类	门诊预约服务、规范化门诊服务、特色门诊（营养门诊、戒烟门诊）、药事服务、便捷送药服务、便捷检验服务等。
公共 卫生类	慢性病自我管理小组、各类公共卫生服务包、“特殊家庭”上门随访服务、智能疫苗接种服务、儿童早教综合发展门诊、体检报告解读、健康 E 站等。
个性化健 康管理类	失能老年人服务、居家服务、居家生活能力指导、与养老机构合作服务、营养健康服务、健身指导、健康促进活动小组、孕妇学校、中医沙龙、中医养生、健康护照服务、家庭医生预约服务证服务等。
康复、 心理类	中西医康复服务、居家康复、家庭康复教育、心理疏导、抑郁干预、心理咨询小屋等。
政策费用 减免类	针对特殊人群的免费送药、免费体检、免费医疗服务项目、减免医事服务费个人自付部分等。
信息化 支持类	云医疗、APP、远程医疗、远程会诊、远程信息采集、便捷穿戴设备等。
巡诊 服务类	入村入户、专家下社区、进养老院、进功能社区、移动家医服务车等。