

---

# 重性精神病患者管理项目 实施方案

# 提纲

---

- 一、项目目标
- 二、项目范围及内容
- 三、项目组织与实施
- 四、项目资金安排与管理
- 五、项目执行时间
- 六、项目考核与评估

# 一、项目目标

---

# 一、项目目标

---

- 力争用三年时间，基本建成覆盖全省城乡、功能完善的重性精神病患者管理系统。至2011年城市重性精神病患者纳入管理的占总重性精神病患者人数的60%，农村占30%。

# 一、项目目标

---

- 通过项目实施，提高各级医疗机构对重性精神病防治能力和管理水平。
- 2009年启动本项目，将5万名明确诊断的重性精神病患者纳入管理。

## 二、项目范围及内容

---

## （一）项目范围

---

- 全省所有市、县（区）。选择霍山县、濉溪县、东至县、肥西县、天长市、蒙城县、庐江县、祁门县、颍东区、泗县、望江县、郎溪县、当涂县、潘集区、繁昌县、固镇县、铜陵县等**17**个县（区）为项目重点县。

## （二）项目内容

---

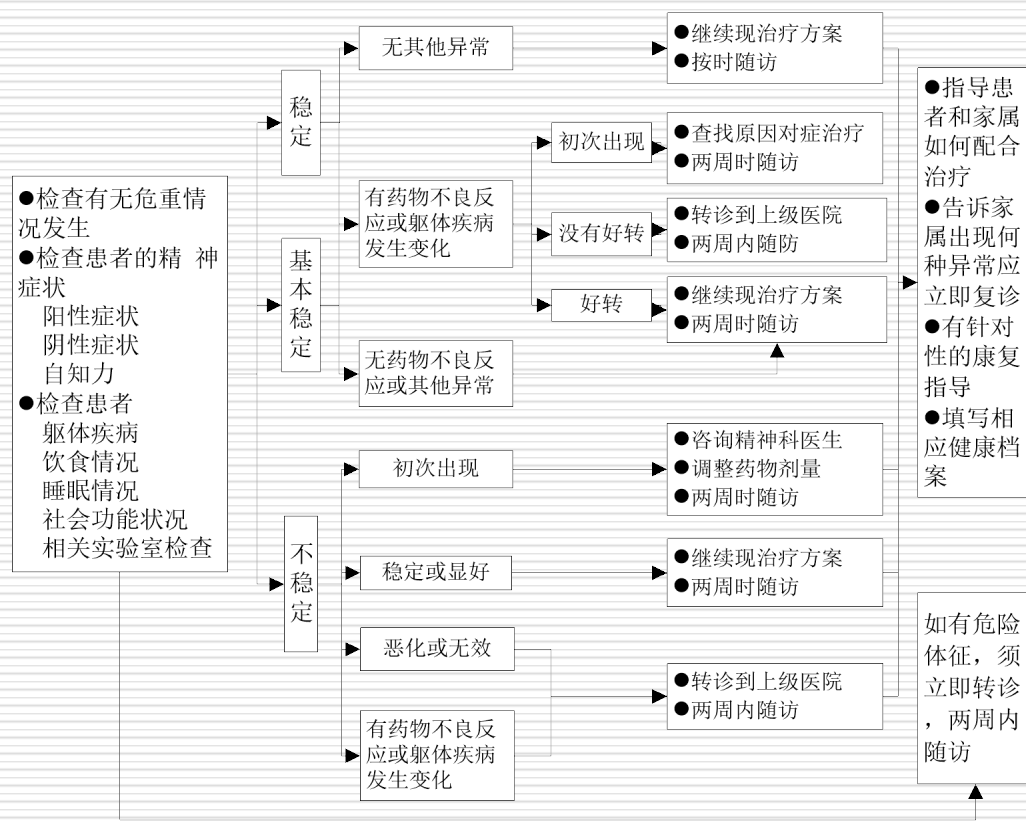
- 1、逐级培训：省级负责对市级、市级负责对县级（区）、县级负责对乡镇（含乡镇对村级）的培训工作。
- 2、人员筛查：接受过重性精神病患者管理相关培训的专（兼）职人员收集患者的信息，并做初步筛查工作。



- 
- 3、病情评估、为重性精神疾病患者建立健康档案：  
重性精神疾病患者在纳入管理的时候，除需要原承担治疗任务的专业医疗机构提供疾病档案信息外，还应进行一次全面评估，检查患者的精神症状和躯体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名、联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

- 
- 4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访四次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院（具体见服务流程）。

# 服务流程:



- 
- 5、健康教育、康复指导：**加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。
- 6、技术指导：**省级、市级专业技术指导组织，定期对县（市、区）项目实施情况进行技术指导。

# 三、项目组织与实施

---

# （一）组织形式

---

- 各级卫生行政部门全面负责项目的组织实施工作，财政部门负责经费安排和管理。
- 各级卫生行政部门成立项目领导小组和技术指导组，负责当地项目的领导与协调；市、县（区）精神卫生专业机构为负责项目日常管理和技术指导；具体执行单位，由当地卫生行政部门根据工作实际确定。
- 原则上项目由辖区内社区卫生服务站/村卫生室（站）具体执行，社区卫生服务中心/乡镇卫生院负责对其技术指导。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/688142026011006112>