附件3

**中山市残疾儿童手术类康复需求评估表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 监护人 |  | 监护人电话 |  |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□智力□ 精神□ （多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□  |
| 项目 | 情况/结果摘要 |
| 检测结果 |  |
| 评估结论 | 是否具有康复服务适应指征（即通过康复服务可能达到功能重建或改善） |
| 手术意见 |  |
| 说明 | 1.本康复需求评估表是申请中山市残疾儿童手术类康复救助项目的重要依据。2.评估符合手术条件方可申请康复救助，进行术前备案。3.肢体矫治手术：有医疗资质医院的相关医生出具；人工耳蜗手术由市三甲医院的相关医生出具。 |

评估机构（盖章）： 评估人：

评估时间： 年 月 日