

# DB3710

威海市地方标准

DB 3710/T 225—2024

## 肢体残疾人辅助器具适配服务规范

Specification of assistive products services for physical disability

2024 - 02 - 23 发布

2024 - 03 - 23 实施

威海市市场监督管理局 发布



## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由威海市残疾人联合会提出、归口并组织实施。

本文件起草单位：威海市残疾人联合会、威海市产品质量标准计量检验研究院。

本文件主要起草人：陈卫萍、王建科、李超、王雪丽、潘盛南、毕翼菲、齐凯。



# 肢体残疾人辅助器具适配服务规范

## 1 范围

本文件规定了肢体残疾人辅助器具（以下简称“辅具”）适配服务的服务对象、服务机构、服务流程、服务内容及服务质量控制等内容。

本文件适用于通过政府采购为肢体残疾人群提供的辅具适配服务。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 50763 无障碍设计规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**肢体残疾** physical disability

人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。

肢体残疾主要包括：

- 上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；
- 脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；
- 中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。

[来源：GB/T 26341-2010,4.5]

### 3.2

**辅助器具** assistive product

功能障碍者使用的，特殊制作或一般可得到的用于如下目的的任何产品(包括器械、仪器、设备和软件)。

- 有助于参与性；
- 对身体功能(结构)和活动起保护、支撑、训练、测量或替代作用；
- 防止损伤、活动受限或参与限制。

[来源：GB/T 16432-2016,2.3]

### 3.3

#### 适配评估 pre-fitting evaluation

服务机构对服务对象的身体状况、运动功能障碍、行动能力、个人喜好和工作、学习、使用环境等因素进行综合分析、考量和判断的行为。

### 3.4

#### 辅助器具适配 assistive technology service

通过沟通、身体检查，对服务对象的身体和功能状况、潜在能力、生活方式、使用环境、现有辅具等因素进行综合分析、考量和判断的行为。

## 4 服务对象

包含未满七周岁且持有医院诊断证明的疑似肢体残疾儿童和持有《中华人民共和国残疾人证》的肢体残疾人。

## 5 服务机构

### 5.1 机构资质

- 5.1.1 应具备合法经营资质和独立法人资格。
- 5.1.2 应具备辅具销售的经营资质。

### 5.2 场地条件

- 5.2.1 宜配备独立的接待室、适配室、功能训练室、维修室，各功能区划分合理，面积符合残疾人适配需求。
- 5.2.2 应具备无障碍环境设施，场所符合 GB 50763 的相关要求。
- 5.2.3 应符合安全、消防、卫生等国家相关规定和标准要求。

### 5.3 服务人员

- 5.3.1 至少具备 1 名获得辅助技术工程证书的专业人员（从事假肢、矫形器适配的机构还应具备相应资质的装配人员）。
- 5.3.2 每年参加继续教育的技术人员数量应不低于专业技术人员总数量的 50%，且每年参加业务学习的时间不少于 30 学时/人。

### 5.4 制度管理

应建立健全各项规章制度，包括但不限于以下方面：

- 接待、服务、投诉处理机制；
- 质量管理体系；
- 适配服务人员职责及服务回访制度；
- 档案、库房、固定资产管理制度等。

## 6 服务流程

肢体残疾人辅具适配服务流程见附录A。

## 7 服务内容与要求

### 7.1 观察了解

对残疾人的基本情况、残疾类型、功能障碍、日常生活障碍等进行初步了解和记录，并根据观察结果，向残疾人或其家属提出有关辅具的需求、期望、使用情况等问题，确定评估方案。

### 7.2 适配评估

7.2.1 辅具适配时应根据服务对象的个人需求、身体功能、辅具匹配、生活环境等因素进行综合评估，确定辅具的种类、尺寸、配件等。具体评估项目对应评估内容和评估方法见附录B。

7.2.2 肢体残疾人适配辅具的种类分为假肢、矫形器、移动辅具、生活自理和防护辅具四大类别。肢体残疾人身体功能评估内容包括残疾人基本情况、截肢部位、残肢情况、关节活动度、畸形部位、认知能力、平衡与协调能力、皮肤状况、学习及生活环境、上下肢活动能力等相关项目。四大类别对应具体评估内容见附录C。

### 7.3 配置辅具

服务机构应以《肢体残疾人辅具适配评估表》（见附录D）为依据，在判断残疾人功能状况、使用需求和残疾人及家属意愿的基础上，配置相应辅具。配置辅具应考虑安全性、功能性和舒适性方面的要求，利用辅具的功能，最大限度提高代偿功能。应优先选用标准批量生产的产品，当辅具因规格等因素满足不了残疾人需求时，服务机构应为其进行个性化改造。

### 7.4 使用指导

服务机构应将适配的辅具送至约定地点，服务机构应根据残疾人身体状况和个人意愿提供使用指导，确保其安全、正确地使用辅具。

### 7.5 交付确认

根据适配方案，服务机构对配置的辅具进行符合性检查，核对适配方案无异议后，交付服务对象确认签收。

### 7.6 随访跟踪

在辅具使用过程中，定期对残疾人进行回访，了解辅具的使用情况和存在的问题，并提供必要的调整、维修、更换等服务。跟踪随访可采取电话、入户访问、服务对象反馈等其中一种或几种，并填写《随访登记表》（见附录E）。

### 7.7 售后服务

服务机构应于辅具保修期内提供安装调试、升级、维修更换等必要的售后服务，保修期应自残疾人签收确认之日算起。如在辅具保修期内出现质量问题，辅具服务机构应主动进行维修，如果不能当场维修需更换同类型辅具供残疾人使用，待维修结束返还。服务机构应于残疾人签收确认辅具交付时提供售后服务联系卡，联系卡的内容包含但不限于：

- 服务机构名称；
- 保修内容、范围、时间及不保修情况；

——联系人、联系方式、维护和保养注意事项。

## 7.8 档案管理

服务机构应对评估、适配、安装、调整、试用、训练和维修等服务过程进行文档记录，为服务对象建立辅具适配服务档案，档案形式包含文字、图片和音像资料，档案包括但不限于以下内容：

- 《肢体残疾人辅具适配评估表》；
- 《肢体残疾人辅具适配身体功能评估表》；
- 《随访登记表》。

## 8 质量控制

### 8.1 随访率

在残疾人适配辅具3个月内，服务机构对其使用情况进行随访和评估的比率达到100%。

### 8.2 满意率

残疾人对适配的辅具产品及服务的满意率不低于90%。

附 录 A  
(规范性)  
肢体残疾人辅具适配服务流程

肢体残疾人辅具适配服务流程见图A.1。

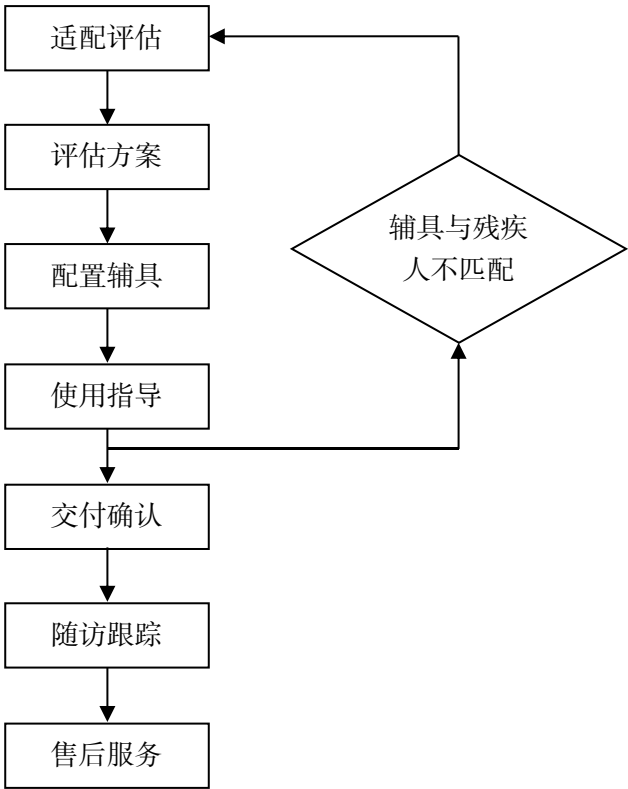


图 A.1 肢体残疾人辅具适配服务流程图

附 录 B  
(规范性)  
肢体残疾人辅具适配评估内容

肢体残疾人辅具适配评估内容见表B.1。

表 B.1 肢体残疾人辅具适配评估表

| 评估项目   | 评估内容                                                              | 评估方法                                            |
|--------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 需求评估   | 残疾人的基本信息、生活状况、使用辅具的种类和情况、辅具需求和期望。                                 | 通过问卷调查、访谈、观察等方式收集信息，筛选符合适配条件的对象。                |
| 身体功能评估 | 包括生理、认知和心理功能。生理功能评估中包括关节活动度、肌肉张力、肌力、姿势控制、转移位能力、感觉功能、发展情况、日常生活功能等。 | 通过各种量表、测试、测量等工具进行客观和主观的评估，确定残疾程度和功能水平。          |
| 辅具评估   | 根据残疾人的辅具需求和身体功能评估，决定适合的辅具种类、尺寸、配件，以及是否需要改制或定制。                    | 通过试用、比较、模拟等方式选择最佳的辅具方案，考虑辅具的功能性、舒适性、安全性、耐用性等因素。 |
| 环境评估   | 残疾人使用辅具的活动环境，如家居、学校、工作场所等的空间范围、安全性，以及是否需要无障碍改造。                   | 通过实地考察、测量、拍照等方式收集环境信息，分析环境对辅具使用的影响和限制，提出改造建议。   |

附 录 C  
(规范性)

肢体残疾人辅具适配身体功能评估内容

肢体残疾人辅具适配身体功能评估内容见表C.1。

表 C.1 肢体残疾人辅具适配身体功能评估表

| 分类       | 假肢评估                                                                                                                                                                                                                                 | 矫形器评估                                                                                                                                                                                                            | 移动辅具评估                                                                                                                                                                                                                                                | 生活自理和防护辅具评估                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体功能评估内容 | 1.基本情况（身高、体重）<br>2.截肢部位<br>a.右上肢 b.右下肢<br>c.左上肢 d.左下肢<br>3.残肢情况<br>a.能完全承重 b.能部分承重 c.不能承重<br>4.认知能力<br>a.清醒并能配合指令<br>b.清醒不能配合指令<br>c.嗜睡 d.昏迷<br>5.平衡与协调能力<br>a.强，能独自行走<br>b.较强，需辅助行走<br>b.差，不能完成行走<br>6.功能代偿<br>a.良好<br>b.一般<br>c.较差 | 1.基本情况（身高、体重）<br>2.关节活动度<br>a.正常 b.受限，部位：_____<br>3.畸形部位<br>a.肩部 b.肘部 c.腕部 d.脊椎<br>e.髋部 f.膝部 g.踝部 h.其他部位<br>4.皮肤状况<br>a.能受力 b.不能受力<br>5.皮肤感觉<br>a.感知良好 b.感知障碍<br>6.认知能力<br>a.清醒并能配合指令<br>b.清醒不能配合指令<br>c.嗜睡 d.昏迷 | 1.关节活动度<br>a.正常 b.受限，部位：_____<br>2 平衡与协调能力<br>a.强，能独立完成<br>b.较强，需辅助完成<br>c.差，不能完成<br>3.移位能力<br>a.能独立完成移位<br>b.需辅助完成移位<br>c.不能移位<br>4.学习及生活环境<br>a.学校或社会 b.城市居家 c.农村居家<br>5.压疮<br>a.未发生 b.过去有 c.目前有，部位：_____<br>6.上肢控制能力<br>a.双上肢正常 b.单上肢正常<br>c.双上肢障碍 | 1.上肢精细动作<br>a.能完成捏、握、屈、旋转<br>b.部分完成<br>c.不能完成<br>2.上、下肢体动作控制<br>a.上肢障碍<br>b.下肢障碍<br>c.四肢障碍<br>3.身体姿势保持能力<br>a.能保持站、坐、卧<br>b.不能保持站、坐、卧<br>4.认知能力<br>a.清醒并能配合指令<br>b.清醒不能配合指令<br>c.嗜睡 d.昏迷<br>5.姿势调整能力<br>a.自主调整<br>b.需他人协助<br>c.不能调整 |

附 录 D  
(规范性)  
肢体残疾人辅具适配评估内容

肢体残疾人辅具适配评估内容见表D.1。

表 D.1 肢体残疾人辅具适配评估表

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|
| 一、基 本 资 料        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 姓 名              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 性 别                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | 年 龄                                                                                 |  | 联系方式 |  |
| 监护人              | ○配偶 ○父母 ○兄弟姐妹 ○祖父母 ○子女 ○邻里 ○其它_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 残疾证号(无残疾证号填身份证号) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 家庭住址             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 二、功 能 评 估        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 致残原因             | <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 其他外伤 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 周围血管病<br><input type="checkbox"/> 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/> 发育畸形 <input type="checkbox"/> 骨关节病 <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 <input type="checkbox"/> 脊髓疾病 <input type="checkbox"/> 结核<br><input type="checkbox"/> 化脓性感染 <input type="checkbox"/> 侏儒症 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 中毒<br><input type="checkbox"/> 其他先天或发育问题 <input type="checkbox"/> 地方病 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 其它_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 伤残部位             | 手： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右      上肢： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右<br>下肢： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右      足： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 脊柱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 身体状况             | 移动状态                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 卧床 <input type="checkbox"/> 躺着移动 <input type="checkbox"/> 翻身 <input type="checkbox"/> 坐起 <input type="checkbox"/> 坐位移动<br><input type="checkbox"/> 辅助站立 <input type="checkbox"/> 自主站立 <input type="checkbox"/> 行走 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                     |  |      |  |
|                  | 意识状态                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 清醒并能配合指令 <input type="checkbox"/> 清醒不能配合指令 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                     |  |      |  |
|                  | 日常生活                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 自主完成 <input type="checkbox"/> 协助完成 <input type="checkbox"/> 完全依赖                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                     |  |      |  |
| 目前使用辅具状况         | 未使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 原因： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                     |  |      |  |
|                  | 现使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 助行器<br><input type="checkbox"/> 防压疮垫 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 坐便椅 <input type="checkbox"/> 洗浴椅<br><input type="checkbox"/> 进食类自助具 <input type="checkbox"/> 穿衣类自助具<br><input type="checkbox"/> 防护类 <input type="checkbox"/> 姿势矫正类 <input type="checkbox"/> 位置转移类<br><input type="checkbox"/> 信息交流 <input type="checkbox"/> 其他_____ |      |                                                                                     |  |      |  |
|                  | 辅具来源                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 自制 <input type="checkbox"/> 自购 <input type="checkbox"/> 残联配发 <input type="checkbox"/> 租借 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                     |  |      |  |
|                  | 使用年限                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 使用效果 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 |  |      |  |
| 适配建议             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 预期目标             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                     |  |      |  |
| 评估师              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      | 评估日期                                                                                |  |      |  |

附 录 E  
(规范性)  
随访登记表

肢体残疾人辅具适配服务随访登记表见表E.1。

表 E.1 随访登记表

|                  |                                                                                                        |      |  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 姓名               |                                                                                                        | 联系电话 |  |
| 残疾证号(无残疾证号填身份证号) |                                                                                                        |      |  |
| 家庭地址             |                                                                                                        |      |  |
| 随访方式             | <input type="checkbox"/> 入户 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 服务对象反馈                |      |  |
| 辅具名称             |                                                                                                        |      |  |
| 辅具掌握情况           | <input type="checkbox"/> 熟练掌握<br><input type="checkbox"/> 部分掌握<br><input type="checkbox"/> 不掌握         |      |  |
| 使用频率             | <input type="checkbox"/> 持续使用<br><input type="checkbox"/> 偶尔使用,原因:<br><input type="checkbox"/> 不使用,原因: |      |  |
| 满意度              | <input type="checkbox"/> 满意<br><input type="checkbox"/> 不满意                                            |      |  |
| 适配日期             |                                                                                                        | 随访日期 |  |
| 随访人              |                                                                                                        |      |  |

参 考 文 献

- [1] 《国务院于加快展康复辅助器具产业的若干意见》国发〔2016〕60 号
  - [2] 《山东省残疾人基本型辅助器具适配服务办法（试行）》鲁残联发〔2023〕15 号
-