

普陀区标准化指导性技术文件

DB 31107/Z 017—2026

家医-专家双签约家庭健康管理服务规范

Specification for family doctor-expert joint-signed family health management service

2026 - 9 - 16 发布

2026 - 9 - 16 实施

上海市普陀区市场监督管理局 发 布

目 次

前言..... II

1 范围.....3

2 规范性引用文件.....3

3 术语和定义.....3

4 总体要求.....3

5 团队要求.....4

6 签约要求.....4

6.1 签约对象.....4

6.2 签约形式.....4

6.3 签约流程.....5

6.4 协议约定.....5

7 服务内容.....5

7.1 健康评估.....5

7.2 健康风险干预.....5

7.3 常见病多发病诊疗.....6

7.4 重点人群健康管理.....6

7.5 康复护理服务.....6

7.6 医疗资源统筹服务.....6

7.7 长期连续健康跟踪服务.....6

7.8 家庭健康共济服务.....6

8 管理要求.....7

8.1 制度管理.....7

8.2 人员管理.....7

8.3 质量管理.....7

8.4 档案管理.....7

9 服务评价与改进.....7

附录 A（资料性） 家医-专家双签约家庭健康管理服务协议书9

附录 B（资料性） 家医-专家双签约家庭健康评估表 10

参考文献.....12

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。

本文件由上海市普陀区卫生健康委员会提出、归口并组织实施。

本文件起草单位：上海市普陀区长风街道长风社区卫生服务中心、上海市普陀区卫生健康事务管理中心、上海市普陀区卫生健康委员会。

本文件主要起草人：叶征、祝璿珠、史玲、吴玉苗、仇宝华、宋建玲、刘瑶、金丽、王卫卫、奉典旭。

家医-专家双签约家庭健康管理服务规范

1 范围

本文件规定了家医-专家双签约家庭健康管理服务的总体要求、团队要求、签约要求、服务内容、管理要求、服务评价与改进等内容。

本文件适用于普陀区社区卫生服务机构（包括中心、分中心、社区卫生服务站）开展的家医-专家双签约家庭健康管理服务。

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。

DB31107/Z 009.2—2023 安宁疗护医疗机构 第2部分 服务规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

家医-专家双签约 family doctor-expert joint-signed

在完成上海市“1+1+1”医疗机构组合签约基础上，以家庭为单元，由家庭医生为该家庭结对1名~3名二级/三级医院专家，形成家庭医生和专家双支撑、全周期、协同式家庭健康管理服务关系。

3.2

双签约团队 joint-signed team

以家庭医生为核心、专家为技术支撑，由家庭医生、专家、社区护士、公共卫生人员、中医医师、康复治疗师、临床药师、家庭医生助理等组成的一体化服务团队。

3.3

家庭健康管理服务 family health management service

以家庭为服务单元，由双签约团队对家庭成员实施健康评估、风险干预、疾病诊疗、康复护理、连续服务的全周期、一体化健康服务模式。

4 总体要求

4.1 遵循自愿签约、全专协同、连续管理、知情同意、隐私保密的原则。

4.2 以家庭为单元，面向常住居民家庭提供健康管理服务，优先覆盖重点人群家庭，实行一户一档、一人一策、家庭协同管理。

4.3 依托区域健康信息平台，实现签约、评估、转诊、随访、干预、评价全流程闭环管理。

5 团队要求

- 5.1 双签约团队至少配备家庭医生、专家、社区护士、公共卫生人员和家庭医生助理。每个团队应包括1名中医类别医师或提供中医药服务的临床医师。
- 5.2 双签约团队实行团队长负责制，团队长由家庭医生担任，团队成员应根据签约服务及业务条线要求，明确分工，紧密合作，相互支撑。
- 5.3 家庭医生应为社区卫生服务机构执业（含多点执业）的全科医生或其他类别临床医师（含中医类别），与居民建立长期稳定的签约服务关系，由社区卫生服务机构统一管理。
- 5.4 专家应为二级/三级医院副主任医师及以上职称的临床医生，根据家医-专家双签约服务协议，提供预约会诊、专科诊治、健康指导、转诊支持与业务带教。
- 5.5 团队长应根据家庭主要健康需求，每年度评估专家的匹配与履约情况，保证结对精准、服务有效。
- 5.6 双签约团队成员每年接受不少于6学时双签约与全专联合服务专项培训。

注：全专联合是指基层医疗卫生机构全科团队与上级医院专科团队建立上下协同的分级诊疗协作模式，全科团队负责居民日常健康管理、常见病诊疗、慢病管控与首诊转诊，专科团队处置疑难病症、制定专科诊疗方案，并开展技术指导，通过双向转诊、联合诊疗等方式，为居民提供连续一体化的健康服务。

6 签约要求

6.1 签约对象

6.1.1 签约对象应具备以下条件：

- 连续居住在本市满半年及以上的居民；
- 一户中2名及以上成员已完成同一名家庭医生的“1+1+1”签约。

6.1.2 签约对象应优先覆盖重点人群，主要包括老年人、孕产妇、儿童、残疾人、计划生育特殊家庭成员、贫困人员以及高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病、结核病、严重精神障碍患者等。逐步覆盖辖区内学校、企业园区、办公楼宇等功能社区人群。

6.2 签约形式

6.2.1 就诊签约

6.2.1.1 居民在社区卫生服务中心、分中心、社区卫生服务站等医疗机构就诊、健康体检等就医过程中，现场提出家庭医生签约申请。

6.2.1.2 医务人员现场核验居民身份凭证，详细宣讲签约服务内容、服务权责、履约项目及转诊流程等相关政策，指导居民完成纸质协议签署或电子协议线上确认，同步完善居民健康档案信息，录入签约管理系统，即时建立签约服务关系。

6.2.2 上门签约

6.2.2.1 针对辖区高龄、失能半失能、重度残疾、长期卧床、重病康复等行动不便，无法自行前往医疗机构办理签约的重点常住居民，双签约团队提前与居民或监护人预约服务时间，携带移动签约终端、签约资料入户开展服务。

6.2.2.2 双签约团队应现场核实人员信息、解读签约条款，征得本人或法定监护人同意后完成签约手续，同步更新健康档案，开展简易健康筛查、健康指导等配套服务。

6.2.3 活动签约

社区卫生服务机构联合属地街道、社区（村）、企事业单位、养老机构等单位，依托社

区党群服务阵地、小区广场、单位活动场所设置临时签约服务点，结合健康体检、健康教育、公共卫生专项服务、主题便民活动等，集中开展签约政策宣讲。对提出签约申请的居民，核实人员信息、解读并签署签约协议书，完成签约及续约。

6.2.4 线上签约

6.2.4.1 居民通过官方健康服务平台、随申办、专用小程序、手机应用软件等线上渠道，完成实名认证，自主选定属地双签约团队及签约服务包，在线查阅电子服务协议并完成电子确认提交。

6.2.4.2 居民提交的签约申请经双签约团队线上审核通过后，系统自动生成电子签约档案，签约关系正式生效，居民可在线办理续约、解约、健康咨询等相关业务。

6.3 签约流程

已完成上海市“1+1+1”组合签约的居民家庭，由家庭主签约人发起双签约申请，社区卫生服务机构双签约团队按照规范完成家庭双签约全流程办理，主要流程如下：

- a) 签约申请发起：家庭主签约人提交双签约申请；
- b) 知情告知：双签约团队向签约家庭告知服务内容、服务权益、服务期限、双方权利与义务等事项；
- c) 签订服务协议：签约家庭确认知晓相关事项后，签署双签约服务协议；
- d) 家庭健康评估：开展签约家庭整体健康状况评估，梳理家庭主要健康风险与服务需求；
- e) 落实专家结对：完成签约家庭与对应上级医院专家的结对匹配。

6.4 协议约定

6.4.1 签约协议期为1年。协议期内签约家庭可提出解约或变更。协议书内容参见附录A。

6.4.2 对保持签约关系连续、服务关系稳定的，和签约家庭可续约签订2年~3年有效期的服务协议。

6.4.3 建立续约到期提示机制，双签约团队结合门诊、随访、家庭病床等服务，做好签约居民的续约意愿征询、社区基本诊疗和特色服务告知、健康评估报告推送、协议书归集管理等。

7 服务内容

7.1 家庭健康评估

7.1.1 以家庭为单元，至少每年开展1次全面健康评估。评估内容包括家庭成员基本信息、既往病史、遗传病史、生活饮食习惯、用药史、体检数据等，绘制家系图，识别健康风险与家庭功能问题，建立并动态更新家庭健康评估报告。评估报告参见附录B。

7.1.2 定期开展家庭整体健康状况及健康危险因素综合评估，梳理家庭共性及个体健康隐患，制定个性化的家庭健康管理方案。

7.2 健康风险干预

7.2.1 根据家庭健康评估报告结果，实施分层分类管理，提供个性化健康干预、生活方式指导及健康科普等服务。

7.2.2 针对家庭中存在的不良生活方式、环境健康隐患及慢性病高危因素，开展针对性干预指导，从源头降低家庭疾病发生风险。

7.2.3 围绕合理膳食、科学运动、控烟限酒、心理健康、居家急救、优生优育、老年照护等内容，开展常态化健康科普工作。

7.3 常见病多发病诊疗

7.3.1 开展家庭成员常见病、多发病的门诊、住院、上门诊疗，规范诊疗处置流程，科学制定并落实个体化诊疗方案。

7.3.2 开展多重用药风险筛查，指导家庭合理用药，合理储存药品、规范服药、定期清理过期药品。

7.3.3 为卧床、失能、行动不便患者优先建立家庭病床，提供上门巡诊，建立病床专项台账，并根据需要调整诊疗与照护计划。

7.3.4 为有需求的疾病终末期患者提供安宁疗护服务，包括症状控制、舒适照护、心理支持与人文关怀等，应符合 DB31107/Z 009.2 的相关要求。

7.4 重点人群健康管理

7.4.1 针对家庭内老年人、孕产妇、0岁~6岁儿童、残疾人、失能及半失能人员，与街道（镇）、居委会等多部门协同，开展定期健康随访、健康指标监测及健康体检，动态掌握健康基础状况。

7.4.2 对家庭内高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病等慢性病患者、严重精神障碍患者，实施用药指导与方案调整、病情动态管控，开展个体化连续性健康干预。

7.5 康复护理服务

7.5.1 针对家庭内术后康复、脑卒中后遗症、慢性病并发症等服务对象，制定个性化康复方案，开展门诊、住院或上门康复训练。

7.5.2 为家庭内长期卧床等人群提供压疮防护、各类管路日常维护、伤口换药等门诊、住院或上门护理服务。

7.6 医疗资源统筹服务

7.6.1 对于超出基层诊疗处置能力的病例，家庭医生与签约专家对接，签约专家为居民优先提供医院专科与住院诊疗。

7.6.2 统筹专科专家资源，开展联合诊疗、远程会诊，并按需提供专家结对、预约就诊、绿色通道转诊等。签约专家宜通过下沉社区卫生服务机构，与家庭医生共同提供诊疗服务。

7.7 长期连续健康跟踪服务

7.7.1 更新完善家庭全员健康档案，结合家庭成员年龄变化、病情转归及健康需求变动，动态优化调整个性化健康管理方案。

7.7.2 开展日常健康咨询、定期上门或线上随访、健康事项预警提醒，提供预防、诊疗、康复、长期照护一体化的全链条连续健康服务。

7.8 家庭健康共济服务

7.8.1 双签约团队依托信息服务平台提供家庭健康信息共享服务，整合家庭成员健康体检、慢性病动态监测数据、既往病史、用药记录、随访管理等健康信息，综合出具健康评估报告与个性化健康教育指导处方，实现信息线上实时可查，便于家庭成员全面掌握老年人、儿童、慢性病患者、失能人员等重点人群健康整体状况。

7.8.2 开设家庭成员代办咨询通道，支持家属代为就疾病诊疗方案、慢性病规范管理、康

复护理指导、日常健康保健等向家庭医生和专家开展专业咨询的家庭健康互助代办服务。

8 管理要求

8.1 制度管理

- 8.1.1 应建立双签约服务质量日常督查、定期考核、问题整改闭环管理制度。
- 8.1.2 应建立全专联合协作管理制度，明确与上级医疗机构、专科专家的对接流程与职责分工。
- 8.1.3 应建立投诉处理制度，畅通家庭医生服务热线、机构现场、线上等多渠道投诉受理机制，对投诉、建议及时登记、处置、反馈与整改，形成闭环。
- 8.1.4 应建立居民健康信息安全管理，严格落实健康信息的采集、存储、使用、传输、销毁等安全措施。

8.2 人员管理

- 8.2.1 严格落实人员准入资质审核，双签约团队人员应具备相应资质。
- 8.2.2 落实在岗人员年度培训管理，按要求完成规定的双签约专项继续教育。
- 8.2.3 依据履约质量、签约成效、居民满意度等指标，建立人员绩效考核与激励机制。
- 8.2.4 明确双签约团队人员岗位职责，规范考勤与履职管控。
- 8.2.5 针对上门服务、居家护理等高风险服务环节，应落实安全管控措施。

8.3 质量管理

- 8.3.1 建立全周期服务质量控制管理机制，分层落实各阶段质控工作，实现服务质量动态监管。
- 8.3.2 建立双签约服务质量控制管理指标体系，定期开展服务效果评估与居民满意度调查，持续改进服务质量。
- 8.3.3 围绕签约服务、健康评估、全专协同、双向转诊、信息安全、文书规范等重点内容开展常态化检查，全面排查各类风险与问题。
- 8.3.4 对检查发现的问题建立台账、明确整改要求与时限，跟踪整改进度、核验整改成效，形成发现、整改、复核全流程质量控制管理闭环。
- 8.3.5 建立不良事件报告与处置管理机制，对服务过程中发生的医疗差错、意外事件等进行登记、调查与整改。

8.4 档案管理

- 8.4.1 应规范签约协议、健康评估报告、随访记录等各类服务文书的格式与填写标准。
- 8.4.2 应建立家庭健康档案信息化管理系统，确保数据采集、录入、更新、存储的规范性与及时性。
- 8.4.3 应保存签约服务相关档案资料，保存期限不得少于服务协议终止后 3 年。

9 服务评价与改进

- 9.1 评价由社区卫生服务机构组织实施，重点核查服务流程、岗位职责落实、团队运行及医疗安全情况。
- 9.2 服务对象满意度评价通过现场问卷、线上回访、电话调查等方式开展，广泛收集意见建议。

- 9.3 应定期分析评价结果与发现问题，制定针对性改进措施。
- 9.4 应持续优化服务流程，提升服务能力，完善服务模式。

附录A

(资料性)

A.1 家医-专家双签约家庭健康管理服务协议书

附录A.1给出了家医-专家双签约家庭健康管理服务协议书示例。

家医-专家双签约家庭健康管理服务协议书

甲方：普陀区____街道/镇____社区卫生服务中心____家庭医生____

乙方（家庭）：

（户主）姓名____身份证号码____；（家庭成员）姓名____身份证号码____；
（家庭成员）姓名____身份证号码____；

为进一步落实分级诊疗，让签约家庭享受更综合、连续、便捷的医疗卫生服务，依据《普陀区全专联合家医双签约工作实施方案》（普卫健基层〔2020〕1号），普陀区家庭医生团队在上海市“1+1+1”家庭医生签约服务基础上进一步提供以家庭为单位的家庭医生-专家“双签约”服务，依托上级医院的优势专科、特色专科，构建专家团队支撑家庭医生团队工作，共同为签约家庭提供从健康到康复的全科医疗和健康管理服务。甲、乙双方本着平等、尊重和自愿的原则，签署并接受以下协议内容：

一、甲方权责

1.为乙方完善居民健康档案、进行家庭健康评估，并根据评估结果与居民共同决策，为家庭选择1-3名签约专家，提供家庭健康指导和干预（包含家庭健康教育处方的开具以及健康科普等服务）。

2.为乙方提供基本医疗与基本公共卫生服务，具体包括但不限于门诊、住院、慢性病管理、健康管理、康复、护理、家庭病床、安宁疗护等服务。

3.甲方可根据家庭健康状况动态调整签约专家名单。

4.为乙方提供预约后优先转诊服务，并做好随访管理；签约专家为乙方提供会诊和进一步诊治工作。对上级医院诊疗后仍需在社区接受治疗、康复、护理等服务的乙方，甲方与专家沟通后进一步提供相对应的干预措施。

5.利用多种途径（微信、健康咨询热线、网络咨询平台等）向乙方提供健康咨询、推送健康信息服务。

6.签约专家为乙方提供专科诊疗与住院治疗。经家庭医生与签约专家对接，为居民优先提供专科门诊与住院资源。

7.签约专家可通过下沉社区卫生服务中心，开展专科专病门诊等方式与甲方共同为乙方提供医疗服务。

二、乙方权责

1.乙方应遵守签约协议，按照约定规则，保持个人诚信，遵医嘱，做好健康自我管理。

2.协议期内，乙方可提出解约或变更，原则上可更换1次家庭医生、2次签约专家。

3.积极参与、配合甲方开展基本医疗、疾病防治和个性化健康管理等服务。

三、其他

1.保密条款。乙方授权其所签约的家庭医生、专家调阅其电子健康档案、在其他医疗机构的诊疗记录信息。甲方及签约专家所在医疗机构应该建立严格的内部管理制度，有义务对签约居民的电子健康档案、诊疗记录予以保密。除法律法规规定外，未经签约居民允许，不得提供给第三方。

2.本协议是在完成《上海市“1+1+1”医疗机构组合签约协议书》签订的基础上，双方自愿进行签订。

3.本协议期限为一年。对保持签约关系连续、服务关系稳定的，家庭医生和签约居民可续约签订2-3年有效期的服务协议。在签约期内，乙方因居住地变更等客观原因，可终止与甲方关系，并可根据实际情况重新启动签约程序。

4.本协议内容是甲、乙双方的真实意愿，对双方具有约束力。

5.本协议签约当天生效，一式两份，甲乙双方各执一份。

甲方：

乙方：

单位（盖章）：

家庭地址：

日期：

日期：

附录 B

(资料性)

B.1 家医-专家双签约家庭健康评估报告

附录B.1给出了家医-专家双签约家庭健康评估报告的示例。

家医-专家双签约家庭健康评估报告

一、家庭基本资料

姓名	性别	出生年月	教育程度	职业	户主及关系	婚姻状况	联系方式

二、家庭结构

1.家庭类型：（ ）

A.核心家庭 B.主干家庭 C.联合家庭 D.单亲家庭 E.重组家庭 F.丁克家庭 G.空巢家庭

2.家庭权力结构：（ ）

A.传统权威型 B.工具权威型 C.分享权威型 D.情感权威型

3.家庭的权力主导者是：（ ）

A.父亲 B.母亲 C.女儿 D.儿子 E.爷爷/外公 F.奶奶/外婆 G.其他（ ）

4.家系图

三、家庭发展阶段及家庭周期主要健康问题

阶段	时间	家庭周期主要健康问题	家庭计划
新婚	男女结婚	双方适应及沟通（亲密和独立、自由和责任感的平衡） 性生活协调及计划生育	1.目前您的家庭生活周期处于： 2. 您的家庭面临的问题是： （主要包括家庭成员疾病情况、心理情况、家庭可利用资源等）
第一个小孩出生	0—36 个月	父母角色的适应经济及照顾幼儿的压力母亲的产后恢复	
有学龄前儿童	36 个月—6 岁	儿童的身心发育孩子与父母部分分离（如上幼儿园）	
有学龄儿童	6—13 岁	儿童的身心发育上学问题	
有青少年	13—18 岁	青少年的教育与沟通青少年的性教育及与异性的交往、恋爱	
孩子离家创业	最大至最小孩子离家	父母与子女关系改为成人间的关系父母逐渐有孤独感	
空巢期	父母独处至退休	恢复仅夫妻两人的生活，重新适应婚姻关系，计划退休后的生活适应与新家庭成员的关系	
退 休	退休至死亡	经济及生活依赖性高，面临老年病、衰老、丧偶、死亡	

四、家庭健康评估结果

1.目前您的家庭健康管理分类为：（ ）

（1）健康型家庭（2）高危型家庭（3）患病型家庭（4）疾病恢复期和残疾（失能）型家庭（5）其他类型家庭

2.本次评估发现的主要健康问题：（可多选）：（ ）

（1）家庭成员慢性病的患病、护理照顾问题；（2）家庭发展的阶段性问题；（3）家庭功能障碍；（4）家庭资源缺乏；（5）家庭危机压力；（6）家庭成员心理健康问题；（7）吸烟；（8）酗酒；（9）缺乏或不运动；（10）超重或肥胖；（11）高盐、高脂饮食；（12）嗜甜食；（13）失眠；（14）不良疾病行为（疑病、讳疾忌医、不遵从医嘱、自暴自弃等）；（15）其他；（16）暂无影响家庭健康问题。

五、干预计划与随访安排

根据综合评估结果给予家庭健康干预计划和随访安排。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委员会,财政部,人力资源社会保障部,等. 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见:国卫基层发〔2022〕10号[Z].2022.
- [2] 国家卫生健康委员会,国家中医药管理局. 关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见:国卫基层发〔2018〕35号[Z].2018.
- [3] 上海市卫生健康委员会,上海市中医药管理局. 上海市家庭医生签约服务规范(2024版):沪卫基层〔2024〕13号[Z].2024.
- [4] 上海市卫生健康委员会. 关于进一步做好本市“互联网+”家庭医生签约服务的通知:沪卫基层〔2021〕12号[Z].2021.
- [5] 上海市人民政府办公厅. 进一步提升本市社区卫生服务能力的实施方案:沪府办发〔2023〕7号[Z].2023.
- [6] 上海市普陀区卫生健康委员会. 普陀区全专联合家医双签约工作实施方案:普卫健基层〔2020〕1号[Z].2020.
- [7] 于晓松, 路孝琴. 全科医学概论[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2024.
-