|  |  |
| --- | --- |
| ICS | 03.080 |
| CCS | |  | | --- | | D:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T.pngD:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T后面的反斜杠.png GXAS |   A 12 |

团体标准

T/GXAS XXXX—XXXX

缺血性脑卒中作业治疗操作技术规范

Standards for occupational therapy techniques in ischemic stroke

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

广西标准化协会  发布

1. 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。

本文件由广西壮族自治区江滨医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西壮族自治区江滨医院、广西壮族自治区工人医院、桂林医学院、前海人寿南宁医院、广西中医药大学附属瑞康医院、广西中医药大学第一附属医院、广西壮族自治区民族医院、北海市人民医院、玉林市玉东新区人民医院。

本文件主要起草人：雷迈、金红花、庞诗誉、王新涛、黎海红、阳初玉、陈满、罗仲尔、朱丽叶、覃书凯、刘骏、陈京波、谭池、谭丽娴、覃家铭、邹洛宸、刘子鹏。

缺血性脑卒中作业治疗操作技术规范

* 1. 范围

本文件规定了缺血性脑卒中作业治疗操作技术、注意事项、不良反应及处理的要求。

本文件适用于各级医疗机构缺血性脑卒中临床作业治疗操作。

* 1. 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

缺血性脑卒中 ischemic stroke

以各种原因导致脑动脉血流中断，局部脑组织缺氧、缺血性坏死而出现相应的神经功能缺损，包括脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性脑梗死短暂性脑缺血发作和脑分水岭梗死。

作业治疗 occupational therapy

协助残疾者和患者选择(choose)、参与(engagement)、应用(apply)有目的性和有意义的活动，以达到最大限度地恢复躯体、心理和社会方面的功能，增进健康，预防能力的丧失与残疾的发生，以发展为目的，鼓励他们参与及贡献社会。

* 1. 治疗目标

增强躯体、心理、社会功能，恢复或改善其生活自理能力、学习和劳动能力，达到最大的生活自理，提高其生存质量。

* 1. 治疗过程
     1. 治疗前准备
        1. 核对患者信息

治疗师应核对患者的个人信息，包括但不限于：姓名、性别、年龄、住院号或门诊号、治疗部位、治疗方式等。确认无误后在治疗单上记录患者治疗部位、治疗方式、皮肤形态等信息。

* + - 1. 治疗前评估

作业治疗前对缺血性脑卒中患者的身体功能、认知功能、心理功能、作业需求、日常生活能力、生活质量等进行评定。结合临床将缺血性脑卒中分为急性期、恢复期、后遗症期三个阶段，按这三个阶段针对性地开展作业治疗。每个阶段疗程均是每天1次，每次45min，15d为1个疗程。

* + 1. 治疗方法
       1. 急性期作业治疗

肢体被动运动。每日进行肢体各关节被动运动，包括上肢肩关节屈曲、外展、外旋，肘关节伸展，前臂外旋，腕和手指伸展，下肢髋关节伸展，膝关节屈伸，踝背屈、足外翻等。活动顺序可从近端关节到远端关节，动作柔和缓慢，每日可活动数次。

早期桥式运动训练腰背肌群和臀大肌。训练时，患者取仰卧位，双腿屈曲，脚踏在床上，伸髋使臀部抬离床面，维持5s～10s后再慢慢放下，往返训练，10次/组。同时，治疗师可帮助固定下肢并叩击刺激患侧臀大肌收缩。当患者能较容易地完成上述动作时，可让其将健侧下肢抬离床面伸展，单用患肢屈曲支撑于床面上抬臀，往返训练，10次/组，以上每次3组。

上肢主动运动。双手手指交叉，患手拇指置于健手拇指掌指关节之上，利用健侧上肢带动患侧上肢，作双上肢伸肘、肩关节前屈的上举运动。

卧位翻身辅助下向健侧或患侧翻身。患手拇指置于健手拇指掌指关节之上，向上伸直，健侧腿屈膝，头跟上肢一起向一侧摆动，由仰卧位转向侧卧位。

急性期坐位训练。患者可由治疗师在床边进行坐位的训练，如果无法坐起，可以逐步摇高床头，每次坐的时间逐渐延长。

床上正确的体位摆放能有效预防和减轻偏瘫患者典型的上肢屈肌痉挛、下肢伸肌痉挛模式的出现。偏瘫患者床上的良肢位包括患侧卧位、健侧卧位和仰卧位，建议每2h变换体位，避免局部长时间受压。

急性期ADL训练在患者可以坐起的时候，提供必要的帮助，如准备脸盆、水、餐食等，让患者尽早进行刷牙、洗脸、进食等ADL活动，若患手无法活动，可使用健侧手进行。

矫形器使用。康复治疗师可以通过使用矫形器来帮助患者抑制痉挛、矫正畸形，使肢体维持在正确的功能位。

* + 1. 恢复期作业治疗 
       1. 转移及姿势控制
          1. 转移训练

要求如下：  
——卧坐转移包括患侧卧坐转移与健侧卧坐转移；

1. 床椅转移包括床与轮椅之间、轮椅与座椅之间、轮椅与坐便器之间、轮椅与浴盆之间的转移；
2. 当患者能够完成由坐位向站位的转移后，应进行由站位向坐位的训练，注意纠正患者坐下时为减少下肢承重或因下肢控制能力差而出现的“跌落”现象。
   * + - 1. 姿势控制

包括平衡训练和躯干控制，是完成ADL的先决条件。

首先提供反馈，帮助患者感受到“正”和“不正”姿势之间的差异，患者在镜中观察自我或模仿康复治疗师的位置/动作。其次使用不同的姿势并将训练纳入ADL活动。活动要引起各种躯干运动和重心的变化。

* + - 1. 促进手及上肢功能恢复
         1. 浅感觉训练

要求如下：

1. 触觉刺激：如快速擦刷、叩击、敲打、挤压患肢皮肤；
2. 温度刺激：如强冷、热刺激；
3. 痛觉刺激：如针刺、捏挤、拍打局部皮肤。
   * + - 1. 深感觉训练

进行良肢位摆放训练，增加患侧卧位时间，体位转换时加强对患肢的注意，患肢关节负重、手法挤压以及神经肌肉本体促进技术(PNF)训练等。

本体感受器的刺激：快速而轻柔地牵张肌肉、轻叩肌腱与肌腹、挤压肌腹、牵伸手和足部的内在肌、较有力地挤压关节及骨突处等。

* + - * 1. 感觉再教育

包括形状辨别、质地辨别、日常用品辨别。

使用音叉训练时，手掌可感知30Hz振动觉及移动性触觉时，即可开始早期的感觉再教育训练。

* + - * 1. 感觉脱敏疗法（又称感觉抑制法）

脱敏包括两种措施:一是让患者使用敏感区；二是在敏感区逐渐增加刺激。常用的脱敏技术有以下

几种：

1. 质感:用柔软的、光滑的以及粗糙的材料在过敏区交替摩擦，首先轻擦1min～2min，其次用较强力擦1min～2min,最后用柔软力擦1min～2min提高神经痛阈。根据需要可重复摩擦，治疗开始用柔软的、刺激作用小的材料。随着脱敏产生，增加摩擦力、时间、频率及选用刺激效果较强的材料；
2. 振动:使用振动治疗时，振动器放置、活动时间及振动等级以每秒次数(CyclePerSecond,cps)为基础预先设置，用轻力或重力敲打，也能减少感觉过敏。建议使用机械振动器或敲打器，以便减少过敏区出现划痕，自周围开始逐渐移向患区，由间歇性刺激开始逐渐增至持续性刺激，每天1～2次，每次10～30min；
3. 插入：将手插入大米、念珠或爆玉米中，脱敏区的任何刺激应重复和连续完成，每天2～3次，每次20min～30min。脱敏治疗要在最小敏感区开始，逐渐到更敏感区。治疗期间要求患者一直保持放松。手部过敏性疼痛还可通过经皮电刺激、冷暖浴、漩涡浴得到缓解。进入手内的霜或油能辅助脱敏，同时会促进知觉和改变感觉再学习模式。整个脱敏计划可能因为患者不能忍受神经瘤刺激而失败，此时用可的松醋酸盐注射有助于分解神经瘤，使脱敏技术更加有效。必要时可进行神经瘤手术切除及神经末端的处理。
   * + - 1. 运动功能训练

Brunnstrom I~Ⅱ期：在坐位下进行桌面上的作业活动，如训练肩胛骨前伸、后缩，肩关节屈曲，肘关节伸展，并训练重心移动，增加躯干肌肉的控制能力，改善坐位平衡。在进行上肢训练时，康复治疗师应关注肩胛骨的活动，可以通过联合反应，诱发患侧肩胛骨上提。躯干训练开始时在平面上正前方进行，逐渐增加向两侧的活动。在日常各种训练中注意尽量保持腕背伸位，并在康复治疗师的帮助下进行患手抓握活动(如抓握木钉或网球等)，诱发手指的主动屈曲。

BrunnstromⅢ期：此阶段重点是抑制痉挛，在坐位或站立位抑制患侧上肢屈肌痉挛，并诱发肩胛骨前伸后缩、肘屈伸和前臂旋前旋后的分离活动。抑制痉挛可通过抗痉挛体位，常用的关键点控制的手法可抑制手指屈曲痉挛，当痉挛得到控制后进行肘屈伸、患手抓握与松开的作业活动。

Brunnstrom IV~V期：诱发分离活动，训练腕关节的主动背伸及桡侧偏，如抓握体操棒、木钉、水杯、药瓶等，可在腕关节背伸下伸展手指，进行各种抓握和捏的作业活动，如抓握或捏起各种形状大小的物体、拧螺丝作业、弹力网训练手指握力等。

* + - * 1. 任务导向性训练 task-oriented training，TOT

以任务为导向让患者主动参与，结合视觉反馈及手法指导，患者在完成目标过程中不断得到运动情况的反馈，通过动态目标的调整，让患者感受到自己的进步，有助于提高其康复积极性。

* + - * 1. 限制-诱导运动疗法 constrained-induced movement therapy，CIMT

在生活环境中限制脑损伤患者使用中枢兴奋性调控进行功能恢复训练，并结合外周干预将有助于强化中枢兴奋性改变。

* + - * 1. 机器人辅助治疗 robot-assisted therapy，RT

训练方式主要有被动训练、助力训练、主动训练以及抗阻训练。上肢机器人训练通过结合情景互动或游戏的方式，强化视听觉反馈，增加患者的参与性与主动性。改善偏瘫侧上肢肩肘部力量、速度和运动控制协调等功能。腕手康复机器人可提高腕手的灵巧度，增强握力，改善手指协调性。

* + - * 1. 虚拟现实训练 virtual reality，VR

VR技术通过人机交互、多感知、沉浸式体验，为患者改善康复环境，使枯燥单调的康复训练变得轻松有趣，保障患者康复训练的安全。

* + - 1. 提高 ADL功能
         1. BADL训练 basic activities of daily living，BADL

BADL训练是基础性日常生活活动训练。包括衣、食、行、转移、个人卫生等方面。

1. 穿脱衣服: 包括穿脱上衣、裤子以及鞋袜。上衣尽量选择穿宽松的、有弹性的、开胸式上衣；扣子改用尼龙搭扣或拉链。裤子选腰部有松紧带的、宽松的裤子；男裤开档处用尼龙搭扣；鞋子选择套头鞋或搭扣式、带扣式鞋；
2. 进食：可选用防洒碗和辅助筷子或加粗手柄的勺子进食。对于右利手而左手无力的人来说，面对的问题是左手不能把饭碗送到嘴边，而右手仍可持筷夹起菜。改进方法是在饭碗下放一块防滑垫或湿布把碗固定，再用筷子或匙子将饭送到嘴里。如果利手失去功能，患者学习利手转换，即用非利手执筷子或匙子。如果患手有部分功能，可试用加粗的勺子或辅助筷子；
3. 个人卫生：包括口腔卫生、洗脸、洗澡以及如厕等，患者可用单手完成个人卫生活动，如拧毛巾时可把毛巾绕在水龙头上用单手拧干；用带吸盘的牙刷固定后用健手清洁假牙；使用电动剃须刀；洗澡过程中可利用带套环的毛巾或长把柄海绵刷，将其涂上肥皂后擦身；用固定在桌上的指甲剪剪/锉指甲；使用座厕，并通过加高垫来调节高度。
   * + - 1. IADL 训练 instrumental activities of daily living，IADL

IADL训练是工具性的日常生活活动(IADL)训练。包括家务劳动、交通工具的使用、娱乐设施的使用、购物，保养维护轮椅、矫形器，打电话以及应付意外情况等。如下：

1. 烹饪：包括准备食材和烹调。食材的准备包括对食材进行清洗、切割、搅拌等，可使用特制的切菜板用于固定食材，方便单手进行操作；烹调包括操作煤气灶或电磁炉或电饭煲等电器、操作锅具、操作锅铲或汤瓢或勺子、开瓶盖等，为了避免烫伤，可以穿戴手套，尤其是有感觉减退/消失的患者，而只能使用健侧肢体的患者可以学习单手操作技术进行烹饪，如开调料瓶盖时，可以使用双膝固定瓶身、一只手拧开盖子；
2. 打扫卫生：包括扫地、拖地、倒垃圾及擦拭家具等。通常会使用到扫帚、簸箕、垃圾桶、拖把或抹布，如果患者只能使用一侧肢体，拖地时可用免手动拧干的旋转桶拖把；
3. 使用电话：利用健手进行智能手机的操作，对于视力较差或记忆力较差或不能识字的患者，可使用智能手机的语音操控助理，通过语音进行拨打电话或发送语音消息。
4. 购物：在治疗室进行模拟超市购物训练中，提高患者的购物能力。
   * + 1. 改善视觉功能障碍

视觉扫描训练以提高视觉功能障碍患者视觉扫描能力，帮助其视觉搜索到患侧的速度和准确性，与患者和家属分析客观评价的结果，并教导患者识别和纠正表现中的错误，把治疗活动从治疗室转化到实际生活中去。

* + - 1. 改善认知功能
         1. 注意力训练

要求如下：

1. 猜测游戏：取两个杯子和一个弹球，让患者注意看着，由治疗师将一个杯子反扣在弹球上，让其指出球在哪个杯里，反复数次。如无误差，改用两个以上的杯子和多种颜色球；
2. 删除作业：在白纸上写汉字、拼音或图形等，让患侧用笔删去指定的汉字、拼音或图形，反复多次无误差后，可增加汉字的行数或词组；
3. 时间感：给患者秒表，要求患者按治疗师指令开启秒表，并于10s内自动按下停止秒表。以后逐渐延长，并改为一边与患者讲话，一边上述训练，要求患者不分散注意力；
4. 数目顺序：让患者按顺序说出或写出0～10之间的数字，或看数字卡片，让他按顺序排好。反复数次，成功后改为按奇数、偶数或逢5的规律说出或写出一系列数字。
   * + - 1. 记忆力训练

包括短期和长期记忆，简单记忆和复杂记忆等。

* + - * 1. 定向力训练

每天对患者进行空间、时间的问答刺激，让患者能区别上下、左右，知道自己所处的位置、地点和时间。

* + - * 1. 逻辑思维训练

学会对不同物种进行分类，如食品(胡萝卜、青椒、等)、家具(写字台、椅子等)、衣物(鞋子、帽子等)、家用电器(洗衣机、空调机等)、梳洗用具(牙刷、梳子、等)、学习用具(铅笔、钢笔等)的分类。学会能够举出各种类别并推出具体实例，如，食物—土豆或花生，工具—钳子或锤子，植物—松树或柳树，职业—医生或秘书，学会找出不同事件之间的关联等。

* + - 1. 心理及社会调适

当患者及其家属对目前功能障碍情况不清楚时，这个时候治疗师应多鼓励患者和指导家属，帮助他们理解脑损伤后的变化及其进展和预后，帮助患者恢复有价值的生活角色和能力。

* + 1. 后遗症期作业治疗
       1. 维持性的作业活动

每日进行上肢主动或健肢带动下的各关节活动；适当延长步行距离、扩大活动空间和上、下楼梯训练；长期卧床患者，应定期翻身、肢体被动活动，以减少压力性损伤发生和关节挛缩程度加重。

利手瘫痪且难以恢复到较为实用的功能时，可以考虑利手转换，反复练习健侧手(非利手)进行有一定难度的精细动作等。

在这个阶段手功能仍较差者应进行辅助手的训练，如写字时用患手固定纸张、切菜时固定蔬菜等。还要鼓励和指导患者在日常生活中应尽可能使用患手或双手完成各种活动，养成使用患手的习惯，最大限度地发挥患手的残存功能。

* + - 1. 辅助器具的适配及使用训练.

患者需要使用辅助器具时，康复治疗师可提供辅具的购买、改制、设计和配送，以及提供残疾人的居家环境改造。

* + - 1. 环境调适

要求如下：

1. 尽量去除外围环境的台阶；
2. 去除门口的门槛，增加门的宽度及常用室内空间的宽度，使其方便轮椅的出入及转动；
3. 室内地面选用防滑及不易松动的材料、家里的物品进行重新调整，以便腾出更多空间方便日常生活活动；调整床与轮椅座位的高度使相近，便于床椅转移；
4. 便器改为坐便器、在坐便器的一侧或两侧安装不锈钢防滑扶手，扶手间距为0.80m，在患者经常使用的空间也适当增加安全扶手；
5. 调整洗手盆的高度，洗手盆底最低处不应低于0.69m，供轮椅出入；
6. 厨房操作台板的高度应适合轮椅的出入，高度一般不应大于0.79m，从地面到膝部的间隙为0.70m～0.76m，台板深度至少应有0.60m。
   * + 1. 回归职业训练或指导

对功能恢复较好、又有工作意愿的患者，应根据其原有技能、现在的身心状况以及未来工作的条件进行就业指导和职业训练。对患者提出就业的意见及建议。

* + - 1. 参与休闲娱乐活动

休闲娱乐活动包含各种体育文娱活动、轮椅技能训练(轮椅基本技巧-轮椅体育运动-社会实践)、适应社会环境的活动(如商场购物、旅游及观赏戏剧、球赛等)及各种运动会、联欢会等。

* 1. 注意事项

脑卒中急性期患者，或处于软瘫期的患者，在患侧肩关节做肢体被动运动，活动时应轻柔，避免疼痛，被动运动幅度不易过大，注意防止过度牵拉肩关节。

进行转移之前向患者说明转移的目的和要求，与患者取得配合后应密切观察和询问其有无眩晕等情况，加强监护，防止跌倒，如有不适立即停止转移，平卧休息。床椅转移时，患者必须有足够的体力与支撑力；转移时轮椅与床、椅等之间不能有空隙；上下轮椅时要先固定轮椅。坐站转移时，治疗师要在患侧保护，嘱患者站起时不应过快，防止因体位性低血压引起眩晕、跌倒等不良事件。

坐站转移时，应注意防止仅用健腿支撑站起的不正确方法。

日常生活能力训练应贯穿于缺血性脑卒中治疗的全过程，做到循序渐进当患者发生癫痫时，由离患者最近的工作人员立即上前搀扶病人，首先要做好防止患者摔伤、咬伤、压伤、防窒息措施，尽量让其缓慢平躺，安抚患者及家属，同时立即报告医生。等待医生到来过程中，医务人员尽快用一手拇指和四指挤压患者下颌关节，另一手将折叠好的迅速将手绢、纱布(不能用压舌板)等卷成卷，垫在病人的上下齿之间，预防牙关紧闭时咬伤舌部和颊部;并将头部转向一侧，让分泌物及呕吐物流出口腔，以防窒息；现场医务人员要记录患者癫痫的发作时间和瞳孔变化情况，待医师到来时汇报，为临床提供紧急救治方案。可采取按压人中、合谷等穴位救治。对抽搐的肢体不能用暴力按压，以免骨折、脱臼等。

2. （规范性）  
   治疗知情同意书

见图A.1。

| 治疗知情同意书 | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 科室 | 床号 | 病案号 | 年龄 | 性别 | 诊断 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 一、尊敬的患者您好，您的医生已诊断您患有肩手综合征。  肩-手综合征（shoulder-hand syndrome）又称反射性交感神经营养不良，是脑卒中较常见的并发症，是指在原发病恢复期间突然出现病侧腕和手肿胀、疼痛及肩关节疼痛，并使手的运动功能受限，严重的可引起手及手指挛缩畸形，最终导致手功能完全丧失。  二、因此我们将为您进行肌内效贴贴扎治疗。  肌内效贴贴扎治疗是康复治疗中一种重要的治疗方法，主要作用是缓解疼痛、改善循环、减轻水肿、增加关节的稳定性，还能支持、放松、矫正姿势和辅助软组织训练。  三、康复治疗潜在的风险  康复治疗是以现代康复医学和临床医学为基础的一种治疗方法，采用功能训练、物理因子等治疗并辅以必要的药物和手术，促使患者受限或丧失的功能和能力得到最大限度的恢复，从而提高生活质量并回归社会。医师将根据患者的病情及体质制定出科学合理的康复治疗方案，在治疗期间尽量避免这些并发症或意外情况的发生。由于各种医学治疗方法均具有一定的风险，虽然发生率很低，但是不能完全避免，特向患者及家属说明，在康复治疗过程中有可能出现的情况：  1、疾病的自然进展使病情及症状进一步加重；  2、疾病的复发或发生其它新的疾病：  3、为患者施行特殊检查或治疗时可能出现的不良后果或损伤；  4、在康复治疗过程中，可能出现严重心血管反应、脑血管意外、呼吸心跳骤停等；  5、康复治疗可能诱发各种栓塞（如血栓、脂肪栓、癌栓等），严重时可导致肢体坏死、截肢、甚至梗塞重要脏器危及生命；  6、康复训练致使疼痛加剧、肌肉肌腱劳损或拉伤；  7、肿瘤、长期卧床、老年等各种原因引起的骨质疏松，可能会在正常的康复治疗过程中造成骨折，或者摔伤致骨折；  8、在进行药物治疗过程中可能发生药物过敏及其他不良反应；  9、电疗时可能出现电击伤、皮肤灼伤、烫伤、红斑、水疱、表皮脱落及色素沉着等；  10、针刺时可能出现晕针、滞针、断针、血肿、感染、血气胸等症状；  11、偏瘫、截瘫、肿瘤、老年患者，由于长期卧床可能会发生压疮、尿路感染、结石，坠积性肺炎、深静脉血栓、继发性骨质疏松、肌肉萎缩、关节脱位、关节痉挛变形、疼痛等；卒中、脑外伤患者可能会发生一些并发症，如癫痫等；  12、患者的隐匿性疾病可能会导致的病情变化或死亡，瘫痪的患者久病可能出现抑郁、绝望等悲观情绪，产生心理障碍，可能出现自残、暴力或自杀倾向与行为；  13、其他不可预见的意外情况。  四、其它告知内容：  1、因多种因素（如疾病性质、病程、患者积极性、体质、单位或家庭支持情况、合并症等）导致疗效达不到患者及家属的满意；  2、接送患者往返治疗途中及治疗期间全程须有陪护人员陪同，以防头晕、晕厥、跌倒、骨折等意外发生；  3、康复治疗过程中：若患者不配合治疗或发现患者病情不适合行康复理疗则随时中止康复治疗，非病情不适合的情况，患者自行终止康复治疗或间断康复治疗，会影响康复治疗的效果，  4、在康复治疗期间内要积极配合康复治疗，所有治疗要由治疗师进行或在治疗师的监护下进行，未经治疗师许可，患者不能擅自进行治疗或擅自采用其他治疗方案，不能使用任何理疗仪器及康复设备，不得在其他任何医疗、非医疗机构同时诊治，否则出现任何不良、不适反应，由患者自负。  患者知情选择：  经医师/治疗师向我详细说明病情及康复治疗方法后，我（同意口不同意口）选择康复治疗，愿意积极配合治疗  （同意口不同意口）接受自费治疗项目，了解上述情况并承担相应风险。在康复治疗过程中，我（同意口不同意口）治疗师根据我的病情对预定的康复治疗项目做出调整。我已如实向医师告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。 | | | | | | |

* 1. 治疗知情同意书

参考文献

[1] GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

[2] 肖品圆，吴肖洁.作业治疗技术）（十三五职业教育国家规划教材）[M].中南大学出版社.1版,2019.

[3] 贾建平.神经病学[M].人民卫生出版社.8版,2019.

[4] 黄晓琳.康复医学[M].北京：人民卫生出版社.2018.

[5] 刘璇，董安琴.神经系统疾病作业治疗[M].江苏凤凰科学技术出版社.1版,2023.

