

# 中国老龄事业发展基金会

---

## 关于开展“心康复、心活力”康复服务公益项目的通知

各社会组织、养老机构等：

心脏康复是每个心衰患者都需要的治疗。目前治疗以药物治疗为主，生活质量低，5年生存期堪比癌症，给家庭带来沉重负担。遗憾的是，中国数千万心衰患者中，有很多空巢、独居老人，偏远地区医疗条件差、生活困难等老人，因知识缺乏、无力承担医疗费用等问题，没能及时得到系统的康复治疗，导致心功能逐渐恶化，无法正常生活，甚至丧失生命。为帮助患有心衰的困难老人，普及心脏康复知识，提高困难心衰老人对康复知晓率和参与率，中国老龄事业发展基金会发起了“心康复，心活力”公益项目，以资助困难心衰老人进行规范的康复并普及心脏康复知识，希望借此引起全社会对心衰人群的关注，推动心脏康复在中国的普及。

中国老龄事业发展基金会联合专业的医疗康复中心，拟为北京市部分困难心衰老人，提供专业的心脏康复公益服务。为了更好地推动项目的实施，我会希望得到各街道（镇）、社区、养老机构及社会组织的鼎力支持，协助开展困难心衰老人的筛选、申报和公益服务等有关工作，为提升我国老年人的健康水平作出积极贡献。

联系人：张立新 18210111125；邮箱：ljhxmyb@126.com

附件：

- 1、“心康复、心活力”康复服务公益项目介绍
- 2、“心康复、心活力”康复服务公益项目申请表

中国老龄事业发展基金会

2022年4月1日

附件 1:

## “心康复、心活力” 康复服务公益项目介绍

项目名称：“心康复、心活力”

募捐方案备案编号：531000005000081643A21016

项目简介：献一份爱心，为困难心衰老人寻回生命的活力。

（用支付宝扫码查看详情）



项目针对人群：

|         |   |
|---------|---|
| 心脏康复    | 1. 慢性心衰 2. 冠心病、心肌梗死 3. 心肌病 4. 心律失常<br>5. 心脏支架术后 6. 心脏搭桥术后 7. 心脏移植术后 8. 心脏瓣膜置换术后 |
| 心脏神经官能症 | 各种医院检测未发现问题，依然出现乏力、胸闷、心慌、胸痛、换气困难，焦虑、睡眠障碍、胃口差、浑身疼痛，经常出现异常心率等症状。                  |

项目执行计划：

(1) 服务时间：以提供“中心+居家”康复模式对患者进行服务，康复中心 1 次评估+1 次诊疗，居家 1 个月康复与随访。

(2) 服务项目：

| 内容      | 备注   |
|---------|--|
| 康复评估    | 通过多学科团队医生、物理治疗师、营养师、护士为患者评估心肺耐力、营养、呼吸肌功能评估、体成分分析、疾病状态、生活习惯等      |
| 康复治疗    | 通过多学科团队医生、物理治疗师、营养师、护士为患者提供运动治疗、营养指导、呼吸训练、体外反搏治疗，并在结束后提供居家康复方案一套 |
| 居家康复与随访 | 进行居家运动康复指导、营销饮食管理及智能硬件监测，并针对以上内容进行回访，每人一个月随访 2 次。                |

(3) 康复地点：北京聚鹿康复医疗中心（地址：北京市海淀区四季青路 7 号院 2 号楼光合健康荟 3 层 118~120 室）

(4) 受助对象：各种原因导致的心脏衰竭的空巢、独居老人，医疗条件差、生活困难等 60 岁以上老人

附件 2:

## “心康复、心活力”康复服务公益项目申请表

| 老人基本情况   |
|--|
| 姓 名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |
| 身份证号: _____ 手机号: _____   |
| 家庭住址: _____  |
| 类型: <input type="checkbox"/> 困难 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 其它  |
| 困难情况简易描述: _____<br>_____   |
| 身体状况描述: _____<br>_____   |
| 申请人声明  |
| <p>我在此声明: 本人对所填写的个人信息和所提供的相关资料的真实性和完整性负责, 也完全知晓中国老龄事业发展基金会开展的“心康复、心活力”康复服务公益项目相关信息, 同意并严格遵守项目的相关规定, 自愿按程序申请项目, 如相关信息资料与事实不符、不完整, 或违反相关规定, 本人愿意承担由此引发的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">本人签字: _____<br/>年 月 日</p> |
| 审核情况   |
| 当地政府部门或社会组织意见 (盖章)   |
| 经办人签字: _____<br>年 月 日  |

注: 该申请表签字盖章后, [请以电子版形式提交至 ljhxmyb@126.com](mailto:ljhxmyb@126.com); 原件快递至: 北京通州区富力运河十号 B01 楼三单元 2816 邹海霞收 13910850274。