



## “言语治疗项目”资助条件与申请

该文件详细介绍了微笑列车 (Smile Train) “言语治疗项目”的要求和协议，以及线下资助申请的相关信息。在申请“言语治疗项目”资助前，请意向合作伙伴仔细阅读以下信息，并在获得资助后严格遵守条款要求。

### 1. 微笑列车“言语治疗项目”资助目的

- 微笑列车“言语治疗项目”的资助旨在增加唇腭裂患者获得治疗的机会，和/或改善目前提供的言语治疗质量。
- “言语治疗项目”的资助是一次性的支持，旨在帮助唇腭裂护理团队解决现存的障碍与不足。
- “言语治疗项目”的资助不会作为治疗医师或员工的薪资。
- 微笑列车建议意向合作伙伴在提交申请前检查现有的唇腭裂治疗方案，确定可能需要的改进，以提高护理的可及性和/或质量。

### 2. 为唇腭裂患者提供言语治疗的原则

**与唇腭裂有关的语言和听力发育。**

先天性唇腭裂患儿在接受修复手术前，由于其口腔结构的异常，经常出现发音异常，即代偿性构音。早期的腭裂修复手术可大大改善发音机制。针对唇腭裂的言语治疗可以纠正所有年龄段患者的代偿性构音。此外，腭裂会增加患儿丧失听力的风险。对于腭裂患儿来说，定期接受耳鼻喉科或听力专家的听力检查至关重要，因为良好的听力对于语言发育至关重要。

**让家长 and 看护人了解从孩子出生起培养其早期语言技能的重要性。**

先天性腭裂患儿面临更高的发育迟缓风险，尤其是在语言表达能力方面。家长和看护人应从孩子出生起就接受语言刺激的相关培训，以便在家中根据孩子的实际情况创建适合的语言环境，从而促进孩子的语言发展。每天采用简单的语言扩展技巧，可以对孩子的语言表达能力产生长远的重大影响。

**在家训练对提升腭裂言语治疗效果的重要性。**

无论哪个年龄段的腭裂患者，在辅以在家训练计划进行言语治疗后，治疗效果都会有所改善。为支持他们在言语治疗各个环节中不断进步，应向患者及其家属提供在家训练的材料、练习和/或资

源。每日在家训练有助于在治疗室取得成功，并能缩短患者的言语治疗过程，最终减轻患者和家庭的护理负担。

### 3. 资助申请及服务范围

一份完整的微笑列车“言语治疗项目”资助申请包括：

- “言语治疗项目”资助申请表（如下）
- 微笑列车“言语治疗项目”资助预算模板

#### 如何使用微笑列车“言语治疗项目”资助？

- 微笑列车资助可用于购买多种用品和支持各类活动，取决于申请人确定的需求。
- 申请所获资助的至少 75% 必须用于治疗患者，即与评估和治疗唇裂患者直接相关的费用。
- 资助不得用于支付执业医师工资、水电费或与中心维护相关的其他费用。

#### 早期语言刺激与言语治疗服务

- 虽然微笑列车认识到早期语言刺激服务对年轻唇腭裂患者的重要性，但组织目前并未为言语治疗服务提供资助。
- 在审查过程中，将删除“言语治疗项目”资助申请中任何用于早期语言刺激服务的经费。

#### 腭咽功能障碍（VPD）服务

- 微笑列车要求合作伙伴进行额外的资助审查和批准程序，以便其提供与腭咽功能障碍（VPD）相关的言语服务，包括但不限于：鼻咽喉镜检查、电视透视吞咽功能检查以及 VPD 手术的评估。
- 在审查过程中，若合作伙伴未取得微笑列车 VPD 批准，将删除“言语治疗项目”资助申请中任何用于 VPD 相关服务的经费。

### 4. “言语治疗项目”合作伙伴要求

#### 4.1 总体要求

获得“言语治疗项目”资助的合作伙伴必须：

- 仅将项目资助用于申请及预算中所列出的设备和/或活动
- 仅在经批准的治疗中心为微笑列车资助的患者提供治疗
- 保留项目资助相关的财务记录用于审计
- 为所有受益于“言语治疗项目”资助的患者在微笑快车（STX）数据库提交所需文件
- 记录患者故事，展示资助成效

- 在资助结束后提交微笑列车资助报告（FR）
- 接受微笑列车工作人员和顾问的实地考察
- 及时回复与言语治疗服务相关的邮件、问卷以及问询

#### 4.2 微笑快车（STX）报告要求

受益于“言语治疗项目”资助的合作伙伴需通过微笑快车（STX）医疗数据库在线提交所有患者的就诊记录。所有执业医师都应查阅《言语治疗记录 STX 文档指南》，了解微笑列车的报告政策与要求，以及收集患者图片和视频数据的正确技巧。

- 为微笑列车患者提供言语治疗的执业医师，或负责监督上传 STX 患者记录的临床工作人员，必须有权访问 STX 数据库。若执业医师或工作人员在登录 STX 数据库时需要帮助，请联系当地的微笑列车联系人。
- 在对每位患者进行初次评估时，必须填写《STX 言语评估表》；对于所有正在接受言语治疗的患者，必须填写《STX 言语治疗报告》。
- 在初次评估时和后续治疗期间每三个月，应对患者进行视频录制。微笑列车将提供在录制视频时所用的与语言刺激相关的音节和句子。
- 合作伙伴的 STX 文件应完整准确，记录应及时提交至 STX。
- 如果合作伙伴未能遵守规定的文件要求，可能会取消其资助。

#### 4.3 设备要求

申请“言语治疗项目”资助的中心必须有：

- 专门进行言语治疗的场所
- 视频录制设备（手机或摄像机）
- 用于录制患者言语样本的麦克风或耳机
- 治疗用品（书籍、玩具、游戏）
- 供家属进行在家训练的资源 and 活动
- 鼻咽喉内窥镜、视频透视检查设备和/或鼻窦测量设备（可选，但经 VPD 批准的中心必须配备）

#### 4.4 言语治疗执业医师要求

所有为微笑列车患者提供治疗的言语治疗执业医师都必须通过正式的资格审核程序。要获得微笑列车的认可，执业医师必须提交：

- 包含唇腭裂相关临床经验和/或培训的简历
- 2-3 个样本病例，展示唇腭裂言语治疗相关的优秀技能和最佳的患者治疗效果
- 推荐信，最好由当地的微笑列车医疗顾问出具

如有关于执业医师资格审核流程或要求的问题，请联系当地的微笑列车联系人。

#### 4.5 患者选择标准

- 所有微笑列车患者都应在 3 岁时接受言语评估，或在患者表现出具备完成说话发音任务所需的认知和语言能力时立即进行评估。
- 生长发育迟缓或语言发育迟缓的患者只要能够正常参与说话发音治疗，并在实现说话发音目标方面取得进展，就有资格接受微笑列车资助的言语治疗服务。
- 即使患者的唇腭裂手术并非由微笑列车资助，他们也有资格获得微笑列车资助的言语治疗服务。
- 所有受资助的言语治疗服务都应以改善说话发音和清晰度为重点。虽然微笑列车认识到早期语言刺激服务对唇腭裂患者的重要性，但组织目前并未为言语治疗服务提供资助。

#### 4.6 治疗开展要求

微笑列车可资助以下言语治疗服务模式：

- 个人治疗：每次治疗至少 30 分钟
- 团体治疗：每位治疗医师负责 3-5 名患者，每次治疗至少 40 分钟
- 强化训练营治疗：必须包括符合上述标准的个人或团体治疗；更多信息请参阅《微笑列车强化言语训练营模式要求与建议》

所有治疗均可在线上或线下进行。为所有家庭提供在家进行言语训练的资源，帮助患者取得更好的康复效果。请访问 [www.smiletrain.org/speechresources](http://www.smiletrain.org/speechresources)，查找微笑列车言语训练资源的列表。

#### 4.7 唇腭裂团队护理与转诊

微笑列车致力于支持所有合作中心提供高质量的唇腭裂序列化治疗（CCC）服务。CCC 需要一个跨学科的唇腭裂序列化治疗团队，由各类医疗专业人员组成，紧密合作和沟通，为唇腭裂患者提供全面治疗与护理。在做出评估和治疗决策时，应考虑到 CCC 的所有方面，并且所有唇腭裂团队成员（外科医生、正畸医生等）都应了解对患者的治疗计划和目标。所有微笑列车的材料和政策都应该与受到资助的唇腭裂治疗团队医师一起审核。

#### 4.8 资助完成情况与追加资助申请

受资助的合作伙伴必须在资助预算期结束后 30 天内通过微笑列车合作伙伴门户网站提交资助报告（FR）。

资助期限可以根据需要进行调整。合作伙伴应联系当地的微笑列车联系人，申请更改资助期限。

若有下列情况，将不再考虑提供更多的资助：

- 未通过微笑列车合作伙伴门户网站完成并提交资助报告
- 资助报告中提供的信息与 STX 数据库中收集的信息不符
- “STX 言语治疗记录”缺失或不完整
- STX 记录的分析表明言语治疗的护理不佳和/或护理质量无改善

如果达到了提供优质护理的主要目标，并证明有必要提高拨款，则可考虑增加资助。追加资助申请的程序与初始资助申请的相似，但合作伙伴必须说明需要追加资助的缘由。

## 5. 审计

受“言语治疗项目”资助的微笑列车合作伙伴可能需要接受医疗和财务审计。如果微笑列车认为捐款使用不当，可能随时中止资助。

## “言语治疗项目”资助申请表

该离线申请表将帮助您收集申请微笑列车资助所需的信息。如果贵机构从未接受过资助，可能需要额外提供法律文件和汇款信息。能需要额外提供法律文件和汇款信息。

申请机构信息 仅限新加入微笑列车的机构填写	
机构名称	
联系信息 地址、电话、邮箱、网址	
机构类型 如：医院、非营利组织、大学、个人	
所有权 如：私立、政府、宗教	

主要联系方式 此处应由负责监督“言语治疗项目”资助的个人填写	
主要联系人姓名	
电子邮件	
职位与职业	

### 资助需求

申请金额（美元）： 或微笑列车接受的当地货币	
微笑列车本次资助占项目总成本的百分比是多少？	
贵院还将从哪些渠道获得“言语治疗项目”的资金支持？ 请选择所有适用的选项。	<ul style="list-style-type: none"><li>• 政府</li><li>• 患者支付</li><li>• 医院自身的资源</li><li>• 其他关注唇腭裂的非营利机构</li><li>• 其他机构</li><li>• 无</li></ul>
资助期限的拟定开始日期：	
资助期限的拟定结束日期：	
主要服务地区：	

### 合作伙伴背景

贵院目前平均每月为多少名唇腭裂患者提供言语治疗服务？	
----------------------------	--

<p>在过去 12 个月内，共有多少名唇腭裂患者在贵院接受了手术治疗？</p>	
<p>在过去 12 个月内，贵院共进行了多少次针对腭咽闭合不全（VPI）的二次手术？</p>	
<p>所有受微笑列车资助的言语治疗项目都必须配有一名或多名唇腭裂外科医生，以确保治疗与高质量的唇腭裂手术相匹配。请注明与该唇腭裂言语治疗项目相关的外科医生的姓名：</p>	
<p>根据微笑列车文件《“言语治疗项目”资助条件和申请》的要求，贵院目前是否拥有支持该项目所需的所有材料和设备？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 是</li> <li>• 否</li> </ul>
<p>如果没有，请详细说明现有资源：</p>	
<p>在拟议的资助期限内，预计有多少名唇腭裂患者将受益于“言语治疗项目”资助？</p>	
<p>请列出每次就诊，各诊疗类型向微笑列车申请的资助金额。</p> <p>所述金额应与提交的预算中申请的金额一致：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 言语治疗评估：</li> <li>• 言语治疗疗程：</li> </ul>
<p>请用一句话概括您的项目：</p>	

## 合作伙伴需求与目标

请说明此项资助的必要性：

- 这笔资助将如何弥补贵院在唇腭裂言语治疗方面的不足？
- 这笔资助将如何改善贵院为唇腭裂患者提供的言语治疗质量和/或服务的可及性？
- 这笔资助将如何帮助贵院增加接受言语治疗的唇腭裂患者数量？
- 这笔资助将帮助您实现哪些目标？

这笔资助将用于提供何种言语治疗模式？  
请选择所有适用的选项。

- 个人和/或团体言语治疗
- 远程/虚拟言语治疗
- 强化训练营言语治疗

如果获得微笑列车言语治疗项目的资助，请详细说明您计划如何利用这笔资助：

- 如何招募和选择患者？
- 将为患者提供哪些类型的唇腭裂言语治疗服务？
- 预期受益患者介乎哪个年龄段？
- 患者接受言语治疗服务的频率是多少？
- 您将如何促进复诊和遵守临床建议？

请详细描述您将在言语治疗期间为患者和护理人员提供的在家说话训练或培训计划，包括材料、教育资源和工具。

<p>贵院目前是否有能力通过鼻咽喉内窥镜和/或电视透视检查设备评估腭咽功能？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 是</li> <li>• 否</li> </ul>
<p>如是，请说明如何提供这些腭咽影像检查（鼻咽喉镜检查 and/或电视透视吞咽功能检查）。</p> <p>注意：在审查过程中，若合作伙伴未取得微笑列车 VPD 批准，将删除“言语治疗项目”资助申请中任何用于 VPD 相关服务的经费。</p>	

补充文件
<p><b>必须提交以下补充文件：</b></p> <p><b>详细预算</b>（以美元和本地货币为单位计算）</p> <p>请填写《微笑列车“言语治疗项目”资助预算模板》，提供相关申请的资助明细表。预算应说明所申请的资助将如何用于满足您项目中唇腭裂患者的言语治疗需求。</p> <p><b>言语治疗执业医师申请</b></p> <p>所有为微笑列车患者提供治疗的言语治疗执业医师都必须通过正式的资格审核程序。要获得微笑列车的认可，执业医师必须提交：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 包含唇腭裂相关临床经验和/或培训的简历</li> <li>• 2-3 个样本病例，展示唇腭裂言语治疗相关的优秀技能和最佳的患者治疗效果</li> <li>• 推荐信，最好由当地的微笑列车医疗顾问出具</li> </ul> <p>如有关于执业医师资格审核流程或要求的问题，请联系当地的微笑列车联系人。</p>

贵院是否充分具备使用当地语言的护理员培训和言语治疗资源？如否，请访问[微笑列车患者家庭言语治疗资源库](#)，获取相关资源。如果贵院当地语言的言语治疗资源不足，可以联系[speech@smiletrain.org](mailto:speech@smiletrain.org)，以获得翻译和开发新言语治疗资源的支持。