**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：16**

**輔具項目名稱：輪椅座墊**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1. 姓名： 2. 性別：□男 □女  3. 國民身分證統一編號： 4. 生日： 年 月 日  5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓  6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)  縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓  7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有  7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：  □肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢  □視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙  □智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症  □自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症  □多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙  □其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常  □其他先天缺陷  7-3. (新制)身心障礙分類系統：  □神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛  □涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能  □消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能  □神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能  8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度  9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：  10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他： |

**二、使用評估**

1. 使用目的與活動需求(可複選)：□日常生活 □醫療 □就學 □就業 □休閒與運動

2. 輔具使用環境(可複選)：□家中 □學校 □社區 □職場

3. 目前使用的輪椅座墊：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有座墊種類：□連通管氣囊組合氣墊-塑膠材質 □連通管氣囊組合氣墊座-橡膠材質

□液態凝膠墊 □固態凝膠墊 □填充式氣囊氣墊座 □交替充氣型氣墊座

□量製型座墊 □其他：

(3)輔具來源：□自購 □社政 □勞政 □教育 □其他：

(4)目前使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置一塊於不同場所使用

□其他：

4. 身體功能與構造：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：  □中風偏癱(左/右) □脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) □腦性麻痺或發展遲緩 □小兒麻痺  □運動神經元疾病 □關節炎 □肌肉萎縮症 □其他： | | |
| 身體尺寸量測：身高約 公分，體重約 公斤 | | |
| 身體各部位姿態 | 坐姿平衡 | □良好 □雙手扶持尚可維持平衡 □雙手扶持難以維持平衡  在未扶持情況下，身體特別明顯會倒向：□左側 □右側 □前方 □後方 |
| 骨盆 | □正常 □坐姿時骨盆經常向：□前 □後 □左 □右滑動  □向前/後傾斜；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形  □向左/右傾斜；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形  □向左/右旋轉；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形 |
| 脊柱 | □正常 □脊柱側彎 □過度後凸(hyperkyphosis) □過度前凸(hyperlordosis) |
| 髖部 | □正常 □內收 □外展 □風吹式變形 □其他： |
| 易導致褥瘡發生的危險因子 | | □糖尿病 □失禁 □皮膚清潔狀況不佳 □營養不良 □臀部皮下軟組織厚度不足  □異常骨突結構 □周邊血管病變異常 □有皮膚感染或疾病 □經常性摩擦  □臀部皮膚感覺異常或喪失 □其他： |
| 壓瘡 | | □未發生 □過去有  □目前有：部位： 尺寸： 公分× 公分  分級：□I □II □III □IV |
| 配合座墊  使用之輔具 | | 座面尺寸(座寬×座深)： 吋× 吋 支撐面：□硬板 □布面 |
| □ 1.手動輪椅：□介護型 □自推型  座椅姿勢或角度變換的減壓功能：□無 □有  □ 2.電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能：□無 □手動操作 □電動操作  □ 3.擺位椅(非移行輔具)  □ 4.其他： |
| 減壓能力 | | □獨立將身起撐起進行臀部減壓  □藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓  □藉由身體重心偏移進行減壓  □無自主減壓能力，或減壓效率不彰 |
| 座墊操作  能力 | | 1. 移位時放置或改變座墊位置的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助  2. 檢視座墊使用狀態的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助  3. 充氣、加水或調整座墊壓力的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助  4. 保養或修補座墊的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助 |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 座墊型式  與材質  (勾選項目僅擇ㄧ補助) | □A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)：氣囊數量應大於20顆，且氣囊高度應大於2英吋。  □B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)：氣囊數量應大於20顆，且氣囊高度應大於2英吋。  □C款(液態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大於1英吋。  □D款(固態凝膠座墊)：應搭配適形泡棉底座，其凝膠覆蓋面積不得小於座墊二分之一，且凝膠厚度需大(等)於1英吋。  □E款(填充式氣囊氣墊座)：高度需大於2英吋。  □F款(交替充氣型座墊)：應含電動空氣幫浦及交替充氣功能之氣囊組。  □G款(量製型座墊)：應依個別需求取模製作座墊。 |
| 尺寸 | 座寬： 吋，座深： 吋，未乘坐時座墊高度： 公分 |
| 擺位調整 | □無需進行特殊調整功能  □需進行擺位調整功能，調整如下：  前/後 半部的 左/右側 增加/減少 支撐 公分或 |
| 覆套 | □彈性透氣覆套 □彈性防水覆套 □覆套底部止滑功能 □覆套底部車縫黏釦帶 |
| 配件 | □降低座高的「沈入式座板」 □增加座墊底部穩定性的底板 □骨盆帶 |

2. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

4. 其他建議事項：

**四、補助建議**【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

輪椅座墊之建議：

□建議使用，補充說明：

(勾選項目僅擇ㄧ補助)

□A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)

□B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)

□C款(液態凝膠座墊)

□D款(固態凝膠座墊)

□E款(填充式氣囊氣墊座)

□F款(交替充氣型座墊)

□G款(量製型座墊)

□不建議使用，理由：

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：

**五、檢核與追蹤紀錄**

1. 輔具採購結果：

|  |  |
| --- | --- |
| 實際採購類型 | 是否符合原處方輔具 |
| □A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)  □B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)  □C款(液態凝膠座墊)  □D款(固態凝膠座墊)  □E款(填充式氣囊氣墊座)  □F款(交替充氣型座墊)  □G款(量製型座墊) | □完全符合  □功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合  □功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神  □其他： |

2. 修改、調整與使用訓練：

□無須修改及調整

□經修改調整後以符合使用需求

□建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位用印

檢核單位：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：