**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：17**

**輔具項目名稱：居家用照顧床及氣墊床**

**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. 使用者居住地點：□居家 □醫院 □學校 □安養機構

2. 目前使用的居家用照顧床：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有居家用照顧床種類：□手動病床 □電動病床 □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，但需要另行購置一件於不同場所使用

□其他：

3. 目前使用的床墊：

(1)已使用： 年 月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)現有床墊種類：□彈簧床墊 □乳膠床墊 □固態凝膠床墊 □氣墊床 □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，但需要另行購置一件於不同場所使用

□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：  |
| 意識狀態 | □正常 □障礙：  |
| 認知能力 | □正常 □障礙：  |
| 皮膚感覺 | □正常 □異常: □喪失: □無法施測，原因：  |
| 姿勢性低血壓 | □有 □無 □未施測 |
| 目前體力狀態 | □良好 □尚可 □不佳  |
| 體力可能進展 | □維持 □進步 □退化 |
| 頭頸控制能力 | □正常 □不足： □喪失：  |
| 肩膀肌力 | □正常 □不足：  |
| 關節活動度 | □正常 □受限制：□髖關節 □膝關節 □其他關節：  |
| 手功能 | □正常 □不足： □喪失：  |
| 翻身能力 | 翻至左側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴翻至右側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴 |
| 起床能力 | □可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴 |
| 轉位能力 | □可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴 |
| 姿勢調整能力 | □可獨立輕易完成 □執行費力耗時或需借助輔具 □完全依賴 |
| 維持坐姿能力 | 軀幹平衡能力：□有 □無 軀幹長坐姿時挺直能力：□良好 □不佳軀幹坐姿挺直耐力：□≧2分鐘 □＜2分鐘 |
| 易導致壓瘡相關危險因子(可複選) | □糖尿病 □失禁 □皮膚清潔狀況不佳 □皮膚經常潮濕 □營養不良□骨突處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 □皮膚感覺異常或喪失□無法自行執行減壓活動 □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 |

**三、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |
| --- | --- |
| 居家用照顧床 | □不建議使用 |
| 類型：□居家用照顧床□居家用照顧床、附加功能A款(具床面升降功能)□居家用照顧床、附加功能B款(具電動升降功能)□居家用照顧床、附加功能A款及B款 |
| 規格：□ㄧ般尺寸 □特製尺寸：□加長至 公分 □加寬至 公分 □降至最低高度 公分 □升至最高高度 公分 □三折長度訂做 , ,  |
| 控制器：□自己控制 □照顧者控制 □遙控器加大按鈕 □其他改良  |
| 氣墊床 | □不建議使用 |
| □A款 | 應含18管以上交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組 |
| □B款 | 應含交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組，且需提供保固3年，並須符合以下所有條件：1. 交替式充氣之管狀氣囊組，氣囊之管徑4英吋以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關2. 氣管為3管交替式3. 單管材質:「PU聚氨酯(Polyurethane)」或「PU聚氨酯(Polyurethane)+尼龍(Nylon)」4. 單管壓力流量每分鐘4公升(4L/Min)以上5. 配有C.P.R.快速洩氣閥 |

2. 是否需要接受使用訓練：□不需要 □需要(□居家用照護床 □氣墊床)

3. 是否需要安排追蹤時間：□不需要 □需要(□居家用照護床 □氣墊床)

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】

居家用照顧床之建議：

□建議使用，補充說明：

(勾選項目僅擇一補助)

□居家用照顧床

□居家用照顧床、附加功能A款

□居家用照顧床、附加功能B款

□居家用照顧床、附加功能A款及B款

□不建議使用，理由：

氣墊床之建議：

□建議使用，補充說明：

(勾選項目僅擇一補助)

□氣墊床-A款

□氣墊床-B款

□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. 輔具後續追蹤地點：□居家 □醫院 □安養機構 □其他：

2. 輔具採購結果：

居家用照顧床

|  |  |
| --- | --- |
| 實際購買類型 | 是否符合原處方輔具 |
| □居家用照顧床□居家用照顧床、附加功能A款□居家用照顧床、附加功能B款□居家用照顧床、附加功能A款及B款□其他：  | □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：  |

氣墊床

|  |  |
| --- | --- |
| 實際購買類型 | 是否符合原處方輔具 |
| □氣墊床-A款□氣墊床-B款□非補助形式之床墊□其他：  | □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：  |

3. 修改、調整與使用訓練：

居家用照顧床

|  |
| --- |
| □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 |

氣墊床

|  |
| --- |
| □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：