**醫療輔具評估報告**

醫療輔具項目名稱：『雙相陽壓呼吸輔助器（Bi-PAP）』

『單相陽壓呼吸輔助器（C-PAP）』

『氧氣製造機』

1. **基本資料**

1. 姓名： 2. 性別：□男 □女

3. 身分證字號： 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. 障礙證明類別：□無 □有

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

□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.居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構： □其他：

10.聯絡人姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話： 行動電話：

1. **使用評估**

**1.請求評估需求（評估所需器材）**

**□非侵襲性雙相陽壓呼吸輔助器（Bi-PAP）：請填寫第2,3項**

**□非侵襲性單相陽壓呼吸輔助器（C-PAP）：請填寫第4項**

**□氧氣製造機：請填寫第5項**

1. **非侵襲性雙相陽壓呼吸器使用原因評估（申請雙相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：**

|  |  |
| --- | --- |
| 呼吸衰竭□ 未補償之高碳酸血症□ 低血氧 其他低血氧之臨床徵象□肺部塌陷 □呼吸肌肉無力□ 肺功能報告FVC \_\_\_\_\_FEV1\_\_\_\_\_  FEV1/FVC\_\_\_\_\_ | □ 困難脫離呼吸器 連續使用機械通氣天數 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_天□ 不穩定的中樞呼吸驅動力□ 日間清醒時PaCO2>45mmHg (慢性阻塞性肺疾PaCO2>50mmHg)且睡眠中至少連續五分鐘SpO2< 90% 或夜間三分之ㄧ以上睡眠時間 SpO2<90% |

**3. 呼吸系統評估（申請雙相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：**

|  |
| --- |
| 評估日期：民國\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日 |
| **身體評估** | 身高 公分 體重 公斤  |
| **初次使用呼吸器前動脈血氣體分析** | 抽取時間： (年/月/日) 動脈血抽取之氧氣濃度：\_\_\_\_\_酸鹼值(pH) 動脈二氧化碳分壓(PaCO2) \_ mmHg動脈氣分壓(PaO2) \_ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO3-) mmol/L動脈氧氣飽和濃度(SaO2) % |
| **動脈血氣體分析** | □無 □有，請繼續填寫以下欄位抽取時間： (年/月/日)動脈血抽取之機械通氣模式設定及氧氣濃度□侵襲性正壓呼吸器 (模式：\_\_\_\_\_ 氧氣濃度：\_\_\_\_\_)□非侵襲性正壓呼吸器 (模式：\_\_\_\_\_ 氧氣濃度：\_\_\_\_\_)酸鹼值(pH) 動脈二氧化碳分壓(PaCO2) \_ mmHg 動脈氣分壓(PaO2) \_ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO3-) mmol/L動脈氧氣飽和濃度(SaO2) % |
| **理學檢查** | 呼吸音：□正常 □囉音□喘鳴音 □呼吸音減弱 □其他 呼吸型態：□正常呼吸 □淺快 □深快□使用頸部呼吸輔助肌  □ 異常胸腹運動 □其他： 咳嗽能力：□ 功能良好 □ 功能不佳 □ 無咳嗽功能痰液清除方式：□自咳 □需協助抽吸  |

**4. 非侵襲性單相陽壓呼吸器使用原因評估（申請單相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：**

|  |
| --- |
|  □ (Apnea-hypopnea index AHI ) ≧每小時40次，或每日累積重度缺氧時間（Sp02≦85%）  超過1小時（含）以上 □ 心臟衰竭  □ 其他呼吸衰竭 |

**5. 需使用氧氣之評估（申請氧氣製造機者必填）：**

**當疾病已經治療穩定，且未使用氧氣治療時**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 休息時PaO2≦ 55 mmHg 或 SpO2≦88 ％ □ 休息時PaO2 < 60 mmHg或SpO2 ≦ 89 ％，但 合併有下列情形者：  □ 心肺症或心衰竭  □ 運動時或睡眠中PaO2< 60mmHg，SpO2<89% | □ 肺功能報告 FVC :\_\_\_\_\_\_% PRED. FEV1:\_\_\_\_\_% PRED. FEV1/FVC:\_\_\_\_\_ % |

評估者簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**三、規格配置**

|  |  |
| --- | --- |
| **配置選項** | 配置日期： 年 月 日 |
| □雙相陽壓呼吸輔助器 □單相陽壓呼吸輔助器 □氧氣製造機 |

**四、總結**

1. 氧氣製造機之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：

 雙相陽壓呼吸輔助器之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：

 單相陽壓呼吸輔助器之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：

2. 使用訓練：□需要 □不需要

3. 建議事項:

4. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

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. 醫療輔具採購結果是否符合原處方醫療輔具：
 □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

檢核單位用印

□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：

檢核人員： 職稱：

檢核日期：