

桃園市醫療輔具評估報告

醫療輔具項目名稱：

『雙相陽壓呼吸輔助器 (Bi-PAP)』、『單相陽壓呼吸器 (C-PAP)』、『氧氣製造機』

一、基本資料

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

二、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器 (C-PAP) : 請填寫第4項

氧氣製造機 : 請填寫第 5 項

2. 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 <input type="checkbox"/> 未補償之高碳酸血症 <input type="checkbox"/> 低血氧 其他低血氧之臨床徵象 <input type="checkbox"/> 肺部塌陷 <input type="checkbox"/> 呼吸肌肉無力 <input type="checkbox"/> 肺功能報告 FVC _____ FEV1 _____ FEV1/FVC _____	<input type="checkbox"/> 困難脫離呼吸器 連續使用機械通氣天數 _____ 天 <input type="checkbox"/> 不穩定的中樞呼吸驅動力 <input type="checkbox"/> 日間清醒時 PaCO ₂ >45mmHg (慢性阻塞性肺疾 PaCO ₂ >50mmHg) 且睡眠中至少連續五分鐘 SpO ₂ < 90% 或夜間三分之一以上睡眠時間 SpO ₂ <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(PaCO ₂) _____ mmHg 動脈氣分壓(PaO ₂) _____ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO ₃ ⁻) _____ mmol/L 動脈氧氣飽和濃度(SaO ₂) _____ %
動脈血氣體分析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 侵襲性正壓呼吸器 (模式：_____ 氧氣濃度：_____) <input type="checkbox"/> 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(PaCO ₂) _____ mmHg 動脈氣分壓(PaO ₂) _____ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO ₃ ⁻) _____ mmol/L 動脈氧氣飽和濃度(SaO ₂) _____ %
理學檢查	呼吸音： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 囉音 <input type="checkbox"/> 喘鳴音 <input type="checkbox"/> 呼吸音減弱 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 呼吸型態： <input type="checkbox"/> 正常呼吸 <input type="checkbox"/> 淺快 <input type="checkbox"/> 深快 <input type="checkbox"/> 使用頸部呼吸輔助肌 <input type="checkbox"/> 異常胸腹運動 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 咳嗽能力： <input type="checkbox"/> 功能良好 <input type="checkbox"/> 功能不佳 <input type="checkbox"/> 無咳嗽功能 痰液清除方式： <input type="checkbox"/> 自咳 <input type="checkbox"/> 需協助抽吸

4. 非侵襲性單相陽壓呼吸器使用原因評估（申請單相陽壓呼吸器者必填此項）：

<input type="checkbox"/> 年滿 19 歲以上(Apnea-hypopnea index AHI) \geq 每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間 (SpO ₂ \leq 85%) 超過 1 小時 (含) 以上
<input type="checkbox"/> 未滿 19 歲(Apnea-hypopnea index AHI) \geq 每小時 20 次，或每日累積重度缺氧時間 (SpO ₂ \leq 92%) 超過 1 小時 (含) 以上
<input type="checkbox"/> 心臟衰竭
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 休息時PaO ₂ \leq 55 mmHg 或 SpO ₂ \leq 88 %	<input type="checkbox"/> 肺功能報告
<input type="checkbox"/> 休息時PaO ₂ $<$ 60 mmHg或SpO ₂ \leq 89 %，但合併有下列情形者：	FVC: _____ % PRED.
<input type="checkbox"/> 心肺症或心衰竭	FEV1: _____ % PRED.
<input type="checkbox"/> 運動時或睡眠中 PaO ₂ $<$ 60mmHg，SpO ₂ $<$ 89%	FEV1/FVC: _____ %

評估者簽名：_____

三、規格配置

配置選項	配置日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸輔助器	<input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機	

四、總結

- 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：_____
- 單相陽壓呼吸器之建議：建議使用 不建議使用，理由：_____
- 使用訓練：需要 不需要
- 建議事項：_____
- 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

評估醫院：_____

評估科別：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估機構關防

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
- 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：_____

檢核機構關防