

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』

一、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：

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輔助器 (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):

<p>呼吸衰竭</p> <p><input type="checkbox"/> 未補償之高碳酸血症</p> <p><input type="checkbox"/> 低血氧</p> <p>其他低血氧之臨床徵象 <input type="checkbox"/> 肺部塌陷</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 呼吸肌肉無力</p> <p><input type="checkbox"/> 肺功能報告 FVC _____ FEV1 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">FEV1/FVC _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 困難脫離呼吸器</p> <p>連續使用機械通氣天數 _____ 天</p> <p><input type="checkbox"/> 不穩定的中樞呼吸驅動力</p> <p><input type="checkbox"/> 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% 或夜間三分之一以上睡眠時間 SpO₂<90%</p>
---	--

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 動脈氧分壓(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 動脈氧分壓(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 (申請單相陽壓呼吸輔助器者必填此項):

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

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"/> 單相陽壓呼吸輔助器
<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: _____
單相陽壓呼吸輔助器之建議: 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

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：_____

檢核單位用印