

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）：

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 $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ (慢性阻塞性肺疾 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$) 且睡眠中至少連續五分鐘 $\text{SpO}_2 < 90\%$ 或夜間三分之一以上睡眠時間 $\text{SpO}_2 < 90\%$
---	--

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	☐ 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(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： ☐ 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) $\geq$ 每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間（SpO₂ $\leq$ 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PaO ₂ $\leq$ 55 mmHg 或 SpO ₂ $\leq$ 88 % | ☐ 肺功能報告
FVC : _____ % PRED.
FEV1: _____ % PRED.
FEV1/FVC: _____ % |
| ☐ 休息時PaO ₂ < 60 mmHg或SpO ₂ $\leq$ 89 %，但合併有下列情形者： | |
| ☐ 心肺症或心衰竭 | |
| ☐ 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
☐ 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

- 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：_____

評估單位用印

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