

高雄市身心障礙者醫療輔具

單、雙相陽壓呼吸輔助器評估報告

一、病患基本資料

105.05.20 修正

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	____年__月__日
身分證字號				聯絡電話	
地址	高雄市____區____里____路____段 ____巷____弄____號之____樓				

二、身體功能檢查

與輔具使用之相關診斷	<p>a. 呼吸系統常見疾病：<input type="checkbox"/>慢性阻塞性疾病 <input type="checkbox"/>侷限型肺疾病 <input type="checkbox"/>肺纖維化 <input type="checkbox"/>腫瘤 <input type="checkbox"/>睡眠呼吸暫停 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>b. 心血管系統常見疾病：<input type="checkbox"/>心臟病 <input type="checkbox"/>周邊血管疾病 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>c. 神經肌肉系統常見疾病：<input type="checkbox"/>運動神經細胞疾病 <input type="checkbox"/>周邊神經疾病 <input type="checkbox"/>肌肉病變 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>d. 其他：_____</p>
呼吸功能評量	<p>a. 呼吸功能：<input type="checkbox"/>無人工氣道 <input type="checkbox"/>有氣切</p> <p>b. 血氧飽和度：<input type="checkbox"/>吸入空氣時_____%、心跳____次/分 或<input type="checkbox"/>用氧流量____公升/分時 _____%、心跳____次/分</p> <p>c. 呼吸型態評估：<input type="checkbox"/>呼吸輔助器使用 <input type="checkbox"/>呼吸次數增加 <input type="checkbox"/>胸腹式呼吸 <input type="checkbox"/>呼吸淺快 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>d. 睡眠呼吸暫停評估：<input type="checkbox"/>無症狀 <input type="checkbox"/>呼吸暫停頻率指數_____ <input type="checkbox"/>睡眠檢查結果：_____ <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>e. 肺功能檢查：FEV1：<u> </u>L，FEV1/FVC：<u> </u>%</p> <p>f. 肺切除或肺功能損傷：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>g. 等待肺部移植手術：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p><u>上述b、c、d (改成b、c、d、e)三擇一填寫即可</u></p>

三、單、雙相陽壓呼吸輔助器之配置

1. 主機
2. 不斷電系統(需另外申請)
3. 其他配備(請病人自備，不在補助範圍內)：
 鼻面罩 口鼻面罩 呼吸管路 潮濕加熱器 其他_____

四、總結

建議使用，理由：_____

單相陽壓呼吸輔助器之建議

雙相陽壓呼吸輔助器之建議

※注意事項：此項輔具申請亦應具備「身心障礙者鑑定作業辦法」第四類「循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能」之「心臟功能」、「呼吸功能」專科醫師所開立評估報告

評估人員簽章：_____

(呼吸治療師證號章)

主治醫師簽章：_____

(專科醫師證號職章)

評估日期：____年____月____日

評估單位用印