

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目：氧氣製造機、咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)、單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)、雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

一、基本資料

1.姓名：	2.性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
3.身分證統一編號：	4.出生年月日：民國/前 年 月 日
5.戶籍地址：縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
6.居住地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
7.障礙類別： <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類 <input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 <input type="checkbox"/> 其他	
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"/> 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：	

二、使用評估

※由評估人員填寫，並於每一填寫處蓋章。

※評估人員身分資格：依據身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師規定，係指神經(內)科、胸腔內科、心臟內科、血液科、胸腔外科、心臟外科、小兒(兒童)神經科、小兒(兒童)胸腔科、小兒(兒童)心臟科、小兒(兒童)血液科、小兒(兒童)重症科、耳鼻喉科、精神科或復健科之專科醫師，或呼吸治療師。

(一) 氧氣製造機

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近 3 個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

1. 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
2. 未使用氧氣治療前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 休息時，血液氣體分析 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ (PaO_2 為____mmHg); 或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 88\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-2 運動時或睡眠中，血液氣體分析 $\text{PaO}_2 56-59\text{mmHg}$ (PaO_2 為____mmHg); 或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 89\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-3 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
 - 2-4 符合紐約心臟學會心臟功能分類最新成人及兒童版 (New York Heart Association Functional Classification/NYHA and Modified Ross Heart Failure Classification for Children) stage III ~ IV (符合 stage____)。

(二) 咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)

※請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

未使用咳嗽(痰)機前之評估，需符合以下至少一項：

1. 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
2. 肺功能測試 PEFR < 170 LPM (PEFR 為____LPM)。
3. 因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上 (第 1 次住院：民國____年____月____日；第 2 次住院：民國____年____月____日)。

(三) 單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

1. 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
2. 未使用單相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-2 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ (PCO_2 為____mmHg)。

(四) 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

1. 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
2. 未使用雙相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
 - 2-2 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ (PCO_2 為____mmHg)。
 - 2-3 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-4 因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上 (第 1 次住院：民國____年____月____日；第 2 次住院：民國____年____月____日)。

輔具評估單位或鑑定機構用印

輔具評估單位或鑑定機構：_____

評估人員 (身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第四類專科醫師或呼吸治療師)：_____ (簽名或蓋章) 職稱：_____

評估日期：民國____年____月____日