

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

申請本項單、雙相陽壓呼吸輔助器補助
尚需具備「診斷證明書」

一、病患基本資料

1061101 修正

醫院名稱			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日	民(前)國 年 月 日	年齡	
身分證字號		聯絡電話	
地址	縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號之 樓 市 區市 里 街		

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"/>吸入空氣時為 _____ %、心跳 _____ 次/分；或 <input type="checkbox"/>用氧流量為 _____ 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"/>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"/>睡眠檢查檢果 <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>e. 肺功能檢查： FEV1：__L，FEV1/FVC：__%</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>上述 b、c、d 三擇一填寫即可</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

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

主治醫師專科字號：_____

※單相陽壓呼吸輔助器：限胸腔內科專科醫師或呼吸治療師開具。

※雙相陽壓呼吸輔助器：限胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師或呼吸治療師開具。

評估日期：_____年_____月_____日

評估單位用印