

本報告自 111 年 1 月 1 日起適用

## 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：☐男 ☐女 ☐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：☐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：
- ☐第一類神經系統構造及精神、心智功能
- ☐第二類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛
- ☐第三類 涉及聲音與言語構造及其功能
- ☐第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
- ☐第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能
- ☐第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能
- ☐第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能
- ☐第八類 皮膚與相關構造及其功能
- ☐其他
- 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 ☐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

本次需求之醫療輔具項目：(請勾選)

☐ 氧氣製造機：請填寫(一)

☐ 咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)：請填寫(二)

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

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

(一)申請「氧氣製造機」：

※下列 1、2 為必要勾選項目

☐ 1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有氧氣製造機需求。

☐ 2.相關診察、診斷或檢查（下列二擇一勾選）：

| <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查一 | <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查二                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣天數_____天。            | 當疾病治療已經穩定，且未使用氧氣治療前之評估，需符合以下至少一項：<br><input type="checkbox"/> 1.休息時，血液氣體分析 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告；或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 88\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。<br><input type="checkbox"/> 2.運動時或睡眠中，血液氣體分析 $\text{PaO}_2$ 56-59 mmHg，並檢附檢查報告；或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 89\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。<br><input type="checkbox"/> 3.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。<br><input type="checkbox"/> 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。 |

評估結果：申請之「氧氣製造機」：

☐ 符合補助規定      ☐ 未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

使用訓練：☐ 需要(應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源)    ☐ 不需要

建議事項：\_\_\_\_\_

(二)申請「咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)」：

※下列 1、2 為必要勾選項目

- ☐1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有神經肌肉損傷或弱化，造成自主咳嗽障礙或自主咳嗽不全，致有長期使用咳嗽(痰)機需求。
- ☐2.當疾病治療穩定，未使用咳嗽(痰)機前之評估，需符合以下至少一項：
- ☐2-1.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。
- ☐2-2.肺功能測試 PEFr<170 LPM，並檢附檢查報告。
- ☐2-3.因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上，並檢附住院病歷摘要。

評估結果：申請之「咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)」：

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

使用訓練：☐需要(應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源) ☐不需要

建議事項：\_\_\_\_\_

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

※下列 1、2 為必要勾選項目

- ☐1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有單相陽壓呼吸器需求。
- ☐2.相關診察、診斷或檢查（下列二擇一勾選）：

|                                      |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查一 | <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查二                                                                                                                                                              |
| 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣天數_____天。            | 在未使用單相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：<br><input type="checkbox"/> 1.最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。<br><input type="checkbox"/> 2.血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告。 |

評估結果：申請之「單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)」：

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

使用訓練：☐需要(應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源) ☐不需要

建議事項：\_\_\_\_\_

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

※下列 1、2 為必要勾選項目

☐1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有雙相陽壓呼吸器需求。

☐2.相關診察、診斷或檢查（下列二擇一勾選）：

| <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查一 | <input type="checkbox"/> 相關診察、診斷或檢查二                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣天數_____天。            | 在未使用雙相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：<br><input type="checkbox"/> 1.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。<br><input type="checkbox"/> 2.血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告。<br><input type="checkbox"/> 3.最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。<br><input type="checkbox"/> 4.因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上，並檢附住院病歷摘要。 |

評估結果：申請之「雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)」：

☐符合補助規定      ☐未符合補助規定，原因：\_\_\_\_\_

使用訓練：☐需要（應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源）    ☐不需要

建議事項：\_\_\_\_\_

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)：

\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章) 職稱：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_專科醫師證書\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號

呼吸治療師證書\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號

評估日期：民國      年      月      日

輔具評估單位或鑑定機構用印