

# 高雄市政府身心障礙者醫療輔具

## 雙向陽壓呼吸輔助器評估報告

### 一、病患基本資料

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	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 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 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 d. 其他：
呼吸功能評量	a. 呼吸功能： <input type="checkbox"/> 無人工氣道 <input type="checkbox"/> 有氣切 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 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 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： e. 肺功能檢查：FEV1：____L，FEV1/FVC：____% f. 肺切除或肺功能損傷： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 g. 等待肺部移植手術： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上述b、c、d (改成b、c、d、e)三擇一填寫即可

### 三、雙向陽壓呼吸輔助器之配置

- |  |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 主機           |
| 2. <input type="checkbox"/> 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

雙向陽壓呼吸輔助器之建議

建議使用  不建議使用，理由：

**※注意事項：此項輔具申請亦應具備醫師所開立之診斷證明書**

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