

本報告自 111 年 1 月 1 日起適用

醫療輔具評估報告(填寫範本)

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

(醫師評估填寫或☑處請核醫師章)

1.姓名：李○○

2.性別：☒男 ☐女 ☐其他

3.身分證統一編號：D123456789

4.出生年月日：民國/前○○年○○月○○日

5.戶籍地址：臺南縣東鄉鎮市區○○村里○○路街段巷弄○○號樓

6.居住地址：☒同戶籍地址

縣鄉鎮村里路街段巷弄號樓
市市區

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：王○○

與身心障礙者關係：夫妻

聯絡電話：06-123456

行動電話：0912-345-678

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)：

☒ 相關診察、診斷或檢查一	☒ 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 <u>20</u> 天。 切記:<u>1,2,3 項請務必檢附檢查數據,報告或診斷書載明日期及血氧數值</u>	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： ☒ 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。 ☐ 2.運動時或睡眠中，血液氣體分析 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。 ☐ 3.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。 ☐ 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：依實際情況詳以敘述

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：依實際情況詳以敘述

(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）：

☐ 相關診察、診斷或檢查一	☐ 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： ☐ 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。 ☐ 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）：

☐ 相關診察、診斷或檢查一	☐ 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： ☐ 1.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。 ☐ 2.血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告。 ☐ 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。 ☐ 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：_____○○○○○○○醫院_____

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)：

_____楊○○_____ (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 112 年 2 月 21 日

輔具評估單位或鑑定機構用印
印醫院大章

請核評
估單位
或醫院
關防