

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：17

輔具項目名稱：氣墊床及居家用照顧床

一、基本資料

1. 姓名：	2. 身分證字號：	3. 生日：	年	月	日
4. 聯絡人姓名：	與個案關係：	聯絡電話：			
5. 戶籍地址：					
6. 居住地址(□同戶籍地)：					
7. 聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：					
8. 是否領有身心障礙證明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
9. 身心障礙類別(可複選)：	<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：_____				
10. 身心障礙程度分級：	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				

二、活動需求與情境評估

- 活動需求(可複選)：
 - 氣墊床：預防壓傷 照護壓傷 其他：_____
 - 居家用照顧床：協助翻身 協助坐起 協助轉移位 照顧者護理 減壓
 - 其他：_____
- 使用環境特性：居家 非居家
- 人力支持情況(可複選)：獨居 有同住者 有專業人力協助：_____ 其他：_____
- 目前使用的床墊(尚未使用者免填)：
 - 輔具種類：彈簧床墊 泡棉減壓床墊 乳膠床墊 固態凝膠床墊 氣墊床
其他：_____
 - 床墊高度：_____公分
 - 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____
 - 二手輔具：租借 媒合
 - 自購
 - 其他：_____
 - 已使用約：_____年 使用年限不明
 - 使用情形：已損壞不堪修復，需更新
 - 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
 - 適合繼續使用，但需要另行購置於不同場所使用
 - 適合繼續使用，無需更換
 - 其他：_____

5. 目前使用的床架：

- (1) 輔具種類：和式地板(無床架) 一般市售床 手動居家用照顧床 電動居家用照顧床
其他：_____
- (2) 床架高度：_____公分
- (3) 輔具來源：政府補助：身障 長照 職災 職再 教育 榮民 健保
其他：_____
- 二手輔具：租借 媒合
自購
其他：_____
- (4) 已使用約：_____年 使用年限不明
- (5) 使用情形：已損壞不堪修復，需更新
規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
適合繼續使用，但需要另行購置於不同場所使用
適合繼續使用，無需更換
其他：_____

三、身體功能與構造及輔具使用相關評估

輔具使用之相關診斷(可複選)	<input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 中風偏癱(左/右) <input type="checkbox"/> 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) <input type="checkbox"/> 腦外傷(左/右) <input type="checkbox"/> 小腦萎縮症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 其他：_____
意識狀態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 錯亂或混亂 <input type="checkbox"/> 無明顯反應 <input type="checkbox"/> 其他：_____
心智功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有精神/行為問題 <input type="checkbox"/> 其他：_____
皮膚感覺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ <input type="checkbox"/> 喪失：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測，原因：_____
姿勢性低血壓	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未施測
目前體力狀態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳
體力可能進展	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 退化
關節活動度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 受限制： <input type="checkbox"/> 腕關節 <input type="checkbox"/> 膝關節 <input type="checkbox"/> 其他關節：_____
控制器操作能力	<input type="checkbox"/> 獨立操作 <input type="checkbox"/> 需照顧者部分協助 <input type="checkbox"/> 照顧者協助操作
護欄操作能力	<input type="checkbox"/> 獨立操作 <input type="checkbox"/> 需照顧者部分協助 <input type="checkbox"/> 照顧者協助操作
翻身能力	翻至左側： <input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴 翻至右側： <input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴
坐起能力	<input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴
靜態坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持平衡 <input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持平衡 在未扶持情況下，身體明顯會倒向(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
動態坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不佳，需用手或他人扶持下協助返回原靜態坐姿 在未扶持下，身體重心往該側移動容易失去平衡(可複選)： <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方
轉位能力	<input type="checkbox"/> 可獨立輕易完成 <input type="checkbox"/> 執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴

<p>床面相關 身體及空間量測</p>	<p>個案身高：_____公分，體重：_____公斤 個案膝窩高：_____公分，肩寬：_____公分 主要照顧者身高：_____公分，適合照顧高度約：_____公分 <input type="checkbox"/>照顧空間較不足需注意輔具選擇： 床擺放空間：長_____寬_____公分 床邊可使用的轉移位空間：長_____寬_____公分 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>易導致壓傷(褥瘡) 相關危險因子 (可複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>皮膚清潔狀況不佳 <input type="checkbox"/>皮膚經常潮濕 <input type="checkbox"/>營養不良 <input type="checkbox"/>骨突處皮下軟組織厚度不足 <input type="checkbox"/>異常骨突結構 <input type="checkbox"/>周邊血管病變異常 <input type="checkbox"/>有皮膚感染或疾病 <input type="checkbox"/>經常性摩擦 <input type="checkbox"/>皮膚感覺異常或喪失 <input type="checkbox"/>無法自行執行減壓活動 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>壓傷(褥瘡)</p>	<p><input type="checkbox"/>未發生 <input type="checkbox"/>過去有，部位：_____</p> <p><input type="checkbox"/>目前有，部位：_____ 尺寸：_____公分 × _____公分 分級：<input type="checkbox"/>第 1 級 <input type="checkbox"/>第 2 級 <input type="checkbox"/>第 3 級 <input type="checkbox"/>第 4 級 <input type="checkbox"/>無法分級 <input type="checkbox"/>深層組織壓傷</p>

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

1. 評估結果：

不建議使用以下輔具；理由：_____

建議使用：

目前安置於機構或住院，即將返家(本項限居家使用者申請)

身心障礙者輔具費用補助項目	長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目	對應原則	使用理由
<input type="checkbox"/> 項次 121 氣墊床-基礎型 <input type="checkbox"/> 項次 122 氣墊床-進階型	<input type="checkbox"/> EG01 氣墊床-A 款 <input type="checkbox"/> EG02 氣墊床-B 款	「121、122」與「EG01、EG02」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 123 居家用照顧床	<input type="checkbox"/> EH01 居家用照顧床	1. 「123、124、125、126、127」與	
<input type="checkbox"/> 項次 124 居家用照顧床附加功能-床板背靠段及腿段獨立抬升功能(電動調整)		「EH01、EH02、EH03」於最低使用年限內不可重複補助	
<input type="checkbox"/> 項次 125 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整) <input type="checkbox"/> 項次 126 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整) <input type="checkbox"/> 項次 127 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整)	<input type="checkbox"/> EH02 居家用照顧床-附加功能 A 款(床面升降功能) <input type="checkbox"/> EH03 居家用照顧床-附加功能 B 款(電動升降功能)	2. 「124、125、126、127」限配搭「123」申請 3. 「EH02、EH03」限配搭「EH01」申請	

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 其他：_____

五、規格配置建議

1. 輔具規格配置

<input type="checkbox"/> 氣墊床	應具預防壓傷(褥瘡)及減輕壓傷(褥瘡)症狀之效果，覆套須具延展性及防水功能，須提供保固 3 年，並應須符合下列各項規範	
	<input type="checkbox"/> 基礎型	<p>應符合下列所有規格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應含 18 管以上具可交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組 2. 管狀氣囊之管徑 4 英吋(或 10 公分)以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關 3. 管狀氣囊之材質：「PU 聚氨酯(Polyurethane)」或「PU 聚氨酯(Polyurethane) + 尼龍(Nylon)」 4. 管狀氣囊之壓力流量每分鐘 4 公升(4L/Min)以上 5. 配有 C.P.R. 快速洩氣閥
<input type="checkbox"/> 進階型	<p>應符合氣墊床-基礎型所有規格，及停電時須維持 4 小時以上之不觸底管狀氣囊之壓力保留功能(指具獨立氣室或可持續供電之內建電池)，並至少具備下列 1 種以上之功能(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/> 具有模擬 30 度之翻身功能，管狀氣囊為 2 層管，並有側邊護欄安全設計</p> <p><input type="checkbox"/> 管狀氣囊周邊加裝利於坐姿移位之邊框</p> <p><input type="checkbox"/> 具有壓力感應之數位幫浦啟停控制系統</p> <p><input type="checkbox"/> 管狀氣囊總高度達 8 英吋(或 20 公分)以上</p>	
<input type="checkbox"/> 居家用照顧床	<input type="checkbox"/> 居家用照顧床 <input type="checkbox"/> 居家用照顧床附加功能-床板背靠段及腿段獨立抬升功能(電動調整) <input type="checkbox"/> 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整) <input type="checkbox"/> 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整) <input type="checkbox"/> 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整)	
	床架規格： <input type="checkbox"/> 一般尺寸 <input type="checkbox"/> 特製尺寸： <input type="checkbox"/> 頭尾板內緣長調整至_____公分 <input type="checkbox"/> 護欄內緣寬調整至_____公分 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 高度最下降至_____公分以下 <input type="checkbox"/> 高度最高上升至_____公分以上	
	底座形式： <input type="checkbox"/> 無輪 <input type="checkbox"/> 附輪 主要操作者： <input type="checkbox"/> 個案本身 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 兩者皆要	
	控制器規格： <input type="checkbox"/> 一般款式 <input type="checkbox"/> 遙控器加大按鈕 <input type="checkbox"/> 其他改良：_____	
	護欄規格	左側 <input type="checkbox"/> 全開式 <input type="checkbox"/> 雙開式 <input type="checkbox"/> 快拆柵欄式 <input type="checkbox"/> 外掀助起式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	右側	<input type="checkbox"/> 全開式 <input type="checkbox"/> 雙開式 <input type="checkbox"/> 快拆柵欄式 <input type="checkbox"/> 外掀助起式 <input type="checkbox"/> 其他：_____
床墊規格	欲搭配之氣墊床厚度：_____公分 建議居家用照顧床床墊厚度：約_____公分以下	
其他配件： <input type="checkbox"/> 電動床桌板 <input type="checkbox"/> 點滴架 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
<input type="checkbox"/> 建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：_____		

2. 其他建議：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印