

安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

保險對象姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	受理日期	年 月 日
身分證字號		原受理編號		受理編號			
聯絡地址						電話	
主診斷 ICD-10-CM	疾病名稱						
收案地點 (必填欄位)	機構：			收案條件	<input type="checkbox"/> 1. 癌症末期 <input type="checkbox"/> 2. 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 3. 失智症 <input type="checkbox"/> 4. 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 5. 心臟衰竭		
	<input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 安養/養護機構 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利機構 <input type="checkbox"/> 住宿式長照機構 <input type="checkbox"/> 榮譽國民之家 <input type="checkbox"/> 在宅						
收案日期	年 月 日		安寧緩和意願書或同意書簽署	病人姓名：			
本次收案核定日期	起日	年 月 日		申請人姓名：			
	迄日	年 月 日		與病人關係：			
日常生活功能評估	ECOG(0-4)：		簽署日期：	年 月 日			
一、病人主要症狀： <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>癌症末期病人： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖 2. <input type="checkbox"/>末期運動神經元病人： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 3. <input type="checkbox"/>失智症： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>確診失智症 <input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅 <input type="checkbox"/>FAST 失智功能評估分級量表等級 7C 以上 <input type="checkbox"/>居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時 <input type="checkbox"/>營養不良：<input type="checkbox"/>1. 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食 <input type="checkbox"/>2. 明顯的體重減輕：過去三個月下降 5%或六個月內下降 10% <input type="checkbox"/>3. 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL <input type="checkbox"/>兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折 <input type="checkbox"/>吸入性肺炎 <input type="checkbox"/>腎盂腎炎或其他上泌尿道感染 <input type="checkbox"/>多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期) <input type="checkbox"/>敗血症 <input type="checkbox"/>反覆發燒，既使已使用抗生素 <input type="checkbox"/>過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院 4. <input type="checkbox"/>其他大腦變質： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷 <input type="checkbox"/>末期大腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如： 							

第一聯：保險人備查 第二聯：院所備查

安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

電解值不平衡 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 瀕死狀態 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者

5. 心臟衰竭：

CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 曾有心臟停止或心肺復甦術病史 常有不明原因的昏厥 心因性腦栓塞 左心室射出分率 ≤ 20%

二、醫囑：

1. 疼痛控制：PCA 其他
2. 其他處置：噴霧 氧氣 排便造瘻口 傷口 尿管 胃管 氣切管 其他留置管 檢驗 其他處理
3. 藥物處方：
4. 轉介：社工人員 臨床心理師 物理/職能治療師 專業靈性照顧人員

三、病人之身體照護：

1. 需定期更換：止痛藥匣 尿管 胃管 氣切管 其他留置管：
2. 指導並協助家屬：褥瘡傷口換藥 留置管護理 造瘻口護理：_____ 口腔護理 灌食調理進食 灌腸 人工血管護理 更換尿袋/點滴瓶技巧 抽痰/扣背排痰/噴霧治療技巧 淋巴水腫按摩技巧 洗頭、洗澡、會陰沖洗 肢體活動及翻身擺位 避免壓瘡 被動運動及病人移位 皮膚護理按摩 指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識、技能及必要之家庭安全設備 其他護理項目：

四、病人與家屬心理社會諮詢與照護：死亡與瀕死調適憂鬱焦慮其他

五、病人及家屬靈性宗教需求之照護：生命意義與價值探尋 靈性平安宗教儀式進行 其他

六、善終準備：

七、醫療品質指標：

- 疼痛控制(疼痛對病人之影響)：(0-10)
- 呼吸困難狀況(呼吸困難對病人的影響)：0:沒有發生呼吸困難 1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息 2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息 3:時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響 4.持續不斷呼吸困難現象

八、其他：

保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳
名稱：	
代號：	
地址：	
電話：	
申請日期： 年 月 日	

醫師簽名：

護理人員簽名：