

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 114 年第 1 次 研商議事會議紀錄

時間：114 年 3 月 5 日下午 2 時 00 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：張美鳳

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

| 代表姓名 | 出席代表 | 代表姓名 | 出席代表 |
|------|------|------|------|
| 白其怡 | 白其怡 | 陳文琴 | 陳文琴 |
| 朱文洋 | 孫建偉 | 張禹斌 | 張禹斌 |
| 宋俊明 | 宋俊明 | 張孟源 | 張孟源 |
| 吳麥斯 | 吳麥斯 | 楊孟儒 | 張春偉 |
| 吳美儀 | 吳美儀 | 楊五常 | 請假 |
| 杜柏村 | 請假 | 廖秋鐸 | 廖秋鐸 |
| 林元灝 | 林元灝 | 蔡宗昌 | 蔡宗昌 |
| 孟令妤 | 孟令妤 | 謝侑伶 | 謝侑伶 |
| 李俊億 | 王斯弘 | 顏大翔 | 顏大翔 |
| 洪冠予 | 請假 | 羅永達 | 羅永達 |
| 施孟甫 | 施孟甫 | | |
| 陳亮妤 | 陳亮妤 | | |

列席單位及人員

| | | | |
|------------------|-----|-----|-----|
| 衛生福利部社會保險司 | 梁淑政 | | |
| 衛生福利部全民健康保險會 | 陳燕鈴 | 方瓊惠 | |
| 台灣醫院協會 | 顏正婷 | 王秀貞 | 何宛青 |
| | 李郁穎 | 林佩菽 | |
| 中華民國醫師公會全國聯合會 | 蘇慧珂 | | |
| 台灣腎臟醫學會 | 許永和 | | |
| 社團法人台灣基層透析協會 | 林元灝 | | |
| 社團法人藥師公會全國聯合會 | 常宏傳 | | |
| 社團法人中華民國腹膜透析腎友協會 | 吳鴻來 | 吳惠芬 | |

| | | | |
|----------|------|------|------|
| 本署臺北業務組 | 陳懿娟* | 柯映瑄* | |
| 本署北區業務組 | 楊淑娟* | 陳祝美* | 王慈錦* |
| | 盧珮茹* | | |
| 本署中區業務組 | 張傳慧* | 張黛玲* | 李筱婷* |
| | 李筱婷* | 林昱* | |
| 本署南區業務組 | 許寶茹* | 許雅婷* | |
| 本署高屏業務組 | 張曉玲* | 張瑾愉* | 謝涵羿* |
| | 蘇家驊* | | |
| 本署東區業務組 | 王素惠* | 江春桂* | 黃寶萱* |
| | 李建旻* | | |
| 本署醫審及藥材組 | 張惠萍 | 張如薰 | 張淑雅 |
| | 羅培心 | 朱沛語 | 陳亞其 |
| 本署醫務管理組 | 劉林義 | 黃珮珊 | 洪于淇 |
| | 呂姿曄 | 陳依婕 | 朱文珮 |
| | 黃思瑄 | 李珮芳 | 張祐禎 |

壹、主席致詞(略)

貳、門診透析預算研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項

第一案 報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案 報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、序號 2、3 解除列管，其餘(如下)繼續列管：

(一)序號 1，有關「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計

畫」因應 eGFR 計算公式之轉換尚須研議，繼續列管。

(二)序號 5(有關建議 CKD、Pre-ESRD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測案)。

(三)序號 4(有關建議增訂「延展性血液透析納入健保給付」案)。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、請於下次會議就門診透析就醫人數、就醫件數、醫療點數之5年趨勢，依醫院、西基別進行統計數據。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析 113 年第 3 季點值結算確認案。

決定：

一、113年第3季點值確認如下，並將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布結算事宜。

| 項目 年季 | 浮動點值 | 平均點值 |
|----------------|------------|------------|
| 113 年 第 3 季 | 0.93799451 | 0.94255145 |

二、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」修訂案。

決議：

一、有關「新增支持腹膜透析院所持續運作費：每家診所及地區醫院各獎勵 300,000 點」一節，請於會後邀集相關團體進行討論達共識後提至全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬

訂會議報告。

二、另本計畫其他新增及修正項目，通過。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年門診透析一般服務預算四季重分配案。

決議：本案通過，各季預算占率如下：

- 一、醫院：第 1 季 24.725211%、第 2 季 25.053051%、第 3 季 25.169226%、第 4 季 25.052512%。
- 二、西醫基層：第 1 季 24.567482%、第 2 季 25.019980%、第 3 季 25.257585%、第 4 季 25.154953%。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：建議 eGFR 計算公式由 MDRD 4-variable 全面變更為 CKD-EPI 計算公式案。

決議：

- 一、個案年齡為 17 歲(含)以上：比照 18 歲，以新公式 CKD-EPI 換算取得。
- 二、DM、Early-CKD、Pre-ESRD 等 VPN 收案系統及健保醫療資訊雲端查詢系統上傳檢驗資料，由本署協助轉換為新公式數據，並將資料上傳至健保醫療資訊雲端查詢系統供院所查詢。
- 三、前開作業請於 114 年 7 月前完成。
- 四、有關藥品給付規定是否調整一節，本署醫審及藥材組將依程序徵詢專家意見後辦理。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案。

決議：

- 一、配合 eGFR 公式變更修訂計畫。
- 二、配合推動 2025 年消除 C 型肝炎計畫，於計畫中增列本計畫收案對象，不符合國民健康署補助成人預防保健 C 型肝炎篩檢者，得執行 1 次 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」。

三、本計畫收案條件維持不變，不增列 UACR 收案條件，惟為配合本計畫之病人，經 UACR 檢測符合 SGLT-2 用藥等條件即可用藥之規定，Pre ESRD 個案 VPN 上傳資料欄位增列「尿白蛋白及尿液肌酸酐比值」。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「居家血液透析」診療項目案，提請討論。

決議：研議以居家血液透析試辦計畫模式執行，後續提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

伍、散會：下午 17 時 15 分

全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

中華民國 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告

中華民國 114 年 月 日健保醫字第 1140000000 號修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

- 一、提升末期腎衰竭病人（End Stage Kidney Disease，下稱 ESKD）腹膜透析治療之占率。
- 二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。
- 三、鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- 四、鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making，下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

參、計畫期間：

自 113114 年 1 月 1 日至 113114 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

- 一、113114 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於加強推動腹膜透析與提升照護品質鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，屬專款專用性質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 二、前述預算先扣除本計畫第柒項「院所獎勵費用」之預估額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第 4 季併同「院所獎勵費用」，進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

伍、113114 年度執行目標

一、腹膜透析新發個案：占率>10%。

(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。

(以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)

二、腹膜透析盛行個案：占率>8%。

(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。

(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請：

一、醫師資格：

(一) 應至少有一名專任腎臟專科醫師。

(二) 設立於山地離島地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。

二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

三、自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。

柒、院所獎勵費用

本項包含「院所開辦腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」。由全民健康保險保險人(下稱保險人)於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所開辦腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。

一、院所開辦腹膜透析獎勵費：包含「新設立腹膜透析室/中心」、「重新收治腹膜透析病人」及「醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心」，由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名

單。

(一)新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)新成立腹膜透析室/中心(設置標準詳附件 12)，如屬新設置之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。

(2)前述腹膜透析室/中心成立後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 23)，醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施及護理人員等費用。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)已設立腹膜透析室/中心，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前本計畫公告生效日前一年(如 114 年 1 月 1 日公告，則前一年係指 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日)皆未收治腹膜透析病人。

(2)~~前述腹膜透析室/中心重新啓用後~~本計畫公告生效日(含)後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

~~註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2)，醫療相互支應。~~

2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新及護理人員等費用。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(三) 醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 200,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准設立之公函。

(2)被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。

註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 23)，醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。

3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。

4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書(如附件 34)，一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。

5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。

~~(四) 支持腹膜透析院所持續運作費：每家院所獎勵 300,000 點。~~

~~1.本項目僅適用於地區醫院以及基層診所。~~

~~2.於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數達 3 人(含)以上。~~

~~3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所(地區醫院、基層診所)僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。~~

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費

| 獎勵條件 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|---|------|------|------|------|------------------|
| 1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 <u>註：山地離島地區加計30%。</u> | V | V | V | V | 36,000 72,000 |
| 2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至12 24 個月)(按月計算) <u>註：山地離島地區加計30%。</u> | V | V | V | V | 10,000 20,000 |

註：1.「首次接受腹膜透析治療之新病人」係指該病人最近三年首次申報腹膜透析追蹤處置費。

2.「持續」係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。

3.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。

4.每月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，每月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。

三、腹膜透析院所推廣獎勵費

(一)獎勵條件：區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達5人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。

(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及113~~114~~年12月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×113~~114~~年12月腹膜透析病人數】

年成長率= $\frac{[(113\text{年}12\text{月腹膜透析病人數}-112\text{年}12\text{月腹膜透析病人數})\div112\text{年}12\text{月腹膜透析病人數}]\times100\%}{}$

| 年成長率 | 獎勵點數 |
|--|-------------------------|
| 1.介於 3 1%至 5 2% (不含) | 1,000 4,000 |
| 2.介於 5 2%至 10 3% (不含) | 2,000 6,000 |
| 3.介於 10 3%至 15 4% (不含) | 3,000 8,000 |
| 4. 介於 4 %至 5 % (不含) | <u>10,000</u> |
| 5. 大於等於 15 5%以上 | 4,000 12,000 |

註：1.~~113~~114 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：每個案獎勵 ~~5,000~~4,000 至 8,000 點。

(一) 獎勵條件：

- 1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。
- 2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含)以上者。

(二) 介於 70 分至 90 分 (不含)：院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數~~x5,000~~4,000 點

大於等於 90 分以上：院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數x8,000 點。

(三) 腹膜透析照護品質指標項目及計算：

| 項目 | 各透析院所病人監測值達成率 | 得分 | 說明 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|
| 1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量 | 使用量占全部透析液 $\leq 55\%$ | 4 分 (季) | 以院所為單位進行計算 |
| 2. 血鈉 ≥ 130 mmol/L | 受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 60\%$ | 8 分 (半年) | |
| 3. 血鉀 ≥ 3.2 mmol/L | 受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 80\%$ | 8 分 (半年) | |

| 項目 | 各透析院所病人 監測值達成率 | 得分 | 說明 |
|---|--------------------------------------|----------|----|
| 4. 心胸比 (Cardiothoracic Ratio) ≤ 0.55 | 受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 70\%$ | 14 分 (年) | |
| 5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內， renal Kt/V 下降 ≤ 0.4 /半年 | 受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 60\%$ | 10 分 (年) | |
| 6. 腹膜炎發生率 | 每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次 | 14 分 (年) | |
| 7. 住院率 | 每千透析人口 \leq 435.28 人次 | 14 分 (年) | |

五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。

獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者。

註:當年度首次接受透析新病人係指最近 3 年首次申報透析相關支付標準編號 (58001C、58002C、58011C、58017C、~~58019C~~、58026C、58028C、58029C) 者。

捌、給付項目及支付標準

通則：病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| P8101C | 執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) -慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次) | V | V | V | V | 600 |
| P8102C | -血液透析治療二年內之病人 (每次) 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年—第 1 次申報門診透析案件 (案件分類為 05) 之費用年」≤2 者。 3.P8102C 限每年申報一次。 4.SDM 及說明內容如附件 45「末期腎衰竭治療模式衛教表」。 | V | V | V | V | 600 |
| P8103A | 執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) 後，成功轉腹膜透析之加算 -CKD Stage 5 之病人 | | | V | V | 600 |
| P8104Q | | V | V | | | 1,400 |
| P8105A | -血液透析治療二年內之病人 | | | V | V | 600 |
| P8106Q | 註： 1.本項由執行醫病共享決策 (SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2.每人限申報一次。 | V | V | | | 1,400 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| P8107C | 腹膜透析病人訪視費(次) | V | V | V | V | 1,200 |
| P8108C | 1.實地訪視 2.視訊訪視 註： 1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(如附件23)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。 2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。 3.不得與下列項目，同時申報： (1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3) <u>當月申報本項目者，不得同月再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)。</u> 4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章 <u>(附件 6)</u> 。 | V | V | V | V | 1,200 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|--------|
| P8109B | <p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p> | | V | V | V | 10,000 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| P8110B | <p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C、01037C）、「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p> | | V | V | V | 5,000 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|--------|
| P8111Q | <p>腹膜透析上轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1. 適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2. 執行規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C 及 01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p> | V | V | V | | 10,000 |
| P8112C | <p>加強病人自我照護品質處置費</p> <p>--連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD)</p> | V | V | V | V | 868 |
| P8113C | <p>--全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD)</p> <p>--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee)</p> | V | V | V | V | 868 |
| P8114C | <p>註：</p> <p>1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果。</p> <p>(1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。</p> <p>(2)解決腹膜透析病人突發之狀況。</p> <p>(3)處理腹膜透析病人營養問題。</p> <p>2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號 58011C、58017C 及 58028C)加成 10%之費用。</p> | V | V | V | V | 7 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| P8115C | <p>--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-- 每月(Remote Patient Management, RPM)</p> <p>註：</p> <p>1. 本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。</p> <p>2. 適用接受全自動腹膜透析治療者。</p> <p>3. 醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構須每月於VPN系統登載個案每日之脫水數據。</p> <p>4. 醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。</p> <p>5. 病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。</p> <p>6. 病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</p> <p>7. 申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</p> <p>8. 執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。</p> | V | V | V | V | 2,499 |

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| P8116B | <p>連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療</p> <p>註：</p> <p>1. 首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。</p> <p>2. 本項支付點數為醫療服務支付標準編號 58012B 加成 50%之費用</p> | | V | V | V | 2,142 |

| | | | | | | |
|--------|--|----------|----------|----------|----------|--------------|
| P8117C | <p><u>輔助型腹膜透析治療處置費(每次)</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1. 本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。</u></p> <p><u>2. 適用對象：</u></p> <p><u>(1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(3)65歲以上。</u></p> <p><u>(4)失能（巴氏量表小於60分）。</u></p> <p><u>(5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(7)植物人。</u></p> <p><u>(8)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。</u></p> <p><u>3. 協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。</u></p> <p><u>4. 針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。</u></p> <p><u>5. 醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件7)。</u></p> <p><u>6. 主責院所或共同照護診所皆可申報。</u></p> <p><u>7. 不得與下列項目，同時申報：</u></p> <p><u>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</u></p> <p><u>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</u></p> <p><u>(3)當月申報本項目者，不得同月再申報P8107C或P8108C腹膜透析病人訪視費。</u></p> <p><u>8. 訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。</u></p> <p><u>9. 申請頻次：</u></p> <p><u>每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為4次。</u></p> | <u>V</u> | <u>V</u> | <u>V</u> | <u>V</u> | <u>1,200</u> |
|--------|--|----------|----------|----------|----------|--------------|

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康

保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

- 1.案件分類：填報「05 洗腎」。
- 2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：

- (1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。
- (2)如為基層診所與醫院簽訂共同照護備忘錄者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3：接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉（代）檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。

2.申報轉診獎勵費(P8109B、P8110B 及 P8111Q)者：「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。其他申報規範同轉診支付標準(編號 01034B-01038C)之規定。

三、醫療費用核付：除本計畫第捌項支付標準外，其餘由台灣腎臟醫學會依下列資料及時程提供本保險人作為核付依據：

(一)簽訂共同照護之院所名單：由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。

(二)下列資料請於次年 1 月底前提供本保險人：

- 1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所開辦獎勵費」之院所名單。
- 2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

拾、退場機制：

未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。

拾壹、預期效益

- 一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。
- 二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。
- 三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。
- 四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

拾貳、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

☐ (第1款)急性後期照護

☐ (第6款)疾病末期照護

☐ (第2款)慢性病照護計畫收案病人

☐ (第7款)矯正機關收容照護

☐ (第3款)長期照顧服務

☐ (第8款)行動不便照護

☐ (第4款)家庭醫師收治照護

☐ (第9款)災害、傳染病或其他重大變
故照護

☐ (第5款)居家醫療照護

☐ (第10款)國際醫療照護

【填寫說明】

1. 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
2. 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| <u>(請下拉選單擇定)</u> | |
| <u>1、主責醫師(即本計畫主持人)</u> | |
| <u>部門、執業科別</u> | <u>姓名</u> |
| | |
| <u>2、其他醫事人員之主責人員</u> | |
| <u>醫事人員類別</u> | <u>姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)</u> |
| <u>(例如：護理師)</u> | <u>○○○</u> |
| <u>(例如：物理治療師)</u> | <u>○○○ (A 物理治療所)</u> |

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| <u>(請下拉選單擇定)</u> | |
| <u>1、主責醫師(即本計畫主持人)</u> | |
| <u>部門、執業科別</u> | <u>姓名</u> |
| | |
| <u>2、其他醫事人員之主責人員</u> | |
| <u>醫事人員類別</u> | <u>姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)</u> |
| <u>(例如：護理師)</u> | <u>○○○</u> |
| <u>(例如：物理治療師)</u> | <u>○○○ (A 物理治療所)</u> |

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| <u>(請下拉選單擇定)</u> | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <u>勾選欄</u> | <u>醫療項目(可複選)</u> | <u>勾選欄</u> | <u>醫療項目(可複選)</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>詢問病情</u> | <input type="checkbox"/> | <u>精神科心理治療</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>提供醫療諮詢</u> | <input type="checkbox"/> | <u>開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>診察、診斷、醫囑</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | <u>開立檢查、檢驗單</u> | <input type="checkbox"/> | <u>原有處方之調整或指導</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>會診</u> | <input type="checkbox"/> | <u>衛生教育</u> |

| <u>(請下拉選單擇定)</u> | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <u>勾選欄</u> | <u>醫療項目(可複選)</u> | <u>勾選欄</u> | <u>醫療項目(可複選)</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>詢問病情</u> | <input type="checkbox"/> | <u>精神科心理治療</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>提供醫療諮詢</u> | <input type="checkbox"/> | <u>開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>診察、診斷、醫囑</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | <u>開立檢查、檢驗單</u> | <input type="checkbox"/> | <u>原有處方之調整或指導</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>會診</u> | <input type="checkbox"/> | <u>衛生教育</u> |

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(二)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第3條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐

第1款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。
- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

☐

第2款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。
- 註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐

第3款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第6款：疾病末期照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

☐

第7款：矯正機關收容照護

- 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
 - 依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第8款：行動不便照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - ☐失能(長期照顧服務法第3條第2款)
 - ☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第5條)
 - ☐重大傷病(全民健康保險法第48條第1項第1款)

☐**第9款：災害、傳染病或其他重大變故照護**

- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。

☐**第10款：國際醫療照護**

- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(三)實施期間：**【填寫說明】**

申請實施期間，建議至多為4年。

(四)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：**1、合作之醫事機構**

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| <u>(請下拉選單擇定)</u> | | | |
|------------------|-------------|-----------|-----------------|
| <u>機構名稱</u> | <u>機構類別</u> | <u>地址</u> | <u>聯絡人姓名、電話</u> |
| | | | |
| | | | |

| <u>(請下拉選單擇定)</u> | | | |
|------------------|-------------|-----------|-----------------|
| <u>機構名稱</u> | <u>機構類別</u> | <u>地址</u> | <u>聯絡人姓名、電話</u> |
| | | | |
| | | | |

2、服務機構（本辦法第6條所定機構或矯正機關）

| <u>機構名稱</u> | <u>機構類別</u> | <u>地址</u> | <u>聯絡人姓名、電話</u> |
|-------------|------------------|-----------|-----------------|
| | <u>（請下拉選單擇定）</u> | | |
| | <u>（請下拉選單擇定）</u> | | |

(五)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以（書面/電子）方式簽署「（醫療機構名稱）通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(六)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？

- ☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是； ☐ 否（勾「否」者，免填以下第3點）

- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統（名稱：○○○），已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

- (1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

（未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於實施之日起15日內，報衛生局備查）

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
- ☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(七)其他事項

自費醫療項目資訊：

| <u>自費醫療項目名稱</u> | <u>收費費額或標準</u> | <u>地方衛生主管機關 核定情形</u> |
|-----------------|----------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |
| | | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

腹膜透析設備應具下列設備：

(1)腹膜透析床(台)。

(2)醫用氣體設備及抽吸設備。

(3)其他周邊設備：

包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。

(4)手部衛生設備。

(5)紫外線消毒燈。

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」 醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

新設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱甲方)

已設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

乙 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫事服務機構成立腹膜透析室/中心輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____（輔導機構名稱）_____（輔導機構代號）

輔導設立腹膜透析室/中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

| 被輔導機構及 負責醫師大、小印章 | 輔導機構印章及負責人印章 |
|---------------------|--------------|
| | |

（請加蓋與合約相符之印信及印鑑）

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日 身份證字號：_____

收案日期：_____年 _____月 _____日 結案日期：_____年 _____月 _____日 原發疾病：_____

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧陪同家屬：☐配偶 ☐子女 ☐兄弟姊妹 ☐家長 ☐其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

| 腹膜透析 | 血液透析 | 腎臟移植 |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 透析通路和原理 | <input type="checkbox"/> 透析通路和原理 | <input type="checkbox"/> 移植的術前評估 |
| <input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者 | <input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者 | <input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點 |
| <input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀 | <input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀 | <input type="checkbox"/> 移植的併發症 |
| <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 | <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 | <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 |
| <input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制 | <input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制 | <input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介 |
| <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) | <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) | <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) |

*醫病共享決策輔助表如附

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1.非常足夠 ☐2.足夠 ☐3.普通 ☐4.不足夠 ☐5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1.非常滿意 ☐2.滿意 ☐3.普通 ☐4.不滿意 ☐5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1.非常瞭解 ☐2.瞭解 ☐3.稍微瞭解 ☐4.不瞭解 ☐5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1.非常有幫助 ☐2.有幫助 ☐3.普通 ☐4.沒有幫助 ☐5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 $15\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$ 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

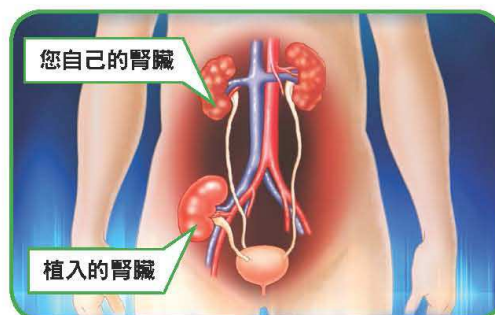
若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

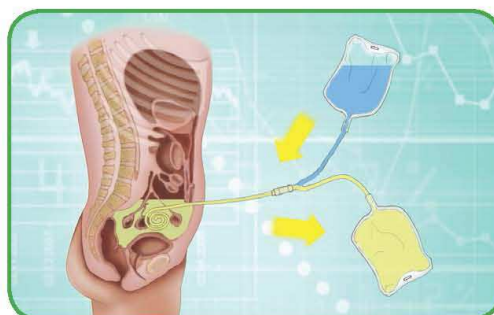
● 第一種： 腎臟移植，俗稱「換腎」

需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種： 腹膜透析，俗稱「洗肚子」

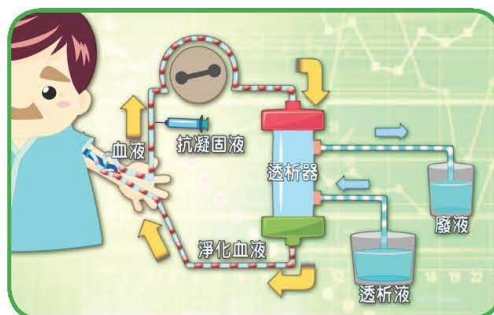
就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。



● 第三種： 血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☒

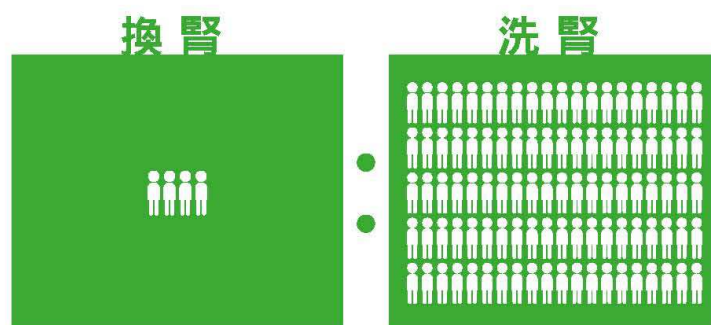
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

| | 比較 | 腎臟移植 | 腹膜透析 | 血液透析 |
|--------------------------|--------------------|--|---|---|
| 存活 | 存活率 ^[2] | 有較佳的存活率 | 與血液透析的存活率相似 | 與腹膜透析的存活率相似 |
| 生理影響 (常見副作用) (併發症) | 手術 | 較大的手術： 腎臟移植手術 | 腹膜透析導管 植入手術 | 手臂瘻管建立手術 |
| | 治療方式 | 終身服用抗排斥藥物 | 按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行 | 在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ■ 換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■ 移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■ 移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4] | <ul style="list-style-type: none"> ■ 腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■ 腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■ 疝氣：追蹤 3 ~ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9] | <ul style="list-style-type: none"> ■ 快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■ 洗腎血管堵塞或感染^[6] ■ 血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11] |
| | | 透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12] | | |

| | 比較 | 腎臟移植 | 腹膜透析 | 血液透析 |
|-------|---------------------|--|--|--|
| 生活影響 | 治療時間 | 無 | 依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時 | 照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時 |
| | 治療場所 | 無 | 家中或任何乾淨適合換液場所 | 透析醫療院所 |
| | 執行治療者 | 無 | 自己或照顧者 | 醫護人員 |
| | 飲食 | 飲食限制少 | 飲食限制中等 | 飲食限制較多 |
| | 活動 | 無 | 腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡 | 洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物 |
| | 生活品質 ^[3] | 生活品質較好 | 與血液透析比較 整體生活品質相似 | 與腹膜透析比較 整體生活品質相似 |
| | 費用 ^[2] | 健保給付 | | |
| 優缺點比較 | 優點 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 存活率高 ■ 不需要再透析而提高生活品質 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 居家操作，自主性高 ■ 保留殘餘腎功能佳 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 由醫護人員操作 ■ 短時間高效率的清除毒素及水分 |
| | 缺點 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 無器官來源 ■ 終身服用抗排斥藥物 ■ 抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■ 每日更換藥水數次 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 手臂要建立瘻管 ■ 一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■ 每次透析要接受 2 次扎針 |

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

| 接受換腎 的理由 | 比較 接近 | | | 一 樣 | | | 比較 接近 | 接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由 |
|---|----------|---|---|--------|---|---|----------|----------------------------|
| 有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我 | < | < | < | <> | > | > | > | 沒有適合的 家屬捐腎給我 |
| 我願意接受 家屬捐腎給我 | < | < | < | <> | > | > | > | 我不願意接受 家屬捐腎給我 |
| 我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的 | < | < | < | <> | > | > | > | 擔心換腎手術失敗 |
| 我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險 | < | < | < | <> | > | > | > | 我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險 |
| 我不願意長期洗腎 | < | < | < | <> | > | > | > | 我可以接受洗腎 |
| 其他： | < | < | < | <> | > | > | > | 其他： |

| 接受腹膜透析的理由 | 比較接近 | | | 一樣 | | | 比較接近 | 接受血液透析的理由 |
|------------------------------------|------|---|---|----|---|---|------|----------------------|
| 我很害怕打針 | < | < | < | <> | > | > | > | 我可以忍受打針 |
| 換藥水的時間 對我而言比較有彈性 | < | < | < | <> | > | > | > | 我可以配合 到醫院洗腎的時間 |
| 我可以找到 適合的換藥水地點 | < | < | < | <> | > | > | > | 我沒有適合的 換藥水地點 |
| 我很在意血液透析 併發症 | < | < | < | <> | > | > | > | 我很在意腹膜透析 併發症 |
| 我可以學習換液技術及 如何自我照顧，或我的 家人可以協助 | < | < | < | <> | > | > | > | 我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好 |
| 我不能接受 手臂開刀做瘻管 | < | < | < | <> | > | > | > | 我不能接受 腹部開刀植管子 |
| 其他： | < | < | < | <> | > | > | > | 其他： |

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

1. 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
2. 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
3. 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
4. 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：（下列擇一勾選）

☐ 腎臟移植

☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療

☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療

☐ 腹膜透析

☐ 血液透析

☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ 對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_index=628&showx=showarticle&article_index=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you- The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOQI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

腹膜透析病人居家訪視紀錄單(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名： 性別：☐男 ☐女 主治醫師：

身分證號碼： 病歷號碼：

透析開始日期(YYYY/MM/DD):

訪視日期： 訪視醫師/護理師：

目前透析方式：☐ CAPD ☐ APD ☐ CCPD

曾發生腹膜炎：☐ 是 ☐ 否

二、居家環境：

1. 屋內環境：☐整齊清潔 ☐尚可 ☐雜亂 ☐灰塵 ☐其他
2. 換液環境：☐特別設置換液間 ☐在臥房內 ☐沒有固定環境
密閉空間-☐有 ☐無 窗簾-☐有 ☐無
3. 換液設備：☐有裝設紫外線滅菌燈 ☐有室內空調
☐電風扇 ☐微波爐 ☐電毯 ☐75%酒精噴槍
☐有透析專用桌子 ☐磅秤 ☐點滴架
☐口罩 ☐S掛鉤 ☐臉盆 ☐乾洗手液
4. 換液桌面：☐木頭 ☐不銹鋼 ☐玻璃墊 ☐塑膠墊 ☐其他
5. 換液位置：☐靠窗 ☐靠牆壁 ☐面對門 ☐背對光源 ☐其他
6. 洗手用物：☐肥皂 ☐洗手乳 ☐無
7. 洗手台： ☐清潔 ☐髒污 流動的水-☐有 ☐無
8. 擦手方式：☐擦手紙 ☐毛巾 ☐其他
9. 透析液存放空間：☐整齊 ☐雜亂 ☐墊高 ☐陽光照射
☐潮濕 ☐陰暗 ☐灰塵
10. 透析液擺放：濃度分類-☐有 ☐無 過期-☐有 ☐無 依日期存放-☐有 ☐無
堆放雜物-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無 其他
11. 導管出口換藥用物：保存方法正確-☐有 ☐無
消毒溶液過期-☐有 ☐無
紗布過期- ☐有 ☐無
棉籤過期- ☐有 ☐無
☐生理食鹽水(☐20cc/☐500cc)
☐其他
12. 換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶) ☐有 ☐無
APD水桶 ☐清潔 ☐汙垢
13. 每日透析記錄本的記錄： ☐有 ☐無 ☐偶爾

三、居家生活評估：

1. 換液技術操作者： ☐自己 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐外傭

☐多人輪流照顧 ☐其他

2. 三餐飲食內容： ☐家人或自己烹調食物 ☐外食 ☐素食

3. 行動能力： ☐正常 ☐需輔助器材 ☐臥床

4. 日常生活狀況： ☐能自行完成 ☐協助下完成 ☐需家人的協助

四、遵從性：

1. 口服藥物： 過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

2. EPO 藥物： 過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境

2. 換液設備

3. 換液桌面

4. 換液位置

5. 洗手用物

6. 透析液存放空間

7. 藥水擺放

8. 導管出口換藥用物

9. 藥物(口服藥/EPO)

附件 7

輔助型腹膜透析病人

醫護人員至居家(機構)處置紀錄單

【適用 P8117C】（留存院所備查）

一、病人基本資料：

姓名： 性別：☐男 ☐女 主治醫師：

身分證號碼： 病歷號碼：

透析開始日期(YYYY/MM/DD):

訪視日期(YYYY/MM/DD)： 訪視地點：☐住家 ☐機構

機構名稱/地址：

訪視院所： ☐ 主責 ☐ 共同照護 訪視醫師/護理師：

目前透析方式：☐ CAPD ☐ APD ☐ CCPD

曾發生腹膜炎：☐ 是 ☐ 否

二、輔助型腹膜透析適應症：

☐視力障礙（具身心障礙證明）。

☐ 上肢障礙（具心障礙證明）。

☐65歲以上。

☐失能（巴氏量表小於60分）。

☐ 智能障礙（具身心障礙證明）。

☐失智症（具身心障礙證明）。

☐ 植物人。

☐因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，

如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

三、輔助型腹膜透析的執行者：

姓名： 性别：☐男 ☐女

身分證字號/外來人口統一證號： 與病人的關係：

首次執行輔助型腹膜透析的日期(YYYY/MM/DD):

四、請說明本次處置內容（確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術）：

全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫

102年1月24日健保醫字第1020020699號公告
 102年 7月29日健保醫字第1020033493號公告修訂
 102年12月20日健保醫字第1020003863號公告修訂
 103年12月31日健保醫字第1030014998號公告修訂
 104年12月25日健保醫字第1040034420號公告修訂
 106年1月16日健保醫字第1050016044號公告修訂
 107年 5月 1日健保醫字第1070005217號公告修訂
 108年 1月 2日健保醫字第1070017684號公告修訂
 109年7月21日健保醫字第1090009971號公告修訂
 110年10月22日健保醫字第1100013993號公告修訂
 113年10月1日健保醫字第1130118837號公告修訂自114年1月1日生效

壹、依據：

全民健康保險會協定全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施目標：

- 一、對慢性腎臟病之高危險群進行個案管理，以期早期發現，積極治療與介入，以有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生。
- 二、結合跨專業跨領域之醫療團隊，建立以病人為中心之慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- 三、降低晚期腎臟病發生率。

參、預算來源：

- 一、本計畫由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應。
- 二、本計畫照護對象依第肆條實施內容第九項規定，執行C型肝炎病毒抗體檢查費用，由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務費」項下支應。

肆、實施內容：

一、參與院所與申請程序：

由具有下列資格醫療團隊之全民健康保險（以下稱本保險）特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請。

- (一) 醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意後，始可參與本計畫。

(二) 衛教護理人員：

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或中華民國藥師公會全國聯合會等合作辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。
2. 持有101年以前由台灣腎臟護理學會、台灣營養學會或台灣腎臟醫學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。

(三) 營養師：得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務一次。

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會或台灣營養學會合作辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者
2. 領有台灣營養學會之腎臟專科營養師證書者。

(四) 藥師：具有下列資格者，亦得加入本計畫之團隊：

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會、台灣營養學會或中華民國藥師公會全國聯合會合作辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。
2. 領有中華民國藥師公會全國聯合會與台灣腎臟醫學會合作辦理之慢性腎臟病藥事照護訓練班合格證書者。
3. 執業登記有符合前述資格藥師之特約藥局，得與參加本計畫之基層院所合作，並向本保險轄區分區業務組報備。本項相關費用由基層院所申報，並將保險人核付費用交付合作藥局。
4. 社區藥局藥師對收案對象所作相關藥事照護評估情形，應回饋予合作之基層院所，並由基層院所記錄於病歷。

二、照護對象及收案條件：

(一) 屬 stage 3B、4或5期之慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD)或蛋白尿之病人：以下稱 CKD 病人

1. 定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N04.9(腎病症候群)或 N18.3、N18.4、N18.5 (慢性腎衰竭)之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。

-ICD-10-CM(2023 年版)：N04.9(腎病症候群)或 N18.30、N18.32、N18.4、N18.5 (慢性腎衰竭) (自一百十四年一月一日起適用)

2. 收案條件:符合下列條件之病人，於收案院所之病史(或由他院轉來時他院之腎功能異常病史)，須符合慢性腎臟病定義(符合收案條件並有三個月以上之病史)。

- (1) CKD stage 3B：腎絲球過濾率(estimated Glomerular Filtration Rate,以下稱 eGFR) 30~44.9ml/min/1.73 m²之各種疾病病人。
- (2) CKD stage 4：eGFR 15~29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病人。
- (3) CKD stage 5: eGFR < 15 ml/min/1.73 m²之各種疾病病人。
- (4) 蛋白尿病人：24小時尿液總蛋白排出量大於1,000 mg 或尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein and creatinine ratio,以下稱 Upcr)> 1,000mg/gm 之明顯蛋白尿病人，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3A，即腎絲球過濾率估算值 eGFR ≥45~60 ml/min/1.73 m²之蛋白尿病人。

(二) 因急性腎臟損傷(Acute Kidney Injury，AKI)後成為急性腎臟疾病(Acute Kidney Disease，AKD) 者：以下稱 AKD 病人

1. 定義：非屬本計畫之收案病人，發生急性腎臟損傷住院，經治療出院一個月內再次門診就診時，主次診斷為 ICD-10-CM/PCS 急性腎臟損傷相關之診斷碼(ICD-10-CM 為 N17.-)且門診時 eGFR<45 ml/min/1.73 m²者。

2. 收案條件:

- (1) AKD-3B：收案時約等於 CKD stage 3B，eGFR 30~44.9 ml/min/1.73m²。
- (2) AKD-4：收案時約等於 CKD stage 4，eGFR 15 ~ 29.9 ml/min/1.73m²。
- (3) AKD-5：收案時約等於 CKD stage 5，eGFR <15 ml/min/1.73m²。
- (4) AKD-D：曾經因 AKI 接受短暫連續性腎臟替代療法，目前尚未脫離透析，亦未持有永久有效之透析重大傷病。

※eGFR 之計算：

1. 年齡0-16歲：採用新版的bed side Schwartz 計算公式。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Schwartz)} = 0.413 \times (\text{height in cm}) \div \text{serum Cr} \circ$$

2. 年齡16歲以上：~~自96年度起均以simplified MDRD 4-variable 公式為計算 eGFR 之標準公式；自114年0月0日起，更改以 CKD-EPI 公式為計算 eGFR 之標準公式：~~

~~$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Simplified MDRD)} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black patient)} \circ$$~~

~~註：~~

~~(1) 此常數為186之公式，適用於血清肌酸酐測定法為使用 picric acid 之 Jaffe 反應方法，且機器未經 Isotope Dilution Mass Spectrometry (IDMS) 校正者。~~

~~(2) 若血清肌酸酐測定法為 Enzymatic method 或機器經 IDMS 校正者，應使用下列常數為175之公式：~~

~~IDMS Traceable MDRD-Simplified GFR (4-variable equation)~~

~~$$\text{eGFR (mL/min/1.73 m}^2\text{)} = 175 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.210 \text{ (if African American)} \circ$$~~

~~$$\text{註：eGFR} = 142 \times \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(\text{Scr}/\kappa, 1) \cdot 1.200 \times 0.9938 \text{Age} \times 1.012 \text{ [if female]}$$~~

※Up_{cr} 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl) 及 urine creatinine (mg/dl)，Up_{cr} mg/g cr = Urine total protein / Urine creatinine × 1,000。

三、收案程序：

- (一) 收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。
- (二) CKD 病人如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案及 AKD 相關費用，如：CKD 新收案管理照護費 (P3402C)、AKD 新收案管理照護費 (P6802C)、AKD 病人衛教照護費 (P6803C)、AKD 病人照護成效獎勵費 (P6806C~P6809C)、AKD 新收

案藥事照護費(P6814C)及 AKD 藥事照護定期追蹤費(P6815C)。

(三) AKD 病人若已結案為腎功能恢復之個案，如腎功能再次惡化，符合收案條件，可再次以 CKD 或 AKD 收案，惟不得申報 CKD 新收案管理照護費(P3402C)、AKD 新收案管理照護費(P6802C)、AKD 新收案藥事照護費(P6814C)。

(四) 同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)，申報相關醫療費用。

四、結案條件：

(一) 因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。

(二) 因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者:進入長期透析者，必須符合尿毒症重大傷病卡適應症，且須完成附表4「末期腎衰竭病患治療模式衛教及滿意度調查表」衛教表。

(三) 進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。

(四) 因其他系統性疾病造成轉他科治療或他院治療者：原收案之院所應結案，以利他院所繼續照護。

(五) 屬下列條件，不得申報 P3405C「結案資料處理費」：

1. 可歸因於病人者：

(1) 長期失聯(≥ 180 天)或病人未執行本計畫管理照護超過六個月者。

(2) 拒絕再接受治療。

(3) 死亡。

(4) 其他。

2. 屬 AKD 收案對象經九十日照護，若符合下列條件須予以結案：

(1) 腎功能恢復或改善，其 eGFR 大於(含)45 ml/min/1.73m²者。

(2) AKD 照護九十天後，若收案對象腎功能恢復狀況符合醫療服務支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病(以下稱 Early-CKD 方案)收案條件，可改由該方案收案。

五、照護指引：

(一) 醫療照護：

1. 依照 K-DOQI Guideline 給予病人最適切之醫療(另參考國民健康署與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」)。
2. 對於 CKD Stage3B、4及蛋白尿病人照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
3. CKD Stage 5病人照護目標，應進行慢性腎臟病之醫病共同決策(Shared Decision Making, SDM)，以周全的準備，在適當的時機經順利的過程安全地進入透析治療。
4. AKD 病人：
 - (1) 應由病人臨床狀況、每日尿量、腎功能與電解質檢驗數據，判斷腎功能恢復情形。對尚在接受透析治療病人，依其狀況嘗試讓病人脫離透析治療。
 - (2) 阻緩腎臟功能惡化、避免藥物傷害，依照台灣急性腎臟損傷臨床照護指引完成下列照護目標：
 - A. 追蹤腎臟功能和蛋白尿。
 - B. 控制貧血、血壓、血糖、血脂、電解質及酸鹼異常、尿酸等。
 - C. 調整藥物、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生，並評估是否再使用急性腎臟損傷之前所用藥物。
 - D. 若病人腎臟功能持續惡化時，在執行 SDM 後於適當時機決定進入腎臟替代療法。

(二) 護理衛教：

除須依臨床症狀提供與教導符合 CKD 或 AKD 病人之衛教知識與資料外，且能掌握病人狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療與照護上必要訊息與溝通機會。

(三) 飲食營養衛教：

除須依臨床症狀提供與教導符合 CKD 或 AKD 病人之營養知識與資料外，且能掌握病人飲食配合狀況，提供醫師與家屬在醫療與

照護上必要訊息與溝通機會。

(四) 腎臟移植衛教：

應充分揭露腎臟移植之相關資訊與知識，如屍腎與活腎捐贈之手術方式、恢復時間及術後可能副作用等相關訊息，接受衛教對象應包含病人親屬，以提供充分資訊。

(五) 急慢性腎臟病藥事照護：

1. 本計畫收案對象且符合下列條件之一者：

- (1) 急性腎臟損傷後照護。
- (2) 用藥品項大於(含)十項。
- (3) 具有 CKD 外之二項以上共病。
- (4) 近期使用 NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)。
- (5) 其他原因經醫師轉介。

2. 藥事照護內容：

- (1) 根據病人用藥情形，導入整合性評估，提供醫師在醫療照護上的建議。
- (2) 由病人用藥配合度情形，執行正確用藥指導，調整用藥習慣。
- (3) 透過適切的用藥指導，提供病人或照顧者在醫療與照護上的必要訊息，其內容可包括疾病自我照護之指導及建議、用藥知識及藥物使用指導。

(六) 其他：例如社工師、其他專科醫師等，專業知識的諮詢。

六、照護指標：

(一) CKD Stage 3B、4及蛋白尿病人(參照附表2-5)：

1. 血壓控制在130/80 mmHg 以下的比例。
2. 低密度脂蛋白膽固醇(Low-density lipoprotein-Cholesterol, LDL-C)控制在100mg/dL 以下，三酸甘油脂(Triglyceride, TG)控制在150mg/dL 以下。
3. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)控制在7.5%以下的比例。

4. 完成護理衛教的比例。
5. 完成營養衛教的比例。
6. 以蛋白尿條件收案病人收案後 Upcr < 200 mg/gm 之比例。

(二) 尚在追蹤之 CKD Stage 5病人(參照附表2-5)：

1. 使用促紅血球生成素(Erythropoietin, EPO)的比例。
2. 血紅素>8.5g/dL 的比例。
3. 血壓控制在130/80 mmHg 以下的比例。
4. 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)控制在100 mg/dL 以下，三酸甘油脂(TG)控制在150 mg/dL 以下。
5. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)控制在7.5%以下的比例。
6. 完成瘻管或導管之比例。
7. 完成護理衛教的比例。
8. 完成營養衛教的比例。

(三) 進入透析之 CKD Stage 5病人，結案時須有記載下列資料(參照附表3)：

1. 使用 EPO 的比例。
2. 血紅素>8.5 g/dL 的比例。
3. 血清白蛋白(Serum albumin)在3.5 gm/dl (BCG)或3.0 gm/dl(BCP)以上的病人比例。
4. 選擇腹膜透析病人數及比例。
5. 完成血液透析瘻管的比例。
6. 開始透析沒有使用暫時性導管透析的比例。
7. 由門診開始進入透析治療的比例。
8. 未透析即選擇活體腎臟移植的病人數及比例。
9. 完成護理衛教的比例。
10. 完成營養衛教的比例。
11. Stae 5結案病人追蹤超過6個月之比例。
12. 完成附表4「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表」的比例。
13. 當年度該院所有申請尿毒症重大傷病卡之病人中，經本計畫收案

照護後始進入透析者所占之比例。

(四) 藥事照護介入之病人：

1. 用藥配合度提升比例。
2. 指標藥物 NSAIDs 使用減少比率。

(五) AKD 病人照護九十天後之照護指標：

1. AKD 整體申報病人數。
2. AKD 申報病人衛教照護人數與比例。
3. AKD 病人照護成效：
 - (1) 因腎功能恢復脫離 Pre-ESRD 照護條件(最終 $\geq 45\text{ml/min/1.73m}^2$)人數及比例。
 - (2) 腎臟功能恢復兩級人數及比例。
 - (3) 腎臟功能恢復一級人數及比例。
 - (4) 脫離暫時性血液透析治療人數及比例。

七、給付項目及支付標準：

(一) CKD 病人管理照護費及獎勵費：慢性腎臟病(CKD) Stage 3B、4、5期及蛋白尿病人。

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|--|-------|
| P3402C | <p>CKD 新收案管理照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 內含醫師照護費400點、護理照護費200點、營養照護費200點及資料管理費400點。2. 每人限申報一次，曾申報 P6802C「AKD 新收案管理照護費」者不得申報。3. 須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後3個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表2-3。4. 下列照護個案資料，留存院所備查：<ol style="list-style-type: none">(1)附表2-1「AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表」。(2)附表2-2「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。(3)附表2-3「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」：屬蛋白尿病人(U_{pcr}>1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 U_{pcr} 一次。(4)附表2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。(5)附表5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 | 1,200 |

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|--|-------|
| | (6)附表5-2 「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 | |
| P3403C | <p>CKD 完整複診衛教及照護費(每次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 2.收案後至少間隔七十七天，方能申報。每三個月申報一次，每次申報至少間隔七十七天。 3.符合本案收案條件之病人，經照護後，其 eGFR 回復到 Stage 3A 或蛋白尿 Upcr < 1000 mg/gm 且 >200 mg/gm 時，亦可申報本項費用。 4.須記錄檢驗等資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後3個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表2-3；其他項目請依病人病情需要檢驗。 5.下列照護個案資料，留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)附表2-2 「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。 (2)附表2-3 「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」:屬蛋白尿病人(Upcr > 1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 Upcr 一次。 (3)附表2-4 「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (4)附表5-1 「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (5)附表5-2 「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 | 600 |
| P3404C | <p>CKD 年度評估費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 2.本項申報前十二個月，須至少完成申報 P3403C 「CKD 完整複診衛教及照護費(每次)」三次，且須與最後一次 P3403C 至少間隔七十七天。每人每年限申報一次。 3.於完成年度檢查，須記錄檢驗資料。檢驗（報告）日期須於就醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表2-5。 4.同年月符合申報本項及 P3405C 「結案資料處理費」時，僅能申報 P3405C。 5.下列照護個案資料，留存院所備查: <ol style="list-style-type: none"> (1)附表2-3 「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」:屬蛋白尿病人(Upcr>1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 Upcr 一次。 (2)附表2-5 「慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表」。 | 600 |
| P3406C | <p>CKD 病人照護獎勵費：</p> <p>-屬 Stage 3B、4期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)糖尿病人：eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m²/year。 (2)非糖尿病人：eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m²/year。 | 1,500 |
| P3407C | <p>-屬 Stage 5期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件:</p> | 3,000 |

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|-------|
| P3408C | <p>(1)糖尿病人：eGFR 下降速率$<6\text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$。</p> <p>(2)非糖尿病人：eGFR 下降速率$<4\text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$。</p> <p>(3)前述病人，若進入透析或接受腎移植者，事前須完成瘻管或導管準備。</p> <p>-屬蛋白尿病人，其蛋白尿達完全緩解者(U_{pcr}$<200\text{ mg/gm}$)。</p> <p>註：</p> <p>1. P3406C 及 P3407C 每人每年限申報一次；P3408C 每人限申報一次。</p> <p>2. 附表2-5「慢性腎臟病(CKD)個案年度照護評估紀錄表」，如收案滿一年以上者，上年度最後之時點，為當年度計算之起始點。</p> | 1,000 |
| P3409C | <p>CKD 病人持續照護獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。</p> <p>2.本計畫收案照護滿三年，且完成申報三次 P3404C「CKD 年度評估費」或第四年起每年完成申報 P3404C 者，得申報本項。每人每年限申報一次。</p> <p>2.當年符合申報 P3406C、P3407C 或本項者，擇一申報。</p> | 2,000 |

(二) AKD 病人管理照護費及獎勵費：

曾於本計畫收案者(曾申報過 P3402C~P3411C 及 P3414C、P3415C、P3416C 者)，不得申報任一 AKD 相關費用。

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|--|-------|
| P6802C | <p>AKD 新收案管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1. 經診斷為 AKI 並符合本計畫收案者，依規定記載相關量表、記載病人病史紀錄（詳表2-1）。</p> <p>2. 內含醫師照護費400點、護理照護費200點、營養照護費200點及資料管理費400點。每人限申報一次。</p> <p>3. 須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後3個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表7-2。</p> <p>4. 已申報本項者，不得再申報 P3402C「CKD 新收案管理照護費」。</p> <p>5. 下列照護個案資料，留存院所備查：</p> <p>(1)附表2-1「AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表」。</p> <p>(2)附表2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。</p> <p>(3)附表5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。</p> <p>(4)附表5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。</p> <p>(5)附表7-1「急性腎臟疾病(AKD)評估紀錄表」。</p> <p>(6)附表7-2「急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄」。</p> | 1,200 |

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|-------|
| P6803C | <p>AKD 病人衛教照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 2. 每人限申報一次，須與 P6802C 至少間隔七十七天，且不得超過九十二天。 3. 原 AKD 收案病人，經九十天照護後，符合 CKD 收案條件者，仍可繼續給予照護，得申報 P3403C「CKD 完整複診衛教及照護費(每次)」，且須間隔七十七天。 4. AKD 病人收案後，九十天內未復診者，不得申報本項，惟病人腎功能仍不佳($\text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 或蛋白尿病人)，仍可持續由本計畫收案。 5. 須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後3個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表7-2；其他項目請依病人病情需要檢驗。 6. 下列照護個案資料，留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)附表2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (2)附表5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (3)附表5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 (4)附表7-2「急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄」。 | 600 |
| | <p>AKD 病人照護成效獎勵費：</p> <p>依腎功能恢復程度，給予 AKD 病人照護成效獎勵費。每人限申報一次(不得重複申報 P6806C、P6807C、P6808C、P6809C)；且須申報過一次 P6803C 者。</p> | |
| P6806C | -屬 AKD-4或 AKD-5之收案對象($\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，經九十天照護後，病人之 $\text{eGFR} \geq 45 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 者。 | 1,500 |
| P6807C | -屬 AKD-5之收案對象($\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，經九十天照護後，病人之 eGFR 進步至 $\geq 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 但 $\text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 者。 | 1,000 |
| P6808C | -屬 AKD-3B、AKD-4或 AKD-5之收案對象($\text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，經九十天照護後，病人之 eGFR 進步 AKI 一級(AKD-5進步至 AKD-4，AKD-4進步至 AKD-3B，AKD-3B 進步至 $\text{eGFR} \geq 45 \text{ ml/min/1.73m}^2$)者。 | 500 |
| P6809C | -屬 AKD-D 之收案對象，經九十天照護後，腎功能改善脫離透析三十天以上(不論最終 eGFR 恢復程度)。 | 1,500 |

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|----|---|------|
| | 註:未符合上述獎勵條件者，其腎功能持續異常超過九十天，屬於本計畫之病人，應持續在本計畫照護。接受透析而未能脫離者，則於申請重大傷病時結案(申報 P3405C)，進入長期透析。 | |

(三) CKD/AKD 藥事照護費：

曾於本計畫收案者(曾申報過 P3402C~P3411C 及 P3414C、P3415C、P3416C 者)，不得申報任一 AKD 相關費用。

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|------|
| P3414C | CKD 新收案藥事照護費 註： 1.經評估新收案之病人後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護服務，方能申報本項費用，並記錄於藥事照護評估紀錄(附表6-1)。每人限申報一次。 2.藥事照護評估紀錄如下，相關紀錄留存院所備查： (1)用藥配合度諮詢服務（附表6-1-1、附表6-2）。 (2)藥師整合性服務（附表6-1-2）。 (3)藥師藥事指導（附表6-1-3、附表6-3）。 4.曾申報 P6814C 者，不得再申報本項。 | 200 |
| P3415C | CKD 藥事照護定期追蹤費 註： 1. 收案後至少間隔七十七天，方能申報。每三個月可申報一次，每次申報至少間隔七十七天。 2. 經評估後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護，方能申報本項費用，相關紀錄留存院所備查： (1)藥事照護評估紀錄（附表6-1） (2)用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表（附表6-2）。 (3)藥師藥事指導/衛教項目（附表6-3）。 | 200 |
| P3416C | CKD 年度藥事評估費 註： 1. 收案滿一年。本項申報前十二個月，須完成申報 P3415C「CKD 藥事照護定期追蹤費」或 P6815C「AKD 藥事照護定期追蹤費」至少一次，且須與最後一次 P3415C 至少間隔七十七天。每人每年限申報一次。 2. 經評估後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護，方能申報本項費用，其中一項須為藥師整合性服務。下列相關紀錄留存院所備查： (1)藥事照護評估紀錄（附表6-1）。 | 200 |

| | | |
|--------|--|-----|
| | <p>(2)用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表（附表6-2）。</p> <p>(3)藥師藥事指導/衛教項目（附表6-3）。</p> <p>3.同年月發生本項及 P3405C「結案資料處理費」時，僅能申報 P3405C。</p> | |
| P6814C | <p>AKD 新收案藥事照護費</p> <p>註：</p> <p>1.經評估新收案之病人後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護服務，方能申報本項費用，並記錄於藥事照護評估紀錄(附表6-1)。每人限申報一次。</p> <p>2.藥事照護評估紀錄如下，相關紀錄留存院所備查:</p> <p>(1)用藥配合度諮詢服務（附表6-1-1、附表6-2）。</p> <p>(2)藥師整合性服務（附表6-1-2）。</p> <p>(3)藥師藥事指導（附表6-1-3、附表6-3）。</p> <p>3.曾申報本項者，不得再申報 P3414C「CKD 新收案藥事照護費」。</p> | 200 |
| P6815C | <p>AKD 藥事照護定期追蹤費</p> <p>註：</p> <p>1.本項須於申報 P6814C 後，間隔七十七天以上申報，惟與 P6802C 間隔於九十二天內。每人限申報一次。</p> <p>2.原 AKD 收案病人，經九十天照護後，符合 CKD 收案條件及藥事照護條件者，仍可繼續給予藥事照護服務，並申報 P3415C，惟須間隔七十七天以上。</p> <p>3.藥事人員至少須完成藥事照護服務兩項，且照護內容須包含6-1-3避免藥物腎傷害項目。相關紀錄留存院所備查(附表6-1、6-2、6-3)。</p> | 200 |

(四) 結案資料處理費及其他獎勵費：

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|------|
| P3405C | <p>結案資料處理費</p> <p>註：</p> <p>1. 須記錄檢驗資料，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表2-3及附表3。同一院所同一病人限申報一次。</p> <p>2. 須符合下列情形之一者:</p> <p>(1)屬 CKD stage 5之病人：在收案院所至少追蹤三個月以上之結案個案，至少須申報一次 P3403C 或一次 P6803C。</p> <p>(2)屬 CKD stage 3B、4之病人：在收案院所至少追蹤六個月以上之結案個案，至少須申報【二次 P3403C】或【一次 P6803C 及一次 P3403C】。</p> <p>(3)若收案時為 AKD-D 之病人，經九十天照護後，仍未脫離透析者（須申報過一次 P6803C）。</p> <p>3. 如屬本計畫第肆項第四款結案條件為(五)者，不得申報本項費用。</p> | 600 |

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|--|--------|
| | <p>4. 應記錄下列照護個案資料，留存院所備查：</p> <p>(1)附表2-3「CKD 病人檢驗紀錄總表」。</p> <p>(2)附表3「AKD/CKD 個案照護結案表」。</p> <p>(3)附表4「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表」。</p> | |
| P3410C | <p>預先建立瘻管或導管獎勵費</p> <p>註：每人限申報一次。須符合下列條件，方得申報：</p> <p>1. 屬本計畫第肆項第四款結案條件之(二)「因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者」且完成申報 P3405C「結案資料處理費」。</p> <p>2. 首次透析沒有使用暫時性導管(含 Hickman catheter(69006C)及 perm cath(69039B)之長期置入血管導管)，且完成之瘻管或導管必須有功能可做為第一次血液透析或腹膜透析使用。</p> | 1,000 |
| P3411C | <p>保險對象接受親屬活體腎臟移植者之照護獎勵費</p> <p>-尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並完成接受親屬活體腎臟移植。</p> | 60,000 |
| P3412C | <p>-已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿六個月，並完成接受親屬活體腎臟移植。</p> | 30,000 |
| P3413C | <p>-已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明六個月以上，並完成接受親屬活體腎臟移植。</p> <p>註：</p> <p>1. P3411C 由本計畫照護院所申報。</p> <p>2. P3412C、P3413C 由說服保險對象接受親屬活體腎臟移植之透析院所申報。若說服病人接受手術之院所有爭議時，依手術前一年內申報透析醫令數最多者認定之。</p> | 10,000 |
| P3417C | <p>末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：符合本計畫收案條件之病人，經轉診至參與本計畫特約院所或科別確定收案，但不得為醫療服務支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病（以下稱 Early CKD 方案）之個案。</p> <p>2.由原轉診院所或科別申報，每人限申報一次，且不得再申報醫療服務支付標準(01034B-01038B)，且不得重複申報 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」。</p> <p>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</p> <p>4.原轉診院所須提供病人腎臟功能相關資料予接受轉診院所參考。若為院內跨科轉診，須保留院內跨科轉診紀錄於病歷內。(鼓勵跨院轉診或院內跨科轉診，但排除已參加本計畫同一院所的腎臟科互轉)。</p> <p>5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p> | 200 |

八、醫療費用申報及核付原則：

(一) 預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(二) 本計畫之醫療費用申報規定如下：

1. 門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

(1) 案件分類：請填報「E1」。

(2) 特定治療項目代號：請填報「K1」。

(3) 就醫序號：請填報「ICK1」。

(4) 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

2. 保險對象接受親屬活體腎臟移植之透析院所申報 P3412C 及 P3413C 醫令代碼之費用，其醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報代號，同前開規定。

3. 藥事照護費之申報原則：

(1) 執業登記有符合資格藥師之特約藥局，得與參加本計畫之基層院所合作，並向本保險分區業務組報備。相關藥事照護費用由基層院所申報，並將保險人核付費用交付合作藥局。

(2) 合作藥局藥師對收案對象所作相關藥事照護評估情形，應回饋予合作之基層院所，並由基層院所記錄於病歷。

(3) 申報各項藥事照護費時，「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。特約藥局合作之診所，除前開必填欄位外，點數清單段「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」亦為必填欄位。

(三) 健保資訊網 VPN 系統上傳：

1. 健保卡登錄就醫類別 CA，不累計就醫次數，基本資料、檢驗資料及藥事服務資料仍由原健保資訊網 VPN 系統收載。

2. 院所應於次月20日前上傳基本資料、檢驗資料及藥事服務資料至

末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網 VPN 系統，未依期限上傳者，不予核發本計畫相關費用。

3. 就醫日期(掛號當日日期)及檢驗日期(報告日期)務必確實填入，且就醫日期與醫療費用申報之就醫日期須相符合，以利費用正確勾稽。
4. 請參照附表1「Pre-ESRD 個案 VPN 上傳資料格式及說明」，依規定於 VPN 資訊系統上傳相關資料。

(四) 當年之費用及相關資料請於次年1月20日前申報受理完成(3月底前核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

九、慢性腎臟病患者為感染 C 型肝炎高風險族群，故針對本計畫之收案對象，請院所加強推動收案個案接受 C 型肝炎篩檢，執行前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認是否已接受國民健康署成人預防保健 C 型肝炎篩檢：

(一)符合國民健康署成人預防保健服務終身一次補助資格者：請依成人預防保健相關補助規定辦理。

(二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所於新收案時，得執行 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」，執行個案最多一次。

伍、計畫評估：

一、預期效益如下：

- (一) 促使急慢性腎臟病病人得到合宜之照護與有效利用醫療資源。
- (二) 減緩慢性腎臟病病人進入尿毒症的時程。
- (三) 慢性腎臟病照護團隊的照護品質能與全民健保支付制度扣連。
- (四) 保險人能有效控制醫療費用(符合成本效益)。
- (五) 慢性腎臟病病人照護品質的資料更趨透明化，以充分掌握或分享，並能成為醫療院所臨床上進行品質改善的工具。

二、保險人得舉辦本計畫執行概況檢討或發表會，由台灣腎臟醫學會或參與本計畫之特約醫療院所報告，藉以進行計畫成果檢討及經驗交流。

陸、計畫修正程序：

本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表1 Pre-ESRD 個案 VPN 上傳資料格式及說明

格式說明：

1. 批次檔案類型格式為XML檔(副檔名為.xml)或定長檔(副檔名為.txt)。
2. 批次檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號。
3. 批次檔案名稱之醫療院所代碼必須與登入之醫療院所代碼相同，費用年月必須與上傳之費用年月相同。
4. 批次檔案內容須採用保險人提供之XML或定長格式。
5. 批次檔案名稱規則如下：
 - (1) 若檔案資料格式為XML者，則檔名為「esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml」；藥師服務資料區檔名為「P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml」。
 - (2) 若檔案資料格式為定長者，則檔名為「esrd_醫事服務機構代號_費用年月.txt」；藥師服務資料區檔名為「P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.txt」。
 - (3) 英文字母允許大小寫。
 - (4) 英文字母、數字、底線皆為半型。
 - (5) 檔名若不符合規則，則無法上傳成功。
6. 若為定長文字檔，基本資料及檢驗資料區每筆資料長度為256Bytes；藥師服務資料區長度為74Bytes。

一、XML 檔案格式表

(一)基本資料區

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|--------|-------------|----|----|--|
| 1 | * | esrd01 | 醫事機構代號 | X | 10 | 醫事服務機構代號 |
| 2 | * | esrd02 | 個案姓名 | X | 20 | 1. 中文字採使用 Big-5碼，至多為5個。 2. 外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3. 一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。 |
| 3 | * | esrd03 | 個案身分證號 | X | 10 | 如為 A123456789則輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) |
| 4 | * | esrd04 | 出生日期 | X | 7 | 1. 第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。 2. 第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 3. 第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 |
| 5 | * | esrd05 | 個案性別 | X | 1 | 1：男；2：女(限制格式與數字範圍1-2) |
| 6 | * | esrd06 | 原發疾病 | X | 5 | 就醫日期於105/01/01以後者，請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患則不限 Stage，可填報 N181-N186) |
| 7 | △ | esrd07 | 原發疾病-ICD-10 | X | 9 | 不須填寫 |

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|--------|-------------|----|----|--|
| 8 | * | esrd08 | 伴隨疾病_有無 | X | 1 | Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N, 則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y, 則其他伴隨疾病至少填一項 |
| 9 | * | esrd09 | 伴隨疾病_腎臟病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 10 | * | esrd10 | 伴隨疾病_糖尿病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 11 | * | esrd11 | 伴隨疾病_高血壓 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 12 | * | esrd12 | 伴隨疾病_心臟血管疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 13 | * | esrd13 | 伴隨疾病_腦中風 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 14 | * | esrd14 | 伴隨疾病_肝臟疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 15 | * | esrd15 | 伴隨疾病_免疫風濕疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 16 | * | esrd16 | 伴隨疾病_其他 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 17 | △ | esrd17 | 伴隨疾病其他說明 | X | 60 | 限20個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填 |
| 18 | △ | esrd18 | 結案原因 | X | 1 | 0: 其他 1: 腎臟移植 2: 長期失聯(≥180天) 3: 拒絕再接受治療 4: 死亡 5: 進入長期透析 6: 蛋白尿緩解 7: 因其他系統性疾病造成轉他科或他院治療 8: 病人未執行本計畫管理照護超過6個月者 9: 進入安寧照護 A: AKD 病人腎功能改善或恢復, eGFR ≥ 45者。 B: AKD 病人照顧90天後依 Early-CKD 方案收案者。 |
| 19 | △ | esrd19 | 結案原因—其他說明 | X | 60 | 若 TREATMENT_STATUS=0, 則 TREATMENT_OTHER 為必填。 |
| 20 | △ | esrd20 | 結案日期 | X | 7 | 1. 個案結案的日期 (1) 第1、2、3碼為民國年份, 不足位者前補0。例如民國99年, 為099。 (2) 第4、5碼為月份, 不足位者前補0。例如5月, 為05。 (3) 第6、7碼為日期, 不足位者前補0。例如9日, 為09。 2. 若結案原因有填寫, 則結案日期為必填。 3. 結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。 |

(二)檢驗資料區

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-------|----------|----|----|---|
| 1 | * | test1 | 檢驗(報告)日期 | X | 7 | 個案在院所實際檢驗的日期 1. 第1、2、3碼為民國年份, 不足位者前補0。例如民國99年, 為099。 2. 第4、5碼為月份, 不足位者前補0。例如5月, 為05。 3. 第6、7碼為日期, 不足位者前補0。例如9日, 為09。 |

| 項次 | 必 要 性 | XML 欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-------------|-----------|------------------|-------------------|----|--|
| 2 | * | test2 | 就醫日期 | X | 7 | 1. 個案就醫的日期 (1)第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2)第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 (3)第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 2. 就醫日期不可大於結案日期。 |
| 3 | * | test3 | 急慢性腎臟病分期 | X | 2 | 3b：CKD Stage3B 40：CKD Stage4 50：CKD Stage5 60：蛋白尿病人 A1：AKD-1 A2：AKD-2 AA：AKD-3A AB：AKD-3B A4：AKD-4 A5：AKD-5 AD：AKD-D |
| 4 | * | test4 | 體重 | 9 | 3 | 單位：Kg，小數四捨五入取整數，如57.5Kg 則輸入為58，如100Kg 則輸入100 |
| 5 | * | test5 | 收縮壓 | 9 | 3 | 單位：mmHg，如收縮壓為120，輸入120 |
| 6 | * | test6 | 舒張壓 | 9 | 3 | 單位：mmHg，如舒張壓為80，則輸入80 |
| 7 | △ | test7 | 血紅素 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 整數3位，小數1位及1位小數點 單位 g/dL，如13.2g/dL，則輸入13.2 若 STAGE = 60，則非必填 |
| 8 | △ | test8 | 血清白蛋白 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 整數3位，小數1位及1位小數點 單位：g/dl，如為4.3g/dl 則輸入4.3 若 STAGE = 60，則非必填 |
| 9 | △ | test9 | 肌酐比值 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 整數3位，小數1位及1位小數點 單位：mg/dl，如為1.8mg/dl 則輸入1.8 若 STAGE = 60，則非必填 |
| 10 | △ | test10 | 腎絲球過濾率 | 9(4)v9 9999.9 | 5 | 整數4位，小數1位及1位小數點 以 MDRD-S 公式計算，單位：ml/min/1.73 m ² ，如50.16 ml/min/1.73 m ² ，則輸入50.2 若 STAGE = 60，則非必填 |
| 11 | △ | test11 | 尿蛋白及尿液肌酸酐比值 | 9(5)v9 99999.9 | 6 | 整數5位，小數1位及1位小數點 單位：mg/gm，如為1000mg/gm 則輸入1000 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C/P6802C，則 Upcr 為必填 若 STAGE = 60，則 Upcr 為必填 |
| 12 | △ | test12 | 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C) | 9999 | 4 | 整數4位 單位：mg/dL，如為100mg/dL 則輸入100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為必填 若 STAGE = 60，則 LDL-C 非必填 |
| 13 | △ | test13 | 三酸甘油酯(TG) | 99999 | 5 | 整數5位 單位：mg/dL，如為100mg/dL 則輸入100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 若 STAGE = 60，則 TG 非必填 |

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|--------|--------------|-------------------|----|---|
| 14 | △ | test14 | 腎絲球過濾率(新) | 9(4)v9 9999.9 | 5 | 整數4位，小數1位及1位小數點 以 CKD-EPI 公式計算，單位：ml/min/1.73 m ² ，如 50.16 ml/min/1.73 m ² ，本欄位由本署依公式帶入。 |
| 15 | △ | test15 | 尿白蛋白及尿液肌酸酐比值 | 9(5)v9 99999.9 | 6 | 整數5位，小數1位及1位小數點 單位：mg/gm，如為 500mg/gm 則輸入 500 |

(三) 藥事服務資料區 (檔名為 P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml)

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|---------|------------------------|----|----|--|
| 1 | * | Pesrd01 | 醫事服務機構代號 | X | 10 | 醫院或診所之醫事服務機構代號 |
| 2 | * | Pesrd02 | 個案身分證號 | X | 10 | 如為 A999999999則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) |
| 3 | * | Pesrd03 | 出生日期 | X | 7 | 個案就醫出生的日期 1. 第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 2. 第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 3. 第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 |
| 4 | △ | Pesrd04 | 特約藥局代號 | X | 10 | 1. 基層診所與特約藥局合作者必填 2. 填社區藥局之醫事服務機構代號 |
| 5 | * | Pesrd05 | 評估藥師身分證字號 | X | 10 | 1. 輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) 2. 提供諮詢服務之藥師 |
| 6 | * | Pesrd06 | 藥師評估日期 | X | 7 | 1. 藥師評估的日期 (1) 第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2) 第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 (3) 第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 2. 藥師評估日期不可大於結案日期。 |
| 7 | * | Pesrd07 | 案件類別 | X | 1 | 1：AKD 2：CKD |
| 8 | * | Pesrd08 | 照護階段 | X | 1 | 案件類別為(1:AKD) 0：新收案 1：追蹤 案件類別為(2:CKD) 0：新收案 1：定期追蹤 2：年度追蹤 |
| 9 | * | Pesrd09 | pCKD 收案條件-用藥品項 ≥10項 | X | 1 | Y:有, N:無 |

| 項次 | 必要性 | XML欄位 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|---------|---------------------------------------|----|----|--|
| 10 | * | Pesrd10 | pCKD 收案條件-有使用 NSAIDs | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 11 | * | Pesrd11 | pCKD 收案條件->2項共病 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 12 | * | Pesrd12 | pCKD 收案條件-醫師轉介 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 13 | * | Pesrd13 | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)- 顯影劑(14天內) | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 14 | * | Pesrd14 | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)- co-trimoxazole | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 15 | * | Pesrd15 | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)- 抗病毒劑 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 16 | * | Pesrd16 | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)- 其它腎臟毒性藥品 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 17 | △ | Pesrd17 | 服藥配合度分數(ARMS) | 99 | 2 | 1. 請填列分數(12-48分之間), 未執行填「0」 2. 申報 P6814C、P3414C 及 P3416C 為必填 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 18 | * | Pesrd18 | 服用 OTC/保健(健康)食品 | X | 1 | Y:有 N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 19 | * | Pesrd19 | 服用中藥、草藥 | X | 1 | Y:有 N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 20 | * | Pesrd20 | 近期有使用 NSAIDs | X | 1 | Y: 處方 NSAIDs Z: 其他來源 NSAIDs B: 處方及其他來源 NSAIDs 均有 N: 無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 21 | * | Pesrd21 | 醫師或其他醫事人員是否接受建議 | X | 1 | Y: 接受建議 N: 不接受 C: 無建議, 持續追蹤用藥反應 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 22 | * | Pesrd22 | 藥師藥事指導-A 疾病自我照顧 | X | 1 | Y:有, N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 23 | * | Pesrd23 | 藥師藥事指導-B 用藥知識及藥物使用指導 | X | 1 | Y:有, N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 24 | * | Pesrd24 | 藥師藥事指導-C 指導用藥技巧 | X | 1 | Y:有, N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |
| 25 | * | Pesrd25 | 藥師藥事指導-D 避免藥物腎傷害 (AKD 收案重點衛教) | X | 1 | Y:有, N:無 註: 資料來源: 藥事照護評估紀錄 |

二、定長文字檔格式表

(一)定長文字檔格式

1.基本資料及檢驗資料區

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-------------|----|----|---|
| 1 | * | 醫事機構代號 | X | 10 | 醫事服務機構代號 |
| 2 | * | 個案身分證號 | X | 10 | 如為 A999999999則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) |
| 3 | * | 出生日期 | X | 7 | 1. 第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。 2. 第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 3. 第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 |
| 4 | * | 個案性別 | X | 1 | 1：男；2：女(限制格式與數字範圍1-2) |
| 5 | * | 原發疾病 | X | 5 | 就醫日期於105/01/01以後者，請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患則不限 Stage，可填報 N181-N186) |
| 6 | △ | 原發疾病-ICD-10 | X | 9 | 不需填寫 |
| 7 | * | 伴隨疾病_有無 | X | 1 | Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N, 則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y, 則其他伴隨疾病至少填一項 |
| 8 | * | 伴隨疾病_腎臟病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 9 | * | 伴隨疾病_糖尿病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 10 | * | 伴隨疾病_高血壓 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 11 | * | 伴隨疾病_心臟血管疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 12 | * | 伴隨疾病_腦中風 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 13 | * | 伴隨疾病_肝臟疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 14 | * | 伴隨疾病_免疫風濕疾病 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 15 | * | 伴隨疾病_其他 | X | 1 | Y:有 N:無 |
| 16 | △ | 結案原因 | X | 1 | 0：其他 1：腎臟移植 2：長期失聯(≥180天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：進入長期透析 6：蛋白尿緩解 7：因其他系統性疾病造成轉他科或他院治療 8：病人未執行本計畫管理照護超過6個月者 9：進入安寧照護 A:AKD 病人腎功能改善或恢復，eGFR≥45者 B:AKD 病人照顧90天後依 Early-CKD 方案收案者 |
| 17 | △ | 結案日期 | X | 7 | 1. 個案結案的日期 (1)第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2)第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 |

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-----------|------------------|----|--|
| | | | | | (3)第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 2. 若結案原因有填寫，則結案日期為必填。 3. 結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。 |
| 18 | * | 個案姓名 | X | 20 | 1. 中文字採使用 Big-5碼，至多為5個。 2. 外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3. 一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。 |
| 19 | △ | 伴隨疾病－其他說明 | X | 60 | 限20個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填 |
| 20 | △ | 結案原因－其他說明 | X | 60 | 若 TREATMENT_STATUS=0, 則 TREATMENT_OTHER 為必填。 |
| 21 | * | 檢驗(報告)日期 | X | 7 | 個案在院所實際檢驗的日期 1. 第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 2. 第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 3. 第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 |
| 22 | * | 就醫日期 | X | 7 | 1. 個案就醫的日期 (1)第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2)第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 (3)第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 2. 就醫日期不可大於結案日期。 |
| 23 | * | 急慢性腎臟病分期 | X | 2 | 3b: CKD Stage3B 40: CKD Stage4 50: CKD Stage5 60: 蛋白尿病患者 A1: AKD-1 A2: AKD-2 AA: AKD-3A AB: AKD-3B A4: AKD-4 A5: AKD-5 AD: AKD-D |
| 24 | * | 體重 | 9 | 3 | 單位:Kg, 小數四捨五入取整數, 如57.5Kg 則輸入為058, 如100Kg 則輸入100 |
| 25 | * | 收縮壓 | 9 | 3 | 單位: mmHg, 如收縮壓為120, 輸入120 |
| 26 | * | 舒張壓 | 9 | 3 | 單位: mmHg, 如舒張壓為80, 則輸入080 |
| 27 | △ | 血紅素 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 單位 g/dL, 如13.2g/dL, 則輸入0132 若 STAGE = 60, 則非必填 |
| 28 | △ | 血清白蛋白 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 單位: g/dl, 如為4.3g/dl 則輸入0043 若 STAGE = 60, 則非必填 |
| 29 | △ | 肌酐比值 | 9(3)v9 999.9 | 4 | 單位: mg/dl, 如為1.8mg/dl 則輸入0018 若 STAGE = 60, 則非必填 |
| 30 | △ | 腎絲球過濾率 | 9(4)v9 9999.9 | 5 | 以 MDRD-S 公式計算, 單位: ml/min/1.73 m ² , 如50.16 ml/min/1.73 m ² , 則輸入00502 若 STAGE = 60, 則非必填 |

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|------------------|-------------------|----|--|
| 31 | △ | 尿蛋白及尿液肌酸酐比值 | 9(5)v9 99999.9 | 6 | 單位：mg/gm，如為1200.6mg/gm則輸入012006 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C/P6802C，則 UPCR 為必填 若 STAGE = 60，則 UPCR 為必填 |
| 32 | △ | 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C) | 9999 | 4 | 整數4位 單位：mg/dL，如為100mg/dL則輸入0100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為必填，未檢驗時請填4 bytes 空白 若 STAGE = 60，則 LDL-C 非必填 |
| 33 | △ | 三酸甘油酯(TG) | 99999 | 5 | 整數5位 單位：mg/dL，如為100mg/dL則輸入00100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 未檢驗時請填5 bytes 空白 若 STAGE = 60，則 TG 非必填 |
| 35 | △ | 腎絲球過濾率(新) | 9(4)v9 9999.9 | 5 | 以 CKD-EPI 公式計算，單位：ml/min/1.73 m ² ，如 50.16 ml/min/1.73 m ² ，則輸入 00502，本欄位由本署依公式帶入 |
| 36 | △ | 尿白蛋白及尿液肌酸酐比值 | 9(5)v9 99999.9 | 6 | 單位：mg/gm，如為 1200.6mg/gm則輸入 012006 |

2.藥事服務資料區（檔名為P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT）

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-----------|----|----|--|
| 1 | * | 醫事服務機構代號 | X | 10 | 醫院或診所之醫事機構代號 |
| 2 | * | 個案身分證號 | X | 10 | 如為 A999999999則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) |
| 3 | * | 出生日期 | X | 7 | 個案出生的日期 (1)第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2)第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 (3)第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 |
| 4 | △ | 特約藥局代號 | X | 10 | 1. 基層診所與特約藥局合作者必填 2. 填社區藥局之醫事服務機構代號 |
| 5 | * | 評估藥師身分證字號 | X | 10 | 1. 輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) 2. 提供諮詢服務之藥師 |

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-----------------------------------|----|----|---|
| 6 | * | 藥師評估日期 | X | 7 | 1. 藥師評估的日期 (1)第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。 (2)第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 (3)第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 2. 藥師評估日期不可大於結案日期。 |
| 7 | * | 案件類別 | X | 1 | 1：AKD 2：CKD |
| 8 | * | 照護階段 | X | 1 | 案件類別為(1:AKD) 0：新收案 1：追蹤 案件類別為(2:CKD) 0：新收案 1：定期追蹤 2：年度追蹤 |
| 9 | * | pCKD 收案條件-用藥品項≥10項 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 10 | * | pCKD 收案條件-有使用 NSAIDs | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 11 | * | pCKD 收案條件->2項共病 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 12 | * | pCKD 收案條件-醫師轉介 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 13 | * | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-顯影劑(14天內) | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 14 | * | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-co-trimoxazole | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 15 | * | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-抗病毒劑 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 16 | * | 影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-其它腎臟毒性藥品 | X | 1 | Y:有, N:無 |
| 17 | △ | 服藥配合度分數(ARMS) | 99 | 2 | 1. 請填列分數(12~48分之間)，未執行填「0」 2. 申報 P6814C、P3414C 及 P3416C 為必填 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 18 | * | 服用 OTC/保健(健康)食品 | X | 1 | Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 19 | * | 服用中藥、草藥 | X | 1 | Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 20 | * | 近期有使用 NSAIDs | X | 1 | Y：處方 NSAIDs Z：其他來源 NSAIDs B：處方及其他來源 NSAIDs 均有 N：無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 21 | * | 醫師或其他醫事人員是否接受建議 | X | 1 | Y: 接受建議 N: 不接受 C: 無建議，持續追蹤用藥反應 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |

| 項次 | 必要性 | 資料名稱 | 屬性 | 長度 | 中文名稱/資料說明 |
|----|-----|-------------------------------|----|----|-----------------------------|
| 22 | * | 藥師藥事指導-A 疾病自我照顧 | X | 1 | Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 23 | * | 藥師藥事指導-B 用藥知識及藥物使用指導 | X | 1 | Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 24 | * | 藥師藥事指導-C 指導用藥技巧 | X | 1 | Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |
| 25 | * | 藥師藥事指導-D 避免藥物腎傷害 (AKD 收案重點衛教) | X | 1 | Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄 |

(二)定長文字檔範例

1. 基本資料與檢驗資料(檔名為 esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT)

| | |
|---|---------------------|
| 3501200000A9999999990240723158500 | YNNYNNNN01020301陳小姐 |
| 拒參加計畫 | |
| 100101310010133b07004508102400044001900510013000010000100 | |

2. 藥事服務資料 (檔名為 P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT)

*如屬基層診所與特約藥局合作者，範例如下：

| |
|--|
| 3501200000A12345678902410313501200000B12345678911010181YNNNNNN48NNBCYYYY |
|--|

*如非屬基層診所與特約藥局合作者，範例如下：

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 0131200000A1234567890241031 | B12345678911010181YNNNNNN48NNBCYYYY |
|-----------------------------|-------------------------------------|

XML 拆解為定長文字檔的格式說明：

- 個案姓名(esrd02)、伴隨疾病其他說明(esrd17)、結案原因－其他說明(esrd19)的 XML 欄位，拆解為定長放置在基本資料區的最後。
- 若型態為字串(X)欄位長度不足位，則左靠不足補空白。
- 若型態為數值(9)欄位長度不足位，則右靠不足補空白。
- 小數點處理方式：
 - (1)若有小數點，拆解為文字檔必須把小數點移除，且補滿整數與小數之位數。
 - (2)範例：以檢驗資料第10項為例，9(3)v9表示整數3位，小數1位，若 XML 為89，則寫到文字檔為0890。
- *：必填欄位；△：非必填欄位。

附表2-1 AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表(留存院所備查)

【適用 P3402C、P6802C】

☐急性腎臟疾病(AKD) ☐慢性腎臟疾病(CKD)

「*」者為 AKD/CKD 必填項目、「△」者為 CKD 必填，其餘項目可依醫療院所能力填寫

I. 病人基本資料：病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

*基本資料：登錄日期：____年____月____日

*姓名：_____ 病歷號碼：_____ *身分證字號：_____

*生日：____年____月____日 *性別：男、女 血型：A、B、AB、O、未驗

婚姻：已婚、未婚、離婚、喪偶、分居、同居、未明 宗教信仰：_____

教育程度：無、小學、國中、高中(職)、大專(學)以上

職業：軍、公、教、農、林、漁、牧、商、工、礦、學生、自由業、家管、無、其他：

溝通語言：國語、閩南語、客家話、原住民語言、其他：_____

主要經濟來源：獨立自主、父母、配偶、子女、手足、政府、朋友

*目前居住地：_____ 電話：_____

*縣市：_____ *區鄉市鎮：_____ 村里：_____

路街：_____ 段巷弄樓號：_____

II. 病史記錄：

*本院開始 AKD/CKD 治療日期：____年____月____日 主治醫師：_____

△原發病大類：_____ (請參照腎臟醫學會透析軟體疾病分類表)

△原發病細類：_____

△其他：_____

△發現至今歷史：時間：_____ 周； _____ 月； _____ 年

1. 病人腎臟疾病病史：(可複選)

(A) 過去病史：

* (1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

(2) 發現腎臟疾病之症狀前是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 ☐ 是 ☐ 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未痊癒 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

蛋白尿或血尿 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

背部肋骨下緣疼痛 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

時常覺得倦怠無力 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

夜裡無法入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

血壓高，全身不適 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

| | | | |
|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 夜裡頻尿，無法入睡 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 尿量減少 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 胃口不好 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 常有噁心、嘔吐之情形 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 有頭暈、眼花之情形或貧血 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 夜裡須採坐姿，才能入睡 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

* (3) 使用藥物病史：

| | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 時常服用中草藥或偏方 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 時常因疼痛服用止痛劑 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 時常找其他方式打針，如（消炎、止痛） | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 使用不明藥物 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

(4) 就診方式：

| | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 自行就診 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 他科轉入 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 經親朋介紹 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 經報章媒體介紹 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

* (B) 伴隨系統性疾病：(Co-morbidity，就醫時除腎臟疾病外已經存在的疾病)

| | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 高血壓 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 鬱血性心臟病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 缺血性心臟病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 腦血管病變 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 慢性肝病/肝硬化 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 惡性腫瘤 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 結核病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 高血脂症 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 視網膜病變 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 神經病變 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 貧血 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 自體免疫疾病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

(C) 過去治療病史：

| | | |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| 未治療 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 很正規治療 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 注射紅血球生成素 (EPO) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 曾輸血 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 服用中草藥 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 服用 NSAIDs 止痛劑 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 服用健康食品：_____ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

* (D) 自我照顧狀況：

| | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 完全獨立 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 須旁人協助 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 完全由旁人照顧 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 抽菸：(____根／日，持續____年，戒菸____年) | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 喝酒：(頻率：____量：____種類：____) | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 運動：(頻率：____，項目：____) | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 檳榔：(____粒／日，持續____，戒檳榔____年) | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |

*2. 其他疾病家族史：

| | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----|
| a. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| b. 高血壓 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| c. 心臟病 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| d. 腦血管病變 (中風) | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| e. 高血脂症 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| f. 腎臟病 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| g. 惡性腫瘤：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| h. 痛風 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| i. 遺傳性腎臟疾病：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| j. 自體免疫疾病 | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |

III. 收案前後使用藥物：

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----|
| 使用降壓藥： | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARBs <input type="checkbox"/> Other:_____ | | | | | | |
| 注射胰島素：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 使用降血糖藥：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 使用降血脂藥：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 注射紅血球生成素 (EPO)：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |

IV. 住出院紀錄 (收案日起往前回溯一年內)

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----|
| 住院日期：____年__月__日至____年__月__日 / 原因：_____ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| ____年__月__日至____年__月__日 / 原因：_____ | | | | | | |

V. 自我照顧評估與健康行為：

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----|
| 1. 您每天有規則服藥？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 2. 您有依照醫師指示定期到醫院回診、檢查？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 3. 您定期 (至少3次/週) 保持運動嗎？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 4. 您有飲食控制？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 5. 您的最近血糖是否控制在飯前120mg/dl 以下？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 6. 您的血壓是否控制在130/80mmHg 以下？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 7. 您的體重是否控制在建議範圍？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 8. 您有每星期至少一次定期測血壓？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 9. 您有規則記錄血壓值？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |
| 10. 您有定期追蹤血液檢查？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> | 不知道 |

說明：1. 本表已在國民健康署之腎臟保健推廣機構計畫使用多年，病人病史記錄較詳細，但為顧慮院所層級與人力，標示*號之項目為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選。

2. 本表為病人基本資料，請注意保密性。

3. 門診新收個案，且依規定填報相關量表後，得申報相關收案管理照護費。

4. 資料須留存院所備查。

附表2-2 慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表(留存院所備查)

【適用 P3402C、P3403C】

CKD 病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：____年____月____日 收案日期：____年____月____日

| 衛教日期 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 |
|--|--|--|--|--|
| 衛教對象 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬：____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 衛教方式 | <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| BP (mmHg) | | | | |
| BW(kg) | | | | |
| 腰圍(cm) | | | | |
| 臀圍(cm) | | | | |
| BMI | | | | |
| BUN (mg/dl) | | | | |
| Cr. (mg/dl) | | | | |
| 血紅素(g/dL) | | | | |
| CC-GFR(自行參考) | | | | |
| eGFR(MDRD-S) 或 bed side Schwartz | | | | |
| Stage | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 藥物使用 | | | | |
| 降壓藥 | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARBs <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARBs <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARBs <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARBs <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 胰島素 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 降血糖藥 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 降血脂藥 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 紅血球生成素 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 住院紀錄 | | | | |
| 住院日期 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 |
| 出院日期 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 | ____年____月____日 |
| 原因 | | | | |
| 衛教指導項目 (依代碼填寫) | | | | |
| 備註 | | | | |
| 衛教師簽名 | | | | |

說明：1. 衛教內容請依 CKD 照護各階段之衛教指導項目編號填寫，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查。

2. 本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本表請置於病歷內或病人個案管理檔案中。

慢性腎臟疾病(CKD)照護各階段之衛教內容（附表2-2參用）

| Stage 1：（半年追蹤一次）腎功能正常微量蛋白尿 eGFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m ² | |
|---|--|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值 ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計畫方案 | 1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性 |

| Stage 2：（半年追蹤一次）輕度慢性腎衰竭 eGFR：60~89 ml/min/1.73 m ² | |
|--|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式 | 2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症 |

| Stage 3：（三個月追蹤一次）中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m ² | |
|---|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計畫 | 3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹 |

| Stage 4：（三個月追蹤一次）重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m ² | |
|--|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路 | 4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療（血液透析、腹膜透析、腎臟移植） 4-5. 介紹透析治療通路（動靜脈瘻管、雙腔透析導管、腹膜透析導管） |

| Stage 5：（二週至四週追蹤一次）末期腎臟病變 eGFR： <15 ml/min/1.73 m ² | |
|---|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●瞭解緊急就醫黃金時段 ●能說出血管通路種類與自我照護 ●認識透析治療合併症 ●能參與透析治療之選擇 | 5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析） 5-5. 換腎準備須知介紹 |

附表2-3 慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表 (留存院所備查)

【適用 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C】

CKD 病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期： 年 月 日 收案日期： 年 月 日

| 申報類別 | 新收案 | 追蹤1 | 追蹤2 | 追蹤3 | 年度 | 追蹤1 | 追蹤2 | 追蹤3 | 年度 | | 結案 |
|--|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|--|----|
| 年/月/日 | | | | | | | | | | | |
| BP (mmHg) | | | | | | | | | | | |
| BH (cm) | | | | | | | | | | | |
| BW (kg) | | | | | | | | | | | |
| MDRD-S 或 bed side Schwartz(ml/min/1.73 m ²) | | | | | | | | | | | |
| CG-GFR (ml/min) (自行參考) | | | | | | | | | | | |
| CKD Stage | | | | | | | | | | | |
| WBC (×1000/u1) (參考) | | | | | | | | | | | |
| Hb (g/dl) | | | | | | | | | | | |
| Hct (%) (參考) | | | | | | | | | | | |
| Platelet (×1000/u1) (參考) | | | | | | | | | | | |
| BUN (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| Creatinine (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| Uric acid (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| Na (mmol/L) | | | | | | | | | | | |
| K (mmol/L) | | | | | | | | | | | |
| Total Ca (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| P (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| HCO ₃ (meq/L)or TC02 (參考) | | | | | | | | | | | |
| Albumin (gm/dl) | | | | | | | | | | | |
| CHOL (mg/dl) (參考) | | | | | | | | | | | |
| TG (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| HDL-C (mg/dl) (參考) | | | | | | | | | | | |
| LDL-C (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| AC Sugar (mg/dl) (DM) | | | | | | | | | | | |
| HbA1C(%) (DM) | | | | | | | | | | | |
| Urine Total Protein (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| Urine Creatinine (mg/dl) | | | | | | | | | | | |
| Urine PCR (mg/g) | | | | | | | | | | | |
| <u>Uacr (mg/g)</u> | | | | | | | | | | | |
| HBsAg (一次) (參考) | | | | | | | | | | | |
| Anti-HCV (一次) (參考) | | | | | | | | | | | |
| GPT (IU/L) (參考) | | | | | | | | | | | |

備註：

1. 本表供收案期間所有檢驗資料彙整之用，含新收個案 P3402C、三個月追蹤 P3403C、年度評估 P3404C 及結案 P3405C，無底色者為規定填寫應做之檢驗項目，有底色者為參考項目可量力完成與填寫，本表須留存院所備查供抽審。
2. 蛋白尿病人(U_{per}>1000mg/gm)，每6個月及1年須檢測 Urine PCR 一次。

附表2-4 AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表(黏貼病歷用)

【適用 P3402C、P3403C、P6802C、P6803C】

☐急性腎臟疾病(AKD) ☐慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 病歷號碼：_____ 衛教日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | |
|---------|--------|----------------------------------|------------|------|-------|-------------|-------|
| Stage : | eGFR : | ml/min/1.73 m ² /BP : | mmHg /BW : | Kg / | BUN : | mg/dl /Cr : | mg/dl |
|---------|--------|----------------------------------|------------|------|-------|-------------|-------|

第_____次衛教/衛教指導項目：

| | | |
|---|---|---|
| Stage 1: eGFR : ≥ 90 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> 1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 <input type="checkbox"/> 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 <input type="checkbox"/> 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 <input type="checkbox"/> 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 <input type="checkbox"/> 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 <input type="checkbox"/> 1-6. 類固醇藥物之護理指導 <input type="checkbox"/> 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 <input type="checkbox"/> 1-8. 教導定期追蹤之重要性 | Stage 2: eGFR : 60-89 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> 2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 <input type="checkbox"/> 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 <input type="checkbox"/> 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 <input type="checkbox"/> 2-4. 簡介高血壓及其併發症 <input type="checkbox"/> 2-5. 簡介高血脂及其併發症 <input type="checkbox"/> 2-6. 簡介糖尿病及其併發症 | Stage 3: eGFR : 30-59 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> 3-1. 簡介慢性腎衰竭 <input type="checkbox"/> 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 <input type="checkbox"/> 3-3. 影響腎功能惡化的因子 <input type="checkbox"/> 3-4. 血液透析治療介紹 <input type="checkbox"/> 3-5. 腹膜透析治療介紹 <input type="checkbox"/> 3-6. 正確透析時機介紹 |
| Stage 4: eGFR : 15-29 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> 4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 <input type="checkbox"/> 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 <input type="checkbox"/> 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 <input type="checkbox"/> 4-4. 持續介紹透析治療 (HD、PD、換腎) <input type="checkbox"/> 4-5. 介紹透析治療通路 (動靜脈瘻管、雙腔導管、腹膜透析導管) <input type="checkbox"/> 其他：_____ | Stage 5: eGFR : < 15 ml/min/1.73 m² <input type="checkbox"/> 5-1. 把握緊急就醫黃金時段 <input type="checkbox"/> 5-2. 血管通路的照護 <input type="checkbox"/> 5-3. 腹膜透析導管的照護 <input type="checkbox"/> 5-4. 透析治療合併症介紹 (血液透析、腹膜透析) <input type="checkbox"/> 5-5. 換腎準備須知介紹 | |

認知評值：☐1. 完全了解，能做到 ☐2. 完全了解，不能做到 ☐3. 部分了解 ☐4. 完全不了解

行為評值：☐1. 不願意接受 ☐2. 願意接受 ☐3. 已改變中 ☐4. 持續維持

衛教師簽名：_____ 病人簽名：_____ (或家屬簽名：_____)

說明：病人或家屬簽名後張貼於當次就診病歷內，作為申報相關費用查核依據，資料留存院所備查。

附表2-5 慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表(黏貼病歷用)

【適用 P3404C、P3406C、P3407C、P3408C】

CKD 病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)；

收案條件：第____項【請依本計畫第二項 CKD 病人收案條件之項號填寫，如(1)，(2)，(3)，(4)。】

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：____年____月____日 收案日期：____年____月____日

年度照護起止日期：____年____月____日至____年____月____日

1、檢驗資料：請將年度檢驗資料填入附表2-3，並依最近狀況評估後，完成2-1至2-2、3、3-1至3-3。

2-1、年度照護指標 (Stage 3B、4及蛋白尿 CKD 病人適用)(以最近狀況評估)

| | |
|--|---|
| A. 血壓控制在130/80 mmHg 以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| B. 低密度脂蛋白膽固醇控制在100mg/dL 以下，三 酸甘油酯控制在150mg/dL 以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| C. 糖尿病病人 HbA1c 控制在7.5%以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| D. 完成護理衛教(完成4次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| E. 完成營養衛教(至少完成2次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| F. 符合 Stage 3B、4病人之獎勵條件：收案時 eGFR 15-45ml/min/1.73m ² /year，給予照護1年後 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m ² /year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m ² /year | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 (請勾選3-1) |
| G. 符合蛋白尿之獎勵條件 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 (請勾選3-3) |

2-2、年度照護指標 (Stage 5 CKD 病人適用)(以最近狀況評估)

| | |
|--|---|
| A. 使用 EPO | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| B. 血紅素>8.5g/dL | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| C. 血壓控制在130/80 mmHg 以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| D. 低密度脂蛋白膽固醇控制在100mg/dL 以下，三 酸甘油酯控制在150mg/dL 以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| E. 糖尿病病人 HbA1c 控制在7.5%以下 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| F. 已作好瘻管或導管 | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| G. 完成護理衛教(完成4次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| H. 完成營養衛教(至少完成2次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 |
| I. 符合 Stage 5病人之獎勵條件：收案時 eGFR <15ml/min/1.73m ² /year，給予照護1年後 DM 病 人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m ² /year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m ² /year | <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 (請勾選3-2) |

3、Stage 3B、4、5及蛋白尿病人年度 eGFR :(不論是否符合獎勵皆須完成)

起始點檢驗日期：____年____月____日

Serum Cr：_____ mg/dl， eGFR:_____ ml/min/1.73m²， Upcr_____ mg/gm

☐CKD stage 3B、☐CKD stage 4、☐CKD stage 5、☐蛋白尿病人

終止點檢驗日期： 年 月 日

Serum Cr: _____ mg/dl, eGFR: _____ ml/min/1.73m², Upcr _____ mg/gm

☐ CKD stage 3B、☐ CKD stage 4、☐ CKD stage 5、☐ 蛋白尿病人

☐ 血液透析、☐ 腹膜透析、☐ 腎臟移植、☐ 安寧療護

年度 eGFR 變化速率: _____ ml/min/1.73m²/year

年度 Upcr 之變化: Upcr ☐ 是否小於 < 200 mg/gm

3-1、符合 Stage 3B、4病人之獎勵條件：

- ☐ 1. 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至 Stage 3B，或仍處於 stage 4 且 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year
- ☐ 2. 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。
- ☐ 3. 不符合獎勵條件

3-2、符合 Stage 5病人之獎勵條件：

- ☐ 1. 收案時 eGFR < 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至 Stage 4，或仍處於 stage 5 且 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year
- ☐ 2. 收案時 eGFR < 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year，且血液透析者完成透析前瘻管之準備。
- ☐ 3. 不符合獎勵條件

3-3、符合蛋白尿緩解病人之獎勵條件：

- ☐ 1. 收案時 24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (Upcr) > 1,000 mg/gm 之明顯蛋白尿病人，照護一年後蛋白尿達完全緩解者 (Upcr < 200 mg/gm) 之照護獎勵費
- ☐ 2. 不符合獎勵條件

說 明：

1. 本表為病人每年年度照護評估紀錄用，個案依規定追蹤後，Stage 3B、4、5、蛋白尿病人得於完成 3 次追蹤照護並申報相關費用。本表須留存院所備查供抽審並貼病歷。
2. 以上 eGFR 之計算係以 MDRD-Simplified, 16 歲以下之小孩係以 Schwartz 公式計算，Scr. 測量以 Jaffe method。eGFR 下降速率所用之 Scr. 以 100 年至 101 年間某時間點為基準值，而基準值之後 12 個月或 24 個月以內的 Scr 與 eGFR 為成果值，以基準值 eGFR 減去成果值 eGFR 求得 eGFR 下降值，換成 12 個月為每年 eGFR 下降速率。
範例：

起始點日期：100 年 1 月 5 日 (D1), eGFR: 17.5 ml/min/1.73m² (R1)

☐ CKD stage 3b、☒ CKD stage 4、☐ CKD stage 5、☐ 蛋白尿病人

終止點日期：101 年 3 月 12 日 (D2), eGFR: 13.5 ml/min/1.73m² (R2)

☐ CKD stage 3b、☐ CKD stage 4、☒ CKD stage 5、☐ 蛋白尿病人、

☐ 血液透析、☐ 腹膜透析、☐ 腎臟移植

年度 eGFR 變化速率: -3.429 ml/min/1.73m²/year

$$[(R2-R1)/(D2-D1, m)] \times 12$$

$$[(13.5-17.5)/(14)] \times 12 = -3.429$$

☒ 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m²，可申報 P3406C。

3. 有關 Upcr 之計算係以某次尿液同時測定 Urine total protein 及 Urine creatinine，再計算 Urine total protein/Urine creatinine × 1000 得 mg/gm creatinine。取收案日為基準點，若經治療後，Upcr < 200 即已符合條件(完全緩解)，若經治療完全緩解並申請獎勵後，此病人蛋白尿再復發，則仍應納入追蹤照護。
4. 由 AKD 收案並持續由本計畫照護之 CKD 病人，其第一年之年度 eGFR 基期值以申報 P6803C 當次之 eGFR 為基期；若無申報 P6803C 者，以第一次 P3403C 之當次 eGFR 為基期。

附表3 AKD/CKD 個案照護結案表 (留存院所備查)

【適用 P3405C】

☐急性腎臟疾病(AKD) ☐慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

收案條件：第____項【請依本計畫第二項各類病人收案條件之項號填寫，如(1)，(2)，(3)，(4)°】

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年____月____日 身分證字號：_____

收案日期：____年____月____日 結案日期：____年____月____日 原發疾病：_____

結案原因：☐1. 進入血液透析 ☐2. 進入腹膜透析 ☐3. 接受腎臟移植
☐4. 轉他院治療 ☐5. 轉中醫或民俗療法 ☐6. 因其他系統性疾病轉他科治療
☐7. 死亡 ☐8. 失聯 ☐9. 其他
☐10. 進入安寧療護收案
☐11. AKD 個案腎功能恢復(☐恢復健康☐改由 Earlyly-CKD 方案收案)

進入長期透析或接受腎臟移植病人(☐屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

血管通路建立日期：____年____月____日 / ☐1. A-V fistula ☐2. A-V graft ☐3. Perm Cath.
____年____月____日 / ☐1. A-V fistula ☐2. A-V graft ☐3. Perm Cath

腹腔導管建立日期：____年____月____日 / ☐1. 預先建立 ☐2. 非預先建立☐3. 其他

腎臟移植日期：____年____月____日 / ☐1. 活體移植 ☐2. 屍腎移植 ☐3. 其他

腎臟移植醫院：☐1. 台灣_____醫院 ☐2. 中國_____醫院 ☐3. 其他：_____

進入長期透析日期：____年____月____日 (血液透析為開始透析日；腹膜透析為開始換液日)

首次透析管路：☐1. 永久血管 ☐2. 暫時導管 ☐3. CAPD 導管

首次透析方式：☐1. 直接 OPD 透析

☐2. 由門診入院透析 (或植管)

☐3. 由急診入院透析 (或植管)

首次透析 (血液透析、腹膜透析) 或腎移植的住院天數：_____天

結案前最後之檢驗資料請填入附表2-3最右欄(☐屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

| 結案照護指標 | | |
|--|-------------------------------|---|
| A. 使用 EPO | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| B. 血紅素 > 8.5g/dL (最近一次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| C. Serum albumin 在 3.5 gm/dl (BCG) 或 3.0 gm/dl (BCP) 以上 (最近一次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| D. 選擇腹膜透析 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| E. 做好血液透析瘻管 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| F. 開始透析沒有使用暫時性導管透析 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| G. 由門診開始進入透析治療 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| H. 完成護理衛教 (至少兩次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| I. 完成營養衛教 (至少一次) | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| J. 追蹤超過6個月 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |
| K. 完成「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度表」之病人透析治療模式選擇之充分告知機制 | <input type="checkbox"/> 1. 是 | <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/> 3. 不適用 |

進入透析時狀況：(參照尿毒症接受長期透析重大傷病卡申請表)

(☐屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

一、長期透析適應症：(請勾選)

☐ (一) 絕對適應症：肌酐廓清率 $Ccr < 5 \text{ ml/min}$ 或血清肌酐 $Cr \geq 10.0 \text{ mg/dl}$ 。

☐ (二) 相對適應症：

1. 糖尿病人者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $Ccr \leq 15 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐 $Cr \geq 6.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

2. 非糖尿病人者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $Ccr \leq 10 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐 $Cr > 8.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮（多囊腎例外）或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

二、伴隨症狀：(請務必勾選)

☐ 1. 心臟衰竭或肺水腫

☐ 2. 心包膜炎

☐ 3. 出血傾向

☐ 4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變

☐ 5. 高血鉀(藥物難以控制)

☐ 6. 噁心、嘔吐(藥物難以控制)

☐ 7. 嚴重酸血症(藥物難以控制)

☐ 8. 惡病體質(cachexia)

☐ 9. 重度氮血症 ($BUN > 100 \text{ mg/dl}$)

☐ 10. 其他 (請說明)：

三、相關疾病(Comorbidity)：

☐ 1. 糖尿病

☐ 2. 高血壓

☐ 3. 鬱血性心臟衰竭

☐ 4. 缺血性心臟病

☐ 5. 腦血管病變

☐ 6. 慢性肝疾病/肝硬化

☐ 7. 惡性腫瘤

☐ 8. 結核

☐ 9. 其他 (請說明)：

說明：

1. 本表為 Stage 3B、4、5、蛋白尿病人申報結案資料處理費用填之用，另可提供申請重大傷病卡參考。

2. 本表須留存院所備查供抽審。

附表4 末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表

(留存院所備查，並列印一份供進入透析患者留存)

【適用 P3405C】

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身分證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所

病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態

☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧

陪同家屬：☐配偶 ☐子女 ☐兄弟姊妹 ☐家長 ☐其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：(☐屬 AKD 病人腎功能恢復者，免填衛教內容)

| 腹膜透析 | 血液透析 | 腎臟移植 |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 透析通路和原理 <input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者 <input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀 <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 <input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制 <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) | <input type="checkbox"/> 透析通路和原理 <input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者 <input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀 <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 <input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制 <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) | <input type="checkbox"/> 移植的術前評估 <input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點 <input type="checkbox"/> 移植的併發症 <input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症 <input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介 <input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) |

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1. 非常足夠 ☐2. 足夠 ☐3. 普通 ☐4. 不足夠 ☐5. 非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1. 非常滿意 ☐2. 滿意 ☐3. 普通 ☐4. 不滿意 ☐5. 非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1. 非常瞭解 ☐2. 瞭解 ☐3. 稍微瞭解 ☐4. 不瞭解 ☐5. 非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1. 非常有幫助 ☐2. 有幫助 ☐3. 普通 ☐4. 沒有幫助 ☐5. 完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

說明：

1. Stage5病人進入腎臟替代療法治療前須填寫本表。

2. 本表亦是『門診透析服務品質監測指標項目』中『對病人透析治療模式選擇之充分告知機制』之項目，為各院所方便作業，本表除留存院所備查供抽審外，請影印一份供進入透析患者留存。

3. 病人滿意度調查表之結果，各院所可將一年度結果統計作為該院參考。

附表5-1 AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表 (留存院所備查)

【適用 P3402C、P3403C、P6802、P6803】

☐急性腎臟疾病(AKD) ☐慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：_____ 年 月 日 收案日期：_____ 年 月 日

身高：_____公分 理想體重：_____公斤

一、檢測資料：「*」者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力填寫

| 日 期 | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|--|----------|---|---|---|---|
| 項 目 | | | | | |
| MDRD-S (ml/min/1.73m ²) | | | | | |
| CKD Stage | | | | | |
| 體位測量 | 體重*(公斤) | 水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | %理想體重* | | | | |
| | 校正體重(公斤) | | | | |
| | 體位 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肥 重 適 輕 瘦 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肥 重 適 輕 瘦 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肥 重 適 輕 瘦 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肥 重 適 輕 瘦 |

二、營養評估及診斷：「*」者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力填寫

| 日 期 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
|-----------|-----------------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|
| 期 項 目 | | 攝取量 | 建議量 | 攝取量 | 建議量 | 攝取量 | 建議量 | 攝取量 | 建議量 |
| 攝食評估 | 熱量(Kcal)* | | | | | | | | |
| | 蛋白質(g)* | | | | | | | | |
| 營養診斷與飲食問題 | 熱量攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 蛋白質攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 補充低蛋白點心 | <input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 飽和脂肪攝取 (吃肉時會吃肥肉及皮) | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 磷攝取* (全穀/堅果/調味料) | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 鈉攝取* (加工醃漬/湯汁) | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 鉀攝取(湯汁/茶) | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 纖維質攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 單糖攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 水分攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | |
| | 磷結合劑使用正確性 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | |
| | 飲食控制動機 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 觀念正確性 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | |

三、營養介入策略與評估

| 日期 | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|-------|----------------|---|---|---|---|
| 項目 | | | | | |
| 衛教項目 | 蛋白質食物與腎病之關係 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 簡易食物份量與代換 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 低蛋白飲食原則 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 糖尿病腎病變飲食調整 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 增加熱量攝取:油脂補充技巧 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 增加熱量攝取:純糖類補充技巧 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 低氮點心製作指導 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 低磷飲食 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 低鈉飲食 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 低鉀飲食 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 高膽固醇/三酸甘油酯飲食 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 營養醫療補充品使用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 外食原則與建議 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 年節飲食指導 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 食慾不振飲食對策 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 咀嚼不良飲食對策 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 評估 | 飲食計畫執行狀況 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 |
| | 飲食問題修正狀況 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 | <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 有進步 <input type="checkbox"/> 全改善 |
| | 飲食學習意願 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 衛教後認知程度 | <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 | <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 | <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 | <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分不了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 |
| | 整體營養狀況 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 |
| 營養師簽章 | | | | | |

說明:營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並記錄已執行項目。

附表5-2 AKD/CKD 個案照護營養紀錄(黏貼病歷用)

【適用 P3402C、P3403C、P6802C、P6803C】

☐急性腎臟疾病(AKD) ☐慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____

性別：☐男 ☐女

主治醫師：_____

病歷號碼：_____

出生日期：_____年 _____月 _____日 衛教日期：_____年 _____月 _____日

| 身高*： | 目前體重*： | 理想體重*： | (_____ % of IBW) | 校正體重： |
|-----------|-----------|--|---|--|
| 營養診斷與飲食問題 | 熱量需求* | Kcal/day | 飲食計畫 主食：_____份 肉魚豆蛋：_____份 水果：_____份 蔬菜：_____份 油脂：_____份 低氮澱粉：_____ | |
| | 蛋白質需求* | g/day | 蛋白質食物與腎病之關係 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 熱量攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 簡易食物份量與代換 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 蛋白質攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 低蛋白飲食原則 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 補充低蛋白點心 | <input type="checkbox"/> 總是 <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 沒有 | 糖尿病腎病變飲食調整 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 飽和脂肪攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 增加熱量攝取：油脂補充技巧 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 磷攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 增加熱量攝取：純糖類補充技巧 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 鈉攝取* | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 低氮點心製作指導 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 鉀攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 低磷飲食 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 纖維質攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 低鈉飲食 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 單糖攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 低鉀飲食 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 水分攝取 | <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 適當 <input type="checkbox"/> 不足 | 高膽固醇/三酸甘油酯飲食 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 磷結合劑使用正確性 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | 營養醫療補充品使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 飲食控制動機 | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | 外食原則與建議 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 評 值 | 觀念正確性 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | 年節飲食指導 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 飲食學習意願 | | <input type="checkbox"/> 強烈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 勉強 <input type="checkbox"/> 無 | 食慾不振飲食對策 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 衛教後認知程度 | | <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 大部分了解 <input type="checkbox"/> 部分了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 | 咀嚼不良飲食對策 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 整體營養狀況 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不良 | | |
| 衛教對象簽章 | | 衛教營養師簽章 | | |

註：

「*」處為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選。

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並記錄已執行項目。

附表6-1 藥事照護評估紀錄(留院所備查用)

【適用 P3414C、P3415C、P3416C、P6814C、P6815C】

(提供藥事服務院所或藥局)

醫院

(社區藥局必填)

醫事服務機構代號/名稱: _____ 藥局 原處方服務機構代號/名稱: _____ 診所

病人編號(系統代入): _____ 腎臟科就醫日期: (YYYYMMDD)

| | | |
|---|--|----------------------|
| 病人姓名: | 本次藥事照護類別 | 藥師評估日期: (YYYYMMDD) |
| 病人身分證字號: | <input type="checkbox"/> CKD 新收案評估(P3414C) | 照護藥師: |
| 病人生日: (YYYYMMDD) | <input type="checkbox"/> CKD 定期追蹤 (P3415C) | 最近腎功評估日期: (YYYYMMDD) |
| 病歷號: | <input type="checkbox"/> CKD 年度評估 (P3416C) | Scr: |
| 年齡: | <input type="checkbox"/> AKD 新收案 (P6814C) | eGFR: |
| 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> AKD 定期追蹤 (P6815C) | AKD/CKD Stage: |
| 身高 | 過敏藥物: | 主治醫師: |
| 體重: | | |

CKD 收案條件: ☐用藥品項≥10項; ☐近期使用 NSAIDs ☐具 CKD 外2項以上(含)共病 ☐其它

| | | |
|-----------------|--|---|
| AKD 收案 評估 | AKI 發生日期: (YYYYMMDD) | AKI 最高分期(依照 K-DIGO guideline 分期): <input type="checkbox"/> AKI-0、 <input type="checkbox"/> AKI-1、 <input type="checkbox"/> AKI-2、 <input type="checkbox"/> AKI-3 |
| | 基礎 Scr 值: | |
| | 最高 Scr 值: | AKI 期間是否曾接受 RRT ^[註] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 新收案 AKD 分期 <input type="checkbox"/> AKD-3B <input type="checkbox"/> AKD-4 <input type="checkbox"/> AKD-5 <input type="checkbox"/> AKD-D | 追蹤 AKD 分期 <input type="checkbox"/> AKD-3B <input type="checkbox"/> AKD-4 <input type="checkbox"/> AKD-5 <input type="checkbox"/> AKD-D |

風險藥品 ☐RAS inhibitor ☐保鉀利尿劑 ☐SGLT2 inhibitor ☐metformin, ☐其它: _____

影響腎功能藥品 (參閱台灣 AKI 共識³) NSAIDs(請務必在收案條件中勾選, 並完成6-1-2-A 評估)

1. ☐顯影劑(14天內) 2. ☐co-trimoxazole 3. 抗病毒劑: ☐Acyclovir ☐Protease inhibitor (Atazanavir、Indinavir) ☐Tenofovir ☐Valaciclovir ☐Valganciclovir
4. ☐CNI: (☐Cyclosporin ☐Tacrolimus) 5. ☐Lithium 6. ☐其他: _____ 7. ☐無影響腎功能藥物

病人現有伴隨系統性疾病(參閱附表2-1): ☐B01 (糖尿病), ☐B02 (高血壓), ☐B03 (痛風), ☐B04 (鬱血性心衰竭), ☐B05 (缺血性心臟病), ☐B06 (腦血管病變), ☐B07 (慢性肝疾病/肝硬化), ☐B08 (惡性腫瘤), ☐B09 (結核), ☐B10 (高血脂), ☐B11 (視網膜病變), ☐B12 (神經病變), ☐B13 (貧血), ☐B14 (自體免疫疾病), ☐B15 (其他): _____

註: RRT 可以包含各種短暫透析, RRT=renal replacement therapy=HD/PD/SLED/CRRT

6-1-1用藥配合度諮詢服務: 病人評估/用藥配合度/用藥訪視

| | |
|--|---|
| (醫師處方藥) <input type="checkbox"/> 僅本院 <input type="checkbox"/> 有跨院用藥(雲端檢核) | <input type="checkbox"/> 非處方藥: <input type="checkbox"/> 保健食品: <input type="checkbox"/> 中藥、草藥: |
| 每日用藥品項數: _____ 項 | 每日服用品項數: _____ 項 |
| 發現異常藥物使用(回溯雲端藥歷3個月): <input type="checkbox"/> 時常服用中草藥或偏方 <input type="checkbox"/> 時常因疼痛服用或施打消炎/止痛(如 NSAIDs) <input type="checkbox"/> 使用不明藥物: _____ | |
| 病人用藥配合度調查 (附表6-2) 測驗分數 _____ <input type="checkbox"/> 疑似用藥配合度不佳(If ARMS>12分) | |
| 病人用藥問題評估 <input type="checkbox"/> 治療用途不清楚/不正確: _____ <input type="checkbox"/> 曾經驗或害怕不良反應: _____ <input type="checkbox"/> 服用時間不清楚/不正確: _____ <input type="checkbox"/> 常忘記服藥, 可能原因: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |

☐劑型使用不清楚/不正確:_____

☐無以上問題

★年度指標—用藥配合度提升率: 年度收案或定期追蹤相較於新收案, 配合度提升比例或維持 ARMS=12分

6-1-2藥師整合性服務: 藥品適切性/建議追蹤

6-1-2-A 指標藥品 NSAIDs 評估(回溯雲端藥歷3個月)(必評估)

| | |
|----------------|---|
| NSAIDs 使用評估 | <input type="checkbox"/> 有: Y (處方 NSAIDs)_____ (完成6-1-3-D 衛教或於6-1-2-B 提出建議) |
| | <input type="checkbox"/> 有: Z (其他來源 NSAIDs)_____ |
| | <input type="checkbox"/> 有: B (處方與其他來源均有) <input type="checkbox"/> 無: N 未使用 NSAIDs |
| | 有無診斷碼 <input type="checkbox"/> 骨關節炎 <input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/> 僵直性脊椎炎 <input type="checkbox"/> 乾癬性關節炎 <input type="checkbox"/> 無 |

★年度指標—指標藥品 NSAIDs 使用降低比率

備註: 針對處方藥物一季 NSAIDs 用藥天數合計>30天或異常 NSAIDs 使用者(時常因疼痛服用或施打消炎/止痛劑者)請加強指導。

6-1-2-B 現狀用藥整合(所有用藥)-建議可整理藥物清單予病人

| | |
|---------|--|
| SOAP 評估 | <input type="checkbox"/> 有提出照護建議(寫4大類23小項): 1-問題處方:_____ 2-主動建議:_____ 3-建議監測:_____ 4-用藥連貫性:_____ |
| | 追蹤/醫師回復內容 <input type="checkbox"/> Y 接受建議 <input type="checkbox"/> N 不接受 |
| | <input type="checkbox"/> C 無建議, 持續追蹤用藥反應 |

6-1-3藥師藥事指導: 病人衛教/指導介入 (衛教指導可參考附表6-3):

| | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> A 疾病自我照顧 <input type="checkbox"/> B 用藥知識及藥物使用指導 <input type="checkbox"/> C 指導用藥技巧 <input type="checkbox"/> D 避免藥物腎傷害(含潛在腎毒藥品用藥衛教) 請簡述: | 下次追蹤/確認病人項目: |
| 認知評估: <input type="checkbox"/> 完全了解 <input type="checkbox"/> 部分了解 <input type="checkbox"/> 完全不了解 (由藥師提問判斷病人接收衛教認知程度) | |
| 藥師簽名: _____ 受指導者簽名: _____ (與病人關係: _____) | |

務必請受指導者簽名, 留院所備查

備註:

- 1.藥事服務(至少含2項): 6-1-1用藥配合度諮詢服務 /6-1-2藥師整合性服務 /6-1-3藥師藥事指導。
- 2.藥事照護申報, 每次申報至少間隔77天。
- 3.參考資料: 2020台灣急性腎損傷處置共識 <https://reurl.cc/4aAkzD>

附表6-2 用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表

病人姓名： 身分證字號或病歷號：

評估日期： 年 月 日 評估藥師：

| | 從未 如此 (1) | 有時 如此 (2) | 經常 如此 (3) | 總是 如此 (4) |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1.您有多常忘記服藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2.您有多常決定不要服藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3.您有多常忘記依照處方領藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4.您有多常會用完藥之後未再取領藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5.在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6.當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7.當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8.您有多常會因疏忽錯過服藥時間？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9.您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？ (例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10.當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11.您有多常會因藥物太過昂貴而延遲領藥？ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12.您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？ | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| | 總分 | | | |

表格填寫說明：

- 建議以病人本次回診前一個月使用藥品之依順性評估。
- 評估量表勾選：(請依建議發生頻率估算)
 - A、從未如此：從未發生。
 - B、有時如此：約每週發生1-3天/或1~50%的時間。
 - C、經常如此：約每週發生4-6天/或51~99%的時間。
 - D、總是如此：約每週發生7天(或每天/100%發生)。
- 本量表第12題為反向題，統計時需反轉後計算。

附表6-3 藥師藥事指導/衛教項目 (6-1-3參照使用)

| 面向 | 項目內容 |
|--------------|--|
| 疾病自我照顧之指導及建議 | <input type="checkbox"/> A1三高共病控制的必要性 <input type="checkbox"/> A2影響腎功能惡化的因子(原衛教3-3) <input type="checkbox"/> A0其他：_____ |
| 用藥知識及藥物使用指導 | <input type="checkbox"/> B1整體目前用藥說明/注意事項 <input type="checkbox"/> B2吃藥的好處/不吃藥的壞處 <input type="checkbox"/> B3正確使用止痛藥 <input type="checkbox"/> B4正確用藥5大核心能力(對明白/用正確) <input type="checkbox"/> B5貧血治療:使用 EPO 與鐵劑治療(原衛教4-2) <input type="checkbox"/> B0其他：_____ |
| 指導用藥技巧 | <input type="checkbox"/> C1提供服藥完整性評估及指導，如: _____ <input type="checkbox"/> C2提供藥盒輔具 <input type="checkbox"/> C3提供_____衛教單 <input type="checkbox"/> C0其他：_____ |
| 避免藥物腎傷害 | <input type="checkbox"/> D1 腎毒藥品用藥衛教 (參閱台灣 AKI 共識) <input type="checkbox"/> D2 即將進行顯影劑檢查前後之用藥衛教 |

附表7-1 急性腎臟疾病(AKD)評估紀錄表(留存院所備查)

【適用 P6802C】

病人編號：_____ (TSN 透析院所代號 - 流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：____年__月__日

AKD 病人收案紀錄：

(1) 急性腎臟損傷(AKI)發生日期：____年__月__日；AKI 基礎 Scr 值：_____

(2) 急性腎臟損傷(AKI)主診斷碼：_____

(3) 急性腎臟損傷(AKI)分期：依照 KDIGO guideline 分期

☐AKI-0、☐AKI-1、☐AKI-2、☐AKI-3

(4) 急性腎臟損傷(AKI)期間是否有接受短暫透析治療：☐有 ☐無；

透析治療終止日期：____年__月__日

(5) 急性腎臟損傷(AKI)結案日期：____年__月__日

(6) AKD 門診收案日期：____年__月__日

(7) 收案時之 eGFR：_____

(8) AKD 收案時之分期：請參考收案條件分期

☐AKD-3B、☐AKD-4、☐AKD-5、☐AKD-D

| | |
|--------------|---|
| Risk Factors | <input type="checkbox"/> 低血壓 systolic BP < 100 mmHg or fall of ≥ 40 mmHg from known baselines |
| | <input type="checkbox"/> 敗血症 |
| | <input type="checkbox"/> 腎毒性藥物 |
| | <input type="checkbox"/> 慢性腎臟疾病 (eGFR < 60 ml/min) |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| | <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 |
| | <input type="checkbox"/> 動脈粥樣硬化周圍血管疾病 |
| | <input type="checkbox"/> 黃疸 |
| | <input type="checkbox"/> 顯影劑 |
| | <input type="checkbox"/> 心臟手術 |
| | <input type="checkbox"/> 燒燙傷 |

| | |
|------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> 脫水/體液流失/出血 |
| | <input type="checkbox"/> 有 AKI 病史 |
| Physical examination | <input type="checkbox"/> 血壓 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 體重 _____ kg |
| | <input type="checkbox"/> 尿量 _____ ml /day |
| Laboratory data & exam | (3 天內、出院前及出院後回腎臟科門診時) Baseline Cr, eGFR、BUN、Cr、Na、K、Ca、P、Cl、Albumin、CO2、CBC/DC、Urine analysis |
| | 腎臟超音波 + 膀胱超音波： <input type="checkbox"/> 腎積水； Renal echo + bladder echo: <input type="checkbox"/> Hydronephrosis； Kidney size |
| | 胸部 X 光 (CXR)： 肺水腫(pulmonary edema) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

附表7-2 急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄(留存院所備查)

【適用 P6802C、P6803C】

AKD 病人編號：_____ - _____ (TSN 透析院所代號 - 流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

| | 適用 P6802C 者 | 結案(適用 P6803C 者) |
|---------------------------------------|--|---|
| 衛教日期 | 年____月____日 | ____年____月____日 |
| 衛教對象 | <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家屬：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家屬：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 衛教方式 | <input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 | <input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 |
| AKD 分期 | <input type="checkbox"/> AKD-3B、 <input type="checkbox"/> AKD-4、 <input type="checkbox"/> AKD-5、 <input type="checkbox"/> AKD-D | <input type="checkbox"/> AKD-1 <input type="checkbox"/> AKD-2 <input type="checkbox"/> AKD-3A <input type="checkbox"/> AKD-3B、 <input type="checkbox"/> AKD-4、 <input type="checkbox"/> AKD-5、 <input type="checkbox"/> AKD-D |
| 檢驗檢查資料(無底色者為必填欄位，有灰底者為參考項目，可量力完成與填寫) | | |
| GFR(MDRD-S) 或 bed side Schwartz | | |
| BP (mmHg) | | |
| BW(kg) | | |
| 每日尿量(cc) 衛教 前一日尿量 | | |
| BUN (mg/dl) | | |
| Creatinine (mg/dl) | | |
| 血紅素(g/dL) | | |
| Na (mmol/L) | | |
| K (mmol/L) | | |
| Total Ca (mg/dl) | | |
| P (mg/dl) | | |
| Cl (mg/dl) | | |
| Albumin (gm/dl) | | |
| Urine PCR (mg/g) | | |
| Uacr (mg/g) | | |
| Uric acid (mg/dl) | | |
| 降血壓藥 | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____ _____ | <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他：_____ _____ |
| 胰島素 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 降血糖藥 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 降血脂藥 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

| | <u>適用 P6802C 者</u> | <u>結案(適用 P6803C 者)</u> |
|-----------------------------------|---|---|
| 紅血球生成素 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 住院紀錄 住院日期 出院日期 原因 | ____年____月____日 ____年____月____日 _____ | ____年____月____日 ____年____月____日 _____ |
| 曾接受透析治療 透析開始時間 透析停止時間 | <input type="checkbox"/> 是:____次 <input type="checkbox"/> 否 ____年____月____日 ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 是:____次 <input type="checkbox"/> 否 ____年____月____日 ____年____月____日 |
| AKD 結案原因 | | <input type="checkbox"/> 1.轉 Early-CKD 方案照護 <input type="checkbox"/> 2.持續 Pre-ESRD 照護 <input type="checkbox"/> 3.持續或進入長期透析 <input type="checkbox"/> 4.轉他科或他院治療 <input type="checkbox"/> 5.死亡 <input type="checkbox"/> 6.失聯 <input type="checkbox"/> 7.其他 <input type="checkbox"/> 8.進入安寧療護收案 |
| 衛教指導項目 (依代碼填寫) | | |
| 備註 | | |
| 衛教師簽名 | | |

說明：1.衛教內容請依本表附件「急性腎臟疾病（AKD）照護各階段之衛教」中之指導項目編號填寫，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查。

2.本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中。

附表7-2之附件 急性腎臟疾病(AKD)照護各階段之衛教內容及指導項目

| Stage 1：(半年追蹤1次) 腎功能正常微量蛋白尿 eGFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m ² | |
|---|--|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值 ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計畫方案 | 1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性 |

| Stage 2：(半年追蹤1次) 輕度慢性腎衰竭 eGFR：60~89 ml/min/1.73 m ² | |
|--|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式 | 2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症 |

| Stage 3：(3個月追蹤1次) 中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m ² | |
|---|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計畫 | 3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹 |

| Stage 4：(3個月追蹤1次) 重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m ² | |
|--|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路 | 4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療（血液透析、腹膜透析、腎臟移植） 4-5. 介紹透析治療通路（動靜脈瘻管、雙腔透析導管、腹膜透析導管） |

| Stage 5：(2週至4週追蹤1次) 末期腎臟病變 eGFR： <15 ml/min/1.73 m ² | |
|---|---|
| 目標 | 衛教指導項目 |
| <ul style="list-style-type: none"> ●瞭解緊急就醫黃金時段 ●能說出血管通路種類與自我照護 ●認識透析治療合併症 ●能參與透析治療之選擇 | 5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析） 5-5. 換腎準備須知介紹 |