

澎湖縣醫療輔具評估報告【專用】

醫療輔具項目：單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)、雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

※【限澎湖縣租賃及購置醫療輔具呼吸器補助要點使用】

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他
3. 身分證統一編號：	4. 出生年月日：民國/前 年 月 日
5. 戶籍地址：	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
6. 居住地址： ☐ 同戶籍地址	縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
7. 障礙類別：	
☐ 第一類神經系統構造及精神、心智功能	
☐ 第二類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	
☐ 第三類 涉及聲音與言語構造及其功能	
☐ 第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	
☐ 第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	
☐ 第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	
☐ 第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	
☐ 第八類 皮膚與相關構造及其功能	
☐ 其他	
8. 障礙等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度	
9. 居住情況： ☐ 獨居 ☐ 與親友同住 ☐ 機構：	☐ 其他：
10. 聯絡人姓名：	
聯絡電話：	

二、 使用評估

本次需求之醫療輔具項目：(請勾選)

☐單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)：請填寫(一)

☐雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)：請填寫(二)

(一)申請「單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)」：

※下列 1、2 為必要勾選項目

☐1. 最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有單相陽壓呼吸器需求。

☐2. 相關診察、診斷或檢查（下列二擇一勾選）：

☐ 相關診察、診斷或檢查一	☐ 相關診察、診斷或檢查二
困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣天數_____天。	在未使用單相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項： ☐ 1. 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 88\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。 ☐ 2. 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告。

評估結果：申請之「單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)」：

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：_____

使用訓練：☐需要(應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源) ☐不需要

建議事項：_____

(二)申請「雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)」:

※下列 1、2 為必要勾選項目

☐1. 最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有雙相陽壓呼吸器需求。

☐2. 相關診察、診斷或檢查（下列二擇一勾選）:

☐ 相關診察、診斷或檢查一	☐ 相關診察、診斷或檢查二
困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣天數_____天。	在未使用雙相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項： ☐ 1. 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40%，並檢附檢查報告。 ☐ 2. 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ ，並檢附檢查報告。 ☐ 3. 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ ，並檢附血氧監測報告、紀錄或診斷證明書內載明日期與血氧數值。 ☐ 4. 因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上，並檢附住院病歷摘要。

評估結果：申請之「雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)」:

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：_____

使用訓練：☐需要(應轉介連結居家醫療、居家復能或長期照顧等資源) ☐不需要

建議事項：_____

輔具評估單位或鑑定機構：_____

評估人員(身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師)：

_____ (簽名或蓋章) 職稱：_____

_____ 專科醫師證書 _____ 字第 _____

_____ 號呼吸治療師證書 _____ 字第 _____

_____ 號

輔具評估單位或鑑定機構用印

評估日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日