

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目：氧氣製造機、咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)、單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)、雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

一、基本資料

- 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 街 段 巷 弄 號 樓
市 市區 里 鄰
- 6.居住地址：同戶籍地址
縣 鄉鎮 村 路 街 段 巷 弄 號 樓
市 市區 里 鄰
- 7.障礙類別：第一類 第二類 第三類 第四類 第五類 第六類 第七類 第八類
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： 與身心障礙者關係：
聯絡電話：

二、使用評估

※由評估人員填寫，並於每一填寫處蓋章。

※評估人員身分資格：依據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規定，係指神經(內)科、胸腔內科、心臟內科、血液科、胸腔外科、心臟外科、小兒(兒童)神經科、小兒(兒童)胸腔科、小兒(兒童)心臟科、小兒(兒童)血液科、小兒(兒童)重症科、耳鼻喉科、精神科或復健科之專科醫師，或呼吸治療師。

(一) 氧氣製造機

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

- 1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
- 2.未使用氧氣治療前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 休息時，血液氣體分析 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ (PaO_2 為____mmHg)；或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 88\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-2 運動時或睡眠中，血液氣體分析 PaO_2 56-59 mmHg (PaO_2 為____mmHg)；或血氧飽和濃度監測值 $\text{SpO}_2 \leq 89\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-3 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
 - 2-4 符合紐約心臟學會心臟功能分類最新成人及兒童版 (New York Heart Association Functional Classification/NYHA and Modified Ross Heart Failure Classification for Children) stage III ~ IV (符合 stage____)。

(二) 咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)

※請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

未使用咳嗽(痰)機前之評估，需符合以下至少一項：

- 1.肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
- 2.肺功能測試 PEFr<170 LPM (PEFR 為____LPM)。
- 3.因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上 (第 1 次住院：民國____年____月____日；第 2 次住院：民國____年____月____日)。

(三) 單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

- 1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
- 2.未使用單相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-2 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ (PCO_2 為____mmHg)。

(四) 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近3個月內(民國____年____月____日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

- 1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣(____天)。
- 2.未使用雙相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：
 - 2-1 肺功能測試 FVC 低於預測值之 40% (FVC 為預測值之____%)。
 - 2-2 血液氣體分析報告 $PCO_2 \geq 55\text{mmHg}$ (PCO_2 為____mmHg)。
 - 2-3 最低血氧飽和濃度監測值 $SpO_2 \leq 85\%$ (SpO_2 為____%)。
 - 2-4 因肺炎或肺擴張不全致 1 年內反覆住院 2 次以上 (第 1 次住院：民國____年____月____日；第 2 次住院：民國____年____月____日)。

輔具評估單位或鑑定機構用印

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專科醫師或呼吸治療師)：_____ (簽名或蓋章)職稱：_____

評估日期：民國____年____月____日