

安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案
 新收案申復
 延長照護
 延長照護申復
 病歷號：

保險對象姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	受理日期	年 月 日	
身分證字號		原受理編號		受理編號				
聯絡	地址：					電話		
主診斷 ICD-9-CM	疾病名稱							
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案 <input type="checkbox"/> 2 非住院個案 <input type="checkbox"/> 3 護理之家個案 <input type="checkbox"/> 4 安養機構個案 (護理、安養機構名稱及代碼) (必填欄位) 名稱：_____			收案條件	<input type="checkbox"/> 1. 癌症末期 <input type="checkbox"/> 2. 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 3. 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 4. 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 5. 心臟衰竭			代碼：_____
	收案日期	年 月 日			安寧緩和意願書或同意書簽署	病人姓名：		
本次收案核定日期	起日	年 月 日		申請人姓名：				
	迄日	年 月 日		與病人關係：				
日常生活功能評估	ECOG(0-4)：_____		簽署日期：			年 月 日		
一、病患主要症狀： <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>癌症末期病患： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖 2. <input type="checkbox"/>末期運動神經元病患： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 3. <input type="checkbox"/>老年期及初老期器質性精神病態： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮 <input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 4. <input type="checkbox"/>其他大腦變質： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷 <input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 <input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者 								

第一聯：保險人備查 第二聯：院所備查

安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

5. 心臟衰竭：

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

二、醫囑：

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

三、病患之身體照護：

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

四、病患與家屬心理社會諮詢與照護：死亡與瀕死調適憂鬱焦慮其他_____

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

六、善終準備：_____

七、醫療品質指標：

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

八、其他：_____

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

醫師簽名：

護理人員簽名：