

安寧居家療護收案申請書(收案條件 6-10 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：_____ 代碼：_____			收案條件	<input type="checkbox"/> 6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 7. 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 8. 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 9. 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者		
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： 6. <input type="checkbox"/> 慢性氣道阻塞，他處未歸類者： <input type="checkbox"/> 即使使用氧氣，然而 PaO ₂ ≤ 55mmHg、PaCO ₂ ≥ 50mmHg 或 O ₂ saturation ≤ 88% <input type="checkbox"/> FEV ₁ ≤ 30% of predicted <input type="checkbox"/> FEV ₁ 持續下降且速度每年大於 40 ml <input type="checkbox"/> 6 個月內體重減少 10%以上 <input type="checkbox"/> 休息時心跳超過 100/min <input type="checkbox"/> 肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/> 合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症 7. <input type="checkbox"/> 肺部其他疾病： <input type="checkbox"/> 即使使用氧氣，然而 PaO ₂ ≤ 55mmHg、PaCO ₂ ≥ 50mmHg 或 O ₂ saturation ≤ 88% <input type="checkbox"/> FEV ₁ ≤ 30% of predicted <input type="checkbox"/> FEV ₁ 持續下降且速度每年大於 40 ml <input type="checkbox"/> 6 個月內體重減少 10%以上 <input type="checkbox"/> 休息時心跳超過 100/min <input type="checkbox"/> 肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/> 合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症 8. <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化： <input type="checkbox"/> 肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5 (2)Serum albumin < 2.5 g/dl <input type="checkbox"/> PT>5sec above control 或 INR>1.5 <input type="checkbox"/> Serum albumin<2.5g/dl <input type="checkbox"/> 困難處理之腹水 <input type="checkbox"/> 自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/> 肝腎症候群 <input type="checkbox"/> 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/> 復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/> 多重器官衰竭 <input type="checkbox"/> 惡病質與消瘦 9. <input type="checkbox"/> 急性腎衰竭，未明示者： <input type="checkbox"/> 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/> 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/> 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/> 長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/> 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/> 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/> 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者							

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 6-10 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 長期使用呼吸器 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 惡性腫瘤末期患者 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 其他：_____

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：