**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：16**

**輔具項目名稱：輪椅座墊**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日4.聯絡人姓名： 與個案關係： 聯絡電話：5.戶籍地址：6.居住地址(□同戶籍地)：7.聯絡(公文寄送)地址(□同戶籍地 □同居住地)：8.是否領有身心障礙證明：□無 □有9.身心障礙類別(可複選)：□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： 10.身心障礙程度分級：□輕度 □中度 □重度 □極重度 |

**二、活動需求與情境評估**

1. 預計使用的場合(可複選)：□居家生活 □照顧機構 □校園學習 □職場就業 □其他：
2. 活動需求(可複選)：□預防壓傷(擺位需求：□有 □無) □照護壓傷(擺位需求：□有 □無)
3. 使用環境特性(可複選)：□室內 □戶外 □居家使用 □機構或學校 □社區 □職場

□其他：

1. 人力支持情況(可複選)：□獨居 □有同住者 □有專業人力協助： □其他：
2. 目前使用的輔具(尚未使用者免填)：
3. 輔具種類：□連通管氣囊輪椅座墊-基礎型 □連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型

□連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型 □液態凝膠輪椅座墊

□固態凝膠輪椅座墊 □填充式氣囊輪椅座墊

□客製化適形泡棉輪椅座墊 □其他：

1. 輔具來源：□政府補助：□身障 □長照 □職災 □職再 □教育 □榮民 □健保

□其他：

□二手輔具：□租借 □媒合

□自購

□其他：

1. 已使用約： 年 □使用年限不明
2. 使用情形：□已損壞不堪修復，需更新

□規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

□適合繼續使用，但需要另行購置於不同場所使用

□其他：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

|  |
| --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：□植物人 □失智症 □中風偏癱(左/右) □脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) □腦外傷(左/右)□小腦萎縮症 □腦性麻痺 □發展遲緩 □運動神經元疾病 □巴金森氏症 □肌肉萎縮症□小兒麻痺 □其他：  |
| 身體尺寸量測：身高約： 公分，體重約： 公斤，臀寬 公分，臀至膝窩長 公分 |
| 身體各部位姿態 | 靜態坐姿平衡 | □良好 □雙手扶持尚可維持平衡 □雙手扶持難以維持平衡在未扶持情況下，身體明顯會倒向(可複選)：□左側 □右側 □前方 □後方 |
| 動態坐姿平衡 | □良好 □不佳，需用手或他人扶持下協助返回原靜態坐姿 在未扶持下，身體重心往該側移動容易失去平衡(可複選)：□左側 □右側 □前方 □後方 |
| 骨盆(可複選) | □正常 □向前/後傾；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形□向左/右傾斜；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形□向左/右旋轉；變形情況：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形坐姿時骨盆經常：□向前滑動 □向後滑動 □向左滑動 □向右滑動 |
| 脊柱(可複選) | □正常或無明顯變形□受重力作用時彎曲變形，且平躺時可回復。彎曲說明： □脊柱側彎：□C型 □S型；主要凸向 側，頂點在 位置變形情況：□部分可調整 □完全固定變形□過度後凸(hyperkyphosis)：□部分可調整 □完全固定變形□過度前凸(hyperlordosis)：□部分可調整 □完全固定變形□合併有脊柱旋轉(vertebral rotation) |
| 髖部 | □正常□內收：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形□外展：□可調整 □部分可調整 □完全固定變形□風吹式變形：□部分可調整 □完全固定變形□其他：  |
| 臀部減壓能力 | □獨立將身體撐起進行減壓□藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓□藉由身體重心偏移進行減壓 □無自主減壓能力，或減壓效率不彰 |
| 座墊操作能力 | 1. 移位時放置或改變座墊位置的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助
2. 檢視座墊使用狀態的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助
3. 調整座墊壓力或擺位參數的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助
4. 清潔、保養座墊的能力：□可獨立完成 □需照顧者協助
5. 照顧者是否能協助個案使用此輔具：□是 □否
 |
| 易導致壓傷發生的危險因子(可複選) | □糖尿病 □失禁 □皮膚清潔狀況不佳 □皮膚經常潮濕 □營養不良 □臀部皮下軟組織厚度不足 □異常骨突結構 □周邊血管病變異常□有皮膚感染或疾病 □經常性摩擦 □臀部皮膚感覺異常或喪失□無法自行執行減壓活動 □其他：  |
| 壓傷(褥瘡) | □未發生 □過去有，部位： □目前有，部位： 尺寸： 公分 × 公分分級：□第1級 □第2級 □第3級 □第4級 □無法分級□深層組織壓傷 |
| 配合座墊使用之座椅 | 座面尺寸(座寬×座深)： 公分 × 公分支撐面：□硬板 □布面□手動輪椅：□介護型 □自推型座椅姿勢或角度變換的減壓功能：□無 □有□電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能：□無 □手動操作 □電動操作□其他：  |
| 常態性單次乘坐時間 | □30分鐘以下 □30分鐘到2小時 □2小時以上說明：  |

**四、****評估結果**【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

1. 評估結果：

□不建議使用以下輔具；理由：

□建議使用：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙者輔具費用補助項目 | 長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目 | 對應原則 | 使用理由 |
| □項次114 連通管氣囊輪椅座墊-基礎型□項次115 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型□項次116 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型□項次117 液態凝膠輪椅座墊□項次118 固態凝膠輪椅座墊□項次119 填充式氣囊輪椅座墊□項次120 客製化適形泡棉輪椅座墊 | □EG03 輪椅座墊-A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)□EG04 輪椅座墊-B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)□EG05 輪椅座墊-C款(液態凝膠座墊)□EG06 輪椅座墊-D款(固態凝膠座墊)□EG07 輪椅座墊-E款(填充式氣囊氣墊座)□EG08 輪椅座墊-F款(交替充氣型座墊)□EG09 輪椅座墊-G款(量製型座墊) | 「114、115、116、117、118、119、120」與「EG03、EG04、EG05 、EG06、EG07、EG08、EG09」於最低使用年限內不可重複補助 |  |

1. 是否需要接受使用訓練：□需要 □不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要
3. 其他：

**五、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 座墊類型 | □連通管氣囊輪椅座墊：□基礎型□橡膠材質基礎型□橡膠材質分區型 | □液態凝膠輪椅座墊□固態凝膠輪椅座墊□填充式氣囊輪椅座墊□客製化適形泡棉輪椅座墊 |
| 主要使用地點：□室內 □戶外 □均需要 | 主要操作者：□個案本身 □照顧者 □兩者皆要 |
| 使用方針(可複選)：□均壓 □減壓 □擺位 □消除剪力 □微氣候調控 |
| 尺寸(未乘坐時) | 座寬： 公分，座深： 公分□一般座墊高度： 公分□特殊調整/訂製尺寸，座墊各區高度(公分，視需求填寫)：(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) 567891243前後其他：  |
| 參數設定/擺位調整(乘坐時) | □無需進行特殊調整功能，坐骨受壓處離底面高度 公分□需進行特殊調整功能，乘坐時各區受壓處離底面高度(公分，視需求填寫)： (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) 前567891243後其他：  |
| 覆套(可複選) | □彈性透氣覆套 □彈性防水覆套 □覆套底部止滑功能 □覆套底部車縫黏釦帶 |
| 配件 | □降低座高的「沉入式座板」 □增加座墊底部穩定性的底板 |
| □建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：  |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位：

評估人員： 職稱：

評估日期：