**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：17**

**輔具項目名稱：氣墊床及居家用照顧床**

**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 |

1. **活動需求與情境評估**
2. 活動需求(可複選)：

□氣墊床：□預防壓傷 □照護壓傷 □其他：

□居家用照顧床：□協助翻身 □協助坐起 □協助轉移位 □照顧者護理 □減壓

□其他：

1. 使用環境特性：□居家 □非居家
2. 人力支持情況(可複選)：□獨居 □有同住者 □有專業人力協助： □其他：
3. 目前使用的床墊(尚未使用者免填)：
4. 輔具種類：□彈簧床墊 □泡棉減壓床墊 □乳膠床墊 □固態凝膠床墊 □氣墊床

□其他：

1. 床墊高度： 公分
2. 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

□適合繼續使用，無需更換

□其他：

1. 目前使用的床架：
2. 輔具種類：□和式地板(無床架) □一般市售床 □手動居家用照顧床 □電動居家用照顧床

□其他：

1. 床架高度： 公分
2. 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

□適合繼續使用，無需更換

□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： |
| 意識狀態 | □正常 □嗜睡 □錯亂或混亂 □無明顯反應 □其他： |
| 心智功能 | □正常 □有精神/行為問題 □其他： |
| 皮膚感覺 | □正常 □異常： □喪失： □無法施測，原因： |
| 姿勢性低血壓 | □有 □無 □未施測 |
| 目前體力狀態 | □良好 □尚可 □不佳 |
| 體力可能進展 | □維持 □進步 □退化 |
| 關節活動度 | □正常 □受限制：□髖關節 □膝關節 □其他關節： |
| 控制器操作能力 | □獨立操作 □需照顧者部分協助 □照顧者協助操作 |
| 護欄操作能力 | □獨立操作 □需照顧者部分協助 □照顧者協助操作 |
| 翻身能力 | 翻至左側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時、需借助輔具或人力協助  □完全依賴  翻至右側：□可獨立輕易完成 □執行費力耗時、需借助輔具或人力協助  □完全依賴 |
| 坐起能力 | □可獨立輕易完成 □執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 □完全依賴 |
| 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 |
| 轉位能力 | □可獨立輕易完成 □執行費力耗時、需借助輔具或人力協助 □完全依賴 |
| 床面相關  身體及空間量測 | 個案身高： 公分，體重： 公斤  個案膝窩高： 公分，肩寬： 公分  主要照顧者身高： 公分，適合照顧高度約： 公分  □照顧空間較不足需注意輔具選擇：  床擺放空間：長 寬 公分  床邊可使用的轉移位空間：長 寬 公分  □其他： |
| 易導致壓傷(褥瘡)  相關危險因子  (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  □骨突處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 □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 |

**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：

□目前安置於機構或住院，即將返家(本項限居家使用者申請)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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121 氣墊床-基礎型  □項次122 氣墊床-進階型 | □EG01 氣墊床-A款  □EG02 氣墊床-B款 | 「121、122」與「EG01、EG02」於最低使用年限內不可重複補助 |  |
| □項次123 居家用照顧床 | □EH01 居家用照顧床 | 1. 「123、124、125、126、127」與「EH01、EH02、EH03」於最低使用年限內不可重複補助 2. 「124、125、126、127」限配搭「123」申請 3. 「EH02、EH03」限配搭「EH01」申請 |  |
| □項次124 居家用照顧床附加功能-床板背靠段及腿段獨立抬升功能(電動調整) | □EH02 居家用照顧床-附加功能A款(床面升降功能)  □EH03 居家用照顧床-附加功能B款(電動升降功能) |  |
| □項次125 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)  □項次126 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整)  □項次127 居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整) |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □氣墊床 | 應具預防壓傷(褥瘡)及減輕壓傷(褥瘡)症狀之效果，覆套須具延展性及防水功能，須提供保固3年，並應須符合下列各項規範 | | | | |
| □基礎型 | | 應符合下列所有規格：   1. 應含18管以上具可交替充氣功能之電動空氣幫浦及管狀氣囊組 2. 管狀氣囊之管徑4英吋(或10公分)以上，並含有異常壓力警示及可暫停交替之開關 3. 管狀氣囊之材質：「PU聚氨酯(Polyurethane)」或「PU聚氨酯(Polyurethane) +尼龍(Nylon)」 4. 管狀氣囊之壓力流量每分鐘4公升(4L/Min)以上 5. 配有C.P.R.快速洩氣閥 | | |
| □進階型 | | 應符合氣墊床-基礎型所有規格，及停電時須維持4小時以上之不觸底管狀氣囊之壓力保留功能(指具獨立氣室或可持續供電之內建電池)，並至少具備下列1種以上之功能(可複選)：  □具有模擬30度之翻身功能，管狀氣囊為2層管，並有側邊護欄安全設計  □管狀氣囊周邊加裝利於坐姿移位之邊框  □具有壓力感應之數位幫浦啟停控制系統  □管狀氣囊總高度達8英吋(或20公分)以上 | | |
| □居家用照顧床 | □居家用照顧床  □居家用照顧床附加功能-床板背靠段及腿段獨立抬升功能(電動調整)  □居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)  □居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整)  □居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整) | | | | |
| 床架規格：□ㄧ般尺寸  □特製尺寸：□頭尾板內緣長調整至 公分 □護欄內緣寬調整至 公分  □其他：  □高度最低下降至 公分以下 □高度最高上升至 公分以上 | | | | |
| 底座形式：□無輪 □附輪 | | | | 主要操作者：□個案本身 □照顧者 □兩者皆要 |
| 控制器規格：□一般款式 □遙控器加大按鈕 □其他改良： | | | | |
| 護欄規格 | 左側 | | □全開式 □雙開式 □快拆柵欄式 □外掀助起式 □其他： | |
| 右側 | | □全開式 □雙開式 □快拆柵欄式 □外掀助起式 □其他： | |
| 床墊規格 | 欲搭配之氣墊床厚度： 公分  建議居家用照顧床床墊厚度：約 公分以下 | | | |
| 其他配件：□電動床桌板 □點滴架 □其他： | | | | |
| □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：