**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：20**

**輔具項目名稱：上肢義肢**

**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 社交活動

戶外運動 其他：

1. 活動需求(可複選)：

靜態美觀 一般生活操作 精細動作使用，頻率： 小時/天

粗重工作使用，頻率： 小時/天 休閒運動，頻率： 小時/天 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(僅填寫此次申請之相關輔具，無義肢者免填)：
3. 輔具種類：

左側 右側；部分手義肢 腕離斷義肢 肘下義肢 肘離斷義肢 肘上義肢

肩離斷義肢 肩胛骨離斷義肢(肩胛截除義肢)

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：部分組件已損壞，需更新該組件

整體已損壞不堪修復，需重新製作

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情境使用

其他：

1. 申請部位最近一次截肢日期： 年 月 截肢日期不明
2. 其他截肢部位：無 有，左側 截肢 右側 截肢

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 截肢原因：外傷 腫瘤 先天缺損 感染性疾病 周邊血管病變 其他： | | |
| 相關疾病或障礙(可複選)：  骨折 關節炎 腦外傷 代謝相關疾病 周邊神經病變心臟功能障礙  血管功能障礙 呼吸功能障礙 其他： | | |
| 殘肢狀況：   1. 外形：圓錐狀 圓柱狀 球莖狀 其他： 2. 軟組織狀況：正常 鬆弛 腫脹 其他： 3. 皮膚感覺：正常 喪失 敏感 遲鈍 無法量測 4. 皮膚狀況(可複選)：正常 紅腫有破損 乾燥/脫皮 濕疹/水泡 其他： 5. 截肢傷口品質：癒合良好 疤痕沾黏 未完全癒合 有感染現象 其他： 6. 疼痛情形：無 局部，位置： 瀰漫性 無法量測 7. 疼痛程度：無 輕微 中等 嚴重 無法量測 8. 幻肢覺：無 偶爾出現 時常出現 其他： 9. 幻肢痛：無 偶爾出現 時常出現 其他： | | |
| 其他相關狀況：   1. 異常反射：無 有，狀況簡述： 2. 神經受損：無 有，狀況簡述： 3. 異常肌肉張力：無有，狀況簡述： 4. 動作協調異常：無有，狀況簡述： 5. 認知能力：正常 尚可差，狀況簡述： 6. 義肢穿著獨立性：獨立完成 他人部分協助 他人完全協助 7. 其他可能影響義肢使用之情形：無 有，狀況簡述： | | |
| 殘肢量測 | 身高約： 公分，體重約： 公斤 |
| 左側 右側；肩胛骨離斷截肢(肩胛截除截肢) |
| 左側 右側；肩離斷截肢 肘上截肢 肘離斷截肢   1. 殘肢長度(肩峰至殘肢末端)：左側 公分 右側 公分 2. 對側上臂長度(肩峰至肱骨外上髁)：左側 公分 右側 公分 無法量測 3. 殘肢/對側上臂長度比：0~30% 30~50% 50~90% 90~100% 無法量測 4. 殘肢肩關節活動度：正常受限(屈曲 度，伸直 度，外展 度) 無法量測 5. 殘肢肩關節肌力：屈曲：正常 尚可 差   伸直：正常 尚可 差  無法量測 |
| 左側 右側；肘下截肢 腕離斷截肢   1. 殘肢長度(肱骨外上髁至殘肢末端)：左側 公分 右側 公分 2. 對側前臂長度(肱骨外上髁至尺骨莖突)：左側 公分 右側 公分 無法量測 3. 殘肢/對側前臂長度比：0~35% 35~55% 55~90% 90~100% 無法量測 4. 殘肢肘關節活動度：正常 受限(屈曲 度，伸直 度) 無法量測 5. 殘肢肘關節肌力：屈曲：正常 尚可 差   伸直：正常 尚可 差  無法量測 |
| 左側 右側；手截肢：大拇指 第 手指 遠端橫掌 近端橫掌其他：   1. 殘肢指關節活動度：正常 受限： 無法量測 2. 殘肢指關節肌力：屈曲：正常 尚可 差   伸直：正常 尚可 差  無法量測   1. 殘肢腕關節活動度：正常 受限(屈曲 度，伸直 度) 無法量測 2. 殘肢腕關節肌力：屈曲：正常 尚可 差   伸直：正常 尚可 差  無法量測 |

**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：

|  |  |
| --- | --- |
| 補助項目 | 使用理由 |
| 項次180 部分手義肢(左側 右側) |  |
| 項次181 腕離斷義肢-美觀型(左側 右側) |
| 項次182 腕離斷義肢-功能型(左側 右側) |
| 項次183 肘下義肢-美觀型(左側 右側) |
| 項次184 肘下義肢-功能型(左側 右側) |
| 項次185 肘離斷義肢-美觀型(左側 右側) |
| 項次186 肘離斷義肢-功能型(左側 右側) |
| 項次187 肘上義肢-美觀型(左側 右側) |
| 項次188 肘上義肢-功能型(左側 右側) |
| 項次189 肩離斷義肢-美觀型(左側 右側) |
| 項次190 肩離斷義肢-功能型(左側 右側) |
| 項次191 肩胛骨離斷義肢(左側 右側) |
| 項次200 義肢組件更換-義肢手套(左側 右側) |  |
| 項次201 義肢組件更換-手部裝置(左側 右側) |

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(雙側不同時請標示左/右)：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 義肢種類 | | 左側 右側 | |
| 部分手義肢  腕離斷義肢：美觀型 功能型  肘下義肢：美觀型 功能型 | 肘離斷義肢：美觀型 功能型  肘上義肢：美觀型 功能型  肩離斷義肢：美觀型 功能型  肩胛骨離斷義肢(肩胛截除義肢) |
| 承筒介面  (可複選) | | 硬式承筒 義肢軟套 義肢襪套 凝膠軟套 軟式承筒  其他： | |
| 懸吊系統 | | 八字吊帶 九字吊帶 直接套入式 髁上懸吊式 凝膠吸附式  胸吊帶 胸吊帶加肩墊 胸吊帶加腰帶 其他： | |
| 肩關節 | | 無 外展式 彎曲式 彎曲-外展式 旋轉球式 其他： | |
| 肘關節 | 肘上截肢 | 無 內骨骼式 內接鎖定式 外接鎖定式 肌電控制式 其他： | |
| 肘下截肢 | 無 單軸式 多中心式 倍增式 柔軟式 其他： | |
| 腕關節 | | 無 摩擦式 彎曲式 快速更換式 旋轉球式 肌電控制式  位置(可複選)：固定 可彎曲 可伸直 可旋轉 其他： | |
| 手部組件 | | 美觀手指 美觀手掌 功能手鉤(主動張開式) 功能手鉤(主動閉合式)  機械手掌 肌電義手 特定活動用，說明： | |
| 其他配件 | | 無 美觀泡棉 義肢手套其他： | |
| 操作方式 | | 非操作用(美觀型) 自體操控 肌電操控 混合式操控 | |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位： 嘉義縣輔具資源中心

評估人員： 職稱： 輔具評估人員

評估日期：

個案欲提出身心障礙者輔具補助申請

輔具中心已協助個案提出申請

請由公所端協助個案提出申請

請於申請表附上估價單（需註記廠牌、型號、尺寸、規格）

個案欲提出長期照顧輔具補助申請