醫療輔具評估報告

本報告自113年6月1日起適用

醫療輔具項目：氧氣製造機、咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)、單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous

Positive Airway Pressure)、雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

一、基本資料

二、使用評估

1.姓名： 2.性別：□男 □女 □其他

3.身分證統一編號： 4.出生年月日：民國/前 年 月 日

縣

鄉鎮

村

路

5.戶籍地址：

鄰

段 巷 弄 號 樓

市

市區

里

街

6.居住地址：□同戶籍地址

縣

鄉鎮

村

路

鄰

段 巷 弄 號 樓

市

市區

里

街

7.障礙類別：□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

8.障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9.居住情況：□獨居 □與親友同住 □機構： □其他：

10.聯絡人姓名： 與身心障礙者關係：

1 聯絡電話：

※由評估人員填寫，並於每一填寫處蓋章。

※評估人員身分資格：依據身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其

功能之專科醫師或呼吸治療師規定，係指神經(內)科、胸腔內科、心臟內科、血液科、胸腔外科、心臟外科、小兒(兒童)神經科、小兒(兒童)胸腔科、小兒(兒童)心臟科、小兒(兒童)血液科、小兒(兒童)重症科、耳鼻

喉科、精神科或復健科之專科醫師，或呼吸治療師。

□（一）氧氣製造機

※下列二擇一填寫

※並請填寫身心障礙者近**3**個月內(民國 年 月 日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。

1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣( 天)。

2.未使用氧氣治療前之評估，需符合以下至少一項：

2-1休息時，血液氣體分析PaO2≦55mmHg（PaO2 為 mmHg）；或血氧飽和濃度監測值SpO2

≦88％（SpO2 為 %）。

2-2運動時或睡眠中，血液氣體分析PaO2 56-59 mmHg（PaO2 為 mmHg）；或血氧飽和濃度

監測值SpO2≦89％（SpO2 為 %）。

2-3肺功能測試FVC低於預測值之40%（FVC為預測值之 %）。

2-4 符合紐約心臟學會心臟功能分類最新成人及兒童版（New York Heart Association Functional Classification/NYHA and Modified Ross Heart Failure Classification for Children）stage III ~ IV

（符合stage ）。

第1頁，共2頁

|  |
| --- |
| □（二）咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)  ※請填寫身心障礙者近**3**個月內(民國 年 月 日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。  未使用咳嗽(痰)機前之評估，需符合以下至少一項：  1.肺功能測試FVC低於預測值之40%（FVC 為預測值之 %）。  2.肺功能測試PEFR<170 LPM（PEFR為 LPM）。  3.因肺炎或肺擴張不全致1年內反覆住院2次以上（第1次住院：民國 年 月\_\_\_\_\_日;  第2次住院：民國 年 月 日）。 |
| □（三）單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure)  ※下列二擇一填寫  ※並請填寫身心障礙者近**3**個月內(民國 年 月 日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。  1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣( 天)。  2.未使用單相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：  2-1最低血氧飽和濃度監測值SpO2≦85%（SpO2 為 %）。  2-2血液氣體分析報告PCO2≧55mmHg（PCO2 為\_\_\_\_\_\_\_mmHg）。 |
| □（四）雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP: Bilevel Positive Airway Pressure)  ※下列二擇一填寫  ※並請填寫身心障礙者近**3**個月內(民國 年 月 日)之檢(監)測數值，及於每一填寫處蓋章。  1.困難脫離呼吸器，連續使用機械通氣( 天)。  2.未使用雙相陽壓呼吸器前之評估，需符合以下至少一項：  2-1肺功能測試FVC低於預測值之40%（FVC為預測值之 %）。  2-2血液氣體分析報告PCO2≧55mmHg（PCO2 為\_\_\_\_\_\_\_mmHg）。  2-3最低血氧飽和濃度監測值SpO2≦85%（SpO2 為 %）。  2-4因肺炎或肺擴張不全致1年內反覆住院2次以上（第1次住院：民國 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;  第2次住院：民國 年 月 日）。 |

輔具評估單位或鑑定機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 評估人員（身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第四類專科醫師或呼吸治療師）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（簽名或蓋章）職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

輔具評估單位或鑑定機構用印

評估日期：民國 年 月 日

第2頁，共2頁