

## 安寧共同照護個案收案申請書

| 基本資料  |   |  |                    |         | <input type="checkbox"/> 新收案 <input type="checkbox"/> 重新收案                         |                 |
|---|---|--|--------------------|---------|--|-----------------|
| 科別  |   | 病房<br>床號   |                    | 病歷<br>號 | 收案<br>日期   | ____年____月____日 |
| 姓名  |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 生日：____年____月____日 | 身分證號    |  |                 |
| 主診斷   |   |  |                    |         | ICD 前3碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                 |
| 轉移部位  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腦 <input type="checkbox"/> 骨骼 <input type="checkbox"/> 脊髓 <input type="checkbox"/> 其他_____ |  |                    |         |  |                 |
| 收案時 DNR 簽署狀態  | <input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署 (如已簽署, 則請於照護結案右下方填寫簽署日期)  |  |                    |         |  |                 |
| 1. 收案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估    |   |  |                    |         |  |                 |
| 2. 收案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估 |   |  |                    |         |  |                 |
| 3. 收案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估 |   |  |                    |         |  |                 |

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人: 是 否 其他\_\_\_\_\_

※所指定之醫療決策代理人: 姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 其聯絡方式: \_\_\_\_\_

※婚姻狀態: 已婚 未婚 喪偶 離婚 其他\_\_\_\_\_

※教育程度: 大學以上 大學 專科 高中(職) 國(初)中 小學 自修 不識字

※宗教信仰: 佛教 道教 基督教 天主教 一貫道 天帝教 一般民間信仰 其他\_\_\_\_\_

※現在職業: \_\_\_\_\_ ※過去職業: \_\_\_\_\_

※簡要家系圖: \_\_\_\_\_

※原主治醫師姓名: \_\_\_\_\_

※主要照顧者(日): \_\_\_\_\_  
(夜): \_\_\_\_\_

※緊急聯絡者姓名: \_\_\_\_\_  
(電話): \_\_\_\_\_  
(手機): \_\_\_\_\_

| 照 護 結 案  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| 結案<br>日期   | ____年____月____日   | 結案<br>原因        |
| <input type="checkbox"/> 問題改善 <input type="checkbox"/> 轉安寧病房 <input type="checkbox"/> 轉安寧居家 <input type="checkbox"/> 轉一般居家 <input type="checkbox"/> 穩定出院<br><input type="checkbox"/> 瀕死出院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 病人拒絕 <input type="checkbox"/> 家屬拒絕<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ |   |                 |
| ※結案時, 下面 3 題資料若與收案時完全相同者請於此處勾選: <input type="checkbox"/> (若勾選者, 本欄以下 3 題得免重複填)   |   |                 |
| 1. 結案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估   |   |                 |
| 2. 結案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估  |   |                 |
| 3. 結案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估  |   |                 |
| 結案時 DNR 簽署狀態   | <input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署 | DNR 簽署日期        |
|  |   | ____年____月____日 |

結案後追蹤日期及內容:

※共照護理人員簽章: \_\_\_\_\_

備註: 安寧共同照護相關表單, 請醫院妥善保存(10年), 以備審計及相關單位查核。