

# 安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

保險對象姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	受理日期	年 月 日
身分證字號		原受理編號		受理編號			
聯絡	地址：					電話	
主診斷 ICD-9-CM		疾病名稱					
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案 <input type="checkbox"/> 2 非住院個案 <input type="checkbox"/> 3 護理之家個案 <input type="checkbox"/> 4 安養機構個案 (護理、安養機構名稱及代碼) (必填欄位) 名稱：_____ 代碼：_____			收案條件	<input type="checkbox"/> 1. 癌症末期 <input type="checkbox"/> 2. 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 3. 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 4. 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 5. 心臟衰竭		
收案日期	年 月 日		安寧緩和意願書或同意書簽署	病人姓名：			
本次收案核定日期	起日	年 月 日		申請人姓名：			
	迄日	年 月 日		與病人關係：			
日常生活功能評估	ECOG(0-4)：_____			簽署日期：	年 月 日		

第一聯：保險人備查 第二聯：院所備查

**一、病患主要症狀：**

1. 癌症末期病患：
  - 高血鈣 脊髓壓迫 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 出血 腫瘤潰瘍
  - 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 急性精神壓力，如自殺意圖
2. 末期運動神經元病患：
  - 虛弱及萎縮 肌肉痙攣 吞嚥困難 呼吸困難 睡眠障礙 便秘 流口水
  - 心理或靈性困擾 分泌物及黏稠物 低效型通氣不足 便秘 流口水
3. 老年期及初老期器質性精神病態：
  - CDR 臨床失智評分量表為—末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力 認不出人 需旁人餵食，可能需用鼻胃管 吞食困難 大小便完全失禁 長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 瀕死狀態
4. 其他大腦變質：
  - 嚴重神經疾病如：嚴重中風 嚴重腦傷
  - 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 瀕死狀態 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者

## 安寧居家療護收案申請書(收案條件 1-5 適用)

新收案 新收案申復 延長照護 延長照護申復 病歷號：

5. 心臟衰竭：

CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 曾有心臟停止或心肺復甦術病史 常有不明原因的昏厥 心因性腦栓塞 左心室射出分率 $\leq$ 20%

二、醫囑：

1. 疼痛控制：PCA 其他\_\_\_\_\_
2. 其他處置：噴霧 氧氣 排便造瘻口 傷口 尿管 胃管 氣切管 其他留置管 檢驗 其他處理
3. 藥物處方：\_\_\_\_\_
4. 轉介：社工人員 臨床心理師 物理/職能治療師 專業靈性照顧人員

三、病患之身體照護：

1. 需定期更換：止痛藥匣 尿管 胃管 氣切管 其他留置管：\_\_\_\_\_
2. 指導並協助家屬：褥瘡傷口換藥 留置管護理 造瘻口護理：\_\_\_\_\_ 口腔護理 灌食調理進食 灌腸 人工血管護理 更換尿袋/點滴瓶技巧 抽痰/扣背排痰/噴霧治療技巧 淋巴水腫按摩技巧 洗頭、洗澡、會陰沖洗 肢體活動及翻身擺位 避免壓瘡 被動運動及病患移位 皮膚護理按摩 指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識、技能及必要之家庭安全設備 其他護理項目：\_\_\_\_\_

四、病患與家屬心理社會諮詢與照護：死亡與瀕死調適憂鬱焦慮其他\_\_\_\_\_

五、病患及家屬靈性宗教需求之照護：生命意義與價值探尋 靈性平安宗教儀式進行 其他\_\_\_\_\_

六、善終準備：\_\_\_\_\_

七、醫療品質指標：

- 疼痛控制(疼痛對病患之影響)：\_\_\_\_\_ (0-10)
- 呼吸困難狀況(呼吸困難對病患的影響)：0:沒有發生呼吸困難 1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息 2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息 3:時常發生呼吸困難令病患無法忍受，作息與注意力明顯受影響 4.持續不斷呼吸困難現象

八、其他：\_\_\_\_\_

保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳
名稱：	
代號：	
地址：	
電話：	
申請日期： 年 月 日	

醫師簽名：

護理人員簽名：