附件4、罕見疾病照護服務計畫需求評估紀錄單

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【需求評估基本資訊】 | | | | | | | | |
| 受訪者 | | □1.患者本人 □2.主要照顧者,關係: 姓名:  □3.他人,姓名: 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 訪談日期 | | 年 月 日 | | | | | | |
| 評估人員 | |  | | | | | | |
| 訪談方式 | | □1.電話 □2.到宅訪視 □3.門診時 □4.住院時  □5.其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 【罕見疾病個案個人基本資料】 | | | | | | | | |
| 個案姓名 |  | | | | 身分證字號 | |  | |
| 性別 | □男 □女 | | | | 出生日期 | | 年 月 日 | |
| 身分別 | A.□1.原住民,族別:父方: 母方:  □2.新住民子女,父母原生國籍：父方 : 母方: □3.一般  B.□1.父母同住 □2.單親家庭,住□父方 □母方 □3.祖父母同住,□父 □母  □4.三代同住 □5.其他, □6.獨居 | | | | | | | |
| 疾病名稱 |  | | **發病日**:民國 年 月 日  發病年齡: | | | | | **確診日**:民國 年 月 日年齡: |
| 主要症狀 |  | | | | | | | |
| 基因診斷 | A基因檢查? □1.無  □2.有(□2.1何時做民國 年 月 日 /年齡: )  □2.2 檢查單位 )  B.發現: □1.基因缺失 □2.其他 | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣市 鄉鎮 市區 村 鄰 路街 段 巷 號 樓    是否此地址同意做為寄件使用?□1.是 □2.否 | | | | | | | |
| 現居住地址 | □1.同戶籍地址 □2.其他  縣市 鄉鎮 市區 村 鄰 路街 段 巷 號 樓    此地址是否同意做為寄件使用?□1.是 □2.否 | | | | | | | |
| 聯絡電話 |  | | | 手機 | |  | | |
| 傳真 |  | | | 電子信箱 | | 是否同意此做為寄件使用?□1.是 □2.否 | | |
| 職業 | A.在職狀況:  □1.學生: □小學 □國中 □高中 □大專 □特殊教育  □2.無業,原因: □健康因素　　 □其他:  □3.自營 □4.受雇 □5.其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B.職類: (勾選自營或受僱者)  □1.農林漁牧 □2.工礦 □3.商 □4.軍公教 □5.服務業 □6.自由業  C.工作內容: | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **最近半年**社會資源運用情形 | A.全民健康保險重大傷病卡: □1.有 　□2.無  B.身心障礙手冊，類別： 　等級：□輕 □中 □重 □極重度  生活津貼補助: □ 1.有 　　 □ 2.無  特殊營養食品: □ 1.有 　　 □ 2.無  C.發展遲緩兒童早期療育服務:  訓練費補助: □ 1.有 □ 2.無  交通費補助: □ 1.有 □ 2.無  D.使用其他政府資源：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E.民間單位補助: □ 1.有 單位名稱:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □2.無 |
| 家庭狀況 | A.家庭經濟狀況: □1.低收入戶 □2.中低收入戶 □3.一般戶  B.主要照顧者: □1.有 □2.無  主要照顧者(性別：□1.男 □2.女) 年齡： 歲,關係：  2.1每週照顧日數：□1.1日以內 □2.2日 □3.3日 □4.4日以上  2.2每日照顧時數：□1.<2小時 □2. 2-<4小時 □3.4-<8小時  □4.8-<12小時 □5.12-<16小時 □6.幾乎24小時  2.3家中有其他罕病患者（不含個案）：□1.有,幾 位 病名:  □2.無  2.4是否需照顧其他家人：□1.否 □2.是：說明：  C.聘用個人看護：□1.有(□2.1本國籍 □2.2外國籍)年齡： 歲, □2.無  D.照顧中最困難的事: |
| 個案基本狀況 | A.主要治療醫院:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 主治醫師:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B.參加病友團體(名稱):  C.活動度: 1.□長期臥床 □2.可坐起 □3.可操作輪椅 □4.可自行行走  D.特殊處置:1.藥物:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；  2.飲食: □1.管灌 □2.餵食 □3.自行進食  3.其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E.接受復健治療: □1.無 □2.有:(復健機構名稱 )  F.使用輔具: □1.無 □2.有: □1.輪椅 □2.助行器 □3.助聽器  4.其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  G.使用管路:□1.無 □2.有: □1.鼻胃管 □2.胃瘻管 □3.導尿管  4.其他:\_\_\_ (名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  H.使用居家醫療照護器材: □1.無 □2.有: □1.尿布 □2.氧氣製機 □3.抽痰機 □4.咳痰機 5.其他:( 器材名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  I.其他補述:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 服務需求 | A.需求(可複選)：□1.告知疾病之影響 □2.心理支持 □3.生育關懷  □4.照護諮詢 5.其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □6.無服務需求 理由:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B.建議怎麼做什麼: |