**花蓮縣衛生局長期照顧服務**

**專業服務評估表**

110.11制定

主責照專姓名： A單位個管師：

服務提供單位： 初次評估日期：

初次評估服務人員： 職業類別：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個 案 基 本 資 料 | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | 性別 | | | □男□女 |
| 身分證字號 | | |  | | | 是否聘有外籍看護工 | | | □是□否 |
| 長照福利身分別 | | | □一般戶 □中低收1.5-2.5倍 □低收入戶(未達1.5倍) | | | | | | |
| 是否領有身心障礙證明 | | | □否； □是：第 類，障礙程度：□輕度 □中度 □重度 □極重度 | | | | | | |
| 主要照顧者姓名/關係 | | | / | | | 連絡電話 | |  | |
| 居住地址 | | | 花蓮縣 鄉/鎮市 村/里 | | | | | | |
| CMS等級 | | | 第 級 | | 照會日期 | | 年 月 日 | | |
| 核定照會服務項目 | | | □CA07 IADLs復能、ADLs復能照護  □CA08 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行  □CB01 營養照護  □CB02 進食與吞嚥照護  □CB03 困擾行為照護  □CB04 臥床或長期活動受限照護  □CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃  □CD02 居家護理指導與諮詢 | | | | | | |
| 核定專業服務  組數/訓練期程 | | 每月核定服務數量： 組/月。(總組數不超過12次)  服務期程： 年 月 日 至 年 月 日(6個月內須完成) | | | | | | | |
| 服 務 指 導 對 象 (可複選) | | | | | | | | | |
| □個案本人　□家屬(關係： )　 □外籍看護  □居家服務員（配合AA03碼別指導居家服務員參與專業服務指導計畫） | | | | | | | | | |
| 個 案 能 力 狀 況 | | | | | | | | | |
| 日常生活活動表現能力  (含個案/案家主訴、日常活動內容及其表現情形) | | |  | | | | | | |
| 居家環境描述  (含個案活動空間) | | |  | | | | | | |
| 有無使用輔具  □無(跳過此題)  □有(填寫右欄) | | | 輔具使用項目 | 輔具使用狀況 | | | | | |
| 1. | □需完全指導 □需部分指導 □可正確使用 | | | | | |
| 2. | □需完全指導 □需部分指導 □可正確使用 | | | | | |
| 照專評估後之  問題清單 | □進食問題 □洗澡問題 □個人修飾問題 □穿脫衣物問題 □大小便控制問題  □上廁所問題 □移位問題 □走路問題 □上下樓梯問題 □ 使用電話問題  □購物或外出問題 □備餐問題 □處理家務問題 □用藥問題 □處理財務問題  □溝通問題 □短期記憶障礙 □疼痛問題 □不動症候群風險 □皮膚照護問題  □傷口問題 □水份及營養問題 □吞嚥問題 □管路照顧問題 □其他醫療照護問題 □跌倒風險 □安全疑慮 □居住環境障礙 □社會參與需協助 □困擾行為  □照顧負荷過重 □輔具使用問題 □感染問題 □其他問題 | | | | | | | | |
| 一、復能目標開案評值 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 期待專業服務目標(個案或家屬最希望改善的日常生活活動項目) | | | 請填寫：依個管員與個案或家屬共同討論目前最想改善的「一個復能目標」。 | | | |
| 可行性評估 | □可行，依期待專業服務目標，訂定短中長期目標。  □可行性低，原因： ；擬修訂目標： | | | | | |
| 復能目標與成效評估  『依據加拿大職能表現量表(COPM)，個案對欲改善之目標的自評表現與滿意度』，滿分最高10分 | | | **初次**(個案/案家)**自評**分數 | **表現(1-10分)** |  | |
| **滿意度(1-10分)** |  | |
| 生活品質 (EQ-5D) | | 項目 | 內容 | | | 初次評估結果 |
| 行動 | 3分：我可以四處行動，沒有任何問題。  2分：我行動有些不便。  1分：我臥病在床。 | | |  |
| 自我照顧 | 3分：我能照顧自己，沒有任何問題。  2分：我在盥洗、洗澡或穿脫衣服方面有些問題。  1分：我無法自己盥洗、洗澡、穿脫衣。 | | |  |
| 平常活動 | 3分：我能從事平常活動，沒有任何問題。  2分：我在從事平常活動方面有些問題。  1分：我無法從事平常活動 | | |  |
| 疼痛/不舒服 | 3分：我沒有任何疼痛或不舒服。  2分：我覺得中度疼痛或不舒服。  1分：我覺得極度疼痛或不舒服。 | | |  |
| 焦慮/沮喪 | 3分：我不覺得焦慮或沮喪。  2分：我覺得中度焦慮或沮喪。  1分：我覺得極度焦慮或沮喪 | | |  |
| 總分 | | | |  |

|  |
| --- |
| 二、復能訓練目標執行過程(※請依個案潛力及生理狀態設定) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服務計畫(短中長期訓練目標) | | | | | | | | 結案評估 |
| **短期**  第1～3次 | | 目標包含：(1)執行活動：(2)執行方式/環境；(3)協助程度；(4)時限性；(5)可測量性。 | | | | | | □已達成  □部分達成  □未達成 |
| **中期**  第6～9次 | | 目標包含：(1)執行活動：(2)執行方式/環境；(3)協助程度；(4)時限性；(5)可測量性。 | | | | | | □已達成  □部分達成  □未達成 |
| **長期**  第10～12次 | | 目標包含：(1)執行活動：(2)執行方式/環境；(3)協助程度；(4)時限性；(5)可測量性。 | | | | | | □已達成  □部分達成  □未達成 |
| 初次評估 | | 個案/案家屬簽章： 簽章日期：民國 / /  服務人員簽章： 簽章日期：民國 / / | | | | | | |
| 三、結案評估簡述原因 | | | | | | | | |
| 復能目標與成效評估  『依據加拿大職能表現量表(COPM)，個案對欲改善之目標的自評表現與滿意度』，滿分最高10分 | | | **結案**(個案/案家)自評分數 | | **表現(1-10分)** |  | | |
| **滿意度(1-10分)** |  | | |
| 生活品質 (EQ-5D) | 項目 | | | 內容 | | | 結案評估結果 | |
| 行動 | | | 3分：我可以四處行動，沒有任何問題。  2分：我行動有些不便。  1分：我臥病在床。 | | |  | |
| 自我照顧 | | | 3分：我能照顧自己，沒有任何問題。  2分：我在盥洗、洗澡或穿脫衣服方面有些問題。  1分：我無法自己盥洗、洗澡、穿脫衣。 | | |  | |
| 平常活動 | | | 3分：我能從事平常活動，沒有任何問題。  2分：我在從事平常活動方面有些問題。  1分：我無法從事平常活動 | | |  | |
| 疼痛/不舒服 | | | 3分：我沒有任何疼痛或不舒服。  2分：我覺得中度疼痛或不舒服。  1分：我覺得極度疼痛或不舒服。 | | |  | |
| 焦慮/沮喪 | | | 3分：我不覺得焦慮或沮喪。  2分：我覺得中度焦慮或沮喪。  1分：我覺得極度焦慮或沮喪 | | |  | |
| 總分 | | | | | |  | |
| 結案日期：民國 年 月 日  □1.達服務目標並由案家自主練習  □2.個案狀況變化致無法繼續  □3.個案/案家拒絕  □4.個案/案家無動機  □5.建議轉介(如居家練習等)：  說明：(請說明個案/照顧者表現及配合情形、介入前後成效變化等)  個案/案家屬簽章： 簽章日期：民國 / /  服務人員簽章： 簽章日期：民國 / / | | | | | | | | |