

花蓮縣長期照顧管理中心咀嚼吞嚥障礙篩檢表/家醫方案服務個管師版

個案基本資料	個案姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身分證字號	出生日期	民國	年 月 日

咀嚼吞嚥狀況評估/ 請依序進行測試

①第一階段：評估生命徵象		請 打 勾	
1	體溫<37.5℃	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	脈搏:60~100 次/分	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	呼吸速率 :12~20 次/分	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	收縮壓：90-160mmHg	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5	舒張壓：60-90mmHg	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6	使用氧氣罩可以暫停超過 1 小時 (若無需使用氧氣罩者，請勾選『是』)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
7	意識不清但RSST (重複唾液吞嚥測試) 1次/30 秒 (意識清楚者，請勾選『是』)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

※①結果： 1. 以上皆為『是』，繼續評估第二階段
 2. 以上皆為『是』，有留置鼻胃管，不須往下評估 ⇨建議轉介咀嚼吞嚥健康中心
 3. 以上有任一項為『否』，不須往下評估 ⇨待生命徵象穩定後再進行

②第二階段：EAT-10 篩檢		0:沒有問題 4:問題很嚴重				
1	吞嚥問題是否導致我的體重下降	0	1	2	3	4
2	吞嚥是否干擾我外出飲食	0	1	2	3	4
3	吞嚥液狀物需額外費力	0	1	2	3	4
4	吞嚥固狀物需額外費力	0	1	2	3	4
5	吞服藥丸時需額外特別費力	0	1	2	3	4
6	吞嚥是否會導致疼痛	0	1	2	3	4
7	飲食的愉悅是否為吞嚥問題影響	0	1	2	3	4
8	吞嚥食物時會黏著咽喉	0	1	2	3	4
9	吃東西時是否會咳嗽	0	1	2	3	4
10	吞嚥時是否有壓迫感	0	1	2	3	4
總分		_____分				

※② 結果： 1. 總分 <3分，通過，評估完成 ⇨個管師每季(每3個月)家訪追蹤 EAT-10
 2. 總分 ≥3 分，不通過，繼續評估第三階段

③第三階段：評估其他吞嚥相關狀況		請 打 勾	
1	可以自咳	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	不會流口水	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	可以舌頭舔上、下唇	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	講話音質清晰沒有濕囉音(wet voice)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

※③ 結果： 1. 以上各項皆為『是』 ⇨建議轉介長照專業服務，異動通報「A級單位」
 2. 以上有任一項為『否』 ⇨建議轉介咀嚼吞嚥健康中心，異動通報「主責照專」

備註： 個管師進行追蹤篩檢之個案對象：1. 醫師EAT-10咀嚼吞嚥狀況篩檢[通過]者，2. 醫師咀嚼吞嚥口腔篩檢結果[不通過]而拒絕接受轉介者。個管師搭配YA02家訪費每季訪視頻率，每3個月追蹤個案EAT-10。

個管師姓名/醫療機構名稱：	評估日期	民國	年	月	日
---------------	------	----	---	---	---

