花蓮縣衛生局居家失能個案家庭醫師照護方案

112年8月1日制定

113年7月4日修訂

**個案管理家訪紀錄表**

案號

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服務提供單位名稱**： | | | | | | | | | | | | | | |
| 個案姓名 | | | | | | 性別 □男 □女 | | | | 出生日期 年 月 日/ 歲 | | | | |
| 身分證字號 | | | | | | CMS失能等級： 級 | | | | 聘有外籍看護 □無 □有(其他備註 ) | | | | |
| 居住地址：花蓮縣 鄉鎮市 村里 **(完整地址)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **服務內容紀錄** | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務時間 年 月 日 時 | | | | | | | 受訪者 □個案 □家屬(關係： )□其他 | | | | | | | |
| **一、**  **個案身心狀況評估** | I. S.O.主客觀評估 | | | 血壓： | | | | | 脈搏： | | | | | |
| **(主訴和需求、客觀評估身體狀況之描述)** | | | | | | | | | | | | | |
| II.現況變化：**➀**意識 □清醒□嗜睡□混亂□昏迷□無法判斷 **➁**交談 □正常□答非所問□無法對談 **➂**活動度 □正常□不愛動□無法久站或走□坐輪椅□臥床 **➃**疾病變化 □無特別變化□改善□變差 **➄**過去1個月發生狀況 □跌倒 □住院 □急診就醫 □入住長照機構 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| III.慢病控制和照護情形：**➀**就醫治療 □無慢病□規律回診拿藥/院所  □未按規回診/原因 **➁**照護評估:主照者 □良好□普通□尚待改善□較差 | | | | | | | | | | | | | |
| 監測慢性病控制指數 (填入HbA1c、TG、LDL-C、HDL-C、其他檢查等) | | | | | | | | | | | | | | |
| 日期/檢查/結果 | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| **二、健康問題管理、慢性病監測** □無慢性病 □有慢性病 | | | | | | | | | | | | | | |
| I. 待改善主要問題  /原因 | | |  | | | | | | | | | | | |
| II. 達成目標 | | |  | | | | | | | | | | | |
| III.依計畫提供居家照護衛教 | | | 1.指導項目 □疾患知識□服藥遵從性指導□用藥指導□提供飲食營養衛教□預防嗆咳衛教  □健口操指導□鼓勵提升活動能量□預防跌倒□延緩失智衛教□建議每天測量血壓□高低血糖衛教指導□高血脂症飲食衛教□皮膚照護衛教□傷口護理□壓瘡防護□管路護理指導□其他  2.內容： | | | | | | | | | | | |
| **三、介入需求聯繫協調、反應個案事項** | | | | | | | | | | | | | | |
| I. 目前使用服務  □居家照顧 □日間照顧 □家庭托顧 □預防及延緩失能服務 □專業服務 □交通接送 □輔具服務 □居家無障礙環境改善 □喘息服務 □家照者支持性服務 □NGO服務 | | | | | | | | | | | | | | |
| II. 經評有介入需求  或需調整情形  □無 □有 | | | □A.醫療照護服務 □專業服務 □居家照護、居家醫療 □安寧照護  □失智共照 □醫療上轉或平行轉介 □護理機構、長照機構 □其他  □B.長照服務 □C.NGO服務 □D.社福介入 □E.主要照顧者支持  □F.追蹤前次轉介長照分站或A個管情形  建議及處理： | | | | | | | | | | | |
| III. 與跨專業團隊聯繫 □無 □有：□居家醫師 □照專 □A個管 □其他單位人員 □醫事人員  聯繫紀錄： | | | | | | | | | | | | | | |
| 簽章 | 服務個管師： | | | | | | | | | | | 紀錄日期： 年 月 日 | | |

備註: 1.本方案個管服務需依長期照顧服務法和醫事人員法規製作詳細服務紀錄，服務單位依規定保存7年。2.收案後第1次需家訪，後續每4個月需有1次家訪。3.服務頻率依個案狀況及個管師專業判斷，調整每月服務次數，至少每月須有 1 次服務。

頁次