


# 長期照顧呼吸復能評估表

評估日：\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_ 評估員：\_\_\_\_\_

<b>1. 個案基本資料：</b>			
姓名：		性別：♂ <input type="checkbox"/> 、♀ <input type="checkbox"/>	出生： 年 月 日
身高： CM	體重： KG	理想體重：	慣用語：
<b>2. 家庭支持系統：</b>			
聯絡人姓名：		關係：	聯絡電話：
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同上、 <input type="checkbox"/> 其他：			
主要照顧人： 職稱		照顧時間： <input type="checkbox"/> 全天、 <input type="checkbox"/> 半天、 <input type="checkbox"/> 其他	
次要照顧人： 職稱		照顧時間： <input type="checkbox"/> 全天、 <input type="checkbox"/> 半天、 <input type="checkbox"/> 其他	
<b>3. 個案過去病史：</b>			
吸菸史： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 吸菸 _____ 包/日， _____ /包年、 <input type="checkbox"/> 戒菸中 _____ 月、 <input type="checkbox"/> 已戒菸 _____ 年			
疾病史： <input type="checkbox"/> 肺結核( <input type="checkbox"/> 治療中、 <input type="checkbox"/> 完治)、 <input type="checkbox"/> 氣喘、 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張症、 <input type="checkbox"/> 肺間質疾病、 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 手術(原因 _____ 日期 _____)、 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病、 <input type="checkbox"/> 其他肺病 _____ <input type="checkbox"/> 高血壓、 <input type="checkbox"/> 冠心病、 <input type="checkbox"/> 心律不整、 <input type="checkbox"/> 腦中風、 <input type="checkbox"/> 其他心血管疾病 _____ <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆、 <input type="checkbox"/> 抑鬱/焦慮、 <input type="checkbox"/> 睡眠中止症、 <input type="checkbox"/> 胃食道逆流、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他急慢性病 _____			
<b>4. 身體評估：</b>			
意識狀態：E _____、V _____、M _____， <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 混亂 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
生命徵象：體溫 _____、心跳 _____、呼吸 _____、血壓 _____ / _____、SpO2 _____ (用氧 _____)			
呼吸音：右肺： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 囉音 <input type="checkbox"/> 濕囉音 <input type="checkbox"/> 鼾聲 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 左肺： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 囉音 <input type="checkbox"/> 濕囉音 <input type="checkbox"/> 鼾聲 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
呼吸型態： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 短促(RR≥30) <input type="checkbox"/> 使用呼吸輔助肌 <input type="checkbox"/> 端坐 <input type="checkbox"/> 奇異式 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
胸廓形狀： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 扁平胸 <input type="checkbox"/> 桶狀胸 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
痰液狀況：痰液量 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多、痰液性狀 _____、痰液顏色 _____			
咳嗽能力： <input type="checkbox"/> 刺激無反應 <input type="checkbox"/> 有痰音但無法咳出 <input type="checkbox"/> 可自行咳出 <input type="checkbox"/> 需抽吸			
鼻胃管： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；自 _____ 年 _____ 月起放置， <input type="checkbox"/> 放胃造口 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
吞嚥能力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無吞嚥反射 <input type="checkbox"/> 噎咳 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
氣切管： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣切： <input type="checkbox"/> 尺寸： _____ 型式 _____ <input type="checkbox"/> 無氣囊， <input type="checkbox"/> 有氣囊 _____ ml/cmH2O； 自 _____ 年 _____ 月起放置			
<b>5. 功能評估：</b>			
氣流限制嚴重度分級 <input type="checkbox"/> 未做 <input type="checkbox"/> 檢查日期：			
<input type="checkbox"/> GOLD1 FEV1>80%，輕度 <input type="checkbox"/> GOLD2 50%<FEV1<80%，中度			
<input type="checkbox"/> GOLD3 30%<FEV1<50%，嚴重 <input type="checkbox"/> GOLD4 FEV1<30%，非常嚴重			
6MWT 六分鐘行走測試： <input type="checkbox"/> 未做 <input type="checkbox"/> 評估日期： _____； _____ 公尺			
最高尖峰吐氣流量： <input type="checkbox"/> 未做 <input type="checkbox"/> 評估日期： _____； _____ L			
mMRC 呼吸困難量表：			
<input type="checkbox"/> Grade 0 <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> Grade 4			
CAT <input type="checkbox"/> 未做 <input type="checkbox"/> 評估日期 _____： _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____			
呼吸肌力評估： <input type="checkbox"/> 未做 <input type="checkbox"/> 評估日期： _____； MIP _____ cmH2O、MEP _____ cmH2O			

## 長期照顧呼吸復能評估表

muscle power 肌力評估：0-5 分

右上肢：		左上肢：
右下肢：		左下肢：

下肢肌力評估：未做  30 秒 坐站 \_\_\_\_\_ 次

每日居家活動：站立 走路 騎腳車 散步 四肢運動 爬山 其他\_\_\_\_\_

活動時間： 次數/每周 分鐘

### 6. 用氧和吸入藥物評估：

當疾病已經治療穩定，且未使用氧氣治療時：

- 休息時 SpO<sub>2</sub> ≤ 88 % ，實際值： \_\_\_\_\_
- 休息時 SpO<sub>2</sub> ≤ 89 % ，但合併有下列情形者：
  - 心肺症或心衰竭
  - 運動時或睡眠中 SpO<sub>2</sub> < 89%，實際值： \_\_\_\_\_
- 休息時 ETCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg

吸入型藥物：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. 現有醫療輔具設備

現有醫療輔具設備：

- 氧氣鋼瓶、 氧氣製造機、 液態氧氣；使用流量 \_\_\_\_\_ LPM，使用時間 \_\_\_\_\_
- CPAP、 BiPAP、 侵入型呼吸器、 負壓呼吸器；起始使用日： \_\_\_\_\_
- 噴霧機、 拍痰器/機、 咳痰機、 血氧機、 高流量濕氣機  其他 \_\_\_\_\_

## 長期照顧呼吸復能評估表

<b>照護問題</b>	<input type="checkbox"/> 不良的呼吸型態 <input type="checkbox"/> 肺過度充氣 <input type="checkbox"/> 痰液清除功能障礙 <input type="checkbox"/> 侷限性呼吸障礙 <input type="checkbox"/> 心肺功能耐力問題 <input type="checkbox"/> 氣切照護問題 <input type="checkbox"/> 輔具使用問題 <input type="checkbox"/> 感染問題: _____ <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸障礙 <input type="checkbox"/> 吞嚥功能障礙 <input type="checkbox"/> 居家環境安全問題 <input type="checkbox"/> 營養問題 <input type="checkbox"/> 藥物吸入不正確 <input type="checkbox"/> Others: _____		
<b>治療目標</b>	<input type="checkbox"/> 肺有效擴張 <input type="checkbox"/> 改善氧合 <input type="checkbox"/> 藥物衛教 <input type="checkbox"/> 痰液清除 <input type="checkbox"/> 咳嗽訓練 <input type="checkbox"/> 正確呼吸型態建立 <input type="checkbox"/> 降低輔助肌的使用 <input type="checkbox"/> 緩解喘姿勢(放鬆技巧)	<input type="checkbox"/> 能夠執行日常活動 <input type="checkbox"/> 能夠更輕鬆出行 <input type="checkbox"/> 增加居家活動量 <input type="checkbox"/> 增強肌力運動 <input type="checkbox"/> 氣切照護/發聲 <input type="checkbox"/> 吞嚥訓練 <input type="checkbox"/> 飲食衛教 <input type="checkbox"/> 居家環境安全指導/規劃	<input type="checkbox"/> 改善睡眠品質 <input type="checkbox"/> 外出活動安全規劃指導 <input type="checkbox"/> 輔具衛教指導 <input type="checkbox"/> 資源轉介 <input type="checkbox"/> 感染控制 <input type="checkbox"/> 其他
<b>照護計畫</b>	<input type="checkbox"/> 氧氣治療: 氧氣_____ L/min 每日使用總時間_____小時 <input type="checkbox"/> 呼吸運動(橫膈呼吸、噁嘴吐氣) <input type="checkbox"/> 放鬆技巧 <input type="checkbox"/> 節能活動指導 <input type="checkbox"/> 氣道清潔治療 <input type="checkbox"/> 哈氣/咳嗽技巧 <input type="checkbox"/> PAP 治療器材: _____ <input type="checkbox"/> 肺擴張治療 <input type="checkbox"/> 負壓呼吸器治療; <input type="checkbox"/> 藥物吸入衛教 <input type="checkbox"/> 濕氣/噴霧治療 <input type="checkbox"/> 感染控制 <input type="checkbox"/> 吞嚥訓練 <input type="checkbox"/> 飲食衛教 <input type="checkbox"/> 輔具衛教指導 <input type="checkbox"/> 居家環境安全指導/規劃 <input type="checkbox"/> 資源轉介		
<b>計畫</b>	<u>運動計畫</u> <input type="checkbox"/> 氧氣_____ L/min, <input type="checkbox"/> 吸氣肌: 設定_____ : 頻率/次: _____, <input type="checkbox"/> 吐氣肌: 設定_____ : 頻率/次: _____ 上肢: <input type="checkbox"/> 徒手 <input type="checkbox"/> 舉水瓶 <input type="checkbox"/> 彈力帶 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 負重/阻力: _____ 次數: _____ 下/次 頻率 _____ 次/週 下肢: <input type="checkbox"/> 坐 <input type="checkbox"/> 站立 <input type="checkbox"/> 踏步 <input type="checkbox"/> 散步 <input type="checkbox"/> 快走 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 負重/阻力: _____ <input type="checkbox"/> _____分/天; 天/週 其他: _____		
<b>備註</b>			
<b>呼吸治療師簽名/日期:</b>		<b>下次評估時間:</b>	