

長期照顧呼吸復能紀錄表

訪視日：_____ 時間：_____ 訪視員：_____

1. 訪視個案資料：				
姓名：	身分證號：	性別：♂ <input type="checkbox"/> 、♀ <input type="checkbox"/>		
體溫	血壓	心跳	呼吸	血氧
2. 照顧問題				
<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/運動處方執行指導 <input type="checkbox"/> 氣切照護需求 <input type="checkbox"/> 輔具使用需求 <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"/> 其他：_____				
6. 照護處置：				
<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"/> 藥物吸入衛教 <input type="checkbox"/> 氧氣治療：氧氣_____ L/min 每日使用總時間_____小時 <input type="checkbox"/> 濕氣/噴霧治療 <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 <input type="checkbox"/> 活動/外出指導 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
運動計畫				
<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： <input type="checkbox"/> _____				
7. 成效追蹤評值				
離開時間		家屬簽名		