

臺北市政府衛生局

「113-114 年失智症篩檢、確診評估及關懷
服務計畫」服務建議書

廠商名稱：_____

壹、 申請機構基本資料

| | | | | | | |
|-----------|--------|--|----|--|----|--|
| 執行單位 | | | | | | |
| 計畫 主持人 | 姓名 | | 職稱 | | 電話 | |
| | | | | | 手機 | |
| | E-mail | | | | | |
| 計畫 聯絡人 | 姓名 | | 職稱 | | 電話 | |
| | | | | | 手機 | |
| | E-mail | | | | | |
| 發文 地址 | | | | | | |

貳、 本計畫內容

| |
|---|
| 一、專業能力【20%】 |
| 1. 失智症篩檢、確診評估及關懷服務內容 請進行單位簡介及說明依計畫服務內容規劃個案來源(發掘)、服務方式、服務項目、服務時段安排等 |
| 2. 過去承辦失智業務之相關經驗及績效 |

| |
|--|
| 二、人力資源與服務能力【30%】 |
| 1. 失智症醫療照護服務團隊人力規劃：如人力配置、人力組織架構圖 |
| 2. 專業人員履歷(含職稱、經歷、服務年資、相關專業證照)及其他可配合服務之相關人力資源等。 |

三、工作進度及管控【10%】

1. 服務規劃與執行(請用甘特圖表示)可自行增列工作項目

| 113-114 年 | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 工作計畫及內容 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 辦理失智症篩檢、確診評估、關懷、電訪及居家訪視服務 | | | | | | | | | | | | |
| 配合衛生局失智症合約醫療機構抽查稽核 | | | | | | | | | | | | |
| 按月核銷經費 | | | | | | | | | | | | |

2. 服務執行數管控

依計畫服務內容規劃預計執行篩檢、確診評估及關懷電訪及居家訪視服務個案人數及經費。(表1)

四、醫療照護流程與照會轉介機制【35%】

1. 建立失智症篩檢、確診評估及關懷服務照護流程。

請分別以流程圖呈現並於各流程項目上加註所需時間

2. 個案確診後轉介「失智共照中心」及複雜個案後後續轉銜之機制。(以圖表呈現)

五、創意提案【5%】

