

國民健康署110年度「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」追蹤評估同意書

◆ 服務條款說明：

1. 衛生福利部國民健康署為預防及延緩老年人身體功能可能出現失能、失智等健康問題，110年持續辦理「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」，由服務人員依據量表為長者簡要評估身體功能，幫助長者早期發現可能導致失能之風險因子，以及早介入運動與營養等處置，預防及延緩失能發生。
2. 為了解本計畫之效益，於前述評估完成60天後至100天內再測長者功能狀況，相關評估結果等相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。
3. 本人清楚上述服務條款說明，並了解接受服務前，以身分證字號查詢今(110)年尚未接受過本署身體功能評估後測。

請簽名或蓋章(手印)：_____

個案追蹤之基本資訊

姓名：_____ 身分證統一編號：_____

前次評估日期：_____年____月____日

追蹤單位：社區據點 衛生局 / 衛生所 原院所人員 其他_____

前次評估有異常項目：後續有介入之措施 (可複選)

認知功能異常： 就醫檢查 / 參加社區活動 / 其他_____

行動功能異常： 就醫檢查 / 運動介入 / 其他_____

(前述運動介入屬個人自主運動 參加課程或活動 專業復健療程)

營養異常： 就醫檢查 / 營養介入 / 其他_____

視力異常： 就醫檢查 / 調整或配戴眼鏡 / 其他_____

聽力異常： 就醫檢查 / 調整或配戴助聽設備 / 其他_____

憂鬱異常： 就醫檢查 / 參加社區活動 / 其他_____

用藥異常： 就醫檢查 / 調整用藥 / 其他_____

ICOPE長者功能評估量表

(Integrated Care for Older People)

評估日期：_____年____月____日

評估項目	初評內容	初評結果	初評結果說明	複評結果
A. 認知功能	1.記憶力：說出 3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住。第3題後再詢問一次。		任一答案為「否」，請擇一(MMSE、BHT、AD8等)量表進行評估。 採AD8量表者，請由長者家屬回答。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
	3.定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
	**詢問長者第1題記憶力的3項物品	是否能記住三項物品 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下5次。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請進行SPPB量表評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙
C. 營養不良	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。	<input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 營養不良風險 <input type="checkbox"/> 正常
	2.過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D. 視力障礙	1.您是否罹患糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	第二題答案為「是」，請進行WHO簡單視力表或Snellen test 測試。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步檢查
	2.(非糖尿病者請問：)您的眼睛是否有任何問題：看遠方、看近或閱讀上有困難、或有眼睛疾病？ (糖尿病患者請問：)您過去1年“未曾”接受眼睛檢查？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
E. 聽力障礙	請跟著我唸 6、1、9 (註：用氣音測試，若未能正確複誦，再測2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	是否兩耳都聽得到 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」， 1.依長者情況轉介。 2.進行聽力障礙之社會需求支持評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處置
F. 憂鬱	1.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿雜」)，或沒有希望？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中度情緒困擾 <input type="checkbox"/> 重度情緒困擾
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
社會性照護與支持	A~F有幾項評估為陽性	_____項	「2項」以上者，請進行「社會性照護與支持評估」。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處置
G. 用藥	1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上(包括中藥等任何用藥)? (註：中藥算為1種藥物)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」者，請依長者情況轉介藥物諮詢及提供用藥衛教。	
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
H. 生活目標	現在最困擾您的健康問題是甚麼？您最擔心這個健康問題影響到生活上的甚麼事？		了解老年人的生活、期待、偏好、需求、價值觀，且制定個人化的照護目標。	

請依上述評估結果提供個人化之健康管理處置

評估結果均正常：

衛教(○自我健康管理 ○提供社區據點資訊)

評估結果任一項有異常(可複選)：

A.認知：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

B.行動：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

C.營養：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

D.視力：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

E.聽力：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

F.憂鬱：衛教 / 轉介醫療院所 (○本院○他院) / 轉介社區據點 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

G.用藥：衛教 / 調整用藥 / 轉介醫療院所(○本院○他院) / 轉介藥師 / 未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

○其他：運動介入 / 營養介入 / 提供社區據點資訊

特約醫事服務機構名稱
及代號(蓋章)