

臺北市政府衛生局
「111 年失智症篩檢及確診評估補助計畫」
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. 失智症篩檢及確診評估服務內容 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

111 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
辦理失智症篩檢及確診評估服務												
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及確診評估服務個案人數及經費。

項目	失智症初篩服務			初次確診個案服務			合計(元)
	單價(元)	預計收案(人次)	小計	單價(元)	預計收案(人次)	小計	
1月	100			1,000			
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

四、醫療照護流程與照會轉介機制【35%】

1. 建立失智症篩檢及確診評估照護流程。

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「臺北市失智症個案管理關懷服務計畫」或「失智共照中心」之機制。(以圖表呈現)

五、創意提案【5%】