

表四、Home Care 臨床實習 居家照護個案評估表

一、基本資料：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 年齡：_____ 身高：_____ 體重：_____

診斷：_____

主訴：_____

二、身體評估

HR：_____ RR：_____ BP：_____ SpO2：_____ Conscious: (EVM)：_____

Breathing sounds/lung fields: _____

Cough function: _____ Sputum(color/quality/quantity): _____

Weaning profile (___/___/___): _____

Fluid balance status: _____

進食方式：☐由口進食 ☐NG ☐其他_____

排尿方式：☐如廁 ☐Foley ☐其他_____

解便方式：☐如廁 ☐尿布 ☐其他_____

三、呼吸照護資料：

Interface：☐人工氣道 種類：_____ ☐Mask 種類：_____

☐氧氣 用氧方式：_____

☐呼吸器 Mode：_____ TV：_____ Rate：_____ I:E：_____

FiO₂：_____ Flow：_____ PEEP：_____ IPAP/EPAP：_____

其他：_____

四、目前所需醫護措施：

☐N-G：材質_____，_____Fr.，更換頻率_____天/次

☐Foley：材質_____，_____Fr.，更換頻率_____天/次

☐Tr. / Endo：材質_____，_____#，ID:_____/ OD:_____, 更換頻率_____天/次

☐W' d / Pressure sore：部位_____，大小_____，時間_____

☐其他_____

五、主要照顧者：☐家人，與病患之關係_____ ☐外籍_____ ☐越南 ☐印尼 ☐菲律賓

☐無照顧者：_____

照護認知：☐正確☐尚可☐不正確，應加強：_____

照護技能：☐熟練☐尚可☐不熟練，應加強：_____

六、照護指導：

☐各管路照護指導

☐鼻胃管：注意固定位置_____，每天更換不同的貼布位置

☐氣切管：保持中央固定位置，勿造成管路的牽扯，隨時注意管路有無脫出；固定帶保持一隻手指頭的緊度

☐導尿管：尿袋保持在膀胱位置以下，地面 5 公分以上；尿液滿 1/2 尿袋時即需倒掉；管路勿反折壓迫；每天清潔尿道口及更換固定位置

☐呼吸器管路：勿壓迫折到及脫落；勿堵住吐氣孔；勿積水，有蓄水瓶隨時滿 1/2 即傾倒

☐潮濕瓶：水位保持在界線內，每週清洗、泡消一次

☐呼吸器照護：

呼吸器：上勿放置重物，及含水之物品

☐管路清潔、消毒 消毒方式：_____

更換：☐每月一次 ☐每週一次

☐氣道照護：☐氣切造口照護 頻率：_____ 方式：_____

☐氣切氣囊 壓力：_____ C.C.，

☐吸入治療：☐藥物：_____ ☐ 0.45% N/S 劑量：_____ 頻率：_____

方式：☐MDI ☐氧氣製造機_____ L/min ☐噴霧機

☐氣管清潔治療(Bronchial hygiene therapy)：

☐姿位引流 ☐扣擊/振動 加強部位：_____ 頻率：_____次/天

☐翻身 頻率：_____次/天

☐呼吸肌肉訓練 _____ (device, dose)

☐呼吸運動訓練_____

☐咳嗽訓練

☐其他 _____

☐呼吸器脫離計劃：

☐每日脫離時間：_____ 脫離方式：_____

☐肺復原運動訓練 運動形式：_____ 時間：_____ 頻率：_____

☐緊急處理指導：_____

☐身體狀況變化-----人工甦醒球，叫救護車，送醫

☐機器故障-----通知廠商人員

七、基本設備：

☐呼吸器 型號：_____

☐氧氣製造機

☐氧氣鋼瓶

☐抽痰機

☐二層車

☐蓄電池

☐發電機

☐病床

☐氣墊床

☐潮濕器

☐噴霧機

☐其他：_____

八、必備耗材：

☐抽痰管、無菌手套 14 號 12 號 10 號

☐無菌棉枝

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 沖洗棉枝 | <input type="checkbox"/> Y 形紗布 4 ×4 | <input type="checkbox"/> 3 ×3 |
| <input type="checkbox"/> 氣切固定帶 | <input type="checkbox"/> 0.45%生理食鹽水 20ml | |
| <input type="checkbox"/> 生理食鹽水 | <input type="checkbox"/> 10% 優碘 | |
| <input type="checkbox"/> 噴霧杯組 | <input type="checkbox"/> 灌食空針 | |
| <input type="checkbox"/> 空針 10c. c. | <input type="checkbox"/> 透氣膠布 | |
| <input type="checkbox"/> 急救球 | | |
| <input type="checkbox"/> 雙氧水 | <input type="checkbox"/> 1000c. c. 蒸餾水 | <input type="checkbox"/> 20ml 蒸餾水 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 牛奶 | |
- ☐其他 _____

九、其他事項：_____

填表人/日期：_____指導老師/日期：_____

※以一組為單位繳交，填寫完畢且經指導老師確認後，請於實習一週內繳交回學系。