

# 國民健康署111年度

## 「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」 接受服務同意書

### ◆ 服務條款說明：

1. 衛生福利部國民健康署為預防及延緩長者身體功能可能出現失能、失智等健康問題，111年辦理「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」，由服務人員依據量表為長者簡要評估身心功能，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. 本試辦計畫之服務對象為自述「有慢性疾病」或「使用功能自評量表發現有功能異常」之65-74歲長者(原住民提早至55歲)，以及75歲以上長者，當年度提供服務1次。
3. 為了解本計畫與慢性病防治及管理之效益，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。
4. 本人清楚上述服務條款說明，並了解接受服務前，會需以身分證字號查詢今(111)年尚未接受過本服務。

請簽名或蓋章(手印)：\_\_\_\_\_

## 服務對象基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

性別：男 女 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 具原住民身分：是 否

電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ 手機號碼\_\_\_\_\_

現居地址：\_\_\_\_\_縣(市) \_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_村里\_\_\_\_\_

慢性疾病史：高血壓 糖尿病 高血脂症 心臟病 腦中風 腎臟病 精神疾病

慢性阻塞性肺部疾病(COPD) 癌症\_\_\_\_\_ 其他\_\_\_\_\_

服務前長者有使用功能自評表檢核：是(任1項功能有異常：是 否) 否

收案場域：門診(診療科別：\_\_\_\_\_)健檢單位 社區篩檢 其他\_\_\_\_\_

搭配縣市老人健康檢查提供本評估服務：是 否

# 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
<b>A. 認知功能</b>	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，請由長者的家屬回答。	<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 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 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 type="checkbox"/> 否		
<b>B. 行動功能</b>	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 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
<b>C. 營養不良</b>	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 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 type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<b>D. 視力障礙</b>	1. 您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	第1題答案為「是」，且第2題答案為「否」，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. 您過去1年是否"曾"接受眼睛檢查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<b>E. 聽力障礙</b>	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 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
<b>F. 憂鬱</b>	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 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 type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
A~F有幾項評估為陽性		_____項	「1項」以上者，請進行「用藥及生活目標評估」。 「2項」以上者，請進行「社會性照護與支持評估」。	

**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)：

特約醫事服務機構名稱  
及代號(蓋章)

異常項目	衛教	介入/轉介單位			未轉介(1:已追蹤治療/2:自行就醫/3:個案拒絕)			
		本單位	其他單位(名稱)	社區據點(名稱)	1	2	3	其他(說明)
A. 認知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 營養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 聽力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 憂鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 用藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他說明：