COVID-19確診個案居家照護初次評估及照護紀錄表(稿)

親愛的民眾您好，

我是您確診居家照護團隊，為關懷您的健康，降低重症之風險，接下來要對您進行醫療風險評估，請回答以下問題，謝謝。

-------------------------------------------------------------------------------

【基本資料】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  | 生日(yyyy/mm/dd) |  |
| 手機 |  | 體溫(°C) |  |
| 身高(公分) |  | 體重(公斤) |  |

【初次評估紀錄】

|  |
| --- |
| 1. 評估日期: 年 月 日 診療/評估醫師:
 |
| 1. 是否有以下風險因子：

□年齡65歲(含)以上或12歲以下□癌症 □糖尿病 □慢性腎病 □心血管疾病(不含高血壓) □結核病□慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病)□慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎)□失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷)□精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症□BMI≧30(或12–17歲兒童青少年BMI超過同齡第95百分位)□影響免疫功能之疾病(HIV感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑)□懷孕與產後6週內婦女(以上風險因子依據「110年COVID-19疫苗接種計畫」及「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案(111年6月16日第6次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。) |
| 1. 是否有相關臨床症狀：

□發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □頭痛 □肌肉痛 □鼻塞 □流鼻水 □全身倦怠感 □腹瀉 □嗅味覺喪失 □其他，請描述：  |
| 1. 評估結果:

□一般確診個案 □高風險確診個案 □其他:  |
| 1. 抗病毒用藥

□Paxlovid □Molnupiravir □無 |

【照護紀錄】

| 天數 | 評估內容 | 評估人員簽章 |
| --- | --- | --- |
| 第1天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第2天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第3天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第4天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第5天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第6天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |
| 第7天 | (1)體溫: ℃(2)臨床症狀有無緩和:□有 □無 □無症狀 □其他: (3)後續處置:□繼續居家照護 □就醫診治 |  |

【滿意度調查(居家照護結束後進行)】

|  |
| --- |
| 1. 請問對於本次居家照護服務是否滿意：

□非常滿意 □滿意 □普通 □不滿意 □非常不滿意 |
| 1. 請問本次居家照護對您的身體健康是否有幫助：

□非常有幫助 □有幫助 □普通 □沒有幫助 |
| 1. 請問對於本次居家照護服務是否有建議事項：

□無□有，請詳述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 《建議關懷頻率》1.本次評估後，針對一般確診個案，建議於解隔前應再關懷一次，高風險確診個案建議每二天關懷一次，並不定時提供醫療諮詢服務，或依各縣市政府規定辦理。2.倘確診民眾有使用抗病毒藥物，應每天詢問其服藥結果，並評估所有慢性病用藥。 |

111.8.15中華民國醫師公會全國聯合會製