**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：16**

**輔具項目名稱：輪椅座墊**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日4.聯絡人姓名： 與個案關係： 聯絡電話：5.戶籍地址：6.居住地址([ ] 同戶籍地)：7.聯絡(公文寄送)地址([ ] 同戶籍地 [ ] 同居住地)：8.是否領有身心障礙證明：[ ] 無 [ ] 有9.身心障礙類別(可複選)：[ ] 第一類 [ ] 第二類 [ ] 第三類 [ ] 第四類 [ ] 第五類 [ ] 第六類[ ] 第七類 [ ] 第八類 [ ] 其他： 10.身心障礙程度分級：[ ] 輕度 [ ] 中度 [ ] 重度 [ ] 極重度 |

**二、活動需求與情境評估**

1. 預計使用的場合(可複選)：[ ] 居家生活 [ ] 照顧機構 [ ] 校園學習 [ ] 職場就業 [ ] 其他：
2. 活動需求(可複選)：[ ] 預防壓傷(擺位需求：[ ] 有 [ ] 無) [ ] 照護壓傷(擺位需求：[ ] 有 [ ] 無)
3. 使用環境特性(可複選)：[ ] 室內 [ ] 戶外 [ ] 居家使用 [ ] 機構或學校 [ ] 社區 [ ] 職場

[ ] 其他：

1. 人力支持情況(可複選)：[ ] 獨居 [ ] 有同住者 [ ] 有專業人力協助： [ ] 其他：
2. 目前使用的輔具(尚未使用者免填)：
3. 輔具種類：[ ] 連通管氣囊輪椅座墊-基礎型 [ ] 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型

[ ] 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型 [ ] 液態凝膠輪椅座墊

[ ] 固態凝膠輪椅座墊 [ ] 填充式氣囊輪椅座墊

[ ] 客製化適形泡棉輪椅座墊 [ ] 其他：

1. 輔具來源：[ ] 政府補助：[ ] 身障 [ ] 長照 [ ] 職災 [ ] 職再 [ ] 教育 [ ] 榮民 [ ] 健保

[ ] 其他：

[ ] 二手輔具：[ ] 租借 [ ] 媒合

[ ] 自購

[ ] 其他：

1. 已使用約： 年 [ ] 使用年限不明
2. 使用情形：[ ] 已損壞不堪修復，需更新

[ ] 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

[ ] 適合繼續使用，但需要另行購置於不同場所使用

[ ] 其他：

**三、身體功能與構造及輔具使用相關評估**

|  |
| --- |
| 輔具使用之相關診斷(可複選)：[ ] 植物人 [ ] 失智症 [ ] 中風偏癱(左/右) [ ] 脊髓損傷(頸/胸/腰/薦) [ ] 腦外傷(左/右)[ ] 小腦萎縮症 [ ] 腦性麻痺 [ ] 發展遲緩 [ ] 運動神經元疾病 [ ] 巴金森氏症 [ ] 肌肉萎縮症[ ] 小兒麻痺 [ ] 其他：  |
| 身體尺寸量測：身高約： 公分，體重約： 公斤，臀寬 公分，臀至膝窩長 公分 |
| 身體各部位姿態 | 靜態坐姿平衡 | [ ] 良好 [ ] 雙手扶持尚可維持平衡 [ ] 雙手扶持難以維持平衡在未扶持情況下，身體明顯會倒向(可複選)：[ ] 左側 [ ] 右側 [ ] 前方 [ ] 後方 |
| 動態坐姿平衡 | [ ] 良好 [ ] 不佳，需用手或他人扶持下協助返回原靜態坐姿 在未扶持下，身體重心往該側移動容易失去平衡(可複選)：[ ] 左側 [ ] 右側 [ ] 前方 [ ] 後方 |
| 骨盆(可複選) | [ ] 正常 [ ] 向前/後傾；變形情況：[ ] 可調整 [ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 向左/右傾斜；變形情況：[ ] 可調整 [ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 向左/右旋轉；變形情況：[ ] 可調整 [ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形坐姿時骨盆經常：[ ] 向前滑動 [ ] 向後滑動 [ ] 向左滑動 [ ] 向右滑動 |
| 脊柱(可複選) | [ ] 正常或無明顯變形[ ] 受重力作用時彎曲變形，且平躺時可回復。彎曲說明： [ ] 脊柱側彎：[ ] C型 [ ] S型；主要凸向 側，頂點在 位置變形情況：[ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 過度後凸(hyperkyphosis)：[ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 過度前凸(hyperlordosis)：[ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 合併有脊柱旋轉(vertebral rotation) |
| 髖部 | [ ] 正常[ ] 內收：[ ] 可調整 [ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 外展：[ ] 可調整 [ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 風吹式變形：[ ] 部分可調整 [ ] 完全固定變形[ ] 其他：  |
| 臀部減壓能力 | [ ] 獨立將身體撐起進行減壓[ ] 藉由座椅姿勢或角度變換進行減壓[ ] 藉由身體重心偏移進行減壓 [ ] 無自主減壓能力，或減壓效率不彰 |
| 座墊操作能力 | 1. 移位時放置或改變座墊位置的能力：[ ] 可獨立完成 [ ] 需照顧者協助
2. 檢視座墊使用狀態的能力：[ ] 可獨立完成 [ ] 需照顧者協助
3. 調整座墊壓力或擺位參數的能力：[ ] 可獨立完成 [ ] 需照顧者協助
4. 清潔、保養座墊的能力：[ ] 可獨立完成 [ ] 需照顧者協助
5. 照顧者是否能協助個案使用此輔具：[ ] 是 [ ] 否
 |
| 易導致壓傷發生的危險因子(可複選) | [ ] 糖尿病 [ ] 失禁 [ ] 皮膚清潔狀況不佳 [ ] 皮膚經常潮濕 [ ] 營養不良 [ ] 臀部皮下軟組織厚度不足 [ ] 異常骨突結構 [ ] 周邊血管病變異常[ ] 有皮膚感染或疾病 [ ] 經常性摩擦 [ ] 臀部皮膚感覺異常或喪失[ ] 無法自行執行減壓活動 [ ] 其他：  |
| 壓傷(褥瘡) | [ ] 未發生 [ ] 過去有，部位： [ ] 目前有，部位： 尺寸： 公分 × 公分分級：[ ] 第1級 [ ] 第2級 [ ] 第3級 [ ] 第4級 [ ] 無法分級[ ] 深層組織壓傷 |
| 配合座墊使用之座椅 | 座面尺寸(座寬×座深)： 公分 × 公分支撐面：[ ] 硬板 [ ] 布面[ ] 手動輪椅：[ ] 介護型 [ ] 自推型座椅姿勢或角度變換的減壓功能：[ ] 無 [ ] 有[ ] 電動輪椅：座椅姿勢或角度變換的減壓功能： [ ] 無 [ ] 手動操作 [ ] 電動操作[ ] 其他：  |
| 常態性單次乘坐時間 | [ ] 30分鐘以下 [ ] 30分鐘到2小時 [ ] 2小時以上說明：  |

**四、****評估結果**【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

1. 評估結果：

[ ] 不建議使用以下輔具；理由：

[ ] 建議使用：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙者輔具費用補助項目 | 長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目 | 對應原則 | 使用理由 |
| [ ] 項次114 連通管氣囊輪椅座墊-基礎型[ ] 項次115 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質基礎型[ ] 項次116 連通管氣囊輪椅座墊-橡膠材質分區型[ ] 項次117 液態凝膠輪椅座墊[ ] 項次118 固態凝膠輪椅座墊[ ] 項次119 填充式氣囊輪椅座墊[ ] 項次120 客製化適形泡棉輪椅座墊 | [ ] EG03 輪椅座墊-A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)[ ] EG04 輪椅座墊-B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)[ ] EG05 輪椅座墊-C款(液態凝膠座墊)[ ] EG06 輪椅座墊-D款(固態凝膠座墊)[ ] EG07 輪椅座墊-E款(填充式氣囊氣墊座)[ ] EG08 輪椅座墊-F款(交替充氣型座墊)[ ] EG09 輪椅座墊-G款(量製型座墊) | 「114、115、116、117、118、119、120」與「EG03、EG04、EG05 、EG06、EG07、EG08、EG09」於最低使用年限內不可重複補助 |  |

1. 是否需要接受使用訓練：[ ] 需要 [ ] 不需要
2. 是否需要安排追蹤時間：[ ] 需要 [ ] 不需要
3. 其他：

**五、規格配置建議**

1. 輔具規格配置：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 座墊類型 | [ ] 連通管氣囊輪椅座墊：[ ] 基礎型[ ] 橡膠材質基礎型[ ] 橡膠材質分區型 | [ ] 液態凝膠輪椅座墊[ ] 固態凝膠輪椅座墊[ ] 填充式氣囊輪椅座墊[ ] 客製化適形泡棉輪椅座墊 |
| 主要使用地點：[ ] 室內 [ ] 戶外 [ ] 均需要 | 主要操作者：[ ] 個案本身 [ ] 照顧者 [ ] 兩者皆要 |
| 使用方針(可複選)：[ ] 均壓 [ ] 減壓 [ ] 擺位 [ ] 消除剪力 [ ] 微氣候調控 |
| 尺寸(未乘坐時) | 座寬： 公分，座深： 公分[ ] 一般座墊高度： 公分[ ] 特殊調整/訂製尺寸，座墊各區高度(公分，視需求填寫)：(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) 567891243前後其他：  |
| 參數設定/擺位調整(乘坐時) | [ ] 無需進行特殊調整功能，坐骨受壓處離底面高度 公分[ ] 需進行特殊調整功能，乘坐時各區受壓處離底面高度(公分，視需求填寫)： (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) 前567891243後其他：  |
| 覆套(可複選) | [ ] 彈性透氣覆套 [ ] 彈性防水覆套 [ ] 覆套底部止滑功能 [ ] 覆套底部車縫黏釦帶 |
| 配件 | [ ] 降低座高的「沉入式座板」 [ ] 增加座墊底部穩定性的底板 |
| [ ] 建議於取得輔具後，與輔具中心預約免費的適配服務，可協助確認購買輔具符合使用需求，聯絡方式：  |

1. 其他建議：

評估單位用印

評估單位： 嘉義縣輔具資源中心

評估人員： 職稱： 輔具評估人員

評估日期：

[ ] 個案欲提出身心障礙者輔具補助申請

[ ] 輔具中心已協助個案提出申請

[ ] 請由公所端協助個案提出申請

[ ] 請於申請表附上估價單（需註記廠牌、型號、尺寸、規格）

[ ] 個案欲提出長期照顧輔具補助申請