**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)  5  6  7  8  9  1  2  4  3  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  5  6  7  8  9  1  2  4  3  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