

附表 4 (適用 P3405C)

末期腎衰竭治療模式衛教表
病人透析治療模式選擇之充分告知機制

CKD 病患編號：_____ - _____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日 身份證字號：_____

收案日期：_____年 _____月 _____日 結案日期：_____年 _____月 _____日 原發疾病：_____

病患教育程度：不識字 小學 初中 高中 大專 研究所

病患家庭狀態：未成年受扶養 有職業獨立工作 因病修養半工作狀態

因病無法工作 退休獨立生活 年邁或因病受照顧

陪同家屬：配偶 子女 兄弟姊妹 家長 其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

- 您覺得衛教的時間足夠嗎？
1. 非常足夠 2. 足夠 3. 普通 4. 不足夠 5. 非常不足夠
- 您對衛教的方式滿意嗎？
1. 非常滿意 2. 滿意 3. 普通 4. 不滿意 5. 非常不滿意
- 您對衛教內容瞭解嗎？
1. 非常瞭解 2. 瞭解 3. 稍微瞭解 4. 不瞭解 5. 非常不瞭解
- 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？
1. 非常有幫助 2. 有幫助 3. 普通 4. 沒有幫助 5. 完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

說明：

- Stage5 病患進入腎臟替代療法治療前須填寫。
- 本項亦是『門診透析服務品質監測指標項目』中『對病人透析治療模式選擇之充分告知機制』之項目，為各院所方便作業，本表除留存院所備查供抽審外，請影印一份供進入透析患者留存。
- 病患滿意度調查表之結果，各院所可將一年度結果統計作為該院參考。