

收案編號: _____ 附件三

安寧共同照護個案收案申請書

基 本 資 料					<input type="checkbox"/> 新收案 <input type="checkbox"/> 重新收案		
科別		病房 床號		病 歷 號		收案 日期	____年____月____日
姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日: ____年____月____日	身分證號			
主診斷					ICD 前3碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
轉移部位	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腦 <input type="checkbox"/> 骨骼 <input type="checkbox"/> 脊髓 <input type="checkbox"/> 其他_____						
收案時 DNR 簽署狀態	<input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署 (如已簽署, 則請於照護結案右下方填寫簽署日期)						
1. 收案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估							
2. 收案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估							
3. 收案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估							

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人: 是 否 其他_____

※所指定之醫療決策代理人: 姓名: _____ 關係: _____ 其聯絡方式: _____

※婚姻狀態: 已婚 未婚 喪偶 離婚 其他_____

※教育程度: 大學以上 大學 專科 高中(職) 國(初)中 小學 自修 不識字

※宗教信仰: 佛教 道教 基督教 天主教 一貫道 天帝教 一般民間信仰 其他_____

※現在職業: _____ ※過去職業: _____

※簡要家系圖: _____

※原主治醫師姓名: _____

※主要照顧者(日): _____
(夜): _____

※緊急聯絡者姓名: _____
(電話): _____
(手機): _____

照 護 結 案		
結案日期	____年____月____日	結案原因 <input type="checkbox"/> 問題改善 <input type="checkbox"/> 轉安寧病房 <input type="checkbox"/> 轉安寧居家 <input type="checkbox"/> 轉一般居家 <input type="checkbox"/> 穩定出院 <input type="checkbox"/> 瀕死出院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 病人拒絕 <input type="checkbox"/> 家屬拒絕 <input type="checkbox"/> 其他 _____
※結案時, 下面3題資料若與收案時完全相同者請於此處勾選: <input type="checkbox"/> (若勾選者, 本欄以下3題得免重複填)		
1. 結案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估		
2. 結案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估		
3. 結案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估		
結案時 DNR 簽署狀態	<input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署	DNR 簽署日期
		____年____月____日

結案後追蹤日期及內容:

※共照護理人員簽章: _____

備註: 安寧共同照護相關表單, 請醫院妥善保存(10年), 以備審計及相關單位查核。