**社區式與機構式照護收案條件**

衛生福利部食品藥物管理署

中華民國藥師公會全國聯合會

111年6月4日修正版

* **收案條件(社區式及機構式皆適用)：**

A：藥局自行收案

（1）具有2種（含）\_以上慢性病。

（2）使用慢性病處方，且藥品成份達5種以上者。

（3）領有2張（含）慢性病連續處方箋。

（4）使用特殊劑型或操作技巧複雜之藥物。

（5）疑似有ADR/藥物過敏風險之個案。

（6）廢餘藥品項數大於28日（含）。

B：醫師轉介

* 用藥配合度諮詢服務：

若個案有疑似用藥配合度問題，可使用「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」進行檢測，**施測分數結果「>12分」者**，即可進行用藥配合度諮詢服務。

**遵循醫囑領藥與使用藥物量表**

**ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)**

人們時常會錯過服藥時間，或是未依照醫囑服藥，因此藉由本問卷詢問實際上服用藥物的情形。答案沒有對或錯，針對每個問題，請依「從未如此」、「有時如此」、「經常如此」或「總是如此」作答。109.08.26已建議對有時如此、經常如此、總是如此等量化，避免各藥師認知不一。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 量表問題 | 從未如此1分 | 有時如此2分 | 經常如此3分 | 總是如此4分 |
| 1. 您有多常忘記服藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常決定不要服藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常忘記依照處方領藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常會用完藥之後未再取藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？
 |  |  |  |  |
| 1. 當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常會因疏忽而錯過服藥時間？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？(例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數)
 |  |  |  |  |
| 1. 當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常會因藥物太過昂貴而延遲領藥？
 |  |  |  |  |
| 1. 您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？
 |  |  |  |  |

* 1. 計分方式：**第12題應以相反方式計算得分**。將各題得分加總，總分可能介於12到48之間，總分越低表示遵醫囑性程度越佳(越遵循醫囑領藥和服藥)。總分可視為連續量數，或依二分法分為12分或>12分。
	2. 量表尺度建議：需在一特定期間內檢視(如一般箋可視過去一週、慢箋可檢視過去一個月或其他適合的評估區間)；「從未如此」在此期間內發生頻率可視為0%，依此建議類推，「有時如此」為1~50%、「經常如此」為51%~99%、「總是如此」為100%。

**民眾參與「執行在地藥事服務計畫」同意書**

藥師已向我說明輔導之目的，我亦瞭解參加食藥署的**「執行在地藥事服務計畫」**計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師應依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題除照護藥師，亦可向中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話：02-2595-3856）。因此，我同意參與本計畫之藥事照護服務，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

**□ 本人未參加其他藥事照護相關計畫。**

**□ 本人未接受其它單位(如中央健康保險署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護。**

此致 ○○○○藥局 ○○○藥師

立同意書人：

關係人或法定代理人或主要照護者：

關係：立同意書人之

中華民國 112 年 月 日

「用藥整合服務」**病人目前用藥檔案** (留給諮詢對象或交給醫師溝通)

(病人收執聯)

姓名： 生日：民國 年 月 日 性別： 過敏藥品：

醫師處方藥品 有幾位醫師開列處方藥： 每日用藥品項數：\_\_\_ 曾發生副作用藥品：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **院所/醫師/科別/** | **藥品治療****用途**  | **商品名****含量/劑型** | **學名** | **劑量** | **用法** | **備註或注意事項說明** |
| **早** | **午** | **晚** | **睡** |
|  / / /  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

非處方藥、保健食品或中、草藥 每日使用品項數：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用動機 | 商品名含量/劑型 | 學名 | 劑量/用法 | 藥師發現有何問題，建議改善方案 |
|  |  / /  |  |  /  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

紀錄者： 藥師， 藥局 聯絡電話： 日期： 年 月 日

**藥師對醫師用藥建議單**

|  |
| --- |
| 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 性別：□男□女 出生年月日： / / 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師姓名： 服務單位： 科別：  |

 **醫療院所 醫師，您好**：

我是 藥局藥師，本建議單是在調劑您開立的處方，或檢視病人雲端藥歷檔時，或執行藥事照護時，發現病人有疑似藥物治療問題，茲提供解決問題之方案供您參考，敬請回覆意見，共同為病人健康與用藥安全而努力，謝謝您！

**病人概況，藥師如何發現問題**：

|  |  |
| --- | --- |
| 疑似藥物治療問題之描述 | 藥師建議 |
|  |  |

參考資料來源：□藥品仿單 □其他：

藥師： 電話： 日期： 年 月 日

藥師e-mail： 傳真：

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

醫師回覆內容：

回覆醫師： 日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052 |

社區藥局轉介病人就診單

**109/3/20版**

註：煩請貴院所回覆個案就診情形予轉介藥局，以利藥師後續提供個案照護，感謝您的協助。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社區藥局填寫資料欄 | 病人基本資料 | 姓名 |  | 性 別：□男 □女 | 年 齡： 歲 |
| 身分證字號 |  | 聯 絡 人 |  | 關 係： |
| 聯絡電話 |  | 住 址 |  |
| 藥師建議就診原因說明 | □ 藥師發現病人可能有需要醫師診治的醫療問題。□ 病人個別需求： □ 廢餘藥剩品項數大於28日（含）。□ 其他： 病人概況，藥師如何發現問題：□是 □否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄 |
| 藥局基本資料 | 藥局名稱 |  | 藥師姓名 |  |
| 聯絡電話 |  | 傳真 |  |
| LINE |  | E-MAIL |  |
| 藥局地址 |  | 轉介日期 |  |
| 建議就診醫療院所 | 建議科別 | 醫師姓名 | 醫療院所地址 |
|  |  |  |  |
| 就診醫療院所回覆欄(註) | 處理情形 |  |  |
| 建議事項 |  |  |
| 院所名稱 |  | 聯絡電話 |  |
| 醫師姓名 |  | 科別 |  |
| 醫師簽章 |  | 回覆日期 |  |

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計

使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：

電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052

醫療院所請社區藥師提供「藥事照護」之轉介單

 **109/3/20版**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案原就診醫療院所填寫欄 | 個案基本資料 | 個案姓名 |  | 性別 | □男 □女 | 年齡 |  |
| 身分證字號 |  | 聯絡人 |  | 關係 |  |
| 聯絡電話 |  | 住址 |  |
| 轉介目的 | 1.病人有用藥認知或配合度需專業協助1.1□請做配合度諮詢服務，以協助病人提升對藥品的認知或用藥配合度。1.2□病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可正確用藥。1.3□病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可正確用藥。2.病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，請協助以下項目並回饋醫師2.1□進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。2.2□協助整合用藥2.3□請協助追蹤病人療效/用藥反應3.□其他：(請描述)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 與所勾選個案特質有關的疾病/症狀及用藥之簡述： |
| 轉介藥局 |  | 藥局電話 |  | 藥師姓名 |  |
| 院所基本資料 | 醫療院所名稱： 地址： |
| 醫師姓名 |  | 聯絡電話 | 醫師 |  | 傳真號碼 |  |
| 院所窗口 |  | E-mail |  |
| 轉介日期 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日 | 轉介醫師簽章: 窗口簽章： |
| 藥局回覆欄 | 處理情形 | 約定訪視日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，於7日內回報照護紀錄。 |
| 本欄為處理摘要，照護紀錄詳如附件。 |
| 藥局名稱 |  | 藥師簽章 |  | 回覆日期 |  | 電話 |  |

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計

使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：

電話：02-2595-3856 #112 傳真：02-2599-1052

**給藥紀錄單**

第 頁

藥物過敏： 用藥狀況: 🗖藥品需磨碎 🗖藥品需管灌 🗖可吞服固體藥品

姓 名： 床 號： 年 齡： □男 □女 管路：🗖鼻胃管🗖導尿管🗖呼吸器

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **開始日** | **藥 物、劑 型、途 徑、劑 量、用 法** |  **日期****給藥****時間** |  |  |  |  |  |  |
| **停藥日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  給藥護理師請簽名 | 班別 |  簽名 |  簽名 |  簽名 |  簽名 |  簽名 |  簽名 |
| 未用藥之代號○※原因記在護理記錄 | 白班 |  |  |  |  |  |  |
| 小夜班 |  |  |  |  |  |  |
| 大夜班 |  |  |  |  |  |  |

**急救藥有效期限核對表**

第 頁

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 藥 品 名 | 單位含量 | 數量 | 有效期限 | 數量 | 有效期限 | 數量 | 有效期限 | 數量 | 有效期限 | 數量 | 有效期限 | 數量 | 有效期限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 核對人簽章 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 核對日期 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注意：1.有效期限前6個月必須更新。2.至少每3個月須核對一次。依據行政院衛生署長期照護住宿式機構應備之常見急救藥品品項制定(每年會變動因此未列品項) |

**1~3級管制/麻醉藥品使用紀錄表**

品名： 機構單位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 領入數量 | 結存數量 | 住民姓名 | 病歷號碼/床號 | 投藥人員 | 使用量 | 殘餘量 | 會同報廢人員 | 報廢日期/時間 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意事項：﹙1﹚報廢之藥品應由2人會同，以擦手紙吸附餘量，再丟入感染性垃圾桶，以免遭人濫用。﹙2﹚註明報廢日期、時間於此表單中。﹙3﹚領入及結存之數量單位：針劑為「支」、貼片或口夾片為「片」；使用量及殘餘量之單位為「毫克」或「微毫克」。

**長期照護住宿式機構 用藥安全管理建議單**

編號：

|  |
| --- |
| 建議對象：□護理站 □住民 □其他住民姓名： 床號： 年齡： 性別：□男 □女 |
| 發生時間： 年 月 日 | 建議單位或負責人 |  |
| **事件內容** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏儲藥環境不適當 | 🞏處方用藥管理不適當 |
| 🞏藥櫃設置不適當 | 🞏備藥處置不適當 |
| 🞏管制藥品管理不適當 | 🞏藥品磨粉管理不適當 |
| 🞏藥物冰箱管理不適當 | 🞏給藥管理不適當 |
| 🞏醫用氣體管理不適當 | 🞏給藥紀錄單管理不適當 |
| 🞏急救藥品管理不適當 | 🞏藥品不良反應評估不適當 |
| 🞏備藥區域設置不適當 | 🞏過期剩藥管理不適當 |
| 🞏洗手設施不適當 | 🞏藥物治療評估紀錄管理不適當 |
| 🞏住民用藥及保健食品管理不適當 | 🞏教育訓練管理不適當 |

 |
| **問題描述** |
|  |
| **建議事項** |
| 藥師簽章：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填寫日期：　　年　　月　　日 |
| **機構回覆欄** |
| 回覆單位或負責人簽章: 　 　填寫日期：　　年　　月　　日 |
| 藥師結案或追蹤: □改善 □未改善 □其他藥師簽章：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填寫日期：　　年　　月　　日 |

**長期照護住宿式機構住民基本資料表**

第 頁

|  |
| --- |
| 姓名： 床號： 生日： 年 月 日 性別：□男□女 溝通方式：□國語□閩南語□客語□其他 身高： cm 體重： kg教育程度：□不識字□識字□國小□國中□高中□大學□研究所以上入住年月日：　　年　　月　　日 藥師第一次照顧日期：　　年　　月　　日 |
| 過去病史/住院紀錄/手術（時間/事件） |
| **家族史**□糖尿病 □高血壓 □高血脂 □心臟病□中風 □其他：  | 抽菸或喝酒史抽菸□無 □有： /天□曾經有但已戒菸 年喝酒□無 □有： /天□曾經有但已戒酒 年 |
| **藥物過敏史**：□無 □不知道 □有（請填藥物名稱）： |
| **活動型態** □長期臥床 □使用輪椅 □使用其他輔具（如拐杖或腳架）□功能獨立  | 管路□鼻胃管 □胃造口□導尿管 □氣切管 □呼吸器 □其他：  |
| **用藥狀況**： □藥品需磨碎 □藥品需管灌 □可吞服固體藥品 |
| **住民目前罹患之慢性病**：1. □中風 2.□高血壓 3.□心臟病 4.□糖尿病 5.□高血脂 6.□慢性肺部疾病、氣喘7. □消化系統疾病（肝膽腸胃）8.□泌尿道疾病（攝護腺肥大、尿失禁、泌尿道感染） 9. □腎臟疾病 10.□骨骼系統疾病（關節炎、骨折、骨質疏鬆、痛風） 11.□脊髓損傷 12.□血液疾病（貧血、血小板減少、白血球減少） 13.□免疫疾病14.□傳染性疾病（肺結核、愛滋病、梅毒、B 型肝炎） 15.□巴金森氏症16.□失智症 17.□癲癇 18.□腦性麻痹 19.□失眠 20.□癌症21.□精神科疾病（焦慮、精神分裂、憂鬱、躁鬱）22.□眼科疾病（白內障、青光眼、乾眼症）23.□皮膚疾病（異位性皮膚炎、乾癬、濕疹）24.□其他（請填疾病名稱 ） |
| **住民目前主要醫療問題**（目前控制不佳，需要積極介入的狀況） |

藥師簽章： 填表日期： 年 月 日

**長期照護住宿式機構住民檢驗數值紀錄表**

第 頁

|  |
| --- |
| 姓名： 床號： 年齡： 性別：□男 □女 |
| **項目** | **正常參考值\*** | **/** | **/** | **/** | **/** | **/** | **/** | **/** | **/** |
| BT (℃) |  36- 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BP (mmHg) | 110-140/60-90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Heart rate (beats/min) | 60-100  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Glucose AC (mg/dL) | 70-105  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HbA1c (%) | 4.6-6.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BUN (mg/dL)  | 7-20  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SCr (mg/dL)  | M:0.64-1.27F:0.44-1.03  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Albumin (g/dL) | 3.0-5.0  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AST (u/L) | 0-37 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALT (u/L) | 0-40  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uric Acid (mg/dL) | 2.7-8.3  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cholesterol (mg/dL) |  <200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LDL (mg/dL) |  <130 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HDL (mg/dL) | >40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TG (mg/dL) |  30-150 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sodium (mEq/L) |  134-148 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Potasium (mEq/L) |  3.6-5.0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calcium (mEq/L) | 7.9-9.9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Phosphate (mEq/L) | 2.5-4.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Digoxin (ng/mL) | 0.8-2.0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cabamazepam (ug/mL) | 8-12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Phenytoin (ug/mL) |  10-20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valproic acid (ug/mL) | 50-100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Theophylline (ug/mL) |  8-20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lithium (mEq/L) | 0.6-1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身高 | cm |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 體重 | kg |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BMI | kg/m2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊正常參考值：應依疾病治療準則建議為主，老年人應有個別化考量，需注意不同檢驗單位提供數值可能有差異。

**住民用藥紀錄表**

第 頁

姓名： 床號： 年齡： 性別：□男 □女

壹、每天服用藥品的品項數： 種；每天服用藥品的總次數（Doses）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **此次處方日期** | **給藥天數** | **醫療院所/科別/醫師** | **適應症** | **商品名/****學名** | **含量/劑型** | **劑量/用法** | **實際用法** | **藥物治療問題/****備註**（如填寫建議單編號或潛在藥物治療問題註記） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附註：先列慢性病用藥，再列短期使用之藥物

貳、非醫師處方的藥品或保健食品

每日使用品項數： ；每日使用總次數：口服 ，其他

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **使用動機** | **商品名** | **學名** | **含量/劑型****劑量/用法** | **藥物治療問題** | **說明** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 監測指標數值（包括：血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、特殊檢查等項目） |
|  日期項目數值 |  |  |  |  |  |  |  |
| ＼ |  |  |  |  |  |  |  |
| ＼ |  |  |  |  |  |  |  |

藥物治療評估服務紀錄表

|  |  |
| --- | --- |
| **編號：** | **服務機構：**  |
| **服務藥局：**  | **服務藥師：** |
| 建議對象：□醫師 □護理人員 □家屬 □住民 □照顧服務員 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 住民姓名： 床號： 年齡： 性別：□男 □女 診斷：  |
| **考量1~12項內容，去發現疑似藥物治療問題並提出解決問題辦法。** |
| □1.所使用藥物是否都有相對的適應症？ | □8. 是否產生藥品不良反應、過敏或併發症？ |
| □2.是否有需要用藥的病情但沒有用藥？ | □9. 有無重複用藥？ |
| □3.所投與劑型是否適當？(鼻胃管/藥品撥半) | □10.使用療程是否合理？ |
| □4.用藥頻率或劑量是否適當？(腎功能不良)？ | □11.是否有更安全/有效/便宜的藥品可取代？ |
| □5.有無明顯藥物間之交互作用？ | □12.住民是否配合用藥？護士是否正確發藥？ |
| □6.用藥有無治療某疾病之禁忌症？ | □13.沒用藥問題，對護理人員/個案照護之建議 |
| □7.用藥是否達到所期望的療效？ | □14.沒用藥問題，對醫師療效監測之建議 |
|  | □15.評估後，完全沒有用藥問題 |
| **疑似藥物治療問題：**問題敘述（列出處方日期/所使用藥物、說明藥物治療問題內容，一個問題請寫一張以便追蹤） |
| **建議如何解決問題：**描述細節： |
| 參考資料：□仿單 □藥品手冊 □參考書籍（或文獻）： 藥師簽章： 填寫日期： 年 月 日 |
| 處方醫師或其他人員回覆說明：（回覆後，請將此單交回原機構，謝謝）簽章 簽核日期： 年 月 日 |
| 追蹤結果： □接受藥師建議 □不接受 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_住民療效追蹤結果：藥師簽章： 填寫日期： 年 月 日 |

\*\*一個藥物治療問題請使用一張紀錄表

**長照機構用藥安全管理品質之評估表**

107/1/8表

滿足要求項目得一分，請打勾（✓）；未滿足項目不得分，請打叉（X）。總分62分。

| 評 估 項 目 日期 | / | / | / |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、機構環境與設備** |
| 儲藥環境 | 1.周圍溫度在室溫，有溫度計；沒有陽光直接照射 |  |  |  |
| 藥櫃 | 2.設在護理站內 |  |  |  |
| 3.有設置專用藥櫃或藥車(僅放置藥物) |  |  |  |
| 4.專用藥櫃或藥車可上鎖(防止他人取得藥品) |  |  |  |
| 5.每位住民有其專屬儲藥盒 |  |  |  |
| 6.各住民專屬儲藥盒有清楚標示其姓名與床號 |  |  |  |
| 7.鑰匙由專人保管，非專責人員不能隨意取得 |  |  |  |
| 管制藥品 | 8.管制藥品使用紀錄可合併於給藥紀錄單，須完整且數量都正確 |  |  |  |
| 9.管制藥品若有剩藥，應有集中銷毀紀錄 |  |  |  |
| 藥物冰箱 | 10.設有專用藥物冰箱(未放置藥物以外食品) |  |  |  |
| 11.設有不斷電設備 |  |  |  |
| 12.備有溫度計並記錄 |  |  |  |
| 13.藥品標示住民姓名與床號 |  |  |  |
| 14.針劑瓶身標示開封日期與有效期限 |  |  |  |
| 醫用氣體 | 15.氧氣鋼瓶之瓶身標籤完整無破損，且有效期≧6個月 |  |  |  |
| 急救藥品 | 16.急救藥品之品項符合規定 |  |  |  |
| 17.急救藥品放置於急救推車(或盒)內且清楚標示藥名與失效期 |  |  |  |
| 18.有定期清點補充或汰換，無過期藥品，並定期查核紀錄 |  |  |  |
| 19.急救推車或急救盒有上鎖，鑰匙由專人保管，非專責人員不能隨意取得 |  |  |  |
| 備藥區域 | 20.有專屬備藥空間，大小適當，備藥動作沒阻礙 |  |  |  |
| 21.有適當設備、舒適通風、無噪音的干擾，清潔且照明良好 |  |  |  |
| 洗手設施 | 22.設置於備藥區域 |  |  |  |
| 23.備有洗手液、乾手設備、無積水且清潔、並有正確洗手之步驟圖 |  |  |  |
| 住民用藥及保健食品 | 24.外包裝清楚標示住民姓名與床號 |  |  |  |
| 25.外包裝清楚標示藥物或保健食品名稱與含量 |  |  |  |
| 26.未過期且未變質 |  |  |  |
| 27.住民非處方藥品或保健食品，都交由護理人員統一管理與給予 |  |  |  |
| **二、給藥作業流程** |
| 處方用藥 | 28.處方用藥有保留醫師處方箋影本或當次藥袋 |  |  |  |
| 備藥 | 29.由合格護理人員備藥、磨粉 |  |  |  |
| 30.備藥前有先洗手（可要求護理人員示範） |  |  |  |
| 31.備藥前有確認盛口服藥的器皿為清潔乾燥的，注射的空針及藥劑無過期（可要求護理人員示範做法） |  |  |  |
| 32.每位住民有獨立藥杯，在給藥時間前調配藥品 |  |  |  |
| 33.備藥時有三讀動作，確認所拿藥品與給藥紀錄單資料相符（可要求護理人員示範） |  |  |  |
| 34.藥杯前有小藥牌清楚標示床號、姓名（若使用單包藥，外包裝須符合此規定） |  |  |  |
| 35.不同藥品劑型是否有分開放置（栓劑、外用、眼用製劑、粉劑不得與錠劑或膠囊放置藥杯內） |  |  |  |
| 藥品磨粉 | 36.藥品於該次服用前才磨粉 |  |  |  |
| 37.已磨粉藥品外包裝有清楚標示該住民姓名/床號 |  |  |  |
| 38.藥品磨粉後設備有充分清洗/乾燥（可要求護理人員示範） |  |  |  |
| 給藥 | 39.由合格護理人員發藥 |  |  |  |
| 40.給藥前確實執行五對之動作 |  |  |  |
| 41.沒有發錯藥品給住民事件 |  |  |  |
| 42.確實依醫師處方之劑量、頻率、途徑或天數給藥 |  |  |  |
| 43.確實在預定時間給藥（查看給藥紀錄） |  |  |  |
| 44.給藥技術都適當（注意不應磨粉或不得管灌併服之藥品、各種劑型之正確給藥技巧） |  |  |  |
| 給藥紀錄單 | 45.護理人員使用的給藥紀錄單內容符合規範要求 |  |  |  |
| 46.給藥紀錄內容與醫師處方或藥袋標示相符 |  |  |  |
| 47.清楚記錄用藥開始與停止日期 |  |  |  |
| 48.確實記錄給藥途徑、劑量與用法 |  |  |  |
| 49.確實記錄實際給藥時間或未服藥原因 |  |  |  |
| 50.護理人員給藥並有簽名 |  |  |  |
| **三、用藥管理** |
| 藥品不良 反應評估 | 51.護理人員有觀察與紀錄住民之藥品不良反應於護理紀錄中 |  |  |  |
| 52.藥品不良反應有反映給醫師或藥師 |  |  |  |
| 53.有紀錄顯示醫療人員將藥品不良反應通報到全國ADR中心 |  |  |  |
| 過期剩藥 | 54.過期剩藥或變質藥品有適當處理（集中於特定區域，有處理之紀錄） |  |  |  |
| 藥物治療 評估紀錄 | 55.每位新住民有藥師提供用藥評估 |  |  |  |
| 56.每位住民有藥師定期提供藥物治療評估（至少每3個月一次) |  |  |  |
| 57.護理人員有將藥師建議納入交班，反映給機構負責人或醫師 |  |  |  |
| 58.護理人員有追蹤並記錄藥品修改情形 |  |  |  |
| 59.長照機構有設置管理辦法來處理藥師所提供之用藥改善建議 |  |  |  |
| 教育訓練 | 60.提供護理人員正確用藥觀念（至少每6個月舉辦一次用藥安全教育訓練課程） |  |  |  |
| 61.提供住民照護者（含照服員）相關正確用藥觀念（至少每6個月舉辦一次用藥安全教育訓練課程） |  |  |  |
| 62.提供藥物相關資訊（如用藥單張、處方集或藥物治療手冊）供機構人員查詢 |  |  |  |
| 總分： |  |  |  |
| 總分/62 x100% = |  |  |  |

**藥師與長期照護住宿式機構聯繫單**

編號：

|  |
| --- |
| **訪視日期： 年 月 日 時 分至 時 分** |
| 訪視內容：□藥品安全管理及給藥流程稽核 □藥物治療評估□參與會診與個案討論 □提供機構人員用藥安全在職教育□其他 |
| 訪視結果：1.共訪視 人  床號/姓名：2.護理站藥品管理建議單： 人； 張 床號/姓名：3.藥物治療問題建議表： 人； 張 床號/姓名：4.其他： 藥師簽章： 填寫日期： 年 月 日 |
| **機構回覆欄** |
| 回覆單位或負責人簽章： 填寫日期： 年 月 日 |