

全民健康保險提升用藥品質 藥事照護計畫 藥事照護紀錄表(判斷性服務)

列印日期： 年 月 日

收案日期： 年 月 日

機構名稱						機構代碼					
機構電話		()				所屬公會					
個案基本資料	姓名			身分證字號							
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	民國 年 月 日						
	居住地址										
	聯絡電話	()				手機號碼					
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他									
	識字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字			主要照顧者						
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)									
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：									
備註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)										
收案來源及條件		<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件				<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達五種(含)以上					
						<input type="checkbox"/> 同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢性病連續處方箋)					
		<input type="checkbox"/> 醫師轉介 <input type="checkbox"/> 健保署轉介				轉介日期： 年 月 日					
用藥記錄	處方用藥										
	非處方用藥品項/來源										
附件檢核		<input type="checkbox"/> 已簽署「全民健保保險對象參與藥事照護」參與同意書完成並檢附。 <input type="checkbox"/> 已完成照護記錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢轉介單。									

照護次數		第 次		記錄日期		年 月 日	
關聯用藥							
問題(P)							
類別	<input type="checkbox"/> 潛在問題 <input type="checkbox"/> 明顯問題						
代碼	(僅填 1 項)						
描述							
原因(C)							
代碼	(可填多項)						
描述							
介入(I)							
代碼	(按「原因(C)」項目依續填寫對應「介入(I)」代碼)						
描述							
接受(A)							
代碼	(按「介入(I)」項目依續填寫對應「接受(A)」代碼)						
描述							
結果(O)							
代碼	(按「接受(A)」項目依續填寫對應「結果(O)」代碼)						
描述							
醫師聯 繫狀況	<input type="checkbox"/> 取得聯繫 (請填寫右側灰底欄位)		醫 師 相 關 資 訊	姓名：		機構名稱：	
	<input type="checkbox"/> 聯繫未果			身份證字號：		機構代碼：	
				與醫師共同照護日：		年 月 日	
執行藥師：							
完成照護日期： 年 月 日							

 照護紀錄
(按附錄 PCNE 填寫指定代碼)

全民健康保險提升用藥品質 藥事照護計畫
藥事照護紀錄表(配合度諮詢服務)

列印日期： 年 月 日

收案日期： 年 月 日

機構名稱						機構代碼					
機構電話		()				所屬公會					
個案基本資料	姓名			身分證字號							
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	民國 年 月 日						
	居住地址										
	聯絡電話	()				手機號碼					
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他									
	識字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字			主要照顧者						
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)									
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：									
備註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)										
收案來源及條件		<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條				<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達五種(含)以上					
						<input type="checkbox"/> 同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢性病連續處方箋)					
		<input type="checkbox"/> 醫師轉介 <input type="checkbox"/> 健保署轉介				轉介日期： 年 月 日					
用藥記錄	處方用藥										
	非處方用藥品項/來源										
附件檢核		<input type="checkbox"/> 已簽署「全民健保保險對象參與藥事照護」參與同意書完成並檢附。 <input type="checkbox"/> 已完成照護記錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢轉介單。									

照護次數	第 次		
照 護 紀 錄	關聯用藥		
	前測		
	施測日期	年 月 日	前測分數 分
	介入/改善計畫		
	追蹤#1・內容主述		
	(需與前測間隔 7 日以上(含))		
	追蹤日期： 年 月 日		
	追蹤#2・內容主述		
	(需與追蹤#1 間隔 7 日以上(含))		
追蹤日期： 年 月 日			
後測			
施測日期	年 月 日	後測分數 分	
改善狀況	(依實際狀況記錄照護後狀況)		
【備註】 1. 後測需於前次追蹤間隔 7 日以上(含)。 2. 後測需與前測間隔 21 日以上(含)。 3. 配合度諮詢服務必需完成前、後測，追蹤得視情況進行。			
執行藥師：			
完成照護日期： 年 月 日			