

# COVID-19 確診個案居家照護初次評估及照護紀錄表(稿)

親愛的民眾您好，

我是您確診居家照護團隊，為關懷您的健康，降低重症之風險，接下來要對您進行醫療風險評估，請回答以下問題，謝謝。

## 【基本資料】

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		生日(yyyy/mm/dd)	
手機		體溫(°C)	
身高(公分)		體重(公斤)	

## 【初次評估紀錄】

一、評估日期：____年____月____日 診療/評估醫師：_____
二、是否有以下風險因子： <input type="checkbox"/> 年齡 65 歲(含)以上或 12 歲以下 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓) <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺炎) <input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) <input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷) <input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症 <input type="checkbox"/> BMI $\geq$ 30(或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位) <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑) <input type="checkbox"/> 懷孕與產後 6 週內婦女 (以上風險因子依據「110 年 COVID-19 疫苗接種計畫」及「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案(111 年 6 月 16 日第 6 次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。)
三、是否有相關臨床症狀： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅味覺喪失 <input type="checkbox"/> 其他，請描述：_____
四、評估結果： <input type="checkbox"/> 一般確診個案 <input type="checkbox"/> 高風險確診個案 <input type="checkbox"/> 其他：_____
五、抗病毒用藥 <input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Molnupiravir <input type="checkbox"/> 無

## 【照護紀錄】

天數	評估內容	評估人員 簽章
第 1 天	(1)體溫：____°C (2)臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

天數	評估內容	評估人員 簽章
	(3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 2 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 3 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 4 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 5 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 6 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
第 7 天	(1)體溫:_____°C (2)臨床症狀有無緩和: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 其他:_____ (3)後續處置: <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	

**【滿意度調查(居家照護結束後進行)】**

<p>一、請問對於本次居家照護服務是否滿意：</p> <p><input type="checkbox"/>非常滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意</p>
<p>二、請問本次居家照護對您的身體健康是否有幫助：</p> <p><input type="checkbox"/>非常有幫助 <input type="checkbox"/>有幫助 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>沒有幫助</p>
<p>三、請問對於本次居家照護服務是否有建議事項：</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有，請詳述：_____</p>

**《建議關懷頻率》**

1. 本次評估後，針對一般確診個案，建議於解隔前應再關懷一次，高風險確診個案建議每二天關懷一次，並不定時提供醫療諮詢服務，或依各縣市政府規定辦理。
2. 倘確診民眾有使用抗病毒藥物，應每天詢問其服藥結果，並評估所有慢性病用藥。