

111 年度「潛在失智症個案社區篩檢暨個案追蹤管理」獎補助案

說明：

一、為加強失智疑似個案追蹤、轉介、確診及運用社會福利資源，提供失智症個案社區照顧服務及家庭照顧者支持服務，以建全本市失智症醫療照護網絡。

二、服務內容：

(一) 篩檢對象：本市 50 歲以上市民。

(二) 篩檢暨追蹤管理單位：本市 13 區衛生所、失智社區服務據點、長期照顧服務中心、醫療小管家合約院所及社區醫療群等。

(三) 服務方式：

1. 篩檢暨轉介：以「AD-8 極早期失智症篩檢量表」執行篩檢、追蹤及轉介篩檢疑似異常個案($AD-8 \geq 2$)。

2. 個案管理：針對失智確診個案進行個案追蹤管理、衛教、必要時訪視、提供社會福利資源等。

三、交通補助費用及請領流程：

(一) 補助對象：經篩檢單位篩檢結果 $AD-8 \geq 2$ ，並由轉介流程接受失智症診察之疑似異常個案。

(二) 交通補助費用：篩檢結果 $AD-8 \geq 2$ 之個案經轉介至醫療院所，接受進一步診察者，每案就醫 1 次補助新臺幣(以下同)200 元整，最多補助 3 次合計 600 元整。

(三) 請領流程：由篩檢單位檢具個案領據(附件 1)、個案篩檢量表(附件 2)、早期介入門診轉介/診察/回覆單(附件 3)、就醫佐證資料，個案管理追蹤清冊(附件 4)，得以向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用並執行補助費用罄為止。

四、本案收件截止日為 111 年 12 月 2 日(以郵戳為憑)，請於期限內備齊相關資料以向本局申請費用。

桃園市政府衛生局
111 年度轉介個案交通補助費收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 111 年_____

至_____醫院進行失智症相關檢查，茲向桃園市政府衛生局請領
交通補助費，共計新臺幣_____元整。

此據

具領人 本人： (請蓋私章)

代理人： (請蓋私章)

與個案關係(檢附證明)：

身分證統一編號：

住址：

電話：

匯款戶名：

匯款銀行：

匯款帳號： (請提供帳戶影本)

中 華 民 國 年 月 日

附註：

- (一)對象：經篩檢單位篩檢結果 AD-8 \geq 2 分，經由轉介流程接受失智症診察之個案。
- (二)個案經由本計畫篩檢、轉介，並由本市設有精神科、神經內科或記憶門診醫療院所進行失智症相關檢查，依就醫次數補助，每案最多補助新臺幣 600 元整。
- (三)由篩檢單位檢附個案領據(附件 1)、個案篩檢量表影本(附件 2)、早期介入門診轉介/診察/回覆單(附件 3)、個案管理追蹤清冊(附件 4)，得以向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用。
- (四)本案相關費用申領，所含附件證明若為影本，請加蓋「與正本相符」章及職章。
- (五)匯費規定：如個人金融帳戶屬臺灣銀行帳戶，則免扣匯費；非屬臺灣銀行帳戶，則需內扣匯費(由具領人自行支付)。
- (六)若為代理人代領，請載明與個案之關係，並檢附相關佐證資料。

記憶健檢(AD-8 極早期失智症篩檢量表)篩檢量表

*填表日期：____年____月____日

*填表地點：衛生所、醫療院所、社區服務據點、其他_____

*姓名：_____ *身分證統一編號：_____ *性別：男女

*出生年月日：____年____月____日

*居住地址：桃園市_____區_____路(街)_____巷_____弄_____號_____樓
非桃園市_____

*是否為原住民：是 否 *連絡電話：(家用)_____ (手機)_____

*教育程度：未就學、國小畢(肆)、國中畢(肆)、高中畢(肆)、大學以上畢(肆)

※最近 1 年內是否曾經填寫過此篩檢量表？ 否 是

填表說明：若您以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請勾選「是，有改變」。 若無，請勾選「不是，沒有改變」；若不確定，請勾「不知道」	是， 有改變	不是， 沒有改變	不知道
1.判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2.對活動和嗜好的興趣降低。			
3.重複相同問題、故事和陳述。			
4.在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐(器)、微波爐、遙控器。			
5.忘記正確的月份和年份。			
6.處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7.記住約會的時間有困難。			
8.有持續的思考和記憶方面的問題。			
總得分		← 請填入回答 「是，有改變」 之總題數	

楊淵韓、劉景寬譯，NEUROLOGY，2005；65:559-564

*若量表總得分大於或等於 2 分，您可能需要透過更詳細的檢查，由專業醫師進行診斷。

桃園市政府衛生局 關心您

*篩檢單位：_____

*篩檢人員：_____

早期介入門診轉介/診察/回覆單

_____ 醫院 _____ 醫師 您好：

桃園市政府衛生局本年度委託各區衛生所及基層醫療院所，推行「潛在失智症記憶健檢計畫」；由於透過 AD-8 極早期失智症篩檢量表，發現此個案有疑似認知障礙問題，故將個案轉介至貴院，敬請協助相關檢查診斷，並請填寫下方回覆欄位後傳真回覆轉介單位，謝謝。

桃園市政府衛生局 敬啟

二次篩檢單位	身分證 統一編號		姓 名		出 生 期	年 月 日
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	連 絡 電 話	家用： 手機：
	主要 照護者		關 係		聯 絡 電 話	
	居住地址	桃園市 _____ 區 _____ 路(街) _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學、 <input type="checkbox"/> 國小畢(肄)、 <input type="checkbox"/> 國中畢(肄)、 <input type="checkbox"/> 高中畢(肄)、 <input type="checkbox"/> 大學以上畢(肄)				
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個人資料轉知有關單位以提供社會福利資源或關懷訪視等訊息					
特殊 記事	A. AD-8 總分： B. three-object recall test： <input type="checkbox"/> 未完成 <input type="checkbox"/> 完成 C. 是否接受長期照顧相關服務： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；服務名稱：_____ D. 是否定期就醫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；看診科別：_____ E. 其他：					
單位 名稱		住 址		傳 真 碼		
篩檢 人員		聯 絡 電 話		主 管 章		
		轉 介 日 期	年 月 日	主 簽		

.....

接受轉介醫院(診察醫院)	就診日期：	年 月 日				
	檢測 情形	1. 檢測項目 _____，結果：_____				
		2. 檢測項目 _____，結果：_____				
		3. 檢測項目 _____，結果：_____				
		4. 其他：				
病歷 摘要	主診斷：					
院所 名稱	住 址					
	聯 絡 電 話		傳 真 碼			
診治 科別	醫 師 簽 章		回 覆 日 期	年 月 日		

桃園市政府衛生局 111 年度潛在失智症個案管理追蹤清冊

篩檢單位 _____

篩檢暨轉介 _____ 案

個案管理追蹤 _____ 案

填表日期 _____

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M				N				
												AD-8 \geq 2 分追蹤結果				資源連結與運用				
												轉介醫院 (日期)	診斷結果 (日期)	未完成轉介	未完成轉介原因	衛教諮詢	家屬支持團體	社區關懷據點	失智照顧服務 (如失智共同照護中心、失智社區服務據點)	其他
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

填表說明：

- 一、篩檢暨轉介：經由 AD-8 極早期失智症篩檢量表篩檢 \geq 2 分個案，篩檢單位主動開立轉介單，並追蹤診察結果，未完成轉介者，需原因。
- 二、個案管理追蹤：
 - 1. 篩檢、轉介、確診、資源介入(A~M)需確實填寫。
 - 2. 資源轉介需具體說明並紀錄於此表單上，並於三個月追蹤使用之效益。

【若表格不敷使用，請自行增列】

請於此加蓋承辦人職章