

ICOPE長者功能評估量表

(Integrated Care for Older People)

評估日期：_____年____月____日

評估項目	初評內容	初評結果	初評結果說明	複評結果
A. 認知功能	1.記憶力：說出 3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住。第3題後再詢問一次。		任一答案為「否」，請擇一(MMSE、BHT、AD8等)量表進行評估。 採AD8量表者，請由長者家屬回答。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
	3.定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
	**詢問長者第1題記憶力的3項物品	是否能記住三項物品 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下 5 次。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請進行SPPB量表評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙
C. 營養不良	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。	<input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 營養不良風險 <input type="checkbox"/> 正常
	2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D. 視力障礙	1.您是否罹患糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	第二題答案為「是」，請進行WHO簡單視力表或Snellen test 測試。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步檢查
	2.(非糖尿病者請問：)您的眼睛是否有任何問題：看遠方、看近或閱讀上有困難、或有眼睛疾病？ (糖尿病患者請問：)您過去1年”未曾”接受眼睛檢查？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
E. 聽力障礙	請跟著我唸 6、1、9 (註：用氣音測試，若未能正確複誦，再測2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	是否兩耳都聽得到 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」， 1.依長者情況轉介。 2.進行聽力障礙之社會需求支持評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處置
F. 憂鬱	1.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿雜」)，或沒有希望？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中度情緒困擾 <input type="checkbox"/> 重度情緒困擾
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
社會性照護與支持	A~F有幾項評估為陽性	_____項	「2項」以上者，請進行「社會性照護與支持評估」。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處置
G. 用藥	1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上(包括中藥等任何用藥)？ (註：中藥算為1種藥物)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」者，請依長者情況轉介藥物諮詢及提供用藥衛教。	
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
H. 生活目標	現在最困擾您的健康問題是甚麼？ 您最擔心這個健康問題影響到生活上的甚麼事？		了解老年人的生活、期待、偏好、需求、價值觀，且制定個人化的照護目標。	

請依上述評估結果提供個人化之健康管理處置

評估結果均正常：

☐ 衛教(○自我健康管理 ○提供社區據點資訊)

評估結果任一項有異常(可複選)：

A.認知：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

B.行動：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

C.營養：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

D.視力：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

E.聽力：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

F.憂鬱：☐衛教 / ☐轉介醫療院所 (○本院 ○他院) / ☐轉介社區據點 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

G.用藥：☐衛教/ ☐調整用藥/ ☐轉介醫療院所(○本院 ○他院) / ☐轉介藥師 / ☐未轉介(○已追蹤治療○自行就醫○個案拒絕○其他_____)

○其他：☐運動介入 / ☐營養介入 / ☐提供社區據點資訊

特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章)