

衛生福利部國民健康署委託
中華民國藥師公會全國聯合會
「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」

計畫主持人
藥師公會全聯會常務理事
陳昭元 藥師

計畫緣由

- ▶ 本計畫目的為結合各級醫院、診所、衛生所、社區藥局及跨專業醫療團隊共同努力，由醫師轉介糖尿病個案給符合資格藥師，由藥師引導建立個案正確的用藥觀念、指導自我管理能力並實際應用於生活當中，以提升民眾在家用藥配合度與自我照護的能力。
- ▶ 今年主要建立衛生所醫師轉介糖尿病個案給社區藥師照護之模式。

參與計畫藥師資格

符合以下其中一項

- ▶ 通過糖尿病共照網藥師之培訓(完成32小時糖尿病專業課程、參加衛生局舉辦之E化4小時課程，並通過筆試者)。
- ▶ 已取得糖尿病衛教師(CDE)資格之藥師。
- ▶ 已具糖尿病共照網資格之藥師。

轉介條件

糖尿病人為主體，優先次序如下：

- ▶ 一天共吃>五種醫師處方藥品
- ▶ 未按時用藥
- ▶ 未按時回診或領藥
- ▶ 近一個月曾發生低血糖
- ▶ 醣化血色素>9.0%
- ▶ 吸菸
- ▶ 不清楚如何使用血糖機或血壓計
- ▶ 未執行自我監測血糖或血壓

收案目標數

- ▶ 全國分北、中、南、東四區，目標照顧1000位，平均每位個案於計劃期間內照顧2-5次(以三次為原則)，每次照護至少間隔28天或跨月訪視至少間隔21天，共執行3500次照護。
- ▶ 每次報告通過區域輔導藥師審核通過後，照護藥師才能進行第二次報告書登錄，以此類推。
- ▶ 每一次照護登錄日期需安排在追蹤上次藥物治療問題解決與否為原則，例如需等醫師下次看診回覆才能追蹤CC碼時，則照護登錄日期就應安排在醫師看診後，而非連續三個月把照護次數作做完。
- ▶ 但藥師仍能與個案持續保持連繫或協助監測血糖(每次登錄至少一次)、血壓(一個月至少有四次)等。

合作模式

- ▶ 衛生所模式
- ▶ 醫院模式
- ▶ 診所模式
- ▶ 收案後需先由管理中心排除已同時接受其他藥事照護計畫者。(三天內回覆執行藥師結果)

收案來源

起動者	接收者	備註
糖尿病共照網(或非糖尿病共照網)之醫師	醫師轉介個案給藥師，藥師依照醫師要求項目進行照護	
個案於藥局調劑慢箋符合收案條件	藥師將個案提供醫師參考是否列入轉介個案	醫師填寫轉介單將個案轉介由該藥師進行藥事照護。
藥師懷疑個案可能罹患糖尿病但尚未被診斷	藥師轉介個案至糖尿病共照網醫師確認診斷	再由該轉介藥師進行藥事照護。
個案疾病診斷碼(ICD-10)屬於較不易控制之分類或有併發症者(例如25010、25040.....)，	由藥師轉介至糖尿病健康促進機構收案	再由該轉介藥師進行藥事照護。

計畫進度

- ▶ 5月31日前需達各區分配收案目標數。
- ▶ 8月31日前需達總收案目標數並停止收案。
- ▶ 10月15日凍結系統資料輸入。
- ▶ 在預定時間內未完成分配收案目標數，則需將名額釋放給其他單位、縣市或分區，以期順利完成總收案目標數。

藥師主要照護內容

- ▶ 用藥評估與衛教，提升用藥配合度
- ▶ 提昇病人定期自我監測血壓及血糖
- ▶ 提醒病人接受定期檢查(糖化血色素、空腹血脂、眼底檢查及尿液微量白蛋白等檢查)
- ▶ 鼓勵病人戒菸及施打流感疫苗
- ▶ 填寫糖尿病藥事照護紀錄表
- ▶ 回覆轉介醫師轉介藥師照顧需求結果及目前個案用藥之藥歷檔
- ▶ 照護地點可能為居家、轉介醫師之看診地點及藥局內

照護指標

- ▶ 整體照護監測指標：
糖化血色素、空腹血脂、眼底鏡檢查及尿液微量白蛋白等定期檢查情形，以及參與糖尿病品質支付服務方案情形。
- ▶ 藥事照護之成果指標：
糖尿病人用藥認知及配合度、藥物治療問題解決、自我監測血壓及血糖情形、流感疫苗施打及戒菸情形。

轉介醫師協助內容

- ▶ 轉介符合資格之個案(預計每個單位10-25位)給合作藥師(請填寫轉介單)
- ▶ 提供糖尿病個案登錄表協助
- ▶ 處理藥物治療問題並回覆

資訊平台的應用或整合 (衛生所合作模式)

衛生局

1. 服務對象以轄內衛生所糖尿病個案為主。
2. 衛生所符合收案條件者轉介至可提供藥事照護服務之社區藥局。
3. 提供資訊平台應用與技術整合。



藥師公會

1. 提供照護服務藥師名單
2. 提供轉介單。
3. 提供照護回覆單回饋服務內容。
4. 醫師以雙向聯繫單回覆藥師照護需求。
5. 提供藥師照護資訊平台。

一、確認參與藥師資格：

1. 通過糖尿病共照網藥師之培訓(完成 32 小時糖尿病專業課程、參加衛生局舉辦之 E 化 4 小時課程，並通過筆試者)。
2. 已取得糖尿病衛教教師(CDE)資格之藥師。
3. 已具糖尿病共照網資格之藥師。

確認參與藥師名單

需繳交：

1. 「執行計畫契約書」
2. 「執行單位同意書」
3. 資格證書影印本。

二、舉辦說明會

邀請合作之醫師及藥師及區域輔導藥師……~相見歡~

各區負責人說明收案來源及流程

表單 & 系統操作

醫師：需提供哪些資料
(ex: 轉介單、個案登錄表)
藥師：需填哪些資料
(ex: 糖尿病藥事照護紀錄表、疑似糖尿病個案篩檢轉介單)
區域輔導藥師：需填哪些資料
(ex: 糖尿病藥事照護紀錄審核表)
個案：需填哪些資料
(ex: 執行藥事照護同意書、提供用藥紀錄資訊同意書)

三、收案後審核流程

需先經過各區管理中心人員確認符合收案標準且個案需排除已接受其他照護計劃或重覆收案，三個工作天後由管理中心人員需回覆負責藥師是否可開始執行照護。

每次報告通過區域輔導藥師審核通過後，照護藥師才能進行第二次報告書登錄，以此類推。
藥事照護重點

- 提昇用藥配合度
- 解決藥物治療問題
- 增加自我監測血壓及血糖之次數(每次登錄至少一次血糖及一個月至少有四次血壓記錄)

報告書審核通過才能給付該次訪視費用，每次 600 元。
於年終時一併統計確認後再請領費用

四、醫師收到藥事照護資料

- ▶ 藥師回覆轉介結果
- ▶ 個案正在使用的所有用藥檔案及對用藥認知評估結果

目錄

	1、糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫簡報.....	P01
醫師填寫	2、轉介單-醫師 TO 藥師.....	P05
藥師填寫	3、轉介單-藥師 TO 醫師.....	P07
醫師填寫	4、個案登錄表.....	P08
藥師填寫	5、藥事照護紀錄表.....	P10
藥師填寫	6、DAWN 量表.....	P18
民眾填寫	7、同意書-民眾參與計畫案.....	P19
民眾填寫	8、同意書-民眾用藥紀錄.....	P20
	9、同意書-醫事服務機構.....	P21
機構單位填寫	10、同意書-執行單位主管.....	P22
機構單位填寫	11、實習費-CDE.....	P23
機構單位填寫	12、實習費-共照網.....	P24
審查藥師填寫	13、藥事照護紀錄表審查表.....	P25
藥師填寫	14、回覆醫師之藥歷檔.....	P27

院所名稱	院所名稱	聯絡人
	地址	
	電話	傳真號碼
	醫師簽章 _____	日期____年____月____日
	藥師簽章 _____	日期____年____月____日
轉介藥師	藥師姓名	藥局名稱
	地址	
	電話	傳真號碼
	藥師簽章 _____	日期____年____月____日
個案基本資料		
1. 姓名：	2. 身份證字號：	3. 出生年月日：民國____年____月____日
4. 性別： <input type="checkbox"/> ₁ 男 <input type="checkbox"/> ₂ 女	5. 電話：()	6. 通訊住址：
醫師轉介藥師照顧需求 (有需求項目請勾選，轉介時請檢附個案登錄表)		
<input type="checkbox"/> ₁ 藥物評估	<input type="checkbox"/> ₁₁ 糖尿病用藥改變諮詢 <input type="checkbox"/> ₁₁₁ 改變藥品_____ <input type="checkbox"/> ₁₁₂ 改變劑量 <input type="checkbox"/> ₁₁₃ 改變頻率 <input type="checkbox"/> ₁₁₄ 其他_____ <input checked="" type="checkbox"/> ₁₂ 整體用藥適當性評估 <input type="checkbox"/> ₁₃ 提升用藥配合度 <input type="checkbox"/> ₁₄ 其他_____	
<input type="checkbox"/> ₂ 血糖監測	請醫師提供個案血糖控制目標及監測頻次： 控制目標：A1C：_____ AC：_____ PC：_____ 其他 _____ 監測頻次：每週_____次(早、中、晚、睡前、其他_____；AC/PC) <input checked="" type="checkbox"/> ₂₁ 鼓勵及教導自我監測血糖 <input type="checkbox"/> ₂₂ 追蹤血糖監測結果 <input type="checkbox"/> ₂₃ 其他_____	
<input type="checkbox"/> ₃ 戒菸諮詢		
<input type="checkbox"/> ₄ 其他：_____		
備註：		

附件：個案登錄表

※ 本轉介單限使用乙次。

二聯單：「第一聯」送回原轉介單位；「第二聯」轉介單位留存

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

104/02/07 第 1 版

104/03/23 第 2 版

個案基本資料

1.姓名：

2.身份證字號：

3.出生年月日：民國____年____月____日

藥師回覆轉介結果

回覆附件二糖尿病藥事照護紀錄表 8.3 內容(若有附件二 8.2 對個案之教育事項及追蹤，請附件給醫師參考)

(AA)藥物治療問題之描述：

(BB)藥師建議之解決辦法：

回覆日期：____年____月____日

藥師簽名：_____

醫師回覆(上述藥師回覆轉介結果，有藥物治療問題建議內容，才需回覆)

- ₁₁ 醫師增加一藥來治療 ₁₂ 停用某藥 ₁₃ 換用另一種藥物 ₁₄ 更改劑量 ₁₅ 更改藥物數量
₁₆ 更改用藥間隔/頻率 ₁₇ 更改治療期限 ₁₈ 更改劑型 ₁₉ 更改給藥時間
₂₂ 以 BA/BE 學名藥替代 ₂₃ 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置 ₂₄ 醫師開始新治療法
₂₅ 醫師沒接受意見，問題沒有解決 ₂₆ 健保局不給付 ₂₇ 病人因素 ₂₈ 其他(請說明)

可依上述選項補充說明：

回覆日期：____年____月____日

醫師簽名：_____

說明：醫師回覆 11~24 為接受，25~28 為不接受。

※ 本轉介單限使用乙次。 二聯單：「甲聯」送回原轉介單位；「乙聯」受轉介單位留存

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」 2014/03/01 表

疑似糖尿病個案篩檢轉介單

日期： 年 月 日

藥 師 轉 介 內 容	個案基本資料	姓名：	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日：民國 年 月 日	
		身分證號：	電話：	聯絡地址：	
	病 情 描 述	<input type="checkbox"/> 三多：多吃，多喝，多尿；或體重減輕約____公斤 <input type="checkbox"/> BMI 或腰臀圍超過標準 <input type="checkbox"/> 血脂過高 <input type="checkbox"/> 血壓過高 <input type="checkbox"/> 數據曾異常：HbA1c____；FBG____（民國____年）；RBG____（民國____年） <input type="checkbox"/> 一等親人罹患糖尿病 <input type="checkbox"/> 曾生過巨嬰或妊娠糖尿病（民國____年） <input type="checkbox"/> 罹患心血管疾病 <input type="checkbox"/> 其它：_____			
		醫療院所/藥局	傳真號碼	電話	藥師簽名
	建議轉介院所科別： 及醫師：			轉介院所電話：	
轉 診 院 所	處 理 情 形	診斷 <input type="checkbox"/> 糖尿病，鼓勵加入糖尿病共同照護網 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 葡萄糖不耐 <input type="checkbox"/> 空腹血糖異常 建議：_____後再追蹤 <input type="checkbox"/> 正常：建議_____後再追蹤 <input type="checkbox"/> 其它：_____			
	檢 查	檢查： <input type="checkbox"/> HbA1c：_____ % <input type="checkbox"/> OGTT：_____ mg/dL <input type="checkbox"/> FBG：_____ mg/dL <input type="checkbox"/> RBG：_____ mg/dL <input type="checkbox"/> 其它：_____			
	需 藥 師 照 護 與 追 蹤	<input type="checkbox"/> 需藥師照護與追蹤 （請填寫「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」個案轉介單）			
	日期	_____年_____月_____日		醫師簽章	
	電話				

※ 本轉介單限使用乙次 個案持三聯就診：「甲聯」送回原轉介單位；「乙聯」受轉介單位留存；「丙聯」個案自存

糖尿病個案登錄表 編號：_____ (由管理中心提供)

1.個案是否為糖尿病共同照護網之病人？ 是 否

2.就診醫療院所 / 主治醫師 / 登錄時間：

_____ / _____ / _____

基本資料

姓名：_____ 身份證字號：_____ 職業：_____

出生年月日：民國_____年_____月_____日 年齡：_____歲

戶籍住址：_____縣市_____鄉鎮市區_____村里_____街路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

通訊住址：同上，(或)_____縣市_____鄉鎮市區_____村里_____街路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

電話：() _____ 手機：_____ (至少一項)

教育程度：不識字 識數字 識字 國小 國中 高中(職) 大專 研究所(含以上)

婚姻狀況：未婚 已婚 分居 鰥寡 離婚 再婚 同居

主要照顧者：有，稱謂：_____； 無，原因：_____

飲食主要來源：家屬烹調，稱謂：_____ 自己烹調 外食

糖尿病史

診斷別：第一型 第二型

發病起始年/罹病年數：民國_____年/計_____年_____月

治療方式/使用起始年：口服降血糖/民國_____年；Insulin/民國_____年 其它：_____/民國_____年(可複選)

糖尿病家族史：無；不詳；有(續答)：(1)父系(2)母系(3)兄弟姐妹 (4)子女(可複選)

糖尿病合併症/確診年：無；不詳；有(續答)：(可複選)

(1) 視網膜病變/民國_____年 (2) 足部病變/民國_____年 (3) 腎臟病變/民國_____年

(4) 神經病變/民國_____年 (5) 冠心病 /民國_____年 (6) 腦中風/民國_____年

(7) 洗腎 /民國_____年 (8) 截肢 /民國_____年 (9) 失明 /民國_____年

高血壓病史/確診年：無；不詳；有(續答)：民國_____年；罹病年數：計_____年_____月

其他病史：無；不詳；有(續答)：

(1)疾病名稱/發病起始年：_____/民國_____年

(2)疾病名稱/發病起始年：_____/民國_____年

危險因子

(1) 吸菸：從不；已戒；目前有吸(續答)：____歲開始吸，平均一天吸____支

(2) 喝酒：從不；已戒；目前有喝(續答)：____歲開始喝，喝哪種酒？_____，

平均每星期喝____次，每次喝____杯(以喜宴用杯為準，可以小數點表示杯數) 偶爾

實驗室檢查紀錄表

檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
身高(cm) / 體重(Kg)				
BMI(Kg/m ²) / 腰圍(cm)				
血壓(mmHg) / 脈搏(次/min)				
檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
AC. sugar / PC. sugar				
A1c(%) / Cr.				
Chol-C / TG				
LDL-t / HDL-C				
SGOT / SGPT				

Alb / UA				
Urine Protein				
GFR(ml/min/1.73m ²)				
ACR/PCR (mg/gm)				

視網膜檢查及疫苗注射紀錄表

篩檢項目/日期(年月日)/結果		年月日	右側	左側
視網膜檢查	視力-矯正視力請加註()			
	檢查結果(代碼：1 正常 2 BDR 3 中度 NPDR 4 重度 NPDR 5 PDR 6 黃斑部水腫 7 虹膜上新生血管性青光眼 8 青光眼 9 會影響視力之白內障 10 其他：請敘明)(可複選)			

疫苗注射	種類	日期	日期

目前使用藥物情形 (請附上處方箋或處方箋影印本)

治療情形之評估及指導

衛教日期(年月日)	/ /	/ /
按時就診	<input type="checkbox"/> 是-間隔：_____週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是-間隔：_____週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
按時服藥	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
按量服藥	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
是否使用偏方	<input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 否-原因：_____
	<input type="checkbox"/> 是-種類：_____	<input type="checkbox"/> 是-種類：_____
是否使用胰島素	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (續答)
1. 保存方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
2. 注射方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
3. 注射時間	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
4. 注射部位	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
5. 更換注射部位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無

其它評估及指導

低血糖預防	是否知道低血糖症狀	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知
	是否有低血糖經驗-	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答)	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答)
	1. 最近一次發生時間	<input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上
	2. 處理方式	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確：原因_____	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確：原因_____
	有無隨身攜帶糖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____
戒菸諮詢	是否抽菸	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____支/天 (續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____支/天 (續答)
	1. 是否想戒菸	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答)	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答)
	2. 戒菸時間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內
自我照護	有無自我監測血糖或血壓	<input type="checkbox"/> 有：_____次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有：_____次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____
	是否清楚如何使用血糖機或血壓計	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外出有無隨身攜帶糖尿病護照	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 無-原因：_____

本表一式二聯；「甲聯」原轉介單位留存；「乙聯」送受轉介單位

糖尿病藥事照護紀錄表 (第____次)

104/02/07 第 1 版

104/03/23 第 2 版

一、個案登錄表

照護日期：____年____月____日

1. 個案是否為糖尿病共同照護網之病人？ 是 否

2. 就診醫療院所 / 主治醫師 / 登錄時間：

_____ / _____ / _____

基本資料

姓名：_____ 身份證字號：_____ 職業：_____

出生年月日：民國____年____月____日 年齡：____歲

戶籍住址：_____縣市_____鄉鎮市區_____村里_____街路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

通訊住址：同上，(或)_____縣市_____鄉鎮市區_____村里_____街路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

電話：() _____ 手機：_____ (至少一項)

教育程度：不識字 識數字 識字 國小 國中 高中(職) 大專 研究所(含以上)

婚姻狀況：未婚 已婚 分居 鰥寡 離婚 再婚 同居

主要照顧者：有，稱謂：_____； 無，原因：_____

飲食主要來源：家屬烹調，稱謂：_____ 自己烹調 外食

糖尿病史

診斷別：第一型 第二型

發病起始年/罹病年數：民國____年/計____年____月

治療方式/使用起始年：口服降血糖/民國____年；Insulin/民國____年 其它：_____/民國____年 (可複選)

糖尿病家族史：無；不詳；有(續答)：(1)父系(2)母系(3)兄弟姐妹 (4)子女(可複選)

糖尿病併發症/確診年：無；不詳；有(續答)：(可複選)

(1) 視網膜病變/民國____年 (2) 足部病變/民國____年 (3) 腎臟病變/民國____年

(4) 神經病變/民國____年 (5) 冠心病 /民國____年 (6) 腦中風/民國____年

(7) 洗腎 /民國____年 (8) 截肢 /民國____年 (9) 失明 /民國____年

高血壓病史/確診年：無；不詳；有(續答)：民國____年；罹病年數：計____年____月

其他病史：無；不詳；有(續答)：

(1) 疾病名稱/發病起始年：_____/民國____年

(2) 疾病名稱/發病起始年：_____/民國____年

危險因子

(1) 吸菸：從不；已戒；目前有吸(續答)：____歲開始吸，平均一天吸____支

(2) 喝酒：從不；已戒；目前有喝(續答)：____歲開始喝，喝哪種酒？_____，

平均每星期喝____次，每次喝____杯(以喜宴用杯為準，可以小數點表示杯數) 偶爾

實驗室檢查紀錄表

檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
身高(cm) / 體重(Kg)				
BMI(Kg/m ²) / 腰圍(cm)				
血壓(mmHg) / 脈搏(次/min)				
檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
AC. sugar / PC. sugar				
A1c(%) / Cr.				
Chol-C / TG				
LDL-t / HDL-C				

SGOT / SGPT				
Alb / UA				
Urine Protein				
GFR(ml/min/1.73m ²)				
ACR/PCR (mg/gm)				

視網膜檢查及疫苗注射紀錄表

篩檢項目/日期(年月日)/結果		年月日	右側	左側
視網膜檢查	視力-矯正視力請加註()			
	檢查結果(代碼: 1 正常 2 BDR 3 中度 NPDR 4 重度 NPDR 5 PDR 6 黃斑部水腫 7 虹膜上新生血管性青光眼 8 青光眼 9 會影響視力之白內障 10 其他:請敘明)(可複選)			

疫苗注射	種類	日期	日期

治療情形之評估及指導

衛教日期(年月日)	/ /	/ /
按時就診	<input type="checkbox"/> 是-間隔: _____ 週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因: _____	<input type="checkbox"/> 是-間隔: _____ 週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因: _____
按時服藥	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否-原因: _____	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否-原因: _____
按量服藥	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否-原因: _____	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否-原因: _____
是否使用偏方	<input type="checkbox"/> 否-原因: _____ <input type="checkbox"/> 是-種類: _____	<input type="checkbox"/> 否-原因: _____ <input type="checkbox"/> 是-種類: _____
是否使用胰島素	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(續答)
1. 保存方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
2. 注射方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
3. 注射時間	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
4. 注射部位	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
5. 更換注射部位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無

其它評估及指導

低血糖預防	是否知道低血糖症狀	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知
	是否有低血糖經驗- 1. 最近一次發生時間 2. 處理方式	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答) <input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確:原因 _____	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答) <input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確:原因 _____
	有無隨身攜帶糖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____
戒菸諮詢	是否抽菸	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: _____ 支/天(續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: _____ 支/(續答)
	1. 是否想戒菸 2. 戒菸時間	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內
自我照護	有無自我監測血糖	<input type="checkbox"/> 有: _____ 次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____	<input type="checkbox"/> 有: _____ 次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____
	是否清楚如何使用血糖機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	有無自我監測血壓	<input type="checkbox"/> 有: _____ 次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____	<input type="checkbox"/> 有: _____ 次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因: _____
	是否清楚如何使用血壓計	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外出有無隨身攜帶糖尿病護照	<input type="checkbox"/> 有: _____ <input type="checkbox"/> 無-原因: _____	<input type="checkbox"/> 有: _____ <input type="checkbox"/> 無-原因: _____

二、個案正在使用的所有用藥檔案及用藥認知評估 (多位醫師處方的西藥、中藥、指示用藥、保健食品)：

長短期用藥	長短期用藥名	醫療院所	科別	醫師	治療之疾病	藥品代碼	商品名	含量	劑型	劑型名稱	學名	藥價	藥理分類代碼	用量數	用法名稱	用時	起始日期	結束日期	實際服藥時間	<input type="checkbox"/> 糖尿病藥品 <input type="checkbox"/> 降血壓藥品 <input type="checkbox"/> 降血脂藥品 <input type="checkbox"/> 其它藥品
																				治療用途 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥時間/劑量 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥技巧正確性 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 可能引起之副作用 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 忘記服藥的處置 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道
個案陳述及藥師教育內容																				
																				<input type="checkbox"/> 糖尿病藥品 <input type="checkbox"/> 降血壓藥品 <input type="checkbox"/> 降血脂藥品 <input type="checkbox"/> 其它藥品
																				治療用途 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥時間/劑量 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥技巧正確性 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 可能引起之副作用 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 忘記服藥的處置 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道
個案陳述及藥師教育內容																				

三、個案用藥配合度評估

3.1 個案用藥配合度測量表 (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire)

用藥配合度 問題	病人回答 (是=1, 否=0)
1. 您是否有時候會忘記吃藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 過去兩周內, 除忘記吃藥這原因之外, 是否還有其他原因, 讓您沒有按時吃藥?(例如: 沒去調劑處方箋, 自己停藥不想繼續吃, 藥太貴沒買)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾因為吃藥覺得更不舒服, 而減少用藥劑量或停止吃藥, 但沒有向醫師說?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 當您出外旅遊或上班, 是否有時會忘記帶藥出去?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您昨天是否沒有服用全部該吃的藥品?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 當您覺得症狀都控制很好, 您是否有時會停止吃藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 每天吃藥對某些人來說是很不方便的事。您是否也很苦惱要每天按時吃藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您有多經常忘記吃全部的藥品? (1) 從不/很少 (2) 偶爾會 (3) 有時會 (4) 經常會 (5) 所有時間	(1) = 0 (2)~(5)= 1
總分	

總分>2=低服藥配合度, 1 or 2=中等服藥配合度, 0=高服藥配合度

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74.

四、胰島素 DAWN 量表評估*(<http://www.dawnstudy.tw/question02/question02Q01.asp>)

*個案抗拒胰島素(因副作用或害怕胰島素, 就醫與用藥認知需要指導時請用此量表)

4.1 胰島素使用經驗: ₁ 未曾使用 ₂ 曾經使用 ₃ 目前使用

4.2 結果: 困擾程度百分比: ₁ 紅燈 ₂ 黃燈 ₃ 綠燈

五、血糖監測評估

5.1 目前個案血糖監測頻次: _____次/週

5.2 高/低血糖事件之原因及處理:

5.2.1 是否發生低血糖 否 是(請回答 5.2.1.1)

5.2.1.1 最近一次個案發生低血糖的原因: ₁ 藥物_____ ₂ 飲食_____ ₃ 運動_____ ₄ 其他_____
處理: ₁ 15 法則 ₂ 藥物_____ ₃ 飲食_____ ₄ 運動_____ ₅ 其他_____ (可複選)

5.2.2 是否發生高血糖 否 是(請回答 5.2.2.1)

5.2.2.1 最近一次個案高血糖的原因: ₁ 藥物_____ ₂ 飲食_____ ₃ 運動_____ ₄ 其他_____
處理: ₁ 藥物_____ ₂ 飲食_____ ₃ 運動_____ ₄ 其他_____ (可複選)

5.3 自我監測血糖：

5.3.1 血糖機和試紙之使用與保存

結果：

- 1.操作正確
- 2.操作不正確，如：21)不會裝置採血筆；22)不會檢查試紙效期；23)未註記試紙拆封後效期；24)未核對血糖機與試紙編號；25)試紙未正確置入血糖機；26)消毒不正確；未等待酒精乾燥；27)採血方式有誤；28)不會判讀血糖機數據；29)未記錄血糖數據(可複選)
- 3.無法操作的原因：31) 缺乏支持系統協助；32) 無法負擔機器或試紙費用；33) 其他_____ (可複選)

5.3.2 對所測得的血糖(如血糖過低或過高時)知道如何反應處理

結果：₁ 已會處理 ₂ 會處理但不熟練 ₃ 不會處理，如：____(請說明)
₄ 無法處理，因為 ₄₁ 無支持系統可協助處理 ₄₂ 其他(請說明)

六、血壓監測評估

6.1 目前個案血壓監測頻次：_____次/週

七、整體用藥適當性評估

7.1

- ₁ 個案最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：____次，開短期用藥的醫師門診：__次
- ₂ 共開立長期用藥_____種，短期用藥_____種
- ₃ 個案實際使用長期用藥_____種，短期用藥_____種
- ₄ 個案共使用中藥__種 保健食品__種，可能會影響藥物療效的中藥或保健食品
- ₅ 有併用其他醫師用藥，可能影響糖尿病控制_____
- ₆ 使用藥物可能影響病人運動或行動能力_____
- ₇ 其他_____

7.2 有關疾病控制或藥物治療，對個案(照顧者)之教育事項及追蹤

日期	(AA 碼)個案有何自我照護或用藥問題	(BB 碼)教育事項	日期	目前問題解決情形(請附 CC 碼)

7.3 有關疾病控制或藥物治療，對醫師之建議及追蹤

日期	(AA 碼)藥物治療問題之描述	(BB 碼)藥師建議之解決辦法	日期	目前問題解決情形(請附 CC 碼)

八、戒菸諮詢

8.1 個案願意介入戒菸計畫：₁ 是 ₀ 否

8.2 Fagerstrom 成癮度量表評估：___分

8.3 目前個案平均每天抽菸量：

₁ 已戒菸 已戒菸 \geq 3 個月 ₂ 1-10 根 ₃ 11-20 根 ₄ 21-30 根
₅ 31 根以上

8.4 目前戒菸藥物為_____，

劑型類別(可複選)：₄₁ 貼片 ₄₂ 口嚼錠 ₄₃ 口含錠 ₄₄ 吸入劑 ₄₅ 處方藥

8.5 建議：_____

※本次藥師照護時間：_____年_____月_____日 _____時_____分至_____時_____分

※下次個案追蹤日期：_____年_____月_____日

藥師簽章/日期_____

個案簽名/日期_____

*疑似藥物治療問題之代碼：(AA 碼)

<p>◇ <u>有需要增加藥物治療(有病沒用藥)</u></p> <p>11 有未治療的急性狀況或疾病 12 應給予預防性藥物治療 13 需合併另一藥來加強療效 14 慢性病應服藥而醫師未開藥</p>	<p>◇ <u>藥品在體內的量過高</u></p> <p>51 劑量過高 52 給藥間隔太短 53 治療期間過長、藥量累積 54 因交互作用造成劑量過高 55 病患肝腎功能不佳</p>
<p>◇ <u>應刪除的不需要用藥(沒病卻用藥)</u></p> <p>21 此藥沒有適應症存在 22 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類) 23 此症狀不需藥物治療 24 用來治療另一藥可避免的副作用 25 缺乏可支持的檢驗數據 26 採用非藥品處置更恰當</p>	
<p>◇ <u>藥品選擇不適當</u></p> <p>31 藥品劑型不適當 32 有治療禁忌 33 有配伍禁忌 34 病患對藥品有耐受性或抗藥性 35 還有更有效、安全、方便的藥 36 吃藥時間過於複雜 37 可選用單一成分藥，不需用到複方藥 38 從前用此處方藥品治療失敗 39 不符合此適應症</p>	<p>◇ <u>藥品不良反應</u></p> <p>61 藥品-藥品交互作用 62 病患對此藥品過敏 63 劑量調整速度太快 64 對病患不安全(如疾病危險因子、懷孕、哺乳、幼兒、老人) 65 在正常劑量下，產生不期望的藥理反應 66 使用不安全藥品 67 病患特異體質 68 不正確給藥方式</p>
<p>◇ <u>藥品在體內的量不足</u></p> <p>41 劑量過低或血中藥品濃度不夠 42 給藥間隔太長 43 治療期間不足 44 因交互作用造成劑量降低 45 給藥方式造成藥量進入太少 46 藥品儲存方式不適當 47 選用藥品廠牌不恰當</p>	<p>◇ <u>病人服藥配合度差</u></p> <p>91 幾種用藥給藥時間太複雜 92 服藥觀念不正確 93 藥貴、不願意買 94 不瞭解正確服藥方法 95 常忘記服藥 96 無法吞下或給藥 97 應做 TDM/療效監測</p>

◇編碼 00 對個案：沒有藥物治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

◇編碼 01 對醫師：沒有藥物治療問題，但針對疾病控制或療效追蹤給醫師建議。

**若有未列出之問題種類，請告知全聯會督導，以更新版本。

* 藥師建議醫師用藥之溝通事項 (BB 碼)

11 建議開始用某藥	17 建議改變治療期限
12 建議停用某藥	18 建議改變劑型
13 建議換用另一種藥品	19 建議更改給藥時間/用藥方法
14 建議改變劑量	21 建議以 BA/BE 學名藥替代
15 建議更改藥品數量	22 向原處方醫師確認用藥
16 建議改變用藥間隔	23 建議生化、血液或療效監測
	24 請教育病人需要按時用藥

* 醫師用藥行為之改變情形 (CC 碼)

11 醫師增加一藥來治療	19 更改給藥時間
12 停用某藥	21 經醫師確認依原處方調配藥品
13 換用另一種藥物	22 以 BA/BE 學名藥替代
14 更改劑量	23 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置
15 更改藥物數量	24 醫師開始新治療法
16 更改用藥間隔/頻率	25 醫師沒接受意見，問題沒有解決 (或藥師等待一個月沒回音)
17 更改治療期限	26 健保局不給付
18 更改劑型	

**若有未列出之介入事項或醫師回應結果種類，請告知全聯會，以更新版本。

* 與個案溝通內容 (BB 碼)

51 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議	58 自我照顧技巧/對生活形態之建議
52 用藥知識 (藥名/作用/劑量/用法/用藥時間須知/警語/保存/常見副作用)	59 認識開始或改變藥物治療的時機
53 用藥技巧	61 疾病突發時的處理步驟
54 對忘記服藥之處理	62 需要去門診/急診室治療的狀況
55 對同時使用 OTC 藥/食物/保健食品之建議	63 認識疾病長期控制不佳的狀況
56 促進健康/預防疾病措施	64 如何避免過敏原與刺激物
57 提供用藥教育資料	

* 個案行為改變情形 (CC 碼)

51 減少門診就診次數	61 仍經常去門診，沒減少就診次數
52 較依指示時間服用藥品	62 仍不按指示時間服用藥品
53 給藥技巧更正確	63 給藥技巧仍不正確
54 較不會忘記服藥	64 仍較會忘記服藥
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能自己正確調整用藥	69 仍不能自己正確調整用藥

**若有未列出之介入事項或病人結果種類，請告知全聯會督導，以更新版本。

項目	病人認知					
	絕對是	大部分是	不是一定是	大部分不是	不知道	不知道
一、胰島素的好處						
1. 使用胰島素是否可以幫助我把血糖控制的比較好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 使用胰島素是否有助於改善我的元氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 使用胰島素是否可以延遲未來發生併發症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 使用胰島素是否使我感覺更好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%
二、自責及健康						
1. 使用胰島素是否表示利用飲食運動及口服藥來控制糖尿病已經失敗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 使用胰島素是否表示我的糖尿病已經變得很嚴重了	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 使用胰島素是否表示我的健康將會更差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%
三、日常生活						
1. 使用胰島素是否讓生活變得較沒彈性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 使用胰島素是否代表我必需放棄我喜愛的活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 使用胰島素是否使我較難去完成我的工作，與我在家必須做的事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 使用胰島素是否會使我更依賴我的醫師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%
四、社交與家庭						
1. 使用胰島素是否會使家人和朋友更擔心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 使用胰島素是否表示別人會把我看成是生病較重的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 注射胰島素是否令人尷尬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%
五、注射相關問題						
1. 我是否害怕用針注射我自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 注射胰島素是否會痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 處理胰島素注射是否要花很多時間和精力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 每天要在正確的時間注射準確劑量的胰島素是否困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%
六、副作用						
1. 使用胰島素是否會增加低血糖發生的危險性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 胰島素是否會讓體重增加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 一旦開始胰島素治療是否將使胰臟停止製造胰島素	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 胰島素是否會使我的眼睛與腎臟健康狀況惡化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結果：困擾程度						%

民眾參與「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」

同意書

藥師已向我說明藥師進行「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」之目的，我已瞭解參加此計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物治療的效果。為配合計畫案執行我願意接受至少 2-5 次的藥事照護服務。但我可自由選擇到任何醫療院所或社區藥局調劑我的慢性病連續處方箋。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料供藥師參考，藥師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。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話 02-25953856 分機 137）。因此我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：_____

民國 104 年 月 日

提供用藥紀錄資訊同意書

本人_____同意_____（醫事服務機構名稱）

藥師給予本人用藥指導需要時，於本人簽署本同意書日期起算一年內，可自衛生福利部中央健康保險署（以下稱健保署）依全民健康保險法相關規定建置之健保雲端藥歷系統下載本人下列用藥紀錄資訊：

- 一、就醫當月前 2 個月起算往前共 2 個月的門診、住院、藥局醫療費用申報資料中之全部用藥明細紀錄。
- 二、就醫當月前 1 個月及即期每日更新之 IC 卡上傳就醫資料中之全部用藥明細紀錄。

前述資料，僅限本人於_____（醫事服務機構名稱）就診時，提供醫師診療本人病情及藥師給予本人用藥指導需要時查詢比對使用，不得將該項資料另移作其他目的使用，且本人完成看診後，即應將該下載資訊刪除。

本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書或變更本同意書內容之權利。

此致 _____（醫事服務機構名稱）

立同意書人： _____

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

法定代理人：

身分證號：

中 華 民 國 年 月 日

(醫事服務機構)用藥紀錄資訊檔使用同意書

本醫事服務機構為醫師診療及藥師用藥指導需要，於病人簽署書面同意書之有效期限內，自衛生福利部中央健康保險署(以下稱健保署)依全民健康保險法相關規定建置之健保雲端藥歷系統下載病人用藥紀錄資訊，並同意恪遵下列各事項：

- 一、本醫事服務機構同意遵守『個人資料保護法』及相關法令之規定。
- 二、資訊檔資料僅於該病人就診時，供醫師因診療需要或藥師因用藥指導需要查詢比對使用，絕不將該項資料另移作其他目的使用。且負責監督其遵守本同意書應遵守事項，本醫事服務機構並願意負連帶賠償責任。
- 三、使用用藥紀錄資訊檔時，不因任何理由侵犯個人隱私權。
- 四、下載之資訊於病人完成看診後，應即將該下載資訊銷毀。
- 五、如違反本同意書應遵守事項，除應將該用藥紀錄資訊檔資料銷毀，且絕不保留備份資料外，健保署並得停止本醫事服務機構申請批次下載病人用藥紀錄資訊檔之權利。
- 六、因使用人員違反個人資料保護法及相關民法、刑法等規定所致一切後果，由本醫事服務機構連帶負全部賠償責任。

本醫事服務機構確認已詳細閱讀相關規定，完全瞭解其內容，並同意遵守之。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構代號：

醫事服務機構地址：

代表人(公立醫事服務機構適用)

負責醫事人員姓名：(簽章)

身分證號：

戶籍地址：

醫事服務機構

用 印

中 華 民 國 年 月 日

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」 執行單位主管同意書

藥師_____參加衛生福利部國民健康署委託中華民國藥師公會全國聯合會辦理之「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」。

一、執行內容：

- 1.提供用藥評估與衛教，提升用藥配合度。
- 2.提升病人定期自我監測血糖及血壓。
- 3.鼓勵病人戒菸及施打流感疫苗。
- 4.提醒病人接受定期檢查(糖化血色素、空腹血脂、眼底檢查尿液微量白蛋白等檢查。

二、執行方式：

平均每位個案於計劃期間內照護 2-5 次(原則上以照顧三次為上限；如需增加次數請向各區負責藥師提出申請)，每次照護至少間隔 28 天或跨月訪視至少間隔 21 天，照護地點可能為居家、轉介醫師之看診地點及藥局內。每次照護報告書以能顯示藥師照護之價值為原則，於糖尿病管理記錄系統登錄報告書並經審查通過後，每次給付新臺幣 600 元，於年底一次核銷完成，且會事先扣除二代健保補充保費。收案後，需先經過各區管理中心人員確認符合收案標準且個案需排除已接受其他照護計劃或重覆收案，三天內管理中心人員需回覆負責藥師是否可開始執行照護。

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」 執行單位主管同意書回條

• 執行/收案單位：

本單位同意此藥師於本單位執行/收案。

• 藥事照護費用之匯款單位：(以下請擇一勾選)

執行照護藥師個人

醫療院所：_____ (請填入帳單位全名)

單位主管： _____ (簽章) _____

中華民國 104 年 月 日

藥師於糖尿病衛教師實習 補助實習單位指導費

您好！

104 年中華民國藥師公會全國聯合會因承衛生福利部國民健康署委託辦理之「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」，為鼓勵糖尿病促進機構能指導藥師糖尿病衛教師實習，除藥師需自付之實習費外，額外補助實習單位指導費新台幣 400 元整。請您於藥師完成實習後提供匯款帳號，以利匯款。謝謝！

匯款帳號：_____

戶名：_____

藥師於糖尿病衛教師實習補助實習單位指導費 簽收單回條

戶名：_____

已收到貴單位額外補助實習單位之指導費新台幣 400 元整。

實習單位：_____ (請填寫單位全名)

單位簽收人：_____ (簽章)

中華民國 104 年 月 日

藥師於糖尿病共照網實習補助實習單位指導費

您好！

104 年中華民國藥師公會全國聯合會因承衛生福利部國民健康署委託辦理之「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」，為鼓勵糖尿病促進機構能指導藥師糖尿病共照網實習，除藥師需自付之實習費外，額外補助實習單位指導費新台幣 200 元整。請您於藥師完成實習後提供匯款帳號，以利匯款。謝謝！

匯款帳號：_____

戶名：_____

藥師於共照網實習補助實習單位指導費 簽收單回條

戶名：_____

已收到貴單位額外補助實習單位之指導費新台幣 200 元整。

實習單位：_____（請填寫單位全名）

單位簽收人：_____（簽章）

中華民國 104 年 月 日

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」

糖尿病藥事照護記錄審核表

104/02/07 第 1 版
104/03/23 第 2 版

個案姓名：_____ 身份證字號：_____

報告藥師：_____第_____次報告書

審核項目	審核結果	說明
<p>一、個案基本資料： 是否為糖尿病共同照護網之病人、轉介醫療院所、姓名、身份證、出生日期、性別、住址、電話、糖尿病史、高血壓病史、其他病史、危險因子</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
<p>實驗室檢查紀錄： (於計畫結束前至少要有一次下列數據)： 醣化血色素、血脂肪、眼底檢查、尿液微量白蛋白或尿蛋白</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改 <input type="checkbox"/> 此次未執行	
<p>個案疫苗注射情形： 於計畫結束前，需有提醒或記錄個案執行流感疫苗注射之現況記錄</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改 <input type="checkbox"/> 此次未執行	
<p>二、個案正在使用的所有用藥檔案 每一次照顧個案之用藥狀況包含：醫療院所/科別/醫師、治療之疾病、商品名、含量/劑型、學名、劑量/用法/、起迄日期、在家實際用法、使用偏方或保健食品等。 用藥認知評估；血糖及血壓用藥為每次照護必評估之用藥</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
<p>三、個案用藥配合度評估 第一次及最後一次照護時對個案進行用藥配合度測量表，評估個案是否按時就診、按時及按量服藥等，若有相關藥物治療問題時，應書寫於整體用藥適當性評估，以對個案或對醫師進行判斷性服務(AABBCC)</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
<p>五、血糖監測評估 每一次照顧個案時，至少包含 1 次血糖記錄、是否發生低血糖(5.2.1)及高血糖(5.2.2)之評估，若有發生高低血糖時才需回答 5.2.1.1 或 5.2.2.1</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
<p>六、自我監測血壓 每一次照顧個案時，至少包含 4 次血壓記錄</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
<p>七、整體用藥適當性評估 每一次照顧個案時，綜合二、三、四、六、七之記錄，藥師是否能適切以 AABBCC 呈現藥物治療問題、解決與後續追蹤狀況</p>	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	

以下為非必要指標，個案若由下列狀況時再進行記錄

四、胰島素 DAWN 量表評估	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
五、血糖監測評估 1.高/低血糖事件之原因及處理(5.2.1.1 或 5.2.2.1) 2.自我監測血糖(5.3)	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	
八、戒菸諮詢	<input type="checkbox"/> 合適 <input type="checkbox"/> 需修改	

其他審核意見

--	--

審核結果

- 通過
- 修正
- 不通過

日期：104 年_____月_____日

個案正在使用的所有用藥檔案及對用藥認知評估結果

醫療院所/科別/醫師	治療之疾病	商品名 含量/劑型	學名	劑量/用法/ 起迄日期	在家實際 用法	用藥認知評估
						治療用途 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥時間/劑量 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥技巧正確性 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 可能引起之副作用 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 忘記服藥的處置 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道
個案陳述及藥師教育內容						
						治療用途 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥時間/劑量 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 用藥技巧正確性 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 可能引起之副作用 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道 忘記服藥的處置 <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不知道
個案陳述及藥師教育內容						