

藥師執行糖尿病管理紀錄表 (第____次)

103/06/08 表

一、個案基本資料

登錄日期：____年____月____日

姓名：_____ 身份證字號：_____ 性別：₁男 ₂女 出生日期：____年____月____日

本人 主要照顧者 聯絡電話：_____ 可連絡時間：_____

地址：_____ 電話：_____

診斷：₁第1型糖尿病 ₂第2型糖尿病 ₃妊娠糖尿病 ₄其他_____

糖尿病診斷確診時間：民國____年____月

身高：_____公分，體重：_____公斤，BMI=_____，理想體重=_____

教育程度：₁不識字 ₂國小 ₃國中 ₄高中 ₅大專以上 ₆研究所以上

自我照顧：₁完全獨立 ₂需旁人協助 ₃完全由旁人照顧

抽菸：₁無 ₂有 喝酒：₁無 ₂有，一周量約：_____ 運動：₁無 ₂偶爾 ₃規律

糖尿病家族史：₀無 ₁有 ₁₁父系 ₁₂母系 ₁₃兄弟姊妹 ₁₄子女 ₂不詳

轉介醫師：_____ 院所/科別：_____ 轉介日期：____年____月____日 電話：_____

二、臨床生化檢查結果

(屬高關懷族群病人，於全聯會電腦系統已輸入臨床生化檢查結果，在此不必再輸入；只要回答 2.1-2.4 問題)

項目 \ 日期						
BW ¹						
AC						
PC						
A1C						
SBP						
DBP						
TC						
LDL						
TG						
HDL						
BUN						
SCr						
eGFR						

四、 個案對糖尿病用藥使用的認知 (當糖尿病人用藥或用量改變時評估)

4.1 教導的藥品：₁Sulfonylureas ₂Glinides ₃Biguanides ₄TZDs ₅DPP-4 inhibitors

₆α-Glucosidase inhibitor ₇Insulin ₈GLP-1 agonists ₉Others(請說明)___

4.2 (每種藥物獨立評估一次)

對每一藥物認知	認知狀況*	有任何用藥問題	如何處置
治療用途			
何時吃，劑量			
用藥技巧正確性			
可能引起之副作用			
忘記服藥的處置			
藥品儲存的方式			
旅行時用藥之了解			

(*欄內寫入代碼：1=良好, 2=尚可, 3=不佳)

4.3 建議：_____

五、 整體用藥適當性評估

5.1

- 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使用藥物影響可能影響病人運動或行動能力_____
- ₇其他_____

5.2 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)

5.3 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)

--	--	--	--	--

六、個案用藥配合度評估 (可針對降血糖藥品之使用，或針對全部用藥，自己靈活運用)

6.1 糖尿病個案用藥配合度測量表 (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire, 用於糖尿病照護)

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糖尿病藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 過去兩周內，您是否有忘記吃藥這原因之外的其他原因，讓您沒有按時吃糖尿病藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾因為吃糖尿病藥覺得更不舒服，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，是否有時會忘記帶糖尿病藥出去?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您昨天是否有服用全部該吃的糖尿病藥品?	<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糖尿病藥?	<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糖尿病藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您有多經常忘記吃全部的糖尿病藥品? (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.

6.1.1 建議：_____

6.2 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)

6.2.1 胰島素使用經驗： ₁ 未曾使用 ₂ 曾經使用 ₃ 目前使用

6.2.2 結果：困擾程度百分比：_____ ₁ 紅燈 ₂ 黃燈 ₃ 綠燈

6.2.3 建議：_____

七、血糖監測評估

7.1 目前個案血糖監測頻次及控制情形：

7.1.1 監測頻次：每週_____次(早、中、晚、睡前、其他_____；AC/PC)

7.1.2 控制情形：A1C：_____ AC：_____ PC：_____ 其他 _____

7.1.3 結果：₁ 達目標 ₂ 未達目標

₃ 其他：₃₁ 不恰當(未配對或未餐次輪替) ₃₂ 低血糖風險*

₃₃ 高血糖風險* ₃₄ 有用藥，可能影響血糖控制控制_____

₃₅ 在家使用血糖測定機器情形不佳

₃₆ 沒有寫療效監控日記習慣

(*請進行 7.2 評估)

7.1.4 建議：_____

7.2 高/低血糖事件之原因及處理：

7.2.1 個案低血糖的原因：₁藥物_____ ₂飲食_____ ₃運動_____ ₄其他_____

處理：₁15法則 ₂藥物_____ ₃飲食_____ ₄運動_____ ₅其他_____

7.2.2 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_____

7.3 自我監測血糖：

7.3.1 血糖機和試紙之使用與保存

結果：₁已會操作 ₂會操作但技術仍不熟練 ₃不會操作

₄無法操作，因為₄₁無支持性統可協助操作 ₄₂沒錢買機器或試紙

₄₃其他(請說明)

7.3.2 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會處理能力仍不熟練 ₃不會處理

₄無法處理，因為₄₁無支持性統可協助處理 ₄₂其他(請說明)

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 ₂1-10根 ₃11-20根 ₄21-30根 ₅31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：_____

九、配合藥物治療之飲食建議

9.1 目前個案每餐醣份份數

早餐：____份 午餐：____份 晚餐：____份 點心：____份 其他：_____

9.1.1 結果：

■ 早餐：醣類份量₁適當 ₂過高 ₃過低 ₄不均

■ 午餐：醣類份量₁適當 ₂過高 ₃過低 ₄不均

■ 晚餐：醣類份量₁適當 ₂過高 ₃過低 ₄不均

■ 點心：醣類份量₁適當 ₂過高 ₃過低 ₄不均

■ 其他：(請說明)

9.1.2 建議：_____

9.2 配方產品諮詢：

9.2.1 使用配方產品：₁是 ₀否

9.2.2₁糖尿病配方產品_____ ₂腎臟病配方產品_____

₃慢性阻塞性肺部疾病配方產品_____ ₄高蛋白配方產品_____

₅濃縮配方產品_____ ₆其他(請指出)

9.3 代醣產品諮詢

使用代醣：₁是_____ ₀否

十、運動諮詢

10.1 運動型態

- ₁ 有氧運動：如走路、跑步、騎腳踏車、爬樓梯...等。
₂ 重量運動：如循環式舉重 10 次。

10.2 運動次數及時間：_____次/周，_____分/次

10.3 總評運動狀況：

10.3.1 ₁ 恰當

- ₂ 不足，原因：₂₁ 膝蓋痛 ₂₂ 忙 ₂₃ 有用藥影響行動 ₂₄ 無法行動
₂₅ 其他(請說明)

10.3.2 建議：_____

十一、心理支持

以轉介醫療院所所使用之憂鬱症量表為主，亦可參考

WHO(5)憂鬱症量表(直接連結 <http://www.dawnstudy.tw/>)

台灣人憂鬱症量表(<http://www.jtf.org.tw/overblue/taiwan1/>)

11.1 結果：

11.2 建議：_____

十二、執行糖尿病自我管理評量(AADE7)

(<http://www.dawnstudy.tw/question01/question01Q08.asp>)

12.1 結果：分數_____

12.2 建議：_____

十三、目前糖尿病控制效果評估

本次治療結果	可能原因	評估結果建議醫師或病人事項
<input type="checkbox"/> 符合治療目標	<input type="checkbox"/> 無其它問題	
<input type="checkbox"/> 接近治療目標	<input type="checkbox"/> 病人用藥行為不適當	
<input type="checkbox"/> 未達治療目標	<input type="checkbox"/> 醫師用藥選擇需調整	
目前療效代碼：	<input type="checkbox"/> 劑型選用錯誤	
	<input type="checkbox"/> 有藥物副作用產生	
	<input type="checkbox"/> 自己監控血糖不好	
	<input type="checkbox"/> 飲食習慣不好	
	<input type="checkbox"/> 其它疾病或用藥干擾	
	<input type="checkbox"/> 藥品交互作用	
	<input type="checkbox"/> 藥品禁忌症	
	<input type="checkbox"/> 藥品儲存不當	

※本次藥師諮詢時間：_____年_____月_____日 _____時_____分至_____時_____分

※下次個案追蹤日期：_____年_____月_____日

※個案簽名/日期_____ 藥師簽章/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> <p>00：個案沒有藥物治療問題，但有就醫或自我照護方面的需求。</p>

**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

* 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
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

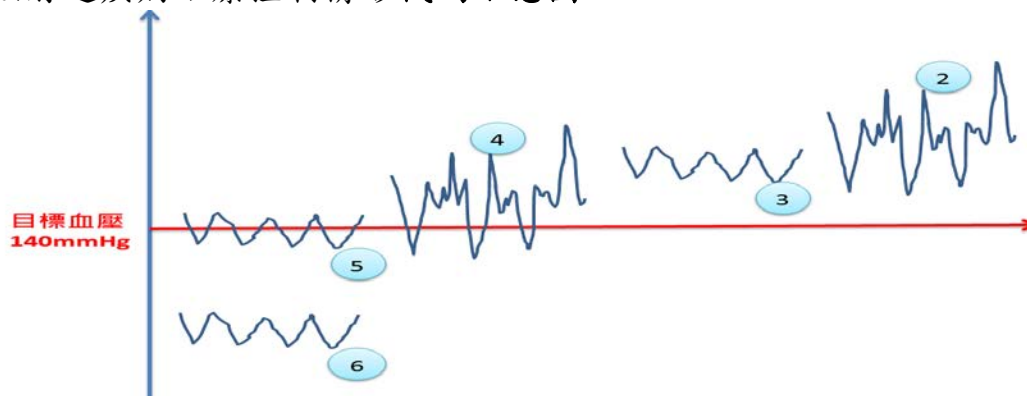
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能自己正確調整用藥	69 仍不能自己正確調整用藥

**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。

目前疾病治療控制情形 (目前療效代碼)

代碼	目前病況	描 述
7	完全治癒	病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥物治療。
6	治療已達目標，且病情穩定	病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥物治療，以維持穩定的病情。
5	最近治療曾多次達目標，且病情穩定	病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥物治療的品質，以期穩定達標。
4	治療偶爾達標，但病情不穩定	病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。
3	治療未達標，但病情穩定	病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥物治療的品質，以期穩定達到治療目標。
2	治療未達標，且病情不穩定	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥物治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。
1	病情糟糕，且有併發症狀	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



新北市藥師執行糖尿病管理紀錄表使用解說

103/06/08 表

本次計劃必填項目

- 一、個案基本資料
- 2.1-2.4
- 3.1-3.4
- 五、整體用藥適當性評估
- 六、個案用藥配合度評估
- 十二、糖尿病自我管理評量(AADE7)
- 其他項目依轉介者需求進行評估

二、臨床生化檢查結果

屬高關懷族群病人，於全聯會電腦系統已輸入臨床生化檢查結果，在此不必再輸入；只要回答 2.1-2.4 問題

2.1 HbA1C：₁<6% ₂6-6.9% ₃7-7.9% ₄8-8.9% ₅9-9.5% ₆>9.5%

₇無資料

2.2 LDL：₁<70 mg/dL ₂70-100 mg/dL ₃101-129 mg/dL ₄>130 mg/dL

₅無資料

2.3 BP：₁<110/75 mmHg ₂110/75–140/90 mmHg ₃>140/90 mmHg

2.4 腎病變：₀無 ₁有 ₂無資料

三、個案正在使用的所有用藥檔案（多位醫師處方的西藥、中藥、指示用藥、保健食品）：

屬高關懷族群病人，於全聯會電腦系統已輸入資料，在此不必再輸入；只要回答 3.1-3.4 問題

3.1 是否使用 Metformin：₀無_____ ₁有 (無使用請註明原因)

3.2 口服抗糖尿病用藥是否大於三種：₀無 ₁有

3.3 腎病變是否使用 ACEI 或 ARB：₀無_____ ₁有 (無使用請註明原因)

3.4 LDL 過高是否使用 statin：₀無_____ ₁有 (無使用請註明原因)

四、個案對糖尿病用藥使用的認知（當糖尿病人用藥或用量改變時才要進行評估）

4.1 教導的藥品：₁Sulfonylureas ₂Glinides ₃Biguanides ₄TZDs ₅DPP-4 inhibitors

₆α-Glucosidase inhibitor ₇Insulin ₈GLP-1 agonists ₉Others(請說明)_____

4.2 每種藥物獨立評估一次認知狀況

五、整體用藥適當性評估（每次訪視必評估）

六、個案用藥配合度評估 (每次訪視必評估)

但 6.2 胰島素 DAWN 量表評估是在個案抗拒胰島素(因副作用或害怕胰島素，就醫與用藥認知需要指導時才會用此量表)，如訪視時上網填寫資料有困難可先以紙本輔助，紙本如附件一，回藥局再 key 入電腦才能算出困擾程度)

七、血糖監測評估(有轉介此項目才要評估)

八、戒菸諮詢(有轉介此項目才要評估)

九、配合藥物治療之飲食建議(有轉介此項目才要評估)

十、運動諮詢(有轉介此項目才要評估)

十一、心理支持(有轉介此項目才要評估)

十二、執行糖尿病自我管理評量(AADE7) (每次訪視必評估)

(<http://www.dawnstudy.tw/question01/question01Q08.asp>)

如訪視時上網填寫資料有困難可先以紙本輔助，紙本如附件二，回藥局再 key 入電腦才能算出分數)

十三、目前糖尿病控制效果評估

※本次藥師諮詢時間： _____年____月____日 ____時____分至____時____分

※下次個案追蹤日期： _____年____月____日

※個案簽名/日期_____ 藥師簽章/日期_____

項目	病人認知					
	絕 對 是	大 部 分 是	不 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						%

糖尿病自我管理評量

請在符合您想法的方格中打勾：

姓名 _____ 日期 _____ 出生年月份 _____

所在縣市 _____ 就診醫院 _____

我最近一次的糖化血色素是 _____ %；我三個月後的目標是下降到 _____ %

請依您實際的情形勾選【已做到】或【未做到】的選項。

已做到 部分做到 未做到

健康飲食

A1
A2
A3
A4

我已經能分辨所攝取的食物中哪些是含醣食物			
我一整天的醣類份量已按照醫師或營養師的建議攝取			
我只在血糖偏低時額外進食含醣食物			
我能按照醫師或營養師的建議控制體重			

已做到 部分做到 未做到

使用藥物

B1
B2
B3

我能辨識自己所使用的糖尿病藥物			
我能規則用藥			
我會按時定期回診與領藥			

已做到 部分做到 未做到

監測

C1
C2
C3
C4
C5

我知道最近半年的糖化血色素(HbA1c)數值			
我清楚最近三個月內三餐前後的血糖變化			
我知道最近三個月內的血壓與血脂肪的狀況			
我知道最近一年腎臟的健康狀況			
我知道最近一年眼睛檢查的健康狀況			

已做到 部分做到 未做到

身體活動

D1

每週從事足夠的運動（至少150分鐘）			
--------------------	--	--	--

已做到 部分做到 未做到

降低風險

E1
E2
E3
E4

不抽菸			
避免過量飲酒的問題			
我能即時發現血糖過低或過高並加以處理			
自己或家人平時檢查足部			

已做到 部分做到 未做到

健康調適

F1
F2

我已能坦然面對有糖尿病的事實			
我能處理情緒與疾病造成的壓力			

已做到 部分做到 未做到

問題解決

G1

我能根據血糖與活動狀況調整食物			
-----------------	--	--	--

※糖尿病共照網－轉介單(醫療人員轉介給藥師)※

*轉介者必填

103/03/03

院所名稱	院所名稱		聯絡人	
	地址			
	電話		傳真號碼	
	醫療人員簽章_____		日期____年____月____日	
轉介藥師	藥師姓名 <small>(如無指定藥師，則由新北市藥師公會統一分發)</small>		藥局名稱	
	地址			
	電話		傳真號碼	
個案基本資料*				
1. 姓名：		2. 身分證號：		3. 生日：民國____年____月____日
4. 性別： <input type="checkbox"/> ₁ 男 <input type="checkbox"/> ₂ 女	5. 身高： 體重： BMI：		6. 識字程度： <input type="checkbox"/> ₁ 識字 <input type="checkbox"/> ₂ 不識字	
7. <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 主要照顧者 聯絡電話：			可連絡時間：	
8. 住址：				
個案病摘*				
A	診斷： <input type="checkbox"/> ₁ 第1型糖尿病 <input type="checkbox"/> ₂ 第2型糖尿病 <input type="checkbox"/> ₃ 妊娠糖尿病			
B	糖尿病診斷確診民國____年____月， 合併有 <input type="checkbox"/> ₁ 高血壓 <input type="checkbox"/> ₂ 高血脂 <input type="checkbox"/> ₃ 冠心病家族史 <input type="checkbox"/> ₄ 吸菸 <input type="checkbox"/> ₅ 其他_____			
C	併發症： <input type="checkbox"/> ₁ 腎臟病變，第____期 <input type="checkbox"/> ₂ 心血管病 <input type="checkbox"/> ₃ 周邊血管疾病 <input type="checkbox"/> ₄ 神經病變 <input type="checkbox"/> ₅ 視網膜病變 <input type="checkbox"/> ₆ 足部病變 <input type="checkbox"/> ₇ 口腔病變 <input type="checkbox"/> ₈ 其他_____			
D	最近檢查結果： A1C_____ FPG_____ (AC/PC) BP_____ TC_____ LDL_____ TG_____ HDL_____ SCr_____ eGFR_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
E	目前已介入照護之醫療人員： <input type="checkbox"/> ₁ 護理師 <input type="checkbox"/> ₂ 營養師 <input type="checkbox"/> ₃ 其他_____			
F	其他(請說明)_____			
轉介藥師照顧需求* (有需求項目請勾選)				
<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 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	請醫師決定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 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 飲食諮詢	<input type="checkbox"/> ₄₁ 配合藥物治療之飲食建議 <input type="checkbox"/> ₄₂ 其他_____ 請醫師決定個案每餐醣份份數： <input type="checkbox"/> 早餐：_____份 <input type="checkbox"/> 午餐：_____份 <input type="checkbox"/> 晚餐：_____份 <input type="checkbox"/> 點心：_____份			
<input type="checkbox"/> ₅ 運動諮詢	<input type="checkbox"/> ₅₁ 運動量評估及教導 <input type="checkbox"/> ₅₂ 其他_____			
<input type="checkbox"/> ₆ 心理支持				

7 執行糖尿病自我管理評量(AADE7)

※其他：個案相關資料補充或需求說明

糖尿病共照網－藥事照護回覆書

103/03/03 表

個案基本資料

1.姓名：	2.身分證號：	3.生日：民國____年____月____日
4.性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	5.身高：____，體重：____ BMI：____	6.教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專以上 <input type="checkbox"/> 研究所以上
7. <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 主要照顧者 聯絡電話：		可連絡時間：
8.住址：		

藥師回覆轉介結果

(只回覆醫師轉介部分；斜粗體字為依藥師執行糖尿病管理紀錄之結果回覆)

藥物評估	四、個案對糖尿病用藥使用的認知(4.1, 4.3) 五、整體用藥適當性評估(5.2, 5.3) 六、個案用藥配合度評估(6.1.1, 6.2.1 ; 6.2.2 ; 6.2.3)
血糖監測	七、血糖監測評估 7.1 目前個案血糖監測頻次及控制情形(7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4) 7.2 高/低血糖事件之原因及處理(7.2.1, 7.2.2) 7.3 自我監測血糖：(7.3.1, 7.3.2)
戒菸諮詢	八、戒菸諮詢(8.3, 8.4, 8.5)
飲食諮詢	九、配合藥物治療之飲食建議 9.1 目前個案每餐醣份份數(9.1.1, 9.1.2) 9.2 配方產品諮詢(9.2.1, 9.2.2) 9.3 代醣產品諮詢
	十、運動諮詢 (10.2, 10.3)
	十一、心理支持(11.1, 11.2)
	十二、執行糖尿病自我管理評量(AADE7) (12.1, 12.2)

回覆院所	院所名稱/科別：	醫師姓名：
	電話： 轉介日期：____年____月____日	
	藥師簽名：_____	回覆日期：____年____月____日

個案回診前，請將最近一次藥師執行糖尿病管理紀錄之結果交付個案帶回予醫師，並請藥師自行留存回覆單之影本。

附件一、臨床生化檢查結果 (二、臨床生化檢查結果)

附件二、個案正在使用的所有用藥檔案(三、個案正在使用的所有用藥檔案)

※糖尿病共照網－轉介單(醫師轉介給藥師)※

103/03/03

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	
轉介藥師	藥師姓名		藥局名稱	
	地址			
	電話		傳真號碼	
個案基本資料				
1. 姓名：		2. 身分證號：		3. 生日：民國____年____月____日
4. 性別： <input type="checkbox"/> ₁ 男 <input type="checkbox"/> ₂ 女		5. 身高： 體重： BMI：		6. 識字程度： <input type="checkbox"/> ₁ 識字 <input type="checkbox"/> ₂ 不識字
7. <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 主要照顧者 聯絡電話：			可連絡時間：	
8. 住址：				
個案病摘				
A	診斷： <input type="checkbox"/> ₁ 第1型糖尿病 <input type="checkbox"/> ₂ 第2型糖尿病 <input type="checkbox"/> ₃ 妊娠糖尿病			
B	糖尿病診斷確診民國____年____月， 合併有 <input type="checkbox"/> ₁ 高血壓 <input type="checkbox"/> ₂ 高血脂 <input type="checkbox"/> ₃ 冠心病家族史 <input type="checkbox"/> ₄ 吸菸 <input type="checkbox"/> ₅ 其他_____			
C	併發症： <input type="checkbox"/> ₁ 腎臟病變，第____期 <input type="checkbox"/> ₂ 心血管病 <input type="checkbox"/> ₃ 周邊血管疾病 <input type="checkbox"/> ₄ 神經病變 <input type="checkbox"/> ₅ 視網膜病變 <input type="checkbox"/> ₆ 足部病變 <input type="checkbox"/> ₇ 口腔病變 <input type="checkbox"/> ₈ 其他_____			
D	最近檢查結果： A1C_____ FPG_____ (AC/PC) BP_____ TC_____ LDL_____ TG_____ HDL_____ SCr_____ eGFR_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
E	目前已介入照護之醫療人員： <input type="checkbox"/> ₁ 護理師 <input type="checkbox"/> ₂ 營養師 <input type="checkbox"/> ₃ 其他_____			
F	其他(請說明)_____			
轉介藥師照顧需求 (有需求項目請勾選)				
<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 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	請醫師決定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 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 飲食諮詢	<input type="checkbox"/> ₄₁ 配合藥物治療之飲食建議 <input type="checkbox"/> ₄₂ 其他_____ 請醫師決定個案每餐醣份份數： <input type="checkbox"/> 早餐：_____份 <input type="checkbox"/> 午餐：_____份 <input type="checkbox"/> 晚餐：_____份 <input type="checkbox"/> 點心：_____份			
<input type="checkbox"/> ₅ 運動諮詢	<input type="checkbox"/> ₅₁ 運動量評估及教導 <input type="checkbox"/> ₅₂ 其他_____			
<input type="checkbox"/> ₆ 心理支持				

※其他：個案相關資料補充或需求說明