

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」同意書

收案日期:西元_____年_____月_____日

收案編號:_____

姓名:_____身分證字號:_____出生年月日:民國_____年_____月_____日

電話:(1)_____ (2)_____

氣喘可怕嗎?

氣喘是屬於一種高發生且高費用的慢性疾病，它會反覆發作，也可以自行緩解，不能自行緩解的病患若接受適當的衛教指導與治療，通常可以恢復，惟若病況嚴重又未能及時接受治療，後果也將十分嚴重，依衛生署統計資料，氣喘盛行率及發生率在二十年間成長十倍之多，顯示氣喘醫療資源在控制上的急迫性與必要性。

什麼是「氣喘醫療給付改善方案」?

氣喘醫療給付改善方案採行鼓勵醫療院所定期追蹤及提供病人疾病管理照護方式，希望藉由健保支付方式的設計，讓醫師和患者及家屬緊密合作，提供以病人為中心的充分衛教資訊，讓患者知道怎樣預防及在發作時如何妥適處理，並定期追蹤，瞭解疾病控制情形，或調整治療計畫，如此可以避免反覆發作，患者也可以如同正常人一般的生活。

參加本方案之預期效益?

您可獲得以病人為中心的完整照護：提供患者包含診療、病人自我照護衛教、跨院所轉介、定期追蹤或訪視及回診安排等完整性照護項目。

對本方案有任何疑問，該如何洽詢?

您可以從保險人網站(<http://www.nhi.gov.tw>)瞭解更多訊息，或請洽詢保險人免付費服務專線 00800-030-598 或所在地之本保險人分區業務組。

本人同意加入衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」並配合定期回診。

並且同意提供個人資料予佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院，並接受本院以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件等方式通知相關病友會活動訊息。

追蹤項目：全部 電話 書面 簡訊 電子郵件 傳真

就診日期：西元_____年_____月_____日

本人(或親屬)簽名：

氣喘個案護理衛教指導

認識氣喘	氣喘用藥	氣喘照護	
<input type="checkbox"/> 氣喘病理機轉	<input type="checkbox"/> 氣喘控制型藥物介紹	<input type="checkbox"/> 氣喘嚴重度認識	<input type="checkbox"/> 氣喘病患懷孕須知
<input type="checkbox"/> 如何診斷氣喘	<input type="checkbox"/> 氣喘緩解型藥物介紹	<input type="checkbox"/> 急性發作的處置	<input type="checkbox"/> 旅遊注意事項
<input type="checkbox"/> 氣喘治療計畫	<input type="checkbox"/> 吸入型藥物使用後漱口重要性	<input type="checkbox"/> 過敏原與環境控制	<input type="checkbox"/> 運動注意事項
<input type="checkbox"/> 氣喘按規控制重要性	<input type="checkbox"/> 吸入型藥物使用技巧 <input type="checkbox"/> 定量噴霧吸入劑 <input type="checkbox"/> 乾粉吸入劑	<input type="checkbox"/> 尖峰呼氣流速計使用	<input type="checkbox"/> 戒菸計畫
		<input type="checkbox"/> 疫苗注射	
備註：			
個案(或親屬)簽名： 關係：		個管師簽章	