

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」同意書

收案日期：西元_____年____月____日

收案號：_____

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

電話：(1)_____ (2)_____

什麼是慢性阻塞性肺病？

慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下稱 COPD) 是一種慢性發炎所造成的呼吸道阻塞疾病，是可預防也治療的常見疾病，然而一般社會大眾對於 COPD 認知甚少，對於症狀產生常以為是正常老化現象。但因 COPD 的呼吸道阻塞及肺部傷害皆屬於不可逆反應，且病程進展緩慢，當病人因症狀無法忍受就醫時往往已發展至中後期，延誤早期治療的先機。

什麼是「慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」？

慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，藉由醫療資源整合制度，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，加強 COPD 病人之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續的照護模式，以期使病人早期診斷並獲得適當治療，減少急症及併發症的發生，不僅能改善病人生活品質，亦有助於整體醫療費用的降低。

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 0800-030-598 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「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」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：

慢性阻塞性肺病個案護理衛教指導

疾病認識	藥物治療	自我照護	
<input type="checkbox"/> 認識慢性阻塞性肺病	<input type="checkbox"/> 控制型藥物介紹	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病嚴重度認識	<input type="checkbox"/> 戒菸計畫
<input type="checkbox"/> 治療計畫	<input type="checkbox"/> 緩解型藥物介紹	<input type="checkbox"/> 急性發作的症狀與處置	<input type="checkbox"/> 疫苗注射
<input type="checkbox"/> 按規控制重要性	<input type="checkbox"/> 吸入型藥物使用技巧	<input type="checkbox"/> 肺部復健	<input type="checkbox"/> 營養建議原則
		<input type="checkbox"/> 氧氣治療	<input type="checkbox"/> 旅遊注意事項
備註：			
個案(或親屬)簽名： 關係：		個管師簽章	