

**臺中市政府衛生局**  
**113 年度周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫**  
**行政契約書**

臺中市政府衛生局（以下簡稱甲方）為因應本市孕產婦（兒）之健康照護及資源連結轉介需要，委託\_\_\_\_\_（以下簡稱乙方），提供孕產婦衛教指導及關懷追蹤服務。雙方約定條件如下：

- 一、本契約履約期間自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。
- 二、本計畫服務期間，乙方辦理本項計畫服務，應秉持專業並配合甲方積極推動周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫，經需求評估、擬訂個別化服務計畫，提供追蹤關懷服務及協助資源轉介等服務。
- 三、乙方同意參與本項計畫，辦理關懷服務，應注意並完成下列項目：

(一)乙方得於門診、健康署資訊網站（出生通報及婦幼健康管理整合系統），或社福、教育體系或其他醫療機構、衛生所、毒品防制辦公室等轉介、社區或由甲方派案，針對符合本計畫所定高風險孕產婦條件者，取得個案同意後依據作業流程完成需求評估、衛教諮詢及追蹤關懷。經甲方交付或其他單位轉介有關懷需求之個案，請列為優先服務個案，並將收案情形回復轉介單位及甲方。

(二)辦理計畫收案條件（具下列情形之一）：

1. 有以下任 1 項健康風險因子：目前有吸菸者、目前有喝酒者、多胞胎（經評估有收案需求者）、確診妊娠高血壓且教育程度為高中職以下（如為原住民或新住民，則不限教育程度）、確診妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下（如為原住民或新住民，則不限教育程度）。
2. 有以下任 1 項社會經濟風險因子（建議優先收案）：未滿 20 歲、低/中低收入戶或受家暴未定期產檢個案。
3. 現居於山地原住民地區之孕產婦。
4. 母親孕期全程未做產檢個案之新生兒。
5. 其他：心理衛生問題、藥物濫用族群、新住民、身心障礙或經婦產科醫師評估有納入計畫需求之個案等。

(三)服務流程及內容

1. 需求評估、擬訂個別化服務計畫並提供追蹤關懷服務

- (1) 個案需求評估及擬訂個別化服務計畫：同意加入本計畫之個案，填寫個案管理基本資料（附件 1），並由個管人員進行初次需求評估，產前、產後至少各執行一次，以瞭解高風險孕產婦（兒）狀況

及其需求，並依個案需求評估結果，與個案共同討論後續服務計畫目標及執行策略，擬訂個別化服務計畫（如附件 2）。

- (2) 依評估結果，若有其他醫療或社福資源需求者（如心理衛生問題、新生兒照護需醫療或社政介入、受到不當對待、照顧情形不佳等），需醫療或社政單位介入，應掌握時效協助轉介、通報，紙本轉介單（如附件 3），並應主動追蹤結果，將轉介單位回復結果登錄於健康署婦幼健康管理整合系統。

## 2. 提供關懷追蹤服務

- (1) 關懷追蹤服務包括面對面諮詢、電話訪視、視訊訪視，並視個案需求提供到宅服務，每次訪視均須有追蹤關懷服務紀錄（附件 4、附件 5）。
- (2) 依個案評估結果提供關懷追蹤服務：應定期追蹤個案產檢情形，並視個案需求調整服務內容，包括衛教諮詢、心理支持、生育關懷、新生兒照護等服務。

## 3. 個案服務期程

- (1) 健康風險因子、低/中低收入戶、現居於山地原住民地區及其他個案：關懷追蹤至產後 6 週止。
- (2) 未滿 20 歲、受家暴未定期產檢個案、母親孕期全程未做產檢個案之新生兒：關懷追蹤至產後 6 個月止。
- (3) 如有特殊個案需於產後 6 週或 6 個月後繼續到宅訪視者，請向甲方提出申請，並說明個案訪視情形及延長訪視原因。

## 4. 個案管理結案條件

- (1) 服務期程已滿，且個案需求已獲滿足得以結案。
  - (2) 個案拒絕、轉出至其他縣市、終止妊娠、出國、空戶、個案失聯達 3 個月（每月早、中、晚不同時段電話聯繫未果）、個案或產兒死亡、死產等情形，得以提前結案。
- (四) 個案管理人員提供個案關懷追蹤服務，收案日起至結案日之個案管理基本資料、服務計畫、各項追蹤、訪視衛教及轉介服務紀錄等內容，應如實登載於「婦幼健康管理整合系統」，於病歷詳載及留存相關資料於病歷中備查，並配合國民健康署或甲方輔導訪查時，調閱相關紀錄。
- (五) 為提升服務品質，甲方訂有品質監測指標，包含交付個案收案達成率、交付個案指定天數完成率（30 日內完成收案之比率、45 日內完成評估之比率）、收案期間產前檢查利用率（平均利用率、至少 4 次產檢利用率、至少 8 次產檢利用率）、有社政資源需求個案轉介成功率、第 1 次

兒童預防保健完成率、健康風險因子促進（戒菸衛教提供率、戒酒衛教提供率、共同擬定營養或體重管理計畫之比率）與關懷追蹤服務滿意度；就品質監測指標，乙方於甲方通知後，應配合提出相關資料及說明。

#### 四、個案照護服務費用（附件 6）：

依不同收案對象提供關懷服務，關懷追蹤期限自收案日起至產後 6 週或 6 個月止，或個案表示拒絕追蹤關懷：

- (一)個案需求評估費：給付產前、產後各 1 次需求評估，並依評估結果擬訂個別化服務計畫及執行策略，每次 400 元。若以到宅訪視方式進行個案需求評估，一般地區每次給付 1,700 元，原住民族地區每次給付 2,040 元。
- (二)關懷追蹤服務費：包括面對面諮詢、電話訪視、視訊諮詢，每次給付 160 元；到宅訪視服務每次給付 1,700 元，原住民族地區每次給付 2,040 元。
- (三)產前至產後 6 週之關懷追蹤期間以 10 個月計算，提供個案產前及產後各 1 次需求評估（每次給付 400 元）。完成收案評估後，關懷追蹤服務以每月執行為原則，每次服務依不同方式給付對應之服務費用（如前（一）及（二）項所列），並建議於產前及產後 6 周內至少其中 1 次關懷追蹤服務以到宅訪視方式執行，並可視個案需求調整服務頻率，收案期程內總次數上限為 20 次。
- (四)未滿 20 歲、受家暴未經產檢等關懷期間延長至 6 個月者，除前述服務外，於產後 6 週至 6 個月另至少提供 3 次關懷追蹤服務（其中 1 次建議以到宅訪視方式執行），並可視個案需求調整服務頻率，收案期程內關懷追蹤服務總次數上限為 25 次。
- (五)母親孕期全程未做產檢個案之新生兒關懷追蹤服務期間至產後 6 個月，提供 1 次產後評估，及至少提供 2 次關懷追蹤服務（其中 1 次建議以到宅訪視方式執行），另可視個案需求調整服務頻率，收案期程內關懷追蹤服務總次數上限為 6 次。
- (六)參與健保署「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之院所，遇符合本計畫收案條件之高風險孕產婦（兒）者，可依本計畫服務流程進行收案並給付個案管理費用。
- (七)個案追蹤關懷服務密度以當月不超過 4 次為原則，若經個管師評估個案狀況，當月服務超過 4 次或總次數超過上限者，請向甲方申請，經國民健康署同意後之個案方可執行。
- (八)關懷追蹤服務期程至產後 6 周之個案，期滿後若經個管師評估個案狀況仍有關懷追蹤之需求，可逕延長至多至產後 6 個月，如服務期程超過 6

個月者，除遇緊急情況或不可抗力因素外，亦請向甲方申請，經國民健康署同意後之個案方可執行。

- (九)定期接受產檢者，或經詢問個案意願及個管師評估，得調整以每3個月至少提供1次關懷追蹤服務，並視個案需求提供到宅訪視服務。
- (十)如到宅訪視未遇則不給付；到宅訪視如因個案拒絕，改約住家周邊其他訪視地點，仍可支領到宅訪視費用；如個案係前往衛生局（所）、醫療院所則提供面對面訪視服務費用。

#### 五、費用申報及相關規範：

- (一)乙方應於每季15日前（1月、4月、7月及10月，以郵戳為憑），檢附領據（附件7）及院所結算明細表，送由甲方書面審核及核付服務費用。上開款項之請領，乙方應於113年12月20日前（以郵戳為憑），將113年12月15日（含）前提供個案照護服務之申領費用相關資料送達甲方，逾會計年度結算期限（113年12月20日前）者，歉難補助。
- (二)自113年12月16日起提供之個案照護服務，請併列至114年1月份申請服務費用。倘114年中央補助經費如遭立法院凍結、刪減或刪除，或甲方未編列114年預算或預算未獲臺中市議會通過者，甲方得視審議情形，暫緩支付並即時通知乙方。
- (三)乙方漏未申報，或申請服務費用檢附相關資料不完整、錯誤或核章不齊全者，應於甲方指定之期限內補正資料並提送甲方申請，甲方將俟乙方補正資料後，始核付該筆費用。

#### 六、查核：

本契約履約期間，甲方得不定期派員至現場訪查及調閱相關紀錄及報表，並針對乙方服務之個案進行關懷追蹤服務滿意度調查。

#### 七、不實請款之處理：

乙方如未如實登載資料或不實之衛教紀錄請款，除依相關法律追究責任外，應繳回甲方已撥付之款項，甲方並得終止合約。

#### 八、其他：

- (一)本項服務經費於將用罄前，甲方得預告乙方後終止本契約，乙方不得異議及請求任何補償或賠償。
- (二)本契約一式三份（甲方留存兩份、乙方一份），均於雙方完成簽署後生效。
- (三)本契約未盡事宜，依政府相關法令辦理。
- (四)如因本契約涉訟時，依行政訴訟法相關規定第一審管轄法院。

## 立約人

甲方：臺中市政府衛生局

代表人：

乙方：

負責人：

統一編號：

地址：

電話：

中 華 民 國      1   1   3      年      月      日

## 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫基本資料

個案編號：

建檔日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

個案來源	主要*	<input type="checkbox"/> 本機構產檢個案	<input type="checkbox"/> 健康署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 現居於山地原住民地區 <input type="checkbox"/> 孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____	<input type="checkbox"/> 社福體系轉介_____ <input type="checkbox"/> 教育體系轉介_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
	次要	<input type="checkbox"/> 本機構產檢個案	<input type="checkbox"/> 健康署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 現居於山地原住民地區 <input type="checkbox"/> 孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____	<input type="checkbox"/> 社福體系轉介_____ <input type="checkbox"/> 教育體系轉介_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
基本資料	姓名*	出生日期*		____年____月____日
	身分證字號* (統一證號或外籍人士護照號碼)	<input type="checkbox"/> 身分證字號： <input type="checkbox"/> 統一證號： <input type="checkbox"/> 外籍人士護照號碼：		
	現居地址*			
	聯絡方式*	手機：_____住家：(____)-_____		
	婚姻狀態*	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	身分類別*	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民		
	家中同住者	<input type="checkbox"/> 丈夫 <input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 公/婆 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所或以上		
	身心障礙*	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 否		
	收案條件* (可複選)	<b>健康風險因子</b> <input type="checkbox"/> 目前有吸菸 <input type="checkbox"/> 目前有喝酒 <input type="checkbox"/> 確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 <input type="checkbox"/> 確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 <input type="checkbox"/> 多胞胎(經評估有收案需求者) <b>社會經濟風險因子</b> <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 受家暴未定期產檢個案 <input type="checkbox"/> 現居於山地原住民地區 <input type="checkbox"/> 母親孕期全程未做產檢個案之新生兒 <input type="checkbox"/> 其他(可視轄內需求調整)：_____ <input type="checkbox"/> 藥物濫用高風險族群 <input type="checkbox"/> 心理衛生問題		

	<input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 身心障礙者		
預產期*	____年____月____日	收案時懷孕週數	____週
生產日期	____年____月____日		
曾懷孕次數		胎次	
預計服務 期程	____年____月____日		
備註			
產檢紀錄	產檢序次		執行日期
	第 1 次產檢		
	第 2 次產檢		
	第 3 次產檢		
	第 4 次產檢		
	第 5 次產檢		
	第 6 次產檢		
	第 7 次產檢		
	第 8 次產檢		
	第 9 次產檢		
	第 10 次產檢		
	第 11 次產檢		
	第 12 次產檢		
	第 13 次產檢		
第 14 次產檢			
兒童預防保健紀錄	兒童預防保健序次		執行日期
	第 1 次兒童預防保健		
	第 2 次兒童預防保健		
	第 3 次兒童預防保健		
結案	結案日期： ____年____月____日		
	結案原因： <input type="checkbox"/> 服務期程已滿 <input type="checkbox"/> 個案拒絕 <input type="checkbox"/> 轉出至其他縣市：_____(縣市) <input type="checkbox"/> 終止妊娠 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 個案失聯 <input type="checkbox"/> 個案死亡 <input type="checkbox"/> 產兒死亡，死亡日期：_____, 死亡原因：_____ <input type="checkbox"/> 死產 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產前個案評估個別化服務計畫

評估方式：電訪面訪視訊到宅訪視

評估日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
1. 孕期相關健康識能	1. 了解產檢項目 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 是否定期產檢 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 了解孕期危險徵兆 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 了解孕期不適處理方式 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 了解生產徵兆 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 了解運動注意事項 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 了解母乳哺餵好處 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解產檢項目並定期產檢 <input type="checkbox"/> 了解孕期危險徵兆 <input type="checkbox"/> 了解生產徵兆 <input type="checkbox"/> 了解孕期不適處理方式 <input type="checkbox"/> 了解運動注意事項 <input type="checkbox"/> 了解母乳哺餵的好處 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供產檢相關服務資訊 <input type="checkbox"/> 定期追蹤個案產檢情形 <input type="checkbox"/> 提供危險徵兆、生產徵兆之衛教 <input type="checkbox"/> 提供孕期不適症狀及處理方式之衛教 <input type="checkbox"/> 提供孕期運動注意事項之衛教 <input type="checkbox"/> 提供母乳哺餵之衛教 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
2. 營養、體重問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 醫療診斷營養缺乏_____ (如葉酸、鐵、鈣、維生素 D 及維生素 B12) <input type="checkbox"/> 飲食不均衡 (建議可以「我的餐盤」進行評估) <input type="checkbox"/> 體重過重 <input type="checkbox"/> 體重過輕 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解孕期飲食原則並均衡飲食 <input type="checkbox"/> 依營養/體重管理計畫執行 <input type="checkbox"/> 營養素攝取行為正常 <input type="checkbox"/> 孕期體重增加不超過建議範圍區間(可參考孕婦衛教手冊) <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供孕期飲食原則及均衡飲食之衛教 <input type="checkbox"/> 與個案共同擬定營養管理計畫 <input type="checkbox"/> 與個案共同擬定體重管理計畫 <input type="checkbox"/> 衛教葉酸、鐵、鈣、維生素 D 及維生素 B12 等營養素補充及食物 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
3. 吸菸、喝酒使用	吸菸 <input type="checkbox"/> 是，____天/週，____包/週 <input type="checkbox"/> 否 喝酒 <input type="checkbox"/> 是，____天/週，____瓶/週 (一瓶以 600ml 計算) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 戒酒 <input type="checkbox"/> 減少吸菸量至每____天/週，____包/週 <input type="checkbox"/> 減少飲酒量至每____天/週，____包/瓶(一瓶以 600ml 計算) <input type="checkbox"/> 其他：_____	吸菸 <input type="checkbox"/> 提供戒菸之衛教(吸菸對孕婦及胎兒影響、戒菸益處、戒菸方法及資源等) <input type="checkbox"/> 提供戒治團體資訊 <input type="checkbox"/> 轉介戒菸專線 <input type="checkbox"/> 轉介至戒菸門診 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 喝酒 <input type="checkbox"/> 提供戒酒之衛教(喝酒對孕婦及胎兒影響、戒酒益處、戒酒方法及資源等) <input type="checkbox"/> 提供戒治團體資訊	



			<input type="checkbox"/> 轉介酒癮戒治機構 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
4.心理衛生問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 心情溫度計____分 <input type="checkbox"/> 孕婦產前健康照護衛教指導2題心情溫度計中有勾「是」 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 減緩個案因孕期、生產產生之憂鬱 <input type="checkbox"/> 協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供心理衛生問題防治衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 <input type="checkbox"/> 轉介心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
5.藥物濫用情形	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至戒治機構、替代治療執行機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供藥物濫用防治衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供轉介毒品危害防制中心、衛生福利部指定藥癮戒治機構、替代治療執行機構等相關資訊 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
6.妊娠高血壓/妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 妊娠高血壓 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 依血壓/血糖控制計畫執行並且控制良好 <input type="checkbox"/> 轉介至「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 與個案共同擬定控制血壓/血糖計畫 <input type="checkbox"/> 衛教依醫囑按時服藥並提供諮詢 <input type="checkbox"/> 教導血壓/血糖自我監測及惡化的症狀與徵象 <input type="checkbox"/> 提供營養、運動相關衛教 <input type="checkbox"/> 轉介至「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
7.社會福利資源需求	<input type="checkbox"/> 是，所需原因： <input type="checkbox"/> 經濟支持 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 未滿20歲 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 協助轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供各項補助資訊：各種津貼與生育給付資訊 <input type="checkbox"/> 轉介社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他：_____

綜合評估結果及其他服務重點建議

## 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產後個案評估個別化服務計畫

評估方式：電訪面訪視訊到宅訪視

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

對象	評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
孕產婦	1. 心理衛生問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 心情溫度計____分 <input type="checkbox"/> 愛丁堡產後憂鬱症評估量表____分 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 減緩個案產後憂鬱情形 <input type="checkbox"/> 協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供產後憂鬱衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 <input type="checkbox"/> 轉介心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	2. 哺乳情況	<input type="checkbox"/> 母乳哺餵，是否了解哺餵技巧(包含擠乳方式、母乳儲存、哺餵姿勢、溢奶/吐奶處理等) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，缺乏_____相關哺餵技巧 <input type="checkbox"/> 配方奶，是否了解哺餵技巧(包含哺餵姿勢、沖泡溫度、溢奶/吐奶處理、奶瓶清潔消毒等) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，缺乏_____相關哺餵技巧 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 了解哺乳注意事項並依新生兒需求進行哺餵 <input type="checkbox"/> 了解母乳支持系統相關資訊 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 依個案母乳哺育或配方奶提供衛教 <input type="checkbox"/> 提供母乳支持系統相關資訊 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	3. 產後營養、體重問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 飲食不均衡 <input type="checkbox"/> 體重過重 <input type="checkbox"/> 體重過輕 <input type="checkbox"/> 不了解產後適合的運動及注意事項 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 均衡飲食 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供均衡飲食衛教、規律運動衛教 <input type="checkbox"/> 洽詢營養師/醫師改善飲食或營養補充品 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	4. 妊娠高血壓、妊娠糖尿病是否改善	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 未定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無妊娠高血壓、妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 均衡飲食 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 定期追蹤個案回診情形 <input type="checkbox"/> 提供均衡飲食衛教 <input type="checkbox"/> 衛教產後適合的運動及注意事項 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	5. 是否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 了解各種避孕方	<input type="checkbox"/> 依個案需求，提供避孕方法	

了解避 孕方式	<input type="checkbox"/> 否	式 <input type="checkbox"/> 其他： _____	之衛教 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
6.親子 互動情 況	1.新生兒哭鬧時是否可適當安撫 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ 不適用 2.是否主動與新生兒互動 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ 不適用 3.是否有執行親子共讀 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ 不適用	<input type="checkbox"/> 可適當安撫新生 兒 <input type="checkbox"/> 建立良好之親子 互動 <input type="checkbox"/> 了解親子共讀重 要性並執行 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 提供新生兒安撫技巧之衛教 <input type="checkbox"/> 提供親子共讀對幼兒發展重 要性之衛教 <input type="checkbox"/> 提供親子共讀資訊(影片網 址： <a href="http://ppt.cc/fR3w0x">http://ppt.cc/fR3w0x</a> )， 鼓勵執行親子共讀，或提供 教育部「適合嬰幼兒閱讀之 優良圖書」資訊 ( <a href="https://pse.is/4hs8zm">https://pse.is/4hs8zm</a> ) <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
7.社會 福利資 源需求	<input type="checkbox"/> 是，所需原因： <input type="checkbox"/> 經濟支持 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 托育支持服務 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至社會 局(處)(包含關懷 E 起來通報系 統) <input type="checkbox"/> 協助轉介院內社 工 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 提供各項補助資訊(如津貼 與生育給付資訊) <input type="checkbox"/> 提供出養服務資訊 <input type="checkbox"/> 轉介社會局(處)(包含關懷 e 起來通報系統) <input type="checkbox"/> 轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
新生兒 身份證字號		新生兒出生日期	_____年_____月_____日	
新生兒 8.安全 環境評 估	1.居家環境是否安全(包含注意防撞/ 防跌、陽台欄杆、樓梯、電器/繩 索類等危險物品) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 2.睡眠環境是否安全(包含不趴睡、 嬰兒床面、床欄杆間距等注意事 項) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 3.外出乘車環境是否安全(如使用安 全座椅並了解注意事項) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 改善家中安全環 境 <input type="checkbox"/> 改善新生兒睡眠 環境 <input type="checkbox"/> 改善外出乘車環 境 <input type="checkbox"/> 了解事故傷害之 預防方式 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 提供居家安全事故傷害防制 衛教 <input type="checkbox"/> 提供新生兒睡眠環境之衛教 <input type="checkbox"/> 衛教有關安全座椅之選擇及 使用注意事項 <input type="checkbox"/> 協助執行兒童衛教手冊預防 事故傷害評估表 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
9.健康 狀況	1.是否為早產兒 <input type="checkbox"/> 是(續 2) <input type="checkbox"/> 否(至 3) 2.是否了解早產兒照護方式及注意	<input type="checkbox"/> 了解早產兒照護 方式及注意事項 (包含行為照	<input type="checkbox"/> 提供早產兒照護方式及注意 事項衛教 <input type="checkbox"/> 定期追蹤早產兒回診情形及	

		<p>事項(包含行為照護、追蹤檢查、可用資源等)</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>3.是否了解新生兒黃疸之徵狀、照護方式及注意事項</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>4.是否了解新生兒常見疾病處理</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>5.是否參與出生至2個月內之兒童健檢及衛教指導</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>6.是否參與出生2個月至4個月內之兒童健檢及衛教指導</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>7.是否了解新生兒排便性狀及注意事項</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p> <p>8.是否已接受新生兒聽力篩檢</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p>	<p>護、可用資源等)</p> <p><input type="checkbox"/>早產兒定期回診追蹤</p> <p><input type="checkbox"/>了解新生兒黃疸之徵狀、照護方式及注意事項</p> <p><input type="checkbox"/>了解新生兒常見疾病處理方式</p> <p><input type="checkbox"/>接受出生至2個月內兒童健檢及衛教指導</p> <p><input type="checkbox"/>接受出生2個月至4個月內兒童健檢及衛教指導</p> <p><input type="checkbox"/>了解新生兒排便性狀及注意事項(參考兒童健康手冊大便辨識卡)</p> <p><input type="checkbox"/>接受新生兒聽力篩檢</p> <p><input type="checkbox"/>其他： _____</p>	<p>結果</p> <p><input type="checkbox"/>提供新生兒黃疸徵狀、照護方式及注意事項之衛教</p> <p><input type="checkbox"/>提供新生兒常見疾病及處理方式之衛教</p> <p><input type="checkbox"/>衛教兒童健檢及衛教指導內容及重要性</p> <p><input type="checkbox"/>提供新生兒排便性狀及注意事項之衛教(參考兒童健康手冊大便辨識卡)</p> <p><input type="checkbox"/>提供新生兒聽力篩檢內容及重要性之衛教，並協助執行嬰幼兒聽力自我評估(兒童衛教手冊)</p> <p><input type="checkbox"/>盡速安排到宅訪視</p> <p><input type="checkbox"/>加強面訪、電訪、視訊追蹤</p> <p><input type="checkbox"/>其他： _____</p>	
<b>綜合評估結果及其他服務重點建議</b>					

## 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫轉介單

轉介單位	轉介單位		轉介日期	
	轉介聯絡人		聯絡電話	
	聯絡方式 (Email 或傳真)			
個案基本資料	姓名		出生日期	
	身份證字號		身分類別	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民
	連絡地址			
	聯絡方式	手機：_____ 住家：(____)-_____		
	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：_____	身心障礙	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 否
	預產期		幼兒出生日期	
受轉介單位				
轉介原因		<input type="checkbox"/> 吸菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 體重管理問題 <input type="checkbox"/> 心理輔導暨情緒支持 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 經濟問題 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 育兒指導服務方案 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
問題概述				
轉介處理追蹤	處理單位			
	處理情形摘要			
	聯絡人		聯絡方式	
	回覆日期			

※請貴單位回復處理情形摘要予轉介單位

## 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫追蹤關懷服務紀錄(面訪、電訪、視訊)

服務日期	產前/ 產後	服務 型式	預計下次 產檢日期	服務項目	服務內容說明
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			

(本表若不敷使用請自行增列)

## 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫到宅訪視重點項目

服務日期		執行單位	
產前/產後	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後		
服務地點	<input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
項目	<input type="checkbox"/> 家中環境評估(包含孕產婦、新生兒環境安全等)		
	<input type="checkbox"/> 家庭關係(包含家人、母嬰等)		
	<input type="checkbox"/> 孕產婦心理狀況		
	<input type="checkbox"/> 哺乳情形		
	<input type="checkbox"/> 親子互動		
	<input type="checkbox"/> 新生兒照護		
	<input type="checkbox"/> 其他:_____		
評估結果			
服務重點建議			



各收案條件照護服務期程及次數一覽表

收案條件	提供之關懷追蹤照護服務		依個案需求 彈性調整
	收案至產後 6 周	產後 6 周至 6 個月	
(一)健康風險因子、低/中低收入戶、現居於山地原住民地區、其他收案個案	1. 提供產前、產後各 1 次需求評估(每次給付 400 元)。 2. 完成收案評估後，每月執行關懷追蹤服務為原則。以「面對面、電話或視訊」方式提供服務，每次給付 160 元；以「到宅訪視」方式提供服務，每次給付 1,700 元，若為原住民地區每次給付 2,040 元。		1. 關懷追蹤服務上限 20 次，並以同月份不超過 4 次為原則。 2. 服務期滿後若經個管師評估個案狀況仍有關懷追蹤之需求，可逕延長至產後 6 個月。
(二)未滿 20 歲、受家暴未定期產檢個案	3. 建議於產前及產後 6 周內至少其中 1 次關懷追蹤服務以到宅訪視方式執行。	另提供至少 3 次關懷追蹤服務，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行。	關懷追蹤服務上限 25 次，並以同月份不超過 4 次為原則。
(三)母親孕期全程未做產檢個案之新生兒		1. 產後需求評估 1 次(給付 400 元)。 2. 關懷追蹤服務 2 次，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行	關懷追蹤服務上限 6 次，並以同月份不超過 4 次為原則。
(四)特殊需求個案	經個管人員評估當月服務次數需大於 4 次、總次數超過上限、關懷追蹤服務期程逾 6 個月者，請衛生局事先向本署申請，經本署同意後即可執行。		

# 辦理臺中市政府衛生局 113 年度周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫申請清單及領據

茲領到 113 年\_\_\_\_月份

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫個案管理費計共\_\_\_\_人，  
新台幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整。

此致

臺中市政府衛生局

醫療機構名稱：\_\_\_\_\_

醫療機構代號：\_\_\_\_\_

負責人(負責醫師)：\_\_\_\_\_

醫療機構統一編號：\_\_\_\_\_

醫療機構住址：\_\_\_\_\_

主辦人員聯絡電話：\_\_\_\_\_分機：\_\_\_\_\_

蓋機構章 (須同今年度合作同意書)	蓋負責人章 (須同今年度合作同意書)	業務人員簽名/蓋章
		主辦人員：  出納人員：  會計人員：

註：私立醫院(診所)如無會計、出納人員可免簽章。

受款銀行及分行別：\_\_\_\_\_

金融帳號：\_\_\_\_\_

戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 113 年 月 日