

臺中市政府衛生局
「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」(115-117 年度)
契約書

114 年 12 月

臺中市政府衛生局（以下簡稱甲方）為因應本市孕產婦（兒）之健康照護需要及增進婦幼健康，委託_____（以下簡稱乙方），提供孕婦產前衛教指導及關懷追蹤服務，期降低本市新生兒死亡率及孕產婦死亡率。雙方約定條件如下：

- 一、本契約履約期間自 115 年 1 月 1 日起至 117 年 12 月 15 日止。
- 二、本計畫服務期間，乙方辦理本項計畫服務，應秉持醫療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、衛生福利部國民健康署（下稱國健署）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)計畫收案條件及服務：
 1. 具下列任 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或為原住民/新住民、確診妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民/新住民。
 2. 具任 1 項社會經濟危險因子：未滿 20 歲、低/中低收入戶及受家暴未定期產檢個案。
 3. 現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區（琉球鄉、綠島鄉及蘭嶼鄉）之孕產婦。
 4. 孕期全程未做產檢者。
 5. 其他：心理衛生問題、藥物濫用高風險族群、新住民、街友、早產史、流產史、具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、附件 3)，並登錄於國健署婦幼健康管理整合系統。
- (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，線上通報可至衛生福利部社會安全網健康關懷 e 起來網站進行通報，通報網址 <https://ecare.mohw.gov.tw/>，紙本轉介單(如附件 4)，並應主動追蹤結果，將轉介單位回復結果登錄於國健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 5、附件 6)，並登錄於國健署婦幼健康管理整合系統。
- (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.個案管理結案條件

- (1) 服務期程已滿且個案需求已獲滿足：健康風險因子及低收、中低收入戶及其他(臺中市增列收案條件)個案：關懷追蹤至產後 6 週止。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。
- (2) 個案拒絕、協助轉介其他方案或計畫、轉出至其他縣市、終止妊娠、無法取得聯繫達 3 個月(每月早、中、晚不同時段電話聯繫未果)、出國、個案或產兒死亡、死產、空戶等情形，個案管理人員得以提前結案。
- (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。

(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，並配合國健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、健康危險因子戒治率(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，必要時得請乙方配合提出說明。

四、個案管理費用(附件7)：

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)收案時進行個案需求評估：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，原住民族地區及離島(以下簡稱原民區或離島)每次給付2,040元。

(二)關懷追蹤服務：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，原民區或離島每次給付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)孕期全程未做產檢者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(其中一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)參與衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之院所，遇符合健康行為風險因子（菸、酒、藥物濫用高風險族群及心理衛生問題）或社會經濟危險因子者，可依本計畫服務流程進行收案並給付個案管理費用。
- (七)如因個案狀況特殊需增加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，需當月超過 4 次或總次數超過上限者，請向甲方申請，經國健署同意後之個案方可執行。
- (八)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。
- (九)若於關懷追蹤服務期程截止後（如：未滿 20 歲個案已關懷追蹤至產後 6 個月）仍繼續提供關懷追蹤服務者，請於成果報告另註記個案訪視情形及延長訪視原因。
- (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)乙方應於每年 4 月、7 月、10 月 15 日前（以郵戳為憑），檢送前一季領據（附件 8）及院所結算明細表。每年第 4 季（10 月、11 月及 12 月份）執行本案之請款資料，應於當年 12 月 10 日前（以郵戳為憑）送甲方辦理請款作業。由甲方書面審核及核付服務費用，若資料不全，應於甲方指定之期限內補正資料並重新檢送甲方申請；另，核銷資料繳交方式、資訊系統或軟體填報格式、核銷範圍等如有異動或新增，以甲方通知為主。
- (二)本計畫提供服務期間為 114 年 1 月 1 日至 117 年 12 月 15 日止，如乙方於前述期間以外日期所提供之個案管理服務，甲方得不核付其費用。
- (三)乙方申請服務費用檢附相關資料不完整、錯誤或核章不齊全者，甲方將俟乙方補正資料後，始核付該筆費用。

六、查核：

- (一)甲方對於乙方協助辦理周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫期間，甲方得不定期派員至現場訪查並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，乙方應配合辦理。

(二) 乙方應遵循《公職人員利益衝突迴避法》相關規定，並於簽約時檢附「公職人員及關係人身分關係揭露切結書」、「公職人員利益衝突迴避自主檢核表」及「公職人員及關係人身分關係揭露表」(如附件 9-11)；倘經查有未揭露、申報不實或隱匿情形，甲方得終止契約、追回已撥付之補助款項，並得依相關法令追究責任。

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，甲方並得終止契約。

八、契約變更：

有下列情事之一者，乙方或甲方得於情事發生後 30 日內以書面提出變更契約之請求：

- (一) 法令變更。
- (二) 服務需求變更。
- (三) 契約內容經評估有變更必要。
- (四) 其他不可抗力之因素影響契約之執行。

甲、乙雙方於接到對方之請求後，應於 30 日內以書面答覆；屆期未答覆者，他方得終止契約。

九、終止契約：

有下列情事之一者，甲方得終止契約：

- (一) 乙方執行本契約業務違反相關法令規定。
- (二) 乙方執行本契約業務經查核發現有推銷商品、藥品等商業行為，或涉及商業買賣等營利行為。
- (三) 乙方執行業務違反本契約條款，經甲方限期改善，屆期未改善。
- (四) 本計畫經費用罄，經甲方事前以書面通知乙方。

甲方依前項各款事由終止契約，乙方不得異議或請求賠（補）償。

乙方有第一項第一款至第三款情事，如致甲方受有損害，並應負損害賠償責任。

十、其他：

- (一)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。
- (二)本契約未盡事宜，依政府相關法令辦理。
- (三)如因本契約涉訟時，依行政訴訟法相關規定定第一審管轄法院。

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

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"/> 國健署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區 <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"/> 國健署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區 <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)	健康風險因子 <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) 社會經濟風險因子 <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"/> 現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區 <input type="checkbox"/> 孕期全程未做產檢者 <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：_____	

			<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"/> 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： _____	

	<input type="checkbox"/> 否				
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 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.是否了解避孕方式	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解各種避孕方式 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 依個案需求，提供避孕方法之衛教 <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： http://ppt.cc/fR3w0x)，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(https://pse.is/4hs8zm) <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	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	1.是否為早產兒	<input type="checkbox"/> 了解早產兒照護方式	<input type="checkbox"/> 提供早產兒照護方式及注意	

狀況	<p><input type="checkbox"/>是(續 2) <input type="checkbox"/>否(至 3)</p> <p>2.是否了解早產兒照護方式及注意事項(包含行為照護、追蹤檢查、可用資源等) <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 <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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不適用</p>	<p>及注意事項(包含行為照護、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>事項衛教</p> <p><input type="checkbox"/>定期追蹤早產兒回診情形及結果</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>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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			

(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、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區、其他收案個案	<p>1. 提供產前、產後各 1 次需求評估(每次給付 400 元)。</p> <p>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，若為原住民區或離島每次給付 2,040 元。</p> <p>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。</p>		<p>1. 關懷追蹤服務上限 20 次，並以同月份不超過 4 次為原則。</p> <p>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。</p>
(二)未滿 20 歲、受家暴未定期產檢個案		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)孕期全程未做產檢者		<p>1. 產後需求評估 1 次(給付 400 元)。</p> <p>2. 關懷追蹤服務 2 次，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行</p>	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_____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_____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 年 月

臺中市政府衛生局
公職人員及關係人身分關係揭露切結書

附件 9

表單編號：
製表日期：

案件名稱：115-117 年度周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫

本人(屬營利事業、非營利之法人或非法人團體代表人)及成員(董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務)

- 非屬公職人員利益衝突迴避法第2條或第3條所稱公職人員或其關係人。
- 屬公職人員利益衝突迴避法第2條或第3條所稱公職人員或其關係人，依規填寫附表「公職人員與關係人身分關係揭露表」。

本人已明確知悉「公職人員利益衝突迴避法」公職人員及其關係人等相關規定做上述陳述，如有不實，願負一切法律責任。

此致 臺中市政府衛生局

代 表 人：

身分證字號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日

臺中市政府衛生局

公職人員利益衝突迴避自主檢核表

一、依公職人員利益衝突迴避法(下稱利衝法)第 14 條規定，申請人如為公職人員或其關係人，除非符合下列例外情形，否則不得與公職人員服務或受其監督之機關申請補助：

- (一)基於法定身分依法令規定申請之補助。
- (二)對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助。
- (三)禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- (四)一定金額以下之補助。

二、上述例外情形得向本機關申請補助，若為依第(二)、(三)款規定辦理者，申請人應於補助核定前主動於申請文件內據實表明其身分關係，違反者，得處新臺幣 5 萬元以上 50 萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

三、為協助補助申請人於申請本機關補助時自我檢視是否符合利衝法相關規範，請申請人確實依據下列情形填寫本檢核表：

項次	自主檢核項目	檢核結果	法律規範
1	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務？	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	如補助案係採一、(二)款方式辦理，勾選結果其一為「是」，即需填寫「身分揭露表」。如補助案係以「非公開方式」辦理，勾選結果其一為「是」，即屬利衝法第 14 條禁止補助之行為態樣，不得進行補助行為（是否有一、(三)情形，得例外為補助行為需個案認定，並應填寫「身分揭露表」）。
2	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之配偶或共同生活之家屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務？	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	
3	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之二親等以內親屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務？	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	

填表人簽名或蓋章：

填表日期： 年 月 日

公職人員利益衝突迴避法第14條第2項

公職人員及關係人身分關係揭露表

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

附件 11

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2) 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員： 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人(屬自然人者)：姓名 _____			
關係人(屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)： 名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____			
關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係			
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：	
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：	
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫 abc 欄位)	<p>a. 請勾選關係人係屬下列何者：</p> <p><input type="checkbox"/>營利事業 <input type="checkbox"/>非營利法人 <input type="checkbox"/>非法人團體</p>	<p>b. 請勾選係以下何者擔任職務：</p> <p><input type="checkbox"/>公職人員本人 <input type="checkbox"/>公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____</p> <p><input type="checkbox"/>公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____</p>	<p>c. 請勾選擔任職務名稱：</p> <p><input type="checkbox"/>負責人 <input type="checkbox"/>董事 <input type="checkbox"/>獨立董事 <input type="checkbox"/>監察人 <input type="checkbox"/>經理人 <input type="checkbox"/>相類似職務：_____</p>
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：臺中市政府衛生局