

用藥及社會照護與支持評估量表

個案姓名：_____

※ 用藥評估

| 評估內容 | 結果 | 結果說明 |
|--|--|---|
| 1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上(包括中藥等任何用藥)? (註：中藥算為1種藥物) | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 任一答案為「是」者， 1.請長者向原處方醫師進行藥物諮詢。 2.如評估單位訂有用藥評估與整合流程或參與全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫，請評估銜接該流程或計畫作業。 |
| 2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等? | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？ | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |

※ 社會照護與支持評估

| 評估內容 | 結果 | 結果說明 |
|--|--|-----------------------------------|
| 1.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none">在屋內的行動有困難上廁所有困難穿衣服有困難洗澡沐浴有困難保持個人整潔有困難進食有困難 | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 答案為「是」者， 請轉介長期照顧管理中心進一步評估長照需求。 |
| 2.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none">居住地點有困難財務有困難 | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 答案為「是」者， 請轉介社工師或社福資源。 |
| 3.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none">感覺孤獨平時沒有一定的社交活動，例如從事有興趣的活動、工作、擔任志工等 | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 答案為「是」者， 請轉介社區據點。 |

※近半年內是否有跌倒?☐是，___次☐否

腦適能測驗

台灣臨床失智症學會

失智症早期檢測及記憶門診工作小組

2016 年 1 月 16 日版本

基於提升民眾對失智症的認識與強化基層醫師對失智症的診斷能力，世界各國均認同應該要提升民眾對失智症的認識，以便能夠早期發現、早期診斷、早期治療，並協助患者或其家人及早規劃未來生活，以提升患者生活品質。許多國家支持對高危險族群（如年齡 ≥ 80 歲），或是有記憶減退抱怨族群的篩檢與早期診斷。

由於一般民眾對失智症的負面態度，在對年長者進行相關認知功能評估或篩檢時，建議使用“腦力健診”等較中性的說法，減少引起被評估或是篩檢對象的不安與抗拒。

台灣臨床失智症學會 (Taiwan Dementia Society, TDS) 的「失智症早期檢測及記憶門診工作小組」，透過專家的諮詢與會議討論的結果，並參考國外相關研究文獻的建議，考量台灣人口快速老化，老年人認知功能退化與失智症的問題，設計出此份「腦適能測驗」，期能幫助診斷輕度以上失智症。初步在台灣北、中、南、東區多家醫院的信效度測試，若以 9/10 分（總分 16 分）為切分點，顯示對輕度以上失智的敏感度可達 92%，特異度可達 87%。

此測驗版權為台灣臨床失智症學會所有，臨床和研究使用不收費，但需向學會申請取得同意，並希望大家可提供去連結的資料，以利學會做後續修正之參考。

姓名：_____

施測者：_____

性別： ☐男 / ☐女

施測日期 _____年 _____月 _____日

腦力健診基本問題：

1. 年齡：_____

生日 (民國) _____年 _____月 _____日

2. 是否有下列項目 (可複選)

☐ 您是否覺得自己的記憶力有減退☐ 親友覺得受測者的記憶力有減退☐ 施測者認為受測者有記憶力障礙3. 是否有其它危險因子 (資料來源：☐ 本人 / ☐ 親友)☐ 教育：_____年☐ BMI (kg/m²) = _____

BMI = 體重 (公斤) / (身高 (公尺) x 身高 (公尺))

☐ 中風病史☐ 糖尿病 (藥物治療 ☐有 ☐無)☐ 高血壓 (藥物治療 ☐有 ☐無)☐ 高膽固醇 (藥物治療 ☐有 ☐無)☐ 頭部外傷且當時曾有過昏迷☐ 時常忘記服用藥物☐ 曾經服用抗憂鬱藥物 或 在過去一月中有超過兩星期覺得對任何事提不起勁、不想動

TDS“腦力健診”篩檢工具

| 題 類 | 施 測 方 式 | 分 數 | | |
|-------------------------|---|--------------|-----|-----|
| 定向力 | 請問今天是：_____年_____月_____日 星期_____ | 正確 _____ / 4 | | |
| 訊息登錄 | 請重述五個字詞 (只記錄第一次回答的分數，但仍需教至全部說出，至多教四次)： 題目：牙齒、毛線、教堂、菊花、紅色 ____、____、____、____、____ | 正確 _____ / 5 | | |
| 思考流暢 | 請說出四隻腳的動物，看一分鐘內能說出幾個： _____ _____ 註：現實不存在的動物不算分，例如龍、麒麟 | 總數 ： | ≥9 | 2 分 |
| | | | 5-8 | 1 分 |
| | | | ≤5 | 0 分 |
| 訊息回憶 | 請回想剛才重述的五個字詞： ____、____、____、____、____ | 正確 _____ / 5 | | |
| 總分= _____ / (滿分=16 分) | | | | |

極早期失智症量表 (AD8)

填表說明

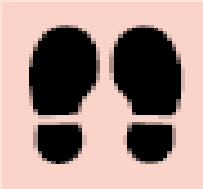
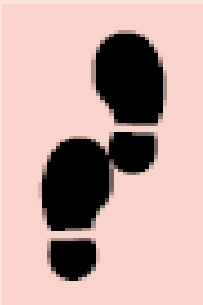
- 1. 在計分時是以「是，有改變」當做計分的依準。
- 2. 若您以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的『改變』，請勾選「是，有改變」；若無，請勾「不是，沒有改變」；若不確定，請勾「不知道」。
- 3. 「是，有改變」代表您認為過去幾年中因為認知功能(思考和記憶)問題而導致改變，若因為重大傷病或事故而導致的改變則不算。
- 4. 請家屬依照受評者過去與現在改變狀況(可與約半年前做比較)來回答，而不是以目前的平常表現來回應。

| 項目 | 是， 有改變 | 不是， 沒有改變 | 不知道 |
|---|-----------|-------------|-----|
| 1.判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。 | | | |
| 2.對活動和嗜好的興趣降低。 | | | |
| 3.重複相同問題、故事和陳述。 | | | |
| 4.在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器。 | | | |
| 5.忘記正確的月份和年份。 | | | |
| 6.處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。 | | | |
| 7.記住約會的時間有困難。 | | | |
| 8.有持續的思考和記憶方面的問題。 | | | |

當有2題以上為「是，有改變」時，建議您接受進一步檢查和治療。

簡易身體表現功能量表

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

| 評分內容 | 秒數 | 說明 | |
|---|---|--|---|
| 1.平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒。使用三個位置的分數總和。 | | | |
| A.並排站立 (Side-by-side stand) |  | _____秒 | 保持10秒：1分 (超過10秒者，以10秒計) 少於10秒：0分 |
| B.半並排站立 (Semi-tandem stand) |  | _____秒 | 保持10秒：1分 (超過10秒者，以10秒計) 少於10秒：0分 |
| C.直線站立 (Tandem stand) |  | _____秒 | 2分：保持10秒 (超過10秒者，以10秒計) 1分：保持3-9.99秒 0分：保持<3秒 |
| 2. 步行速度測試：測量走四公尺的時間 (若測試空間無法提供四公尺行走距離，可採三公尺行走距離替代。) 測試行走距離 (請勾選) <input type="checkbox"/> 四公尺 <input type="checkbox"/> 三公尺 | _____秒 | 四公尺 | 三公尺 |
| | | 4分：<4.82秒 3分：4.82–6.20秒 2分：6.21–8.70秒 1分：>8.70秒 0分：無法完成 | 4分：<3.62秒 3分：3.62-4.65秒 2分：4.66-6.52秒 1分：>6.52秒 0分：無法完成 |
| 3.椅子起站測試：連續起立坐下五次的時間 | _____秒 | 4分：<11.19秒 3分：11.2 – 13.69秒 2分：13.7 – 16.69秒 1分：16.7 – 59.9秒 0分：> 60秒或無法完成 | |

- 總分說明
10-12分：行動能力正常
0-9分：行動能力障礙

Mini Nutritional Assessment

MNA®



| | | | |
|-----|-------------|------------|-----|
| 姓名: | | 性別: | |
| 年齡: | 體重, 公斤, kg: | 身高,公分, cm: | 日期: |

請於方格內填上適當的分數，將分數加總以得出最後篩選分數。

| | |
|--|--------------------------|
| 篩選 | |
| A 過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量？ 0 = 食量嚴重減少 1 = 食量中度減少 2 = 食量沒有改變 | <input type="checkbox"/> |
| B 過去三個月內體重下降的情況 0 = 體重下降大於3公斤(6.6磅) 1 = 不知道 2 = 體重下降1-3公斤(2.2-6.6磅) 3 = 體重沒有下降 | <input type="checkbox"/> |
| C 活動能力 0 = 需長期臥床或坐輪椅 1 = 可以下床或離開輪椅，但不能外出 2 = 可以外出 | <input type="checkbox"/> |
| D 過去三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病？ 0 = 有 2 = 沒有 | <input type="checkbox"/> |
| E 精神心理問題 0 = 嚴重痴呆或抑鬱 1 = 輕度痴呆 2 = 沒有精神心理問題 | <input type="checkbox"/> |
| F1 身體質量指數 (BMI) (公斤/米 ² , kg/m ²) 0 = BMI 低於 19 1 = BMI 19至低於21 2 = BMI 21至低於23 3 = BMI 相等或大於 23 | <input type="checkbox"/> |

如不能取得身體質量指數(BMI)，請以問題F2代替F1。
如已完成問題F1，請不要回答問題F2。

| | |
|--|---|
| F2 小腿圍 (CC) (公分, cm) 0 = CC 低於 31 3 = CC 相等或大於 31 | <input type="checkbox"/> |
| 篩選分數 (最高14分) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12-14分: 正常營養狀況 | |
| 8-11分: 有營養不良的風險 | |
| 0-7分: 營養不良 | |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

如需更多資料: www.mna-elderly.com

老人憂鬱量表 Geriatric Depression Scale (GDS-15)

在過去一星期當中，您是否有下列感受？
如果「有」請答「是」，如果「沒有」請答「否」

| 題目 | 回答 | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | 是 | 否 |
| 1.基本上，您對您的生活滿意嗎？ | <input type="checkbox"/> 0分 | <input type="checkbox"/> 1分 |
| 2.您是否減少很多的活動和興趣的事？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 3.您是否覺得您的生活很空虛？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 4.您是否常常感到厭煩 | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 5.您是否大部份時間精神都很好？ | <input type="checkbox"/> 0分 | <input type="checkbox"/> 1分 |
| 6.您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 7.您是否大部份的時間都感到快樂？ | <input type="checkbox"/> 0分 | <input type="checkbox"/> 1分 |
| 8.您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 9.您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 10.您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 11.您是否覺得現在還能活著是很好的事？ | <input type="checkbox"/> 0分 | <input type="checkbox"/> 1分 |
| 12.您是否覺得您現在活得很沒有價值？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 13.您是否覺得精力很充沛？ | <input type="checkbox"/> 0分 | <input type="checkbox"/> 1分 |
| 14.您是否覺得您現在的情況是沒有希望的？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 15.您是否覺得大部份的人都比您幸福？ | <input type="checkbox"/> 1分 | <input type="checkbox"/> 0分 |
| 總分 | | |

- 總分說明
 - ☐ 0~6 分：適應狀況良好。
 - ☐ 7~10 分：屬中度情緒困擾，建議生活作息安排、慢性疾病控制、規律運動、社會參與、尋求支持。
 - ☐ 11 分以上：屬重度情緒困擾，建議轉介精神專科進一步評估。