醫療院所請社區藥師提供「藥事照護」之轉介單

表五

**113/3/19版**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案原就診醫療院所填寫欄 | 個案基本資料 | 個案姓名 | |  | | | | | | | 性別 | | | □男 □女 | | | 年齡 | | |  |
| 身分證字號 | |  | | | | | | | 聯絡人 | | |  | | | 關係 | | |  |
| 聯絡電話 | |  | | | | | | | 住址 | | |  | | | | | | |
| 轉  介  目  的 | 1.病人有用藥認知或配合度需專業協助  1.1□請做配合度諮詢服務，以協助病人提升對藥品的認知或用藥配合度。  1.2□病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可正確用藥。  1.3□病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可正確用藥。  2.病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，請協助以下項目並回饋  2.1□進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。  2.2□協助整合用藥  2.3□請協助追蹤病人療效/用藥反應  3.□其他：(請描述)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 與所勾選個案特質有關的疾病/症狀及用藥之簡述： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介藥局 |  | | | | | | 藥局電話 |  | | | | | | | 藥師  姓名 |  | | | |
| 院所基本資料 | 醫療院所名稱： 地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介人員  姓名 |  | | | 聯絡方式 | | | | 電話 | |  | | | | 傳真  號碼 |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | |
| 轉介日期 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | 轉介人員簽章: | | | | | | | | |
| 藥局回覆欄 | 處理 情形 | 約定訪視日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，於7日內回報照護紀錄。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本欄為處理摘要，照護紀錄詳如附件。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 藥局名稱 |  | | | 藥師簽章 | |  | | | | | | 回覆  日期 | |  | | | 電話 |  | |