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 |  |