

## 111 年度「特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫」摘要

| 審查項目/醫療機構 | 1、由接受 10 學分以上身心障礙相關教育訓練之醫師，開設特別門診（請列出醫師名單） | 2、每周開設特別門診 2 診。（離島及台東縣之醫院得每週開設 1 診）（開立診次） | 3、應對病人或照顧者，進行適當之衛教工作並填寫紀錄。（敘明衛教人員名單及衛教工作內容）          | 4、每月至少對接受全身麻醉、靜脈鎮靜全部病人，及未接受全身麻醉、靜脈鎮靜病人之 50%，進行個案追蹤管理工作，並填寫紀錄。離島及東部醫院每月至少完成 5 位病人之個案追蹤（請敘明個案管理人員名單） | 5、至少與 7 家（其中 2 家需為未合作過之新增名單）醫療院所建置區域內特殊需求者醫療轉診制度。離島及台東縣之醫院至少與 3 家鄰近之醫療院所（含醫院至少 1 家）建置轉診制度（請列出院所名單） | 6、至少 10 場與身心障礙福利機構、特殊教育機構或特教班、聯合評估中心或發展遲緩療育機構、老人福利機構、長照機構或身心障礙團體等合作，提供口腔保健衛教、口腔狀況檢查及簡單診療服務。但離（外）島及台東縣之承作醫院得免辦理此一事項。（請於敘明預定合作對象及口腔保健衛教工作施作頻率） | 7、至少 1 位牙醫師完成當年度特殊需求者牙科醫療服務示範中心舉辦之牙醫師培訓計畫（需有證書）離島及台東縣之醫院得以 2 小時靜脈注射鎮靜訓練課程取代（醫師名單） | 8、預計申請費用 |
|-----------|--|---|--|--|--|--|---|----------|
|           | 專責醫師____名。名單如下：                            | 特別門診每週____診次，每診次服務人次平均____人次。             | 1. 衛教人員____名（身分別）。<br>2. 衛教人員名單如下：<br>3. 總門診衛教____人次 | 1. 追蹤總人數/總門診人數：<br>(1) 全麻：A/B=C<br>(2) 鎮靜：A/B=C<br>(30 一般：A/B=C<br>2. 個案管理人員名單如下：                  | 1. 合作轉診____醫院及____診所，共____人次。<br>2. 契約院所名單如下：<br>3. 轉診人次名單如下：<br>(成果報告須呈現交流方式及運作成果)                | 訪視____場，共____人次。<br>(成果報告須呈現訪視日期、機構名稱、團隊名單、訪視內容、服務人次)  | 完訓____人數，名單如下：  | 第一項獎勵費用： |