

香港老年學會
安老服務業「過往資歷認可」
申請人年資及相關工作證明

「指導家居進行復康器訓練〈三級〉」能力單元組合 包括三項能力單元：

「提供義肢護理 110793L3」、「跟進長者的復康情況 110794L3」
和「協助有特別護理需要的長者進行復康運動 110795L3」

申請人姓名： _____ 香港身份證號碼： _____

服務機構及單位： _____

職位： _____ 服務期： 由 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

**資歷要求：申請人須持有五年安老服務工作經驗或以上，當中必須最少三年
從事下列工作範疇和具備相關的工作能力**

請在以下適當的空格內填上“✓”

能力單元：提供義肢護理 110793L3

- 能夠按照專業醫療人員為長者處方的義肢，提供合適的清潔護理及保養
- 能夠確保義肢功能正常，長者能舒適地穿戴及安全地使用
- 按需要轉介專業醫療人員跟進結構出現問題的義肢

能力單元：跟進長者的復康情況 110794L3

- 能夠確保長者所接受的復康服務與專業醫療人員為長者訂立的復康計劃一致，並有妥善的服務記錄
- 能夠與長者及家人瞭解復康服務的情況及意見
- 能夠按照機構的機制，準確地協調復康計劃的檢討工作

能力單元：協助有特別護理需要的長者進行復康運動 110795L3

- 能夠遵照專業醫療人員為長者處方的復康運動及安全注意事項，執行預備工作，運用正確的技巧，助及指導長者進行復康運動
- 能夠監察長者復康運動情況及成效，按長者能力作出調適及修正
- 能夠妥善記錄有關長者復康運動的內容，清晰向專業醫療人員匯報

服務機構及單位名稱、
地址、電話、傳真：

主管姓名：

主管簽署：

日期：

(服務機構及單位蓋印)

申請人姓名：_____

| | |
|---------------|--|
| 能力單元 | 提供義肢護理 110793L3 |
| 請在適當的空格內填上“√” | |
| 相關工作範疇 | <p>提供義肢護理</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 就長者所用的義肢的種類及物料，提供適當的護理，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 檢查長者配戴義肢時有否不適，例如：有否出現壓力點、疼痛、發紅、水泡、破皮等<input type="checkbox"/> 檢查義肢套筒(Socket)內部有否破損、裂紋、是否乾爽等<input type="checkbox"/> 義肢不宜過鬆或過緊，應檢查長者配戴方法，並按專業醫療人員建議，協助正確穿戴<input type="checkbox"/> 按義肢物料的特性，採用適當的方法定時清潔，確保衛生，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 用濕布沾肥皂擦拭內面，再用沾水濕布，擦去肥皂<input type="checkbox"/> 不要直接以水灌洗，防止皮革的部分毀壞以及引致義肢關節鏽蝕等<input type="checkbox"/> 如義肢結構中有精密機械系統，應避免潮濕、衝擊及粘染髒物<input type="checkbox"/> 指導或替長者於適當的地方存放義肢及晾乾截肢襪或繃帶，例如：塑膠制的義肢應存放於陰涼處、避免暴曬等<input type="checkbox"/> 定期為義肢提供簡單清潔保養，並詢問長者日常穿戴義肢後有否異常情況，以確保適合長者及功能正常<input type="checkbox"/> 如義肢結構出現問題，例如：損壞、關節及結合部過鬆或過緊、壓力點引致長者不適等，應轉介專業醫療人員作出跟進 |

註：上述表格供僱主用作檢視僱員〔申請人〕所申請之能力單元組合職務要求

申請人姓名：_____

| | |
|---------------|--|
| 能力單元 | 跟進長者的復康情況 110794L3 |
| 請在適當的空格內填上“√” | |
| 相關工作範疇 | <p>跟進長者的復康情況</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 檢視長者的復康計劃，掌握專業醫療人員為長者訂立的復康計劃，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 長者對復康運動及治療的需要<input type="checkbox"/> 復康計劃的目標及內容<input type="checkbox"/> 提供服務的次數及提供該服務的員工之職位<input type="checkbox"/> 個案檢討的頻率等<input type="checkbox"/> 訂立清晰及準確的服務記錄表單及系統，確保員工提供復康服務後均清晰記錄，以便跟進提供復康運動及治療之狀況，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 服務時數或節數<input type="checkbox"/> 負責員工<input type="checkbox"/> 具體服務內容<input type="checkbox"/> 進度記錄<input type="checkbox"/> 收費(如適用)等<input type="checkbox"/> 定時與長者及／或其家屬了解長者對復康計劃的意見及執行情況是否合乎期望<input type="checkbox"/> 按機構所訂立的機制，定時及在長者身體情況有變時，安排各專業醫療人員為長者作重新評估，調整復康計劃內容，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 每半年檢視復康計劃執行情況<input type="checkbox"/> 離院後身體健康狀況的轉變<input type="checkbox"/> 跌倒後活動能力及平衡力較差<input type="checkbox"/> 因病患的變化令身體狀況轉差等<input type="checkbox"/> 按機構訂立的機制，於有需要時召開個案會議，並通知各成員加入商討及跟進長者的情況<input type="checkbox"/> 確保所有訂立的復康計劃均妥善保存及更新，方便查閱<input type="checkbox"/> 密切監察長者的情況，按需要向專業醫療人員報告 |

註：上述表格供僱主用作檢視僱員〔申請人〕所申請之能力單元組合職務要求

申請人姓名：_____

| | |
|---------------|--|
| 能力單元 | 協助有特別護理需要的長者進行復康運動 110795L3 |
| 請在適當的空格內填上“√” | |
| 相關工作範疇 | <p>協助有特別護理需要的長者進行復康運動</p> <p><input type="checkbox"/> 根據專業醫療人員為長者處方的運動內容，執行預備工作，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 確保長者身體狀況適合進行運動<input type="checkbox"/> 執行相關安全及注意事項，例如：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 氧氣鼻導管是否正確穿戴及調教合適氧氣流量<input type="checkbox"/> 如剛接受鼻胃喉餵飼，是否已有足夠休息時間才接受運動<input type="checkbox"/> 如長者患有壓瘡或有傷口，是否已安置於合適體位進行運動<input type="checkbox"/> 準備適當擺放尿袋及導尿管的位置<input type="checkbox"/> 專業醫療人員按長者護理需及身體狀況所訂定的運動強度、關節活動幅度、指導技巧等<input type="checkbox"/> 向長者預告及解釋將進行運動，以取其合作<input type="checkbox"/> 預備物資及場地等 <p><input type="checkbox"/> 協助長者進行運動，提供合適指導，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 向長者示範正確動作<input type="checkbox"/> 利用簡單清晰的指令引導長者正確進行運動<input type="checkbox"/> 若長者對運動有疑問，耐心解釋<input type="checkbox"/> 糾正長者的動作及姿勢等 <p><input type="checkbox"/> 留意長者運動時的面色及申訴，若有不適應立即終止運動，並向專業醫療人員報告</p> <p><input type="checkbox"/> 按專業醫療人員指示於運動期間適時監察長者的生命表徵，若超出專業醫療人員所建議的安全範圍，應立即終止運動，並向專業醫療人員報告</p> <p><input type="checkbox"/> 觀察長者完成運動後的效果及情況，按需要轉介專業醫療人員跟進，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 未能完成運動<input type="checkbox"/> 表現未如理想等 |

申請人姓名：_____

| | |
|--|---|
| | <p><input type="checkbox"/> 妥善記錄有關長者運動的情況，以及向專業醫療人員匯報，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 所完成的項目及運動期間就長者狀況作出的調適<input type="checkbox"/> 運動前、期間及之後的生命表徵<input type="checkbox"/> 長者的表現及其他意見，例如：滿意度，運動強度是否合適等 |
|--|---|

註：上述表格供僱主用作檢視僱員〔申請人〕所申請之能力單元組合職務要求