

麻醉前評估暨麻醉計畫單

馬偕紀念醫院

姓名：男 女
病歷： 年齡：
號碼：
床號： 保險：一般 職家
身分：健保 牧家

病患病史資料 (病患填寫)

為了讓麻醉醫師充分掌握您的身體情況與疾病史，請您仔細填寫下列資料

1. 您有心臟血管疾病嗎？ 沒有 有→ (高血壓 心肌梗塞 心衰竭 心律不整 心絞痛
胸悶 爬兩層樓會很喘 先天性心臟病 規則服藥)
2. 您有內分泌疾病嗎？ 沒有 有→ (糖尿病 甲狀腺 其他:_____ 規則服藥)
3. 您有呼吸系統疾病嗎？ 沒有 有→ (感冒咳嗽 氣喘或慢性支氣管炎 肺結核
其他:_____ 規則服藥)
4. 您有腦脊髓神經系統疾病嗎？ 沒有 有→ (腦中風 脊髓受傷 腦腫瘤 癲癇 腦性麻痺
其他:_____ 規則服藥)
5. 您有肝膽腸胃疾病嗎？ 沒有 有→ (肝炎或肝功能異常 肝硬化 黃疸 胃十二指腸潰瘍)
6. 您有腎臟疾病嗎？ 沒有 有→ (尿毒症 腎功能異常 洗腎_____)
7. 您有凝血問題或血液疾病嗎？ 沒有 有→ (牙齦皮下出血 貧血 血小板低下 血友病
服用抗凝血劑 其他:_____)
8. 您有使用其他什麼藥物？ 沒有 有→ (類固醇中藥丸 安眠藥 麻醉管制藥 賀爾蒙藥
減肥藥 其他:_____)
9. 您有對什麼藥物過敏嗎？ 沒有 有→ (抗生素 消炎止痛藥 酒精 麻醉藥
其他或不知名藥_____)
10. 您有手術麻醉的經驗嗎？ 沒有 有→ (局部麻醉 半身麻醉 全身麻醉)
11. 麻醉後有什麼狀況或不舒服？ 沒有 有→ (噁心嘔吐 聲音嘶啞 不良反應 其他_____)
12. 家族內是否有人對麻醉藥有嚴重反應？ 沒有 有→ (何種反應:_____)
13. 是否有每天使用下列物質的習慣？ 沒有 有→ (抽煙___包/每天 喝酒___瓶/每天 檳榔___)
14. 您易暈眩或暈車嗎？ 沒有 有
15. 您有鬆動的牙齒或活動假牙？ 沒有 有
16. 您有僵直性脊椎炎或風濕性脊椎炎嗎？ 沒有 有
17. 您有隱形眼鏡、金屬飾品嗎？ 沒有 有
18. 您有懷孕嗎？〈懷孕年齡女性詢問〉 沒有 有

填寫者簽名：

日期：_____年_____月_____日

與病患之關係：本人 家屬 朋友

病患檢查資料暨麻醉計畫 (麻醉科填寫)

CXR: Done Not Done _____

EKG: Done Not Done _____

CBC: Done Not Done _____

Infectious disease: None Open TB HIV Hepatitis
 MRSA Sexually transmitted dx

Note:

呼吸道評估：Normal Limitation of mouth opening

Short neck Stiffness of neck Receding mandible

門牙檢視：正常 異常(搖動或缺損:位置_____)

麻醉分級：ASA Class 1 2 3 4 5 E

預定麻醉方式：GA SA EA IVG Block _____

手術後：Ward ICU Outpatient PCA PCEA

麻醉評估人員：_____，_____年_____月_____日