

麻醉前評估暨麻醉計畫單 (小兒病患專用)

馬偕紀念醫院

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

兒童病患病史資料 (請家長填寫)

為了讓麻醉醫師充分掌握您孩子的身體情況與疾病史，請您仔細填寫下列資料

- 小朋友是早產兒嗎？ 不是 是→ (出生週數為_____週)
- 小朋友是否被診斷有心臟血管疾病？ 沒有 有→ (先天性心臟病 心雜音 心律不整 哭會發黑
睡眠及休息會發黑 其他_____)
- 小朋友是否被診斷有呼吸系統疾病？ 沒有 有→ (氣喘 肺炎 過敏性鼻炎 鼻竇炎 其他_____)
- 小朋友是否被診斷有神經系統疾病？ 沒有 有→ (腦性麻痺 腦外傷或震盪 腦腫瘤 脊椎病變
癲癇 小兒麻痺 其他_____)
- 小朋友是否被診斷有肝膽腸胃疾病？ 沒有 有→ (黃疸 食道氣管瘻管 無肛症 橫膈疝氣
臍疝氣或腹股溝疝氣 其它_____)
- 小朋友是否被診斷有腎臟疾病？ 沒有 有→ (腎腫瘤 腎功能異常 洗腎 其他_____)
- 小朋友是否被診斷有凝血或血液疾病？ 沒有 有→ (牙齦或皮下出血 血小板低下 血友病
貧血 白血病 其他_____)
- 小朋友最近是否有使用什麼藥物？ 沒有 有→ (類固醇 抗癲癇藥 抗生素 賀爾蒙藥 中藥
抗過敏藥 抗癌藥 抗凝血劑 其他_____)
- 小朋友是否對什麼藥物過敏？ 沒有 有→ (抗生素 消炎止痛藥 麻醉劑 感冒藥
其他或不知名藥_____)
- 您家族內是否有人對麻醉藥有特別嚴重的反應？ 沒有 有→ (惡性高熱 其他_____)
- 小朋友有過手術麻醉的經驗嗎？ 沒有 有→ (原因_____)
小朋友手術麻醉後有沒有什麼不舒服？ 沒有 有→ (噁心嘔吐 聲音嘶啞 其他_____)
- 小朋友最近兩個禮拜，是否有以下情形？ 沒有 有→ (發燒 感冒 流黃鼻涕 咳嗽有痰 嘔吐
長疹子 其它_____)
- 小朋友有無其他先天性疾病？
沒有 有→(_____)
- 小朋友活動力是否會受到很大限制，容易喘？ 沒有 有
- 小朋友有鬆動的牙齒嗎？ 沒有 有
- 小朋友目前的身高體重？ _____ 公分 _____ 公斤

填寫者簽名：

日期：_____年_____月_____日

與病患之關係：爸媽 祖父母 其他

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

麻醉評估人員：_____，_____年_____月_____日