

麻醉前評估表

日期 年 月 日

姓名	病歷號碼	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲	床號
手術名稱	科別	手術日期	年	月	日

接受過何種麻醉? 無 全身麻醉 半身麻醉(脊髓、硬脊膜外) 局部麻醉 其他

發生過何種麻醉併發症或問題? 無 噁心嘔吐 困難插管 休克 其他 _____

是 否 是否曾患以下的疾病?

- 心血管疾病(高血壓、心絞痛、心衰竭、心律不整) _____
- 肝臟病(肝炎、膽道結石、肝硬化) _____
- 腎臟泌尿疾病(腎炎、尿毒、洗腎、結石) _____
- 血液病(貧血、血友病、白血病) _____
- 胸腔病(結核、氣喘、慢性肺病) _____
- 糖尿病 _____
- 其他代謝疾病(例如甲狀腺疾病) _____
- 腦神經系統病變(中風、巴金森氏症、癲癇) _____
- 自體免疫疾病(僵直性脊椎炎、重症肌無力) _____
- 骨骼疾病(痛風、退化性關節炎、椎間盤突出) _____
- 精神疾病(憂鬱、精神分裂、藥物濫用) _____
- 惡性腫瘤 _____

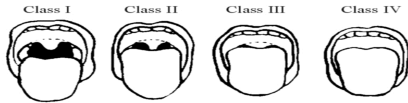
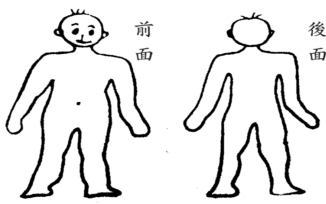
目前為止是否有使用下列藥物?

- 心血管藥物(抗高血壓、利尿劑、強心藥、降血脂) _____
- 抗血小板(阿斯匹靈)或抗凝血劑 _____
- 降血糖藥或胰島素 _____
- 抗癲癇藥、巴金森氏症藥 _____
- 止痛、安眠、精神科藥物 _____
- 類固醇藥物 _____
- 抗生素、中藥、化療藥或其他 _____
- 是否有藥物過敏? _____
- 病患及家人是否有異常出血(血液凝集異常) _____
- 目前是否已懷孕? _____
- 最近一週內有否感冒? _____
- 身上有人造物體(義眼/肢、假牙:固定 活動) _____
- 是否曾抽煙(已戒)、酗酒(已戒)、吃檳榔(已戒) _____
- 家人有麻醉併發症(惡性高熱、麻醉藥過敏或休克) _____
- 是否有其他疾病或不適(易暈車、胃潰瘍、胃食道逆流、腰酸背痛、曾昏眩或常頭疼) _____

*手術後是否願意自費使用病人自控式止痛(PCA)? 願意 尚未決定

(勾選願意使用者需另填寫同意書)

亞洲大學附屬醫院 (AUH)
麻醉前評估表

<p>Airway Evaluation (<input type="checkbox"/> on ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy)</p> <p>Mallampati : I II III IV</p> <p style="text-align: center;">Class I Class II Class III Class IV</p>  <p>Thyromental > 6 cm < 6 cm</p> <p>Interincisor gap _____cm</p> <p>AO extension: full limited</p> <p><input type="checkbox"/> 預期困難插管</p> <p>前牙檢視： 破損△ 缺牙× 動搖○</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">13</td> <td style="padding: 2px 5px;">12</td> <td style="padding: 2px 5px;">11</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">21</td> <td style="padding: 2px 5px;">22</td> <td style="padding: 2px 5px;">23</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">43</td> <td style="padding: 2px 5px;">42</td> <td style="padding: 2px 5px;">41</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">31</td> <td style="padding: 2px 5px;">32</td> <td style="padding: 2px 5px;">33</td> </tr> </table>	13	12	11	21	22	23	43	42	41	31	32	33	<p>Physical Examination</p> 
13	12	11	21	22	23								
43	42	41	31	32	33								
Pre-anesthesia Evaluation and Plan (急診手術不用填寫此欄)													
<p>ASA class I II III IV V VI</p> <p>預計麻醉方式：</p> <p><input type="checkbox"/> 靜脈全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 全身麻醉 (插管、面罩式)</p> <p><input type="checkbox"/> 半身麻醉 (脊髓、硬脊膜外)</p> <p><input type="checkbox"/> 神經阻斷術</p>	<p>Suggestion :</p> <p>術後止痛方式：</p> <p><input type="checkbox"/> 傳統止痛藥物</p> <p><input type="checkbox"/> 病人自控式止痛：</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> IV PCA <input type="checkbox"/> EPCA <input type="checkbox"/> Nerve block</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 已交付同意書及說明書</p> <p>其它：</p> <p>醫師簽章：</p>												
Laboratory Data													
<p>Hb: g/dL ; Hct: % ; Platelet: x 10³/μl</p> <p>AST/ALT: / IU/L Na/K: / mmol/L BUN/Cr: / mg/dL</p> <p>Blood glucose: mg/dL PT/ INR / aPTT: / /</p> <p>其它檢查:</p>													
Pre-induction Evaluation and Plan													
<p>ASA class I II III IV V VI</p> <p>即將進行之麻醉方式</p> <p><input type="checkbox"/> 靜脈全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 全身麻醉 (插管、面罩式)</p> <p><input type="checkbox"/> 半身麻醉 (脊髓、硬脊膜外)</p> <p><input type="checkbox"/> 神經阻斷術</p>	<p>Safety checklist before induction</p> <p><input type="checkbox"/> 確認病人身份及開刀部位</p> <p><input type="checkbox"/> 機器完備並已檢查完畢</p> <p><input type="checkbox"/> 確認麻醉方式</p> <p><input type="checkbox"/> 麻醉用品及藥物準備完善</p> <p>醫師簽章：</p>												