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
病歷號碼：　　年齡：
日期：　　保險身分：□一般健保 □職家 □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

1. 小朋友是早產兒嗎？ □不是□是→（出生週數為_____週）
2. 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_____）
3. 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_____）
4. 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_____）
5. 小朋友是否被診斷有肝膽腸胃疾病？ □沒有□有→（□黃疸□食道氣管廔管□無肛症□橫膈疝氣 □臍疝氣或腹股溝疝氣□其它_____）
6. 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_____）
7. 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_____）
8. 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_____）
9. 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_____）
10. 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_____）
11. 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_____）
12. 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 _____）
13. 小朋友有無其他先天性疾病？
    □沒有□有→（_____）
14. 小朋友活動力是否會受到很大限制，容易喘? □沒有□有
15. 小朋友有鬆動的牙齒嗎？ □沒有□有
16. 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