

# 麻醉前評估暨麻醉計畫單

## 馬偕紀念醫院

姓名：男 女  
病歷號碼：  年齡：  
床號： 保險身分：一般 職家  
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

- 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)
- 您有內分泌疾病嗎？ 沒有 有→ (糖尿病 甲狀腺 其他:\_\_\_\_\_ 規則服藥)
- 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)
- 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)
- 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)
- 您有腎臟疾病嗎？ 沒有 有→ (尿毒症 腎功能異常 洗腎\_\_\_\_\_)
- 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:\_\_\_\_\_)
- 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:\_\_\_\_\_)
- 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\_\_\_\_\_)
- 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)
- 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\_\_\_\_\_)
- 家族內是否有人對麻醉藥有嚴重反應？ 沒有 有→ (何種反應:\_\_\_\_\_)
- 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\_\_\_)
- 您易暈眩或暈車嗎？ 沒有 有
- 您有鬆動的牙齒或活動假牙？ 沒有 有
- 您有僵直性脊椎炎或風濕性脊椎炎嗎？ 沒有 有
- 您有隱形眼鏡、金屬飾品嗎？ 沒有 有
- 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