

台灣模範照護中心 藥物治療評估服務紀錄表

姓名：田住民	年齡：76 歲	性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	床號：1469
肝功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常	腎功能： <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	用藥狀況： <input checked="" type="checkbox"/> 需管灌 <input type="checkbox"/> 需磨碎 <input type="checkbox"/> 可直接吞服固體	
過敏史： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，食物（請填種類名稱）：_____ <input type="checkbox"/> 有，藥品（請填藥物名稱）：_____			
交付藥物治療評估參考附件： <input checked="" type="checkbox"/> 生命徵象紀錄表 <input type="checkbox"/> 檢驗數據 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 <input type="checkbox"/> 醫囑 <input type="checkbox"/> 其他，_____			
處 方 內 容 或 保 健 食 品			
醫院 / 科別： / 看診日 / 天數： /	醫院 / 科別：2 / 2 看診日 / 天數：2012-03-03 / 2	醫院 / 科別： / 看診日 / 天數： /	
2			
機構名稱 / 護理人員簽章：_____ 填寫日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			
藥師評估結果：（請勾選相符類別，可複選）			
<input type="checkbox"/> 無特殊情形	<input type="checkbox"/> 需藥物衛教或用藥資訊	<input type="checkbox"/> 藥物交互作用	<input checked="" type="checkbox"/> 需注意臨床症狀
<input type="checkbox"/> 禁忌症或注意事項	<input type="checkbox"/> 需監測藥物血中濃度	<input type="checkbox"/> 重複同藥理作用或成份	<input checked="" type="checkbox"/> 劑型劑量或頻率需調整
<input type="checkbox"/> 藥物不良反應	<input type="checkbox"/> 不適當藥物治療處方	<input type="checkbox"/> 醫師處方過敏性藥物	<input checked="" type="checkbox"/> 有該使用而未併用藥物
<input type="checkbox"/> 服藥順從性不佳	<input type="checkbox"/> 有疾病未治療	<input type="checkbox"/> 不符合健保使用規範	<input checked="" type="checkbox"/> 其他
藥師建議內容： SS			
參考資料： <input type="checkbox"/> 仿單 <input checked="" type="checkbox"/> 藥物治療手冊			
參考書籍（或文獻）： <input checked="" type="checkbox"/> Micromedex <input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> UpToDate <input type="checkbox"/> 其他，_____			
評估藥師簽章：_____ 評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			
護理人員處置方式：		醫師回覆：	
<input type="checkbox"/> 接受藥師用藥指導，持續觀察住民臨床症狀 <input type="checkbox"/> 接受藥師用藥指導，持續觀察住民是否有藥物引發之副作用 <input checked="" type="checkbox"/> 依照藥師建議內容，照會醫師： <input type="checkbox"/> 醫師接受藥師建議 <input checked="" type="checkbox"/> 醫師未接受建議，理由為：_____		 	
<input type="checkbox"/> 其他處置方式：_____		醫師簽章：	
住民療效追蹤：			
追蹤護理人員簽章：_____ 追蹤日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			

※依據個案情形，請護理人員提供醫囑、護理紀錄、檢驗數據、生命徵象紀錄表等，作為評估參考