

麻醉個案追蹤與副作用或併發症記錄單

個案基本資料

病歷號碼：	就診日期： 年 月 日	問卷日期： 年 月 日
訪問與術後間隔時間： <input type="checkbox"/> 24 小時內 <input type="checkbox"/> 24~48 小時 <input type="checkbox"/> 48~72 小時 <input type="checkbox"/> 72 小時以上		
姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日
訪問對象：		主要照顧者：
身心障礙手冊：		
一、障礙類別：		
二、障礙程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度		

個案麻醉術後評估

麻醉類型： <input type="checkbox"/> 全身麻醉（ <input type="checkbox"/> 鼻管 <input type="checkbox"/> 口管） <input type="checkbox"/> 鎮靜麻醉（ <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Gas induction <input type="checkbox"/> 口服藥物：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____）	
麻醉術後狀況：（恢復室） 頭暈： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喉嚨痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 噁心嘔吐： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 乾嘔 <input type="checkbox"/> 吐	麻醉術後狀況：（恢復室） <input type="checkbox"/> 無法評估 <input type="checkbox"/> 其它：
麻醉術後狀況：（返家後） 發燒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠障礙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食慾改變： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頭暈跌倒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	麻醉術後狀況：（返家後） <input type="checkbox"/> 無法評估 <input type="checkbox"/> 其它：
麻醉術後返家產生之併發症，是否建議立即回診： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 三天內再次回診： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因：	

指標定義：

1. 麻醉術後副作用：頭暈、喉嚨痛、噁心嘔吐
2. 麻醉術後併發症：發燒、睡眠障礙、食慾改變、頭暈跌倒