

# 惠來醫療社團法人宏仁醫院

病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單

## 呼吸器脫機訓練

病歷號碼: 男 女

姓名: 床號:

項目	說明日期/時間: _____年____月____日____時____分
說明對象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 外傭/看護 <input type="checkbox"/> 其他_____
語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他_____
國籍	<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍: _____
教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中、初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上
說明類別	<input type="checkbox"/> 疾病/治療方針 <input type="checkbox"/> 手術/檢查之前/後注意事項 <input type="checkbox"/> 用藥指導 <input type="checkbox"/> 醫療設備使用注意事項 <input type="checkbox"/> 藥物/飲用交互作用 <input type="checkbox"/> 飲食與營養 <input type="checkbox"/> 復健指導 <input type="checkbox"/> 社會資源 <input type="checkbox"/> 護理指導 <input type="checkbox"/> 入院環境介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____
學習動機	<input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低
學習障礙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 語言不同 <input type="checkbox"/> 聽力不良 <input type="checkbox"/> 視力不良 <input type="checkbox"/> 理解能力不良 <input type="checkbox"/> 家務壓力過大 <input type="checkbox"/> 文化差異 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 宗教影響 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 疲憊 <input type="checkbox"/> 其他_____
說明方式	<input type="checkbox"/> 討論 <input type="checkbox"/> 衛教、社會資源單張 <input type="checkbox"/> 示範 <input type="checkbox"/> 影片/衛教看板 <input type="checkbox"/> 其他_____
說明者簽章	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 治療師(物理、職能、聽語治療) <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 其他_____簽章: _____ <input type="checkbox"/> 輔助紀錄者簽章: _____/主治醫師簽章: _____ <input type="checkbox"/> 主治醫師簽章: _____
說明內容	病人使用呼吸器，現因 <input type="checkbox"/> 原來的病情改善中；無新病症出現； <input type="checkbox"/> 昇壓劑及連續式鎮靜劑已停止使用； <input type="checkbox"/> 抽痰時會咳嗽； <input type="checkbox"/> PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> >200 毫米汞柱； <input type="checkbox"/> PEEP ≤5 公分水柱； <input type="checkbox"/> 每分鐘通氣量少於每分鐘 15 公升； <input type="checkbox"/> 在兩分鐘自主呼吸測試期間 F/Tv 比值 ≤105。 可嘗試進行呼吸器脫機訓練 ( <input type="checkbox"/> 呼吸器壓力支持模式(Pressure Support Mode) <input type="checkbox"/> T 型管 <input type="checkbox"/> 其他)。 訓練當中若持續出現以下狀況時：呼吸速率超過每分鐘 35 次；動脈血氧飽和度低於 90%；脈搏快於每分鐘 140 次或改變 ≥20%；收縮壓高於 180 毫米汞柱或低於 90 毫米汞柱；躁動、發汗或焦慮；F/Tv 比值超過 105 時，即代表脫離呼吸器訓練失敗，並需要使用回去呼吸器。 長期使用呼吸器病人感染肺炎之機會為 9-24%，且肺炎病人死亡率會增加 30%以上。故在可行的情況下應進行呼吸器脫機訓練，甚至拔除氣管內管，縮短呼吸器使用時間及減少肺炎感染機會。 <b>請家屬了解，並做好心理建設。</b> 參考資料: Curr Opin Crit Care. 2003 Feb;9(1):59-66; Intensive Care Med. 2002 May;28(5):535-46; Arch Intern Med. 2000 Jul 10;160(13):1926-36
說明對象自我評價	<input type="checkbox"/> 我已完全瞭解 <input type="checkbox"/> 我部分瞭解 <input type="checkbox"/> 我完全不瞭解 簽名: _____
對說明對象自我評價之回饋或追蹤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 需加強說明:  日期/時間: _____年____月____日____時____分

備註：填寫“其他”時，需於表格內註明內容。

# 惠來醫療社團法人宏仁醫院

## 病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單

病歷號碼：男 女姓名：床號：

項目	說明日期/時間：____年____月____日____時____分
說明對象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 外傭/看護 <input type="checkbox"/> 其他_____
語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他_____
國籍	<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍：_____
教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中、初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上
說明類別	<input type="checkbox"/> 疾病/治療方針 <input type="checkbox"/> 手術/檢查之前/後注意事項 <input type="checkbox"/> 用藥指導 <input type="checkbox"/> 醫療設備使用注意事項 <input type="checkbox"/> 藥物/飲用交互作用 <input type="checkbox"/> 飲食與營養 <input type="checkbox"/> 復健指導 <input type="checkbox"/> 社會資源 <input type="checkbox"/> 護理指導 <input type="checkbox"/> 入院環境介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____
學習動機	<input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低
學習障礙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 語言不同 <input type="checkbox"/> 聽力不良 <input type="checkbox"/> 視力不良 <input type="checkbox"/> 理解能力不良 <input type="checkbox"/> 家務壓力過大 <input type="checkbox"/> 文化差異 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 宗教影響 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 疲憊 <input type="checkbox"/> 其他_____
說明方式	<input type="checkbox"/> 討論 <input type="checkbox"/> 衛教、社會資源單張 <input type="checkbox"/> 示範 <input type="checkbox"/> 影片/衛教看板 <input type="checkbox"/> 其他_____
說明者 簽章	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 治療師(物理、職能、聽語治療) <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 其他_____簽章：_____
說明內容	<input type="checkbox"/> 輔助紀錄者簽章：_____/主治醫師簽章：_____ <input type="checkbox"/> 主治醫師簽章：_____
說明對象 自我評值	<input type="checkbox"/> 我已完全瞭解 <input type="checkbox"/> 我部分瞭解 <input type="checkbox"/> 我完全不瞭解 簽名：_____
對說明對象 自我評值之 回饋或追蹤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 需加強說明：  日期/時間：____年____月____日____時____分

備註：填寫“其他”時，需於表格內註明內容。