

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

敗血症

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	<p>(一) 病人健康狀況、症狀 您的主治醫師: _____</p> <p>A. 暫定診斷: <u>敗血症</u> , 說明如下: 敗血症主要是身體某些部位的細菌感染, 像是腹部、泌尿道、肺部、骨骼和中樞神經系統, 其細菌本身或其分泌之毒素所引發的臨床現象。患者臨床上出現發燒、呼吸急促、心跳加快, 並且免疫能力不足, 造成細菌大量在血液內繁殖, 並且產生毒素, 使人體各器官功能損害, 嚴重者造成各器官衰竭及休克狀態。</p> <p>B. 住院原因: 症狀: <input type="checkbox"/>發燒 <input type="checkbox"/>畏寒 <input type="checkbox"/>肋腰部疼痛 <input type="checkbox"/>膿尿/菌尿 <input type="checkbox"/>其它或說明 _____ 異常檢驗值: <input type="checkbox"/>血中白血球增加 <input type="checkbox"/>發炎指數上升 <input type="checkbox"/>細菌培養呈陽性反應 <input type="checkbox"/>其它或說明 _____ 檢查報告: <input type="checkbox"/>_____ 其他補充說明: _____</p> <p>(二) 治療計畫的概要 A. 診斷: <input type="checkbox"/>血液學 <input type="checkbox"/>肝功能 <input type="checkbox"/>腎功能 <input type="checkbox"/>細菌培養 <input type="checkbox"/>放射線影像學檢查 <input type="checkbox"/>超音波</p>

	<p><input type="checkbox"/>其它或說明_____</p> <p>B. 治療：</p> <p>* 主要藥物：</p> <p><input type="checkbox"/>靜脈輸液 <input type="checkbox"/>抗生素 <input type="checkbox"/>退燒藥 <input type="checkbox"/>升壓劑 <input type="checkbox"/>其他或說明_____</p> <p>* 主要處置：</p> <p><input type="checkbox"/>監測體溫，生命跡象（血壓、心跳、呼吸）變化。</p> <p><input type="checkbox"/>監測輸出輸入量與體重。</p> <p><input type="checkbox"/>必要時需尿管置放。</p> <p><input type="checkbox"/>密切觀察大便顏色，因這時候易發生腸胃道出血情形。</p> <p><input type="checkbox"/>醫療處置依病情變化與需求隨時異動並安排（如電腦斷層、經皮腎導管引流術、會診外科醫師等）且醫師會隨時向患者或家屬解釋病情之進展與後續醫療處置。</p> <p><input type="checkbox"/>其他或說明：_____</p> <p>■就下列事項，將對病患事先告知：因住院日數規定不同，所產生之部分負擔比率。</p> <p>■就下列事項，將對病患事先告知、徵詢其是否同意，以及經病患同意後填寫自費同意書：(1) 因住房種類規定不同，所產生之部分負擔比率；(2) 因部份藥物、檢查(驗)或器材，因健保未給付或未附檢查(驗)報告而需自費者（如：胃鏡報告）。</p> <p>C. 衛教(預期效果及危險性、替代方式)：</p> <p>【菌血症】即臨床上有發冷、發燒全身倦怠等症狀，同時血中培養出致病菌。</p> <p>【敗血性休克】因敗血症導致人體組織末稍血流灌注不足的現象稱之。臨床上以血壓降低、休克等為其表徵。不立刻處置的話甚至會導致死亡。根據研究統計敗血症的死亡率在28%至50%之間。敗血症的病原菌必須由血液或其他感染病灶檢體培養出而得以確定其診斷。「血液培養」是敗血症診斷的黃金標準，細菌性血液培養一般在72小時內有陽性結果，而敗血症休克病人的血液培養只有50~60%會有陽性培養結果。</p> <p>敗血症的傳統治療包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 積極的支持療法：給予大量點滴輸液、必要時升壓劑以維持生命現象。 2. 抗生素的使用。 3. 感染病灶的處理：切開引流, 移除血管內裝置或其他體內異物。 4. 治療基本疾病或矯正其他前趨因素。 <p>其它補充說明:</p> <p>經由以上說明，家屬/病人已充份了解目前治療計劃及疾病可能發生之風險，同時了解疾病診斷因病情變化仍可能持續修正、也可能產生罕見或無法預期之變化，並<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意 接受本院之醫療處置。</p>
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：_____
欲徵詢第二意見	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
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。