

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

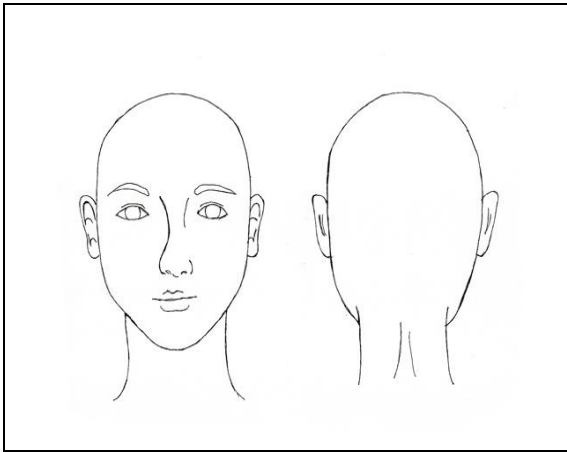
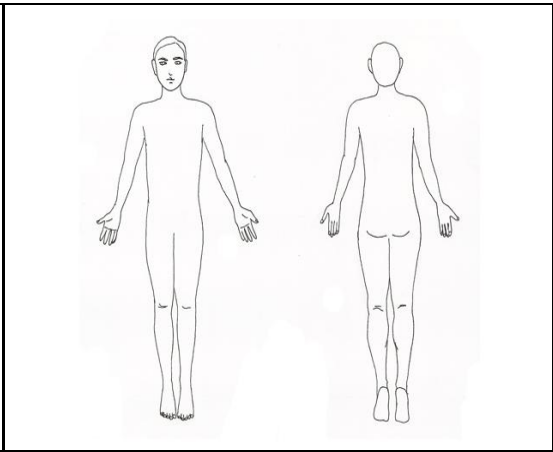
蜂窩性組織炎

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	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 手足 ☐ 子女 ☐ 外傭/看護 ☐ 其他_____
語言	☐ 國語 ☐ 台語 ☐ 客語 ☐ 英語 ☐ 其他_____
國籍	☐ 本籍 ☐ 外籍：_____
教育程度	☐ 未就學 ☐ 小學 ☐ 國中、初中 ☐ 高中 ☐ 大專、大學 ☐ 研究所以上
說明類別	☐ 疾病/治療方針 ☐ 手術/檢查之前/後注意事項 ☐ 用藥指導 ☐ 醫療設備使用注意事項 ☐ 藥物/飲用交互作用 ☐ 飲食與營養 ☐ 復健指導 ☐ 社會資源 ☐ 護理指導 ☐ 入院環境介紹 ☐ 其他_____
學習動機	☐ 積極 ☐ 普通 ☐ 低
學習障礙	☐ 無 ☐ 語言不同 ☐ 聽力不良 ☐ 視力不良 ☐ 理解能力不良 ☐ 家務壓力過大 ☐ 文化差異 ☐ 經濟困難 ☐ 宗教影響 ☐ 疼痛 ☐ 疲憊 ☐ 其他_____ 若有障礙的替代說明方法_____
說明方式	☐ 討論 ☐ 衛教、社會資源單張 ☐ 示範 ☐ 影片/衛教看板 ☐ 其他_____ 若有障礙的替代說明方法_____
說明者 簽章	☐ 護理人員 ☐ 營養師 ☐ 藥師 ☐ 治療師(物理、職能、聽語治療) ☐ 社工師 ☐ 其他_____簽章：_____ ☐ 輔助紀錄者簽章：_____/主治醫師簽章：_____ ☐ 主治醫師簽章：_____
說明 內容	(一) 病人健康狀況、症狀 您的主治醫師：_____ A. 暫定診斷：蜂窩性組織炎，說明如下： 因皮膚感染嚴重而需入院接受治療。 範圍：☐頭皮 ☐臉部 ☐頸部 ☐胸部 ☐腹部 ☐背部 ☐會陰部 ☐上肢 ☐下肢   ☐需照相以做治療前後比較 B. 住院原因：

	☐ 症狀_____ ☐ 異常檢驗值 _____ ☐ 檢查報告 _____ ☐ 其他補充說明 _____ (二) 治療計畫的概要 A. 診斷： ☐ 血液學 ☐ 電解質 ☐ 肝功能 ☐ 腎功能 ☐ 細菌培養 ☐ 放射線影像學檢查 ☐ 皮膚切片檢查 ☐ 皮膚檢體培養 ☐ 其它或說明_____ B. 治療： * 主要藥物： ☐ 靜脈輸液 ☐ 抗生素 ☐ 抗病毒藥 ☐ 止痛藥 ☐ 止癢藥 ☐ 抗過敏藥 ☐ 塗擦藥膏 ☐ 類固醇 ☐ 其他或說明_____ * 主要處置： ☐ 傷口換藥 ☐ 傷口濕敷 ☐ 傷口引流 ☐ 其他或說明_____ C. 衛教(預期效果及危險性、替代方式)： 蜂窩性組織炎治療方法主要有注射藥物、口服藥物與患部傷口護理方式。主治醫師會依據您的情況給予最恰當的治療。若您同時服用其他藥物，請提供藥單以供參考。應避免辛辣食物、煙酒、感染、外傷、來路不明藥物。保持生活作息正常，維持心情輕鬆愉快。 D. 疾病可能發生之風險： 患部範圍可能會擴大，或細菌侵入血液循環全身，同時可能會出現發燒、畏寒、全身倦怠、淋巴腺腫大等症狀。嚴重時甚至會引發敗血症。 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 ☐ 同意 ☐ 不同意 接受本院之醫療處置。
說明對象自我評值	☐ 我已完全瞭解 ☐ 我部分瞭解 ☐ 我完全不瞭解 簽名：_____
欲徵詢第二意見	☐ 否 ☐ 是
對說明對象自我評值之回饋或追蹤	☐ 無 ☐ 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。