

附件一

病人自控式止痛法使用成癮性麻醉藥品醫囑單

申請日期	年 月 日	主治醫師		處方醫師	
病人姓名		年 齡		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病歷號碼		身分證字號			
診 斷					
使 用 原 因	<input type="checkbox"/> 手術後等急性疼痛之控制 <input type="checkbox"/> 癌症疼痛之控制 <input type="checkbox"/> 其他，請說明原因：				
用 法	<p>1.使用天數_____日</p> <p>2.使用成癮性麻醉藥品種類：</p> <p><input type="checkbox"/>嗎啡注射劑（10 毫克／毫升／安瓿），計_____安瓿</p> <p><input type="checkbox"/>_____，計_____安瓿</p> <p>3.稀釋劑：<input type="checkbox"/>生理食鹽水 <input type="checkbox"/>注射用水 <input type="checkbox"/>_____</p> <p>4.注射液總容量：<input type="checkbox"/>100 毫升 <input type="checkbox"/>250 毫升 <input type="checkbox"/>_____毫升</p> <p>5.投藥途徑：<input type="checkbox"/>皮下注射 <input type="checkbox"/>靜脈注射 <input type="checkbox"/>_____</p> <p>6.投藥方式及劑量：</p> <p><input type="checkbox"/>起始劑量(Loading dose)：_____（毫克／次）</p> <p><input type="checkbox"/>連續輸注(Continuous infusion rate)+病人自控(Bolus dose)：</p> <p style="padding-left: 40px;">連續輸注劑量_____（毫克／小時）</p> <p style="padding-left: 40px;">病人自控劑量_____（毫克／次）</p> <p style="padding-left: 40px;">病人自控劑量鎖定時間（Lock Time）</p> <p style="padding-left: 40px;">_____（分；時）</p> <p><input type="checkbox"/>連續輸注：_____（毫克／小時）</p> <p><input type="checkbox"/>病人自控： 病人自控劑量_____（毫克／次）</p> <p style="padding-left: 40px;">病人自控劑量鎖定時間（Lock Time）_____（分；時）</p> <p><input type="checkbox"/>其他：<input type="checkbox"/>無</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>_____小時不超過_____（毫克）</p>				
備 註					