

鎖鏈蛇咬傷病人紀錄表

基本資料

填表醫師：

醫院名稱：

病例號碼：_____ 病人姓名：_____ 性別：男女 年齡：_____歲其他病史：糖尿病高血壓凝血機能障礙肝病腎功能不全藥物治療中毒蛇血清使用病史_____年前_____蛇咬傷 有 無 血清過敏

主訴及病史

何時被咬？_____年_____月_____日_____時_____分

何處被咬？田裡 路邊 家門前 草堆 圳溝旁 其他_____

咬傷部位：_____（請註明左右邊，可以圖示）

到達醫院時間：_____年_____月_____日_____時_____分

症狀：局部（咬傷處）：紅腫脹疼痛壓痛皮下淤青皮下出血
麻木無力傷口流血全身（其他部位或器官）：皮下出血 瘀血 便血 尿血 吐血 咳血
腦出血 小便減少 茶色尿 噁心 嘔吐 腹痛 腹瀉
頭昏 神智改變 其他牙痕：有，1個 2個，無

使用血清時間：_____年_____月_____日_____時_____分，劑量：_____Vials

使用血清時間(2)：_____年_____月_____日_____時_____分，劑量：_____Vials

急性血清之反應：無 有：起紅疹或蕁麻疹 氣促 喉頭緊
呼吸衰竭 昏迷 休克 其他

血壓（每十分鐘）：注射前_____/_____/_____ 注射後_____/_____/_____ /_____ /_____ mHg

脈搏（每十分鐘）：_____次/min

實驗室報告：請填病人檢驗紀錄表

其他治療情形：輸血 血液透析，時間：_____年_____月_____日

時間：_____年_____月_____日

時間：_____年_____月_____日

時間：_____年_____月_____日

時間：_____年_____月_____日

併發症：血清病 過敏性休克 腦病變 其他_____ 無

療效及併發症：一星期_____

評估（說明）：一個月_____

備註：請Copy一份存檔，原稿請寄：115台北市南港區昆陽街161號

疾病管制署 研究檢驗及疫苗研製中心 售品室收