Hemodialysis Conditions （血液透析条件）

*Please fill in the gray cells. (請在灰色格內填入)

First name /名		Blood Type /血液型	
Last name /姓		Gender /性別	
Primary disease /原發病			
Frequency of dialysis/透析時間		/week	
Dry weight /理想體重		Kg	
Cardio-thoracic rate/心胸比		%	
Infectious disease /感染症	HIV ( ) TP ( ) Hep B ( ) RPR (quantitative) ( ) Hep C ( ) other ( )		
Allergies /過敏史			
Contra-indicated drugs /禁忌藥物			

Medical history/既往病史

Heart disease/心臟病 【 ☐ Yes ☐ No 】

Onset history/發病史 【 】

Onset disease/發病疾病 【 】

Diabetes/糖尿病

【 ☐ Yes ・☐ No ・☐ Medication ・ ☐ Insulin 】

Other/其他

【Intradialytic Medications】Oral ・ injected ・ procedures / 透析中內服藥・注射・治療內容

Date Year /年 Month /月 Day /日

Date of birth /出生年月	Year /年 Month /月 Day /日				
Age /年齡	歲				
Initial dialysis date/透析開始日	Year /年 Month /月 Day /日				
Type of dialysis /治療方法	☐ HD ☐ HDF	Dialysis time /透析時間		HRS	
Blood flow /血液流量	mL/min	Dialysate flow /透析液流量		mL/min	
Type of dialyser /透析器類型					
Dialysate /透析液類型					
Anti-coagulant /抗凝血劑					
Initial dose /初始劑量	U	Maintenance dose /維持劑量		U/h	

Blood Access

☐ AVF / 自體 ☐ AVG / 人工血管

☐ Subcutaneously fixed superficial arter / 動脈表在

☐ Buttonhole / 扣眼穿刺 ※根据情况，可能会使用常规穿刺针

☐ aaR Arm / 右 ☐ L Arm / 左

☐ Vascular catheter / 中心靜脈導管 ☐ Other( )

Needle gauge /穿刺針		G
Methods of hemostasis /止血方法	☐ 圧迫止血 / Pressure Hemostasis ☐ 止血帯 /Hemostatic Belt ☐ 其他 / Other ( )	



原则上请附上症状相关照片

Other/其他

MD:	

2023年4月3日 作成

2023年6月2日 改訂