


Hemodialysis Conditions (血液透析条件)

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

Date		Year /年	Month /月	Day /日			
First name /名	Blood Type /血液型	Date of birth /出生年月	Year /年	Month /月	Day /日		
Last name /姓	Gender /性別	Age /年齡	歲				
Primary disease /原發病	Frequency of dialysis /透析時間	/week		Initial dialysis date /透析開始日	Year /年	Month /月	Day /日
Dry weight /理想體重	Kg		Type of dialysis /治療方法	<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HDF	Dialysis time /透析時間	HRS	
Cardio-thoracic rate /心胸比	%		Blood flow /血液流量	mL/min	Dialysate flow /透析液流量	mL/min	
Infectious disease /感染症	HIV () TP ()	Type of dialyser /透析器類型					
	Hep B () RPR (quantitative) ()	Dialysate /透析液類型					
	Hep C () other ()	Anti-coagulant /抗凝血劑					
Allergies /過敏史			Initial dose /初始劑量	U	Maintenance dose /維持劑量	U/h	
Contra-indicated drugs /禁忌藥物			Blood Access				
Medical history /既往病史			<input type="checkbox"/> AVF / 自體瘻 <input type="checkbox"/> AVG / 人工血管 <input type="checkbox"/> Subcutaneously fixed superficial arter / 動脈表在 <input type="checkbox"/> Buttonhole / 扣眼穿刺 <input type="checkbox"/> aaR Arm / 右 <input type="checkbox"/> L Arm / 左 <input type="checkbox"/> Vascular catheter / 中心靜脈導管 <input type="checkbox"/> Other ()				
Heart disease /心臟病	【 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 】		Needle gauge /穿刺針	G			
Onset history /發病史	【		Methods of hemostasis /止血方法	<input type="checkbox"/> 压迫止血 / Pressure Hemostasis <input type="checkbox"/> 止血帶 / Hemostatic Belt <input type="checkbox"/> 其他 / Other ()			
Onset disease /發病疾病	【						
Diabetes /糖尿病	【 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Insulin 】						
Other /其他							
【Intradialytic Medications】 Oral · injected · procedures / 透析中內服藥 · 注射 · 治療內容							
Other /其他							
MD:							