

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院麻醉科系

適用對象(麻醉技術師、員)

<麻醉護理人員交接班>  
標準操作規範

編號：AUNQ01-109-A09

2006年02月01日制訂公佈

2021年08月04日第15次修訂

## 使用規定

- 一、擔任本職務執行作業者，應詳讀本手冊，  
並嚴格遵照執行。
- 二、倘若對所訂內容有疑問，應即向直屬主管請教，務必求得徹底瞭解為止。
- 三、對所訂內容如有改善意見時，應反應直屬主管並作充分溝通，俾使內容更為完整。

## 目錄

壹、工作職責

貳、操作標準

參、異常狀況及處理對策

## 壹、工作職責

總頁數：31 頁數：31-1

### 一、工作目的

- (一)、確實交接班，以了解病患的目前病況、過去病史、藥物過敏史、禁食時間、牙齒情形、手術名稱，及材料設備(點滴、呼吸管)的使用情形，以協助手術順利完成，達到安全麻醉的目的。
- (二)、在接送病患過程中，有安全的生理監測器材，在完全瞭解病患病史、狀況後，全程監測病人生理狀況，以期達到安全的麻醉及接送過程。

(三)、避免造成醫療錯誤。

(四)、提供病患持續性照護。

### 二、工作項目

- (一)、科內交接班：如上廁所、吃飯、臨時離開、上、下班交接。即新修訂之重點交班與全責交班。
- (二)、接送病患之交班：如等候室接病人(包括病房、急診、加護病房的病人)，送恢復室之交接班及送加護病房病患之交接班屬全責交班。

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-2

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹、 等候 室接 病人			<p>一、來自病房之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名與生日、核對手圈、核對病歷、手術方式、手術部位、手術醫師姓名及病史。</p> <p>(三)核對麻醉同意書及麻醉評估暨麻醉計畫. 確認是否完成麻醉術前訪視、麻醉計劃、ASA 評分，已完成訪視者則請家屬簽名並交付麻醉同意書第二聯予家屬（並再次詢問家屬是否已無疑問），並請家屬簽章加日期、時間。未成年病患則需監護人簽署同意書</p> <p>(四)若病人尚未到達則可先檢視電子病歷有關病人之資訊</p> <p>(五)當病患無法對話或是失智者，應與手術室護理師一起核對手圈(姓名、病歷號、出生年月日)，交付同意書時再次詢問家屬，病患基本資料、手術部位等細項。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病患之各項資料應與手術預約單上之資料吻合。</li> <li>2. 入院前應完成麻醉術前評估，麻醉同意書若未完成主治醫師簽名或病人對於病情有疑問，通知醫師完成。麻醉同意書簽署日期超過三個月，請病患重新填寫. 再請麻醉主治醫師更新日期並簽名(同意書日期為西元年)，正副聯交付時應注意。</li> <li>3. 入院檢查項目：如 EKG、胸部 X 光(半年內)及照會之科別，需確認是否完成。</li> <li>4. 對於年幼無法配合者，可由家屬一人陪同進入手術室，以安撫小朋友情緒，待麻醉誘導完成後，再請流動護理師帶家屬至手術房外等候。</li> </ol>	<p>病患辨識應核對基本資料至少兩項。(姓名、生日)</p> <p>麻醉評估暨麻醉計畫單(新增麻醉前牙齒解剖生理評估3項)由麻醉醫師完成，人員應注意病人需求做事前用物準備(BIS、WARM、NMT……)</p> <p>麻醉同意書副聯交付時，如找不到家屬，應在同意書正副聯蓋上，「本人同意在沒有家屬陪同下接受麻醉與手術」印章，請病患簽名後，並在空白處簽上病患自己姓名與時間後，才可入手術室執行麻醉作業</p>
公佈日期：2006 年 02 月				修訂日期：2021 年 8 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數： 31 頁數：31-3

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(五)檢查病人牙齒是否鬆動(應實際檢查病人牙齒了解牙齒實際狀況而非只憑病人自述)、點滴是否順暢、回血，皮膚外觀是否完整及是否有禁治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(六)對於病人之物件如血品、血單、藥物、平安符…等，須與等候室護理師當面清點並確認是否有記錄。</p> <p>二、來自急診之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名與生日、核對手圈、核對病歷、手術方式、手術部位、手術醫師姓名及病史。</p> <p>(三)請主治醫師完成麻醉前評估，並交付麻醉術同意書第二聯給家屬並請家屬簽名加日期、時間。未成年病患則需由監護人簽署麻醉同意書。</p>		<p>5-1 牙齒異常應告知主治醫師，並解釋掉落風險。</p> <p>5-2 A-V shunt 功能異常時，應立即向等候室護理師反應。</p>
				公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-4

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(四)放置氣管內管之患者，須用聽診器聽診，確定兩肺呼吸聲、Endo 深度、呼吸器使用狀況，且需直接目視檢查氣管內管深度情形。</p> <p>(五)確定病患之意識狀況，與急診護理師交接現在病史、過去病史、各項醫療處置(使用藥物之藥名、劑量及配製；各項檢查報告：如血液、尿液、X-RAY；輸備血狀況等)、生命徵象是否穩定，靜脈點滴輸液是否通暢。</p> <p>(六)對於病人之物件如血品、藥物、平安符、假牙…等，須與急診護理師當面清點並確認是否有記錄。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放置 Endo 或氣切之病患，須攜帶 O2 桶、Ambu 及多功能生理監視器前往接病人，其他病人則攜帶 pulse oximeter。</li> <li>2. 接病人前須詢問急診護理師有 Endo 或氣切病人，其氧氣使用濃度、呼吸器使用狀況及病人是否可以自主呼吸。</li> <li>3. 若病患為無名氏，需緊急開刀者，會同急診室警衛共同簽具緊急醫療手術見證書。</li> <li>4. 年幼患者可由家屬陪同進入手術室。</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚並詳實記錄。(由急診攜帶之血品須核對電子輸血辨識，病歷、及血袋之病人姓名、血袋號碼、血型是否相符。)</li> </ol>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-5

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(七)檢視病人牙齒是否鬆動(應確實檢查病人牙齒實際狀況而非只憑病人自述)、點滴是否順暢(回血情形)、皮膚外觀是否完整及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(八)各項交接班完成後，將病人接上所攜帶的生命監視器，再將急診所帶的監測器移除。</p>	<p>2. 當病患意識仍清楚時最好能親口詢問病患血型及以往是否有輸血經驗狀況</p> <p>1. 若有牙齒鬆動情形請告知主治醫師(並詢問是否另備特殊插管用具)，且記錄於麻醉評估暨麻醉計畫表上，確認牙齒是否另有活動假牙未移除及固定假牙之位置。</p> <p>2. 有 A-V shunt 的病人應確認是否功能正常</p>	<p>異常處理</p> <p>麻醉評估暨麻醉計畫(新增麻醉前牙齒解剖生理評估3項)由麻醉醫師完成，人員應注意病人狀況做事前用物之準備</p> <p>A-V shunt 功能異常時，應立即向急診護理師反應</p>
				<p>公佈日期：2006 年 02 月</p>	<p>修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂</p>



## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-6

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>三、來自加護病房之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名、對手圈、病歷、手術方式、手術部位及手術醫師姓名。</p> <p>(三)檢視病人牙齒是否鬆動、點滴是否順暢、皮膚外觀是否完整及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(四)確定病患之意識狀況，與加護病房護理師交接現在病史、過去病史、各項醫療處置（各項檢查報告：如血液、尿液、X-RAY 備輸血狀況…）、生命徵象是否穩定，靜脈點滴輸液是否通暢。核對各項手術前護理是否已完成。</p>	<p>若有牙齒鬆動情形請告知主治醫師，且記錄於全期護理交班單上，確認牙齒是否另有活動假牙未移除及固定假牙之位置。A-Vshunt 則確認是否功能正常。</p> <p>1. 五樓 CVS-ICU、LIVER-ICU、GS-ICU 1、GS-ICU 2 等加護病房之病患需會同流動護理師與麻醉醫師並攜帶多功能生理監視器至加護單位轉送區接病患，其他樓層之加護單位病人則由加護單位護理人員及加護單位醫師陪同送至等候室。</p> <p>2. 接病人時須攜帶多功能生理監視器以便監測病患之生命徵象。</p>	<p>A-V shunt 功能異常時，應立即向加護病房護理師反應</p>
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-7

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(五)對於病人之物件如血品、藥物、平安符、假牙…等，須與 ICU 護理師當面清點。</p> <p>(六)請麻醉主治醫師完成麻醉術前訪視，並交付麻醉術同意書第二聯給家屬並請家屬簽章加日期、時間。未成年病患則需監護人簽署同意書</p> <p>(七)放置 Endo 之患者，須用聽診器聽診，確認兩側肺呼吸聲、Endo 深度、呼吸器使用情形。</p> <p>(九)各項交接完成後，將病人接上所攜帶的多功能生理監視器，再將加護單位所帶的監測器移除。</p>	<p>各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚，且詳實記錄攜帶之血品須核對病歷、電子輸血辨識，核對血袋之病人姓名、血袋號碼、血型是否相符。</p> <p>病人插有 Endo 或氣切病人，須詢問護理師有關病人氧氣使用濃度、Endo 大小、血液氧氣濃度、呼吸器使用狀況及病人是否可以自主呼吸。</p>	
				公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-8

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
貳、 科內 上下 班之 交接班			<p>一、對於病人之物件如血品、藥物、平安符、假牙…等，交接人員須互相核對當面點交。</p> <p>二、電子病歷：包括門診急診病歷紀錄、住院病歷內容、各項檢查報告、過往的麻醉記錄、手術紀錄</p> <p>三、麻醉相關紀錄(電子與紙本)</p> <p>(一)全期護理紀錄單：內容詳實記載病人基本資料、過去病史、牙齒狀況、皮膚完整性以及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt、特殊藥物給予、肌肉鬆弛劑給予時間、靜脈、動脈注射部位、CVP 施打部位。</p>	<p>1. 交接人員須互相檢視病人牙齒、點滴與皮膚外觀，術中用藥情形，並確實記錄異常之部分。</p> <p>2. 若有牙齒鬆情形請告知主治醫師，且記錄於麻醉全期護理紀錄單上，確認牙齒是否另有活動假牙及固定假牙。</p> <p>3. 病患若有 A-V shunt 確認是否正確，並記錄於麻醉全期護理紀錄單上。</p> <p>4. 電子化之麻醉記錄單、DB 單等均應依規定確實記錄以便交接班。</p> <p>5. 接班人員應核對尚未輸注的血品執行電子輸血辨識核對病歷號、姓名、血型、血袋號碼、血品、有效日期是否正確。</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-9

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
				<p>6. 交接完成後接班人員須輸入電子麻醉記錄單之麻醉護士欄位。</p> <p>7. 若外科、麻醉科醫師有特殊指示之醫囑或必須配合之事項時，應記載於麻醉全期護理紀錄單中及時間，並列入交班。</p> <p>8. 交班之流程分為重點性交班與全責交班：                      重點性交班之狀況例如：接上廁所、接吃飯、做檢驗暫時離開、臨時有急事需暫時離開工作崗位...等，全責交班之狀況例如：人員借休、更換班別、更換房間、臨時改調派其他工作、手術結束交給下一個單位...等。</p>	
				公佈日期：2006年02月	修訂日期：2021年08月第15次修訂

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-10

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(二)麻醉計價單：包括病患之基本資料、麻醉醫師之姓名及代號、麻醉方式及計價代號、麻醉科別、是否送 ICU、麻醉訪視勾選、麻醉開始時間、麻醉計價材料項目(包括麻醉專用藥、麻醉共用藥、輸液種類、一般麻醉材料、特殊麻醉材料)品名及數量是否正確。                      電子計價單選取科別及庫台代號皆選取(83A00)，麻醉方式選取、是否送 ICU、麻醉訪視勾選、麻醉開始時間輸入正確，麻醉專用藥材品名、數量正確。                      若病人待床中，請勿上傳電子計價，等待床位出來，書記會通知，再上傳電子計價。</p> <p>(三)電子麻醉病患基本資料登錄表(DB單)：病患之基本資料、手術日期及時間、手術方式等會自動帶入，其餘如手術科別、麻醉方式及麻醉用藥、特別麻醉技術、術前疾病及異常、術中併發症、麻醉前訪視完成與否應輸入完整。</p>	<p>麻醉計價單：(一式三聯)：第一聯送批價處、第二聯科內存檔、第三聯房間內點班存檔以利更換材料，房間內每日盤點藥、物品。</p> <p>輸入方法可參考房間內之 DB 單填寫說明。</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-11

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(四)管制藥品專用處方箋及使用記錄單：使用單位、藥品名稱及規格、病患基本資料、日期、用量用法途徑、處方醫師簽章及使用執照號碼、使用數量、給藥時間、給藥者簽章…。</p> <p>(五)麻醉全期護理記錄單（包含背面麻醉照護交班記錄表之 ISBAR 交班程序已知項目交接）</p>	<p>管制藥品專用處方箋及使用記錄單：一式兩聯，依藥物使用與丟棄應依實際時間劑量填寫並確實填上醫師及其代碼，並雙核簽（丟棄部分一定要簽名，不可蓋章）。管制藥不可分抽，須為同一病患使用。</p> <p>麻醉全期護理記錄單為記錄麻醉全責護理需注意之事項，其中包含靜脈輸液方面、病患生命徵象異常方面，特殊交接方面、外科及麻醉科醫師醫囑方面、儀器方面、管制藥方面…等等，皆需做確認之交接記錄</p> <p>送 ICU 病患須另寫一張手術室重症病人入住加護病房交班單，其中第四項到第十五項由麻醉科人員填寫，其餘皆為開刀房人員填寫</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-12

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>四、設備：包括麻醉機及各類生理監視器（開機檢查表）。</p> <p>五、材料：包括計價材料及不計價材料。</p>	<p>1. 設備在使用過程中有問題請於開機檢查表中呈現並通報 Leader 或護理長以通知儀器課維修及保養。</p> <p>2. 房間內之儀器異常登錄表也一併登錄</p> <p>3. 若向他房借用儀器時須登錄交班本中以利點班</p> <p>1. 計價材料需與房間內之存量及材料計價單上之數量總量相符並記錄於交班本上。</p> <p>2. 如借休下班或另調派負責業務則需交班清楚是否以盤點數量</p> <p>3. 不計價材料需隨時補充其量, 以利麻醉作業之進行。</p>	
				公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

## 貳、操作標準

總頁數：31 頁數：31-13

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
參、 麻醉 後病 患病 情之 交班			<p>一、送病患至恢復室：</p> <p>(一)確保病患在手術後，有良好的照護過程。</p> <p>(二)病患至恢復室後，給予 O<sub>2</sub> 及心電圖、量血壓、血氧等生命徵象監測器。</p> <p>(三)與恢復室護理師交班事項：依麻醉全期護理記錄單上之麻醉照護交班紀錄表項目</p> <p>1、病患基本資料：包括病史（現在病史、過去病史）、疾病診斷、手術名稱等。</p> <p>2. 麻醉中狀況：包括麻醉方式、病患之意識狀況、麻醉中產生之合併症、術中生命徵象之變化、藥物使用狀況、術中出血量、總輸液量及尿量、輸液管路、備輸血狀況、病患牙齒狀態（應確實評估病人牙齒了解病人牙齒之實際狀況而非只憑病人自述）治療禁忌。</p> <p>3. 術後止痛，止痛藥給予劑量與時間。</p>	<p>病患在麻醉甦醒過程中，如生命徵象仍有不穩定狀況者，為確保病患安全考量，於送恢復室途中，可給予氧氣及生命徵象監視器如：EKG、BP monitor、pulse oximeter 等。</p> <p>1. 各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚。</p> <p>2. 病患若有 A-V shunt 於出 OR 前與送至恢復室時須再次確認 shunt 之功能是否正常</p> <p>3. 有任何異常狀況應立即通知麻醉主治醫師並確實記錄牙齒拔管後目前之狀態是否有會搖動之牙齒及固定假牙之位置。</p> <p>4. 麻醉全期護理記錄單也需列入交接班，恢復室也需自行記錄</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	



## 貳、操作標準

總頁數：31 頁數：31-14

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>4、完成交班後第一次生命徵象之登錄，包括：時間、心跳、血壓、呼吸、SPO2 及體溫；登錄於麻醉全期護理記錄單上之” at PAR (ICU) data 之欄位上，並與恢復室之負責照護護士互相簽認。</p> <p>5. 麻醉全期護理記錄單、麻醉同意書及麻醉評估暨麻醉計畫應放於病歷夾中並於開刀房裡送出病患前再檢查一次一併交付恢復室護士。</p> <p>6. 對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，交接人員須互相核對當面點交。</p> <p>二、送病患至加護病房：</p> <p>(一) 先由麻醉主治醫師風險評估</p> <p>(二) 事先以電話通知加護病房準備 ventilator</p> <p>(三) 準備 O2、Ambu、多功能生理監視器等，於護送過程中隨時監測生命徵象。</p>	<p>若有血液尚未輸完應確實口頭確認：電腦尚未輸入結束時間</p> <p>1. 依麻醉醫師評估結果準備生理監視儀器(A 級：準備多功能生理監視器，B 級：SaO<sub>2</sub> 即可，加護病房一律準備多功能生理監視器)</p> <p>2. 須測試氧氣筒的量是否足夠(氧氣筒存量應高於 1500ML)</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31- 15

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>(四)與加護病房交班包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、病歷：包括病史（現在病史、過去病史）、疾病診斷、手術名稱等。</li> <li>2、麻醉全期護理記錄單：書面交接班記錄依據，其中登錄病人術中麻醉相關事項、外科醫師醫囑、給藥狀況…等</li> <li>3、完成交班後第一次生命徵象測量之登錄，包括：心跳、血壓、呼吸、SPO2 及體溫；登錄於麻醉記錄單上之” at PAR (ICU) data 之欄位上，並與加護病房之負責照護之護士互相簽認。</li> <li>4、對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，交接人員須互相核對當面點交。</li> <li>5. 交完班後，麻醉全期護理單張須交回 PAR 置物籃內。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 應與外科醫師、流動護理師一起送病人至加護病房交班，再視病患情況準備急救藥物：如 Bosmin、ephedrine、atropine 等。</li> <li>1. 各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚，且詳實記錄</li> <li>2. 病患若有 A-V shunt 於出 OR 前與送至加護病房時須再次確認 shunt 之功能是否正常。</li> <li>3. 送 ICU 病患須填寫手術室重症病人入住加護病房交班單，其中第四項到第十五項由麻醉科人員填寫，其餘皆為開刀房人員填寫。</li> </ol>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

總頁數：31

頁數：31-16

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>5、麻醉同意書及麻醉評估暨麻醉計畫一併交付加護病房護理師。</p> <p>6. 麻醉全期護理紀錄單：包括：運送風險評估、運送標準檢視勾選、TRM 交接班 ISBAR list，人員可藉由表單上之項目一一循序施行交接班作業。</p> <p>照護病患時產生異常或特殊本身的異常情形，如：</p> <p>(一) 年長病患，牙齒可能因牙周病鬆動或脫落</p>	<p>3. 牙齒拔管後目前之狀態是否有會搖動之牙齒及固定假牙之位置。</p> <p>牙齒若未掉落，則慎防掉落，事先告知家屬或病患，牙齒可能掉落，且於麻醉錄單上註明及交班。若牙齒已掉落，將掉落之牙齒交給家屬保管。</p>	
			公佈日期：2006 年 02 月	修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-17

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
肆、 異常 交班			<p>(二) 褥瘡</p> <p>(三) 點滴滲漏</p>	<p>長期臥床之病患，因疾病因素須維持一定之姿勢或無法自行翻身，而造成褥瘡，於手術麻醉進行過程中，避免持續性之壓迫，加深損害之面積；若於手術過程中所產生之皮膚發紅、破皮，則需由流動護理師填寫壓瘡提報表，並確實交班予術後照護單位，以提供完整性之照護。</p> <p>1. 評估點滴滲漏造成之損害情形，於術後交班並即時反應與麻醉主治醫師，是否需做後續之處置。 2. 須於麻醉全期護理紀錄單註記以方便訪視人員查看</p>	
				公佈日期：2006年02月	修訂日期：2021年08月第15次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(一)

總頁數：31 頁數：31-18

作業目的	適用範圍	使用器材、工具
<p>一、確實交接班，以了解病患的病史、手術進行，及材料設備的使用情形，以協助手術順利完成，達到安全麻醉的目的。</p> <p>二、在接送病患過程中，有安全的監視器材，在完全瞭解病患病史、狀況後，以期達到安全的麻醉及接送過程。</p> <p>三、避免造成醫療錯誤</p> <p>四、提供病患持續性照護。</p>		<p>一、schedule、病歷、手圈</p> <p>二、麻醉機</p> <p>三、生命徵象監測器： EKG、BP monitor、Pulse Oximeter、Artery line 及用附屬用物 (transducer 及 dome holder)</p> <p>四、各項附屬儀器：乾、濕 Blanket、恆溫水槽、乾式溫血器…。(自費耗材如 LMA, WARMER, OMT, PRECEDEX, BIS, ZOFRAN)</p> <p>五、開機檢查表</p> <p>六、材料點班表</p> <p>七、各項表單：麻醉記錄單、麻醉計價單、麻醉術同意書、麻醉評估暨麻醉計畫表、麻醉全期護理記錄單、管制藥品專用處方箋及使用記錄單。</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

總頁數：31 頁數：31-19

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹、 等候 室接 病人	<p>一、來自病房之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名、核對手圈、核對病歷、手術方式、手術部位、手術醫師姓名及病史。</p> <p>(三)核對麻醉術同意書及麻醉評估暨麻醉計畫，確認是否完成麻醉術前訪視，已完成訪視者則請家屬簽名並交付麻醉術同意書第二聯予家屬，並請家屬簽章加日期、時間。未成年病患須監護人簽署同意書</p> <p>(四)檢視病人牙齒是否鬆動（應確實檢查病人牙齒了解病人牙齒之實際狀況而非只憑病人自述）、點滴是否順暢、皮膚外觀是否完整及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(五)對於病人之物件如血品、血單、藥物、平安符…等，須與外科護理同仁當面清點並確認是否有記錄。</p> <p>二、來自急診之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名、核對手圈、核對病歷、手術方式、手術部位、手術醫師姓名及病史。</p>	<p>一、病患之各項資料應與手術預約單 (schedule) 上之資料吻合。</p> <p>二、病患入院前應完成麻醉前訪視，麻醉術同意書若尚未完成主治醫師簽名或病人對於病情尚有疑問時，則通知主治醫師完成。麻醉術同意書簽署日期若超過三個月，則請病患或其家屬重新填寫，再請麻醉主治醫師更新日期並蓋章。</p> <p>三、入院檢查項目：如 EKG、胸部 X 光及特殊照會，確認是否已完成。</p> <p>四、對於年幼患者，無法充分配合者，可由家屬一人陪同進入手術室，以安撫小朋友之情緒，待麻醉誘導完成後，再請流動護士帶家屬至手術房外等候。</p> <p>五、檢核病患靜脈輸液之流暢性，回血情形並即時反應異常</p> <p>1. 若有牙齒鬆動情形請告知主治醫師（並詢問是否備插管輔助用具），並記錄在麻醉評估暨麻醉計畫單及麻醉全期護理記錄單上，並跟病患解釋牙齒脫落的可能風險。</p> <p>2. 病患若有 A-V shunt 則確認是否功能正常</p> <p>3. 意識不清者，須詢問照護者（家屬）。</p> <p>4. 視病人情況攜帶生理監視器</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-20

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>(三)請主治醫師完成麻醉前評估，並交付麻醉術同意書第二聯予家屬並請家屬簽章加日期、時間。</p> <p>(四)放置 Endo 之患者，須用聽診器聽診，確定兩肺呼吸聲、Endo 深度、呼吸器使用狀況，且需直接目視 Endo 深度情形。</p> <p>(五)確定病患之意識狀況，與急診護士交接現在病史、過去病史、各項醫療處置（使用藥物之藥名、劑量及配製；各項檢查報告：如血液、尿液、X-RAY；輸備血狀況…）、生命徵象是否穩定，靜脈點滴輸液是否通暢，回血情形。</p> <p>(六)對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，須與護理同仁當面清點並確認是否有記錄。</p> <p>(七)檢視病人牙齒是否鬆動（應確實檢查病人牙齒了解病人牙齒之實際狀況而非只憑病人自述）、點滴是否順暢、皮膚外觀是否完整及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(八)各項交接完成後，將病人接上所攜帶的生理監測器，再將急診所帶的監測器移除。</p>	<p>1. 放置 Endo 或氣切之病患，需攜帶多功能生理監視器前往接病人，其他病人則攜帶 pulse oximeter。</p> <p>2. 若病人插有 Endo 或氣切病人，則須詢問急診護士病人氧氣使用濃度、血液氧氣濃度、呼吸器使用狀況及病人是否可以自主呼吸。</p> <p>3. 若病患為無名氏，需緊急開刀者，會同急診室警衛簽具緊急醫療手術見證書。</p> <p>4. 年幼患者可由家屬陪同進入手術室。</p> <p>1. 各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚並確實記錄。</p> <p>2. 由急診攜帶之血品須執行電子輸血辨識核對病歷及血袋之病人姓名、血袋號碼、血型是否相符。</p> <p>3. 當病患意識仍清楚時最好能親口詢問病患血型及以往是否有輸血經驗狀況</p> <p>1. 若有牙齒鬆動情形請告知主治醫師，且記錄於麻醉評估暨麻醉計畫單及麻醉全期護理記錄單上，確認牙齒是否另有活動假牙未移除及固定假牙之位置。有 A-V shunt 的病人則確認是否功能正常</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

總頁數：31 頁數：31-21

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>三、來自加護病房之病患：</p> <p>(一)自我介紹</p> <p>(二)依據麻醉同意書核對並詢問病患姓名、對手圈、病歷、手術方式、手術部位及手術醫師姓名。</p> <p>(三)檢視病人牙齒是否鬆動(應確實檢查病人牙齒了解病人牙齒之實際狀況而非只憑病人自述)、點滴是否順暢、皮膚外觀是否完整及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p> <p>(四)確定病患之意識狀況，與加護病房護士交接現在病史、過去病史、各項醫療處置(使用藥物之藥名、劑量；檢查報告：如血液、尿液、X-RAY 備輸血狀況…)、生命徵象是否穩定，靜脈點滴輸液是否通暢回血。核對各項手術前護理是否已完成。</p> <p>(五)對於病人之物件如血品、藥物、平安符，須與 ICU 護理師當面清點。</p> <p>(六)請麻醉主治醫師完成麻醉術前訪視，並交付麻醉術同意書第二聯予家屬並請家屬簽章加日期、時間。</p>	<p>若有牙齒鬆動情形請告知主治醫師，且記錄於麻醉評估暨麻醉計畫及麻醉全期護理記錄單上(另外先行準備特殊插管用具)，確認牙齒是否另有活動假牙未移除及固定假牙之位置。A-Vshunt 則確認是否功能正常。</p> <p>1. 五樓加護病房之病患需會同流動護士與麻醉醫師並攜帶生理監視器至加護單位接病患，其他樓層之加護單位病人則由加護單位護理人員及加護單位醫師陪同送至等候室。</p> <p>1. 接病人時須攜帶多功能生理監視器以監測病患之生命徵象。</p> <p>各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚，且詳實記錄攜帶之血品須執行電子輸血辨識核對病歷、及血袋之病人姓名、血袋號碼、血型是否相符。</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂



麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

總頁數：31 頁數：31-22

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>(七)放置氣管內管之患者，須用聽診器聽診，確認兩側肺呼吸聲、Endo深度、呼吸器使用情形。</p> <p>(八)各項交接完成後，將病人接上所攜帶的生理監視器，再將加護單位所帶的生理監視器移除。</p>	<p>病人插有 Endo 或氣切病人，則須詢問護理人員有關病人氧氣使用濃度、氣管內管大小、血液氧氣濃度、呼吸器使用狀況及病人是否可以自主呼吸。</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-23

項次	操作說明或作業流程	注意事項
貳、科內上下班之交接班	<p>一、對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，交接人員須互相核對當面點交。</p> <p>二、電子病歷：包括門診急診病歷紀錄、住院病歷內容、各項檢查報告、過往的麻醉記錄、手術紀錄</p> <p>三、麻醉全期護理紀錄單：內容詳實記載病人基本資料、過去病史、牙齒狀況、皮膚整性以及是否有禁做治療的肢體或 A-V shunt。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 交接人員須互相檢視病人牙齒、點滴與皮膚外觀，並確實記錄異常之部分。</li> <li>2. 若有牙齒鬆情形請告知主治醫師，且記錄於麻醉評估暨麻醉計畫及麻醉全期護理紀錄單上，確認牙齒是否另有活動假牙及固定假牙。</li> <li>3. 病患若有 A-V shunt 則確認是否正常，並記錄於麻醉全期護理紀錄單上。</li> <li>4. 電子化之麻醉記錄單、DB 單等均應依規定確實記錄以便交接班。</li> <li>5. 接班人員應核對尚未輸注的血品執行電子輸血辨識核對病歷、姓名、血型、血袋號碼、血品、有效日期是否正確，點交無誤後應將各血品再放回麻醉工作車上之血品置放盒內。並登入自己的 HIS 系統，才可繼續進行未輸完血袋之輸入。</li> <li>6. 交接完成。後接班人員須輸入電子麻醉記錄單之麻醉護士欄位。</li> <li>7. 若外科、麻醉科醫師有特殊指示之醫囑或必須配合之事項時，應記載於麻醉全期護理紀錄單中，並列入交班。</li> <li>8. 交班之流程分為重點性交班與全責交班： 重點性交班之狀況例如：接上廁所、接吃飯、做檢驗暫時離開、臨時有急事需暫時離開工作崗位…等，全責交班之狀況例如：人員借休、更換班別、更換房間、臨時改調派其他工作、手術結束交給下一個單位…等。</li> </ol>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-24

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>(一)麻醉計價單：包括病患之基本資料、麻醉醫師之姓名及代號、麻醉方式及計價代號、麻醉科別、是否送 ICU、麻醉訪視勾選、麻醉開始時間、麻醉計價材料項目(包括麻醉專用藥、麻醉共用藥、輸液種類、一般麻醉材料、特殊麻醉材料)品名及數量是否正確。</p> <p>(二)電子麻醉病患基本資料登錄表 (DB 單)：病患之基本資料、手術日期及時間、手術方式等會自動帶入，其餘如手術科別、麻醉方式及麻醉用藥、特別麻醉技術、術前疾病及異常、術中併發症、麻醉前訪視完成與否應輸入完整。</p> <p>(三)管制藥品專用處方箋及使用記錄單：使用單位、藥品名稱及規格、病患基本資料、日期、用量用法途徑、處方醫師簽章及使用執照號碼、使用數量、給藥時間、給藥者簽章…。</p> <p>(四)麻醉全期護理記錄單 (包含背面麻醉照護交班記錄表之 ISBAR 交班程序已知項目交接)</p>	<p>麻醉計價單：(一式三聯)：第一聯送批價處、第二聯科內存檔、第三聯房間內點班存檔以利更換材料，房間內每日盤點藥、物品。 電子計價單科內及庫台代碼 83A00 輸入正確，確實做好計價。</p> <p>輸入方法可參考房間內之 DB 單填寫說明。</p> <p>管制藥品專用處方箋及使用記錄單：一式兩聯，依藥物使用與丟棄應依實際時間劑量填寫並確實填上醫師及其代碼，藥物丟棄要雙核對，並雙核簽(丟棄部分一定要簽名，不可蓋章)。</p> <p>麻醉全期護理記錄單為記錄麻醉全責護理需注意之事項，其中包含靜脈輸液方面、病患生命徵象異常方面，特殊交接方面、外科及麻醉科醫師醫囑方面、儀器方面、管制藥方面…等等，皆需做確認之交接記錄</p>
		<p>公佈日期：2006 年 02 月 修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂</p>

## 麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

總頁數：31 頁數：31-25

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>四、設備：包括麻醉機及各類生理監視器（開機檢查表）。</p> <p>五、材料：包括計價材料及不計價材料。</p>	<p>1. 設備若在使用過程中有問題請於開機檢查表中呈現並通報 Leader 或護理長以通知儀器課維修及保養。</p> <p>2. 房間內之儀器異常登錄表也一併登錄</p> <p>3. 若向他房借用儀器時須登錄交班本中以利點班</p> <p>1. 計價材料需與房間內之存量及材料計價單上之數量總量相符並記錄於交班本上。</p> <p>2. 如借休下班或另調派負責業務則需交班清楚是否有盤點數量並登記在點班單上。</p> <p>3. 不計價材料需隨時補充其量, 以利麻醉作業之進行。</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-26

項次	操作說明或作業流程	注意事項
<p>參、 麻醉 後病 患病 情之 交班</p>	<p>一、送病患至恢復室：                      (一)確保病患在手術後，有良好的照護過程。                      (二)病患至恢復室後，給予 O<sub>2</sub> 及心電圖、量血壓、血氧等生理監視器。                      (三)與恢復室護理師交班事項：依麻醉全期護理記錄單上之麻醉照護交班紀錄表交班</p> <p>2、病患基本資料：包括病史（現在病史、過去病史、過敏史）、疾病診斷、手術名稱等。</p> <p>2. 麻醉中狀況：包括麻醉方式、病患之意識狀況、麻醉中產生之合併症、術中生命徵象之變化、藥物使用狀況、術中出血量、總輸液量及尿量、輸液管路、備輸血狀況、病患牙齒狀態、治療禁忌。</p> <p>3. 術後止痛，止痛藥給予劑量與時間。</p> <p>4、完成交班後第一次生命徵象測量之登錄，包括：時間、心跳、血壓、呼吸、牙齒狀況、血氧指數及體溫；登錄於麻醉全期護理記錄單上之” at PAR (ICU) data 之欄位上，並與恢復室之負責照護護士互相簽認。</p> <p>5. 麻醉全期護理記錄單、麻醉術同意書及麻醉評估暨麻醉計畫表一併交付恢復室護士。</p> <p>6. 對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，交接人員須互相核對當面點交。</p>	<p>病患在麻醉甦醒過程中，如生命徵象仍有不穩定狀況者，為確保病患安全考量，於送恢復室途中，可給予氧氣及生命徵象監視器</p> <p>1. 病患若有 A-V shunt 於出 OR 前與送至恢復室時須再次確認 shunt 之功能是否正常</p> <p>2. 一旦有任何異常之狀況應立即通知麻醉主治醫師並確實記錄牙齒拔管後目前之狀態是否有會搖動之牙齒及固定假牙之位置。</p> <p>3. 麻醉全期護理記錄單也需列入交接班，恢復室也需自行記錄。</p> <p>各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚，若有血液尚未輸完應確實口頭確認：電腦尚未輸入結束時間</p>
<p>公佈日期：2006 年 02 月</p>		<p>修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂</p>

總頁數：31 頁數：31-27

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>二、送病患至加護病房：</p> <p>(一) 先由麻醉主治醫師風險評估</p> <p>(二) 事先電話通知 ICU 準備 ventilator 及各項 monitor。</p> <p>(三) 準備 O<sub>2</sub>、Ambu、多功能監視器，於護送過程中隨時監測生命徵象。</p> <p>(四) 與加護病房交班事項包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、病歷：包括病史（現在病史、過去病史）、疾病診斷、手術名稱等。</li> <li>2、麻醉記錄單：包括麻醉方式、病患之意識狀況、麻醉中產生之合併症、術中生命徵象之變化、藥物使用狀況、術中出血量、總輸液量及尿量、輸液管路、備輸血狀況、病患牙齒狀態、治療禁忌。</li> <li>3、完成交班後第一次生命徵象測量之登錄，包括：心跳、血壓、呼吸、血氧指數及體溫；登錄於麻醉記錄單上之” at PAR (ICU) data 之欄位上，並與加護病房之負責照護之護理師互相簽認。</li> <li>4、對於病人之物件如血品、藥物、平安符、…等，交接人員須互相核對當面點交。</li> <li>5、麻醉術同意書及麻醉評估暨麻醉計畫表一併交付加護病房護理師。</li> </ol>	<p>1. 依麻醉醫師評估結果準備生理監視儀器(A 級：準備多功能生理監視器，B 級：SaO<sub>2</sub> 即可。)</p> <p>2. ICU 應準備 O<sub>2</sub>、Ambu，於護送過程中隨時監測生命徵象，須先測試氧氣筒的量是否足夠。</p> <p>3. 應與外科醫師、流動護理師一起送病人至加護病房交班。</p> <p>1. 各項藥物與血液製品交班時須當面點交清楚，且詳實記錄</p> <p>2. 病患若有 A-V shunt 於出 OR 前與送至加護病房時須再次確認 shunt 之功能是否正常</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(二)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31 頁數：31-28

項次	操作說明或作業流程	注意事項
肆、異常交班	<p>照護病患時產生異常或特殊本身的異常情形，如：</p> <p>(一) 年長病患，牙齒可能因牙週病鬆動或脫落</p> <p>(二) 褥瘡</p> <p>(三) 點滴滲漏</p>	<p>牙齒若未掉落，則慎防掉落，事先告知家屬或病患，牙齒可能掉落，且於麻醉全期護理紀錄單上註明及交班。若牙齒已掉落，將掉落之牙齒交於家屬保管。</p> <p>長期臥床之病患，因疾病須維持一定姿勢或無法自行翻身，而造成褥瘡，於手術麻醉進行過程中，避免持續性之壓迫，加深損害之面積；若於手術過程中所產生之皮膚發紅、破皮，則請 OR 護理師填寫壓瘡提報表，並確實交班予術後照護單位，以提供完整性之照護。</p> <p>1. 評估滲漏所造成之損害，於術後交班並即時反應與麻醉主治醫師。是否需做後續之處置。</p> <p>2. 須於麻醉全期護理紀錄註記以方便訪視人員查看</p>
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

麻醉護理人員交接班之護理標準操作規範(三)

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-29

- 一、「麻醉技術人員工作規範」(2002) 長庚醫院。
- 二、邱豔芬(1990) 手術室護理 台北 文軒。

公佈日期：2006 年 02 月

修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂



## 參、異常狀況及處理對策

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-30

異常狀況	發生原因	處理對策
一、延遲接病患	一、 NPO 不足 二、外科未開立醫囑，導致手術前之各項檢查未執行，造成病患之危害。 三、麻醉前訪視未完成 四、所接之病患為重症之病患	1、等 NPO 時間. 以防因嘔吐致吸入性肺炎 2、請外科醫師開立醫囑，確實執行各項麻醉前檢查。 3、通知主治醫師完成麻醉術前訪視 4、以電話再次詢問主護護士，以了解病患病情。 5、填寫統計異常事件反應表，以作為改進之方針。
二、危害病患病情	一、 未能充分了解病患之病情 二、 藥物交接不清楚 三、 靜脈管路滑脫 四、 無 Monitor 監測 五、 氣管內管滑脫或氣管內管異位（食道插管）	1、於接送病患之時，依病患病情之需準備生理監視器，確實監測生命徵象。 2、各項藥物之配置，須有標籤標示清楚，並請外科醫師開立醫囑。 3、對於病情不穩定之病患，接送病患時，先準備急救藥及急救用品. 醫師一併隨同接送病患。 4、維持呼吸道及靜脈管路通暢，放置氣管內管之病患，以聽診器聽診，以確定氣管內管之深度位置，若有異常，則立即通知主治醫師處理。
三、皮膚受損	一、 手術時間過長。 二、 氣管內管及靜脈點滴管路之固定不完全，皮膚未做適度之保護。 三、 保溫之儀器溫度設定錯誤(如 Blanket. 溫血器等…)。	1、氣管內管之固定不可太緊以防皮膚壓瘡，呼吸管路給予適度之保護，避免直接接觸病患皮膚。 2、靜脈點滴管路可用石膏棉捲纏繞，以免直接接觸病患皮膚。 3、Blanket 之溫度設定在 38°C. 溫血器之溫度設定在 38°C。
公佈日期：2006 年 02 月		修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂

## 參、異常狀況及處理對策

編號：AUNQ01-109-A09

總頁數：31

頁數：31-31

異 常 狀 況	發 生 原 因	處 理 對 策
四、呼吸道異物	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 牙齒鬆動掉落</li> <li>2. 鼻溫套遺留於鼻腔內</li> <li>3. 病患嘔吐，造成吸入性肺炎</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 若有鬆動之牙齒，於麻醉全期護理記錄單上註明，並且事先與病患及家屬溝通，以免於拔管時掉落，阻塞呼吸道。</li> <li>2. 鼻溫套以 3M 膠布固定於鼻子外，以免陷入鼻腔內</li> <li>3. 確定病患 NPO 之時間是否足夠，若是 NPO 時間不足，於麻醉記錄單上註明，運用快速誘導麻醉及插管法 (Rapid induction and crash intubation)，或事先給予鼻胃管以達到腸胃減壓，準備抽吸器，於嘔吐時快速抽吸以免造成吸入性肺炎。</li> </ol>
五、麻醉計價異常	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病患基本資料不符</li> <li>2. 麻醉方式計價異常</li> <li>3. 麻醉起迄時間異常</li> <li>4. 計價藥物或材料異常</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在填寫病患資料時先行核對病歷首頁看是否相符</li> <li>2. 計價加總錯誤</li> <li>3. 麻醉時間換算錯誤</li> </ol>
六、物件遺失	人員未確實交班	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 單位對單位須確實建立交班機制，填寫借物條並簽名</li> <li>2. 物件交班流動護理師應寫於手術前護理記錄單上，確實記錄</li> </ol>
七、麻醉紀錄單處置項目未填寫	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人員漏交班</li> <li>2. 人員忘記填寫</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主要麻醉護理人員應負責檢視及填寫所有麻醉過程中使用之表單與記錄，以達完整性、一貫性</li> <li>2. 若遇緊急搶救時因給予藥物過多另有專人紀錄，將屬例外事件但在場協助人員應提高警覺，將所做之給藥與護理覆誦給紀錄人員，以防漏紀錄</li> </ol>

公佈日期：2006 年 02 月      修訂日期：2021 年 08 月第 15 次修訂