

敬愛的醫事（務）部同仁：

您好！這是一份關於醫院實施臨床路徑效能之相關研究，研究對象為89年7月至90年6月接受人工髌（膝）關節置換術（單側/住院）的病患。本研究希望藉由學術性的探討分析，以瞭解臨床路徑的實施效能，俾作為醫院管理者提升品質及經營效率時的參考。

本問卷對於所有個別資料絕對保密，僅供整體分析之用，絕不單獨對外公開。為了確實取得所需資訊，請您根據病歷資料詳實填答，我們懇切盼望獲得您的協助與支持。謝謝您！

敬祝 身體健康、萬事如意

國立東華大學企業管理學系所

副教授 祝道松 博士敬上

聯絡電話：03-8662500 轉 20118

中 華 民 國 九 十 年 六 月

◎個案篩選方式，標準有下列三點：

一、為執行單側人工全髌（膝）關節置換術者。

二、以主要處置或次要處置為全髌（膝）關節置換術（國際疾病臨床分類臨床修正代碼，簡稱ICD-9CM，為「81.51」及「81.54」）者。

三、排除主要診斷碼或次要診斷碼為骨骼及關節軟骨之惡性腫瘤（ICD-9CM 為「170.XX」）、骨骼及骨髓之續發性惡性腫瘤（ICD-9CM 為「198.5」）、血液凝固缺陷（ICD-9CM 為「286.XX」）者。

又當病人一次住院同時執行全股關節置換術及全膝關節置換術時，醫院則以支付點數高的為歸屬，故當有病患同時執行全股關節置換術及全膝關節置換術時，此病患仍為本研究的研究對象。

填表人

單位：

姓名：

人工全髖（膝）關節置換術病患資料收集記錄表

Total Hip (Knee) Replacement Data Collection Form

資料來源：病歷

1. 醫院名稱：_____ 5. 出生日期：_____年_____月_____日
2. 病歷號碼：_____ 6. 入院日期：_____年_____月_____日
3. 病患姓名：_____ 7. 病房號碼：_____
4. 性別：(1)_____男；(2)_____女

8. 手術日期：_____年_____月_____日（時間：_____時_____分至_____時_____分）

9. 手術位置： (1)_____髖部左側；(2)_____髖部右側；
(3)_____膝部左側；(4)_____膝部右側。

10. 移除留置導尿管日期：_____年_____月_____日

11. 移除傷口引流管日期：_____年_____月_____日

12. 移除靜脈點滴注射日期：_____年_____月_____日

13. 手術後，在輔助器的協助下，可下床行走日期：_____年_____月_____日

14. 出院日期：_____年_____月_____日

15. 出院時主要診斷：☐ 骨性關節炎；☐ 風濕性關節炎；☐ 其他_____

16. 有無次要診斷：(0)_____無；(1)_____有：_____

17. 主要處置：_____

18. 有無次要處置：(0)_____無；(1)_____有：_____

19. 出院時使用連續被動性運動器（Continuous Passive Motion, CPM）的度數_____

20. 併發症：(0)_____無；(1)_____有（續答以下問題，請於適當位置√選）

_____手術後 72 小時體溫大於攝氏 38.5 度

_____DVT PER DIAGNOSTIC TESTS

_____人工髖（膝）關節脫臼

_____重回手術室

_____感染：

_____呼吸道感染

_____手術傷口感染：_____表面_____深部_____需外科處理

_____泌尿道感染

_____皮膚感染（除手術傷口以外的部位）

_____敗血症

_____其他特殊之感染：_____

_____其他併發症：_____

21. 是否 14 天再入院：(0)_____無；(1)_____有

22. 住院醫療費用（包括：總醫療費用為診察費、病房費、檢查費、放射線診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液血漿費、麻醉費、特殊材料費、藥費、藥事服務費、注射技術費，共 13 項總和。）

總和：_____