

高雄市立大同醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)

動靜脈瘻管擴張術轉檢單

病患姓名：

預約時間：____月____日____時____分

Hemodialysis Access：AV Fistula AV Graft

Anastomosis：左右

Snuff Box Radiocephalic Brachiocephalic Others：_____

Indications：

瘻管塌陷

衝擊聲或震顫微弱/不連續/音調改變

無法達到透析時設定之幫浦流速

KT/V 或 URR 不足

動靜脈瘻管血流流速降低：

_____ ml/min

血管通路遠端肢體腫脹

靜脈壓異常升高：_____ mmHg

止血時間 > 30 分鐘 (發生次數 ≥ 兩次以上)

動靜脈瘻管再循環率上升：_____ %

動靜脈瘻管血栓切除術後追蹤

手術日期：_____

其他：_____

醫療院所：

醫師：

【檢查注意事項】

- ⊙ 請攜帶**健保 IC 卡**。
- ⊙ **初診病患**請預先至**一樓聯合服務中心**完成自我健康評估表，隨後連同轉檢單一起交予二樓心導管室護理師。
- ⊙ **複診病患**請於預約時間，持轉檢單至高雄市立大同醫院**二樓手術室大門旁**之心導管檢查室按鈴報到。
- ⊙ 請將轉檢單交予護理人員，我們會引導您完成術前的準備工作。
- ⊙ 請穿著寬鬆之衣物，身上飾品(戒指、手鐲、項鍊、耳環)請於檢查前取下。建議您於就診前將身上飾品置於家中。
- ⊙ 請禁食四小時以上。糖尿病患者於檢查當日勿服用降血糖藥物或施打胰島素。若等待期間出現低血糖症狀(頭暈、盜汗、心跳加速、意識模糊)，請立即通知我們，讓我們幫您處理。

