

台北榮總中風登錄表 (急診)

姓名		病歷號		性別	
急診診斷					
Carotid TIA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICH	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> VBI	
Cerebral infarct	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Sinus thrombosis		<input type="checkbox"/> SAH	
Cerebellar infarct	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Brainstem infarct		<input type="checkbox"/> 其他	
Modified Rankin Scale	到院方式	轉介方式	發生時機		
發病前：_____分	<input type="checkbox"/> 家人開車	<input type="checkbox"/> 直接至本院急診	<input type="checkbox"/> 睡覺		
急診時：_____分	<input type="checkbox"/> 計程車	<input type="checkbox"/> 開業醫轉診	<input type="checkbox"/> 日常活動		
	<input type="checkbox"/> 救護車 (醫院)	<input type="checkbox"/> 外院轉診	<input type="checkbox"/> 運動		
	<input type="checkbox"/> 救護車 (EMS)	<input type="checkbox"/> 本院門診轉診	<input type="checkbox"/> 生氣激動興奮		
	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他		
Timing	日期	時間(24hr)	昏迷指數		
發生時間	____年__月__日	____時__分	E____ V____ M____		
<input type="checkbox"/> 發生時間未知			BP：____ (SP) / ____ (DP)		
至急診時間	____年__月__日	____時__分	平均血壓：____ *MBP=(SP+2DP)/3		
急診醫師檢視時間	____年__月__日	____時__分	NIHSS：____		
神內醫師檢視時間	____年__月__日	____時__分	Modified Rankin Scale：(填在左上處)		
Brain CT 完成時間	____年__月__日	____時__分	0 無症狀。		
Thrombolytic Tx 時間	____年__月__日	____時__分	1 有症狀，但無顯著殘障，可以自行執行日常生活活動者。		
<input type="checkbox"/> Thrombolytic Tx 時間未知			2 稍有殘障：不能執行所有發病前能從事的活動，但是未經協助也可以照顧自己的生活。		
神外醫師檢視時間	____年__月__日	____時__分	3 中度殘障：日常生活需要一些幫忙，但不經協助也可以獨自行走。		
<input type="checkbox"/> 神外醫師檢視時間未知			4 中度嚴重殘障：若不經協助，則不能行走，也不能執行日常生活。		
手術開始時間	____年__月__日	____時__分	5 重度殘障：臥床，失禁，需要護工長期照顧者。		
至觀察床時間	____年__月__日	____時__分			
至病房時間	____年__月__日	____時__分			
急診治療方式		急診治療結果		離開急診	
<input type="checkbox"/> t-PA IV	<input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> 復原	<input type="checkbox"/> 入院		
<input type="checkbox"/> Urokinase IA	<input type="checkbox"/> LWM heparin	<input type="checkbox"/> 進步	<input type="checkbox"/> 出院		
<input type="checkbox"/> Neuroprotective agent	<input type="checkbox"/> Warfarin	<input type="checkbox"/> 無進展	<input type="checkbox"/> 轉院		
<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Mannitol	<input type="checkbox"/> 變壞	<input type="checkbox"/> 非病危自動出院		
<input type="checkbox"/> Dipyridanole	<input type="checkbox"/> Glycerol	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 病危自動出院		
<input type="checkbox"/> Ticlopidine	<input type="checkbox"/> Dextran/Haes	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 死亡		
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Surgical Tx		<input type="checkbox"/> 其他		
<input type="checkbox"/> Labetol	<input type="checkbox"/> Nitropruside				
<input type="checkbox"/> 其他					

急診腦部影像： <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA (1) <input type="checkbox"/> 本院 (2) <input type="checkbox"/> 外院					
<input type="checkbox"/> Old lesion：		<input type="checkbox"/> SAE	<input type="checkbox"/> Old infarct	<input type="checkbox"/> Old ICH	<input type="checkbox"/> Silent infarct
		<input type="checkbox"/> Silent ICH	<input type="checkbox"/> encephalomalacia	<input type="checkbox"/> 其他_____	
<input type="checkbox"/> Recent infarct：	ACA	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> brainstem	
	MCA	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> midbrain	
	PCA	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> pons	
	ACA-MCA borderzone	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> medulla	
	MCA-PCA borderzone	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> hemorrhagic infarct	
	Int capsule/basal ggl	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> herniation	
	Corona radiata	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	Thalamus	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right		
cerebellum	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right			
<input type="checkbox"/> ICH：	putaminal H	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Pontine H	<input type="checkbox"/> Lobar H
	thalamic H	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Cerebellar H	<input type="checkbox"/> IVH
	<input type="checkbox"/> SAH	<input type="checkbox"/> 其他_____			
填表人：_____			填表日期：____年____月____日		

台北榮總中風登錄表 (病房)

姓名		病歷號		身高	cm	體重	kg
發病日期		住院日期		出院日期			
轉床日期		轉床至	<input type="radio"/> 復健科 <input type="radio"/> 神經外科 <input type="radio"/> 其他_____				
Stroke type <input type="radio"/> Ischemia (含 TIA) <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> 其他_____							
TOAST 分類 <input type="checkbox"/> Large artery atherosclerosis <input type="checkbox"/> Cardioembolism <input type="checkbox"/> Small vessel occlusion (lacune) <input type="checkbox"/> Undetermined etiology <input type="checkbox"/> specific etiology_____ <input type="checkbox"/> 其他_____							
Final Dx : (本次住院最後主診斷,可複選) <input type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt <input type="radio"/> Bil							
IA <input type="checkbox"/> Carotid TIA <input type="checkbox"/> Amaurosis fugax <input type="checkbox"/> VBI <input type="checkbox"/> TGA <input type="checkbox"/> 其他 發作次數 : _____次 發作時間 : _____min		Lacune <input type="checkbox"/> Pure motor <input type="checkbox"/> Pure sensory <input type="checkbox"/> Sensory-motor <input type="checkbox"/> Dysarthria-clumsy hand <input type="checkbox"/> Ataxic hemiparesis <input type="checkbox"/> 其他_____		CI: Anterior circulation <input type="checkbox"/> ACA territory <input type="checkbox"/> MCA territory <input type="checkbox"/> ACA-MCA borderzone <input type="checkbox"/> MCA-PCA borderzone <input type="checkbox"/> Basal ggl/corona radiata <input type="checkbox"/> Subcortical infarct <input type="checkbox"/> Large MCA <input type="checkbox"/> Total ICA <input type="checkbox"/> 其他_____			
CI: Posterior circulation <input type="checkbox"/> Brainstem <input type="checkbox"/> BAO <input type="checkbox"/> Medulla <input type="checkbox"/> Cerebellum <input type="checkbox"/> Pons <input type="checkbox"/> PCA territory <input type="checkbox"/> Midbrain <input type="checkbox"/> Thalamus <input type="checkbox"/> Top of basilar <input type="checkbox"/> Sinus thrombosis				ICH <input type="checkbox"/> Putaminal H <input type="checkbox"/> Lobar H <input type="checkbox"/> Thalamic H <input type="checkbox"/> Caudate H <input type="checkbox"/> Pontine H <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> Cerebellar H <input type="checkbox"/> SAH <input type="checkbox"/> 其他_____			
Special S/S during onset: <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Cons <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Shaking limb <input type="checkbox"/> Disturbance <input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> Diplopia							
危險因子	Major <input type="checkbox"/> Old age(> 65) <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> Previous CVA <input type="checkbox"/> Previous TIA		Minor <input type="checkbox"/> Tobacco Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> Polythycemia <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> Immobility <input type="checkbox"/> Family History <input type="checkbox"/> Drugs <input type="checkbox"/> Recent infection <input type="checkbox"/> Recent URI <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> 其他_____		Other Special etiology <input type="checkbox"/> Moyamoya Synd <input type="checkbox"/> Radiation <input type="checkbox"/> Dissection <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Uremia <input type="checkbox"/> Antiphospholipid Ab Synd <input type="checkbox"/> Autoimmune disease <input type="checkbox"/> Hyperfibrinogenemia <input type="checkbox"/> Prot C/Prot S deficiency <input type="checkbox"/> Antithrombin III deficiency <input type="checkbox"/> Homocystinuria <input type="checkbox"/> Hypercoagulable state/Cancer <input type="checkbox"/> Aortic Stenosis <input type="checkbox"/> J. V. incompetency <input type="checkbox"/> 其他_____		

相關因子	Type of drugs consumption <input type="checkbox"/> Oral pills <input type="checkbox"/> Amphetamine <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Ginseng <input type="checkbox"/> Ergotamine <input type="checkbox"/> Herb drugs <input type="checkbox"/> Cough medicine (PAP) <input type="checkbox"/> 其他_____	Type of heart disease <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> Other arrhythmia <input type="checkbox"/> RHD <input type="checkbox"/> Valvular disease <input type="checkbox"/> Mitral valve prolapse <input type="checkbox"/> Ischemic heart (CAD, MI) <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Patent foramen ovale <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Myxoma <input type="checkbox"/> M. I.	Type of cancer for R/T: <input type="checkbox"/> NPC___years ago <input type="checkbox"/> Oral cancer___years ago <input type="checkbox"/> tongue cancer___years ago <input type="checkbox"/> 其他_____ years ago																																				
	Cause of ICH <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> Cavernous hemangioma <input type="checkbox"/> AVM <input type="checkbox"/> Moyamoya Syndrome <input type="checkbox"/> Sinus thrombosis <input type="checkbox"/> Hematologic disorder <input type="checkbox"/> Tumor bleeding <input type="checkbox"/> Venous malformation <input type="checkbox"/> Unknow <input type="checkbox"/> 其他_____		Cause of SAH <input type="checkbox"/> P-comm aneurysm <input type="checkbox"/> BA aneurysm <input type="checkbox"/> A-comm aneurysm <input type="checkbox"/> AVM <input type="checkbox"/> MCA aneurysm <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> ACA aneurysm <input type="checkbox"/> Angio negative <input type="checkbox"/> ICA aneurysm <input type="checkbox"/> Traumatic <input type="checkbox"/> PCA aneurysm <input type="checkbox"/> 其他_____																																				
Old CVA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> infarct 1 次 <input type="checkbox"/> infarct 1 次以上 <input type="checkbox"/> ICH 1 次 <input type="checkbox"/> ICH 1 次以上																																							
Image study <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Angiography <input type="checkbox"/> TTE <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> CSF study <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> MRA/V <input type="checkbox"/> CCD+TCCS <input type="checkbox"/> TEE <input type="checkbox"/> PET																																							
CT/MRI findings (最明顯的一次) F/U CT at ward: <input type="checkbox"/> No F/U CT <input type="checkbox"/> F/U CT/MRI																																							
Old lesion <input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> Old infarct <input type="checkbox"/> Old ICH <input type="checkbox"/> Silent infarct <input type="checkbox"/> Silent ICH <input type="checkbox"/> 其他_____	Recent infarct ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> brainstem MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> midbrain PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> pons ACA-MCA borderzone <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> medulla MCA-PCA borderzone <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> hemorrhagic infarct Int capsule/basal ggl <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> herniation Corona radiata <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> 其他_____																																						
ICH <input type="checkbox"/> Rebleeding <input type="checkbox"/> Extension of H <input type="checkbox"/> Herniation <input type="checkbox"/> Hydrocephalus <input type="checkbox"/> Resolved H	CCD+TCCS <input type="checkbox"/> Normal Study <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Occlusion</td> <td style="text-align: center;">Stenosis(51-70%)</td> <td style="text-align: center;">Tight stenosis(>70%)</td> </tr> <tr> <td>CCA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>ICA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>CS</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>MCA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>PCA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>ACA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>VA</td> <td><input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> <td>VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right</td> </tr> <tr> <td>BA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>BA <input type="checkbox"/></td> <td>BA <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Occlusion	Stenosis(51-70%)	Tight stenosis(>70%)	CCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CS	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	MCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	PCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ACA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	VA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	BA	<input type="checkbox"/>	BA <input type="checkbox"/>	BA <input type="checkbox"/>
	Occlusion	Stenosis(51-70%)	Tight stenosis(>70%)																																				
CCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
ICA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ICA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
CS	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	CS <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
MCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	MCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
PCA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	PCA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
ACA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	ACA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
VA	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	VA <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right																																				
BA	<input type="checkbox"/>	BA <input type="checkbox"/>	BA <input type="checkbox"/>																																				

住院治療	<input type="checkbox"/> t-PA	<input type="checkbox"/> Ticlopidine	<input type="checkbox"/> Mannitol/glyceol	<input type="checkbox"/> SA stent
	<input type="checkbox"/> Urokinase IA	<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/> VA stent
	<input type="checkbox"/> Neruoprotective	<input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> Carotid endarterectomy	<input type="checkbox"/> Intracranial stent
	<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> LMW heparin	<input type="checkbox"/> OP for infarct/ICH	<input type="checkbox"/> study drug_____
	<input type="checkbox"/> Dipyridamole	<input type="checkbox"/> Warfarin	<input type="checkbox"/> Carotid stenting	<input type="checkbox"/> 其他_____
併發症	<input type="checkbox"/> UGI bleeding	<input type="checkbox"/> Pulmonary edema	<input type="checkbox"/> Pressure sore	<input type="checkbox"/> Ischemic heart
	<input type="checkbox"/> IV phlebitis	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Deep vein thrombosis
	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> 其他_____		
NIHSS：入院、出院、3 個月（請填在附表）		Barthel：入院、出院、3 個月（請填在附表）		
<p style="text-align: center;">出院情形</p> ○復原 ○進步 ○無進展 ○變壞 ○死亡 ○其他_____		<p style="text-align: center;">離開病房</p> ○回家 ○轉榮院 ○居家看護 ○轉院 ○轉科 ○轉關渡分院 ○非病危自動出院 ○病危自動出院 ○死亡 ○其他_____		
負責住院醫師：_____		負責主治醫師：_____		