

中國醫藥大學實驗動物中心動物手術過程記錄表

201907-1 版

一、基本資料					
計劃主持人		實驗人員		動審編號	
計畫題目					
動物使用批號	UD	動物種別			
動物標記		性別		體重	
二、手術相關紀錄					
時間：____年____月____日 地點：_____					
手術名稱	<input type="checkbox"/> 存活手術(請填寫術後照顧資料) <input type="checkbox"/> 非存活手術				
手術前處理					
時間：____月____日____時____分					
<input type="checkbox"/> 動物禁食 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 動物不禁食(請詳細說明原因, 啮齒類一般不禁食) 原因：		
請事先線上提出相關設備與空間申請，並依規定更換特殊需求標示卡。					
麻醉前給藥					
時間：____月____日____時____分					
<input type="checkbox"/> Atropine _____mg		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> Xylazine+Zoletil X _____mg+ Z _____mg		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> 其他_____		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> 其他_____		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
手術麻醉					
時間：____月____日____時____分					
<input type="checkbox"/> Xylazine+Zoletil X _____mg+ Z _____mg		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> Propofol _____mg		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> 其他_____		(<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC)			
<input type="checkbox"/> Isoflurane Induction _____%, Maintenance _____%					
手術過程記錄					
(請記錄手術過程生理狀態至少2項, 若有追加藥物, 請於備註欄註明用量, 手術若有獸醫師在場須由獸醫師再次確認, 若無請由主持人簽名。)					
時 間	心 跳 (beat/min)	體 溫 (°C)	呼 吸 (times/min)	其 他	備 註
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
實驗人員簽名				獸醫師或主持人	

術後照顧(存活手術請務必填寫此項，不夠使用請自行增加列印。)		Day <u>0</u>
抗生素 <input type="checkbox"/> Amoxicillin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> Cephalexin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> 其他	止痛劑 <input type="checkbox"/> Butorphanol _____ mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Carprofen _____ mg <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> Fentanyl _____mg <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Ketapropfen_ _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> 其他	
輸液 <input type="checkbox"/> Ringer sol. _____ml <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> 其他	其他	
術後恢復 <input type="checkbox"/> 動物清醒，可正常呼吸、站立，送回動物房 _____時 _____分 <input type="checkbox"/> 其他	簽名：	
術後照顧(存活手術請務必填寫此項，不夠使用請自行增加列印。)		Day _____
抗生素 <input type="checkbox"/> Amoxicillin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Cephalexin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次		
止痛劑 <input type="checkbox"/> Butorphanol _____mg <input type="checkbox"/> IM , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Carprofen _____mg <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Fentanyl _____mg <input type="checkbox"/> IV , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Ketapropfen _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> 其他		
輸液 <input type="checkbox"/> Ringer solution _____ml <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> 其他	簽名：	
術後照顧(存活手術請務必填寫此項，不夠使用請自行增加列印。)		Day _____
抗生素 <input type="checkbox"/> Amoxicillin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Cephalexin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次		
止痛劑 <input type="checkbox"/> Butorphanol _____mg <input type="checkbox"/> IM , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Carprofen _____mg <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Fentanyl _____mg <input type="checkbox"/> IV , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Ketapropfen _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> 其他		
輸液 <input type="checkbox"/> Ringer solution _____ml <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> 其他	簽名：	
術後照顧(存活手術請務必填寫此項，不夠使用請自行增加列印。)		Day _____
抗生素 <input type="checkbox"/> Amoxicillin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Cephalexin _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO, _____天 _____次		
止痛劑 <input type="checkbox"/> Butorphanol _____mg <input type="checkbox"/> IM , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Carprofen _____mg <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Fentanyl _____mg <input type="checkbox"/> IV , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> Ketapropfen _____mg <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC , _____天 _____次 <input type="checkbox"/> 其他		
輸液 <input type="checkbox"/> Ringer solution _____ml <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> 其他	簽名：	