附件1

药学部门吸入性麻醉药发放记录表

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门吸入性麻醉药发放记录表** |
| **药品名称： 剂型： 规格： 生产厂家：** |
| 序号 | 发放日期 | 医嘱日期 | 医嘱用量（ml）1 | 实际发放瓶数 | 存余未发放量（ml） 3 | 存余未发放累计量（ml）4 | 药剂科调剂人员签名 | 药剂科审核人员签名 | 麻醉科领用人员签名及工号 |
|
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：

1.“医嘱剂量”指的是药学调剂部门当日发放的累计总用量。

2.“实际发放瓶数”按照药品的包装规格计算。

3.“存余未发放量”为每次麻醉科领用实际发放瓶数之后，药学调剂部门未发放给麻醉科的毫升数。

4.“存余未发放累计量”为每次未发放的累计毫升数，当存余未发放累计量达整数瓶量时，麻醉科可在药学调剂部门领相应的整数瓶吸入性麻醉药。存余未发放累计剂量未达到整数瓶量时，麻醉科不能在药学调剂部门领取整数瓶的吸入性麻醉药。

举例：

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门吸入性麻醉药发放记录表** |
| **药品名称： 剂型： 规格： 生产厂家：** |
| 序号 | 发放日期 | 医嘱日期 | 医嘱用量（ml）1 | 实际发放瓶数 | 存余未发放量（ml） 3 | 存余未发放累计量（ml）4 | 药剂科调剂人员签名 | 药剂科审核人员签名 | 麻醉科领用人员签名及工号 |
|
| 1 | 　 | 2020.01.10 | 100△ | / | / | 100 | / | / | / |
| 2 | 　 | 2020.01.11 | 420△ | / | / | 520 | / | / | / |
| 3 | 2020.01.12 | 2020.01.12 | / | 4 | 40 | 40 | 王某 | 张某 | 李某XXXX |
| 4 | 　 | 2020.01.12 | 220△ | / | / | 260 | / | / | / |
| 5 | 　 | 2020.01.13 | 110△ | / | / | 370 | / | / | / |
| 6 | 　 | 2020.01.14 | 50△ | / | / | 420 | / | / | / |
| 7 | 　 | 2020.01.15 | 210△ | / | / | 630 | / | / | / |
| 8 | 2020.01.16 | 2020.01.16 | / | 5 | 30\* | 30\* | 王某 | 张某 | 李某XXXX |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：△ 100ml，420ml，220ml，110ml，50ml，210ml等医嘱用量均为药学调剂部门当日发放的累计总用量。

\*由于2020年1月15日七氟烷存余未发放累计量为 630ml，达到了5瓶量，所以，2020年1月16日麻醉科在药学调剂部门领取了5瓶（120ml×5瓶=600ml）的七氟烷，领取了5瓶后，存余未发放累计量记录为30ml（630ml减去600ml）。

附件2

药学部门吸入性麻醉药领用及交接班记录表

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门吸入性麻醉药领用及交接班记录表** |
| **药品名称： 剂型： 规格： 生产厂家： 规定储存量（瓶）：**  |
| 年 | 领入（瓶） | 发放给麻醉科（手术室）（瓶） | 库存量（瓶） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：此表为药学调剂部门填写。

举例：

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门吸入性麻醉药领用及交接班记录表** |
| 药品名称：七氟烷 剂型：吸入剂 规格：120ml 生产厂家：XXXXXX 规定储存量（瓶）： 20 |
| 2020年 | 领入（瓶） | 发放给麻醉科（手术室）（瓶） | 库存量（瓶） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时\* |
| 01 | 12 | 17 | / | 4 | 16 | 王某 | 张某 |  |
| 01 | 13 | 8 | 4 | / | 20 | 王某 | 张某 |  |
| 01 | 14 | 8 | / | / | 20 | 王某 | 张某 |  |
| 01 | 15 | 8 | / | / | 20 | 王某 | 张某 |  |
| 01 | 16 | 17 | / | 5 | 15 | 王某 | 张某 |  |
| 01 | 17 | 8 | 5 | / | 20 | 王某 | 张某 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：\*此表列举的领用及交接班时间仅作为举例，具体可根据各医疗机构的具体情况填写。

附件3

药学部门全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表** |
| 药品名称： 剂型：规格： 生产厂家： 规定储存量（支）：  |
| 年 | 领入（支） | 当日处方/医嘱总数（支） | 库存量（支） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：此表为药学调剂部门填写。

举例：

|  |
| --- |
| **XX医院药学部门全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表** |
| 药品名称： 丙泊酚注射液剂型：注射剂 规格：20ml:200mg 生产厂家：XXXXXX 规定储存量（支）：100 |
| 2020年 | 领入（支） | 当日处方/医嘱总数（支） | 库存量（支） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时 |
| 01 | 10 | 8 | / | / | 100 | 王某 | 张某 | 　 |
| 01 | 10 | 17 | / | 60 | 40 | 王某 | 张某 | 　 |
| 01 | 11 | 8 | 60 | / | 100 | 王某 | 张某 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

\*此表列举的领用及交接班时间仅作为举例，具体可根据各医疗机构的具体情况填写。

附件4

麻醉科（手术室）吸入性麻醉药领用及交接班记录表

|  |
| --- |
| **XX医院麻醉科（手术室）吸入性麻醉药领用及交接班记录表** |
| 药品名称： 剂型： 规格： 生产厂家： 备用药数量（瓶）：  |
| 年 | 领入（瓶） | 消耗量（瓶） | 库存量（瓶） | 交班人签字 | 接班人签字 | 消耗的麻醉机编号\* |
| 月 | 日 | 时 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：\*消耗的麻醉机编号统一都填写在一处。比如，当日消耗量为3瓶，分别有1号和3号麻醉机消耗，此处填写为1号、3号。

举例：

|  |
| --- |
| **XX医院麻醉科（手术室）吸入性麻醉药领用及交接班记录表** |
| 药品名称：七氟烷 剂型：吸入剂 规格：120ml 生产厂家：XXXXXX 备用药数量（瓶）：10 |
| 2020年 | 领入（瓶） | 消耗量（瓶） | 库存量（瓶） | 交班人签字 | 接班人签字 | 消耗的麻醉机编号\* |
| 月 | 日 | 时\* |
| 01 | 11 | 17 | / | 4 | 6 | 李某 | 赵某 | 　1号、3号 |
| 01 | 12 | 8 | 4 | / | 10 | 李某 | 赵某 | 　 |
| 01 | 13 | 17 | / | 1 | 9 | 李某 | 赵某 | 2号 |
| 01 | 14 | 17 | / | 2 | 7 | 李某 | 赵某 | 　1号、4号 |
| 01 | 15 | 17 | / | 2 | 5 | 李某 | 赵某 | 3号、5号 |
| 01 | 16 | 8 | 5 | / | 10 | 李某 | 赵某 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：\*此表列举的领用及交接班时间仅作为举例，具体可根据各医疗机构的具体情况填写。

附件5

病区全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表

|  |
| --- |
| **XX医院病区全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表** |
| 药品名称： 剂型：规格： 生产厂家： 备用药数量（支）：  |
| 年 | 领入（支） | 当日处方总数（支） | 现存（支） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

备注：

1.备用药数量应等于药品数量与处方数的总和。

2.病区全身静脉麻醉药/肌松药至少每日交接。

举例：

|  |
| --- |
| **XX医院病区全身静脉麻醉药/肌松药领用及交接班记录表** |
| 药品名称：丙泊酚注射液 剂型：注射剂 规格：20ml:200mg 生产厂家：XXXXXXXX 备用药数量（支）：50 |
| 2020年 | 领入（支） | 当日处方总数（支） | 现存（支） | 交班人签字 | 接班人签字 | 备注 |
| 月 | 日 | 时 |
| 4 | 20 | 8 | / | / | 50 | 李某 | 赵某 |  |
| 4 | 20 | 18 | / | 20 | 30 | 李某 | 赵某 |  |
| 4 | 21 | 8 | 20 | / | 50 | 李某 | 赵某 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*此表列举的领用及交接班时间仅作为举例，具体可根据各医疗机构的具体情况填写。

附件6

病区全身静脉麻醉药/肌松药使用记录表

|  |
| --- |
| **XX医院病区全身静脉麻醉药/肌松药使用记录** |
| 科室： 药品名称： 剂型： 规格： 生产厂家： |
| 日期 | 患者姓名 | 住院号 | 诊断 | 医嘱医生 | 用法 | 用量 | 批号 | 执行人 | 余量处理 | 监督人 |
| 余量 | 处理方式 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

附件7

吸入性麻醉药添加及使用登记表

|  |
| --- |
| **吸入性麻醉药添加登记** |
| 日期 | 麻醉机编号 | 药品名称 | 药品批号 | 添加剂量 | 添加人员 | 核对人员 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 吸入性麻醉药使用登记 |
| 日期 | 患者姓名 | 住院号 | 使用剂量 | 剩余剂量 | 麻醉医生 | 核对人员 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 使用完毕登记 |
| 日期 |  | 麻醉医生 |  | 麻醉护士 |  |

备注：

1.每台麻醉机需确认使用至最低刻度以下，才能添加新的一瓶吸入性麻醉药，且该台麻醉机只能新添加一瓶。

2.此表为手术麻醉科室填写。