

_____医院

高压氧治疗病情记录

年 月 日 时 登记号: 住院号: 编号:

姓名: 性别: 年龄: 职业: 科别:

住址: 工作单位: 联系电话:

主 诉:

现病史:

既往史:

体 检:

辅助检查:

诊断:

用药:

治疗方案: 压力 ATA; 稳压时程(min) × + × ;

吸氧方式: ☐面罩 ☐头罩 ☐气管切开/插管 ☐常规供氧 ☐直排供氧 ☐其他

治疗频次: 次/日× 日, 次/日× 日;每连续治疗 次~ 次休息 日

医师:

治疗终止原因:

治疗终止日期: 年 月 日 治疗共 疗程 次

治疗总结:

疗效评定: ☐治愈 ☐好转 ☐无效 ☐死亡 ☐其他

[illegible]