

視覺誘發電位檢查之衛生教育指導

2007/4/19 日修訂 2007/6/28 日修訂
2008/12/15 修訂 2009/04/12 修訂

✚ 視覺誘發電位檢查

■ 請於____月____日，上午或下午____點____分至外科大

樓六樓，肌電圖室登記報到。

■ 如需更改日期，請重新看門診，與醫師重排時間。

■ 檢查當日，請準時報到接受檢查，超過預定時間 10 分鐘，須

重新排定檢查時間。

■ 檢查後依醫師原預約門診時間看報告，或自行掛號回診看報告。

羅東聖母醫院 敬祝健康

視覺誘發電位檢查之衛生教育指導

病歷號碼：_____

姓名：_____

於下述就醫日期至羅東聖母醫院就診，屆時領取衛生教育指導單張，經醫師或護理人員說明解釋業已瞭解。

衛教日期	家屬或病患簽名	指導者簽名	指導方式	指導評值
填表	指導方式代號說明（可複選） 講述→T1；衛教資料→T2；衛教光碟；示教→T4。			
說明	指導評值代號說明	完全錯誤或不會→R1；正確說出部份內容→R2；能完全正確說出內容→R3；能正確執行部份技術→R4；能完全正確執行部份技術→R5。		