



编号: \_\_\_\_\_

## 微笑列车唇腭裂修复慈善项目病历文件

医院名称: \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_

请在此附上《贫困声明》

---

## 病人记录同意书

\_\_\_\_\_即将接受的手术是由美国微笑列车基金会资助的。美国微笑列车基金会是一个国际慈善机构，她和很多的医生、医院合作，致力于向世界各地贫困家庭的唇腭裂的患者提供帮助，消除广泛流行的唇腭裂。

美国微笑列车基金会保存着病人手术的医疗报告，包括很多信息，例如：姓名、住址、父母联系电话、医疗诊断以及其他相关的健康情况、手术过程以及效果。这些记录中还包括所有病人术前术后的照片。

美国微笑列车基金会保存这些记录是为了对手术的质量进行复审和医学方面的教学、评估，或基于一些公共关系方面的原因。如果需做其他的用途，将会通知您。

记录中的个人健康情况资料将会被保存在美国微笑列车基金会的世界范围内的唇腭裂网上数据库中。只有被授权的人士，如医生和其他医务工作人员，才可以享有浏览这些资料的权力。

美国微笑列车基金会不会将您的健康讯息泄露给非被授权人，如销售商。此外，美国微笑列车基金会通过实施安全标准保证只有被其授权的人员才可以进入网上数据库，使您的信息非常安全且保密。美国微笑列车基金会允许您查看数据库中保存的您的资料，并可以按照您的要求删去您的姓名或所有信息。

我同意上述意见。我同意将自己的/儿子的/女儿的/其他人的（请选择一个）一份完整的微笑列车医疗记录表交给美国微笑列车基金会。

我允许美国微笑列车基金会将此健康信息用作医疗质量检测、教学、评估以及公共关系目的。

---

患者/父母/监护人签名

日期

---

证人签名

日期

---

出院证明

---

医院盖章

---

## 贫困声明

\_\_\_\_\_医院：

因家庭经济困难无法支付唇腭裂修复手术的费用，愿意接受由美国微笑列车基金会资助的、贵院提供的唇腭裂修复手术治疗。特此声明。

患者姓名：\_\_\_\_\_ 声明人与患者关系：\_\_\_\_\_

家庭年收入：\_\_\_\_\_ 家庭人口数：\_\_\_\_\_

详细联系地址：\_\_\_\_\_

邮政编码：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

声明人本人签字：\_\_\_\_\_

声明日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

注：本人承诺以上所填所有信息均属实，如有不实，一经查实，美国微笑列车基金会和贵院有权追究。

# 病人记录

## 第一部分：病人信息

### PART ONE: PATIENT INFORMATION

#### 综合信息 General Information

★病人记录编号 Patient Record Number		★病人父母或监护人是否已签署同意书? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (只能在确认后才能继续进行) Did the parent/guardian sign the Guardian Consent form? Yes No Please proceed only if YES		
★姓 Surname/Last Name	中间名 Middle Name	名 Given name/First Name	出生日期____/____/____ (日/月/年) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不清楚 Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown	种族 <input type="checkbox"/> 黄种人 <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 土著印第安人 <input type="checkbox"/> 其它 Race <input checked="" type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Caucasian (white) <input type="checkbox"/> African (black) <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other			
地址 Street Address		镇/村/城市 Town / Village / City	省份 Province	
国家 中国 Country China	邮编 Zip/Postal code	电话号码 Telephone	该病人是否有微笑列车资助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 Is the patient sponsored by Smile Train? Yes No Unknown	
★合作伙伴/机构名称 Name of the Partner/Organization		中华慈善总会 CCF	★医院名称: Name of the Hospital	
			国家 中国 Country China	

#### 父母/监护人信息 Parent/Guardian Information

★姓 Surname/Last name	中间名 Middle initial	名 Given name/First name
与病人的关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹 <input type="checkbox"/> 叔舅 <input type="checkbox"/> 姨婶 <input type="checkbox"/> 表兄妹 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它 Relationship with patient Mother Father Grandparent Brother Sister Aunt Uncle Cousin Friend Other		
病人通过何种渠道了解微笑列车的? How did the patient hear about The Smile Train?		
<input type="checkbox"/> 慈善机构 <input type="checkbox"/> 医院/医生 <input type="checkbox"/> 新闻媒体 <input type="checkbox"/> 因特网 <input type="checkbox"/> 亲朋好友 <input type="checkbox"/> 其它 Charity Organization Hospital/physicians Newspaper and TV Internet Friend and relatives Other		

#### 家庭病史 Family History

孕 期:____月 <input type="checkbox"/> 不知道 Length of pregnancy:____ months Don't Know	孕妇怀孕期间是否有并发症? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 Did the mother have complications during pregnancy? Yes No Don't know
--	--

生育过程中是否有并发症? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 Were there any complications during birth? Yes No Don't know	孕妇怀孕期间是否吸烟? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 Did the mother smoke during pregnancy? Yes No Don't know
孕妇怀孕期间是否喝酒? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 Did the mother consume alcohol during pregnancy? Yes No Don't Know	
病人的父母和/或兄弟姐妹是否有唇裂, 腭裂和包括脸部的唇/腭裂? Do any of the patient's parents and/or siblings brothers/ sisters have a cleft lip, cleft palate, or cleft involving the face? Yes No Don't Know	
病人的其它亲眷(表兄, 叔婶和祖父母)是否有唇裂, 腭裂和包括脸部的唇/腭裂? Do any other relatives (cousins, aunts, uncles, grandparents) have a cleft lip, cleft palate, or cleft involving the face? Yes No Don't Know	

### 手术前诊断 Diagnosis

病人身高 Patient Height	病人体重 Patient Weight	病人在此诊断前是否进行过任何唇/腭裂手术? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Did the Patient have lip or palate surgery before this evaluation? Yes No
------------------------	------------------------	---

如果是, 请选择患者手术类型 唇裂手术 腭裂手术 唇腭裂手术  
If yes, pick type of surgery the Patient had Cleft Lip Surgery Cleft Palate Surgery  
Cleft Lip and Palate Surgery

诊断 (请描述唇部和上腭在出生或未手术前的状况)

Diagnosis (Description of Lip and Palate at birth or before and surgeries)

唇	左边	右边	齿槽骨	左边	右边
Lip	Patient's left	Patient's Right	Alveolus	Patient's left	Patient's Right
★唇裂情况	1- 正常 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	★唇裂情况	1- 正常 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type of Cleft Lip	Not Cleft		Type or Cleft Lip	Not Cleft	
	2- 完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2- 完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Complete			Complete	
	3-不完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3-不完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incomplete			Incomplete	
硬腭	左边	右边	软腭		
Hard palate	Patient's Left	Patient's Right	Soft palate		
★腭裂情况	1- 不裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	★腭裂情况	1- 不裂 <input type="checkbox"/>	
Type of Cleft Palate	Not Cleft		Type of Cleft Palate	Not Cleft	
	2- 完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2- 完全裂 <input type="checkbox"/>	
	Complete			Complete cleft	
	3-不完全裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3-不完全裂 <input type="checkbox"/>	
	Incomplete			Incomplete	
	4-粘膜下裂 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4-粘膜下裂 <input type="checkbox"/>	
	Submucous			Submucous	

病人有无其它的脸部畸形?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
Are there additional craniofacial deformities?	Yes	No	Don't Know
病人在前一次腭裂矫正手术后是否有腭咽机能不全?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
Does this patient have velopharyngeal insufficiency following prior cleft palate repair?	Yes	No	Don't Know

病人在以下方面是否有畸形? (请选择所有适应的选项)

Does this patient have abnormalities in any of the following areas? (check all that may apply)

心脏 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	鼻子 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	手指和脚趾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	头骨 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	发育迟缓 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
Heart Yes No	Nose Yes No	Fingers or toes Yes No	Skull Yes No	Retarded Growth Yes No
泌尿系统 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	耳朵 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	皮肤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腭骨 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
Urinary system Yes No	Ears Yes No	Skin Yes No	Mandible Yes No	
眼睛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	手指和脚趾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	舌头 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	语言 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	呆滞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
Eyes Yes No	Limbs (arms/legs) Yes No	Tongue Yes No	Speech Yes No	Mental Retardation Yes No

过敏史 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道	何种药物过敏
Does the Patient have allergies? Yes No Don't Know	Medication allergies
其它过敏情况	其它健康情况
Other allergies	Other Health Problems
★填表人姓名 Name of Evaluator	填表人职务 <input type="checkbox"/> 办公室工作人员 <input type="checkbox"/> 主刀医生 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 其它 Title of Evaluator Clerk Surgeon Nurse Other
	填表时间____/____/____ (日/月/年) Date or Evaluation (dd/mm/yyyy)

**第二部分：手术信息 Part two: Intervention Information**

病人入院日期____/____/____ (日/月/年) Date of admission (dd/mm/yyyy)	手术日期____ / ____/____ (日/月/年) Date of Surgical treatment: (dd/mm/yyyy)	出院日期____ / ____/____ (日/月/年) Date of Discharge (dd/mm/yyyy)
★主刀医生姓名 Name of the Surgeon	★麻醉师姓名 Name of the Anesthesiologist	麻醉方法 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 局部 Anesthesia Method General Local

**★手术方法 (请选择合适选项)**

**Type of Operation** (check all surgical procedures that were conducted at the time of this hospitalization)

- 首次单侧唇裂/鼻裂矫正 (完全或不完整)       首次双侧唇/鼻裂矫正 (完全或不完整)
- Primary Lip/ Nose Unilateral Repair (partial or complete)      Primary Lip / Nose Bilateral Repair (partial or complete)
- 首次腭裂矫正       第二次腭裂矫正 (腭咽成形)
- Primary Cleft Palate Repair      Secondary Cleft Palate (Velopharyngeal) Repair
- 唇/鼻再次矫正       腭瘘修补
- Lip/Nose Revision      Fistula Repair
- 骨移植修复牙槽骨裂       其它: \_\_\_\_\_
- Alveolar Bone Graft      Other:

<b>★手术方式</b>	<input type="checkbox"/> 单侧唇裂	<input type="checkbox"/> 旋转推进式	<input type="checkbox"/> 下三角瓣	<input type="checkbox"/> 其它
<b>Type of Repairs</b>	<b>Unilateral Lip</b>	Rotation-Advancement Variant	Triangular Variant	Others
	<input type="checkbox"/> 双侧唇裂	<input type="checkbox"/> 直线缝合修复	<input type="checkbox"/> 叉形瓣修复术	<input type="checkbox"/> 其它
	<b>Bilateral Lip</b>	Straight Line	Forked Flap	Others
	<input type="checkbox"/> 腭裂	<input type="checkbox"/> 兰氏手术	<input type="checkbox"/> 二瓣后推手术	<input type="checkbox"/> 其它
	<b>Palate</b>	Langenbeck Variant	Pushback Variant	Others

手术过程中是否有并发症, 受伤和病人死亡情况? 如果没有请直接填写其它手术信息  是  否

Were there any complications, injury, or patient mortality? Yes No

*If no, please go directly to Additional Comments on Intervention Below*

手术结果是否造成病人死亡、严重伤害或心理方面的影响? 如果有, 请按要求填写事故报告表(第四部分)  是  否

If yes, did these complications result in patient death or serious physical or psychological injury to the patient? Yes No

*If yes, Please complete the Event Report Form(Part Four)*

如果没有, 请选择并发症的种类  输血  呼吸问题  伤口裂开  延期进食

瘘  重返手术室  不雅观疤痕

If no, please indicate type of complication

Blood transfusion Breathing problems Dehiscence Delayed oral feeding

Fistula Return to OR Unsightly Scar

**其它手术信息:**

Additional Comments On Intervention (Optional):

第三部分：结果

PART THREE: RESULTS

病人照片 Photographic Information

术前照片

术后照片

术前照片(头上仰, 并有鼻孔)

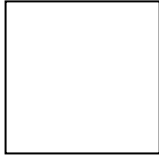
术后照片(头上仰, 并有鼻孔)

Pre-Frontal

Post-Frontal

Pre-Worm's Eye/ Interior/ Nasal

Post-operative photo (Worm's  
Eye View/Interior/ Nasal Bas



术前照片(侧面)

术后照片(侧面)

术前照片(口内照片)

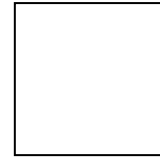
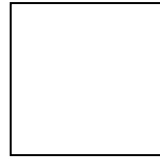
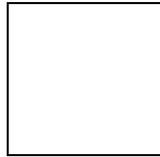
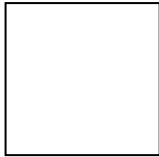
术后照片(口内照片, 仅对  
腭裂病人适用)

Pre-Intra-Oral

Post - Intra-Oral

Pre-Cleft Side Lateral

Post - Cleft Side Lateral



术后照片(正面/微笑)

Post- Frontal/ Smiling

