วันที่รับ............../............/...........
วันที่ส่ง............../............/...........

- แบบฟอร์มเก็บข้อมูล แบบสอบถาม -

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ใบสงตอเพื่อการดูแลตอเนื่อง(continuing of care)

ชื่อ-นามสกุล ____อายุ ________ ป

ที่อยู บานเลขที่ _______ หมู _____ ซอย ____________ ถนน _______________ ตำบล _______________

อำเภอ __________________ จังหวัดชัยนาท โทร ____________________________________

รพสต./รพช. ที่รับผิดชอบ ____

วันที่มาโรงพยาบาล/วันที่ admit________________________วันที่ discharge _________________________

ปญหาที่มาโรงพยาบาล/การวินิจฉัย

☐ stroke :ischemic/ hemorrhagic/ SAH
Consciousness E V M
motor power

☐ IHD
☐ CHF
☐ DM type _________ : DTX ___________ mg/dl
☐ HT : BP ___________ mmHg
☐ DLP
☐ CKD stage ________
☐ pressure sore grade _________ at _________________
☐ อื่นๆ ____

☐ cirrhosis
☐ CA ____________________
☐ COPD/asthma
☐ pneumonia
☐ TB
☐ c-spine injury
☐ fracture ______________
☐ schizophrenia
☐ cerebral palsy
☐ mental retardation

ปญหาที่ตองการใหทีมเยี่ยมบานดูแล

☐ อาการเจ็บปวย ____
☐ ทำแผล____
☐ ฉีดยาตอเนื่อง _____________________ ทุก ______________
☐ เปลี่ยน NG tube ทุก ______________ ☐ เปลี่ยน foley'scathทุก ______________
☐ การดูแลผูปวยติดเตียงการฟนฟูและปองกันภาวะแทรกซอน
☐ การปฏิบัติตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใชยา
☐ การใช skin traction ตอเนื่อง
☐ ประเมินปญหาหกลมในผูสูงอายุ
☐ palliative care ____
☐ ไมมีผูดูแล
☐ อื่นๆ ____

หนวยงาน____ โทร ____________________