

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....วันที่รับบริการ.....วันที่จำหน่าย.....
 ชื่อ-นามสกุล.....PID.....HN.....เพศ.....อายุ.....ปี สิทธิ UC ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....
 อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกเริ่ม	ตรวจร่างกายแรกเริ่ม	คำสั่งการรักษา	
<input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี <input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg) <input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> หญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....cm BT..... °C PR...../min RR...../min BP...../.....mmHg ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM)..... ผล Lab Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ..... ผลตรวจคัดกรอง	รายการสั่งยา <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร <input type="checkbox"/> Paracetamol (500)..... <input type="checkbox"/> Dextromethorphan..... <input type="checkbox"/> CPM..... <input type="checkbox"/> ORS..... <input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....	
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ Plan	<input type="checkbox"/> Rapid antigen test วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... <input type="checkbox"/> RTPCR (ถ้ามี) ผล..... วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง.....	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self isolation ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..... ลงชื่อพยาน..... ผ่าน เบอร์โทรศัพท์.....	
การติดตามประเมินอาการ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.		การติดตามประเมินอาการ เมื่อเกิน 48 ชม. วันที่.....เวลา.....น.	
อาการแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> Resting O2 sat <= 94% <input type="checkbox"/> อื่นๆ	การดูแลรักษา	อาการแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> RestingO2 sat <= 94% <input type="checkbox"/> อื่นๆ	การดูแลรักษา
การส่งต่อ Refer ไปยัง : ส่งตัวเพื่อ : สาเหตุที่ส่ง :		ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา..... (.....) เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	ลงชื่อพยาบาล..... (.....) เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....