แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....วันที่รับบริการ.....วันที่จำหน่าย.....

ชื่อ-นามสกุล.....PID.....HN.....อายุ.....ปี สิทธิ ☐ UC ☐ ประกันสังคม ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่น ๆระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....เบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....

อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
☐ อายุ >60 ปี	น้ำหนัก.....Kg.	รายการสั่งยา
☐ โรคระบบทางเดินหายใจ	ส่วนสูง.....cm	☐ ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs
☐ โรคหลอดเลือดสมอง	BT..... ^{0} C	☐ Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs # 20 tabs
☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด	PR...../min	☐ Bromhexine 1 tab po tid pc # 20 tabs
☐ โรคมะเร็ง	RR...../min	☐ CPM 1 tab po tid pc # 20 tabs
☐ โรคเบาหวาน	BP...../.....mmHg	☐ Favipiravir (200) 9 tab po bid pc day1,
☐ โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg)	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP).....	then 4 tabs po bid pc day 2-5
☐ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)	**ผล Lab**	☐ ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบบ่อยๆ # 1
☐ หญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป	Chest X-ray ☐ มี ☐ ไม่มี	☐ ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....
☐ อื่นๆ.....	ถ้ามีผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....	.....
.....	**ผลตรวจคัดกรอง**	.....

ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ		แบบยินยอมเข้ารับการรักษา
.....	☐ Rapid antigen test	ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self isolation
.....	วันที่ตรวจ.....	ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ.....
Plan	หน่วยที่คัดกรอง.....	ลงชื่อพยาน.....
.....	☐ RT-PCR (ถ้ามี) ผล.....	ผ่าน เบอร์โทรศัพท์ .....
.....	วันที่ตรวจ.....	หรือสื่ออิเลกทรอนิกส์.....วันที่
	หน่วยที่คัดกรอง.....	

การติดตามประเมินอาการ <u>เมื่อครบ 48 ชั่วโมง</u> วันที่.....เวลา.....น.		การติดตามประเมินอาการ <u>เมื่อเกิน 48 ชม.</u> วันที่.....เวลา.....น.	
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา
☐ เหนื่อย ☐ ไอ	.....	☐ เหนื่อย ☐ ไอ	.....
☐ ไข้	.....	☐ ไข้	.....
☐ เจ็บหน้าอก	.....	☐ เจ็บหน้าอก	.....
☐ Resting O2 sat <= 94%	.....	☐ RestingO2 sat <= 94%	.....
☐ อื่นๆ.....	.....	☐ อื่นๆ.....	.....

การส่งต่อ		
Refer ไปยัง :	ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....	ลงชื่อพยาบาล.....
ส่งตัวเพื่อ :	(.....)	(.....)
สาเหตุที่ส่ง :.....	เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....