

แบบประเมินผู้ป่วยเข้าระบบ HI/CI

ชื่อ-สกุล..... HN.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... รพ.สต.เขตรับผิดชอบ.....

เกณฑ์ประเมินผู้ป่วย ต้องเข้าเกณฑ์ดังนี้

อาการทางคลินิกของผู้ป่วย	ที่พักและครอบครัว
<input type="checkbox"/> อายุ 1-70 ปี <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (ไม่มีหอบเหนื่อย, ไม่มีไข้สูง BT < 39°C) <input type="checkbox"/> Body weight < 90 kg, BMI < 30 kg/m ² <input type="checkbox"/> ไม่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) <input type="checkbox"/> เป็นโรคไตเรื้อรังไม่รุนแรง CKD stage 1-3 <input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก/ใจสั่น <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่นอนติดเตียง <input type="checkbox"/> โรคเบาหวานที่คุมได้ FBS ล่าสุด < 250 mg/dL <input type="checkbox"/> ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> HIV infection ที่รับยา ARV สม่าเสมอ	<input type="checkbox"/> มีห้องนอนแยกส่วนตัวในบ้าน (สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในบ้านได้) ถ้าไม่มีห้องแยกควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้ป่วย 1.5-2 เมตร <input type="checkbox"/> ประตุน้ำต่างระบายอากาศได้ดี <input type="checkbox"/> มีผู้จัดหาอาหารและของใช้จำเป็นให้ได้ โดยไม่ต้องออกจากพื้นที่กักตัว <input type="checkbox"/> ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขอนามัย และแยกจากผู้ป่วยได้ <input type="checkbox"/> มีเครื่องมือติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้ <input type="checkbox"/> สามารถแยกขยะได้ และในชุมชนมีระบบดูแลเรื่องขยะติดเชื้อ
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยยินยอมกักตัวที่บ้านและยินยอมรับการรักษาโดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home Isolation)	<input type="checkbox"/> ผู้อาศัยร่วมบ้านทุกคน “ยินยอม”

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมอาศัยบ้าน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์

(.....)

ผลการประเมิน

ผ่านเกณฑ์ พิจารณา HI/CI ถึงวันที่

ไม่ผ่านเกณฑ์ พิจารณา Admit โรงพยาบาล