

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation

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

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

ที่อยู่ปัจจุบันเบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....

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

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกเริ่ม		ตรวจร่างกายแรกเริ่ม		คำสั่งการรักษา	
☐ ไม่มีภาวะเสี่ยง		น้ำหนัก.....Kg.		รายการสั่งยา	
☐ มีภาวะเสี่ยง (กลุ่มเสี่ยง 608) ระบุ		ส่วนสูง.....cm		☐ Favipiravir	
☐ อายุ > 60 ปี ☐ โรคระบบทางเดินหายใจ ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด ☐ โรคเมเร็ง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg) ☐ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) ☐ หญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป	BT..... ^o C		☐ ฟ้าทะลายโจร		
	PR...../min		☐ Paracetamol (500).....		
	RR...../min		☐ Dextromethorphan.....		
	BP...../.....mmHg		☐ CPM.....		
	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....		☐ ORS.....		
		ผล Lab		☐ ยาคนใช้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....	
		Chest X-ray ☐ มี ☐ ไม่มี			
		ถ้ามีผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....			
		ผลตรวจคัดกรอง			
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ		☐ Rapid antigen test		แบบยินยอมเข้ารับการรักษา	
		วันที่ตรวจ.....		ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self	
		หน่วยที่คัดกรอง.....		ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ.....	
Plan		☐ RTPCR (ถ้ามี) ผล.....		ลงชื่อพยาน.....	
		วันที่ตรวจ.....		ผ่าน เบอร์โทรศัพท์	
		หน่วยที่คัดกรอง.....		หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์.....วันที่.....	
การติดตามประเมินอาการ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.			การติดตามประเมินอาการ เมื่อเกิน 48 ชม. 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		ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....		ลงชื่อพยาบาล.....	
Refer ไปยัง :		(.....)		(.....)	
ส่งตัวเพื่อ :		เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....		เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....	
สาเหตุที่ส่ง :					