



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคเลือด/มะเร็งเด็ก ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (04)

วันที่ขอส่งต่อ..... เดือน..... ปี 255..... เวลา.....
 ชื่อแพทย์ที่ขอส่งต่อ..... ตำแหน่ง.....
 โรงพยาบาล..... โทรศัพท์.....
 เหตุผลการส่งต่อ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ขอส่งต่อ)

วันที่คาดว่าจะมาถึง...../...../..... เวลา.....
 ชื่อแพทย์ผู้รับ..... ตำแหน่ง.....
 หอผู้ป่วย.....
 โทรศัพท์.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน น้ำหนัก..... kgs

ใช้สิทธิ์ บัตรประกันสุขภาพ ข้าราชการ จ่ายเงินเอง อื่น ๆ (ระบุ).....

อาการสำคัญ/ประวัติเจ็บป่วยโดยย่อ.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

การตรวจร่างกาย.....

Labที่สำคัญ.....

การรักษาที่ได้รับแล้ว.....

ข้อมูลสถานะผู้ป่วยปัจจุบัน T.....C° P..... ครั้ง:นาที R..... ครั้ง:นาที BP.....mmHg O₂sat.....%

ไม่ให้ O₂ ให้ O₂..... ใส่ท่อช่วยหายใจ.....

ข้อมูลเฉพาะโรคเลือด/มะเร็งเด็ก

Previous operation (ถ้ามี).....

Pathological report (ถ้ามี).....

Tissue parafin block (สำหรับรายที่เป็นมะเร็ง).....

Tumor markers ได้แก่ alpha fetoprotein.....

Beta HCG..... อื่นๆ.....

(ที่ส่งตรวจไปแล้วขอให้ส่งผลมาให้ภายหลัง)

(ถ้ามี) Ultrasound CT MRI