



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคสมอง ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (05)

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.....

Lab ที่สำคัญ.....

การรักษาที่ได้รับแล้ว.....

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

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

ข้อมูลเฉพาะโรคสมอง

ปัญหาที่ส่งมา

ควบคุมอาการชักไม่ได้ ความดันสมองสูง ความรู้สึกตัวผิดปกติ แขน -ขาอ่อนแรง การหายใจผิดปกติ

EEG.....

Imaging.....