



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรควัณโรค ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (09)

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.....

การรักษาที่ได้รับมาก่อน.....

การรักษาที่ได้รับในขณะนี้.....

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

ไม่ให้ O₂ ให้O₂..... ใส่ท่อช่วยหายใจ.....

ข้อมูลอื่นๆ.....

ข้อมูลเฉพาะโรควัณโรค

(ถ้ามี) ผลการตรวจเชื้อวัณโรคของผู้ที่สงสัยว่าเป็นผู้แพร่เชื้อ (ผู้ใหญ่ในบ้าน)

(ถ้ามี) ผลCXR ของผู้ที่สงสัยว่าเป็นผู้แพร่เชื้อ (ผู้ใหญ่ในบ้าน)