



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กศัลยกรรมกระดูกและข้อ ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (10)

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  บัตรสุขภาพ  ข้าราชการ  จ่ายเงินเอง  อื่น ๆ (ระบุ).....

อาการสำคัญ/ประวัติเจ็บป่วยโดยย่อ.....

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

การตรวจร่างกาย/ปัญหาทางออร์โธปิดิกส์.....

X-ray ส่วนที่เป็นปัญหา.....

CT,MRI(ถ้ามี).....

LAPปัจจุบัน.....

การรักษาที่ได้รับมาก่อน.....

การรักษาที่ได้รับในขณะนี้.....

ข้อมูลสถานะผู้ป่วยปัจจุบัน T.....C° P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที BP..... mmHg O<sub>2</sub>sat..... %

ไม่ให้ O<sub>2</sub>  ให้ O<sub>2</sub>.....  ใส่ท่อช่วยหายใจ.....

ข้อมูลอื่นๆ.....