

คิวที่

HN

ใบบันทึกการตรวจโรคผู้ป่วยนอก

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี โทร.....

แบบบันทึกทางการแพทย์ วันที่..... เวลา..... น. ห้องตรวจ..... OPD.....

การประเมินผู้มารับ : Assessment เติน นั่งล้อเข็น นอนเปลเข็น **สิทธิการรักษา** ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เบิกตรง ประกันสังคม UC อื่นๆ

ข้อมูลจาก ผู้ป่วย ญาติ ใบ Refer

อาการ / ปัญหาที่มาโรงพยาบาล.....

ภายใน 14 วัน มีอาการ ไข้ / ไอ / น้ำมูก / เจ็บคอ / จมูกไม่ได้กลิ่น / เหนื่อยหอบ

ปฏิเสธอาการ

ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ปฏิเสธ มี.....

ปัญหาด้านอารมณ์ จิตสังคม และเศรษฐกิจ ไม่มี มี

BW =Kgs. Hi =cm. BMI =kg/(m)*

T =°c PR =bpm. RR =t/m. BP =mmHG.

วัดซ้ำเวลา..... น. BP =mmHg. PR =bpm

O₂ =% อื่นๆ.....

Pain score ไม่ปวด ปวดระดับ..... ตำแหน่ง.....

Triage R E U L N ประเมินความเสี่ยงเชิงรุก

ประวัติการแพ้ยาและอื่นๆ ปฏิเสธ มี.....

Final Drug Use ปฏิเสธ มี.....

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ : Nursing diagnosis.....

ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ.....

ต้องการความรู้ / การให้คำปรึกษาเรื่อง.....

มีโอกาส / เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค.....

ลงชื่อ..... พยาบาล

การพยาบาลและประเมินผล : implementation & Evaluation

ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้บริการ.....

ให้ความรู้ / ให้คำปรึกษา.....

เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง..... Self.....

ประเมินศักยภาพในการดูแลตัวเอง..... Self.....

การพยาบาลอื่นๆ.....

วางแผนจำหน่ายและสอนสุขภาพตาม D M E T H O D

เรื่อง.....อาการและแผนการรักษา.....

ผลการสอนสุขภาพ เข้าใจ ปฏิบัติได้ อื่นๆ.....

การดูแลต่อเนื่อง เรื่อง.....

กลับบ้าน Admit..... ส่งต่อ.....เวลา.....

เติน นั่งล้อเข็น มีญาติ/ผู้ดูแล ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล

ลงชื่อ..... พยาบาล

การใช้สารเสพติดและดื่มสุรา ปฏิเสธ มี.....

การสูบบุหรี่ ปฏิเสธ เคยสูบบุหรี่แล้ว.....ปีเดือน สูบบุหรี่.....มวน/วัน

Rx.....

PI History of illness.....

PE.....

FU.....

Dx.....