

[พิมพ์ที่นี่]

แบบฟอร์มการส่งปรึกษาเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพิจิตร

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี

HN.....เบอร์โทร.....

ที่อยู่.....

ผู้ดูแล.....ความสัมพันธ์.....เบอร์โทร.....

ประเภทผู้ป่วย  เสมหะพบเชื้อ  เสมหะไม่พบเชื้อ  วัณโรคนอกปอดที่.....

การขึ้นทะเบียนการรักษา  ผู้ป่วยรายใหม่ (New)  กลับเป็นซ้ำ (Relapse)  ล้มเหลว (Treatment after Failure)  รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (Treatment after loss to follow-up)  อื่นๆ (other)

การวินิจฉัย.....โรคร่วม.....

วันที่เริ่มรักษา.....

สูตรยา.....

Status..... โรคประจำตัว.....

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....BMI.....

ภาวะโภชนาการ  adequate  Malnutrition ( Mild  Moderate  severe)

อาการข้างเคียงจากยา.....

ภาวะแทรกซ้อนที่พบหรือผลแล็บผิดปกติ.....

ปัญหาที่ส่งปรึกษา

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dr.....

Date.....time.....