

แบบฟอร์มตอบรับคำปรึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพิจิตร

วันที่.....พื้นที่รับผิดชอบ(PCC/รพ.สต.).....

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

HN.....เบอร์โทร..... สิทธิการรักษา .....

ที่อยู่.....

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

ประเภทผู้ป่วย  วัณโรคปอด  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.....

Barthel Activities of Daily living :  ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์  ภาวะพึ่งพารุนแรง  
 ภาวะพึ่งพาปานกลาง  ไม่เป็นภาวะพึ่งพา

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....BMI..... DTX.....

Vital sign BP..... HR..... RR..... O2sat.....

ภาวะโภชนาการ  adequate  Malnutrition ( Mild  Moderate  severe)

อาการข้างเคียงจากยา.....

ปัญหาที่รับคำปรึกษาและปัญหาตรวจพบเมื่อลงเยี่ยมบ้าน

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

การวางแผนและดูแลแก้ไขต่อเนื่อง

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

Dr.....

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