

# Palliative Care Consultation Form

Palliative care team / Phichit hospital

ชื่อผู้ป่วย .....

HN .....

จากแผนก : .....

แพทย์ผู้ขอรับการปรึกษา : .....

## ข้อมูลผู้ป่วย (PCWN / แพทย์เจ้าของไข้)

Brief review of disease : .....

.....

.....

## Reasons for consultation

- เพื่อเข้าระบบ Palliative care โดยไม่มีอาการ ให้นัด OPD อังคารบายวันที่.....
- เพื่อทำ Family meeting / Advance care plan / Counselling
- ปรึกษาแพทย์ Palliative Care เพื่อจัดการอาการรบกวน
- เพื่อเตรียมบ้านและวางแผนการดูแล PC ก่อนจำหน่าย หรือ ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน(ก่อน D/C 24 hr)
- อื่นๆ ระบุ .....

Dr. ....

Date.....Time.....

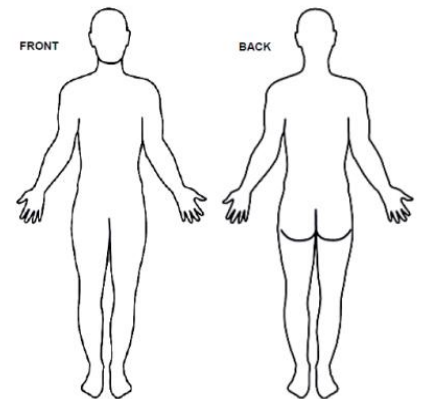
## การประเมินอาการ (PCWN / PCN/ PC doctor)

Palliative care doctor : .....

Symptom Palliation	Details

## Medication

## Pain assessment



X ตำแหน่งปวด

Pain score : /10

## Problem

1).....

2).....

3).....

Date							
PPS							
ESAS	0-10						
Pain							
Dyspnea							
N/V							
Fatigue							
Anxiety							
Depression							
.....							
.....							
.....							

<b>Patient perception :</b>	<input type="checkbox"/>	ไม่ทราบโรคที่เป็นอยู่	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ .....
	<input type="checkbox"/>	ทราบโรคแต่ไม่ทราบระยะของโรค		.....
	<input type="checkbox"/>	ทราบโรคและระยะของโรคดี		

<b>Famliy perception :</b>	<input type="checkbox"/>	ทราบโรคและระยะของโรคดี	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ .....
	<input type="checkbox"/>	ต้องการปกปิดเรื่องโรคของผู้ป่วย		.....
	<input type="checkbox"/>	ต้องการให้ทีมแพทย์ช่วยบอกโรคแก่ผู้ป่วย		

<b>Advance care plan summary :</b>				
<input type="checkbox"/>	No ET tube	ผู้วางแผน	<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วย
<input type="checkbox"/>	No CPR		<input type="checkbox"/>	ญาติ ระบุ.....
<input type="checkbox"/>	No innotrop			
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ .....			

<b>Religion:</b>
<b>Wish :</b>

<b>Place of death :</b>
<b>Power of attorney :</b>

Progress note			