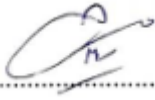
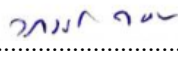



<p>โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>		<p>ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure:SP) เลขที่ FM-PC-001</p>
<p>เรื่อง: แบบฟอร์มใบส่งปรึกษาทีมระดับประคอง (ใบ Consult Palliative)</p>		
<p>จัดทำโดย: Palliative care clinic</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้า รวมปก) ประกาศใช้เมื่อ: 6 มิถุนายน 2562</p>	
<p>หน่วยงานนำไปใช้:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรแพทย์ 2) องค์กรพยาบาล 3) แผนกผู้ป่วยนอกทุกหน่วยงาน 		




(นางสุกัญญา สายแสงจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ




(นางสาววรางศรี งามมาก)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



(นายกิตติภพ แจ่มโสภณ)
นายแพทย์ชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรมและ
แพทย์ผู้รับผิดชอบงาน Palliative care



(นางวันทนีย์ มามูล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ



(นายประมวล ไทยงามศิลป์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท

Palliative Consultation Record

Prasat Hospital

DATE.....WARD.....PATIENT.....HN.....

REQUEST Non-Emergency Emergency DOCTOR.....



<p>History:</p> <p>Drug allergy <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (ระบุ).....</p> <p>Underlying disease <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (ระบุ).....</p> <p>Clinical summary</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>PPS Score.....%</p> <p>Consultation for:</p> <p><input type="checkbox"/> Advanced care plan</p> <p><input type="checkbox"/> Pain control</p> <p><input type="checkbox"/> Symptoms management</p> <p><input type="checkbox"/> Psychological support</p> <p><input type="checkbox"/> แจ็งข่าวร้าย</p> <p><input type="checkbox"/> ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p>
<p>Physical examination: BP _____ HR _____ BT _____ RR _____</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Important Investigation:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Diagnosis:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

ลงชื่อแพทย์ผู้ปรึกษา.....

(.....)

วันที่.....เวลา.....

ส่วนของแพทย์ผู้รับปรึกษา

ที่อยู่: บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....		
CC: PPS.....% PI:	Important Investigation:  	
Physical examination:	Physical assessment: <input type="checkbox"/> Pain PS...../10 <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Dyspnea...../10 <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Pruritus <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Wound <input type="checkbox"/> Oral problem <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Bowel obstruction <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	Advanced care plan: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ETT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CPR <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Inotropic drugs <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Unfinished business: Place of death: <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
Psychological assessment:		Family Genogram:
Diagnosis:	
Treatment/Management:	
Plan:	

ลงชื่อแพทย์ผู้รับปรึกษา.....
 (.....)
 วันที่.....เวลา.....