

(อายุ < 15 ปี) Review Treatment COVID-19 สำหรับ Discharge

Progress note	Order for one day	Order for continuation
<p>วันที่...../...../.....</p> <p>BW.....kgs. BMI.....</p> <p>Admit รพ. วันที่...../...../.....</p> <p>RR ก่อนย้าย...../mim</p> <p>O₂sat ก่อนย้าย.....%</p> <p>ผล CXR ล่าสุด.....</p> <p>โรคประจำตัว.....</p> <p>ประวัติแพ้ยา</p> <p>Dx. Confirmed COVID -19 โปรดระบุ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Asymptomatic /Symptom no risk factor </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Asymptomatic/Symptom with risk factor ระบุ..... </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pneumonia, no hypoxemia </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pneumonia, with hypoxemia <ul style="list-style-type: none"> - ครบจำหน่าย 14 วัน วันที่..... - นัดติดตามหลังจำหน่าย 14 วัน พร้อม CXR </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Severe pneumonia on HFNC <ul style="list-style-type: none"> - ครบจำหน่าย 21 วัน วันที่..... - นัดติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน พร้อม CXR และ Lab อื่นๆ ระบุ..... </div> <p>ลงชื่อ.....</p>	<p>วันที่...../...../.....</p> <p>Plan of treatment ต่อ รพ.สนาม (โปรดระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> Supportive treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Specific treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Favipiravir day 0-5 <input type="radio"/> Favipiravir day 6-10 <input type="radio"/> Prednisolone(5).....X.....days <input type="radio"/> F/U CXR วันที่..... <p>Home medications</p> <p><input type="checkbox"/> Continue Favipiravir (200 mg.) จนครบ.....days วันที่.....เวลา..... (15 mg/kg/dose).....mg ทุ 12 hrs รวมจำนวน.....เม็ด</p> <p><input type="checkbox"/> Paracetamoloral prn ทุ 6 hr. จำนวน.....เม็ด/ขวด</p> <p><input type="checkbox"/> Prednisolone (5)..... จำนวน.....วัน</p> <p><input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ</p> <p>ลงชื่อ.....</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Sticker ชื่อผู้ป่วย</p> </div>