

Review Treatment COVID-19 สำหรับย้าย Green Cohort ward โรงพยาบาลปราสาท

Progress note	Order for one day	Order for continuation
<p>วันที่...../...../..... ชื่อ..... HN..... BW.....kg. BMI..... Admit รพ. วันที่..... Dx. Confirmed COVID -19 โปรตระบุ..... <input type="checkbox"/> Asymptomatic /mild symptom no risk factor <input type="checkbox"/> Asymptomatic /mild symptom with risk factor <input type="checkbox"/> Pneumonia ,no hypoxemia (Partially improved) <input type="checkbox"/> Pneumonia ,with hypoxemia (Partially improved) <input type="checkbox"/> Severe pneumonia on HFNC (Partially improved) โรคประจำตัวผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา</p> <p>Plan of treatment (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> Symptomatic treatment <input type="checkbox"/> Specific treatment ○ 2.1 Favipiravir day ○ 2.2 Prednisolone(5) 3*2 *7 d <input type="checkbox"/> FU CXR D..... วันที่..... <input type="checkbox"/> ครอบจำหน่าย 14 วัน วันที่..... <input type="checkbox"/> ครอบจำหน่าย 21 วัน วันที่..... ในกรณี severe pneumonia(HFNC/Ventilator) หรือ immunocompromised host <input type="checkbox"/> นัดติดตามหลังจำหน่าย ○ นัด 1 เดือน ในกรณีผู้ป่วย severe pneumonia พร้อม CXR และ Lab อื่นๆ ระบุ..... ○ นัดรับยาโรคเรื้อรังเดิม 1 เดือน ที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p>	<p>วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> ย้าย Green Cohort ward</p> <p>ลงชื่อ.....</p>	<p>วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> DM diet <input type="checkbox"/> Record V/S, Record SpO₂ (Room air และหลังออกกำลังกาย 3 นาที) If SpO₂ RA ≤96% หรือหลังออกกำลัง กายแล้วลดลง ≥ 3 % notify <input type="checkbox"/> DTX premeal OD If < 180 mg./dl. * 3 day off DTX <input type="checkbox"/> DTX premeal BID ในผู้ป่วย DM (Keep 80-180 mg./dl.) Medication <input type="checkbox"/> Continue Favipiravir (200 mg.) จนครบ.....day วันที่.....เวลา..... ○ BW < 90 kgs. 4 tab oral q̄ 12 hr. ○ BW ≥ 90 kgs. or BMI ≥35 kg./m² 5 tab oral bid q̄ 12 hr. <input type="checkbox"/> Prednisolone (5) 3 tab oral bid * 7 day <input type="checkbox"/> Omeprazole (20) 1 tab oral OD AC <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab oral prn q̄ 6 hr. <input type="checkbox"/> Dextromethorphan (15) 1 tab oral tid PC <input type="checkbox"/> CPM (4) 1 tab oral HS <input type="checkbox"/> ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ <input type="checkbox"/> ยาอมมะแว้ง อมแก้เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ยาโรคเรื้อรัง 1. 2. 3. 4. 5. 6.</p> <p>ลงชื่อ.....</p>