

Review Treatment COVID-19 สำหรับ Discharge

| Progress note | Order for one day | Order for continuation |
|---|--|---|
| <p>วันที่...../...../.....</p> <p>BW.....kg. BMI.....</p> <p>Admit รพ. วันที่...../...../.....</p> <p>O₂sat ก่อน D/C%</p> <p>ผล CXR ล่าสุด.....</p> <p>โรคประจำตัวผู้ป่วย</p> <p>.....</p> <p>ประวัติแพ้ยา</p> <p>.....</p> <p>Dx. Confirmed COVID -19 โปรตรระบุ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Asymptomatic /mild symptom no risk factor <input type="checkbox"/> Asymptomatic /mild symptom with risk factor ระบุ..... <input type="checkbox"/> Pneumonia, no hypoxemia <input type="checkbox"/> Pneumonia, with hypoxemia - ครอบจำหน่าย 14 วัน วันที่..... </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Severe pneumonia on HFNC - ครอบจำหน่าย 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 (โปรตรระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> Supportive treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Specific treatment</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> Favipiravir day 1-5 <input type="radio"/> Favipiravir day 6-10 <input type="radio"/> Prednisolone (5) 3*2 pc for 7 day F/U CXR วันที่..... </p> <p>Home Medication</p> <p><input type="checkbox"/> Continue Favipiravir (200 mg.) จนครบ.....วัน</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> BW < 90 kg. 4 tabs oral q 12 hr (total 50 tabs) <input type="radio"/> BW ≥ 90 kgs. or BMI ≥ 35 kg./m² 5 tabs oral q 12 hr (total 64 tabs) </p> <p><input type="checkbox"/> Prednisolone (5) 3 tabs oral bid จนครบ 7 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> Omeprazole (20) 1 tab oral OD AC #10 caps</p> <p><input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab oral prn q 6 hr. #20 tabs</p> <p><input type="checkbox"/> Dextromethorphan (15) 1 tab oral tid #20 tabs</p> <p><input type="checkbox"/> CPM (4) 1 tab oral HS #10 tabs</p> <p><input type="checkbox"/> ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ #2 ขวด</p> <p><input type="checkbox"/> ยาอมมะแว้ง อมแก้เจ็บคอ #2 ซอง</p> <p><input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ.....#.....</p> <p><input type="checkbox"/> ยาโรคเรื้อรัง (ให้ส่งจ่ายได้ 1 เดือน)</p> <p>ลงชื่อ.....</p> | <p>วันที่...../...../.....</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 20px auto; text-align: center; font-size: small;"> แพะสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย </div> <p>ลงชื่อ.....</p> |