Palliative Care Consultation Record Prasat Hospital

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

DOCTOR……...

History: Drug allergy ☐No ☐Yes (ระบุ)…….. Underlying disease ☐No ☐Yes (ระบุ)…….. Clinical summary …… …… …… …… ……	**Consultation for:** ☐ Advance care planning ☐ Pain control ☐ Symptom management ☐ Psychological support ☐ ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ☐ แจ้งข่าวร้าย ☐ อื่น ๆ..... ลงชื่อแพทย์ผู้ปรึกษา..... วันที่.....เวลา.....
Diagnosis: ……	

ส่วนของแพทย์ผู้รับปรึกษา

History and Physical examination …… …… …… …… …… …… …… …… …… **PPS……..%**	**Physical symptoms** …… …… …… …… **Psychological assessment** …… …… …… …… **Family meeting** …… …… ……	**Advance care planning** ☐Yes ☐No ETT ☐Yes ☐No CPR ☐Yes ☐No Inotropic drugs ☐Yes ☐No Unfinished business……. Place of death…… อื่น ๆ..... **Plan of management and suggestion** …… …… …… ลงชื่อแพทย์ผู้รับปรึกษา…….. วันที่.....เวลา.....

FM-PC-003-00 ประกาศใช้ 17 ส.ค. 2564
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ