**สติ๊กเกอร์**

**แบบบันทึกการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลบ้านผือ  
IMC ❑ Stroke ❑ TBI ❑ SCI ❑ โรคอื่นๆ............................  
LTC ❑ เตียง 1 ❑ เตียง 2 ❑ เตียง 3 ❑ ผู้สูงอายุ  
PC ❑ CA PPS ❑ 0-30% ❑40-60% ❑ 70-100%  
 ❑ Non-CA ระบุ........................ วันจำหน่าย.....................................**

**1.ข้อมูลทั่วไป:   
 ชื่อ-สกุล................................................................................ เบอร์โทรติดต่อ...........................................................   
เลขที่บัตรประชาชน............................................................ วันเกิด ( ว/ด/ป )………………………… อาชีพ..................................  
ที่อยู่:บ้านเลขที่.............. หมู่............... ถนน.................. ซอย..................... ชุมชน/หมู่บ้าน.........................................  
ตำบล............................. อำเภอ................................ จังหวัด.................................... สถานที่ใกล้เคียง....................................  
ผู้ดูแลหลัก............................................................ เกี่ยวข้องเป็น............................... เบอร์โทรติดต่อ........................................  
ส่งต่อจาก WARD....................................... AN………………………………… สถานพยาบาลที่ติดตามเยี่ยม..................................  
การวินิจฉัยโรค Principle diagnosis: ………………………………………………………………………………………………………………………  
Comorbidity: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
Complication: ❑ Pneumonia ❑ UTI ❑ Bedsore grade 1, 2 ,3 ,4 ระบุตำแหน่ง......................................  
❑ อื่นๆ....................................................................................................................................................................................  
ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ( CT/MR ) และการตรวจพิเศษอื่นๆ  
.................................................................................................................................................................................................  
..................................................................................................................................................................................................  
การผ่าตัด: ....................................................................................... วันที่ผ่าตัด.......................................................................  
การรักษา: ...............................................................................................................................................................................  
..................................................................................................................................................................................................**

**วันที่นัด F/U……………………………………. สถานที่นัด....................................... ลงชื่อแพทย์ ...................................................**

**2.สรุปสภาพผู้ป่วยที่สำคัญก่อนส่งต่อ   
 สถานะการจำหน่าย ❑ ดีขึ้น ❑ แย่ลง ❑ คงที่   
 ❑ ไม่สมัครอยู่ ❑ เสียชีวิต  
 E \_ V \_ M \_ ,Pupils: …………………………….…   
V/S: T…….. °C , BP……………. mmHg, PR ….…./min, RR ………./min   
BW…………. kg DTX …….…mg% ,mortor Power  
  
สรุปอาการผู้ป่วย: ……………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………..**

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน



…./20

BI

**ลงชื่อ............................................ตำแหน่ง............................ ผู้เขียน โรงพยาบาลบ้านผือ เบอร์โทร 042-281026-8 ต่อ 156**