

แบบบันทึกการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลบ้านฝ้อ

- IMC  Stroke  TBI  SCI  โรคอื่นๆ.....
- LTC  เดียง 1  เดียง 2  เดียง 3  ผู้สูงอายุ
- PC  CA PPS  0-30%  40-60%  70-100%
- Non-CA ระบุ..... วันจำหน่าย.....

สติ๊กเกอร์

1. ข้อมูลทั่วไป:

ชื่อ-สกุล..... เบอร์โทรติดต่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน..... วันเกิด ( ว/ด/ป )..... อาชีพ.....

ที่อยู่บ้านเลขที่..... 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

กิจกรรม	ระดับคะแนน	คะแนน
1.รับประทานอาหาร	0 1 2	
2.หิวลม แปร่งฟัน ส้างหน้า	0 1	
3.เคลื่อนย้ายจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	0 1 2 3	
4.การใช้ห้องสุขา	0 1 2	
5.เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0 1 2 3	
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	0 1 2	
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	0 1 2	
8.การอาบน้ำ	0 1	
9.ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	0 1 2	
10.ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	0 1 2	
BI		..../20