

แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

HHC.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... มี สิทธิการรักษา ข้าราชการ ประกันสังคม บัตร 30 บาท (ในเขต) บัตร 30 บาท (นอกเขต) อื่นๆ ระบุ.....
 ชื่อผู้ดูแล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สามี ภรรยา บุตร ญาติ ผู้รับจ้างดูแล หมายเหตุโทรศัพท์.....

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
1. ตำแหน่งกาย - อุณหภูมิ - ชีพจร - การหายใจ - ความดันโลหิต - น้ำหนัก/ส่วนสูง	ครั้งที่.....°C	ครั้งที่.....°C	ครั้งที่.....°C	ครั้งที่.....°C
	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที
	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที	ครั้งที่.....ครั้ง/นาที
	ครั้งที่...../mmHg.	ครั้งที่...../mmHg.	ครั้งที่...../mmHg.	ครั้งที่...../mmHg.
	ครั้งที่.....กก./.....ซม.	ครั้งที่.....กก./.....ซม.	ครั้งที่.....กก./.....ซม.	ครั้งที่.....กก./.....ซม.
แมด/แผลกดทับ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....
อาการชา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
อาการอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
โรค/อาการแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ความพิการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....
การจัดการสิ่งแวดล้อม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
รับประทานอาหารได้ปกติ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การขับถ่าย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
การรับประทานยา ระบุชนิด/ขนาด	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
รับประทานยาตามแผนการรักษา	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....
2. สภาพอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่นๆ.....
3. ผลกระทบทางสังคม	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
พบแพทย์ตามนัด	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....
หมายเหตุเรื่องต่อไป				
ผู้ประเมิน				