

แบบประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด/อุบัติเหตุ

HHC.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี สิทธิการรักษากฎ จ้างทางการแพทย์ ประกันสังคม บัตร 30 บาท (ในเขต) บัตร 30 บาท (นอกเขต) อื่นๆ ระบุ.....
 หลังผ่าตัด ระบุ..... วันที่.....
 อุบัติเหตุ..... วันที่.....
 ญาติที่ รพ. วันที่.....
 รักษาที่ รพ. วันที่.....
 หมายเหตุ.....

หัวข้อประเมินลักษณะทั่วไป	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
1. ด้านร่างกาย - อุณหภูมิ.....°C - ชีพจร.....ครั้ง/นาที - การหายใจ.....ครั้ง/นาที - ความดันโลหิต...../mmHg.	<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.....
	ระบุตำแหน่ง.....			
	ความรุนแรง <input type="checkbox"/> พอทนได้ <input type="checkbox"/> ต้องรักษาแก่ภาวะ			
	ภาวะแทรกซ้อนอาการปวด			
อุปกรณ์ทางการแพทย์ <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.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ระบุตำแหน่ง.....				
ความรุนแรง <input type="checkbox"/> พอทนได้ <input type="checkbox"/> ต้องรักษาแก่ภาวะ				
ภาวะแทรกซ้อนอาการปวด				
แผล <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.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
ความพิการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับกึ่งขณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับกึ่งขณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับกึ่งขณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับกึ่งขณะ.....
การรับประทานยา	ระบุชนิด/ขนาด 1. 2. 3. 4. 5.	ระบุชนิด/ขนาด 1. 2. 3. 4. 5.	ระบุชนิด/ขนาด 1. 2. 3. 4. 5.	ระบุชนิด/ขนาด 1. 2. 3. 4. 5.
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 ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....
4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระดับ.....
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				