

ใบส่ง Consult สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

222 หมู่ 1 ถ.ติวานนท์ ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร 02-5022345 ต่อ 1783 Fax.02-5022370

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN..... หรือผู้ป่วย.....

วันส่งปรึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ ของผู้ป่วยหรือญาติที่ติดต่อได้ (อย่างน้อย 2 เบอร์)

ที่อยู่ผู้ป่วย (ตามที่อยู่จริงหลังจำหน่าย).....

การวินิจฉัยโรค

.....
.....
.....

ต้องการส่งปรึกษาเพื่อ

ประเมินบวอร์ด

เยี่ยมบ้าน

ปัญหาหลักที่ต้องการส่งปรึกษา (ข้อเดียว)

ดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ดูแลหลังคลอด

ดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care)

ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือทารุณกรรม

อื่นๆ.....

ประวัติการรักษา,รายละเอียดความเจ็บป่วยโดย วันที่รับผู้ป่วยไว้ในรพ.....วันที่จำหน่ายผู้ป่วย.....

ยากลับบ้าน

.....
.....
.....

สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

ช่วยเหลือตัวเองได้ (Independent)

ช่วยเหลือตัวเองพอได้ (อยู่ติดบ้าน หรือ ใช้รถเข็น) (Partial Dependent)

ติดเตียง (พลิกตัวเองได้) (Bedbound)

ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (Bed Ridden)

ใบตอบกลับการดูแลผู้ป่วย

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ชื่อสถานบริการที่ตอบกลับ.....ตอบกลับวันที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....

พบผู้ป่วยและหรือญาติในวันที่..... บนворด์ ที่บ้านผู้ป่วย

ปัญหาสุขภาพองค์รวมและการวางแผน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- สามารถอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมได้ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- มีแผนเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปใน
 - 1-2 อาทิตย์
 - 1 เดือน
 - 3 เดือน
 - 6 เดือน
 - 1 ปี
- ส่งต่อเครือข่ายที่รับผิดชอบผู้ป่วย ชื่อเครือข่าย..... ทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว จะโทรตาม Case ให้อีก 1 เดือน หลังจากส่งให้สถานบริการนั้นๆ
- ปิด Case เนื่องจาก
 - หาย/ประสบผลตามเป้าหมาย
 - เสียชีวิต
 - ผู้ป่วยย้ายที่อยู่
 - ส่งต่อให้สถานพยาบาลอื่น
 - ไม่ยินยอม
 - ที่อยู่ผิดพลาด/โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้

วันที่ลงข้อมูล.....