



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (03)

วันที่ขอส่งต่อ..... เดือน..... ปี 255..... เวลา.....
 ชื่อแพทย์ที่ขอส่งต่อ..... ตำแหน่ง.....
 โรงพยาบาล..... โทรศัพท์.....
 เหตุผลการส่งต่อ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ขอส่งต่อ)

วันที่คาดว่าจะมาถึง...../...../..... เวลา.....
 ชื่อแพทย์ผู้รับ..... ตำแหน่ง.....
 หอผู้ป่วย.....
 โทรศัพท์.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน น้ำหนัก..... kgs

ใช้สิทธิ์ บัตรประกันสุขภาพ ข้าราชการ จ่ายเงินเอง อื่น ๆ (ระบุ).....

อาการสำคัญ/ประวัติเจ็บป่วยโดยย่อ.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

การตรวจร่างกาย.....

Labที่สำคัญ.....

การรักษาที่ได้รับแล้ว.....

ข้อมูลสถานะผู้ป่วยปัจจุบัน T.....C° P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที BP.....mmHg O₂sat.....%
 ไม่ให้ O₂ ให้ O₂..... ใส่ท่อช่วยหายใจ.....

ข้อมูลเฉพาะโรคหัวใจ

Associate Anomalies ที่ตรวจพบ.....

O₂sat แขนซ้าย.....% O₂sat แขนขวา.....% O₂sat ขาซ้าย.....% O₂sat ขาขวา.....%

BP แขนซ้าย.....mmHg BP แขนขวา.....mmHg BP ขาซ้าย.....mmHg BP ขาขวา.....mmHg

CXR ECG (ถ้ามี)..... ความจำเป็นต้องได้รับการ

Admit.....

Monitor ระหว่างเดินทาง.....

แพทย์ผู้มาส่ง..... เบอร์ติดต่อ.....