โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข

HN………………….ชื่อ...........................................................................

อายุ...........ปี........เดือน..........วัน CID…….…………………………….. วันที่....................

ที่อยู่.............................................................................โทรศัพท์........................................ เวลา.....................

สิทธิ..............................................................................NAP…………………………………………

ห้องตรวจ....คลินิก ARV........................................... แผนก.......อายุรกรรม.....................................

**แพ้ยา**

|  |  |
| --- | --- |
| **ซักประวัติ** | **บันทึกของแพทย์** |
| BW……kg สูง.......cm T….c P…../min R……./min BP……/……mmHgรอบเอว..........cms / รอบสะโพก.........cms . ratio =…..…%1.PWP : คู่นอน О มี О ไม่มี О ทราบ О ไม่ทราบ ผลเลือด.............. : SI О Y О N condom О ไม่ใช้ О ใช้ О ใช้บางครั้ง2.Screen TB : О ไอเรื้อรัง > 2 wks О BW ลด О LN โตที่คอ > 2cmsО ปกติ О ไข้ต่ำๆ > 1 Mo О ไอเป็นเลือด О เหงื่อออกตอนกลางคืนCXR О ปกติ О ผิดปกติ................ AFB О ปกติ О ผิดปกติ.................3. ซึมเศร้า О 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ) О บุหรี่.......มวน О สุรา/เบียร์........แก้ว. О ยาเสพติด .................... ตา О ปกติ О พร่า มัว มองเห็นภาพซ้อน Оส่งพบแพทย์...............**หมายเหตุ ข้อ 3 ใส่ เครื่องหมาย / = ปกติ , X = ผิดปกติ ในช่อง** ОLab: (....../....../.......) CD4……….(........%) VL……….copies/ml……….logFBS…...Cr…...Chol…..TG…...AST…..ALT…Alk……Hct……% MCV….pap.…………………….. ส่งพบแพทย์...........................................................S/E ยา О lypoatrophy О peripheral neuropathy О anemia О Hepatitis О hyperlipidemia О HT О DM О อื่นๆ..............เดือนที่........ О รับยาเดิม อาการปกติ О ระบุ........................................................................................................................................................................................ ..................................................... พยาบาล......................ผู้ซักประวัติครั้งต่อไป Plan. นัด О CD4 О VL О CBC О LFT О pap ОFBS О Cr อื่นๆ................................ .........เดือนที่ครบตรวจ................................adhearance…… % = 100 X ยาครั้งก่อน( )-ยาที่เหลือ+หาย+ลืม( ) จำนวนยาที่ให้ทั้งหมด ( ) เภสัชกร..............................................ผู้จ่ายยา | แพทย์.................................ผู้ตรวจ.คำแนะนำ О ARV О food О สิทธิ О Exercise О การปฏิบัติตัว О มาตามนัด О condom …ชิ้นนัดตรวจ1.CD4 วันที่......................2.Chem วันที่.......................3.VL วันที่........................4.pap วันที่........................5. CBC วันที่........................6. LFT วันที่........................7.ระบุ...............วันที่.....................นัดครั้งต่อไปวันที่...................... |

โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข

HN………………….ชื่อ...........................................................................

อายุ...........ปี........เดือน..........วัน CID…….…………………………….. วันที่....................

ที่อยู่.............................................................................โทรศัพท์........................................ เวลา.....................

สิทธิ..............................................................................NAP…………………………………………

ห้องตรวจ....คลินิกให้คำปรึกษา........................................... แผนก.......อายุรกรรม.....................................

**แพ้ยา**

|  |  |
| --- | --- |
| **ซักประวัติ** | **บันทึกของแพทย์** |
| BW……kg สูง.......cm T….c P…../min R……./min BP……/……mmHgรอบเอว..........cms / รอบสะโพก.........cms . ratio =…..…%1.PWP : คู่นอน О มี О ไม่มี О ทราบ О ไม่ทราบ ผลเลือด.............. : SI О Y О N condom О ไม่ใช้ О ใช้ О ใช้บางครั้ง2.Screen TB : О ไอเรื้อรัง > 2 wks О BW ลด О LN ที่คอ > 2cmsО ปกติ О ไข้ต่ำๆ > 1 Mo О ไอเป็นเลือด О เหงื่อออกตอนกลางคืนCXR О ปกติ О ผิดปกติ................ AFB О ปกติ О ผิดปกติ.................3. ซึมเศร้า О 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ) О บุหรี่.......มวน О สุรา/เบียร์........แก้ว. О ยาเสพติด .................... ตา О ปกติ О พร่า มัว มองเห็นภาพซ้อน Оส่งพบแพทย์...............**หมายเหตุ ข้อ 3 ใส่ เครื่องหมาย / = ปกติ , X = ผิดปกติ ในช่อง** Оการให้บริการ О pre- counselling О post- counselling ผล...................О window period F/U วันที่............О BBP ทั่วไป О เตรียมเจาะCD4 О เตรียมตัวเข้าโครงการARV О ฟังผลCD4CD4……….(........%) นัด F/U …….Mo วันที่......................**Note………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………..…................................................................................................................................ผู้ให้คำปรึกษา****นัดครั้งต่อไป** วันที่ …………………….ОเตรียมเจาะCD4 О ฟังผลCD4 О เตรียมตัวเข้าโครงการARV О อื่นๆ.................................................... | แพทย์.................................ผู้ตรวจ.คำแนะนำ О disclosure О สิทธิ О OIО ARV О food О Exercise О การปฏิบัติตัว О มาตามนัด О condom …ชิ้นนัดตรวจ1.CD4 วันที่......................2.ตา วันที่........................3.pap วันที่........................4.lab pre ARV วันที่.....................5. CXR + med วันที่.....................6.ระบุ...............วันที่..................... |