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……/……mmHg  รอบเอว..........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 ใช้บางครั้ง  2.Screen TB : О ไอเรื้อรัง > 2 wks О BW ลด О LN โตที่คอ > 2cms  О ปกติ О ไข้ต่ำๆ > 1 Mo О ไอเป็นเลือด О เหงื่อออกตอนกลางคืน  CXR 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** О  Lab: (....../....../.......) CD4……….(........%) VL……….copies/ml……….log  FBS…...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......................ผู้ซักประวัติ  ครั้งต่อไป 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 …ชิ้น  นัดตรวจ  1.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……/……mmHg  รอบเอว..........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 ใช้บางครั้ง  2.Screen TB : О ไอเรื้อรัง > 2 wks О BW ลด О LN ที่คอ > 2cms  О ปกติ О ไข้ต่ำๆ > 1 Mo О ไอเป็นเลือด О เหงื่อออกตอนกลางคืน  CXR 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** О  การให้บริการ  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 OI  О ARV О food  О Exercise О การปฏิบัติตัว  О มาตามนัด О condom …ชิ้น  นัดตรวจ  1.CD4 วันที่......................  2.ตา วันที่........................  3.pap วันที่........................  4.lab pre ARV วันที่.....................  5. CXR + med วันที่.....................  6.ระบุ...............วันที่..................... |