



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
VejjarakLampang Hospital

REHABILITATION
TREATMENT

ติดสติ๊กเกอร์
ชื่อผู้ป่วย

DIAGNOSIS แพทย์เจ้าของไข้

Date	Physical therapy	Occupational therapy	Others(IL,AT,ST,PO,RC)

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล
งานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง

ส่วนที่ 1

ชื่อ - สกุล _____ HN _____ Admit IPD _____ IPI _____ วันที่ _____
DX. _____ แพทย์ _____ ที่ _____
พักปัจจุบัน(ระบุเฉพาะจังหวัด) _____ เบอร์โทรศัพท์ต่อ _____

ส่วนที่ 21.) การพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วย 1.1) เจาะ Lab _____ ไม่มี Oder (อ่านต่อข้อ 1.3). _____ เจาะ

Lab ที่ OPD / IPD ☐ Lab รอดำเนินการที่ IPD ระบุ _____ 1.2) ผล Lab _____ มีผล

Lab (ดูผลที่ OPD/ IPD ☐ ☐ .

ยังไม่มีผล Lab (OPD จ ☐ ผลไปให้ / IPD ตามผลเอง ระบุ _____) .

อื่นๆ _____ ☐ 1.3) EKG _____ ไม่มี Oder (อ่านต่อข้อ 2)ทำแล้วที่ OPD รอทำที่

IPD ☐ 1.4) ผล EKG _____ แพทย์ดูที่ OPD _____ แพทย์ดูที่ IPD _____

1.5) CXR ☐ ไม่มี Oder (อ่านต่อข้อ 2)ทำแล้วที่ OPD _____ รอทำที่ IPD _____

1.6) ผล CXR ☐ แพทย์ดูที่ OPD _____ แพทย์ดูที่ IPD _____

1.7) อื่นๆ ระบุ _____ ☐ _____ ☐ _____

2.) การใช้ยา ☐ ☐ ส่งผู้ป่วย/ญาติพบเภสัชกรพร้อมยา

. ☐ แพทย์ตรวจสอบและเขียนคำสั่งการใช้ยา

. ☐ นำฝากยาที่ห้องยา

3. เบิกของใช้ _____ ปอท (ซื้อให้ ☐ มาเอง) _____ Urenal (ซื้อให้ ☐ มาเอง)

4.) แนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายและขั้นตอนใบยินยอมขณะพักรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ สามัญ (ระบุสิทธิ) _____

ห้องพิเศษ ☐ ☐ 5.) ส่งผู้ป่วยเวลา _____ น. โดยใช้ _____ รถเข็นนั่ง/

นอนพร้อมญาติ _____ รถเข็นนั่ง/นอนไม่มีญาติ ☐ ☐

หมายเหตุ: กรอกข้อมูลส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วนก่อนส่งทำ AN. ที่งานเวชระเบียน

ลงชื่อ _____ (พยาบาล OPD) _____ ได้รับเอกสารครบถ้วน ลง

ชื่อ _____ (พยาบาล IPD) _____ ลงเวลารับ _____ (พยาบาล

IPD)

วฟ. 2 เวชศาสตร์ฟื้นฟู ชื่อ สกุล HN

แบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง(ประเมินโดยแพทย์)

ข้อกำหนดการรับผู้ป่วยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู	ใช่	ไม่ใช่
1. Resting BP \geq 160/100 หรือ $<$ 90/60 mmHg		
2. RestingPulse rate $<$ 40/min หรือ $>$ 120/min		
3. Resting respiratory rate $>$ 22 / min หรือ Oxygen sat $<$ 95 %		
4. Temperature $>$ 38.0 ⁰ C		
5.) Uncontrolled infection (TB, pneumonia, acute pyelonephritis)		
6. FBS $>$ 250 mg/dl with ketosis or FBS $>$ 300 mg/dl without ketosis		
7. Uncontrolled seizure/epilepsy		
8.Pressure ulcer grade \geq 3 และขนาด $>$ 4cms		
9. Unable to follow 2 steps command ยกเว้น admit เพื่อฝึก caregiver หรือผู้ป่วย aphrasia		
10. มีอาการอะโอะโวยวาย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้		
11. มีภาวะที่ต้องเฝ้าระวังสูง เช่น heart block, unstable angina, suspected CNS infection, suspected IICP		
12. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนที่ผ่านมา		

หมายเหตุ ; หากมีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ไม่สมควรรับไว้ในโรงพยาบาล

สาเหตุที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล	การดูแลพิเศษเพิ่มเติม

ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ประเมิน)

(.....)

วันที่.....