



โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง  
Vejjarak Lampang Hospital

แบบประเมินผู้ป่วยสำหรับแพทย์

. ชื่อ -สกุล .....อายุ.....ปี HN ..... AN.....

ประวัติและการตรวจร่างกาย :

อาการสำคัญ :

ประวัติปัจจุบัน :

ประวัติอดีต :

Previous status :

Physical Examination :

V/S :

General examination :

Neurological examination :

Impression :



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง  
Vejjarak Lampang Hospital

REHABILITATION  
TREATMENT

ติดสติ๊กเกอร์  
ชื่อผู้ป่วย

DIAGNOSIS ..... แพทย์เจ้าของไข้ .....

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

## งานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง

## ส่วนที่ 1

ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ Admit ☐ IPD ชาย ☐ IPD หญิง วันที่ \_\_\_\_\_

DX. \_\_\_\_\_ แพทย์ \_\_\_\_\_

ที่พักปัจจุบัน( ระบุเฉพาะจังหวัด ) \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ต่อ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 2 1.) 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 จะนำผลไปให้ / 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 ☐ พรอท (ซื้อใหม่/นำมาเอง) ☐ Urenal (ซื้อใหม่/นำมาเอง)

4.) แนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายและเซนต์ไบยินยอมขณะพักนอนในโรงพยาบาลตามสิทธิ

☐ สามัญ (ระบุสิทธิ์) ☐ ห้องพิเศษ

5.) ส่งผู้ป่วยเวลา \_\_\_\_\_ น. โดยใช้ ☐ รถเข็นนั่ง/นอนพร้อมญาติ ☐ รถเข็นนั่ง/นอนไม่มีญาติ

**หมายเหตุ :** กรอกข้อมูลส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วนก่อนส่งทำ AN. ที่งานเวชระเบียน

ลงชื่อ (พยาบาล OPD)

ได้รับเอกสารครบถ้วน      ลงชื่อ (พยาบาล IPD)

ลงเวลารับ \_\_\_\_\_ (พยาบาล IPD)

วฟ. 2 เวชศาสตร์ฟื้นฟู ชื่อ ..... สกุล ..... HN .....

แบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง (ประเมินโดยแพทย์)

ข้อกำหนดการรับผู้ป่วยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู	ใช่	ไม่ใช่
1. Resting BP $\geq$ 160/90 หรือ $<$ 90/60 mmHg		
2. Resting Pulse rate $<$ 40/min หรือ $>$ 120/min		
3. Resting respiratory rate $>$ 22 / min หรือ Oxygen sat $<$ 95 %		
4. Temperature $>$ 38.0 $^{\circ}$ 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 $>$ 4 cms		
9. Unable to follow 2 steps command ยกเว้น admit เพื่อฝึก caregiver หรือผู้ป่วย aphasia		
10. มีอาการเอะอะโวยวาย 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.....