



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
Vejjarak Lampang Hospital

แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
(1/2) แพทย์

ติดสติ๊กเกอร์
ชื่อผู้ป่วย

- วินิจฉัยโรค ☐ Ischemic stroke ☐ Hemorrhagic stroke ☐ Traumatic brain injury
- CT/MRI
- ด้านที่อ่อนแรง ☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- Onset วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... Post onset.....
- ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

6. สถานภาพที่อยู่อาศัยชั้น ☐ บ้านใด ☐ ลักษณะห้องน้ำ

7. ผู้ดูแลหลัก ระบุ.....
8. อาชีพก่อนป่วย.....
9. การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ.....

ประวัติด้านปัจจัยเสี่ยง

- 1.1 โรคประจำตัว ☐ ปฏิเสธ ☐ มี ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ (CAD, MI, AF, LVH) ☐ TIA ☐ Previous stroke ☐ อื่นๆ ระบุ
- 1.2 การแพ้ยา ☐ ปฏิเสธ ☐ มี ระบุ.....
- 1.3 ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ จำนวน.....มวน/วัน.....ปี ☐ เคยสูบ เลิกมานาน..... ปี
- 1.4 ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่เคยดื่ม ☐ ดื่ม ปริมาณเฉลี่ย..... ☐ เลิกดื่มมานาน.....ปี
- 1.5 ประวัติการออกกำลังกายก่อนป่วย ☐ เป็นประจำ ☐ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ นานๆครั้ง(3-4 ครั้ง/เดือน) ☐ หลายเดือนต่อครั้ง ☐ ไม่เคย
- 1.6 ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ☐ ปฏิเสธ ☐ มี ระบุ.....

Physical examination

HEENT

Heart

Lung

Abdomen

Extremities.....

Mood

Neurology

Follow command ☐ not follow ☐ 1 – step ☐ 2- step ☐ 3- step

Orientation ☐ time ☐ place ☐ person

Memory ☐ remote ☐ Recent ☐ Recall

Calculation



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
Vejjarak Lampang Hospital

แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
(2/2) แพทย์

ติดสติ๊กเกอร์
ชื่อผู้ป่วย

Dysarthria ☐ No ☐ Yes ระบุ.....

Apraxia of speech ☐ No ☐ Yes ระบุ.....

Speech Comprehension ☐ good ☐ impair Aphasia ☐ No ☐ Yes ระบุ.....

Fluency ☐ good ☐ impair

Repetition ☐ good ☐ impair

Neglect ☐ No ☐ Yes ระบุ.....

Sitting balance ☐ poor ☐ fair ☐ good for..... minutes

Standing balance ☐ poor ☐ fair ☐ good

Sensory examination

DTR

ROM

Motor power



Spasticity (MAS)

Right. UE Left. UE

Right.. LE Left.. LE

Coordination UE ☐ Normal ☐ impaired LE ☐ Normal ☐ impaired

swallowing Dysphagia ☐ No ☐ Yes

Drinking ☐ No ☐ Yes..... Oral motor control ☐ good ☐ fair ☐ poor

Laryngeal elevation ☐ normal ☐ abnormal

Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) ☐ Not test ☐ normal (>2) ☐ abnormal (< 2)

Modified Water Swallowing Test (MWST) ☐ Not test ☐ normal ☐ abnormal

Gag reflex ☐ normal ☐ hyporeflex ☐ hyperreflex

Shoulder problem	NO	Yes
Stiffness/limit ROM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subluxation	<input type="checkbox"/>FB
CRPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain score	<input type="checkbox"/>	
ROM	<input type="checkbox"/>	
Other	<input type="checkbox"/>	

Gait

Other

Problem lists

1.
2.
3.
4.
5.



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. มีอาการอะโวยวาย 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.....