



สถาบันโรคทรวงอก
แบบบันทึกปรึกษาเพื่อส่งต่อผู้ป่วย (Refer)

ข้อมูลเพิ่มเติม..... Tel. 02 591 9999 ต่อ 7123 Fax. 02 591 9970

วันที่ได้รับการปรึกษา..... เวลา..... เวลาที่รับ Fax..... เวลาแจ้งแพทย์

☐ HD ☐ CHEST ☐ CVT ☐ โรคอื่นๆ

☐ ผู้ป่วยเก่า HN

☐ ผู้ป่วยใหม่ เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง

ผู้ป่วยชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์ญาติ.....

โรงพยาบาลที่ปรึกษา..... ☐ รัฐบาล ☐ เอกชน เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาล.....

สิทธิ ☐ เบิกได้ (ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ)

☐ เบิกไม่ได้ ☐ บัตรทอง/ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ.....

☐ เรียบร้อย ☐ ไม่เรียบร้อย

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

V/S ปัจจุบัน T.....C, P...../min, R...../ min, BP.....mmHg, O₂ sat.....%

Dx. สาเหตุการส่งต่อ/ ปรึกษา.....

โรคร่วมอื่น เช่น ☐ ไม่มี ☐ โรคสมอง ☐ โรคไต ☐ โรคอัมพฤกษ์

☐ โรคอัมพาต ☐ โรคอื่นๆ.....

ผลการตรวจที่สำคัญ วันเดือนปี..... BUN..... Cr..... Trop-T..... CKMB.....

CPK..... INR..... Hct..... AFB..... อื่นๆ.....

ขณะนี้ผู้ป่วย Admit อยู่ ☐ Ward..... ☐ ห้องพิเศษ ☐ ICU ☐ ER

สิ่งที่ทำให้กับผู้ป่วย ☐ ETT ☐ TT ☐ O₂ canular.....Lit/min ☐ O₂ Mask.....Lit/min

☐ Room Air ☐ อื่นๆ

ผู้ปรึกษา..... (แพทย์/ พยาบาล/ ญาติ) ผู้รับเรื่อง..... (แพทย์/ พยาบาล)

แพทย์ผู้รับปรึกษา..... (HD/ CHEST/ CVT/ แพทย์เวร ER)

วันเดือนปี	จำนวนเตียง									
	สามัญ		พิเศษรวม		พิเศษเดี่ยว	หอผู้ป่วยหนัก				
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		ICCU	CCU	RCU	IICU	ICU

[illegible]