

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ.....เบอร์โทร.....
 รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ.....จำหน่ายเมื่อ.....รวมเวลาอยู่.....วัน
 การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....
 ชื่อเด็ก.....เพศ.....วันที่คลอด.....

อาการสำคัญ

1. ระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมามีเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือไม่

ไม่เคย เคย เมื่อ.....จำหน่ายเมื่อ.....
 การวินิจฉัย.....

2. มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส

2.1 มารดา

แรกรับ หลังรับไว้เมื่อ.....ระยะเวลาที่มีไข้.....วัน

2.2 ทารก

แรกรับ หลังรับไว้เมื่อ.....ระยะเวลาที่มีไข้.....วัน

3. อาการอื่นๆ ที่ปรากฏ

3.1 มารดา

ไอมีเสมหะ เมื่อ.....

อูจาระร่วง เมื่อ.....

ปัสสาวะขุ่น เมื่อ.....

ปัสสาวะแสบขัด เมื่อ.....

Lochia ผิดปกติ เมื่อ.....

แผลช่องคลอดผิดปกติเมื่อ.....

แผลห่มผิดปกติเมื่อ.....

อื่นๆ ระบุ.....

3.2 ทารก

สะดือ ลักษณะก่อน D/C.....
 ครบ 7 วัน

ตา ลักษณะก่อน D/C.....
 ครบ 7 วัน

ผิวหนัง ลักษณะก่อน D/C.....
 ครบ 7 วัน

แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล1

Name	Age	ปี	HN แม่	HN ลูก
Ward			เตียง	แผ่นที่

อาการสำคัญ (ต่อ)

4. การใช้เครื่องมือพิเศษ

- ปัสสาวะครั้งคราว เมื่อ.....เวลา.....นาฬิกา รวม.....ครั้ง
- สวนปัสสาวะคา เมื่อ.....หยุด.....
- การให้น้ำเกลือ เริ่ม.....หยุด.....
- การใส่ท่อช่วยหายใจ เริ่ม.....หยุด.....
- การใส่ ICD เมื่อ.....หยุด.....
- ทำ F/E , V/E เมื่อ.....
- ทำ Cut Down เมื่อ.....
- ทำ Episiotomy เมื่อ.....
 - ลักษณะแผลช่องคลอดก่อน D/C.....
 - ลักษณะแผลช่องคลอด เมื่อครบ 7 วัน.....
- ผ่าตัดหมัน วันที่.....ชนิดการผ่าตัด.....
 - ลักษณะแผลช่องคลอดก่อน D/C.....
 - ลักษณะแผลช่องคลอด เมื่อครบ 7 วัน.....

5. ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

5.1 มารดา

ชนิด	ขนาดยา/วัน	วันที่เริ่มให้	วันที่หยุด	ระยะเวลา	รวมขนาดยา
.....
.....
.....

5.2 ทารก

ชนิด	ขนาดยา/วัน	วันที่เริ่มให้	วันที่หยุด	ระยะเวลา	รวมขนาดยา
.....
.....
.....

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	สิ่งที่ตรวจพบ	ผลการตรวจ
.....
.....
.....

แบบฟอร์มการติดชื่อในโรงพยาบาล2

Name	Age	ปี	HN แม่	HN ลูก
Ward			เตียง	แผ่นที่

อาการสำคัญ (ต่อ)

7. ผลสรุปก่อน D/C

7.1 มารดา

- คิดเชื่อในโรงพยาบาลตำแหน่ง.....เชื้อ.....
วันที่เริ่มติดเชื้อ.....สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม.....
- ไม่คิดเชื่อในโรงพยาบาล
- คิดเชื่อในชุมชน
- สรุปไม่ได้ เพราะ.....

7.2 ทารก

- คิดเชื่อในโรงพยาบาลตำแหน่ง.....เชื้อ.....
วันที่เริ่มติดเชื้อ.....สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม.....
- ไม่คิดเชื่อในโรงพยาบาล
- คิดเชื่อในชุมชน
- สรุปไม่ได้ เพราะ.....

8. ผลสรุปครบ 7 วัน กรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อให้ผู้ป่วยพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

8.1 มารดา

- คิดเชื่อในโรงพยาบาลตำแหน่ง.....เชื้อ.....
วันที่เริ่มติดเชื้อ.....สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม.....
- ไม่คิดเชื่อในโรงพยาบาล
- คิดเชื่อในชุมชน
- สรุปไม่ได้ เพราะ.....

8.2 ทารก

- คิดเชื่อในโรงพยาบาลตำแหน่ง.....เชื้อ.....
วันที่เริ่มติดเชื้อ.....สาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริม.....
- ไม่คิดเชื่อในโรงพยาบาล
- คิดเชื่อในชุมชน
- สรุปไม่ได้ เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)
วันที่.....

แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล3

Name	Age	ปี	HN แม่	HN ลูก
Ward			เตียง	แผ่นที่