

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKEAN UNIVERSITY ASSESSMENT FORM (ADULT) (สูติ-นรีเวชกรรม)	หอผู้ป่วย.....Bed..... AN.....HN..... ชื่อ..... เพศ.....อายุ.....ปี..... รับย้ายจาก.....วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.	Department of.....PAGE..... Attend staff..... Diagnosis..... พยาบาลเจ้าของไข้..... วันที่รับไว้..... Admit ครั้งที่.....สถานะการเงิน.....
---	--	--

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors).

ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....

ชื่อสามี/ญาติ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

1.1. ภาวะสุขภาพ (Health State)

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต.....

.....

.....

- ล้วงรก ☐ ไม่มี ☐ มี ครรภ์ที่.....

- ขูดมดลูก ☐ ไม่มี ☐ มี ครรภ์ที่.....

- PPH ☐ ไม่มี ☐ มี ครรภ์ที่.....

- Stillbirth ☐ ไม่มี ☐ มี ครรภ์ที่.....

- ทารกพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี ครรภ์ที่.....

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

G.....P.....LMP.....EDC.....ANC.....ครั้ง สถานที่.....

☐ ร.พ.ศรีนครินทร์.....ครั้ง ☐ Clinic.....ครั้ง

☐.....ครั้ง ☐.....ครั้ง

☐.....ครั้ง ☐.....ครั้ง

ANC ครั้งแรก GA.....สัปดาห์น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....

ก.ก. ANC 6 เดือนแรก.....ครั้ง ≥ 7 เดือน.....ครั้ง.....

น้ำหนักก่อนคลอด.....ก.ก.ส่วนสูง.....ซม.

V/S BT.....°C PR...../min.....RR...../min

BP.....FHR.....ครั้ง/นาที

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี

.....สาเหตุที่มาโรงพยาบาล

☐ เจ็บครรภ์เริ่มเจ็บเวลา.....วันที่.....

☐ แพทย์นัดมาคลอด ☐ อื่นๆ.....

แรกรับ.....

ประวัติการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ในอดีตทั้งของตนเองและญาติใกล้ชิด

- โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- โรคเบาหวาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- ความดันโลหิตสูง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- โรคเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- โรคติดต่อ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- ตั้งครรภ์แฝด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- ทารกพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- อื่นๆ.....

การแพ้ยาลาอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

.....

ฟันปลอม ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

Bl.gr.....Rh.....Hct.....Vol%.. Hb.....gm%..

VDRL.....TPHA.....Anti HIV.....

HbsAg..... HbeAg.....MCV.....OF.....DCIP.....

Hb Typing.....อื่นๆ.....

ผล Lab สามี วันที่.....

Bl.gr.....Rh.....Hct.....Vol%.. Hb.....gm%..VDRL.....

TPHA..... HbsAg.....HbeAg.....Anti HIV.....

Hb Typing.....อื่นๆ.....

การผ่าตัด

1.....วันที่.....

2.....วันที่.....

3.....วันที่.....

1.2 ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ และ วัฒนธรรม

เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ บุคคลที่ช่วยเหลือ คือ.....
 ผู้หารายได้หลักในครอบครัว.....
 การปฏิบัติศาสนกิจ / ความเชื่ออื่นๆ ขณะอยู่
 ที่บ้าน.....

2. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

- 2.1 ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน
☐ ชื่น ☐ ไม่รู้สึกตัว
- 2.2 หน้าทีของประสาทรับรู้ความรู้สึก
- การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
 - การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
 - การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
- 2.3 ความเจ็บปวด ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
☐ ยาที่ใช้ประจำ.....
- 2.4 การพูด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
- 2.5 การอ่าน/การเขียน ☐ ได้ ☐ ไม่ได้.....
- 2.6 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่รู้ ☐ รู้
- 2.7 สิ่ง/บุคคล/เรื่อง ที่ห่วงกังวล และต้องการการช่วยเหลือ
 คือ.....

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และความต้องการ

การดูแล

ตนเองตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

- 3.1 การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....
- 3.2 การแต่งกาย ☐ ทำได้เอง
☐ ต้องการความช่วยเหลือ.....
- 3.3 การทำความสะอาดร่างกาย ☐ ทำได้เอง
☐ ต้องการความช่วยเหลือ.....
- 3.4 การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ
☐ ทำได้เอง ☐ ต้องการความช่วยเหลือ
- 3.5 การได้รับอาหาร/การรับประทานอาหาร
☐ NPO ☐ รับประทานอาหารได้ตามปกติ
☐ ทางที่ได้รับอาหาร.....
☐ ชนิดของอาหาร.....
☐ อาหารแสลงไม่ชอบ.....
- สรุป การได้รับอาหารขณะทำการประเมิน
☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.6 การได้รับน้ำ ปริมาณน้ำดื่ม/วัน.....แก้ว

ลักษณะน้ำที่ดื่ม.....

สรุป การได้รับน้ำขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.7 การได้รับอากาศ

☐ หายใจทางจมูก ☐ หายใจทาง Tracheotomy
☐ หายใจทาง.....

สรุป การได้รับอากาศขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.8 การขับถ่ายปัสสาวะ

☐ ปกติ
☐ ไม่ปกติ ☐ Cystostomy ☐ PCN
☐ Foley's cath ☐ Ileal conduit
☐ อื่นๆ

3.9 การขับถ่ายอุจจาระ

☐ ปกติ ☐ ทุก.....วัน
☐ ไม่ปกติ ☐ Colostomy ☐ สวน
☐ ล้าง ☐ อื่นๆ

3.10 การนอนหลับ

- เข้านอนเวลา.....น. ตื่นนอนเวลา.....น.
- การใช้ยานอนหลับ.....
- ปัญหาในการนอนหลับ.....

สรุป การนอนหลับขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

3.11 มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย/หอบขณะทำกิจวัตรประจำวัน

☐ ไม่มี ☐ มี.....

3.12 ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ
 โรคที่เป็นอยู่ การดูแลสุขภาพของตนเอง หรือข้อมูลอื่นๆ กับ
 เจ้าหน้าที่

☐ ไม่มี ☐ มี.....

3.13 มีภาวะแทรกซ้อน/ผลจากพยาธิสภาพ

☐ ไม่มี ☐ มี.....

4. ผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลคือ.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

ผู้ประเมินที่ห้องคลอด..... วันที่.....

ผู้ประเมินหลังคลอด..... วันที่.....

คำถาม	มี	ไม่มี
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		