แบบฟอร์มสำหรับปรึกษา การพยาบาลเฉพาะทาง งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

NURSING CARE MANAGEMENT CENTER SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHON KAEN UNIVERSITY	Patient name……(sticker)…..HN…… Age……..Sex……Ward……เตียง…… Department of……Attend. Staff…… Dx:……

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ขอคำปรึกษา) REFERED TO APN / พยาบาลเฉพาะทาง

☐01 CMT ☐02 มะเร็งเม็ดโลหิต ☐ 03 ผู้ป่วยระยะท้าย ☐ 04 เอดส์ ☐ 05โรคซึมเศร้า /มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

☐ 06 KIDNEY (TRANSPLANT) ☐ 07 ผู้ป่วยเด็กโรคไตเรื้อรัง /PD/Transplantation

☐ 08 ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิต ☐ อื่นๆ ระบุ……

SUMMARY OF NURSING ASSESSMENT ……

……

……

……

……

……

……

SIGNATURE ……DATE……/……/……

ส่วนที่ 2 (สำหรับผู้รับปรึกษา) REPORT OF CONSULTANT

SUMMARY OF NURSING DIAGNOSIS……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

NURSING THERAPEUTIC

☐ Education ☐ Self-management ☐ Pain management ☐ Wound care ☐ Monitoring

☐ Coping ☐ Empowerment ☐ continuing of cares ☐ Counseling ☐ Collaborating

☐ Palliative care ☐ อื่นๆ ระบุ……