



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  
  05 โรคมะเร็ง/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.....