

## แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลยาโรคประจำตัวผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

เรียน แพทย์

พิจารณา รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเดิมและข้อมูลการรับประทานยาล่าสุดของผู้ป่วย หากแพทย์มีความประสงค์เปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

กรุณาระบุ หากรายการยา Admit ดังกล่าวเป็นไปตามความต้องการในการรักษา กรุณาลงลายมือชื่อ เพื่อ ยืนยันคำสั่งใช้ยา

ชื่อ: นาย/นาง/นางสาว/คช./คญ..... HN: ..... วันที่: ...../...../256 เวลา: .....น.

แพทย์: ..... แหล่งข้อมูลยา [ ]ผู้ป่วยนำมาเอง [ ]ประวัติยา รพ.กุมภวาปี [ ]สอบถามทาง รพ.....

ลำดับ	รายการยา วันที่...../...../..... นัดวันที่...../...../.....	วิธีรับประทาน	จำนวน	ทานมือ ล่าสุด.....	ขณะ Admit					D/C (ยาผู้ป่วยกลับบ้าน)				
					Continue	Off	Hold	Change	ความเห็นแพทย์	Continue	Off	Hold	Change	ความเห็นแพทย์
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
ปัญหาที่พบขณะนอนโรงพยาบาล					ปัญหาที่พบตอน D/C									
.....					.....									
.....					.....									

หมายเหตุ เครื่องหมายทานยามือล่าสุดความหมายดังนี้ / = ผู้ป่วยทานยาแล้ว, X = ยังไม่ทานยา, -= ไม่ทราบ

(.....) (.....) (.....) (.....) (.....)

พยาบาลหอผู้ป่วย      เกสัชกร Admit      เกสัชกรประจำตึก      เกสัชกร D/C      แพทย์

วันที่...../...../.....      วันที่...../...../.....      วันที่...../...../.....      วันที่...../...../.....      วันที่...../...../.....

\*\*\*ขอความร่วมมือ เจ้าหน้าที่พยาบาลในตึก กรุณาแนบใบเอกสารนี้กลับมาที่ห้องยาในวันที่ย่อย D/C ด้วย\*\*\*