

แบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในหน่วยบริการผู้ป่วย OPD/ER

โรงพยาบาลสตึก กม.10

1.หน่วยบริการผู้ป่วย.....

2.ชื่อ- สกุลผู้ป่วย.....

3.วันที่ตรวจ/รักษา.....เดือน.....พ.ศ.....ผลการวินิจฉัย.....

4.ประวัติการเจ็บป่วย

4.1 ใน 7 วันที่ผ่านมผู้ป่วยเข้าตรวจ / รักษาในโรงพยาบาล

() ใช่ เมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัย.....จำหน่ายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่ใช่

4.2 ใน 30 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้าตรวจ / รักษาในโรงพยาบาล

() ใช่ เมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัย.....จำหน่ายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่ใช่

4.3 ใน 6 เดือนวันที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้าตรวจ / รักษาในโรงพยาบาล

() ใช่ การวินิจฉัย.....จำหน่ายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่ใช่

4.4 มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปีผู้ป่วยเคยเข้าตรวจ / รักษาในโรงพยาบาล

() ใช่ การวินิจฉัย.....จำหน่ายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่ใช่

4.5 การใช้เครื่องมือพิเศษ

() ใช่

() การผ่าตัด เมื่อ.....ใส่อุปกรณ์ () ใช่ () ไม่ใช่

() การดมยา เมื่อ.....

() การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เมื่อ.....

() การได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อ.....

() การใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อ.....

() อื่นๆ เมื่อ.....

() ไม่ใช่

4.6 ยาต้านจุลชีพที่ผู้ป่วยได้รับ 1.....

2.....

3.....

ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....ส่งรายงานวันที่.....