

ชื่อผู้ป่วย	นามสกุล	อายุ	ปี	ตึก
HN	AN	รับไว้รักษา		การวินิจฉัยโรค
				รหัสการวินิจฉัยโรคลหลัก :

แพทย์ผู้ส่ง

1 ข้อบ่งชี้ในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

1	
2	
3	
4	

2 จำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า ครั้ง

3 แบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1 ผลการตรวจช่องปากและฟัน

มี
 ไม่มี

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

	ไม่มี	มี ผลการตรวจ
CBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> WNI
EKG	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> WNI
Chest X-rays	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> WNI
Film L-S	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> WNI

spine

3.3 แบบบันทึกการตรวจสอบยาที่มีความเสี่ยงต่อการรักษา

ชื่อและขนาดการรักษา	วันที่เริ่มใช้	วันที่หยุดใช้	แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
CLOZAPINE	-	-	
LITHIUM	-	-	
ANTICONVULSANT	-	-	
BENZODIAZEPINE (DZP, Clona, Lora)	-	-	
RESERPINE	-	-	
THEOPHYLINE	-	-	
MAOI	-	-	
TRICYCLIC ANTIDEPRESSANT	-	-	

ชื่อผู้ป่วย	นามสกุล	อายุ	ปี	ตึก
HN	AN	รับไว้รักษาครั้งที่		การวินิจฉัยโรค
				วินิจฉัยโรคหลัก :