



แบบฟอร์มส่งผู้ป่วย (แบบฟอร์มที่ 4314) จำนวนครั้งที่ทำ...../.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... อายุ.....ปี ตึก.....  
 HN.....AN..... รับไว้รักษาครั้งที่..... การวินิจฉัย.....

แพทย์ผู้ส่ง .....

1. ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

2. จำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า.....ครั้ง

3. แบบประเมินการเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1 ผลการตรวจช่องปากและฟัน

มี  ไม่มี

3.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

	ไม่มี	มี
CBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EKG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chest X-rays	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Film T-L spine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3 แบบบันทึกการตรวจสอบยาที่มีความเสี่ยงต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

ชื่อยาและขนาดการรักษา	วันที่เริ่มใช้	วันที่หยุดใช้	แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
Clozapine			
Lithium			
Anticonvulsant			
Benzodiazepine (DZP, Clona, Lora)			
Reserpine			
Theophylline			
MAOI			
Tricyclic Antidepressant			