

แบบบันทึกเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์

Name อายุ ปี เพศ.....HN.....AN.....Ward.....

Admission..... Refer from..... Dx.แรกรับ..... Final Dx.....

วันที่รับย้าย/ย้าย.....Discharge..... LOS.....วัน แพทย์ผู้รักษา

1. ใน 6 เดือน ที่ผ่านมาเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ (รวมสาเหตุทางกาย/จิต)

 ไม่เคย เคย เมื่อ.....การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย2. ขณะแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่อวัยวะ/ระบบใด หรือไม่? ไม่มี มี ตำแหน่งการติดเชื้ออาการและอาการแสดง.....3. อาการและอาการแสดง ที่น่าสงสัยว่าอาจมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่มี มี ใช้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... ไอมีเสมหะผิดปกติ คือ.....เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... ปัสสาวะผิดปกติเมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... อื่นๆ(รายละเอียด)เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....4. มีการใช้เครื่องมือ/สอดใส่อุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล: ไม่มี มี สวนคาสายปัสสาวะ /ครั้งคราว เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... Fluidเมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... อื่นๆ ระบุ.....เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

5. ยาด้านจุลชีพที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ วันที่เริ่มใช้-เวลา วันที่หยุดใช้ -เวลา

.....

.....

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

สิ่งที่ตรวจ วันที่ ผลการตรวจ

.....

.....

การตรวจทางรังสีที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อ

X-ray/อื่น วันที่ ผลการตรวจ

.....

.....

7. การวินิจฉัยโรคติดเชื้อจากแพทย์..... วันที่.....

8. สรุปผลการติดเชื้อในโรงพยาบาล

 ไม่มีการติดเชื้อ มีการติดเชื้อจากชุมชน มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อระดับความรุนแรง A B C D E F G H I

ลงชื่อ.....ตำแหน่ง..... วันที่.....