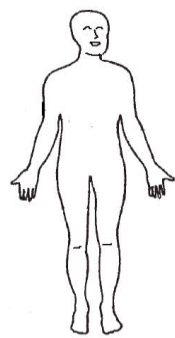
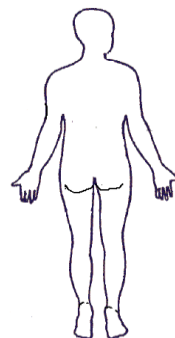
 <p>โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง LAMPANG MEDICAL REHABILITATION HOSPITAL</p>	<p>แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ (1/1)พยาบาล</p>	<p>ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อผู้ป่วย</p>
<p>คำชี้แจงโปรดประเมินและบันทึกข้อมูลภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วย คำแนะนำทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม</p>	<p>Dx..... ผู้บันทึกแรกรับ..... วันที่ เวลา.....</p>	
<p>สภาพทั่วไปของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว V/S:T=.....°C P=...../min R=...../min BP=..... mm/Hg N/S: E =, V =, M = (คะแนนเต็ม 15 คะแนน E4-V5-M6) Pupil: Lt....., Rt..... การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... O₂ sat..... Hx: เคย On tracheostomy tube <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> On tracheostomy tube ชนิด/ขนาด..... เปลี่ยนครั้งสุดท้ายเมื่อ..... Suction..... การไหลเวียนโลหิต ชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ Chest Pain: <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (ระบุ)..... การนอนหลับ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> นอนหลับยาก <input type="checkbox"/> นอนหลับๆ ตื่นๆ <input type="checkbox"/> ผื่นร่ายบ่อยๆ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ Lt. /Rt. <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ช่วย..... การได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ Lt. /Rt. <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ช่วย..... การพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... ประวัติการแพ้ (ยา, อาหาร, อื่นๆ) </p>	<p>การรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMI..... Kg/m² อาการรบกวน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องอืด ช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่พบสิ่งผิดปกติ <input type="checkbox"/> มีฟันผุ <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> ใช้ฟันปลอม ระบุ..... การดื่มน้ำลิตร/วัน Tube feeding <input type="checkbox"/> Yes เปลี่ยนทุก..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> Gastrostomy tube <input type="checkbox"/> อื่น..... <input type="checkbox"/> เคยใส่ off เมื่อ..... Hx of pneumonia <input type="checkbox"/> Yes..... <input type="checkbox"/> No Drooling <input type="checkbox"/> Yes..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> เคี้ยว/กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> มีสำลัก ระบุ..... ไอ ขณะหรือหลังกลืน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No เสียงแหบ/ครืดหลังกลืน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Eating Status Scale (ESS) <input type="checkbox"/> 5: regular food <input type="checkbox"/> 4: modified food <input type="checkbox"/> 3: oral > tube <input type="checkbox"/> 2: tube > oral <input type="checkbox"/> 1: tube only</p>	<p>การขับถ่ายปัสสาวะ อาการรบกวน <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา <input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อย <input type="checkbox"/> ปัสสาวะลำบาก <input type="checkbox"/> กลั้นไม่ได้ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะกะปริดกะปรอย <input type="checkbox"/> ใส่สายสวนปัสสาวะ ขนาด..... การเปลี่ยนสายทุก..... เปลี่ยนครั้งสุดท้ายเมื่อ..... <input type="checkbox"/> IC/SCครั้ง/วัน เวลา..... <input type="checkbox"/> On Suprapubic Catheter <input type="checkbox"/> ใช้แผ่นรองเปียก/ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/condom ลักษณะ ของปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... การขับถ่ายอุจจาระ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ท้องเสีย / ถ่ายกระปริดกระปรอย <input type="checkbox"/> มีรูเปิดถ่ายทางหน้าท้อง <input type="checkbox"/> มีอาการริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> Bristol stool form scale แบบที่..... <input type="checkbox"/> ความถี่ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ยาที่ใช้ ระบุ..... ขับถ่าย (ด้วยวิธี)..... </p>
	<p>ใช้ปากกาสีแดงทำเครื่องหมาย</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>○ ระบุ ตำแหน่งแผล/ขนาด/ระดับ × ระบุ ตำแหน่งที่เจ็บปวด/คะแนน VAS</p> <p style="text-align: right;">Braden scale คะแนน</p>	
<p>โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> มีโรค ประวัติการชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย สาเหตุ..... ประวัติ Autonomic Dysreflexia <input type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> มี ระบุ ประวัติการฉี่สุรา <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ประวัติการสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ประวัติประจำเดือน <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/></p>		

