

ข้อมูลส่วนบุคคล
 ชื่อสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ.....
 อาชีพ.....สิทธิ์การรักษา เบิกได้/จ่ายตรง บัตรทอง ประกันสังคม อื่นๆ.....เลขบัตรประชาชน.....
 PPS.....การวินิจฉัยหลัก.....การวินิจฉัยรอง.....
 วันที่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....วันนัด.....ส่งต่อเครือข่าย.....
 ผู้ดูแลหลัก.....เบอร์โทรศัพท์.....ผู้ดูแลรอง.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ความสัมพันธ์ สามี/ภรรยา บุตร อื่นๆระบุ.....เบอร์โทรศัพท์.....

การคาดคะเนการพยากรณ์โรค < 2 weeks < 1 months < 3 months < 6 months < 12 months Uncertain

Current Intervention Oxygen ET.Tube TT Tube Feeding tube Gastrostomy Jejunostomy Colostomy
 Foley's Cath orther.....

โรคประจำตัว เบาหวาน..... หัวใจ..... ความดันโลหิตสูง..... โรคไต..... อื่นๆ.....
 ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก/สมุนไพร ไม่มี มี.....
 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่มี มี.....ประวัติการดื่มสุรา ไม่มี มี.....ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี.....

Physical Symptom Assessment	การตรวจร่างกาย			Palliative care Management & Plan
<input type="checkbox"/> Dyspnea	<input type="checkbox"/> Jaundice	Temp.....	P.....RR.....BP.....	Day 1
<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Anemia	Mount.....		
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Cyanosis	Hearing.....		
<input type="checkbox"/> Sleep problem	<input type="checkbox"/> Edema	Vision.....		
<input type="checkbox"/> Loss Appetite	<input type="checkbox"/> Cachexia	Speech.....		
<input type="checkbox"/> Oral symptom	<input type="checkbox"/> Lymphedema			
<input type="checkbox"/> Weight loss	การประเมินความปวด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			Plan
<input type="checkbox"/> Dysphagia	A.....			Day 2
<input type="checkbox"/> Nausea/Vomitting	Pain Score Background level.....Worst Pain.....Best Pain.....			
<input type="checkbox"/> Constipation	Character/Frequency.....			
<input type="checkbox"/> Diarrhea	B.....			
<input type="checkbox"/> Ostomy	Pain Score Background level.....Worst Pain.....Best Pain.....			
<input type="checkbox"/> Urinary Problem	Character/Frequency.....			
<input type="checkbox"/> Skin	C.....			
Rash.....	Pain Score Background level.....Worst Pain.....Best Pain.....			
Ulcer.....	Character/Frequency.....			
<input type="checkbox"/> Dizziness/Seizure	Psycho social & Spiritual Assessment			Plan
<input type="checkbox"/> Limb weakness	Genogram			Day 3
<input type="checkbox"/> Drowsiness				
<input type="checkbox"/> Confusion				
<input type="checkbox"/> Congestive implement				
<input type="checkbox"/> Hallucination				
<input type="checkbox"/> Agitation/Delirium				
<input type="checkbox"/> Orther.....				
<input type="checkbox"/> Orther.....				
	การรับรู้	ผู้ป่วย	ครอบครัว	Plan
	การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	Day 4
	ความรุนแรงของโรค	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
	เป้าหมายการบริบาล	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
	การพยากรณ์โรค	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
	Mental status:.....Emotion: 2Q= 9Q=			
	Family & closed relationship:			
	Unfinished business:			Plan
	ACP : <input type="checkbox"/> Advance direct <input type="checkbox"/> Document <input type="checkbox"/> Verbal			แผนการดูแลต่อเนื่อง
	<input type="checkbox"/> Proxy เกี่ยวข้องเป็น.....Caregiver.....			
	กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ Key decision.....			
	แสดงเจตนาดังนี้ <input type="checkbox"/> ยังไม่ตัดสินใจ <input type="checkbox"/> ต้องการยืดชีวิตทุกอย่าง			
	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธท่อหายใจ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธปั๊มหัวใจ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธATB			
	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธยากระตุ้นหัวใจ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธNG <input type="checkbox"/> ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน			
	<input type="checkbox"/> ต้องการเสียชีวิตที่รพ. <input type="checkbox"/> ต้องการถอดท่อที่บ้าน <input type="checkbox"/> ต้องการถอดท่อที่รพ.			
	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....			

ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....วันที่รับปรึกษา.....เวลา.....(ผู้บันทึก)