

แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี HN.....
วันที่มารับรักษาที่รพ.สต.....การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย.....

1. ปัจจัยการเสี่ยงและเหตุการณ์ที่ได้รับ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำแผล | <input type="checkbox"/> ฉีดยา |
| <input type="checkbox"/> ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | <input type="checkbox"/> การผ่าฝี |
| <input type="checkbox"/> เย็บแผล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

2. ตำแหน่งที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ และอาการแสดง

- | | | | | |
|--|---------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผลติดเชื้อ | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ไข้ | <input type="checkbox"/> มีหนอง | <input type="checkbox"/> แผลแยกมีหนอง |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อจากการฉีดยา | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ปวด บวม แดง ร้อน | <input type="checkbox"/> มีหนอง | <input type="checkbox"/> เป็นฝี |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อจากการให้สารน้ำ | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ปวด บวม แดง ร้อน | <input type="checkbox"/> มีหนอง | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | อาการแสดงการติดเชื้อ..... | | | |

3. สรุปการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ใน รพ.สต.

- ไม่ติดเชื้อ ติดเชื้อจากชุมชน (จากบ้าน) ติดเชื้อใน รพ.สต. สรุปไม่ได้ เหตุผล.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี HN.....
วันที่มารับรักษาที่รพ.สต.....การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย.....

1. ปัจจัยการเสี่ยงและเหตุการณ์ที่ได้รับ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำแผล | <input type="checkbox"/> ฉีดยา |
| <input type="checkbox"/> ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | <input type="checkbox"/> การผ่าฝี |
| <input type="checkbox"/> เย็บแผล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

2. ตำแหน่งที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ และอาการแสดง

- | | | | | |
|--|---------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผลติดเชื้อ | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ไข้ | <input type="checkbox"/> มีหนอง | <input type="checkbox"/> แผลแยกมีหนอง |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อจากการฉีดยา | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ปวด บวม แดง ร้อน | <input type="checkbox"/> มีหนอง | <input type="checkbox"/> เป็นฝี |
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อจากการให้สารน้ำ | อาการแสดง คือ | <input type="checkbox"/> ปวด บวม แดง ร้อน | <input type="checkbox"/> มีหนอง | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | อาการแสดงการติดเชื้อ..... | | | |

3. สรุปการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ใน รพ.สต.

- ไม่ติดเชื้อ ติดเชื้อจากชุมชน (จากบ้าน) ติดเชื้อใน รพ.สต. สรุปไม่ได้ เหตุผล.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....