แบบบันทึกประวัติและการประเมินผู้คลอดแรกรับ [update 25/3/2562]

รับใหม่วันที่_____/_____/_____เวลา_____

ประวัติ (เกณฑ์ 1)

ผู้ป่วยมาโดย ☐ เดินมาเอง ☐ รถเข็นนั่ง ☐ รถนอน ☐ อื่น ๆ_____

อาการสำคัญ_____

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน_____

_____

G_____P_____A_____L_____GA_____Wk. By_____

LMP_____ PMP_____EDC_____

ประวัติสูติกรรม_____

_____

ภาวะแทรกซ้อน_____

ความเสี่ยง_____

สถานที่ ANC_____จำนวน_____ครั้ง TT_____Dose

ศาสนา_____การศึกษา_____อาชีพ_____

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต / โรคประจำตัว_____

ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____

ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____

ประวัติการคุมกำเนิด_____

การตรวจร่างกาย (เกณฑ์ 1)

อาการแสดงแรกรับ BP_____PR_____RR_____BT_____

น้ำหนัก_____ส่วนสูง_____

การตรวจครรภ์ ส่วนนำ ☐ ศีรษะ ☐ ก้น ☐ ขวาง

HF_____AC_____EFW_____FHS_____ครั้ง/นาที

เด็ก ☐ ดิ้นดี ☐ ไม่ดิ้น ท่า ☐ ROA ☐ LOA☐ อื่นๆ ระบุ_____

การตรวจภายใน (PV) : วดป_____เวลา_____

: Cx dilatation_____cm, Effacement_____%

Station_____Membrane ☐ MI ☐ MR ☐ ML

น้ำคร่ำ ☐ Clear ☐ Mild meconium ☐ Thick meconium

ผลเลือด

ครั้งที่ 1 วดป._____Hct_____% VDRL_____HIV_____

HbsAg_____OF_____ DCIP_____Blood group_____

สามี OF_____ DCIP_____

ครั้งที่ 2 วดป._____Hct_____% VDRL_____ HIV_____

อาการที่ผิดปกติหรือผลเลือดผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์และการรักษา

_____

_____

สภาพร่างกาย/จิตใจ แรกรับ

-เต้านม/หัวนม ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ บอด/บุ๋ม ☐ สั้น

-ระบบประสาทการรับรู้ ☐ รู้สึกตัว ☐ สับสน

☐ ง่วงซึม ☐ไม่รู้สึกตัว

-การเคลื่อนไหวแขนขา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ_____

-การไหลเวียนโลหิต ชีพจร ☐ สม่ำเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอ

-สีผิว ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง

☐ ปลายมือ/เท้าเขียว ☐ เขียวทั้งตัว

-อาการบวม ☐ บวม ☐ ไม่บวม ☐ กดบุ๋ม ☐ กดไม่บุ๋ม

บวมตำแหน่ง_____

-การหายใจ ☐ ปกติ ☐ หอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ หยุดหายใจ

-ทางเดินอาหาร ☐ ปกติ ☐ ถ่ายเหลว ☐ ท้องอืด

☐ ท้องผูก ☐ อาเจียน ☐คลื่นไส้

-ทางเดินปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ_____

-กล้ามเนื้อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ_____

-ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ แห้ง ☐ รอยช้ำ ☐ ผื่นแดง ☐ ผื่นคัน

-การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ_____

-สภาพจิตใจด้านพฤติกรรม ☐ ปกติ ☐ กระวนกระวาย

☐ ก้าวร้าว ☐ ร้องไห้ ☐ เอะอะโวยวาย ☐ไม่สนใจ

☐ ไม่ให้ความร่วมมือ

-ด้านอารมณ์ ☐ โมโห / โกรธ ☐ หงุดหงิด ☐ สีหน้าวิตกกังวล

☐ ซึม ☐ เฉยๆ/ไม่แสดงความรู้สึก

แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน/การรับรู้สุขภาพ

-การรับประทานอาหาร วันละ_____มื้อ/วัน

☐ รับประทานเอง ☐ อาศัยผู้อื่นป้อน

-ปัญหาในการรับประทานอาหาร

☐ ไม่มี ☐ เคี้ยวลำบาก ☐ กลืนลำบาก

-ความอยากอาหาร ☐ ปกติ ☐ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง

-การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ_____

-การขับถ่าย

☐ ปัสสาวะปกติ ☐ ปัสสาวะไม่ปกติ ระบุ _____

☐ อุจจาระปกติ ☐ อุจจาระไม่ปกติ ระบุ_____

Name of Patient	Age	HN.	AN.

Department or Service	Ward	Diagnosis	Attending Physician