

บันทึกความก้าวหน้าอาการทางการแพทย์ [Progress notes]

วัน เดือน ปี เวลา

Low risk

Moderate risk (GCS 13-14 / GCS 15 และมี

Vomitting (< 2 episodes) Hx. LOC

Headache Post traumatic amnesia

Risk of coagulopathy Alcohol intoxication

Age Abnormal behavior

พ. _____ จ. _____

วันเดือนปี / เวลา	บันทึกสหสาขาวิชาชีพ	คำสั่งแพทย์ [Order for One day]	คำสั่งแพทย์ [Order for Continuation]
ว. ค. ป. เวลา	แพทย์ _____	- Admit A : Airway with C spine <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Apply cervical hard collar B : Breathing and ventilation <input type="checkbox"/> O2 cannula _____ LPM keep O2 sat > 95 % <input type="checkbox"/> On ICD Rt / Lt No. _____ Mark C : Circulation and bleeding control <input type="checkbox"/> Warmth LRS / Acetar / NSS 1,000 ml x _____ line IV load total _____ ml then IV Drip rate _____ ml/hr, keep MAP > 60 <input type="checkbox"/> Hematocrit stat _____ % <input type="checkbox"/> DTX stat _____ mg% <input type="checkbox"/> CBC, Cr, Electrolyte <input type="checkbox"/> PT c INR <input type="checkbox"/> Retain Foley's catheter (หากไม่มีข้อห้าม) D&E : Disability & Exposure/Environment control - GCS E ___ V ___ M ___ pupil Rt ___ Lt ___ <input type="checkbox"/> Stop bleed <input type="checkbox"/> on long spinal board Adjunct for primary survey <input type="checkbox"/> FAST _____ <input type="checkbox"/> Chest X-ray _____ <input type="checkbox"/> Film pelvis _____ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ <input type="checkbox"/> Observe Neuro sign q 15 min x 2 then q 30 min x 2 then q 1 hr x 2 then q 2 hr x 2 จนครบ 8 hr then q 4 hr, If GCS drop \geq 2, pupil unequal size, Seizure, N/V, Headache, Abdominal pain, guarding, Neuro deficit, please notify **If observe ครบ 2 hr >> GCS M < 6, Notify	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> NPO เว้นยา <input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Liquid diet - Record V/S as usual - D/W _____ <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> BID MED <input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm IV q 6 hrs <input type="checkbox"/> Cloxacillin 1 gm IV q 6 hrs <input type="checkbox"/> Ranitidine 50 mg IV q 8 hrs <input type="checkbox"/> Omeprazole 40 mg IV OD <input type="checkbox"/> Vit B1 100 mg IV OD x 3 days <input type="checkbox"/> Dicloxacillin (250) 1 tab po qid ac <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4-6 hrs

Name of Patient	Age	HN.	AN.
Department or Service	Ward	Diagnosis	Attending Physician