

หมายเลขบัตรประชาชน _____ HN _____ AN _____

ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อ _____ สกุล _____ เพศ ชาย หญิง
 วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ที่อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ บ้านหลวง จังหวัด น่าน
 รหัสสิทธิฯ _____ สิทธิการรักษา _____ สถานพยาบาลหลัง _____

สถานพยาบาล

สถานพยาบาลบ้านหลวง วันที่ _____ เวลา _____
 Fast track to ICU วันที่ _____ เวลา _____

การวินิจฉัย

อาการเริ่มเมื่อ วันที่ _____ เวลา _____
 การวินิจฉัย _____ วันที่ _____ เวลา _____
 อวัยวะที่คิดว่าเป็นสาเหตุติดเชื้อ Respiratory CNS Cardiovascular GI GU Soft tissue
 อื่นๆ ระบุ _____

การรักษาเบื้องต้น

H/C 2SPP วันที่ _____ เวลา _____ เวลา _____
 ให้ ABO วันที่ _____ เวลา _____
 ให้ IV fluid วันที่ _____ เวลา _____
 ปริมาณสารน้ำ _____ cc/3hr (ไม่เกิน 1500 ml)
 ให้ Vasopressor วันที่ _____ เวลา _____

Monitoring

WBC _____ Plt _____ Cr _____ GCS Score E _____ V _____ M _____
 BP _____ / _____ mmHg PR _____ /min O2sat _____ %
 MAP > 65 mmHg วันที่ _____ เวลา _____
 CVP > 8 mmHg หรือ >12 mmHg วันที่ _____ เวลา _____
 Urine out > 30 cc/hr วันที่ _____ เวลา _____
 Serum lactate _____ mmol/L วันที่ _____ เวลา _____

SOFA Score _____

ผลการรักษา

Dead/expected dead Discharged Refer ไม่ใช่ Sepsis/Septic shock วันที่ _____

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