

แบบประเมินผู้ป่วยสงสัยได้รับผลิตภัณฑ์ผสมสเตียรอยด์ (Steroids) โดยเครือข่ายชุมชน จังหวัดสกลนคร
โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.....อำเภอ.....จังหวัด สกลนคร

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เพศ

ที่อยู่

ส่วนที่ 1 ประวัติการได้รับสเตียรอยด์ในชุมชน ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

- กินยาลูกกลอน กินยาชุด
 ฉีดยาแก้ปวด กินยารถเร็ว
 กินยาหม้อ/ยาต้ม อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร วัดเส้นรอบเอว เซนติเมตร

ความดันโลหิต mmHg

ส่วนที่ 3 อาการที่คนไข้ออก

- เหนื่อยอ่อนเพลีย กินข้าวไม่ได้
 วิงเวียน คลื่นไส้ / อาเจียน
 ปวดกระดูก ซึมเศร้า
 ปวดศีรษะ ท้องเสีย
 อื่นๆ

ส่วนที่ 4 การตรวจร่างกาย

- หน้าอูม (moon face) โหนกที่ต้นคอ (buffalo hump)
 หนวดเคราดก (hirsutism) รอยแตกที่ท้อง/ต้นขาด้านใน (purplish striae)
 อ้วน (truncal obesity) รอยคล้ำที่ซอกพับ (acanthosis nigrican)
 ผิวดำ (hyperpigmentation) สิว (acne vulgaris)
 กล้ามเนื้ออ่อนแรง (prox. Muscle weakness) บวม (edema)
 จุดจ้ำเลือดตามตัว (ecchymosed) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC electrolytes
 Blood sugar mg %
 Low dose dexamethasone suppression test

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ
กรณีสงสัยได้รับผลิตภัณฑ์ผสมสเตียรอยด์ (Steroids) ในชุมชน จังหวัดสกลนคร

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ปัญหาที่พบ.....

.....

.....

.....

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดตามเพิ่มเติม ตามแบบประเมินผู้ป่วยสงสัยได้รับผลิตภัณฑ์ผสมสเตียรอยด์ (Steroids)

โดยเครือข่ายชุมชน จังหวัดสกลนคร

จึงขอส่งตัวผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยโรค/รับการรักษาต่อ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....