

บันทึกแรกรับและทบทวนประวัติประจำปี สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หน่วยไตเทียม.....สถานพยาบาล.....

ชื่อ-สกุล .....

บันทึกแรกรับเข้าหน่วยไตเทียม

บันทึกการเปลี่ยนแปลงรายปี ปี พ.ศ. ....

1. วัน เดือน ปีเกิด (พ.ศ.) ...../...../.....

เพศ  ชาย  หญิง

สิทธิการรักษา  สปสช.  ประกันสังคม  เบิกตรงกรมบัญชีกลาง

เบิกต้นสังกัดราชการ/รัฐวิสาหกิจ  อื่นๆ.....

อาชีพ..... รายได้ ..... บาท/เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ประวัติและการตรวจร่างกาย

2.1 โรคร่วม

โรคเบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไชมันในเลือดสูง  โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตาย  หัวใจวาย  โรคหลอดเลือดสมอง

ตับแข็ง Child pugh.....  ถุงลมโป่งพอง  Aortic aneurysm  ภาวะสมองเสื่อม

โรคมะเร็ง ชนิด.....  อื่นๆ.....

2.2 ประวัติอื่นๆ

.....  
 .....  
 .....  
 .....

2.3 ประวัติแพ้ยา  ไม่มี  มี ชื่อยา .....

2.4 ตรวจร่างกาย

General appearance  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

Cardiovascular  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

Respiratory  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

Abdomen  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

Nervous system  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

Others  เกณฑ์ปกติ  ผิดปกติ.....

3. ข้อมูลของ ESRD วันที่แรกรับเข้าหน่วยไตเทียม ...../...../.....

3.1 สาเหตุของ ESRD (ถ้าเคยทำปลูกถ่ายไต ให้ลงสาเหตุไตวายของไตปลูกถ่าย)

Diabetic nephropathy  Hypertension  ADPKD

Obstructive uropathy  Glomerulonephritis ( biopsy-proven  Presumed)

ชนิดของ GN.....

ไตวายจากยาที่มีพิษต่อไต ( NSAIDs/COX-2 inhibitor  ยาสมุนไพร  ยาเคมีบำบัด

สารที่บรังสี  โลหะหนัก)

Chronic tubulointerstitial nephritis  Allograft rejection

Congenital anomaly  อื่นๆ.....

บันทึกแรกรับและทบทวนประวัติประจำปี สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  
หน่วยไตเทียม.....สถานพยาบาล.....

ชื่อ-สกุล .....

3.2 การวินิจฉัย ESRD (วันที่เริ่มฟอกเลือดครั้งแรก ...../...../.....)

เคยได้รับการล้างไตทางช่องท้องมาก่อน  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าตอบว่า “ใช่” สาเหตุของการเปลี่ยนวิธี RRT คือ

ติดเชื้อในช่องท้อง  High transport peritoneal membrane  ผ่าตัดช่องท้อง หรือมะเร็งของอวัยวะในช่องท้อง

ไม่มี care giver  ไม่สนใจ  อื่นๆ .....

4. Vascular access (ปัจจุบัน)

ชนิดของ vascular access  AVF  AVBG  permanent catheter  double lumen catheter

วันที่ผ่าตัดทำ vascular access ...../...../..... วันที่เริ่มใช้ ...../...../.....

รพ. ที่ผ่าตัดทำ vascular access ..... ศัลยแพทย์ .....

เคยมีภาวะแทรกซ้อนของ vascular access นี้  เคย  ไม่เคย

เคยได้รับการใส่ double lumen catheter (DLC)/ Permanent catheter (PC)  เคย  ไม่เคย

ถ้าเคย; ตำแหน่งที่ใส่ DLC/PC ( right  left)

internal jugular  subclavian  iliac/Inferior vena cava

5. ภูมิคุ้มกัน (ถ้าครั้งนี้เป็นการทบทวนประวัติ ให้ลงข้อมูลที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา)

HBs Ag  negative  positive  indeterminate

Anti HBs Ab  negative  positive (titer..... mIU/mL)

Anti HCV  negative  positive  indeterminate

**การฉีดวัคซีน (ครั้งสุดท้าย)**

Influenza vaccine  ไม่เคย  เคย วันที่ ...../...../.....

Pneumococcal vaccine  ไม่เคย  เคย วันที่ ...../...../.....

Hepatitis B vaccine  ไม่เคย  เคย วันที่ ...../...../.....

6. การเตรียมปลูกถ่ายไต

ชนิดของการปลูกถ่ายไตที่เตรียม  Deceased  living related

รพ. ที่เข้าเป็น waiting list .....

7. ประวัติการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับ ESRD (ถ้าครั้งนี้เป็นการทบทวนประวัติ ให้ลงข้อมูลที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา)

เคยผ่าตัดต่อม parathyroid  ไม่เคย  เคย วันที่ ...../...../..... รพ. ....

ชนิดของการผ่าตัดต่อม parathyroid  partial  Total without implantation  Total with implantation

เคยมีประวัติกระดูกหัก  ไม่เคย  เคย ตำแหน่ง.....

เคยมีประวัติผ่าตัด CABG/PCI  ไม่เคย  เคย รพ.....

8. การนอน รพ. ในปีที่ผ่านมา

ไม่มี  มี สาเหตุนอน รพ.....

ลงชื่อแพทย์ ..... เลขที่ ว. .... วันที่ ...../...../.....

(.....)