

STANDING ORDER FOR TR BANNA HOSPITAL

Progress Note	Date time	Order for one day	Date time	Order for continuation
<p><b>ทำ TR</b> หญิงหลังคลอด G2 ขึ้นไปต้องการทำ TR ให้ส่งต่อ ภายใน 1- 2 วันหลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> แจ้งแพทย์เจ้าของไข้</p> <p><input type="checkbox"/> เซนต์ไวยินยอมทำหมันรพ.นย (ผู้คลอด และสามี )</p> <p><input type="checkbox"/> แพทย์โทรส่งต่อ รพ.นย รับ Case จึงให้ IV</p> <p><input type="checkbox"/> โทรประสานงานศูนย์ Refer และ ประชาสัมพันธ์ (แจ้งชื่อนามสกุล อายุ สิทธิการรักษา ถ้านำทารกไปด้วยให้แจ้ง ชื่อนามสกุล น้ำหนัก ส่วนสูง รอบหัว รอบอก รอบท้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> โทรประสานงานแผนกหลังคลอด รพ.นย</p> <p><input type="checkbox"/> เตรียมเอกสาร &amp; ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ไวยินยอมทำหมัน</li> <li><input type="checkbox"/> ผล Hct</li> <li><input type="checkbox"/> สมุดสุขภาพแม่และเด็ก</li> </ul> <p>(ตรวจสอบการฉีดวัคซีน BCG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> คู่มือพัฒนาการ ( DSPM )</li> <li><input type="checkbox"/> ยาหลังคลอด</li> <li><input type="checkbox"/> เขียน ว.ด.ป. เวลา เจาะ</li> </ul> <p>MB, Hct ,TSH</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบป้ายชื่อมือ ชื่อเท้า มารดาและทารก</p>		<p><input type="checkbox"/> NPO หลังเที่ยงคืน</p> <p><input type="checkbox"/> Clear &amp; shave Perineum (06.00 น)</p> <p><input type="checkbox"/> Unison Enema</p> <p><input type="checkbox"/> Hct</p> <p><input type="checkbox"/> 5 % D/N/2 1000 ml iv 80 cc/ hrs (เข็ม เบอร์18 แขน ซ้าย)</p>		
Name of Patient	Age		H.N.	A.N.
Department of Service	Ward/Bed		Attending Physician	