

แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยและการรักษา โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ชื่อ-สกุล HN..... อายุ..... น้ำหนัก..... ว/ด/ป.....

ซักประวัติ



กรณีไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

- อาหารเป็นพิษ
 - มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น
- ท้องร่วงชนิด Non-invasive
 - ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีที่ให้ยาปฏิชีวนะ

- ท้องร่วงชนิด Invasive
 - มีไข้ > 38°C และอุจจาระมีเลือดปนเห็นด้วยตาเปล่า
(หรือตรวจพบ RBC และ WBC ในอุจจาระ)

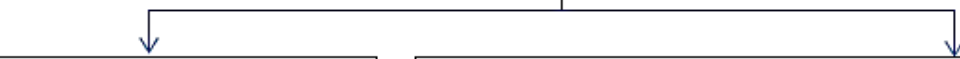
- ผู้ป่วยต้องการใช้ ATB
- มา รพ. ≥ 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- เหตุผลอื่นๆ (โปรดระบุ)
.....

แพทย์/พยาบาลผู้สั่งใช้.....

แบบบันทึกประกอบการวินิจฉัยและการรักษา โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ชื่อ-สกุล HN..... อายุ..... น้ำหนัก..... ว/ด/ป.....

ซักประวัติ



กรณีไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

- อาหารเป็นพิษ
 - มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น
- ท้องร่วงชนิด Non-invasive
 - ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีที่ให้ยาปฏิชีวนะ

- ท้องร่วงชนิด Invasive
 - มีไข้ > 38°C และอุจจาระมีเลือดปนเห็นด้วยตาเปล่า
(หรือตรวจพบ RBC และ WBC ในอุจจาระ)

- ผู้ป่วยต้องการใช้ ATB
- มา รพ. ≥ 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- เหตุผลอื่นๆ (โปรดระบุ)
.....

แพทย์/พยาบาลผู้สั่งใช้.....