

ใบส่งปรึกษาเพื่อขอตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โทร 053-711300 ต่อ 1304	Patient's identification (Sticker) ชื่อ.....อายุ.....ปี HN..... OPD/ Ward.....
วันที่.....เวลา..... ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....เพศ ชาย หญิง HN..... สถานะผู้ป่วย: Room air On oxygen Intubation	
ชนิดการตรวจทางรังสี: Category: Emergency Urgency Elective	การวินิจฉัย (Diagnosis) or Differential diagnosis :
ประวัติการตรวจพิเศษทางรังสีที่ผ่านมา <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย ชนิดการตรวจ.....วันที่.....	ประวัติ อาการ และการตรวจร่างกายที่สำคัญ ผล Lab ที่สำคัญ
*** ประวัติแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media) <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย ชื่อสารทึบรังสี..... อาการแพ้.....	
การตั้งครรภ์ (หญิง) Yes No LMP.....	
*** NPO time..... ผล serum Creatinine & GFR กรณีขอทำ CT scan with contrast: Cr =GFR =วันที่..... <input type="radio"/> Advice/ informed consent ผู้ป่วยหรือญาติ เรื่องการได้รับสารทึบรังสี <input type="radio"/> ทำ hemodialysis หรือ CAPD โปรตรระบุ วัน.....	
*** การควบคุมการติดเชื้อ TB/ MDR/ Covid-19 <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี..... <input type="radio"/> ผล Sputum AFB / RT-PCR or ATK for Covid-19 =	
สำหรับรังสีแพทย์ <input type="radio"/> เวลารับ consult..... <input type="radio"/> Protocol (✓)..... <input type="checkbox"/> Plain..... <input checked="" type="checkbox"/> Arterial..... <input type="checkbox"/> Post..... <input type="checkbox"/> Delay scan..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กิน Oral contrast <input type="checkbox"/> สวนน้ำ <input type="checkbox"/> Full bladder <input type="radio"/> Note..... <input type="radio"/> ลายเซ็น.....แพทย์ผู้ขอ ตัวบรรจง สำหรับเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ เวลารับใบ Request..... วันที่ได้คิวตรวจ วันที่รับผล
	F-RAD-02

