



DOCTOR'S STANDING ORDER SHEET FOR ADMISSION
ORTHOPEDIC DEPARTMENT, CHIANGRAI PRACHANUKROH HOSPITAL

Progress Note	ORDER FOR ONE DAY		ORDER FOR CONTINUATION	
	Date		Date	
<p>Problem List/Dx</p> <p>Plan of treatment <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Pain control <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Investigation: <input type="checkbox"/> Other:</p> <p>CXR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Lab <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>หมายเหตุ ESR CRP กรณีสงสัย infection Blood Sugar กรณี อายุ มากกว่า 45 ปี โรคเบาหวาน หรือใช้ยา steroid Liver Function Test กรณี โรคตับ ถุงน้ำดี ภาวะ เลือดออกผิดปกติ ภาวะขาด สารอาหาร โรคพิษสุรา เรื้อรัง หรือได้รับยาเคมีบำบัด Coagulogram กรณี โรคตับ เลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาลดลิ่มเลือด</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ADMIT <input type="checkbox"/> Set OR For</p> <p style="text-align: center;">(OR Date...../...../.....)</p> <p>IV FLUID <input type="checkbox"/> 5%D/N/2 1,000 ml ⊕ ml/hr <input type="checkbox"/> NSS 1,000 ml ⊕ ml/hr <input type="checkbox"/></p> <p>Prepare Blood Components: <input type="checkbox"/> Pack red cells Unit <input type="checkbox"/> Fresh frozen plasma ... unit <input type="checkbox"/> Platelet unit</p> <p>Prepare Antibiotics to OR <input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm ⊕ <input type="checkbox"/> Clindamycin 600 mg ⊕</p> <p>Prepare Urination <input type="checkbox"/> Void before OR <input type="checkbox"/> Retain Foley's catheter</p> <p>Laboratory Tests <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> BUN Cr <input type="checkbox"/> Electrolytes <input type="checkbox"/> ESR <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Blood Sugar <input type="checkbox"/> LFT <input type="checkbox"/> Coagulogram <input type="checkbox"/> U/A</p> <p>Other tests <input type="checkbox"/> EKG 12 leads (Age >45 or ♥) <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> ส่งอ่าน film (กรณี Sx) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pain control <input type="checkbox"/> Morphine Mg ⊕ q Hr PRN for pain <input type="checkbox"/></p> <p>Consult <input type="checkbox"/> Med. for <input type="checkbox"/> Anes. for pre-op evaluation</p>	<p><input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> NPO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> Record I/O</p> <p>Medications</p>		

Patient's ID Sticker