

Deep Neck Infection

ข้อมูลส่วนตัว (ให้ รพช. กรอก)			
ชื่อ		นามสกุล	
HN	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	วันเกิด __/__/____	น้ำหนัก kg ส่วนสูง cm
เบอร์โทรศัพท์ 1 :		เบอร์โทรศัพท์ 2 :	

ก่อน refer (ให้ รพช. กรอก)	
Provisional Dx	Consult staff <input type="checkbox"/> นพ.ชวณ <input type="checkbox"/> นพ.คงศักดิ์ <input type="checkbox"/> พญ.ริสา <input type="checkbox"/> นพ.กฤษณะ <input type="checkbox"/> พญ.ณิชา <input type="checkbox"/> พญ.สมกมล <input type="checkbox"/> Line __/__/____ เวลา __: __ น. <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ __/__/____ เวลา __: __ น.
U/D <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> Cirrhosis <input type="checkbox"/> Chronic steroid use <input type="checkbox"/> Dental caries <input type="checkbox"/> Other _____	Current medication
Airway	<input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> Upper airway obstruction <input type="checkbox"/> on ETT no. _____ mark _____ cm
Antibiotics	<input type="checkbox"/> Augmentin IV dose _____ วัน __/__/____ เวลา __: __ น. <input type="checkbox"/> Ceftriaxone IV dose _____ วัน __/__/____ เวลา __: __ น. <input type="checkbox"/> Clindamycin IV dose _____ วัน __/__/____ เวลา __: __ น.
Check List	<input type="checkbox"/> H/C x II <input type="checkbox"/> NPO time วัน __/__/____ เวลา __: __ <input type="checkbox"/> CBC, BUN, Cr, Electrolyte, anti-HIV, CXR, blood sugar <input type="checkbox"/> EKG 12 leads if age > 35 ปี <input type="checkbox"/> Swab for Covid PCR <input type="checkbox"/> Swab for Covid ATK <input type="checkbox"/> แนบ Link CXR <input type="checkbox"/> On IV catheter No. 18

OPD/แแรกรับที่ Ward

Status <input type="checkbox"/> Walk in	<input type="checkbox"/> Refer ในเวลา รพ. _____	<input type="checkbox"/> ปรีกษาจาก Ward _____
	<input type="checkbox"/> Refer นอกเวลา รพ.	<input type="checkbox"/> รับย้ายจาก Ward _____
ถึง OPD/ER	เวลา __: __ น.	
Airway	<input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> Upper airway obstruction	

	<input type="checkbox"/> on ETT no. _____ mark _____ cm	
Early warning sign	<input type="checkbox"/> มีอาการบวมบริเวณ submental, submandibular, sublingual, peritonsillar, uvular shift, pharynx <input type="checkbox"/> ลิ้นบวม, floor of mouth บวม <input type="checkbox"/> กลืนเจ็บและกลืนลำบาก กลืนน้ำลายไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย <input type="checkbox"/> เสียงพูดจะเปลี่ยนไป มีลักษณะเหมือนอมอะไรอยู่ในลำคอ (Hot Potato voice) <input type="checkbox"/> หายใจมีเสียง Stridor <input type="checkbox"/> O2 sat < 95% <input type="checkbox"/> RR ≥24/min, HR ≥100/min <input type="checkbox"/> MEWS score ≥2	
Ward		
วันที่ Admit	__/__/__	วันที่ D/C
Lab ออก	เวลา __:__ น.	IP voice
CT scan	วันที่ __/__/__ เวลา __:__ น.	_____ %
Complication	<input type="checkbox"/> Septic shock <input type="checkbox"/> Other medical condition _____	
	<input type="checkbox"/> Upper airway obstruction หลังผ่าตัด	
<input type="checkbox"/> ย้าย ward _____		
<input type="checkbox"/> ปรึกษาทันตกรรม	วันที่ __/__/__	จำนวนวันที่ใส่ ET tube _____ วัน จำนวนวันที่ใส่ TT tube _____ วัน
OR		
วันที่ผ่าตัด	__/__/__	<input type="checkbox"/> Mark site <input type="checkbox"/> Safety check list
Final diagnosis		
F/U		
<input type="checkbox"/> f/u OPD วันที่ __/__/__ <input type="checkbox"/> f/u by phone วันที่ __/__/__		<input type="checkbox"/> Improved <input type="checkbox"/> Complication _____ <input type="checkbox"/> Other _____