

ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสันทราย
ประวัติผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยใช้สารทึบรังสี

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

Name: _____ HN: _____ Birthdate: _____ Age: _____ : Height/Weight: _____ / _____

ซักประวัติก่อนส่งนัด CT

1. LMP Date _____ สงสัยตั้งครรภ์ ☐ No ☐ Yes UPT test _____
2. เคยแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media)
☐ ไม่แพ้ ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ (ระบุ) _____
3. ประวัติการแพ้ แพ้อาหารทะเล แพ้ยา
☐ ไม่แพ้ ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ (ระบุ) _____
4. BUN _____ Cr _____ GFR _____ (ml/min)(GFR < 45 consult แพทย์)
วันที่เจาะ _____
5. หอบหืด หรือโรคภูมิแพ้ที่ต้องได้รับการรักษา
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น (ระบุ) _____
6. การให้นมบุตร ☐ ไม่ ☐ ใช่
7. โรคประจำตัว (กา หน้าข้อ และขีดเส้นใต้)
☐ Hypertension/DM ☐ Multiple myeloma
☐ Heart failure ☐ Hyperthyroidism – status _____
☐ อื่นๆ _____
8. ยาที่ใช้เป็นประจำ (กา หน้าข้อ)
☐ Metformin ☐ ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS
☐ Beta-blockers ☐ Aminoglycosides
☐ ยาเคมีบำบัด ☐ ยากดภูมิคุ้มกัน
☐ ไม่มีความเสี่ยงยีนยีนส่งนัดตรวจ
☐ มีความเสี่ยง 1-4 ส่ง consult แพทย์และแพทย์บันทึกข้อความด้านหลัง
เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก _____ วันที่ (____ / ____ / ____)

☐ เจ้าหน้าที่ CT ซักประวัติการแพ้ และความเสี่ยง ข้อ 1-8

☐ ให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาทำ CT เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย
เจ้าหน้าที่ CT ที่บันทึก _____ วันที่ (____ / ____ / ____)

Monitor ระหว่างตรวจ

เวลา	Conscious	BP	PR	RR	SpO2
ก่อนฉีดสารทึบรังสี					
ขณะฉีดสารทึบรังสี					
หลังฉีดสารทึบรังสี					

ยาที่ได้รับ.....
.....
พยาบาลศูนย์ CT ผู้บันทึก _____

ซักประวัติวันตรวจที่ CT

1. LMP Date _____ สงสัยตั้งครรภ์ ☐ No ☐ Yes UPT test _____
2. การให้นมบุตร ☐ No ☐ Yes
3. เคยแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media)
☐ ไม่แพ้ ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ (ระบุ) _____
4. ประวัติการแพ้ แพ้อาหาร แพ้ยา
☐ ไม่แพ้ ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ (ระบุ) _____
4. หอบหืด หรือโรคภูมิแพ้ที่ต้องได้รับการรักษา
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น (ระบุ) _____
5. BUN _____ Cr _____ GFR _____ (ml/min)(GFR < 45 consult แพทย์)
วันที่เจาะ _____
6. โรคประจำตัว (กา หน้าข้อ และขีดเส้นใต้)
☐ Hypertension/DM ☐ Multiple myeloma
☐ Heart failure ☐ Hyperthyroidism – status _____
☐ อื่นๆ _____
7. ยาที่ใช้เป็นประจำ (กา หน้าข้อ)
☐ Metformin ☐ ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS
☐ Beta-blockers ☐ Aminoglycosides
☐ ยาเคมีบำบัด ☐ ยากดภูมิคุ้มกัน
8. NPO time _____ IV เบอร์ _____ ที่ _____
9. คนไข้ต้อง Premed ก่อนตรวจ ☐ ไม่ต้อง ☐ ได้รับการ Premed แล้ว
พยาบาลศูนย์ CT ผู้บันทึก _____

ชนิดสารทึบรังสีที่ใช้ _____ ปริมาณ _____

นักรังสีเทคนิคผู้บันทึก _____

การพยาบาล

☐ ให้คำแนะนำ วางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลก่อน ขณะ ตรวจและหลังตรวจ คัดกรองความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี ประเมินปัญหา พร้อมลงบันทึกทางการพยาบาล

ก่อน D/C คนไข้ (1 ชั่วโมงหลังฉีด)

ระดับความรู้สึกตัว _____ BP _____ P _____ R _____ spO2 _____

พยาบาลศูนย์ CT _____

☐ ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังการตรวจและออกใบนัดฟังผลให้คนไข้+แผน พับ

เจ้าหน้าที่ CT ที่ผู้บันทึก _____

วันที่

(____ / ____ / ____)

Consultation Form

ความคิดเห็นของแพทย์เจ้าของผู้ป่วย/ผู้ให้คำปรึกษา

() ยกเลิกการตรวจ และ/หรือ พิจารณาตรวจด้วยวิธีอื่น _____

() ตรวจโดยไม่ใช้สารทึบรังสี

() ยืนยันการตรวจตามเดิม

() 1. CIN/CI AKI

1.1 กรุณา Consult Med เพื่อ Premedication, หยุดยา Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), angiotensin receptor blocker (ARB), diuretics และ NSAID อย่างน้อย 24 ชม. ก่อน และหลังทำการหัตถการ มีการติดตาม Cr. ที่ 48-72 ชม. หลังได้รับสารทึบรังสี ถ้า Cr. เพิ่มขึ้น 0.3 mg/dl หรือเพิ่มจาก baseline > 1.5 เท่า ภายใน 1 อาทิตย์ กรุณา Consult med / Nephromed

1.2 ทั้งนี้ได้อธิบายความจำเป็นของการตรวจโดยใช้สารทึบรังสีและความเสี่ยงเกี่ยวกับ Contrast Induced Acute Kidney Injury (CI-AKI) ให้ผู้ป่วยและ/หรือ ญาติของผู้ป่วยรับทราบรวมทั้งหมด

() 2. ความเสี่ยงการแพ้สารทึบรังสี

() 2.1 สูตร Elective case prednisolone (5 mg/tab) 6 tabs Oral 12 hrs., 2hrs. ก่อนตรวจและ CPM 10 mg . ก่อนตรวจ 1 ชั่วโมง

() 2.2 สูตร Elective case prednisolone (5 mg/tab) 2 tabs Oral วันละ 3 ครั้ง 3 วันก่อนตรวจ และ และ CPM 10 mg .IV ก่อนตรวจ 1 ชั่วโมง

() 2.3 สูตร Emergency case Hydrocortisone 200 mg. IV 1 hr. ก่อนตรวจ และ CPM(10mg) หรือ diphenhydramine (benadryl) (50mg) IV 1 hr. ก่อนตรวจ

() 2.4 อื่นๆ

.....
.....
.....
.....

กรณีสั่งยา ขอแพทย์เจ้าของไข้เป็นคนเคีย order ยา ในระบบด้วย

แพทย์เจ้าของไข้ / ผู้ให้คำปรึกษา

(____/____/____)