

ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสันทราย
ประวัติผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยใช้สารทึบรังสี

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

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

ซักประวัติก่อนส่งนัด CT

- LMP Date _____ สงสัยตั้งครรภ์ No Yes UPT test _____
- เคยแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media)
 ไม่แพ้ ไม่ทราบ แพ้ (ระบุ) _____
- ประวัติการแพ้ แพ้อาหารทะเล แพ้ยา
 ไม่แพ้ ไม่ทราบ แพ้ (ระบุ) _____
- BUN _____ Cr _____ GFR _____ (ml/min)(GFR < 60 consult แพทย์)
วันที่เจาะ _____
- หอบหืด หรือโรคภูมิแพ้ที่ต้องได้รับการรักษา
 ไม่เป็น เป็น (ระบุ) _____
- การให้มนูตร ไม่ ใช่
- โรคประจำตัว (กา หน้าข้อ และขีดเส้นใต้)
 Hypertension/DM Multiple myeloma
 Heart failure Hyperthyroidism – status _____
 อื่นๆ _____
- ยาที่ใช้เป็นประจำ (กา หน้าข้อ)
 Metformin ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS
 Beta-blockers Aminoglycosides
 ยาเคมีบำบัด ยากดภูมิต้านทาน
 ไม่มีความเสี่ยงยืนยันส่งนัดตรวจ
 มีความเสี่ยง 1-4 ส่ง consult แพทย์และแพทย์บันทึกข้อความด้านหลัง
เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก _____ วันที่ (___/___/___)

- เจ้าหน้าที่ CT ซักประวัติการแพ้ และความเสี่ยง ข้อ 1-8
- ให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนมาทำ CT เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย
เจ้าหน้าที่ CT ที่บันทึก _____ วันที่ (___/___/___)

ซักประวัติวันตรวจที่ CT

- LMP Date _____ สงสัยตั้งครรภ์ No Yes UPT test _____
- การให้มนูตร No Yes
- เคยแพ้สารทึบรังสี (Iodinated contrast media)
 ไม่แพ้ ไม่ทราบ แพ้ (ระบุ) _____
- ประวัติการแพ้ แพ้อาหาร แพ้ยา
 ไม่แพ้ ไม่ทราบ แพ้ (ระบุ) _____
- หอบหืด หรือโรคภูมิแพ้ที่ต้องได้รับการรักษา
 ไม่เป็น เป็น (ระบุ) _____
- BUN _____ Cr _____ GFR _____ (ml/min)(GFR < 60 consult แพทย์)
วันที่เจาะ _____
- โรคประจำตัว (กา หน้าข้อ และขีดเส้นใต้)
 Hypertension/DM Multiple myeloma
 Heart failure Hyperthyroidism – status _____
 อื่นๆ _____
- ยาที่ใช้เป็นประจำ (กา หน้าข้อ)
 Metformin ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS
 Beta-blockers Aminoglycosides
 ยาเคมีบำบัด ยากดภูมิต้านทาน
- NPO time _____ IV เบอร์ _____ ที่ _____
- คนไข้ต้อง Premed ก่อนตรวจ ไม่ต้อง ได้รับการ Premed แล้ว
พยาบาลศูนย์ CT ผู้บันทึก _____

ชนิดสารทึบรังสีที่ใช้ _____ ปริมาณ _____

นักรังสีเทคนิคผู้บันทึก _____

Monitor ระหว่างตรวจ

เวลา	Conscious	BP	PR	RR	SpO2
ก่อนฉีดสารทึบรังสี					
ขณะฉีดสารทึบรังสี					
หลังฉีดสารทึบรังสี					

ยาที่ได้รับ.....

พยาบาลศูนย์ CT ผู้บันทึก _____

การพยาบาล

- ให้คำแนะนำ วางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลก่อน ขณะตรวจและหลังตรวจ คัดกรองความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสี ประเมินปัญหาพร้อมลงบันทึกทางการพยาบาล
- ก่อน D/C คนไข้ (1 ชั่วโมงหลังฉีด)
ระดับความรู้สึกตัว _____ BP _____ P _____ R _____ spO2 _____
- พยาบาลศูนย์ CT _____
- ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังการตรวจและออกใบนัดฟังผลให้คนไข้+แผ่นพับ
- 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 และหลังทำหัตถการ 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 ขอแพทย์เจ้าของไข้เป็นคนคีย์ order ยา ในระบบด้วย

แพทย์เจ้าของไข้ / ผู้ให้คำปรึกษา

(___/___/___)