

## Care map for CAPD (TK Implantation)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

DATE / /	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION	
	<p>วันที่...../...../.....</p> <p>Admit ตึก.....</p> <p>Lab <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Bun / Cr  <input type="checkbox"/> Electrolyte <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> LFT  <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> PO4  <input type="checkbox"/> Anti HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti HBs  <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HBc  <input type="checkbox"/> PT / PTT / INR  <input type="checkbox"/> .....</p> <p>X ray  <input type="checkbox"/> CXR PA upright  <input type="checkbox"/> EKG  <input type="checkbox"/> 5%D/N/2 or NSS 1000 cc  IV drip.....cc/hr.  <input type="checkbox"/> On Hep Lock  <input type="checkbox"/> Retained Foley s Cath  <input type="checkbox"/> ประเมิน 2Q 8Q 9Q ก่อน OR  <input type="checkbox"/> Consult โภชนากร ประเมินภาวะโภชนาการ  <input type="checkbox"/> Consult ศัลยกรรม</p> <p>*TK Implantation <input type="checkbox"/> พ.วิลพงษ์ <input type="checkbox"/> พ.วิไลพร</p> <p><u>Set OR for TK Implantation</u></p> <p>เวลา.....น. วันที่.....</p> <p>Under <input type="checkbox"/> LA with MAC  <input type="checkbox"/> .....</p> <p>NPO AMN or หลังมือเช้า or.....</p> <p><b>Pre - op Med</b>  <input type="checkbox"/> ส่งยา Cefazolin 1 gm ไป OR  <input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm IV ก่อนผ่าตัด 1 ชม.  <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยแพ้ Penicillin ให้ Clindamycin  600 mg IV 1 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด</p> <p>.....</p> <p>(Attending physician)</p>	<p><input type="checkbox"/> Regular low salt diet Cal.....kcal  (Na &lt; 2 gm/day) 30-35 kcal/kg/d</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetic low salt diet Cal..... kcal  (Na &lt; 2 gm/day) 30-35 kcal/kg/d</p> <p><input type="checkbox"/> Low protein diet ( 0.6 gm/kg/day)</p> <p><input type="checkbox"/> งดผลไม้.....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> DTX premeal &amp; hs keep 80 – 200 if  200 - 250 RI 4 U SC  251 - 300 RI 6 U SC  301 - 350 RI 8 U SC  มากกว่าหรือเท่ากับ 351 Notify แพทย์.....</p> <p>- Record v/s as usual  - Record I / O เป็น CC / day  - BW OD</p> <p style="text-align: center;"><b>Medication</b></p> <p>- Feso4 1x3 oral pc  - Folic á 1x1 oral pc</p> <p><input type="checkbox"/> CaCo3 .....</p> <p><input type="checkbox"/> Sodamint .....</p> <p><input type="checkbox"/> Amlodipine.....</p> <p><input type="checkbox"/> Hydralazine (25).....</p> <p><input type="checkbox"/> Doxazosin (4).....</p> <p><input type="checkbox"/> Metoprolol.....</p> <p><input type="checkbox"/> NPH / Mixtard.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D 1*1 oral pc</p> <p><input type="checkbox"/> Zocor (20).....</p> <p><input type="checkbox"/> Lasix .....</p> <p>• Other</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(Attending physician)</p>	
Name of patient	Age	Bed	Ward
H.N.	AN		Attending Physician



Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Post operative order

DATE / /	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
	<p>วันที่...../...../.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Routine post op. Care</li> <li>ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้รับประทานอาหารได้</li> <li>Plain KUB หลังวางสาย</li> <li><u>Medicaion</u> *ให้ Cefazolin 1 gm IV หลังผ่าตัด 12 ชม. *ถ้า ผู้ป่วยแพ้ Penicillin ให้ Clindamycin 600 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง X 24 hr *Tramal 1 amp IV prn for pain ทุก 4 – 6 ชม. with stat at ward</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>ถ้าผู้ป่วยเป็นเบาหวานให้เจาะ DTX DTX premeal &amp; hs keep 80 – 200 if 200 - 250 RI 4 U SC 251 - 300 RI 6 U SC 301 - 350 RI 8 U SC ≥ 351 Notify แพทย์.....</li> <li>IV Fluid หมด off ได้</li> <li>Other</li> </ul> <p>..... (Attending physician)</p>	<input type="checkbox"/> Regular low salt diet Cal.....kcal (Na < 2 gm/day) 30-35 kcal/kg/d <input type="checkbox"/> Diabetic low salt diet Cal..... ..kcal (Na < 2 gm/day) 30-35 kcal/kg/d <input type="checkbox"/> Low protein diet ( 0.6 gm/kg/day) <input type="checkbox"/> งดผลไม้..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> DTX premeal & hs keep 80 – 200 if 200 - 250 RI 4 U SC 251 - 300 RI 6 U SC 301 - 350 RI 8 U SC มากกว่าหรือเท่ากับ 351 Notify แพทย์..... - Record v/s as usual - Record I / O เป็น CC / day - BW OD <ul style="list-style-type: none"> <li>Observe bleeding</li> <li>Early ambulation • Dressing * เมื่อแผลมี bleeding ซึม Dressing ด้วย 10% Povidine เช็ดรอบแผล (ห้ามโดนสาย) และ 0.9 % Nss + Adrenaline (2:1) เช็ดตาม</li> </ul> <u>Medication</u> * Paracetamol (500) 2 tab * prn * Bisacodyl 2 tab oral * hs * Mupirocin ointment ป้ายแผล(ห้ามโดนสาย)..... Dicloxa (250) 1 X 4 ac *hs <input type="checkbox"/> Tramal 1 X 3 oral pc <input type="checkbox"/> Feso4 1x3 oral pc <input type="checkbox"/> Folic à 1x1 oral pc <input type="checkbox"/> CaCo3 ..... <input type="checkbox"/> Lasix ..... <input type="checkbox"/> Sodamint ..... <input type="checkbox"/> Vitamin D 1 X 1 oral pc <input type="checkbox"/> Amlodipine..... <input type="checkbox"/> Zocor (20) ..... <input type="checkbox"/> Hydralazine (25)..... <input type="checkbox"/> Doxasin (4)..... <input type="checkbox"/> NPH / Mixtard..... <input type="checkbox"/> Metoprolol..... <input type="checkbox"/> Other..... .....(Attending physician)
Name of patient	Age	Bed
H.N.	AN	Ward
		Attending Physician



Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Post Operative Day 2 (เฉพาะแพทย์)

DATE / HOUR	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
	<p>วันที่...../...../.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Early Ambulation</li> <li><input type="checkbox"/> IV Fluid</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Medication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tramal 1 amp IV prn for pain ทุก 4 – 6 ชม.</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> DTX premeal &amp; hs keep 80 – 200 if</p> <p style="padding-left: 20px;">200 - 250 RI 4 U SC</p> <p style="padding-left: 20px;">251 - 300 RI 6 U SC</p> <p style="padding-left: 20px;">301 - 350 RI 8 U SC</p> <p style="padding-left: 20px;">≥ 351 Notify แพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Other</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">..... (Attending physician)</p>	<p><u>Medication</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Other</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">..... (Attending physician)</p>
Name of patient	Age	Bed
Ward	Attending Physician	

Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Post Operative Discharge Day (เฉพาะแพทย์)

DATE / /	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION	
	<p>วันที่...../...../.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Discharge</li> <li><input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต</li> <li><input type="checkbox"/> Refer</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Follow up</li> <li><input type="checkbox"/> ครบ 7 วันหลังผ่าตัด นัด F/U Test สาย TK + ประเมิน Exit site กับ PD Nurse</li> <li>● F/U .....เพื่อ admit training</li> </ul> <p><u>Lab</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BUN/Cr ,Electrolyte</li> <li><input type="checkbox"/> Ca, Mg,PO4</li> <li><input type="checkbox"/> Albumin</li> <li><input type="checkbox"/> CBC</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Notify คุณสุจิตรา สุขสาย ก่อน D/C</li> <li>● ส่ง HHC ก่อน D/C</li> <li>● Break in 14 วัน</li> </ul> <p style="text-align: center;">..... (Attending physician)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Home Medication</li> <li><input type="checkbox"/> Lasix .....</li> <li><input type="checkbox"/> Feso4 1x3 oral pc</li> <li><input type="checkbox"/> Folic à 1x1 oral pc</li> <li><input type="checkbox"/> CaCo3 .....</li> <li><input type="checkbox"/> Sodamint .....</li> <li><input type="checkbox"/> Amlodipine.....</li> <li><input type="checkbox"/> Tramal 1 X 3 oral pc</li> <li><input type="checkbox"/> Hydralazine (25).....</li> <li><input type="checkbox"/> Vitamin D 1 X 1 oral pc</li> <li><input type="checkbox"/> Doxasin (4).....</li> <li><input type="checkbox"/> Zocor (20) .....</li> <li><input type="checkbox"/> Metoprolol.....</li> <li><input type="checkbox"/> NPH / Mixtard.....</li> <li><input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 2 tab * prn</li> <li><input type="checkbox"/> Bisacodyl 2 tab oral * hs</li> <li><input type="checkbox"/> Mupirocin ointment ป้ายแผล.....</li> <li><input type="checkbox"/> Dicloxacillin (250) 1 X 4 ac + hs # 30</li> <li><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยแพ้ Penicillin ให้ Clindamycin (150 mg) 2 X 3 oral * pc # 30</li> <li><input type="checkbox"/> EPO 4,000 U SQ ทุก วัน อังคาร,ศุกร์</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Other</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> <li>.....</li> </ul> <p style="text-align: center;">..... (Attending physician)</p>	
Name of patient	Age	Bed	Ward
H.N.	AN	Attending Physician	

## Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

## Pre Implantation (เฉพาะพยาบาล)

DATE / HOUR	Patient assessment	Problem/Nursing care	
	<p>วันที่...../...../.....</p> <p>● Lab Report</p> <p>CBC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>UA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bun / Cr <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Electrolyte <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anti HIV <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatitis Profile <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>PT / PTT / INR <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>CXR <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>EKG <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Vital Signs <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>BT.....c PR...../min</p> <p>RR...../min BP.....mmHg</p> <p>● Abdominal pain <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>● Nuasea / Vomitting <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>● Past illness..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>● Past Operation..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>● ประวัติการติดเชื้อ.....</p> <p>● Allergy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>● Mental status <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Anxiety</p>	<p>* รับใหม่ผู้ป่วยจาก <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> ER</p> <p>วันที่.....เวลา.....น.</p> <p>● เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ลงนามยินยอมผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วยอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าและฟอกสบู่หน้าห้อง</p> <p>เข้าวันผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ถอดชุดชั้นใน ฟันปลอมและเครื่องประดับ</p> <p><input type="checkbox"/> ปัสสาวะและอุจจาระก่อนเข้าห้องผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ผูกป้ายข้อมือ</p> <p><input type="checkbox"/> ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับยาก่อนผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> งดน้ำและอาหารตั้งแต่เวลา.....น.</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา.....น.</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p>● ประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....</p> <p style="text-align: right;">Nurse.....</p>	
Name of patient	Age	Bed	Ward
H.N.	AN	Attending Physician	

Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
Post Implantation (เฉพาะพยาบาล)

DATE / HOUR	Patient assessment	Problem/Nursing care	
	<p>วันที่...../...../..... รับย้ายผู้ป่วยจาก OR เวลา.....น.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vital Signs แรกรับ BT.....c PR...../min RR...../min BP.....mmHg</li> <li>● ประเมินความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> .....</li> <li>● Wound bleeding <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</li> <li>● Pain <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</li> <li>● Nuasea / Vomitting <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</li> <li>● Mental status <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li>● Other ..... ..... ..... ..... .....</li> </ul> <p style="text-align: right;">Nurse.....</p>	<p><input type="checkbox"/> แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● นอนราบอย่างน้อย 3 ชั่วโมง</li> <li>● นอนพักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง</li> <li>● ห้ามยกของหนัก หรือนั่งยองๆ</li> <li>● ห้ามอาบน้ำ</li> <li>● ระวังแผลไม่ให้เปียกน้ำ</li> <li>● ไม่เปิดแผลหรือทำแผลหลังจากห้องผ่าตัด ยกเว้นมีอาการดังนี้</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีเลือดซึมออกมาก แผลแฉะ</li> <li>2. มีการติดเชื้อ เช่น ปวด กดเจ็บบริเวณแผลหรือมีหนองซึมออกมา</li> <li>3. ผ่าก๊อซสกปรกหรือ เปียกน้ำ</li> <li>4. ก่อนเปิดแผล ทำแผล ให้ใส่ Mask ล้างมือให้สะอาดหรือใส่ถุงมือ sterile ก่อนทุกครั้ง</li> <li>5. การทำแผลไม่ควรแกะ หรือลอกคราบ ดึงน้ำเหลืองที่รอยแผล</li> <li>6. หลังทำแผลด้วย nss ใช้ผ้าก๊อซซับแผลผ่าตัดและแผล Exit site ให้แห้งทุกครั้งก่อนปิดแผล</li> <li>7. หลังทำแผลให้ Fix สาย Tenckhoff catheter ให้สายอยู่กับที่และชี้ลงตรงๆแล้วค่อยโค้งขึ้นเป็นรูป C shape ทุกครั้ง</li> <li>8. ปิดแผลด้วย พลาสเตอร์ Fixumoll</li> <li>9. ปลอบโยนผู้ป่วยและญาติให้คลายกังวล</li> <li>10. ดูแล Hygine care + Unit care</li> </ol> <p style="text-align: right;">Nurse.....</p>	
Name of patient	Age	Bed	Ward
H.N.	AN		Attending Physician



## Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

## Post Operative Day 1 (เฉพาะพยาบาล)

DATE / HOUR	กิจกรรม	การประเมินผล		
		ดีก	เข้า	บ้าย
	ประเมินความรู้สึกตัว			
	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.			
	ประเมินแผลผ่าตัด			
	ประเมินความเจ็บปวด			
	ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			
	ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจ			
	ประเมินเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้			
	ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา			
	ดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา			
	ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด			
	ดูแลให้ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม			
	ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ			
	ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา			
	ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป			
	แนะนำการดูแลตนเองและแผลผ่าตัด			
	ทำความสะอาดแผลผ่าตัดเวอร์ละ.....ครั้ง (กรณีแผลมีBleed ซีม)			
	ปัญหา/Complication			
	คำแนะนำเพิ่มเติม			
	Nurse			
Progress note				
Name of patient		Age	Bed	Ward
H.N.		AN		Attending Physician

## Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

## Post Operative Day 1 (เฉพาะพยาบาล)

DATE / HOUR	กิจกรรม	การประเมินผล		
		ดีก	เข้า	บ้าย
	ประเมินความรู้สึกตัว			
	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.			
	ประเมินแผลผ่าตัด			
	ประเมินความเจ็บปวด			
	ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			
	ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจ			
	ประเมินเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้			
	ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา			
	ดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา			
	ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด			
	ดูแลให้ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม			
	ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ			
	ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา			
	ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป			
	แนะนำการดูแลตนเองและแผลผ่าตัด			
	ทำความสะอาดแผลผ่าตัดเวรละ.....ครั้ง(กรณีแผลมี Bleed ซึม)			
	ปัญหา/Complication			
	คำแนะนำเพิ่มเติม			
	Nurse			
Progress note				
Name of patient		Age	Bed	Ward
H.N.		AN		Attending Physician

Care map for CAPD (TK Implantation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
 Post Operative Discharg Day (เฉพาะพยาบาล)

DATE / /	กิจกรรมการดูแลก่อนจำหน่าย	การประเมินผล
	<p>วันที่...../...../.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย</li> <li>● ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย</li> <li>● ให้ความรู้เรื่อง                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> การดูแลตนเองที่บ้าน</li> <li><input type="checkbox"/> การดูแลแผลผ่าตัด</li> <li><input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด</li> <li><input type="checkbox"/> การรับประทานอาหารและยา</li> <li><input type="checkbox"/> อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> </li> <li>● ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง</li> <li>● ดูแลให้ได้รับเอกสารที่ต้องนำกลับบ้าน                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ใบนัด</li> <li><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์</li> <li><input type="checkbox"/> หนังสือคู่มือความรู้การล้างไต</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;">Nurse.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สภาพร่างกายผู้ป่วย                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> ผิดปกติ</li> </ul> </li> <li>● สภาพจิตใจผู้ป่วย                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> ผิดปกติ</li> </ul> </li> <li>● ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ที่ให้                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> เข้าใจ</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ (ระบุ).....</li> </ul> </li> <li>● การรับยา                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ครบ</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่ครบ (ระบุ).....</li> </ul> </li> <li>● การรับเอกสาร                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ครบ</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่ครบ (ระบุ).....</li> </ul> </li> <li>● Other</li> </ul> <p style="text-align: right;">Nurse.....</p>
Name of patient	Age                      Bed	Ward
H.N.	AN	Attending Physician