



**ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနမှ ဆေးရုံသို့ မြွေကိုက်လူနာလွှဲပြောင်းပေးပို့ခြင်း**

လူနာလွှဲပို့မည့်ဆေးရုံ .....

လူနာလွှဲပို့သည့်ရက်စွဲ .....

လူနာလွှဲပြောင်းပေးသည့် ကျန်းမာရေးဌာန .....

သို့

.....

.....

မြွေကိုက်ခံရသည့် ယခုလူနာအား လိုအပ်သော ဆေးကုသမှု ဆက်လက်ပြုလုပ်ပေးနိုင်ပါရန် လွှဲပြောင်းအပ်ပါသည်။

လူနာအမည် ..... အသက် ..... ကျား/မ .....

နေရပ်လိပ်စာ

.....

မြွေကိုက်ခံရသည့် ရက်စွဲ ..... အချိန် ..... နေရာဒေသ .....

မြွေအမျိုးအစား: ..... အကိုက်ခံရသည့်ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်း: .....

ကိုက်သောမြွေအားယူဆောင်လာခြင်း ရှိ  မရှိ

ရှေးဦးသူနာပြုစုခြင်း ရှိ  မရှိ  ရှိပါက မည်သို့ဆောင်ရွက်ခဲ့သည်ကို ဖော်ပြပါ .....

ဆေးမြီးတိုဖြင့် ကုသခြင်း ရှိ  မရှိ  ရှိပါက မည်သို့ဆောင်ရွက်ခဲ့သည်ကို ဖော်ပြပါ .....

.....

ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ရောက်ရှိသည့်နေ့စွဲ ..... အချိန် .....

**လူနာအား စမ်းသပ်စစ်ဆေးထားမှု**

(၁) ယေဘုယျလက္ခဏာများ (ပျို့အန်ခြင်း၊ ဗိုက်အောင့်ခြင်း၊ ခေါင်းကိုက်ခြင်း၊ သတိလစ်ခြင်း)

ရှိ  မရှိ .....

Blood Pressure (BP) .....

Pulse Rate (PR) .....

- (၂) မြွေကိုက်ခံရပြီးနောက် အခြေအနေ (အစွယ်ရာ၊ ရောင်ရမ်းခြင်း၊ သွေးယိုခြင်း၊ နာကျင်ခြင်း)
  - ရှိ     မရှိ  .....
- (၃) သွေးယိုစိမ့်မှု (နှာခေါင်းသွေးယိုခြင်း၊ သွားဖုံးသွေးယိုခြင်း၊ သွေးဝမ်းသွားခြင်း၊ သွေးအန်ခြင်း)
- (၄) ဖောရောင်မှု                      မျက်လုံးရောင်      အဆုတ်ရောင်      အခြား .....
- (၅) အာရုံကြောအားနည်းလာခြင်း (စကားပြောလေးလာခြင်း၊ မျက်ခွံတွဲကျလာခြင်း၊ သွားရည်ကျခြင်း၊ ခြေလက်များလေးလံလာခြင်း     ရှိ      မရှိ  .....
- (၆) ဆီးပမာဏ                                      နည်း                                       ပုံမှန်                                       မထွက်
- (၇) 20WBCT စမ်းသပ်ထားခြင်း     ရှိ      မရှိ

ရှိပါက စမ်းသပ်သည့်အချိန်                                      သွေးခဲ/မခဲ

- (၁) .....                                      .....
- (၂) .....                                      .....
- (၃) .....                                      .....

**ဆေးကုသထားမှုများ**

မြွေဆိပ်ဖြေဆေး ထိုးထားခြင်း - ရှိ      မရှိ      မြွေဆိပ်ဖြေဆေးပေးထားသည့်အချိန် .....

မြွေဆိပ်ဖြေဆေးအမျိုးအစား                                      .....                                      ဆေးပုလင်းအရေအတွက်

.....

အခြားသော ဆေးကုသထားမှုများရှိပါက ဖော်ပြရန် .....

.....

.....

.....

ဆေးကုသမှုခံယူပြီးနောက် လူနာ၏ အခြေအနေနှင့် အခြားသောလက္ခဏာများ .....

.....

.....

လက်မှတ်     -  
အမည်         -