



Police General Hospital
Pre-operative Evaluation Sheet
(OPD case/Minor case)

NAME.....
 HN.....AN.....
 AGE.....BW.....Ht.....
 BP.....mmHg Pluse...../min

OPD case ผู้ป่วย admit ward admit วันที่

1. **Pre-operative Diagnosis** Operation Plan
 Operation Date อธิบายเรื่องการผ่าตัดและความเสี่ยง ใบยินยอมผ่าตัด

2. **เตรียมผู้ป่วย** NPO ตั้งแต่ ไม่ต้อง NPO.....

3. **ประวัติการใช้ยา** Drug Allergy ไม่มีประวัติ แพ้ยา
 ผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ในช่วง 7 วัน ก่อนทำการผ่าตัดหรือไม่ ไม่มี มี ดังรายการ

1.Aspirin High Dose (>150 mg.เช่น Aspent, Aspirin plain tablet หรืออื่นๆ)	<input type="checkbox"/>
2.Aspirin Low Dose (<150 mg.เช่น Aspent-M, Aspilet, Cardiprin)	<input type="checkbox"/>
3.Clopidogel (Plavix, Co-plavix, Apolet), Ticagrelor (Brillinta), Ticlopidine (Ticlid), Dipyridamole (Aggrenox Agremol),Cilostazol (Pletaal)	<input type="checkbox"/>
4.Wafarin (Befarin, Orfarin)	<input type="checkbox"/>
5.Rivaroxaban (Xarelto) ,Dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/>
6.Enoxaparin (Clexane) ,Nadroparin (Fraxiparin)	<input type="checkbox"/>
7.Streptokinase (Streptase), rTPA(Actillyse), TNK(Metalyse)	<input type="checkbox"/>
8.NSAIDs หรือ COX I	<input type="checkbox"/>
9.ยาอื่นๆ..... (ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างๆ เช่น แปะก๊วย น้ำมันปลา กระเทียม โสม หรืออื่นๆ)	<input type="checkbox"/>

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการใช้ยาดังกล่าว แพทย์ผู้เตรียมการผ่าตัดพิจารณาให้ผู้ป่วย
 ส่งต่อแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาการใช้ยา ใช้ยาเดิมต่อไป หยุดยาดังกล่าวทั้งหมดก่อนทำการผ่าตัด.....วัน
 ปรับขนาดยา.....
 หยุดยาดังต่อไปนี้.....ก่อนทำการผ่าตัด.....วัน
 แพทย์พิจารณาแล้วให้
 ดำเนินการผ่าตัดตามวันนัดหมายเดิม เนื่องจาก ○ เป็นกรณีเร่งด่วน ○ ไม่มีอันตรายกับผู้ป่วย ○ อื่นๆ.....
 เลื่อนการผ่าตัดชั่วคราวเป็นวันที่.....
 ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....(แพทย์) ลงชื่อผู้รับทราบข้อมูล.....(ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้แทน)

4. **ประวัติโรคประจำตัว** โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคความดันโลหิตสูง
 ไม่มี มี โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอื่นๆ

5. **วัสดุโลหะที่ติดตัวในร่างกาย** Pacemaker Metal Dentures
 ไม่มี มี Metal Bone Implants อื่นๆ

6. **สิทธิที่ใช้** กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จ่ายเอง อื่นๆ ระบุ

7. **Medical Evaluation** CBC PT/PTT UA Anti HIV CXR EKG FBS BUN, Cr. อื่นๆระบุ.....

ผลการประเมิน เตรียมผ่าตัด วันที่..... ปรึกษาแผนกอายุรกรรม หน่วย.....

.....พยาบาลผู้ตรวจสอบ แพทย์ผู้ประเมิน
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....