



แบบฟอร์มการรักษาผู้ป่วยโดยการเจาะเลือดออก (Blood letting)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทร.0-5394-5624, 5625 โทรสาร 0-5394-6568

(ติดสติ๊กเกอร์หรือเขียนตัวบรรจง)

ชื่อผู้ป่วย.....

นามสกุล.....

H.N.....

ผู้ป่วยเพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี หอผู้ป่วย.....โทรศัพท์.....

Diagnosis

☐ Polycythemia vera

☐ Erythrocytosis heart related

☐ Cyanotic congenital heart disease

☐ Cor Pulmonale

☐ Arterio-Venous Fistula

☐ Erythrocytosis due to Erythropoietin producing tumor

☐ Other.....

คุณสมบัติของผู้ป่วย

☐ Hematocrit $\geq 45\%$

ปริมาณเลือดที่เจาะออก

☐ ปริมาตร 350 ml.

☐ ปริมาตร 450 ml.

☐ ปริมาตรตามน้ำหนักผู้ป่วย(ระบุปริมาณ).....ml.

จำนวนครั้งที่เจาะเลือดออก

☐ เจาะครั้งเดียว

☐ เจาะ.....สัปดาห์/ครั้ง

☐ เจาะ.....เดือน/ครั้ง

☐ อื่นๆ.....

☐ Order รหัส SMI BB014 Blood letting material โดย.....วันที่.....เวลา.....น.

ชื่อแพทย์ผู้สั่ง.....วันที่.....เวลา.....น.

ชื่อพยาบาลผู้ดูแล.....วันที่.....เวลา.....น.

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ทำการเจาะเลือดออก

เจาะเก็บเลือดผู้ป่วยปริมาตร ☐ ปริมาตร 350 ml. ☐ ปริมาตร 450 ml. ☐ อื่นๆ(ระบุปริมาณ).....ml.

อาการของผู้ป่วยหลังเจาะเลือดออก ☐ ปกติดี ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....

ผู้ทำการเจาะเลือดออก.....วันที่.....เวลา.....น.

ตำแหน่ง.....หอผู้ป่วย.....