

เรียนผู้ป่วยและญาติ

งานยาไปรษณีย์ โรงพยาบาลสวนปรุง ขอแจ้งให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามใบนัด

หากผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสวนปรุงตามนัดในครั้งหน้าได้

เพื่อความปลอดภัยในการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ ให้นำแบบประเมินนี้ไปพบแพทย์

โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินอาการแล้วส่งกลับมาทาง line พร้อมกับการขอรับ

ยาไปรษณีย์ครั้งหน้า หากไม่ส่งแบบประเมินอาการกลับมาจะไม่สามารถรับยาทาง

ไปรษณีย์ต่อได้



ที่ สธ ๐๘๒๙.๑๑/พิเศษ

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๓ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตตรวจผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์จากโรงพยาบาลสวนปรุง

เรียน แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยชื่อ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตรวจประเมินอาการผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์โดยแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ตามที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากโรงพยาบาลสวนปรุง และแพทย์ได้อนุญาตให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ได้ โดยผู้ป่วยเขียนจดหมายเล่าอาการส่งไปยังโรงพยาบาล เพื่อให้เภสัชกรประเมินอาการและจ่ายยาให้ผู้ป่วย จากนั้นยาจะถูกจัดส่งให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องกลับไปรับการตรวจจากจิตแพทย์ เพื่อติดตามอาการเป็นระยะเวลาตามกำหนด แต่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางมาพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลสวนปรุงได้ จึงขอความร่วมมือจากแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านช่วยตรวจประเมินอาการผู้ป่วยตามแบบประเมินที่แนบมาด้วย เพื่อประโยชน์ต่อการรักษาและเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างปลอดภัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาทิตย์ เล่าสู่งกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

กลุ่มงานเภสัชกรรม

โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๒๔๑

โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๙๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Saraban_sp@suanprung.go.th

แบบตรวจประเมินอาการผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ โดยแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ส่วนที่ 1 ส่วนของโรงพยาบาลสวนปรุง

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล HN เพศ..... อายุ..... ปี

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ถนน ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

การวินิจฉัยโรค 1..... ICD-10.....

2..... ICD-10.....

ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลสวนปรุง

.....
.....
.....

ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจ

- แบบตรวจประเมินอาการ (ส่วนที่ 2)
- CBC with Platelet
- BUN, Creatinine
- Liver Function Tests
- Thyroid Function Tests
- Lipid profile
- FBS
- อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ส่วนของโรงพยาบาลใกล้บ้าน

วันที่ประเมินBP mmHg PR ครั้ง/นาที น้ำหนักตัว..... กก.

ส่วนสูง ซม. เส้นรอบเอว..... ซม. เส้นรอบสะโพก..... ซม.

โรคร่วมทางกาย.....

ยาอื่นที่ใช้ร่วม.....

.....
.....

การประเมินอาการผู้ป่วย

- การรับประทานยาของผู้ป่วย
 - สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ
- ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว
 - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง ทำงานบ้านได้ ประกอบอาชีพได้

