**แบบขอรับการปรึกษาการดูแลประคับประคองผู้ป่วยนอก**

**(Consultation form for palliative care services)**

วันที่: ……………………………………….

แพทย์ผู้ขอรับการปรึกษา: ……………………………………………………...แผนก............................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Summary of past medical history**

* การวินิจฉัยโรคหลัก ช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่ได้รับ: ……….…………………………..…… ……………………….……………………………………………………………………………………………………………..… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* สภาวะของโรคล่าสุดและปัญหาในขณะนี้:...................................................................................... .................................................................................................................................................  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Comorbidities and treatment:…………………………………….……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* การรับรู้โรคและเข้าใจการดำเนินโรคของผู้ป่วย   
   รับรู้และเข้าใจการดำเนินโรค รับรู้แต่อาจไม่เข้าใจการดำเนินโรค ไม่รับรู้ ไม่ทราบ/ไม่มีข้อมูล
* การรับรู้โรคและเข้าใจการดำเนินโรคของครอบครัว   
   รับรู้และเข้าใจการดำเนินโรค รับรู้แต่อาจไม่เข้าใจการดำเนินโรค ไม่รับรู้ ไม่ทราบ/ไม่มีข้อมูล
* ต้องการปรึกษาเพื่อ:  
   ดูแลเบ็ดเสร็จต่อเนื่อง  
   ดูแลเฉพาะ (โปรดระบุ) ..............................................................................................................  
  ....................................................................................................................................................
* ทางหน่วยยังนัดติดตามผู้ป่วยเป็นระยะอีกหรือไม่   
   นัดเป็นระยะ ไม่นัดอีก แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย