

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome :ACS

เมื่อจำหน่าย กรุณาดึงออกจากเวชระเบียน ส่งศูนย์โรคหัวใจ

Patient Profile (STEMI, NONSTEMI, ANGINA)

1. Patient

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี

BW.....kgs. ศาสนา.....อาชีพ.....โทรศัพท์.....

HN.....AN.....เลขประจำตัวประชาชน.....

สิทธิการรักษา 1. หลักประกันสุขภาพ 2. ประกันสังคม 3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. บริษัทเอกชน
 5. ประกันสุขภาพเอกชน 6. จ่ายเงินเอง 7. อื่น ๆ /ต่างชาติ (สังคมสงเคราะห์)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

Refer Status 1. มา รพ.เอง 2. ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. รถพยาบาลฉุกเฉิน
 4. รพ.เครือข่าย : ไม่ได้ fibrinolytics 5. รพ.เครือข่าย : Post fibrinolytics
 6. รพ.อื่น : ไม่ได้ fibrinolytics 7. รพ.อื่น : Post fibrinolytics

Refer จาก รพ.....จังหวัด.....

- ผู้ป่วยถึง รพช. ว/ด/ป/...../..... เวลา.....น.
• ทำ EKG (รพช.) ว/ด/ป/...../..... เวลา.....น. Door to EKG.....นาที
• ให้ยา ASA (รพช.) ว/ด/ป/...../..... เวลา.....น. Door to ASA.....นาที
• รถ ambulance ออกจาก รพช. ว/ด/ป/...../..... เวลา.....น. Door to Refer.....นาที
• รถ ambulance ถึง รพ.หาดใหญ่ ว/ด/ป/...../..... เวลา.....น. ระยะเวลา Refer.....นาที

2. Time (กรณีเข้า ICU/CCU โดยตรงไม่ต้องกรลงวันที่/เวลาที่เข้า Ward)

Onset of Systom/...../..... เวลา.....น. อยู่ ER นาน.....นาที

Time to ER/...../..... เวลา.....น. Discharge from ER.....นาที

Time to EKG/...../..... เวลา.....น. Door to EKG.....นาที

Consult Med พ.....วันที่...../...../.....น. รับทราบ.....น. ดูอาการ.....น. รวม.....นาที

EKG Time to Consult MED.....นาที มีการประสานงานเตียง CCU ไม่มี มี พบว่า.....

Date to Ward (Ward.....)/...../..... เวลา.....น.

Date to ICU (ICU.....)/...../..... เวลา.....น.

Presentation

1. Present Illnes

- Angina No Atypical Typical Unknow
- Dyspnea No Yes : DOE Yes : Orthopnea Yes : PND Unknow

- Syncope No Atypical Unknow
- Cardiac arrest No Atypical Unknow
- Shock SBP < 90 No yes

2. Risk Factor

- 1. DM Yes No Unknow
- 2. HT Yes No Unknow
- 3. FH (M<55y,F<65y) Yes No Unknow
- 4. Dyslipdemia Yes No Unknow
- 5. Smoking NO Ex-smoker Current smoker Unknow
- 6. Prior PTCA Yes No Unknow

Short Note : PE/RFS U/D :

อาการร่วม :

3. PE – Lab

- HR (ER) แรกรับ...../นาที BP (ER) แรกรับ...../.....mmHg Cr.....
- CK-MB Not available Not done Normal Elevated.....
- CPK Not available Not done Normal Elevated.....
- Troponin T Not available Not done Normal Elevated.....
- Chol..... HDL..... LDL..... TG..... FBS.....mg/dl

4. Procedure.....

Management

1. Reperfusion : Fibrinolytics

- Unavailable
- NO : 1. Contraindicated 2. Time > 12 hr 3. Onset Unknown
- 4. Spontaneous Resolution 5. Obtained from Other Hospital 6. PCI done
- 7. Not Consent 8. Not indicated 9. Reason Unknown

เหตุผลที่ให้ยาล่าช้า คือ ญาติไม่ยินยอม / การวินิจฉัยล่าช้า / รอญาติตัดสินใจ / อื่นๆ.....

- Yes : 1. SK (Streptokinase) 2. rtPA 3. TNK (Tenecteplase) 4. Yes : Other fibrinolytics

If Yes : at ER Ward ICU วันที่...../...../..... เวลา.....น. Door to Needle time.....นาที

: หลังได้ SK สามารถเปิดหลอดเลือด ได้ ไม่ได้ : มี Complication ระหว่างให้ SK มี ไม่มี

PCI Unavailable Not done PCI primary PCI - Rescue PCI – Elective

CABG Unavailable Not done Unplanned CABG Planned CABG

2. Medication ยาที่ใช้ขณะอยู่ รพ. และ/หรือเมื่อจำหน่าย

- 1. ASA (Aspirin, Aspent, Cardiprin) 2. Heparin/LMWH (Clexane)
- 3. Beta-Blocker (Metoprolol, Atenolol, Propanolol, Acebutolol, Nadolol, Pindolol, Timolol, Bucindolol, Bisoprolol, Labetalol, Carvedilol)
- 4. ADP Inibitor (Clopidogrel ; plavix, Tichopidine ; Ticlid) 5. GP II b/ IIIa Inhibitor (Abciximab)

6. ACEL/ARB (ACEI เช่น Captopril, Enalapril, Ramipril, Lisinopril, Perindopril เป็นต้น หรือ ARB เช่น Losartan, Valsartan, Irbersartan, Candesartan, Olmesartan ซึ่งการดำ ใต้แก่ Fortzaar, Co-diovan, Aprovel, Cozaar, Diovan, Blopress, Hyzaar)
7. Warfarin (Warfarin, Coumadin) 8. Direct Antithombin (Bivalirudin)
9. Statin (Simvastatin, Atorvasstatin, Pravastatin, Rosuvastatin)
10. Nitrates (Nitroglycerin : SL oral patch Spray ให้ prn)

3. Discharge Summary

3.1 Diagnosis

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. STEMI, Anterior or LBBB (I 210) | <input type="checkbox"/> 5. NSTEMI (I 214) |
| <input type="checkbox"/> 2. STEMI, Inferior (I 211) | <input type="checkbox"/> 6. Unstable Angina (I 200) |
| <input type="checkbox"/> 3. STEMI, Orthers Sites (I 212) | <input type="checkbox"/> 7. NO : Other cardiac (I 000) |
| <input type="checkbox"/> 4. STEMI, Unspecified Sites (I 213) | <input type="checkbox"/> 8. NO : Non - cardiac (Z 000) |

3.2 Killip class

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I No Heart Failure | <input type="checkbox"/> II Mild / Moderate heart failure |
| <input type="checkbox"/> III Frank pulmonary edema | <input type="checkbox"/> IV Cardiogenic shock |

3.3 Bradyarrhythmia (กรณีใช้ทั้ง External และ Internal ให้เลือก Internal Pacing)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. No | <input type="checkbox"/> 2. Heart Block : Non-Pacing |
| <input type="checkbox"/> 3. Heart Block : External-Pacing | <input type="checkbox"/> 4. Heart Block : Internal-Pacing |

3.4 Tacyarrhythmia (กรณีมีหลายชนิดให้เลือกชนิดที่รุนแรงกว่า ลำดับมากกว่า)

1. No 2. AF 3. SVT 4. Non-Sustained VT 5. Sustained VT/VF 6. CPR

3.5 Stroke

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. No | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Yes | <input type="checkbox"/> 1. Ischemic stroke | <input type="checkbox"/> 2. Hemorrhagic stroke |
| | <input type="checkbox"/> 3. Ischemic และ hemorrhagic stroke | <input type="checkbox"/> 3. Not known type |

3.6 Major Bleeding

- No Yes : w/o Hemorrhagic Stroke Yes : w/Hemorrhagic Stroke

3.7 Restenosis

- Not applicable No Yes : PTCA Yes : stent

5. D/C Status

1. Survive 2. Against advice
3. Refer กลับ รพ. เดิม/รพ. อื่น ระบุ รพ.....จังหวัด.....
4. Refer รพ. ศักยภาพสูงกว่า ระบุ รพ.....เหตุผล.....
5. Dead CPR No Yes ระบุเวลายาน.....นาที

5.1 Pump failure เช่น Severe CHF, Cardiogenic Shock

5.2 Arrhythmia เช่น Refractory VT/VF

5.3 Mechanical complication เช่น Tamponade, Rupture VSD, Rupture PM, Ruptured free wall

5.4 non : cardiac cause เช่น Sepsis, Respiratory Failure, RF, Pneumonia, Cancer, Trauma, Suicide, Liver disease

วันที่จำหน่าย...../...../.....เวลา.....น. Ward.....มีใบ Refer ส่ง OPD cardio MED มอ. มี ไม่มี

F/U วันที่...../...../.....เวลา.....น. ห้องตรวจ NO.....พบแพทย์.....

กิจกรรมก่อนพบแพทย์.....

คำปรึกษาพยาบาล.....บาท ผู้ลงข้อมูล.....แพทย์ผู้ตรวจสอบ.....

7. ต้องการสมัครเข้าร่วมกิจกรรมชมรมหัวใจ ต้องการ ไม่แน่ใจ ไม่ต้องการ