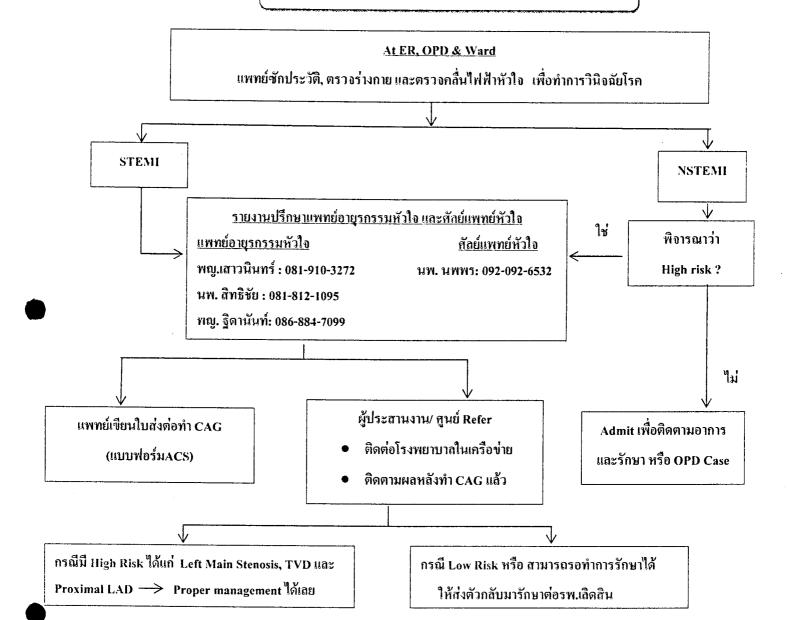
แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



รพ.เกรือข่าย	เบอร์โทร	FAX
รเชาิถี	02-354-8108 ต่อ 6226 , 02-206-2910-12	02-206-2910
อุพา	02-256-4570, 02-256-4769 ,Cath lab: 02-256-4965	02-256-4639,LINE :CCU Chula for refee
วิการาม	02-722-2500-19ต่อ2208, 2341, 087-914-1551	02-322-6823 ในเวลา, 02- 722-2500 ต่อ23!7
ยันฮี	081-813-7265	02-424-7067
ปียะเวท	02-625-6500	02-625-6513
มหาชัย	034-424-992	
บางประกอก 9	02- 877-1111	

HHIBBH

- เอกสาร ที่โนการส่งต่อ ใต้แท่ (1) แบบฟอร์มส่งต่อ ACS . (2) EKG (3) เบอร์ติลต่อกลับของหน่วยงาน
- กรณีสิทธิ์ต้นสังกัด ต้องสารองเงินจ่ายไปก่อน



ใบรายงานอาการผู้ป่วย ACS เพื่อการรักษาต่อ

	วันที่		
	d.		
	ชื่อบามสกุลอายุบี HN		
	สิทธิการรักษาหน่วยงาน/หอผู้ป่วยโทรโทร		
	ประวัติการรักษา		
÷			

	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		
	สาเหตุการส่งต่อ 🗒 เพื่อส่งทำ CAG and Proper management และFax แจ้งผล		
ı	ื้อื่นๆ ระบุ		
	สัญญาณชีพก่อนส่ง BP=mm/Hg, HR=/min, RR=/min, T		
	ระดับความรู้สึกตัว. EV แพทย์เจ้าของใช้		
	อุปกรณ์ที่นำติดตัวมา O ₂ Cannula O2 Mask c Bag Ventilator Pacemaker อื่นๆระบุ		
	<u>เอกสารที่แน</u> บมาด้วย		
	EKG วันที่		
	Cardiac Enzyme วันที่ เวลา พบ		
,	CXR วันที่		
	Echo วันที่พบ		
	อื่นๆ ระบุ		

กรุณาโทรแล้วแกหลัวทำ CAG ได้ที่ศูนย์ Refer: 02-353-9786, 02-353-9672 และ Fax:02-353-9822 ผกทุกราย เพื่อวางแผนการรักษา



แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งตัวกลับ

	วันที่
	โทร
ถง ศูนย์ Refer lns	02-353-9786, 02-353-9672
ตามที่ท่านได้ส่งตัวผู้ป่วยชื่อ	อายุปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเ	
•	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
2. การรักษาที่ให้	••••••
○ การรักษาด้วยยา ระบุ	
O การรักษาด้วย PCI	
O การรักษาด้วย CABG	
	······································

•	
•	
	ลงชื่อ
	()