

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

At ER, OPD & Ward

แพทย์ซักประวัติ, ตรวจร่างกาย และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทำการวินิจฉัยโรค

STEMI

NSTEMI

รายงานปรึกษาแพทย์อายุรกรรมหัวใจ และตลยแพทย์หัวใจ

แพทย์อายุรกรรมหัวใจ

ตลยแพทย์หัวใจ

พญ.เสาวนินทร์ : 081-910-3272

นพ. นพพร: 092-092-6532

นพ. สิทธิชัย : 081-812-1095

พญ. จูฑานันท์: 086-884-7099

ใช่

พิจารณาว่า

High risk ?

ไม่

แพทย์เขียนใบส่งต่อทำ CAG

(แบบฟอร์ม ACS)

ผู้ประสานงาน/ ศูนย์ Refer

- ติดต่อโรงพยาบาลในเครือข่าย
- ติดตามผลหลังทำ CAG แล้ว

Admit เพื่อติดตามอาการ

และรักษา หรือ OPD Case

กรณีมี High Risk ได้แก่ Left Main Stenosis, TVD และ Proximal LAD → Proper management ได้เลย

กรณี Low Risk หรือ สามารถรอทำการรักษาได้
ให้ส่งตัวกลับมารักษาต่อรพ.ผลิตสิน

รพ.เครือข่าย	เบอร์โทร	FAX
ราชวิถี	02-354-8108 ต่อ 6226 , 02-206-2910-12	02-206-2910
จุฬา	02-256-4570, 02-256-4769 ,Cath lab: 02-256-4965	02-256-4639,LINE :CCU Chula for refer
โกลราชน	02-722-2500-19ต่อ2208, 2341, 087-914-1551	02-322-6823 ในเวลา, 02- 722-2500 ต่อ2317
ยันฮี	081-813-7265	02-424-7067
ปิยะเวท	02-625-6500	02-625-6513
มหาชัย	034-424-992	
บางประกอก 9	02- 877-1111	

หมายเหตุ

- เอกสารที่ในการส่งต่อ ได้แก่ (1) แบบฟอร์มส่งต่อ ACS , (2) EKG (3) เบอร์ติดต่อกลับของหน่วยงาน
- กรณีสิทธิเดิมสังกัด ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน



ใบรายงานอาการผู้ป่วย ACS เพื่อการรักษาต่อ

วันที่.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

สิทธิการรักษา.....การวินิจฉัยโรค.....หน่วยงาน/หอผู้ป่วย.....โทร.....

ประวัติการรักษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สาเหตุการส่งต่อ ☐ เพื่อส่งทำ CAG and Proper management และ Fax แจ้งผล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

สัญญาณชีพก่อนส่ง BP=.....mm/Hg, HR=...../min, RR=...../min, T.....☐ C

ระดับความรู้สึกตัว. E.....V.....M..... แพทย์เจ้าของไข้.....

อุปกรณ์ที่นำติดตัวมา ☐ O₂ Cannula ☐ O₂ Mask c Bag ☐ Ventilator ☐ Pacemaker ☐ อื่นๆระบุ.....

เอกสารที่แนบมาด้วย

☐ EKG วันที่.....เวลา.....พบ.....

☐ Cardiac Enzyme วันที่.....เวลา.....พบ.....

☐ CXR วันที่.....

☐ Echo วันที่.....พบ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

กรุณาโทรแจ้งผลหลังทำ CAG ได้ที่ศูนย์ Refer: 02-353-9786, 02-353-9672 และ Fax:02-353-9822 ผลทุกราย เพื่อวางแผนการรักษา



แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งตัวกลับ

วันที่.....

จาก.....โทร.....

ถึง ศูนย์ Refer..... โทร 02-353-9786 , 02-353-9672.....

ตามที่ท่านได้ส่งตัวผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ พร้อมแนบผลการรักษา ดังนี้

1. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย.....

2. การรักษาที่ให้

- ☐ การรักษาด้วยยา ระบุ.....
- ☐ การรักษาด้วย PCI
- ☐ การรักษาด้วย CABG

ขอให้โรงพยาบาลท่านดำเนินการ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....