**แบบฟอร์มเก็บข้อมูล ( Content/Case Record Form )**

ID code ………………………..

Pre-operative day วันที่เข้ารับการผ่าตัด ……………….

แบบฟอร์มเก็บข้อมูลให้ทำเครื่องหมาย X หรือกรอกข้อมูล ในช่องหรือ ในตารางที่กำหนดให้

1. ข้อมูลทั่วไป
   1. เพศ 🞎 ชาย 🞎 หญิง อายุ ………
   2. น้ำหนัก …….. กิโลกรัม ส่วนสูง …….. เซนติเมตร BMI ……… kg/m2
2. ประวัติ
   1. ปวดหลัง 🞎 ปวดร้าวลงขา 🞎 ซ้าย 🞎 ขวา 🞎
   2. อาการอ่อนแรง 🞎 อาการชา 🞎
   3. รักษาด้วยวิธี conservative ด้วยวิธีไหนมาแล้วบ้าง ……………………………..
   4. การบริหารกล้ามเนื้อหลัง 🞎 เคย 🞎 ไม่เคย
   5. ทานยา NSAIDs ระบุ ชนิด ขนาด จำนวน ………..…..
   6. ทานยา tramadol ระบุ ขนาด จำนวน ………..…..
   7. ทานยา Gabapentin ระบุ ขนาด จำนวน ………..…..
   8. การฉีด steroid 🞎 อื่นๆ…………….
   9. สูบบุหรี่ 🞎 สูบ 🞎 ไม่สูบ
3. ประวัติการแพ้และโรคประจำตัว
   1. โรคประจำตัว ………..
   2. ประวัติแพ้ยา 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ……… อาการแพ้ยา……………
   3. ประวัติเป็นแผลในกระเพาะ 🞎ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   4. ประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   5. ประวัติเป็นโรคเส้นในสมองตีบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   6. ประวัติเป็นมะเร็งทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   7. ประวัติเป็นโรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า 🞎ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   8. ประวัติเป็นโรคความจำเสื่อม 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   9. ประวัติอาการปวดเรื้อรังนอกเหนือจากปวดหลัง 🞎ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………
   10. ยาแก้ปวดที่ใช้ประจำ 🞎 ไม่มี 🞎 มี โปรดระบุ ………

แพทย์ผู้บันทึก ………………………….

**แบบฟอร์มเก็บข้อมูล ( Content/Case Record Form )**

Post-operative period วันที่เข้ารับการผ่าตัด………………….

แบบฟอร์มเก็บข้อมูลให้ทำเครื่องหมาย X ในช่องที่กำหนดให้

1. ความเจ็บปวดในรูปแบบ VAS score

|  |  |
| --- | --- |
| Post operative | VAS (Visual analog score) |
| 1 ชั่วโมง |  |
| 2 ชั่วโมง |  |
| 4 ชั่วโมง |  |
| 12 ชั่วโมง |  |
| 24 ชั่วโมง |  |
| 48 ชั่วโมง |  |
| 72 ชั่วโมง |  |

1. ปริมาณการใช้ยา Fentanyl

|  |  |
| --- | --- |
| Post operative | Fentanyl (mcg) consumption |
| 1 ชั่วโมง |  |
| 2 ชั่วโมง |  |
| 4 ชั่วโมง |  |
| 12 ชั่วโมง |  |
| 24 ชั่วโมง |  |
| 48 ชั่วโมง |  |
| 72 ชั่วโมง |  |

1. ระยะเวลา

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | หน่วย (ชั่วโมง) |
| Hospital stay |  |
| Time to walk |  |

1. ผลข้างเคียง ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ระบุ ………………….. จำนวนครั้ง ………………………………
2. ภาวะแทรกซ้อน
   1. ภาวะแทรกซ้อน ระบบประสาท เช่น กระสับกระส่าย ใจสั่น มึนงง ………………………………..
   2. ภาวะแทรกซ้อน หัวใจและหลอดเลือด เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นช้า ………………………………………
   3. ภาวะแพ้ยา Anaphylaxis ………….. ผื่น……………….
   4. แผลติดเชื้อ ……………………
3. Operative time ………………
4. Blood loss ……………………

แพทย์ผู้บันทึก ………………………….