เตียง…………………………………...…………………………………………

ชื่อ....................................นามสกุล……………………………………

เริ่มให้ยา ฟ้าทะลายโจร DAY 1 วันที่…………………………………

ครบ DAY 4 วันที่……………………………………..

CXR ครั้งที่ 1 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 2 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 3 วันที่.................................ผล.............................

Detected Swab วันที่............................................................

ครบ 10 วัน..........................plan D/C วันที่..........................

ผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.................................................

ผู้ป่วยนอกพื้นที่ขอกลับมารักษา................................

ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ รพ.สต.........................................

เตียง…………………………………...…………………………………………

ชื่อ....................................นามสกุล……………………………………

เริ่มให้ยา ฟ้าทะลายโจร DAY 1 วันที่…………………………………

ครบ DAY 4 วันที่……………………………………..

CXR ครั้งที่ 1 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 2 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 3 วันที่.................................ผล.............................

Detected Swab วันที่............................................................

ครบ 10 วัน..........................plan D/C วันที่..........................

ผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.................................................

ผู้ป่วยนอกพื้นที่ขอกลับมารักษา................................

ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ รพ.สต.........................................

เตียง…………………………………...…………………………………………

ชื่อ....................................นามสกุล……………………………………

เริ่มให้ยา ฟ้าทะลายโจร DAY 1 วันที่…………………………………

ครบ DAY 4 วันที่……………………………………..

CXR ครั้งที่ 1 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 2 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 3 วันที่.................................ผล.............................

Detected Swab วันที่............................................................

ครบ 10 วัน..........................plan D/C วันที่..........................

ผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.................................................

ผู้ป่วยนอกพื้นที่ขอกลับมารักษา................................

ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ รพ.สต.........................................

เตียง…………………………………...…………………………………………

ชื่อ....................................นามสกุล……………………………………

เริ่มให้ยา ฟ้าทะลายโจร DAY 1 วันที่…………………………………

ครบ DAY 4 วันที่……………………………………..

CXR ครั้งที่ 1 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 2 วันที่.................................ผล..............................

CXR ครั้งที่ 3 วันที่.................................ผล.............................

Detected Swab วันที่............................................................

ครบ 10 วัน..........................plan D/C วันที่..........................

ผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.................................................

ผู้ป่วยนอกพื้นที่ขอกลับมารักษา................................

ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ รพ.สต.........................................