



แผ่นที่.....

ส่งปรึกษาจาก.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....HN.....AN.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

รายละเอียด

1. โรคประจำตัวทางจิตเวช/ระบบประสาท และประวัติการรักษา

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

2. โรคประจำตัวอื่น ๆ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

3. ประวัติการรับ

4. อาการการรับ ☐ รู้สึกตัว ☐ ไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Score.....

5. บาดแผล ☐ ไม่พบบาดแผลภายนอก ☐ พบบาดแผล (ระบุบาดแผลลงในรูปภาพแสดงผู้ป่วยจำลอง ใบขอรับคำปรึกษาผู้ป่วยทางนิติเวช)

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผลรังสีวิทยา

☐ ผลรังสีวิทยา

☐ อื่นๆ

7. ผังครอบครัว (ระบุชื่อญาติ อายุ และความสัมพันธ์เครือญาติตามหลัก Pedigree chart)

8. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (caregiver) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ-สกุล

9. ผลการวินิจฉัย (Diagnosis)



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

ใบขอรับคำปรึกษาผู้ป่วยทางจิตเวช โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (นิติกรรม/พินัยกรรม)

10. การพยากรณ์โรค (ระยะเวลาในการรักษา การสูญเสียอวัยวะ การเสื่อมสภาพในการทำงาน)

.....

.....

.....

11. จุดประสงค์ทางกฎหมายของผู้ป่วย/ญาติ

- ☐ ผู้ป่วยจะทำพินัยกรรม
- ☐ ญาติจะร้องขอต่อศาลตั้งผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ คนไร้ความสามารถ/คนเสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ ผู้ป่วยจะทำนิติกรรมอื่นๆ ระบุ

12. หมายความว่าหรือที่ปรึกษากฎหมาย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ-สกุล

13. รายละเอียดอื่น ๆ

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับแพทย์นิติเวช

เลขที่นิติเวช..... รับปรึกษาเมื่อวันที่ เวลา.....น.

- ความเห็น ☐ รับไว้เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช (แพทย์นิติเวชคลินิก)
- ☐ ให้ส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมิน
- ☐ ให้ส่งปรึกษาประสาทอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์ทั่วไปเพื่อร่วมประเมิน
- ☐ ให้แพทย์ผู้ส่งปรึกษา ระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้ (กรุณาระบุข้อมูลที่เพิ่มเติมลงในแผ่นใหม่)

.....

.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้รับปรึกษา

หมายเหตุ : โปรดส่ง OPD Card / เวชระเบียน / ภาพถ่ายรังสีเอกเรย์ มาพร้อมกับใบขอรับคำปรึกษา
(กรณีกรอกข้อมูลต่าง ๆ ไม่ครบถ้วนแพทย์ทางจิตเวชศาสตร์อาจพิจารณาไม่รับปรึกษา)