



เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI)

โรงพยาบาลโคกเจริญ

รหัสเอกสาร : ER-WI-

เรื่อง แนวทางการประเมินความเสี่ยงเฉพาะโรค

วันที่เริ่มใช้ 1 กันยายน 2560

แก้ไขครั้งที่: 2

		ลงชื่อ	วัน/ เดือน/ ปี
ผู้จัดทำ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		1 กันยายน 2560
ผู้ทบทวน	ประธานคณะกรรมการ PCT		1 พฤศจิกายน 2560
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ		22 พฤศจิกายน 2560

	โรงพยาบาลโคกเจริญ หน่วยงาน: อุบัติเหตุฉุกเฉิน รหัสเอกสาร: ER-WI-	หน้า: แก้ไขครั้งที่: 2 วันที่เริ่มใช้: 1 กันยายน 2560
เรื่อง: แนวทางการประเมินความเสี่ยงเฉพาะโรค		ผู้ทบทวน: คณะกรรมการ PCT
ผู้จัดทำ: งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

1. นโยบาย

โรงพยาบาลโคกเจริญ มุ่งมั่นให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยจึงได้จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific clinical risk) เพื่อเป็นเครื่องมือให้บุคลากรได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

3. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาลโคกเจริญ

4. ผู้รับผิดชอบ

แพทย์ : ให้การรักษารายกรณีและกำหนดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

พยาบาล : เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific clinical risk) เมื่อพบอุบัติการณ์ให้รายงานแพทย์

5. คำนิยามศัพท์

Specific clinical risk หมายถึง ความเสี่ยงใดๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตโดยระบุจำเพาะโรคและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคนั้นๆ ระดับความรุนแรงและผลกระทบของความเสี่ยงด้านคลินิก(Clinical Risk) กำหนดระดับ A-I ดังนี้

ความสำคัญ	ความรุนแรง	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
1. น้อยมาก	A	เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
2. น้อย	B	เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
	C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย
	D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
3. ปานกลาง	E	มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
	F	มีผลต้องทำให้ป่วย ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น
4. สูง	G	มีผลทำให้เกิดความพิการ
	H	มีผลต้องทำให้ผู้ป่วยต้องทำการกู้ชีพ
5. สูงมาก	I	มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

6. วิธีปฏิบัติ

6. วิธีปฏิบัติ

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
1	DM	1. Hypoglycemia	1. อาการ Hypoglycemia ได้แก่ ตาพร่ามัว ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน หหมดสติ 2. ตรวจระดับ Blood glucose พบ DTX หรือ FBS < 70mg%	ภาคผนวกหน้าที่ 15	
		2. DKA	1. ระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) เนื่องจากภาวะ acidosis ปัสสาวะบ่อย เพื่อย ความอยากอาหาร ลดลง หหมดสติ (coma) 2. อาการ dehydration เช่น หิวกระหาย น้ำ ความดันโลหิต < 90/60 mmHg ชีพจรเต้นเร็ว > 130 ครั้ง/นาที 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ - Blood sugar > 250 mg./ dl และ - Serum CO2 < 15 mEq/L	ภาคผนวกหน้าที่ 16	
2	HT	1. Hypertensive urgency	1. ตรวจพบความดันโลหิตที่สูงมาก โดยมี ระดับ SBP $\geq$ 180 และ/หรือ DBP > 110 mmHg ขึ้นไป	1. นอนพัก 15 นาที และรักษาตามอาการ 2. ให้ Hydralazine 25 mg oral ทุก 15 นาที 2 ครั้ง	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
				3. พิจารณา Admit เพื่อ control BP ดังภาคผนวกหน้า 17	
		2. Hypertensive emergency	1. ตรวจพบความดันโลหิตที่สูงมาก โดยมีระดับ SBP > 180 และ/หรือ DBP > 110 mmHg ขึ้นไป ร่วมกับมี Target organ damage	1. นอนพัก 15 นาที และรักษาตามอาการ 2. ให้ Hydralazine 25 mg oral ทุก 15 นาที 2 ครั้ง 3. พิจารณาส่ง Lab เพื่อหา Target organ damage 4. พิจารณา Admit หรือส่งต่อดังภาคผนวกหน้า 17	
3.	CKD	1. Volume overload	1. มีน้ำหนักเพิ่ม บวม กดปุ่ม หอบเหนื่อย 2. ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation 3. Jugular venous pressure สูง 4. Chest X-ray พบ bilateral pulmonary infiltration	1. รายงานแพทย์ 2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Chest X-Ray 3. พิจารณาให้ Furosemide IV ตามความเหมาะสมรายกรณี 4. ให้ Oxygen ตามความเหมาะสมรายกรณี 5. Record I/O ตามความ	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
				เหมาะสมรายกรณี 6. Observe อาการและอาการแสดงผู้ป่วย 7. Admit / Refer ตามดุลยพินิจของแพทย์	
		2. Anemia	1. เหลืองตา ซีด 2. ซีฟจรเต้นเร็วมากและเบา ความดันต่ำในท่านอน 3. เหนื่อยหอบ	1. รายงานแพทย์ 2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte 3. ให้ Oxygen ตามความเหมาะสมรายกรณี 4. พิจารณาให้ธาตุเหล็กหรือเลือด ตามความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง 5. พิจารณาให้ Furosemide IV ก่อนหรือ หลังให้เลือดตามความเหมาะสมรายกรณี 6. พิจารณา Admit หรือ Refer ตามดุลยพินิจ ของแพทย์	
		3. Hypertension	1. BP >140/90mmHg	1. พิจารณาให้ยาเพื่อเป้าหมาย	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
			2.มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง รุนแรง เช่นปวดหรือ เวียนศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ใจสั่น เป็นต้น	การควบคุมความดันโลหิตเฉพาะ ราย	
		4. Metabolic acidosis	1.Serum CO ₂ < 15 mmol/L 2.มีอาการหายใจเหนื่อย ตื้นและถี่	1. ให้ NaHCO ₃ ให้ความเป็นกรดต่างในเลือดอยู่ใน เกณฑ์ปกติ (Serum CO ₂ ≥ 22mmol/L)	
		5. Severe hyponatremia (< 125 mEq/L)	1.คลื่นไส้ อาเจียน สับสน เพ้อ ไม่มีแรง กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็น ตะคริว 2.ชักหมดสติ ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3.Serum Na < 125 mEq/L	1. รายงานแพทย์ 2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte 3. ให้ 0.9% NaCl 1,000 ml IV 4. Observe อาการและอาการ แสดงผู้ป่วย 5. กรณีชัก พิจารณาให้ยา Valium 10 mg IV stat เพื่อ ระงับอาการชัก และพิจารณา Refer	
		6. Uremic encephalopathy	1.ปวดศีรษะมาก การมองเห็น ลดลง สั่น ชักเกร็ง หลงลืม ระดับความรู้สึกตัวลดลง	1. รายงานแพทย์ 2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
				3. ให้ 0.9% NaCl 1000 ml IV 4. พิจารณาให้การรักษาเบื้องต้นตาม อาการผู้ป่วย 5. กรณีชัก พิจารณาให้ยา Valium 10 mg IV stat เพื่อระงับอาการชัก 6. กรณีไม่รู้สีกตัว พิจารณาใส่ท่อช่วย หายใจและแก้ไขภาวะวิกฤต 7. พิจารณา Refer ตามดุลยพินิจของแพทย์	
		7. Sever Hyperkalemia (K > 6.0 mmol/L)	1. อ่อนเพลีย คลื่นไส้ 2. หัวใจเต้นช้าและเบา รวมถึง ภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อย่างหัวใจเต้นผิดจังหวะ และ หัวใจหยุดเต้น 3. Serum K > 5.5 mmol/L หรือ Severe hyperkalemia พบ Serum K > 6 mmol/L 4.EKG wu tall peak T wave	1. Hyperkalemiaรักษาตามดุลยพินิจของ แพทย์ 2. Severe hyperkalemia (K > 6.0 mmol/L) 2.1 รายงานแพทย์ 2.2 ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte, Chest X-Ray, EKG 12 leads 2.3 กรณี EKG เป็นtall peak T waveให้การรักษาโดยเร่งด่วน	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
				ด้วย -10% Calcium gluconate - RI +50% glucose - 7.5 % NaHCO ₃ - Furosemide IV - Kalimate oral โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังยา HAD ของโรงพยาบาลโคกเจริญ	
4.	Stroke	1. Stroke fast track	1. แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง 2. ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง มุมปากตก 3. ปวดศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะรุนแรง ร่วมกับ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง 4. onset ภายใน 3 ชั่วโมง	1. รายงานแพทย์ 2. ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, INR, DTX 3. ส่งตรวจ CXR และขอผล, EKG 12 leads 4. NSS 1,000 ml. iv 80 ml./hr. 5. แพทย์ประเมิน NIHSS ประสาน Refer 6. พยาบาลประสานศูนย์ CT แจ้ง case stroke fast track 7. ดังภาคผนวกหน้าที่	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
		2. Seizure	ชัก	1. รายงานแพทย์ 2. Diazepam 10 mg. iv prn. For seizure 3. consult พิจารณาให้ Dilantin	
5.	Acute MI	1. STEMI	1. เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแน่นๆ เจ็บรัดในอก จุก ลิ้นปี่ เจ็บร้าวไปคอไหล่หลัง เจ็บขณะออกแรง หรือหมดสติ 2. EKG: ST Elevation, new LBBB	ตามภาคนวทหน้าที่	
		2. Cardiogenic shock	-Systolic ต่ำกว่า 90 mmHg. -ความดันโลหิตลดลงอย่างเฉียบพลันมากกว่า 30 mmHg. -อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที -ชีพจรเบาเร็ว - lung crepitation -เสียงหัวใจเต้นเบาลง -ประสาทการรับรู้ เปลี่ยนแปลง -ผิวหนังเย็น ซีด ขึ้น	ส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่หัวใจ ล้มเหลวจากการ ทำหน้าที่ ผิดปกติช่วงหัวใจบีบตัว (systolic dysfunction) ที่ลดลง สาเหตุ สำคัญคือ Acute Myocardial infarction การรักษา ให้การ รักษาตามแนวทางของ STEMI ถ้า BP drop ให้ ยา dopamine แต่ถ้าเป็นภาวะช็อคจาก right ventricular failure การรักษา เพิ่มปริมาณน้ำ (preload) ให้เข้า	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
				สู่วหัวใจห้องล่างขวาให้มากขึ้น ถ้า หากยัง shock อยู่ควรให้ยา inotrope เช่น dopamine เพิ่ม การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ	
		3. Cardiac arrest	หมดสติ หัวใจหยุดเต้น	ตามภาคผนวกหน้าที่	
6.	Acute appendicitis	1. Rupture appendicitis	1. ปวดท้องรอบสะดือ ปวดท้องน้อยข้างขวามาก หรือปวดทั่วท้อง ร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน ไข้ เบื่อ อาหาร 2. ตรวจพบ local tenderness, guarding 3. ประเมิน Alvarado score > 7 คะแนน	ตามภาคผนวกหน้าที่	
7.	Sepsis	1. Septic shock	1. มีอาการและอาการแสดงของ SIRS อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ได้แก่ 1.1 T > 38.0, < 36.0 C 1.2 PR > 90 bpm 1.3 RR > 20 rpm. 1.4 WBC > 12,000, < 4,000 2. source of infection เช่น Pneumonia, UTI, abdominal infection, skin infection, CNS infection 3. มีภาวะ Severe sepsis ตรงตามข้อ 1 และ 2	ตามภาคผนวกหน้าที่	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
			ร่วมกับ sign of organ failure เช่น ตัวเย็น Capillary refilling time > 2 sec., ซึม สับสน, urine output < 0.5 ml/kg./hr.} ARDS, Systolic BP < 90 mmHg., MAP < 65 mmHg. 4. มีภาวะ Septic shock ตรงตามข้อ 3 ร่วมกับ Systolic BP < 90 MAP < 65 mmHg. ภายหลัง ได้สารน้ำเพียงพอ (30 ml./ kg.), ต้องการ Vasopressor		
8.	Trauma	1. Hypovolemic shock	1. ประเมินภาวะ shock พบ BP<90/60mmHg PR >130 ครั้ง/นาที กระสับกระส่าย ระดับความ รู้สึกตัว ลดลง หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวซีด, capillary refill > 2 sec. 2. ปัสสาวะมีปริมาณลดลง (น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr.) 3. ประเมินภาวะซีดตรวจพบ pale conjunctiva และ Hematocrit ลดลง $\geq 3\%$ ของ baseline เดิม หรือ normal Hematocrit 4. มีอาการตกเลือดทั้ง External bleeding เช่น	ตามภาคผนวกหน้าที่	

ที่	โรค	Specific clinical risk	Critical point	การดูแล	ตัวชี้วัด
			เลือดออกมากจากบาดแผลภายนอกและ Internal bleeding เช่นเลือดออกในช่องท้อง เลือดออกจากกระดูก ตันขาหรือกระดูกเชิงกราน หัก เป็นต้น		
		2. Head injury: IICP	1. มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป โดยGCS ลดลงจาก เดิม ≥ 2 คะแนน 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ พบ PR < 50 หรือ > 130 ครั้ง/ นาที, RR < 8/min (หายใจช้าและไม่ สม่ำเสมอ), BP > 140/90 mmHg มีอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาการ อาเจียนพุ่ง อ่อน แรงแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย		
9.	Asthma COPD	1. Respiratory failure	1. อาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยใน การหายใจ RR < 8 หรือ > 28 /min มีภาวะ cyanosis กระสับกระส่าย ซึมลง 2. ระดับออกซิเจนในเลือด SpO2 < 90 %	ตามภาคผนวกหน้าที่	

7. เอกสารอ้างอิง

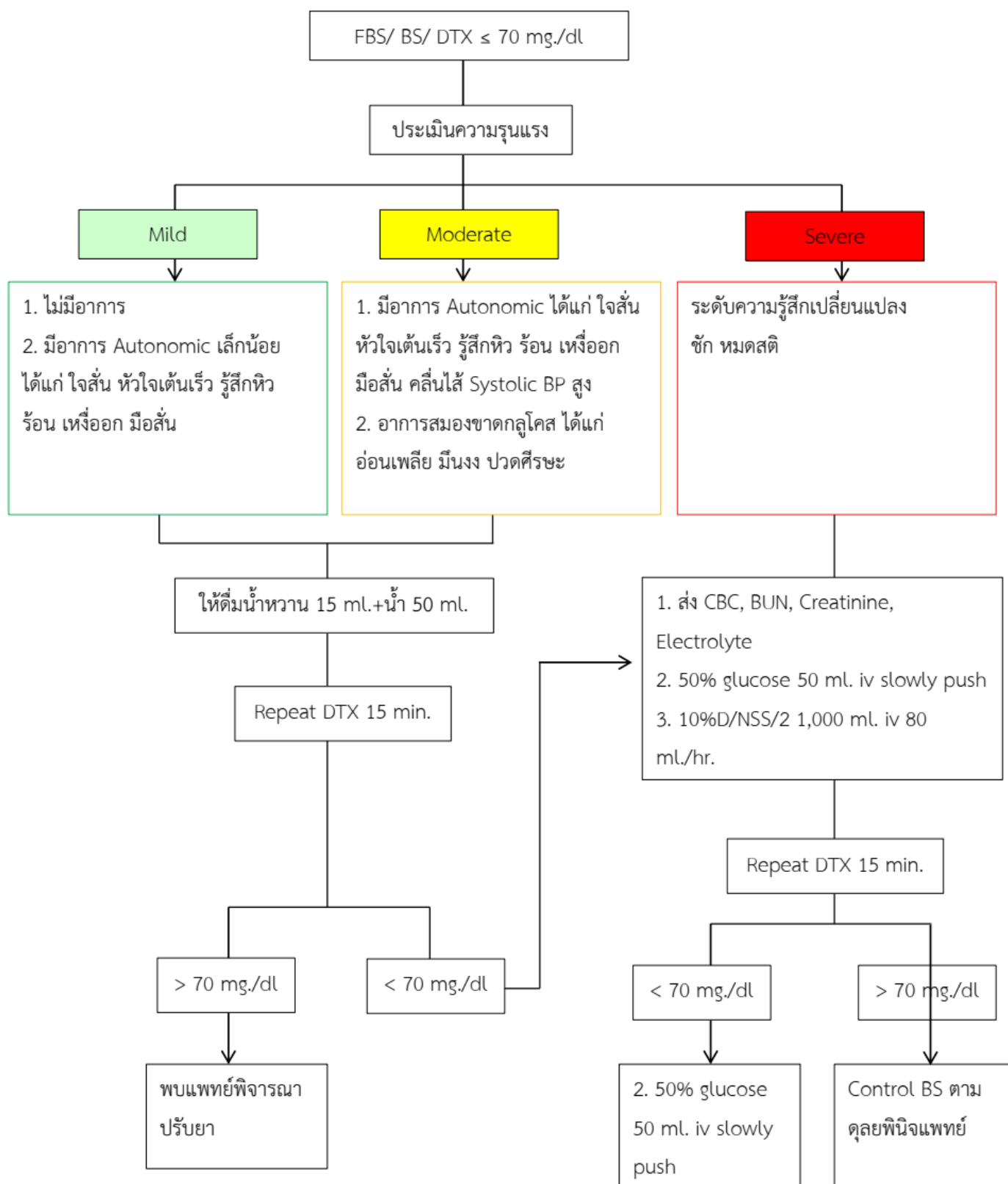
8. ภาคผนวก

ER gold book. (2564) Hypertensive emergency Hypertensive urgency. เข้าถึงได้จาก:

<https://ergoldbook.blogspot.com/2012/07/hypertension.html>

2017 ACC/AHA.AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in Adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71:e127-e248

แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)



ดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโคกเจริญ จาก

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

แนวทางการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)

1. FBS/ BS/ DTX > 250 mg/ dl
2. Urine ketone $\geq$ 2+
3. $\text{CO}_2 \geq 15$ mmol/L และอาจพบ anion gap ≥ 10 -12 mmol/L

ประเมินความรุนแรง

ความแตกต่าง	Mild DKA	Moderate DKA	Severe DKA	HHS
ภาวะขาด insulin	+++	+++	+++	+
อาการของน้ำตาลในเลือดสูง	+	++	+++	++++
อาการหอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน	+	++	+++	-
Kussmaul breathing, acetone odor	+	++	+++	-
ความรู้สึกตัว	Alert	Alert/ drowsy	Stupor/ Coma	Stupor/ Coma
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg./ dl.)	≥ 250	≥ 250	≥ 250	≥ 600
Urine Ketone	+	++	+++	-/+
HCO_3	15-18	<15	<10	>18
Anion gap	≥ 10	≥ 12	≥ 12	≥ 12
การเสียสมดุลเกลือแร่	+	++	+++	+++



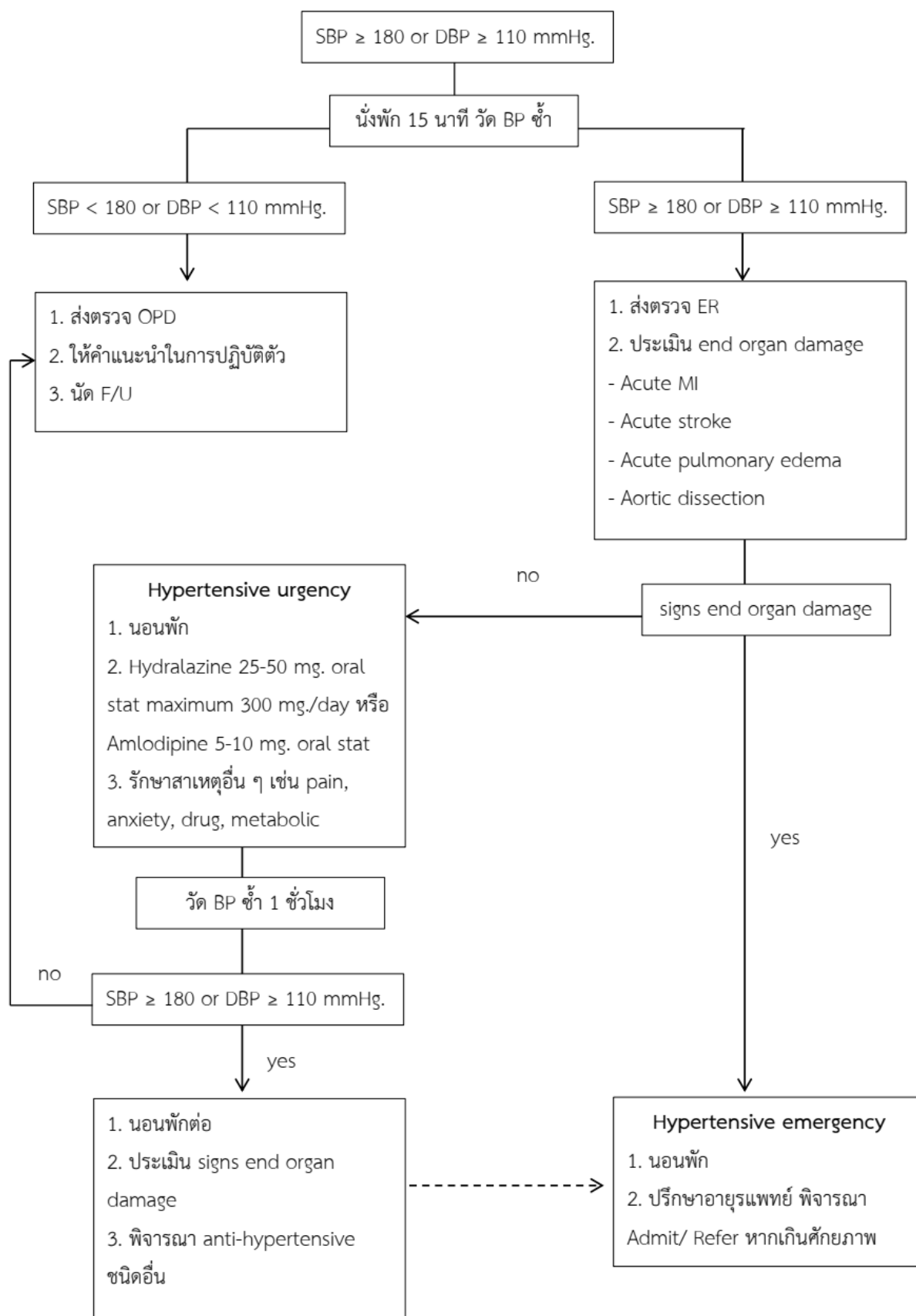
หลักการรักษา

สารน้ำ	Potassium	Insulin	Other
- 0.9% NaCl 1-1.5 L in first hour - 0.45%NaCl 250-500 ml. in hr. 2-3 - 0.45%NaCl 120-250 ml. in hr. 4-5 - if hypotension/ Hyponatremia ควรให้ 0.9% Nacl ร่วมด้วย	- K < 3.3 ให้ off Insulin และให้ KCl 40 mmol + สารน้ำ 1,000 ml. - K 3.3-5.0 ให้ KCl 10-40 mmol/L - K > 5.2 off การให้ KCl	- RI 0.1 u/ kg. iv bolus ตามด้วย 0.1 u/kg./hr. iv drip - RI 0.14 u/kg/hr. iv drip - RI 0.1 u/kg/hr. iv drip พร้อมกับให้ basal insulin ขนาดเดิมที่ผู้ป่วยเคยใช้	- NaHCO_3 50-100 ml. + D5W 250-400 ml. iv drip in 1-2 hr. - infection: septic work up และ start antibiotics

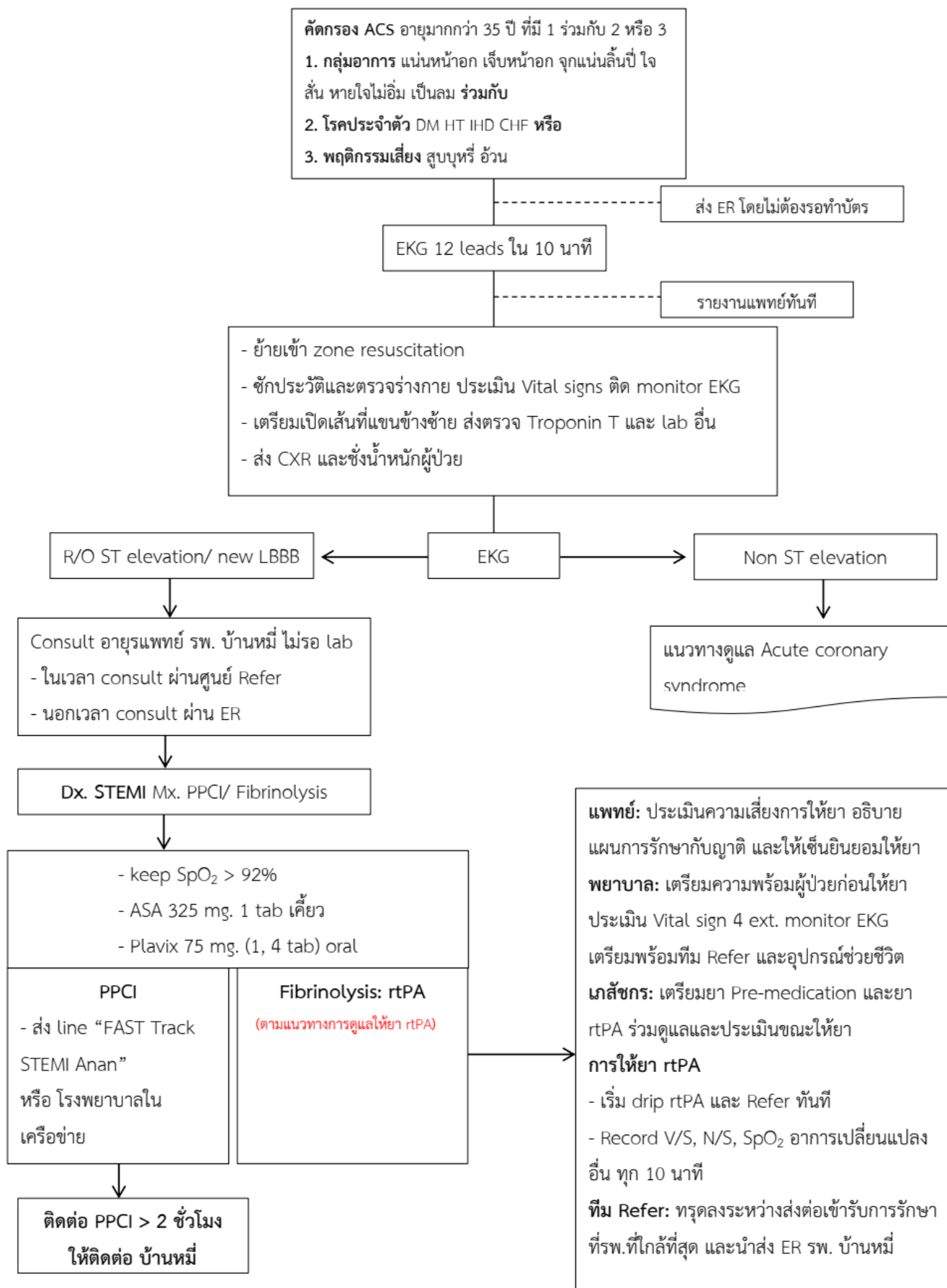
ดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโคกเจริญ จาก

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

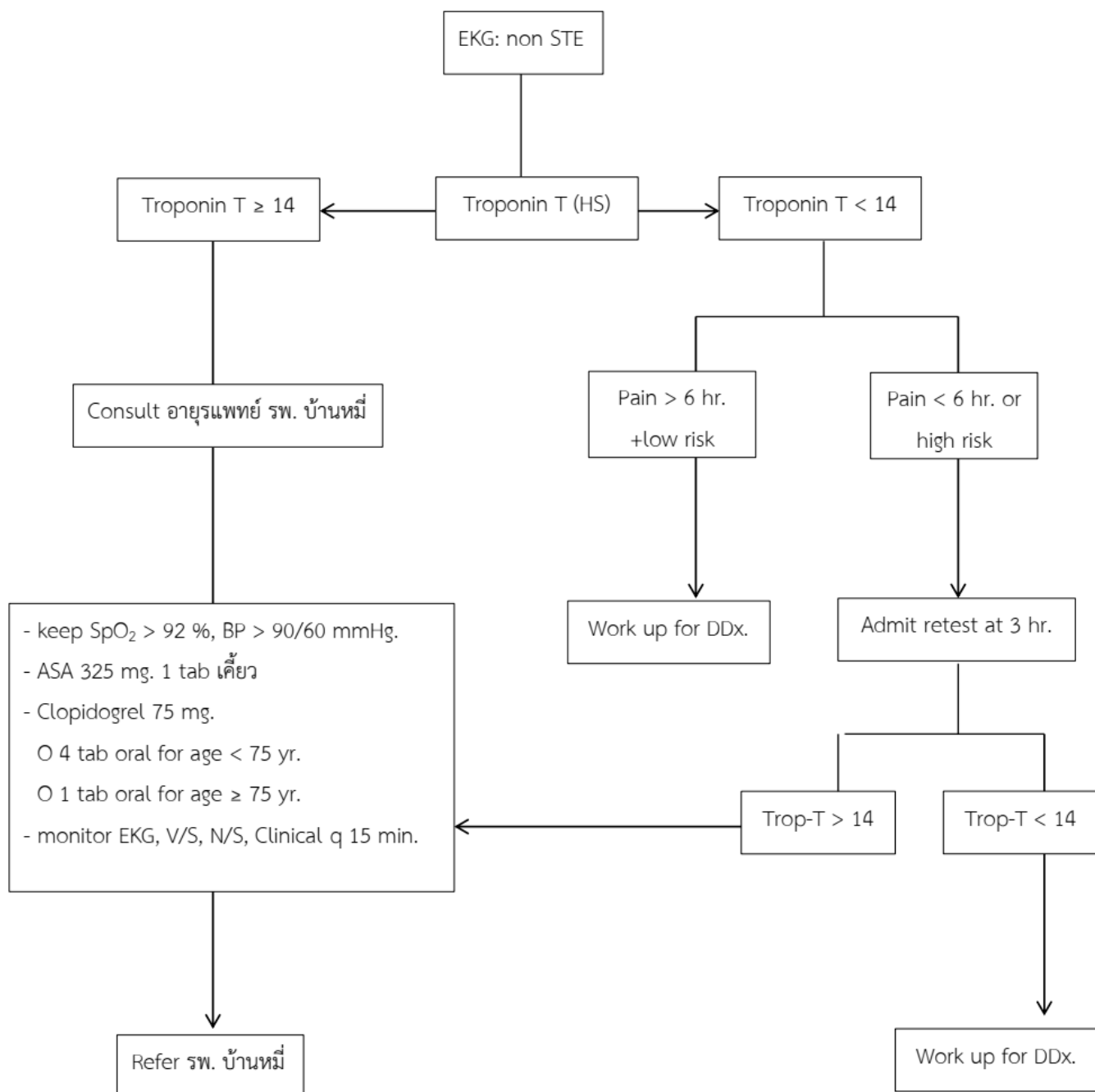
แนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤต



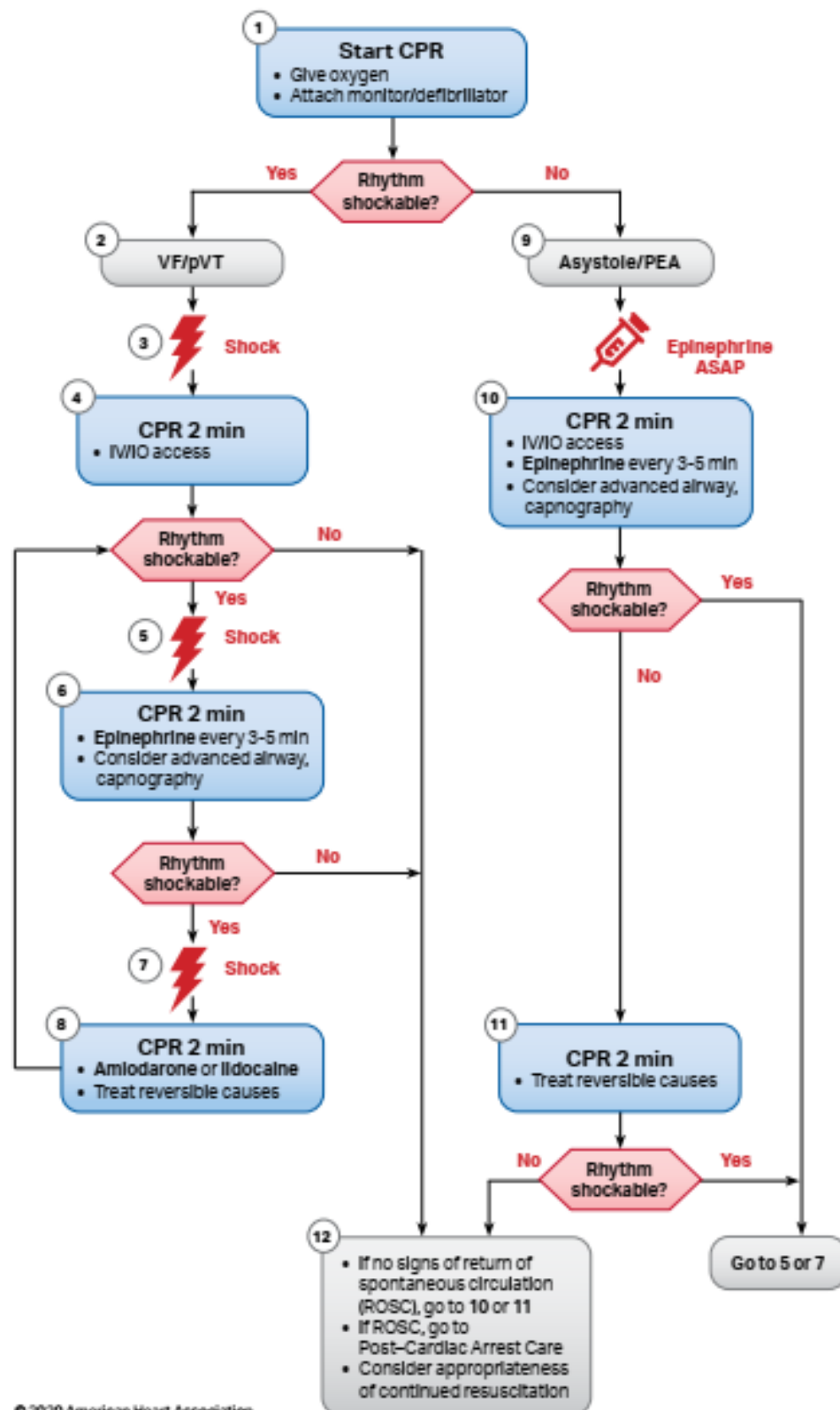
แนวทางการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (ST elevation myocardial infarction)



แนวทางการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI)



Adult Cardiac Arrest Algorithm



© 2020 American Heart Association

CPR Quality

- Push hard (at least 2 inches [5 cm]) and fast (100-120/min) and allow complete chest recoil.
- Minimize interruptions in compressions.
- Avoid excessive ventilation.
- Change compressor every 2 minutes, or sooner if fatigued.
- If no advanced airway, 30:2 compression-ventilation ratio
- Quantitative waveform capnography
 - If PETCO₂ is low or decreasing, reassess CPR quality.

Shock Energy for Defibrillation

- **Biphasic:** Manufacturer recommendation (eg, initial dose of 120-200 J); if unknown, use maximum available. Second and subsequent doses should be equivalent, and higher doses may be considered.
- **Monophasic:** 360 J

Drug Therapy

- **Epinephrine IV/IO dose:** 1 mg every 3-5 minutes
- **Amiodarone IV/IO dose:** First dose: 300 mg bolus. Second dose: 150 mg, or
- **Lidocaine IV/IO dose:** First dose: 1-1.5 mg/kg. Second dose: 0.5-0.75 mg/kg.

Advanced Airway

- Endotracheal intubation or supraglottic advanced airway
- Waveform capnography or capnometry to confirm and monitor ET tube placement
- Once advanced airway in place, give 1 breath every 6 seconds (10 breaths/min) with continuous chest compressions

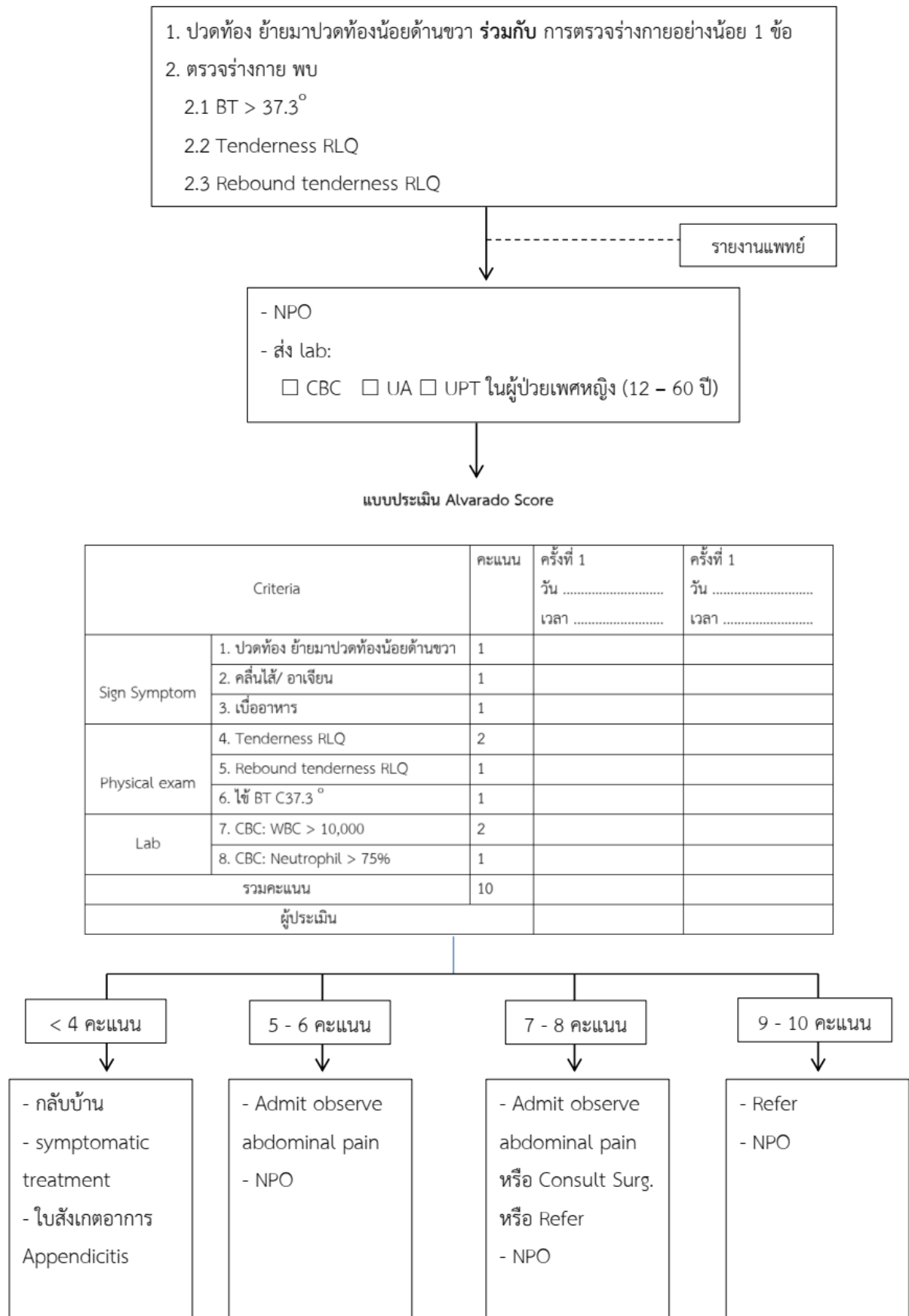
Return of Spontaneous Circulation (ROSC)

- Pulse and blood pressure
- Abrupt sustained increase in PETCO₂ (typically >40 mm Hg)
- Spontaneous arterial pressure waves with intra-arterial monitoring

Reversible Causes

- Hypovolemia
- Hypoxia
- Hydrogen ion (acidosis)
- Hypo-/hyperkalemia
- Hypothermia
- Tension pneumothorax
- Tamponade, cardiac
- Toxins
- Thrombosis, pulmonary
- Thrombosis, coronary

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute appendicitis



	โรงพยาบาลโคกเจริญ หน่วยงาน: อุบัติเหตุฉุกเฉิน รหัสเอกสาร: ER-WI-	หน้า: แก้ไขครั้งที่: 2 วันที่เริ่มใช้: 1 กันยายน 2560
เรื่อง: แนวทางการประเมินความเสี่ยงเฉพาะโรค		ผู้ทบทวน: คณะกรรมการ PCT
ผู้จัดทำ: งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ตารางการแก้ไข

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	รายละเอียดที่แก้ไข
1	13 พ.ค. 2561	แนวทางการ consult STEMI
2	20 มิถุนายน 2561	แนวทางการ consult STEMI