



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

เลขที่แบบบันทึก.....

แบบบันทึกข้อมูลเพื่อศึกษาเรื่อง ความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์การตั้งครรภ์โรงพยาบาลลำพูน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

HN.....AN.....

1. อายุ.....ปี

2. อาชีพ

แม่บ้าน

รับจ้าง

เจ้าของกิจการ

ค้าขาย

รับราชการ

อื่น ๆ

3. ที่อยู่

อ.เมือง

อ.ทุ่งหัวช้าง

อ.แม่ทา

อ.ลี้

อ.ป่าซาง

อ.บ้านธิ

อ.บ้านโฮ่ง

กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง

ต่างจังหวัด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลประวัติทางสูติศาสตร์และการรักษา

1. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด G... P... P ...A... L... last.....ปี
2. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์
3. การฝากครรภ์

<input type="checkbox"/> ไม่ฝาก	<input type="checkbox"/> ฝาก จำนวนครั้งที่	<input type="checkbox"/> รพท	<input type="checkbox"/> สอ
		<input type="checkbox"/> คลินิก	<input type="checkbox"/> รพช
4. รวมน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์.....กิโลกรัม
5. ความสูงของข้อมดลูก.....เซนติเมตร
6. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์/ภาวะเสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ครรภ์แฝด	<input type="checkbox"/> ภาวะทพโภชนาการ
<input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios)	
<input type="checkbox"/> เคยมีประวัติ PIH ในครรภ์ก่อน	<input type="checkbox"/> ครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar pregnanc)	
<input type="checkbox"/> เบาหวาน		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ		
7. การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ

<input type="checkbox"/> PIH
<input type="checkbox"/> mild PIH
<input type="checkbox"/> severe preeclampsia
<input type="checkbox"/> eclampsia
<input type="checkbox"/> PAH
<input type="checkbox"/> CHT
8. ความดันโลหิตขณะวินิจฉัย.....มม.ปรอท
9. การตรวจไข่ขาวในปัสสาวะ.....
10. การรักษาด้วย 50%MgSO4

<input type="checkbox"/> ได้รับ
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
11. ระยะเวลามารดาอนโรงพยาบาล.....วัน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการคลอด ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดาและทารก

1. วิธีการคลอด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> คลอดปกติ | <input type="checkbox"/> ผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง |
| <input type="checkbox"/> คลอดทำกันทางช่องคลอด | <input type="checkbox"/> ไขคีมคีบออก |
| <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |

2. เพศ

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
| น้ำหนัก.....กรัม | ความยาว.....เซนติเมตร |
| APGAR Score 1 min..... 5 min..... | |

3. รกหนัก.....กรัม ลักษณะรก ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

4. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ชัก | <input type="checkbox"/> เลือดออกในสมอง |
| <input type="checkbox"/> ตกเลือดหลังคลอด | <input type="checkbox"/> รกตกตัวก่อนกำหนด |
| <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลวและปอดบวมน้ำ | <input type="checkbox"/> ไตวายเฉียบพลัน |
| <input type="checkbox"/> การแข็งตัวของโลหิตบกพร่อง | <input type="checkbox"/> เลือดออกในตับ |
| <input type="checkbox"/> การเสียความสมดุลของสารน้ำและ electrolytes | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | |

5. ภาวะแทรกซ้อนของทารก

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> คลอดก่อนกำหนด | <input type="checkbox"/> ทารกน้ำหนักตัวน้อย (< 2500 กรัม) |
| <input type="checkbox"/> ทารกขาดเจ็บจากการคลอด | <input type="checkbox"/> ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> ทารกขาดออกซิเจนขณะคลอด | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |

6. สถานะภาพเด็กเมื่อแรกคลอด

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Still birth | <input type="checkbox"/> live birth |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1. ภายหลังคลอดทารกได้รับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนหรือไม่

ไม่ได้รับ

ได้รับ การวินิจฉัย.....

การรักษา.....

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล.....วัน

สถานภาพเมื่อจำหน่าย

ตาย

หาย ต้องติดตาม

หายไม่ต้องติดตาม

2. ภายในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอดเด็กได้รับการตรวจด้วยการเจ็บป่วยอื่น ๆ อีกหรือไม่

ได้รับการตรวจ.....ครั้ง

ครั้งที่ 1 อายุเมื่อเจ็บป่วย.....เดือน

การวินิจฉัย.....

ครั้งที่ 2 อายุเมื่อเจ็บป่วย.....เดือน

การวินิจฉัย.....

ครั้งที่ 3 อายุเมื่อเจ็บป่วย.....เดือน

การวินิจฉัย.....

ไม่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลถ้าพบ

3. การเจริญเติบโตของเด็ก

ปกติ

ผิดปกติ ระบุ.....

4. พัฒนาการเด็กเมื่ออายุ 1 ปี

ปกติ

ผิดปกติ ระบุ.....

ภาคผนวก ข



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์

สูติแพทย์

โรงพยาบาลลำพูน

2. แพทย์หญิงรุจิรัตน์ โกศลศิริธร

กุมารแพทย์

โรงพยาบาลลำพูน

3. นางสาวรณีย์ โยริยะ

หัวหน้างานห้องคลอด

โรงพยาบาลลำพูน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นาง ทองเหรียญ มูลชีพ
วัน เดือน ปีเกิด	27 สิงหาคม 2508
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2528 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนจักรคำคณาทร จังหวัดลำพูน พ.ศ. 2531 สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และการผดุงครรภ์ชั้นสูง พ.ศ.2534 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุข)
ประสบการณ์การทำงาน	ปี พ.ศ. 2531 – ปัจจุบัน รับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved