

แบบฟอร์มการขอ HN ของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลสุโขทัย

ชื่อ ☐ ชาย ☐ หญิงนามสกุล.....
 วันที่คลอด...../...../.....เพศ.....น้ำหนัก.....กรัม
 ชื่อมารดา.....นามสกุล.....
 HN.....AN.....
 ชื่อบิดา.....นามสกุล.....
 ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 เบอร์โทรศัพท์.....
 Mode of Delivery ☐ Normal ☐ C/S ☐ V/E

เจ้าหน้าที่ห้องคลอด.....

เจ้าหน้าที่ห้องบัตร.....

ใบนี้ได้รับสถิติบัตรรับวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เลขที่ย่อยตลอด...../.....วันที่ตลอด.....เดือน.....พ.ศ.....
เด็กชาย / เด็กหญิง.....นามสกุล.....
ชื่อมารดา.....นามสกุล.....
ชื่อมารดา.....นามสกุล.....

รับเอกสารรับรองการเกิดที่เทศบาลเมืองสุโข-ลก
(ภายใน 15 วัน หากเกินกำหนดไม่สามารถแก้ไขชื่อบุตรได้)

****นำบัตรประจำตัวบิดาและมารดา ทะเบียนบ้านฉบับจริงไปด้วย****

ลงชื่อ.....
...../...../.....

รายงานการคลอดและสรุปอาการทารกแรกเกิด

ชื่อ ค.....สกุล..... HN..... AN.....
 บุตรนาง.....สกุล.....อายุ.....ปี HN..... AN..... G.....P.....A.....L.....
 GA.....wks. By..... การศึกษา..... ศาสนา.....
 รับ refer จาก..... นอน รพ. วันที่..... เวลา.....น.

อาการสำคัญของมารดา.....

Hx. ANC ☐ NO ANC ☐ ANC ที่.....เริ่ม ANC..... wks จำนวน..... ครั้ง ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ	Lab VDRL..... HbsAg..... HIV..... Bl gr..... Rh..... Hct.....%.....%
---	--

RISK FACTORS

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	ประวัติการได้รับยา	ประวัติการเจ็บป่วย
☐ อุบัติเหตุ..... ☐ สูบบุหรี่ ☐ กินเหล้า ☐ ยาเสพติด ☐ อื่นๆ.....	☐ PROM..... ชม. ☐ มีไข้ก่อนคลอด.....วัน ☐ มี bleeding per vs. ☐ Prolapsed cord ☐ PIH ☐ Placenta previa ☐ อื่นๆ.....	☐ Pethidine ☐ Dexta..... dose ☐ ATB..... ☐ Induction.....	☐ DM ☐ HT ☐ ซีด ☐ โรคเลือด ☐ โรคไต ☐ โรคหัวใจและปอด ☐ คลอดก่อนกำหนด ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลการคลอด

ถุงน้ำแตก/ เจาะถุงน้ำเวลา..... น. ☐ ใส ☐ ขาวขุ่น ☐ mild ☐ thick / ☐ มีกลิ่น ☐ ไม่มีกลิ่น
☐ Oligohydramnios ☐ Polyhydramnios
 1st stage..... ชม..... นาที, 2nd stage..... ชม..... นาที, 3rd stage..... ชม..... นาที รวม..... ชม..... นาที
 ลักษณะการคลอด ☐ ND ☐ Breech Assisting ☐ BBA
☐ C/S ☐ V/E ☐ F/E ☐ Indication.....
 วันที่คลอด..... เวลา..... น. เพศ..... น้ำหนัก..... กรัม รก..... กรัม
 อุณหภูมิแรกคลอด..... องศาเซลเซียส เวลา..... น. ☐ LMP
 รอบหัว..... ชม. รอบอก..... ชม. ตัวยาว..... ชม. อายุครรภ์..... wks. By ☐ size
☐ U/S
 BF..... ☐ Ballard score

อาการของทารกแรกเกิดก่อนบ่ง

☐ ปัสสาวะเวลา..... ☐ ถ่าย meconium

ผู้รับเด็ก.....

ผู้ทำคลอด.....

comment				Management
นาทีที่ 1	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	Meconium ☐ Mild ☐ Thick
ลักษณะสีผิว (Appearance)	ตัวเขียวคล้ำ/ซีด	ปลายมือปลายเท้าเขียว	สีชมพู	Suction โดย ☐ OG tube ☐ ลูกสูบล้างแดง
ชีพจร/การเต้นของหัวใจ (Pulse/Heart rate)	ไม่มี	น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที	☐ ETT.....ครั้ง ☐ กระตุ้น ลูบล้าง คัดผ้าเท้า
สีหน้าเมื่อถูกกระตุ้น (Grimace)	ไม่ตอบสนอง	หน้าแฉะ/เคลื่อนไหวเล็กน้อย	ร้องเสียงดัง	☐ Keep warm ☐ ให้ O2 นาที PPV นาที
การเคลื่อนไหว/การดิ้นตัวของกล้ามเนื้อ (Activity/Muscle tone)	อ่อน ปากเปื่อย	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี	☐ Chest compression นาที ☐ Intubation ☐ Adrenaline 1 : 10000.....ml x dose เวลา..... น. ☐ อื่นๆ.....
การหายใจ (Respiratory)	ไม่หายใจ	ช้า/ไม่สม่ำเสมอ	ดี ร้องเสียงดัง	
สรุปคะแนน				
นาทีที่ 5	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	Suction โดย ☐ OG tube ☐ ET suction ☐ สาย
ลักษณะสีผิว (Appearance)	ตัวเขียวคล้ำ/ซีด	ปลายมือปลายเท้าเขียว	สีชมพู	☐ keep warm ☐ ให้ o2..... นาที
ชีพจร/การเต้นของหัวใจ (Pulse/Heart rate)	ไม่มี	น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที	☐ PPVนาที ☐ chest compression.....นาที
สีหน้าเมื่อถูกกระตุ้น (Grimace)	ไม่ตอบสนอง	หน้าแฉะ/เคลื่อนไหวเล็กน้อย	ร้องเสียงดัง	☐ Intubation ETT NO. Position..... cm Adrenaline 1:10000.....ml x dose เวลา... น.
การเคลื่อนไหว/การดิ้นตัวของกล้ามเนื้อ (Activity/Muscle tone)	อ่อน ปากเปื่อย	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี	☐ อื่นๆ.....
การหายใจ (Respiratory)	ไม่หายใจ	ช้า/ไม่สม่ำเสมอ	ดี ร้องเสียงดัง	
สรุปคะแนน				Suction โดย ☐ OG Lavage ☐ สาย suction
นาทีที่ 10	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	☐ keep warm
ลักษณะสีผิว (Appearance)	ตัวเขียวคล้ำ/ซีด	ปลายมือปลายเท้าเขียว	สีชมพู	☐ ให้ o2..... นาที
ชีพจร/การเต้นของหัวใจ (Pulse/Heart rate)	ไม่มี	น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที	☐ PPVนาที ☐ chest compression.....นาที
สีหน้าเมื่อถูกกระตุ้น (Grimace)	ไม่ตอบสนอง	หน้าแฉะ/เคลื่อนไหวเล็กน้อย	ร้องเสียงดัง	☐ Intubation ETT NO. Position..... Cr ☐ Adrenaline 1:10000.....ml x dose เวลา..... น.
การเคลื่อนไหว/การดิ้นตัวของกล้ามเนื้อ (Activity/Muscle tone)	อ่อน ปากเปื่อย	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี	☐ อื่นๆ.....
การหายใจ (Respiratory)	ไม่หายใจ	ช้า/ไม่สม่ำเสมอ	ดี ร้องเสียงดัง	
สรุปคะแนน				

.....ผู้ประเมิน (พยาบาล)ผู้ประเมิน (แพทย์)

อาการทารกแรกคลอด

แบบตรวจสอบการระบุตัวมารดา - ทารก ทีมคร่อมสายงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสุโขทัย

คำชี้แจง : 1.ให้ผู้ปฏิบัติ/ตรวจสอบ ทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หากเอกสารถูกต้องและทำเครื่องหมาย x

หากไม่ถูกต้องหรือไม่ให้เขียนหมายเหตุไว้พร้อมทั้งลงชื่อกำกับตัวบรรจงให้ชัดเจน

2.เอกสารชุดนี้หลังใช้แล้วเก็บเป็นหลักฐานไว้ใน chart ลูก

สถานที่	การตรวจสอบ	ผู้ตรวจสอบ/ผู้ส่ง	ผู้รับ/ward
แรกรับ LR	☐ สำเนาบัตรประชาชนมารดา		
	☐ สำเนาบัตรประชาชนบิดา		
	☐ ใบกรอกรายละเอียดเพื่อแจ้งเกิดถูกต้อง		
	☐ HN มารดา ชื่อ-สกุลมารดาตรงตาม OPD card/ใบแจ้งเกิด		
ในระยะคลอด LR / ANES	☐ ชื่อ-สกุล มารดาในป้ายข้อมือของมารดาตรงกับป้ายชื่อแท่งทารก		
	☐ ป้ายชื่อแท่งตรงกับเพศ(หญิง/ชาย/ชายสีฟ้า)		
	☐ ตรวจสอบเวลาคลอดในย่อคลอด		
	☐ มารดาได้ดูเพศทารกและตรวจสอบป้ายชื่อแท่งทารกถูกต้อง		
	☐ ผูกป้ายชื่อแท่งทารกทันทีบนหน้าอกมารดา ก่อนเคลื่อนย้ายทารกจากเตียงคลอด		
แผนกห้องคลอด	OR	LR	ward อื่น ๆ
WARD / NICU	ตรวจสอบทารกโดย	ตรวจสอบทารกโดย	ตรวจสอบทารกโดย
	☐ เปิดดูเพศทารกให้ตรงกับสีป้ายชื่อแท่ง	☐ เปิดดูเพศทารกให้ตรงกับสีป้ายชื่อแท่ง	☐ เปิดดูเพศทารกให้ตรงกับสีป้ายชื่อแท่ง
	☐ เวลาคลอด/เพศทารก ตรงกับใบ Apgar score	☐ เวลาคลอด/เพศทารก ตรงกับใบ Apgar score	☐ เวลาคลอด/เพศทารกตรงกับใบ Apgar score
	☐ ชื่อสกุลมารดาตรงกับใบ Apgar score	☐ ชื่อสกุลมารดาตรงกับใบ Apgar score	☐ ชื่อสกุลมารดาตรงกับใบ Apgar score
	ตรวจสอบข้อความป้ายชื่อแท่ง	ตรวจสอบข้อความป้ายชื่อแท่ง	ตรวจสอบข้อความป้ายชื่อแท่ง
	☐ ชื่อ-สกุล มารดา + HN มารดา	☐ ชื่อ-สกุล มารดา + HN มารดา	☐ ชื่อ-สกุล มารดา + HN มารดา
	☐ เพศ ☐ เวลาคลอด	☐ เพศ ☐ เวลาคลอด	☐ เพศ ☐ เวลาคลอด
			☐ BT แกร็บ
			☐ เปิดดูเพศทารกให้มารดา/บิดา/ญาติ
	ลงชื่อ	ลงชื่อ	ลงชื่อ
สถานที่	การตรวจสอบ	ผู้ส่งมอบ	ผู้รับมอบ/ความเกี่ยวข้องกับทารก
	1.สภาพทารกแรกคลอด เพศ.....น้ำหนัก..... วัน/เดือน/ปี ที่คลอด..... เวลา..... น.		
	2.สาเหตุการเสียชีวิตของทารก ☐ ตายเปื่อยยุ่ย ☐ Anomaly ☐ ตายจากการคลอดก่อนกำหนด ☐ ตายคลอดสด ☐ ไม่ทราบสาเหตุ		

ชื่อ ต.ญ. / ต.ช. นามสกุล HN

DATE/ TIME	FOCUS/GOALS	PROGRESS NOTE A=Assessment I=Intervention	E=Evaluation
	F: ทารกแรกคลอดอาจเกิด อาการเปลี่ยนแปลง	A: NB เพศ BWgms.	E: BT.....°C RR /min HR /min O ₂ sat %
	G: ทารกแรกคลอดปลอดภัย	Hct% DTXmg/dl	
		I: ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง	
		: เช็ดตัวทารกและห่อตัวทารก	
		: ให้ความอบอุ่นได้ Radiant warmer	
		: อาการผิดปกติอื่น ๆ	
หลังคลอด 1 ชั่วโมง		I: ติดตามการหายใจ / BT	E: BT.....°C RR /min HR /min O ₂ sat %
		: ติดตามสีผิว / Activity	สีผิว..... Activity.....
		: ติดตามอาการผิดปกติอื่น ๆ	
หลังคลอด 2 ชั่วโมง		I: ติดตามการหายใจ / BT	E: BT.....°C RR /min HR /min O ₂ sat %
		: ติดตามสีผิว / Activity	สีผิว..... Activity.....
		: ติดตามการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	ถ่ายปัสสาวะ ครั้ง อุจจาระ ครั้ง
		: ติดตามอาการผิดปกติอื่น ๆ	
		: ย้ายคืนมารดา ward.....	

ฟอร์มปรอท

	Date																																														
	Days after Admission Operation																																														
	Pulse	F	C	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22		
Indicate Pulse in Red	160	106	41																																												
	150																																														
	140	104.0	40																																												
	130																																														
	120	102.2	39																																												
	110																																														
	100	100.4	38																																												
	90																																														
	80	98.6	37																																												
70																																															
60	96.8	36																																													
50																																															
40	95.0	35																																													
Respirations																																															
B.P.																																															
Systolic																																															
Diastolic																																															
Wt and Ht																																															
Diet																																															
Pain management	Pain Score			10																																											
				5																																											
				0																																											
	Sedative Score																																														
	Treatment																																														
Treatment				P = การจัดทำ MA = นวด H = ประคบร้อน S = ดนตรีบำบัด C = ประคบเย็น O = ยารับประทาน PT = กายภาพบำบัด R = การผ่อนคลาย IV = ฉีดยาเข้าเส้น IM = ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ DTR = การเบี่ยงเบนความสนใจ MD = สมาชิกบำบัด AC = การฝังเข็ม OP = กายอุปกรณ์																																											
Pain Score				No Pain Mild Pain Moderate Pain Severe pain																																											
NRS				0 = รู้สึกดี X อื่นๆ 1 = เจ็บบางครั้ง - Pain Score ประจำชั่วโมง 2 = เจ็บมากเรียกผู้ดูแล X ติดใจ 3 = ทรมานไม่รู้สึกตัว - Pain Score หลังได้รับ treatment																																											
Face Scales				☺ ☹ 😞 😡																																											
Fluid Intake	Oral Fluids																																														
	Parenteral																																														
	TUBE FEED																																														
	Total																																														
Fluid Output	Urine																																														
	Emesis																																														

T.P.R.

แก้ไขครั้งที่ 5 : วันที่ประกาศใช้ กรกฎาคม 2568

ใบรายงานค่าใช้จ่ายทารกในห้องคลอด

รายการเวชภัณฑ์	ราคา			รายการหัตถการ	ราคา			
5/D/W100 ML.	20			ค่าออกซิเจน $\leq$ 8 ชม.	160			
NSS100ML	20			ค่าCPR	450			
GLUCOSE 50ML.	36			ค่าใส่tube (ไม่รวม tube)	180			
NaHCO3 10ML.	21			ค่าใส่UVC	350			
HBV.0.5ML.	13			ค่าInfant radiant warmer	100			
Vit K 1mg.				ค่าตรวจRPG	60			
				O2 SAT	100			
				NG Suction	100			
				ค่าบริการทั่วไปวันละ	300			
				รายการเวชภัณฑ์				
				ET.TUBE 2/2.5/3/3.5	75			
				Extension tube	7			
				injection Plug	6			
				Medicut NO.....	13			
				Syring Insulin	4			
				Solu set	120			
				set IV	11			
				Syring dispos 10 ml.	3			
				UVC NO. 3.5/5	400			
				สายSUCTION	7			
				สาย NG.TUBE NO....				
				THREE WAY	12			
				เข็ม Dispos NO.....	1			
รวมค่าใช้จ่าย				รวมค่าใช้จ่าย				