

แบบฟอร์มในการ Intervention แพทย์

Intervention Form

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....Ward.....

การเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงทางคลินิกของการขาดสังกะสี

วันที่เกิดอาการแสดงทางคลินิก.....วันที่อาการแสดงทางคลินิกหาย.....

อาการแสดงทางคลินิก ได้แก่

.....

.....

.....

การเปลี่ยนแปลงของระดับสังกะสีในเลือด

วันที่เริ่มแสดงอาการทางคลินิกmg/L วันที่อาการแสดงทางคลินิกหาย.....mg/L

Intervention ที่ได้รับ.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

Outcome ของผู้ป่วยหลังได้รับ Intervention Improved not improved

สาเหตุของ not improved.....

.....

.....

(ภญ.จารุวัลย์ พรหมคง)