

แบบประเมินอาการแสดงทางคลินิกของการขาดสังกะสีสำหรับแพทย์ผู้รักษา

(Checklist Form for Physician for zinc detection)

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... Ward.....

วันที่ได้รับ TPN..... ข้อบ่งชี้ในการได้รับ TPN.....

วันที่หยุดได้รับ TPN..... ระยะเวลาที่ได้รับ.....

วันที่ กิจกรรม	ก่อนได้รับ TPN วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 1 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 2 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 3 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 4 วันที่.../.../...
ตรวจร่างกาย					
ผิวหนังอักเสบ (dermatitis)					
- บริเวณหน้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- แขนขา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- เล็บ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- บริเวณอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....
ผมร่วง (alopecia)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
Impaired taste and smell	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
Photophobia	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา

แบบประเมินอาการแสดงทางคลินิกของการขาดสังกะสีสำหรับแพทย์ Nutrition Support Team

(Checklist Form for Nutrition Support Team for zinc detection)

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... Ward.....

วันที่ได้รับ TPN..... ข้อบ่งชี้ในการได้รับ TPN.....

วันที่หยุดได้รับ TPN..... ระยะเวลาที่ได้รับ.....

วันที่ กิจกรรม	ก่อนได้รับ TPN วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 1 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 2 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 3 วันที่.../.../...	สัปดาห์ที่ 4 วันที่.../.../...
ตรวจร่างกาย					
ผิวหนังอักเสบ (dermatitis)					
- บริเวณหน้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- แขนขา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- เล็บ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
- บริเวณอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....
ผมร่วง (alopecia)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
Impaired taste and smell	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
Photophobia	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ.....

.....
ลายเซ็นคณะกรรมการ