

Consultation Request for Echocardiography Exercise stress test (EST)

TEE

Other.....

หน่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หน่วยงาน.....วันที่.....HN.....

ชื่อ-นามสกุลอายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ เบิกต้นสังกัด ประกันสังคม ชำระเงินเอง

เตรียมผลการตรวจ EKG CXR

Clinical Information

.....
.....
.....
.....
.....

เหตุผลที่ส่งตรวจ

.....
.....

ผู้ป่วยได้รับยาใดในกลุ่มต่อไปนี้หรือไม่ (กรณีนัด EST)

- Digoxin
- Atenolol , Propranolol ,Metoprolol,Bisoprolol (Concor)
- Verapameel ,Diltiazem
- Cordarone

แพทย์.....

หมายเหตุ

๑. ส่งใบConsult ทุกวัน วันจันทร์ และ อังคาร เวลา ๑๐.๓๐ น.- ๑๒.๐๐ น. ที่หน่วยโรคหัวใจ (รับวันนัดไปด้วยเลย และทางหน่วยงานที่ Consult ต้องแจ้งผู้ป่วยเองพร้อมให้เอกสารกลับไปด้วยทุกครั้ง) กรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนให้ญาติถือเอกสารมานัดเองตามวัน เวลาดังกล่าว
๒. กรณีต้องการConsult นอกเงิน ติดต่อ คุณอัญชติ คงสมบูรณ์ โทร ๒๔๐๕ หรือ ๐๙๕ - ๙๑๕๔๖๒๐