

## Care Map Traumatic Head Injury

### โรงพยาบาลป่าพะยอม

Order One day	Order Continue	Order Continue
Provisional Dx <input type="checkbox"/> <b>1. Severe Traumatic Head Injury</b> (GCS 3-8 points ) - ET-Tube intubation on Hard collar - Refer รพ.พัทลุง - 0.9% NaCl 1000 ml IV drip ..... ml/hr. - Retain Foley's catheter <input type="checkbox"/> <b>2. Moderated Risk ( GCS 9-12 points )</b> - Refer รพ.พัทลุง - 0.9% NaCl 1000 ml IV drip ..... ml/hr. - Retain Foley's catheter <input type="checkbox"/> <b>3. mild traumatic head injury</b> ( GCS 13-15 points ) <u>Low risk Patient</u> - ไม่มีอาการผิดปกติ - GCS 15 - ไม่ปวดศีรษะ <u>Moderated Risk</u> - ประวัตติสลบ - จำเหตุการณ์ไม่ได้ - กลไกการบาดเจ็บรุนแรง เช่น คนเดินถนนรถชน โดยตรง ตกจากที่สูงเกิน 3 ฟุต <u>High Risk Patient</u> - GCS น้อยกว่า 15 points หลังเกิดเหตุ น้อย 2 ชั่วโมง - คำสั่ง open skull fracture. - raccoon eyes, CSF rhinorrhea , CSF otorrhea - อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง - 2 ปี หรือ 65 ปี - on Anti platelet ,wafarin	<u>Date/Time :</u> Admit - NPO <u>IV Fluid</u> <input type="checkbox"/> 0.9% NaCl 1000 ml IV drip ..... ml/hr. <input type="checkbox"/> Record V/S q .....hr. <input type="checkbox"/> Record Neurological Sign q ..... hr. <input type="checkbox"/> Hct q ..... Hr , Keep Hct $\geq$ ..... % If Hct drop $\geq$ 3%, please notify <input type="checkbox"/> Retain Foley's catheter <input type="checkbox"/> Record urine output q ..... hr. Keep $\geq$ ..... (~ 0.5ml/kg/hr.) <u>Radiological Investigation</u> <input type="checkbox"/> CXR: PA <input type="checkbox"/> Pelvis: AP <input type="checkbox"/> Skull: AP, Lateral <input type="checkbox"/> Skull: Water view <input type="checkbox"/> Skull: Town view <u>Tetanus Prophylaxis</u> <input type="checkbox"/> dT 0.5 ml IM ..... dose <input type="checkbox"/> TAT ..... Unit , IM (after skin test)  ชื่อแพทย์.....	<u>Date / Time :</u> - Record V/S, I/O - Wound dressing , OD  <u>Medication</u> <u>Antibiotics</u> <input type="checkbox"/> No ATB <input type="checkbox"/> Cefazolin ..... g iv q 6 hr. <input type="checkbox"/> Ceftriaxone ..... g iv OD <input type="checkbox"/> Metronidazole .... .mg iv q 8hr  ชื่อแพทย์.....
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี      แพทย์เจ้าของไข้..... HN ..... AN.....      Ward .....เตียง.....		