แบบบันทึกการรักษาโรคฮีโมฟีเลียที่เริ่มมีอาการเลือดออก

ชื่อ..... **HN**.....
การวินิจฉัยโรค .....

ขนาดแฟคเตอร์ที่ใช้ .....ยูนิต / ครั้ง (..... ยูนิต / กก. / ครั้ง) **ยี่ห้อของแฟคเตอร์**.....
วันที่จ่ายแฟคเตอร์.....**จำนวนยูนิต/ขวด**..... **จำนวน**.....**ขวด**

บันทึกอาการเลือดออก

วันที่ฉีดแฟคเตอร์	จำนวนแฟคเตอร์	ตำแหน่งที่เลือดออก

วันที่และเวลาที่เริ่มมีอาการ	อาการและตำแหน่งที่เลือดออก/ สาเหตุ	วันที่และเวลาที่ให้แฟคเตอร์	ผู้ฉีดแฟคเตอร์	จำนวนครั้งที่แทงเส้น	การดูแลอื่นๆ เช่นการพันข้อ ประคบเย็น พักการใช้ข้อ	การตอบสนองต่อการรักษา และอาการแทรกซ้อนหลังให้แฟคเตอร์

. . . . . .

แบบบันทึกการรักษาโรคฮีโมฟีเลียที่เริ่มมีอาการเลือดออก

ชื่อ..... **HN**.....
การวินิจฉัยโรค .....

ขนาดแฟคเตอร์ที่ใช้ .....ยูนิต / ครั้ง (..... ยูนิต / กก. / ครั้ง) **ยี่ห้อของแฟคเตอร์**.....
วันที่จ่ายแฟคเตอร์.....**จำนวนยูนิต/ขวด**..... **จำนวน**.....**ขวด**

บันทึกอาการเลือดออก

วันที่ฉีดแฟคเตอร์	จำนวนแฟคเตอร์	ตำแหน่งที่เลือดออก

วันที่และเวลาที่เริ่มมีอาการ	อาการและตำแหน่งที่เลือดออก/ สาเหตุ	วันที่และเวลาที่ให้แฟคเตอร์	ผู้ฉีดแฟคเตอร์	จำนวนครั้งที่แทงเส้น	การดูแลอื่นๆ เช่นการพันข้อ ประคบเย็น พักการใช้ข้อ	การตอบสนองต่อการรักษา และอาการแทรกซ้อนหลังให้แฟคเตอร์

. . . . . .