

บันทึกข้อความ

วันที่.....

เรียน ท่านคณบดีผู้เกี่ยวข้อง

ขอส่งผู้ป่วยชื่อ..... HN..... มีประวัติ
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และทำการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) มาเพื่อตรวจรักษาฟันและอุดหินปูน
และขอให้ยาปฏิชีวนะรับประทาน 30-60 นาทีก่อนทำฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง
ชนิดยาปฏิชีวนะ ได้แก่

Amoxycillin 2 กรัม หรือ

Clindamycin 600 มิลลิกรัม (ในกรณีผู้ป่วยแพ้ยาคลุ่มเพนนิซิลิน, amoxycillin)

อาการทางคลินิกผู้ป่วยในปัจจุบัน

1. ค่าความดันโลหิต mmHg

2. ยา Aspirin หรือ Clopidogrel หรือ warfarin หรือ Ticlopidine: ไม่ได้รับประทาน

รับประทานอยู่ แต่แนะนำให้หยุดยาตั้งแต่.....

3. ประวัติโรคประจำตัวอื่น/ คำแนะนำในการรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับทันตกรรม :

ไม่มี

มี คือ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ถ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
กรุณาติดต่อคลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาล.....
โทร.

(.....)

อายุรแพทย์โรคไต