

CKD follow up form

สถานบริการ _____

ชื่อ-สกุล _____ HN _____
Date _____ Visit No _____

History

1. Poor appetite N Y Nausea/ vomiting N Y Dyspnea / PND N Y Edema N Y
2. กินยาแก้ปวด , ยาสมุนไพร ระบุ _____ ไม่ บางครั้ง ประจำ
3. หากเป็น DM มี Nocturia no yes _____ ครั้งต่อคืน hypoglycemia diabetic foot
4. อื่นๆ _____

Physical Examination

V/S : BT.....°C, PR...../min, RR...../min BP.....,mmHg BW.....kg. Ht.....cm. BMI.....kg./m²

Pale N Y Edema N Y 1+ 2+ 3+ 4+ Flapping tremor N Y

Lab: FBS _____mg/dL, HbA1C _____mg/dL, Cr _____mg/dL, eGFR _____ mL/min/1.73m², K _____mEq/L

UA: alb neg pos trace 1+ 2+ 3+ 4+

Diagnosis CKD staging

Definition	Stage	GFR level
high/normal	<input type="checkbox"/> G1	≥90
mild	<input type="checkbox"/> G2	75-89
mild	<input type="checkbox"/> G2	60-74
mild-moderate	<input type="checkbox"/> G3a	45-59
moderate-severe	<input type="checkbox"/> G3b	30-44
severe	<input type="checkbox"/> G4	15-29
kidney failure	<input type="checkbox"/> G5	< 15

Underlying DM HT IHD Dyslipdemia Other _____

Treatment: แนะนำ Protein Low salt Low potassium งดสูบบุหรี่ งด NSAIDs&COXII inhibitor Fluid

Medication

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

Other: _____

F/U 1 m 2 m 3 m, DATE _____ พร้อม lab _____ ผู้ตรวจ _____