

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. การทำ cutdown (venesection)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1. การเจาะเลือด (venepuncture)

| ชื่อผู้ป่วย | วันที่ | ดู/ช่วย/ทำ | ผู้ควบคุม (ลายเซ็น) |
|-------------|--------|------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. การฉีดยาเข้าหลอดเลือด (Intravenous injection)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. การวัด CVP

| ชื่อผู้ป่วย | วันที่ | ดู/ช่วย/ทำ | ผู้ควบคุม (ลายเซ็น) |
|-------------|--------|------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5. การใส่สายสวนกระเพาะอาหาร (NG tube insertion)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. การใส่สายสวนกระเพาะปัสสาวะ (Urinary catheterization)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....

.....

.....

.....

7. การส่องกล้องทวารหนัก (Proctoscopy)

| ชื่อผู้ป่วย | วันที่ | ดู/ช่วย/ทำ | ผู้ควบคุม (ลายเซ็น) |
|-------------|--------|------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. การทำหมันชาย (Vasectomy) และ การขลิบปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. การส่องกล้องทวารหนัก (Proctoscopy)

| ชื่อผู้ป่วย | วันที่ | ดู/ช่วย/ทำ | ผู้ควบคุม (ลายเซ็น) |
|-------------|--------|------------|---------------------|
|-------------|--------|------------|---------------------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. การทำหมันชาย (Vasectomy) และ การขลิบปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision)

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

การทำแผล (wound dressing)

| ชื่อผู้ป่วย | วันที่ | ดู/ช่วย/ทำ | ผู้ควบคุม (ลายเซ็น) |
|-------------|--------|------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**สมุดบันทึกการปฏิบัติงาน
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๕
วิชาศัลยศาสตร์ ๒ และ๓
(นศศ ๕๑๑ นศศ ๕๑๒)**

นศพ.....รหัส.....