Individual patient file - CTC

ADMISSION

Date: _____/_____/_____ Time: _____ Patient admission number: _____ Sex: ❑ M ❑ F Age: _____

Last name, first name: _____ Address or place of residence: _____

Weight: _____ Essential observations: ❑ pregnancy ❑ co-morbidity: _____

INITIAL CLINICAL ASSESSMENT

Mental status	❑ Normal/awake	❑ Agitated/irritable	❑ Lethargic/unconscious
Radial pulse	❑ Easily palpable	❑ Palpable, may be rapid	❑ Weak or absent
Eyes	❑ Normal	❑ Sunken	❑ Sunken
Skin pinch	❑ Disappears rapidly	❑ Disappears slowly (< 2 sec.)	❑ Disappears very slowly (> 2 sec.)
Thirst	❑ Drink normally	❑ Thirsty, drink avidly	❑ Drink very little or cannot drink
Dehydration	❑ **No dehydration**	❑ **Some dehydration**	❑ **Severe dehydration**
Treatment Plan	❑ **A**	❑ **B**	❑ **C**

Prescriptions

Antibiotic ❑ Yes (name, dosage) _____

_____

❑ No

Zinc sulfate ❑ Yes ❑ No

Other:_____

_____

_____

_____

Date	Hour	RL	ORS	Observation/drug administered	Stools	Vomiting
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O

Date	Hour	RL	ORS	Observation/drug administered	Stools	Vomiting
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
					○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

DISCHARGE

Date: _____/_____/_____

❑ Cured ❑ Deceased (time of death:_____) ❑ Transferred (where: _____) ❑ AMA

If the patient died, indicate the possible reason: _____