

แบบประเมินการบันทึกทางการพยาบาล

ผู้รับการประเมิน

ผู้ประเมิน

หัวข้อการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		รวม
		1	2	
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (N. Assesment , หนังสือแสดงความยินยอม , N. Care Plan)				
1.1 ระบุวันเวลาที่รับ , ระบุชื่อพยาบาลผู้บันทึก	2			
1.2 หนังสือแสดงความยินยอมครบถ้วนถูกต้อง	2			
1.3 ระบุประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอาการสำคัญ	4			
1.4 มีการประเมินสภาพร่างกาย	2			
1.5 มีการประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์	2			
1.6 มีการประเมินสภาพจิตวิญญาณ	2			
1.7 ระบุสถานะและสัมพันธ์สภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคม	2			
1.8 มีการวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่าย	1			
1.9 มีประเมินความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ	3			
2. มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูล / ปัญหาที่สำคัญ (N. Care Plan , N. Note)	4			
3. การวางแผนการพยาบาล (N. Care Plan)				
3.1 มีการกำหนดเป้าหมาย / เกณฑ์ ที่คาดหวังผลลัพธ์ (Expected outcome)	4			
3.2 การวางแผนระบุกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องสัมพันธ์กับข้อ วินิจฉัย ฯ	6			
4. การปฏิบัติการพยาบาล (N. Note , ฟอรัมปรอท)				
4.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผน	4			
4.2 ระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	4			
4.3 ระบุเรื่อง / หัวข้อการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	4			
4.4 มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย	2			
4.5 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะในแต่ละวัน	2			
5. การประเมินผลการพยาบาล (N. Note)				
5.1 มีการประเมินผลการพยาบาลที่ชัดเจนและสะท้อนให้เห็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4			
5.2 มีการสรุปก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับสถานะ / ปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	2			
5.3 มีการให้คำแนะนำ / เตรียมความพร้อมที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง	2			
5.4 พยาบาลผู้รับการประเมินเขียนชื่อของตนเองในแบบฟอร์มต่าง ๆ ชัดเจน	2			
รวม	60			
วันที่ประเมิน				