	เรื่อง:แนวทางปฏิบัติการแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่บ้าน	**มีผลบังคับใช้วันที่**..1/10/2566..... **แก้ไขครั้งที่**...1..... **วันที่**..1/10/66.....
รหัสเอกสาร: WI-PCU-042-01	**หน่วยงาน:** กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม	**หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง:**IPD OPD ER องค์กรแพทย์ และรพ.สต.เครือข่าย
ผู้จัดทำ	นางจิตสุภา ไสยจิตร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	..... (นางจิตสุภา ไสยจิตร์)
ผู้ทบทวน	นายพัศรุจ ดาโรจน์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองพลูตาหลวง	..... (นายพัศรุจ ดาโรจน์)
ผู้อนุมัติ	นายชีวิน ประพันธ์ ผู้อำนวยการรพ.สัตหีบกม.10	..... (นายชีวิน ประพันธ์)

1.วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานรักษาพยาบาล ฟื้นฟู ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. ขอบเขต

กระบวนการครอบคลุมงานรักษาพยาบาล ฟื้นฟู ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในหน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสัตหีบ

3. คำจำกัดความ

-

4. ความรับผิดชอบ

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม **IPD** LR OPD ERองค์กรแพทย์ และรพ.สต.เครือข่าย

5. ระเบียบปฏิบัติอธิบายแนวทาง ใช้แบบประเมิน IN HOME SSS

แบบบันทึกกุรุเยี่ยมบ้าน รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน.....

ชื่อ-สกุล .... วดป.เกิด.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วย ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

บ้านเลขที่..... หมู่.....ตำบล.....อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

เบอร์โทร.....อาชีพ.....รายได้.....

แหล่งรายได้.....

สิทธิ์การรักษา.....โรงพยาบาล.....

โรคประจำตัว [ ]ไม่มี [ ]มี ระบุ [ ]DM [ ]HT [ ]CVA [ ] อื่นๆ.....

ประวัติความเจ็บป่วย : .....

.....

บันทึก ตามแนวทาง IN HOME SSS

1. Immobility Impairment (การเคลื่อนไหวร่างกาย)/Bathal ADL Index (ดูตารางแนบ) .....

2. Nutrition (โภชนาการ)

- พฤติกรรมการบริโภค ☐ เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....
- ภาวะโภชนาการ ☐ อ้วน ☐ผอม ☐ปกติ
- ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นประจำ ☐ดื่มเป็นบ้างครั้ง ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
- การสูบบุหรี่ ☐ไม่สูบ ☐ สูบเป็นประจำ ☐ สูบเป็นบ้างครั้ง ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

☐ น้ำหนัก .....กิโลกรัม ☐ ส่วนสูง..... เซนติเมตร ☐ BMI..... ☐ รอบเอว.....เซนติเมตร

3. Housing (ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน)

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

☐ เป็นระเบียบ ☐ สะอาด ☐ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน ☐ สกปรก ☐ รกรุงรัง ☐ มีสัตว์เลี้ยง

☐ อื่นๆ.....

สิ่งแวดล้อมภายนอก.....

4. Other people (บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง)

ผู้ดูแล (Care giver) ชื่อ – สกุล.....อายุ.....ปีโทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว.....

สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน.....คน

1.ชื่อ- สกุล..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

โรคประจำตัว/ความพิการ.....อาชีพ.....

2.ชื่อ- สกุล..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

โรคประจำตัว/ความพิการ.....อาชีพ.....

3.ชื่อ- สกุล..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

โรคประจำตัว/ความพิการ.....อาชีพ.....

4.ชื่อ- สกุล..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

โรคประจำตัว/ความพิการ.....อาชีพ.....

5.ชื่อ- สกุล..... มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

โรคประจำตัว/ความพิการ.....อาชีพ.....

5. Medication (การใช้ยา)

การกินยา/ฉีดยา ตามแพทย์สั่ง

mination (ตรวจร่างกาย)

๖. การตรวจร่างกาย BP1 ..... mmHg BP2=.....mmHg PR=..... ครั้ง/นาที RR=.....ครั้ง/นาที Temp=.....OC

ผล ATK(วัดป.ที่ตรวจ.....) ผล ☐ Positive ☐ Negative

☐ กลุ่มเสี่ยง ☐ กลุ่มไม่เสี่ยง

๗ . Service(ความช่วยเหลือ)..( )ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ( )ประกันสังคม ( ) เบิกได้ ( )อื่นๆ ระบุ.....( ) รห....

๘ . General Apearance.....สุขภาพทั่วไป.....

ความพิการ.....

ว.ด.ป.	ปัญหา/ความต้องการช่วยเหลือ	การแก้ไขช่วยเหลือ	การประเมินผล

โรงพยาบาลชลบุรี
CHONBURI HOSPITAL

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
วดป.เกิด.....HN.....(รพ.ชลบุรี)

ดัชนีบาร์เธล อินเด็กซ์ (Barthel Index) งานเยี่ยมบ้าน

กิจกรรม / คะแนน วันที่						
เวลา						
1.Feeding (เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้ต่อหน้า) 0 = ต้องมีคนป้อน 5 = ใช้ช้อนตักหรือตักให้ได้ 10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้						
2.Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่ง หรือต้องใช้คนสองคนช่วย 5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ 10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง 15 = ทำได้เอง						
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 5 = ทำได้เอง						
4. Toilet Use 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 5 = ทำได้เองบ้าง (หรือทำความสะอาดตัวเองได้หลังขับถ่าย) 10 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี						
5. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำให้ 5 = อาบน้ำได้เอง						
6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 = ต้องใช้รถเข็น(ไม่ต้องมีคนเข็นให้ 10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยพยุงหรือต้องสนใจดูแลความปลอดภัย 15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง						
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ขั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน cane จะต้องเอาขึ้นลงได้)						
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้/ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 = ช่วยตัวเองได้ดี(รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงได้เหมาะสม)						
9. Bowels (การกลั้นอุจจาระ) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ 5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง(อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์) 10 = กลั้นได้เป็นปกติ						
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ 5 = กลั้นไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์) 10 = กลั้นได้เป็นปกติ						
รวมคะแนน						
ผู้ประเมิน						
ตำแหน่ง						

การแปลผล : 0 - 20 = สูญเสียสมรรถภาพขั้นรุนแรงมาก 25 - 45 = สูญเสียสมรรถภาพขั้นรุนแรง 50 - 70 = สูญเสียสมรรถภาพปานกลาง
75 - 95 = สูญเสียสมรรถภาพเล็กน้อย 100 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี

แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย ..... อายุ..... ปี HN.....

การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย		สรุปการจำหน่าย
☐ ได้รับการเตรียม	☐ ไม่ได้รับการเตรียม	สิ่งที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
O การทำอาหาร / การให้อาหารทางสายยาง	O การทำอาหาร / การให้อาหารทางสายยาง	O ไม่มี
O ภายภาพบำบัด O การป้องกัน และดูแลแผลกดทับ	O ภายภาพบำบัด O การป้องกัน และดูแลแผลกดทับ	O มี ระบุ.....
O การดูแลกิจวัตรประจำวัน / ปรับสภาพบ้าน	O การดูแลกิจวัตรประจำวัน / ปรับสภาพบ้าน	.....
O การดูแลสภาพทางเดินหายใจ / การดูดเสมหะ	O การดูแลสภาพทางเดินหายใจ / การดูดเสมหะ	.....
O การดูแลสภาพอารมณ์ / จิตใจผู้ป่วย	O การดูแลสภาพอารมณ์ / จิตใจผู้ป่วย	.....
O การดูแลเรื่องการใช้ยา O การมาตรวจตามแพทย์นัด	O การดูแลเรื่องการใช้ยา O การมาตรวจตามแพทย์นัด	.....
O สูตร BD..... O โรค.....	O สูตร BD..... O โรค.....	.....

เยี่ยมครั้งที่ ..... วันที่ .....

(การเยี่ยม**ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2** ควรเยี่ยมหลังจำหน่าย 1-2 สัปดาห์, ควรเยี่ยมหลังจำหน่าย 3 เดือน)

1. ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย O ได้ทั้งหมด O ได้บางส่วน O ไม่ได้

Bathel Index เยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่.....) = ... เยี่ยมครั้งที่ 2 F/U 3 เดือน (วันที่.....) = ...

สัญญาณชีพ T.....c° P. ...../min BP...../.....mmHg.

2.ระดับ Modified Rankin Scale แรกรับ (วันที่.....) = ... จำหน่าย (วันที่.....) = ...

เยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่.....) = ... เยี่ยมครั้งที่ 2 F/U 3 เดือน (วันที่.....) = ...

หมายเหตุ : ระดับ mRS คือ 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีอาการเล็กน้อย ทำงานและช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

2 = มีอาการเล็กน้อย ทำงานปกติไม่ได้แต่ทำกิจวัตรประจำวันเองได้

3 = มีอาการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเองบ้าง

4 = ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดแต่ไม่นอนติดเตียง 5 = นอนติดเตียง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย 6 = เสียชีวิต

3. ไม่พบผู้ป่วยเนื่องจาก O ย้ายที่อยู่ O เสียชีวิต O เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล.....

O อื่น ๆ ระบุ.....

4. สภาวะทางอารมณ์ และจิตใจผู้ป่วย.....

.....

5. ปัญหาที่พบ O การดูแลตนเอง O การใช้ยา O การป้องกันอุบัติเหตุ O การทำกายภาพ O การกลืน O การรับประทานอาหาร

O ภาวะแทรกซ้อน ระบุ.....

คำปรึกษาที่ให้

.....

กิจกรรม/การช่วยเหลือดูแล.....

.....

ผู้เยี่ยม ..... (ตัวบรรจง) หน่วยงาน รพ./รพช./รพ.สต./อื่นๆ.....

สามารถติดต่อได้ที่ .....

ปัญหาของผู้ป่วย O หมดไป ระบุ..... O เยี่ยมต่อ.....

O ส่งต่อ.....

** หมายเหตุ : หลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โปรดส่งแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านกลับไปที่ งานเยี่ยมบ้าน รพ.เมืองชลบุรี ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000 ผู้ประสานงาน พยาบาลชำนาญการ ณัฏเชียว โทรศัพท์ 038 – 931824 มือถือ 086-3699139

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS - Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	*การเคลื่อนไหว*	*การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค*	*การทำกิจวัตร ประจำวัน*	*การ รับประทาน อาหาร*	*ระดับ ความรู้สึกตัว*
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติและมีอาการของ โรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้และมีอาการของโรค อย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง / บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เอ็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทาน ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา

โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

"Copyright Victoria Hospice Society"

PPS - Adult Suandok ใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2.กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (serious illness) 3.กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life)

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 Sattahip Km.10 Hospital	Name ..... HN. ..... AN. ..... Attending Staff ..... วันที่ที่เข้าโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.

หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาแบบประคับประคอง

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้ คณะแพทย์ พยาบาล / พนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายทราบถึงอาการความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า โดยคณะแพทย์ พยาบาล / พนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายได้แนะนำและให้คำปรึกษาถึงทางเลือกในการรักษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อดี ข้อเสียในทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษาแก่ข้าพเจ้าเป็นอย่างดี ดังนี้

เนื่องด้วยแพทย์มีความเห็นว่า ผู้ป่วยมีภาวะการณ์เจ็บป่วยในระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ภาวะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาทางการแพทย์ให้หายได้ (Palliative case) โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 มีระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคอง

ประสงค์ของการดูแลผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นได้

การแสดงเจตจำนงการรักษา

ผู้ป่วยเคยแสดงเจตจำนงเมื่อเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เช่น การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การนวดหัวใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ ฯลฯ

☐ เคย เรื่อง .....

☐ ไม่เคย

ข้อมูลที่ให้ ประโยชน์ของการเข้าระบบการดูแลแบบประคับประคอง

1. การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย
   - 1.1 ประเมินความต้องการทางด้านร่างกาย
   - 1.2 การบรรเทาความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวด อาการเหนื่อย
   - 1.3 การเสริมสร้างความสุขสบายด้านร่างกาย
2. การตอบสนองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
   - 2.1 การค้นหาความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
   - 2.2 การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณแบบปัจเจกบุคคล
3. การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
4. การเตียมความพร้อมเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ

สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าระบบการดูแลแบบประคับประคอง

1. ข้อมูลบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยจะถูกเปิดเผยให้บุคลากรที่ให้การดูแล
2. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณบางเรื่อง ทีมผู้ดูแลอาจไม่สามารถสนองตอบได้ครบถ้วน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

☐ ผู้ป่วยปลอดภัย ☐ ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

☐ อื่น ๆ .....

ทั้งนี้ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล ..... ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ * ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ ผู้แทนผู้ป่วยที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงความยินยอมแล้ว

สถานที่ออกบัตร ..... วันที่ออกบัตร ..... วันที่บัตรหมดอายุ .....

ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ที่ลงนามแทนผู้ป่วย ..... เบอร์โทร .....

* โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ป่วยมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ ☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ .....

ได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้น จนเข้าใจดีทุกประการและเห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นวิธีการดูแลที่มีความเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามเลือกการดูแลแบบประคับประคองในกิจกรรมดังนี้

☐ การร่วมประชุม (Family meeting)

☐ การวางเป้าหมายการรักษา (Goal setting)

☐ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)

ขอแสดงเจตจำนง

☐ ไม่ประสงค์ใส่ท่อช่วยหายใจ

☐ ไม่ประสงค์นวดหัวใจ / กระตุ้นหัวใจ

☐ สอดใส่อุปกรณ์เพื่อบรรเทาอาการบรรเทาความไม่สุขสบายเท่านั้น

☐ การค้นหาความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

☐ ไม่ประสงค์ให้ยากระตุ้นความดัน กระตุ้นหัวใจ

☐ การตอบสนองความต้องการการร่วมกับทีมดูแล

จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการรักษาของแพทย์ต่อไป

ลงนาม ..... ผู้ป่วย / ญาติ ลงนาม ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....) (.....)

วันที่ ..... วันที่ .....

ลงนาม ..... แพทย์ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำอธิบาย ลงนาม ..... พยาน / พยาบาลวิชาชีพ

(.....) (.....)

วันที่ ..... วันที่ .....

แบบประเมินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย TB / โรงพยาบาลชัยนาท กม. 10

สถานบริการที่ติดตามเยี่ยม.....วันที่เยี่ยม.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HHC NO.....HN.....

๑. สภาพแวดล้อมทั่วไป เข้าบ้านได้ โดยการเดินผ่านทางเข้าบ้านประมาณ 6 เมตร

๑.๑ อากาศถ่ายเทสะดวกแสงแดดส่องถึง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

๑.๒ ไอ จาม มีผ้าปิดปากและจมูก ☐ มี ☐ ไม่มี

๑.๓ มีภาชนะสำหรับทิ้งเสมหะที่มีฝาปิด ☐ มี ☐ ไม่มี

๑.๔ วิธีกำจัดเสมหะ ☐ ฝัง ☐ เผา ☐ เทลงส้วม ☐ น้ำยาฆ่าเชื้อ ☐ อื่น ๆ .....

๒. อาการผู้ป่วย

สภาพผู้ป่วย BP...../.....mmHg P...../min R...../min T.....องศาเซลเซียส

๒.๑ การกินยา ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

๒.๒ การรับประทานอาหาร ☐ กินได้ดี ☐ กินได้น้อย ☐ กินไม่ได้ .....

๒.๓ อาการทั่วไป ☐ ไอมาก ☐ ไอน้อยลง ☐ ปกติ

๒.๔ อาการข้างเคียงของยา ☐ ไม่มี ☐ ผื่นคัน ☐ ปวดข้อ ☐ อาการคล้ายหวัด
☐ ชาปลายมือปลายเท้า
☐ คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร ☐ ชารอบปากหรือบริเวณฉีดยา
☐ ปวดศีรษะมึนงง ☐ อื่น ๆ .....

๒.๕ อาการข้างเคียงรุนแรง ☐ ไม่มี ☐ มึนงงเดินเซ ☐ หูอื้อ ☐ ตามัวเห็นสีเขียว – สีแดงผิดปกติ
☐ จ้ำตามตัว ☐ ชัก ซึมเศร้า ☐ ตาเหลืองตัวเหลือง
☐ ผื่นแพ้ หลุดออก, บวมแดง ร่วมกับมีไข้ ☐ ปวดท้องรุนแรง น้ำหนักลดมาก

๒.๖ ทราบวันที่แพทย์นัด ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

๒.๗ พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ☐ เจ้าหน้าที่ ☐ อสม.ชื่อ.....☐ ญาติเกี่ยวข้องเป็น.....☐ อื่น ๆ

.....

๓. การพยาบาล / การให้คำแนะนำ

☐ การดำเนินของโรคและการรักษา ☐ การพบแพทย์ตามนัด

☐ ยาที่รักษา ความสำคัญของการกิน (กลืน) ยาต่อหน้าพี่เลี้ยง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การบันทึกการกินยาใน สมุดประจำตัวผู้ป่วย และการเก็บรักษายา ☐ การส่งเสริมสุขภาพและการรับประทานอาหาร

☐ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ☐ อื่น ๆ .....

๔. การคัดกรองเสมหะผู้สัมผัสร่วมบ้าน / ใกล้ชิด

๔.๑ ผู้อยู่ร่วมบ้าน / ใกล้ชิด ..... คน เด็กอายุ < ๕ ปี ..... คน ตรวจคัดกรองวัณโรค ..... คน พบวัณโรค ..... คน

๔.๒ นัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป .....

๕. การรับประทานยาต้านไวรัส ☐ ไม่เกี่ยวข้อง

๕.๑ ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัส หรือไม่ ☐ ได้รับ ☐ ยังไม่ได้รับ

๕.๒ ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัส สม่ำเสมอ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ลืมรับประทานยา .....ครั้ง/เดือน

๕.๓ ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาทุกวัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ คลาดเคลื่อน.....ครั้ง/เดือน

๖. ปัญหาอื่นๆที่พบ

.....

.....

.....

.....

ชื่อเจ้าหน้าที่เยี่ยม .....

ตำแหน่ง .....

Credit...แบบฟอร์มโรงพยาบาลระยอง