

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) สำหรับ PCU./รพ.สต.

เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย

สอบถามอาการเบื้องต้น
 -แขนขาอ่อนแรง/เดินเซ
 -ปากเบี้ยว/พูดไม่ชัด/ลิ้นแข็ง
 -ขาด้านใดหน้าหนึ่งของร่างกายหรือใบหน้า
 ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินทันที

พยาบาลวิชาชีพ

รับทำการซักประวัติและตรวจประเมินผู้ป่วย
 -Check vital signs และประเมิน Coma Score**
 -Physical examination
 -HGT
 - O₂ Sat

ติดต่อห้องฉุกเฉิน รพ.สต.หีบ กม.10
 Tel.038-244110
 แจ้งว่ามีผู้ป่วยสงสัย Acute Stroke
 และรีบนำส่งผู้ป่วยมายัง รพ. โดยเร็ว

**** Coma Score**

Coma Score		Score
E สังเกต.. การลืมตา C = คาบวมปิด	ลืมตาได้เอง	4
	ลืมตาเมื่อเรียก	3
	ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
	ไม่ลืมตาเลย	1
		5
V สังเกต.. การพูด T = On ET tube	พูดคุยได้ ไม่สับสน	5
	พูดคุยได้ แต่สับสน	4
	พูดคุยเป็นคำๆ	3
	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2
	ไม่ออกเสียงเลย	1
		6
M สังเกต.. การเคลื่อนไหว	ทำตามคำสั่งได้	6
	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
	ชักแขนขาหนี	4
	แขนเกร็งเข้าหาลำตัว	3
	แขนเกร็งออกจากลำตัว	2
	ไม่เคลื่อนไหวเลย	1
Total		15

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (ACS) สำหรับ PCU./รพ.สต.

เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย

สอบถามอาการเบื้องต้น
 -เจ็บแน่นหน้าอก/จุกแน่นลิ้นปี่
 -เจ็บร้าวไปคอ ขากรรไกร ไหล่หรือแขน
 -หอบเหนื่อย/หายใจไม่ทัน
 -เหงื่อออก/ตัวเย็น/ใจสั่น
 ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินทันที

พยาบาลวิชาชีพ

รับทำการซักประวัติและตรวจประเมินผู้ป่วย

-check vital signs
 -วัด O₂ Sat , HGT
 -ประเมิน Pain score**

ติดต่อห้องฉุกเฉิน รพ.สต.หีบ กม.10

Tel.038-244110

ประสานส่งต่อผู้ป่วยโดยเร็วและ

รายงานแพทย์เวรห้องฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้น

คณะทำงาน PCT. กันยายน 2556

COC รพ. สหทัย กม. 10

แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

HN.....

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบลพุดตาลอง อำเภอสตึก จังหวัดสุรินทร์

การวินิจฉัย/โรคประจำตัว 1.

2.

ความพิการ

.....

สภาพปัจจุบัน

.....

การดูแล

.....

ปัญหา/อุปสรรค

.....

การวางแผนการดูแลครั้งต่อไป/การติดตาม

1.

2.

3.

วันพุธ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้ติดตาม

COC ทน. ๕๓๕๖ กน. ๑๐

แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ()หญิง ()ชาย
คะแนนรวม.....คะแนน วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....

คำชี้แจง

1. เป็นแบบฟอร์มในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจำนวน 10 กิจกรรม
2. เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่จริงได้จริง) ไม่ใช่การทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากต้องมีคนช่วยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจวัตร ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม แต่ถ้าผู้สูงอายุหมดสติหรือนอนติดเตียงให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด
4. เมื่อวัดความสามารถแล้วนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เทียบกับเกณฑ์
5. เกณฑ์วัดระดับความรุนแรงของ BAI
คะแนนเต็ม 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำกว่า 12 คะแนน แสดงให้เห็นถึงความต้องการพึ่งพาในระดับสูงหรือความต้องการมีผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ในช่วงเวลาของแต่ละวัน

คะแนนรวม	แปลผล
0-4	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ Very low initial score /Total dependence
5-8	ภาวะพึ่งพารุนแรง Low initial score/Severe dependence
9-11	ภาวะพึ่งพารุนแรง Intermediate initial score /Moderately severe dependence
12+	ไม่เป็นภาวะพึ่งพา Initial high /Mildly severe dependence; consideration of discharging home

ดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตี้ (Barthel Activity of Daily Living index)

Function	คะแนนพฤติกรรม	คะแนน ที่ได้
1. Feeding (การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว หน้า)	0 = ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ 1 = ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2 = ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้าหรือสระผม โกน หนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ ผ่านมา)	0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ขึ้น/ลง เตียงหรืออุก นั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้)	0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มลงเสมอ) หรือต้องใช้คน สองคนช่วยยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่ แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไปช่วยพยุงหรือค้ำยันมา จึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุง เล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง	
4. Toilet use (การใช้ห้องน้ำสุขา)	0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จ ธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเอง, ทำความสะอาด ตัวเองได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ดอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือนบ้าน)	0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองไปเคลื่อนที่ได้ และจะต้องเข้าออกม ห้องหรือประตูได้ (ไม่ต้องมีคนขึ้น) 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

Function	คะแนนพฤติกรรม	คะแนน ที่ได้
6.Dressing (สวมใส่/ถอดเสื้อผ้า)	0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตนเองไม่ได้ 1 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2= ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปรีอใช้เสื้อผ้าที่ ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7.Stairs (การขึ้นลงบันได)	0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2= ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอา ขึ้นลงได้ด้วย)	
8.Bathing (การอาบน้ำ)	0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำเองได้	
9.Bowels (การกลั้นการถ่าย อุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่าน มา)	0 = กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เกินครั้งคราว (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2= กลั้นได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0 = กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เกินครั้งคราว (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2= กลั้นได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน		

ที่มา : มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548

ด้วยความปรารถนาดี

งานอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนพหลุตาหลวง รพ.สต.ทึบ กม.10

เกณฑ์ในการประเมินการเขียนบ้านงานล้างไตช่องท้องโรงพยาบาลชลบุรี
จากการสังเกตและสอบถาม ไม่ขีดเขียนสิ่งใดในลงในเอกสารชุดนี้
กฎการประเมินการเขียนบ้านลงในแบบ ประเมินการเขียนบ้านตามเกณฑ์การประเมินของงานล้าง
ไตช่องท้องโรงพยาบาลชลบุรี ที่แนบมาด้วยเท่านั้น

❖ การเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย/ผู้ดูแล (ผู้เขียนต้องใส่คำปิดปากปิดจมูกด้วย)

- คือ ผู้เปลี่ยนน้ำยาเป็นผู้เรียนกับพยาบาล CAPD ปิดปาก-จมูกทั้งผู้ทำและผู้ป่วย
ล้างมือถูกขั้นตอน 6 ท่า ใช้หลักปลอดเชื้อ
- หอใช้ มีหลังลิ้นขั้นตอนที่ไม่สำคัญ
- ปรับปรุง ไม่ใส่คำปิดปากปิดจมูกหลังลิ้นขั้นตอนที่สำคัญ

❖ สถานที่เปลี่ยนน้ำยา

- คือ พื้นที่เป็นสัดส่วน ไม่อับชื้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีของใช้เท่าที่จำเป็นสำหรับล้างไต
จัดวางอย่างเป็นระเบียบ สะอาด ไม่มีฝุ่น มีแสงสว่างเพียงพอ
มีอ่างล้างมือเป็นกอกทางปลายอุ้งมือ
- หอใช้ ไม่สกปรก มีหยาบเล็กน้อย มีของใช้ที่ไม่เกี่ยวกับการล้างไตอยู่
- ปรับปรุง สกปรก ของใช้ไม่เป็นระเบียบ มีของใช้ที่ไม่เกี่ยวกับการล้างไตอยู่ มีฝุ่นและหยาบใช้
ทั่วห้อง

❖ สถานที่เก็บน้ำยาใหม่

- คือ ไม่โดนแดด ไม่อับชื้น กล่องน้ำยาวางอย่างเป็นระเบียบ มีการแยก first-in, first-out
- หอใช้ ไม่โดนแดด ไม่อับชื้น กล่องน้ำยาวางไม่เป็นระเบียบ มีฝุ่นเล็กน้อย
- ปรับปรุง แสงแดดส่องถึง ร้อนและ มีฝุ่นมาก

❖ อ่างล้างมือ

- คือ แยกจากอ่างล้างจานหรือล้างหน้า ก๊อกน้ำไหลใช้หางปลา น้ำไหลตลอด
หรือเป็นก๊อกเกอร์+สะอาด ทำความสะอาดประจำ
- หอใช้ ไม่แยกอ่างแต่ก่อนใช้ทำความสะอาดทุกครั้ง
- ปรับปรุง ไม่ล้างมือจากก๊อกน้ำไหล ไม่ทำความสะอาด

❖ สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย

- คือ เรียบร้อย ไม่มีขยะ ไม่มีฝุ่นละอองที่กระจาย
- พอใช้ มีขยะและฝุ่นบ้างเล็กน้อย
- ปรับปรุง เต็มไปด้วยขยะ ฝุ่นละอองที่กระจายรอบบ้านมีน้ำเน่าจืด

❖ ห้องที่ผู้ป่วยพักอาศัย

- คือ ไม่คับแคบ สะอาด ไม่มีกลิ่น ของใช้เป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทสะดวก
- พอใช้ คับแคบ ค่อนข้างสกปรก มีหยากไย่เล็กน้อย
- ปรับปรุง สกปรก ของใช้ไม่เป็นระเบียบ มีหยากไย่ทั่วห้อง

❖ ข้าว

- คือ ไม่นั่งของ(ชักโครกหรือใช้ 3 ขา) สะอาด ปราศจากตะไคร่น้ำ
- พอใช้ นั่งของ สะอาดพอสมควร มีตะไคร่น้ำเล็กน้อย
- ปรับปรุง นั่งของ สกปรกมีกลิ่นเหม็น เต็มไปด้วยตะไคร่น้ำ

❖ การจดบันทึกการฉ่างไต

- คือ จดบันทึกอย่างเป็นระบบ จดบันทึกขณะเปลี่ยนน้ำยา
- พอใช้ จดบันทึกหลังเปลี่ยนน้ำยาเสร็จ
- ปรับปรุง ไม่จดบันทึกหรือแจ้งว่าจะจดภายหลัง

❖ วิธีการกำจัดถุงน้ำยาใช้แล้ว

- คือ คัดเทน้ำยาทิ้งในส้วม นำถุงคาบเคลด ม้วนเก็บทิ้งในภาชนะมีฝาปิดมิดชิด
- พอใช้ คัดเทน้ำยาที่ใช้แล้วทิ้งในส้วม ม้วนเก็บถุงทิ้งในถุงดำไม่มีภาชนะใส่
- ปรับปรุง ไม่คัดทิ้งทันทีวางกองไว้หลายถุง ทิ้งถึงขยะทั้งน้ำ ไม่ทิ้งน้ำลงส้วม

❖ วิธีการกำจัดถุงนอกและกล่องกระดาน

- คือ แยกรวบรวมใส่ถุงดำ เก็บไว้ในนอกบริเวณเปลี่ยนน้ำยา
- พอใช้ แยกรวมไว้เป็นระเบียบ แต่เก็บไว้ในบริเวณเปลี่ยนน้ำยา
- ปรับปรุง ไม่เก็บปล่อยกระจัดกระจายอยู่ในบริเวณเปลี่ยนน้ำยา

แบบคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ชื่อนาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี วันเดือนปีเกิด.....
 ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดชลบุรี เบอร์โทรศัพท์.....
 อาชีพ(งานที่ทำมีรายได้)..... รายได้ต่อเดือน/ปี.....
 ประวัติการแพ้ยา/อาหาร..... วันที่คัดกรอง...../เดือน..... พ.ศ.....
 น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (เซ็นต์เมตร)..... รอบเอว..... ซม. โรคประจำตัว.....
☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง
☐ อื่นๆ..... ปัจจุบันรักษาที่.....

1. การคัดกรองโรคและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย.....

รายการคัดกรอง		รหัสบันทึกข้อมูลใน Hos Xp (Special pp)
1.1 โรคเบาหวาน		
ระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว (มก./ดล.)		บันทึกใน NCD screen
☐ งดอาหารและเครื่องดื่มก่อนตรวจ อย่างน้อย 8 ชม. ☐ ไม่ได้งดอาหารและเครื่องดื่ม		
1.2 โรคความดันโลหิตสูง		
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		บันทึกใน NCD screen
1.3 ปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด		Special pp
1. สูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
2. ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าความดันโลหิตสูง	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
4. เคยได้รับการบอกจากแพทย์/พยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
5. เส้นรอบเอว มากกว่า ส่วนสูง นว. 2	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
6. เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด/โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
7. มีญาติสายตรง (พ่อ / แม่ / พี่ / น้อง) เป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อน 55 ปี ผู้หญิงเป็นก่อน 65 ปี)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
1.4 สุขภาพช่องปากและฟัน		
1.4.1 ประเมินพฤติกรรมกรทำความสะอาดช่องปาก		
1.1 การแปรงฟัน ☐ ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน ☐ แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ☐ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน ☐ แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ..... ☐ อื่นๆ.....		☐ เหมาะสม (1 B1260) ☐ ไม่เหมาะสม (มีข้อผิดพลาด อย่างน้อย 1 ข้อ) (1 B1261) ☐ ไม่ระบุรายละเอียด (1 B1269)
1.2 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

