

Sticker

แผนที่จังหวัดฯ

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....เวลา.....น.
รับเข้าจาก.....ว.ด.บ.เวลา.....น.
สถานภาพการเงิน.....

1. ปัจจัยพื้นฐาน

1.1. ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษา..... อายุ..... สถานภาพสมรส.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

บุคคลที่ติดต่อได้..... หมายเลขโทรศัพท์.....

1.2. ภาวะสุขภาพ

อาการสำคัญนำส่ง.....
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต.....

ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี.....

การผ่าตัด..... วันที่.....

X-ray:.....

1.3. ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

● เศรษฐกิจครอบครัว

ผู้หารายได้หลักของครอบครัว.....

การใช้จ่ายในครอบครัว เพียงพอ

ไม่เพียงพอ (ระบุการแก้ปัญหา).....

● ครอบครัว (ผู้ครอบครัว)

ผู้ดูแลหลักเมื่ออ้อยบ้าน..... ความเกี่ยวข้อง.....

ผู้ดูแลหลักเมื่ออ้อยโรงพยาบาล..... ความเกี่ยวข้อง.....

● แหล่งประโยชน์อื่นๆ

สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน.....

บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา.....

สิทธิประโยชน์อื่นๆ.....

● ที่อยู่อาศัย

ลักษณะบ้าน.....

ลักษณะห้องนอน.....

บริเวณที่ผู้ป่วยนอน.....

การปรับสภาพที่อยู่หลังเจ็บป่วย ปรับแล้ว ยังไม่ปรับ

● ศาสนาและการปฏิบัติ / ความเชื่อ

นับถือศาสนา..... การปฏิบัติศาสนា.....

ความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต / สุขภาพ.....

● ลักษณะอารมณ์และนิสัย

2. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

● ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้

ความสามารถในการจดจำ.....

ความสามารถในการอ่าน/เขียน.....

● หน้าที่ของประธานครอบครัวรู้สึก

การสัมผัส ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ).....

ความปวด ไม่มี มี(ระบุ).....

ระดับความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการยอมรับ.....

ความคาดหวังต่อการรักษา.....

ปัญหาของผู้ป่วยที่มา R.P.....

ปัญหาของญาติที่มา R.P.....

3. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง

● เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

อื่นๆ.....

● ความเครียด/ความวิตกกังวล ไม่มี มี (ระบุ).....

การแก้ปัญหา/ การเผชิญ.....

การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

ปกติ

ไม่ปกติ (ระบุ).....

| ผลลัพธ์ตามที่เข้าเป็น ทดสอบ ความสามารถในการดูแล | ก่อนเข้าบ้าน | หลังเข้าบ้านไปครึ่งเดือนถ้วน |
|--|--|--|
| ● การได้รับอาหาร | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ (ระบุ) | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ (ระบุ) |
| ● การได้รับน้ำ | บริโภคน้ำดื่ม วันละ แก้ว / ถ้วย ประเภทเครื่องดื่มน้ำ ความสามารถในการดื่มน้ำ <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) ความสามารถในการกลืนน้ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ (ระบุ) | บริโภคน้ำดื่ม วันละ แก้ว / ถ้วย ประเภทเครื่องดื่มน้ำ ความสามารถในการดื่มน้ำ <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) ความสามารถในการกลืนน้ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ (ระบุ) |
| ● การได้รับอาหาร | รับประทาน วันละ มื้อ มื้อละ ajan ความต้องเวลา <input type="checkbox"/> ตรง <input type="checkbox"/> ไม่ตรงเวลา ประเภทอาหาร <input type="checkbox"/> อีสาน <input type="checkbox"/> ธรรมชาติ (ข้าวสาลี) <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> อาหารป่น(ระบุ) อาหารที่กระตุ้นให้ขับถ่าย..... รับประทานสุก ๆ ดิน ๆ <input type="checkbox"/> ไม่รับประทาน <input type="checkbox"/> รับประทาน (ระบุ) ความสามารถในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย(ระบุ) การกลืน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ(ระบุ) | รับประทาน วันละ มื้อ มื้อละ ajan ความต้องเวลา <input type="checkbox"/> ตรง <input type="checkbox"/> ไม่ตรงเวลา ประเภทอาหาร <input type="checkbox"/> อีสาน <input type="checkbox"/> ธรรมชาติ(ข้าวสาลี) <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> อาหารป่น(ระบุ) อาหารที่กระตุ้นให้ขับถ่าย..... รับประทานสุก ๆ ดิน ๆ <input type="checkbox"/> ไม่รับประทาน <input type="checkbox"/> รับประทาน (ระบุ) ความสามารถในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) การกลืน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ(ระบุ) |
| ● การดูแลกิจวัตรประจำวัน | อาบน้ำ / เช็ดตัว..... ครั้ง / วัน แปรงฟัน..... ครั้ง / วัน สรรมน..... ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) ความสามารถในการแต่งกาย <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) | อาบน้ำ / เช็ดตัว..... ครั้ง / วัน แปรงฟัน..... ครั้ง / วัน สรรมน..... ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย/แต่งกาย <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) ความสามารถในการแต่งกาย <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ) |
| ● การขับถ่ายอุจจาระ | ความถี่..... ลักษณะ..... ความผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ความถี่ในการใช้ยา/วิธีรับยา..... | ความถี่..... ลักษณะ..... ความผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ความถี่การใช้ยา /วิธีรับยา..... |
| ● การขับถ่ายปัสสาวะ | ความถี่..... ครั้ง/วัน ลักษณะ..... ความผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> สวนปัสสาวะเป็นระยะ ครั้ง/วัน IC/RU ml <input type="checkbox"/> คาสายสวนปัสสาวะเปลี่ยนสายทุก..... วัน/สัปดาห์ วันที่เปลี่ยนล่าสุด..... ความผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

| ตารางอุบัติเหตุที่ดีขึ้นเป็น แบบ ความสามารถในการดูแล | ผลลัพธ์ทาง | ผลลัพธ์ทางปัจจุบันที่ดีขึ้น |
|--|--|--|
| ● ความสามารถในการใช้อุปกรณ์เมื่อ ขับถ่ายและทำความสะอาดหลังขับถ่าย สถานที่ในการขับถ่าย | <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย (ระบุ)..... <input checked="" type="checkbox"/> สุขา <input type="checkbox"/> บนเตียง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องช่วย(ระบุ)..... <input checked="" type="checkbox"/> สุขา <input type="checkbox"/> บนเตียง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
| ● สมดุลของการทำกิจกรรม / การ พักผ่อน / กิจกรรมระหว่างวัน | เข้านอน.....น. ตื่นนอน.....น. ปัญหาการนอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี(ระบุ)..... ใช้ยานอนหลับ <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้(ระบุ)..... นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> นอน.....ชม. | เข้านอน.....น. ตื่นนอน.....น. ปัญหาการนอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี(ระบุ)..... ใช้ยานอนหลับ <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้(ระบุ)..... นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> นอน.....ชม. |
| ● สมดุลของการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวของตนเอง | <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย | <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> นานๆครั้ง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย |
| ● การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและ สวัสดิภาพ | การใช้สิ่งสเปตติค <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้(ระบุ)..... การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ | การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อป่วย <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ (ระบุ)..... |
| ● การเคลื่อนไหว ความสามารถในการเคลื่อนไหว (การพลิกตัว การนั่ง การเคลื่อนข่ายที่นั่น ลงรถเข็น การยืน การเดิน) | พลิกตัว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย ลุกนั่ง <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย นั่งลงตัว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย ยืน <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย เดิน <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย กำลังกล้ามเนื้อ ซ้าย ขวา มือ เกรด..... เกรด..... แขน เกรด..... เกรด..... ขา เกรด..... เกรด..... | พลิกตัว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย ลุกนั่ง <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย นั่งลงตัว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องช่วย ยืน <input type="checkbox"/> ทำได้เอง/ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้/ต้องพยุง เดิน <input type="checkbox"/> ทำได้เอง/ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้/ต้องพยุง กำลังกล้ามเนื้อ ซ้าย ขวา มือ เกรด..... เกรด..... แขน เกรด..... เกรด..... ขา เกรด..... เกรด..... |

Fall scale = ไม่เสี่ยง เสี่ยงต่อผลดักหากล้ม Barden scale = ไม่มีแพล มีแพล(ระบุ).....

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

สรุปปัญหาภาวะสุขภาพและความพร่องในการดูแลคนเอง

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ประวัติการใช้ยา/ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ

ผู้ประเมิน.....
วันที่ประเมิน.....

| คำถาม | มี | ไม่มี |
|---|----|-------|
| ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาระวันนี้ท่านรู้สึกเหนื่อย เศร้า หรือห้อแท้สิ่งหนึ่งหรือไม่ | | |
| ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาระวันนี้ท่านรู้สึก เมื่อ ทำอะไรไร้กิจไม่เพลิดเพลินหรือไม่ | | |