**แบบเยี่ยมตรวจความพร้อมการดูแลในภาวะฉุกเฉิน**

**โดยผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ**

## หน่วยงานที่เยี่ยมตรวจ.........................................................วันที่เยี่ยมตรวจ..............................................

**เกณฑ์การพิจารณา**

1. หน่วยงานมีการแบ่งทีมการ CPR และมีการนำ Early Warning signs มาใช้และมีแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
2. บุคลากรทราบอาการ Pre cardiac arrest signs (อย่างน้อย 3 อาการ)
3. มีการตรวจสอบรถฉุกเฉินสม่ำเสมอทุกผลัดเวร (ดูรถฉุกเฉิน)
4. อุปกรณ์ในรถฉุกเฉินพร้อมใช้ ไม่พบอุปกรณ์ Expire
5. บุคลากรทราบแนวทางการตามทีมหลักและตามทีมหนุนเมื่อต้องขอความช่วยเหลือเมื่อ CPR (ระบุ)
6. บอกข้อมูลการเรียกขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย Arrest ได้ (การ call, ทีมช่วยเหลือ, airway team)
7. บุคลากรในทีมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้อง CPR อย่างถูกต้อง (ระบุหน้าที่การทำงานในทีม CPR)
8. Emergency Drug box มีความพร้อมใช้ (ระบุวัน Exp.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์ที่** | **Yes** | **No** | **ระบุ** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

**ความต้องการการช่วยเหลือจากผู้บริหาร** ………………………………………………………………………………….................................

 ..................................................................................................................................................................................................

ผู้เยี่ยม (ผตก.นอกเวลาราชการ)...................................................... ผู้รับเยี่ยม ..........................................................