

 SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHON KAEN UNIVERSITY	HN.....AN..... ชื่อ-สกุล..... เพศ ☐ M ☐ F อายุปี สาขาวิชา	Ward..... Attending Staff..... Resident..... Diagnosis 1..... 2..... 3.....
	แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (พ.158)	

โรค/ภาวะที่เป็นสาเหตุหลักการรักษาในโรงพยาบาล.....

โรค/ภาวะที่พบร่วม 1.....2.....
3.....4.....

การรักษา/หัตถการ.....วันที่คัดการจำหน่าย.....

สภาพที่คาดหวังเมื่อจำหน่าย.....หมายเหตุ.....

ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการและมีแนวโน้มที่จะกลับไปทำงานตามปกติหลังจำหน่าย

[] แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินเอง [] ปรึกษาจิตแพทย์ [] ปรึกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (โทร 064-3401689, 63588)

การประเมิน [] 1. ไม่จำเป็นต้องได้รับการประเมินก่อนกลับเข้าทำงาน (ได้แก่ ไม่ได้กลับไปทำงาน ไม่มีงานที่ก่อให้เกิดรายได้) อยู่เดิม

[] 2. ไม่ได้รับการประเมินก่อนกลับเข้าทำงาน ☐ 2.1 สามารถกลับเข้าทำงานได้โดยไม่มีข้อห้าม/ข้อจำกัด

☐ 2.2 สามารถกลับเข้าทำงานได้ แต่มีข้อห้าม/ข้อจำกัด ระบุ.....

☐ 2.3 ไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้ชั่วคราว/ถาวร ระบุ ระยะเวลา.....

แพทย์

ข้อมูลที่พักอาศัย : 1. ผู้ป่วยอาศัยกับ [] คู่สมรส [] ผู้ปกครอง [] เพื่อน [] บุตร [] อยู่คนเดียว [] อื่น ๆ.....

2. ผู้ดูแลผู้ป่วย [] ไม่มี [] มี ระบุ..... ☐ พร้อมให้การดูแล ☐ ไม่พร้อมดูแล ด้าน.....

3. ลักษณะที่พักอาศัย [] บ้านชั้นเดียว [] บ้าน 2 ชั้น [] สถานสงเคราะห์ ☐ Nursing home [] อื่นๆ.....

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ : ผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจหลังจำหน่ายหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ระบุ.....

ข้อมูลด้านอาชีพ/การทำงาน : 1. ตำแหน่งงาน/อาชีพ.....2.ลักษณะงานที่ทำ.....

แพทย์ / พยาบาล /
นักสังคมสงเคราะห์

1.การประเมินความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล: ตามหลัก D- METHOD

การประเมิน	ปัญหาและความต้องการการดูแล	การดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ/ผู้ประเมิน	
D: Disease	☐ การดำเนินของโรค/แนวทางการรักษา/ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ☐ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ ให้ความรู้ เรื่อง..... ☐ ประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลเรื่อง..... ☐ ส่งปรึกษา..... ☐ ลงชื่อ..... /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....	ที่เสหสาขาวิชาชีพ แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักสังคม/นักโภชนาการ/นักกายภาพบำบัด ฯลฯ
M: Medication	☐ บริหารยาชนิดรับประทาน/ฉีด/พ่น/ทา/หยอดยา..... ได้ ☐ ทราบผลข้างเคียงของยาชนิดรับประทาน/ฉีด/พ่น/ทา/หยอด.....ได้ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ ให้คำแนะนำบริหารยาชนิด รับประทาน/ฉีด/พ่น/ทา/หยอดยา..... ☐ สอน/สาธิต การฉีดยา/พ่นยา/ทายา/หยอดยา..... ☐ ฝึกปฏิบัติ/ลงมือฉีดยา/พ่นยา/ทายา/หยอดยา..... ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....	

การประเมิน	ปัญหาและความต้องการการดูแล	การดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ/ผู้ประเมิน
E: Environment	☐ ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแล/การฟื้นฟูได้ ☐ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็นเตียง ออกซิเจน/ เครื่องดูดเสมหะ/.....ได้ ☐ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ แนะนำการจัดเตรียม ปรับสภาพสิ่งแวดล้อม ☐ จัดหา/แนะนำสถานที่การดูแล เช่น nursing Home เป็นต้น ☐ ประสานหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เพื่อยืมออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียง ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....
E: Economic	☐ แหล่งสนับสนุนทางสังคม/การเงิน/รายได้ ☐ ผู้ดูแลพร้อมดูแลด้าน..... ☐ กลับเข้าทำงานได้เหมือนเดิม ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ ประสานชุมชน/สังคม/หน่วยงานเพื่อช่วยเหลือ ☐ ประสานเพื่อ return to work ☐ ☐ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....
T: Treatment	☐ อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง/มาพบแพทย์ก่อนนัด ☐ ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ [] ดูดเสมหะ ดูแลท่อหลอดลมคอ ทำแผลคอ ได้ [] ดูแลสายสวนปัสสาวะ/สวนอุจจาระได้/ทวารเทียมได้ [] ทำแผล/ดูแลสายระบาย..... ได้ [] ล้างไตทางหน้าท้องได้ [] ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ..... <u>สอนและฝึกปฏิบัติ</u> [] ดูดเสมหะในท่อหลอดลม [] ดูแลทวารเทียม [] สวนปัสสาวะ/ดูแลสายสวนปัสสาวะ [] ทำแผล/ดูแลสายระบาย..... [] ล้างไตทางหน้าท้องได้ [] [] [] ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 3..... ลงชื่อ...../ วันที่.....
H: Health	☐ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้/ติดเตียง ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน.....ได้ ☐ ฟื้นฟูสภาพได้ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	<u>สอนและฝึกปฏิบัติ</u> ☐ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ☐ ดูแลผิวหนัง การพลิกตะแคงตัว ☐ passive exercise/กายภาพบำบัด ☐ ลงชื่อ..... /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 3..... ลงชื่อ...../ วันที่.....
O: Out patient/referral	☐ อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด ☐ มาตรวจตามนัด/ส่งต่อการดูแลให้โรงพยาบาล.....ได้ ☐ ใช้สิทธิของตนเองได้ เช่น คนพิการ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ แนะนำอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด ☐ แนะนำการตัดไหม วันที่..... ☐ แนะนำแหล่งประโยชน์/สิทธิต่าง ๆ ☐ ลงชื่อ..... /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....

การประเมิน	ปัญหาและความต้องการการดูแล	การดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ/ผู้ประเมิน
D: Diet	☐ ให้อาหารทางสายยางได้ ☐ ป้องกันการสำลักได้ ☐ จำกัดอาหาร หวาน/เค็ม/มัน/low bacterial ได้ ☐ ☐ ลงชื่อ..... ผู้ประเมิน /วันที่.....	☐ สอน/สาธิตวิธีการให้อาหารทางสายยาง ☐ ฝึกปฏิบัติการให้อาหารทางสายยาง ☐ ส่งญาติเรียนทำอาหารบ้าน/..... ☐ แนะนำอาหารที่ฝึกกลืน/แนะนำการระวังการสำลักขณะรับประทานอาหาร ☐ แนะนำ/ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อจำกัดอาหาร หวาน/เค็ม/มัน/low bacterial ☐ ลงชื่อ..... /วันที่.....	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 3..... ลงชื่อ...../ วันที่.....
อื่นๆ	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	ครั้งที่ 1..... ลงชื่อ...../ วันที่..... ครั้งที่ 2..... ลงชื่อ...../ วันที่.....

3. สรุปการจำหน่าย

- 3.1 ประเภทรการจำหน่าย ☐ แพทย์อนุญาต ☐ ส่งต่อ โรงพยาบาล..... ☐ ขอรับตัวกลับ ☐ ไม่สมัครใจอยู่รักษา
- 3.2 สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง.....
- 3.3 หน่วยงานภายในโรงพยาบาลที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น ระบุ
- 3.4 หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น ระบุ
- 3.5 สิ่งผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ☐ ยา ☐ ไบนด์ ☐ ใบ refer ☐ แบบบันทึกข้อความเพื่อ..... ☐ ใบสรุปการรักษา ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ แบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ☐ อุปกรณ์ที่จำเป็น ระบุ.....
- ลงชื่อ.....ผู้จำหน่าย
- วันที่.....