



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลอุทัยธานี อ.เมืองฯ จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐๐ โทร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๐๘๑

ที่ อน ๐๐๓๒.๒๐๑/

วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

ตามที่ องค์กรแพทย์และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ระเบียบปฏิบัติเลขที่ UT - CPG - MED - ๐๐๖ และได้จัดทำคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ ๓๓/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคำสั่งโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ ๑๐๗/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลอุทัยธานี นั้น

เพื่อให้ดำเนินการบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Stroke เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำกับติดตาม และปฏิบัติตามขั้นตอนหรือระบบที่ถูกต้องและเรียบร้อย จึงเห็นควรทำกรอบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ทั้งการดูแลที่โรงพยาบาลอุทัยธานี และที่โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย Flow Chart และหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูที่ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง และขออนุญาตเผยแพร่บนเว็บไซต์โรงพยาบาลอุทัยธานีให้ทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

(นายจิระ พัฒนพงษ์ศักดิ์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม

- เห็นชอบ
- อนุญาต

(นายสุรชัย โชคครรชิตไชย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Stroke Fast Track โรงพยาบาลอุทัยธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒



วิธีการตรวจสอบติดตาม

ตรวจสอบจากเอกสารการดูแลรักษา การปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามแนวทางระเบียบปฏิบัติในคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ระเบียบปฏิบัติเลขที่ UT – CPG – MED – ๐๐๖ หรือไม่

๑. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Stroke ปฏิบัติตามขั้นตอนของคู่มือในการบริการ Intermediate Care ที่ Stroke Unit โรงพยาบาลอุทัยธานี

๒. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Stroke ปฏิบัติตามขั้นตอน /Flow Chart การดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย

ขั้นตอนและกลไกในการตรวจสอบติดตาม

๑. ควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนการดูแลระยะกลางและแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๒. ติดตามการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

๓. ติดตามการประสานการบริการและพัฒนาคุณภาพการบริการร่วมในการดูแลผู้ป่วย Stroke ระหว่างโรงพยาบาลอุทัยธานีและโรงพยาบาลหนองขาหย่าง และอาจขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดอุทัยธานีในอนาคต


๔. ตรวจสอบการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงผู้ป่วย อัตราการรอดชีวิต อัตราการฟื้นฟูจนมากลับใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงก่อนเกิดโรค (Stroke Rehabilitation Unit) การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปตามที่กำหนด

๕. มีการกำหนดกรอบเวลาให้ผู้รับผิดชอบรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบทุกสิ้นปีงบประมาณ

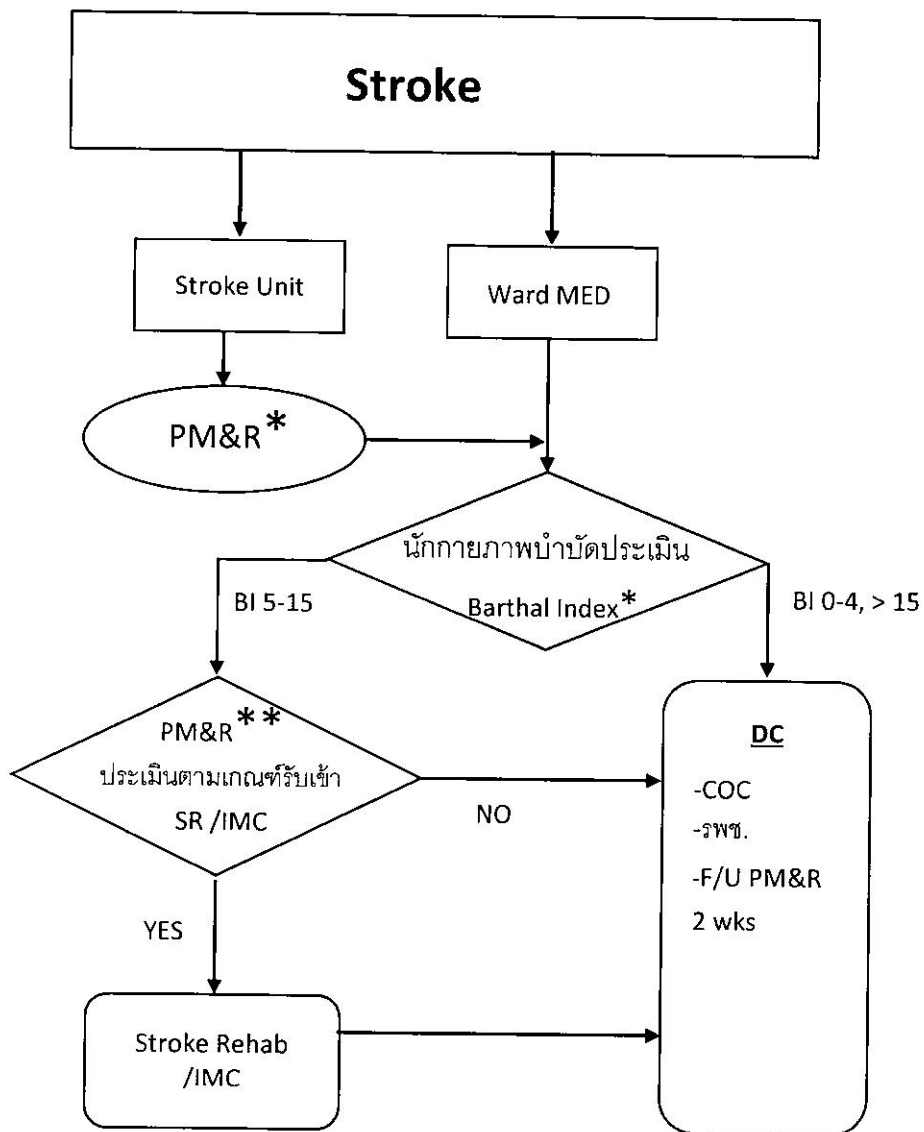
๗-

(นายสุรชัย โชคครรชิตไชย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลอุทัยธานี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลอุทัยธานี	
วัน/เดือน/ปี : ๘ มีนาคม ๒๕๖๒	
หัวข้อ : กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
Link ภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล นางสาวพรอำพัน กมลรัตนกุล (นางสาวพรอำพัน กมลรัตนกุล) ตำแหน่ง นิติกร วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสุรชัย โชคครชิตไชย) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี วันที่ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ นางสาวพรอำพัน กมลรัตนกุล (นางสาวพรอำพัน กมลรัตนกุล) ตำแหน่ง นิติกร วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	

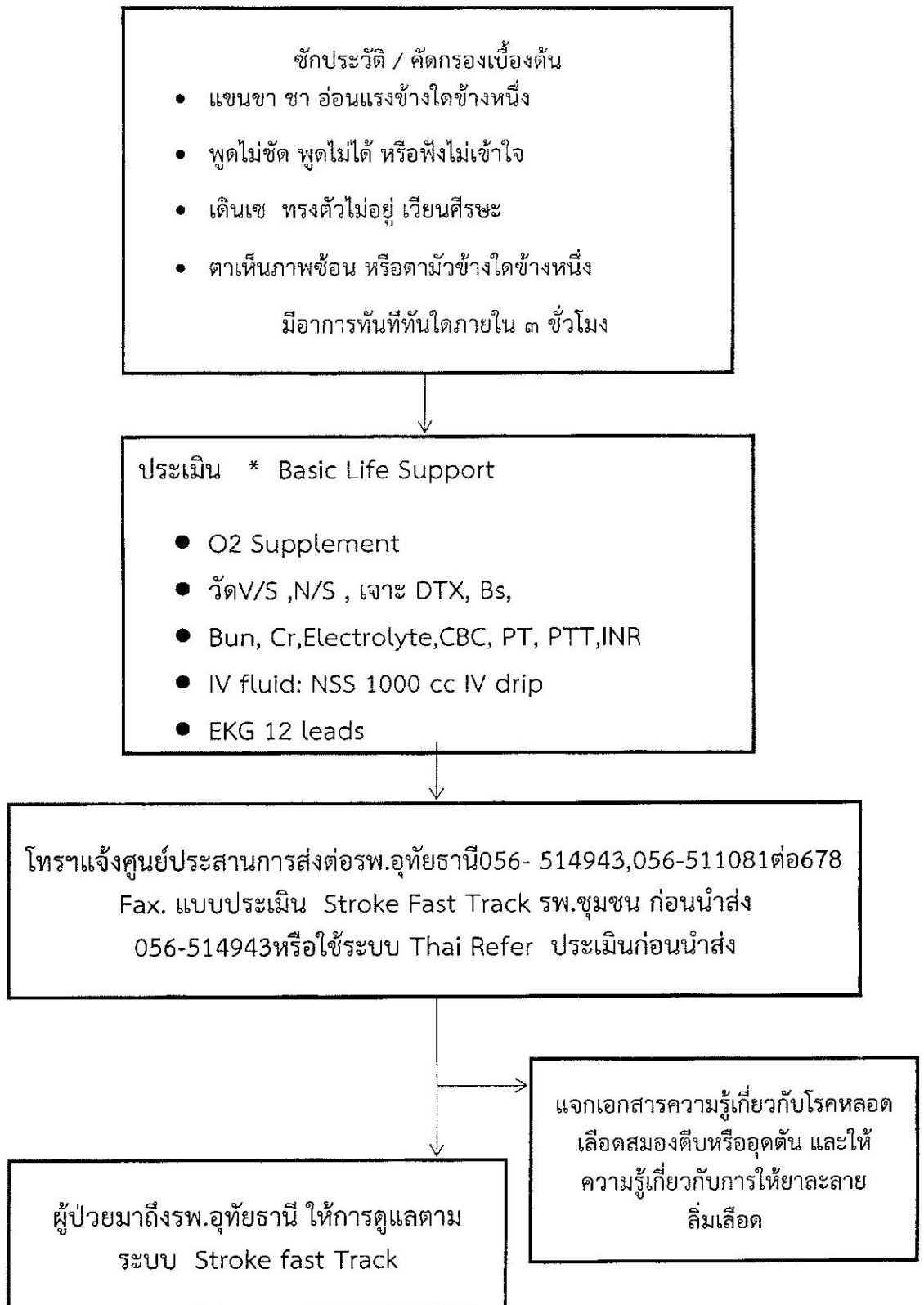
Flow Chart การจัดบริการ Intermediate Care โรงพยาบาลอุทัยธานี



* Consult PM&R และ กายภาพบำบัด ก่อน ๑๐.๐๐ น.

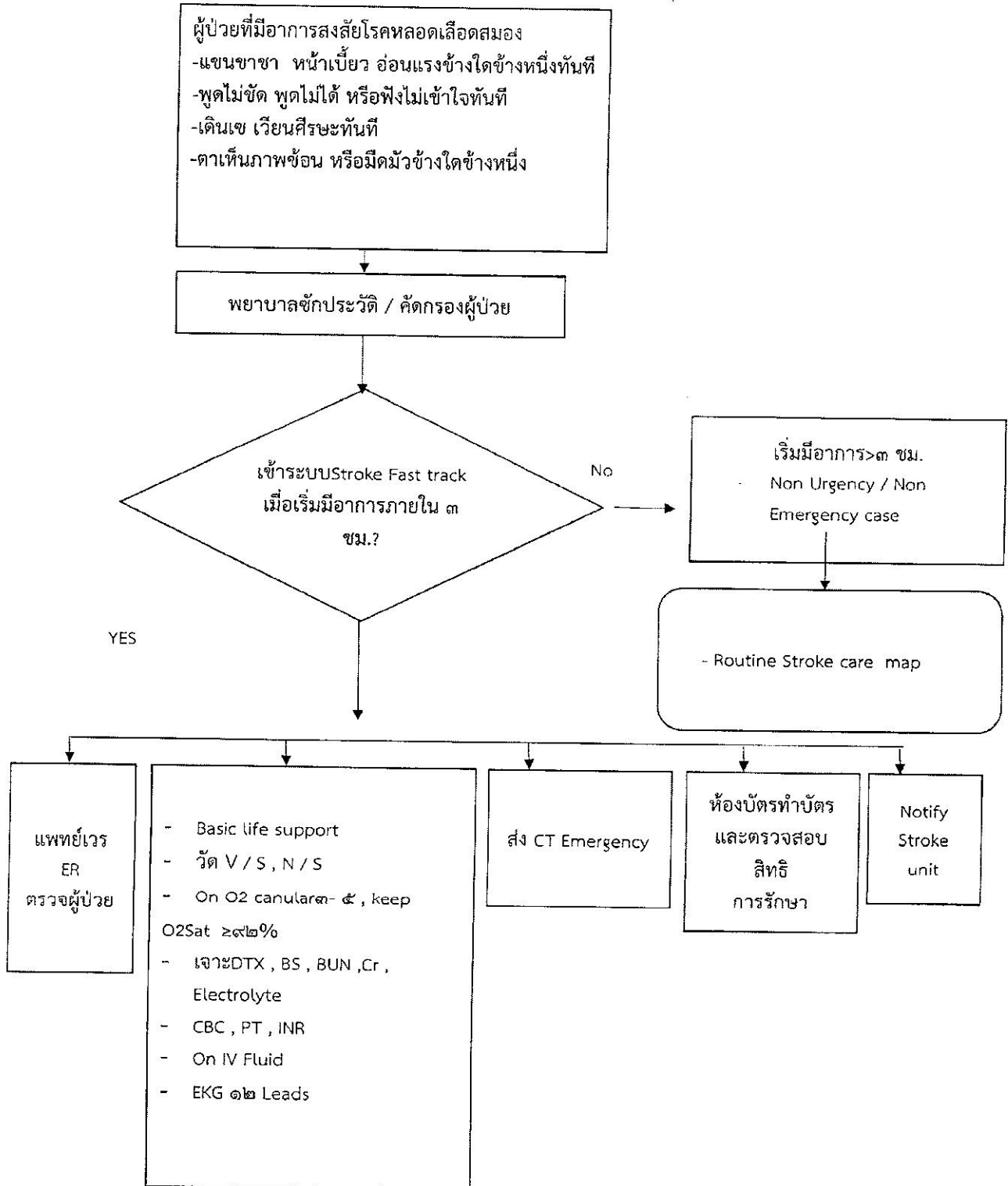
** Consult PM&R ก่อน ๑๒.๐๐ น.

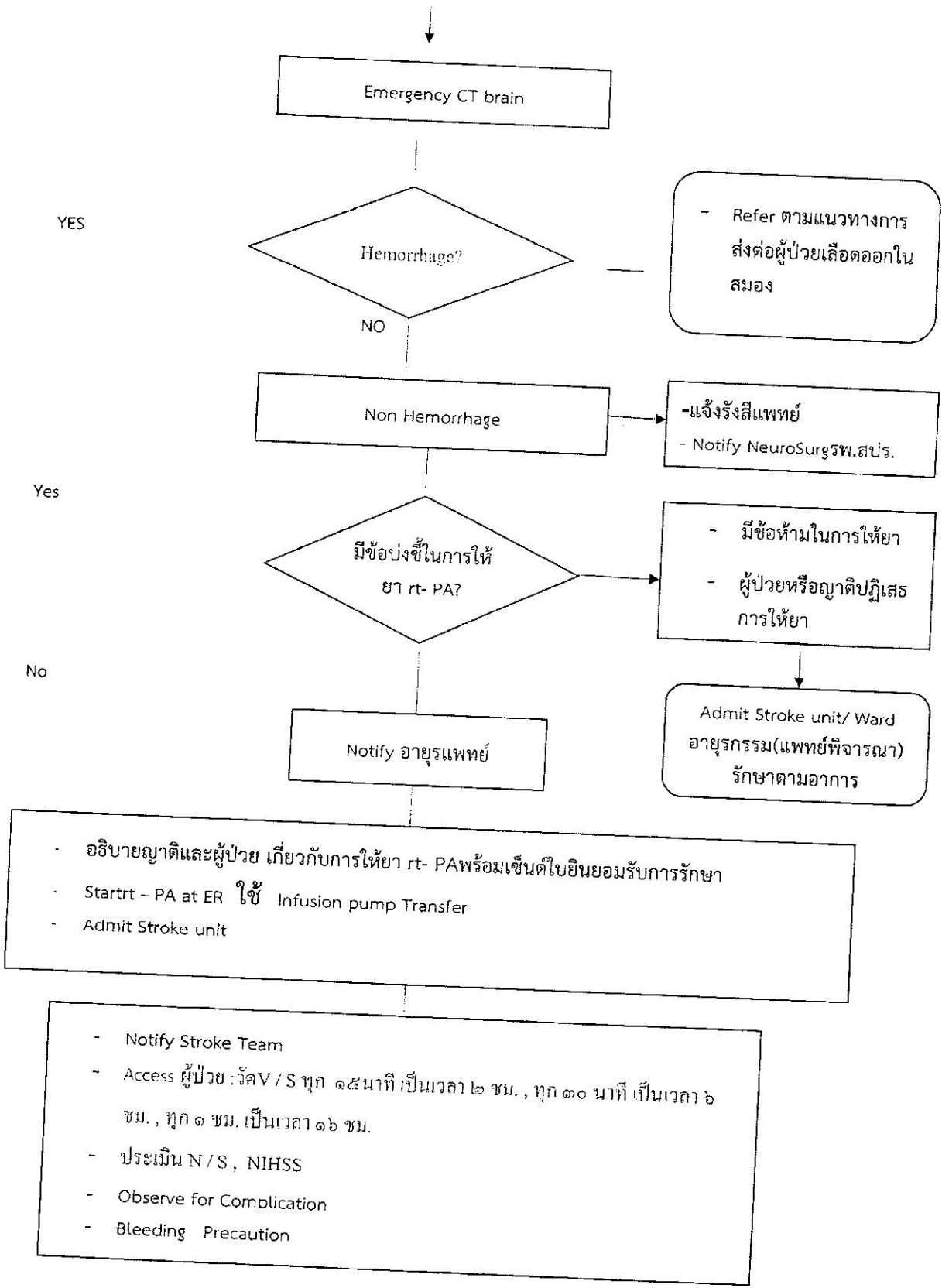
แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke fast Track ที่รพ.ชุมชนและเครือข่าย

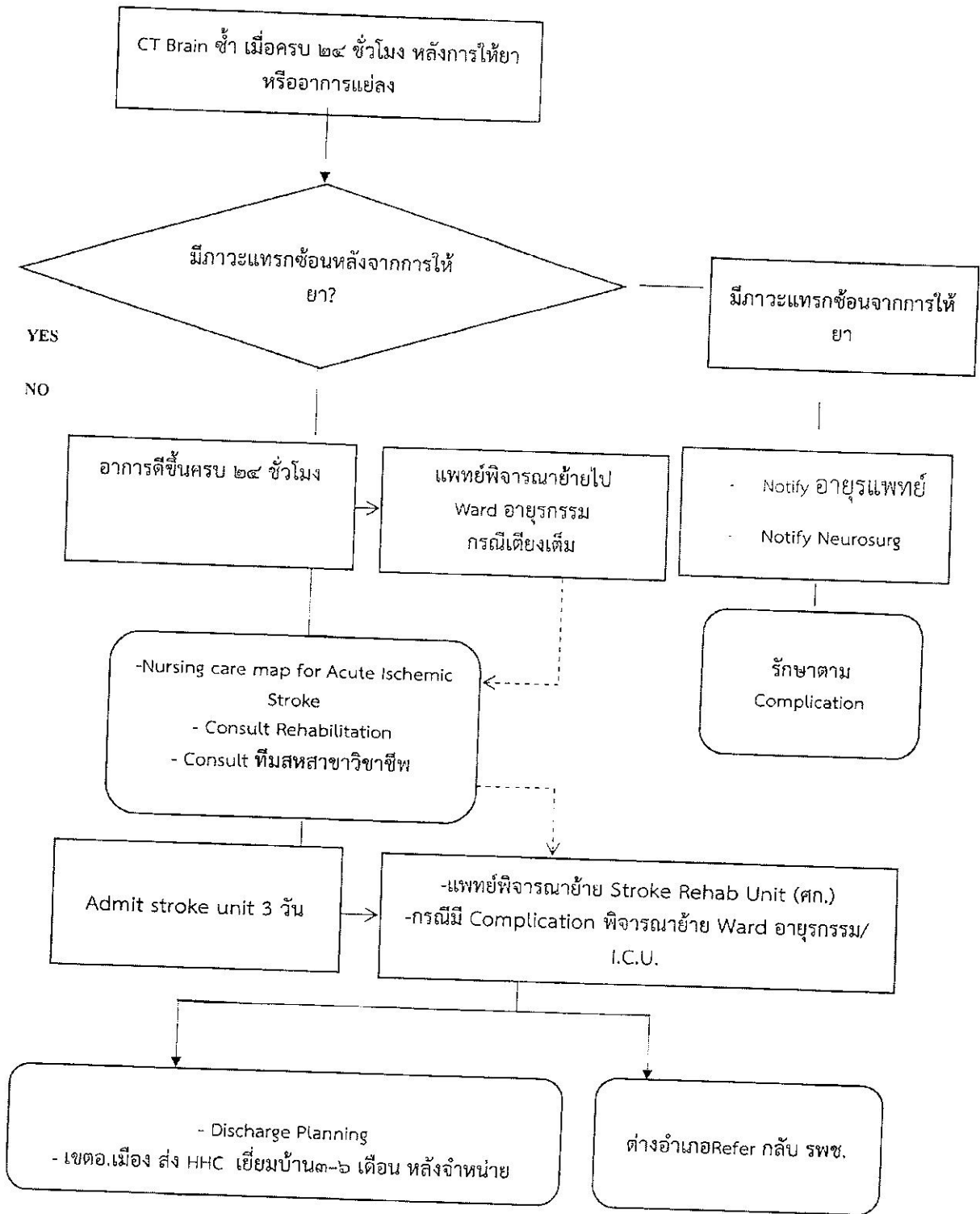


แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

(Stroke Fast Track) โรงพยาบาลอุทัยธานี







Stroke Fast Track

ผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดสมอง

- * แขน ขาชา หน้าเบี้ยว อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
- * พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจ
- * เดินเซ เวียนศีรษะทันที
- * ตาเห็นภาพซ้อน หรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

ให้ Check list ดังต่อไปนี้ ทุกข้อต้อง Yes

- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปี Yes No
- ระยะเวลาเริ่มมีอาการน้อยกว่า ๔.๕ ชั่วโมง Yes No
- Clinical diagnosis of Ischemic Stroke
Causing a measurable deficit Yes No
- CT Brain ไม่พบเลือดออกหรือสมองบวม Yes No

** ถ้าตอบ Yes ทุกข้อ ให้ทำ Thrombolysis Check List **

เกณฑ์การรับผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบประสาทคงที่ หรือไม่มี progressive neurological deficit อย่างน้อย ๔๘ ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยมีภาวะทางอายุรกรรมคงที่ เช่น ความดัน(ขณะพัก) น้อยกว่าเท่ากับ ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของชีพจรน้อยกว่าเท่ากับ ๑๒๐ ครั้ง/นาที, อุณหภูมิกลายน้อยกว่าเท่ากับ ๓๗.๘ องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง, น้ำท่วมปอด, โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตันหรือไตวายที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้คงที่
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตที่เพิ่งเป็นหรือเป็นซ้ำ ซึ่งมีภาวะสูญเสียสมรรถภาพจากการเจ็บป่วยอยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute phase) หรือไม่เกิน ๒ สัปดาห์นับจากเริ่มเป็นโรค (ในกรณีที่เป็นการซ้ำให้เริ่มนับระยะเวลา ณ วันที่เป็นโรคซ้ำ)
4. ผู้ป่วยมีการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย (disability) ตั้งแต่ ๒ อย่างขึ้นไป ดังนี้ในด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL), การเคลื่อนไหว (Ambulation), การสื่อสาร (communication), การควบคุมการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (bowel and bladder control), การกลืน (swallowing), สถิติปัญญาและการรับรู้ (cognition and perception)
5. ผู้ป่วยสามารถทนต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟู เช่น นั่งได้นาน ๓๐ นาที
6. ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย ๑ ขั้นตอน โดยอาจเป็นคำสั่งแบบคำพูด (verbal command) หรือคำพูดพร้อม ท่าทางประกอบ (verbal + gesture command)
7. เป็นผู้ป่วยที่สามารถให้ความร่วมมือกับผู้ฝึก รวมถึงมีความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง
8. ได้รับการประเมินโดยแพทย์ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ประสาท หรือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แล้วว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้ หรือมีอาการทาง medical และ neurological ที่คงที่แล้วเท่านั้น
9. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต จ.อุทัยธานี
10. มีญาติเฝ้าผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ญาติที่เฝ้าควรเป็นผู้ที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เพื่อที่จะได้เรียนรู้วิธีการกายภาพ) และหากระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ต่อเนื่องติดต่อกันเกิน ๓ วัน แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกำหนด ๒ สัปดาห์
11. หากผู้ป่วยท่านใดมีคุณสมบัติไม่ครบทั้ง ๑๐ ข้อ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มีความจำนง หรือมีความต้องการเข้ารับบริการฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ จะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่านั้น

หนังสือแสดงเจตนา ขอรับการรักษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลอุทัยธานี

วันที่.....เวลา.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.....
อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ อื่นๆ

เป็นที่.....ในฐานะเป็น ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ในฐานะ.....ของผู้ป่วยชื่อ นาย / นาง / น.ส.....
อายุ.....ปี HN.....AN.....รับไว้รักษาที่ตึก.....
วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงรายละเอียด ของการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำจากแพทย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันภายใน ๓ ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะฟื้นตัว จากความพิการสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาประมาณ ๓๐ %
ข้อ ๒ ข้าพเจ้าเข้าใจข้อบ่งชี้ และรายละเอียดของการรักษา ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งรับทราบถึงผลแทรกซ้อนของการใช้ยา ดังนี้คือ

๒.๑ ภาวะเลือดออกในสมอง และเลือดออกในบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย โดยอัตราเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนนี้ประมาณ ๗ %

๒.๒ อัตราการแพ้ยาชนิดรุนแรง (Anaphylactic , Angioedema) ประมาณ ๐.๑ %
ข้าพเจ้ายินยอม ให้ฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หากมีเหตุสุดวิสัย อันเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดของโรงพยาบาล และไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดี กับบุคลากร และส่วนราชการต้นสังกัด โรงพยาบาลอุทัยธานี พร้อมทั้ง ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
 ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....
ผู้ให้ข้อมูลการรักษา ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
ในฐานะ.....

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....
/ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... / ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

รพ.อุทัยธานี

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....

HN.....อายุ.....

Diagnosis	<input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		
Problem list	Plan of management		
วันที่.....	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> wheelchair <input type="checkbox"/> ปรีกษากายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการผลัดตกหกล้ม	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดทำนอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดทำนอน ทำนั้ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน	<input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดทำ/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ดูแลการให้อาหารทางสายยางตามมาตรฐาน	<input type="checkbox"/> สอน facial exercise <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้-ใช้ซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ฝึกการหายใจขณะพัก-ขณะพูด <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้-ใช้ซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Bladder training <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Foley's cath	<input type="checkbox"/> Bladder training <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Foley's cath care	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้อาหารระบาย <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Dressing <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Dressing <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/ sleep disturb		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> Respiratory	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำ	<input type="checkbox"/> TT care (กรณีใส่ TT)	<input type="checkbox"/> Chest Physical Therapy
<input type="checkbox"/> ADL	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำ	<input type="checkbox"/> การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ขับถ่าย ฯลฯ	<input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training

ลงชื่อ แพทย์..... พยาบาลวิชาชีพ..... นักกายภาพบำบัด.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
HN.....อายุ.....

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
<p>ชื่อ.....ตึก..... HN.....AN.....</p> <p>Estimate LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน)</p> <p>ญาติผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน.....</p> <p>Progress Note วันที่.....เวลา.....</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>	<p>เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา.....</p> <p>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ พ้นระยะเฉียบพลัน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขา วิชาชีพ</p> <p>Admit <input type="checkbox"/> Consult นักกายภาพบำบัด : ROM exs., strengthening exs., bed mobility and progressive, ambulation training <input type="checkbox"/> Consult นักจิตวิทยาและพยาบาล กลุ่มการพยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะ ซึมเศร้า, เครียด (ST5), สมองเสื่อม (MMSE) และให้คำแนะนำ <input type="checkbox"/> Consult โภชนากร: ประเมินภาวะ โภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสม กับโรค <input type="checkbox"/> Consult แพทย์แผนไทย <input type="checkbox"/> Consult HHC/LTC/COC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ เตรียมความพร้อมของบ้าน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>	<p>Diet..... Record V/S..... Medication</p> <p>Activities for Rehab Program</p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู 1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร 1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan</p> <p>2. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้ง แพทย์ เมื่อ 2.1 BT ≥ 38 องศาเซลเซียส 2.2 PR > 100 or < 60/min 2.3 SBP ≥ 180 or < 90, DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้น ผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>

Team Meeting Report โรงพยาบาลอุทัยธานี

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....

HN.....อายุ.....

สรุปประเด็น

การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน	ประสาน รพ.สต. <input type="checkbox"/> เติงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน..... <input type="checkbox"/> ทึนออนฟองน้ำ/ทึนออนลม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> วัสดุอุปกรณ์.....
---------------------------------	---

Problem (✓ or x)	Goal / Plan of management
<input type="checkbox"/> ADL.....	Level of Assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Maximal assist
<input type="checkbox"/> Ambulation.....	<input type="checkbox"/> Walk with..... <input type="checkbox"/> Bed mobility/ sitting balance <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Physiologic standing <input type="checkbox"/> Bed ridden
<input type="checkbox"/> Swallowing.....	<input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> NG tube + oral <input type="checkbox"/> Oral (<input type="checkbox"/> Compensate <input type="checkbox"/> Positioning <input type="checkbox"/> Diet modification)
<input type="checkbox"/> Bowel.....	<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง <input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ
<input type="checkbox"/> Bladder.....	<input type="checkbox"/> On Foley's Cath <input type="checkbox"/> CIC (Intermittent cath) <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)

<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ)..... (นพ.คณินันท์ เศรษฐไพศาล)	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> PT (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ฝึกต่อแบบ OPD case <input type="checkbox"/> Home program / สอนญาติ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพช./รพ.สต./PCC/HHC.....
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
อื่นๆ.....
.....
.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
 HN.....อายุ.....

ครั้งที่	(ว/ด/ป) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index										คะแนนรวม
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, 3)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)	20
admit												
D/C												

.....

ครั้งที่	(ว/ด/ป) ที่ประเมิน	ระดับความสามารถ The Modified Rankin Scale (mRS)							ระดับ
		(วงกลมรอบเลขระดับ)							
		ไม่มีความ ผิดปกติเลย	ไม่มีความ ผิดปกติที่ รุนแรง	มีความ ผิดปกติ เล็กน้อย	มีความ ผิดปกติ พอควร	มีความ ผิดปกติมาก	มีความ ผิดปกติ อย่างรุนแรง	เสียชีวิต	
admit		0	1	2	3	4	5	6	
D/C		0	1	2	3	4	5	6	

.....

Activities Guideline
For Intermediate Care (Stroke, Head Injury, SCI)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
HN.....อายุ.....

For 1 week plan

เวลา	วันที่ ๑	วันที่ ๒	วันที่ ๓	วันที่ ๔	วันที่ ๕

๘.๐๐ - ๙.๐๐	กิจกรรมพยาบาล				วางแผน จำหน่าย
๙.๐๐ - ๑๐.๐๐	PM&R และกายภาพบำบัด				
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐					
๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐					
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐	พักกลางวัน				
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐	จิตเวช	โภชนาการ	จิตเวช	แผนไทย	Home program
๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐	เภสัชกร			เภสัชกร	
๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐	กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ				

แนวทางการปฏิบัติ

๑. PM&R ตรวจสอบประเมินผู้ป่วย ที่แผนกกายภาพบำบัด ทุกวันช่วง ๙.๐๐ น.- ๑๒.๐๐ น.
๒. ผู้ป่วยทุกรายส่งทำกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด
 - รายที่ ๑ และ ๒ เริ่ม ๙.๐๐ น. ถ้ามีรายที่ ๓ และ ๔ เริ่ม ๑๓.๐๐ น.
๓. เภสัชกร วางแผนการให้บริการ ครั้งที่ ๑ ในวันแรกรับ และครั้งที่ ๒ ก่อนจำหน่าย

Activities Guideline
For Intermediate Care (Stroke, Head Injury, SCI)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
HN.....อายุ.....

For 2 weeks plan

เวลา	วันที่ ๑	วันที่ ๒	วันที่ ๓	วันที่ ๔	วันที่ ๕

๘.๐๐ - ๙.๐๐	กิจกรรมพยาบาล				
๙.๐๐ - ๑๐.๐๐	PM&R และกายภาพบำบัด				
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐					
๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐					
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐	พักกลางวัน				
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐	จิตเวช	โภชนาการ		จิตเวช	แผนไทย
๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐	เภสัชกร				
๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐	กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ				

เวลา	วันที่ ๖	วันที่ ๗	วันที่ ๘	วันที่ ๙	วันที่ ๑๐

๘.๐๐ - ๙.๐๐	กิจกรรมพยาบาล				วางแผน จำหน่าย
๙.๐๐ - ๑๐.๐๐	PM&R และกายภาพบำบัด				
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐					
๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐					
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐	พักกลางวัน				
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐	แผนไทย		จิตเวช	เภสัชกร	Home program
๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐				แผนไทย	
๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐	กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ				

แนวทางการปฏิบัติ

๑. PM&R ตรวจประเมินผู้ป่วย ที่แผนกกายภาพบำบัด ทุกวันช่วง ๙.๐๐ น.- ๑๒.๐๐ น.
๒. ผู้ป่วยทุกรายส่งทำกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด
 - รายที่ ๑ และ ๒ เริ่ม ๙.๐๐ น. ถ้ามีรายที่ ๓ และ ๔ เริ่ม ๑๓.๐๐ น.
๓. เภสัชกร วางแผนการให้บริการ ครั้งที่ ๑ ในวันแรกรับ และครั้งที่ ๒ ก่อนจำหน่าย