	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : 11A
		หน้า 1/27 จำนวน 27 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCY-014-00		วันที่เริ่มใช้ : 1 ธันวาคม 2563
เรื่อง:แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)		วันที่แก้ไข :
ทีม/งาน: IMC		ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : กายภาพ OPD ER IPD COC
ผู้จัดทำ :นางสาว กาญจนา ชัดดี,นางสาววชิรญาณม์ วันพรหมมินทร์		ผู้อนุมัติ : พญ. พรสวรรค์ มีชิน

1. นโยบาย

ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นและลดการเกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่เริ่มมีอาการ

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ป้องกันและลดการเกิดความพิการ

3. ขอบเขต แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย IMC ในพื้นที่บริการอำเภอฟักท่า จังหวัดอุดรธานี

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 แพทย์ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัย ประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยตามอาการ จำหน่วยผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา หรือผู้ป่วยมี BI เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2 พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่ติดต่อประสานงานรับส่งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์เพื่อเตรียม admit ในโรงพยาบาลชุมชนผ่านกลุ่ม Line และประสานรพ.สต.และอสม.ค้นหาในชุมชน รวมทั้งประเมินปัญหาและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; BI) ให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเข้า admit ในโรงพยาบาล ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ฝึกสอนญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลและฝึกผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นร่วมกับสหวิชาชีพวางแผนก่อน Discharge กลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ประสานทีม COC เพื่อเยี่ยมติดตามที่บ้าน

4.3 นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ ประสานงานรับข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ผ่านกลุ่ม Line ตรวจสอบประเมินร่างกาย วิเคราะห์และวางแผนการรักษาฟื้นฟูปัญหาอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; BI) ก่อนและหลังให้การฟื้นฟู แนะนำการออกกำลังกายและประเมินการใช้กายอุปกรณ์ที่เหมาะสม วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สรุปและรายงานข้อมูล BI ของผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลศูนย์

4.4 ทีม COC มีหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยIMCในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลาฟื้นฟูและรับรายชื่อผู้ป่วยที่ BI 0-15 จาก ER หรือ OPD ที่ไม่ยินยอม admit ให้มา admit ภายใน 3 วัน ในเวลาราชการ

4.5 พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา มีหน้าที่ประเมินสุขภาพจิตและให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่มีปัญหาทางจิตใจและการรับรู้ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ให้ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แกรับทุกรายเพื่อประเมิน Psychological status เป็นต้น

4.6 ทันตแพทย์ มีหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันทุกรายและวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพทางช่องปากแก่ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันเฉพาะราย

4.7 เกษัชกร มีหน้าที่ประเมินการใช้ยา ให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ให้คำแนะนำอาการข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน

4.8 งานแพทย์แผนไทย มีหน้าที่ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้อเกร็ง และการนวดกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.9 นักโภชนาการ มีหน้าที่สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สาย NG หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร เป็นต้น

4.10 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่คัดกรอง ค้นหา และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI) ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการจัด CG เพื่อช่วยในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

5. คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน หมายความว่า ผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่พ้นระยะ acute และสภาวะทางการแพทย์คงที่จนถึง 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) หมายความว่า การบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายความว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการทำกายภาพบำบัดและการให้คำปรึกษาฟื้นฟูด้านการพยาบาล การฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นกลืน การฝึกพูด การใช้กายอุปกรณ์เสริม/เครื่องช่วยคนพิการ การบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

การประเมิน Barthel ADL Index หมายความว่า การประเมินสมรรถนะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI) ฉบับภาษาไทยที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)

Multiple Impairment หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed) หมายความว่า การให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL Index < 15 คะแนนหรือ มี Barthel ADL Index \geq 15 คะแนนร่วมกับมี multiple impairment ที่มีศักยภาพศักยภาพที่สามารถฟื้นฟูได้ (Conscious: alert/drowsy และสามารถทำตามคำสั่งได้ 1 ขั้นตอน) แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาให้ admit ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในจากทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างน้อย 1 ชั่วโมง/วัน อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลา 14 วัน

การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก หมายความว่า การนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จนครบ 6 เดือน

การบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหว แต่ไม่สามารถมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลได้ ควรได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ CG ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก Ward ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรวมทั้งความพร้อมของผู้ให้บริการ

ปัญหาสุขภาพซับซ้อน หมายความว่า ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีภาวะความซับซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีอาการแสดงที่เพิ่มขึ้นของภาวะการถดถอย BI <15 ที่มี multiple Impairment

ปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน หมายความว่า ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น และ BI <15 ที่ไม่มี multiple Impairment

6. แนวทางปฏิบัติ

6.1 การเข้าถึงบริการและการเข้ารับบริการ

รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Notification และใบ IMC01-03 เพื่อรักษาฟื้นฟู โดยมีแนวทางดังนี้

-ผู้ป่วยมาเอง

-การรับ refer กลับมากับรถโรงพยาบาล

-การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดย รพ.สต. อสม. และ ทีมCOC ของโรงพยาบาลฟากท่าซึ่งเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยรพ.สต. อสม. และทีมCOC 2ครั้ง/เดือน และจะได้รับรายชื่อผู้ป่วยIMC รายใหม่จากพยาบาลและนักกายภาพ ผู้รับผิดชอบงาน IMCของโรงพยาบาลฟากท่า ดังนี้

1.) ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติและประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล(Barthel ADL Index; BI)

- ผู้ป่วยที่มีผลประเมินได้ค่า BI <15 หรือ BI \geq 15 ร่วมกับมี Multiple Impairment ที่มีศักยภาพสามารถฟื้นฟูได้ (Conscious: alert/drowsy และสามารถทำตามคำสั่งได้ 1 ขั้นตอน) แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาให้ admit แพทย์และพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วย admit โดยการให้ Empowerment และอธิบายเกี่ยวกับผลดีในการเข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลเสียหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอม admit พยาบาลผู้ป่วยนอกทำเรื่อง admit และส่งต่อให้กับพยาบาลผู้ป่วยใน

- กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม admit แพทย์ส่งต่องานกายภาพบำบัดเพื่อนั้รรักษาฟื้นฟูแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ พยาบาลผู้ป่วยนอกให้ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ รักษาฟื้นฟูต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนหรือจนกว่าผู้ป่วยมี BI=20

2.) ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER)

- พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซักประวัติและประเมินอาการ ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการที่มา พบแพทย์ และประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่ BI 0-15 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วย admit โดยการให้ Empowerment และอธิบายเกี่ยวกับผลดีในการเข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลเสียหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอม admit พยาบาลรายงานแพทย์ และทำเอกสารสำหรับการ admit ให้ผู้ป่วยและญาติ ลงลายมือชื่อยินยอมให้การรักษาในรูปแบบฟอร์ม Inform consent ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

- กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอม admit พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินรายงานแพทย์ผู้ป่วยและนัดติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ภายใน 3 วัน(ในเวลาราชการ)

3.) ผู้ป่วยรับ refer กลับมาที่รพพยาบาล

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยในซักประวัติและประเมินปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL Index; BI), 11แบบแผนของ Gordon และวางแผนการรักษากำหนดผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยในอธิบายสาเหตุ อาการและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

- พยาบาลประสานแจ้งทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจตาม Activities protocol ของโรงพยาบาลพาททำ ให้การรักษาฟื้นฟูตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยสหวิชาชีพ ดังนี้

ปัญหา	การฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	อื่นๆ
<input type="checkbox"/> Hemiplegia อ่อนแรงครึ่งซีก <input type="checkbox"/> Quadriplegia อ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> Paraplegia ขาอ่อนแรง 2 ข้าง	1.ตรวจ วินิจฉัย ให้การรักษาดตาม อาการ 2.ส่งปรึกษานัก กายภาพบำบัด	1.สอนญาติ/ผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วย 2.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง (กรณีติดเตียง) 3.ประสานสหวิชาชีพเพื่อให้การ ฟื้นฟูผู้ป่วย 4.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและ ญาติก่อนการจำหน่าย 5.ประสานทีม COC และรพ. สต. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน	1.Exercise training 2.Functional training 3.Transfer training 4.Ambulation training 5.ADL evaluation & training 6.Hand function 7.ประเมินการปรับสภาพ บ้าน 8.พิจารณาเครื่องช่วยเดิน หรืออุปกรณ์ช่วยอื่นๆ ที่ เหมาะสม 9.Home program 10.ประเมิน ADL ก่อน และหลังการฟื้นฟู	1.ทันตกรรมตรวจ สุขภาพช่องปากและ ให้การรักษาดูแลทาง ทันตกรรม 2.พยาบาลจิตเวช/ นักจิตวิทยา ประเมิน ภาวะสุขภาพจิตของ ผู้ป่วยโดยใช้แบบ DS8 3.เภสัชกร ให้ความรู้ เรื่องยา
<input type="checkbox"/> Postural hypotension ความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่า	1.ประเมินและให้ การวินิจฉัย 2.Check CBC/correct anemia	พิจารณา - พัน elastic bandage ที่ขา - Abdominal binder - ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	1.Check BP ก่อนฝึก ผู้ป่วยในท่าที่มีการยก ศีรษะขึ้น 2.ค่อยๆ ฝึกด้วยการปรับ หัวเตียงขึ้น	
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture กล้ามเนื้อมีปัญหา เกร็งตัว	1.ประเมิน ROM 2.ประสานแพทย์ รพ.อต. เพื่อใช้ยา ลดเกร็ง	1.จัดทำทางในการนอนเพื่อ ป้องกันข้อยึดติด 2.สอนญาติในการจัดทำทาง การนอนที่เหมาะสม	1.ROM exercise 2.Stretching exercise 3.Physical modality 4.พิจารณาการตามเพื่อ ลดอาการเกร็ง	แพทย์แผนไทย -วัด BP ก่อนและ หลังทำทุกครั้ง -นวด/ยืด-เหยียด กล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย

ปัญหา	การฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	อื่นๆ
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome ปวดไหล่ข้างที่อ่อนแรง	1.พิจารณาให้ Shoulder sling 2.พิจารณาให้ยา Prednisolone	1.จัดท่านอน ท่านั่งอย่างถูกต้อง 2.หลีกเลี่ยงการดึง หรือกดทับแขนข้างที่อ่อนแรง 3.สอนญาติ/ผู้ดูแล เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	1.ROM exercise 2.Stretching exercise shoulder 3.Positioning	
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain การปวดที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท	1.วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง 2.พิจารณาให้ Neurophatic drug	ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ในการจัดการกับอาการ Neuropathic pain	1.TENS 2.Diversional activity 3.Patient education	
<input type="checkbox"/> Dysphagia ภาวะกลืนลำบาก	1.พิจารณา on หรือ off NG tube หรือ NG-oral ตามผลประเมินการกลืน 2.ประเมินสภาวะโภชนาการ	1.ประเมินการกลืน สอนการกลืนน้ำ กลืนอาหาร 2.ดูแลความสะอาดในช่องปาก 3.จัดทำเพื่อป้องกันการสำลัก 4.ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะรับประทานอาหาร 5.สอนญาติ/ผู้ดูแล	แนะนำการบริหารปากและลิ้น oromuscular exercise	นักโภชนาการ 1.สอนญาติ/ผู้ดูแล เตรียมอาหาร BD 2.ให้คำแนะนำในการเลือกอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ
<input type="checkbox"/> Aphasia สูญเสียการใช้หรือเข้าใจคำพูด	จำแนกประเภทของ Aphasia -Motor	1.ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น	1.ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น 2.ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	

ปัญหา	การฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	อื่นๆ
<input type="checkbox"/> Dysarthria พูดไม่ชัด, ลิ้นแข็ง	-Sensory -Global	2.ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	ฝึกการออกเสียงเบื้องต้น 3.ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร	
<input type="checkbox"/> Neglect การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง	ประเมินและให้การวินิจฉัย	1.กระตุ้นการรับรู้และใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง 2.แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	1.กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกร่างกายที่อ่อนแรง 2.แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder ความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ	1.Intermittent catheter 2.CIC program 3.Retain Foley's catheter	1.Intermittent catheter 2.CIC program 3.Retain Foley's catheter 4.สอนผู้ป่วย/ญาติ	1.ฝึกการใช้งานมือ 2.ฝึกการใส่และถอดเสื้อผ้า 3.Train toilet transfer	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel ความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ	1.พิจารณาการให้ยาระบาย 2.order สวนอุจจาระ	1.ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา 2.สวนอุจจาระ 3.กระตุ้น ambulate 4.สอนผู้ป่วย/ญาติ	1.Train toilet transfer 2.Active exercise 3.Ambulation 4.ฝึกการใส่และถอดเสื้อผ้า 5.ฝึกการทำความสะดวกสบายร่างกาย	
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer แผลกดทับ	1.Debridement 2.Antibiotic 3.Nutrition	1.ประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ 2.พิจารณาใช้ที่นอนลม 3.Dressing wound 4.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	1. สอนวิธีการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง 2.สอนวิธีการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และการจัดทำทาง	นักโภชนาการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits	ให้การรักษาตามอาการ	1.กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว 2.ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	1.กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว 2.ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	

ปัญหา	การฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	อื่นๆ
<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal <input type="checkbox"/> Sleep disturb		3.สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน complications	3.Home program 4.Passive exercise	

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณา งด ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด/ออกกำลังกาย

1. ผู้ป่วยมีไข้และอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศา
2. ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที หรือ < 60 ครั้ง/นาที
3. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg หรือมีค่าความดันโลหิต $< 90/60$ mmHg
4. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน
5. ผู้ป่วยมีภาวะสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก
6. ผู้ป่วยมีอาการขาบวม หรือสงสัย DVT

- หลังการรักษาฟื้นฟูครบ 1 สัปดาห์นักกายภาพประเมิน BI ของผู้ป่วย หากบรรลุเป้าหมาย BI เพิ่มขึ้นสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ หากไม่บรรลุเป้าหมายให้ admit ต่อ ประเมิน BI ซ้ำทุกสัปดาห์จนกว่า BI ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือไม่เกิน 1 เดือน โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการทำ Team meeting โดยสรุปประเด็นต่างๆ ในใบ Team meeting report (IMC03)

- เมื่อผู้ป่วยสามารถจำหน่ายได้พยาบาลแผนกผู้ป่วยในประเมินความจำเป็นในการได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์และประสานบริหารเพื่อเบิกอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยโดย ใช้ใบแบบยืม/เบิกวัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเอกสารความเห็นของแพทย์กรณีเห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน

- เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ส่งต่อทีม COC เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม. Care giver ในพื้นที่เพื่อดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องประเมิน BI และความบกพร่องทุกเดือน ในแบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน(Home visit report) จนครบ 6 เดือน เมื่อครบ 6 เดือน ประเมินค่า BI ซ้ำเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. BI 0-4 ร่วมกับมี Recurrent Pneumonia, Pressure sore \geq gr.3, Recurrent UTI และ PPS < 60 ประสานทีม Palliative care เพื่อดูแลตามแนวทาง Palliative care
2. BI < 12 ประสานทีม Long term care เพื่อดูแลตามแนวทาง Long term care
3. BI 12-14 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้อย่างปลอดภัยหรือเสี่ยงที่จะถดถอย (BI ลดลง)ส่งทีม COC เยี่ยมบ้านต่อ
4. BI 12-14 สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่เสี่ยงที่จะถดถอย (BI ลดลง) สามารถ D/C ได้
5. BI ≥ 15 หรือบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสามารถ D/C ได้

7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. อัตราผู้ป่วย IMC ที่มี BI เพิ่มขึ้น (ขณะนอนโรงพยาบาล)	≥ ร้อยละ 60
2. อัตราผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้น หลังการฟื้นฟู (OPD/เยี่ยมบ้าน)	≥ ร้อยละ 70
3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย IMC ขณะนอนโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ 20
4. ผู้ป่วย stroke, Traumatic Brain injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index =20	≥ ร้อยละ 60
5. อัตราผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายระยะสั้น (Short term goal, STG)	≥ ร้อยละ 60
6. อัตราการให้บริการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ BI = 20	≥ ร้อยละ 60
7. อัตราความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC	ร้อยละ100
8. อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วย IMC ตามกลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ100
9. ผู้ป่วย IMC ได้รับการประเมินและวางแผนการรักษา	ร้อยละ 100
10. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและรักษาตามแนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้อง	ร้อยละ100
11. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย	ร้อยละ100
12. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลต่อเองที่บ้าน	≥ ร้อยละ 80

8. เอกสารอ้างอิง

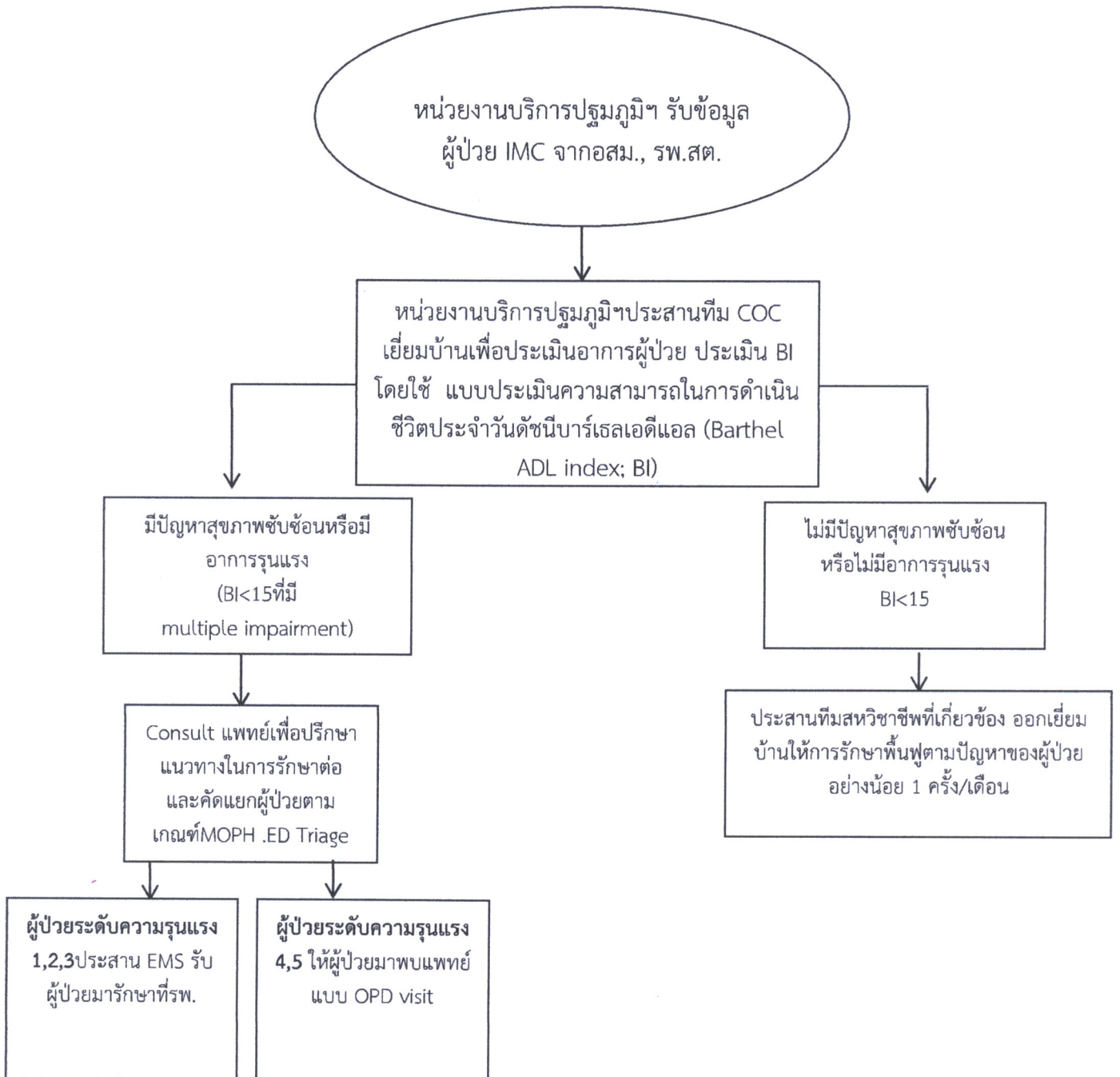
กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2562).แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี:บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุดรธานี

9. ภาคผนวก

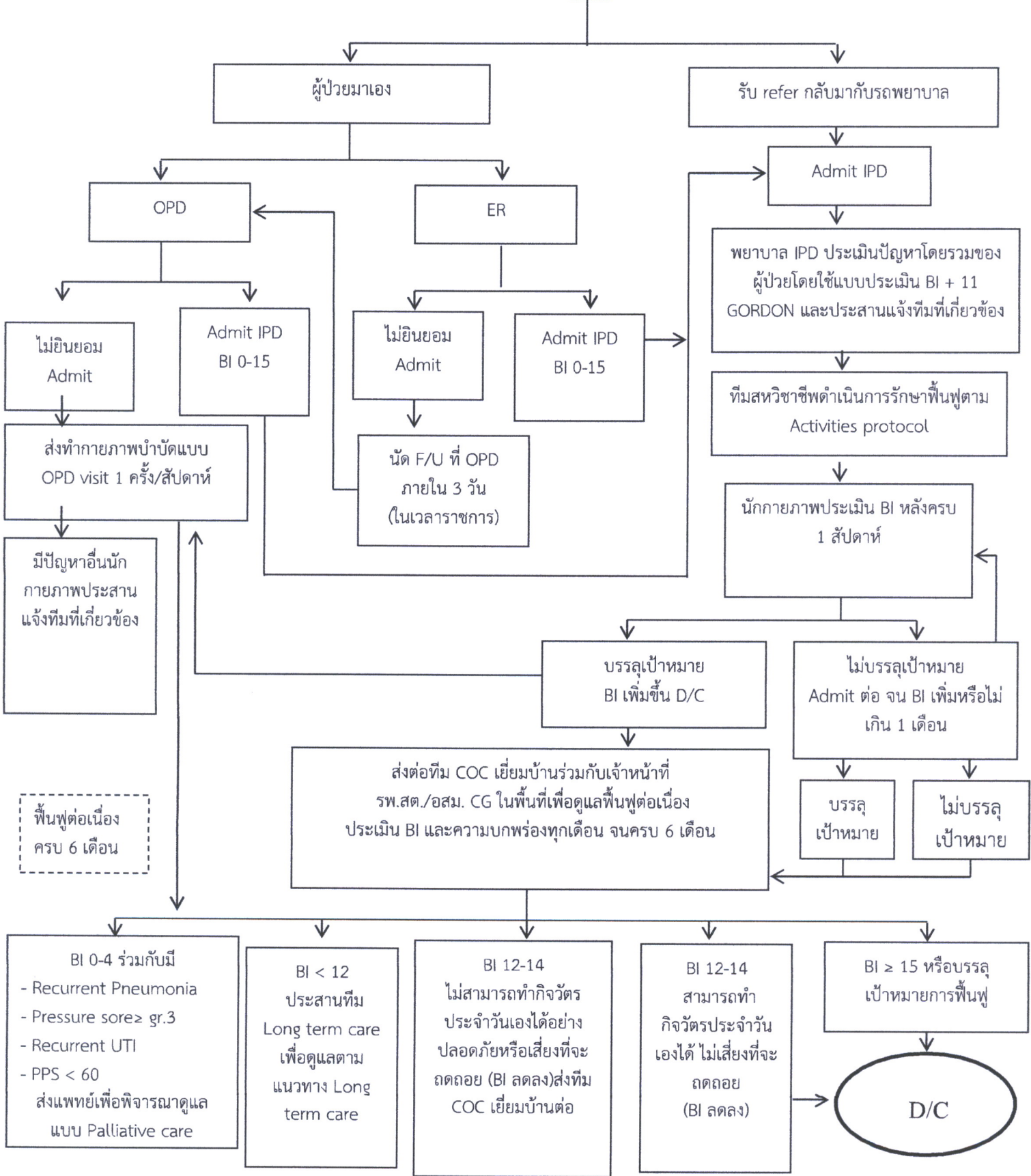
ขั้นตอนการค้นหาผู้ป่วย IMC จากชุมชน



หมายเหตุ : ใช้ Flow chart นี้ในกรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชน ไม่ได้ผ่านระบบการรักษาของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เช่น ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด เป็นต้น

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย IMC

รับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC จาก รพศ.



Problem list & Plan

for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ชื่อ.....ตึก.....

HN..... AN.....

Diagnosis		Underlying disease			
<input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		• • •			
Problem list วันที่.....	Plan of management				
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด	
<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"/> พลิกระยะคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานงานกับปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ชื่นชม.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ชื่นชม.....	
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ระบุตึก	
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis	
<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"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลียงการดึง กัดพื้นแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education	
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ยึดกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการประพม์/ ดูแลความสะอาดช่องปาก	
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้รูปประกอบเพื่อช่วยในการสื่อสาร	
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานฝึกซ้อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานฝึกซ้อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานฝึกซ้อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกท่าความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้จานมือ	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกท่าความสะอาดร่างกาย	
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนื้องอกที่แตกสะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกระยะคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion	
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้สติตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้สติตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้สติตัว <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

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

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

โรงพยาบาลพากท่า

IMC 02

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

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN..... วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้..... Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน) Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน..... Progress Note วันที่.....เวลา.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ Admit <input type="checkbox"/> Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training. <input type="checkbox"/> Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation <input type="checkbox"/> Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ <input type="checkbox"/> Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค <input type="checkbox"/> Notify แพทย์แผนไทย <input type="checkbox"/> Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อมรับการฟื้นฟูในระบบ IPD ขอรับบริการในรูปแบบ (.....) OPD (.....) เข็มบ้าน	Diet..... Record V/S..... Medication Activities for Rehab Program 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 2. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ 2.1 $BT \geq 38^{\circ}C$ 2.2 $PR > 100$ or $< 60/min$ 2.3 $SBP \geq 180$ or < 90 , $DBP \geq 110$ or < 60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ชีพจรสับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT
ลงชื่อแพทย์.....	ลงชื่อแพทย์.....	ลงชื่อแพทย์.....

Activities Protocol (Short Stay)
For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)

โรงพยาบาลพากท่า

วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7
- รับผู้ป่วย - พยาบาลประเมิน BI + 11 GORDON สถานแฉ่งทีมที่ เกี่ยวข้อง - กิจกรรมพยาบาล ฟื้นฟูสภาพตามผล การประเมิน BI + 11 GORDON - กายภาพบำบัด ประเมินและให้การ ฟื้นฟูตามปัญหา ผู้ป่วย	- กิจกรรมพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ - พยาบาลจิตเวช/ นักจิตวิทยา ประเมิน ภาวะสุขภาพจิตของ ผู้ป่วยโดยใช้แบบ DS8 - กายภาพบำบัด ประเมินและให้การ ฟื้นฟูตามปัญหา ผู้ป่วย	- กิจกรรมพยาบาล ฟื้นฟูสภาพตามผล การประเมิน BI + 11 GORDON - โภชนากร ให้ ความรู้เรื่องอาหาร และการเตรียม อาหาร - เภสัชกร ให้ ความรู้เรื่องยา - กายภาพบำบัด ประเมินและให้การ ฟื้นฟูตามปัญหา ผู้ป่วย - แพทย์แผนไทย ประเมินและให้การ ฟื้นฟูตามปัญหา ผู้ป่วย	- กิจกรรมพยาบาล ฟื้นฟูสภาพตามผล การประเมิน BI + 11 GORDON - ทันตกรรมตรวจ สุขภาพช่องปากและ ให้การรักษาดูแลทาง ทันตกรรม - กายภาพบำบัด ประเมินและให้การ ฟื้นฟูตามปัญหา ผู้ป่วย - Team Meeting (การ round ward)	- กิจกรรมพยาบาล ฟื้นฟูสภาพตามผล การประเมิน BI + 11 GORDON - การพยาบาลเพื่อ การประเมินประจำ สัปดาห์และการวาง แผนการจำหน่ายใน ผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้น หรือ BI=20 - กายภาพบำบัด และการพยาบาล จัดทำ Home Program	- พยาบาลฟื้นฟู สภาพตามผลการ ประเมิน BI + 11 GORDON - ประเมินความ จำเป็นในการได้รับ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางกายภาพ - ประสานบริหาร เพื่อให้อุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการ แพทย์	- พยาบาลฟื้นฟู สภาพตามผลการ ประเมิน BI + 11 GORDON - ประเมินความ จำเป็นในการได้รับ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางกายภาพ - ประสานบริหาร เพื่อให้อุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการ แพทย์
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....		
	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....			

*** หมายเหตุ กิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม
แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้ 1 สัปดาห์

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... AN.....

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน.....คะแนน

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... AN.....

แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit report)
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาท่า จังหวัดอุดรธานี

วันที่เยี่ยม.....พื้นที่รับผิดชอบ รพสต./รพช.

1. ข้อมูลทั่วไป HN..... ชื่อ-สกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์.....เลขที่บัตรประชาชน -

2. ประเภทความพิการ

ความพิการทางการมองเห็น(01) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย(02)
 ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย(03) ความพิการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรม(04)
 ความพิการทางด้านสติปัญญา(05) ความพิการทางการเรียนรู้(06) ความพิการทางอภิสติ (07)
 ระดับความพิการ.....เลขที่ผู้พิการ.....สาเหตุความพิการ.....

สิทธิ์ข้าราชการพยาบาล บัตรทอง บัตรทองผู้พิการ(ท.74) บัตรทองผู้สูงอายุ ประกันสังคม
 เบิกจ่ายตรง เบิกได้เทศบาล-อบต. อื่นๆ ระบุ

Dx..... กลุ่มโรค ICD - 10

-ประเภทผู้ป่วย กลุ่ม 1 ติดเตียง กลุ่ม 2 ติดบ้าน กลุ่ม 3 ติดสังคม กลุ่ม 4 มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้

-ประวัติ / อาการสำคัญ.....

-Precaution..... U/D : HT Heart DM อื่นๆ.....ประเมินแรงบีบ BP.....mmHg Pluseครั้ง/นาที แผลกดทับ ไม่มี มี.....- Problem: Pain..... Limit ROM..... Weakness Poor transfer Poor ambulation Secretion retention Impaired ventilation Risk to complication.....- Goal: ↓pain ↑ROM Increase m.power Independent transfer Ambulation with ↓secretion Improved ventilation pt./ญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง.....- Treatment: Passive exs. Active exs. Balance training Positioning Breathing exs. Ambulation with อื่นๆ.....- Home program: ให้คู่มือ/แผ่นพับ บรรลุ ไม่บรรลุ เพราะ..... ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองบนเตียงได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเอง,นั่ง-ยืนทรงตัวได้ ผู้ป่วยสามารถเดินเองได้โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน3.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ: : เบี้ยยังชีพ ได้รับ ไม่ได้รับอุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ One point canes Tripod canes Walker Crutch อื่นๆ.....4. ข้อมูลที่อยู่อาศัย: ลักษณะที่นอน เตี้ย พื้น ลักษณะบ้าน ชั้นเดียว สองชั้น ผู้พิการพักชั้น.....ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ มี ไม่มี ชักโครก ส้วมซึม ใช้ผ้าอ้อม อื่นๆ5.การส่งต่อปรึกษาผู้ป่วย ไม่ส่งต่อ ส่งต่องาน.....เนื่องจาก.....

ญาติ/ผู้ป่วย

นักกายภาพบำบัด

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(Barthel ADL index)

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index)	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. การรับประทานอาหาร 0= ต้องมีคนป้อน 1= ต้องมีคนอื่นช่วย แต่พอดักอาหารได้ 2= สามารถรับประทานอาหารได้เอง					
2.การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน 0= ช่วยตนเองไม่ได้เลย 1= นั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน 2= ต้องมีคนช่วยพยุงเล็กน้อย 3= ไปได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย					
3.การจัดทรงผม ทวีผม 0= ต้องมีคนช่วย 1=ทำได้เอง					
4.การเข้าห้องน้ำ 0= ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย 1= ต้องมีคนอื่นช่วยดูแล 2= ช่วยตัวเองได้ดี					
5.การอาบน้ำ 0= ต้องมีคนช่วยในการอาบน้ำ 1= อาบน้ำได้เอง					
6.การเคลื่อนที่ 0= ไม่สามารถเคลื่อนที่ตัวเอง 1= เดินไม่ได้แต่เคลื่อนที่ตัวเองโดยใช้รถเข็น 2= เดินได้ถ้ามีคนพยุงหรือใช้ไม้เท้า 3= เดินได้เอง					
7.การขึ้นลงบันได 0= ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ 1= ต้องมีคนพยุง 2= ขึ้นลงบันไดได้เอง					
8.การแต่งตัว 0= ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย 1= ต้องมีคนอื่นช่วยในการแต่งตัว 2= สามารถแต่งตัวเองได้					
9.การกลืนอุจจาระ 0=ไม่สามารถควบคุมอุจจาระได้เลย 1=มีอุจจาระราดเป็นบางครั้ง 2=กลืนได้เป็นปกติ					
10.การกลืนปัสสาวะ 0=ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เลย 1=มีปัสสาวะราดเป็นบางครั้ง 2=กลืนได้ดีเป็นปกติ					
รวมคะแนน					

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (**กลุ่มติดเตียง**) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (**กลุ่มติดบ้าน**) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (**กลุ่มติดสังคม**) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป



เลขที่...../25.....

แบบยืม/เบิก วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลของ ผู้ยืม/เบิก).....
 ที่อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
 ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย).....สิทธิการรักษา.....
 ที่อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
 เจ็บป่วยด้วยโรค/อาการ.....
 มีความประสงค์ขอยืม/เบิกอุปกรณ์.....หมายเลขวัสดุ/ครุภัณฑ์.....
 ตามความเห็นของ.....ตำแหน่ง.....
 ตั้งแต่วันที่.....หากสิ่งของที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป
 ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเองหรือขอใช้เป็นวัสดุประเภทชนิด ขนาด ลักษณะ
 และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือขอใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดหรือราคาตาม
 ทะเบียนคุมวัสดุครุภัณฑ์

(ลงชื่อ).....ผู้ยืม/เบิก
 (.....)

ความเห็นผู้ควบคุมดูแลการยืม/เบิก วัสดุ/ครุภัณฑ์

- เห็นควรอนุมัติให้ยืมได้
 ไม่สามารถให้ยืม/เบิก ได้เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....
 (.....)

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาท่า

- อนุมัติให้ยืม/เบิก ได้
 ไม่สามารถอนุมัติให้ยืม/เบิก ได้เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาท่า

ได้รับวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการข้างต้นแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยืม/เบิก
 (.....)
 วันที่.....

ได้รับคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการที่ขอยืม/เบิกข้างต้นแล้ว
เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งคืน/ผู้ยืม
 (.....)

เอกสารความเห็นของแพทย์
กรณีเห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน

วันที่.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... AN.....

อาการของผู้ป่วย

เห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน คือ

วัตถุประสงค์การให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน คือ

โดยให้ยืม/เบิก อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์สำหรับใช้ที่บ้านตั้งแต่วันที่.....

และติดต่อยืม/เบิก ที่ กลุ่มงานบริหาร ในวันและเวลาราชการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นนักกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้านตั้งนี้

- ไม่จำเป็น
 ไม่เท่ากันร่วม
 ไม่เท่า ๓ ขา
 วอล์คเกอร์
 รถเข็นนั่ง
 อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นพยาบาล

ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้านตั้งนี้

- ที่นอนลมไฟฟ้า
 ที่นอนลมถุงน้ำยาล้างไต
 เครื่องผลิตออกซิเจน
 ถังออกซิเจนพร้อมหัวจ่าย
 เตียงผู้ป่วย
 ไม่จำเป็น
 รถเข็นนั่ง
 เครื่องดูดเสมหะ
 syringe diver
 อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....


(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลฟากท่า

1. ประวัติส่วนตัว	
สถานภาพสมรส..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ศาสนา.....	
บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... สถานที่ติดต่อ..... โทร.....	
ประวัติการเจ็บป่วย	
1. อาการสำคัญ.....	
2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....	
3. ระดับความรู้สึกตัว.....สัญญาณชีพแรกรับ BTC PR...../ min RR..... / min BP..... mmHg	
4. การตรวจร่างกาย.....	
5. วินิจฉัยแรกรับ	
2. ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็นอยู่	สรุปปัญหา
1.1 โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ตั้งแต่ปี.....	<input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา
1.2 ยาที่ใช้ประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา
1.3 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ซื้อยากินเอง <input type="checkbox"/> ไปคลินิก <input type="checkbox"/> รพ.ฟากท่า () อื่นๆ.....	
1.4 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแล ระบุ.....	
1.5 เคยรักษาตัวใน รพ. ในรอบ 3 เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง ครั้งสุดท้าย ว/ด/ป.....โรค.....	
1.6 การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง การผ่าตัดครั้งล่าสุด.....ว/ด/ป.....	
1.7 ความรู้สึกต่อการป่วยครั้งนี้ <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
1.8 สิ่งเสียด <input type="checkbox"/> สุรา <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน.....	
<input type="checkbox"/> บุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน.....	
1.9 สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่.....เล็กมานาน.....	
1.10 ยาสูบ/ยาสูบกลอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่.....เล็กมานาน.....	
1.11 การแพ้ <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ <input type="checkbox"/> มี () อาหาร () สารเคมี () ยา ระบุสิ่งที่แพ้.....	
ระบุอาการแพ้	
1.12 การได้รับภูมิคุ้มกัน (เฉพาะเด็ก 0 - 5 ปี) <input type="checkbox"/> ได้ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ครบ	
1.13 พัฒนาการสมวัย (เฉพาะเด็ก 0 - 5 ปี) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....	
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	
2.1 อาหารที่รับประทานเป็นประจำ	สรุปปัญหา
2.2 รูปแบบการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> รับประทานเอง <input type="checkbox"/> คนอื่นป้อน <input type="checkbox"/> อาหารสายยาง โดยให้ปริมาณml/ครั้ง วันละ..... มื้อ	<input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา
2.3 รสชาติอาหารที่ชอบ <input type="checkbox"/> เปรี้ยว <input type="checkbox"/> หวาน <input type="checkbox"/> มัน <input type="checkbox"/> เค็ม <input type="checkbox"/> เผ็ด <input type="checkbox"/> จืด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
2.4 ปัญหาในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม <input type="checkbox"/> ตัดฟัน <input type="checkbox"/> ฟันโยก <input type="checkbox"/>	
2.5 ชนิดน้ำดื่ม ระบุ.....ปริมาณ.....แก้ว/วัน	
2.6 ลักษณะผิวหนังที่แสดงถึงภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....	
3. การขับถ่าย	
3.1 ปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....	สรุปปัญหา
3.2 อุจจาระ.....ครั้ง/วัน หรือวัน/ครั้ง ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....	<input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา

แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลฟากท่า

2. ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)	สรุปปัญหา
<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย 4.1 การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> เดินได้เอง <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย <input type="checkbox"/> คนอื่นช่วย ระบุ.....</p> <p>4.2 การทำกิจวัตรประจำวัน (การทำความสะดวกสบายร่างกาย/การอาบน้ำ/การรับประทานอาหาร/การขับถ่าย ฯลฯ)</p> <p><input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ทำได้เองบางส่วน เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย เนื่องจาก.....</p> <p>4.3 การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ไม่เคยออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย ระบุ.....ความถี่.....วัน / สัปดาห์</p> <p>4.4 สภาพร่างกายหลังออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>4.5 งานอดิเรก ระบุกิจกรรม.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>5. การพักผ่อนนอนหลับ 5.1 การหลับ <input type="checkbox"/> หลับง่าย <input type="checkbox"/> หลับยาก <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>5.2 นอนหลับ.....ชม./วัน ช่วงเวลาประมาณ.....น. ถึง.....น. ลักษณะที่นอน <input type="checkbox"/> เดียง <input type="checkbox"/> พับ</p> <p>5.3 นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> นอน () ช่วงเช้า () ช่วงบ่าย</p> <p>5.4 การเข้านอนหลับ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช้ระบุความถี่.....สิ่งที่รบกวนขณะนอนรพ.(เช่นแสงเสียง) ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>6. สถิติปัญหา การรับรู้ ความเจ็บปวด 6.1 ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว</p> <p>6.2 การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... 6.3 การพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>6.4 การได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... 6.5 ประสาทการสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>6.6 อากาการปวด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี บริเวณ.....วิธีบรรเทาปวดที่ใช้ได้ผลดี.....</p> <p style="text-align: center;">Wong Baker Face Scale</p>  <p>6.7 ความจำและการโต้ตอบ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ..</p> <p>7.1 ภาพลักษณ์ของตนเอง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>7.2 อารมณ์และจิตใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>8. บทบาทและสัมพันธภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ....</p> <p><input type="checkbox"/> การดูแลครอบครัว ระบุ..... <input type="checkbox"/> อาชีพ ทำให้ขาดรายได้ <input type="checkbox"/> การศึกษา ต้องหยุดเรียน</p> <p><input type="checkbox"/> สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว <input type="checkbox"/> สัมพันธภาพกับผู้อื่น <input type="checkbox"/> เรื่องอื่นๆ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>9. เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>9.1 ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....</p> <p>9.2 เต้านม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....อวัยวะสืบพันธุ์ () ปกติ () ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>9.3 เพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>10. การปรับตัวและความทนต่อสภาพความเครียด</p> <p>10.1 สิ่งที่กังวลใจ / กลัวขณะเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....การแก้ไข.....</p> <p>10.2 บุคคลที่มีความสำคัญและต้องการอยู่ใกล้ชิดในขณะนี้ ได้แก่.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>11. คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>11.1 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>11.2 ขณะเจ็บป่วยอยู่ในรพ.ท่านต้องการทำอะไร</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>

ชื่อ - สกุล	อายุ	Sticker paste
HN	AN การแพทย์:	



แบบบันทึกแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษา หรือทำหัตถการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา

◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่รู้สติ

ข้าพเจ้า อายุ HN AN
เลขบัตรประจำตัวประชาชน

◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากไม่รู้สติ/อายุต่ำกว่า18ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ

ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของ
ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและขอความยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือการทำหัตถการจาก

แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลฟักท่าและได้
พิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา ไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาลเพราะ.....
 ไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา / การพยาบาล / การผ่าตัด / การระงับความรู้สึก /
หัตถการ ระบุ

ไม่สมัครใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ของ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น หาก
ข้าพเจ้า / ผู้ป่วย ไม่สมัครใจอยู่รักษาในโรงพยาบาล มิได้รับการตรวจรักษา / ผ่าตัด / หัตถการดังกล่าว หรือ ไม่สมัคร
ใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นดังกล่าว ข้างต้น

ดังนั้น หากมีความเสียหายหรือผลร้ายเกิดขึ้นกับ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ / หรือ ความ
บกพร่อง ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลฟักท่า แต่ประการใดทุกสิ่ง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน
(.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
 มากคนเดียว ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ

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

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

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

ตำแหน่ง.....

ชื่อ - สกุล	อายุ	Sticker paste
HN	AN	
การแพทย์:		

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : 90p-PC-014-00	หน้า :25/27
เรื่อง :แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)	

ใบขอคำปรึกษาจากแผนกอื่น(Consultation Form)

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....HN.....AN.....

วันที่ส่งปรึกษา.....เวลาที่ส่งปรึกษา.....ผู้ขอคำปรึกษา.....

แพทย์ที่ต้องการปรึกษา.....

ประวัติ ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CC :

HPI:.....
.....

ต้องการปรึกษาเพื่อ

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

ลงชื่อ.....

ผู้ขอคำปรึกษา

วันที่.....

ความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษา

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

การวินิจฉัยของผู้รับคำปรึกษา.....

การวางแผนการรักษา.....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอคำปรึกษา

วันที่.....

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP- PCT - 014 - 00	หน้า : 26/27
เรื่อง : แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)	

ข้อดี-ข้อเสียของการนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม

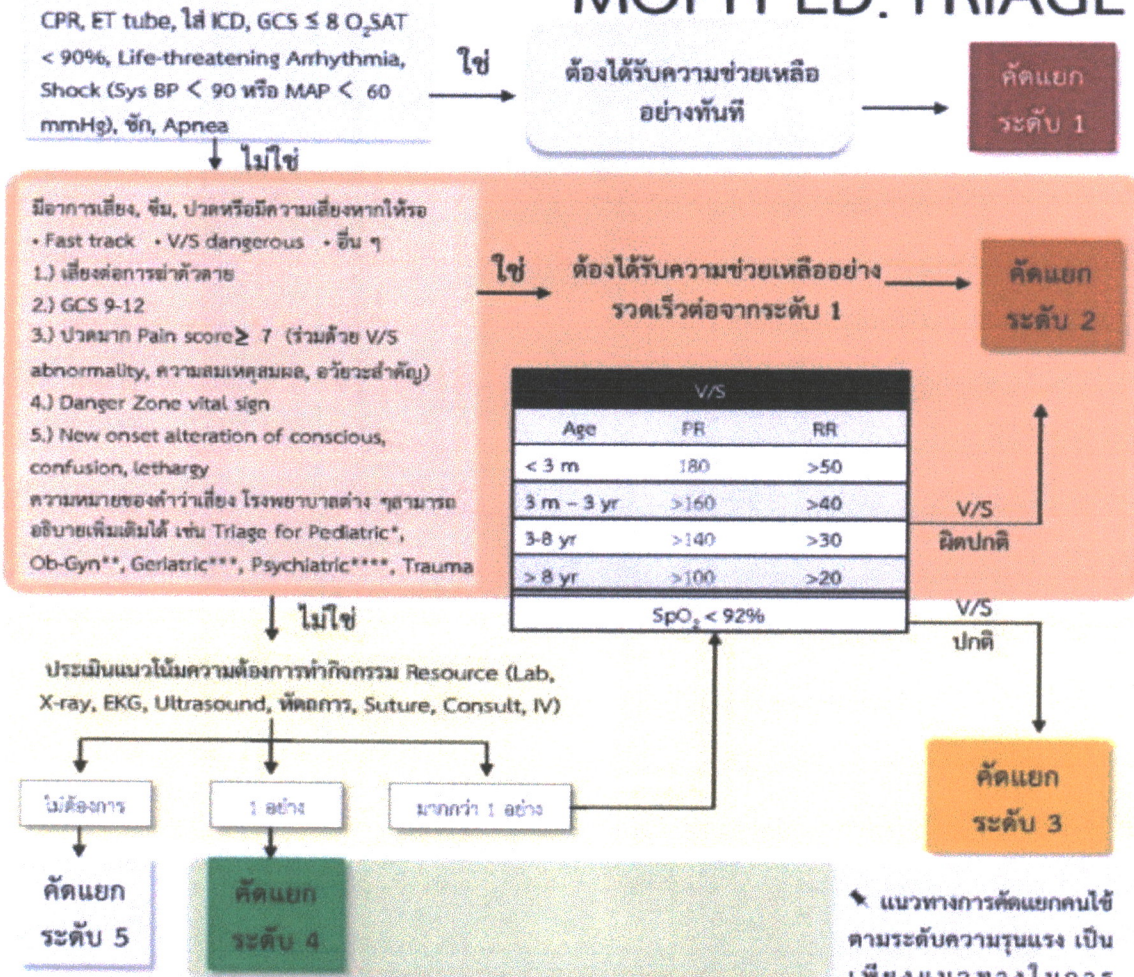
ข้อดี

1. ผู้ป่วย IMC ทุกราย จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคน
2. ผู้ป่วย IMC ทุกราย จะได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย จากทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่นๆ ของโรงพยาบาลฟากท่า
3. ผู้ป่วย IMC ทุกราย จะได้รับการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมตามตาราง Activities Protocol (Short Stay)
4. ผู้ป่วย IMC ทุกราย จะได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน
5. ในผู้ป่วยรายที่ญาติไม่มีสมรรถนะในการจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยทางโรงพยาบาลมีการ สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
6. ผู้ป่วย IMC และญาติ จะได้รับการให้คำปรึกษา ความรู้ ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
7. โรงพยาบาลฟากท่าได้มีการจัดเตรียมเตียงเพื่อฟื้นฟู สถานที่ และห้องน้ำ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเฉพาะ
8. ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลฟากท่า

ข้อเสีย

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. เสียรายได้

MOPH ED. TRIAGE



✦ แนวทางการคัดแยกคนไข้ตามระดับความรุนแรง เป็นเพียงแนวทางในการจัดบริการเท่านั้นและขึ้นกับวิสัยทัศน์และศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

✦ ข้อมูลที่ได้จากการทำการคัดแยกด้วยแนวทางเดียวกันจะนำมาซึ่งหลักเกณฑ์ของ Thailand National Triage Guideline

การประเมิน	การตรวจ
Lab (เจาะเลือด, ตรวจปัสสาวะ)	การตรวจร่างกาย (History & Physical)
EKG, X-ray, Ultrasound, CT scan	On Heparin Lock
IV fluid (hydration)	ยาเกิน, ยาฉีด, ยาเม็ด
ฉีดยา IV, IM หรืออื่นๆ	ฉีด Tetanus toxoid (TT), TAT
	ฉีด viro/ab, PCEC, ERIG, HRIG
Consult เฉพาะทาง	โซลารัมแพนทีน
พักการ NG, Foley, เปลี่ยนยา, eye irrigation, Remove FB, I&D, เช็ดตัว, ถอดใส่	Splint, Sling, ผ้าพันแผล, cold pack
CBC, BUN/Cr, E-lyte, G/M ถือเป็นกิจกรรมเบื้องต้น = 1 กิจกรรม	CBC+UA ถือเป็น Lab = 1 กิจกรรม
CXR, Skull film, C-spine ถือเป็น x-ray เหมือนกัน = 1 กิจกรรม	CXRCT scan = 2 กิจกรรม

* Pediatric Triage: กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็ก มีข้อบ่งชี้การมาดังนี้ 1. อายุ 1 - 20 วัน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นระดับ 1 หรือ 2 ขึ้นอยู่กับอาการ, 2. อายุ 1 - 3 เดือน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 c ให้พิจารณาเป็นระดับ 1 หรือ 2, 3. อายุ 3 เดือน - 3 ปี ในกรณี อุณหภูมิ > 39.0 c, 4. ไข้ใน vaccine ไม่สามารถกำหนดวันที่ ให้ยึดจากประวัติการฉีดวัคซีนได้พิจารณาเป็นระดับ 1 หรือ 2

** Ob-Gyn Triage

*** Geriatric Triage

**** Mental Health Triage: Mental Health Triage Tool, Department of Health, Australian Government

***** กรณีที่อยู่ใน danger zone vital sign ให้พิจารณาเป็น ระดับ 1 หรือ 2