



โรงพยาบาลฟักท่า
ระเบียบปฏิบัติ
เรื่อง


แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)

เอกสารเลขที่..... SOP-PCT-014-01

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวลัดดาวัลย์ นิตดา นางสาวชिरฎาณ์ วันพรหมมินทร์		12 ม.ค. 67
ผู้ทบทวน	นายแพทย์รัชพงษ์ สมบัติพานิช นายแพทย์พงศ์ศิริ เรณูมาน		12 ม.ค. 67
ผู้อนุมัติ	แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน		24 ม.ค. 67

บันทึกการประกาศใช้ / ทบทวนปรับปรุงเอกสาร

การปรับปรุงครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดการประกาศใช้ / ปรับปรุงเอกสาร
1	12 ม.ค. 67	ปรับแก้ไขรวมเรื่อง 500 เอกสาร และแนบบันทึก ในคิวเอกสารทุกฐาน

	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : A (1)
		หน้า 1/30 จำนวน 30 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SGP-PCP-014-01		วันที่เริ่มใช้ : 24 มกราคม 2567
เรื่อง:แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)		วันที่แก้ไข : แก้ไขครั้งที่ : 1
ทีม/งาน: IMC		ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : กายภาพ OPD ER IPD COC
ผู้จัดทำ:นางสาวลัดดาวัลย์ นิตตา,นางสาวชिरฎาณ์ วันพรหมมินทร์		ผู้อนุมัติ : แพทย์หญิงพรสวรรค์ 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 มี 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 ทันตแพทย์มีหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันทุกรายและวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพทางช่องปากแก่ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันเฉพาะราย

4.7 เภสัชกร มีหน้าที่ประเมินการใช้ยา ให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ให้คำแนะนำอาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน

4.8 งานแพทย์แผนไทย มีหน้าที่ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้อเกร็ง และการนวดกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.9 นักโภชนาการ มีหน้าที่สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สาย NG หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร เป็นต้น

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

5. คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน หมายความว่า ผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) ที่พ้นระยะ acute และสภาวะทางการแพทย์คงที่จนถึง 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) หมายความว่า การบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

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

เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)

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

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 ≥ 15 คะแนนร่วมกับมี multiple impairment ที่มีศักยภาพที่สามารถฟื้นฟูได้ (Conscious: alert/drowsy และสามารถทำตามคำสั่งได้ 1 ขั้นตอน) แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาให้ admit ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในจากทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างน้อย 1 ชั่วโมง/วัน อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์เป็นเวลา 14 วัน

การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก หมายความว่า การนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จนครบ 6 เดือนหรือจนกว่าผู้ป่วยมี BI=20

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 ของโรงพยาบาลพากทำซึ่งเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยรพ.สต. อสม.และทีมCOC 2 ครั้ง/เดือน และจะได้รับรายชื่อผู้ป่วยIMC รายใหม่จากพยาบาลและนักกายภาพผู้รับผิดชอบงาน IMCของโรงพยาบาลพากทำ ดังนี้

เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)

1.) ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติและประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL Index; BI)
- ผู้ป่วยที่มีผลประเมินได้ค่า BI <15 หรือ BI ≥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 แพทย์ส่งต่องานกายภาพบำบัดเพื่อนัดรักษาฟื้นฟูแบบ 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 ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการที่มาพบแพทย์ และประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่ BI 0-15 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วย admit โดยการให้ Empowerment และอธิบายเกี่ยวกับผลดีในการเข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลเสียหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอม admit พยาบาลรายงานแพทย์ และทำเอกสารสำหรับการ admit ให้ผู้ป่วยและญาติ ลงลายมือชื่อยินยอมให้การรักษาในรูปแบบฟอร์ม Inform consent ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน
- กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอม admit พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินรายงานแพทย์ผู้ป่วยและนัดติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ภายใน 3 วัน(ในเวลาราชการ)

3.) ผู้ป่วยรับ refer กลับมากับรถพยาบาล

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยในซักประวัติและประเมินปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL Index; BI), 11แบบแผนของ Gordon และวางแผนการรักษากำหนดผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยในอธิบายสาเหตุ อาการและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- พยาบาลประสานแจ้งทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจตาม Activities protocol ของโรงพยาบาลพากา ทำให้การรักษาฟื้นฟูตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยสหวิชาชีพ 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 ให้การรักษาตาม 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 หรือ กดทับแขนข้างที่อ่อนแรง 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 ตามผล ประเมินการกลืน 2.ประเมินสภาวะโภชนาการ	1.ประเมินการกลืน สอน การกลืนน้ำ 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	
<input type="checkbox"/> Dysarthria พูดไม่ชัด, ลิ้นแข็ง	-Sensory -Global	2.ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	ฝึกการออกเสียงเบื้องต้น 3.ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร	

ปัญหา	การฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	อื่นๆ
<input type="checkbox"/> Neglect การตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้นลดลง	ประเมินและให้ การวินิจฉัย	1. กระตุ้นการรับรู้และใช้ ร่างกายข้างที่อ่อนแรง 2. แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	1. กระตุ้นการรับรู้และใช้งาน ซีกร่างกายที่อ่อนแรง 2. แนะนำปรับ สภาพแวดล้อม	
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder ความผิดปกติของ การถ่ายปัสสาวะ	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 ความผิดปกติของ การถ่ายอุจจาระ	1. พิจารณาการให้ ยาระบาย 2. order สวน อุจจาระ	1. ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา 2. สวนอุจจาระ 3. กระตุ้น ambulate 4. สอนผู้ป่วย/ญาติ	1. Train toilet transfer 2. Active exercise 3. Ambulation 4. ฝึกการใส่และถอดเสื้อผ้า 5. ฝึกการทำความสะอาด ร่างกาย	
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer แผลกดทับ	1. Debridement 2. Antibiotic 3. Nutrition	1. ประเมินความเสี่ยงเกิดแผล กดทับ 2. พิจารณาใช้ที่นอนลม 3. Dressing wound 4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	1. สอนวิธีการเคลื่อนย้ายตัว บนเตียง 2. สอนวิธีการพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วย และการจัดทำทาง ที่เหมาะสม	นักโภชนาการให้ คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติในการ รับประทานอาหารที่ เหมาะสม
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits	ให้การรักษาตาม อาการ	1. กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว 2. ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการ รับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	1. กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว 2. ส่งเสริมและกระตุ้นด้าน การรับรู้ ความคิด ความ เข้าใจ	
<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal <input type="checkbox"/> Sleep disturb		3. สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการ ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน complications	3. Home program 4. Passive exercise	

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณา **งด** ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด/ออกกำลังกาย

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย > 38 องศา
2. ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที หรือ < 60 ครั้ง/นาที
3. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg หรือมีค่าความดันโลหิต < 90/60 mmHg
4. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน 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 \geq 15 หรือบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสามารถ D/C ได้

7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ ร้อยละ 85
2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed	≥ ร้อยละ 60
3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารสภาพระยะกลางจำนวนมากว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	≥ ร้อยละ 50
4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย IMC ขณะนอนโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ 20
5. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	≥ ร้อยละ 70
6. ร้อยละของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	≥ ร้อยละ 80

8. เอกสารอ้างอิง

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

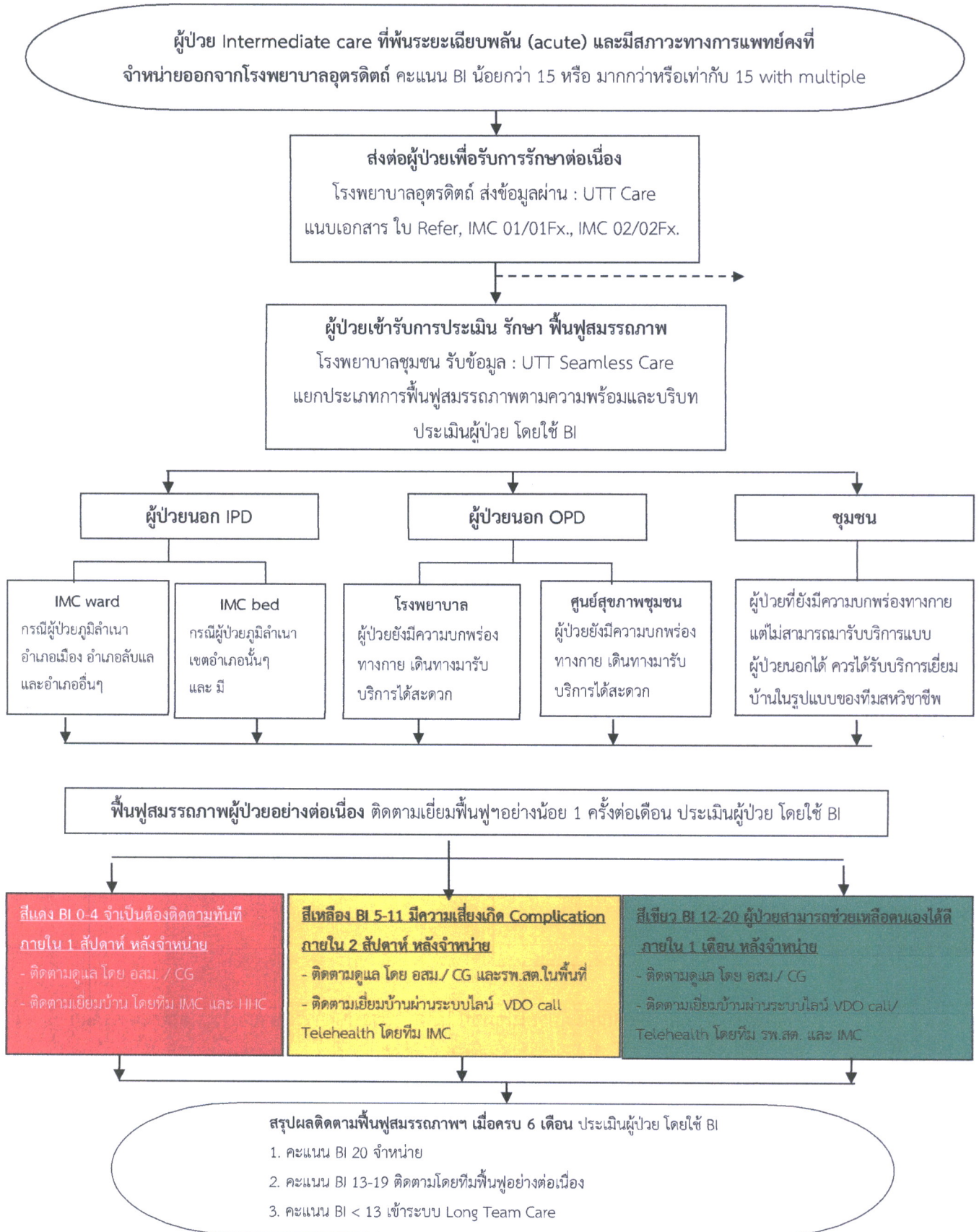
คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุดรธานี

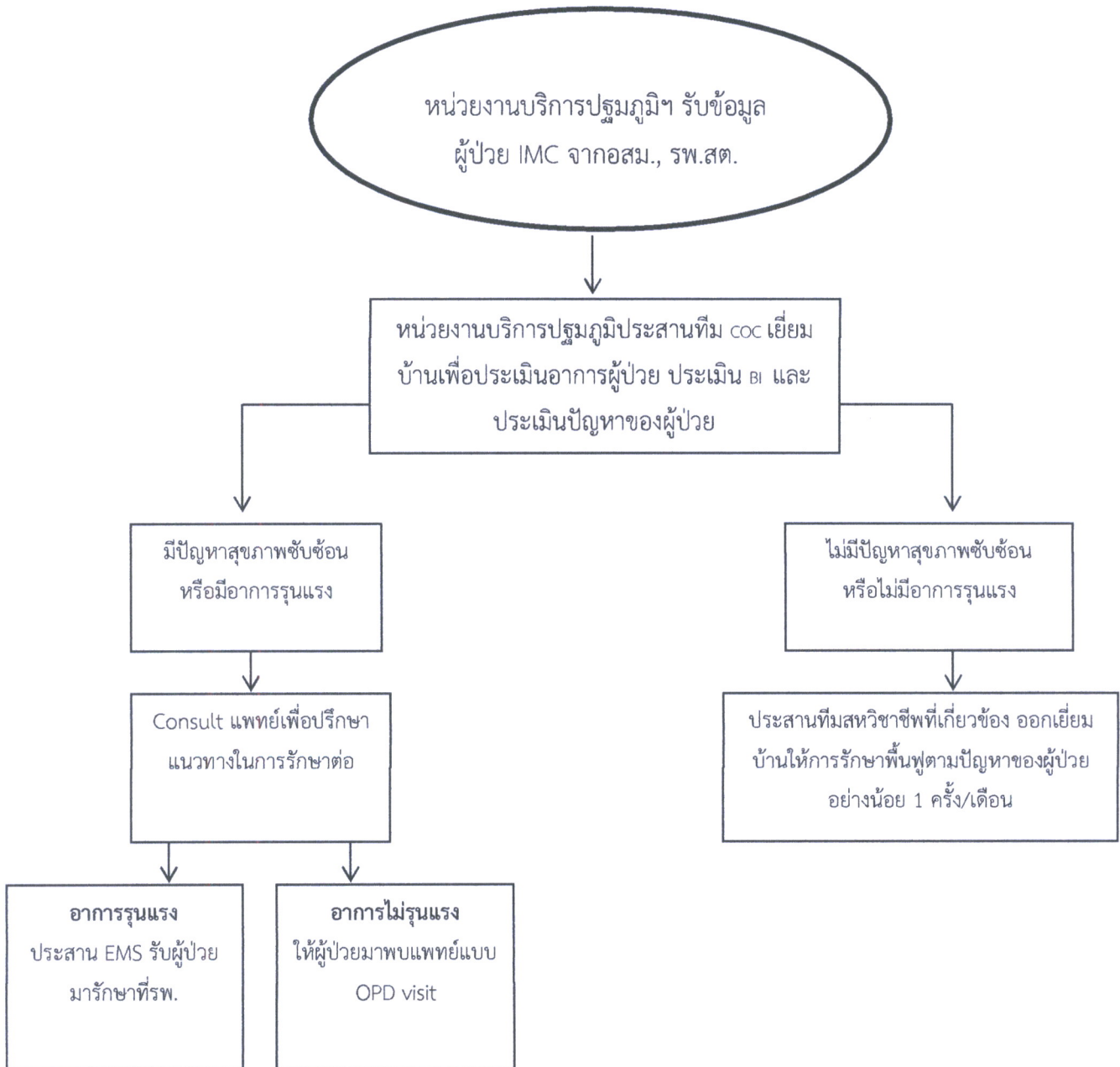
9. ภาคผนวก

คู่มือขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure)

แนวการส่งต่อผู้ป่วย IMC เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุดรดิตถ์

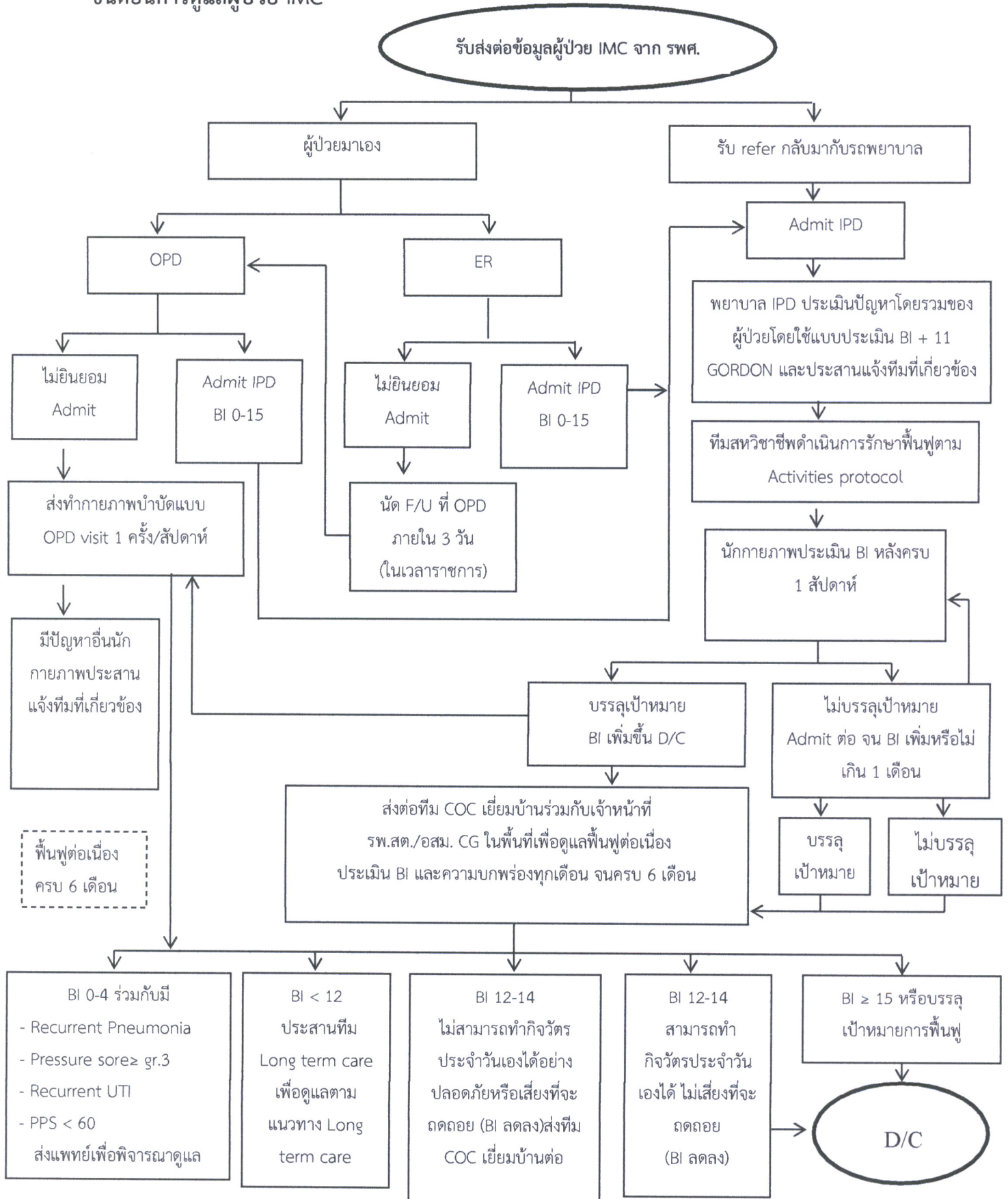


ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย IMC จากชุมชน



หมายเหตุ : ใช้ Flow chart นี้ในกรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชน ไม่ได้ผ่านระบบการรักษาของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
เช่น ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด เป็นต้น

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย IMC



Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

IMC 01

รพ.

Diagnosis <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury		Underlying disease		
<input type="checkbox"/> SCI..... <input type="checkbox"/> Fragility hip fracture				
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"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมรับสภาพบ้าน	<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"/> อื่นๆ.....	<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"/> อื่นๆ.....
<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 ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity 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 ท่างั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายด้วยอย่างถูกต้อง	<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"/> ฝึกกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการแปร่งฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <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"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้ระบาย <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"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 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"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> Sensory - specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

ลงชื่อ แพทย์พยาบาล.....นักกายภาพบำบัด.....นักกิจกรรมบำบัด.....

Problem list & Care Plan for Intermediate Care in hip fracture (Fragility fracture)

IMC 01_Fx.

Remarks:.....		ชื่อ - สกุล อายุ.....ปี ตึก..... HN..... AN.....		
Problem list	Plan of management			
Date.....	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Bisphonate <input type="checkbox"/> Calcium, Vitamin D <input type="checkbox"/> แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ติดตามการให้ยารักษา/ ผลข้างเคียงการใช้ยา <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ อาหารที่เหมาะสมใน ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	<input type="checkbox"/> Exercise program <input type="checkbox"/> Fall prevention program (strengthening,balance)	
<input type="checkbox"/> History of falling	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ประเมินและปรึกษากายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์(การ มองเห็น),แพทย์โสตศอนาสิก(การได้ยิน), เภสัชกร(การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ ผลข้างเคียงการใช้ยา)	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการ หกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> Fall prevention program (strengthening,balance)	
<input type="checkbox"/> Nutritional problem	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่นnutrition alert form:NAF) <input type="checkbox"/> รักษาภาวะทุพโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะ โภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น nutrition alert form:NAF) <input type="checkbox"/> ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการ เปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรม ทางกาย <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	
<input type="checkbox"/> Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยตรรก/ภาวะ <input type="checkbox"/> การรักษาตามสาเหตุ <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการ เคลื่อนไหวด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการ เคลื่อนไหวของข้อต่อ <input type="checkbox"/> การพลิกตะแคงตัว <input type="checkbox"/> การจัดทำกรนอนที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg,Bed mobility,upright activity,ADLs) <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ <input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> Range of motion exercise (ROME) <input type="checkbox"/> Positioning with hip dislocation precaution <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg,Bed mobility,uprigh t activity,ADLs) <input type="checkbox"/> การป้องกัน การเกิดซ้ำ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ

หมายเหตุ : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น

ลงชื่อ แพทย์พยาบาล.....นักกายภาพบำบัด.....นักกิจกรรมบำบัด.....

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCF-014-01

หน้า : 15/30

เรื่อง : แนวทางการดูแลและระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC)

โรงพยาบาลฟากท่า

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

IMC 02

For Intermediate Care (Stroke, TBI, SCI, Fragility hip fracture)

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.....	เติียง.....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) สมองเลียม(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 (.....) เยี่ยมบ้าน ลงชื่อแพทย์.....	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. จัด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์เมื่อ 2.1 BT ≥ 38° C 2.2 PR > 100 or < 60/min 2.3 SBP ≥ 180 or < 90, DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT ลงชื่อแพทย์.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care in Hip fracture (Fragility fracture)

IMC 02_Fx.

Underlying disease :		ชื่อ - สกุล	
Premobid status: ADL..... Ambulation.....		อายุ.....ปี ตึก.....	
<input type="radio"/> community ambulation <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non- ambulator		HN..... AN.....	
Progress note	Date	Order for one day	Order for Continuation
Onset of fracture : Side <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left Location <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric Treatment <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="radio"/> Skin traction <input type="checkbox"/> Surgery ชนิดการผ่าตัด ระบุ: <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สภาพบ้าน..... หมายเหตุ Refer Back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่ หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2.มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจาก เกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min -SBP 90-140 mmHg -DBP 60-90 mmHg - RR 12-20 /min - BT 36.5-38 °C		ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ทันระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพโดยสหวิชาชีพ Admit <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืน เดิน (Mobility,transfer & Ambulation) <input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก <input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) <input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) <input type="radio"/> Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤50% BW) <input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) <input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Crutches <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Wheelchair <input type="radio"/> กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม <input type="checkbox"/> Posterior approach ให้อนองขา ห้ามองข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามหุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน <input type="checkbox"/> Anterolateral approach ห้ามองต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ... ADL training Cognitive training Home modifications <input type="checkbox"/> ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษาทีม HHC/COC เตรียมการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน <input type="checkbox"/> ลงชื่อแพทย์.....	<input type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> Diet <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> High Protein <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dressing wound (OD,BID) <input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง <input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง Medication <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Activities for Rehab Program: 1.กิจกรรมทางการแพทย์ 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันก้นเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 discharge care plan 2.งด Program ออกกำลังกายและแข็งแรงเมื่อ 2.1 BT > 38 °C 2.2 PR > 100 or 60 /min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 90 or < 60mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บอก เหนื่อยหอบ วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน ลงชื่อแพทย์.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET For Intermediate Care in Hip fracture (Fragility fracture)

Underlying disease :		ชื่อ - สกุล		
Premobid status: ADL..... Ambulation.....		อายุ.....ปี ตึก.....		
<input type="radio"/> community ambulation <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non- ambulator		HN..... AN.....		
Progress note	Date	Order for one day	Date	Order for Continuation
Onset of fracture : Side <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left Location <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric Treatment <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="radio"/> Skin traction <input type="checkbox"/> Surgery ชนิดการผ่าตัด ระบุ: <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สภาพบ้าน..... หมายเหตุ Refer Back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่ หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2.มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min -SBP 90-140 mmHg -DBP 60-90 mmHg - RR 12-20 /min - BT 36.5-38 °C		Admit <input type="checkbox"/> Refer Back เพื่อ admit ดูแลหลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ใน กรณีผ่าตัด หรือญาติสามารถพร้อมดูแลที่บ้านในกรณีไม่ผ่าตัด) <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, tranfer & Ambulation) <input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก <input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) <input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <20% BW) <input type="radio"/> Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <50% BW) <input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) <input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Crutches <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> บริหารข้อข้อต่อข้างที่หัก <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Ankle กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม <input type="checkbox"/> Posterior approach ให้อนกางขา ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามหุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน <input type="checkbox"/> Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ... <input type="radio"/> ADL training <input type="radio"/> Cognitive training <input type="radio"/> Home modifications <input type="checkbox"/> ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษาทีม HHC/COC เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน <input type="checkbox"/> นัดติดตาม OPD ลงชื่อแพทย์.....		<input type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> Diet <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> High Protein <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dressing wound (OD,BID) <input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง <input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง Medication <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Activities for Rehab Program: 1.กิจกรรมทางการแพทย์ 1.1 ป้องกันข้อสะดพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันกสเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เผื่อระวังการติดเชื้อ 1.9 discharge care plan 2.งค Program ออกกำลังกายและแจ้งแพทย์เมื่อ 2.1 BT ≥ 38 °C 2.2 PR > 100 or 60 /min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 90 or < 60mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บอก เหนื่อยหอบ วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ลงชื่อแพทย์.....

IMC 03_Fx.

สำหรับ รพช.

Team Meeting Report

For Intermediate Care in Hip fracture (Fragility fracture)

โรงพยาบาล:		ชื่อ - สกุล อายุ.....ปี	
Team Meeting Report ครั้งที่: วันที่: เวลา:		HN..... AN..... ตึก.....	
Diagnosis :		Premobid status: ADL..... Ambulation.....	
Onset of fracture :		<input type="checkbox"/> community ambulation <input type="checkbox"/> Household ambulator <input type="checkbox"/> Non-	
Underlying disease :		ambulator	
สรุปประเด็น			
Fracture		Side: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left Location : <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric	
		Treatment : <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="checkbox"/> with Skin traction	
		<input type="checkbox"/> Surgery(Date.....) ระบุชนิดการผ่าตัด.....	
		<input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> ตามด้วยโลหะ	
Problem		Goal / Plan of management	
<input type="checkbox"/> BADLs	<input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Grooming <input type="checkbox"/> Toileting <input type="checkbox"/> Bathing <input type="checkbox"/> dressing	Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist	
<input type="checkbox"/> Bed mobility & transfer	<input type="checkbox"/> Bed mobility <input type="checkbox"/> Transfer (Bed->Chair) <input type="checkbox"/> Transfer (Bed->WC)	Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist	
<input type="checkbox"/> Ambulation: walk/stairs	<input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> stairs	Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist Level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist	
		<input type="checkbox"/> Walk with gait aid (<input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> axillary <input type="checkbox"/> Crutches <input type="checkbox"/> cane <input type="checkbox"/>)	
		<input type="checkbox"/> Wheelchair	
<input type="checkbox"/> Bowel	<input type="checkbox"/> Bowel program <input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง		
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> On Foley's cath <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง		
<input type="checkbox"/> การเตรียมบ้าน	<input type="checkbox"/> เตียงนอน <input type="checkbox"/> ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) <input type="checkbox"/> ปรับทางลาดเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> ราวจับในบ้าน		
แผนการต่อเนื่อง(โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)			
<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> วางแผนฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน		
<input type="checkbox"/> PT (นักกายภาพบำบัด) (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> วางแผนฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน		
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> คำแนะนำ.....		
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> คำแนะนำ.....		
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ)..... <input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> คำแนะนำ.....		
คะแนนรวม	Admit	วันที่ประเมิน...../20 คะแนน
Modified BI(20)	Discharge	วันที่ประเมิน...../20 คะแนน

Activities Protocol (Short Stay)

For Intermediate Care (Stroke, TBI, SCI, Fragility hip fracture)

IMC 04

สำหรับ รพช.

โรงพยาบาลฟากท่า

เวลา	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7
08.30 – 16.30น.	- รับผู้ป่วย - พยาบาลประเมิน BI + 11 GORDON สถานแจ้งทีมที่ 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 สัปดาห์และการวางแผน การจำหน่ายใน ผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้น หรือ BI=20 - กายภาพบำบัดและ การพยาบาลจัดทำ Home Program	- พยาบาลฟื้นฟู สภาพตามผลการ ประเมิน BI + 11 GORDON	- พยาบาลฟื้นฟู สภาพตามผลการ ประเมิน BI + 11 GORDON - ประเมินความ จำเป็นในการได้รับ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางการแพทย์ - ประสานบริหาร เพื่อให้อุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการแพทย์
	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	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)
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

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

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

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

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

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...../20 คะแนน

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

แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit report)
 งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลรพทท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่เยี่ยม..... วันที่รับคดีขอพรศพ.รพท.....

1.ข้อมูลทั่วไป HN..... ชื่อ-สกุล.....
 วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปีที่อยู่ปัจจุบัน..... เบอร์โทรศัพท์.....
 เลขที่บัตรประชาชน -----

2. ประเภทความพิการ

ความพิการทางด้านการมองเห็น(01) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย(02)
 ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวหรืออวัยวะ(03) ความพิการทางสติปัญญาหรือพฤติกรรม(04)
 ความพิการทางด้านสติปัญญา(05) ความพิการด้านการเรียนรู้(06) ความพิการทางการสื่อสาร(07)

ระดับความพิการ..... เลขที่ผู้พิการ..... สาเหตุความพิการ.....

สิทธิ์ค่ารักษาพยาบาล บัตรทอง บัตรทองผู้พิการ(ท.4) บัตรทองผู้สูงอายุ ประกันสังคม
 เบิกจ่ายคร. เบิกได้เทศบาล-อบต. อื่นๆ ระบุ.....

Dx..... กลุ่มโรค..... ICD-10.....

-ประเภทผู้ป่วย กลุ่ม 1 คัดเคือง กลุ่ม 2 คัดบ้าน กลุ่ม 3 คัดสังคม กลุ่ม 4 มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้

-ประวัติ / อาการสำคัญ.....

-Precaution..... C/P..... HT..... Heart..... DM..... อื่นๆ.....

ประเมินแรงรับ BP..... mmHg..... Pulse..... ครั้ง นท. เมตคตกับ ไม่มี มี.....

- Problem: Pain..... Limit ROM..... Weakness Poor transfer Poor ambulation
 Secretion retention..... Impaired ventilation..... Risk to complication.....

- Goal: ↓pain ↑ROM Increase in power..... Independent transfer Ambulation with.....
 ↓secretion Improved ventilation pt. ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง.....

- Treatment: Passive ex..... Active ex..... Balance training Positioning Breathing ex.....
 Ambulation with..... อื่นๆ.....

- Home program: ให้ผู้ป่วยฝึกเดิน บรรเทา ไม่บรรเทา.....
 ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวตามตนเองได้อย่างเหมาะสม
 ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวตนเอง, นั่ง-ยืนทรงตัวได้ ผู้ป่วยสามารถเดินเองได้โดยใช้หรือไม้เท้า/อุปกรณ์ช่วยเดิน

3.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ:.. เขี่ยยังชีพ ได้รับ ไม่ได้รับ

อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ One point canes Tripod canes Walker Crutch อื่นๆ.....

4. ข้อมูลที่อยู่อาศัย: สัณฐานพื้นผิว เดือร พื้น สัณณะบ้าน ชั่วคราว ลอจัน ผู้พิการอาศัย.....

สัณณะพื้นผิว ราวจับ มี ไม่มี ชัดสะอาด ส้วมซึม ไร้ค้ำอ้อม อื่นๆ.....

5.การส่งต่อรักษาผู้ป่วย 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 แต่พอจัดการได้ 2- สามารถรับประทานอาหารได้เอง					
2. การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน 0- ช่วยตนเองไม่ได้เลย 1- นั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน 2- ต้องมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย 3- ไปเคื่องเดียวไม่ต้องมีคนช่วย					
3. การจัดทรงผม หรือสระ 0- ต้องมีคนช่วย 1- ทำได้เอง					
4. การเข้าห้องน้ำ 0- ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย 1- ต้องมีคนอื่นช่วยดูแล 2- ช่วยตัวเองได้ดี					
5. การอาบน้ำ 0- ต้องมีคนช่วยในการอาบน้ำ 1- อาบน้ำได้เอง					
6. การเคลื่อนที่ 0- ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้เอง 1- เดินไม่ได้แต่เคลื่อนที่ได้เองโดยใช้รถเข็น 2- เดินได้ถ้ามีคนพุดหรือใช้ไม้เท้า 3- เดินได้เอง					
7. การขึ้นลงบันได 0- ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ 1- ต้องมีคนพุด 2- ขึ้นลงบันไดได้เอง					
8. การแต่งตัว 0- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย 1- ต้องมีคนอื่นช่วยในการแต่งตัว 2- สามารถแต่งตัวเองได้					
9. การกลืนอาหาร 0- ไม่สามารถควบคุมอาหารได้เลย 1- มีอาการสำลักเป็นบางครั้ง 2- กลืนได้เป็นปกติ					
10. การกลืนปัสสาวะ 0- ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เลย 1- มีปัสสาวะราดเป็นบางครั้ง 2- กลืนได้เป็นปกติ					
รวมคะแนน					

- กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มคิดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน
- กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มคิดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน
- กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มคิดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป



เลขที่...../25.....

แบบยืม/เบิก วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยืม/เบิก
 (.....)

ความเห็นผู้ควบคุมดูแลการยืม/เบิก วัสดุ/ครุภัณฑ์

- เห็นควรอนุมัติให้ยืมได้
 ไม่สามารถให้ยืม/เบิก ได้เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....
 (.....)

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาทา

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

(ลงชื่อ).....
 (นางสาวพรสวรรค์ มีจีน)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาทา

ได้รับวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการข้างต้นแล้ว

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

ได้รับคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการที่ขอยืม/เบิกข้างต้นแล้ว
เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)

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

เอกสารความเห็นของแพทย์
กรณีเห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน

วันที่.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... AN.....
อาการของผู้ป่วย

เห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน คือ

วัตถุประสงค์การให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน คือ

โดยให้ยืม/เบิก อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์สำหรับใช้ต่อที่บ้านตั้งแต่วันที่.....
และติดต่อยืม/เบิก ที่ กลุ่มงานบริหาร ในวันและเวลาราชการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นนักกายภาพบำบัด	ความเห็นพยาบาล
<p>ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ต่อที่บ้านดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ไมค์ยັນ</p> <p><input type="checkbox"/> ไมค์เท้าร่วม</p> <p><input type="checkbox"/> ไมค์เท้า ๓ ขา</p> <p><input type="checkbox"/> วอร์คเกอร์</p> <p><input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	<p>ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ต่อที่บ้านดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ที่นอนลมไฟฟ้า</p> <p><input type="checkbox"/> ที่นอนลมถุงน้ำยาล้างไต</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ถังออกซิเจนพร้อมหัวจ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไมค์ยັນ</p> <p><input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ</p> <p><input type="checkbox"/> syringe diver</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>
<p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>	<p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>

แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลฟากท่า

1. ประวัติส่วนตัว

สถานภาพสมรส..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ศาสนา.....
บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... สถานที่ติดต่อ..... โทร.....

ประวัติการเจ็บป่วย

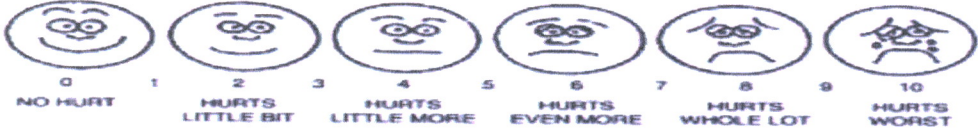
1. อาการสำคัญ.....
2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....
3. ระดับความรู้สึกตัว..... สัญญาณชีพแรกรับ BT C PR..... / min RR..... / min BP..... mmHg
4. การตรวจร่างกาย.....
5. วินิจฉัยแรกรับ

2. ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

สรุปปัญหา

<p>1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็นอยู่</p> <p>1.1 โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ตั้งแต่ปี.....</p> <p>1.2 ยาที่ใช้ประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>1.3 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ซักยากินเอง <input type="checkbox"/> ไปคลินิก <input type="checkbox"/> รพ.ฟากท่า () อื่นๆ.....</p> <p>1.4 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแล ระบุ.....</p> <p>1.5 เคยรักษาตัวใน รพ. ในรอบ 3 เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย..... ครั้ง ครั้งสุดท้าย ว/ด/ป..... โรค.....</p> <p>1.6 การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย..... ครั้ง การผ่าตัดครั้งล่าสุด..... ว/ด/ป.....</p> <p>1.7 ความรู้สึกต่อการป่วยครั้งนี้ <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>1.8 สิ่งเสียดิต • สุรา <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน..... • บุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน.....</p> <p>1.9 สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ..... ปริมาณ/ความถี่..... เล็กมานาน.....</p> <p>1.10 ยาชุด/ยาลูกกลอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ..... ปริมาณ/ความถี่..... เล็กมานาน.....</p> <p>1.11 การแพ้ <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ <input type="checkbox"/> มี () อาหาร () สารเคมี () ยา ระบุสิ่งที่แพ้..... ระบุอาการแพ้</p> <p>1.12 การได้รับภูมิคุ้มกัน (เฉพาะเด็ก 0 – 5 ปี) <input type="checkbox"/> ได้ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ครบ</p> <p>1.13 พัฒนาการสมวัย (เฉพาะเด็ก 0 – 5 ปี) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>2.1 อาหารที่รับประทานเป็นประจำอาหารที่ไม่รับประทาน.....</p> <p>2.2 รูปแบบการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> รับประทานเอง <input type="checkbox"/> คนอื่นป้อน <input type="checkbox"/> อาหารสายยาง โดยให้ปริมาณml/ครั้ง วันละ..... มื้อ</p> <p>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.....</p> <p>2.4 ปัญหาในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม <input type="checkbox"/> ดัดฟัน <input type="checkbox"/> ฟันโยก <input type="checkbox"/></p> <p>2.5 ชนิดน้ำดื่ม ระบุ..... ปริมาณ..... แก้ว/วัน</p> <p>2.6 ลักษณะผิวหนังที่แสดงถึงภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>
<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 ปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....</p> <p>3.2 อุจจาระ.....ครั้ง/วัน หรือวัน/ครั้ง ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</p>

แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลพาทา

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) <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"/> เติง <input type="checkbox"/> ฟุ้ง</p> <p>5.3 นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> นอน () ช่วงเช้า () ช่วงบ่าย</p> <p>5.4 การใช้อานอนหลับ <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. สติปัญญา 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 อาการปวด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี บริเวณ.....วิธีบรรเทาปวดที่ใช้ได้ผลดี.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา</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>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 สิ่งที่กำลังกังวล / 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>



แบบบันทึกแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษา หรือทำหัตถการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา

◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่รู้สติ

ข้าพเจ้า อายุ HN AN
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากไม่รู้สติ/อายุต่ำกว่า18ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ

- ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อ ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือการทำหัตถการจาก
- แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลพาร์ทาและได้พิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา ไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาลเพราะ.....

ไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา / การพยาบาล / การผ่าตัด / การระงับความรู้สึก /
หัตถการ ระบุ

ไม่สมัครใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....

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

ดังนั้น หากมีความเสียหายหรือผลร้ายเกิดขึ้นกับ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ / หรือ ความ
บกพร่อง ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพาร์ทา แต่ประการใดทั้งสิ้น

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:		

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.....

ข้อดี-ข้อเสียของการนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม

ข้อดี

- 1.ผู้ป่วยIMCทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคน
- 2.ผู้ป่วยIMCทุกรายจะได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย จากทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่นๆ ของโรงพยาบาลพากท่า
- 3.ผู้ป่วย IMC ทุกรายจะได้รับการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมตามตาราง Activities Protocol (Short Stay)
4. ผู้ป่วยIMC ทุกราย จะได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน
- 5.ในผู้ป่วยรายที่ญาติไม่มีสมรรถนะในการจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยทางโรงพยาบาลมีการ สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 6.ผู้ป่วยIMC และญาติ จะได้รับการให้คำปรึกษา ความรู้ ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 7.โรงพยาบาลพากท่าได้มีการจัดเตรียมเตียงเพื่อฟื้นฟู สถานที่ และห้องน้ำ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเฉพาะ
- 8.ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลพากท่า

ข้อเสีย

- 1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 2.เสียรายได้