

แนวทางปฏิบัติของกลุ่ม งานการพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

การพลัดตกหกล้ม (FALL) หมายถึงการเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา ลงสู่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจทำให้เกิดบาดเจ็บ พิการ หรืออาจถึงชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และเกิดความไว้วางใจ

ระดับความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ส่งผลให้ ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม

A = มีสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม

B = มีสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเกือบมีการพลัดตกหกล้มแต่สามารถช่วยไว้ได้ทัน

C = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้ม แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ

D = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มและไม่ได้รับบาดเจ็บต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

E = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) ให้การปฐมพยาบาล เบื้องต้น เช่น ให้อาบน้ำอุ่น มีแผลถลอกเปิด ถูครีมแก้คันเล็กน้อยต้องทำแผล เป็นต้น

F = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา เพิ่มเติม ทา หัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ทำให้อนโรงพยาบาลนานขึ้น (major injury) ได้แก่ กระดูกหัก (HIP fracture , Arm fracture , Head Trauma) เป็นต้น

G = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น Severe head injury

H = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บรุนแรงมาก ต้องได้รับการบำบัดเพื่อช่วยชีวิต

I = ผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มและเสียชีวิต

การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม

ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีการศึกษาอย่างกว้างขวางได้แก่

1. ประวัติเคยหกล้ม

2. การทรงตัวบกพร่อง
3. ท่าเดินที่ผิดปกติ
4. ความผิดปกติของการมองเห็น
5. ความกลัวที่จะล้มในคนที่เคยหกล้ม
6. สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินอย่างปลอดภัย
7. การควบคุมการขยับถ่ายที่ผิดปกติ
8. การรับรู้บกพร่อง (Cognitive impairment)
9. ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

- สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินอย่างปลอดภัย
- การควบคุมการขับถ่ายที่ผิดปกติ
- การรับรู้บกพร่อง
- ผลข้างเคียงจากยา

แนวทางการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

- 1.การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติหกล้มมาก่อนและยังไม่มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม
- 2.การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการประเมินเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มตั้งแต่ระยะแรกเพื่อไม่ให้เกิดภาวะหกล้ม ขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3.การป้องกันระดับตติยภูมิ(Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำซ้อน ในผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลกระทบจากภาวะหกล้มให้น้อยที่สุด

วิธีป้องกันและระมัดระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ควรปฏิบัติ ดังนี้

- 1.ใช้ปุ่มฉุกเฉินเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ
- 2.หากได้รับยาที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ ให้ใช้กระโถนเตียงและเรียกเจ้าหน้าที่หรือญาติเพื่อช่วยเหลือทุกครั้ง
- 3.ยางชนิดอาจทำให้วงซึมหรือเวียนศีรษะ ทุกครั้งที่จะลุกขึ้นจากเตียง/เก้าอี้ให้ลุกขึ้นอย่างช้าๆ
- 4.สวมรองเท้าที่มีพื้นยางกันลื่นทุกครั้งที่เดิน
- 5.หากมีแว่นตาหรือเครื่องช่วยฟัง ให้สวมใส่ตลอดเวลาที่ตื่น
- 6.ใช้เครื่องช่วยพยุงเดินเพื่อความมั่นใจ เช่นไม้เท้า โครงพยุงเดินและควรมีผู้ดูแลเดินไปด้วย
- 7.เปิดไฟทางเดินให้สว่างและไม่มีสิ่งกีดขวางใดๆ
- 8.ผู้ดูแลควรระวังไม่ให้พื้นเปียกหรือน้ำหยด
- 9.ระวังสะดุดกรณีพื้นต่างระดับหรือบริเวณประตู
- 10.หากเสื้อผ้าหลวมหรือยาวเกินไปให้พับขากางเกงขึ้น ป้องกันสะดุด
- 11.ของใช้ที่จำเป็นควรวางอยู่ในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึงและวางอย่างเป็นระเบียบ
- 12.ราวจับบริเวณทางเดินและบันไดนั้นควรให้ผู้ป่วยจับราวทุกครั้งที่ยืนลงบันไดโดยเฉพาะคนที่แขนขาอ่อนแรง
- 13.ควรออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และฝึกความสมดุล ตามคำแนะนำ
14. กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ควรมีป้ายระบุ ว่า F ที่หัวเตียงหรือหน้าห้อง เพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด แนะนำญาติให้ดูแลอย่างใกล้ชิด
- 15.ถ้าเป็นเด็ก จัดทำหุ้มราวกันเตียง หรือห้องคลอดใช้หมอนข้างยาวกันข้างเตียงกันตกเตียงและกระแทก
- 16.กรณีทารกแรกเกิดในตู้อบไฟ ก็ใช้หมอนข้างกัน
- 17 กรณีเด็กที่มีหัตถการ จัดทำเชือกสำหรับรัดตัว

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มการพยาบาล	วันที่ทบทวน

การให้สุศึกษาเพื่อมีส่วนร่วม ในการป้องกันภาวะหกล้ม

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล1

1. ปฐมนิเทศ โดยให้คำแนะนำผู้ป่วย เกี่ยวกับพื้นที่บริเวณเตียงที่ผู้ป่วยพักอยู่ สิ่งอำนวยความสะดวก ในหอผู้ป่วย ห้องน้ำ ทางเดิน วิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น รวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความปลอดภัย และข้อจำกัดของผู้ป่วยใน การทำกิจกรรมต่างๆ ที่อาจทำให้หกล้ม
3. ผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่าเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต้องได้รับการให้ความรู้/การสอน ที่เกี่ยวข้องกับ ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัย และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ
4. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ กลุ่ม Early stage dementia, Delirium, Depression ต้องได้รับการสอน/ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในกลุ่มญาติ
5. สอน/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในการเปลี่ยนอิริยาบถที่ช้าไม่รีบเร่ง
6. พัฒนา/จัดให้มีโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
7. สอน แนะนำข้อมูลที่สำคัญ/จำเป็นแก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หากเกิดอุบัติเหตุหกล้มว่าจะทำอย่างไร หากหกล้มแล้วไม่สามารถยืนได้จะทำอย่างไร ตลอดจนการปฐมพยาบาล
8. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการระวังป้องกันภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย ในกลุ่ม บุคคล ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกเสื่อม/กระดูกพรุน
9. แนะนำวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกแข็งแรง การทำกิจกรรมทางกายเพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
10. กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติหกล้มมาก่อน ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะหกล้มและการป้องกัน จะช่วยลดความกลัวการหกล้ม (fear of fall) และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (self efficacy) ของ ผู้ป่วยได้

เทคนิคการให้ความรู้กับผู้สูงอายุ - ให้ความสนใจ ด้วยท่าทีที่ตั้งใจ สอดคล้องกับผู้สูงอายุตลอด - สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน ให้ส่งเสริมการใช้เครื่องช่วยฟัง - ใช้ระยะเวลาที่สั้น และนำเสนอข้อมูลที่สำคัญเป็นอันดับแรก - จัดสถานที่ในการให้ความรู้เรียบง่าย สงบ ลดการรบกวน - การนำเสนอ เน้นการยกตัวอย่างประกอบ การทวนซ้ำ และการฝึกทักษะของผู้สูงอายุ - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เช่น การพูดคุย - ให้เกียรติโดยเฉพาะการเรียกชื่อ

ตัวชี้วัด อัตราพลัดตกหกล้ม

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวนจึงได้นำแนวคิด การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) มาพัฒนาเป็นระบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ The Modify Focus Charting Record ขึ้นเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบบันทึกทางการพยาบาล รูปแบบใหม่ที่มีความยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงาน บริการพยาบาล สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับ ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น วัตถุประสงค์(Goal) 1. เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วน และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องชัดเจน 2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 3. เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ดี ขั้นตอนปฏิบัติ รูปแบบการบันทึก Focus Charting ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) ส่วน Focus List หรือ Nursing Diagnosis และ Goal/outcome 2) ส่วนที่เป็นเนื้อหา Progress note ประกอบด้วย Focus, Assessment, Intervention และ Evaluation โดยแต่ละส่วนมีโครงสร้างของบันทึกดังนี้ ส่วนที่ 1 Focus List เป็นการบันทึกรายการ (List) ประเด็น (Focus) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นแบบบันทึกที่ใช้ควบคู่กับการบันทึกส่วนของเนื้อหา โดยทำหน้าที่เป็นดัชนีหรือการอ้างอิงสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยแบบบันทึกนี้เป็นการแสดงรายการ Focus เรียงลำดับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตัวอย่าง Focus List ผู้ป่วย CA Rectum ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด Colostomy มีดังนี้ - ให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัด - วางแผนจำหน่าย - เตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด	

- กำหนดตำแหน่งช่องเปิดหน้าท้อง
- มีโอกาสเกิดอาการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด
- ปวดแผล
- การสอนการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
- Step Diet
- อาจเกิดการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Body Image)
- Follow up คลินิกออสโตมีและแผล

ตัวอย่าง Focus List ของผู้ป่วย CA Rectum ตั้งแต่รับเข้ารับการรักษานจนจำหน่าย สะท้อนให้เห็นภาพรวมของปัญหา ความต้องการ รวมทั้งการดูแลรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยรายนี้ชัดเจน

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

ประโยชน์ของ Focus List

จากตัวอย่าง Focus List ของผู้ป่วย CA Rectum ตั้งแต่รับเข้ารับการรักษานจนจำหน่าย ช่วยทำให้เห็นภาพรวมของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว โดยภาพรวม Focus List เป็นเรื่องราวของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากขึ้น

Goal/Outcomes เป็นบันทึกที่เกี่ยวกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ Focus โดยแสดงถึงการตอบสนองของผู้ป่วย (Patient response) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาได้รับการแก้ไข หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (patient needs)

แนวทางการบันทึก Focus Charting

การบันทึกส่วนสรุป Focus List เป็นการบันทึกส่วนที่ 2 และมีโครงสร้างบันทึก ดังนี้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลได้ทำการออกแบบ โครงสร้างการบันทึก Focus List และมีแนวทางการบันทึกดังนี้

วิธีการบันทึก

ในการบันทึก Focus List ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 No. และ Time

ในส่วนนี้บันทึกหมายเลข เช่น 1, 2, 3, ซึ่งเป็นการแสดงหมายเลขของ Focus โดยเรียงลำดับเวลา ก่อน-หลังการเกิดปัญหาของผู้ป่วย และเวลาที่เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 Focus

บันทึกประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อาการ อาการแสดง พฤติกรรมของผู้ป่วย ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงสภาวะอาการของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลัน การดูแลรักษาเฉพาะ ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปวด Ineffective airway clearance วางแผนจำหน่าย เป็นต้น แต่เมื่อพบสาเหตุของอาการหรือปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิด ก็ให้ปรับปรุงแบบการเขียนเป็นแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดย Resolved ปัญหาเดิมออกไป

ส่วนที่ 3 Goal/Outcome

บันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ (Focus) โดยแสดงถึงการตอบสนองของผู้ป่วย (patient response) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาได้รับการแก้ไข หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (patient need)

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....										
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล	วันประกาศใช้.....										
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน										
แนวทางการบันทึก Goals / Outcomes 1. ควรมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย (Client – centered outcome) 2. เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ไม่ใช่ของพยาบาล ตัวอย่าง ใบบันทึก NURSING FOCUS LIST (หลังคลอด) <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Focus(วินิจัยการพยาบาล/ปัญหา)</th> <th>GOAL/OUTCOME</th> <th>ACTIVE วันเริ่มต้น</th> <th>RESOLVED วันสิ้นสุด</th> <th>REMARK ผู้บันทึก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด/ ซ้ำเนื่องจากมดลูกหด รัดตัวไม่ดี/รกค้าง/ ช่องคลอดฉีกขาด</td> <td>ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดตลอดระยะเวลาที่ อยู่ในรพ.</td> <td>1มกราคม 2565</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Focus(วินิจัยการพยาบาล/ปัญหา)	GOAL/OUTCOME	ACTIVE วันเริ่มต้น	RESOLVED วันสิ้นสุด	REMARK ผู้บันทึก	มารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด/ ซ้ำเนื่องจากมดลูกหด รัดตัวไม่ดี/รกค้าง/ ช่องคลอดฉีกขาด	ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดตลอดระยะเวลาที่ อยู่ในรพ.	1มกราคม 2565		
Focus(วินิจัยการพยาบาล/ปัญหา)	GOAL/OUTCOME	ACTIVE วันเริ่มต้น	RESOLVED วันสิ้นสุด	REMARK ผู้บันทึก							
มารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด/ ซ้ำเนื่องจากมดลูกหด รัดตัวไม่ดี/รกค้าง/ ช่องคลอดฉีกขาด	ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดตลอดระยะเวลาที่ อยู่ในรพ.	1มกราคม 2565									

ไม่สุขสบาย เนื่องจาก ปวดเจ็บแผลฝีเย็บ/ ด้านมดตึง/ ปวดมดลูก	-ปวดแผล/ปวดมดลูกและ ปวดด้านมดตึง pian score<3 ตลอดระยะที่อยู่ใน โรงพยาบาล				
---	--	--	--	--	--

ภาพที่2 การบันทึก Goals / Outcomes

ประโยชน์ของ Focus List

Focus List ช่วยทำให้เห็นภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทั้งปัญหาที่แก้ไขแล้วมีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย และที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายซึ่งทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวม Focus List เป็นเรื่องราวของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากขึ้น ส่วน Goal/Outcome เป็นส่วนของเป้าหมายการดูแล เปรียบเหมือนแผนหรือทิศทางที่ต้องการไปให้ถึงในทางปฏิบัติการ Goal/Outcome จะเป็นตัวชี้ทิศทางกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแต่ละคนอาจตัดสินใจปฏิบัติการแตกต่างกัน ขึ้นกับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ แต่เมื่อมี Goal/Outcome กับ ความแตกต่างของการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และในที่สุดก็สามารถทำให้บรรลุผลเดียวกัน

ส่วนที่4. Active วัน เวลา ที่เริ่มประเมิน

ส่วนที่5 .Resolved วัน เวลา ที่สิ้นสุดการประเมิน

ส่วนที่6. Remark ผู้บันทึก/ผู้ตรวจสอบ

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

ภาพที่ 3 Progress Note (F-IPD-007)

Progress Note มารดาหลังคลอด2 -24 ชม. โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

วันที่	เวลา	FOCUS	A=Assessment I= Intervention E= Evaluation	Signature
20 กพ. 64	09.00น.	เสียงภาวะ ตกเลือด หลังคลอด	A=Hx.เลือดออกแรกคลอด มีเลือดออกชุ่มpad เปื้อน ผ้าถุงผล hct.....% OF..... DCIP	

			I= - ประเมินการหดตัวของมดลูกหลังคลอด สอนคลึงมดลูกบ่อย ประเมินสภาพแผลฝีเย็บ - ใส่ Pad Observe bleeding per vagina - ประเมินสัญญาณชีพ - ดูแลได้รับอาหารและยา ให้สารน้ำต่อเนื่อง - กระตุ้นปัสสาวะภายใน 6 – 8 ชม.หลังคลอด - ดูแลการพักผ่อน ช่วยเหลือกิจกรรม - กระตุ้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยให้มดลูกหดตัว	
	11.00น.		E= เลือดออกเพิ่ม cc..BP=.....mmhg P=..... ครั้ง/นาที .T=.....C มดลูกหดตัว .. ☐ ดี ☐ ไม่ดี ภาวะตกเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี	

ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหา Progress note

ประกอบด้วย Focus, Assessment, Intervention และ Evaluation

การบันทึกส่วนเนื้อหา Progress note

การบันทึกส่วนเนื้อหาส่วนนี้ มีโครงสร้างการบันทึก 2 ส่วน คือ Focus (F) และส่วนรายละเอียด Assessment (A) Intervention (I) และ Evaluation (E) ซึ่งโครงสร้าง F-A-I-E นี้ดัดแปลงจากรูปแบบที่พัฒนาใน Eitel Hospital คือ F-D-A-R โดย F คือ Focus D คือ Data A คือ Action และ R คือ Response การปรับค่าให้เป็น A-I-E เพราะเป็นคำที่ใช้ โดยให้เหตุผลว่า เป็นคำที่ทำให้ง่ายต่อการสื่อสาร เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าคำดังกล่าว เป็นคำที่มีความหมายชัดเจน สื่อสารได้ตรงประเด็น สั้น เข้าใจง่าย จดจำง่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ จึงมีมติใช้รูปแบบ F-A-I-E โดยแต่ละส่วนประกอบมีรายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการแพทย์	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ข้อแนะนำการเขียนประเด็น Focus Focus ทั้งหมดในผู้ป่วยแต่ละราย “เป้าหมายในการบันทึกเพื่อการสื่อสารสามารถเขียน Focus เป็นคำหรือวลีด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย หลีกเลี่ยงภาษาที่ต้องแปลความ แต่เมื่อทราบถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ควรปรับรูปแบบการเขียนโดยใช้แนวทาง	

การเขียนแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ เช่น ปวด ปวดแผล แต่เมื่อทราบถึงสาเหตุของอาการปวด ก็ควรเขียนเป็น ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากไอตลอดเวลา” ในการประเมินคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลนั้น ในส่วนของ Focus ควรเป็น Nursing Diagnosis มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากจำนวน

ส่วนที่ 2 Assessment (A)

เป็นส่วนของการบันทึกต่อจาก Focus ข้อมูลส่วนนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Focus โดยมีรายละเอียดดังนี้

Assessment เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และหรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สนับสนุนหรืออธิบายข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วน Focus ซึ่งลักษณะของข้อมูลมีดังนี้

- Subjective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม หรือคากล่าว หรือคำถามของผู้ป่วย หรือข้อมูลที่ได้จากญาติ ครอบครัวหรือบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น
- Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ หรือข้อมูลอื่นๆ นอกเหนือจากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

ข้อแนะนำการบันทึก Assessment

“ควรมีข้อมูล Subjective data และ Objective data และควรเริ่มด้วยข้อมูล Subjective data ก่อน เช่น บอกรับปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับ 7 มีอากูมแผลตลอดเวลา และควรตรวจดูว่า Assessment สนับสนุน Focus หรือไม่ ให้ลองปิดส่วน Focus และดูข้อมูลส่วน Assessment ที่เขียนไว้ว่าสื่อประเด็นอะไร ถ้าตรงกันแสดงว่าการบันทึกมีความสอดคล้องกัน”

ส่วนที่ 3 Intervention (I)

เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ให้ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ Focus และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมาย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการประสานงานกับทีมดูแลรักษา

กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติโดยทั่วไปประกอบกิจกรรมหลักๆ ดังนี้

- กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

ในการบันทึกกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย ควรระบุให้เห็นถึงสิ่งที่กระทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลรักษา ซึ่งหลักการในการบันทึก มีดังนี้

- บันทึกสิ่งที่กระทำหรือกิจกรรมอย่างชัดเจน หรืออาจบันทึกการดูแลที่วางแผนจะให้แก่ผู้ป่วยในอนาคต
- กิจกรรมที่ให้ความเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับความต้องการ สภาวะสุขภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย
- พิจารณาลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนั้นๆ เสมอ
- เป็นการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขององค์กร

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

แก้ไขครั้งที่.....

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล

วันประกาศใช้.....

หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
- กิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้สุขวิทยาโดยทั่วไป - กิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม - กิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม - กิจกรรมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย - กิจกรรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัย - กิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน - กิจกรรมช่วยเหลือ ป้องกัน พื้นฟู รักษา ข้อแนะนำการบันทึก Intervention “ปกติแต่ละองค์กรจะมีการออกแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในรูปแบบ Flow Sheet เช่น แบบบันทึก vital signs แบบบันทึก Daily Nursing Activity Check list แบบบันทึก Nursing Discharge Summary ดังนั้นควรเลือกบันทึกกิจกรรมที่มีความสำคัญ ไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลในเอกสารอื่น มีรายละเอียดที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ในกรณี ปวด และ pain score 7 การระบุกิจกรรมคือ Morphine 2 mg iv วาง cold pack ที่ศีรษะ จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ การระบุกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นมีส่วนที่ต้องปรับปรุง คือ “การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ” เพราะไม่มีความเป็นรูปธรรม ควรระบุกิจกรรมที่ทำให้ชัดเจน เช่น แขนงซ้ายไม่รบกวนผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น เป็นต้น” ส่วนที่ 4 Evaluation (E) เป็นการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (individual's response) ที่มีต่อการรักษาและหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เป็นประโยคที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายหรือเป็นไปในทิศทางที่จะบรรลุเป้าหมาย บันทึกส่วนนี้ใช้พิจารณาตัดสินว่า ขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลรักษามีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีมากน้อยเพียงใด เป็นการช่วยให้ผู้ร่วมทีมการดูแลผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนให้การดูแลรักษาจนถึงให้การพยาบาลเสร็จสิ้นในแต่ละเวร เพื่อสามารถติดตามแก้ไขปัญหาและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ในการตรวจสอบเพื่อการรับรองคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามมาตรฐาน บันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) บันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หมายถึง ลักษณะการจัดการดูแลทางการรักษาพยาบาลที่มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร ยา กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ รวมทั้งการตอบคำถามตามปัญหาของผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้าน ปัจจุบันพบว่ากรอบแนวคิดที่นิยมใช้ คือ M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1968) ได้แก่ 1. การให้ความรู้ในการใช้ยา (Medication)	

2. สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย (Environment & Economic) 3. การรักษาพยาบาล (Treatment)	
โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการแพทย์	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
4. ภาวะสุขภาพ (Health) 5. ระบบการส่งต่อ (Outpatient referral) 6. โภชนาการ (Diet) ในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวนกรอบแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1968) เช่นเดียวกัน แต่เพิ่มองค์ประกอบที่ 7 คือ การดูแลด้านจิตใจ (Psychological Support) เข้าไป เพื่อให้พยาบาลตระหนักและเข้าใจในภาวะความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (Care Giver) ให้การพยาบาลดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความเครียด วิตกกังวล มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ระบบการดูแลรักษาพยาบาล ครอบคลุม Holistic Care การทำ Discharge Planning จึงเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาพยาบาล เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมในทุกๆด้านให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข แนวทางการบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 1. มีการบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ 2. บันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน เช่นการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการพูดคุยให้กำลังใจเพื่อเสริมพลัง (Empowerment) ในการดูแลตนเอง 3. ในการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ควรมีความสอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คาน้ำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป เป็นต้น 4. ควรลงบันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่าย เป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง (ไม่ใช่การให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพก่อนกลับบ้านแค่เพียงครั้งเดียวเท่านั้น) ควรลงบันทึกให้ครบถ้วนในทุกองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การให้ความรู้ในการใช้ยา (Medication) สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย (Environment & Economic) การรักษาพยาบาล (Treatment) ภาวะสุขภาพ (Health) ระบบการส่งต่อ (Outpatient referral) โภชนาการ (Diet) และการดูแลด้านจิตใจ (Psychological Support) 5. บันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่าย ทางหน่วยงานสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานได้ และควรมีการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยทุกรายอย่างเป็นระบบ	

--	--

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่																																																
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการแพทย์	วันประกาศใช้																																																
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน																																																
ภาพที่ 4 Discharge Plan (F-OBS -008) ตัวอย่าง ห้องคลอดโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ปรับปรุงครั้งที่ 2(25 กพ.2564) แผนการเตรียมการก่อนกลับบ้าน(DISCHARGE PLAN) ชื่อ-สกุล ด.ช./ด.ญอายุ.....ปี รับวันที่เวลาน.จำหน่ายวันที่..... เวลา.....น. รวมนอน โรงพยาบาล.วันการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายได้รับเจาะ TSH, MB วันที่ ผลMB=mg% BL.gr.... .การจำหน่าย ☐ โดยแพทย์ ☐ อนุญาต ☐ แพทย์ไม่อนุญาต ☐ ส่งต่อรพ..... ☐ อื่นๆ ☐ อาการเมื่อจำหน่าย อาการปกติ อาการผิดปกติ วันนัดครั้งต่อไป.....สถานที่ แผนการให้ความรู้แก่มารดาเพื่อดูแลบุตรหลังคลอด <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">เรื่องการสอน</th> <th style="width: 10%;">วันที่1</th> <th style="width: 10%;">วันที่2</th> <th style="width: 10%;">วันที่3</th> <th style="width: 10%;">ผู้รับการ สอน</th> <th style="width: 25%;">ประเมินผลการสอน</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ผู้สอน</th> <th>ผู้สอน</th> <th>ผู้สอน</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>การอาบน้ำทารกประมาณ1ครั้ง/วัน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>การทำความสะอาดสะดือ ทารก</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>การขับถ่ายปัสสาวะ6/ถ่าย 10ครั้ง/วัน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>การนอนหลับควรรอน8-10ชม./วัน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>การนํานุตรมาฉีดวัคซีน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐บอกได้ถูกต้อง ☐ปฏิบัติได้ ☐ถามซ้ำ</td> </tr> </tbody> </table>		เรื่องการสอน	วันที่1	วันที่2	วันที่3	ผู้รับการ สอน	ประเมินผลการสอน		ผู้สอน	ผู้สอน	ผู้สอน			การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ	การอาบน้ำทารกประมาณ1ครั้ง/วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ	การทำความสะอาดสะดือ ทารก					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ	การขับถ่ายปัสสาวะ6/ถ่าย 10ครั้ง/วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ	การนอนหลับควรรอน8-10ชม./วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ	การนํานุตรมาฉีดวัคซีน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ
เรื่องการสอน	วันที่1	วันที่2	วันที่3	ผู้รับการ สอน	ประเมินผลการสอน																																												
	ผู้สอน	ผู้สอน	ผู้สอน																																														
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												
การอาบน้ำทารกประมาณ1ครั้ง/วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												
การทำความสะอาดสะดือ ทารก					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												
การขับถ่ายปัสสาวะ6/ถ่าย 10ครั้ง/วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												
การนอนหลับควรรอน8-10ชม./วัน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												
การนํานุตรมาฉีดวัคซีน					☐ บอกได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ ถามซ้ำ																																												

อาการผิดปกติของบุตรที่ต้องมารพ. ใช้ ตัว เหลืองมากขึ้น สะดือเหินบวมแดง					☐ ไม่ได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ นอกซ้ำ
การส่งเสริมพัฒนาตามวัยหน้า 87-95					☐ ไม่ได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ นอกซ้ำ
การใช้สมุดสีชมพู					☐ ไม่ได้ถูกต้อง ☐ ปฏิบัติได้ ☐ นอกซ้ำ

2. แผนการจำหน่าย

ยาที่ได้รับ ☐ Alcohol 70 % ☐ ด่านไวรัส ☐ ทำบัตรทอง ☐ ปรบร้อยแล้ว ☐ ปรบร้อยเหตุผล.....

การดูแลต่อเนื่อง โดยทีมรพ.กลุ่มเวชปฏิบัติ/ นอกเขตพนมทวน ส่งต่อรพ.สต.....

ปัญหาที่ยังอยู่ต้องดูแลต่อเนื่อง

การให้นมทารก ☐ นมแม่อย่างเดียว 6 ด. ☐ นมแม่ร่วมกับนมผสม เพราะ..... ☐ นมผสมอย่างเดียว เพราะ.....

ภาวะตัวเหลือง ☐ ระดับนมแม่ ☐ บ่งสังเกตอาการต่อ นัดเจาะครั้งต่อไปวันที่.....อื่นๆ

F-OBS-008 บันทึก/ผู้จำหน่ายเวลาน.

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

แบบประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน...หอผู้ป่วย.....

วันที่.....ผู้

ประเมิน.....

รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ○ Focus charting record

ปริมาณ : 0 = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ 2 = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์

ลำดับ	รายการประเมิน	ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง (0)	ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ (1)	ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ (2)

			ไม่ สมบูรณ์ (1)	
1.	มีการลงชื่อพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจนทุกแห่ง			
2.	บันทึก วัน เดือน ปี เวลา ที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง/ ทุกแห่ง			
3.	มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออก ชัดเจนทั้งฉบับ			
4.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน			
5.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต			
6.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว			
7.	การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา อาหาร หรือ อื่นๆ) และอาการที่แพ้			
8.	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/ เหตุผลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล			
9.	การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย			
10.	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย			
11.	การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว			
12.	การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง			
13.	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list)			
14.	การระบุเป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/Outcome)			
15.	การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วย (Focus : F)			

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี		แก้ไขครั้งที่		
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		วันประกาศใช้		
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล		วันที่ทบทวน		
ลำดับ	รายการประเมิน	ไม่มี ข้อมูล/ ข้อมูลไม่ ถูกต้อง (0)	ข้อมูลไม่ ครบถ้วน/ ไม่ สมบูรณ์ (1)	ข้อมูล ครบถ้วน/ สมบูรณ์ (2)
16.	การประเมิน (Assessment : A)			
17.	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Interventions : I)			
18.	การประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาล (Evaluation : E)			
19.	การประเมินซ้ำ/การประเมินสถานะผู้ ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)			
20.	การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health information) สอดคล้อง กับความต้องการดูแลต่อเนื่อง			
21.	มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ที่สอดคล้องกับความ ต้องการดูแลต่อเนื่อง			
22.	การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาล และสถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge summary and Health status before discharge)			
23.	การบันทึก TPR and Pain sore Graphic Chart			
24.	การบันทึกแบบประเมินความเสี่ยง ของผู้ใช้บริการ			
25.	การบันทึกแบบประเมิน Pain Score			
26.	การลงลายมือชื่อพยาบาลในใบ MAR Continuous Medication			

27.	การลงลายมือชื่อพยาบาลในใบ MAR One Day Medication (PRN/Single order)			
28.	การลงลายมือชื่อพยาบาลในใบ MAR One Day Medication (Around the clock)			
29.	การลงบันทึกไม่ใช้น้ำยาลบคาพิด			
30.	มีการใช้ Standard nursing care plan /การใช้ CNPG			

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ตัวชี้วัดความสำเร็จ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนด้านการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ>80%	

--

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ใช้บริการ รวมทั้งการให้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตรวจรักษาพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ความหมาย การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (Inform consent) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการแจ้งข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและด้านสาธารณสุขทั้งคำใช้ จ่ายในการที่จะต้องดำเนินการให้แก่ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลก่อนดำเนินการให้ บริการ วัตถุประสงค์(Goal) 1. เพื่อให้ผู้บริการได้รับทราบข้อมูล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลอย่าง ถูกต้องชัดเจนและเพียงพอสำหรับการตัดสินใจรับบริการหรือไม่รับบริการ 2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 3. เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันและกัน รวมทั้งลด ความเสี่ยงของการถูกฟ้องร้อง การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ต้อง แจ้งผู้ป่วยทราบถึงพยาธิสภาพของร่างกาย จิตใจ โรคภัยที่ประสบอยู่และแนวทาง การรักษาที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ทั้งในทางจริยธรรม และตามกฎหมาย มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่ง กำหนดให้ผู้รับบริการต้องให้ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อ	

ประกอบการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ หากผู้รับบริการปฏิเสธจะให้บริการนั้นไม่ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลหรือการบริการด้านสาธารณสุขอื่น จึงต้องเป็นการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วนที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจได้ โดยก่อนการให้ข้อมูลจะต้องมีการวินิจฉัยอย่างรอบคอบแล้ว เมื่อผู้รับบริการได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล ความเสี่ยงผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก็ตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการ การตัดสินใจดังกล่าวเป็นการยอมรับข้อเท็จจริงในการรักษาและความยินยอมของผู้รับบริการจะคุ้มครองผู้ให้บริการที่ได้ประกอบวิชาชีพอย่างมีมาตรฐาน ให้ไม่ต้องรับผิดชอบทางกฎหมาย การให้ข้อมูลเป็นคุ้มครองและรักษาสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีของทั้งสองฝ่ายจะยังคงอยู่ความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องก็จะลดลง

ขั้นตอนปฏิบัติ ก่อนการรักษา

การให้ข้อมูลด้านบริการสาธารณสุขของผู้ให้บริการ แก่ผู้รับบริการ

1. ข้อมูลที่ต้องให้แก่ผู้รับบริการ ประกอบด้วย
 - การตรวจวินิจฉัย โรค อาการและผลที่ตามมา
 - แนวทางการรักษาโรค
 - ความเสี่ยงในการรักษา , - ความเสี่ยงของทางเลือก
 - ทางเลือกของการรักษา ข้อดี ข้อเสีย

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่.....
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ใช้บริการรวมทั้งการให้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตรวจรักษาพยาบาล	วันประกาศใช้.....
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
2. ผู้รับข้อมูลคือผู้ป่วยหรือญาติผู้มีอำนาจกระทำการแทน 3. การประเมินค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล 4. เมื่อได้รับข้อมูลการอย่างเพียงพอแล้ว ต้องมีการรับทราบข้อมูลและการตัดสินใจของผู้รับบริการว่าจะรับบริการนั้นหรือไม่ มีการบันทึกความยินยอมรับหรือปฏิเสธการรับบริการเมื่อตกลงยินยอมตามแบบฟอร์มแล้วก่อนนอนโรงพยาบาล ขณะให้การรักษานอนรพ. ก็ต้องมีกระบวนการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนปฏิบัติ ขณะการรักษาและหลังการรักษา 1. ศึกษาข้อมูลของผู้ใช้บริการ โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล ของผู้ใช้บริการให้ตรงกับประวัติที่มีอยู่ หรือให้ตรงกับความเป็นจริงแนะนำ/ นำส่งแผนกที่ผู้ใช้บริการต้องการ 2. การปฏิบัติกิจกรรม	

- ประเมินสถานะของผู้ใช้บริการ
- ชักประวัติและอาการสำคัญ
- ตรวจสอบความพร้อมของผู้ใช้บริการ
- ตรวจร่างกายทั่วไป เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจสภาพทั่ว ๆ ไป

- อธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคและแผนการรักษาพยาบาล

3. ให้คำแนะนำ / อธิบายอย่างชัดเจนก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเปิดโอกาสและยินดีตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย ของผู้ใช้บริการ

4. ทบทวนความเข้าใจของผู้ใช้บริการ ถ้าผู้ใช้บริการไม่เข้าใจต้องอธิบายให้ฟังใหม่จนผู้ใช้บริการเข้าใจ

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน

6. บันทึกข้อมูลการรับบริการใน chart หรือบันทึกทางการพยาบาล

1. ก่อนทำหัตถการทุกประเภท สอบถามชื่อสกุล

2. ก่อนย้ายเตียง สอบถามชื่อสกุล

3. ก่อนRefer สอบถามชื่อสกุล

4. ก่อนเจาะเลือดทารกทุกครั้งสอบถามชื่อสกุล

7.เมื่อจำหน่าย รับยา ใบนัด กลับบ้านโดยรายละเอียดคือ ถามชื่อสกุล อายุทุกครั้ง ทุกราช ถ้าชื่อสกุลใกล้เคียงกันที่เวชระเบียนจะมีสัญลักษณ์เตือนให้ ระวัง ชื่อสกุลซ้ำกัน ถ้าพบให้ซักชื่อบิดา มารดาที่อยู่เพิ่มเติม

8..ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย สอบถามชื่อสกุลทุกขั้นตอนก่อนให้การ บริการ

9.ส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจ อื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย

ทุกครั้งที่มีตรวจทางห้องปฏิบัติการจะสอบถามชื่อก่อนติดป้ายชื่อที่สิ่งส่งตรวจ

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ใช้ บริการรวมทั้งการให้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตรวจรักษา พยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
10.จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำและทบทวนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำ อัตโนมัติโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ เปรียบเทียบกับข้อมูลใน computer ตัวชี้วัด 1. จำนวนอุบัติการณ์ .ไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งผลจากการปฏิบัติ หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ 2.จำนวนข้อร้องเรียน	

--

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
นโยบาย กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ได้ยึดหลักสำนักการพยาบาล2547 พัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทให้มีความเป็นไปได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน ใช้ Warstler ที่ใช้แพร่หลาย สามารถจำแนกความรุนแรงของการเจ็บป่วยในภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Acute illness) สำหรับผู้ป่วยทั่วไปได้ดีแต่มีข้อจำกัดในกลุ่ม ที่ ต้องการการดูแลระยะยาว ได้(Long Term Care)และการเจ็บป่วยเฉพาะอวัยวะเช่นตากระดูกและข้อร่วมกับJohnson ที่ สามารถจำแนกความต้องการการดูแลอื่นได้ดีแต่บอกความรุนแรงของเจ็บป่วยได้ไม่ชัดเจน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วย ตามสภาวะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการแต่ละรายควรจะได้รับ ได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ผลของการจำแนกประเภทผู้ป่วย 2. เพื่อให้ทีมพยาบาลสามารถวิเคราะห์ผลผลิตภาพของงาน (Productivity) ที่คาดว่าจะเกิด ได้เองจากการนำผลการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลตั้งต้น 3. เพื่อ การวางแผนการดูแลการจัดอัตรากำลังและจัดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ขอบเขต เริ่มตั้งแต่พยาบาลหัวหน้าเวรรับผู้ป่วยใหม่เข้านอนในหอผู้ป่วย ก่อนส่งมผู้ป่วยให้กับทีมพยาบาลเวรถัดไป ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย จนถึงหัวหน้าตึกผู้ป่วย มาวิเคราะห์สถานการณ์ผลผลิตภาพของงาน (Productivity) คำจำกัดความ 1. การจัดกลุ่มผู้ป่วยบนพื้นฐานของการประมาณความต้องการการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Glovannettl,1979) 2. การจัดกลุ่มโดยอาศัยการประมาณความต้องการการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ตามการ รับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยความรุนแรงของความเจ็บป่วย(Faggestrom,2000) 3. ระบบการจัดผู้ป่วยเป็นชั้น ระดับและกลุ่มต่างๆตามลักษณะการเจ็บป่วยความต้องการการ ตอบสนองด้านต่างๆทั้งปริมาณและประเภทของการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ(Johnson Bigbes,Collins &Deed)	

3. การจัดกลุ่มผู้ป่วยในการดูแลของพยาบาลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (สำนัก การพยาบาล,2547)
 การสรุปประเภทผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการโดยการรวมสถานะการมาเจ็บป่วย และการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ใช้บริการ
 ควรได้รับเข้าด้วยกัน ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ 5 ประเภท
 ประเภทที่ 5 หมายถึงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่มีสถานะความเจ็บป่วยในระยะวิกฤต(Intensive care)
 ประเภทที่ 4 หมายถึงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่มีสถานะความเจ็บป่วยในระยะพ้นวิกฤต(Modified Intensive
 care)
 ประเภทที่ 3 หมายถึงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่มีสถานะความเจ็บป่วยในระยะดูแลต่อเนื่อง(Moderate care)
 ประเภทที่ 2 หมายถึงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่มีสถานะความเจ็บป่วยในระยะดูแลต่อเนื่อง(Minimal care)
 ประเภทที่ 1 หมายถึงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่มีสถานะความเจ็บป่วยในระยะดูแลต่อเนื่อง(Self care)

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
การประเมินในระยะแรกรับพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลเบื้องต้น ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยใน (ภายในเวลา 5 นาที) บนพื้นฐานของอาการ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia - ประเมินระดับความรู้สึกตัว - ชักประวัติ / อาการ / V/S - DTX < 60 mg% หรือ FBS>50 mg% รายงานแพทย์ แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia - ประเมินอาการผู้ป่วย (มีอาการ/อาการแสดง Hypoglycemia) - ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการให้อินซูลิน - Monitor DTX, ระดับความรู้สึกตัวระหว่างได้รับอินซูลิน 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตและหลอดเลือดสมอง - ชักถามอาการร่วมกับตรวจ Neurological signs - Vital signs	

- ตรวจสอบและให้ยาตามคำ สั่งการรักษา พร้อมให้คำ แนะนำ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ การออกฤทธิ์ของยาอาการผิดปกติที่พึงสังเกตและแจ้งพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลทันทั่วทั้งที่

- วัดความดันโลหิต ทุก30 นาที- 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาโดยการรับประทาน (ยาออกฤทธิ์ภายใน 20 นาทีและ มีฤทธิ์สูงสุด 1-2 ชั่วโมง)

- ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขน-ขา ทั้ง2 ข้าง เป็นระยะ

- ฟังเสียงหัวใจไม่พบ S3 gallop หรือ S1 และ S2

- สังเกตและตวงน้ำเขา น้ำ ออก

3) ผู้ป่วยโรค COPD และ Asthmaแนวทางการประเมิน ได้แก่

- observe respiration rate & clinical impending respiratory failure

- ฟัง lung wheezing, stridor keep O2 saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 92-95%(COPD) 5

- ถ้า detect ได้ให้รับรายงานและเตรียมใส่ ET-tube ควรให้ O2 keep O2 sat ประมาณ 92-95% เพราะถ้าให้ O2 มากไปจะกด respiratory center

4) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแนวทางการประเมินผู้ป่วย - วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง

- Record intake/output บันทึกปริมาณสารน้ำ ที่ได้รับและปัสสาวะที่ออกมาทุก8 ชั่วโมง

- เจาะ Hct, or CBC with plt เป็นระยะๆ - Bleeding precaution

- แพทย์ออกคำสั่งในการรักษาและ Admitted ผู้ป่วย

- พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยรับทราบ

- ให้การปรึกษาและสอนงานขณะปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
- ผู้ช่วยเหลือพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมเตียง,เครื่องผ้า, น้ำ ต้ม , แนะนำสถานที่และกฎระเบียบต่างๆ และวัดสัญญาณชีพ การติดตามประเมินผล - การสังเกตขณะปฏิบัติงานโดยหัวหน้างาน - การตรวจสอบเวชระเบียนตามเกณฑ์ MRA (Nurse's note)	

- การสุ่มสอบถามผู้รับบริการ การปฏิบัติการ
- ร่วมประชุมชี้แจงและระดมความคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานในวันประชุมของหน่วยงาน
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนอ่านและเซ็นรับทราบ
- ให้การปรึกษาและสอนงานขณะปฏิบัติงาน

รายละเอียดวิธีปฏิบัติ

1.เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาดูแลในหน่วยงาน จะต้องมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของผู้ป่วย โดยการ

ประเมินสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นจริงของผู้ป่วยรายนั้น ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2..ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสุขภาพโดย

ให้การพยาบาล

2.1 ตามสภาวะ

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้แก่

1.

สัญญาณชีพ

2.อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท

3.การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต

4.พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2.2 ตามความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ อันเป็นผลตอบสนองต่อพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมคือ

1 .ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.ความต้องการข้อมูล/การสอนที่ให้ผู้ป่วยและญาติ

3.ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

4..ความต้องการ/การรักษาหรือหัตถการ

5..ความต้องการการบรรเทาอาการการรบกวน

คำอธิบายลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท ตามระดับความต้องการการพยาบาล

1. ความสามารถในการรับประทานอาหาร

ระดับ 1 = รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

ระดับ 2 = ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย

ระดับ 3 = ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือป้อนอาหารให้

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ระดับ 4 = ต้องดูแลป้อนอาหาร และเฝ้าระวังการสำลักอย่างใกล้ชิด ระดับ 5 = ให้อาหารทางสายยาง / ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ <u>2.ชนิดและประเภทของอาหาร</u> ระดับ 1 = ไม่จำกัดชนิดและประเภทของอาหาร ระดับ 2 = รับประทานอาหารเหลว อ่อน /งดอาหาร น้ำดื่ม ระดับ 3 = รับประทานอาหารเฉพาะโรค ระดับ 4 = รับประทานอาหารที่มีข้อกำหนดเฉพาะและต้องจัดเตรียมพิเศษ / ต้องสังเกตบันทึกจำนวนอาหาร ระดับ 5 = ได้รับอาหารทางสายยาง / สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำ <u>3.การทำความสะอาดร่างกาย</u> ระดับ 1 = ทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเองในห้องน้ำ ระดับ 2 = ต้องพุงไปห้องน้ำ จัดเตรียมเครื่องใช้ให้ / เช็ดตัวทาร์กปกติ ระดับ 3 = ต้องช่วยเหลือทำความสะอาดให้บางส่วนบนเตียง / เช็ดตัวทาร์กแรกคลอด เด็กหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจิตเวช ระดับ 4 = ต้องช่วยเหลือทำความสะอาดให้โดยสมบูรณ์ ในผู้ป่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่าได้เอง ระดับ 5 = ต้องช่วยเหลือทำความสะอาดให้โดยสมบูรณ์ใน ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/มีอาการทางจิตรุนแรง <u>4.การขับถ่าย</u> ระดับ 1 = เดินไปห้องน้ำ ขับถ่ายได้เอง ระดับ 2 = ต้องพุงเข้าห้องน้ำ ขับถ่ายได้เอง / เด็กเล็กหลังขับถ่ายต้องทำความสะอาดให้ ระดับ 3 = ขับถ่ายได้เองบนเตียง ต้องช่วยทำความสะอาดให้ ระดับ 4 = ขับถ่ายได้เอง ต้องอยู่ช่วยเหลือตลอดเวลา/ ต้องสวนอุจจาระ ปัสสาวะ ควักอุจจาระ/ มี colostomy ดูแลตนเองได้ ระดับ 5 = ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ / ใส่สายสวนคาหรืออุ้งยาง / มี Urostomy ,Colostomy, S-P cystrostomy <u>5.การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย</u> ระดับ 1 = เคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายได้เอง ระดับ 2 = ต้องพุง ประคับประคองขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย ระดับ 3 = เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย /Bed rest / ต้องควบคุม กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย ระดับ 4 = เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยมาก / Absolute bed rest / ต้องควบคุม ดูแลการเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิด	

ระดับ 5 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เลย / เคลื่อนไหวโดยไม่มีเป้าหมาย / ต้องได้รับความช่วยเหลือออกกำลัง

6.การปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล

ระดับ 1 = ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลอย่างง่ายที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ระดับ 2 = ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต้องสังเกตอาการหลังทำเป็นเวลาสั้นๆ / การตรวจวินิจฉัยที่ไม่ยุ่งยาก เช่น การตรวจปัสสาวะ การทำ EKG การเก็บ Specimen ระดับ 3 = ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยที่ต้องสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงเป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมง เช่น เจาะปอด ทำแผลที่มีภาวะแทรกซ้อน Gastric lavage , Gastroscopy ระดับ 4 = ต้องการการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและต้องใช้ความระมัดระวัง ต้องสังเกตอาการอย่างน้อย ทุก 2-4 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ระดับ 5 = ต้องการการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน / ทำหัตถการที่เสี่ยงต่อชีวิต ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตลอดเวลา เช่น เจาะคอ CPR หลังดมยาสลบ 24 ชั่วโมงแรก ใช้เครื่องช่วยหายใจ <u>7. การได้รับยา</u> ระดับ 1 = ไม่ได้รับยา/ ได้รับยารับประทานและยาทาภายนอกที่เป็นยาสามัญประจำบ้านและวิตามิน ระดับ 2 = ได้รับยาโดยการรับประทาน สูดดม หยอด ป้าย เหน็บ หรือพ่นที่ผู้ป่วยทำได้เอง / ต้องดูแลได้รับยาครบถ้วน ระดับ 3 = ได้รับยาโดยการรับประทาน หยอด สูดดม อมใต้ลิ้น วันละไม่เกิน 4 ครั้ง/ ต้องช่วยเหลือให้ได้รับยา และสังเกต อาการหลังให้ยา ระดับ 4 = ได้รับยาโดยฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำเป็นครั้งๆ / ยาพ่นที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ / ต้องสังเกตอาการ หลังให้ยา อย่างใกล้ชิด ระดับ 5 = ได้รับยาทาง IV ทุก 1-2 ชั่วโมง, IV drip / ต้องดูแลช่วยเหลือขณะให้ยาและหลังให้ยาอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา <u>8.อาการและอาการแสดงผิดปกติ</u> ระดับ 1 = ไม่มีอาการแสดงผิดปกติ ระดับ 2 = มีอาการแสดงผิดปกติเล็กน้อยเช่น มีไข้ ปวดแผล เจ็บครรภ์เดือน	

ระดับ 3 = มีอาการแสดงผิดปกติมาก บ่อยครั้ง ต้องควบคุมด้วยยาและการรักษาพยาบาล เช่น เหนื่อยหอบต้องให้ออกซิเจน ระดับ 4 = มีอาการแสดงผิดปกติรุนแรง บ่อยครั้ง มีแนวโน้มที่จะควบคุมอาการได้เช่น GI bleeding, ปวดแผลมากทุก 4 ชั่วโมง ระดับ 5 = มีอาการแสดงผิดปกติรุนแรง ตลอดเวลา / อาการผิดปกติเฉียบพลัน ต้องแก้ไขโดยรีบด่วนเช่น Respiratory failure, severe chest pain ,shock 9. <u>ความต้องการการสังเกต ประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึก</u> ระดับ 1 = ต้องการการสังเกต ประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึกเพื่อประเมินสภาพร่างกายทั่วไป
--

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ระดับ 2 = ต้องการการสังเกต ประเมินอาการผิดปกติ ตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ระดับ 3 = ต้องการการสังเกต ประเมินอาการผิดปกติตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้ง ระดับ 4 = ต้องการการสังเกต ประเมินอาการผิดปกติ ตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอย่างน้อยวันละ 6 ครั้ง ระดับ 5 = ต้องการการสังเกต ประเมินอาการผิดปกติ ตรวจวัดสัญญาณชีพและการบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง หรือบ่อย 10 <u>ภาวะการรับรู้</u> ระดับ 1 = รู้สึกตัวดี รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อม ระดับ2 = รู้สึกตัวดี รู้กาลเวลา สถานที่ แต่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้ากว่าปกติ ระดับ3 = รู้สึกตัว ชึม มึนงง สับสนบางครั้ง / ตามคำถามกาลเวลาผิดบ้างถูกบ้าง / ตอบสนองต่อ ระดับ 4 = รู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ตอบคำถาม ทำตามสั่งไม่ได้ / ตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่ถูกต้อง / แสดงพฤติกรรมที่รบกวน การดำเนินชีวิตประจำวัน อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ระดับ 5 = ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก / ควบคุมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมรุนแรง อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่น 11.<u>ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม</u> ระดับ 1 = ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา / แสดงอารมณ์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์	

ระดับ 2 = ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แสดงความวิตกกังวลเล็กน้อย

ระดับ 3 = ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยไม่ได้ แสดงความวิตกกังวลสูง เรียกร้องความสนใจ ต่อรองการรักษาพยาบาล / ผู้ป่วยเด็กเล็ก วัยก่อนเรียน

ระดับ 4 = ไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย มีปฏิกิริยาต่อต้าน ปฏิเสธการรักษา / ซึมเศร้า ท้อแท้ หดก้ำกึ่งใจ แยกตัว / อยู่ในห้องแยก มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน

ระดับ 5 = ไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย / ไม่รู้สติ ไม่รับข้อมูลใดๆ / อยู่ในสภาพสิ้นหวัง ไม่สนใจตนเอง สิ่งแวดล้อม / มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

12.ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพและการพัฒนาตามวัย

ระดับ 1 = มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน / เรียน รู้ได้ด้วยตนเอง

ระดับ 2 = มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย / ต้องการการสนับสนุนให้ข้อมูล

ระดับ 3 = มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ต้องใช้เทคนิคในการดูแลตนเอง / ต้องการการสอนอธิบายและฝึกทำ

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
ระดับ 4 = มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการดูแลตนเองเช่น การทำ CAPD, Central venous care, Pace maker / มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง ระดับ 5 = มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการดูแล ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นหมด/ ต้องสอนให้บุคคล ใกล้ชิดดูแลแทน เช่น เด็กทารก ผู้ป่วยCVA ,Sudden blindness	

--	--

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี				แก้ไขครั้งที่	
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล				วันประกาศใช้	
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล				วันที่ทบทวน	
ประเภท	ลักษณะผู้ป่วยและประเภท				
ตัวบ่งชี้	ประเภท5 ระยะวิกฤต (Intensive care)	ประเภท4 ระยะฟื้น วิกฤต(Modified Intensive care)	ประเภท 3ระยะดูแลต่อ เนื่อง (Moderate care)	ประเภท 2ระยะ พักฟื้น(Minimal care)	ประเภท1 ระยะ รอจำหน่าย (Self care)

1.	สัญญาณชีพและสัญญาณประสาท (Vital sign and Neuro signs) ผิดปกติมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในลักษณะที่บ่งบอกถึงภาวะการณเจ็บป่วยตลอดเวลา -ต้องติดตามประเมินเกือบตลอดเวลา หรือทุก 15-30 นาที	ผิดปกติมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วบ่อยครั้ง/มีโอกาสในลักษณะที่บ่งบอกถึงภาวะผิดปกติรุนแรงแต่สามารถควบคุมได้ -ต้องติดตามประเมินทุก 2-4 ชั่วโมง	มีโอกาสเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่บ่งบอกภาวะผิดปกติที่ไม่รุนแรงร่างกายอาจปรับตัวต่อภาวะการณเจ็บป่วยได้ -มีการเฝ้าระวังทุก 4-6 ชั่วโมง/อย่างน้อยต่อวันละ 2 ครั้ง	ปกติ/อาจเปลี่ยนแปลง-คงที่และปกติเล็กน้อยในผู้ป่วยเรื้อรัง วัดสัญญาณชีพวันละ 2 ครั้ง -วัดBP 1ครั้ง/สัปดาห์	
2.อาการแสดง/อาการรบกวน	-เจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้และคุกคามต่อกลไกการทำงานของอวัยวะสำคัญต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง -มีการรบกวนที่ผิดปกติต้องติดตามช่วยเหลือตลอดเวลา	-เจ็บป่วยรุนแรงแต่สามารถควบคุมได้/อาจเข้าสู่ภาวะรุนแรงได้ตลอดเวลา ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือทุก 1-2 ชั่วโมง	-เจ็บป่วยไม่รุนแรงสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษา พยาบาล/สามารถประคับประคองอาการมิให้ลุกลาม -ต้องการตรวจประเมินทุก 2-4 ชั่วโมง	อาการและการแสดงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพปกติ/สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ -ต้องการการตรวจประเมินแวละ 1 ครั้ง	-อาการและการแสดงอยู่ในภาวะปกติไม่มีอาการรบกวน -ผลการตรวจต่างๆ ปกติ
3. กิจกรรมการรักษายาบาล	-ต้องรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วนและต้องติดตามประเมินเกือบตลอดเวลา ทำหัตถการ/ผ่าตัดใหญ่เสี่ยงต่อชีวิต -ได้รับยาทางเส้นเลือดที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	-ต้องรักษาพยาบาล/ตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว -ต้องระมัดระวังติดตามประเมินผลทุก 1-2 ชั่วโมง -ทำหัตถการ/ผ่าตัดใหญ่ใน 24 ชั่วโมงแรก -ได้รับยาที่ต้องสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง	-ต้องการรักษาพยาบาล 30-60 นาที/เเวหรือต้องการตรวจวินิจฉัย ที่ต้องสังเกตอาการเป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมง -หลังทำหัตถการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก -ช่วยเหลือให้ได้รับยาครบถ้วน	-ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต้องสังเกตอาการในเวลาสั้นๆ 20-30 นาที/เเว -มีการตรวจวินิจฉัยที่ไม่ยุ่งยาก -ดูแลให้ได้รับยาครบถ้วน	-ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างง่ายที่ปฏิบัติเป็นประจำระดับพื้นฐาน (Routine)

โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

ประเภท	ลักษณะผู้ป่วยและประเภท				
ตัวบ่งชี้	ประเภท5 ระยะวิกฤต (Intensive care)	ประเภท4 ระยะฟื้นวิกฤต (Modified Intensive care)	ประเภท 3ระยะ ดูแลต่อเนื่อง (Moderate care)	ประเภท 2 ระยะพักฟื้น (Minimal care)	ประเภท1 ระยะรอ จำหน่าย (Self care)
4.พฤติกรรม/ อารมณ์จิต/สังคม หมายเหตุ ประเมินทั้งผู้ป่วย และญาติที่ดูแลมี ข้อใดข้อหนึ่งที่ คะแนนมากกว่า	ผู้ป่วย-ไม่รู้สีกตัว/ไม่ ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ภายนอก/ใกล้หมดสติ -ควบคุมตนเองไม่ได้/ พฤติกรรมก้าวร้าวอาจ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ตลอดเวลา - ซึมเศร้าไม่ยอมรับ สภาพสิ้นหวังในชีวิต	-รู้สึกหรือง่วงซึม หลับ เป็นส่วนใหญ่ ตอบคำ ถาม/ทำตามคำสั่งไม่ได้ -ก้าวร้าวมีโอกาสร้าย ตนเองและผู้อื่นบางครั้ง -ซึมเศร้า/ไม่ยอมรับสภาพ ความเจ็บป่วย ท้อแท้ ไม่มี กำลังใจแนวโน้มมี พฤติกรรมเบี่ยงเบน	รู้สึกตัวดี ซึม สับสนบางครั้ง -วิตกกังวลสูงซึม เศร้า ปรับตัวไม่ได้ -เรียกร้องความ สนใจ -ต่อรองการรักษา พยาบาล	-รู้สึกตัวดีตอบ สนองต่อสิ่ง กระตุ้นดี -วิตกกังวล เล็กน้อย -ยอมรับสภาพ ความเจ็บป่วย	-รู้สึกตัวดีตอบสนอง ต่อสิ่งกระตุ้นดีมาก -ไม่มีวิตกกังวล -ปรับตัวต่อความ เจ็บป่วยได้ -ให้ความร่วมมือใน การรักษา
4.พฤติกรรม/ อารมณ์จิต/สังคม หมายเหตุประเมิน ทั้งผู้ป่วยและญาติ ที่ดูแลมีข้อใดข้อ หนึ่งที่คะแนนมาก กว่า	-ญาติ/ผู้ดูแล มี พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง/ไม่ยอมรับ สภาพความเจ็บป่วย/ ซึมเศร้ามาก/มีความทุก ทรมานด้านจิตใจใน ระดับสูง	-มีพฤติกรรมก้าว/ไม่ยอม รับสภาพความเจ็บป่วย/ ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ	-วิตกกังวลสูง/ซึม เศร้า -เรียกร้อง/ต่อรอง การรักษาพยาบาล	-วิตกกังวล เล็กน้อย ยอมรับสภาพ เจ็บป่วย	ไม่วิตกกังวล ให้ ความร่วมมือในการ รักษาดี
5.ความสามารถใน การเคลื่อนไหว และการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	-ไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค เคลื่อนไหวได้แต่ไม่มี เป้าหมาย -ต้องการความช่วยเหลือ ทดแทนทั้งหมด	-สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายหรือออกแรงได้ น้อยมาจากพยาธิสภาพ ของโรค/มีข้อจำกัดของ การรักษา -ต้องการความช่วยเหลือ เกือบทั้งหมด	-สามารถ เคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกแรงได้แต่ ทำได้ลำบาก ต้อง คอยกระตุ้น -ต้องการความ ช่วยเหลือ ปานกลาง	-ช่วยเหลือตนเองได้ -ไม่ต้อง ช่วยเหลือแต่ กระตุ้นเพียง เล็กน้อย	ช่วยเหลือตนเองได้ดี -ไม่ต้องมีใคร ช่วยเหลือ

4.ในการประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ประเมินซ้ำทุก 8 ชม.โดยให้ประเมินในช่วงเวลาที่ใกล้สิ้นสุดเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละเวร

5.การจำแนกผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบตามตารางด้านล่าง

6.ลงบันทึกการจำแนกผู้ป่วยในแต่ละเวรในระบบโปรแกรมสำเร็จรูป

7.จัดให้ผู้ป่วยแต่ละประเภทได้รับการบริการที่เหมาะสม และอยู่ในพื้นที่ให้บริการในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

8.มอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับการจำแนกประเภทของผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปฏิบัติการการจำแนกผู้ป่วยในผิตพลาต

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการขอย้ายไปสถานบริการอื่น/ปฏิเสธการรักษาของผู้มารับบริการตรวจรักษา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 2.เพื่อให้การปฏิบัติในการขอย้ายไปสถานบริการอื่น/ปฏิเสธการรักษาของผู้มารับบริการตรวจรักษาและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลดำเนินไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และเป็นแนวทางเดียวกัน
- 3.เพื่อให้ผู้มารับบริการตรวจรักษาและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ขอย้ายไปสถานบริการอื่น/ปฏิเสธการรักษาได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขต

ปฏิบัติในการขอย้ายไปสถานบริการอื่น/ปฏิเสธการรักษาของผู้มารับบริการตรวจรักษา และพักรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน อ.พนมทวน ทั้งในและนอกเวลาราชการ

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยนอก หมายถึง บุคคลที่มารับบริการตรวจรักษาโดยไม่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยใน หมายถึง บุคคลที่มารับบริการตรวจรักษาโดยต้องพักรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาให้ถือปฏิบัติดังนี้

1. แพทย์/พยาบาลสอบถามและรับฟังเหตุผลความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยถึงสาเหตุของการปฏิเสธการ รักษาด้วยท่าทีที่ให้เกียรติ
2. แพทย์/พยาบาลอธิบายทำความเข้าใจหากการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
3. แพทย์/พยาบาลสอบถามความเข้าใจถึงผลกระทบของการไม่รับการรักษา รับฟังแล้วจึงให้ข้อมูลหรือคำอธิบายแก่ ผู้ป่วยถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยยืนยันที่จะไม่รับการรักษา ให้เคารพการ ตัดสินใจนั้น
4. พยาบาลให้ผู้ป่วยลงนามในใบไม่สมัครใจรับการรักษา โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตามระเบียบปฏิบัติผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาจะต้องลงนามในเอกสารแสดงความจำนงดังกล่าวและขอให้มั่นใจว่าการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา ครั้งนี้จะไม่ผลต่อการรักษาครั้งต่อไปของท่าน"
5. ถ้าผู้ป่วยขอไปรับการรักษาที่อื่น ให้เขียนใบบันทึกข้อความ หรือใบส่งต่อด้วย
6. แพทย์/พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรืออาการและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วกรณีเป็นผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ให้ปฏิบัติต่อญาติหรือ ผู้ปกครองตามแนวทางดังกล่าว

- 7.ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นชื่อหรือตราปั๊ม นิ้วมือขอย้ายสถานบริการ/ปฏิเสธการรักษาหลังการให้ข้อมูล คำแนะนำที่ชัดเจน และเหมาะสมด้วยปากกาผู้ป่วยนอกเซ็นที่OPDCARD,ผู้ป่วยในเซ็นที่ใบไม่ยินยอม
- 8.ให้ผู้ป่วย หรือญาติชำระเงินค่ารักษา /ตามสิทธิการรักษา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ อัตราความพึงพอใจในการบริหาร

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

แก้ไขครั้งที่

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง **แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ใช้บริการ**

วันประกาศใช้

หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ทบทวน

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนปฏิบัติ

1. ก่อนให้บริการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบทุกครั้งว่าจะทำอะไรพร้อมเหตุผล และต้องได้รับความยินยอมก่อนในกรณีต้องเปิดเผยร่างกาย ให้บริการในห้องที่มีประตูปิดมิดชิด หรือกั้นม่านทุกครั้ง การบริการในกรณีฉุกเฉิน ไม่มีม่านปิดมิดชิด ควรใช้ผ้าคลุมร่างกายผู้ให้บริการ เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการรักษาพยาบาลเท่านั้น กรณีผู้ให้บริการเป็นเพศหญิง ผู้ให้บริการเป็นเพศชาย ต้องมีผู้ให้บริการเพศหญิงร่วมให้อย่างน้อยหนึ่งคน

2. พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ แนะนำตนเอง ชี้แจงขั้นตอนการให้บริการ ดูแลช่วยเหลือ และให้บริการตลอดเวลาจนเสร็จกิจกรรม ขณะให้บริการเจ้าหน้าที่ควรสำรวจ ไม่พูดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลไม่หัวเราะหรือส่งเสียงดัง

3. การจัดสถานที่ให้บริการ ห้องตรวจต่าง ๆ ห้องปฏิบัติการรักษาพยาบาล ควรจัดห้องให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีประตูปิดมิดชิด ถ้าเป็นเตียงสามัญควรมีม่านกั้นให้เป็นสัดส่วน

--	--

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูรย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ใช้บริการ	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ใช้บริการ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยตามสิทธิของบุคคล 2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติในแนวเดียวกัน ขั้นตอนปฏิบัติ 1. การปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาติดต่อสอบถามอยากทราบข้อมูลผู้ป่วย* เจ้าหน้าที่สอบถามผู้มาติดต่อ ดังนี้ -ชื่อสกุล เป็นญาติหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะใด	

-มีความประสงค์อะไร/นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร ถ้ามเกี่ยวกับอะไรบ้าง

2. เจ้าหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อมาติดต่อขอทราบข้อมูลของผู้ป่วย เป็นใครมาจากที่ไหน ต้องการทราบอะไร ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยอนุญาตจึงจะให้ข้อมูลได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะควรขออนุญาตจากญาติก่อน เช่น ภรรยา บุตร พ่อแม่ ผู้ปกครอง

3. กรณีที่ขอข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บริษัทประกันภัยขอถ่ายเอกสารการตรวจรักษา ต้องทำหนังสือร้องขออย่างเป็นทางการและผู้อำนวยการโรงพยาบาลอนุมัติแต่เพียงผู้เดียว จึงจะดำเนินการได้

4. ไม่ใช่ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่ไม่ใช่ญาติใกล้ชิด เช่น เพื่อน นักข่าว

5. ไม่ตอบข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์

6. ไม่นำเรื่องราวของผู้ป่วยมาถกเถียง หรือวิจารณ์ให้ผู้อื่นได้ยิน

7. การกล่าวถึงผู้ป่วย ควรเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น

8. การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ควรพูดในสถานที่ที่เหมาะสมเป็นส่วนตัวและเป็นส่วนตัว

9. จดเขียนชื่อโรคที่ป่วยป่วยเพียงผู้ป่วยหรือหน้าห้องผู้ป่วยพิเศษ

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ทราบชื่อ-สกุลและประเภทผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการ แก่ตน	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ทราบชื่อ-สกุล และประเภทผู้ประกอบการวิชาชีพ	

ด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้รับบริการได้ทราบชื่อ-สกุลและตำแหน่งของผู้ให้บริการ

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

1.1 ความพร้อมของเจ้าหน้าที่

1.2 ความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์

ขั้นตอนปฏิบัติ

1. เตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ

-แต่งกายสะอาด เรียบร้อย ถูกต้องตามระเบียบ ติดป้ายชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง ถูกต้องให้ผู้ใช้บริการมองเห็นได้ชัดเจน และอ่านได้ง่าย

-มีบุคลิกภาพเหมาะสม

-- -ติดป้ายชื่อแพทย์ที่ออกตรวจหน้าห้องตรวจที่ OPD ให้มองเห็น

ชัดเจน

-ทุกงาน มีป้าย

ชื่อแพทย์และพยาบาลที่อยู่เวรติดไว้บอร์ดหน้าห้องให้มองเห็นชัดเจน

-มีแผนภูมิสายการบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ประจำหน่วย ที่เป็นปัจจุบัน ติดไว้หน้าหน่วยงาน แสดงชื่อ-สกุล ตำแหน่งถูกต้องชัดเจน

-ผู้ป่วยสามัญติดเบอร์เตียง และติดชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ทุกเตียง

-ผู้ป่วยพิเศษ ติดป้ายเบอร์ห้องพิเศษ และติดป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้

ไว้หน้าห้องทุกห้อง

2. พฤติกรรมบริการ

ของเจ้าหน้าที่ ถ้ามีผู้ให้บริการมาติดต่อสอบถาม ชี้แจงให้ทราบด้วย

ท่าทีสุภาพ และช่วยติดต่อประสานงานให้

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน

การรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR

(I) Identify : การระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ชื่อผู้ป่วย หมายเลขเตียง หมายเลขห้อง

(S) Situation: สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน

- พิเศษ
- ระบุปัญหาสั้น ๆ เวลาที่เกิด ความรุนแรง

(B) Background : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่

- วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคตอนแรก รับการรักษา/รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ สารน้ำที่กำลังให้อยู่
- ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใส่ยาเดิม ประวัติการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
- สัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และวันเวลาที่ทำการทดสอบ ผลการทดสอบครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ (ถ้ามี) / ข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ (ถ้ามี)

(A) Assessment: การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

- การสรุปสิ่งที่สังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ใน มุมมองของตนเอง
- รายงานสิ่งที่ตนเองสังเกตเห็น ภาวะรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ป่วยมีปัสสาวะสีน้ำตาลอ่อน ผลการวิเคราะห์และพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง
- ปัญหานี้เป็นปัญหารุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตหรือไม่

(R) Recommendation: ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เช่น

- การให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย /อะไรที่คิดว่าจำเป็นสำหรับผู้ป่วย/ข้อเสนอแนะหรืออะไรที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย
- ท่านคิดว่าทางออกอะไรที่สามารถเสนอแก่แพทย์
- อะไรที่คิดว่าต้องการจากแพทย์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ต้องการให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรับไว้แล้ว

ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา

รูปแบบการติดต่อรายงานแพทย์

1. รายงานโดยตรง
2. รายงานทางโทรศัพท์

-ผู้รายงาน : ต้องเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร หรือเป็นพยาบาลผู้ประเมินและ
ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเอง หรือเป็น พยาบาลผู้ได้รับรายงานส่งเวรจาก
พยาบาลเวรที่ผ่านมาและได้ประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะรายงาน
-การรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทวนคำสั่งให้เพื่อนพยาบาลเวรรับทราบด้วย
และให้ลงชื่อ รศส.แพทย์ผู้สั่ง เวลา และให้ลงชื่อพยาบาลรับคำสั่ง รับ
ทวนคำสั่งทั้งคำสั่ง One day และ Continue
-แพทย์ผู้สั่ง ลงนามในคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติในการขอตรวจหรือ ถ่ายภาพสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
แนวทางการปฏิบัติในการขอตรวจหรือถ่ายภาพสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการอย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว 2. เพื่อรักษาความลับในข้อมูลที่เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย 3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ขั้นตอนปฏิบัติ ๑. สอบถามวัตถุประสงค์ หรือความต้องการของผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งให้ คำแนะนำและอธิบายระเบียบปฏิบัติ กรณีผู้ป่วยมาติดต่อด้วยตนเอง 1. ตรวจสอบหลักฐาน คือ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ๆ ที่ทาง ราชการออกให้และมีรูปกำกับ โดยถ่ายสำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูก ต้อง กรณีไม่ใช่ผู้ป่วย ๑. ให้นำหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอม	

๒. ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยและผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ และมีรูปกำกับพร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง
๓. ให้ทำใบคำร้องขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
4. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนดำเนินการ
 - 4.1 ตรวจสอบหลักฐานและเอกสารให้ถูกต้อง ครบถ้วน
 - 4.2 ส่งคำร้องขอเอกสารไปยังงานธุรการรับหนังสือภายใน เพื่อนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ แล้วส่งหนังสือกลับมายังงานเวชระเบียน เจ้าหน้าที่เวชระเบียนถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียน
5. ผู้ใช้บริการตรวจสอบเอกสารให้ถูกต้อง ครบถ้วน แล้วเซ็นชื่อรับเอกสาร
6. บันทึกข้อมูลรายละเอียดลงในสมุดทะเบียน

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	แก้ไขครั้งที่
ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติในการบันทึกภาพ	วันประกาศใช้
หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล	วันที่ทบทวน
แนวทางการปฏิบัติในการบันทึกภาพหรือเสียง	
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการอย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว 2. เพื่อให้ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยไม่ถูกล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล 3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน	
ขั้นตอนปฏิบัติ -มีหนังสือแจ้งอย่างเป็นทางการ -ระบุขอบเขตอย่างชัดเจน มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา	

- ประสานงานกับผู้ป่วยและญาติ แจ้งข้อมูลรายละเอียดให้ทราบ เพื่อตัดสินใจว่าจะอนุญาตหรือไม่
- ผู้ป่วย หรือผู้ปกครองเซ็นอนุญาตหรือไม่อนุญาต
- เสนอผู้อำนวยการและแจ้งให้หน่วยงานทราบถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติ
- ผู้ป่วยและญาติสามารถยกเลิกคำยินยอม หากเห็นว่าเป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล
- กำหนดผู้รับผิดชอบในการต้อนรับ ประสานงาน และดูแลความสะดวก
- จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการในการบันทึกภาพหรือเสียง
- การบันทึกต้องพรางในส่วนที่ควรปกปิดและเป็นที่อับอาย มีการพรางภาพ เช่น ปิดย้งส่วนของใบหน้าหรืออวัยวะที่ไม่ควรเปิดเผย
- ไม่นำภาพและเสียงที่บันทึก ไปใช้ในทางพาณิชย์หรือเป็นเหตุให้เสื่อมเสียแก่ผู้ป่วย
- ต้องไม่รบกวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- การใช้เครื่องมือในการบันทึกภาพหรือเสียง ต้องไม่ก่อให้เกิดอันตราย
- บันทึกข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน