

Discharge Planning and continuing care

ปัญหา ความ ต้องการ การวางแผน จำหน่าย	☐ 1 ติดเตียง ☐ 2 สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ☐ 3 ญาติไม่มีศักยภาพ ☐ 4 ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล ☐ 5 ระยะ สุดท้าย ☐ 6 โรคติดต่อ/ติดเชื้อ ระบุ..... ☐ 7 กลับมารักษาซ้ำ ด้วยสาเหตุ.. ☐ ขาดยา/กินยาไม่ต่อเนื่อง ☐ ดูแลตนเองที่บ้านไม่เหมาะสม ☐ เกิดภาวะ แทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ระบุ..... ☐ อื่นๆระบุ..... ☐ 8 มีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและอื่นๆ ระบุ..... ☐ 9 ติดบุหรี่ / สารเสพติด ☐ 10 สาเหตุอื่นๆ ระบุ.....
เป้าหมาย การวางแผน จำหน่าย	☐ แผลกดทับหาย/ไม่เกิดเพิ่ม ☐ ฟันฟูสภาพ ☐ ป้องกันอาการ/โรคกำเริบซ้ำ ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ☐ pain management ☐ เลิกบุหรี่ ☐ good dead ☐ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง ☐ ญาติผู้ดูแล/ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ☐ ชุมชน/ภาคีเครือข่ายช่วยเหลือในการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้อง
*กรณีที่ผู้ ป่วยดูแล ตนเองไม่ ได้ต้องมี ญาติ/ผู้ ดูแลหลัก	☐ Identify primary care giver จำนวน.....คน- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ☐ บิดามารดา ☐ สามี/ภรรยา ☐ ลูก- ความรู้อะไรทักษะ ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ชื่อผู้ดูแลคนที่ 1 เบอร์โทรที่ติดต่อได้..... ชื่อผู้ดูแลคนที่ 2เบอร์โทรที่ติดต่อได้..... *กรณีไม่มีญาติ/ผู้ดูแลหลัก ให้พยาบาลค้นหา บุคคล/ชุมชน/ภาคีที่มาเป็นผู้ดูแลหลักแทนระบุความสัมพันธ์กับผู้ ป่วย..... ชื่อผู้ดูแล.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงานเบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

Day 1 48ชม.หลังรับหรือเมื่อพบ ภาวะวิกฤติ) วัน ที่..... .	Day 2 –ระหว่างรับการรักษา				ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน หรือ 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย วัน ที่.....	วันจำหน่ายกลับ บ้าน วัน ที่..... .									
☐ orientation to ward/unit ☐ ประเมิน ปัญหาความต้องการในการวางแผนจำหน่าย (ระบุไว้ข้างบน)	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="504 373 689 564">หัวข้อ เรื่อง</th> <th data-bbox="689 373 931 564">วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 1/ประเมินผล</th> <th data-bbox="931 373 1173 564">วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 2/ประเมินผล</th> <th data-bbox="1173 373 1411 564">วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 3/ประเมินผล</th> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="689 564 931 711">ว/ด/ ป..... ..</td> <td data-bbox="931 564 1173 711">ว/ด/ ป.....</td> <td data-bbox="1173 564 1411 711">ว/ด/ ป.....</td> </tr> </table>	หัวข้อ เรื่อง	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 1/ประเมินผล	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 2/ประเมินผล	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 3/ประเมินผล		ว/ด/ ป..... ..	ว/ด/ ป.....	ว/ด/ ป.....	-ประเมินความพร้อม ของผู้ป่วย/ผู้ดูแลก่อน กลับบ้าน	-Discharge process preparation				
หัวข้อ เรื่อง	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 1/ประเมินผล	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 2/ประเมินผล	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 3/ประเมินผล												
	ว/ด/ ป..... ..	ว/ด/ ป.....	ว/ด/ ป.....												
* แพทย์ ☐ ให้ข้อมูลโรค อาการของโรค อาการ แสดงของโรค ขั้นตอน การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย /ผู้ดูแล -กำหนดเป้าหมาย การดูแลรักษา ☐ ฟื้นฟูสภาพ ☐ ป้องกันอาการ/โรค กำเริบซ้ำ ☐ ป้องกันภาวะ แทรกซ้อน	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="504 718 689 1011">1.ความรู้ เรื่องยา และ อาการข้าง เคียงจาก ยา</td> <td data-bbox="689 718 931 1011"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="931 718 1173 1011"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="1173 718 1411 1011"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> <tr> <td data-bbox="504 1011 689 1267">2.อาการ แสดงและ สัญญาณ เตือนที่ต้อง ระวัง</td> <td data-bbox="689 1011 931 1267"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="931 1011 1173 1267"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="1173 1011 1411 1267"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> <tr> <td data-bbox="504 1267 689 1516">3.การ ปฏิบัติตัว ใน ภาวะฉุกเฉิน</td> <td data-bbox="689 1267 931 1516"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="931 1267 1173 1516"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td data-bbox="1173 1267 1411 1516"> ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> </table>	1.ความรู้ เรื่องยา และ อาการข้าง เคียงจาก ยา	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	2.อาการ แสดงและ สัญญาณ เตือนที่ต้อง ระวัง	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	3.การ ปฏิบัติตัว ใน ภาวะฉุกเฉิน	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	* พยาบาล ☐ ประเมินความ พร้อมด้านความรู้ และทักษะการดูแล ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล หลัก ☐ ความรู้และทักษะ ผ่านเกณฑ์ ☐ ความรู้และทักษะ ไม่ผ่านเกณฑ์	* พยาบาล ☐ ตรวจสอบ ความพร้อมตาม ใบ D-METHOD ☐ ตรวจสอบยา ก่อนกลับบ้าน ☐ คู่มือ/file/ เอกสารโรค/สมุด ประจำตัวเรื่องการ ปฏิบัติตนเองที่บ้าน
1.ความรู้ เรื่องยา และ อาการข้าง เคียงจาก ยา	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....												
2.อาการ แสดงและ สัญญาณ เตือนที่ต้อง ระวัง	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....												
3.การ ปฏิบัติตัว ใน ภาวะฉุกเฉิน	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....												

Day 1 48ชม.หลังรับหรือเมื่อพ้น ภาวะวิกฤติ)	Day 2 –ระหว่างรับการรักษา	ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน หรือ 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย	วันจำหน่ายกลับ บ้าน

MKH-FR- NUR-015

แก้ไขครั้งที่ 01 ประกาศใช้วันที่ 15/มค./68

Day 1 (48 ชั่วโมงหลังรับ ใหม่ หรือเมื่อพ้นภาวะ วิกฤติ)	Day 2 –ระหว่างรับการรักษา				ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน หรือ 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย	วันจำหน่าย กลับบ้าน
☐ pain management ☐ เลิกบุหรื ☐ good dead ☐ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องหรือได้รับการช่วยเหลือให้ดูแลตนเองได้ถูกต้องที่บ้าน ชื่อแพทย์..... วันที่..... * พยาบาล	หัวข้อเรื่อง	วันที่ให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 1/ประเมินผล ว/ด/ป..... ..	วันที่ให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 2/ประเมินผล ว/ด/ป.....	วันที่ให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 3/ประเมินผล ว/ด/ป.....	☐ ประเมินความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ☒ มีความพร้อม/ไม่เครียด ☐ ไม่มีความพร้อม/เครียด ☐ ประเมินความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม/สังคม/เศรษฐกิจที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	☐ ตรวจสอบความเรียบร้อยของใบนัดและส่งมอบใบนัดให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ☐ ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม smart COC ☒ เร่งด่วน เยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์
4.การช่วย/ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ bed bath ☐ mouth care	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ระบุ.....		

☐ ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบตามระดับความรุนแรง ป้องกันความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับ -การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล -กระบวนการรักษาพยาบาล -อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น -การฟื้นฟูและการเตรียมจำหน่าย	☐ การดูแลซ้ำถ่าย ☐ การเคลื่อนย้าย ☐ การลุก/เดิน ☐ ☐				☒ มีความพร้อม ☐ ไม่มีความพร้อม เรื่อง..... ชื่อ พยาบาล.....	☒ ไม่เร่งด่วน เยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ สรุปปัญหา คงเหลือที่ส่งต่อ 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... ชื่อ พยาบาล.....
	5.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ☐ แผลกดทับ ☐ aspirote pneumonia ☐ ข้อติด ☐ ☐	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		

	☐					
						

MKH-FR- NUR-015

แก้ไขครั้งที่ 01 ประกาศใช้วันที่ 15/มค./68

Day 1 (48 ชั่วโมงหลังรับ ใหม่ หรือเมื่อพ้นภาวะ วิกฤติ)	Day 2 –ระหว่างรับการรักษา				ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน หรือ 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย	วันจำหน่าย กลับบ้าน
- ประเมินผลการได้รับ ข้อมูลของผู้ป่วยและ หรือผู้ดูแลครั้งที่ 1 ☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ระบุ..... ชื่อ พยาบาล..... 	หัวข้อเรื่อง	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 1/ประเมินผล ว/ด/ ป..... ..	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 2/ประเมินผล ว/ด/ ป.....	วันที่ให้ความ รู้และฝึก ทักษะครั้งที่ 3/ประเมินผล ว/ด/ ป.....	☐ การดูแลด้าน สิ่งแวดล้อม ระบุ..... ☐ การดูแลด้าน จิตใจ สังคม ระบุ..... ชื่อพยาบาลเยี่ยม บ้านผู้รับ	
	6.การปฏิบัติตัว และการดูแล ท่อ/สาย/ เครื่องมือที่ ติดตัวกลับบ้าน ระบุ ☐ Tracheostom y ☐ NG ☐ Foley's cath	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... 	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... 	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... 		

	☐ อื่นๆ				ประธาน..... ☐ ประธานที่ สหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องเพื่อร่วม แก้ไขปัญหาผู้ป่วย และหรือผู้ดูแลที่ยัง คงเหลือ เรื่องที่ 1..... ชื่อ..... ตำแหน่ง.....	
	7.การป้องกัน การแพร่ กระจายเชื้อ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
	8.การดูแลด้าน สิ่งแวดล้อม ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
	9.การจัดการ ความเครียด	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
	☒ การดูแล ด้านจิตใจ สังคม.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ ผ่านเกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
		ชื่อ พยาบาล.....	ชื่อ พยาบาล.....	ชื่อ พยาบาล.....		

Day 1 (48 ชั่วโมงหลังรับ ใหม่ หรือเมื่อพ้นภาวะ วิกฤติ)	Day 2 –ระหว่างรับการรักษา	ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน หรือ 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย	วันจำหน่าย กลับบ้าน																				
☐ ประสานทีม สหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องเพื่อประเมิน และวางแผนดูแลผู้ ป่วยร่วมกัน ☐ เภสัชกร ☐ นักโภชนาการ ☐ นักกายภาพบำบัด ☐ นักกิจกรรมบำบัด ☐ นักสังคมสงเคราะห์ ☐ จิตแพทย์/ พยาบาล/นักจิตวิทยา ☐ พยาบาลเยี่ยม บ้าน ☐ พยาบาล IC ☐ แพทย์/พยาบาล palliative ☐ อื่นๆ ระบุ	☐ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ความรู้/ฝึกทักษะ/จัดการ ปัญหาผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล <table border="1" data-bbox="488 536 1471 1536"> <thead> <tr> <th>ทีม</th> <th>ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....</th> <th>ประเมิน ผล</th> <th>ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....</th> <th>ประเมิน ผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☐ เภสัชกร ชื่อ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> <tr> <td> ☐ นัก กายภาพบำบัด/ นักกิจกรรม บำบัด ชื่อ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> <tr> <td> ☐ นัก โภชนาการ ชื่อ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> <td> เรื่อง..... </td> <td> ☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ..... </td> </tr> </tbody> </table>	ทีม	ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....	ประเมิน ผล	ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....	ประเมิน ผล	☐ เภสัชกร ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ นัก กายภาพบำบัด/ นักกิจกรรม บำบัด ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	☐ นัก โภชนาการ ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่องที่ 2..... ชื่อ..... ตำแหน่ง..... เรื่องที่ 3..... ชื่อ..... ตำแหน่ง.....	
ทีม	ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....	ประเมิน ผล	ครั้งที่ 1 ว/ด/ ป.....	ประเมิน ผล																			
☐ เภสัชกร ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....																			
☐ นัก กายภาพบำบัด/ นักกิจกรรม บำบัด ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....																			
☐ นัก โภชนาการ ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....																			

			ระบุ.....				
	☐ พยาบาล เยี่ยมบ้าน ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
	☐ ชื่อ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....	เรื่อง.....	☐ ผ่าน เกณฑ์ ☐ ไม่ผ่าน เกณฑ์ ระบุ.....		
ติดตามผลการดูแล ต่อเนื่อง(Continuing care) ภายใน 30 วัน	หลังจากจำหน่าย โดย ☐ โทรศัพท์ ☐ line ☐ Smart COC ☐ เอกสารตอบกลับ						
	☐ ติดตามครั้งที่ 1 ว/ด/ป..... ☐ ดีขึ้น/ดูแลตนเองได้ ☐ ไม่ดีขึ้น ดูแลตนเองไม่ได้/มีปัญหา เรื่อง.....						
	☐ ติดตามครั้งที่ 2 ว/ด/ป..... ☐ ดีขึ้น/ดูแลตนเองได้ ☐ ไม่ดีขึ้น ดูแลตนเองไม่ได้/มีปัญหา เรื่อง.....						
สรุปผลการติดตาม	☐ ดีขึ้น/ดูแลตนเองที่บ้านได้ ☐ กลับมารักษาซ้ำใน 28 วันที่แผนก/หอ..... ☐ เสียชีวิต ที่บ้าน ☐ อื่นๆ.....						

สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

ชื่อแพทย์.....