

## แบบประเมินผู้ป่วย Palliative และการวางแผนการดูแล

ผู้ป่วย ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....ตึก.....  
 วันที่ส่งปรึกษา.....วันที่ประเมินผู้ป่วย.....สิทธิการรักษา.....  
 เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ที่อยู่.....  
 วันที่ Register ในระบบ E-claim/วันที่ D/C.....

ด้านร่างกาย	การวินิจฉัยโรค 1) .....
	2) .....
	3) .....
	4) .....
	4) Palliative symptoms: ( ) ปวด ( ) หอบเหนื่อย ( ) อ่อนล้า/ อ่อนเพลีย ( ) เบื่ออาหาร ( ) คลื่นไส้อาเจียน ( ) ท้องผูก ( ) นอนไม่หลับ ( ) อื่นๆ.....
	5) การจัดการอาการ: .....
	6) ยา Opioid (ชนิดและขนาด) : .....
7) PPS:.....สภาพผู้ป่วย.....	

	การประเมินด้านการรับรู้ของผู้ป่วย	ทราบ	ไม่ทราบ
ด้านการรับรู้	การรับรู้เรื่องโรค		
	การรับรู้ความรุนแรง และการดำเนินโรค		
	การรับรู้เรื่องเป้าหมายและแผนการรักษา		

	การประเมินด้านจิตใจ/สังคม/ความเชื่อ	มี	ไม่มี	รายละเอียดของปัญหา	
	ด้านจิตใจ สังคม ความเชื่อ	ภาวะซึมเศร้า			
		ความกังวล			
		ความขัดแย้งในครอบครัว			
		ปัญหาค่าใช้จ่ายและการเงิน/แหล่งสนับสนุน			
		ปัญหาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล			
		ปัญหาด้านจิตวิญญาณ			
		ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง/ Unfinished Business (สิ่งที่ค้างคาใจ)			
	อื่นๆ .....				

การเผชิญปัญหาขอครอบครัว  
 Living will (เจตนากรรมนิในวาระสุดท้ายของชีวิต): ( ) เขียน ( ) ไม่ได้เขียน

ด้านความต้องการของผู้ป่วย	ต้องการ	ไม่ต้องการ
เล่าถ่ายทอดความรู้สึก		
พิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ		
ต้องยืมอุปกรณ์เครื่องมือไปใช้ที่บ้าน (ระบุ)		
การรักษาทางเลือกอื่น.....		
อื่นๆ .....		

**Family Genogram**

ผู้ดูแลหลักชื่อ(Care giver) 1..... ผู้มีอำนาจตัดสินใจ(Power of Attorney) คือ.....

Goal of care (เป้าหมายการดูแล):  พยายามรักษาให้โรคร้ายแต่มีการประเมีนเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล

จำกัดการรักษาที่ไม่ Invasive และไม่เป็นภาระ

รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (Comfort care)

**สรุปปัญหาและการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง(Advance care planning)**

ปัญหา	การจัดการ	ผู้รับผิดชอบ

วันที่เยี่ยมบ้าน/โทรติดตามอาการ.....สภาพบ้าน.....

ที่มดูดูแล.....