

แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชื่อผู้ป่วย..... HN.....
 ชื่อผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

บริเวณสำหรับติดป้ายชื่อ

ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เภสัช สังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตเวช โภชนากร

Problem lists: 1)..... 4).....
 2)..... 5).....
 3)..... 6).....

เกณฑ์ในการพิจารณาเตรียม D/C Plan :

Problem	สภาพปัจจุบัน	Goal/Plan of management
<input type="checkbox"/> ADL.....	Level of Assistant : <input type="checkbox"/> (1) Independent (12-20) <input type="checkbox"/> (2) Minimal Assist (9-11) <input type="checkbox"/> (3) Moderate (5-8) <input type="checkbox"/> (4) Maximal Assist (0-4)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
<input type="checkbox"/> Ambulation.....	<input type="checkbox"/> (1) Walk independence <input type="checkbox"/> (2) Walk with...../Wheelchair <input type="checkbox"/> (3) Bed mobility/sitting balance <input type="checkbox"/> (4) Absolute bed ridden	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
<input type="checkbox"/> Swallowing.....	<input type="checkbox"/> (1) Oral <input type="checkbox"/> (2) NG tube + Oral <input type="checkbox"/> (3) NG/OG tube <input type="checkbox"/> (4) PEG	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
<input type="checkbox"/> Bowel.....	<input type="checkbox"/> (1) ควบคุมอุจจาระได้เอง <input type="checkbox"/> (2) ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> (3) ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> (4) colostomy care	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
<input type="checkbox"/> Bladder.....	<input type="checkbox"/> (1) ควบคุมปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> (2) ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> (3) Condom <input type="checkbox"/> (4) CIC (Clean Intermittent cath) <input type="checkbox"/> (5) On Foley's cath	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5)
<input type="checkbox"/> Keep O ₂ sat <input type="checkbox"/> 90 – 92% <input type="checkbox"/> 92 – 95% <input type="checkbox"/> ≥ 95%	<input type="checkbox"/> (1) Secretion <input type="checkbox"/> (2) Room Air <input type="checkbox"/> (3) Mask/canula O ₂LPM <input type="checkbox"/> (4) CPAP..... / BIPAP.....cmH ₂ O <input type="checkbox"/> (5) Tracheostomy tube care <input type="checkbox"/> (6) Ventilator	<input type="checkbox"/> (1) Home suction <input type="checkbox"/> (2) Room Air <input type="checkbox"/> (3) Home O ₂ therapy <input type="checkbox"/> (4) Home CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> (5) Tracheostomy tube <input type="checkbox"/> (6) Home O ₂ high flow
<input type="checkbox"/> Wound	<input type="checkbox"/> Bedsore grade..... ลักษณะ/ตำแหน่งแผล..... <input type="checkbox"/> Surgical wound ลักษณะ/ตำแหน่งแผล..... <input type="checkbox"/> แผลอื่น ๆ ลักษณะ/ตำแหน่งแผล.....	<input type="checkbox"/> Recovery <input type="checkbox"/> Improve <input type="checkbox"/> Stable

กิจกรรมการดูแล/การฟื้นฟู	แผนการดูแลต่อเนื่อง	สหสาขาวิชาชีพ
การเตรียมทักษะผู้ป่วย/ผู้ดูแล : ระยะเวลาเตรียมก่อนกลับบ้าน.....วัน <input type="checkbox"/> การดูแลความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> การดูแล NG / F/C / TT <input type="checkbox"/> การดูดเสมหะ <input type="checkbox"/> การใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... การเตรียมบ้าน/อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามที่ OPD <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> Refer รพ..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.สต.....	ผู้ประเมิน (ชื่อ)..... (ตำแหน่ง).....
การให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน : <input type="checkbox"/> การใช้ยา <input type="checkbox"/> กรณีฉุกเฉินที่ต้องมาพบแพทย์ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูร่างกาย <input type="checkbox"/> การป้องกันภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด <input type="checkbox"/> ข้อมูลอื่น ๆ.....		

แบบสรุปข้อมูลการจำหน่าย / ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วันที่จำหน่าย..... เวลา.....น.

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย.....

สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย T.....°C PR...../min RR...../min BP...../.....mmHg O₂Sat.....%สถานะการจำหน่าย หายจากโรค ทุเลา ถึงแก่กรรม หนีกลับ/ไม่สมัครใจอยู่ ส่งต่อ (ระบุ รพ.....) อื่นๆ.....สิ่งที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย ไม่มี มี ได้แก่ () NG tube () Foley's catheter () TT tube () อื่นๆ.....

() แผล () Heparin Lock (สำหรับฉีดยาต่อเนื่อง)

นัดตรวจติดตามหลังจำหน่าย (1) วันที่..... คลินิก..... แพทย์.....

นัดตรวจติดตามหลังจำหน่าย (2) วันที่..... คลินิก..... แพทย์.....

ลงชื่อผู้รับกลับ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อผู้บันทึกการจำหน่าย (ตัวบรรจง)..... ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN..... Ward.....