**แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจำหน่าย UGIB**

**ชื่อ สกุล** .........................................................................................................................**อายุ**................ปี แพทย์ผู้รักษา.....................................

**HN**……………………...…**AN**……………………………**หน่วยงาน**..........................................................................

|  **คำชี้แจง : โปรดเติมคำโดยสรุป และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ( ) ตามที่ประเมินได้** |
| --- |
| **1.** **Diagnosis**……………………………………………………..การผ่าตัด...............................................................ว/ด/ป ที่จำหน่าย.......................เวลา..........น. |
| **2. อาการผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน**  2.1 ระดับความรู้สึกตัว □ รู้สึกตัวดี (Alert) □ สับสน (Confusion) □ ง่วงซึม (Drowsiness) □ หลับลึก (Stupor)  □ ไม่รู้สึกตัว แต่ตอบสนองต่อ deep pain (Semi-coma) □ ไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเลย (Coma) 2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง □ ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด □ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน □ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย  2.3 อาการและอาการแสดงของโรค/อื่น ๆ ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………........…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….....…...T=………๐C P=……bpm R=……bpm BP=…….………mmHg Pain Score =….…คะแนน GCS…….คะแนน (E.…V….M….) CIWA-Ar=…..…คะแนน  2.4 ระบบทางเดินหายใจ □ On O2 Mask □ On O2 Cannula □ On O2 Collarmask □ Tracheostomy □ Endotracheal tube  2.5 ระบบทางเดินอาหาร □ NG feeding □ Gastrostomy □ Jejunostomy □ ประเภทอาหาร (ระบุ)..................................... 2.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ □ ใส่สายสวนปัสสาวะวันที่............................................ 2.7 แผล มีแผล □ แผลผ่าตัด..........................................................................................................ครบตัดไหมวันที่..............................................  □ แผลกดทับ ระดับ…….ตำแหน่ง...........................................................................................................................................................................  2.8 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยใช้กายอุปกรณ์ □ ไม้ค้ำยัน □ Walker □ Wheel chair 2.9 โรคร่วม □ Cirrhosis □ Hepatic failure □ DM □ HT □ ไตวาย □ CHF □ IHD □ Gout □ CVA □ Alcohol use disorder  □ โรคมะเร็ง (ระบุ)...................................................................... □ อื่น ๆ (ระบุ) ................................................................................................  2.10 การเคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยโดย ( ) เดิน ( ) รถนั่ง ( ) เปลนอน ( ) ญาติมารับ ( ) กลับคนเดียว ( ) เจ้าหน้าที่ศูนย์.............................  |
| **3. ประเภทการจำหน่าย**  □ ทุเลา แพทย์อนุญาต □ ไม่สมัครอยู่ ( ) ขอกลับบ้าน ( ) ขอไปรักษาต่อที่................................................ □ หนีกลับ  □ Refer รพ. ................................................................ □ ถึงแก่กรรม  |
| **4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** □ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน □ เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน □ ....................................................................................................................□ ......................................................................................................... |
| **5. กิจกรรมการพยาบาลก่อนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD** ดังนี้**Disease**: □ ประเมิน/ทบทวน/ให้ความรู้เรื่องโรค UGIB เกี่ยวกับ ( ) สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ( ) อาการและอาการแสดง ( ) การวินิจฉัยโรค ( ) การรักษา**Medicine**: □ ใช้ยากลุ่ม ( ) ASA ( ) NSAID ( ) Steroid ( ) Antibiotic ตามคำแนะนำของแพทย์ □ ไม่ซื้อยารับประทานเอง ไม่ใช้ยาชุด □ วิธีการรับประทานยา และให้รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยได้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ......ชนิด ได้แก่ ....……………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ □ รับประทานยาเดิม และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ**Environment & Economic**: □ หลีกเลี่ยงกิจกรรม/สถานที่/สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ กิจกรรมที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ □ การปรับตัวเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ □ การดูแลรักษาความสะอาดของบ้านและความปลอดภัย**Treatment**:  □ การสังเกตอาการผิดปกติ ( ) อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือดสด หน้ามืด เป็นลม ปวดท้อง ฯลฯ ( ) แผลมีอาการอักเสบ/ติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง แผลแยก ( ) ปวดแน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน  □ ให้ทำแผลทุกวันที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน □ เมื่อครบตัดไหม ให้ตัดไหมที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ในวันที่......................................... □ สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการให้อาหารทางสายยาง ( ) NG feeding ( ) Gastrostomy ( ) Jejunostomy และวิธีการดูแล □ อื่น ๆ .......................................................................................................................................................................................................................**Health**:  □ ลดความเครียด สร้างแรงจูงใจ/การตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  □ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ชา กาแฟ □ งดสูบบุหรี่ □ ทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย/ลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง พูดคุยระบาย เป็นต้น □ ปรึกษาคลินิกสุขภาพจิตฯ เพื่อบำบัดกรณีผู้ป่วยสมัครใจ ( ) เลิกสุรา ( ) บุหรี่ ( ) มีความเครียดหรือวิตกกังวล  □ พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชม. □ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่หักโหม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องมีการปะทะหรือใช้แรงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที □ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-3,000 มล. กรณีไม่มีข้อห้าม ( ) จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกินวันละ.....................มล.  □ ดูแลรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด โดยไม่แกะเกาแผล ไม่เปิดแผลเอง ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำในขณะเช็ดทำความสะอาดร่างกาย  □ กรณีหลังผ่าตัด งดการทำงานหนัก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก (มากกว่า 5 กก. ขึ้นไป อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด □ วิธีการดูแลแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง □ อื่น ๆ .......................................................................................................................................................................................................................**Out-patient referral**:  □ แนะนำช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น โทร 1669 ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน □ ให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา ในวันที่..................................เวลา...............น. ที่แผนก........................................................................ □ ให้มาตรวจพิเศษ (ระบุ) ................................................................................ในวันที่.........................เวลา............น. ที่แผนก.................................. □ ให้มาตรวจ Lab (ระบุ) ................................................................................ในวันที่.........................เวลา............น. ที่แผนก................................... โดยให้ ( ) NPO ............ชั่วโมง ( ) ไม่ NPO พร้อมนำใบนัดมาด้วย**Diet**:  □ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ตรงเวลา ( ) งดอาหารรสจัด อาหารหมักดอง ( ) งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ( ) อาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล : โปรตีน ธาตุเหล็กและสังกะสี ไขมันดี วิตามินซี ( ) อาหารเฉพาะโรค (ระบุ)............................. □ อาหารทางสายยาง ( ) NG feeding ( ) Gastrostomy ( ) Jejunostomy ( ) ประเภทอาหาร (ระบุ).....................................................**การประเมินผล:** □ ผู้ป่วย □ ญาติผู้ป่วย ( ) รับทราบและเข้าใจทั้งหมด ( ) รับทราบและเข้าใจบางส่วน ( ) ไม่รับทราบหรือไม่เข้าใจ □ ได้รับ ( ) แผ่นพับความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วย UGIB ( ) QR Code ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วย UGIB**ลงชื่อผู้รับคำแนะนำ**.........................................................................**ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล** ............................................................**ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพ  |
| **ชื่อ สกุล** .........................................................................................................................**อายุ**................ปี แพทย์ผู้รักษา..........................................**HN**……………………...…**AN**……………………………**หน่วยงาน**..........................................................................**6. การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านอื่น ๆ**  6.1 ระบบทางเดินหายใจ □ ไม่มี □ มี ระบุ อาจเกิด ( ) การติดเชื้อทางเดินหายใจ ( ) ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ( ) ทางเดินหายใจอุดกั้น (Airway obstruction) ( ) การสำลัก ( ) อื่น ๆ (ระบุ)................................................................................................................................................ 6.2 ระบบทางเดินอาหาร □ ไม่มี □ มี ระบุ ( ) อาจเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ ( ) ท้องอืด ( ) ท้องผูก ( ) อื่น ๆ ................................................... 6.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ □ ไม่มี □ มี ระบุ ( ) อาจเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ( ) อื่น ๆ ....................................................................... 6.4 การดูแลแผล □ ไม่มี □ มี ระบุ ( ) อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ( ) อื่น ๆ (ระบุ) ................................................................................... 6.5 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ □ ไม่มี □ มี ระบุ ( ) อาจเกิดอุบัติเหตุ/หกล้ม ( ) อื่น ๆ (ระบุ) ....................................................................... 6.6 ด้านจิตใจ □ ไม่มี □ มี ระบุ ( ) วิตกกังวล ( ) Palliative care ( ) อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................... 6.7 ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน □ ประสาน HHC □ ประสานสังคมสงเคราะห์ □ ประสาน PCN □ ส่ง COC r9 □ คลินิกสุขภาพจิต  **ผู้บันทึก**.....................................................ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  |

**แพทย์ผู้รักษา**………………………………………….

**พัฒนาร่วมระหว่าง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม**

**ชื่อ สกุล** .........................................................................................................................**อายุ**................ปี

**HN**……………………...…**AN**……………………………**หน่วยงาน**..........................................................................