




|  |  |  |
|--|--|--|
|     | <b>โรงพยาบาลฟักท่า</b><br><b>Faktha Hospital</b> | ฉบับที่ :                                    |
|  |  | หน้า 1                      จำนวน 27 หน้า    |
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :   |  | วันที่เริ่มใช้ :                             |
| เรื่อง:แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน<br>(Intermediate Care : IMC) |  | วันที่แก้ไข :                                |
| ทีม/งาน: IMC   |  | ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : กายภาพ OPD ER IPD COC |
| ผู้จัดทำ :นางสาว กาญจนา ชัดติ,นางสาววชิรญาณม์ วันพรหมมินทร์                          |  | ผู้อนุมัติ :                                 |

## 1. นโยบาย

ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นและลดการเกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่เริ่มมีอาการ

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ป้องกันและลดการเกิดความพิการ

3. **ขอบเขต** แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย IMC ในพื้นที่บริการอำเภอฟักท่า จังหวัดอุดรธานี

## 4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 แพทย์ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัย ประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยตามอาการ จำหน่ายผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา หรือผู้ป่วยมี BI เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2 พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่ติดต่อประสานงานรับส่งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์เพื่อเตรียม admit ในโรงพยาบาลชุมชนผ่านกลุ่ม Line และประสานรพ.สต.และอสม.ค้นหาในชุมชน รวมทั้งประเมินปัญหาและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index; BI) ให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเข้า admit ในโรงพยาบาล ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ฝึกสอนญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลและฝึกผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นร่วมกับสหวิชาชีพวางแผนก่อน Discharge กลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ประสานทีม COC เพื่อเยี่ยมติดตามที่บ้าน

4.3 นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ ประสานงานรับข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ผ่านกลุ่ม Line ตรวจสอบประเมินร่างกาย วิเคราะห์และวางแผนการรักษาฟื้นฟูปัญหาอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index; BI) ก่อนและหลังให้การฟื้นฟู แนะนำการออกกำลังกายและประเมินการใช้กายอุปกรณ์ที่เหมาะสม วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สรุปและรายงานข้อมูล BI ของผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลศูนย์

|   |         |
|---|---------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :  | หน้า :2 |
| เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |         |

4.4 ทีม COC มีหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยIMCในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัดและสห-วิชาชีพ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลาฟื้นฟูและรับรายชื่อผู้ป่วยที่ BI 0-15 จาก ER หรือ OPD ที่ไม่ยินยอมadmit ให้มา admit ภายใน 3 วัน ในเวลาราชการ

4.5 พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา มีหน้าที่ประเมินสุขภาพจิตและให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่มีปัญหาทางจิตใจและการรับรู้ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ให้ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แรกรับทุกรายเพื่อประเมิน Psychological statusเป็นต้น

4.6 ทันตแพทย์ มีหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันทุกรายและวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพทางช่องปากแก่ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันเฉพาะราย

4.7 เกษัชกร มีหน้าที่ประเมินการใช้จ่าย ให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ให้คำแนะนำอาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน

4.8 งานแพทย์แผนไทย มีหน้าที่ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้อเกร็ง และการนวดกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.9 นักโภชนาการ มีหน้าที่สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สาย NG หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร เป็นต้น

4.10 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่คัดกรอง ค้นหา และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI) ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการจัด CG เพื่อช่วยในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

## 5. คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน หมายความว่า ผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่พ้นระยะ acute และสภาวะทางการแพทย์คงที่จนถึง 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) หมายความว่า การบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย บางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายความว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการทำกายภาพบำบัดและการให้คำปรึกษาฟื้นฟูด้านการพยาบาล การฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นกลืน การฝึกพูด การใช้กายอุปกรณ์เสริม/เครื่องช่วยคนพิการ การบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

การประเมิน Barthel ADL Index หมายความว่า การประเมินสมรรถนะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI) ฉบับภาษาไทยที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

|   |         |
|---|---------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :  | หน้า :3 |
| เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |         |

Multiple Impairment หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed) หมายความว่า การให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL Index < 15 คะแนนหรือ มี Barthel ADL Index ≥ 15 คะแนนร่วมกับมี multiple impairment ที่มีศักยภาพศักยภาพที่สามารถฟื้นฟูได้(Conscious: alert/drowsy และสามารถทำตามคำสั่งได้ 1 ขึ้นตอน) แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาให้ admit ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในจากทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างน้อย 1 ชั่วโมง/วัน อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลา 14 วัน

การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก หมายความว่า การนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จนครบ 6 เดือน

การบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหว แต่ไม่สามารถมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลได้ ควรได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ CG ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก Ward ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรวมทั้งความพร้อมของผู้ให้บริการ

ปัญหาสุขภาพซับซ้อน หมายความว่า ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีภาวะความซับซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีอาการแสดงที่เพิ่มขึ้นของภาวะการถดถอย BI <15 ที่มี multiple Impairment

ปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน หมายความว่า ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น และ BI <15 ที่ไม่มี multiple Impairment

## 6. แนวทางปฏิบัติ

### 6.1 การเข้าถึงบริการและการเข้ารับบริการ

รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Notification และใบ IMC01-03 เพื่อรักษาฟื้นฟู โดยมีแนวทางดังนี้

-ผู้ป่วยมาเอง

-การรับ refer กลับมาที่บรรณโรงพยาบาล

-การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดย รพ.สต. อสม. และ ทีมCOC ของโรงพยาบาลพากทำซึ่งเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยรพ.สต. อสม.และทีมCOC 2ครั้ง/เดือน และจะได้รับรายชื่อผู้ป่วยIMC รายใหม่จากพยาบาลและนักกายภาพ ผู้รับผิดชอบงาน IMCของโรงพยาบาลพากทำ ดังนี้

#### 1.) ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติและประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL Index; BI)

- ผู้ป่วยที่มีผลประเมินได้ค่า BI <15 หรือ BI ≥15 ร่วมกับมี Multiple Impairment ที่มีศักยภาพสามารถฟื้นฟูได้(Conscious: alert/drowsy และสามารถทำตามคำสั่งได้ 1 ขึ้นตอน) แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาให้ admit แพทย์และพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วย admit โดยการให้ Empowerment และอธิบายเกี่ยวกับผลดีในการเข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลเสียหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

|   |         |
|---|---------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :  | หน้า :4 |
| เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |         |

- กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอม admit พยาบาลผู้ป่วยนอกทำเรื่อง admit และส่งต่อให้กับพยาบาลผู้ป่วยใน
- กรณีป่วยและญาติไม่ยินยอม admit แพทย์ส่งต่องานกายภาพบำบัดเพื่อนัดรักษาฟื้นฟูแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ พยาบาลผู้ป่วยนอกให้ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ รักษาฟื้นฟูต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนหรือจนกว่าผู้ป่วยมี BI=20
- 2.) ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER)
  - พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซักประวัติและประเมินอาการ ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการที่มา พบแพทย์ และประเมิน BI แรกรับของผู้ป่วย
  - ผู้ป่วยที่ BI 0-15 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วย admit โดยการให้ Empowerment และอธิบายเกี่ยวกับผลดีในการเข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลเสียหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
  - กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอม admit พยาบาลรายงานแพทย์ และทำเอกสารสำหรับการ admit ให้ผู้ป่วยและญาติ ลงลายมือชื่อยินยอมให้การรักษาในรูปแบบฟอร์ม Inform consent ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน
  - กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอม admit พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินรายงานแพทย์ผู้ป่วยและนัดติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ภายใน 3 วัน(ในเวลาราชการ)
- 3.) ผู้ป่วยรับ refer กลับมากับรถพยาบาล
  - พยาบาลแผนกผู้ป่วยในซักประวัติและประเมินปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL Index; BI), 11แบบแผนของ Gordon และวางแผนการรักษาการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ
  - พยาบาลแผนกผู้ป่วยในอธิบายสาเหตุ อาการและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
  - พยาบาลประสานแจ้งทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจตาม Activities protocol ของโรงพยาบาลฟากท่า ให้การรักษาฟื้นฟูตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยสหวิชาชีพ ดังนี้

|   |         |
|---|---------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :  | หน้า :5 |
| เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |         |

| ปัญหา  | การฟื้นฟูสมรรถภาพ   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
|  | แพทย์   | พยาบาลวิชาชีพ  | นักกายภาพบำบัด  | อื่นๆ   |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia<br>อ่อนแรงครึ่งซีก<br><br><input type="checkbox"/> Quadriplegia<br>อ่อนแรงแขนขาทั้ง<br>2 ข้าง<br><br><input type="checkbox"/> Paraplegia<br>ขาอ่อนแรง 2 ข้าง | 1.ตรวจ วินิจฉัย<br>ให้การรักษาตาม<br>อาการ<br>2.ส่งปรึกษานัก<br>กายภาพบำบัด | 1.สอนญาติ/ผู้ดูแลในการดูแล<br>ผู้ป่วย<br>2.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2<br>ชั่วโมง (กรณีติดเตียง)<br>3.ประสานสหวิชาชีพเพื่อให้การ<br>ฟื้นฟูผู้ป่วย<br>4.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและ<br>ญาติก่อนการจำหน่าย<br>5.ประสานทีม COC และรพ.<br>สต. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน | 1.Exercise training<br>2.Functional training<br>3.Transfer training<br>4.Ambulation training<br>5.ADL evaluation &<br>training<br>6.Hand function<br>7.ประเมินการปรับสภาพ<br>บ้าน<br>8.พิจารณาเครื่องช่วยเดิน<br>หรืออุปกรณ์ช่วยอื่นๆ ที่<br>เหมาะสม<br>9.Home program<br>10.ประเมิน ADL ก่อน<br>และหลังการฟื้นฟู | 1.ทันตกรรมตรวจ<br>สุขภาพช่องปากและ<br>ให้การรักษาดูแลทาง<br>ทันตกรรม<br>2.พยาบาลจิตเวช/<br>นักจิตวิทยา ประเมิน<br>ภาวะสุขภาพจิตของ<br>ผู้ป่วยโดยใช้แบบ<br>DS8<br>3.เภสัชกร ให้ความรู้<br>เรื่องยา |
| <input type="checkbox"/> Postural<br>hypotension<br>ความดันโลหิตต่ำ<br>ขณะเปลี่ยนท่า   | 1.ประเมินและให้<br>การวินิจฉัย<br>2.Check<br>CBC/correct<br>anemia          | พิจารณา<br>- พัน elastic bandage ที่ขา<br>- Abdominal binder<br>- ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ   | 1.Check BP ก่อนฝึก<br>ผู้ป่วยในท่าที่มีการยก<br>ศีรษะขึ้น<br>2.ค่อยๆ ฝึกด้วยการปรับ<br>หัวเตียงขึ้น   |   |
| <input type="checkbox"/> Spasticity<br><br><input type="checkbox"/> Contracture<br>กล้ามเนื้อมีปัญหา<br>เกร็งตัว   | 1.ประเมิน ROM<br>2.ประสานแพทย์<br>รพ.ต. เพื่อใช้ยา<br>ลดเกร็ง               | 1.จัดทำทางในการนอนเพื่อ<br>ป้องกันข้อยึดติด<br>2.สอนญาติในการจัดทำทาง<br>การนอนที่เหมาะสม  | 1.ROM exercise<br>2.Stretching exercise<br>3.Physical modality<br>4.พิจารณาการตามเพื่อ<br>ลดอาการเกร็ง  | แพทย์แผนไทย<br>-วัด BP ก่อนและ<br>หลังทำทุกครั้ง<br>-นวด/ยืด-เหยียด<br>กล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย  |

|   |         |
|---|---------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :  | หน้า :6 |
| เรื่อง แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |         |

| ปัญหา   | การฟื้นฟูสมรรถภาพ  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
|   | แพทย์  | พยาบาลวิชาชีพ   | นักกายภาพบำบัด  | อื่นๆ   |
| <input type="checkbox"/> Shoulder subluxation<br><input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome<br>ปวดไหล่ข้างที่อ่อนแรง | 1.พิจารณาให้ Shoulder sling<br>2.พิจารณาให้ยา Prednisolone                               | 1.จัดท่านอน ท่านั่งอย่างถูกต้อง<br>2.หลีกเลี่ยงการดึง หรือกดทับแขนข้างที่อ่อนแรง<br>3.สอนญาติ/ผู้ดูแล เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง                                     | 1.ROM exercise<br>2.Stretching exercise shoulder<br>3.Positioning           |   |
| <input type="checkbox"/> Neuropathic pain<br>การปวดที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท                                     | 1.วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง<br>2.พิจารณาให้ Neurophatic drug                          | ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับอาการ Neuropathic pain  | 1.TENS<br>2.Diversional activity<br>3.Patient education                     |   |
| <input type="checkbox"/> Dysphagia<br>ภาวะกลืนลำบาก   | 1.พิจารณา on หรือ off NG tube หรือ NG-oral ตามผลประเมินการกลืน<br>2.ประเมินสถานะโภชนาการ | 1.ประเมินการกลืน สอนการกลืนน้ำ กลืนอาหาร<br>2.ดูแลความสะอาดในช่องปาก<br>3.จัดทำเพื่อป้องกันการสำลัก<br>4.ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะรับประทานอาหาร<br>5.สอนญาติ/ผู้ดูแล | แนะนำการบริหารปากและลิ้น oromuscular exercise                               | นักโภชนาการ<br>1.สอนญาติ/ผู้ดูแลเตรียมอาหาร BD<br>2.ให้คำแนะนำในการเลือกอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ |
| <input type="checkbox"/> Aphasia<br>สูญเสียการใช้หรือเข้าใจคำพูด  | จำแนกประเภทของ Aphasia -Motor  | 1.ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น  | 1.ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br>2.ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น |   |

| ปัญหา  | การฟื้นฟูสมรรถภาพ   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | แพทย์   | พยาบาลวิชาชีพ  | นักกายภาพบำบัด  | อื่นๆ  |
| <input type="checkbox"/> Dysarthria<br>พูดไม่ชัด, ลิ้นแข็ง                   | -Sensory<br>-Global   | 2.ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น  | ฝึกการออกเสียงเบื้องต้น<br>3.ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร   |  |
| <input type="checkbox"/> Neglect<br>การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง             | ประเมินและให้การวินิจฉัย  | 1.กระตุ้นการรับรู้และใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง<br>2.แนะนำปรับสภาพแวดล้อม                                    | 1.กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกร่างกายที่อ่อนแรง<br>2.แนะนำปรับสภาพแวดล้อม   |  |
| <input type="checkbox"/> Neurogenic bladder<br>ความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ  | 1.Intermittent catheter<br>2.CIC program<br>3.Retain Foley's catheter | 1.Intermittent catheter<br>2.CIC program<br>3.Retain Foley's catheter<br>4สอนผู้ป่วย/ญาติ                  | 1.ฝึกการใช้งานมือ<br>2.ฝึกการใส่และถอดเสื้อผ้า<br>3.Train toilet transfer   |  |
| <input type="checkbox"/> Neurogenic bowel<br>ความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ    | 1.พิจารณาการให้ยาระบาย<br>2.order สวนอุจจาระ                          | 1.ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา<br>2.สวนอุจจาระ<br>3.กระตุ้น ambulate<br>4.สอนผู้ป่วย/ญาติ                     | 1.Train toilet transfer<br>2.Active exercise<br>3.Ambulation<br>4.ฝึกการใส่และถอดเสื้อผ้า<br>5.ฝึกการทำความสะอาดร่างกาย |  |
| <input type="checkbox"/> Pressure ulcer แผลกดทับ                             | 1.Debridement<br>2.Antibiotic<br>3.Nutrition                          | 1.ประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ<br>2.พิจารณาใช้ที่นอนลม<br>3.Dressing wound<br>4.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง | 1. สอนวิธีการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง<br>2.สอนวิธีการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และการจัดทำทาง                                    | นักโภชนาการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> Coma<br><input type="checkbox"/> Cognitive deficits | ให้การรักษาดตามอาการ  | 1.กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว<br>2.ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ                         | 1.กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว<br>2.ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ                                      |  |



| ปัญหา  | การฟื้นฟูสมรรถภาพ |  |                                      |       |
|--|-------------------|--|--------------------------------------|-------|
|  | แพทย์             | พยาบาลวิชาชีพ  | นักกายภาพบำบัด                       | อื่นๆ |
| <input type="checkbox"/> Agitation<br><input type="checkbox"/> Hypoarousal<br><input type="checkbox"/> Sleep disturb |                   | 3.สอนญาติ/ผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน complications | 3.Home program<br>4.Passive exercise |       |

**ข้อบ่งชี้ในการพิจารณา งด ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด/ออกกำลังกาย**

1. ผู้ป่วยมีไข้และอุณหภูมิร่างกาย  $\geq 38$  องศา
2. ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ  $> 100$  ครั้ง/นาที หรือ  $< 60$  ครั้ง/นาที
3. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต  $\geq 180/110$  mmHg หรือมีค่าความดันโลหิต  $< 90/60$  mmHg
4. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติหวัหะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ชีวมลง สับสน
5. ผู้ป่วยมีภาวะสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก
6. ผู้ป่วยมีอาการขาบวม หรือสงสัย DVT

- หลังการรักษาฟื้นฟูครบ 1 สัปดาห์นักกายภาพประเมิน BI ของผู้ป่วย หากบรรลุเป้าหมาย BI เพิ่มขึ้นสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ หากไม่บรรลุเป้าหมายให้ admit ต่อ ประเมิน BI ซ้ำทุกสัปดาห์จนกว่า BI ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือไม่เกิน 1 เดือน โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการทำ Team meeting โดยสรุปประเด็นต่างๆ ในใบ Team meeting report (IMC03)

- เมื่อผู้ป่วยสามารถจำหน่ายได้พยาบาลแผนกผู้ป่วยในประเมินความจำเป็นในการได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์และประสานบริหารเพื่อเบิกอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยโดย ใช้ใบแบบยืม/เบิกวัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเอกสารความเห็นของแพทย์กรณีเห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่บ้าน

- เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ส่งต่อทีม COC เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม. Care giver ในพื้นที่เพื่อดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องประเมิน BI และความบกพร่องทุกเดือน ในแบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน(Home visit report) จนครบ 6 เดือน เมื่อครบ 6 เดือน ประเมินค่า BI ซ้ำเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. BI 0-4 ร่วมกับมี Recurrent Pneumonia, Pressure sore  $\geq$  gr.3, Recurrent UTI และ PPS  $< 60$  ประสานทีม Palliative care เพื่อดูแลตามแนวทาง Palliative care

2. BI  $< 12$  ประสานทีม Long term care เพื่อดูแลตามแนวทาง Long term care

3. BI 12-14 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้อย่างปลอดภัยหรือเสี่ยงที่จะถดถอย (BI ลดลง)ส่งทีม COC เยี่ยมบ้านต่อ

4. BI 12-14 สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่เสี่ยงที่จะถดถอย (BI ลดลง) สามารถ D/C ได้

5. BI  $\geq 15$  หรือบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสามารถ D/C ได้

### 7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด   | เป้าหมาย    |
|--|-------------|
| 1. อัตราผู้ป่วย IMC ที่มี BI เพิ่มขึ้น (ขณะนอนโรงพยาบาล)   | ≥ ร้อยละ 60 |
| 2. อัตราผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้น หลังการฟื้นฟู (OPD/เยี่ยมบ้าน)   | ≥ ร้อยละ 70 |
| 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย IMC ขณะนอนโรงพยาบาล  | ≤ ร้อยละ 20 |
| 4. ผู้ป่วย stroke, Traumatic Brain injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index =20 | ≥ ร้อยละ 60 |
| 5. อัตราผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายระยะสั้น (Short term goal, STG)  | ≥ ร้อยละ 60 |
| 6. อัตราการให้บริการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ BI = 20  | ≥ ร้อยละ 60 |
| 7. อัตราความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC   | ร้อยละ 100  |
| 8. อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วย IMC ตามกลุ่มเป้าหมาย   | ร้อยละ 100  |
| 9. ผู้ป่วย IMC ได้รับการประเมินและวางแผนการรักษา   | ร้อยละ 100  |
| 10. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและรักษาตามแนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้อง   | ร้อยละ 100  |
| 11. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย  | ร้อยละ 100  |
| 12. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลต่อเองที่บ้าน   | ≥ ร้อยละ 80 |

### 8. เอกสารอ้างอิง

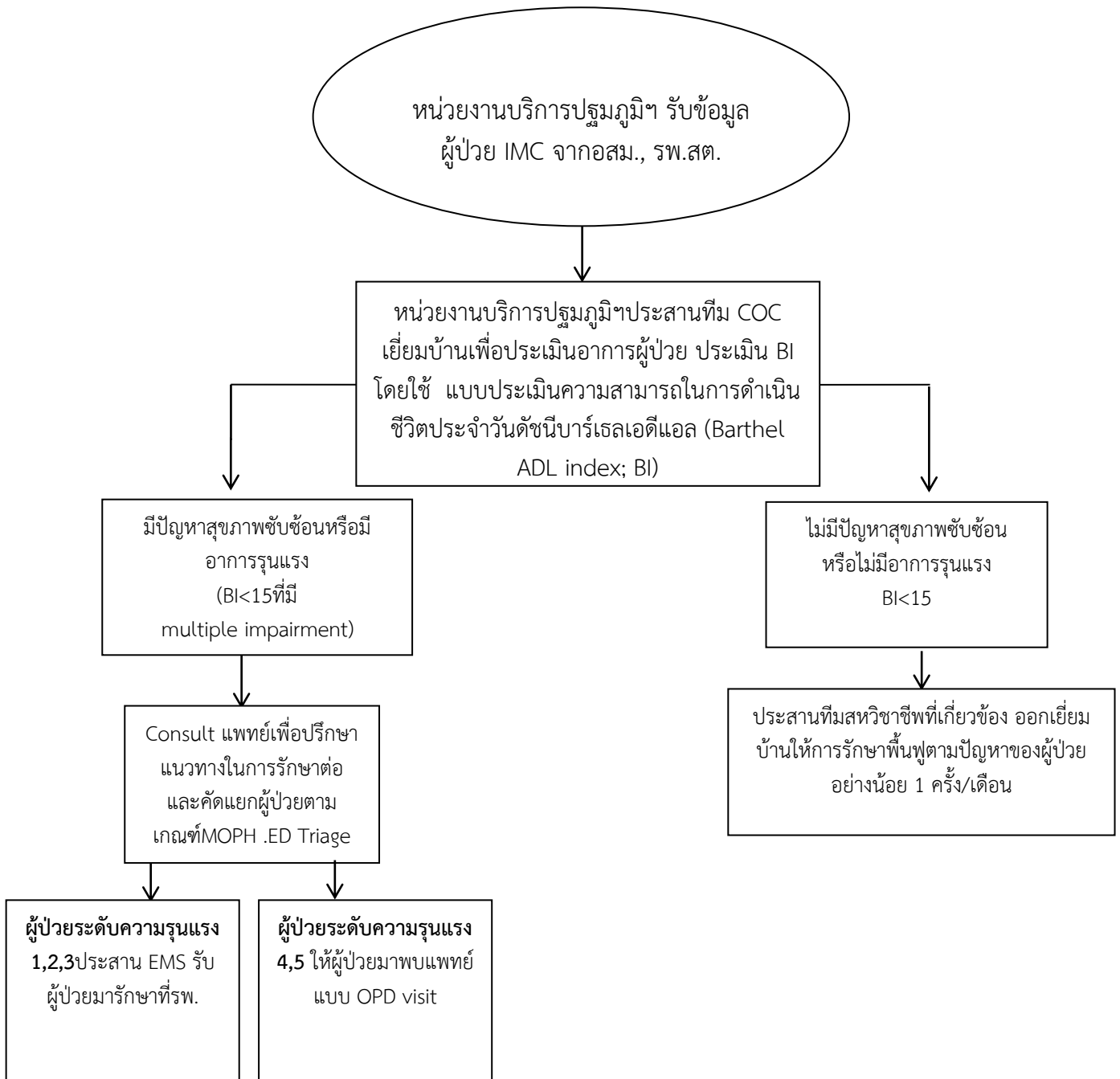
กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์ สี่ตะวัน จำกัด

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุดรธานี

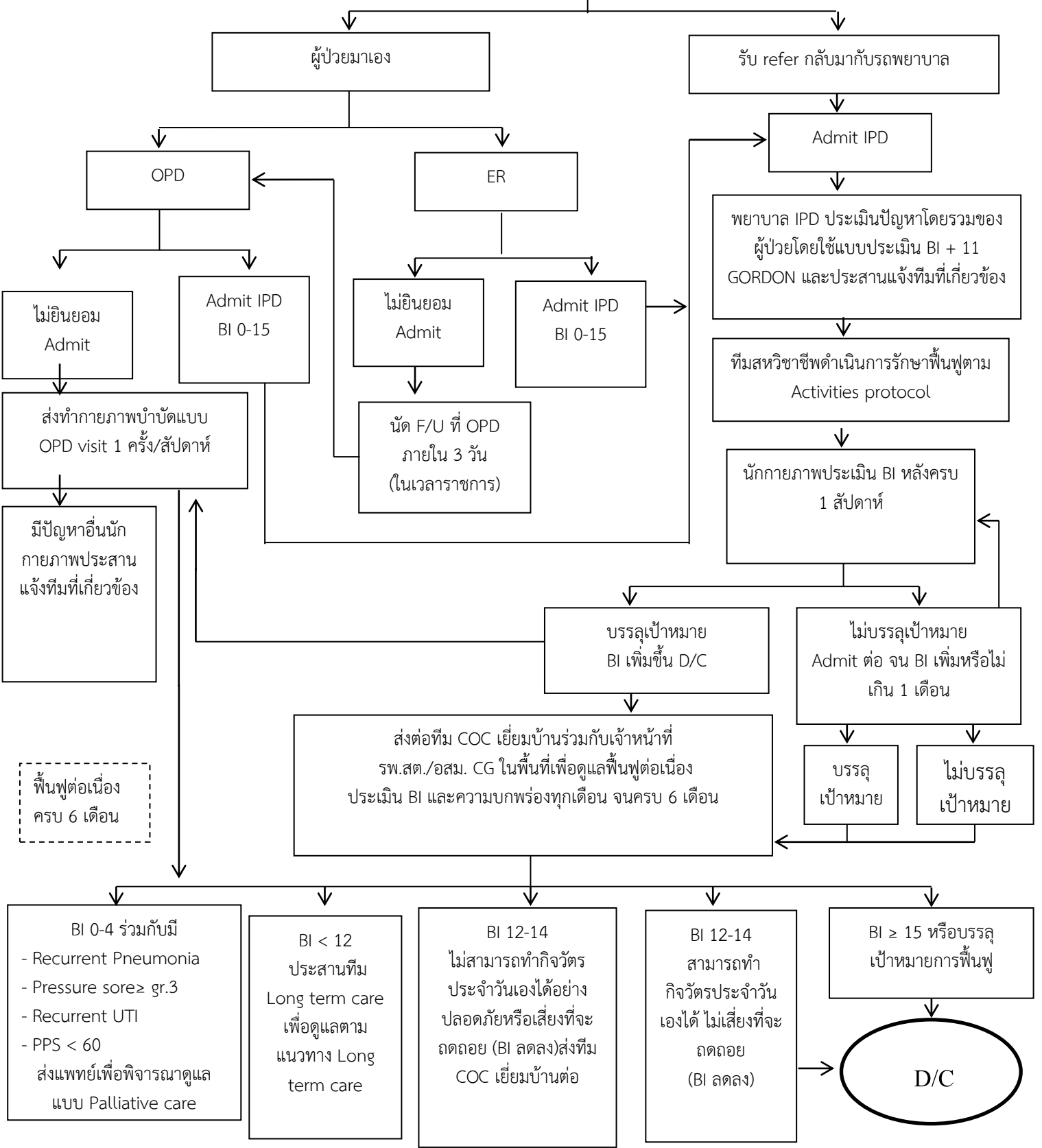
9. ภาคผนวก

ขั้นตอนการค้นหาผู้ป่วย IMC จากชุมชน



หมายเหตุ : ใช้ Flow chart นี้ในกรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชน ไม่ได้ผ่านระบบการรักษาของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เช่น ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด เป็นต้น

### ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย IMC



IMC 01

Problem list &amp; Plan

for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

### โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ชื่อ.....ตึก.....

HN..... AN.....

| Diagnosis   | Underlying disease   |  |  |  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|-----------------|---|--|--|--|--|---|---|--|--|--|---|--|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|--|---|---|------------------------------------|--|---|--|---|---|--|---|---|--|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|--|---|---|--|---|--|--|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stroke.....<br><input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury.....<br><input type="checkbox"/> SCI.....   | • .....<br>• .....<br>• .....  |  |  |  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| Problem list  | Plan of management   |  |  |  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| วันที่.....   | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">แพทย์</th> <th style="width:25%;">พยาบาลวิชาชีพ</th> <th style="width:25%;">นักกายภาพบำบัด</th> <th style="width:25%;">นักกิจกรรมบำบัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Hemiplegia<br/> <input type="checkbox"/> Quadriplegia<br/> <input type="checkbox"/> Paraplegia                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน<br/> <input type="checkbox"/> Wheelchair<br/> <input type="checkbox"/> บริการกายภาพบำบัด                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate<br/> <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย<br/> <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br/> <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Exercise training<br/> <input type="checkbox"/> Functional training<br/> <input type="checkbox"/> Bilateral movement training<br/> <input type="checkbox"/> Transfer training<br/> <input type="checkbox"/> Ambulation training<br/> <input type="checkbox"/> Home program<br/> <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ADL evaluation and training<br/> <input type="checkbox"/> Hand function training<br/> <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน<br/> <input type="checkbox"/> Home program<br/> <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Postural hypotension                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย<br/> <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา<br/> <input type="checkbox"/> Abdominal binder<br/> <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง<br/> <input type="checkbox"/> Tilt table<br/> <input type="checkbox"/> reclining wheelchair                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Spasticity<br/> <input type="checkbox"/> Contracture                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมิน ROM<br/> <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen)<br/> <input type="checkbox"/> Plastic AFO                             </td> <td> <input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ROM exercise<br/> <input type="checkbox"/> Stretching exercise<br/> <input type="checkbox"/> Physical modality                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ROM exercise<br/> <input type="checkbox"/> Stretching exercise<br/> <input type="checkbox"/> Orthosis                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Shoulder subluxation<br/> <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br/> <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)                             </td> <td> <input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง<br/> <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน<br/> <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ROM exercise<br/> <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br/> <input type="checkbox"/> Positioning                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br/> <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br/> <input type="checkbox"/> Positioning                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Neuropathic pain                             </td> <td> <input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง<br/> <input type="checkbox"/> Neuropathic drug                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Patient education                             </td> <td> <input type="checkbox"/> TENS<br/> <input type="checkbox"/> Patient education                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Diversional activities<br/> <input type="checkbox"/> Patient education                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Dysphagia                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ตีจรรยา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน<br/> <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br/> <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก<br/> <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก<br/> <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร                             </td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกกลืน<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกการเป่าฟันทู/ ดูแลความสะอาดช่องปาก                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Aphasia<br/> <input type="checkbox"/> Dysarthria                             </td> <td> <input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br/> <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Neglect                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br/> <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br/> <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br/> <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Neurogenic bladder                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br/> <input type="checkbox"/> CIC program<br/> <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br/> <input type="checkbox"/> CIC program<br/> <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Train toilet transfer                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้ขานมือ                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Neurogenic bowel                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ให้อาหารเบา<br/> <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ                             </td> <td> <input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา<br/> <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ<br/> <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Train toilet transfer<br/> <input type="checkbox"/> Active exercise<br/> <input type="checkbox"/> Ambulation                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Train toileting<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br/> <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Debridement<br/> <input type="checkbox"/> Antibiotic<br/> <input type="checkbox"/> Nutrition                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนิ่นวันที่เหมาะสม<br/> <input type="checkbox"/> Dressing wound<br/> <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair                             </td> <td> <input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Coma<br/> <input type="checkbox"/> Cognitive deficits<br/> <input type="checkbox"/> Agitation<br/> <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.                             </td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ                             </td> <td> <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> Sensory – specific training<br/> <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br/> <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> .....<br/> <input type="checkbox"/> .....                             </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | แพทย์  | พยาบาลวิชาชีพ  | นักกายภาพบำบัด   | นักกิจกรรมบำบัด | <input type="checkbox"/> Hemiplegia<br><input type="checkbox"/> Quadriplegia<br><input type="checkbox"/> Paraplegia | <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน<br><input type="checkbox"/> Wheelchair<br><input type="checkbox"/> บริการกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate<br><input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br><input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน | <input type="checkbox"/> Exercise training<br><input type="checkbox"/> Functional training<br><input type="checkbox"/> Bilateral movement training<br><input type="checkbox"/> Transfer training<br><input type="checkbox"/> Ambulation training<br><input type="checkbox"/> Home program<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ADL evaluation and training<br><input type="checkbox"/> Hand function training<br><input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน<br><input type="checkbox"/> Home program<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> Postural hypotension | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย<br><input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia | <input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา<br><input type="checkbox"/> Abdominal binder<br><input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ | <input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง<br><input type="checkbox"/> Tilt table<br><input type="checkbox"/> reclining wheelchair | <input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก | <input type="checkbox"/> Spasticity<br><input type="checkbox"/> Contracture | <input type="checkbox"/> ประเมิน ROM<br><input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen)<br><input type="checkbox"/> Plastic AFO | <input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Stretching exercise<br><input type="checkbox"/> Physical modality | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Stretching exercise<br><input type="checkbox"/> Orthosis | <input type="checkbox"/> Shoulder subluxation<br><input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome | <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br><input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome) | <input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง<br><input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน<br><input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br><input type="checkbox"/> Positioning | <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br><input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br><input type="checkbox"/> Positioning | <input type="checkbox"/> Neuropathic pain | <input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง<br><input type="checkbox"/> Neuropathic drug | <input type="checkbox"/> Patient education | <input type="checkbox"/> TENS<br><input type="checkbox"/> Patient education | <input type="checkbox"/> Diversional activities<br><input type="checkbox"/> Patient education | <input type="checkbox"/> Dysphagia | <input type="checkbox"/> ตีจรรยา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ | <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก<br><input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก<br><input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร |  | <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ฝึกกลืน<br><input type="checkbox"/> ฝึกการเป่าฟันทู/ ดูแลความสะอาดช่องปาก | <input type="checkbox"/> Aphasia<br><input type="checkbox"/> Dysarthria | <input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร | <input type="checkbox"/> Neglect | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม | <input type="checkbox"/> Neurogenic bladder | <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br><input type="checkbox"/> CIC program<br><input type="checkbox"/> RetainFoley's cath | <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br><input type="checkbox"/> CIC program<br><input type="checkbox"/> Retain Foley's cath | <input type="checkbox"/> Train toilet transfer | <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br><input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย<br><input type="checkbox"/> ฝึกการใช้ขานมือ | <input type="checkbox"/> Neurogenic bowel | <input type="checkbox"/> ให้อาหารเบา<br><input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ | <input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา<br><input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ<br><input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate | <input type="checkbox"/> Train toilet transfer<br><input type="checkbox"/> Active exercise<br><input type="checkbox"/> Ambulation | <input type="checkbox"/> Train toileting<br><input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br><input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย | <input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade..... | <input type="checkbox"/> Debridement<br><input type="checkbox"/> Antibiotic<br><input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนิ่นวันที่เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> Dressing wound<br><input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง | <input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair | <input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion | <input type="checkbox"/> Coma<br><input type="checkbox"/> Cognitive deficits<br><input type="checkbox"/> Agitation<br><input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb. |  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> Sensory – specific training<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ | <input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> ..... |  |  |  |  |
| แพทย์   | พยาบาลวิชาชีพ  | นักกายภาพบำบัด   | นักกิจกรรมบำบัด  |  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia<br><input type="checkbox"/> Quadriplegia<br><input type="checkbox"/> Paraplegia   | <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน<br><input type="checkbox"/> Wheelchair<br><input type="checkbox"/> บริการกายภาพบำบัด   | <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate<br><input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br><input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน | <input type="checkbox"/> Exercise training<br><input type="checkbox"/> Functional training<br><input type="checkbox"/> Bilateral movement training<br><input type="checkbox"/> Transfer training<br><input type="checkbox"/> Ambulation training<br><input type="checkbox"/> Home program<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ADL evaluation and training<br><input type="checkbox"/> Hand function training<br><input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน<br><input type="checkbox"/> Home program<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Postural hypotension   | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย<br><input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia  | <input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา<br><input type="checkbox"/> Abdominal binder<br><input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ   | <input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง<br><input type="checkbox"/> Tilt table<br><input type="checkbox"/> reclining wheelchair   | <input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก   |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Spasticity<br><input type="checkbox"/> Contracture   | <input type="checkbox"/> ประเมิน ROM<br><input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen)<br><input type="checkbox"/> Plastic AFO   | <input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด  | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Stretching exercise<br><input type="checkbox"/> Physical modality  | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Stretching exercise<br><input type="checkbox"/> Orthosis   |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Shoulder subluxation<br><input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome  | <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br><input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)  | <input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง<br><input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน<br><input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง  | <input type="checkbox"/> ROM exercise<br><input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br><input type="checkbox"/> Positioning  | <input type="checkbox"/> Shoulder sling<br><input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder<br><input type="checkbox"/> Positioning  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Neuropathic pain   | <input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง<br><input type="checkbox"/> Neuropathic drug   | <input type="checkbox"/> Patient education   | <input type="checkbox"/> TENS<br><input type="checkbox"/> Patient education  | <input type="checkbox"/> Diversional activities<br><input type="checkbox"/> Patient education  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dysphagia  | <input type="checkbox"/> ตีจรรยา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ   | <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก<br><input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก<br><input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร                            |  | <input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน<br><input type="checkbox"/> ฝึกกลืน<br><input type="checkbox"/> ฝึกการเป่าฟันทู/ ดูแลความสะอาดช่องปาก  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Aphasia<br><input type="checkbox"/> Dysarthria   | <input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global   | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น  | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น  | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น<br><input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร   |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Neglect  | <input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Neurogenic bladder   | <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br><input type="checkbox"/> CIC program<br><input type="checkbox"/> RetainFoley's cath  | <input type="checkbox"/> Intermittent cath<br><input type="checkbox"/> CIC program<br><input type="checkbox"/> Retain Foley's cath   | <input type="checkbox"/> Train toilet transfer   | <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br><input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย<br><input type="checkbox"/> ฝึกการใช้ขานมือ  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Neurogenic bowel   | <input type="checkbox"/> ให้อาหารเบา<br><input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ  | <input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา<br><input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ<br><input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate   | <input type="checkbox"/> Train toilet transfer<br><input type="checkbox"/> Active exercise<br><input type="checkbox"/> Ambulation  | <input type="checkbox"/> Train toileting<br><input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า<br><input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....  | <input type="checkbox"/> Debridement<br><input type="checkbox"/> Antibiotic<br><input type="checkbox"/> Nutrition  | <input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนิ่นวันที่เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> Dressing wound<br><input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง   | <input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair   | <input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Coma<br><input type="checkbox"/> Cognitive deficits<br><input type="checkbox"/> Agitation<br><input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb. |  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ  | <input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้<br><input type="checkbox"/> Sensory – specific training<br><input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้<br><input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ                    |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> .....  |  |  |  |  |                 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |  |  |   |   |                                    |  |   |  |   |   |  |   |   |  |                                  |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ แพทย์..... พยาบาลวิชาชีพ..... นักกายภาพบำบัด..... นักกิจกรรมบำบัด.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

โรงพยาบาลฟากท่า

IMC 02

For Intermediate Care (  Stroke,  Traumatic Brain Injury,  SCI)

| Progress note   | Order for one day   | Order for Continuation   |
|---|---|--|
| ชื่อ.....ตึก.....<br>HN..... AN.....<br><br>วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้.....<br>Estimated LOS.....วัน<br>(โดยเฉลี่ย 5-14 วัน)<br><br>Premorbid status:<br>ADL.....<br>Ambulation.....<br><br>ผู้ดูแลหลัก.....<br>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....<br><br>สภาพบ้าน.....<br>.....<br>.....<br><br><b>Progress Note</b><br>วันที่.....เวลา.....<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>ลงชื่อแพทย์..... | เตี้ยง.....สิทธิผู้ป่วย.....<br>วันที่.....เวลา.....<br><b>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ</b><br><b>Admit</b><br><input type="checkbox"/> Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training.<br><input type="checkbox"/> Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation<br><input type="checkbox"/> Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ<br><input type="checkbox"/> Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค<br><input type="checkbox"/> Notify แพทย์แผนไทย<br><input type="checkbox"/> Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อมรับการฟื้นฟูในระบบ IPD ขอรับบริการในรูปแบบ (.....) OPD (.....) เยี่ยมบ้าน<br><br><br><br><br><br><br>ลงชื่อแพทย์..... | Diet.....<br>Record V/S.....<br><b>Medication</b><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br><b>Activities for Rehab Program</b><br>1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู<br>1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร<br>1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ<br>1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม<br>1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ<br>1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function<br>1.6 Rehab NCM D/C plan<br>2. จัด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ<br>2.1 BT≥ 38° C<br>2.2 PR > 100 or < 60/min<br>2.3 SBP≥180 or <90, DBP≥110 or <60 mmHg<br>2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซีมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT<br><br><br><br><br>ลงชื่อแพทย์..... |



Activities Protocol (Short Stay)  
 For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)  
 โรงพยาบาลพากท่า

| วันที่ 1<br>.....   | วันที่ 2<br>.....   | วันที่ 3<br>.....   | วันที่ 4<br>.....  | วันที่ 5<br>.....   | วันที่ 6<br>.....   | วันที่ 7<br>.....   |
|---|---|---|--|---|---|---|
| - รับผู้ป่วย<br>- พยาบาลประเมิน BI + 11 GORDON<br>- สถานแจ้งทีมที่เกี่ยวข้อง<br>- กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผล<br>- การประเมิน BI + 11 GORDON<br>- ภาวะสุขภาพจิตของ<br>- กายภาพบำบัดประเมินและให้การฟื้นฟูตามปัญหาผู้ป่วย | - กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ<br>- พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยา ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบ DS8<br>- กายภาพบำบัดประเมินและให้การฟื้นฟูตามปัญหาผู้ป่วย | - กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผล<br>- การประเมิน BI + 11 GORDON<br>- โภชนากรให้ความรู้เรื่องอาหารและการเตรียมอาหาร<br>- เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา<br>- กายภาพบำบัดประเมินและให้การฟื้นฟูตามปัญหาผู้ป่วย<br>- แพทย์แผนไทยประเมินและให้การฟื้นฟูตามปัญหาผู้ป่วย | - กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผล<br>- การประเมิน BI + 11 GORDON<br>- ทันตกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและให้การรักษาดูแลทางทันตกรรม<br>- กายภาพบำบัดประเมินและให้การฟื้นฟูตามปัญหาผู้ป่วย<br>- Team Meeting (การ round ward) | - กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผล<br>- การประเมิน BI + 11 GORDON<br>- การพยาบาลเพื่อการประเมินประจำสัปดาห์และการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้นหรือ BI=20<br>- กายภาพบำบัดและการพยาบาลจัดทำ Home Program | - พยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผลการประเมิน BI + 11 GORDON<br>- ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์<br>- ประสานบริหารเพื่อให้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ | - พยาบาลฟื้นฟูสภาพตามผลการประเมิน BI + 11 GORDON<br>- ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์<br>- ประสานบริหารเพื่อให้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ |
| ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....  | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   |
| ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....  | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   |
|   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....   | ลงชื่อ.....  |   |   |   |

\*\*\*หมายเหตุ     กิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม  
 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้ 1 สัปดาห์



|  |          |
|--|----------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :   | หน้า :16 |
| เรื่อง :แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |          |

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index; BI)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... AN.....

|  |          |
|--|----------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :   | หน้า :17 |
| เรื่อง :แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |          |

**6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)**

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

**7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)**

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

**8. Bathing (การอาบน้ำ)**

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

**9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)**

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

**10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)**

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน.....คะแนน

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... AN.....

แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit report)  
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุดรธานี

วันที่เยี่ยม.....พื้นที่รับผิดชอบ รพสต./รพช. ....

1. ข้อมูลทั่วไป HN..... ชื่อ-สกุล.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน ..... เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

2. ประเภทความพิการ

ความพิการทางการมองเห็น(01)                       ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย(02)  
 ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย(03)     ความพิการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรม(04)  
 ความพิการทางด้านสติปัญญา(05)                       ความพิการด้านการเรียนรู้(06)                       ความพิการทางออทิสติก (07)

ระดับความพิการ.....เลขที่ผู้พิการ.....สาเหตุความพิการ.....

สิทธิ์คำรักษาพยาบาล     บัตรทอง                       บัตรทองผู้พิการ(ท.74)                       บัตรทองผู้สูงอายุ                       ประกันสังคม  
 เบิกจ่ายตรง                       เบิกได้เทศบาล-อบต.                       อื่นๆ ระบุ .....

Dx..... กลุ่มโรค ..... ICD - 10 .....

-ประเภทผู้ป่วย     กลุ่ม 1 ติดเตียง                       กลุ่ม 2 ติดบ้าน                       กลุ่ม 3 ติดสังคม                       กลุ่ม 4 มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้

-ประวัติ / อาการสำคัญ.....

-Precaution..... U/D :  HT     Heart     DM     อื่นๆ.....

ประเมินแรกจับ BP.....mmHg Pluse .....ครั้ง/นาที แผลกดทับ  ไม่มี     มี.....

.....

- Problem:     Pain.....     Limit ROM.....     Weakness     Poor transfer     Poor ambulation  
 Secretion retension                       Impaired ventilation                       Risk to complication.....

- Goal:     ↓pain     ↑ROM                       Increase m.power                       Independent transfer                       Ambulation with .....

↓secretion     Improved ventilation                       pt./ญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง.....

- Treatment:     Passive exs.                       Active exs.                       Balance training                       Positioning                       Breathing exs.  
 Ambulation with .....     อื่นๆ.....

- Home program:     ให้คู่มือ/แผ่นพับ                       บรรลุ                       ไม่บรรลุ เพราะ.....  
 ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง                       ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองบนเตียงได้อย่างเหมาะสม  
 ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเอง,นั่ง-ยืนทรงตัวได้                       ผู้ป่วยสามารถเดินเองได้โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

3.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ: :    เบี้ยยังชีพ  ได้รับ     ไม่ได้รับ

อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ     One point canes     Tripod canes     Walker     Crutch     อื่นๆ.....

4. ข้อมูลที่อยู่อาศัย: ลักษณะที่นอน  เตี้ย     พื้น                      ลักษณะบ้าน  ชั้นเดียว     สองชั้น                      ผู้พิการพักชั้น.....

ลักษณะห้องน้ำ รววจับ  มี     ไม่มี     ชักโครก     ส้วมซึม     ใช้ผ้าอ้อม     อื่นๆ .....

5.การส่งต่อปรึกษาผู้ป่วย  ไม่ส่งต่อ     ส่งต่องาน.....เนื่องจาก.....

.....

ญาติ/ผู้ป่วย
นักกายภาพบำบัด

**แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(Barthel ADL index)**

| ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย<br>(Barthel ADL index)   | ครั้งที่ 1<br>วันที่..... | ครั้งที่ 2<br>วันที่..... | ครั้งที่ 3<br>วันที่..... | ครั้งที่ 4<br>วันที่..... | ครั้งที่ 5<br>วันที่..... |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>1. การรับประทานอาหาร</b><br>0= ต้องมีคนป้อน<br>1= ต้องมีคนอื่นช่วย แต่พอดักอาหารได้<br>2= สามารถรับประทานอาหารได้เอง   |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>2. การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน</b><br>0= ช่วยตนเองไม่ได้เลย<br>1= นั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยจากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน<br>2= ต้องมีคนช่วยพยุงเล็กน้อย<br>3= ไปได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>3. การจัดทรงผม หวีผม</b><br>0= ต้องมีคนช่วย<br>1= ทำได้เอง   |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>4. การเข้าห้องน้ำ</b><br>0= ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย<br>1= ต้องมีคนอื่นช่วยดูแล<br>2= ช่วยตัวเองได้ดี   |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>5. การอาบน้ำ</b><br>0= ต้องมีคนช่วยในการอาบน้ำ<br>1= อาบน้ำได้เอง  |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>6. การเคลื่อนที่</b><br>0= ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้เอง<br>1= เดินไม่ได้แต่เคลื่อนที่ได้เองโดยใช้รถเข็น<br>2= เดินได้ถ้ามีคนพยุงหรือใช้ไม้เท้า<br>3= เดินได้เอง                                 |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>7. การขึ้นลงบันได</b><br>0= ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้<br>1= ต้องมีคนพยุง<br>2= ขึ้นลงบันไดได้เอง   |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>8. การแต่งตัว</b><br>0= ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย<br>1= ต้องมีคนอื่นช่วยในการแต่งตัว<br>2= สามารถแต่งตัวเองได้  |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>9. การกลืนอุจจาระ</b><br>0= ไม่สามารถควบคุมอุจจาระได้เลย<br>1= มีอุจจาระราดเป็นบางครั้ง<br>2= กลั้นได้เป็นปกติ   |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>10. การกลั้นปัสสาวะ</b><br>0= ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เลย<br>1= มีปัสสาวะราดเป็นบางครั้ง<br>2= กลั้นได้ดีเป็นปกติ  |                           |                           |                           |                           |                           |
| <b>รวมคะแนน</b>   |                           |                           |                           |                           |                           |

- กลุ่มที่ 1** กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (**กลุ่มติดเตียง**) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน
- กลุ่มที่ 2** เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (**กลุ่มติดบ้าน**) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน
- กลุ่มที่ 3** เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (**กลุ่มติดสังคม**) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป



เลขที่...../25.....

**แบบยินยอม/เบิก วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์**

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลของ ผู้ยินยอม/เบิก).....  
 ที่อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....  
 ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย).....สิทธิการรักษา.....  
 ที่อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....  
 เจ็บป่วยด้วยโรค/อาการ.....  
 มีความประสงค์ขอยินยอม/เบิกอุปกรณ์.....หมายเลขวัสดุ/ครุภัณฑ์.....  
 ตามความเห็นของ.....ตำแหน่ง.....  
 ตั้งแต่วันที่.....หากสิ่งของที่นำมาส่งคืนชำรุดเสียหายหรือใช้การไม่ได้หรือสูญหายไป  
 ข้าพเจ้ายินดีจัดการแก้ไขซ่อมแซมให้คงสภาพเดิม โดยเสียค่าใช้จ่ายของตนเองหรือชดใช้เป็นพัสดุประเภทชนิด ขนาด ลักษณะ  
 และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยินยอมตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดหรือราคาตาม  
 ทะเบียนคุมวัสดุครุภัณฑ์

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอม/เบิก  
 (.....)

**ความเห็นผู้ควบคุมดูแลการยินยอม/เบิก วัสดุ/ครุภัณฑ์**

เห็นควรอนุมัติให้ยืมได้

ไม่สามารถให้ยืม/เบิก ได้เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....  
 (.....)

**ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาท่า**

อนุมัติให้ยืม/เบิก ได้

ไม่สามารถอนุมัติให้ยืม/เบิก ได้เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....  
 (นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาท่า

**ได้รับวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการข้างต้นแล้ว**

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอม/เบิก  
 (.....)  
 วันที่.....

**ได้รับคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ตามรายการที่ขอยืม/เบิกข้างต้นแล้ว**

เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่  
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งคืน/ผู้ยืม  
 (.....)

**เอกสารความเห็นของแพทย์**  
กรณีเห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน

วันที่.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... AN.....

อาการของผู้ป่วย

.....

.....

เห็นควรให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน คือ

.....

.....

วัตถุประสงค์การให้ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ต่อที่บ้าน คือ

.....

.....

โดยให้ยืม/เบิก อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์สำหรับใช้ต่อที่บ้านตั้งแต่วันที่.....  
และติดต่อยืม/เบิก ที่ กลุ่มงานบริหาร ในวันและเวลาราชการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

| ความเห็นนักกายภาพบำบัด  | ความเห็นพยาบาล  |
|---|---|
| <p>ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ต่อที่บ้านดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม้เท้ากันล้ม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม้เท้า ๓ ขา</p> <p><input type="checkbox"/> วอร์คเกอร์</p> <p><input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p> <p style="text-align: right;">ตำแหน่ง .....</p> | <p>ผู้ป่วยสมควรได้รับอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ไปใช้ต่อที่บ้านดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ที่นอนลมไฟฟ้า</p> <p><input type="checkbox"/> ที่นอนลมถุงน้ำยาล้างไต</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ถังออกซิเจนพร้อมหัวจ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน</p> <p><input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ</p> <p><input type="checkbox"/> syringe diver</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p> <p style="text-align: right;">ตำแหน่ง .....</p> |

**แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลฟากท่า**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. ประวัติส่วนตัว</b>   |  |
| สถานภาพสมรส..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ศาสนา.....  |  |
| บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... สถานที่ติดต่อ..... โทร.....   |  |
| <b>ประวัติการเจ็บป่วย</b>  |  |
| 1. อาการสำคัญ.....   |  |
| 2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....   |  |
| 3. ระดับความรู้สึกตัว.....สัญญาณชีพแรกรับ BT .....C PR...../ min RR..... / min BP..... mmHg  |  |
| 4. การตรวจร่างกาย.....   |  |
| 5. วินิจฉัยแรกรับ .....  |  |
| <b>2. ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน</b>  |  |
| <b>1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ</b> : การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็นอยู่<br>1.1 โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ตั้งแต่ปี.....<br>1.2 ยาที่ใช้ประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ .....   | <b>สรุปปัญหา</b><br><input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| 1.3 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ซักยากินเอง <input type="checkbox"/> ไปคลินิก <input type="checkbox"/> รพ.ฟากท่า ( ) อื่นๆ.....<br>1.4 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแล ระบุ .....  |  |
| 1.5 เคยรักษาตัวใน รพ. ในรอบ 3 เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง ครั้งสุดท้าย ว/ด/ป.....โรค.....<br>1.6 การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง การผ่าตัดครั้งล่าสุด.....ว/ด/ป.....   |  |
| 1.7 ความรู้สึกต่อการป่วยครั้งนี้ <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....   |  |
| 1.8 สิ่งเสียดใจ • สุรา <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน.....<br>• บุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ระบุปริมาณ ความถี่..... เล็กมานาน.....   |  |
| 1.9 สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่..... เล็กมานาน.....  |  |
| 1.10 ยาชุด/ยาลูกกลอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ.....ปริมาณ/ความถี่..... เล็กมานาน.....  |  |
| 1.11 การแพ้ <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ <input type="checkbox"/> มี ( ) อาหาร ( ) สารเคมี ( ) ยา ระบุสิ่งที่แพ้.....<br>ระบุอาการแพ้ .....  |  |
| 1.12 การได้รับภูมิคุ้มกัน (เฉพาะเด็ก 0 – 5 ปี) <input type="checkbox"/> ได้ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ครบ  |  |
| 1.13 พัฒนาการสมวัย (เฉพาะเด็ก 0 – 5 ปี) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....   |  |
| <b>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</b><br>2.1 อาหารที่รับประทานเป็นประจำ .....อาหารที่ไม่รับประทาน.....<br>2.2 รูปแบบการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> รับประทานเอง <input type="checkbox"/> คนอื่นป้อน <input type="checkbox"/> อาหารสายยาง โดยให้ปริมาณ .....ml/ครั้ง วันละ..... มื้อ<br>2.3 รสชาติอาหารที่ชอบ <input type="checkbox"/> เปรี้ยว <input type="checkbox"/> หวาน <input type="checkbox"/> มัน <input type="checkbox"/> เค็ม <input type="checkbox"/> เผ็ด <input type="checkbox"/> จืด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....<br>2.4 ปัญหาในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม <input type="checkbox"/> ดัดฟัน <input type="checkbox"/> ฟันโยก <input type="checkbox"/> .....<br>2.5 ชนิดน้ำดื่ม ระบุ.....ปริมาณ.....แก้ว/วัน<br>2.6 ลักษณะผิวหนังที่แสดงถึงภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา                     |
| <b>3. การขับถ่าย</b><br>3.1 ปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....<br>3.2 อุจจาระ.....ครั้ง/วัน หรือ .....วัน/ครั้ง ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ.....   | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา                     |

## แบบฟอร์ม11 แบบแผนของกอร์ดอน โรงพยาบาลพากท่า

| 2. ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)  | สรุปปัญหา  |
|---|--|
| <p><b>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย</b> 4.1 การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> เดินได้เอง <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย <input type="checkbox"/> คนอื่นช่วย ระบุ.....</p> <p>4.2 การทำกิจวัตรประจำวัน (การทำความสะดวกสบายร่างกาย/การอาบน้ำ/การรับประทานอาหาร/การขับถ่าย ฯลฯ)<br/> <input type="checkbox"/> ทำได้เองทั้งหมด <input type="checkbox"/> ทำได้เองบางส่วน เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย เนื่องจาก.....</p> <p>4.3 การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ไม่เคยออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย ระบุ.....ความถี่.....วัน / สัปดาห์</p> <p>4.4 สภาพร่างกายหลังออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>4.5 งานอดิเรก ระบุกิจกรรม.....</p>   | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>5. การพักผ่อนนอนหลับ</b> 5.1 การหลับ <input type="checkbox"/> หลับง่าย <input type="checkbox"/> หลับยาก <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>5.2 นอนหลับ.....ชม./วัน ช่วงเวลาประมาณ.....น. ถึง.....น. ลักษณะที่นอน <input type="checkbox"/> เตียง <input type="checkbox"/> พื้น</p> <p>5.3 นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> นอน ( ) ช่วงเช้า ( ) ช่วงบ่าย</p> <p>5.4 การใช้นอนหลับ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช้ระบุความถี่.....สิ่งที่รบกวนขณะนอนรพ.(เช่นแสงเสียง) ระบุ.....</p>   | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>6. สถิติปัญหา การรับรู้ ความเจ็บปวด</b> 6.1 ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว</p> <p>6.2 การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... 6.3 การพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>6.4 การได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... 6.5 ประสาทสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>6.6 อาการปวด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี บริเวณ.....วิธีบรรเทาปวดที่ใช้ได้ผลดี.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Wong Baker Face Scale</b></p>  <p>6.7 ความจำและการโต้ตอบ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p> | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์</b> ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ..</p> <p>7.1 ภาพลักษณ์ของตนเอง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>7.2 อารมณ์และจิตใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>   | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>8. บทบาทและสัมพันธภาพ</b> การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ...</p> <p><input type="checkbox"/> การดูแลครอบครัว ระบุ..... <input type="checkbox"/> อาชีพ ทำให้ขาดรายได้ <input type="checkbox"/> การศึกษา ต้องหยุดเรียน</p> <p><input type="checkbox"/> สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว <input type="checkbox"/> สัมพันธภาพกับผู้อื่น <input type="checkbox"/> เรื่องอื่นๆ.....</p>  | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>9. เพศและการเจริญพันธุ์</b></p> <p>9.1 ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....</p> <p>9.2 เต้านม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....อวัยวะสืบพันธุ์ ( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>9.3 เพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....</p>   | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>10. การปรับตัวและความทนต่อสภาพความเครียด</b></p> <p>10.1 สิ่งที่กำลังใจ / กลัวขณะเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....การแก้ไข.....</p> <p>10.2 บุคคลที่มีความสำคัญและต้องการอยู่ใกล้ชิดในขณะนี้ ได้แก่.....</p>  | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |
| <p><b>11. คุณค่าและความเชื่อ</b></p> <p>11.1 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>11.2 ขณะเจ็บป่วยอยู่ในรพ.ท่านต้องการทำอะไร .....</p>  | <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา<br><input type="checkbox"/> พบ.....ปัญหา |

ชื่อ - สกุล

อายุ

HN

AN

การแพทย์:

Sticker paste





**แบบบันทึกแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษา หรือทำหัตถการ**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....เวลา .....

**◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่รู้สติ**

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... HN ..... AN .....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

**◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากไม่รู้สติ/อายุต่ำกว่า18ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ**

ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อ .....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของ  
ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือการทำหัตถการจาก  
 แพทย์  ทันตแพทย์  พยาบาล  เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลพาท้าและได้  
พิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้ว

- ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา  ไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาลเพราะ.....  
 ไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา / การพยาบาล / การผ่าตัด / การระงับความรู้สึก /  
หัตถการ ระบุ .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ของ  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น หาก  
ข้าพเจ้า / ผู้ป่วย  ไม่สมัครใจรักษาในโรงพยาบาล  มิได้รับการตรวจรักษา / ผ่าตัด / หัตถการดังกล่าว หรือ  ไม่สมัคร  
ใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นดังกล่าว ข้างต้น

ดังนั้น หากมีความเสียหายหรือผลร้ายเกิดขึ้นกับ  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ / หรือ ความ  
บกพร่อง ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพาท้า แต่ประการใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน  
(.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย  
 มากคนเดียว  ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย  
(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
(.....)

ตำแหน่ง.....

|             |      |               |
|-------------|------|---------------|
| ชื่อ - สกุล | อายุ | Sticker paste |
| HN          | AN   |               |
| การแพทย์:   |      |               |

|  |          |
|--|----------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :   | หน้า :25 |
| เรื่อง :แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |          |

ใบขอคำปรึกษาจากแผนกอื่น(Consultation Form)

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....HN.....AN.....

วันที่ส่งปรึกษา.....เวลาที่ส่งปรึกษา.....ผู้ขอคำปรึกษา.....

แพทย์ที่ต้องการปรึกษา.....

ประวัติ ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CC :.....

HPI:.....

ต้องการปรึกษาเพื่อ

.....  
 .....  
 .....  
 .....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอคำปรึกษา

วันที่.....

ความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษา

.....  
 .....  
 .....  
 .....

การวินิจฉัยของผู้รับคำปรึกษา.....

การวางแผนการรักษา.....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอคำปรึกษา

วันที่.....

|  |          |
|--|----------|
| ระเบียบปฏิบัติเลขที่ :   | หน้า :26 |
| เรื่อง :แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) |          |

### ข้อดี-ข้อเสียของการนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม

#### ข้อดี

- 1.ผู้ป่วยIMCทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคน
- 2.ผู้ป่วยIMCทุกรายจะได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย จากทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่นๆ ของโรงพยาบาลฟากท่า
- 3.ผู้ป่วย IMC ทูกรายจะได้รับการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมตามตาราง Activities Protocol (Short Stay)
4. ผู้ป่วยIMC ทูกราย จะได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน
- 5.ในผู้ป่วยรายที่ญาติไม่มีสมรรถนะในการจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยทางโรงพยาบาลมีการ สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 6.ผู้ป่วยIMC และญาติ จะได้รับการให้คำปรึกษา ความรู้ ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 7.โรงพยาบาลฟากท่าได้มีการจัดเตรียมเตียงเพื่อฟื้นฟู สถานที่ และห้องน้ำ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเฉพาะ
- 8.ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลฟากท่า

#### ข้อเสีย

- 1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 2.เสียรายได้

