**ใบบันทึกทางการพยาบาล
(Nursing Focus Note : แรกรับใหม่/รับย้าย)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** **Shift** **(เวร)** | **Time** | **Focus (ปัญหา)****A (Assessment)** | **Nursing Progress Notes****I : Intervention E : Evaluation** | **Signs/Position****(ผู้บันทึก/ตำแหน่ง)** |
|  |  | **อาการแสดงแรกรับใหม่/รับย้าย :**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **สัญญาณชีพแรกรับ** BT..............oC PR..............ครั้ง/นาที RR..............ครั้ง/นาที BP....................mmHg |
|  |  | **F1 : วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ** | I : สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา |  |
|  |  | **เจ็บป่วย แผนการรักษาและการ** | :ประเมินความเครียด ความกังวลด้วยแบบ |  |
|  |  | **ปรับตัวเมื่อนอนโรงพยาบาล** | ประเมิน 5ST, 2Q ,9Q , 8Q |  |
|  |  | A :  | :จากการประเมิน5ST >8,2Q+ve,9Q ≥13 |  |
|  |  |  : 5ST =……. point | รายงานแพทย์เพื่อพิจารณารับยา |  |
|  |  |  : 2Q = ……. point | :ให้การปรึกษาตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น  |  |
|  |  |  : 9Q = …….. point | :ความจำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการ |  |
|  |  |  : 8Q = …….. point | รักษาพยาบาลและการนอน รพ. 14 วัน |  |
|  |  | O : นอนไม่หลับ | : ปฐมนิเทศกฎระเบียบ/ อาคารสถานที่ |  |
|  |  |  : อยากกลับบ้าน | การใช้อุปกรณ์ / สิทธิบัตร / สิทธิผู้ป่วย |  |
|  |  |  : กังวลด้านเศรษฐกิจ | หน้าที่ผู้ป่วย/ แพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแล |  |
|  |  |  : กลัวตีตราจากสังคม | ตามแนวทางการปฏิบัติ |  |
|  |  |  : รู้สึกผิดต่อสังคม | : ติดป้ายข้อมือระบุตัวผู้ป่วย |  |
|  |  |  : กลัวมีคนในครอบครัวติดเชื้อ | : เปิดโอกาสให้ซักถามละสนองความต้องการ |  |
|  |  | กับตนเอง | ตามความเหมาะสม |  |
|  |  |  | : ติดตามประเมินผลการรักษา |  |
|  |  |  | E :……………………………………………………………. |  |
|  |  |  | ………………………………………………………………… |  |
|  |  |  | ……………………………….Observe อาการต่อ |  |

**ชื่อ-สกุล.................................................................อายุ..............ปี HN…………………………AN…………………………
แผนก.....................................ตึก.................................... แพทย์……………………………………………..**

**ใบบันทึกทางการพยาบาล
(Nursing Focus Note : ใบต่อ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** **Shift** **(เวร)** | **Time** | **Focus (ปัญหา)****A (Assessment)** | **Nursing Progress Notes****I : Intervention E : Evaluation** | **Signs/Position****(ผู้บันทึก/ตำแหน่ง)** |
|  |  | **F2 : เสี่ยงต่อภาวะพร่อง** | I : ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมิน |  |
|  |  | **ออกซิเจน เนื่องจาก** | อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือ |  |
|  |  | **ประสิทธิภาพในการแลก** | ปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังลักษณะการซีด  |  |
|  |  | **เปลี่ยนก๊าซลดลง** | เขียว O2 sat |  |
|  |  | A : Covid 19 RT-PCR…………. | แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน  |  |
|  |  | ◌ Hb =…..g/dl ◌ Hct =…..% | เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาการให้ออกซิเจน |  |
|  |  | ◌ O2 saturation =…..% | : นอนพักบนเตียง  เน้นให้การรักษาแบบ |  |
|  |  | ◌ ปลายมือปลายเท้าเขียว | ประคับประคอง  รักษาระดับอุณหภูมิ |  |
|  |  | ◌ อัตราการหายใจ .......bpm | ร่างกายให้เหมาะสม  ระมัดระวังความ |  |
|  |  | ◌ RR≥20 bpm | สมดุลของน้ำและแร่ธาตุ (อิเล็กโตรไลท์)  |  |
|  |  | ◌ มีอาการทางเดินหายใจ เช่น | รักษาสมดุลในระดับเซลล์  ติดตามสัญญาณ |  |
|  |  | หายใจเหนื่อยหอบ  | ชีพและ ระดับออกซิเจนในเลือด อย่าง |  |
|  |  | ◌ แน่นหน้าอก | ใกล้ชิด เป็นต้น |  |
|  |  | ◌ หายใจไม่อิ่ม | : ดูแลให้การรักษาด้วย O2............................  |  |
|  |  |  | : สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ |  |
|  |  |  | : ประเมิน O2 saturation ทุก…….ชม  |  |
|  |  |  | ติดตามผล lab Hb, Hctและ Chest X-Ray  |  |
|  |  |  | เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของ |  |
|  |  |  | เลือดในร่างกายและ Chest X-ray เป็นการ |  |
|  |  |  | ประเมินความก้าวหน้าของการรักษาซึ่งอาจ |  |
|  |  |  | พบฝ้าขาวในปอดลดลงหรือเพิ่มขึ้น |  |
|  |  |  | E : ผู้ป่วยV/S BT…......oC PR………….bpm |  |
|  |  |  | RR………...bpm BP………./………….mmHg |  |
|  |  |  | O2 saturation ………..% ……………………. |  |
|  |  |  | ………………………….…….Observe อาการต่อ |  |

**ชื่อ-สกุล.................................................................อายุ..............ปี HN…………………………AN…………………………
แผนก.....................................ตึก.................................... แพทย์……………………………………………..**

**ใบบันทึกทางการพยาบาล
(Nursing Focus Note : ใบต่อ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** **Shift** **(เวร)** | **Time** | **Focus (ปัญหา)****A (Assessment)** | **Nursing Progress Notes****I : Intervention E : Evaluation** | **Signs/Position****(ผู้บันทึก/ตำแหน่ง)** |
|  |  | **F3 : เสี่ยงต่อการแพร่กระจาย** | I : ประเมินอาการ และอาการแสดงผู้ป่วย |  |
|  |  | **ของเชื้อ** | : Record V/S ทุก 06:00 น.,18:00 น. |  |
|  |  | A : Covid 19 RT-PCR…………. | : ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา |  |
|  |  | ◌ BT≥37.5oC (……oC) ◌ ไอ  | : ดูแลให้ Paracetamol 500 mg oral at.............น. |  |
|  |  | ◌ ไม่ได้กลิ่น ◌ ลิ้นไม่รับรส | : จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยแยกโรค |  |
|  |  | ◌ ปวดตามกล้ามเนื้อ  | :ในกรณีดูแลทั่วไปใส่ชุด gown + N95 + |  |
|  |  | ◌ มีเสมหะ | หมวก + face shield + ถุงมือ |  |
|  |  | ◌ ถ่ายเหลว | : สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายแบบ Cover |  |
|  |  | ◌ ปวดศีรษะ | All ทุกครั้ง ที่ทำกิจกรรมหรือหัตถการ |  |
|  |  |  | (PPE+N95+gloggle+face shield |  |
|  |  |  | + surgical mask + disposable gloves  |  |
|  |  |  | + gown +ผ้าพลาสติก/ผ้ายางกัน เปื้อน) |  |
|  |  |  | : ดูแล Hand washing 5 moment |  |
|  |  |  | : หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรง หรือทำ |  |
|  |  |  | กิจกรรมที่ไม่จำเป็น |  |
|  |  |  | : ถอดอุปกรณ์ป้องกันตามขั้นตอน เพื่อ |  |
|  |  |  | ป้องกันการสัมผัสเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ |  |
|  |  |  | : จัดให้มีทางเดินเข้า-ออก one way และ |  |
|  |  |  | จัดจุดถอดอุปกรณ์เฉพาะ |  |
|  |  |  | : อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งหลัง |  |
|  |  |  | ทำกิจกรรมการพยาบาล |  |
|  |  |  | : รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง |  |
|  |  |  | E : ผู้ป่วย V/S BT……..oC PR…………bpm |  |
|  |  |  | RR………….bpm BP………/……….mmHg |  |
|  |  |  | ……………………………….Observe อาการต่อ |  |

**ชื่อ-สกุล.................................................................อายุ..............ปี HN…………………………AN…………………………
แผนก.....................................ตึก.................................... แพทย์……………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ว/ด/ป** **เวลา** | **การพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย**  | **ลงชื่อ/ตำแหน่ง** |
|  | **- จำหน่ายจากระบบรพ.สนาม เข้าระบบ HI วันนี้**อาการและอาการแสดงก่อนจำหน่าย.......................................................................................................................................................... |  |
|  |  |  |
|  | BT..............oC PR..............ครั้ง/นาที RR..............ครั้ง/นาที BP...................mmHg |  |
|  | : 5ST =……. Point : 2Q = ……. point : 9Q = …….. point |  |
|  | สภาพจำหน่ายเวลา.................น.( )แพทย์อนุญาต( )ไม่สมัครอยู่ ( )หนีกลับ( )refer………. |  |
|  | ออกจากหอผู้ป่วยโดย ( ) เดิน ( ) รถนั่ง ( ) เปลนอน |  |
|  | ความสามารถในการดูแลตนเอง ( ) ดูแลตนเองได้ทั้งหมด ( )ต้องการคนดูแลบ้าง ( ) ต้องการคนดูแลทั้งหมด  |  |
|  | ผู้ดูแล.....................................ระบุความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วย...................................... |  |
|  | กิจกรรมการพยาบาลก่อนจำหน่าย |  |
|  | 1.ทบทวนและประเมินความพร้อม+ความรู้ซ้ำก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคม จิตวิญญาณ |  |
|  | 2.ให้คำแนะนำเพิ่มเกี่ยวกับเรื่อง |  |
|  |  ( )การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ( แยกซักผ้า ) |  |
|  | เช็ดทำความสะอาดลูกบิด ประตู ราวบันได มือจับตู้เย็นต้องเช็ดถูด้วยแอลกอฮอล์ |  |
|  |  ( ) อยู่ภายในบ้านต่ออย่างน้อย14วัน ( )การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว  |  |
|  |  ( )งดทำงานหนักอย่างน้อย..........เดือน |  |
|  |  ( )การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดของหมักดอง สุราบุหรี่ และหลีกเลี่ยงอาหารจัด  |  |
|  | อาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ |  |
|  |  ( )การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์และการสังเกตอาการข้างเคียง |  |
|  |  ( ) ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง………………………………………………………………… |  |
|  |  ( ) การพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ( ) การมาตามนัด วันที่.................... |  |
|  |  |  |
|  | **- จำหน่ายจากระบบ HI วันนี้**แผนการดูแลต่อเนื่อง/การส่งต่อHHC ( ) ไม่ส่งต่อHHC ( ) ส่งต่อ HHC |  |
|  | ระบุกิจกรรม/เป้าหมายที่ส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ติดตามต่อเนื่อง14วัน แนะนำสวมหน้ากากอนามัย |  |
|  | ล้างมือด้วยน้ำสบู่ แยกอุปกรณ์รับประทาน หากมี ไข้สูง ไอมาก หายใจเหนื่อยหอบ |  |
|  | ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร สายด่วน1422หรือ1668 |  |

**ชื่อ-สกุล.................................................................อายุ..............ปี HN…………………………AN…………………………
แผนก.....................................ตึก..............................**