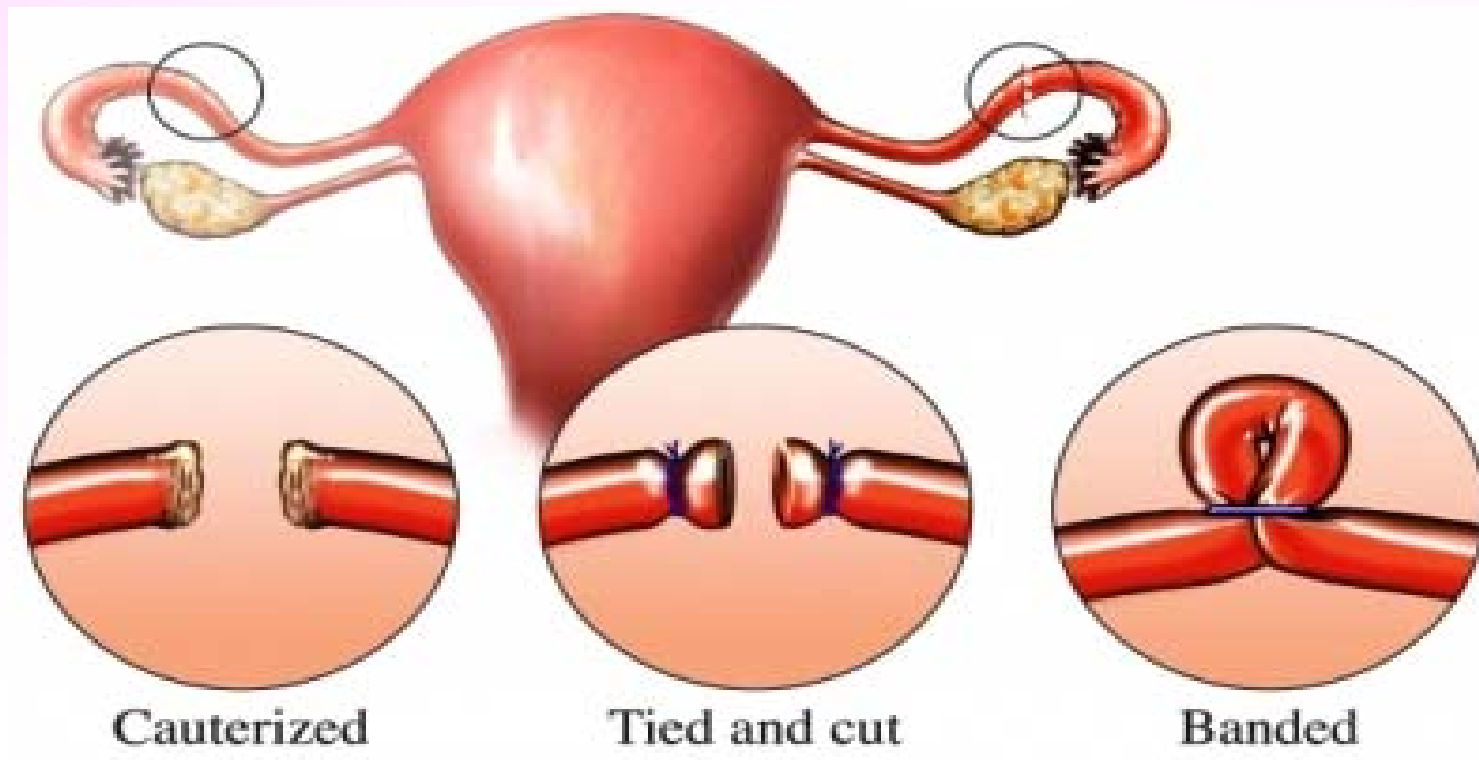


# การดูแลมารดาทำหมันหลังคลอด



# การดูแลก่อนทำหมัน



# ด้านร่างกาย - จิตใจ



CPG

การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังคลอดปกติ

# การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำหัตถ์

- ด้านร่างกาย



- ด้านจิตใจ

- ด้านเอกสาร

- ด้านความรู้

# ด้านความรู้

## การปฏิบัติตัวก่อนทำหมัน

- การงดน้ำงดอาหาร
- เตรียมร่างกายให้สะอาด
- เสื้อผ้า เครื่องประดับ



## การปฏิบัติตัวหลังทำหมัน

- การรับประทานอาหาร
- การขับถ่ายปัสสาวะ
- อาการปวดแผล

# ด้านความรู้ (ต่อ)

## แผลผ่าตัด

- ลักษณะแผลผ่าตัด
  - โก๋ๆ สะดือ
  - ไหมตัด / ไหมละลาย
  - ปิดแผลแบบธรรมดา / แบบกันน้ำ
  - Bleeding จากแผล
- การดูแลแผลผ่าตัด
  - » การทำความสะอาดร่างกาย
  - » การสังเกตอาการผิดปกติ
  - » การนัดตัดไหม



# ด้านร่างกาย

## ✚ การเตรียมหน้าท้อง

- โกนขนหน้าท้อง = ? \*\*\* งดโกนขนหน้าท้อง \*\*\*
- กราบไคล = ? \*\*\* *ACETONE* \*\*\*
- ผอม เล็บ ผิวหนัง      สระผม      อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดผ่าตัด  
ตัดเล็บให้สั้นทุกเล็บ ล้างสีน้ำยาทาเล็บ

# ด้านร่างกาย

- Paint หน้าห้อง *2 % Chlorhexidine in 70 % Alcohol*  
*6-8 นิ้ว รอบบริเวณที่ทำผ่าตัด*
- เครื่องประดับ *งดใส่เครื่องประดับทุกชนิด เช่น*  
*สร้อยคอ แหวน นาฬิกา ต่างหู*  
*ถอดอุปกรณ์เสริมต่างๆ ได้แก่ ฟัน*  
*ปลอม คอนแทคเลนส์*  
*\*\*\*หากเคยต่อฟัน ต้องแจ้งให้ทราบ*  
*ด้วยเช่นกัน*





Chlorhexidine 2%  
in 70% Alcohol  
(100 ml.)

คลอโรเฮกซิดีน 2% ในแอลกอฮอล์ 70% (100 มล.)

(สีส้ม)

ทะเบียนการค้า: Q77QW25555 เลขที่: Q77QW25555

ผลิตโดย: บริษัทเภสัชกรรม ชลบุรี จำกัด (มหาชน) กรุงเทพมหานคร

04/03/2011 09:48 AM

# ด้านร่างกาย

- ประวัติการผ่าตัดทางหน้าท้อง **YES or NO**
- ประวัติการแพ้ยา **YES or NO**

# ด้านจิตใจ

ความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด

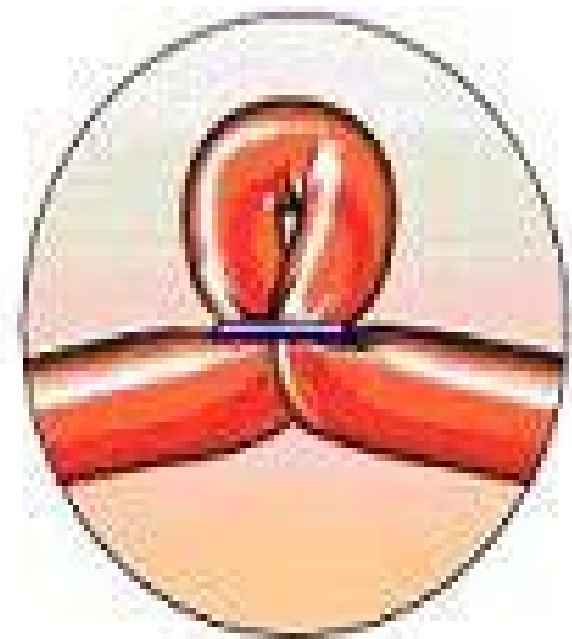




Cauterized



Tied and cut



Banded

# ด้านเอกสาร

1. ใบ Doctor order sheet → Treatment
2. หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึกหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก
3. หนังสือแสดงความยินยอมรับเลือดและส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด
4. แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่ง/ข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ
5. ใบ Operative note

# ใบ Doctor order sheet

แพทย์..... รหัสน..... พยาบาล..... <u>ศรภพ (3.00น) / คุณวัน</u>	แพทย์..... รหัสน..... พยาบาล.....
HN. 52-784567 AN. 54-024513 ชื่อ <u>[REDACTED]</u> อายุ <u>ปี</u> นน. .... หอผู้ป่วย พระศรี 9/2 สิทธิการรักษา ผู้ป่วยทั่วไป วันที่/เวลา .....	
21/4/84 คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	21/4/84 คำสั่งรักษาดูแลไป
Set of TS form - NPO 3am - pup sh 6am & 9am - flux one - void mark ut - Mo long @ 10am ok	regular diet - recd vs ml - Permethion 2.5% 1pc - Ammonia 2.5% 1pc - Folic 1.6c 1pc 1pc
แพทย์..... รหัสน 33639 พยาบาล <u>ศรภพ 17น / วนธร RN</u>	แพทย์..... รหัสน 33639 พยาบาล <u>14/03/2011 07:22 AM</u>

# หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และการระงับความรู้สึก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก

ข้าพเจ้า นาย/นาง นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
เลขที่บัตรประชาชน .....  
ในฐานเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจทำการแทน ในฐานะ ..... ของผู้ป่วย  
ชื่อ น.ส.ศ.ญ. / นายนางสาว .....  
เลขประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าได้พิจารณาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการฉีดยาและดมยาสลบซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้พิจารณาและยินยอม เกี่ยวกับการดำเนินการที่จะดำเนินการหัตถการ/การผ่าตัด/การตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก ซึ่งอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการได้ การตรวจรักษาโดยการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การใช้ยาชาดมยาสลบ การฉีดยาสลบ และวิธีหัตถการอื่นๆ รวมถึงแนวทางการป้องกันและลดอันตรายและทางเลือกอื่นๆ

ข้อ 2. ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจรับการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึกโดยสมัครใจ ดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจรับการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึกโดยสมัครใจ ดังนี้

ข้อ 1. การทำหัตถการ/การผ่าตัด/การตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก ได้ 100%

ข้อ 2. มีโอกาสที่การหัตถการ/การผ่าตัด/การตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก จะเกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการได้ 1 ใน 300 ราย

ข้อ 3. ..... ผู้ป่วย

ข้อ 4. ..... พยาน

และในกรณีที่การผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก ..... (.....) .....  
มีกำหนดระยะเวลาตั้งแต่บัดนี้ ..... ถึงวันที่ .....

ข้าพเจ้าขอแจ้งให้แพทย์/ทันตแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลทราบถึงวิธีการ  
ดังกล่าวข้างต้นเพื่อการตรวจรักษาในครั้งนี้

ลงชื่อ .....  
(.....)  
☐ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจทำการแทนผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก  
ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ ..... พยาน .....  
(.....) .....  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ ..... เวลา .....

06/03/2011 07:01 AM

# หนังสือแสดงความยินยอมรับเลือด และส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หนังสือแสดงความยินยอมรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

เนื่องจากท่านหรือบุคคลที่ท่านเป็นผู้แทน มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือดเพื่อการรักษา เอกสาคอนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้และโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

วิธีการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือดแก่ผู้ป่วย

การให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด จะกระทำโดยการให้ผ่านเส้นเลือดดำ ด้วยวิธีการปลอดเชื้อ ที่ไม่สามารถทราบ

โอกาสเสี่ยงจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

โดยทั่วไปแล้วการได้รับเลือดมีความเสี่ยงน้อย ได้แก่

ปฏิกิริยาแพ้สาร และไข้สูงได้แก่ การมีรอยจำเขียว บวมและเจ็บในตำแหน่งที่แทงเข็มเข้าเส้นเลือดดำ นอกจากนี้อาจมีอาการข้างเคียงจากส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด ได้แก่ อาการปวดหัว ไข้ หนาวสั่น ผื่นคันที่ผิวหนังหรือลมพิษ

- ปฏิกิริยาที่รุนแรง ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ แต่มีโอกาสดังกล่าวได้น้อยมาก เนื่องจากเลือดทุกหน่วยได้รับการตรวจสอบการเข้ากันได้กับผู้ป่วยอย่างรอบคอบและได้มาตรฐานแล้ว

- การติดเชื้อ การติดเชื้อโรคมะเร็งอาจเกิดจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

แม้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด จะได้รับการตรวจกรองโรคติดเชื้อตามมาตรฐานขณะธนาคารเลือดแล้ว แต่ไม่สามารถระมัดระวังความเสี่ยงได้ทั้งหมดเนื่องจากข้อจำกัดของเทคโนโลยี เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาลาเรีย และเชื้อฮิวแมนไอที (HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น

และในการนี้ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เลือดและ / หรือส่วนประกอบของเลือดแบบต่อเนื่อง ตามความเห็นของแพทย์ไม่ได้อย่ามีได้ก็ตาม ดังต่อไปนี้..... ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้า..... นามสกุล..... อายุ..... ปี HIV.....

ได้อ่านข้อความข้างต้นนี้แล้ว และเข้าใจในผลที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจของข้าพเจ้าในการอนุญาตแพทย์และ/หรือบุคลากรที่ได้รับอนุญาตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือดแก่ข้าพเจ้า หรือ..... ผู้ที่ข้าพเจ้าเป็นผู้แทน ข้าพเจ้า

ไม่มีการขอรับจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องจนข้าพเจ้าเข้าใจและไม่มีความสงสัยแต่ประการใด ข้าพเจ้าจึงได้อนามยินยอมการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือดตามที่แพทย์สั่งการรักษาในครั้งนี้

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

.....

ผู้ให้ข้อมูลการรับเลือดฯ..... ☐ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ..... พยาน..... ลงชื่อ..... พยาน.....

.....

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

06/03/2011 07:01 AM



# แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่ง/ข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ

แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ Diagnosis \_\_\_\_\_  
 อายุ \_\_\_\_\_ ศัลยแพทย์/ผู้ทำหัตถการ \_\_\_\_\_  
 H.N. \_\_\_\_\_ A.N. \_\_\_\_\_ สถานพยาบาล/โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ☐ มี ☐ ไม่มี

Marking site ☐ บนผิวหนัง ☐ diagram (ดูด้านหลัง) แผล/รอย \_\_\_\_\_  
☐ ไม่จำเป็นต้องทำ

รายการตรวจสอบ	First verification	WR	OR
	<input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน WR	หมายเลขผ่าตัด/หัตถการ _____ Room No. _____
1. ชื่อ-นามสกุล (ต้องระบุตำแหน่ง 2 ข้าง)	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> ประวัติการชัน <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> อวัยวะ/ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> อวัยวะ/ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายผู้ป่วย
2. การยืนยันชื่อ/ชื่อการ	ระบุ _____	ระบุ _____	ระบุ _____
3. อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ	ระบุ/อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัด <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ระบุ _____	ระบุ/อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัด <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ระบุ _____	ระบุ/อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัด <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ระบุ _____
4. อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ (ต้องระบุตำแหน่ง 2 ข้าง)	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> Consent Form <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> แผล/รอย <input type="checkbox"/> Marking site (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> Consent Form <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> แผล/รอย <input type="checkbox"/> Marking site (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์/หัตถการ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> Consent Form <input type="checkbox"/> เวชระเบียน / แผนประกอบ <input type="checkbox"/> แผล/รอย <input type="checkbox"/> Marking site (ถ้ามี)
5. ผลการตรวจสอบ (อวัยวะ ตำแหน่งข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ)	<input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ไม่ตรงตามแบบจำลอง X-Ray, CT, MRI หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ/ผลพยาธิวิทยา <input type="checkbox"/> แผล/รอย <input type="checkbox"/> Marking site
6. อุปกรณ์ที่ใช้ในผ่าตัด (implant, special equipment)			<input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> Implant _____ <input type="checkbox"/> special equipment _____
7. ตรวจสอบชื่อ	SAPD _____ หมอ/นส _____	SAPD _____ หมอ/นส _____	SAPD _____ หมอ/นส _____
Time out: ไม่มีการตรวจสอบก่อนเริ่มผ่าตัด ดังต่อไปนี้			
<input type="checkbox"/> ชื่อ-นามสกุล <input type="checkbox"/> อายุ <input type="checkbox"/> ภาพถ่าย <input type="checkbox"/> อวัยวะ/ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> ตำแหน่งและข้างที่ทำผ่าตัด <input type="checkbox"/> Implant _____ <input type="checkbox"/> special equipment _____			
แพทย์ผู้ตรวจ/ผู้ทำหัตถการ ชื่อ _____ รหัส _____			
แพทย์ผู้ตรวจ/ผู้ทำหัตถการ ชื่อ _____ รหัส _____			
แพทย์ผู้ตรวจ/ผู้ทำหัตถการ ชื่อ _____ รหัส _____			
แพทย์ผู้ตรวจ/ผู้ทำหัตถการ ชื่อ _____ รหัส _____			

06/03/2011 07:01 AM

หน้า 1 จาก 1

# ๑ Operative note

FACULTY OF MEDICINE SIRIRAJ HOSPITAL OPERATIVE NOTE			
NAME	AGE	SEX	DATE
HN	AN	DEPARTMENT	WARD
PRE-OPERATIVE STATUS			
PREMEDICATION			
PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS			
POST-OPERATIVE DIAGNOSIS			
OPERATION			
SURGEON		ANESTHESIOLOGIST	
ASSISTANTS 1.	2.	3.	ANESTHETIC METHOD
INSTRUMENT NURSE		CIRCULATING NURSE	
INCISION		ESTIMATED BLOOD LOSS	
OPERATIVE TIME		SPONGE COUNT	
FINDINGS		TOURNIQUET OR CROSS CLAMP TIME	
PROCEDURE			

06/03/2011 07:00 AM

# ขั้นตอน

ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ต้องการทำหมัน

รายงานแพทย์

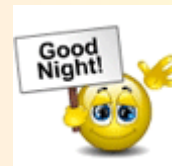
แพทย์อธิบาย และเซ็นใบยินยอมรับการรักษา และเขียนคำสั่งการรักษา

รับคำสั่งการรักษา

สั่งชื่อยา

อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำหมัน

NPO หลัง 24.00 น.



# ขั้นตอน (ต่อ)

Fleet enema

ดูแลให้อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า

Paint หน้าท้อง



ดูแลให้ปัสสาวะ เปลี่ยนผ้าอนามัย

ขึ้นนอนบน stretcher

ฉีด Morphine 10 mg IM

# ขั้นตอนการรับผู้ป่วยกลับจาก OR

เตรียมเตียง และอุปกรณ์

ประเมินระดับความรู้สึกตัว , แผลหน้าท้อง, Vital sign

ดูแลให้รับประทานอาหาร ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

ติดตามการถ่ายปัสสาวะหลังทำหัตถ์

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด  
ทำหมันหลังคลอด

# ผู้ช่วยพร้อมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังทำหัตถ์



1. อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำหัตถ์
2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

# ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังได้ยาระงับความรู้สึก

1. เตรียมเตียงที่มีราวกันเตียง ชามรูปไต ออกซิเจน เสาแขวน  
น้ำเกลือ
2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
3. นอนราบ
4. record vital signs , BP
5. ดูแลให้ร่างกายอบอุ่น



# มารดาหลังทำหมันไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

1. จัดให้นอนบนเตียงที่มีไม้กั้นเตียง ,
2. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง
3. แนะนำการใช้กระดิ่ง / กริ่งขอความช่วยเหลือ
4. ติดสัญลักษณ์ “F” ที่หัวเตียง
5. ติดป้ายข้อมือสีฟ้าที่ตัวผู้ป่วย
6. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง
7. ช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป
8. จัดของใช้ไว้ใกล้มือให้หยิบใช้ได้ง่าย
9. เดินไปเป็นเพื่อนขณะเดินเข้าห้องน้ำ

# ผู้ป่วยไม่เกิด Bleeding จากแผลผ่าตัด

1. ประเมินแผลรับกลับจากห้องผ่าตัด
2. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบ  
แจ้งพยาบาล
3. รายงานแพทย์

# ปวดแผลผ่าตัดทำหมัน

1. แนะนำให้ทำ Breathing exercise
2. แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ
3. ไข้หวัดเพียงสูง
4. ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

# ผู้ป่วยไม่เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด

- แนะนำให้ลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัดใน 24 ชม.แรก
- ฝึกหายใจลึกๆ หลังผ่าตัด 12 ชม.
- แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืด เช่น ไขมัน นม ถั่ว น้ำอัดลม
- กระตุ้น ประเมินการขับถ่ายทุกเวอร์
- ให้ยาระบาย หรือ สวน ตามแผนการรักษา

# ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด

- ให้การพยาบาลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ
- Record temperature ทุก 4 ชม. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง ร้อน เป็นต้น
- ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
- สังเกต สี กลิ่น ปริมาณ ของน้ำคาวปลา

# ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดทำหมัน

- สอนการบริหารร่างกาย ตามความเหมาะสม
- สอนการปฏิบัติตัวหลังคลอด
- แนะนำการตรวจตามนัด การนัดตัดไหม

สวัสดีค่ะ

