

Focus Charting กลุ่มผู้ป่วย OR



พยาบาล ดวงชีวัน ชูฤกษ์

งานการพยาบาลผ่าตัด
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช



บริบทของหน่วยงาน



- ❖ ให้การบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้กับหน่วยผ่าตัดใน สยามินทร์ชั้น 5 ได้แก่ หน่วยศึรษะ คอ เต้านมและศัลยกรรมเด็ก หน่วยช่องท้องและหลอดเลือด หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะ
- ❖ ให้การบริการ ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแล 3 กระบวนการ คือ การรับ-ส่งผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- ❖ มีผู้รับบริการ ประมาณ 35 – 50 คนต่อวัน

Focus List ในระยะก่อนผ่าตัด



❖ ความพร้อมในการผ่าตัด

❖ ความวิตกกังวล

❖ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

Focus List ในระยะหลังผ่าตัด



- ❖ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ
- ❖ ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน
- ❖ ความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัด
- ❖ Bleeding



**ให้การพยาบาล
ผู้ป่วยในระยะก่อน
และหลังผ่าตัด**



PERIOPERATIVE NURSING RECORD
SIRIRAJ HOSPITAL

DATE / /

OR. NO.

WARD

NAME AGE SEX

HN AN

PREOPERATIVE NURSING RECORD

CONSENT SIGNED No Yes
 NPO No Yes, Since

PREMEDICATION No Yes

ALLERGY No Yes
 List :

VITAL SIGNS :
 Temp. = °C
 Pulse = /min.
 Resp. = /min.
 BP = mmHg

CONSCIOUSNESS :
 Awake / Oriented
 Calm / Relaxed
 Sedated
 Confused
 Unresponsive

RESPIRATORY STATUS :
 Normal
 Distress
 O₂ L/min, via

LIMITATION : None
 Visual
 Auditory
 Mobility
 Loss of Limb (s)
 Prosthesis
 Speech
 Other

SpO₂ %

ON ARRIVAL TO OR. : None

NG Tube
 Foley's Catheter Urine = ml. : Color

Chest Tube
 Drain [from ml. : Color]

Other

CVP Line
 Art. Line
 IV Infusion

..... ml.
 ml.
 ml.

Pre op. Routine Explained Done by RN. Time

NOTE :

INTRAOPERATIVE NURSING RECORD

PT RECEIVED FROM : OPD Ward
 WR ICU
 Other

TIME : Room In Room Out

Incision Closure

Pre op. Diagnosis :

Post op. Diagnosis :

Operation :

Surgeon :

1st Assistant :

2nd Assistant :

Anesthesiologist

ANESTHESIA :
 Gen / ET Gen / Mask Caudal Block
 Epidural Spinal Brachial Block
 Retrobulbar Block Topical Local
 Other

GOAL : ASEPSIS MAINTENANCE

SHAVE IN OR. No Yes

PREP SITE SKIN CONDITION Normal Reddened Other

PREP SOLUTION : Scrub None, Betadine Scrub Hibiscrub Other

Paint Betadine Solution Alcohol 70% Other

Hibitane in Alc. Hibitane in Water

URINARY CATHETER : Inserted in OR No Yes
 NG TUBE : Inserted in OR No Yes



**แบบบันทึกของ
ห้องผ่าตัด**

GOAL : PATIENT FREE OF POSITIONING RELATED INJURY

SURGICAL POSITION :		OR TABLE :		EQUIPMENT :	
<input type="checkbox"/> Supine	<input type="checkbox"/> Prone	<input type="checkbox"/> Jackknife	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Cysto	<input type="checkbox"/> Monopolar
<input type="checkbox"/> Semi Fowlers	<input type="checkbox"/> Lithotomy	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Fracture TB	<input type="checkbox"/> Stryker Frame	<input type="checkbox"/> Argon
<input type="checkbox"/> Lateral Rt. Lt.	<input type="checkbox"/> Sitting		<input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Thermal Unit
POSITIONING DEVICES :				<input type="checkbox"/> Other	
HEAD SUPPORTS :		ARMS SUPPORTS :		GROUND PADS :	
<input type="checkbox"/> Pillows	<input type="checkbox"/> Doughnut	<input type="checkbox"/> Armboard (s)	Rt. Lt.	<input type="checkbox"/> Calf	Rt. Lt.
<input type="checkbox"/> Mayfield	<input type="checkbox"/> Headrest	<input type="checkbox"/> Hand Table	Rt. Lt.	<input type="checkbox"/> Thigh	Rt. Lt.
<input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Kraus Armrest	Rt. Lt.	<input type="checkbox"/> Buttock	Rt. Lt.
		<input type="checkbox"/> Tucked at Side	Rt. Lt.	<input type="checkbox"/> Arm	Rt. Lt.
		<input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Other	
BODY SUPPORTS :		LEG/FOOT SUPPORTS :			
<input type="checkbox"/> Vac Pak	<input type="checkbox"/> Pillows	<input type="checkbox"/> Legholders	<input type="checkbox"/> Restraint Strap		
<input type="checkbox"/> Kidney Rests	<input type="checkbox"/> Adhesive Strap	<input type="checkbox"/> Thigh Padded	<input type="checkbox"/> Foot Extension		
<input type="checkbox"/> Auxiliary Roll (s)	<input type="checkbox"/> Shoulder Roll (s)	<input type="checkbox"/> Knee Padded	<input type="checkbox"/> Other		
<input type="checkbox"/> Chest Roll (s)	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Heel Padded			

GOAL : PATIENT FREE OF PROCEDURE RELATED COMPLICATION

TOURNIQUET : No Yes

Site : Arm Rt. Lt. Pressure mm.Hg
 Leg Rt. Lt. Pressure mm.Hg

1# Time on Time off

2# Time on Time off

3# Time on Time off

4# Time on Time off

IRRIGATION :

NSS ml Water ml
 Ringer ml Glycine ml
 Other

MEDICATION ADDED : No Yes
 Drugs / Concentration / Dosage

INTRAOPERATIVE X-RAY : No Yes Image-Intensifier Fluoroscopy without Film with Film

General Radiography

Film 1# 2#

PACKING : No Yes

Type Site Amount pcs.

SPECIMENS : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> Sent with Surgeon <input type="checkbox"/> Sent with Patient	HISTOLOGY : 1# 2# 3# 4#	CULTURES : 1# 2# 3# 4#	OTHER : 1# 2# 3# 4#
---	--	---	--

SPONGES / SHARP / SMALL ITEMS COUNT : <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Incorrect	SWABS COUNT : <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Incorrect	INSTRUMENTS COUNT : <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Incorrect	Scrub Nurse (s) Circulating Nurse (s) RN
---	---	---	---

BLOOD TRANSFUSION : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Blood Gr. : <input type="checkbox"/> Whole Blood ml <input type="checkbox"/> Packed Red Cell ml <input type="checkbox"/> FFP ml <input type="checkbox"/> Other	DRAINS : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Tube <input type="checkbox"/> T-Tube <input type="checkbox"/> Chest Tube (s) <input type="checkbox"/> Sump <input type="checkbox"/> Hemovac <input type="checkbox"/> Jackson Pratt <input type="checkbox"/> Other	NOTE :
TOTAL IV FLUID ml		

INTRAOPERATIVE EVALUATION & NURSING DISCHARGE SUMMARY

ESU Pad Site : Skin Burn No Yes

TOTAL INTAKE IN OR ml
 TOTAL URINE OUTPUT IN OR ml
 TOTAL BLOOD LOSS ml

RESPIRATORY STATUS : Normal

ET Tube in Ambu Bag used O₂ L/min
 ET Tube off Airway in O₂ Mask L/min

PT TRANSFERRED TO :
 RR ICU Ward
 Other



แบบบันทึกของ
ห้องผ่าตัด



PERIOPERATIVE NURSING RECORD
SIRIRAJ HOSPITAL

DATE / /

PT RECEIVED FROM : OR. NO. /
Time In

NAME / AGE / SEX
HN / AN

OPERATION :
SURGEON :
ANESTHETIC TECHNIQUE :
ANESTHESIOLOGIST :

POSTOPERATIVE NURSING RECORD

TIME	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15				Postanesthetic Recovery Score				IN	30	60	90	D/C
	SpO ₂	BP	V	A	PULSE	RR	Temp	HR					
SpO ₂													
BP													
V													
A													
PULSE													
RR													
Temp													
HR													

Circulation Respiration Activity	Purposeful Movement = 2				
	Unpurposeful Movement = 1				
	No Movement = 0				
	Deep Breath & Cough = 2				
	Dyspnea or Limited = 1				
	Apnea = 0				
	BP > 20% Pre op. = 2				
	BP > 20-60% Pre op. = 1				
	BP > 60% Pre op. = 0				
	Total				

	ARRIVAL	IN RR.	Discharge
Airway	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Oral Airway <input type="checkbox"/> Nasal Airway <input type="checkbox"/> Endotracheal Tube	Time Removed	<input type="checkbox"/>
Gasgas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ... Limin <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Mask & Reservoir <input type="checkbox"/> Tracheostomy	Time Removed	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes
Body Temp.	<input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Chill		<input type="checkbox"/>
Tube / Cath.	<input type="checkbox"/> NG Tube ml. <input type="checkbox"/> Urethral ml. <input type="checkbox"/> Suprapubic ml. <input type="checkbox"/> Ureteric ml. <input type="checkbox"/> Other ml.		<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.
Drain	<input type="checkbox"/> Penrose ml. <input type="checkbox"/> Tube Drain ml. <input type="checkbox"/> T-Tube ml. <input type="checkbox"/> Chest Tube (s) ml. <input type="checkbox"/> Sump ml. <input type="checkbox"/> Hemovac ml. <input type="checkbox"/> Jackson Pratt ml. <input type="checkbox"/> Other ml.		<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.
Blood	<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.		<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.
IV Fluid	<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.	<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.	<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> ml.

RR Assessment √ = Yes × = No S = See Notes	IN	30	60	90	D/C
Secretory Sounds					
Dressing Dry and Intact					
IV Sites Patent					
Warming Blanket					
Warming Lights					
Pain					
Nausea / Vomiting					
Position					
- Supine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Semi Fowlers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARKS :

Admitting RN / Total Intake / Total Output / Discharge Nurse / RN

Discharge Time	RESPIRATORY STATUS : <input type="checkbox"/> Normal	PT TRANSFERRED TO :
Accompanied by	<input type="checkbox"/> On ET Tube <input type="checkbox"/> Anku Bag used Or ... L / RR	<input type="checkbox"/> WARD <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> OR
	<input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> O ₂ Mask <input type="checkbox"/> Limin <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Other



**แบบบันทึกของ
ห้องผ่าตัด**



RECOVERY ROOM NOTES

TIME	REMARKS	TIME	NURSING / MEDICATION / TREATMENTS	ORDERED BY



**แบบบันทึกของ
ห้องผ่าตัด**

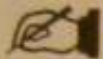
การบันทึกก่อนเริ่มใช้ Focus charting



nl.	- Semi Fowlers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nl.	- Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nl.	REMARKS :				
nl.	Pack gauze 1x1 จากห้องผ่าตัด				
nl.	ก่อนการฉีดยา ฉ. เมือขวา 10 นาที ก่อน 00PR				
nl.	12.40 → pt aff 10.				
nl.	* Same day ±				
nl.	su → maybe a font.				
Nurse		RN			

การบันทึกก่อนเริ่มใช้ Focus charting




 **RECOVERY ROOM NOTES**

TIME	REMARKS	TIME	NURSING / MEDICATION / TREATMENTS	ORDERED BY
11.00u	ปวดแผล แยก ออกริเวณที่ผ่าตัด PS = 10 , SS = 0 BP = 140 / 70 mm.Hg, P = 92/นาที O ₂ sat = 99% (room air)	11.05u	- 9u Morphine 2 mg (v)	Dr. S. S. / [Signature]
11.10u	ปวดแผล แยก ออกริเวณที่ผ่าตัด PS = 7 , SS = 0	11.12u	- 9u Morphine 2 mg (v)	Dr. S. S. / [Signature]

การบันทึกหลังจากใช้ Focus charting



 **RECOVERY ROOM NOTES**

E	REMARKS	TIME	NURSING / MEDICATION / TREATMENTS
On	F: ปกติดี		
	A: ปกติดี PS = 10, SS = 0	11.05 น.	I: ให้น้ Morphine 2 mg (✓)
	สามารถรับประทานอาหารปกติได้	11.10 น.	E: ปกติดี PS = 7, SS = 0
	BP = 140/70 mm Hg, P = 92/นาที	11.12 น.	I: ให้น้ Morphine 2 mg (✓)
	O ₂ sat. (Room air) = 99%		

ข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ



- ❖ ควรมีการแนะนำการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบFocus Charting โดยนำเปรียบเทียบกับรูปแบบการบันทึกเดิมที่หน่วยงานนั้นๆปฏิบัติอยู่
- ❖ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบFocus Charting
- ❖ จัดให้มีทีมนำในหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง

พยาบาล ??





ขอบคุณค่ะ 😊