

Focus Charting: บันทึกทางการพยาบาล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

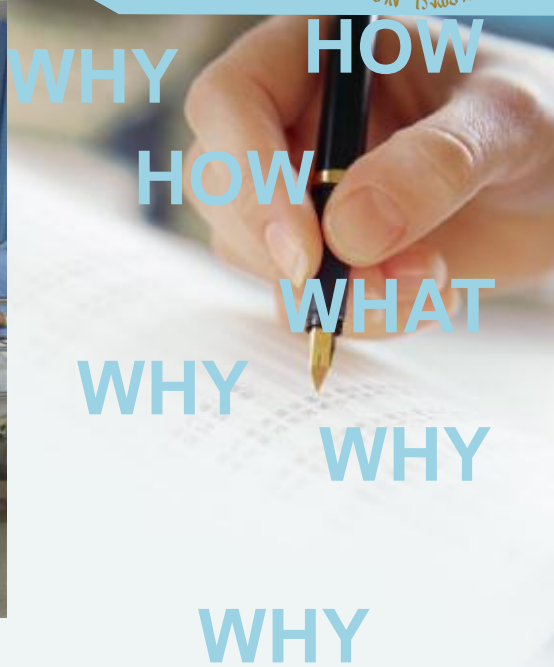
พว. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



FOCUS CHARTING



WHAT

WHY

WHY

WHAT

WHY

WHAT

HOW

WHAT

SI NURSE

Department of Nursing Siriraj Hospital

HOW

WHY

HOW

WHY

WHY

WHY

WHAT

WHY

HOW

HOW

HOW

WHAT

WHAT

WHY

HOW

HOW

WHAT

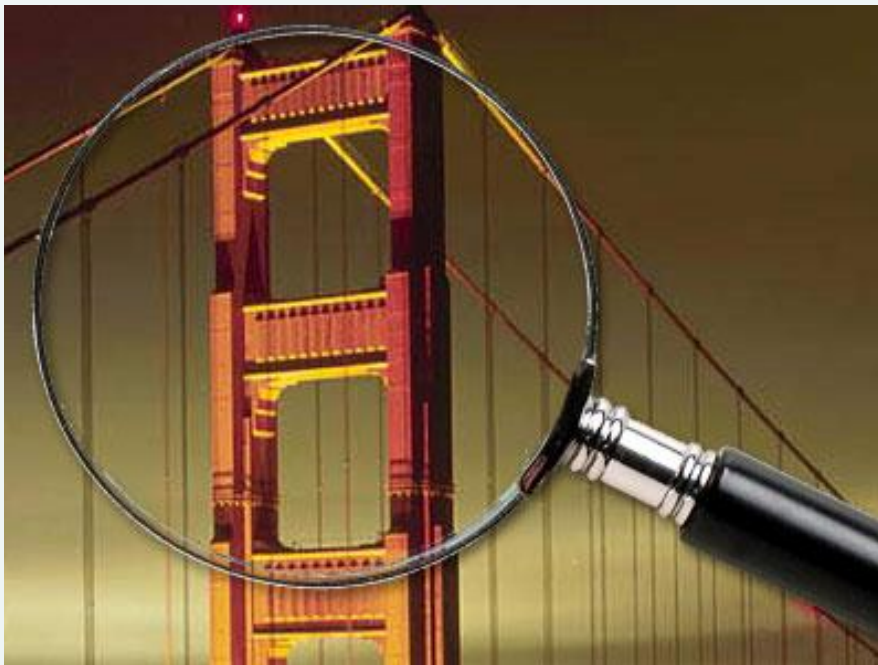
WHY

WHY

WHY



หลักสำคัญ ระบบ Focus



- จุดรวมแสง
- จุดศูนย์รวม
- จุดสนใจ
- **จุดสำคัญ**
- **จุดหลัก หัวใจ**



เลือกเฉพาะ ข้อมูลสำคัญในการบันทึก

สำคัญ: มีคุณค่า



Focus Charting

- เป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วย ที่ ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้ เป็นระบบบันทึกที่เป็น Patient centered
- พยาบาล(กระบวนการพยาบาล) หรือเรื่องอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น แพทย์มาให้คำปรึกษา

มุมมองใหม่:



กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนและการบันทึก

ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

Step 1

A

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

F

วางแผนการพยาบาล

Planning

P

Goal/Outcomes

Interventions

การประเมินผล/
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

Evaluation

Step 5

E

Step 4

Implementation

I

P

ผลลัพธ์
ที่คาดหวัง +
การปฏิบัติที่จะทำ
เพื่อให้ได้ผล
ตามเป้าหมาย

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

- Focus Charting ออกแบบสำหรับบันทึก Progress note ที่เน้นข้อมูลสำคัญที่เกิดกับผู้ป่วย **ข้อมูลที่เป็นงาน routine ของพยาบาลที่มีในเอกสาร flow sheet อื่นๆ จะไม่นำมาบันทึกซ้ำ**



โครงสร้างการบันทึก Focus charting



แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน

ส่วนแรกคือส่วนสรุปที่ใช้อ้างอิง: **Focus List**

ส่วนที่สองคือส่วนที่เป็น Progress note หรือ Focus note ที่มีส่วนประกอบ **Focus** และส่วนที่เป็น รายละเอียดคือ **AIE (Assessment Intervention Evaluation)**

ข้อมูลที่บันทึกในทุกส่วนต้องเลือกข้อมูลสำคัญ



โครงสร้างการบันทึก Focus List



- No.
- Focus ประเด็นสำคัญ
- Goal / Outcome ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- Active วันที่พบ
- Resolved วันที่สิ้นสุด



No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED

NR.DOC.02.PL

Ward.....

H.N. A.N.

Name Age

PRINT/NAME LABEL



การบันทึก Focus ในแบบฯ Focus List



DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE
1 มค. 55 15-23 น.	19.00 น.	Risk for PPH 1	A หลังคลอด C/S 2 ชม. มีแผลในโพรงมดลูก / Blood loss 800 cc / มีประวัติ Uterine stony ใน OR / ประเมินแทรกซึมมดลูกไม่แข็ง ตรวจตัวไม่แข็ง มีเลือดออกใน Uterine bag 100 cc
	19.30 น.		
	19.00 น.	Risk for fall 2	
	19.30 น.		
	21.00 น.	ปวดแผลหน้าท้อง 3	

NURSING FOCUS LIST

H.N. A.N.

Name Age

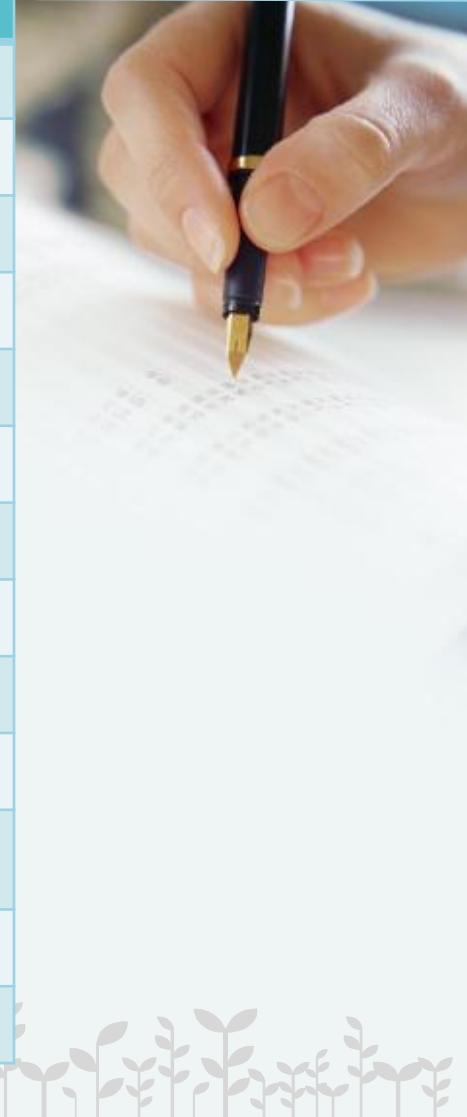
PRINT/NAME LABEL

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1	Risk for PPH		1 มค. 55	
2	Risk for Fall		1 มค. 55	
3	ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง		1 มค. 55	



Focus List: Colorectal Cancer

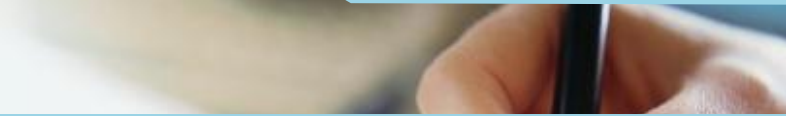
	Focus list เหมาะสม หรือไม่
OPD	1. Pre-operative counseling
IPD	2. Pre-op teaching
	3. Bowel Preparation
	4. Stoma Sitting
	5. Post op Pain
	6. Post op Care
	7. Risk of Stoma necrosis
	8. Step diet
	9. Body Image
	10. Discharge planning
	11. Knowledge and skill for caring stoma
	12. Stoma or Peristomal skin complication
	13. Continuity of care



- การบันทึก **ส่วน Focus** ใช้คำหรือวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลรักษาให้เข้าใจได้ว่ามีสิ่งใดเกิดกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถเขียนแบบ **Nursing Diagnosis** ได้



เปรียบเทียบการเขียน Focus



แผล	คำ
แผลกดทับระดับ 2	วลี และเขียนรูปแบบ Nursing Diagnosis
เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	วลี และเขียนรูปแบบ Nursing Diagnosis



ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus



- การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือเป็นตัวบอกเหตุ (trigger) เช่น หายใจลำบาก ชัก ไข้สูง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถานะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจากเดิม เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus



- เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นห่วงกังวลในขณะนั้น เช่น nausea chest pain วิตกกังวลต่อ hospital admission การ feed อาหาร หรือความรู้และทักษะการดูแลกดทับ
- เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น discharge planning การ Refere การคลอด การให้เลือด เริ่มการรักษาด้วยออกซิเจน การเปลี่ยนอาหาร การสวนปัสสาวะ การผ่าตัด การให้ยา chemotherapy ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ

ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus



- **ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย** เช่น ความต้องการน้ำ อาหาร การหายใจ การขับถ่าย
- **ความต้องการด้านความรู้หรือการปรึกษา** เช่น ความรู้ในการลดไข้ การบริหารข้อไหล่ คำปรึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด



ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus



- การศึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การศึกษาแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักโภชนาการ
- สิ่งสำคัญที่ค้นพบอื่นๆ ที่ได้จากการประเมินและการประเมินซ้ำตลอดระยะเวลาการดูแลรักษา เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย เรื่องสำคัญที่ได้จากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนสุขภาพ

การบันทึก Goal/Outcome



- ข้อความที่บรรยายพฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยที่แสดงสถานะสุขภาพที่คงรักษาให้มีสภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาล/การดูแลรักษา
- เป็นข้อความที่บอกว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการดูแลเป็นการกำหนดทิศทางในการดูแลผู้ป่วย



แนวทางในการบันทึก Goals/Outcomes



- เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ไม่ใช่ของพยาบาล

☹ Nursing Goal

☺ Patient outcome

ป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลาย

ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกไม่ถูกทำลาย

ป้องกันการแผลติดเชื้อ

แผลไม่เกิดการติดเชื้อ



การบันทึก Goals/Outcomes



ประธาน	กิริยา	สถานะ/ขอบเขตข้อกำหนด	ระยะเวลาที่บรรลุได้
ผิวหนังผู้ป่วย	ไม่เกิด แผล	จากการกดทับ	ตลอดระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาล
ข้อเท้าผู้ป่วย	มีขนาด	น้อยกว่า 8 นิ้ว	ภายใน 72 ชั่วโมง
ผู้ป่วย	ฉีด	ยา Insulin ได้เอง	ก่อนจำหน่าย
มารดา	บอก	อาการผิดปกติที่ควรมาพบ แพทย์ก่อนวันนัดตรวจได้ ถูกต้อง	ก่อนจำหน่าย
ครูประจำชั้น	บอก	วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อ ผู้ป่วยเกิด Asthma attack ได้	

Focus List



NURSING FOCUS LIST

Word
H.N. A.N.
Name Age
PRINT NAME LABEL

Focus **Goal/Outcome**

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED

Page.....



Focus Note



NURSING FOCUS NOTE

F

A

I

E

Word: _____
N.N. _____ N.N. _____
N. _____ N. _____

DATE SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E: Evaluation



การบันทึก ส่วน **A.I.E.** เป็นชื่อย่อ



A Assessment → ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นสำคัญ Focus
รวมถึงข้อมูล Subjective data Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้
สังเกตเห็น

I Intervention → สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มี
พื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้ง past-
present-future

E Evaluation → ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ

วิธีการบันทึก Focus Charting



แบบ บรรยาย



แบบ มีแบบฟอร์ม



ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 1
 มีการกำหนดแบบฟอร์มเป็นตาราง

DATE/ SHIFE	TIME	FOCUS	A:Assessment I:Intervention E:Evaluation
30 มีค 54 7-15น	9.00 น. 14.30 น.	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะแสบ	<p>เขียนแบบ Nursing Diagnosis</p> <p>A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะชุ่มสีเหลืองเข้ม</p> <p>I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ ดีขึ้นให้บอกพยาบาล</p> <p>E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.</p>

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 2 ไม่กำหนดตารางชัดเจน

30 มี.ค. 54 |

F: 9.00 น. ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ

A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม

I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำ และน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล

E: 14.30 ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.



ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 3 เขียนต่อกันไม่แยก ชัดเจน

30 มีค. 54 9.00 น. Focus: ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.



ความสำเร็จของข้อมูลในระบบบันทึก



ต้องเชื่อมโยงและให้ความสำคัญ

Flowsheet

Progress note





ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

WARD
HN
AN

Personal Data

Name Age Sex Education Occupation

Admission Date Time Vital signs : Temp. °C Height cm
 Mode of Arrival: Walk Wheel Chair Stretcher Other HR / min Resp. / min Weight kg
 Admitted From : ER Trauma OPD Refer Other BP mmHg

Diagnosis

Chief complaint

Present Illness

Past Illness History

Family Illness History

Allergies (Drugs, Food, Other) : Reactions

แบบประเมินแรกรับ

Exercise : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Sometimes	Sleep / Rest : hr/day <input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough What helped in the past?	Tobacco <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Smoked duration Quit duration	Alcohol <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Drank duration Quit duration	Other Drugs/Substar <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Used duration Quit duration
Information provided by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous	<input type="checkbox"/> Continuous
Emergency Notify : Name	frequency / day	frequency / day	frequency / day	frequency / day
Relationship Phone #.....	duration	duration	duration	duration

Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion Special Religious / Cultural considerations for hospitalization Yes No
(If yes, describe

Anxiety : None Illness Finance Family Other.....

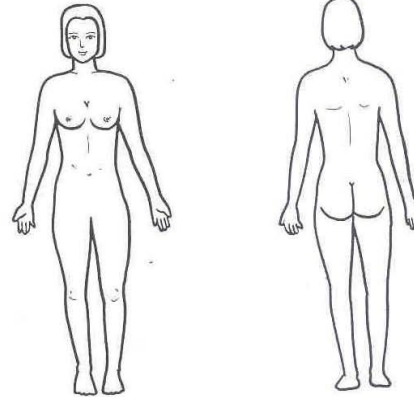
Support System : None Parents Spouse & Family Friend(s) Religious activity Other

Nutrition / Metabolism

<input type="checkbox"/> Ordinary Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	Appetite : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	Swallowing Difficulty <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid	GI. Problem : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other
Special Diet : <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot. <input type="checkbox"/> Other	Feeding : <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> NG / OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	Weight Change : <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes if yes : μ Loss kg / wk / mth / yr μ Gain kg / wk / mth / yr	

Skin

Dermal Assessment : WNL Abnormal ; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- PS : Pressure sore Stage
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin reaction from radiation
.....ostomy

Temp. : <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool	Moisture :	Color : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Jaundice	Pressure Ulcer Staging Stage 1 Persistent redness (in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin) Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater. Stage 3 Deep crater : not extend down through underlying fascia. Stage 4 Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.
Turgor : <input type="checkbox"/> Good A Poor			

Cardiopulmonary

Pulmonary	Current Treatment : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other			
Rate : <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	Effort : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	Cough : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	Sputum <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Other

Cardiovascular

Pulse Rhythm: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude: <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="checkbox"/> Absent	Pulse Rate : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized <input type="checkbox"/> Pitting	Chest Pain: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location..... Referred Pain Duration..... Frequency
Neck Vein Engorged : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME HN AN WARD

Neuromuscular

Neurosensory

Table with 5 columns: Level of Consciousness (LOC), Vision, Hearing, Speech, Smell. Includes sub-sections for Sensation (Numbness, Tingling) and Device.

Musculo-Skeletal

Table with 6 columns: Hand Grasps, Joint, Weakness, Paralysis, Seizure, Movement. Includes sub-sections for Swollen, Stiff, Tender, and Other.

Mobility

Table with 3 columns: Activity / Function, Prosthetic / Assistive Devices, Injury. Includes sub-sections for Dominant Hand and Other.

Elimination / Reproductive

Table with 3 columns: Oral Cavity, Abdomen, Bowel Pattern. Includes sub-sections for Elimination Problem and Other.

Genito-Urinary

Reproductive

Table with 6 columns: Bladder, Voiding, Urine, Genital Organ, Breast, Menstrual Problem. Includes sub-sections for Other and I M P.

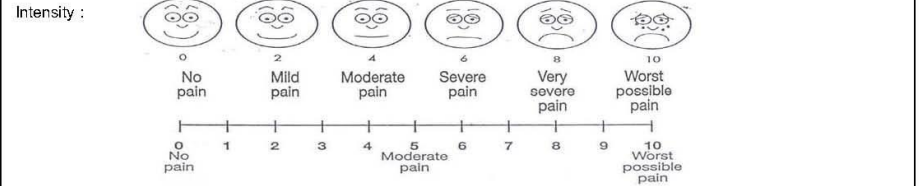
Pain Management

Pain Yes No Pain Location When

What causes pain to increase ?

Pattern : Intermittent Constant Other

How does patient describe the pain : Burning Dull Sharp Other



Does pain affect patient's ability to : Eat Activity Sleep Elimination Mood Self Image Sexuality Social Interaction

What relieves pain : Cold Compression Hot Compression Massage Relaxation Reposition Rest / Sleep Medication Other

Information / Teaching / Learning Needs

Table with 4 columns: Orientation, Disease Process, Signs / Symptoms to Report to Med. Staff, Test / Process Treatment. Includes Medication, Pre / Post - Op. Teaching, Infection Control, Wound / Ostomy Care, Self Care, Diet Changes, Activity, Equipment, Safety, and Other.

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning?

Yes (if yes, complete A&B) No

A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?

Yes No

B. Is assistance needed that family can't provide?

Yes No

2. Are there financial concerns regarding this hospitalization?

Yes No

Home Environment

Discharge Planning Needs

Table with 3 columns: Lives With, Lives Where, Discharge Planning Needs. Includes sub-sections for Medication, Environment & Economic, Treatment, Health, Outpatient Referral, and Diet.

Possible Referral Needs: Wound Care / Burn Care Rehabilitation / PT Speech OT Social Service Psychologist Other

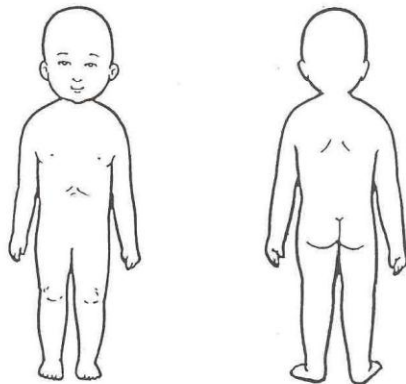
Assessment Initiated by RN : Date Time

PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME HN AN WARD

Skin

Dermal Assessment : WNL Abnormal; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- Ps : Pressure sore Stage
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin Reaction from Radiation
- T : Birthmark
- ostomy

Temp. : <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Cool	Moisture : <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Dry	Color : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Jaundice	Pressure Ulcer Staging Stage 1 Persistent redness(in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin). Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater. Stage 3 Deep crater : not extend down through underlying fascia. Stage 4 Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.
---	--	--	---

Cardiopulmonary

Pulmonary					Current Treatment : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other
Rate : <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	Effort : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	Cough : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	Sputum : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Other	

Cardiovascular				
Pulse Rhythm: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude: <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="checkbox"/> Absent	Pulse Rate : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema : <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized: <input type="checkbox"/> Pitting:	Chest Pain: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location Referred Pain Duration Frequency
Neck Vein Engorged : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				

Pain Management

Pain Yes No

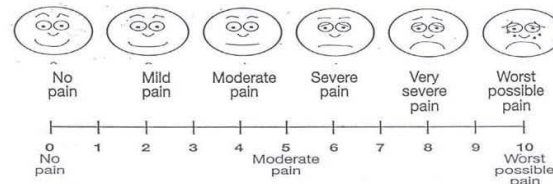
Pain Location When

What causes pain to increase ?

Pattern : Intermittent Constant Other

How does patient describe the pain : Burning Dull Sharp Other

Intensity :



Does pain affect patient's ability to : Eat Activity Sleep Elimination Mood Self Image Sexuality Social Interaction

What relieves pain : Cold Compression Hot Compression Massage Relaxation Reposition
 Rest / Sleep Medication Other

Information / Teaching / Learning Needs

- Orientation
- Disease Process
- Signs / Symptoms to Report to Med. Staff
- Test / Process Treatment
- Medication
- Pre / Post - Op. Teaching
- Infection Control
- Self Care
- Wound / Ostomy Care
- Diet Changes
- Activity
- Equipment
- Safety
- Other

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning?

Yes (if yes, complete A&B) No

A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?

Yes No

B. Is assistance needed that family can't provide?

Yes No

2. Are there financial concerns regarding this hospitalization?

Yes No

Home Environment		Discharge Planning Needs
Lives With: <input type="checkbox"/> Parents/ Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> Other	Lives Where : <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Apartment/Condominium <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environment & Economic <input type="checkbox"/> Treatment <input type="checkbox"/> Health <input type="checkbox"/> Outpatient Referral <input type="checkbox"/> Diet
Possible Referral Needs: <input type="checkbox"/> Wound Care / Burn Care <input type="checkbox"/> Rehabilitation / PT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Social Service <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> Other		
Assessment Initiated by RN : Date Time		

โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ..... เลขที่ประวัติ..... ตึก..... แผนก.....
 ภาควิชา..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่	วันที่ของโรค		Pain Scale																															
	10	9	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22		
160	125.8	41																																
140	104.0	40																																
120	102.2	39																																
100	100.4	38																																
80	98.6	37																																
60	96.8	36																																
40	95.0	35																																
Respirations																																		
BP																																		
Wt and Ht.																																		
Abd. cir.																																		
Diet																																		
Oral Fluids																																		
Parenteral																																		
Total																																		
Urine																																		
Total																																		
Stools																																		
Urine																																		
หมายเหตุ																																		



DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.04

Ward
 H.N.
 A.N.

Name Age yrs Diagnosis

Note : Check " 3 " When nurse gave nursing care and also check " * " when patient had problems. Please see in NR.DOC.03

Nursing Care	Date														
	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23
HYGIENE	Bath														
	Mouth Care														
	Shampooing														
	Perineal Care														
	Linen Change														
	Other														
NUTRITION	NPO														
	Oral														
	Feeding														
ACTIVITY	Parenteral														
	Ambulate														
	Exercise														
	Rest														
ELIMINATION	Bed Rest														
	Absolute Bed Rest														
	Condom Care														
	Cath Care														
SAFETY	Ostomy Care														
	Enema														
	Side Rail Up														
	Restraint														
PSYCHOSOCIAL SUPPORT	Other														
	Greeting														
	Touch														
	Information														
SPECIAL CARE	Other														
	IVF./ IV. Cath Care														
	Tube Care														
	Drain Care														
	Wound Care														
	Pain Care														
	Breathing Exercise														
Turn Position q hrs															
Other															
Signature															



NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DCC.06

WARD.....
 HN.....
 AN.....

Name Age Resident / Doctor

Diagnosis Admittance - Discharge Date

Treatment / Operation / Delivery Length of Stay

Health Status before Discharge

Vital signs: Temp °c HR / min Resp / min BP mmHg	Level of Consciousness: <input type="checkbox"/> Alert, awake and oriented <input type="checkbox"/> Lethargic <input type="checkbox"/> Stuporous <input type="checkbox"/> Comatose	Therapeutic Device: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> NG Tube <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Ostomy <input type="checkbox"/> Other
---	---	--

Continuing Health Problems

.....

Health Informations

<input type="checkbox"/> Medication	Information provided to: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Environment & Economic	
<input type="checkbox"/> Treatment.....	
<input type="checkbox"/> Health	
<input type="checkbox"/> Outpatient Referral	

Discharged by : Doctor Permission Involuntary Escape Refer

Discharged with: Patient ID Card Medication Appointment Card Medical Certificate

Health Payment Receipt Patient's property Other

In Case of Death

Date of Death Time of Death Doctor

Transfer to: Forensic Pathology Other

Patient's property was sent to: Family ; Signature ID No.
 Other ; Signature ID No.

Discharged by RN.....



P mmHg	<input type="checkbox"/> Stuporous	<input type="checkbox"/> Ostomy
	<input type="checkbox"/> Comatose	<input type="checkbox"/> Other

Continuing Health Problems

.....

Health Informations

Medication	Information provided to: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other
Environment & Economic	
Treatment.....	
Health	
Outpatient Referral	

Discharge Summary note





NURSING FOCUS LIST

NR.DOC.02.FL
Ward.....
H.N. A.N.
Name Age

PRINT/NAME LABEL



NURSING FOCUS NOTE

Ward.....
H.N. A.N.
Name Age

PRINT/NAME LABEL

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
Focus List				

DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E: Evaluation
Progress Note FAIE					

มุมมองใหม่:



กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนและการบันทึก

ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

Step 1

A

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

F

วางแผนการพยาบาล

Planning

P

Goal/Outcomes

Interventions

การประเมินผล/
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

Evaluation

Step 5

E

Step 3

Step 4

I

P

Implementation

ผลลัพธ์
ที่คาดหวัง + การปฏิบัติที่จะทำ
เพื่อให้ได้ผล
ตามเป้าหมาย

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

การบันทึกที่สะท้อน NP ที่มี Waste



ผู้ป่วย สูงอายุมีแผล PU ระดับ 2

A: แผลที่ก้นกบ ระดับสอง skin รอบแผลปกติ ไม่ปวด มีเส็บเล็กน้อย

Dor : PU ระดับ 2

Plan: Dressing keep moist ทา cream บริเวณปุ่มกระดูก เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ทำนอนตะแคง 30 องศา ส่งเสริมอาหาร HP

I: clean แผลด้วย NSS ปิดด้วย แผ่นปิดแผล X **keep 3 วันถ้ายัง intact** ทา ปุ่มกระดูกและรอบแผลด้วย ครีม Y turn on position left 30 องศา lateral และ **เปลี่ยนท่า ทุก 2 ชั่วโมง**

E: ผู้ป่วยบอกพอใจและสบายตัวขึ้น(แสดงว่าแผลไม่ถูกกดจึงสบายตัวขึ้น)



Focus charting และกระบวนการพยาบาล



กระบวนการพยาบาล

Focus Charting

Assessment

A

Nursing Diagnosis

Focus

Planning

Goal/outcome (P)

Implementation

I and P(intervention ที่จะทำถ้ามี)

Evaluation

E



บันทึกที่ขาดคุณภาพ



Focus	A E
ไข้	A: T 39.2
	I: วาง cold pad
	E: สบายตัวขึ้น



บันทึกที่มีคุณภาพ



Time	Focus	A I E
10.00 น	มีไข้สูง หรือ ไม่สบายจาก อาการไข้สูง	A: T 39.2 P84 R24 ปวดศีรษะ PS 3 ได้ paracetamol last dose 8.00 น I: tepid sponge วาง cold pad บอกผู้ป่วยถ้ายังไข้สูงจะรายงาน แพทย์ E: ปวดหัวดีขึ้น บอกสบายตัวขึ้น

ปัญหาการนำ Focus Charting ไปใช้

- การระบุประเด็น Focus ไม่สมดุล มีเฉพาะด้านการรักษา และอาการทั่วไปเท่านั้น
- Assessment ไม่ชัดเจนทั้งด้าน Subjective และ Objective และไม่สะท้อนปัญหา Focus
- Intervention เป็นงาน Routine ที่มีข้อมูลในเอกสารส่วนอื่นแล้ว
- Evaluation ไม่บันทึกหรือไม่ตรงประเด็น
- Goal ไม่ชัดเจน

การแก้ปัญหา ต้องฝึกและถามตัวเองว่าประเด็นที่บันทึกสำคัญหรือไม่ และให้ใช้ผู้ป่วย เป็นแหล่งอ้างอิงความถูกต้อง

การค้นหาความต้องการของผู้ป่วย(Focus)

ผู้ป่วย	กาย	จิตใจ	สังคม	จิตวิญญาณ
พยาบาล				
รักษา	ปวด ติดเชื้อ หาย	กังวลต่อการรักษา เปลือยอยู่โรงพยาบาล นาน จากการรักษา	คิดถึงลูกหลาน เพื่อน	
ฟื้นฟู				
ส่งเสริม				
ป้องกัน				

มีแต่ปัญหาแปลกกตทับ ไม่มีอาการใดๆ จะเขียนอย่างไร





Thank You

