

Re-design

ระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



พว. เปรมจิตร คล้ายเพ็ชร
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บันทึกทางการพยาบาล : ระยะเริ่มต้น



ก่อนปีพศ. 2523

สมุดเวช

เป้าหมาย:

บันทึกอาการและการพยาบาล
ที่ให้ผู้ป่วยเพื่อรับ- ส่งเวช



Re-design I บันทึกทางการพยาบาล

พ.ศ. 2523

พัฒนาแบบฟอร์มที่พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้เขียน
ข้อมูล ปัญหา อาการและการพยาบาลที่ผู้ป่วย
ตั้งแต่แรกรับจนถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
มีการประเมินผล ภายหลังการให้การพยาบาล
(แทนสมุดเวชโดยเฉพาะ)



Re-design II บันทึกทางการพยาบาล

พ.ศ. 2523 – 2542

พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบฟอร์ม
ที่แสดงให้เห็นกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
ด้วยการใช้ระบบ Nursing Kardex



Re-design III บันทึกทางการพยาบาล



มาริษา สมบัติบุรณ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล



ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์
หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล



Re-design III บันทึกทางการพยาบาล

พ.ศ. 2544 – 2549

วิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล

- แบบบันทึกฯ เดิมไม่สามารถบันทึกเพื่อสื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย
- มีความซ้ำซ้อนในบางประเด็น
- ใช้เวลาบันทึกมาก



มอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการ

คณะกรรมการบริหาร ฝ่ายการพยาบาล

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

คณะกรรมการเวชระเบียนฯ
ฝ่ายการพยาบาล

คณะทำงานเวชระเบียนฯ
ระดับงาน

Nur doc Ward

Nur doc Ward

Nur doc Ward

Nur doc Ward

แนวคิดการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล

- สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- บันทึกข้อมูลที่ต่อเนื่อง
- เป็นเอกสารทางกฎหมาย
- ปรับให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน
- ลดความซ้ำซ้อน



แนวคิดพัฒนา: สะท้อนกระบวนการพยาบาล

- สะท้อนการปฏิบัติอย่างตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- แสดงความสามารถในประเมิน ตัดสินใจให้การดูแล และประเมินผลกระบวนการพยาบาล
- สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น



แนวคิดพัฒนา : บันทึกข้อมูลต่อเนื่อง

- ตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย
- เห็นการเปลี่ยนแปลงภาวะของผู้ป่วยเวรต่อเวร ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย
- สื่อสารในทีมสุขภาพ เพื่อวางแผนและตัดสินใจ ให้การดูแลรักษา

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

แรกเริ่ม

วางแผน

ให้การดูแลรักษา

จำหน่าย

การให้ข้อมูล & Discharge Planning

แนวคิดพัฒนา : เป็นเอกสารทางกฎหมาย

แสดงสิ่งที่พยาบาลกระทำดังนี้

- ประเมินผู้ป่วย**ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง**ตั้งแต่แรกรับ
- การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ**ป้องกันผู้ป่วยจากภาวะคุกคาม และภาวะแทรกซ้อน**ที่อาจเกิดขึ้น
- การรายงาน**อาการเปลี่ยนแปลง**และ**ข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญ**



แนวคิดพัฒนา : ให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน

- การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เคียงหรือคล้ายกันด้วย
มาตรฐานเดียวกัน
- ใช้ความต้องการของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการ
กำหนดและออกแบบบันทึก และวิธีการบันทึก
- ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลรักษากลุ่ม
เดียวกันที่ใกล้เคียงกัน ใช้แบบบันทึกเดียวกัน



แนวคิดพัฒนา : ลดความซ้ำซ้อน

- ลดแบบบันทึกที่มีจำนวนมาก
- ลดวิธีการบันทึกที่ต้องลงข้อมูลเดียวกันหลายแห่ง
- ลดต้นทุน เพิ่มเวลา Bed side Nursing
- เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล



แนวคิดการพัฒนา: มาตรฐาน & เป็นสากล

วิสัยทัศน์

ฝ่ายการพยาบาล ปีพ.ศ. 2543 – 2546

เป็นองค์กรพยาบาลชั้นนำเลิศระดับสากล

English

มตฐ.สภาการพยาบาล

มตฐ.สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ)

มตฐ.ระดับนานาชาติ
(Joint Commission International; JCI)

พัฒนาแบบบันทึกหลัก

ออกแบบและพัฒนาแบบบันทึกหลักในระบบ
บันทึกพยาบาล 8 แบบ

ใช้ประกอบกันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและ
เชื่อมโยงตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ
จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล



การออกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

แรกรับ

วางแผน

ให้การดูแลรักษา

จำหน่าย

NR.DOC 02

NR.DOC 03

NR.DOC 04

NR.DOC 05

NR.DOC 06

NR.DOC 01

NR.DOC 08

ให้ข้อมูล & Discharge Planning

แบบบันทึกหลักในระบบบันทึกพยาบาล(IPD)

กระบวนการพยาบาล

1) ASSESSMENT

แบบประเมินภาวะสุขภาพ
NR.DOC 01

2) NSG DIAGNOSIS & 3) PLAN

แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาล
NR.DOC 02

4) IMPLEMENTATION & 5) EVALUATION

แบบบันทึก
ความก้าวหน้า
ทางการพยาบาล
NR.DOC 03

แบบบันทึก
การพยาบาล
ผู้ป่วยประจำวัน
NR.DOC 04

แบบสังเกต
และติดตาม
อาการผู้ป่วย
NR.DOC 05

KARDEX
NR.DOC 07

แบบบันทึก
รายงาน
การใช้ยา
NR.DOC 08

แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย NR.DOC 06



Adult Nursing Assessment Form



(1)
ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

WARD
RN
AN

Personal Data

Name Age Sex Education Occupation

Admission Date Time
Mode of Arrival: ☐ Walk ☐ Wheel Chair ☐ Stretcher ☐ Other

Admitted From: ☐ ER Trauma ☐ OPD ☐ Refr ☐ Other

Vital signs: Temp.°C
HR / min Resp. / min
BP / mmHg

Height cm
Weight kg

Diagnosis

Chief complaint

Present illness

Past illness history

Family illness history

Allergies (Drug, Food, Other) Reactions

Exercise: ☐ None ☐ Enough ☐ Tobacco ☐ None ☐ Alcohol ☐ None ☐ Other Drugs/Substances ☐ None

☐ Always ☐ Not enough ☐ Quit ☐ None ☐ Quit ☐ Used duration

☐ Sometimes What helped in the past? : ☐ Continuous ☐ Quit duration

Information provided by: ☐ Patient ☐ Other ☐ Continuous ☐ Quit duration

Emergency Notify: Name frequency: / day

Relationship: Phone #: duration:

Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion Special Religious / Cultural considerations for hospitalization ☐ Yes ☐ No

(If yes, describe)

Anxiety: ☐ None ☐ Worry ☐ Finance ☐ Family ☐ Other

Support System: ☐ None ☐ Parents ☐ Spouse & Family ☐ Friends ☐ Religious activity ☐ Other

Nutrition / Metabolism

☐ Ordinary Diet ☐ Liquid / Soft Diet

Appetite: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Swallowing Difficulty: ☐ None ☐ Solid ☐ Liquid

GI. Problem: ☐ None ☐ Nausea ☐ Vomiting ☐ Other

Special Diet: ☐ DM ☐ Low Na ☐ Low Prot ☐ High Prot ☐ Other

Feeding: ☐ Self ☐ Assisted ☐ NG / OG ☐ Gastrostomy / Jejunostomy tube ☐ Parenteral Nutrition

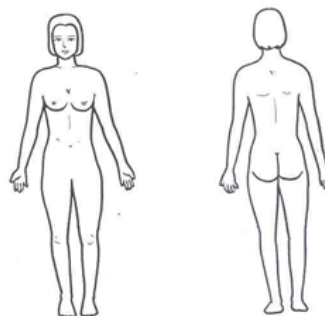
Weight Change: ☐ Unknow ☐ No ☐ Yes

If Yes: ☐ Loss kg / wk / day / yr ☐ Gain kg / wk / day / yr

(2)

Skin

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



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

Temp.: ☐ Warm ☐ Moist ☐ Color: ☐ Normal ☐ Pale ☐ Cyanosis

☐ Hot ☐ Dry ☐ Jaundice

☐ Cool ☐ Good ☐ Poor

☐ Turgor: ☐ Good ☐ Poor

Pressure Ulcer Staging

Stage 1: Persistent redness (in lightly pigmented skin) or persistent red, blue, or purple hue (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 structure

Cardiopulmonary

Pulmonary

Rate: ☐ Eupnea ☐ Tachypnea ☐ Bradypnea ☐ Apnea

Rhythm/Depth: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Deep ☐ Shallow

Effort: ☐ Easy ☐ Dyspnea ☐ Orthopnea ☐ Other

Cough: ☐ None ☐ Dry ☐ Productive ☐ Other

Sputum: ☐ None ☐ Hemoptysis ☐ Foul ☐ Color ☐ Other

Current Treatment: ☐ None ☐ O₂ ☐ ET ☐ Tracheostomy ☐ Ventilator ☐ Chest Tube ☐ Other

Cardiovascular

Pulse Rhythm: ☐ Regular ☐ Irregular

Pulse Amplitude: ☐ Strong ☐ Weak ☐ Absent

Pulse Rate: ☐ Normal ☐ Tachycardia ☐ Bradycardia

Edema: ☐ None ☐ Generalized ☐ Localized ☐ Rising

Chest Pain: ☐ No ☐ Yes

Location: Refractory Pain: Duration: Frequency:

Neck Vein Engorged: ☐ No ☐ Yes

Adult Nursing Assessment Form

(3)

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME: _____ HN: _____ AN: _____ WARD: _____

Neuromuscular

Neurosensory

Level of Consciousness (LOC): ☐ Alert, <u>awake and oriented</u> ☐ Lethargic (Sleepy but easily aroused) ☐ <u>Somnolent</u> (responsive only to noxious stimuli) ☐ Comatose (not responsive to noxious stimuli)	Vision: ☐ Normal ☐ Impaired ○ Rt. _____ ○ Lt. _____ Device: _____	Hearing: ☐ Normal ☐ Impaired ○ Rt. _____ ○ Lt. _____ Device: _____	Speech: ☐ Normal ☐ Impaired Device: _____	Smell: ☐ Normal ☐ Impaired Sensation: ☐ Normal ☐ Numbness ☐ Tingling
--	---	--	---	---

Musculo-Skeletal

Hand Grasp: ☐ Strong ☐ Weak ☐ Absent	Joint: ☐ WNL ☐ Swollen ☐ Stiff ☐ Tender ☐ Other: _____	Weakness: ☐ No ☐ Yes	Paralysis: ☐ No ☐ Yes	Seizure: ☐ No ☐ Yes	Movement: ☐ Normal ☐ Abnormal
---	--	---	--	--	--

Mobility

Activity / Function: ☐ Independent ☐ Requires Assistance in: ○ Eating ○ Dressing ○ Toileting ○ <u>Self Mobility</u> ○ Transferring ○ Ambulation ○ Other: _____	Prosthetic / Assistive Devices: (Only require assistive device) ☐ Cane ☐ Walker ☐ Wheel Chair ☐ Artificial Limb ☐ Other: _____	Injury: ☐ No ☐ Yes _____ Dominant Hand: ☐ Right ☐ Left
--	--	--

Elimination / Reproductive

Gastrointestinal

Oral Cavity: ☐ Moist ☐ Dry ☐ Altered ☐ Tumor ☐ Denture ☐ Other: _____	Abdomen: ☐ Soft ☐ Tender ☐ Other: _____	Bowel Pattern: _____ time / _____ day Elimination Problem: ☐ None ☐ Constipation ☐ Diarrhea ☐ Incontinent ☐ Other: _____
--	--	---

Genito-Urinary	Reproductive
Bladder: ☐ Soft ☐ Distended ☐ Other: _____	Genital Organ: ☐ Normal ☐ Abnormal
Voiding: _____ (See Note) ☐ Continence ☐ Incontinent ☐ Catheter ☐ Other: _____	Urine: ☐ Clear ☐ Cloudy ☐ Bloody ☐ Other: _____
	Breast: ☐ Normal ☐ Abnormal
	Menstrual Problem: (Female Only) ☐ No ☐ Yes LMP: _____

(4)

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 Compress ☐ Hot Compress ☐ Massage ☐ Relaxation ☐ Reposition
☐ Rest / Sleep ☐ Medication ☐ Other: _____

Information / Teaching / Learning Needs

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

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria
 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: ☐ Parental / Family ☐ Spouse ☐ Friend ☐ Alone ☐ Other: _____	Lives Where: ☐ House ☐ Townhouse ☐ Apartment/Condominium ☐ Nursing Home ☐ Other: _____
	☐ Medication ☐ Environment & Economic ☐ Treatment ☐ Health ☐ Outpatient Referral ☐ Diet

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

Assessment Initiated by RN: _____ Date: _____ Time: _____

Adult Nursing Assessment Form

- Personal Data
- Spiritual/Cultural Needs/Emotional Support
- Nutritional / Metabolism
- Skin
- Cardiopulmonary
- Neuromuscular
- Mobility
- Elimination / Reproductive
- **Pain Management**
- Information / Teaching / Learning Needs
- Discharge Planning Supportive Care

(4)

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:

0 No pain 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible pain

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

What relieves pain: ☐ Cold Compress ☐ Hot Compress ☐ Massage ☐ Relaxation ☐ Rocking

☐ Rest / Sleep ☐ Medication ☐ Other

Information / Teaching / Learning Needs

☐ Orientation ☐ Disease Process ☐ Signs / Symptoms to Report to Med. Staff ☐ Tests / Procedures Treatment

☐ Medication ☐ Pre / Post-Op. Teaching ☐ Infection Control ☐ Wound / Ostomy Care

☐ Self Care ☐ Diet Changes ☐ Activity ☐ Equipment ☐ Safety

☐ Other

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

3,000 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

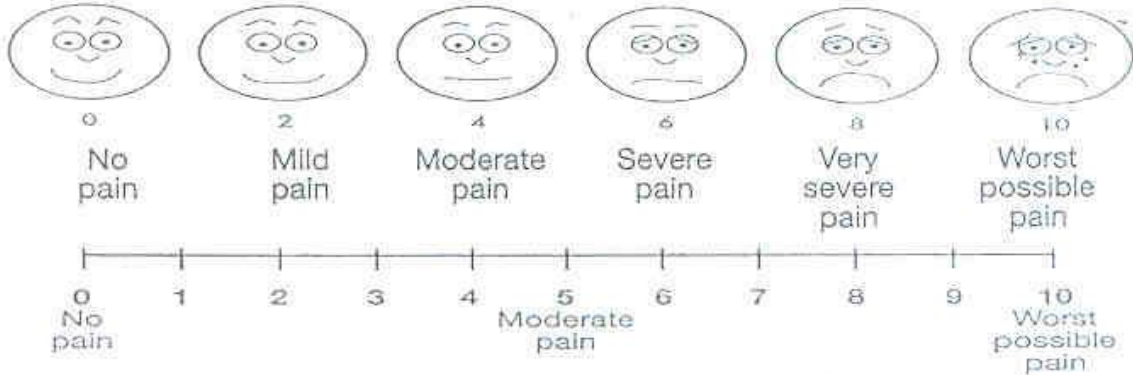
Home Environment		Discharge Planning Needs
Lives With:	Lives Where:	☐ Medication
☐ Parental / Family	☐ House	☐ Environment & Economic
☐ Spouse	☐ Townhouse	☐ Treatment
☐ Friend	☐ Apartment/Condominium	☐ Health
☐ Alone	☐ Nursing Home	☐ Outpatient Referral
☐ Other	☐ Other	☐ Diet

Possible Referral Needs: ☐ Wound Care / Burn Care ☐ Rehabilitation / PT ☐ Speech ☐ OT

☐ Social Service ☐ Psychologist ☐ Other

Assessment Initiated by RN: Date Time

Pain Management (Assess)

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	



Pain Management (Re-assess)

โรงพยาบาลศิริราช

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

วันที่.....

วันที่ของโรค.....

Pulse	F	C	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	2	6	10	14	18	22
160	105.8	41																																				
150																																						
140	104	40																																				
130																																						
120	102.2	39																																				
110																																						
100	100.4	38																																				
90																																						
80	98.6	37																																				
70																																						
60	96.8	36																																				
50																																						
40	95	35																																				

Respirations.....

BP.....

Wt. and Ht.....

Abd. cir.....

Diet.....

Oral Fluids.....

Parenteral.....

Fluid Intake.....

Total.....

Urine.....

Total.....

Stools.....

Urine.....

หมายเหตุ.....

010-19-S10

ปรับการประเมิน pain
เป็น 5th vital sign

โรงพยาบาลศิริราช

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

วันที่.....

วันที่ของโรค.....

Pulse	F	C	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	2	6	10	14	18	22
160	105.8	41																																				
150																																						
140	104.0	40																																				
130																																						
120	102.2	39																																				
110																																						
100	100.4	38																																				
90																																						
80	98.6	37																																				
70																																						
60	96.8	36																																				
50																																						
40	95	35																																				

Respirations.....

BP.....

Wt. and Ht.....

Abd. cir.....

Diet.....

Oral Fluids.....

Parenteral.....

Fluid Intake.....

Total.....

Urine.....

Total.....

Stools.....

Urine.....

หมายเหตุ.....

Adult Nursing Assessment Form

- Personal Data
- Spiritual/Cultural Needs/Emotional Support
- Nutritional / Metabolism
- Skin
- Cardiopulmonary
- Neuromuscular
- Mobility
- Elimination / Reproductive
- Pain Management
- Information / Teaching / Learning Needs
- Discharge Planning Supportive Care

(4)

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 ☐ Social Interaction

What relieves pain: ☐ Cold Compress ☐ Heat ☐ Massage ☐ Reposition ☐ Medication ☐ Other

Information / Teaching / Learning Needs

☐ Orientation ☐ Disease Process ☐ Signs / Symptoms to Report to Med. Staff ☐ Test / Procedure Treatment

☐ Medication ☐ Pre / Post-Op. Teaching ☐ Infection Control ☐ Wound / Ostomy Care

☐ Self Care ☐ Diet Changes ☐ Activity ☐ Equipment ☐ Safety

☐ Other

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

Does 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:	Lives Where:	☐ Medication
☐ Parental / Family	☐ House	☐ Environment & Economic
☐ Spouse	☐ Townhouse	☐ Treatment
☐ Friend	☐ Apartment/Condominium	☐ Health
☐ Alone	☐ Nursing Home	☐ Outpatient Referral
☐ Other	☐ Other	☐ Diet
Possible Referral Needs: ☐ Wound Care / Burn Care		☐ Rehabilitation / PT
☐ Social Service		☐ Speech
☐ Psychologist		☐ Other
Assessment Initiated by RN : Date Time		

Information & Discharge Planning

Information / Teaching / Learning Needs			
☐ Orientation	☐ Disease Process	☐ Signs / Symptoms to Report to Med. Staff	☐ Test / Process Treatment
☐ Medication	☐ Pre / Post – Op. Teaching	☐ Infection Control	☐ Wound / Ostomy Care
☐ Self Care	☐ Diet Changes	☐ Activity	☐ Equipment
☐ Other			☐ Safety
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: ☐ Parents/ Family ☐ Spouse ☐ Friend ☐ Alone ☐ Other	Lives Where : ☐ House ☐ Townhouse ☐ Apartment/Condominium ☐ Nursing Home ☐ Other.....	☐ Medication ☐ Environment & Economic ☐ Treatment ☐ Health ☐ Outpatient Referral ☐ Diet	
Possible Referral Needs: ☐ Wound Care / Burn Care ☐ Rehabilitation / PT ☐ Speech ☐ OT ☐ Social Service ☐ Psychologist ☐ Other.....			
Assessment Initiated by RN : Date Time			

SI NURSE

[illegible]

SI NURSE

Nursing Activity Checklist Form (NR.DOC 04)



DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM
SIRIRAJ HOSPITAL

Ward
H.N.
A.N.

NR. DOC. 04



DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM
SIRIRAJ HOSPITAL

Ward
H.N.
A.N.

Name Age yrs Diagnosis

Note : Check "✓" 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
HYGIENE	Bath			
	Mouth Care			
	Shampooing			
	Perineal Care			
	Linin Change			
	Other			
NUTRITION	NPO			
	Oral			
	Feeding			
	Parenteral			
ACTIVITY	Ambulate			
	Exercise			
	Rest			
	Bed Rest			
	Absolute Bed Rest			
ELEMINATION	Condom Care			
	Cath Care			
	Ostomy Care			
	Enema			
SAFETY	Side Rail Up			

- Hygiene
- Nutrition
- Activity
- Elimination
- Safety
- Psychosocial Support
- Special care

NR.DOC.05 R1

Ward.....
H.N.....AN.....
Name.....Age.....
Print/Name label
Diagnosis.....

[illegible]

- q̇ 1 hr X 4 times
- q̇ 2 hrs X 4 times
- q̇ 4 hrs until Post Operation 72 hrs
- q̇ 8 hrs until discharge

Pupil Size (mm.)

1 2 3 4 5 6 7 8

- A = Alert, awake, and oriented
- L = Lethargic (sleepy but easily aroused)
- S = Somnolent (responsive only to noxious stimuli)
- C = Comatose (not responsive to noxious stimuli)

N = Normal S = Slingshot F = Fixed

Nursing Discharge Summary

(NR.DOC 06)



NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.06

WARD
RN
AN

Name Age Resident / Doctor

Diagnosis Admittance - Discharge Date

Treatment / Operation / Delivery Length of Stay

Health Status before Discharge

Vital signs:	Level of Consciousness:	Therapeutic Device:
Temp °C	☐ Alert, awake and oriented	☐ None ☐ NG Tube
HR / min	☐ Lethargic	☐ Catheter
Resp / min	☐ Stuporous	☐ Ostomy
BP mmHg	☐ Comatose	☐ Other

Continuing Health Problems

Health Informations

☐ Medication	Information provided to:
.....	☐ Patient
☐ Environment & Economic	☐ Family
☐ Treatment	☐ Other
☐ Health	
☐ 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.....

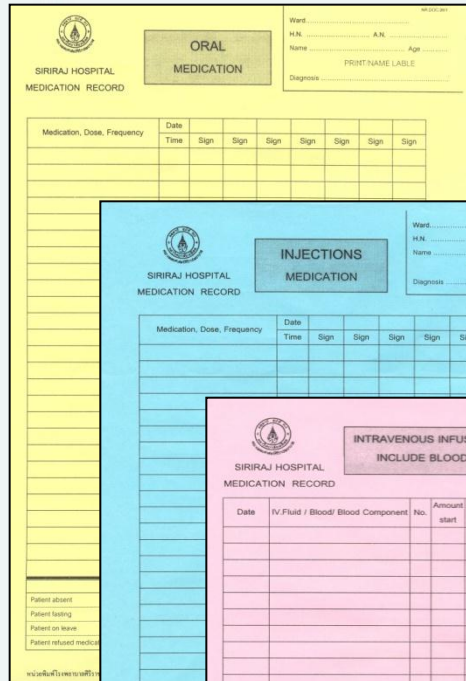
Kardex (NR.DOC 07)

[illegible][illegible]

Medication Administration Record (NR.DOC 08)

[illegible][illegible]

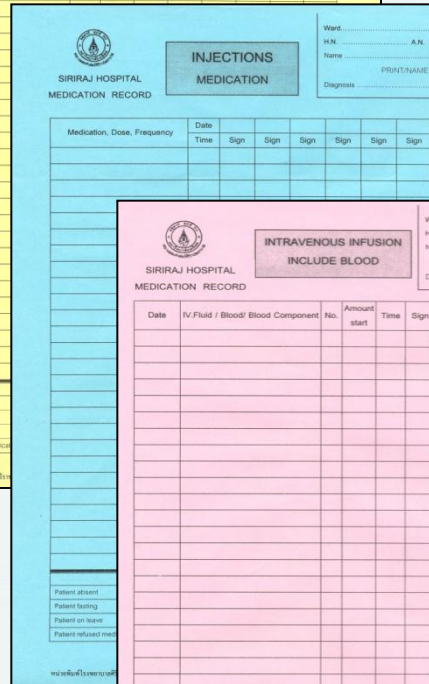
Medication Administration Record (MAR)



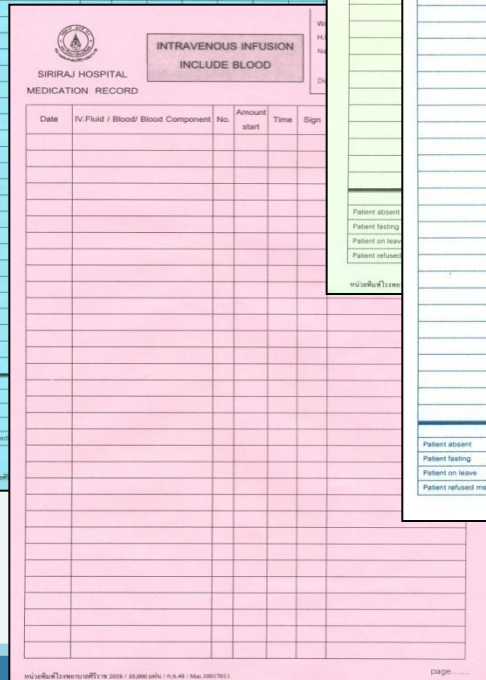
Form 1: ORAL MEDICATION. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, Time, and Sign (multiple columns for each time slot). Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication.



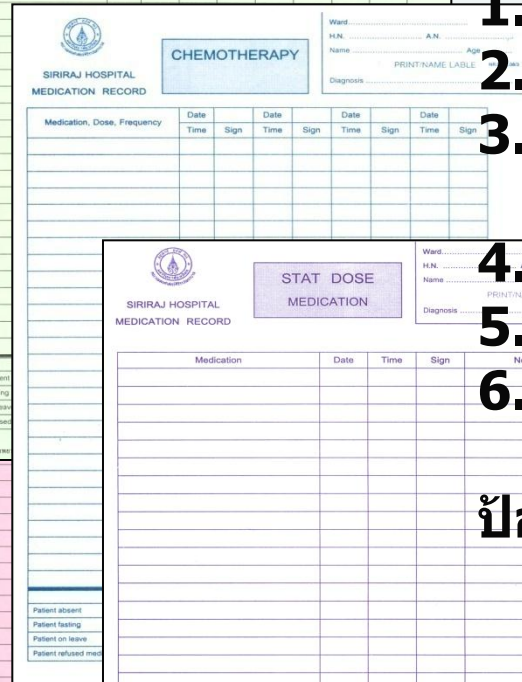
Form 2: MISCELLANEOUS MEDICATION. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, Time, and Sign (multiple columns for each time slot). Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication.



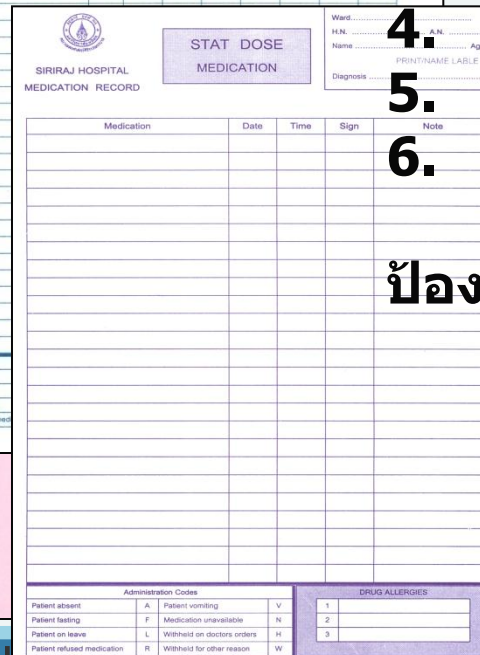
Form 3: INJECTIONS MEDICATION. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, Time, and Sign (multiple columns for each time slot). Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication.



Form 4: INTRAVENOUS INFUSION INCLUDE BLOOD. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, IV Fluid / Blood / Blood Component, No., Amount, start, Time, and Sign. Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication.



Form 5: CHEMOTHERAPY. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, Time, and Sign (multiple columns for each time slot). Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication.



Form 6: STAT DOSE MEDICATION. Includes fields for Ward, H.N., A.N., Name, Age, PRINT NAME LABEL, and Diagnosis. The table has columns for Date, Time, Sign, and Note. Includes checkboxes for Patient absent, Patient fasting, Patient on leave, and Patient refused medication. Includes a section for Administration Codes and Drug Allergies.

6 แบบสี ตาม Route

1. Oral Medication
2. Injections Medication
3. Intravenous Infusion include blood
4. Miscellaneous Medication
5. Chemotherapy
6. Stat Dose Medication

ป้องกันความคลาดเคลื่อนของการ
ให้ยาผิดช่องทาง



SI NURSE

Department of Nursing Siriraj Hospital

Tips : ทดลองใช้ในโครงการนำร่อง

งานการพยาบาล	จำนวน หอผู้ป่วย	หอผู้ป่วยที่ทดลองใช้
กุมารเวชศาสตร์	16	5 (3 Wards 2 ICU)
จักษุ โสตฯ	8	1 Ward
ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก	13	1 (ER)
ผู้ป่วยพิเศษ	22	2 Wards
รังสีวิทยา	3	1 Ward
ศัลยศาสตร์ฯ	24	4 (2 Wards 2 ICU)
สูติศาสตร์ฯ	22	3 Wards
อายุรศาสตร์ฯ	23	5 (2 Wards 2 ICU 1 จิตเวช)
รวม	131	22

Tips : วัดผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลที่มี
ต่อบันทึกทางการพยาบาล

มาริษา สมบัติบุรณ และคณะฯ (2545)

ผลการวิจัย

แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่
ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(ด้านการสะท้อนการพยาบาล

ด้านความสะดวกในการใช้งาน

ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล

ด้านการใช้สื่อสารกับทีมสหสาขา)

ผู้ตอบแบบสอบถาม: 375 คน
พยาบาลในหอฯ นำร่อง 23 แห่ง
(19 wards 4 ICU)

แบบบันทึกการพยาบาลแบบเดิม				ข้อควรพิจารณา	แบบบันทึกการพยาบาลแบบใหม่			
ไม่เต็ม หน้า	ไม่เต็ม ส่วน	เต็ม ส่วน	เต็ม หน้า		ไม่เต็ม หน้า	ไม่เต็ม ส่วน	เต็ม ส่วน	เต็ม หน้า
1	2	3	4		1	2	3	4
				1. สามารถบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ				
				2. สามารถนำข้อมูลมาทำแผนดูแลผู้ป่วยได้				
				3. สามารถนำข้อมูลมาทำแผนการพยาบาลได้				
				4. สามารถนำข้อมูลมาทำแผนปฏิบัติการพยาบาลได้				
				5. มีการจัดลำดับเนื้อหาอย่างเหมาะสม เป็นหมวดหมู่				
				6. ใช้บันทึกและรายงานความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงได้อย่างต่อเนื่อง				
				7. สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างสะดวกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง				
				8. สามารถบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน				
				9. สามารถบันทึกข้อมูลโดยการสื่อสารได้ถูกต้อง				
				10. สามารถบันทึกข้อมูลโดยการสื่อสารได้ครบถ้วน				
				11. ใช้เวลาในการบันทึกเหมาะสม				
				12. ใช้สะดวกในการบันทึก				

ข้อเสนอแนะ:



การออกแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

IPD

หอผู้ป่วยทั่วไป

- New born
- เด็ก
- ผู้ใหญ่
- หญิงตั้งครรภ์
- จิตเวช

Special Unit

ER
OR
ICU
Labor
ฯลฯ

OPD

คลินิก/หน่วยตรวจ



แบบบันทึกหน่วยงานเฉพาะทาง

- Ambulance Record Form
- Hemodialysis Nursing Assessment and Intervention Form
- Catheterization Laboratory Nursing Record
- Investigation Procedure Nursing Assessment Record
- Chemotherapy/Blood Transfusion Nursing Record
- Perioperative Nursing Record
- Perioperative Obstetric Neonatal Nursing Record



แบบบันทึกหน่วยงานเฉพาะทาง



AMBULANCE RECORD FORM, SIRIRAJ REFERRAL CENTER
FACULTY OF MEDICINE, MAHIDOL UNIVERSITY... Tel. 0-2419-8556, 0-2419-7345

Date of service: / / Hospital departure: / /
Pick up patient from:
To:
Name: H.N.:
Address:
Nearest location:
Chief complaint:
Present illness:
Diagnosis:
Treatment / Procedure:
Initial Assessment:
Vital signs:
Temp: / min
HR: / min
RR: / min
BP: / mmHg
Therapeutic:
Map/De:



INTERMITTENT HEMODIALYSIS NURSING RECORD, SIRIRAJ HOSPITAL

Name: Age: Date: Room No.:
HD PRESCRIPTION:
VASCULAR ACCESS:
PRE-HD ASSESSMENT:
ANTICOAGULANT:
TIME:
POST-HD ASSESSMENT:
MD note:
Nephrologist:
Dialysis nurse:

Transferring Monitor and Intervention

Assessment: Use letter to indicate type and location on diagram

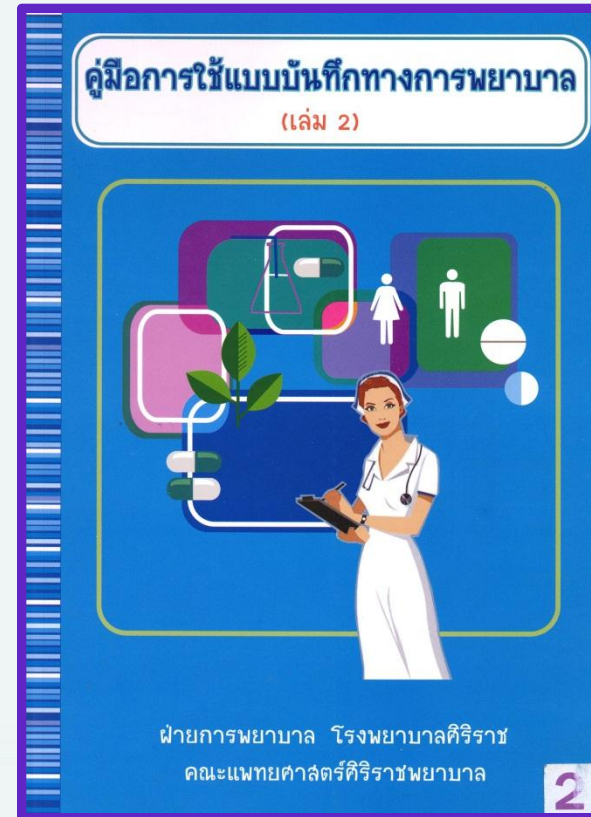
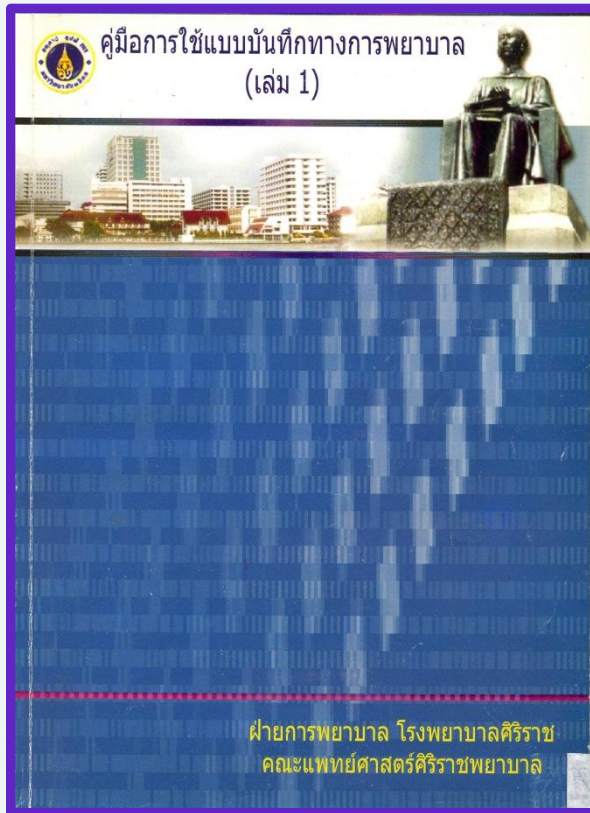


terization Laboratory Nursing Record, Siriraj Hospital

HN: AN: Ward: Informed Consent: ☐ No ☐ Yes
Diagnosis: Type of Payment:
Results: Operator: Assistant:

Data	Progress Note
BW: gm / kg, HT: cm, NPO since: Film: ☐ No ☐ Yes Pre-Post Procedure Teaching: ☐ No ☐ Yes CBC: Hct: WBC: Etc: O ₂ Sat: Coagulation: PTT: (date: / /) BUN: Cr: K ⁺ : (date: / /) HIV: ☐ No ☐ Yes HbA1c: ☐ No ☐ Yes (date: / /) IV line: ☐ Heparin lock ☐ V Fluid Foley Cath: ☐ No ☐ Yes Allergy: ☐ No ☐ Yes Past illness: ☐ DM ☐ HT ☐ Heart disease ☐ Asthma ☐ Other:	
CATH LAB: Dye: ☐ Non-ionic ☐ Iodine Complication: ☐ No ☐ Yes	
Observe room / Condition before transfer: Off Sheath at time: by: Hematoma: ☐ No ☐ Yes size: Plan off sheath at time: Do not flex the punctured site for: IV line: ☐ Heparin lock ☐ V Fluid Respiration: ☐ Room air ☐ Ventilator ☐ O ₂ Transfer at time: Signature:	

จัดทำคู่มือฉบับนี้เพื่อการพยาบาล



ADULT NURSING ASSESSMENT FORM (NR. DOC.01 Adt.)

(แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่)

ลักษณะแบบบันทึก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งโรงพยาบาล รวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่มีการบันทึกไว้ก่อนหน้านี้ เช่น O.P.D Card หนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการสังเกต การสอบถาม และการตรวจพบ แบ่งเป็น 8 หมวด คือ

- 2.1. Spiritual / Cultural Needs/ Emotional Support
- 2.2. Nutrition / Metabolism
- 2.3. Skin
- 2.4. Cardiopulmonary
- 2.5. Neuromuscular
- 2.6. Mobility
- 2.7. Elimination / Reproductive
- 2.8. Pain Management

ส่วนที่ 3 เป็นแบบรวบรวมข้อมูลเพื่อสำรวจความต้องการคำแนะนำ ความรู้ด้านสุขภาพ และการวางแผนจำหน่าย แบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ

- 3.1. Information / Teaching / Learning Needs
- 3.2. Discharge Planning Supportive Care

ข้อบ่งชี้

- ◆ ใช้ประเมินผู้ป่วยใน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- ◆ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดชนิดไม่ต่อเนื่อง (Chronic Intermittent Hemodialysis) โดยประเมินในครั้งแรกที่ทำการฟอกเลือด และประเมินซ้ำใหม่หลังจากการประเมินครั้งสุดท้ายนาน 6 เดือน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

วิธีการบันทึก

บันทึกข้อมูลให้ชัดเจนถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การบันทึกให้เดิมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน “□” หน้าข้อความ ตามที่ประเมินได้จากการตรวจร่างกายและการซักถามประวัติ

ส่วนที่ 1 Personal Data (ข้อมูลส่วนบุคคล)

Name : บันทึกคำนำหน้าชื่อ หรือ ยศ ได้แก่ ด.ช. ด.ญ. นาย นาง น.ส. ร.ต.ท. พระภิกษุ ฯลฯ พร้อมระบุชื่อ ชื่อสกุล

Age : บันทึกอายุเป็นปี

Sex : บันทึกเพศชาย หรือ หญิง

Education : บันทึกระดับการศึกษาหรือคุณวุฒิสูงสุด หากไม่ได้รับการศึกษาจะระบุว่า “ไม่ได้เรียน”

Occupation : บันทึกอาชีพ เช่น รับราชการ รับจ้าง พระภิกษุ นักศึกษาว่างงาน เป็นต้น

Admission Date : บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Time : บันทึกเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Mode of Arrival : บันทึกวิธีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย

Walk	เดินมา
Wheel Chair	รถนั่ง
Stretcher	เปลนอน
Other...	อื่นๆ ระบุ....

Admitted From : บันทึกการรับผู้ป่วยจากหน่วยงานใด

ER Trauma	ห้องฉุกเฉินตึกอุบัติเหตุ
OPD	ตึกผู้ป่วยนอก รวมทั้งห้องแพทย์เวรฉุกเฉิน
Refer	รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น
Other...	อื่นๆ ระบุ... เช่น มาจากบ้าน ในกรณีฉุกเฉินหรือห้องพิเศษ โดยไม่ผ่านตึกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

Vital signs : บันทึกสัญญาณชีพ

Temp. (Temperature)	อุณหภูมิกายหน่วยเป็นองศาเซลเซียส
HR (Heart Rate)	อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรเป็นจำนวนครั้งต่อนาที
Resp.(Respiratory Rate)	อัตราการหายใจเป็นจำนวนครั้งต่อนาที
BP (Blood Pressure)	ความดันโลหิตหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

Height : บันทึกส่วนสูง หน่วยเป็นเซนติเมตร

Re-design บันทึกทางการพยาบาล (พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน)



ประยุกต์ใช้ Focus charting

Narrative

Focus charting

DATE	HOUR	CLINICAL NOTES
Jan 7/07	1200	Pt up in chair & assist x 1 nurse Pt settled, sitting up in chair for lunch. Handband assisting @ bedside
Jan 7/07	1530	Pt resting in bed @ this time. Requested assistance to go to BR Pt up to BR & assist x 1 nurse + use of walker. Pt returned + settled in bed
Jan 7/07	1730	Pt up in chair & assist x 1 nurse for supper
	2000	Looking in bed taking & prescribed medication appropriate to the bed Gauging urine to 10ml, urine per hour. Capillary refill immediate better to sleep & feel OK at this O.C. Position to R.C. = 1 = position. Pt's movement jerky when articulating & very unstable
Jan 8/07	0800	The pt. remained in bed. After 20 mins BS & 4. Air is passing gas. Chest is clear. C.O.S. is good. No heart hand & left foot. Foot is dry & intact. She was assisted up to the BR. But done.
	1100	The pt. transfers from the bed to the chair. herself. Up to the BR & assistance. She has had 3er

DATE	HOUR	FOCUS	D: DATA	A: ACTION	E: EVALUATION
Feb. 27/07	11:30	Oxygenation	D: at 0700 O2 sats 71%, chod unventilated, audible A/E throughout all lung fields & adventitious sounds. laboured breathing. Resp. 14 A: O2 applied at 3L/min via NP E: at 0745 O2 sats 92% on O2 at 3L/min via NP		
Feb. 27/07	1130	Skin Integrity	D: refused uremol at 0840 A: Documented on C/Mar E: At 0930, request + rec'd uremol cream		
Feb. 27/07	1130	Transfer	D: at 1100 transferred, turning from W/C to bed A: Encouraged to use call bell for assistance, restraint applied. But		
Feb 27/07	1320	Pain	D: again at headache A: 7/10, Tylenol given		
	1350	Pain Headache	E: 6/10, headache gone D: found clonidine but of fled and asked for A: stat salt applied while at W/C and bed with up while on bed E: gave with clonidine, since 4/10, no call bell		

ปฐมบทการพัฒนา ระบบบันทึกทางการพยาบาล ด้วย Focus Charting

การพัฒนาแบบบันทึก
ในกลุ่มผู้ป่วยพักรักษาตัวระยะสั้น
(Short Stay Nursing Document)



กลุ่มผู้ป่วยพักรักษาตัวระยะสั้น (Short stay)



"Medical care certainly ain't what it used to be!"

ผู้ป่วยที่คาดว่าจะรับไว้ในรพ.
ไม่เกิน 72 ชั่วโมง
เพื่อการสังเกตอาการ
การตรวจวินิจฉัยเฉพาะทาง
หรือ
การดูแลรักษาระยะสั้น



วัตถุประสงค์

1. ลดระยะเวลา แต่ยังคงคุณภาพการบันทึกฯ ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน
2. กระชับ และรัดกุม
3. เห็นประเด็นสำคัญชัดเจน ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้ทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น



วางแผนการดำเนินการ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบการบันทึก
2. ศึกษาข้อมูลความรู้ และพัฒนาแบบบันทึก
3. เสนอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ
4. จัดทำแนวทางการใช้แบบบันทึก
5. วางแผนทดลองใช้แบบบันทึกฯ
6. ประเมินผล
7. ปรับปรุงและขยายผล



Short Stay Nur Doc (SSU)

กำหนดวัตถุประสงค์และรูปแบบการบันทึก

- กระชับ
- rapid focused assessment
- เห็นประเด็นสำคัญ (focus) ในด้าน
ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย



วิเคราะห์แบบบันทึกที่ใช้อยู่

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

แรกรับ

วางแผน

ให้การดูแลรักษา

จำหน่าย

Two forms for patient admission and assessment. The first form is titled 'ADULT NURSING ASSESSMENT FORM SIRIRAJ HOSPITAL' and contains various sections for patient information, physical assessment, and nursing interventions. The second form is titled 'ADULT NURSING ASSESSMENT FORM SIRIRAJ HOSPITAL' and contains various sections for patient information, physical assessment, and nursing interventions.

Form for nursing care plan, titled 'NURSING CARE PLAN SIRIRAJ HOSPITAL'. It includes sections for patient information, nursing diagnosis, goals, and interventions.

Form for nursing progress note, titled 'NURSING PROGRESS NOTE SIRIRAJ HOSPITAL'. It includes sections for patient information, nursing diagnosis, and progress notes.

Form for nursing care plan, titled 'NURSING CARE PLAN SIRIRAJ HOSPITAL'. It includes sections for patient information, nursing diagnosis, goals, and interventions.

Form for nursing care plan, titled 'NURSING CARE PLAN SIRIRAJ HOSPITAL'. It includes sections for patient information, nursing diagnosis, goals, and interventions.

Form for nursing care plan, titled 'NURSING CARE PLAN SIRIRAJ HOSPITAL'. It includes sections for patient information, nursing diagnosis, goals, and interventions.

ให้ออม & Discharge Planning

แนวคิดออกแบบบันทึก Nur Assessment

Nursing Assessment Form (Long Stay)

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

Personal Data

Vital Signs

Physical Assessment

Pain Management

Glasgow Coma Scale

Barthel's Index

Other clinical assessment scales

Assessment Form แบบใหม่ (short Stay)

ประเมินสั้น กระชับ ประเมินเพื่อวางแผน
ให้การดูแลในประเด็นสำคัญของผู้ป่วย
แบบ rapid focused assessment

SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

Patient History

Physical Assessment

Clinical Assessment



Short Stay Nursing Assessment Form

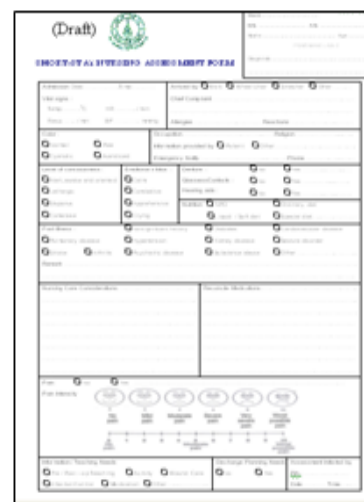
8.2.1.2 ปรับแบบบันทึก Short Stay Nursing Assessment Form ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3



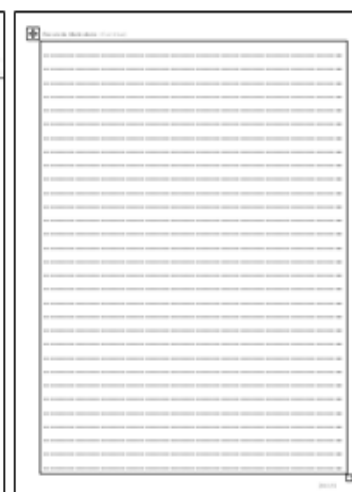
Short Stay Nursing Assessment Form (Draft) - Version 1. This form includes sections for patient information, assessment findings, and nursing interventions. It features a table for recording vital signs and a section for documenting the patient's response to treatment.



Short Stay Nursing Assessment Form (Draft) - Version 2. This form includes sections for patient information, assessment findings, and nursing interventions. It features a table for recording vital signs and a section for documenting the patient's response to treatment.



Short Stay Nursing Assessment Form (Draft) - Version 3. This form includes sections for patient information, assessment findings, and nursing interventions. It features a table for recording vital signs and a section for documenting the patient's response to treatment.



Short Stay Nursing Assessment Form (Draft) - Version 3. This form includes sections for patient information, assessment findings, and nursing interventions. It features a table for recording vital signs and a section for documenting the patient's response to treatment.

Short Stay Nursing Assessment Form

ครั้งที่ 1

Short Stay Nursing Assessment Form

ครั้งที่ 2

Short Stay Nursing Assessment Form

ครั้งที่ 3



ประเมินแบบบันทึก

1st Draft

SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL	
AN HN WARD	Admission Date Time
Name Age	Source of Information ☐ Patient ☐ Other
Sex Occupation Religion	Emergency Notify Phone
Arrived by ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher	
Diagnosis	
Chief Complaint	
Present Illness	
Past Illness	
Do you have any allergies ☐ No ☐ Yes	
Culture/Spiritual	
Are there any Religious, Traditional, Ethic, or Cultural practices that need to be part of your care? ☐ No ☐ Yes	
Is there any way the hospital can assist you with your Religious practices? ☐ No ☐ Yes	
Mental status ☐ Alert & Oriented ☐ Confused ☐ Agitated ☐ Anxiety	
Smoking ☐ No ☐ Yes Quit date	
Alcohol ☐ No ☐ Yes Quit date	
Drugs ☐ No ☐ Yes	
Nutrition ☐ NPO ☐ Ordinary diet ☐ Soft diet/ Liquid ☐ Special diet	
Physical Assessment	
Cardiovascular : Pulse Rhythm ☐ Regular ☐ Irregular	Pulmonary : Rhythm/Depth ☐ Regular ☐ Irregular
Peripheral ☐ Present ☐ Absent (Location)	Rate ☐ Normal ☐ Tachypnea ☐ Bradypnea ☐ Apnea
Edema ☐ Normal ☐ Impaired ☐ R ☐ L ☐ Device	
Neurosensory : Vision ☐ Normal ☐ Impaired ☐ R ☐ L ☐ Device	
Hearing ☐ Normal ☐ Impaired ☐ R ☐ L ☐ Device	
Speech ☐ Normal ☐ Impaired ☐ Device	
Musculo-Skeletal : ☐ Strong ☐ Weak ☐ R ☐ L ☐ Absent ☐ R ☐ L	Mobility
Joint ☐ WNL ☐ Swollen ☐ Stiff ☐ Tender ☐ Other	Activity / Function
Weakness ☐ No ☐ Yes	☐ Independent
Paralysis ☐ No ☐ Yes	☐ Requires Assistance in
Seizure ☐ No ☐ Yes	☐ Eating ☐ Dressing ☐ Toileting
Movement ☐ Normal ☐ Abnormal	☐ Bed Mobility ☐ Transferring
	☐ Ambulation ☐ Other
Pain ☐ No ☐ Yes Intensity 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Education / Teaching Needs ☐ Pre / Post-op Teaching ☐ Wound Care ☐ Activity ☐ Medication ☐ Infection Control ☐ Other	
Discharge Planning Supportive Care	
1. Do you live alone ☐ Yes ☐ No live with	2. Discharge Planning Needs
	☐ Medication
	☐ Environment & Economic
	☐ Treatment
	☐ Health
	☐ Outpatient Referral
	☐ Diet
Assessment Initiated by RN : Date Time	

ผู้ประเมิน
คณะกรรมการ
เวชระเบียนทางการแพทย์พยาบาล
การประเมิน
ควรปรับให้มีการประเมินระบบ
สำคัญ และ
มี Focus ประเด็นสำคัญ



รูปแบบ Short Stay

1st Draft

SHORT STAY NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

AN HN WARD
Name Age
Sex Occupation Religion
Admission Date Time Source of Information ☐ Patient ☐ Other
Emergency Notify Phone
Arrived by ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher

Diagnosis
Chief Complaint
Present illness
Past illness
Do you have any allergies
Culture/Spiritual
Are there any religious beliefs
Is there any way the hospital can help
Mental status ☐ Alert ☐
Smoking ☐ No ☐ Yes
Drugs ☐ No ☐ Yes
Nutrition ☐ NPO ☐ Ordinary diet ☐ Soft diet

Physical Assessment

Cardiovascular : Pulse Rhythm ☐ Regular ☐ Irregular
Peripheral ☐ Present ☐ Absent (Location)
Pulmonary : Rhythm/Depth ☐ Regular ☐ Irregular
Rate ☐ Normal ☐ Tachypnea
☐ Bradypnea ☐ Apnea

Edema ☐ Normal ☐ Impaired ☐ RI ☐ LI
Neurosensory : Vision ☐ Normal ☐ Impaired ☐ RI ☐ LI
Hearing ☐ Normal ☐ Impaired ☐ RI ☐ LI
Speech ☐ Normal ☐ Impaired ☐ Device
Musculo-Skeletal : ☐ Strong ☐ Weak ☐ Stiff ☐ Tender ☐ Other
Joint ☐ WNL ☐ Swollen ☐ No ☐ Yes
Paralysis ☐ No ☐ Yes
Seizure ☐ No ☐ Yes
Movement ☐ Normal ☐ Abnormal

Mobility
Activity / Function
☐ Independent
☐ Requires Assistance in
Eating ☐ Dressing ☐ Toileting
Bed Mobility ☐ Transferring
Ambulation ☐ Other

Pain ☐ No ☐ Yes Intensity 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L H

Education / Teaching Needs ☐ Pre / Post-op Teaching ☐ Wound Care ☐ Activity ☐ Medication ☐ Infection Control ☐ Other

Discharge Planning Supportive Care
1. Do you live alone
☐ Yes
☐ No

Nursing Considerations



2nd Draft

(Draft)

SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Ward H.N. A.N.
Name Age
PRINT NAME LABEL
Diagnosis

Time Mode of Arrival: ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher ☐ Other
HR / min
BP mmHg
Chief Complaint
Allergies Reactions

Skin : ☐ Pale ☐ Warm ☐ Cool ☐ Dry ☐ Moist
☐ Cyanotic ☐ Jaundiced

Occupation Religion
Information provided by: ☐ Patient ☐ Other
Emergency Notify Phone

Level of consciousness : ☐ Alert, awake and oriented ☐ Calm ☐ Comatose ☐ Lethargic ☐ Combative ☐ Apprehensive ☐ Crying

Emotional status : ☐ Denature : ☐ No ☐ Yes
Glasses/Contacts : ☐ No ☐ Yes
Hearing aids : ☐ No ☐ Yes

Nutrition : ☐ NPO ☐ Ordinary diet
☐ Liquid / Soft diet ☐ Special diet

Remark

Nursing Care Considerations

Reconcile Medications

Pain : ☐ No ☐ Yes
Pain Intensity :
0 No pain 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible pain

Teaching Needs : ☐ Pre / Post-op Teaching ☐ Activity ☐ Wound Care ☐ Infection Control ☐ Medication ☐ Other

Discharge Planning Needs : ☐ No ☐ Yes
Assessment Initiated by RN :
Date Time

Medication Reconciliations

ประเมินแบบบันทึกโดยพยาบาลหน้างาน

2nd Draft

ผู้ประเมิน
พยาบาลระดับปฏิบัติการ
จากหอผู้ป่วยนาร่อง

การประเมิน
ควรเพิ่มเนื้อที่ในส่วน
Medication Reconcile

(Draft)

SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Admission Date Time

Vital signs :
Temp °C HR / min
Resp / min BP mmHg

Mode of Arrival: ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher ☐ Other

Chief Complaint

Allergies Reactions

Color :
☐ Normal ☐ Pale
☐ Cyanotic ☐ Jaundiced

Skin :
☐ Warm ☐ Cool
☐ Dry ☐ Moist

Occupation Religion

Information provided by: ☐ Patient ☐ Other

Emergency Notify Phone

Level of consciousness :
☐ Alert, awake and oriented
☐ Lethargic
☐ Stuporous
☐ Comatose

Emotional status :
☐ Calm
☐ Combative
☐ Apprehensive
☐ Crying

Denture : ☐ No ☐ Yes

Glasses/Contacts : ☐ No ☐ Yes

Hearing aids : ☐ No ☐ Yes

Nutrition : ☐ NPO ☐ Ordinary diet
☐ Liquid / Soft diet ☐ Special diet

Remark

Nursing Care Considerations

Reconcile Medications:

Pain : ☐ No ☐ Yes

Pain Intensity :
0 No pain 1 Mild pain 2 Moderate pain 3 Severe pain 4 Very severe pain 5 Worst possible pain
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain Moderate pain Worst possible pain

Information/ Teaching Needs :
☐ Pre / Post - op Teaching ☐ Activity ☐ Wound Care
☐ Infection Control ☐ Medication ☐ Other

Discharge Planning Needs :
☐ No ☐ Yes

Assessment Initiated by
RN :
Date Time

3rd Draft

[illegible]

**การประเมิน
สามารถนำไปใช้ได้
ควรมีคู่มือประกอบ
การใช้แบบบันทึก**

วิเคราะห์แบบบันทึกที่ใช้อยู่

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

แรกรับ

วางแผน

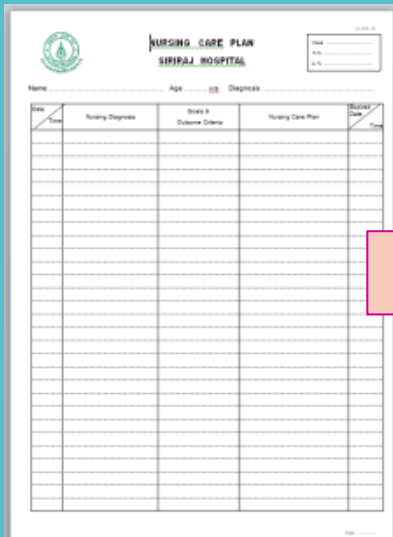
ให้การดูแลรักษา

จำหน่าย

ให้ข้อมูล & Discharge Planning

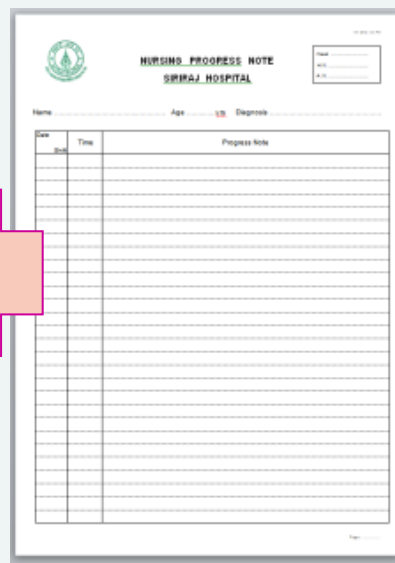
แนวคิดออกแบบบันทึก Focus Note

Nursing Care Plan (Long Stay)

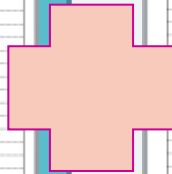


The form is titled "NURSING CARE PLAN" and "SIRIRAJ HOSPITAL". It includes fields for Patient Name, Age, Sex, and Diagnosis. The main body is a table with columns for "Nursing Diagnosis", "Goals & Outcome Objectives", "Nursing Care Plan", and "Date".

Nursing Progress Note (Long Stay)

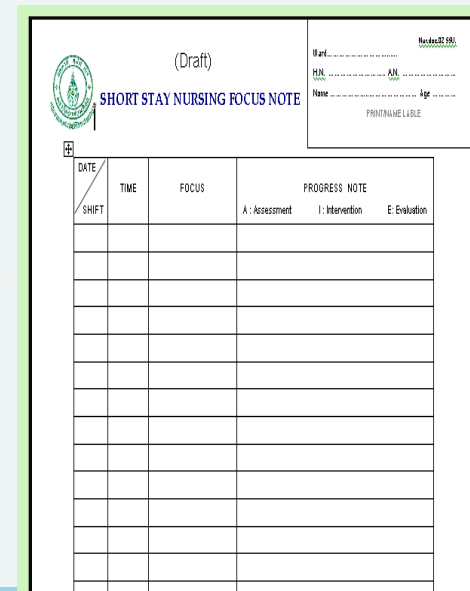
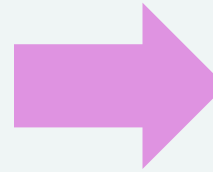


The form is titled "NURSING PROGRESS NOTE" and "SIRIRAJ HOSPITAL". It includes fields for Patient Name, Age, Sex, and Diagnosis. The main body is a table with columns for "Date", "Time", and "Progress Note".



Focus Note (short Stay)

มุ่งแสดงการประเมิน (A) ประเด็นสำคัญ ปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย หรือ การดูแลที่สำคัญ (focus) รวมทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (I) และการตอบสนองของผู้ป่วย (E) Human response ในขณะที่ให้การดูแล



The form is titled "SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE" and "SIRIRAJ HOSPITAL". It includes fields for Patient Name, Age, Sex, and Diagnosis. The main body is a table with columns for "DATE", "TIME", "FOCUS", and "PROGRESS NOTE". The "PROGRESS NOTE" column is further divided into "A: Assessment", "I: Intervention", and "E: Evaluation".





NURSING PROGRESS NOTE

SIRIRAJ HOSPITAL

Ward

H.N.

A.N.

Name Age yrs Diagnosis

Date	Time	Progress Note
Shift		



(Draft)

SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE

Nur.doc.02.S9J

Ward

H.N. A.N.

Name Age

PRINT NAME LABEL



NURSING CARE PLAN

SIRIRAJ HOSPITAL

Name Age yrs Diagnosis

Date	Time	Nursing Diagnosis	Goals & Outcome Criteria



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

แบบบันทึกหลัก Short Stay (นำร่อง)

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย

แรกรับ

A detailed nursing assessment form for short stay patients. It includes sections for patient information, vital signs, physical assessment (head, neck, chest, abdomen, extremities, neuro), and a nursing care plan. The form is marked as a draft.

NR.DOC 01 SSU

วางแผน & ให้การดูแลรักษา

A focus note form for short stay patients. It includes a table for recording patient status (A, I, E) and a section for nursing interventions. The form is marked as a draft.

NR.DOC 03 FC

A progress note form for short stay patients. It includes a table for recording patient status (A, I, E) and a section for nursing interventions. The form is marked as a draft.

NR.DOC 04

A discharge planning form for short stay patients. It includes a table for recording patient status (A, I, E) and a section for nursing interventions. The form is marked as a draft.

NR.DOC 05

จำหน่าย

A nursing discharge summary form for short stay patients. It includes a table for recording patient status (A, I, E) and a section for nursing interventions. The form is marked as a draft.

NR.DOC 06

ให้ข้อมูล & Discharge Planning

จัดทำแนวทางการใช้แบบบันทึก

(Draft)



Ward Nur.doc. 01 88U

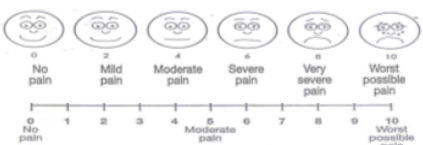
H.N. A.N.

Name Age

PRINT NAME LABEL

Diagnosis

SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Admission Date Time		Mode of Arrival: ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher ☐ Other	
Vital signs : Temp °C HR / min Resp / min BP mmHg		Chief Complaint	
Allergies		Reactions	
Color : ☐ Normal ☐ Pale ☐ Cyanotic ☐ Jaundiced	Skin : ☐ Warm ☐ Cool ☐ Dry ☐ Moist	Occupation	Religion
Level of consciousness : ☐ Alert, awake and oriented ☐ Lethargic ☐ Stuporous ☐ Comatose		Emotional status : ☐ Calm ☐ Combative ☐ Apprehensive ☐ Crying	
Denture : ☐ No ☐ Yes Glasses/Contacts : ☐ No ☐ Yes Hearing aids : ☐ No ☐ Yes		Nutrition : ☐ NPO ☐ Ordinary diet ☐ Liquid / Soft diet ☐ Special diet	
Remark			
Nursing Care Considerations :		Reconcile Medications :	
Pain : ☐ No ☐ Yes Pain Intensity : 			
Information/ Teaching Needs : ☐ Pre / Post - op Teaching ☐ Activity ☐ Wound Care ☐ Infection Control ☐ Medication ☐ Other		Discharge Planning Needs : ☐ No ☐ Yes	
Assessment Initiated by RN :		Date Time	

(ร่าง)

Short Stay Nursing Assessment Form (Nur.doc.01 88U.)

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง

ลักษณะแบบบันทึก

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Short Stay Nursing Assessment Form) เป็นแบบรวมข้อมูลที่ได้จากการซักถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้มาส่งโรงพยาบาล รวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่มีกับบันทึกไว้ก่อนหน้า เช่น OPD card หนังสือส่งตัวเพื่อรับการรักษาคือเป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลจำเป็นในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้

ใช้สำหรับผู้ป่วยและกลุ่มผู้ป่วยเอกซิมไว้สังเกตอาการ ที่คาดว่าจะรับไว้ในโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อการสังเกตอาการทางชีววิถีอันเฉพาะทาง หรือการดูแลภาวะระยะสั้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะ, ผู้ป่วยต้องพักฟื้นเพื่อรักษาโรค, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยหลังคลอด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นต้น

วิธีการบันทึก

เดิมข้อความลงในช่องว่าง เพื่อใช้เครื่องหมาย “✓” ลงใน “□” หากข้อความที่ประเมินได้ดังนี้

Ward : บันทึกชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

H.N. : บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยนอก

A.N. : บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

Name : บันทึกคำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล ได้แก่ ด.ช. ด.ญ. นาย นาง น.ส. ร.น.ท. พะ.ก.ส. ฯลฯ พร้อมระบุชื่อ ชื่อสกุล

Age : บันทึกอายุเป็นปี

Diagnosis : บันทึกการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

Admission Date : บันทึกวันที่ เดือน ปี ที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Time : บันทึกเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

Vital signs : บันทึกสัญญาณชีพ

Temp. (Temperature)	อุณหภูมิร่างกายเป็นองศาเซลเซียส
HR (Heart rate)	อัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ยหรือเป็นจำนวนครั้งต่อนาที
Resp. (Respiratory Rate)	อัตราการหายใจเป็นจำนวนครั้งต่อนาที
BP (Blood Pressure)	ความดันโลหิตขณะเป็นปกติหรือขณะพัก

Mode of Arrival : บันทึกวิธีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย

Walk	เดินมา
Wheel chair	รถนำ
Stretcher	เปลนอน
Other	อื่นๆ ระบุ

Chief complaint : บันทึกเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่ออาการสำคัญที่นำโรงพยาบาล ซึ่งไม่ควรมีเกิน 2 อาการ พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆ เป็นการเขียนสั้นๆ ตามคำบอกของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ควรมีข้อความหมายของข้อมูล

Allergies : บันทึกการแพ้ยา อาหารหรือสิ่งอื่นๆ



SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE

Ward

Nur.doc.02 59J.

H.N. AN

Name	Age
------	-----

PRINTNAME LABEL

[illegible]

วัดสุปประสงค์

เพื่อลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยยังคงคุณภาพการบันทึกผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐาน

ลักษณะแบบบันทึก

Short Stay Nursing Focus Note (แบบบันทึกประเด็นสำคัญทางการพยาบาล) เป็นแบบบันทึกเพื่อรายงานถึงประเด็นสำคัญของการพยาบาล ผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยสำคัญ และจากการมาโรงพยาบาล เพื่อรายงานถึง การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ การตอบสนองของผู้รับบริการ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ช่วยให้ทราบประเด็นสำคัญที่มุ่งให้การดูแลผู้ป่วย

ใส่ในผู้ป่วยที่ประเมินว่าจจะรับไว้ในโรงพยาบาลไม่เกิน 48 ชั่วโมง เพื่อการสังเกตอาการ การตรวจวินิจฉัยเฉียบพลัน
ทาง หรือการดูแลรักษาในระยะสั้น

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยได้ใช้แบบบันทึก Short Stay Nursing Focus Note ไปแล้ว 72 ชั่วโมง แต่มีความจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องมากกว่า 48 ชม. ไม่สามารถใช้แบบบันทึกนี้ต่อไป ควรบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน ได้แก่ แบบบันทึกการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Care Plan : NR.DOC.02) ,แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing Progress Note : NR.DOC.03 IPD)

วิธีการบันทึก

Focus : มีทั้งที่ประเมินได้และข้อสงสัยอยู่ เช่น ข้อวินิจฉัยทางกายพยาบาล (Nursing diagnosis) หรือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Collaborative problem) หรืออาการ (sign) หรือสิ่งแสดงอาการ (symptom) ที่สอดคล้องกับการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาทั้งนี้ ข้อวินิจฉัยและแผนการดูแลรักษาของแพทย์ หรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสักอย่างมีอยู่ เป็นต้น

Progress Note : บันทึกโดยใช้นั้ก A-I-E

A : Assessment (การประเมินสภาพ) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจพบ การสังเกต และการบอกกล่าวจากผู้ป่วย และญาติ

๒.๓ Intervention (การปฏิบัติการพยาบาล) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาล ที่สามารถปฏิบัติได้สามมิติและทั้งที่ทางกฎหมาย โดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาระงับแพทย์ เช่น การยึดอายุปฏิชีวนะ เป็นต้น

E : Evaluation (การประเมินการตอบสนองของผู้นับบริการที่มีต่อการปฏิบัติพยาบาล) เป็นกระบวนการที่พิจารณาผลได้ว่า ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพและเกิดปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้นับบริการดีหรือไม่อย่างไร ผู้นับบริการได้ทราบผลและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงได้กับคุณภาพพยาบาลดีหรือไม่ อย่างไร และช่วยให้ผู้นับบริการเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้นับบริการแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนให้การพยาบาลจนถึงให้การพยาบาลเสร็จสิ้นในแต่ละราย เพื่อการติดตามแก้ไขหากยังขาดข้อดี และหากมีข้อใช้การตรวจสอบเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานพยาบาลต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ ยังได้บันทึกข้อมูลสำคัญอื่นที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา และการประสานบริการในทีมสุขภาพ เพื่อให้
เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จัดทำตัวอย่างบันทึก Focus charting

Definitions:

Focus Charting - is a method for organizing health information in the individual's record. It is a systematic approach to documentation, using nursing terminology to describe individual's health status and nursing action.

Focus

- a key word or diagnostic category from a **nursing diagnosis or collaborative problem** on the plan of care (action plan),
i.e. skin integrity, coping, activity tolerance, self care deficit
- a **current individual concern or behavior**,
i.e. nausea, chest pain, pre-op teaching, hospital admission
- a **sign or symptom of (possible) importance to the nursing and/or medical diagnosis or treatment plan**,
i.e. fever, constipation, hypertension, incontinence, lethargy
- an **acute change in an individual's condition**,
i.e. respiratory distress, seizure, fever, discomfort
- a **significant event in an individual's care**,
i.e. begin treatment regimen (oxygen), change in diet, catheterization
- a **key word or phrase indicating compliance with a standard of care or agency policy**,
i.e. self medication teaching plan, transition

Components of a Focus Note

- Data:
(Assessment: A) Subjective and/or objective information supporting the stated focus or describing observations at the time of significant events.
- Action:
(Intervention: I) Nursing interventions performed, planned to be performed, and/or protocols and procedures initiated.
- Response:
(Evaluation : E) Description of individual's response to medical and/or nursing care. Statement that the Action Plan of Care outcomes have been attained or are progressing toward attainment.

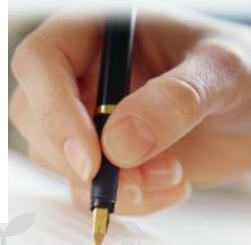


ตัวอย่างการบันทึก

SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE

Ward.....
H.N. A.N.
Name Age
PRINTNAME LABEL

DATE	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE
SHIFT			A : Assessment I : Intervention E : Evaluation
17 Feb 51	8 น.	ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น (Knowledge deficit R/T diagnosis)	A : ผู้ป่วยถามว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่เป็นอย่างไร I : - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของโรคที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว แนวทางและวิธีการดูแลรักษา - มอบข้อชี้แจงต่างๆ ของผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามี ข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถสอบถามพยาบาลได้ทันที E : ผู้ป่วยบอกว่ามีความเข้าใจมากขึ้น
	8.20 น.		
	10.00 น.	เลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ (Abnormal vaginal bleeding)	A : ผู้ป่วยบอกว่า วันนี้เริ่มมีประจำเดือน แต่รู้สึกว่าประจำเดือนออกมาก ผิดปกติ I : - ประเมินปริมาณเลือดที่ออกพบเป็นสีแดงเข้มข้างต ปน clot ผู้ป่วยบอกว่าเลือดออกก่อนวันมีประจำเดือนไป 2 วัน ในเวลา 1 ชั่วโมงที่ผ่านมา) - วัด vital signs : BP 114/70 mmHg HR 98/min RR 20 - ตรวจร่างกาย นพ. พบพบ แพทย์สั่งการรักษาทันทีในที่สุดดังนี้ (แพทย์บอกว่าจะตามมาดูอาการผู้ป่วยที่ห้องผู้ป่วย) E : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองมีอาการดีขึ้น
	10.10 น.		
	10.15 น.		A : พบ peripheral line ด้วย IV catheter No. 22 * เก็บ Blood for CBC, Elyte, Hot * start NSS 1,000 ml v 100 ml/hr - แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตปริมาณ และสีของเลือดที่ออก E : ผู้ป่วยสามารถบอกปริมาณและสีของเลือดที่ออกได้ถูกต้อง
	11.00 น.		
	11.00 น.	วิตกกังวล (Anxiety)	A : ผู้ป่วยบอกว่า "เลือดออกมากน่ากลัวจัง" I : - เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก รับฟังข้อสงสัยที่ตนเองเข้าใจ - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทราบว่ามีพยาบาลที่คอยช่วยเหลืออยู่ รวมทั้งมีบริการปรึกษาของแพทย์ แผนกให้การดูแลการพยาบาลเพื่อให้ และพยาบาลจะสังเกตภาวะวิตกกังวลจากอาการอย่างไร - อำนวยความสะดวกให้ญาติ (แม่และพี่สาว) เข้าเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจ E : ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลายลงเมื่อพูดคุยกับญาติ เมื่อสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยตอบว่า "รู้สึกสบายใจขึ้น ใจวางลง" เต็มใจ RN.
	12.00 น.		
	13.00 น.		



ทดลองใช้แบบบันทึกฯ

หอผู้ป่วยนำร่อง RSU	งานการพยาบาล
1. 84/9 ตะวันตก	จักษุฯ
2. ปาวา 2	ผู้ป่วยนอก
3. 84/8 ตะวันตก	ผู้ป่วยพิเศษ
4. 72 ปี ชั้น 9 ตะวันตก	รังสีวิทยา
5. อุบัติเหตุ 3 สามัญ	ศัลยศาสตร์ฯ
6. พระศรี 8/1 (สูติ)	สูติศาสตร์ฯ
7. พระศรี 12/1 (นรีเวช)	
8. 72/5 ตะวันออก	ศุนย์โรคหัวใจ

(22 พย. 51 – 31 มค. 52)



ประเมินผล

“สะดวก ใช้เวลาน้อยลง
เขียนได้กระชับ สะท้อนผลการปฏิบัติ
ทางการพยาบาลได้ดีขึ้น”



“ช่วยให้มองในมุมที่สำคัญ
และบันทึกประเด็นสำคัญได้
ชัดเจนขึ้น”



ประเมินผล (ต่อ)

การเขียนประเด็นสำคัญในส่วน
Focus ไม่แน่ใจว่าถูกต้อง
หรือไม่ อยากขอความรู้ในการ
บันทึก ขอคู่มือหรือตัวอย่างใน
การบันทึกแบบ focus charting
จะช่วยให้สามารถได้แนวคิดใน
การเขียนได้ดีขึ้น"



ประเมินผล (ต่อ)

แบบสอบถามความคิดเห็น

การใช้แบบบันทึกผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Short Stay)

ฝ่ายการพยาบาลฯ ได้ดำเนินการทดลองใช้แบบบันทึกในกลุ่มผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น (ระยะวันนอนไม่เกิน 72 ชั่วโมง) ในหอผู้ป่วยนำร่อง เพื่อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการบันทึก สอดคล้องกับภาระงาน เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญ แสดงถึงกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

ในการนี้ ขอความกรุณาท่านสละเวลาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึก โดยขอคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ของท่านจะนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงการดำเนินการเพื่อการขยายผลต่อไป

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุงาน ☐ น้อยกว่า 1 ปี ☐ 1 - 2 ปี ☐ 2 - 5 ปี ☐ 5 - 10 ปี
☐ 10 - 15 ปี ☐ 15 - 20 ปี ☐ 20 ปีขึ้นไป
2. งานเฉพาะทางมากที่สุด ☐ จักจุก ☐ ผู้ป่วยพิเศษ ☐ ศัลยศาสตร์ ☐ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ☐ ผู้ป่วยนอก

กรุณากำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับรายการที่ท่าน

ข้อคำถาม	รายการเลือก			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. จากการทดลองใช้แบบบันทึกในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะสั้น (Short stay) ท่านคิดว่าแบบบันทึกนี้.....				
1.1 การบันทึกใช้เวลาเพียง				
1.2 สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กระชับรัด และชัดเจนขึ้น				
1.3 เห็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูล เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้				
2. โดยภาพรวมท่านพอใจในการบันทึกแบบใหม่มากกว่าแบบเดิม				

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาส่งกลับภายในวันอังคารที่ 17 ธ.ค. 2552

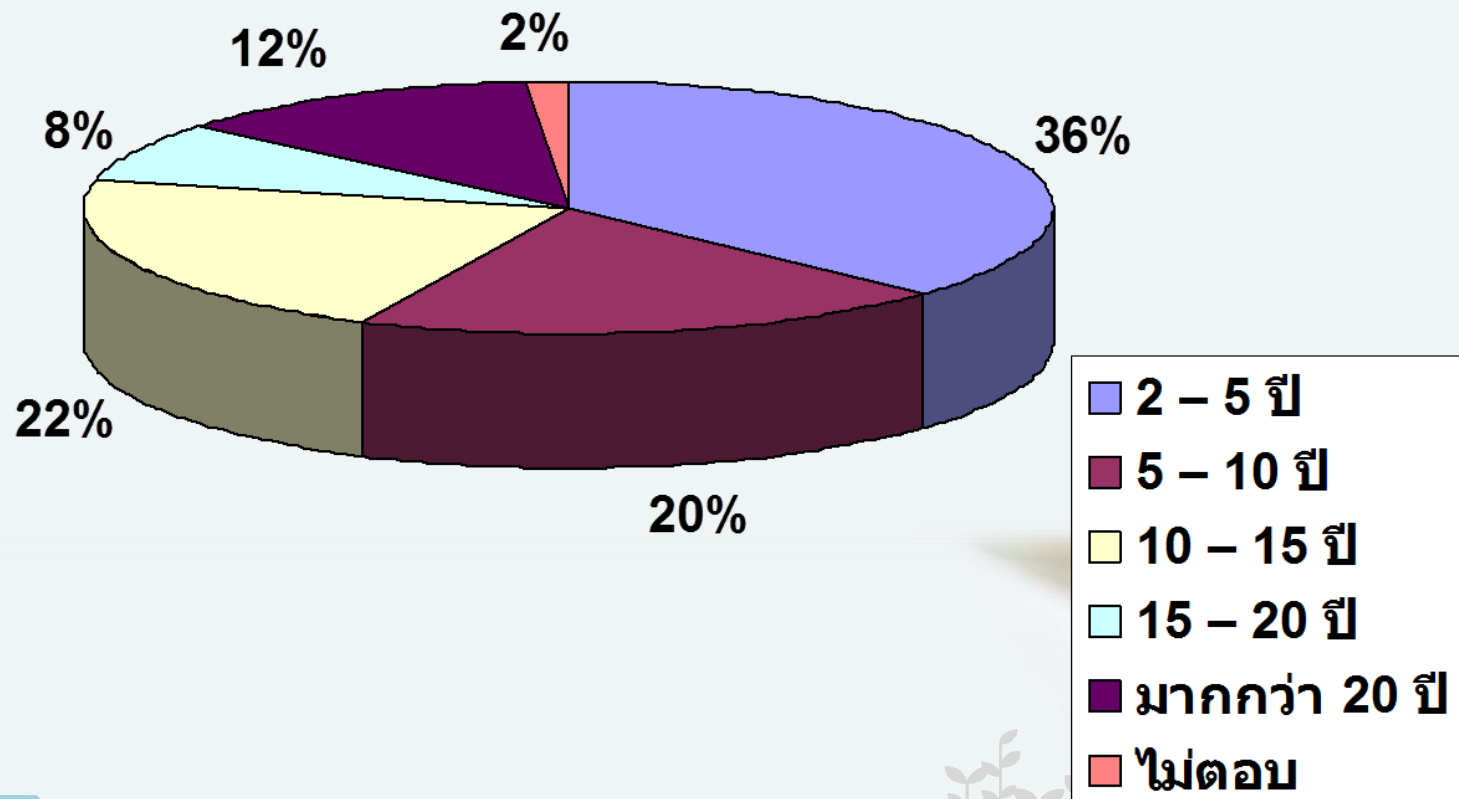
โดยส่งถึงคณะกรรมการเวชระเบียนทางโรงพยาบาลประจำ อาคารพยาบาลของท่าน

แบบสอบถาม 80 ชุด
ได้รับคืน 65 ชุด
คิดเป็นร้อยละ 81.25%

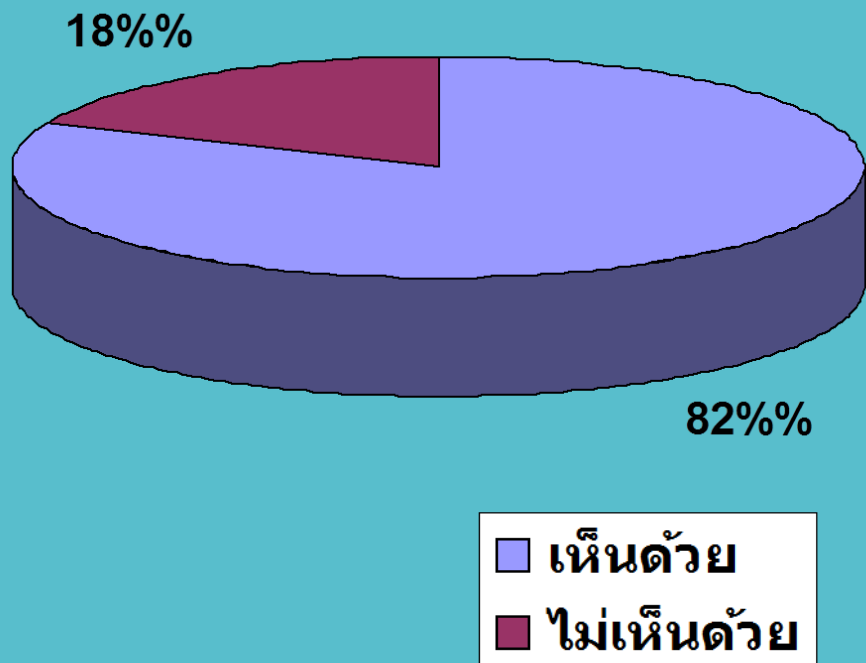


ประเมินผล (ต่อ)

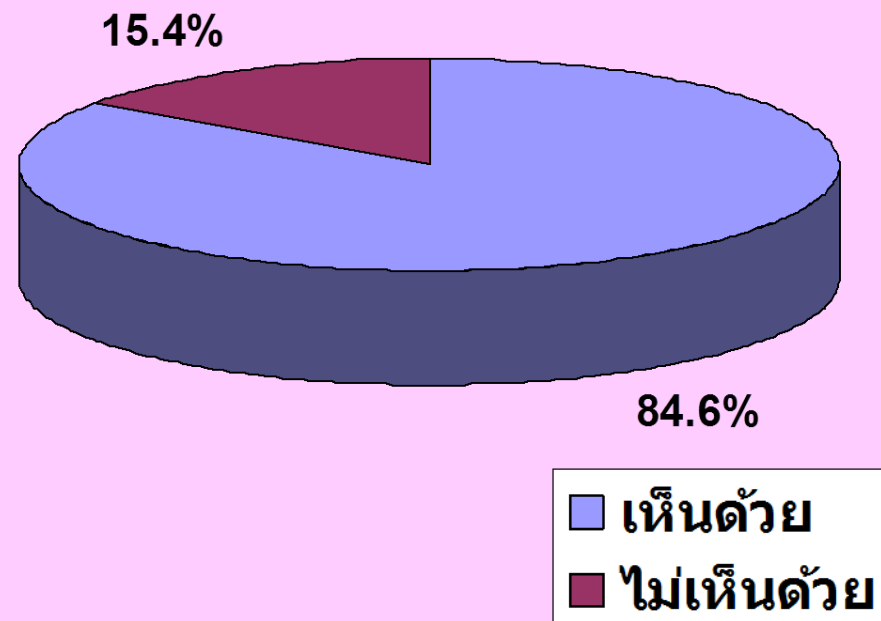
อายุงานของผู้ตอบแบบสอบถาม



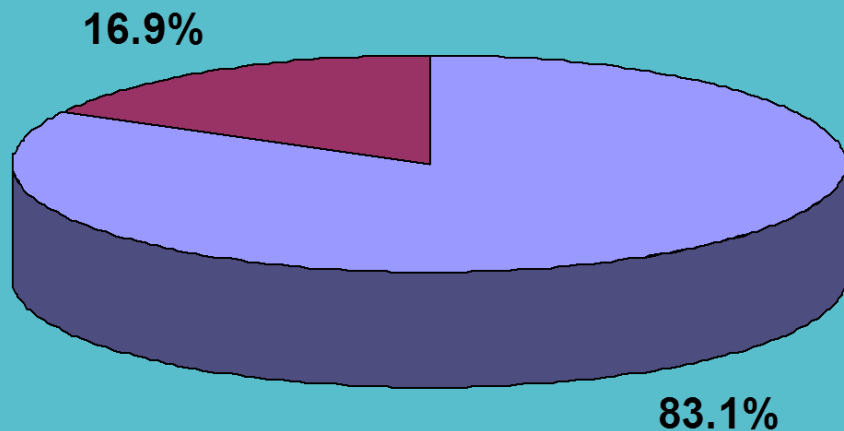
1. การบันทึกใช้ เวลาน้อยลง



2. สามารถบันทึก ข้อมูลสำคัญ ได้กระชับรัด และชัดเจนขึ้น

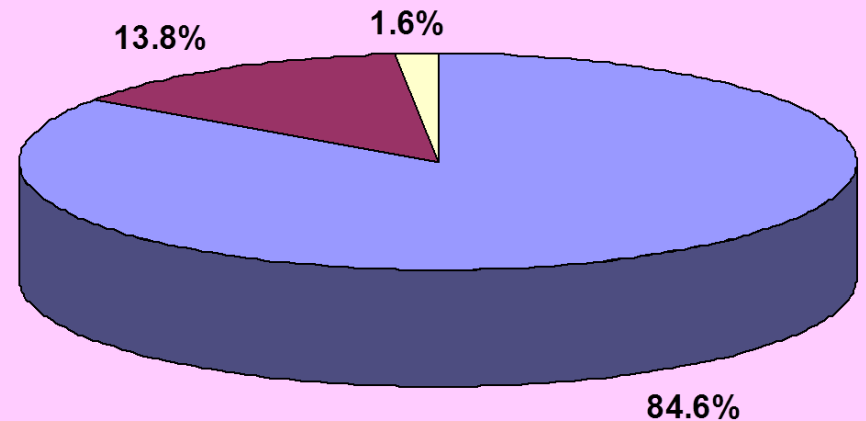


3. เห็นประเด็นสำคัญ ของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูลเพื่อการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้



■ เห็นด้วย
■ ไม่เห็นด้วย

4. โดยภาพรวม ท่านพอใจ การบันทึกแบบใหม่ มากกว่าแบบเดิม



■ เห็นด้วย
■ ไม่เห็นด้วย
■ ไม่ตอบ

การขยายผล

- ขยายผลการใช้แบบบันทึกในกลุ่มผู้ป่วย short stay ทั้งรพ.(ผู้ใหญ่, เด็ก, สูติศาสตร์)
- การจัดทำคู่มือตัวอย่างการบันทึกแบบ Focus charting
- ขยายผลระบบการบันทึกด้วย Focus charting ทั่วทั้งรพ.
(ทั้ง Short Stay & Long Stay)



การขยายผล Short Stay

ขยายผลกลุ่มผู้ป่วย short stay (ผู้ใหญ่, เด็ก, สตรี)

Short Stay เด็ก

Short Stay สตรีศาสตร์


PEDIATRIC SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Ward..... H.N.....
Name.....
Diagnosis.....

Admission Date..... Time..... Chief Complaint.....

Arrived by: ☐ Stretcher ☐ Wheel chair ☐ Walk ☐ Other.....

Vital signs:
Temp.....°C HR...../min
Resp...../min BP.....mmHg G6PD: ☐ Normal ☐ Deficiency

Color: ☐ Normal ☐ Warm ☐ Pale ☐ Cool ☐ Cyanotic ☐ Dry ☐ Jaundiced ☐ Moist

Level of Consciousness: ☐ Alert, awake and oriented ☐ Calm ☐ Lethargic ☐ Combative ☐ Stuporous ☐ Apprehensive ☐ Comatose ☐ Crying

Religion..... Information provided by: ☐ Patient ☐ Other.....
Emergency Notify.....Phone.....
Developmental: ☐ Not Appropriate ☐ Not Applicable

Prosthesis: Oral: ☐ No ☐ Yes Eye: ☐ No ☐ Yes Other: ☐ No ☐ Yes

Nutrition: ☐ NPO ☐ BF ☐ Special diet.....

Past Illness: ☐ No significant history ☐ Arthritis ☐ Cancer ☐ Cardiovascular disease ☐ Diabetes Mellitus ☐ Kidney disease ☐ Genetic... ☐ Psychiatric disease ☐ Pulmonary disease ☐ Seizure disorder ☐ Other.....

Remark.....

Nursing Care Considerations.....

Reconcile Medications.....

Remark: Hold medication ☐ No ☐ Yes

Pain: ☐ No ☐ Yes.....
Pain Intensity: ☐ NRS..... ☐ FACES.....
☐ CHEOPS..... ☐ VAS.....
Discharge Planning Needs: ☐ No ☐ Yes

Information / Teaching / Learning Needs: ☐ Pre / Post - Op. Teaching ☐ Activity ☐ Wound Care ☐ Infection control ☐ Family Planning ☐ Other.....
Medication.....

Assessment Initiated by RN..... Date..... Time.....


OBSTETRICS SHORT-STAY NURSING ASSESSMENT FORM

Ward..... H.N.....
Name.....
Diagnosis.....

Admission Date..... Time..... Arrived By: ☐ Walk ☐ Wheel chair ☐ Stretcher ☐ Other.....

Vital signs: Temp.....°C Weight Change: ☐ Unknown ☐ Yes ☐ Loss ☐ Gain
HR...../min Resp...../min BP.....mmHg

G.....P.....A.....LMP.....EDD.....
GA.....wks by ☐ Date ☐ US
Tobacco: ☐ No ☐ Yes Amount.....
Alcohol: ☐ No ☐ Yes Amount.....
Drug / Substance: ☐ No ☐ Yes Amount.....

Chief Complaint.....
Allergies..... Reactions.....
Occupation..... Religion..... Family Income.....
Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced/Separated ☐ Widowed
Information provided by: ☐ Patient ☐ Other.....
Emergency Notify.....Phone.....
Nutrition: ☐ NPO ☐ Ordinary diet ☐ Liquid / Soft diet ☐ Special diet.....

Color: ☐ Normal ☐ Pale ☐ Alert, awake and oriented ☐ Lethargic ☐ Cyanotic ☐ Jaundiced ☐ Stuporous ☐ Comatose

Past Illness: ☐ No ☐ Yes.....
ANC: ☐ No (Please fill in the next page) ☐ Yes
Psychosocial Problem: ☐ No ☐ Yes.....

Abdominal Examination: ☐ No ☐ Yes
Fundal Height..... FHR...../min
Lie: ☐ Longitudinal ☐ Transverse ☐ Oblique ☐ Undetermined
Position: ☐ OL ☐ OR ☐ SL ☐ SR ☐ Undetermined

Presentation: ☐ Vertex ☐ Breech ☐ Shoulder ☐ Undetermined
Engagement: ☐ No ☐ Yes

Nursing Care Considerations.....

Reconcile Medications.....

Remark: Hold medication ☐ No ☐ Yes

Pain: ☐ No ☐ Yes.....
Pain Intensity.....
Discharge Planning Needs: ☐ No ☐ Yes

Information/Teaching/Learning Needs: ☐ Parturition ☐ Activity ☐ Pre / Post-op Teaching ☐ Wound Care ☐ Medication ☐ Infection control ☐ Family Planning ☐ Other.....

Assessment Initiated by RN..... Date..... Time.....

Obstetric History: ☐ See Prenatal Record

Past OB. Hx.	Year	Place	Mode	GA	Weight	Sex	Outcome	Complication
1 st Pregnancy								
2 nd Pregnancy								
3 rd Pregnancy								
4 th Pregnancy								
5 th Pregnancy								

Family History: ☐ No ☐ Yes.....
Complication during pregnancy: ☐ No ☐ Yes.....
Reconcile Medications (Continue).....

ขยายผล Focus charting ทั้งองค์กร

พ.ศ. 2553

- ขยายผลการใช้ Focus charting ทั่วทั้งองค์กร ทั้งในผู้ป่วย Short Stay, Long Stay และ หน่วยเฉพาะทาง (ER, OPD, OR, etc)
- ยกเลิกการใช้ Nursing Care Plan (Nur doc 02)
- ยกเลิกแบบบันทึก Nursing Progress Note เป็น Focus Note
- ยกเลิกการบันทึกแบบ Narrative เป็น Focus Charting



วิเคราะห์การขยายผล Focus charting

[illegible]

ออกแบบ & พัฒนา แบบฯ Focus List

Page

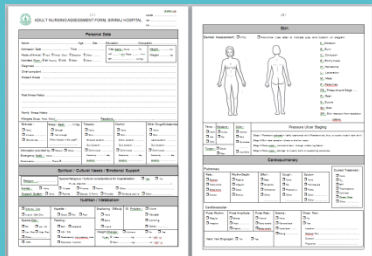


การขยายผล Focus charting ทั้งองค์กร

แรกรับ

วางแผน & ให้การดูแลรักษา

จำหน่าย



NR.DOC 02 FL

NR.DOC 03 FC

NR.DOC 04

NR.DOC 05

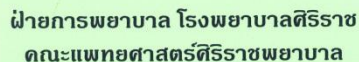
NR.DOC 06

NR.DOC 01

ให้ข้อมูล & Discharge Planning

จัดทำคู่มือ Focus charting

Focus charting



3

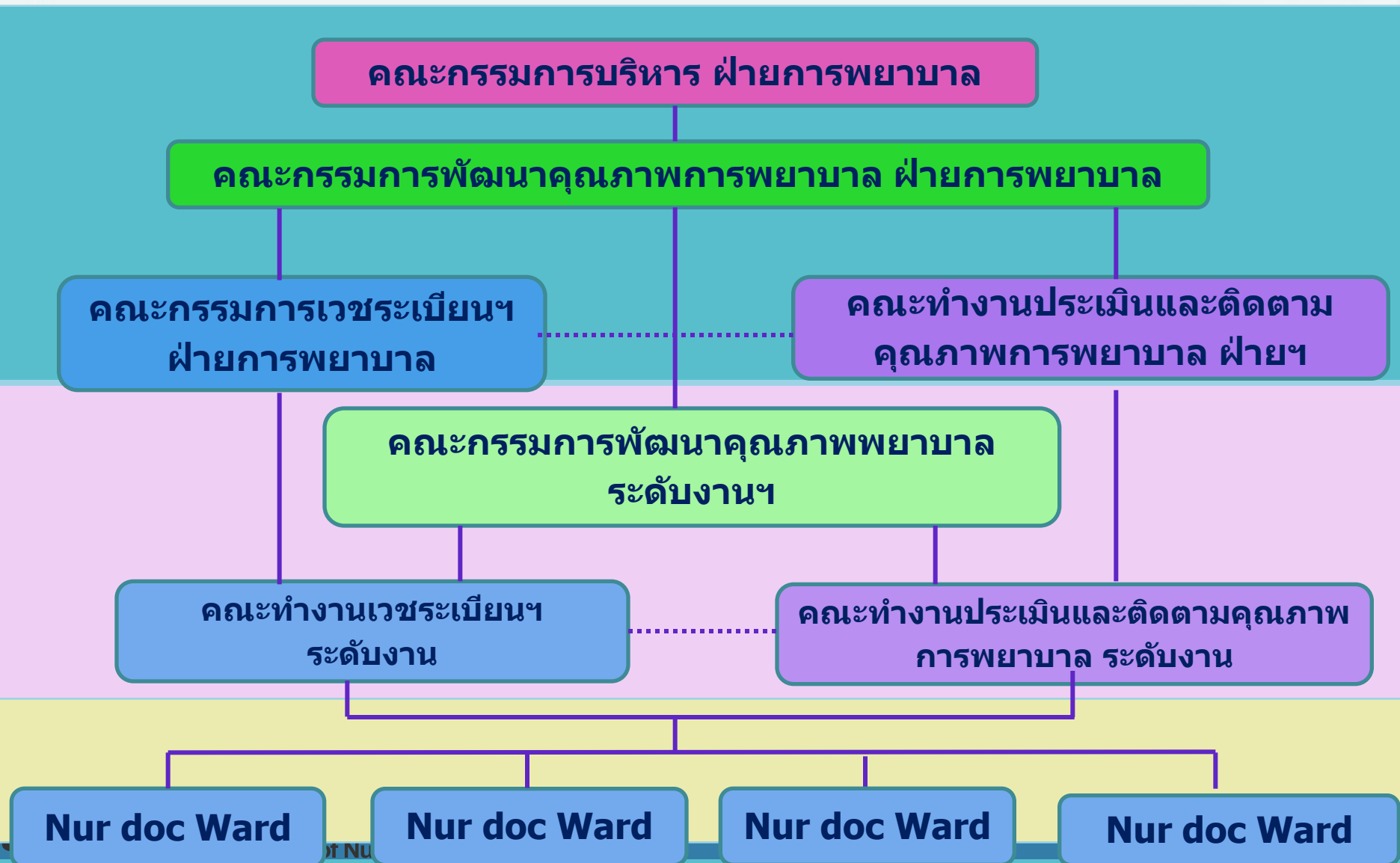
20

ฝึกอบรมให้ความรู้ Focus charting

วันที่	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน
10 – 11 มค 56	Nur Doc Ward & RN	200
24 – 25 มค 56	RN	200
25 มีย 56	Supervisor & Head	180
16 กค 56	RN	300
8 สค 56	RN	300
20 กย 56	ICU	63
17 ธค 56	กรรมการ Nur doc ฝ่ายฯ ทีม Doc งานฯ APN Head & Supervisor	120



เชื่อมโยง ทีมนำ ทีมทำ และทีมตาม



รายงานความก้าวหน้าด้วย Executive Summary

รายงานความคืบหน้าการดำเนินการ (Executive Summary) งานการพยาบาลอาชญากรรม

วันที่รายงาน	9 กรกฎาคม 2557
เรื่อง	การบันทึกด้วย Focus charting
ช่วงเวลาการดำเนินการ	1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2557
ผู้รับผิดชอบ	1. น.ส. วิชยาภรณ์ รุ่งสว่าง ผู้ตรวจงานการพยาบาลอาชญากรรม 2. นางอรอนันต์ ดำรงวัฒนกุล ผู้ตรวจงานการพยาบาลอาชญากรรม 3. น.ส. นฤมล นิธิบุญพงศ์ นานวัน หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช 111 4. น.ส. สิริรัตน์ เปรมประวีร์ กรรมการกระบวนงานการพยาบาล 5. น.ส. ปณิศา นาคชัย QA งานฯ 6. หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจงานการพยาบาลอาชญากรรม
การดำเนินการ	1. หัวหน้าหอผู้ป่วยตรวจ nursing document ทุกวัน และตรวจ audit nursing document เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย 2. ผู้ตรวจงานการพยาบาลอาชญากรรม ตรวจเยี่ยมการเขียน nursing document พร้อมให้ข้อเสนอแนะได้ภายใน 2 วัน ทุกเดือน 3. วิเคราะห์ผลการสำรวจจากบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ติดธงการรักษานานกว่าบันทึกประเด็นการประเมินและการจัดการทางด้านจิตใจน้อยกว่าการปฏิบัติ ต่อมาพบว่ามีผู้ป่วยหนัก ใช้เวลาในการให้การพยาบาลนานกว่าที่บันทึกไว้โดยสิ้นเชิง ไม่ปรับปรุงแก้ไขโดยการบันทึกขึ้นเป็นงานประจำวัน คือ 7.00-8.00 น. ผู้ที่อยู่เวรเวรเช้าไม่ได้อ่านรับร่วมกับหอผู้ป่วยแต่เดิน round ผู้ป่วยในหน่วยงานโดยไม่ทราบประเด็นด้าน Psycho-social ให้มีความช่วยเหลือเบื้องต้นและสื่อสารกับบุคลากรในทีมดูแล หากพบผู้ป่วยที่จำเป็นจึงขอได้รับการปรึกษาให้ส่งปรึกษาโครงการดูแลจิตเวช 4. หอผู้ป่วยไอชียุอาชญากรรมจัดทำโครงการ การเพิ่มศักยภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ Focus charting เริ่มโครงการ 10 มี.ค. 57- ก.ย. 57 5. เผยแพร่ ICCU Bristol stool chart การสื่อสารกับชุมชนจะแจ้งรายละเอียดการจัดการอาการที่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคหัวใจ
ผลการดำเนินการ	1. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลไตรมาสที่ 1/ 2557 เพิ่มขึ้น 0.36 % จากไตรมาสที่ 4/ 2556 และอัตราบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ตั้งแต่ 80% ขึ้นไปของไตรมาส ที่ 1/2557 เพิ่มขึ้น 5% จากไตรมาสที่ 4/ 2556 2. โครงการ การเพิ่มศักยภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ Focus charting รส.สอ. ผู้ป่วยไอชียุอาชญากรรม อยู่ในขั้นตอนการดำเนินงาน
แผนการดำเนินการต่อไป	1. อบรมการบันทึกทางการพยาบาลกับบุคลากรสำเร็จการศึกษาปี 2557 (ภายในปี 2557) 2. เตรียมองค์ความรู้ในการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting (ภายในปี 2557)

รายงานความคืบหน้าการดำเนินการ (Executive Summary) งานการพยาบาลจิตเวช

วันที่รายงาน	12 มิถุนายน 2557
เรื่อง	บันทึกทางการพยาบาล ระดับงานการพยาบาล
ช่วงเวลาการดำเนินการ	1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2557
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวกัญญา นิธิวัฒน์, นางอริศรา ชีวชาวนา 2. คณะกรรมการกระบวนงานการพยาบาลงานการพยาบาลจิตเวช โดย น.ส. อธิวิทย์ พญา
การดำเนินการ	1. ประชุมคณะกรรมการกระบวนงานการพยาบาลงานจิตเวช ครั้งที่ 3 ของเดือน เพื่อทำความเข้าใจ เรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล Focus charting รวมทั้งรับทราบปัญหา อุปสรรคและร่วมเสนอแนะแนวทางแก้ไขในการบันทึกทางการพยาบาล 2. ทบทวนการบันทึกกระบวนงานการพยาบาลหอผู้ป่วยระยะ 10 ฉบับ เดือน (short = 5 ฉบับ และ long stay = 5 ฉบับ) 3. ดำเนินการและตรวจสอบการประมวลผลเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลคือ CoP Nursing Document ฐานฯ 4. กรรมการกระบวนงานการพยาบาลงานจิตเวช ร่วมกันหอผู้ป่วยในมาท จัดทำแนวทางในการเขียน Focus charting ตาม Area of excellence: Retinal detachment, CA, Larynx, CA Breast. 5. กรรมการกระบวนงานการพยาบาลงานจิตเวช ร่วมกันหอผู้ป่วยในมาท จัดทำ Focus sheet ที่แสดงประเด็นสำคัญตาม Flow การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคคือ Admit จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ผลการดำเนินการ	ผลการประเมินการบันทึกทางการพยาบาลด้วย Focus charting ไตรมาสที่ 1/2557 (มกราคม - มีนาคม 2557) บรรลุตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี (%)	ไตรมาส		คุณภาพ		เป้าหมาย		รวม	
		Short (%)	Long (%)	Short (%)	Long (%)	Short (%)	Long (%)	Short (%)	Long (%)
เปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	80	92.26	91.85	91.64	90.54	92.39	90.23	92.1	90.87
ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิน 80 %	80	100	100	100	100	100	100	100	100

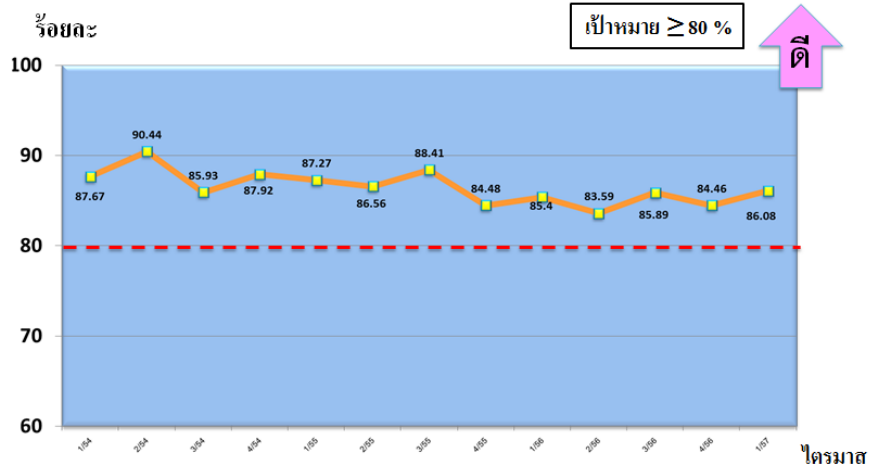
- แผนการดำเนินการต่อไป
- ร่วมกับคณะกรรมการจัดการความรู้ (KM) งานจิตเวช CoP Nursing Document งานจิตเวช "Focus sheet คือ 11 ฉบับ" วันที่ 11 กรกฎาคม 2557 (เดือนจากเดือน 2557 เนื่องจากเดือน 2557)
 - รวบรวมแนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล Focus charting ในกลุ่มโรค Area of Excellence: Retinal detachment, CA, Larynx, CA Breast; สรุปและขยายผลเพื่อใช้ในการพยาบาลงานจิตเวช
 - รวบรวม Focus sheet ตาม Flow การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคในหอผู้ป่วยระยะ 10 สรุปและขยายผลเพื่อใช้ในการพยาบาลงานจิตเวช
 - Document สรุป ตรวจเยี่ยมให้ข้อเสนอแนะในการเขียน nursing document และนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุง CoP document ครั้งที่ 2/2557



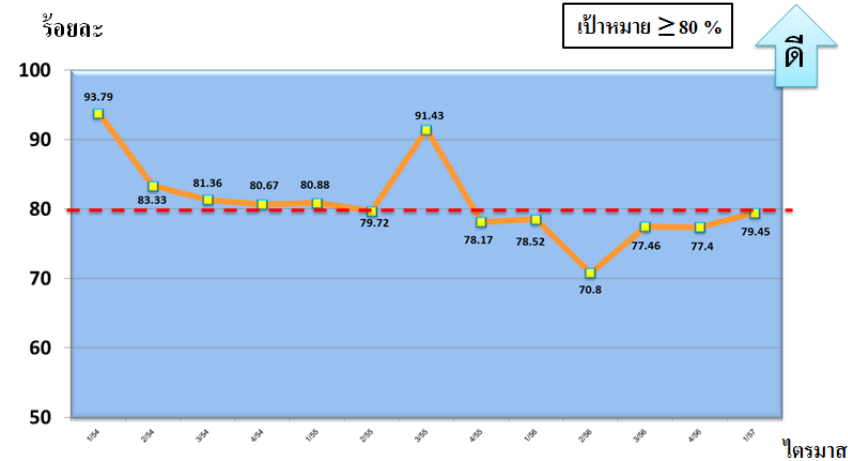
ติดตาม ประเมินผล และรายงาน

รายงานผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล

อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ ปี 2554 - 2557



อัตราบันทึกทางการแพทย์ที่มีความสมบูรณ์ ตั้งแต่ 80% ขึ้นไป ปี 2554 - 2557



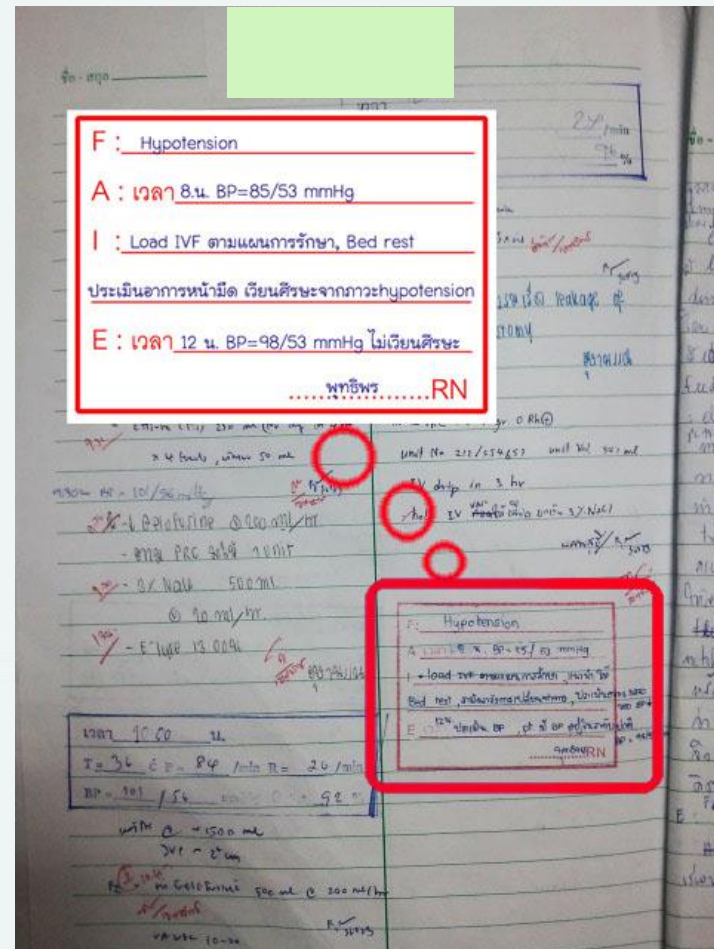
การเรียนรู้การพัฒนาระบบบันทึกฯ

- แนวคิด concept
- กำหนดผู้รับผิดชอบ มีการประสานงานที่ดี
- การทดลองใช้ (นำร่อง)
- การมีส่วนร่วมของผู้ใช้



การเรียนรู้การพัฒนาระบบบันทึกฯ

ปรับให้เข้ากับแบบบันทึกฯ ที่มีอยู่



การเรียนรู้การพัฒนาระบบบันทึก

- ปรับให้เข้ากับแบบบันทึก ที่มีอยู่

PERIOPERATIVE NURSING RECORD
SIRIRAJ HOSPITAL

NAME _____ AGE _____ SEX _____
HN _____ / AN _____

DATE _____
PT RECEIVED FROM : OR, NO. _____
Time In _____
OPERATION : _____
SURGEON : _____
ANESTHETIC TECHNIQUE : _____
ANESTHESIOLOGIST : _____

POSTOPERATIVE NURSING RECORD

TIME	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15
SpO ₂										
BP										
V										
A										
PULSE										
RESP.										

ARRIVAL
None ☐ Oral Airway ☐
Nasal Airway ☐ Endotracheal Tube ☐
No ☐ Yes ☐ L/min _____
Mask ☐ Mask c Reservoir ☐
Tracheostomy ☐
Warm ☐ Cool ☐ Moist ☐ Chill ☐
NO Tube ☐ mL _____
Urethral ☐ mL _____
Suprapubic ☐ mL _____
Uterine ☐ mL _____
Other ☐ mL _____
Penrose ☐ mL _____
T-Tube ☐ mL _____
Chest Tube (S) ☐ mL _____
Sump ☐ mL _____
Hemovac ☐ mL _____
Jackson Pratt ☐ mL _____
Other ☐ mL _____

IN RR.
Time Removed _____

Discharge
None ☐ Yes ☐
Time Removed _____

PR Assessment
✓ = Yes = = No
S = See Notes
IN 30 60 90 %

Secretory Sounds
Dressing Dry and Intact
IV Sites Patent
Warming Blanket
Warming Lights
Pain
Nausea / Vomiting
Position
• Supine ☐ ☐ ☐
• Lateral ☐ ☐ ☐
• Prone ☐ ☐ ☐
• Other ☐ ☐ ☐

REMARKS : _____

Admitting RN _____ **Discharge RN** _____

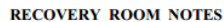
POSTOPERATIVE EVALUATION & NURSING DISCHARGE SUMMARY
Discharge Time : _____
Accompanied by : _____
RESPIRATORY STATUS : ☐ Normal
☐ On ET Tube ☐ Ambu Bag used O₂ _____ L/min
☐ Airway ☐ On Mask ☐ L/min ☐ Other _____
PT TRANSFERRED TO : ☐ WARD ☐ ICU ☐ OR
☐ Other _____

REMARKS : F
A
I
E

Discharge Nurse _____ RN

ON & NURSING DISCHARGE SUMMARY
STATUS : ☐ Normal
Ambu Bag used O₂ _____ L/min
O₂ Mask _____ L/min ☐ Other _____
PT TRANSFERRED TO : ☐ WARD ☐ ICU ☐ OR
☐ Other _____

- ปรับให้เข้ากับแบบบ้านที่กฯ ที่มีอยู่



RECOVERY ROOM NOTES

การเรียนรู้การพัฒนาระบบบันทึก

ปรับให้เข้ากับแบบ

Sex	Ward	Room	Department
ชาย			Home Care

User: ปริญา เพิ่มพิมพ์ พ.ย. Date: 17/4/2552 Time: 13:06:39

เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเวลา 09.30-10.15 น.
เพื่อติดตามผลการจัดการการดูแลผู้ป่วยของมารดา การทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้านพบมารดาบิดาไม่อยู่บ้านออกไปทำงานนอกบ้าน
ผู้ป่วยรู้สึกตัว รูปร่างสูงชันสส. 85 ซม. น้ำหนักตัวประมาณ 10 กก. จากเดิม 9 กก. 100 ml x 8 feeds ทุก 3 ชม. น้ำตา 20 ml ยังจำกัดน้ำไม่เกิน 800 ml. / วัน ตาม
ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองทางปากโดยมารดาดูแลป้อนข้าวต้ม 1 มื้อ ประ
มารดาทำกายภาพให้บริหารแขนและขากระตุ้นการดูดกลืนให้ผู้ป่วย 3 ครั้ง/thn
ไม่มีข้อติด อาการเกร็งลดลง กลางคืนนอนหลับได้ไม่ร้องกวน กลางวันนอนประ
พัฒนาการเข้าจากพยาธิสภาพของโรค มารดาอุ้มพังกินอก ขณะอุ้มผู้ป่วยส
พยาธิสภาพของโรค ผิดกายภาพให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอ มีของเล่นที่มีเสียงดังฝึกกร
ไปบ้านญาติบริเวณใกล้ๆ โดยบิดาอุ้ม ทุกเย็น ประมาณ 1/2 ชม. ตอนนี้สามารถ
ได้ระบายความรู้สึก

สำหรับอาการผู้ป่วยแพทย์บอกว่าต้องใช้เวลาและทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง
แต่ตนเองก็พยายามกายภาพให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอ กระตุ้นและแนะนำการทำกาย
ภาวะ Aspire pneumonia และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้มากกว่า 37.7 องศา
หรือเสียงดังในอก ออกซิเจน 1 LPM ก่อนนำส่งโรงพยาบาล อาการทั่วไปปกติดี
9 มิ.ย. 52 นิต /u กระตุ้นการดูดกลืน
ปกตินัดทุก 2 ครั้ง / 1 สัปดาห์ (จันทร์และอังคาร)

User: กลมกุล จิทธิชัย พ.ย. Date: 17/4/2552 Time: 13:05:03

Marital Status: โสด
Temperature: 36.6
Pulse: 100
Respiration: 40

Subjective Findings

User: ปริญา เพิ่มพิมพ์ พ.ย. Date: 19/1/2555 Time: 11:42:14

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเวลา 10.00-10.30 น.

CASE Acute asthmatic attack poor control หลังจากมาAdmit ที่รพ.เมื่อ ๑๕ ต.ค. 54 ด้วยเรื่อง URI และมีอาการหอบเหนื่อยวันนี้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงเรียน

ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง สีน้าสดชื่น กำลังเรียนหนังสืออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดเปาโรหิตย์ ร่วมกิจกรรมทางโรงเรียนได้ปกติ ขณะ

เยี่ยมไม่มีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยพยายาเองที่บ้านก่อนมาเรียนหนังสือ

F: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค เรื่องการใช้อาหาร การป้องกันการเกิด Asthmatic attack

A: ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมยาพ่นฉุกเฉินและหน้ากากอนามัย มาโรงเรียน เนื่องจากเปลี่ยนกระเป๋าสานหนังสือไม่ได้หิ้วยาใส่กระเป๋

I: 1. เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการพ่นยาสม่ำเสมอขณะอยู่ที่บ้านและเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน ไม่ลืมยาพ่นมาโรงเรียน

2. ทบทวนสิ่งที่อาจจะกระตุ้นให้เกิดการแพ้ Asthmatic attack ได้แก่ ควันธูป แมลงสาบ ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ขณะอยู่ที่โรงเรียนและที่บ้าน การใช้ผ้าปิดจมูกป้องกันฝุ่นควันรถยนต์เมื่อต้องเดินทางไปกลับระหว่างโรงเรียนและบ้าน

E: ผู้ป่วยตั้งใจฟังและบอกว่าจะปฏิบัติตามที่แนะนำ

F: ผู้ดูแลขาดความรู้ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

A: จากการสอบถามคุณครูประจำชั้นไม่ทราบอาการฉุกเฉิน การช่วยเหลือเบื้องต้นและการเรียกรถฉุกเฉิน

I: 1. ประเมินและให้คำแนะนำอาการผิดปกติฉุกเฉินที่ต้องมารพ. การเรียกรถฉุกเฉิน 1646 เมื่อมีอาการดังกล่าว ได้แก่ หอบเหนื่อย พ่นยาแล้วอาการหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น

2. แนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น การพ่นยา ให้ออกซิเจนก่อนนำส่งโรงพยาบาล แก่คุณครูประจำชั้นและธุรการ

E: คุณครูประจำชั้นและธุรการสามารถบอกอาการผิดปกติฉุกเฉิน วิธีการเรียกรถฉุกเฉินได้ถูกต้องและจะโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลเยี่ยมบ้านหากมีข้อสงสัย

วางแผนติดตามเยี่ยมบ้านประเมินสิ่งแวดล้อมและการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีก 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยเล่าว่าขณะนี้อาศัยที่บ้านอย่างยังดีเยี่ยมแล้ว 1 ตัวและพี่ชายสูบบุหรี่

วางแผนติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน 2 สัปดาห์

User: กลมกุล จิทธิชัย พ.ย. Date: 19/1/2555 Time: 11:29:34

Marital Status: โสด
Temperature: 36.7
Pulse: 76
Respiration: 20
Blood Pressure: 120/70 mmHg

การเรียนรู้การพัฒนาระบบบันทึกฯ

- พัฒนาความรู้คู่เจตคติ
- คู่มือ แนวทางปฏิบัติ ตัวอย่าง
- สำรวจ ประเมิน วัดผล ปรับปรุง
- การสนับสนุนจากผู้บริหาร (คน เวลา ทรัพยากร)



Thank you

