เลขบัตรประชาชน...................................................
 สถานบริการที่ส่งต่อให้ดูแลต่อเนื่อง ( PCU / สอ. ) ………………………………………………………………………………..
 ที่อยู่จริง บ้านเลขที่............................... หมู่ที่ ..............ชื่อหมู่บ้านหรือชุมชน....................................ถนน........................................
 ชื่อผู้ดูแลหลัก........................................เกี่ยวข้องเป็น.....................ของผู้ป่วย......................โทรศัพท์...............................................

อาการสำคัญ............................................................................................................................................................................................................................................................................
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน....................................................................................................................................................................................................................................................
ประวัติการเจ็บป่วยอดีต..........................................................................................................................................................................................................................................................
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย...........................................................................................................................การผ่าตัด/วันที่ทำการผ่าตัด......................................................................................
วันที่รับผู้ป่วยไว้ใน ร.พ...........................................วันจำหน่าย........................................รวม................. วัน
ว/ด/ป/ ที่นัด F/U……………เวลา.............น. ณ ห้องตรวจ………….. ตึก............. ชั้น ..................... แพทย์ผู้นัด................. Lab/X-ray ก่อนพบแพทย์.....................................................
Home med 1…………..…….. 2……………….…… 3………………………. 4………………….…… 5……………….…….…. 6………………………. 7………………………
Treatment goal ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
สรุปอาการ/การรักษา(ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย).......................................................................................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................................................................................................................................................
ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยากรณ์โรค  ใช่  ไมใช่...............................................................................................................................................................................
ครอบครัวรับทราบข้อมูลเกี่ยวโรค และการพยากรณ์โรค  ใช่  ไม่ใช่ ...............................................................................................................................................................................
Advance care planning  ทำแล้ว  ยังไม่ทำ ประเด็นที่ได้จากาทำ......................................................................................................................................................................................

สติ๊กเกอร์

|  |  |
| --- | --- |
| สรุปข้อมูลของ ร. พ. ในวันจำหน่าย | เป้าหมายการดูแล ( long term care ) |
| กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการ |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ประเมินสภาพในวันจำหน่าย | http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการปวด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการท้องผูก |
| T…………….P……………….R…………BP…………….mmHg O2zSat…………………………% | http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการเหนื่อยเพลีย http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการคลื่นไส้ |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ประเมิน ปวด (Pain) Pain Score…………………… คะแนน  | http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการซึมเศร้า http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการง่วงซึม |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ประเมิน PPS v2 ………….. คะแนน | http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการวิกตกกังวล http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการเบื่ออาหาร |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ESAS http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เหนื่อยเพลีย .................... คะแนน http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg คลื่นไส้...................ตะแนน | http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg อาการหายใจหอบเหนื่อย  |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ซึมเศร้า................ คะแนน http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg วิตกกังวล........................คะแนน  | ไม่เกิด Complication ที่สามารถป้องกันได้ |
|  http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ง่วงซึม ................คะแนน http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เบื่ออาหาร.......................คะแนน  | -แผลกดทับ http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ความสุขสบาย...............คะแนน http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg หายใจหอบเหนื่อย.................... คะแนน | -ข้อติด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด  |
| http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg การเมินและการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ | -ปอดบวม http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด |
|  | -Fall http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด  |
|  | -UTI http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด |
|  | -Infected wound http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg ไม่เกิด http://203.157.168.46/ltc/images/check_false.jpg เกิด |
|  | เสียชีวิตวันที่........... สถานที่ .............................. |

แผนการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วัน/เดือน/ปี | สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง | แผนการพยาบาล |
|  |  |  |