|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SRINAGARIND HOSPITAL**  **FACULTY OF MEDICINE**  **KHON KEAN UNIVERSITY** | **( Sticker ) หอผู้ป่วย..............**  **ชื่อผู้ป่วย…………………..**  **HN……….…AN………….** | **Department................................ Bed............Page…......**  **Attending Staff.......................................................................**  **Resident.................................................................................**  **Diagnosis...............................................................................** |

**Palliative Care Discharge Check List หอผู้ป่วย กว. 7/1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **ผลการเตรียมจำหน่าย** | | | **ผู้รับ**  **ข้อมูล** | **ผู้สอน** | **ว.ด.ป** |
| **ดี** | **พอใช้** | **ควรปรับปรุง** |
| 1 | สื่อสารถึงสภาวะโรค แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค |  |  |  |  |  |  |
| 2 | เตรียมแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ❑ **ประสานเตรียม/จัดหาผู้ดูแล**  ผู้ดูแลหลักชื่อ…………………………..ผู้ดูแลรองชื่อ …………………………………….  ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ❑ เป็นคนในครอบครัว ❑ จ้างรายวัน/รายเดือน |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **โปรแกรมการสอนผู้ดูแล** |  |  |  |  |  |  |
| ❑ การทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟัน การใช้ mouth swab ทาวาสลีน |  |  |  |  |  |  |
| ❑ การอาบน้ำ การเช็ดตัว การทำความสะอาดร่างกาย |  |  |  |  |  |  |
| ❑ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การสวนอุจจาระ การล้วงอุจจาระ |  |  |  |  |  |  |
| ❑ สอนวิธีการป้อนอาหารทางปาก การจัดท่าศีรษะสูง ป้องกันการสำลัก  ❑ **ส่งปรึกษาโภชนากร** สอนการทำอาหารฝึกกลืน สอนการทำอาหารปั่น  ❑ สอนการให้อาหารทาง NG/Gastrostomy |  |  |  |  |  |  |
| ❑ **ปรึกษา OT** สอนวิธีการฝึกกลืน อื่นๆ ระบุ………………………………………… ………………. |  |  |  |  |  |  |
| ❑ **ปรึกษา PT** สอนการพลิกตัว จัดท่า เคลื่อนย้ายในท่านั่ง เดิน สอนการทำ Active exercise, Passive exercise, ROM การเคาะปอด/สั่นปอด |  |  |  |  |  |  |
| **Tracheostomy** ❑ **มี** ❑ สอนการ suction/ทำแผล/care inner tube  ❑ **ไม่มี** ❑ สอนการดูดเสมหะในคอ กระตุ้นการไอ การเคาะปอด สั่นปอด |  |  |  |  |  |  |
| **แผล** ❑ ไม่มี ❑ มี ระบุแผล…………………………………………………………..........................  **ปรึกษา ET- nurse** ❑ ปรึกษา ❑ ไม่ปรึกษาเพราะ………………………………................  ❑ สอนวิธีการทำแผล ……………………………………………………………………………................... |  |  |  |  |  |  |
| **สอนการบริหารยา จัดการอาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายต่างๆ**  ❑ ชนิดรับประทาน…………………………………………………………………………………………………  ❑ ฉีดใต้ผิวหนัง ……………………………………❑ ยาอมใต้ลิ้น…………………………………………  ❑ ผลข้างเคียงจากยา oioids ที่พบบ่อย เช่น อาการท้องผูก |  |  |  |  |  |  |
| ❑ สอนวิธีการดูแลในช่วงก่อนเสียชีวิต และแจกแผ่นพับการดูแล |  |  |  |  |  |  |
| ❑ สอนการใช้ syringe driver ……………………………………………………………….. |  |  |  |  |  |  |
| ❑ การจัดการภาวะฉุกเฉินที่บ้าน การเข้าถึงทีม 24 ชม. ให้นามบัตรพยาบาลเจ้าของไข้ |  |  |  |  |  |  |
| ❑ Non-pharmacological เช่น ฝึกการหายใจเป่าปาก นวด เบี่ยงเบนความสนใจ |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ (ยืมจากศูนย์การุณรักษ์ ชั้น 18)**  ❑ เครื่องผลิตออกซิเจน ❑ เตียง ❑ ที่นอนลม ❑ เครื่อง suction  ❑ Syringe driver ❑ รถเข็น ❑ walker flame อื่นๆ ………………....... |  |  |  |  |  |  |
| 7 | ❑ เบิกยาให้เพียงพอใช้ที่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่องยาแต่ละตัวที่ได้รับ |  |  |  |  |  |  |
| 8 | ❑ ลงบันทึก/ให้สมุดประจำตัว ❑ ประสานรถกลับบ้าน |  |  |  |  |  |  |
| **วันที่จำหน่าย ………………………**………………… PPS…………… % **❑ Stable ❑ Unstable ❑ Deteriorate ❑ Dying stage**  ❑ บ้านอยู่ในเขตอำเภอเมือง ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านการุณรักษ์ ❑ นอกเขตอำเภอเมือง ส่งต่อเครือข่าย PC อำเภอ……………………จังหวัด………………  ❑ **นัด F/U OPD PC**  การุณรักษ์ กว.ชั้น 5 **ผู้บันทึกการวางแผนจำหน่าย**……………………………………………………………………………………. | | | | | | | |