

PC Home Visit Checklist for Advanced Dementia

(KPC-AD program)

วันที่ปรึกษา PCวันที่ D/C.....1ปี ที่ผ่านมา Admit.....ครั้ง FAST Stage.....

ร่วมกับมี ปอดอักเสบ อัลบูมินต่ำ < 35 g/L ใส่ NG-feeding แผลกดทับ ระดับ.....

รายการ	Tool	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4
<p>แนะนำตัวและทิม/แจกเอกสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แจ่งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมดูแล/บทบาทของทิม PC - ให้เบอร์โทรที่สามารถเข้าถึงได้ 24 ชั่วโมง - ถ้ามีภาวะฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลให้ประสานทิม PC ทุกครั้ง 	<p>คู่มือ</p> <p>แผ่นพับ</p> <p>นามบัตร</p>				
<p>Pain assessment- ประเมินอาการปวดทั้งในช่วงขณะพักและขณะเคลื่อนไหว สอนผู้ดูแลให้สามารถประเมินที่บ้าน</p> <p>ให้การดูแลจัดการอาการปวด และประเมินผลลัพธ์ในการจัดการอาการปวด</p>	<p>PAINAD score</p> <p>อ ศรีเวียงแปล</p> <p>อยู่ใน PC tool kit</p>				
<p>Behavior assessment- ประเมินอาการไม่สบายจากพฤติกรรม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารบอกเราได้</p> <p>คาดการณ์อาการที่คิดว่าจะเกิดขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลอาการไม่สบายและจัดการกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากโรคสมองเสื่อม ร่วมกับวางแผนจัดการอาการ/พฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต 	<p>NPI-Q</p> <p>(Neuropsychiatric inventory questionnaire)</p>				
<p>Nutrition assessment- Oral intake อาจลดลงในระยะท้าย การใส่ enteral feeding ไม่ช่วยให้สบายหรือ functional status ดีขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินทั้งภาวะเสี่ยงและปัญหาในปัจจุบัน - ติดตามปริมาณอาหารที่ได้รับและน้ำหนักตัว - พูดคุยกับผู้ดูแลถึงปริมาณอาหารที่ได้ลดลง - ค้นหากลยุทธ์นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาแก้ไขปัญหา 	<p>พัฒนาโดยศูนย์วิจัย</p> <p>เนสท์เล่ ประเทศไทย</p> <p>สวิตเซอร์แลนด์และแปล</p> <p>เป็นภาษาไทย โดย</p> <p>สถาบันวิจัยโภชนาการ</p> <p>มหาวิทยาลัยมหิดล/</p>				
<p>ประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล/ภาวะเสี่ยงต่อ psychosocial morbidity</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายได้ - การเตรียมตัวผู้ดูแลเมื่อรับรู้ผู้ป่วยกำลังจะจากไป - ประสานทิมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมดูแล 	<p>ZBI (Zarit burden interview)</p> <p>(อรรพรรณ ศิลปะกิจ และคณะ, 2558)</p>				

<p>Advance care planning (ACP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดเป้าหมาย/แผนการดูแลที่เหมาะสม - ผู้ป่วยบอกความต้องการในการดูแลในวาระท้ายไม่ได้ - ACP มักเกิดจากผู้ตัดสินใจแทน - ค้นหาความปรารถนา คุณค่า เป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย - อำนวยความสะดวกในการช่วยตัดสินใจในเรื่องต่างๆ บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล <p>ควรมีการสื่อสารภายในการเยี่ยมบ้าน 2-3 ครั้งแรก</p>	<p>PPC (preferred plans of care)</p>				
<p>ประสาน/ช่วยเหลือ/สนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์จากหน่วยงานต่างๆ และภายในชุมชน</p>	<p>อุปกรณ์การแพทย์เตียงที่นอนลม เงิน/กองทุนที่ให้ช่วยเหลือ</p>				
<p>ประเมินคุณภาพชีวิตในช่วง 7 วันที่ผ่านมา จากการสอบถามผู้ดูแล</p>	<p>QUALID (quality of life in late stage dementia scale)</p>				
<p>การประเมิน/ดูแลในช่วงก่อนเสียชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้ครอบคลุม กาย อารมณ์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสบายที่สุด ไม่ทุกทรมานก่อนเสียชีวิต 	<p>CAD-EOLD (comfort assessment in dying with dementia)</p>				
<p>ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>เครื่องมือประเมินความพึงพอใจในการดูแลที่บ้าน (การุณรักษ์)</p>				
<p>ประเมินหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 2 เดือน เพื่อสอบถามว่าในช่วง 90 วันสุดท้ายผู้ป่วย comfort ดีหรือไม่</p>	<p>SWC-EOLD (satisfaction with care at the end of life in dementia)</p>				

ER-visit ครั้งที่สาเหตุ.....

Re-admit ครั้งที่สาเหตุ.....

เสียชีวิตวันที่.....

สถานที่เสียชีวิต.....

ลักษณะการเสียชีวิต.....