แบบบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปยังหน่วยงานเป้าหมายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

<u>คำอธิบาย</u> 1. แบบบันทึกนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อบันทึกเหตุการณ์การเคลื่อนย้าย นำข้อมูลมาสรุปและแปลผลเพื่อพัฒนางาน (ทดลองใช้)

2. กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่ตรงกับที่ได้ปฏิบัติ และเติมข้อมูลที่พบ

<u>สำหรับหัวหน้าทีม และผู้ติดตามผู้ป่วย</u>

ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยให้ตรง ติด Sticker ผู้ป่วย

<u>ผู้ติดตามผู้ป่วย</u>

☐ **แพทย์ชื่อ...**

☐ **พยาบาลชื่อ ....**

☐ **PN/ord. ชื่อ..**

1 .ประเมินผู้ป่วย ☐ VS คงที่ ไม่ใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต ☐ VS... คงที่ ใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต ☐ VS ไม่คงที่ ใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต

2. ประสานหน่วยงานปลายทางแล้วคือ ☐ CT ☐ MRI ☐ ศูนย์โรคหัวใจ ☐ ไตเทียม

☐ OR ☐ angiogram ☐ หอผู้ป่วย......................... ☐ อื่นๆ..............................

<u>3. อุปกรณ์</u>	**เคลื่อนย้ายไปหน่วยงานเป้าหมาย**	**เคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย**
3.1 ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด ☐ paraPAC setting : ☐ หมุนปุ่มไปที่ CMV /Demand , TV=.............ml, frequency.............b/min, ตั้งค่า O_2 ☐ Air Mix ☐ No Air Mix ☐ Newport 50 setting.................... ☐ Newport 70 setting..................... ☐ C 1 setting..................................	<u>4. การตรวจสอบก่อนเคลื่อนย้ายเวลา........... น.</u> ☐ ทดลองใช้ Transport ventilator.............นาที ☐ หายใจสอดคล้องกับ Transport ventilator ☐ หายใจไม่หอบเหนื่อย(กรณีใช้ออกซิเจน ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ) ☐ PR........bpm, RR........bpm, BP...........mmHg (MAP.........) ☐ SpO_2.......%	<u>7. การตรวจสอบก่อนเคลื่อนย้ายเวลา........... น.</u> ☐ หายใจสอดคล้องกับ Transport ventilator ☐ หายใจไม่หอบเหนื่อย(กรณีใช้ออกซิเจน ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ) ☐ PR........bpm, RR........bpm, BP...........mmHg (MAP.........) ☐ SpO_2.......%
3.2 ambu bag ☐ with reservoir bag+ O_2........lit /min ☐ No reservoir bag + O_2.........lit /min	<u>5. ตรวจสอบก่อนออกเดินทาง เวลา..............น.</u> ☐ ET tube ท่อ ลึกขีดที่...................... cm ☐ Tracheostomy tube .... ☐ ตรวจสอบสาย ต่างๆไม่ให้ดึงรั้ง ขณะเคลื่อนย้าย ☐ หายใจสอดคล้องกับ Transport ventilator ☐ หายใจไม่หอบเหนื่อย (กรณีใช้ออกซิเจน ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	<u>8. ตรวจสอบก่อนออกเดินทาง เวลา..............น.</u> ☐ ET tube ท่อ ลึกขีดที่...................... cm ☐ Tracheostomy tube .... ☐ ตรวจสอบสาย ต่างๆไม่ให้ดึงรั้ง ขณะเคลื่อนย้าย ☐ หายใจสอดคล้องกับ Transport ventilator ☐ หายใจไม่หอบเหนื่อย (กรณีใช้ออกซิเจน ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)
3.3 on O_2 ☐ cannula ☐ mask ☐ O_2 T piece ☐ อื่นๆ.......................... 3.4 ใช้ถัง O_2 ☐ ถังที่ 1 ปริมาณเริ่มต้น O2=..........PSI ☐ ถังที่ 2 ปริมาณเริ่มต้น O2= .... PSI 3.5 monitor ☐ EKG ☐ BP ☐ O_2sat ☐ อื่น ๆ ระบุ................................ 3.6 CPR kit (กล่องยา CPR) / Sedation box ☐ Yes ☐ No 3.7 อื่นๆ...	<u>6. ขณะเดินทาง</u> มองผู้ป่วย สังเกต ตลอดเวลา (ลงบันทึกข้อมูลเมื่อถึงจุดหมาย) ☐ ประเมินอาการ ความรู้ตัว ซึม เขียว ซีด กระสับกระส่าย ☐ ชีพจร/HR....................... ครั้ง/นาที ☐ BP.............mmHg ☐ SpO_2.....................% ☐ การหายใจดี หรือสอดคล้องกับเครื่องฯ RR.............ครั้ง/นาที อาการผิดปกติและการการแก้ไขระหว่างการเดินทาง คือ.. .... เวลาถึงหน่วยงานเป้าหมาย................ น.	<u>9. ขณะเดินทาง</u> มองผู้ป่วย สังเกต ตลอดเวลา (ลงบันทึกข้อมูลเมื่อถึงจุดหมาย) ☐ ประเมินอาการ ความรู้ตัว ซึม เขียว ซีด กระสับกระส่าย ☐ ชีพจร/HR....................... ครั้ง/นาที ☐ BP.............mmHg ☐ SpO_2.....................% ☐ การหายใจดี หรือสอดคล้องกับเครื่องฯ RR.............ครั้ง/นาที อาการผิดปกติและการการแก้ไขระหว่างการเดินทาง คือ.. .... เวลากลับถึงหอผู้ป่วย.....................น.

สรุปการเคลื่อนย้ายพบปัญหา ☐ ภาวะแทรกซ้อน (เช่น O_2sat drop, BP drop, Bronchospasm, arrhythmia)

☐ ไม่พบปัญหา ☐ OET tube เลื่อนหลุด ☐cardiac arrest ☐ line /drain เลื่อนหลุด

☐ O_2 หมด ☐ Ambu ใช้ไม่ได้ ☐ เครื่องช่วยหายใจมีปัญหาคือ..

.... /ลงชื่อผู้บันทึก...

บันทึกแล้วกรุณาส่งคืนคุณรัตนา หลีนุ่ม สำนักงานฝ่ายบริการพยาบาล/ขอบคุณค่ะ ฉบับวันที่ 29 มกราคม 2562