

แบบบันทึกการดูแลแบบประคับประคอง ฝ่ายบริการพยาบาล update ธันวาคม 2566

ชื่อผู้ป่วย..... HN ..... อายุ ..... ปี ศาสนา ..... สิทธิการรักษา.....

การวินิจฉัยโรค ( )cancer ( )non-cancer ..... วันที่ admit.....

โรคร่วม ..... เริ่มให้ PC วันที่.....

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| วันที่/<br>เดือน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PPS              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POS              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| การทำ advanced care plan | ( ) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำ ACP ( ) ไม่ทำ ( ) ทำ ___ โดยวาจา ___ เป็นเอกสาร |
|                          | การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้าย                                      |
|                          | (1) สิ่งผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ Place of death                       |
|                          | (2) เป้าหมายการดูแลรักษา  |

Health condition

---



---

Disease management

---



---

การจัดการอาการทางกาย (ทุก 3-7 วัน) เลือก 3 อาการตามลำดับความรุนแรง

| วันที่<br>อาการ | NRS/ESAS |  |  |  |  | ชื่อยาที่ได้รับ | วิธีไม่ใช้ยา |
|-----------------|----------|--|--|--|--|-----------------|--------------|
|                 |          |  |  |  |  |                 |              |
|                 |          |  |  |  |  |                 |              |
|                 |          |  |  |  |  |                 |              |
|                 |          |  |  |  |  |                 |              |

| การดูแลด้านจิตใจและสังคม  | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ                                   |
|---|---------|------------|--|
| ประเมินการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย  |         |            | ปฏิเสธ / โกรธ / ต่อรอง / ซึมเศร้า / ยอมรับ |
| ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ |         |            |  |
| รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว  |         |            |  |
| ส่งปรึกษาสิทธิประโยชน์ (กรณีจำเป็น)   |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม      |

| การดูแลด้านจิตวิญญาณ  | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ  |
|---|---------|------------|---|
| ค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วย   |         |            |   |
| ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำความเชื่อและความต้องการ   |         |            |   |
| การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต  | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ  |
| ประเมินความเหมาะสมของการให้การรักษา   |         |            | O2 ยา อาหาร สารน้ำ อื่นๆ.....   |
| ประเมินการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย  |         |            | ปฏิเสธ / โกรธ / ต่อรอง / ซึมเศร้า / ยอมรับ  |
| ปรึกษากับผู้ป่วย/ครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในวาระสุดท้าย  |         |            |   |
| ประเมินและจัดการอาการรบกวนทางกาย  |         |            |   |
| ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว   |         |            |   |
| จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบให้ผู้ป่วย  |         |            |   |
| ปรึกษากับครอบครัวเรื่องการนำผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน   |         |            |   |
| ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว   |         |            |   |
| เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวตลอด 24 ชม.   |         |            |   |
| การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต   | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ  |
| ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย  |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| กล่าวขออโหสิกรรม  |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| นำดอกไม้ใส่มือผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ)  |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| ให้คำปรึกษาและจัดการภาวะเศร้าโศกของครอบครัวของผู้ป่วย   |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| ให้คำแนะนำขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยและการแจ้งตาย   |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| การวางแผนจำหน่าย  | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | หมายเหตุ  |
| ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน  |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| ปรึกษา palliative care discharge planner กรณีจำเป็นต้องใช้ยา MO และ/หรือ midazolam ทางใต้ผิวหนังที่บ้าน   |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง   |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม <input type="checkbox"/> พยาบาล PC ที่รับส่งต่อ<br>ชื่อ .....<br>รพ./รพ.สต..... |
| โทร.ติดตามผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวหลังจำหน่าย  |         |            | <input type="checkbox"/> ไม่มีกิจกรรม   |
| วันที่จำหน่าย..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตในรพ. <input type="checkbox"/> จำหน่ายกลับบ้าน <input type="checkbox"/> ส่งต่อไปรพ.ใกล้บ้าน<br>PPS .....% PPS .....% |         |            |   |
| สิ่งที่อยากบันทึกเพิ่ม  |         |            |   |
|   |         |            |   |
|   |         |            |   |