

ประเด็นนิเทศทางการแพทย์ ประจำเดือน มกราคม 2561

เรื่อง อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP)และอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือด

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อป้องกันการเกิดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) และอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง(BSI)
2. เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) และอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง(BSI)

*****สอบถามเฉพาะ Orderly และ PN*****

ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่วนที่	----- Select ----- ▼
หอผู้ป่วย	
เวลาปฏิบัติงาน	ช่วงเวลา <input type="text" value="16.00-08.00 น."/> วันที่ <input type="text" value="26/08/2019"/>
ผู้ถูกนิเทศ	อายุงาน <input type="text"/> ปี
ตำแหน่งผู้ถูกนิเทศ	<input type="text"/> *****สอบถามเฉพาะ Orderly และ PN*****
คำถาม/แนวทางการนิเทศ	<p>1. ท่านทราบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP)ของหอผู้ป่วยของท่านหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ทราบ</p> <p><input type="radio"/> ไม่ทราบ</p> <p>2. ท่านทำความสะอาด ปาก ฟัน ผู้ป่วยวันละกี่ครั้ง (2 ครั้ง)</p> <p><input type="radio"/> 1 ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> 2 ครั้ง</p> <p><input type="radio"/> 3 ครั้ง</p> <p>3. เมื่อผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่มีข้อห้ามต้องจัดท่านนอนอย่างไร (ศีรษะสูง 30 - 45 องศา)</p> <p><input type="radio"/> ถูกต้อง</p> <p><input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง</p> <p>4. ท่านหน้าในกระเปาะ และสายเครื่องช่วยหายใจทิ้งเมื่อใด(ก่อนเปลี่ยนทำทุกครั้งและเมื่อมีน้ำขัง)</p> <p><input type="radio"/> ถูกต้อง</p> <p><input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง</p> <p>5. ท่านทราบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง(CLABSI)ของหอผู้ป่วยท่านหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ทราบ</p> <p><input type="radio"/> ไม่ทราบ</p> <p>6. ท่านรายงานพยาบาลเมื่อพบสิ่งต่อไปนี้(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/> เมื่อพบว่าสารละลายไม่ตรงตามปริมาณที่ต้องให้</p> <p><input type="radio"/> เมื่อสังเกตเห็นว่าแผลเปื้อน</p> <p><input type="radio"/> เมื่อสังเกตเห็นว่าวัสดุปิดแผลหลุด</p> <p><input type="radio"/> เมื่อสังเกตเห็นว่าวัสดุปิดแผลเปียกชื้น</p> <p><input type="radio"/> เมื่อพบว่า แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ล้างมือ</p> <p><input type="radio"/> เมื่อสายสวนหลอดเลือดดำหัก พับ งอ</p> <p>7.ท่านต้องล้างมือเวลาใดบ้าง(ให้น้องสาธิตให้ดู)[โฟลแนบ"ข้อบ่งชี้ในการล้างมือ 5 ประการ (5 Moment)"]</p> <p><input type="radio"/> ถูกต้อง</p> <p><input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง</p> <p>8.สำรวจก๊อมน้ำว่ามีหมัผ้าก๊อช/ติดหัวกรองหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> มี</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี</p>
การนิเทศเพิ่มเติมของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ	