

แบบเยี่ยมผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (CAPD) ของ รพ.สว่างแดนดิน (ทุก 1-6 เดือน) ปรับปรุงจาก HOSPITAL TO HOME CARE PATHWAY โรงพยาบาลแม่ข่าย : สกลนคร เมื่อ 18 มิ.ย. 2557

(การเยี่ยมครั้งที่.....) <u>พยาบาลวิชาชีพ/บุคลากร ประจำ PCU/รพ.สต. เป็นผู้บันทึก</u> ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....	วันที่เยี่ยม..... (ทุก 1-6 เดือน) เวลาที่เยี่ยม.....ชั่วโมง ลงชื่อผู้บันทึก (ตัวบรรจง).....ตำแหน่ง.....PCU/รพ.สต.....โทรศัพท์.....	
การประเมินสภาพผู้ป่วย	การสัมภาษณ์ (ถาม) ญาติที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 1 คน ความสัมพันธ์เป็น.....	ผลลัพธ์การดูแล
<p><input type="checkbox"/> อุดหนุนมี.....ซีพอร์.....หายใจ.....ความดันโลหิต...../.....น้ำหนัก.....กก.</p> <p><input type="checkbox"/> บวม () มี (ระบุตำแหน่ง)..... () ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> ท้องผูก () ไซ้ () ไม่ไซ้</p> <p><input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมของที่พัก</p> <p>() ดี คูเรียบร้อย ไม่มีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย ไม่มีขยะ</p> <p>() พอใช้ มีขยะและฝุ่นบ้าง</p> <p>() ปรับปรุง เต็มไปด้วยขยะ ฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องที่ผู้ป่วยพักอาศัย</p> <p>() ดี ไม่คับแคบ สะอาด ไม่มีกลิ่น เก็บของเรียบร้อย อากาศถ่ายเทได้ดี</p> <p>() พอใช้ คับแคบ ค่อนข้างสะอาด มีหยากไย่บ้าง</p> <p>() ปรับปรุง สกปรก รุงรัง มีหยากไย่ทั่วๆ ห้อง</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่เปลี่ยนน้ำยา</p> <p>() ดี สะอาด มีพื้นที่กว้างขวาง ไม่อับชื้น</p> <p>() พอใช้ มีพื้นที่พอสมควร ไม่สกปรก มีหยากไย่บ้าง</p> <p>() ปรับปรุง คับแคบ สกปรก ใช้พื้นที่ห้องนอน มีหยากไย่ทั่วๆ ห้อง</p> <p><input type="checkbox"/> การเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย (ขณะสังเกต ผู้เยี่ยมต้องสวมผ้าปิดปากปิดจมูก)</p> <p>() ดี เปลี่ยนคล่องแคล่ว ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ สวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p> <p>() พอใช้ เปลี่ยนอย่างงะแงะ สับสน แต่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ</p> <p>และสวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p> <p>() ปรับปรุง ไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ไม่เช็ดโต๊ะไม่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ</p> <p>() อื่น ๆ.....</p> <p><input type="checkbox"/> การจดบันทึกการล้างไตของผู้ป่วย</p> <p>() ดี จดบันทึกอย่างมีระเบียบหลังเปลี่ยนน้ำยา</p> <p>() พอใช้ จดบันทึกทันที หลังเปลี่ยนน้ำยา</p> <p>() ปรับปรุง ไม่จดบันทึก หรือแจ้งว่าจะบันทึกภายหลัง</p> <p><input type="checkbox"/> การทำแผลช่องสายออก น้ำยาที่ใช้ทำแผล..... ทำแผลวันละ.....ครั้ง</p> <p>() ดี ทำได้คล่องแคล่ว ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อและสวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p> <p>() พอใช้ เปลี่ยนอย่างงะแงะ สับสนแต่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ</p> <p>และสวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p> <p>() ปรับปรุง ทำไม่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ ไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p>	<p>1. การดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>() สนใจตนเอง () สนใจตนเองบ้าง () ไม่ดูแลตนเอง</p> <p>2. กิจกรรมของผู้ป่วย</p> <p>() ทำงานบ้าน / งานประจำ 100%</p> <p>() ทำงานบ้าน / งานประจำ 50%</p> <p>() ไม่มีกิจกรรม / ไม่ทำงาน</p> <p>3. ใครเป็นผู้ดูแล / ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย () ไม่มี () มีได้แก่.....</p> <p>4. ผู้ป่วยเปลี่ยนน้ำยาตามกำหนด () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน</p> <p>5. ใครเป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาให้ผู้ป่วย () ผู้ป่วยเอง () ญาติหรือผู้ดูแล</p> <p>6. โดยภาพรวม ผู้ป่วยมีสุขภาพ () ดี () พอใช้</p> <p>() แย่ โดยดูจาก.....</p> <p>7. จำนวนกล่องน้ำยาที่เหลือในบริเวณเก็บน้ำยาถุงใหม่.....กล่อง</p> <p>8. ผู้ป่วยกินอาหารอะไรบ้าง 3 มื้อย้อนหลัง</p> <p>วันที่ 1 (มือเช้า)..... (มือเที่ยง)..... (มือเย็น).....</p> <p>วันที่ 2 (มือเช้า)..... (มือเที่ยง)..... (มือเย็น).....</p> <p>วันที่ 3 (มือเช้า)..... (มือเที่ยง)..... (มือเย็น).....</p> <p>การช่วยเหลือที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำ</p> <p>() การจดบันทึกการล้างไต</p> <p>() การเก็บรักษายา</p> <p>() การจำกัดน้ำและการรักษาตุ่มน้ำ (500 ซีซี+ปริมาณปัสสาวะ+กำไลการล้างไต)</p> <p>() การรับประทานยา</p> <p>() การรับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง</p> <p>() การจัดสภาพแวดล้อมที่พัก</p> <p>..... ห้องที่ผู้ป่วยพักอาศัย</p> <p>..... สถานที่เปลี่ยนน้ำยา</p> <p>..... ห้องน้ำ</p> <p>..... สถานที่เก็บน้ำยาถุงใหม่</p> <p>() การกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว</p> <p>() อื่น ๆ (ระบุ).....</p>	<p>1. ภาวะแทรกซ้อน</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อที่แผลช่องสายออก</p> <p>() เกิด () ไม่เกิด</p> <p><input type="checkbox"/> การติดเชื้อในช่องท้อง</p> <p>() เกิด () ไม่เกิด</p> <p>2. ความสามารถในการดูแลตนเอง</p> <p>() ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>() ต้องพึ่งพาผู้อื่น / มีผู้ดูแล</p> <p>3. จิตใจ / อารมณ์</p> <p>() ปกติ</p> <p>() ผิดปกติ (ระบุ).....</p> <p>4. ภาวะสมดุลน้ำในร่างกาย (ตรวจจากสมุดบันทึก)</p> <p>() สมดุล () ไม่สมดุล</p> <p>5. การรับประทานยา</p> <p>() ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง</p> <p>6. การรับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วย</p> <p>() ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง</p> <p>7. มีประวัติเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ ด้วยโรคเดิม</p> <p>() ไม่ใช่ () ใช่</p> <p>การบรรจุเป้าหมายการดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> บรรลุ (หมายเหตุ) สามารถผ่านเกณฑ์ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 ครบทุกข้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่บรรลุ ต้องปรับปรุง ข้อ.....</p> <p>คะแนนคุณภาพชีวิต.....คะแนน</p>

- การล้างมือ
 - () ดี ถูกต้องครบตามขั้นตอน
 - () พอใช้ ล้างไม่ครบตามขั้นตอน ลืม สบสบ
 - () ปรับปรุง ไม่ล้างมือ
- การเก็บรักษายาที่ใช้กิน
 - () ดี เก็บยาไว้ในตู้หรือในกล่องอย่างมีระเบียบไม่โดนแดดส่อง
 - () พอใช้ เก็บยาไว้ตามชั้นวางของ แต่ยังคงอยู่ด้วยกัน
 - () ปรับปรุง วางยาไว้กระจัดกระจาย สะเปะสะปะ ขอดูยาแล้วแจ้งว่าหาไม่พบ
- การเก็บรักษายาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง
 - () ดี เก็บยาไว้ในตู้เย็นเก็บยาที่ รพ.สต.
 - () พอใช้ เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2 – 8 °C (ไม่ใช่บริเวณวางไข่) มีกล่องเป็นสัดส่วน ป้องกันไม่ให้โดนแสง
 - () ปรับปรุง เก็บไว้ในบริเวณวางไข่หรืออุณหภูมิไม่เหมาะสม (ช่องแช่แข็ง)
- สถานที่เก็บน้ำยาฉุนใหม่
 - () ดี ไม่โดนแดด ไม่อับชื้น มีวางกล่องน้ำยาอย่างมีระเบียบ
 - () พอใช้ รกรุงรัง น้ำยาวางไว้อย่างไร้ระเบียบ แต่ไม่โดนแดด ไม่อับชื้น
 - () ปรับปรุง โดนแดด หรือชื้นแฉะ
- แหล่งน้ำที่ใช้
 - () ดี ใช้น้ำประปา ใช้น้ำที่ผลิตเพื่อดื่ม ถ้าเป็นน้ำประปาหมู่บ้าน น้ำต้องใสไร้กลิ่น
 - () พอใช้ ใช้น้ำฝน หรือน้ำบ่อที่ผ่านเครื่องกรองน้ำแล้ว
 - () ปรับปรุง ใช้น้ำบ่อหรือน้ำคลอง น้ำมีลักษณะขุ่นหรือมีกลิ่นเหม็น
- ห้องน้ำ นั่งโถ นั่งยอง
 - () ดี สะอาด ปราศจากตะไคร่น้ำ
 - () พอใช้ สะอาดพอสมควร มีตะไคร่น้ำเล็กน้อย
 - () ปรับปรุง สกปรก เต็มไปด้วยตะไคร่น้ำ
- วิธีการกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว
 - () ดี น้ำยาใช้แล้วตัดถุงเทน้ำทิ้งในส้วม ถุงเปล่าทิ้งในถังขยะ
 - () พอใช้ น้ำยาใช้แล้วตัดถุงเททิ้งในส้วม ถุงเปล่าเผาหรือฝัง
 - () ปรับปรุง ทิ้งทั้งถุงที่ยังมีน้ำยาอยู่ หรือตัดถุงเททิ้งในท่อระบายน้ำ

หรือที่อื่นที่ไม่ใช่ส้วม

- ประสานงาน
 - () อดต. เรื่อง.....
 - () พยาบาลโรคไต : PD nurse
 - การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต
 - การทำแผลช่องสายออก
 - อื่น ๆ (ระบุ).....
 - จัดหา, ช่วยเหลือ
 - () น้ำยาล้างมือ ขวด
 - () อุปกรณ์ เช่น ถุงมือ, ผ้าปิดปากปิดจมูก
 - () อื่น ๆ.....
-
- ให้แผนพับ / คู่มือ เรื่อง
 - ให้แผ่นซีดี เรื่อง.....

ตอบกลับ ภายใน 1 เดือน ที่ e-mail capdsawang_1267@hotmail.co.th

มีข้อสงสัยโปรดติดต่อ น.ส.มันทนา เพชรคำ พยาบาล PD รพ.สว่างแดนดิน

โทรศัพท์ (042) 737491 / 089-7120708

รูปภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

<p>1. ห้องที่ใช้เปลี่ยนนํ้ายา</p>	<p>2. ห้องหรือสถานที่เก็บนํ้ายา</p>
<p>3. อ่างล้างมือ/นํ้ายาที่ใช้ล้างมือ</p>	<p>4. สิ่งแวดล้อมต่างๆ ไปภายในบ้าน</p>

<p>5. ผ้าเช็ดมือ การเก็บ และการซักตาก</p>	<p>6. อุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ (อุปกรณ์ทำแผล/กล่องใส่อุปกรณ์/ที่หรือตู้เก็บของใช้)</p>
<p>7. การกำจัดน้ำที่ปล่อยออกจากช่องท้อง/ถุงน้ำยา และการทำความสะอาดภาชนะใส่น้ำยา</p>	<p>8. สภาพสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านและชุมชน</p>

