

## แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

สถานบริการ.....

วันที่.....

ประเภทการเยี่ยม  กรณีเจ็บป่วย  ใกล้เสียชีวิต  เพื่อประเมินสภาพ  ติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....ปี สิทธิการรักษา.....

ที่อยู่..... หมู่..... ตำบล.....อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์.....

วินิจฉัยโรค.....

ผู้ดูแลผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทร..... อสม. ที่รับผิดชอบ.....

### ประเมินสภาพผู้ป่วย INHOMESSS

<b>I: Immobility</b> การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน ADL	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยติดเตียง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยติดบ้าน <input type="checkbox"/> มีปัญหาการทรงตัว/การเดิน <input type="checkbox"/> มีปัญหาาระบบประสาทสัมผัส
<b>N: Nutrition</b> อาหาร ภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> อ้วน <input type="checkbox"/> ผอม อาหารโปรด..... จำนวนมื้อต่อวัน..... ผู้ดูแลเรื่องอาหาร..... รสชาติอาหารที่ชอบ <input type="checkbox"/> หวาน <input type="checkbox"/> มัน <input type="checkbox"/> เค็ม <input type="checkbox"/> เฝื่อน <input type="checkbox"/> เปรี้ยว <input type="checkbox"/> จืด ที่มาของอาหาร <input type="checkbox"/> ประุงเอง <input type="checkbox"/> ซื้อสำเร็จรูป <input type="checkbox"/> อาหารแช่แข็ง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... เหล้า/แอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม ปริมาณต่อวัน ..... นุหรี่/ยาเส้น <input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ ปริมาณต่อวัน .....
<b>H: Home Environment</b> สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน	ภายในบ้าน <input type="checkbox"/> แออัด <input type="checkbox"/> โปร่งสบาย <input type="checkbox"/> สะอาด บริเวณรอบบ้าน <input type="checkbox"/> มีบริเวณ <input type="checkbox"/> ไม่มีบริเวณ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<b>O: Other people</b> สมาชิกในครอบครัว	เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินเจ็บป่วยผู้นำส่งรพ.คือ <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ธญาติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ผู้ตัดสินใจการรักษาระยะสุดท้ายของชีวิต ชื่อ-สกุล..... เบอร์โทร..... ผู้ดูแล care giver มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
<b>M: Medication</b> การใช้ยา	การบริหารยา <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ผู้อื่น <input type="checkbox"/> อาหารเสริม ..... ได้รับยา <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ   ยาสมุนไพร..... ยาประจำ..... ..... .....
<b>E: Examination</b> การตรวจร่างกาย	V/S T.....C BP...../..... mmHg. PR...../min RR...../min ผล Lab ..... <b>PE</b> ..... ..... ..... .....
<b>S: Safety</b> ความปลอดภัย	<input type="checkbox"/> ปลอดภัยต่อการพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
<b>S: Spiritual Health</b> สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	ความเชื่อ/เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ..... .....
<b>S: Service</b> แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาล..... <input type="checkbox"/> รพ.สต./ศสม..... คลินิก..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

พยาบาลผู้เยี่ยมบ้าน.....(ลงชื่อ)

เกษตรกรผู้เยี่ยมบ้าน.....(ลงชื่อ)

( ) ตัวบรรจง

( ) ตัวบรรจง

