

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี Home isolation/Community isolation โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....วันที่รับบริการ.....วันที่จำหน่าย.....
 ชื่อ-นามสกุล.....PID.....เพศ.....อายุ.....ปี ลิทธิ UC ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....
 อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
อาการสำคัญที่ป้องกันจะเกิดอาการรุนแรง <input type="checkbox"/> ไอเยอะ (Severe cough) <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก (chest tightness) <input type="checkbox"/> ทานอาหารไม่ได้ (poor appetite) <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียมาก (fatigue) <input type="checkbox"/> ใช้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ	น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....cm BT..... ⁰ C PR...../min RR...../min BP...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> Level 1 (Green) <input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs <input type="checkbox"/> Bromhexine 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> CPM 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs <input type="checkbox"/> Favipiravir (200) 9 tab po bid pc day1, then 4 tabs po bid pc*4 days <input type="checkbox"/> ยาแก้ไออะม็อกซิซิลิน 500mg # 1 <input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง <input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี <input type="checkbox"/> COPD, include chronic lung disease <input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> Chronic Heart disease <input type="checkbox"/> CVA (โรคหลอดเลือดสมอง) <input type="checkbox"/> T2DM <input type="checkbox"/> BMI > 30 or BW > 90 kg <input type="checkbox"/> Cirrhosis (โรคตับแข็ง) <input type="checkbox"/> Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) <input type="checkbox"/> Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)..... Test Exercise Induce Hypoxia test O2 sat.....% (ก่อน) O2 sat.....% (หลัง) Test ให้ผลบวก (SpO2 drop >3) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผล Lab Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ..... ผลตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> Rapid antigen test วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... <input type="checkbox"/> RT-PCR ผล..... วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง.....	<input type="checkbox"/> Level 2 (Yellow) <input type="checkbox"/> Favipiravir (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1, then 4 tabs po bid pc x 4 days If BW > 90 kgs, <input type="checkbox"/> Day 1 : 12 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Day....., 5 tabs po bid pc
การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> สภาพจิตใจ feeling <input type="checkbox"/> ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน..... 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรืออึดอัดสิ้นหวังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> RT-PCR ผล..... วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... การเตรียมอุปกรณ์และยา <input type="checkbox"/> ปกรอหวัดใช้ <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/> เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> ถุงแดง	<input type="checkbox"/> Level 3 (Red) <input type="checkbox"/> Refer รพ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ 1..... 2.....		แบบยินยอมเข้ารับการรักษา ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation / Community isolation) ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..... ลงชื่อพยาน..... ผ่าน เบอร์โทรศัพท์..... หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์.....วันที่.....

ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ Plan
 1..... 1.....
 2..... 2.....

การติดตามประเมินอาการรายวัน

Day	วัน/เดือน/ปี	BT (⁰ C)	O2 sat (%)	Medication	Patient Educate & Psychosocial Support/Progress Note	ผู้ประเมิน
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Psychological problem	Plan support	บันทึกการรับประทานยาขณะรักษาที่บ้าน
<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> Stigma <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนติดตามอาการ <input type="checkbox"/> รับฟัง ให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกคนไข้ <input type="checkbox"/> ต้องการ ปรึกษา <input type="checkbox"/> จิตแพทย์ <input type="checkbox"/> นักจิตบำบัด	<input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร เริ่มวันที่.....หยุดวันที่..... <input type="checkbox"/> Favipiravir เริ่มวันที่.....หยุดวันที่..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Family & Social issues		Plan Support
<input type="checkbox"/> 1.มีบุคคลอื่นในบ้านที่ติดเชื้อ จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 2.บุคคลในบ้านที่มีปัญหาสุขภาพเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 3.บุคคลอื่นที่เข้าข่าย PUI จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 4.บุคคลในครอบครัวต้องการการรักษาพยาบาล จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 5.กลุ่มประเภอบางที่ต้องการการสนับสนุนการตรวจและการดูแลเป็นพิเศษ <input type="checkbox"/> 6.ยากจนมาก		<input type="checkbox"/> 1.ประเมินและรับไว้ดูแลรักษาเป็นรายใหม่ รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ <input type="checkbox"/> 2.การส่งต่อเพื่อประเมินการติดเชื้อ COVID-19 อย่างเร่งด่วน <input type="checkbox"/> 3.แนะนำ/ส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อรายใหม่ <input type="checkbox"/> 4.ให้การรักษาพยาบาลเป็นรายใหม่ <input type="checkbox"/> 5.ส่งต่อเพื่อดูแล <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> นักจิตวิทยา <input type="checkbox"/> longterm care team (rehabilitation/community nurse team) <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> 6.ประสานการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์ หรือ ส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	สรุปการรักษาก่อนจำหน่าย
<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> O2 sat < 96% <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> O2 therapy..... <input type="checkbox"/> นอนคว่ำ 12-16 ชั่วโมง/วัน <input type="checkbox"/> Medication อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ประสานส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	BT..... ⁰ C <input type="checkbox"/> อยู่ครบ 10 วัน อาการดีขึ้น PR...../min <input type="checkbox"/> Refer วันที่..... RR...../min <input type="checkbox"/> เนื่องจากอาการหนัก รพ..... อาการ..... <input type="checkbox"/> กลับไปรักษาภูมิลาเนา จังหวัด..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
ลงชื่อพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาต.....ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....เลขใบประกอบวิชาชีพ..... (.....) (.....)		