

แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD-MSMC- home visit)

ชื่อหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เยี่ยมบ้าน _____

1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

1.1 ชื่อ-สกุล _____

1.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว (เดิมตัวเลข หากเป็นเลขตัวเดียวให้เติม 0 เช่น จำนวน 3คน ใส่ 03): คน

1.3 ผู้ป่วยเป็น (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องสี่เหลี่ยม(□) หัวหน้าครอบครัว สมาชิก

1.4 PD prescription ที่ผู้ป่วยทำที่บ้าน (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องสี่เหลี่ยม(□)

1.5% จำนวน 4 รอบ 3รอบ 2รอบ 1รอบ

ปริมาณ 2000 ซีซี 1500ซีซี 1000ซีซี

2.5% จำนวน 4 รอบ 3รอบ 2รอบ 1รอบ

ปริมาณ 2000 ซีซี 1500ซีซี 1000ซีซี

4.25% จำนวน 4 รอบ 3รอบ 2รอบ 1รอบ

ปริมาณ 2000 ซีซี 1500ซีซี 1000ซีซี

7.5% จำนวน 4 รอบ 3รอบ 2รอบ 1รอบ

ปริมาณ 2000 ซีซี 1500ซีซี 1000ซีซี

อื่นๆ ระบุเพิ่มเติม.....

1.5 การเปลี่ยนน้ำยา (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องสี่เหลี่ยม(□)

1.5.1 เปลี่ยนน้ำยาด้วยตนเอง (หมายถึงผู้ป่วยเปลี่ยนน้ำยาด้วยตนเอง > 50% ของจำนวนรอบต่อวัน

1.5.2 เปลี่ยนน้ำยาโดยผู้ดูแล (หมายถึงผู้ดูแลเปลี่ยนน้ำยาให้ผู้ป่วย > 50% ของจำนวนรอบต่อวัน)

1.5.3 เปลี่ยนน้ำยาด้วยตนเอง และ โดยผู้ดูแล

1.6 การเยี่ยมบ้านครั้งนี้เป็นครั้งที่

2. ข้อมูลการรับประทานอาหาร : 2.1 โดยปกติกินอาหารวันละ มื้อ

2.2 ปริมาณน้ำดื่มต่อวัน แก้วน้ำ (รวมทุกอย่างที่เป็นของเหลว เช่นน้ำ น้ำหวาน นม)

ระบุ ประเภทของเครื่องดื่มที่รับประทาน.....

2.3 การปรุงอาหาร ปรุงอาหารเองทุกมื้อ ปรุงอาหารเองเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกมื้อ

ใช้อาหารรับประทานจากภายนอกเป็นส่วนใหญ่

2.4 ข้อมูลการทานอาหารอื่นๆ ที่ไม่ได้กำหนดไว้ในแบบประเมิน เช่น อาหารปั่น (เขียนบรรยาย)

3. ประเมินอาการ & อาการแสดง (วันที่เยี่ยมบ้าน)

3.1 ความดันโลหิต / mmHg

3.2 อาการ/ปัญหาสำคัญในการติดตามเยี่ยมครั้งนี้ (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องสี่เหลี่ยม(□))

Infection Peritonitis Exit site infection Malnutrition

Care giver problems อื่นๆ ระบุ_____

4.อาการ & อาการแสดง

หัวข้อ	มี	ไม่มี	ข้อเสนอแนะ
4.1 วิงเวียน			
4.2 คลื่นไส้, อาเจียน			
4.3 เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย			
4.4 บวมปลายมือ/เท้า/ใบหน้า			
4.5 หายใจหอบเหนื่อย			
4.6 มีภาวะซีด			
4.7 การติดเชื้อที่ร่างกาย			
4.8 ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว/ ผู้ดูแล			

4.9 อื่นๆ ถ้ามี (เขียนบรรยาย)

5. ประเมินสภาพทั่วไป (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่าง)

หัวข้อ	ประเมิน			ไม่ได้ประเมิน	หมายเหตุ / คำแนะนำกรณีปรับปรุง
	ดี	พอใช้	ปรับปรุง		
5.1 สภาพแวดล้อม					
5.1.1 รอบบ้าน ฝุ่น ที่ทิ้งถุงน้ำยา ที่ตากผ้าเช็ดมือ					
5.1.2 สถานที่เก็บถุงน้ำยาใหม่					
5.1.3 ความสะอาดภายในบ้าน					
5.1.4 ความสะอาดสถานที่เปลี่ยนน้ำยา					
5.1.5 ห้องที่ผู้ป่วยนอน					
5.1.6 ห้องน้ำ					
5.1.7 อ่างล้างมือ					
5.1.8 แหล่งน้ำที่ใช้					
5.2. การเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย					
5.2.1 การเตรียมอุปกรณ์/ ปิดฝักลม หน้าต่าง...					

หัวข้อ	ประเมิน			ไม่ได้ ประเมิน	หมายเหตุ / คำแนะนำกรณีปรับปรุง
	ดี	พอใช้	ปรับปรุง		
5.2.2 การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก					
5.2.3 การล้างมือ					
5.2.4 การเช็ดโต๊ะ					
5.2.5 การตรวจอุณหภูมิข้อมือก่อนใช้					
5.2.6 การปลด-ต่อ ถุงน้ำยา					
5.2.7 การล้างสาย 5 วินาที					
5.2.8 การปิดจุก					
5.3 การบันทึกการล้างไตของผู้ป่วย					
5.4 การเก็บรักษายาเกิน					
5.5 การเก็บรักษายาฉีด EPO / Insulin					
5.6 วิธีการกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว					

5.7 อื่นๆ ถ้ามี (เขียนบรรยาย)

6. สัมภาษณ์ญาติ ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 1 คน ความสัมพันธ์เป็น _____ ของผู้ป่วย

(ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่าง)

6.1 เป็นผู้เปลี่ยนน้ำยา ใช่ ไม่ใช่

6.2 เป็นผู้ทำแผลให้ผู้ป่วย ใช่ ไม่ใช่

6.3 ใครเป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาให้ผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ ระบุ _____ จ้างผู้ดูแล

6.4 การดูแลตนเองของผู้ป่วย สนใจตนเอง สนใจตนเองบ้าง ไม่ดูแลตนเอง

6.5 ใครเป็นผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่มี มี ได้แก่ _____

6.6 กิจกรรมของผู้ป่วย ไม่ทำกิจกรรม/ไม่ทำงาน ทำงานได้บ้าง ทำงานบ้าน/งานประจำ

6.7 กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำให้กับสังคม ไม่ได้ทำ ทำงานบางเวลา มีงานประจำ

6.8 ผู้ป่วยเปลี่ยนน้ำยาตามกำหนด ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน_____

เพราะ_____

6.9 โดยภาพรวมความรู้สึกรู้สึกญาติประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยมีสุขภาพ ดี พอใช้ แย่

7. สรุปความคิดเห็นของผู้เยี่ยม (ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องว่าง)

7.1 สภาพแวดล้อม ดีเพียงพอสำหรับการพักอาศัยสำหรับผู้ป่วย

ไม่ดี ระบุ_____

7.2 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในเกณฑ์ที่ เหมาะสม

ไม่เหมาะสม ระบุ_____

7.3 ผู้ป่วยมีความสุขกับการรักษา ใช่

ไม่ใช่ ระบุ_____

7.4 สิ่งที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป ไม่มี, เยี่ยมตามกำหนดปกติทั่วไป

มีคือ_____

8. ปัญหาในการลงข้อมูลแบบประเมิน ไม่มี มีระบุ_____

ชื่อผู้บันทึก_____ ตำแหน่ง_____ วันที่เยี่ยม_____

รูปถ่ายที่ควรถ่ายในขณะที่ทำการเยี่ยมบ้าน

1. สภาพแวดล้อม: สถานที่เก็บน้ำยา, สถานที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา, สถานที่ทิ้งถุงน้ำยา
2. วิธีการเก็บยา: วิธีการเก็บยารับประทาน, วิธีการเก็บยาฉีด Epo รวมทั้งอินซูลิน (ถ้ามี)
3. ลักษณะอาหารที่รับประทาน
4. วิธีการล้างมือ
5. วิธีการทำแผล
6. วิธีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา

อาการหรือลักษณะผิดปกติที่ควรติดต่อ PD nurse ทันทีเพื่อให้คำแนะนำและแก้ไขให้แก่ผู้ป่วย

1. อาการเหนื่อยหอบ บวมมาก เจ็บหน้าอก
2. อาการไข้ หรือน้ำยาล้างไตขุ่น หรือแผลช่องทางออกมีลักษณะติดเชื้อ
3. น้ำยาไหลเข้าและไหลออกช้า
4. อาการซึมเศร้า เสี่ยงต่อ suicide

คำถามที่สอบถาม PD nurse เพิ่มเติมและคำแนะนำที่ได้จาก PD nurse

คำถาม	คำแนะนำ