****

**คู่มือบันทึกการรักษาผู้ติดเชื้อที่รับดูแลโควิด-19 กรณี Home isolation หรือ Community isolation**

**คำชี้แจง** แบบฟอร์มนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการหรือสถานบริการ ใช้เป็นแนวทางในบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ Covid-19 ที่เข้ารับการรักษาแบบ Home isolation หรือ Community isolation เพื่อให้เป็นแนวทางในการบันทึกเวชระเบียน โดยอ้างอิงข้อมูลมาจากแนวทางฯของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้หากหน่วยบริการมีระบบบันทึกการดูแลรักษากรณีดังกล่าวในรูปแบบอื่น เช่น โปรแกรม หรือสื่ออิเลกทรอนิกส์ เป็นต้น หากมีข้อมูลครบถ้วนตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ก็สามารถใช้ข้อมูลนั้นเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข และเพื่อรองรับการตรวจสอบได้

**คำอธิบายรายละเอียด**

| **ข้อมูล** |  **ความหมาย/คำจำกัดความ/แนวทางในการบันทึก** |
| --- | --- |
| **ข้อมูลทั่วไป** |
| ชื่อหน่วยบริการ | **หมายถึง** ชื่อหน่วยบริการที่รับผู้ติดเชื้อไว้ดูแลรักษา  |
| รหัสหน่วยบริการ | **หมายถึง** เลขรหัสสถานพยาบาล 5 หลัก ถ้าไม่มีไม่ต้องใส่ |
| วันที่รับบริการ | **หมายถึง** วันที่รับผู้ติดเชื้อที่ไว้ในความดูแล |
| วันที่จำหน่าย | **หมายถึง**  วันที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลพ้นจากความดูแล หรือส่งต่อ |
| ชื่อ-นามสกุล  | **หมายถึง** ชื่อผู้ติดเชื้อที่รับดูแล |
| PID | หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของประชาชนไทย หรือเลขประจำตัวกรณีต่างด้าว หรือหมายเลข passport ของชาวต่างชาติของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล |
| เพศ | หมายถึง เพศของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล |
| อายุ | หมายถึง อายุของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล ระบุเป็นปี |
| สิทธิ  | หมายถึง สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ลงใน 🞏 หน้าช่องสิทธิการรักษา □ UC = มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า □ ประกันสังคม = มีสิทธิประกันสังคม □ กรมบัญชีกลาง = มีสิทธิกรมบัญชีกลาง □ อื่น ๆ = มีสิทธิการรักษาอื่นนอกเหนือจากที่ระบุ เช่น สิทธิรัฐวิสาหกิจ ต่างชาติ เป็นต้น |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | **หมายถึง** ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล ให้ระบุที่อยู่โดยละเอียด (จำเป็นต้องระบุ) |
| เบอร์โทร | **หมายถึง** เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล หรือญาติที่สามารถติดต่อได้ (จำเป็นต้องระบุ) |
| ID Line (ถ้ามี) | **หมายถึง** ไอดีไลน์ของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล (ถ้ามี) ถ้าไม่มีไม่ต้องใส่ |
| อาการสำคัญ | **หมายถึง** อาการที่นำผู้ติดเชื้อที่รับดูแลมาโรงพยาบาล |
| ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์) | **หมายถึง** ชื่อซักประวัติและบันทึกข้อมูล เป็นพยาบาลหรือแพทย์ ให้ระบุชื่อและนามสกุล |
| เลขใบประกอบวิชาชีพ | **หมายถึง** เลขใบประกอบวิชาชีพของแพทย์ หรือ พยาบาลผู้บันทึกข้อมูล |
| **การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ** **หมายถึง** การซักประวัติเพื่อประเมินอาการผู้ติดเชื้อที่ดูแล แรกรับ |
| **อาการสำคัญที่บ่งว่าน่าจะเกิดอาการรุนแรง**   | **หมายถึง** ซักประวัติเพื่อประเมินว่าผู้ติดเชื้อที่รับดูแลมีอาการสำคัญที่บ่งว่าน่าจะเกิดอาการรุนแรง โดยให้ถามทุกข้อ ถ้าพบว่าข้อใดที่มีอาการ **วิธีบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 หน้าข้อที่มีอาการเท่านั้น โดยสามารถเลือกได้มากว่า 1 อาการ **ตัวอย่างข้อมูล**□ ไอเยอะ (sever cough) □ แน่นหน้าออก (chest tightness) มีอาการหายใจติด ๆ ขัดอยู่ที่คอ หายใจแล้วจุกตรงกลาง หรือหายใจแล้วสะดุด □ ทานอาหารไม่ได้ (poor appetite) □ อ่อนเพลียมาก (fatigue) □ ไข้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ (persistent fever) ตลอด 5-6 วันที่สังเกตอาการ  |
| **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง** | **หมายถึง** ประวัติหรืออาการของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงโดยให้ถามทุกข้อ **การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 หน้าข้อที่มีอาการเท่านั้นโดยสามารถเลือกได้มากว่า 1 รายการ**ตัวอย่างข้อมูล**□ Age > 60 ปี □ COPD (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (**Chronic Obstructive Pulmonary Disease**,)include chronic lung disease □ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)□ Chronic Heart disease□ CVA (โรคหลอดเลือดสมอง)□ T2DM (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (**Type 2 Diabetes** Mellitus) **\*** ส่วนใหญ่จะเกิดอาการรุนแรง จะมี pneumonia เกือบทุกคนในผู้ติดเชื้อที่รับดูแลที่ติดเชื้อ ยกเว้นผู้ติดเชื้อที่รับดูแลที่มี T2 DM แต่ได้รับการฉีดวัคซีน □ BMI (ค่าดัชนีมวลกาย) > 30 or BW > 90 kg (มี BMI > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือ มีน้ำหนักตัว มากกว่า 90 กิโลกรัม)□ Cirrhosis (โรคตับแข็ง) □ Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) □ Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3 \*ถ้าพบส่วนใหญ่จะมีการเกิดอาการรุนแรง (หากได้ผลมาก่อนแล้ว) |
| **การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า** | **หมายถึง** การประเมินสภาพจิตใจโดยการสอบถามความรู้สึก และถามคำถาม 2 ข้อเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดย ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ **การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 หน้าข้อประเมินพบ และระบุรายละเอียดอาการที่ประเมินได้**ตัวอย่างข้อมูล**□ สภาพจิตใจ ความรู้สึก เช่น เครียดมาก โดยระบุอาการที่พบ□ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน เช่น ขาดรายได้โดยระบุอาการที่พบ **ตัวอย่างข้อมูล** 1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่  □ ใช่ □ ไม่ใช่ 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่  □ ใช่ □ ไม่ใช่ |
| **ตรวจร่างกายแรกรับ**  | **หมายถึง** การตรวจร่างกายครั้งแรก โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดไข้ ชีพจร ความดันโลหิต **การบันทึก** น้ำหนัก = น้ำหนักตัวปัจจุบัน หน่วยเป็นกิโลกรัม ส่วนสูง = ส่วนสูง หน่วยเป็นเซนติเมตร BT = อุณหภูมิร่างกาย หน่วยเป็นองศาเซลเซียส  PR = อัตราการเต้นของหัวใจ หน่วยเป็นครั้ง / นาที RR = อัตราการหายใจ หน่วยเป็นครั้ง / นาที BP = ความดันโลหิต หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM) = ระบุวันที่ประจำเดือนมาวันแรกของเดือนล่าสุด (เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์) |
| Test Exercise Induce Hypoxia test | **หมายถึง** การทดสอบภาวะออกซิเจนต่ำในเลือดขณะออกกำลัง อาจนอนหงายแล้วปั่นขาแบบปั่นจักรยาน นาน 3 นาที หรือเดินข้างเตียงนาน 3 นาทีขึ้นไป แล้ววัด SpO2 ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 3**การบันทึก**ค่า O2 sat…….…% (ก่อน)) = บันทึกค่าที่วัดได้ก่อนทำ ค่า O2 sat….........% (หลัง) = บันทึกค่าที่วัดได้หลังออกกำลัง 3 นาทีTest ให้ผลบวก (SpO2 drop >= 3) นำค่า O2 sat ที่วัดได้ก่อนและหลัง ลบกัน ค่าที่ได้ **มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง 🞏 ใช่**  **ถ้าน้อยกว่า 3 ให้ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง 🞏 ไม่ใช่****ตัวอย่าง**O2 sat 99...% (ก่อน) O2 sat…..96...% (หลัง) Test ให้ผลบวก (SpO2 drop >=3) □ ใช่ □ไม่ใช่ |
| ผล Lab | **หมายถึง** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลที่มีอยู่เดิม หรือตรวจใหม่ ได้แก่ Chest X-ray ผลตรวจภาพรังสีทรวงอก กรณีที่มีผลตรวจ ให้ระบุ **การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 ไม่มี กรณีไม่มีผลตรวจให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏มี กรณีที่มีผลตรวจ และ ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 ปกติ กรณีมีผลตรวจ ปกติ ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง🞏ผิดปกติ **กรณีผลตรวจ**ผิดปกติ…(ให้ระบุว่าผิดปกติอย่างไร) |
| ผลตรวจคัดกรอง | **หมายถึง** การตรวจคัดกรองเพื่อยืนยันว่าติดเชื้อ Covid ซึ่งอาจตรวจด้วยวิธี Rapid antigen test หรือ RT-PCR หรือตรวจทั้งสองอย่าง โดยให้ระบุวิธีการตรวจ วันที่ตรวจ และชื่อหน่วยตรวจ พร้อมระบุรายละเอียดผลการตรวจ กรณีตรวจโดยวิธี RT-PCR **การบันทึก** **-** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏Rapid antigen test กรณี ตรวจด้วยวิธีRapid antigen test และระบุวันที่ตรวจ..................และชื่อ หน่วยที่คัดกรอง....... -ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏RTPCRและให้ระบุผลการตรวจในช่อง ผล....เช่น บวกหรือลบ ระบุวันที่ตรวจ................. และระบุชื่อหน่วยที่คัดกรอง.............  |
| การเตรียมอุปกรณ์และยา | **หมายถึง** ยาและอุปกรณ์ที่หน่วยบริการส่งต่อให้ผู้ติดเชื้อที่รับดูแล ขณะรักษาตัวที่บ้าน**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 เฉพาะรายการที่จัดเตรียมให้เท่านั้น กรณีที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลจัดหาด้วยตัวเองไม่ต้องบันทึก เลือกได้มากกว่า 1 รายการ **ตัวอย่างข้อมูล** □ปรอทวัดไข้ □ เครื่องพ่นยา □ เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว □ ยา □ เครื่องผลิตออกซิเจน □ หน้ากากอนามัย □ ถุงแดง |
| คำสั่งการรักษา | **หมายถึง** คำสั่งของแพทย์ที่สั่งการรักษา โดยแพทย์ต้องประเมินระดับความรุนแรงของโรคตามอาการว่าผู้ติดเชื้อ และสั่งยา/การส่งตัวตามระดับความรุนแรงของโรค โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงดังนี้ Level 1 (green) = ไม่มีปัจจัยเสี่ยง อาการไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการ Level 2 (Yellow) = มีปัจจัยเสี่ยง หรืออาการแสดง (ไข้สูง แน่นหน้าอก ไอ ไอเป็นเลือด) Level 3 (Red) = ภาวะขาดออกซิเจน**การบันทึก**ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏ระดับความรุนแรงของแต่ละระดับ และให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏รายการยาหรือการรักษาใต้ช่องของระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ ที่แพทย์สั่งการรักษากรณีที่มีรายการยา หรือการสั่งการรักษาอื่นๆที่นอกจากรายการที่กำหนดให้บันทึกใน 🞏 **ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้อื่นๆ พร้อมระบุรายละเอียด..........ใน** Level 1 (green) **หรือ ในช่องว่าง........ใน**Level 3 (Red)**ทั้งนี้**สามารถเลือกระดับความรุนแรงได้มากกว่า 1 ระดับ ตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง □ Refer รพ................................. กรณีที่ต้องส่งตัวผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาในโรงพบาบาลเนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงให้ระบุ โรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษา และให้ลงชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่ง หรือเปลี่ยนแปลงการรักษา**ตัวอย่าง****□ Level 1 (green) สีเขียว** **□** ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs  □ Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs  □ Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs  □ CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs □ Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs □ ยาผู้ติดเชื้อที่รับดูแลที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม □ Miracid 1 cap po ac # 20 caps |
| แบบยินยอมเข้ารับการรักษา | **หมายถึง** แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาของผู้ติดเชื้อ ด้วยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation /community isolation) โดยอาจบันทึกคำยินยอมของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลผ่านระบบการสื่อสารทางไกล เช่น โทรศัพท์ หรือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์  ผ่าน เบอร์โทรศัพท์ = ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลได้รับฟังคำอธิบาย และให้ความยินยอมรักษา ผ่านทางโทรศัพท์ สื่ออิเลกทรอนิกส์ = ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลได้รับฟังคำอธิบาย และให้ความยินยอมรักษา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Line VDO call เป็นต้น**การบันทึก**ลงชื่อผู้ติดเชื้อที่รับดูแล/ญาติ ......(ระบุชื่อตัวและนามสกุลที่อ่านออก ของ ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลหรือญาติ) ลงชื่อพยาน.... (ระบุชื่อตัวและนามสกุล ของบุคลากรผู้ให้บริการ) ผ่าน เบอร์โทรศัพท์.. (ระบุเบอร์โทรของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล และผู้ให้ข้อมูล และเวลาที่โทร)  หรือ สื่ออิเลกทรอนิกส์.(ระบุชื่อสื่อที่ใช้ติดต่อ โดยเก็บภาพหน้าจอไว้เป็นเป็นหลักฐาน) วันที่ (ระบุวันที่ที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลให้การยินยอม) |
|  ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ / Plan | **หมายถึง** ปัญหาและคำวินิจฉัยอื่น ๆ เพิ่มเติม และการวางแผนให้การดูแลรักษา (ถ้าไม่มีไม่ต้องใส่)**การบันทึก** ระบุปัญหาและคำวินิจฉัย และบันทึกการวางแผนการดูแลรักษา เป็นรายข้อ |
| การติดตามประเมินอาการรายวัน | **หมายถึง** การติดตามประเมิน body temperature และ O2 sat การให้ยา การประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพหรือจิตใจ รวมถึงบันทึก progress note ของแพทย์ หรือบันทึกการพยาบาล กรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องประเมินทุกวัน ตั้งแต่เริ่มต้นดูแลวันที่ 1 – 14 หรือ ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **การบันทึก** Day = วันเริ่มต้นการรักษา วันแรก ถึงวันที่ 14  วัน/เดือน/ปี = ระบุวันที่ /เดือน / ปี พ.ศ. ที่ประเมิน BT (oC) = บันทึกอุณหภูมิร่างกาย O2 sat (%) = ระบุค่าออกซิเจนที่ปลายนิ้ว Medication = ระบุชื่อยาที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลได้รับในวันนั้นๆ กรณีที่ไม่มีการสั่งการรักษาไม่ต้องบันทึก Patient Educate & Psychosocial Support / Progress Note = บันทึกการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ หรือจิตใจ รวมถึง Progress note ของแพทย์ในการณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ประเมิน = ลงชื่อผู้ประเมินในแต่ละวัน  |
| Psychological problem | **หมายถึง** ปัญหาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลขณะรักษาตัวที่บ้าน**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าข้อที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล**□** Depression (อาการซึมเศร้า)□ ความวิตกกังวล □ stigma (การถูกตีตรา)□ อื่นๆ.....ระบุปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากที่มีให้เลือก.........**ตัวอย่าง** **□** Depression (อาการซึมเศร้า)□ ความวิตกกังวล □ stigma (การถูกตีตรา)□ อื่นๆ..... |
| Plan support | **หมายถึง** แผนการดูแลตามปัญหาทางจิตใจตามที่ประเมินได้จากหัวข้อ Psychological problem กรณีที่ไม่มีไม่ต้องบันทึก **การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าหัวข้อแผนการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล**□** ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนติดตามอาการ**□** รับฟัง ให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกผู้ติดเชื้อที่รับดูแล□ ….ให้ระบุคำแนะนำ หรือการดูแลอื่นๆ นอกเหนือจากที่มีให้เลือก.............................. ต้องการ ปรึกษา □ จิตแพทย์ □ นักจิตบำบัด **(**ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 **)****ตัวอย่าง****□** ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนติดตามอาการ**□** รับฟัง ให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกผู้ติดเชื้อที่รับดูแล□ …...............................ต้องการ ปรึกษา □ จิตแพทย์ □ นักจิตบำบัด |
| บันทึกการรับประทานยาขณะรักษาที่บ้าน | **หมายถึง** บันทึกการใช้ยาเฉพาะที่ใช้สำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อ Covid โดยระบุชื่อยาที่ได้รับ วันเริ่มต้น และวันสิ้นสุด**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าชื่อยาที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลได้รับพร้อมระบุวันที่เริ่มใก้ยาและวันที่หยุดการให้ยา□ ฟ้าทะลายโจร เริ่มวันที่..ระบุวันเดือนปีที่เริ่มให้ยาวันแรก...หยุดวันที่..ระบุวันเดือนปีที่หยุดให้ยา□ Favipiravir เริ่มวันที่............................หยุดวันที่............................□ …....ระบุชื่อยาอื่นๆ ที่ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลได้รับ วันเริ่มต้น และสิ้นสุดการให้ยา.**ตัวอย่าง****√** ฟ้าทะลายโจร เริ่มวันที่..1/7/64...หยุดวันที่.14/7/64.□ Favipiravir เริ่มวันที่............................หยุดวันที่............................□ ...Dextromethorphan เริ่มวันที่.3/7/64 ...หยุดวันที่...8/7/64......... |
| Family & Social issues  | **หมายถึง** ประเด็นปัญหาเฉพาะด้านครอบครัวและสังคมของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลและคนในครอบครัวเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสภาวะของผู้ติดเชื้อ**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าหัวข้อที่เป็นปัญหาและระบุจำนวนคน ในหัวข้อที่มีให้ระบุ**ตัวอย่าง****√** 1.มีบุคคลอื่นในบ้านที่ติดเชื้อ จำนวน..2......คน **√** 2.บุคคลในบ้านที่มีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง จำนวน.. 1.....คน □3.บุคคลอื่นที่เข้าข่าย PUI จำนวน.......คน□4.บุคคลในครอบครัวต้องการการรักษาพยาบาล จำนวน.......คน**√**  5.กลุ่มเปราะบางที่ต้องการการสนับสนุนการตรวจและการดูแลเป็นพิเศษ□6.ยากจนมาก |
| Plan Support | **หมายถึง** แผนการดูแลตามปัญหาด้านครอบครัวและสังคมของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลตามที่ประเมินได้ในหัวข้อ Family & Social issues **การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าหัวข้อที่เป็นแผนการดูแลให้ตรงกับปัญหาในแต่ละข้อ**ตัวอย่าง** **√**  1.ประเมินและรับไว้ดูแลรักษาเป็นรายใหม่ รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ**√**  2.การส่งต่อเพื่อประเมินการติดเชื้อ COVID 19 อย่างเร่งด่วน□3.แนะนำ/ส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อรายใหม่□4. ให้การรักษาพยาบาลเป็นรายใหม่**√** 5.ส่งต่อเพื่อดูแล □ นักสังคมสงเคราะห์ **√**  นักจิตวิทยา □ long term care team ( rehabilitation /community nurse team) □ อื่นๆ□6.ประสานการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์ หรือ ส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์ |
| อาการแทรกซ้อน | **หมายถึง** อาการแทรกซ้อนของผู้ติดเชื้อที่รับดูแลขณะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้**โ**ดยเป็นการสรุปอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่วันแรกจนถึงวันจำหน่ายออกจากการดูแลติดตามอาการ**การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าหัวข้อที่เป็นอาการแทรกซ้อน หากมีอาการนอกเหนือจากนี้ ให้ใส่ **√** ในช่อง 🞏 อื่นๆ แล้วระบุอาการนั้นๆ**ตัวอย่าง****√** เหนื่อย **√**  ไอ□ ไข้เจ็บหน้าอก**√**  O2 sat < 96%**√**  อื่นๆ.....คลื่นไส้ อาเจียน |
| การดูแลรักษา | **หมายถึง** การให้การดูแลรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ติดเชื้อที่รับดูแล ขณะเข้ารับการรักษาในครั้ง**นี้ที่พบในหัวข้อ อาการแทรกซ้อน****การบันทึก** ให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏หน้าหัวข้อที่เป็นการดูแลรักษา หากนอกเหนือจากนี้ ให้ใส่ **√** ในช่อง 🞏 อื่นๆ แล้วระบุอาการนั้นๆ**□** O2 therapy (การดูแลให้ออกซิเจน ระบุขนาดที่ให้)□ นอนคว่ำ 12-16 ชั่วโมง /วัน□ medication อื่นๆ....(ระบุชื่อยา และขนาดที่ให้)□ ประสานส่งต่อ....(ระบุชื่อโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ)□ อื่น ๆ........(ให้ระบุการดูแลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากนี้).....**ตัวอย่าง****√** O2 therapy…. 3 LPM □ นอนคว่ำ 12-16 ชั่วโมง/วัน□ medication อื่นๆ................................................**√**  ประสานส่งต่อ...เช่น รพ.บุษราคัม□ อื่น ๆ..................................................................... |
| สรุปการรักษาก่อนจำหน่าย | **หมายถึง** การประเมินอาการ สัญญาณชีพ และการสรุปสถานะผู้ติดเชื้อที่รับดูแลก่อนพ้นจากการดูแลรักษา รวมถึงการส่งตัวไปรักษาต่อ**การบันทึก** BT = อุณหภูมิร่างกาย หน่วยเป็นองศาเซลเซียส  PR = อัตราการเต้นของหัวใจ หน่วยเป็นครั้ง / นาที RR = อัตราการหายใจ หน่วยเป็นครั้ง / นาที อาการ = บันทึกอาการผู้ติดเชื้อที่รับดูแลก่อนจำหน่ายให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 หน้าสถานะผู้ติดเชื้อที่รับดูแล **□** อยู่ครบ 14 วัน อาการดีขึ้น ( ผู้ติดเชื้อที่รับดูแลรักษาตัวจนครบ 14 วันแล้วอาการดีขึ้น หรือหาย) □ Refer วันที่......(ส่งตัวไปรักษาต่อ ให้ระบุวันเดือนปีที่ส่งต่อ) และให้ใส่เครื่องหมาย **√** ในช่อง 🞏 เหตุผลที่ต้องส่งต่อ **□** เนื่องอาการหนัก รพ.....(กรณีที่ส่งต่อเพราะอาการหนัก ให้ระบุชื่อโรงพยาบาล และเวลาที่ส่งต่อ) □ กลับไปรักษาภูมิลำเนา จังหวัด...(กรณีต้องการกลับไปรักษาตัวที่ภูมิลำเนา ให้ระบุชื่อจังหวัด) □ อื่น ๆ ระบุ..........(ส่งต่อด้วยเหตุผลอื่นๆนอกจากนี้ ให้ระบุ)**ตัวอย่าง**  **□** อยู่ครบ 14 วัน อาการดีขึ้น  **√**  Refer วันที่ 12/7/64 **√** เนื่องอาการหนัก รพ.บุษราคัม เวลา 15.00 น. □ กลับไปรักษาภูมิลำเนา จังหวัด.......... □ อื่น ๆ ระบุ.......... |
| ลงชื่อพยาบาล / เลขที่ใบอนุญาต | **หมายถึง** ชื่อและเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ของพยาบาลที่เป็น**ผู้สรุป**การดูแลรักษา**การบันทึก** ให้ลงชื่อพยาบาล **ในช่องที่ระบุ** ลงชื่อพยาบาล**........** หากเป็นลายเซ็น ต้องระบุชื่อและนามสกุลที่สามารถระบุตัวตนได้และระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**ในช่องที่ระบุ เลขที่ใบอนุญาต........**  |
| ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา /เลขใบประกอบวิชาชีพ | **หมายถึง** ชื่อและเลขใบประกอบวิชาชีพของแพทย์ผู้ดูแลรักษา**การบันทึก** ให้ลงชื่อแพทย์ **ในช่องที่ระบุ** ลงชื่อแพทย์**ผู้รักษา...................** หากเป็นลายเซ็น ต้องระบุชื่อและนามสกุลที่สามารถระบุตัวตนได้และระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**ในช่องที่ระบุ** เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**...........** |