

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

เอกสารหน่วยงาน

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : มาตรฐานการรับผู้ป่วยใหม่

รหัสเอกสาร : WI-NUR- 01

รายชื่อ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
ผู้จัดทำ	ทีมงานผู้ป่วยใน		
ผู้รับรอง	นางสุริพร ทองชั้น	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	
ผู้อนุมัติ	นพ.สุรพงษ์ บุญประเสริฐ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	

สำเนาฉบับที่.....

ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2

วันที่บังคับใช้ 1 สิงหาคม 2557

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง : มาตรฐานการรับผู้ป่วยใหม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความเจ็บป่วย ร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ วางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ผู้รับผิดชอบ

วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

การรับข้อมูลการ Admit จาก ER
OPD Admission

เจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาล Ward

WI- NUR-01

การเตรียมความพร้อมด้าน Unit
ชุดผู้ป่วย อุปกรณ์การรับใหม่และ
เอกสาร Admit

เจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาล Ward

WI- NUR-01

การประเมินผู้ป่วยแรกรับ
ให้คำแนะนำ/ Treatment

เจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาล Ward

WI- NUR-01

การรับข้อมูลการ Admit จาก ER / OPD / Admission

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการรับข้อมูล การ Admit ได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน

ขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. ได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์ จาก ER หรือ OPDหรือ Admissionว่าจะมีผู้ป่วยมา Admit โดยแจ้งให้ทราบชื่อ – สกุล อายุ ชื่อโรค สิทธิการรักษา และอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมในการรักษาผู้ป่วย

การเตรียมความพร้อมด้าน Unit ชุดผู้ป่วย อุปกรณ์การรับใหม่และเอกสาร Admit

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการ Admit ได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

ขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. เตรียมความพร้อม Unit ผู้ป่วย อาทิเช่น เตรียมเตียง เปิดไฟให้แสงสว่าง เปิดแอร์ พัดลม เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เสียบปลั๊กกระติกน้ำร้อน ปลั๊กตู้เย็น และดูแลความสะอาดทั่วไปภายในห้อง และในห้องน้ำ
2. เตรียมชุดผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
3. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการประเมินรับผู้ป่วยใหม่และเอกสารการ Admit

การประเมิน ผู้ป่วยแรกรับ / ให้คำแนะนำ/ Treatment

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการ Admit ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

ขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยมาถึง Ward โดยพนักงานเวรเปิด
2. พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ รับผู้ป่วยพร้อมกับสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยยิ้ม ไหว้ ทักทาย สวัสดี ด้วยหน้าตายิ้มแย้ม สุภาพ อ่อนโยน
3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย พร้อมชั่งน้ำหนักทุกราย (ยกเว้นกรณีผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้)
4. พยาบาลเป็นผู้ Check Vital Sign ชักถามอาการ ประวัติต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ปัญหาและข้อสงสัย
5. สอบถามผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย และยาที่ใช้ประจำ เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ
6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสถานที่เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นในกิจวัตรประจำวัน หรือ เครื่องใช้อื่น ๆ เช่น การเปิด ปิดแอร์ ตามเวลาการใช้สัญญาณกริ่งเรียกพยาบาล เมื่อต้องการความช่วยเหลือ
 - แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระเบียบของโรงพยาบาลในการใช้บริการห้องพักรักษาและสามัญตามคู่มือที่มีไว้ประจำในแต่ละห้อง/ที่เตียงผู้ป่วย เป็นต้น
 - แนะนำเกี่ยวกับการเซ็น ใบยินยอมการรักษาพยาบาล โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจ
7. หลังจากพยาบาลซักประวัติแล้ว มีการบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบ บันทึกทางการพยาบาล โดยประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม
8. ทำ Treatment ตามคำสั่งแผนการรักษาของแพทย์
9. ดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมการพยาบาล

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

เอกสารหน่วยงาน

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : การบริหารยาทางการพยาบาล

รหัสเอกสาร : WI-NUR- 03

รายชื่อ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
ผู้จัดทำ	ทีมงานผู้ป่วยใน		
ผู้รับรอง	นางสุริพร ทองชั้น	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	
ผู้อนุมัติ	นพ.สุรพงษ์ บุญประเสริฐ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	

สำเนาฉบับที่.....

ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 3

วันที่บังคับใช้ 1 มีนาคม 2558

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง : การบริหารยาทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การปฏิบัติในการบริหารยาทางการพยาบาล เป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด
2. เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดจากการบริหารยาทางการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้

นโยบาย

พยาบาลให้การบริหารยาทางการพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐานและผู้ใช้บริการมีความปลอดภัย

ขอบเขต

ใช้ในการบริหารยาทางการพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายในความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

คำจำกัดความ

การบริหารยาทางการพยาบาล หมายถึง การบริหารยาที่เกิดจากการปฏิบัติของพยาบาล ตั้งแต่ การซักประวัติการใช้ยา/ การแพ้ยา การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การบันทึกการกรดยา การเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย การเตรียมยา การมอบยาให้ผู้ป่วยจนถึงการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา

การปฏิบัติ

1. การรับแผนการรักษาของแพทย์

- 1.1 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาที่ใช้ในการบริหารยามาก่อน
- 1.2 ระบุชื่อ-สกุล อายุ AN HN ของผู้ป่วยโดยการใช้ Sticker ติดที่ใบสั่งการรักษาทุกแผ่น
- 1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยปฏิบัติ ดังนี้
 - 1) ตรวจสอบผู้ป่วยในร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการรักษาแก่แพทย์ รับทราบแผนการรักษา รวมทั้งหาหรือซักถามทันทีเมื่อมีข้อสงสัย
 - 2) ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ต้องให้มีลายเซ็นแพทย์ผู้รับผิดชอบ รวมทั้งหากมีการแก้ไขแผนการรักษาต้องมีลายเซ็นแพทย์กำกับในส่วนที่แก้ไข
 - 3) ตรวจสอบแผนการรักษา ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่ / รับย้าย ที่มีแผนการรักษาของแพทย์มาพร้อมผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องตรวจสอบ ชื่อยา รูปแบบของยา ขนาด ความแรง วิธีใช้ หากไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน มีปัญหา/ ข้อสงสัย ห้ามคาดเดา ให้สอบถามแพทย์ผู้สั่งการรักษาทันที
- 1.4 คัดลอกยาและวิธีบริหารยาลงใน Medication Record แยกรายการยาตามคู่มือ การบันทึกยาใน Medication Record โดยระบุเวลาที่วางแผนให้ยาไว้ในช่อง Time

1) กรณีคำสั่งการรักษาของแพทย์มีการใช้ยาขนาดพิเศษ เช่น 2 เม็ด ¼ เม็ด 0.5 เม็ด 250 mg เป็นต้น ให้วงกลมรอบขนาดยาด้วยปากกาสีแดง

1.5 พยาบาลลงลายชื่อชื่อ พร้อมระบุวันที่และเวลารับคำสั่งการรักษาทุกครั้ง

2. การเก็บรักษายาในหอผู้ป่วย

2.1 ยารับประทานให้เก็บในภาชนะ / กล่อง / ซองเก็บยาของผู้ป่วย โดยตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล หมายเลขเตียง / ห้อง ให้ถูกต้อง

2.2 ยา Floor stock ให้จัดเก็บในส่วนที่อยู่บริเวณเดียวกับที่จัดเตรียมยา และจัดเก็บให้เป็นระเบียบ และหมวดหมู่ตามระบบ FIFO (First in First out)

1) ยา High Alert Drug (HAD) ที่เป็นยานิดและยาน้ำให้แยกจัดเก็บในที่เฉพาะ และต้องระบุให้ชัดเจนว่า “High Alert Drug ” และภายในที่จัดเก็บต้องมีการแยกเก็บยาให้เป็นหมวดหมู่ โดยติดสัญลักษณ์ HAD ที่บรรจุภัณฑ์ / กล่อง หรือภาชนะที่หอผู้ป่วยจัดทำขึ้น

2) ยาเสพติด แยกเก็บต่างหาก มีกุญแจปิดเรียบร้อย ควบคุมการใช้โดยหัวหน้าทีมการพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้าหน่วย

2.3 ยา / สารละลาย / ยาที่ผสมจากห้องเภสัชกรรม เก็บให้ถูกต้องตามคู่มือการเก็บรักษาเพื่อให้ยามีประสิทธิภาพคงที่ ดังนี้

1) ยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิตู้เย็น ต้องเก็บเข้าตู้เย็นทันที และเก็บตามระบบ FIFO

2) ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (ห่างกันประมาณ 12 ชั่วโมง) ให้อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส

3) ยาที่เก็บในอุณหภูมิห้อง : อุณหภูมิห้อง ต้องไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส

4) ยาที่ต้องเก็บพ้นแสง ให้เก็บในซองยาสีน้ำตาล / กล่อง หรือภาชนะปิดกระดาศไม่ให้แสงผ่านที่หอผู้ป่วยจัดทำขึ้น

2.4 ในกรณีย้ายเตียงให้ย้ายยาทุกชนิดของผู้ป่วยใส่ในช่องเก็บยาให้ตรงกับเลขห้อง/เตียงใหม่พร้อมระบุชื่อ นามสกุล HN, AN หรือติด Sticker ผู้ป่วย

3. การจัดเตรียมยา

3.1 จัดยาในสถานที่ที่เหมาะสม สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งรบกวน อยู่บริเวณเดียวกับสถานที่เก็บยาของผู้ป่วย

3.2 จัดอุปกรณ์ช่วยการบริหารยาให้เพียงพอในบริเวณที่จัดยา

3.3 ลดการรบกวนพยาบาลผู้จัดเตรียมยา / แจกยา งดรับโทรศัพท์ระหว่างจัดยา

3.4 พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย จัดยาผู้ป่วย ถ้าได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ราย เมื่อจัดยาเสร็จ แต่ละรายการ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทันทีในช่องเวลาด้านบนของรายการยา

3.5 พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วยในการดูแลทุกคนให้ถูกต้อง พร้อมลงลายมือชื่อกำกับอย่างน้อยหนึ่งครั้งภายใน 24 ชั่วโมง ในช่อง Confirm by (nurse's signature) ด้านล่างของ Medication Record

- 3.6 ยาฉีดที่ผสมหรือบรรจุใน Syringe ให้มีการระบุ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง บน Syringe และให้บรรจุยาที่เตรียมทั้งหมดในถาดที่มีฝาปิด (Tray) ส่วนยาที่ผสมใน Piggy bag ให้ติดชื่อผู้ป่วย ชื่อยา และความแรงของยาให้ครบถ้วน
- 3.7 ยา Small dose ให้จัดเตรียมพิเศษเฉพาะราย หากเหลือใน Ampule ให้ทิ้งทั้งหมด เช่น Morphine, Pethidine ฯลฯ
- 3.8 ในการเตรียมยา Multi-used drug ให้ใช้ตามคู่มือของ Infection control ในเรื่องของการป้องกันการปนเปื้อน และการเก็บรักษา ส่วนระยะเวลาหลังการเปิดใช้ให้ปฏิบัติตามคู่มือของฝ่ายเภสัชกรรม
- 3.9 กรณียาฉีดที่ผสมแล้วเก็บไว้ใช้ใน Dose ต่อไป (บรรจุใน Vial) ระบุรายละเอียด เดียง ชื่อสกุลผู้ป่วย ความเข้มข้นของยา วันและเวลาผสม วันและเวลาหมดอายุหลังการผสม ชื่อผู้ผสม โดยบันทึกลงใน Sticker ชื่อผู้ป่วย (กำหนดเวลา และอุณหภูมิของการเก็บยา ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำตามคู่มือ การเก็บรักษาพยาบาลเภสัชกรรม)
- 3.10 จัดยาที่บรรจุฟอยล์ แยกจากยาเม็ดเปลือย
- 3.11 ยาน้ำให้เทใส่แก้วยาเมื่อจะนำไปให้ผู้ป่วยเท่านั้น ไม่เทไว้ก่อน

4. การแจกจ่าย / และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง

- 4.1 พยาบาลผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบก่อนให้ยา ทุกครั้ง ต้อง Double check ขณะส่งมอบยากับผู้ป่วย หากมีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีส่วนร่วม เพื่อตรวจสอบร่วมกัน (Right drug)
- 4.2 ระบุตัวผู้ป่วย ให้ถูกต้อง โดยถามชื่อ-สกุล ตรวจสอบป้ายชื่อมือ (Right patient / client)
- 4.3 ให้ข้อมูลและคำแนะนำ เรื่อง ชื่อ ประเภท ขนาด ลักษณะ วิธีการใช้ และผลข้างเคียงของยา แก่ผู้ป่วย / ญาติ เพื่อให้มีความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการบริหารยา
- 4.4 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลทันทีหากเป็นไปได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อหน้า ให้พยาบาลนำยากลับมาก่อน หากไม่สามารถรอให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ในขณะนั้น ได้ อาจมอบหมายให้พยาบาลอื่นเป็นผู้ดูแลต่อ หลังจากผู้ป่วยรับประทานยาแล้วให้แจ้งพยาบาลผู้รับผิดชอบทราบ ทั้งนี้การส่งมอบยาต้องอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในเรื่องเวลา (Right time) ยาที่บรรจุฟอยล์ให้ฉีกฟอยล์ออกก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วยรับประทาน
- 4.5 ลงลายมือชื่อหลังมอบยาให้ผู้ป่วยใน Medication Record ในแต่ละรายการทันที ให้ลงลายมือชื่อกำกับทันทีในช่องเวลาด้านล่างของรายการยา (Right record) พร้อมลงเวลาใน ช่อง Real Time ให้ตรงกับเวลาจริงที่มอบยาให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) และยาที่ให้ทันที (Stat)
- 4.6 กรณีนักเรียนพยาบาล / นักศึกษาพยาบาล / พยาบาลที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ บริหารยาต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์พยาบาล / พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้กำกับดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อในการบริหารยา
- 4.7 ติดตามผลข้างเคียงของยา ผลลัพธ์ที่เกิดจากยาต่าง ๆ และบันทึกการติดตามใน Nursing Progress Note

- 4.8 กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ให้แจ้งแพทย์ทราบทันทีและประสานกับเภสัชกร เพื่อดำเนินการในระบบการติดตามผลอันไม่พึงประสงค์จากยาต่อไป
- 4.9 กรณีบริหารยาทาง Infusion pump ให้ปฏิบัติตามดังนี้ (Right technique)
- 1) เชี่ยวผู้ป่วยและตรวจสอบอัตราการใช้ยาเป็นระยะสม่ำเสมอ
 - 2) ตรวจสอบปริมาณสารละลายยาที่เหลือ (กรณีไม่ใช่ Infusion pump ให้ดูแถบเวลา) อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง และสรุปการบริหารยาและผลจากการบริหารยาใน Nursing Progress Note

5. การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

- 5.1 อ่านทวนสอบคำสั่งแพทย์กับแพทย์ผู้สั่งทันทีทุกครั้ง และบันทึกการสั่งในใบสั่งการรักษาและใน Nursing Progress Note
- 5.2 ควรเปิด Speaker phone หรือพูดทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ให้พยาบาลที่อยู่เวรร่วมรับทราบหรือมีพยาบาลคู่เวรเป็นพยาน
- 5.3 พยาบาลพูดทวนคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
- 5.4 บันทึก ชื่อแพทย์ วัน และเวลาที่สั่งยา ในใบสั่งการรักษา
- 5.5 ลงลายมือชื่อพยาบาล วันที่ เวลาที่รับคำสั่งการรักษา
- 5.6 ควรให้แพทย์เซ็นชื่อภายใน 24 ชั่วโมง
- 5.7 กรณีที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์ต้องเขียนคำสั่งการรักษาเองหรือลงชื่อภายหลังการสั่งใช้ยา (ตามที่องค์กรแพทย์กำหนด)

6. การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน

พยาบาลนำยาเดิมผู้ป่วยมาเก็บไว้ในเคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อป้องกันการรับประทานยาซ้ำซ้อน/ยาที่แพทย์สั่งงด

7. ยาเคมีบำบัด

ให้ปฏิบัติตามวิธีการบริหารยาเคมีบำบัด

8. การประกันคุณภาพการบริหารยา

หน่วยปฏิบัติให้ติดตามการปฏิบัติ โดยการสุ่มการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติ การบริหารยาทางการพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน แล้วส่งให้คณะกรรมการประกันคุณภาพการบริหารยาทางการพยาบาลทุกเดือน

9. ตัวชี้วัดคุณภาพ

- 9.1 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทางการพยาบาล
- 9.2 ร้อยละการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยาทางการพยาบาล

10. กรณีมีปัญหาทางการบริหารยาสามารถปรึกษา หน่วยงานเภสัชกรรม ผู้ป่วยใน

ติดต่อได้ที่ห้องยาใน ตึกสมเด็จย่า 2 หมายเลข 1036 ตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

เอกสารหน่วยงาน

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : การเตรียมรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

รหัสเอกสาร : WI-NUR-011

รายชื่อ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
ผู้จัดทำ	ทีมงานผู้ป่วยใน		
ผู้รับรอง	นางสุริพร ทองชั้น	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	
ผู้อนุมัติ	นพ.สุรพงษ์ บุญประเสริฐ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	

สำเนาฉบับที่.....

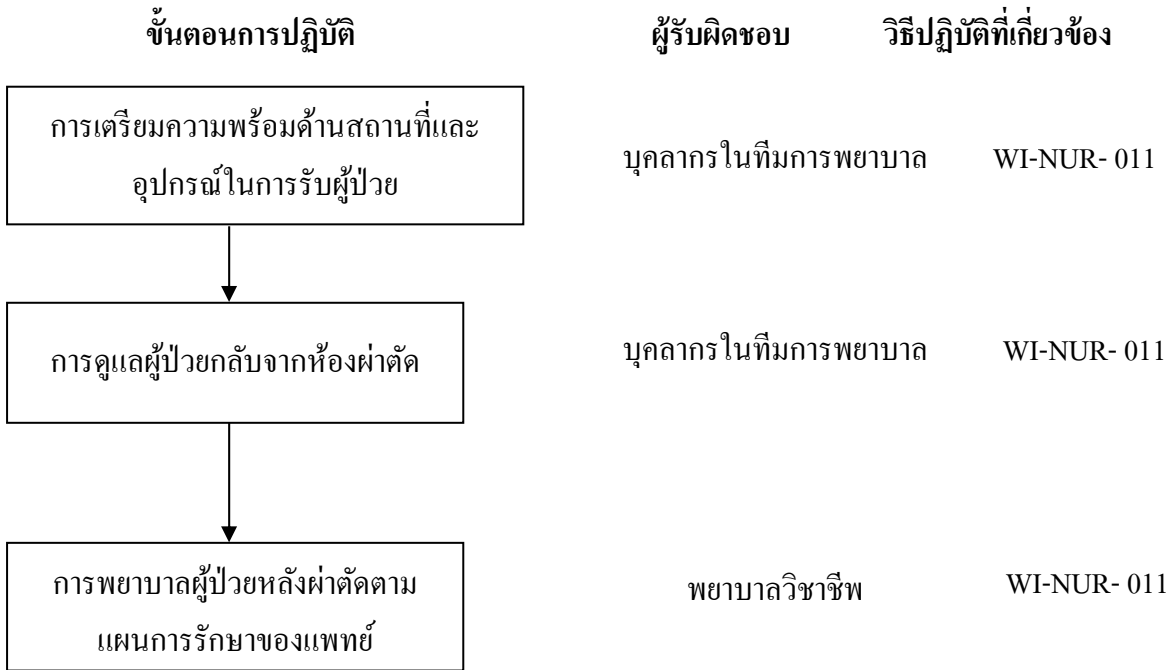
ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2

วันที่บังคับใช้ 1 สิงหาคม 2557

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง : การเตรียมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายและบรรเทาอาการปวด หลังผ่าตัด
2. เพื่อให้ถูกต้องตรงตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด



การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการรับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

คำนิยามศัพท์

1. แผ่น Pat slide หมายถึง แผ่นกระดานที่ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเตียงหนึ่งไปยังอีกเตียงหนึ่ง โดยเกิดความกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

ขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้
 - 1.1 เตรียมเตียง ให้อยู่ในสภาพพร้อมรับผู้ป่วย
 - 1.2 เตรียมอุปกรณ์ในการรับผู้ป่วย เช่น ออกซิเจน ซามรูปไต เป็นต้น
2. ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี โทร.ประสานงานพยาบาล Ward ว่าจะส่งผู้ป่วยกลับห้องพัก
3. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเข้าห้องพัก
4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเปลี่ยนเตียงโดยใช้แผ่น Pat slide ด้วยความนุ่มนวล และระมัดระวังการกระทบกระเทือนบาดแผล รวมทั้งอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปตามขั้นตอนการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน
2. เพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง เมื่อมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกิจกรรมการพยาบาล และตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้
 - 1.1 Record vital sign q 15 นาที x 4 ครั้ง / q 30 นาที x 2 ครั้ง / q 1 ชั่วโมง until stable
 - 1.2 observe แผลผ่าตัดว่ามี discharge, bleeding ซึมหรือไม่ ถ้าซึมมากผิดปกติให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ
 - 1.3 observe content ถ้าผู้ป่วย on vacuum drain และบันทึกจำนวนปริมาณ ลักษณะ สี ลงในใบบันทึกการพยาบาล และฟอร์มปรอท
 - 1.4 ประเมินระดับความปวด/ระดับความรู้สึกตัวหลังได้ยาระงับความรู้สึก
 - 1.5 อธิบายวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบเช่น แนะนำการ NPO (ถ้าแพทย์มีคำสั่งการรักษา) หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือคันตามร่างกาย
 - 1.6 นึกยาปฏิชีวนะหรือยาอื่นๆ (ถ้าแพทย์มีคำสั่งการรักษา) ตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 1.7 ดูแลการให้เลือด หรือ IVF ให้ตรงตามที่แพทย์มีคำสั่งการรักษา
 - 1.8 Observe และ record จำนวนลักษณะ ปริมาณ และสีของ urine (ในรายที่มีการ retained Foley's catheter)
 - 1.9 รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดแผลมาก vital sign ผิดปกติ เป็นต้น
- หมายเหตุ ข้อ 1.1-1.4 บันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด

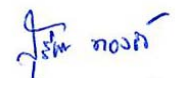
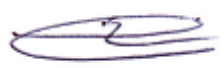
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมมหาชน)

เอกสารหน่วยงาน

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : การปฏิเสธการรักษา และไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล

รหัสเอกสาร : WI-NUR- 016

รายชื่อ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
ผู้จัดทำ	องค์กรพยาบาล		
ผู้รับรอง	นางสุรีพร ทองชั้น	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	
ผู้อนุมัติ	นพ.สุรพงษ์ บุญประเสริฐ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	

สำเนาฉบับที่.....

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2

วันที่บังคับใช้ 1 สิงหาคม 2557

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยพิเศษการรักษา

กรณีผู้ป่วยหรือญาติขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

1. กรณีที่ญาติ หรือตัวผู้ป่วย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล
 - พยาบาลประเมินความเชื่อของญาติหรือผู้ป่วย โดยการพูดคุย ถึงเหตุผลที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
 - พยาบาลคุยกับญาติ หรือผู้ป่วย โดยบอกเหตุผล ความสำคัญของการที่ผู้ป่วยยังต้องรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล
 - ถ้าญาติหรือผู้ป่วยยังยืนยันต้องการนำตัวผู้ป่วยกลับ ให้รายงานแพทย์ และให้ญาติ หรือผู้ป่วยเซ็น ไม่สมัครใจอยู่
2. กรณีที่ญาติต้องการนำไสยศาสตร์มารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 - พยาบาลประเมินวิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ของผู้ป่วยก่อนว่ามีอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่ หรือรบกวนผู้ป่วยอื่นหรือไม่ ก่อนให้ข้อตกลงกับญาติของผู้ป่วย หรือพิจารณาสาเหตุความต้องการของญาติ และปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้
 - อาจพิจารณาให้ญาติทำพิธีกรรมบางอย่างได้ แต่อยู่นอกหอผู้ป่วย
3. กรณีญาติต้องการเปลี่ยนแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ให้รายงานแพทย์
4. กรณีผู้ป่วยมีประวัติพิเศษการรักษา มีตัวอย่างเทคนิคการจัดการ ดังนี้
 - ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านก่อน โดยค่อยๆ ๑ เพิ่มเวลามากขึ้นเป็นลำดับ

กรณีผู้ป่วยพิเศษรักษาขอย้ายโรงพยาบาล

1. รายงานแพทย์เจ้าของไข้
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการขอย้ายโรงพยาบาล
3. เซ็นใบไม่ยินยอมการรักษา
4. เตรียมเอกสาร
5. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการย้าย


กรณีผู้ป่วยพิเศษรักษาขอกลับบ้าน

1. อธิบายเหตุจำเป็นในการรักษาตัวใน โรงพยาบาลและผลเสียหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น
2. รายงานแพทย์เจ้าของไข้
3. เซ็นใบไม่ยินยอมการรักษา
4. ประสานงานหน่วยงาน HHC เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง : แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย

รหัสเอกสาร : WI-NUR- 020

รายชื่อ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
ผู้จัดทำ	องค์กรพยาบาล		
ผู้รับรอง	นางสุรีพร ทองชั้น	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล	
ผู้อนุมัติ	นพ.สุรพงษ์ บุญประเสริฐ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	

ตำแนฉบับที่.....

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1

วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2558

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา
- 1.2 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการระบุตัวบุคคล
- 1.3 เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและการติดตามญาติ
- 1.4 ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาผู้ป่วยผิดคน

2. ขอบข่าย

- 2.1 การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่สับสนทุกราย
- 2.2 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา ให้ปฏิบัติตาม WI-NUR-004
- 2.3 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด ให้ปฏิบัติตาม WI-NUR-006
- 2.4 การระบุตัวทารกแรกเกิด
- 2.5 การระบุตัวของผู้ป่วยที่ OPD
- 2.6 การระบุตัวผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและห้องสังเกตอาการ

3. ความรับผิดชอบ

บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา

4. คำนิยามศัพท์

- 4.1 รูปพรรณสัณฐาน หมายถึง ลักษณะรูปร่างทรวดทรงและสีผิว
- 4.2 พยานบุคคล หมายถึง ผู้รู้เห็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ใช้อ้างอิงเป็นหลักฐาน เพื่อพิสูจน์ข้อเท็จจริง

5. วิธีปฏิบัติ

1. การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือ รู้สึกตัวแต่สับสนทุกราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้ในการระบุ ตัวบุคคล
2. เพื่อใช้ในการติดตามประวัติการรักษา และติดตามญาติผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย เช่น วัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว
2. ประเมินสภาพแรกเริ่มและจดบันทึกลักษณะรูพรรณ สัณฐาน ของผู้ป่วย เช่น เครื่องแต่งกาย เสื้อผ้า รอยสักหรือรอยแผลเป็นต่างๆ
3. ถ่ายรูปผู้ป่วย และทำการจัดเก็บไว้ในประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อช่วยในกรณีญาติมาติดตาม สอบถามผู้ป่วยภายหลัง
4. การลงประวัติผู้ป่วยกรณีไม่ทราบชื่อ และนามสกุล ให้ลงประวัติดังตัวอย่าง เช่น ชายไม่ทราบนามสกุล วันที่ 29/3/54 เวลา 11.00 น.
5. จัดทำป้ายติดข้อมือระบุชื่อ นามสกุล ตามที่ลงทะเบียน
6. กรณีมีของมีค่าของผู้ป่วยให้เก็บในซอง หรือถุงพลาสติก ลงทะเบียนในสมุดบันทึกของมีค่าและส่งต่อไปที่ตึกพร้อมผู้ป่วย ทำการตรวจสอบซ้ำ และเซ็นชื่อผู้ตรวจสอบและรับเอกสารทุกครั้ง

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ,รู้สีกตัวแต่สับสนและไม่มีญาติ

1. ใ้ผู้ป่วยข้อมือระบุเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)/ให้ตรงกับแฟ้มประวัติ จนกว่าจะทราบข้อมูลการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ถูกตัวบุคคล
2. บันทึกรายละเอียดต่างๆ / เกี่ยวกับผู้ป่วยลงในบันทึกทางการแพทย์ เช่น เพศ วัย อายุ โดยประมาณ ส่วนสูง น้ำหนัก เชื้อชาติ รูปพรรณสัณฐาน ตำแหน่งต่างๆ เสื้อผ้าและทรัพย์สินที่ติดมากับผู้ป่วย
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สถานีตำรวจ เพื่อค้นหาญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง ภายใน 2 วัน ถ้ายังไม่มียาติมาติดต่อประสานงานซ้ำ
4. ถ้าไม่มีญาติมาติดต่อให้ประสานงานกับงานบริหารเพื่อติดต่อสังคมสงเคราะห์ให้ดำเนินการต่อไป
5. กรณีเสียชีวิตให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อชันสูตรพลิกศพ
 - บันทึกรวบรวมเอกสารส่งมอบเจ้าหน้าที่เวชระเบียนพร้อมเซ็นรับ
 - รวบรวมหลักฐานและทรัพย์สิน ส่งมอบเจ้าหน้าที่ตำรวจพร้อมเซ็นรับและมีพยานบุคคล กรณีมีญาติมอบทรัพย์สินให้ญาติพร้อมเซ็นรับและมีพยานบุคคล
 - เมื่อญาติมาติดต่อให้ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานที่ญาตินำมาแสดง

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แต่มีญาติ

1. ปฏิบัติตามข้อ 1.- 2. (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ,รู้สีกตัวแต่สับสนและไม่มีญาติ)
2. ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานที่ญาตินำมาแสดง ให้ถูกต้องครบถ้วน

กรณีผู้ป่วยรู้สีกตัว

1. ทำบัตร แจ้งชื่อ โดยใช้บัตรประชาชน/พาสปอร์ต
2. ไม่มีบัตร สอบถาม ชื่อ-นามสกุล/อายุ/ชื่อมารดา/ชื่อบิดา/บ้านเลขที่

2. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา

ให้ปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารยารหัสเอกสาร : WI-NUR-004

3. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด

ให้ปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดรหัสเอกสาร : WI-NUR-006

4. การระบุตัวทารกแรกเกิด

แนวทางการระบุตัวทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความแม่นยำในการระบุตัวทารกในกระบวนการดูแลรักษา
2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการระบุตัวบุคคล
3. เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและการติดตามญาติ
4. ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาทารกผิดคน

ขอบข่าย : การระบุตัวทารกแรกเกิดทุกราย

ความรับผิดชอบ : บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแล รักษา

ขั้นตอนปฏิบัติ

การเกิด

1. พยาบาลห้องคลอดตรวจสอบชื่อ- สกุลมารดาให้ถูกต้องตามบัตรประชาชนของผู้ป่วยที่แจ้งกับ
โรงพยาบาล

2. เตรียมป้ายชื่อมือชื่อ – นามสกุล ทารก จำนวน 2 ชุด ซึ่งระบุข้อมูลดังนี้

- เพศ ทารก

- ชื่อ – นามสกุลที่ทารกใช้(ตามที่แจ้งไว้ในสมุดสีชมพู)

- วัน เดือน ปี ที่เกิดของทารก

- เวลาเกิด

** โดย 1 ชุด ใช้ป้ายชื่อเท้าสีขาว จำนวน 1 อันผูกติดไว้ที่ข้อมือขวาของมารดา และจะเปลี่ยนมา
ผูกที่ข้อเท้าขวาของทารกหลังจากทารกคลอดแล้ว

** ป้ายชื่อมืออีก 1 ชุดจำนวน 1 อัน จะระบุสีดังนี้ เพศหญิง ใช้ป้ายสีชมพู เพศชายใช้ป้ายสีฟ้า
โดยผูกที่ข้อเท้าซ้ายทารก

3. ก่อนย้ายทารกออกจากห้องคลอดให้ตรวจสอบข้อมูลซ้ำ ดังนี้

- ตรวจสอบชื่อมารดา นามสกุลทารก เพศ วันที่ เวลา ให้ตรงกับเวชระเบียน

- มีผู้ตรวจสอบซ้ำ

4. ในกรณีที่มารดารู้สึกตัวดี นำป้ายชื่อเท้าทารกและนำตัวทารกไปให้มารดาดู

ตัวอย่างป้ายชื่อเท้าสีขาว

ด.....บุตรคุณใจดี ใจดี
เกิด.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....

ตัวอย่างป้ายชื่อเท้าสีชมพู/ฟ้า

ด.ญ.บุตรคุณ ใจดี ใจดี
เกิด3 มิ.ย. 2558 เวลา 10.10น.

การคลอด

1. แจ้งเพศทารกพร้อมทั้งอุ้มทารกให้มารดาดูดูเพศทันทีหลังคลอด

2. ระบุ ชื่อ- นามสกุล และ HN ของมารดาตาม OPD card เวลาคลอด วัน เดือน ปี ที่คลอด ลงบน
ป้ายชื่อเท้า

3. เจ้าหน้าที่ 2 คน คือ เจ้าหน้าที่ผู้ทำคลอด และผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องป้ายชื่อเท้าพร้อมกัน และ
นำไปให้มารดาตรวจสอบซ้ำก่อนนำไปผูกที่ข้อเท้าขวาของทารกให้แน่นหนา

4. ให้มีการตรวจสอบชื่อ – นามสกุล มารดา เพศทารก โดยเจ้าหน้าที่ผู้ส่ง หรือ พยาบาลผู้ตรวจสอบ
ขณะที่มีการส่งมอบทารกย้ายไปหน่วยงานอื่น

5. การระบุตัวผู้ป่วยที่ OPD

5.1 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล อายุ โดยการสอบถามผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนให้บริการ และ ตรวจสอบกับประวัติในเวชระเบียนให้ตรงกัน

5.2 พยายามลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ให้ครบถ้วน

6. การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินและห้องสังเกตอาการ

การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

6.1 กรณีรอตรวจ/ ส่งต่อจาก แผนกอื่นๆ => ป้ายแขวนระบุแผนกที่รอตรวจ พร้อมติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย

6.2 กรณีทำหัตถการ => ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล อายุ => จากใบส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

6.3 กรณีตรวจโรคทั่วไป => เวชระเบียนทำบัตร => พยายามตรวจสอบ ถามชื่อ – นามสกุล อายุ ก่อนซักประวัติลงคอมพิวเตอร์

6.4 กรณีอุบัติเหตุหมู่เขียนป้ายข้อมูลผู้ป่วย โดยระบุชื่อ-นามสกุลและแขวนป้ายชื่อผู้ป่วยไว้ที่เตียง / รถนั่ง โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรงและลักษณะการบาดเจ็บ โดยPrint สติกเกอร์ปิดที่ป้ายข้อมูลตามสี่ดังนี้

- Emergency –แดง
- Urgency – เหลือง
- Non Urgency– เขียว

โดยในทุกกรณีเน้นย้ำการสอบถามชื่อ – นามสกุล ของผู้ป่วยให้ตรงกันกับเวชระเบียนก่อนให้บริการทุกครั้ง

การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้อง สังเกตอาการ

ใช้แนวทางเดียวกับการระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน