

แบบเยี่ยมบ้านกลุ่มวัยผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

Palliative care

ก. ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ- นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....

๒. ที่อยู่..... หมายเลขโทรศัพท์.....

๔. สัญญาชีพ T..... P..... R..... B.P..... PPS.....

โรค.....

การรักษาที่ผ่านมา.....

แผนการรักษาต่อไป.....

สถานที่รักษาโรคระยะสุดท้าย.....

บุคคลใกล้ชิดที่มีอำนาจตัดสินใจ.....

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับ (ESAS)

อาการ/คะแนน	ครั้งที่ 1 วันที่	ครั้งที่ 2 วันที่	ครั้งที่ 3 วันที่	ครั้งที่ 4 วันที่
ปวด				
อ่อนเพลีย				
คลื่นไส้				
ซึมเศร้า				
วิตกกังวล				
ง่วงซึม				
เบื่ออาหาร				
ไม่สบายกายและใจ				
หอบเหนื่อย				
ปัญหาอื่นๆ				

ค. พินัยกรรมชีวิต

๑. การเจาะคอหรือใส่ท่อช่วยหายใจ

๒. การฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น

๓. การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

๔. อื่นๆ.....

สรุปปัญหาและคำแนะนำคือ.....

การส่งต่อ ไม่มีการส่งต่อ ไม่มี

มี ส่งต่อ รพ.สต..... ส่งต่อ รพ.....

แผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....ผู้เยี่ยม
(.....)

ชื่อ-สกุล.....ผู้รับการเยี่ยม
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

รพ.สต./ PCU/รพ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....