

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	14. โครงการการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>35. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</p> <p>35.1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</p> <p>35.2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed</p> <p>35.3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน</p>
คำนิยาม	<p>การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีกรให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น</p> <p>*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p>

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

กิจกรรมการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

หมายเหตุ

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิลที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัดย่อย : 35.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย 35.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดย่อย 35.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง

รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed																				
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด																				
รายการข้อมูล 5	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน																				
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.1	$(A1/B1) \times 100$																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.2	$(A2/B2) \times 100$																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.3	$(A3/B3) \times 100$																				
หมายเหตุ	<p><u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้ารับบริการการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ 																				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2567: <table border="1" data-bbox="167 1299 1420 1534"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35.1</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> </tr> <tr> <td>35.2</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>35.3</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	35.1	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85	35.2	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60	35.3	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
35.1	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85																	
35.2	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60																	
35.3	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50																	
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล																				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ. 2562 																				

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัด การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้กำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการดำเนินงาน

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี) 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์) 		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
6. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament) ²	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัลลูซีน ซี) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (ตัณนูซีน ซี) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter 		

ภาคผนวก 2 IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)				
ชื่อ..... ตึก..... HN..... AN.....				
รพ.				
Diagnosis <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....			Underlying disease • • •	
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับระดับเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ระบุฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการแปร่งฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้อาหาร <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงแผล褥疮ที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรับรู้ <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

ภาคผนวก 3 Care protocol สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

- 1) Problem list & plan
- 2) Standing doctor order sheet
- 3) Team meeting report

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

หน้า 1

Diagnosis: Underlying disease: Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		ชื่อ-สกุล:..... อายุ:ปี หรือผู้ป่วย..... HN:AN.....		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hip fracture	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู (Goals setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการดูแลและการให้บริการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินและให้อุปกรณ์ช่วยเดิน (gait aids)/ wheelchair <input type="checkbox"/> วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การส่งต่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการพยาบาลฟื้นฟู <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) <input type="checkbox"/> กระตุ้น Breathing exercise <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> การป้องกันกระดูกหักเคลื่อน <input type="checkbox"/> การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/สิ่งแวดล้อม (Home modification) ที่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> สื่อสารและประสานงานกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) <input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> ให้บริการกายภาพบำบัดตามเป้าหมาย/ความบกพร่องที่พบ <input type="checkbox"/> การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการกิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม
<input type="checkbox"/> BADLs	<input type="checkbox"/> ประเมินและติดตาม ADLs <input type="checkbox"/> ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น ระดับความสูงของเก้าอี้ที่นั่งชักโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในหอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) <input type="checkbox"/> แนะนำการคัดแปลงอุปกรณ์การทำกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> Home program
<input type="checkbox"/> Mobility & Transfer	<input type="checkbox"/> ประเมินและติดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงเก้าอี้ และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม <input type="checkbox"/> เน้นระมัดระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) <input type="checkbox"/> Sitting balance training <input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer (bed ↔ chair, bed ↔ wc) <input type="checkbox"/> Exercise training (เน้น LEs) <input type="checkbox"/> Home program	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) <input type="checkbox"/> Sitting balance training <input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer (bed ↔ chair, bed ↔ wc) <input type="checkbox"/> Exercise training (เน้น UEs) <input type="checkbox"/> Home program
<input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้ gait aids ที่เหมาะสม หรือ wheelchair <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การขึ้นเดิน) ในหอผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) <input type="checkbox"/> เน้นระมัดระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> Exercise program (PRE, weight bearing, balance) <input type="checkbox"/> Gait training <input type="checkbox"/> แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสม หรือการใช้ wheelchair	
<input type="checkbox"/> Bowel & Bladder	<input type="checkbox"/> ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ <input type="checkbox"/> การให้ยาระบาย/ สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> การดื่มน้ำที่เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ให้การพยาบาลระบบการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และติดตามอาการ <input type="checkbox"/> กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง <input type="checkbox"/> เน้นระมัดระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer to toilet <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer to toilet <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน
<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> ประเมินและจัดการความปวดแล้วมำตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก (adequate pain management) เน้นการให้ยา around-the-clock	<input type="checkbox"/> ประเมินติดตามความปวดแล้วมำตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก <input type="checkbox"/> Psychosupport	<input type="checkbox"/> ประเมินและบำบัดความปวดด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด เช่น TENS, hotpack	
<input type="checkbox"/> Cognitive/ Perception	<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> วินิจฉัยภาวะ Delirium <input type="checkbox"/> การรักษา/แก้ไขสาเหตุภาวะ Delirium	<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> ติดตามภาวะ Delirium		<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจและฝึก (cognitive evaluation & training)

Remarks:		ชื่อ-สกุล:		
.....		อายุ:ปี หรือผู้ป่วย:		
.....		HN:AN.....		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ให้ความรู้ด้วยยากลุ่ม Bisphosphonate <input type="checkbox"/> Calcium, vitamin D <input type="checkbox"/> แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ติดตามการให้ยารักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการหกล้มที่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	<input type="checkbox"/> Exercise program <input type="checkbox"/> Fall prevention program (Strengthening, balance)	
<input type="checkbox"/> History of falling	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ประเมินและปรึกษา กายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โรคหลอดเลือด (การได้ยิน), เภสัชกร (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา),	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการหกล้มที่ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> Fall prevention program (Strengthening, balance)	
<input type="checkbox"/> Nutritional problem	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) <input type="checkbox"/> การรักษามะเร็งโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น Nutrition alert form: NAF) <input type="checkbox"/> การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	
<input type="checkbox"/> Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยโรค/ภาวะ <input type="checkbox"/> การรักษาตามสาเหตุ <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ <input type="checkbox"/> การพลิกตะแคงตัว <input type="checkbox"/> การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) <input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> Range of motion exercise (ROME) <input type="checkbox"/> Positioning with hip dislocation precaution <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ
.....
.....

หมายเหตุ : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น

ลงชื่อแพทย์ / ทีมที่ร่วมประเมิน

.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease: Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		ชื่อ-สกุล:..... อายุ:.....ปี หรือผู้ป่วย:..... HN:AN.....		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
<p>Onset of fracture:</p> <p>Side</p> <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <p>Location</p> <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric <p>Treatment</p> <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="radio"/> Skin traction <input type="checkbox"/> Surgery <p>ชนิดของการผ่าตัด</p> <p>ระบุ:</p> <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ <p>ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน</p> <p>หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C</p>		<p>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ฟื้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>Admit</p> <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) <input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก <input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) <input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <20% BW) <input type="radio"/> Partial WB ใดไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน < 50% BW) <input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) <input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Crutches <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Wheelchair <input type="radio"/> <p>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <input type="checkbox"/> Posterior approach โหนกแกงขา ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามหุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน <input type="checkbox"/> Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก <input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ.. <input type="radio"/> ADL training <input type="radio"/> Cognitive training <input type="radio"/> Home modifications <input type="checkbox"/> ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">ลงชื่อแพทย์</p>		<input checked="" type="checkbox"/> Record V/S <input checked="" type="checkbox"/> Diet <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> High Protein <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dressing wound (OD, BID) <input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง <input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง <p>Medication:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Calcium <input checked="" type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Activities for Rehab Program:</p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <p>1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เผื่อระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan</p> <p>2. จัด Program ออกกำลังกาย และนั่งนพथย์</p> <p>เมื่อ</p> <p>2.1 BT $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 2.2 PR > 100 or $< 60/\text{min}$ 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อแพทย์</p>

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:		
Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		อายุ:ปี หอผู้ป่วย:		
		HN:AN.....		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
<p>Onset of fracture:</p> <p>Side <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left</p> <p>Location <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric</p> <p>Treatment <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="radio"/> Skin traction <input type="checkbox"/> Surgery</p> <p>ชนิดของการผ่าตัด ระบุ:</p> <p><input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ ใช้ Bone Cement <input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ</p> <p>ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน</p> <p>.....</p> <p>หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการ คงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณา จากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C</p>		<p>Admit</p> <p><input type="checkbox"/> Refer Back รพช. เพื่อ admit ดูแล หลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ใน กรณีผ่าตัด หรือ ญาติสามารถพร้อมดูแลที่ บ้านในกรณีไม่ผ่าตัด)</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและ การขึ้นเดิน (Mobility, transfer & Ambulation)</p> <p><input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก <input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) <input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <20% BW) <input type="radio"/> Partial WB ใดไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน < 50% BW) <input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่)</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Crutches <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Wheelchair <input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษาข้อข้อต่อข้างที่หัก <input type="radio"/> Hip <input type="radio"/> Knee <input type="radio"/> Ankle</p> <p>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <p><input type="checkbox"/> Posterior approach หนีอนกทางขา หัวข้อข้อสะโพกเกิน 90 องศา หัวข้อต้นขา หัวข้อหมอนับต้นขาเข้าด้านใน</p> <p><input type="checkbox"/> Anterolateral approach หัวข้อต้นขาในทำบิตต้นขาออกนอก</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ.. <input type="radio"/> ADL training <input type="radio"/> Cognitive training <input type="radio"/> Home modifications</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> นัดติดตาม OPD</p> <p>ลงชื่อแพทย์</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Record V/S</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diet <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> High Protein <input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> Dressing wound (OD, BID) <input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง <input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง</p> <p>Medication: <input checked="" type="checkbox"/> Calcium</p> <p>..... <input checked="" type="checkbox"/> Vitamin D</p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>Activities for Rehab Program:</p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <p>1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เผื่อระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan</p> <p>2. จัด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ</p> <p>2.1 BT $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าเสียใจ</p> <p>ลงชื่อแพทย์</p>

TEAM MEETING REPORT
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

โรงพยาบาล: Team Meeting Report ครั้งที่: วันที่: เวลา: Diagnosis: onset of fracture: Underlying disease:	ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี หอผู้ป่วย: HN: AN: Premorbid status: ADLs Ambulation <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator
--	--

สรุปประเด็น:	
---------------------	--

Fracture	Side: <input type="radio"/> Right <input type="radio"/> Left Location: <input type="radio"/> Femoral Neck <input type="radio"/> Intertrochanteric <input type="radio"/> Subtrochanteric Treatment: <input type="radio"/> Non-operative <input type="checkbox"/> with skin traction <input type="radio"/> Surgery (Date:) ระบุชนิดของการผ่าตัด: <input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> ตามด้วยโลหะ
-----------------	--

Problems	Goal / Plan of management
<input type="checkbox"/> BADLs <input type="radio"/> feeding <input type="radio"/> grooming <input type="radio"/> toileting * <input type="radio"/> bathing <input type="radio"/> dressing *	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist
<input type="checkbox"/> Bed mobility & transfer <input type="radio"/> bed mobility <input type="radio"/> transfer (bed↔chair)* <input type="radio"/> transfer (bed↔wc) *	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist
<input type="checkbox"/> Ambulation : walk/ stairs <input type="radio"/> walk ** <input type="radio"/> stairs **	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist <input type="radio"/> walk with gait aid (<input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> Axillary crutches <input type="checkbox"/> cane <input type="checkbox"/>) <input type="radio"/> wheelchair
<input type="checkbox"/> Bowel	<input type="checkbox"/> Bowel program <input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> on foley's cath <input type="checkbox"/> ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง
<input type="checkbox"/> การเตรียมบ้าน	<input type="checkbox"/> เติียงนอน <input type="checkbox"/> ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) <input type="checkbox"/> ปรับทางลาดเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> ราวจับในบ้าน

แผนการดูแลต่อเนื่อง (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)

แพทย์ (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U) <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง <input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน		
พยาบาล (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U) <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> คำแนะนำ		
นักกายภาพบำบัด (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U) <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> Home program <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักกิจกรรมบำบัด (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U) <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> Home program <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักโภชนาการ (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U) <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน <input type="checkbox"/> คำแนะนำ		
คะแนนรวม Modified BI (20)	Admit	วันที่ประเมิน
	Discharge	วันที่ประเมิน