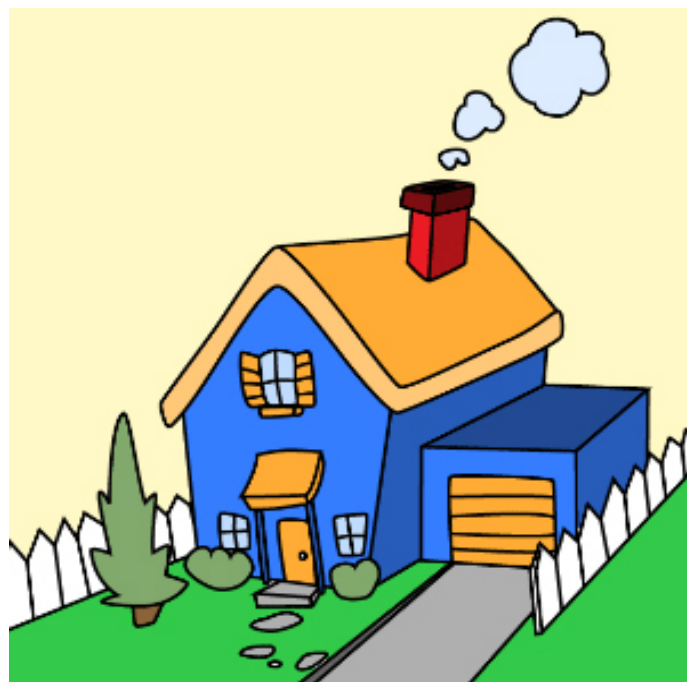


คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็กไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง

พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและภายหลังการปลูกถ่ายไต



ออกแบบและพัฒนาโดย ทีมพยาบาล หน่วยไตเด็ก

กองกุมารเวชกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า

www.kidneyforkids.org

คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็กไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและภายหลังการปลูกถ่ายไต

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

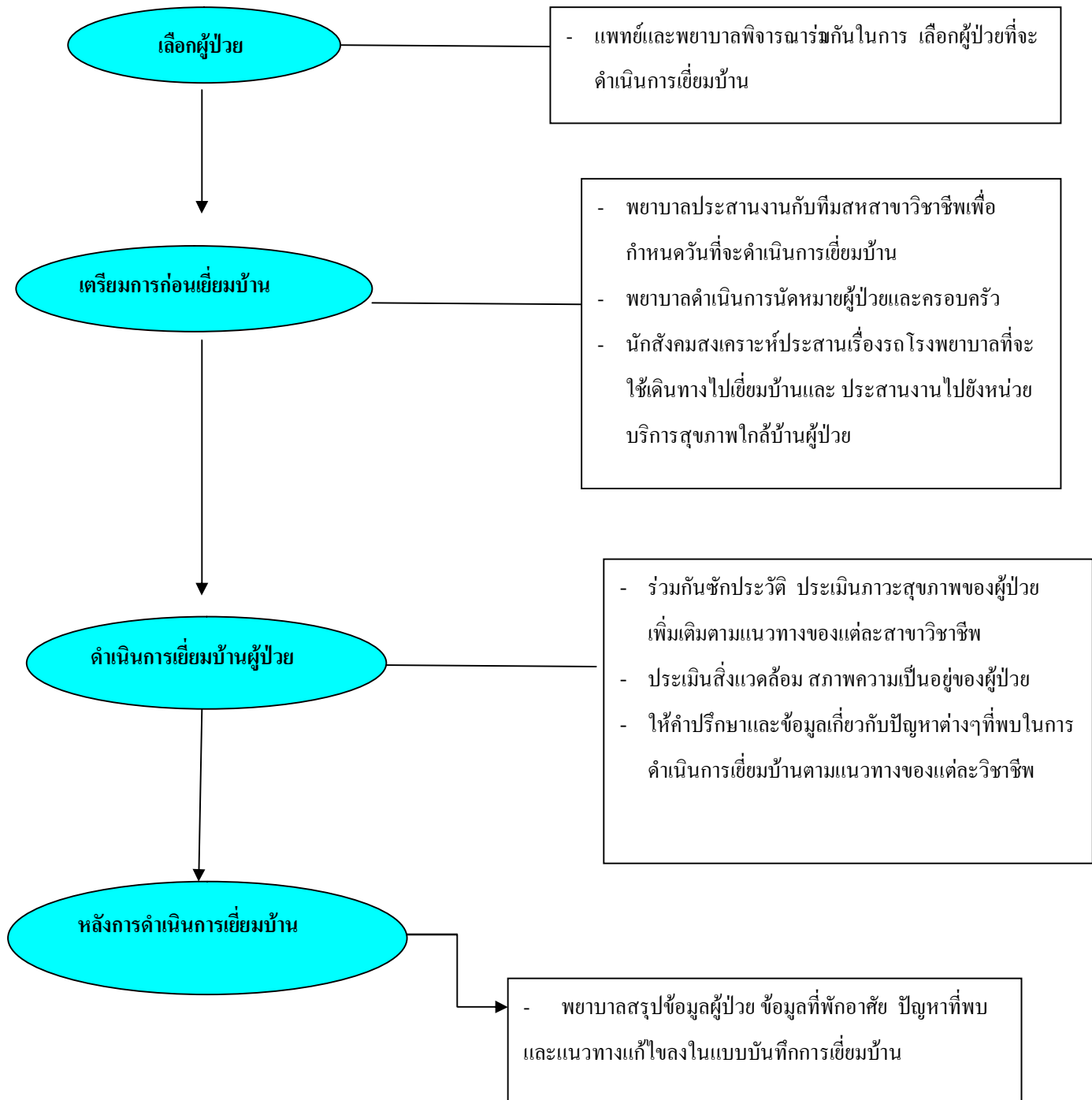
หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากร

บุคลากร	หน้าที่ความรับผิดชอบ
1.แพทย์	- ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และประเมินปัญหาที่พบจากการดำเนินการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งแนวทางการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2.พยาบาล	- ประสานงานกับสาขาวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วยเพื่อดำเนินการเยี่ยมบ้าน - ประเมินและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบจากการดำเนินการเยี่ยมบ้าน
3.นักสังคมสงเคราะห์	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการทางสังคมที่เอื้อต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว - ประสานงานส่งต่อหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือมูลนิธิต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม
4.นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการและ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

แบบฟอร์มที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
- ใบยินยอมรับการเยี่ยมบ้าน
- แบบประเมินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติในการดำเนินการเยี่ยมบ้าน



แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....

Diagnosis.....

ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยปัจจุบัน

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล :

วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ..... ปี

เพศ : ชาย หญิง

สถานภาพ : โสด คู่ อื่นๆ.....

เชื้อชาติ : ไทย อื่นๆ.....

ศาสนา :

การศึกษา : ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษาในระดับ.....

จบการศึกษาระดับ

รายได้ของครอบครัว.....บาท / เดือน

ผู้ที่เป็นหลักในการหารายได้ให้ครอบครัวคือ

จำนวนบุคคลที่อาศัยในบ้านผู้ป่วย (ไม่รวมผู้ป่วย)คน

ประกอบด้วย.....

ผู้ดูแลหลัก (Caregiver) คือ:

ที่อยู่ปัจจุบัน:

บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ชื่อ-นามสกุลบุคคลที่สามารถติดต่อได้

แผนที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระบบสาธารณสุข

สิทธิการรักษา

ชื่อหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

ระยะทางไปที่หน่วยสาธารณสุข

วิธีเดินทาง – ระยะเวลา

การเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล

ระยะทางไปที่โรงพยาบาล

วิธีเดินทาง– ระยะเวลา

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง-ค่าอาหาร

ส่วนที่ 3 ลักษณะที่พักอาศัย

สภาพทั่วไปของบ้าน

.....
.....
.....

ความสะอาด

.....

ห้องน้ำ

.....

ห้องอาหาร

.....

ห้องพักอาศัย

.....

การเก็บและทำลายขยะ

.....

การประกอบอาหาร

.....

ระบบน้ำ-ไฟฟ้า

.....

การทำความสะอาดเสื้อผ้า

.....

สรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาที่ 1

แนวทางการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ปัญหาที่ 2

แนวทางการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ปัญหาที่ 3

แนวทางการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ปัญหาที่ 4

แนวทางการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

วันที่ดำเนินการเยี่ยมบ้าน

ทีมงานที่ดำเนินการเยี่ยมบ้าน

.....

.....

ใบยินยอมรับการเยี่ยมบ้าน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวเกี่ยวข้องกับ.....กับ
ผู้ป่วยชื่อ.....ยินยอมให้ทีมพยาบาลจากหน่วยไตเด็ก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทำการเยี่ยมและติดตามประเมินผลการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่ง
เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี การล้างไตทางช่องท้อง/
ฟอกเลือด/ผ่าตัดปลูกถ่ายไต

โดยข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามแบบสอบถามการเยี่ยมบ้านอย่างครบถ้วน

ชื่อผู้ป่วย หรือผู้เกี่ยวข้อง.....

ชื่อผู้เยี่ยมบ้าน

วันที่

แบบประเมินการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเด็กล้างไตทางช่องท้อง CAPD

ครั้งที่ เมื่อวันที่

ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย เพศ อายุ ปี

เหตุผลในการเยี่ยมบ้าน.....

.....

.....

รูปแบบการรักษา

จำนวนลิตร/ วัน

จำนวนรอบ/ วัน

ความเข้มข้น (%) น้ำยา 1.5% ถัง/ วัน

2.5% ถัง/ วัน

4.25% ถัง/ วัน

CAPD setting; Total vol. ml. Therapy time Hr. Fill volml.

Last Fill Vol.....ml I- drain alarmml. Min drain vol.....%

Other.....

.....

ประเมินอาการ & อาการแสดง

หัวข้อ	มี	ไม่มี	ข้อเสนอแนะ
1) วิงเวียน, คลื่นไส้, อาเจียน			
2) เบื่ออาหาร			
3) ไอ, มีเสมหะ			
4) หายใจหอบเหนื่อย			
5) บวมปลายมือ, เท้า, ใบหน้า			
6) การมองเห็นชัดเจน			
7) การได้ยินชัดเจน			
8) ภาวะท้องผูก			
9) ลักษณะของผิวหนัง(แผลเบาหวาน)			
10) มีภาวะซีด			

ประเมินทั่วไป

หัวข้อ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ
1) สิ่งแวดล้อม - ความสะอาด แห้ง ไม่มีฝุ่น ไม่มี สัตว์เลี้ยง - การระบายอากาศ (แอร์/ พัดลม)			
2) สถานที่เปลี่ยนถ่ายยา - ความเป็นสัดส่วน			

<ul style="list-style-type: none"> - ที่ล้างมือ - อุปกรณ์ (โตะ, เสာ, เตียง, อื่นๆ) - ที่เก็บล้างน้ำยา - วิธีการอุ่นน้ำยา 			
<p>3) วิธีการเปลี่ยนน้ำยา</p> <p>3.1) การเตรียมอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสวมผ้าปิดปาก/จมูก - การล้างมือ/ เช็ดมือครั้งที่ 1 - การเช็ดโตะ - การตรวจสอบอุณหภูมิ - การเตรียมอุณหภูมิ 			
<p>3.2) การล้างไตทางช่องท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การล้างมือ/ เช็ดมือครั้งที่ 2 - การต่อวาล์วท่อล้างไตกับสายน้ำยา - การจัดตำแหน่งถุง - การปล่อยน้ำยาออก - การล้างสาย - การปล่อยน้ำยาเข้า <p>3.3) การปลดสายปิดจุก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การล้างมือ/ เช็ดมือครั้งที่ 3 - การปลดสายน้ำยา - การปิดจุก <p>3.4) การบันทึกน้ำยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การชั่งและบันทึกกำไร/ ขาดทุน - การตรวจลักษณะน้ำยาทิ้ง - การกำจัดน้ำยาทิ้ง 			

<p>4) การเปลี่ยนน้ำยา/ วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความถี่ (รอบ/ วัน) - ระยะเวลาเปลี่ยนน้ำยาแต่ละรอบ - ความเข้มข้น (%) น้ำยาที่ใช้ 			
<p>5) การทำความสะอาดแผ่นน้ำห้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะของแผ่น exit site - ความถี่และวิธีการเช็ดแผ่น - การติดพลาสติกหุ้มสายท่อล้างไต 			
<p>6) การรับประทานยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยา phosphate binders. - การรับประทานอาหารเสริม/ วิตามิน 			

หมายเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ตรวจเยี่ยม

ลงชื่อผู้รับการตรวจเยี่ยม

สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.