



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

*หมายเหตุ: กรณียที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทาง**รหัสบุคคล** ข้อ 5

[illegible]

ส่วนที่ 2

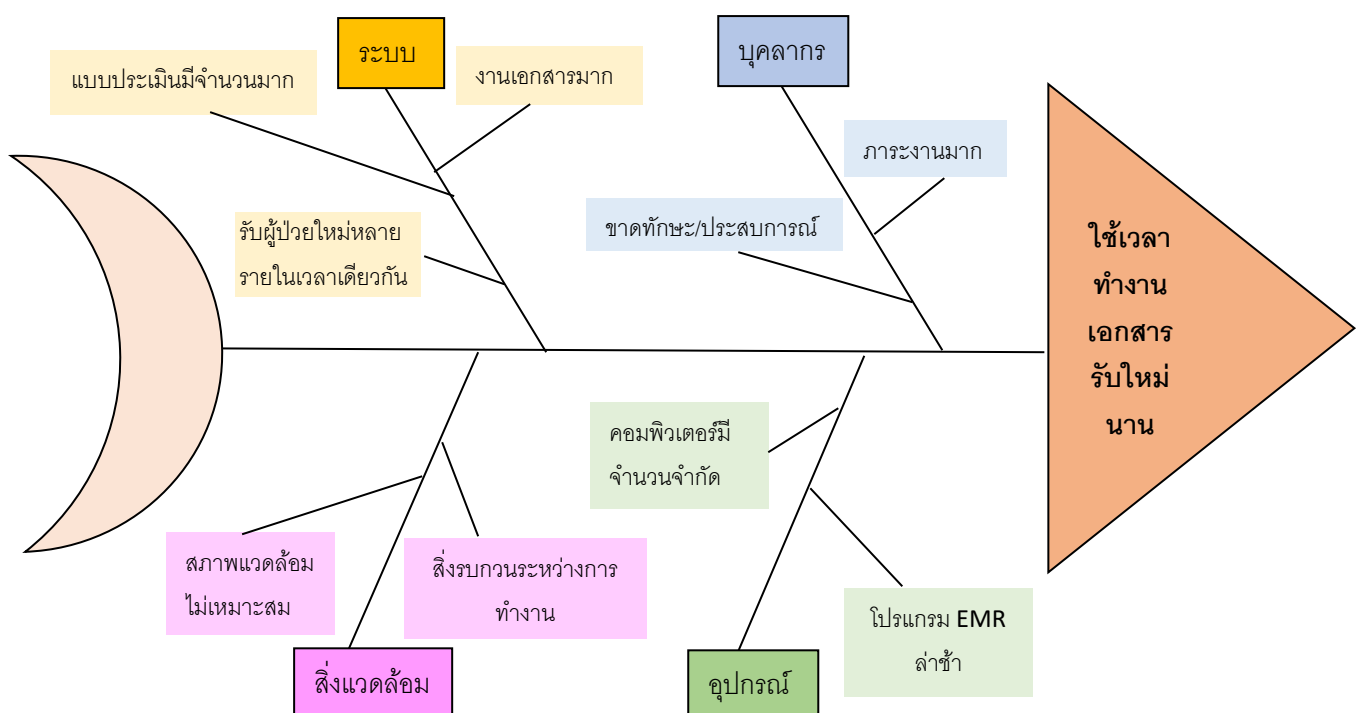
ชื่อเรื่อง / โครงการ Lean Admission set

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีภูมิคุ้มกันต่ำที่มีปัญหาซับซ้อนโดยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยมุ่งเน้นการบริการระดับตติยภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีอุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นที่พึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความสุข

จากสถิติการดูแลผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2560-2562 หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น elective case มานอนโรงพยาบาลตามนัด เพื่อการให้ยาเคมีบำบัด ทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยตามแผนการรักษา ซึ่งมีวันนอนโรงพยาบาลระยะสั้น 1-2 วัน ภาระงานที่สำคัญในแต่ละวันมีการรับใหม่และจำหน่ายผู้ป่วย เฉลี่ย 3-5 ราย/วัน สูงสุด 10 ราย/วัน (พ.ศ.2562) ทำให้มีภาระงานค่อนข้างมากโดยเฉพาะปริมาณงานเอกสาร ซึ่งเอกสารทั้งหมดต้องพิมพ์จากระบบ EMR โดยธุรการหอผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลเจ้าของไข้ การรับใหม่แต่ละครั้งใช้เอกสารจำนวน 28-35 แผ่น ใช้เวลาในการค้นหาและสั่งพิมพ์เอกสารจาก EMR 30 - 45 นาที พยาบาลใช้เวลาในการทำงานเอกสารรับผู้ป่วยใหม่แต่ละราย 30-90 นาที บุคลากรในหอผู้ป่วยสูญเสียเวลาจำนวนมากในการทำงานเอกสารให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด เพื่อการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการรักษาพยาบาล และส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาลลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม อาจเกิดความไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนได้

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)



เมื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติ เรื่องการให้บริการผู้ป่วยใน (เอกสารแนบ1) และเอกสารชุดรับใหม่ (เอกสารแนบ2) พบว่าภาระงานด้านเอกสารรับใหม่มีปริมาณมาก ซึ่งในการรับผู้ป่วยใหม่ที่เป็น elective case แต่ละครั้ง มีเอกสารบางรายการ เช่น แบบประเมินต่างๆ ได้ใช้งานอย่างไม่คุ้มค่า เนื่องจากผู้ป่วยนอน รพ. ระยะสั้น 1-2 วัน ส่งผลให้สูญเสียทรัพยากร กระดาษ หมึกพิมพ์ และสูญเสียเวลา ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้มีเวลาในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยลดลง มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย หากสามารถ LEAN เอกสารรับใหม่ได้ จะทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยและครอบคลุมอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น

3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

- 3.1.1 เพื่อลดปริมาณเอกสารการรับผู้ป่วยใหม่
- 3.1.2 เพื่อลดระยะเวลาในการทำเอกสารรับผู้ป่วยใหม่
- 3.1.3 เพื่อพัฒนาระบบ LEAN การทำเอกสารรับผู้ป่วยใหม่

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

Cycle 1

1. เก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำปัญหามาวิเคราะห์ในทีมหออผู้ป่วย และจัดทำแผนภูมิแกงปลาวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้น
3. ทบทวนแนวปฏิบัติเรื่องการบริการผู้ป่วยใน (เอกสารแนบ1) และเอกสารชุดรับใหม่ (เอกสารแนบ2)
4. จัดทำแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก(LEAN)(เอกสารแนบ3) โดยนำแบบประเมิน Braden และแบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเด็ก Modified จาก HDFS มารวมในแผ่นเดียวกัน
5. จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้ชุดรับใหม่ LEAN Admission Set (เอกสารแนบ4)
6. อธิบายวิธีการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) แก่บุคลากรทุกคนในหออผู้ป่วย
7. ติดตามผลการดำเนินงานและการประเมินผล
8. สรุปผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินโครงการ Cycle 1 พบว่าในการรับใหม่แต่ละครั้งสามารถลดการใช้ทรัพยากร กระดาษ หมึกพิมพ์ โดยลดปริมาณเอกสารได้ 3-4 แผ่น และสามารถลดภาระงานบุคลากรทำให้ใช้เวลาในการทำงานเอกสารชุดรับใหม่ลดลง แต่ยังพบปัญหาแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กในส่วนแบบประเมินการพลัดตกหกล้มไม่สะดวกในการใช้งาน และยังใช้เวลาในการค้นหาเอกสารสั่งพิมพ์จาก EMR นาน

Cycle 2

1. เก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ปัญหาในทีมหออผู้ป่วย และหาแนวทางวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน
3. ปรับเอกสารแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก ให้เหมาะสมต่อการใช้งาน (เอกสารแนบ5)
4. สร้างเอกสารชุดในระบบ EMR (เอกสารแนบ6) เพื่อให้สะดวกรวดเร็วในการค้นหาและสั่งพิมพ์เอกสาร
5. อธิบายแนวทางการเตรียมชุดรับใหม่ LEAN Admission set แก่บุคลากรทุกคนในหออผู้ป่วย
6. ติดตามผลการดำเนินงานและการประเมินผล

7. สรุปผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินโครงการ Cycle 2 พบว่าสามารถใช้ LEAN Admission set ได้สะดวกรวดเร็วทั้งในด้านการค้นหาเอกสารสั่งพิมพ์จาก EMR และการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก

4. แผนการดำเนินกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)									ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของ ผู้รับผิดชอบ
	2562						2563			
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	
1. ประชุมกลุ่ม รวบรวมปัญหา	↔									สมาชิกกลุ่ม
2. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	↔									สมาชิกกลุ่ม
3. วางแผนการดำเนินงาน หามาตรการและแนวปฏิบัติในการแก้ปัญหา (Cycle 1) - จัดทำแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) - แจกบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้เอกสารชุดรับใหม่ (LEAN)		↔								สมาชิกกลุ่ม
4. ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ - ใช้เอกสารชุดรับใหม่ (LEAN) สำหรับผู้ป่วยที่นัดมานอน รพ. ระยะสั้น 1-2 วัน (Cycle 1)		↔--								สมาชิกกลุ่มและเจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วย
5. ติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผล		↔--								สมาชิกกลุ่ม
6. วางแผนการดำเนินงาน หาแนวทางวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน (Cycle 2) - จัดทำแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) - แจกบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้เอกสารชุดรับใหม่ (LEAN)		↔								สมาชิกกลุ่มและเจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วย
7. ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ - ใช้เอกสารชุดรับใหม่ (LEAN) สำหรับผู้ป่วยที่นัดมานอน รพ. ระยะสั้น 1-2 วัน (Cycle 2)			←-----							สมาชิกกลุ่มและเจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วย
8. ติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผล			↔--			↔--			↔--	สมาชิกกลุ่ม
9. สรุปผลการดำเนินงาน									↔--	สมาชิกกลุ่ม

↔ วางแผนงาน

↔ ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ที่ระบุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
		ก่อน ดำเนินการ	หลัง		
			ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
1. ลดระยะเวลาในการทำเอกสารรับผู้ป่วยใหม่ (minutes)	≤ 30	60-120	90	60	30
2. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้ LEAN Admission set ในระดับมาก-มากที่สุด (%)	≥ 80	N/A	75	83	90

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

6.1 ลดอัตราการใช้กระดาษในการส่งพิมพ์เอกสารชุดรับใหม่ เฉลี่ย 3-4 แผ่น/การรับใหม่ 1 ครั้ง

6.2 ลดภาระงานบุคลากรทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รุรการหผู้ป่วย ในการทำงานเอกสารรับใหม่

6.3 สามารถจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติการรับใหม่ LEAN Admission set ใช้ภายในหอผู้ป่วย ลดการใช้ทรัพยากร ลดระยะเวลาการทำงานเอกสารรับใหม่ บุคลากรมีเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น

7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

7.1 ได้ทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการผู้ป่วยใน ทบทวนเอกสารชุดรับใหม่และแบบประเมินภาวะสุขภาพ

7.2 ได้เรียนรู้วิธีการรวบรวมข้อมูลปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุ วางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล และนำผลลัพธ์ที่ได้มาวางแผนปรับปรุงการทำงาน และประเมินผลซ้ำ

7.3 ได้จัดทำ แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) และสร้างแนวปฏิบัติการใช้ LEAN Admission set ใช้ในหน่วยงาน เพื่อลดภาระงานด้านเอกสารของบุคลากร เพื่อการรับใหม่ที่สะดวกรวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน ลดเวลา ลดการใช้ทรัพยากร

7.4 สามารถนำไปใช้กับหน่วยงานอื่นที่มีการรับผู้ป่วยใหม่ที่มีมานานอน รพ. ระยะสั้นไม่เกิน 1-2 วัน รวมถึงขยายผลใช้ในการรับผู้ป่วยในประเภทอื่น

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

8.1 ใช้ LEAN Admission set ในผู้ป่วย elective case ทุกรายที่แพทย์นัดมานอน รพ. ระยะสั้นไม่เกิน 1-2 วัน ในหอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป

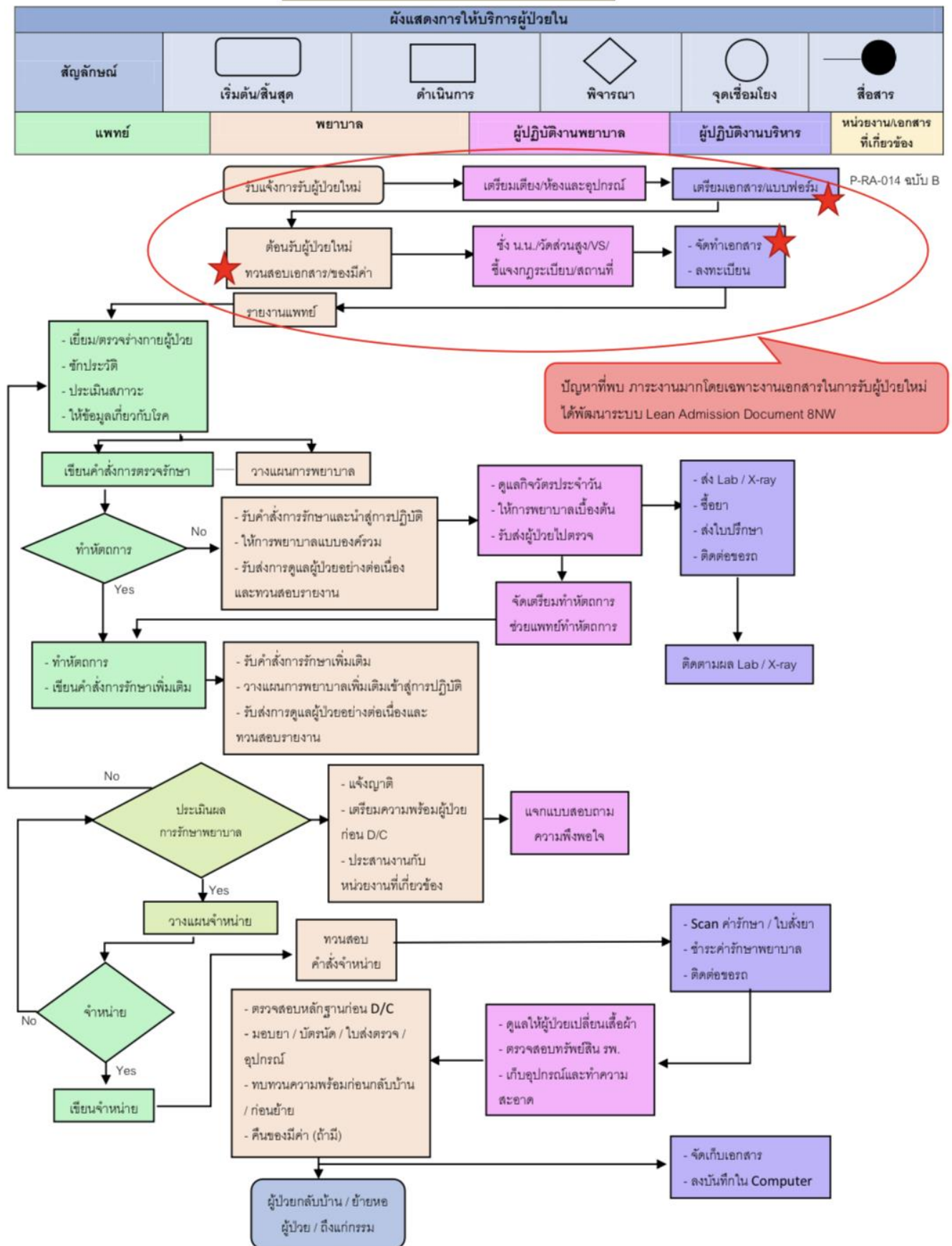
8.2 เก็บข้อมูลการใช้ LEAN Admission set ในหอผู้ป่วย อัตราการลดปริมาณเอกสารรับใหม่ และประเมินผล ทุก 1 เดือน

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

ดำเนินการและพัฒนาปรับปรุงโครงการ LEAN Admission set ต่อเนื่อง

เอกสารแนบ 1

แนวทางปฏิบัติ เรื่องการให้บริการผู้ป่วยใน



เอกสารชุดรับใหม่

1. Sticker ชื่อผู้ป่วย
 2. Problem list
 3. Suggestion worksheet
 4. Medication Reconciliation
 5. Doctor Order sheet
 6. Graphic sheet
 7. Medication Record Continue
 8. Medication Record One day
 9. Medication Record Continue/One day PRN
 10. แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก
 11. Discharge planning information
 12. แบบบันทึกแผนการพยาบาล
 13. Nurses' note
 14. Braden Q
 15. แบบบันทึกการประเมินและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ IAD
 16. CVADs checklist (ในรายที่มี CVADs)
 17. หนังสือแสดงเจตนาร่วมเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มภายในโรงพยาบาลรามธิบดี
 18. แบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเด็ก Modified จาก HDFS
 19. STRONGkids
 20. Admission Note
 21. Residents Progress note
 22. Subspecialty Note
 23. Discharge summary
 24. ใบรับเป็นผู้ป่วยใน (Admission)
 25. หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษายาบาลเป็นผู้ป่วยใน (ฟอร์ม ก.1)
 26. หนังสือแสดงเจตนาขอรับการกระทำหัตถการต่างๆ (ฟอร์ม ข.1) (ในรายที่ทำหัตถการ)
 27. หนังสือแสดงเจตนาสำหรับผู้มารับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ช่วยตนเองไม่ได้ออกจากโรงพยาบาล (ฟอร์ม ก.3)
 28. PREWs
- Print จาก EMR
- Print จาก EMR
- Print จาก EMR
- Print จาก EMR
- Print จาก EMR

เอกสารแนบ 3

แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) Cycle 1

RAMATHIBODI HOSPITAL

Department PED	Division 8NW	Ward เด็กโรคทั่วไป	ชื่อ.....นามสกุล..... HN.....อายุ.....
Head Nurse พว.หทัย จ้าววาทิน		Primary Nurse	วันที่รับ.....เวลา.....

แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก

รับไว้ในโรงพยาบาล ☐ เติมน้ำ ☐ รอดน้ำ ☐ รอดนอน	รับใหม่จาก ☐ OPD ☐ ER ☐ ส่งต่อ..... ☐ อื่นๆ.....	นำส่งหอผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ เวรเปล ☐ อื่นๆ.....	รายงานแพทย์ชื่อ..... ☐ เวลา.....น. ☐ มาดูอาการเวลา.....น.																		
ประวัติส่วนตัว/ครอบครัว: เป็นบุตรคนที่.....ศาสนา..... คลอดโดย..... ☐ ครบกำหนด ☐ ไม่ครบกำหนด สุขภาพ ☐ แข็งแรง ☐ ไม่แข็งแรง ระบุ..... ระดับการศึกษา ผู้ป่วย..... บิดา..... มารดา..... อาชีพ บิดา..... มารดา..... สถานภาพสมรสของบิดามารดา..... บุคคลที่ติดต่อได้..... เกือบจะเป็น..... โทร.....		ประวัติเจ็บป่วยในอดีต: โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ครั้งสุดท้าย...../...../..... ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....																			
ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร สารเคมี เลือด) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....																					
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล..... การวินิจฉัยแรกรับ.....																					
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....																					
อาการแรกรับ.....																					
RR..... ครั้ง/นาที SpO2.....% Temp.....°C BP..... mmHg PR..... ครั้ง/นาที CRT..... วินาที																					
Level of conscious ☐ Alert/Awake ☐ Response to Voice ☐ Response to Pain ☐ Unresponsive PREW score น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....																					
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล: ก่อนการเจ็บป่วย ☐ ดี ☐ ไม่ดี..... เจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ รุนแรง ☐ ไม่รุนแรง การดูแล ☐ ไปรพ. ☐ ซื้อยารับประทาน ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้ คิดว่า ☐ หาย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่หาย		2. โภชนาการและการผาผาผาผา รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน ☐ อาหารอ่อน ☐ อาหารธรรมดา ☐ อาหารทางสายยาง นม ระบุชนิด..... ปริมาณ.....มล.มื้อ/วัน ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี..... ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....																			
3. การขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... การขับถ่ายทางหน้าท้อง ☐ ไม่มี ☐ มี																					
<table border="1"> <tr> <td></td> <td colspan="4">ก่อนการเจ็บป่วย</td> <td colspan="4">ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ทำได้เอง</td> <td>บางส่วน</td> <td>ไม่ได้เลย</td> <td>ใช้อุปกรณ์</td> <td>ทำได้เอง</td> <td>บางส่วน</td> <td>ไม่ได้เลย</td> <td>ใช้อุปกรณ์</td> </tr> </table>					ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้					ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์
	ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้																
	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์													
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย																					
5. การพักผ่อนนอนหลับ นอน.....ชม./วัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....		6. สถิติปัญหาการรับรู้และประสาทสัมผัส การรับรู้ ☐ ตรง ☐ ไม่ตรง การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ความจำการได้คอบ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ สัมผัส ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ																			
7. การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์: การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์ ☐ ไม่มี ☐ มี..... อารมณ์และจิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี..... ความสามารถในการทำกิจกรรม ☐ ไม่มี ☐ ไม่แน่ใจ ☐ มี..... ☐ ประเมินไม่ได้ ระบุเหตุผล.....		8. การเผชิญภาวะเครียด/การปรับตัว สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี: ☐ วิตกกังวล ☐ กลัว ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... การแก้ไข ☐ ปรึกษา ☐ แยกตัว ☐ ใช้อา ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ประเมินไม่ได้ ระบุเหตุผล.....																			
9. บทบาทและสัมพันธภาพ มีผลกระทบต่อบทบาท ☐ ครอบครัว ☐ อาชีพ ☐ การศึกษา ☐ สัมพันธภาพในครอบครัวและผู้อื่น		10. เพศและการเจริญพันธุ์ ประจำเดือน ☐ ไม่มี ☐ มี:ปกติไม่ปกติ แต่งงาน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ																			
11. คุณค่าและความเชื่อ การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า..... ต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา..... สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ.....																					
บิดา/มารดา/ผู้ดูแล เคยใช้สิ่งเสพติด ☐ ไม่เคย ☐ เคย: ☐ บุหรี่.....นาน/วัน ☐ สุรา.....แก้ว/วัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....																					
ประวัติการได้รับวัคซีน ☐ ครบ ☐ ไม่เคย ระบุ.....																					

RAMATHIBODI HOSPITAL

Department PED	Division 8NW	Ward เด็กโรคทั่วไป	ชื่อ.....นามสกุล..... HN.....อายุ..... วันที่รับ.....เวลา.....
Head Nurse พว.หญ่าย จ้าวเวดิน		Primary Nurse	

แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก
PAIN MANAGEMENT

Pain ☐ ไม่มี ☐ มี บริเวณที่ปวด.....สาเหตุ.....

ลักษณะการปวด (เช่น ปวดร้าว, ปวดตื้อๆ).....

ระยะเวลา ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ตลอดเวลา ☐ อื่นๆ ระบุ.....

เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวด (ระบุคะแนน)

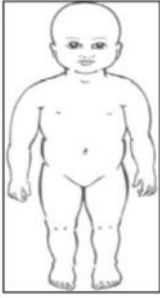
☐ FLACC (0-10) ☐ FPS-R (0-10)..... ☐ NRS (0-10)

การปวดกระทบต่อ ☐ การกิน ☐ การนอน ☐ การทำกิจกรรม ☐ อารมณ์/สังคม ☐ การขับถ่าย

สิ่งที่บรรเทาปวด ☐ Cold compress ☐ Hot compress ☐ Massage ☐ Relaxation ☐ Reposition ☐ Rest/sleep ☐ Medication ☐

Braden scale for prediction pressure injury risk :

วันที่ประเมิน					แรกรับ	.....	.....	.....
Parameter	1	2	3	4	Score			
การรับรู้ความรู้สึก	มีความจำกัดทั้งหมด	มีความจำกัดอย่างมาก	มีความจำกัดเล็กน้อย	ไม่บกพร่อง				
ความเปื่อยชื้น	เปื่อยชื้นตลอดเวลา	เปื่อยชื้นมาก	เปื่อยชื้นเป็นบางครั้ง	เปื่อยชื้นน้อยมาก				
กิจกรรม	นอนอยู่ตลอดเวลา	เดินไม่ได้ต้องนั่งเก้าอี้	เดินได้เป็นบางครั้ง	เดินได้บ่อยๆ				
การเคลื่อนไหว	เคลื่อนไหวไม่ได้เลย	มีความจำกัดอย่างมาก	มีความจำกัดเล็กน้อย	ไม่มีความจำกัด				
โภชนาการ	ไม่เพียงพอ	อาจจะไม่เพียงพอ	เพียงพอ	ดีเยี่ยม				
การเสียดสีและการเสียดทาน	มีปัญหา	เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา	ไม่มีปัญหา					
● Low risk 15-18	● Moderate risk 13-14	● High risk 10-12	● Very high risk ≤ 9	Total score				
					ผู้ประเมิน			




หมายเหตุ: ประเมินแรกรับ หลังจากนั้นประเมินทุก 3 วัน และประเมินต่อเนื่องทุกวันในรายที่มีความเสี่ยง (Braden score ≤18 คะแนน) หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง

แบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเด็ก Modified จาก HDFS										Potential Restrained :	
วันที่ประเมิน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	☐ Multiple line	☐ Emotional unstables
เวลาที่ประเมิน	ซ	บ	ด	ซ	บ	ด	ซ	บ	ด	☐ Endotracheal tube	☐ Other.....
Total Score										จำเป็นต้องได้รับการ Restrain ☐ No ☐ Yes	
ลงชื่อผู้ประเมิน										ค่าคะแนน 7-11 เป็นความเสี่ยงระดับต่ำ	
รหัสบุคคล										ค่าคะแนน 12-23 เป็นความเสี่ยงระดับสูง	

หมายเหตุ: ประเมินแรกรับ หลังจากนั้นอย่างน้อยแะละ 1 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

ลงชื่อพยาบาล.....รหัส.....

แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้ชุดรับใหม่ LEAN Admission Set 8NW

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ชุดรับใหม่ LEAN Admission Set 8NW ผลการประเมินและข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถูกนำไปประมวลผลในภาพรวม และนำผลไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาเอกสารชุดรับใหม่ LEAN ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อละ 1 ช่อง หรือเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ ผู้ช่วยพยาบาล ☐ อื่นๆ

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ

ประเด็นการสำรวจความพึงพอใจ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. ด้านความปลอดภัย/คุณภาพบริการ - เอกสารครอบคลุม ครบถ้วน					
2. ด้านการลดระยะเวลา - ลดระยะเวลาการทำงานเอกสารชุดรับใหม่					
3. ด้านการใช้ทรัพยากร - ลดปริมาณการใช้กระดาษ					
4. ด้านความพึงพอใจผู้ใช้บริการ - ความสะดวก รวดเร็ว					

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ / ข้อคิดเห็นอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เอกสารแนบ 5

แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก (LEAN) Cycle 2

RAMATHIBODI HOSPITAL

Department PED	Division 8NW	Ward เด็กโรคทั่วไป	ชื่อ.....นามสกุล..... HN.....อายุ..... วันที่รับ.....เวลา.....
Head Nurse พว.หทัย จ้าหวิน		Primary Nurse	

แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็ก

รับไว้ในโรงพยาบาล ☐ เติมน้ำ ☐ รอดน้ำ ☐ รอดนอน	รับใหม่จาก ☐ OPD ☐ ER ☐ ส่งต่อ..... ☐ อื่นๆ.....	นำส่งหอผู้ป่วย ☐ ฉุกเฉิน ☐ เวรเปล ☐ อื่นๆ.....	รายงานแพทย์ชื่อ..... ☐ เวลา..... น. ☐ มาดูอาการเวลา..... น.																								
ประวัติส่วนตัว/ครอบครัว: เป็นบุตรคนที่.....ศาสนา..... คลอดโดย..... ☐ ครบกำหนด ☐ ไม่ครบกำหนด สุขภาพ ☐ แข็งแรง ☐ ไม่แข็งแรง ระบุ..... ระดับการศึกษา ผู้ป่วย..... บิดา..... มารดา..... อาชีพ บิดา..... มารดา..... สถานภาพสมรสของบิดามารดา..... บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....		ประวัติเจ็บป่วยในอดีต: โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ครั้งสุดท้าย...../...../..... ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....																									
ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร สารเคมี เลือด) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... อาการสำคัญที่มารโรงพยาบาล..... การวินิจฉัยแรกเริ่ม..... ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน..... อาการแรกเริ่ม..... RR..... ครั้ง/นาที SpO2.....% Temp.....°C BP..... mmHg PR..... ครั้ง/นาที CRT..... วินาที																											
Level of conscious ☐ Alert/Awake ☐ Response to Voice ☐ Response to Pain ☐ Unresponsive PREW score น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม																											
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล: ก่อนการเจ็บป่วย ☐ ดี ☐ ไม่ดี..... เจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ รุนแรง ☐ ไม่รุนแรง การดูแล ☐ ไปรพ. ☐ ซื้อยารับประทาน ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้ คิดว่า ☐ หาย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่หาย	2. โภชนาการและการเผาผลาญ รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน ☐ อาหารอ่อน ☐ อาหารธรรมดา ☐ อาหารทางสายยาง นม ระบุชนิด..... ปริมาณ.....มล.มื้อ/วัน ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี..... ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....	3. การขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... การขับถ่ายทางหน้าท้อง ☐ ไม่มี ☐ มี																									
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ก่อนการเจ็บป่วย</th> <th colspan="4">ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้</th> </tr> <tr> <th>ทำได้เอง</th> <th>บางส่วน</th> <th>ไม่ได้เลย</th> <th>ใช้อุปกรณ์</th> <th>ทำได้เอง</th> <th>บางส่วน</th> <th>ไม่ได้เลย</th> <th>ใช้อุปกรณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้				ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์								
ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้																							
ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์																				
5. การพักผ่อนนอนหลับ นอน.....ชม./วัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....		6. สถิติปัญหาการรับรู้และประสาทสัมผัส การรับรู้ ☐ ตรง ☐ ไม่ตรง ความจำ/การได้ตอบ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ																									
7. การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์: การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์ ☐ ไม่มี ☐ มี..... อารมณ์และจิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี..... ความสามารถในการทำกิจกรรม ☐ ไม่มี ☐ ไม่แน่ใจ ☐ มี..... ☐ ประเมินไม่ได้ ระบุเหตุผล.....		8. การเผชิญภาวะเครียด/การปรับตัว สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี: ☐ วิตกกังวล ☐ กลัว ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... การแก้ไข ☐ ปรึกษา ☐ แยกตัว ☐ ใจยา ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ประเมินไม่ได้ ระบุเหตุผล.....																									
9. บทบาทและสัมพันธภาพ มีผลกระทบต่อบทบาท ☐ ครอบครัว ☐ อาชีพ ☐ การศึกษา ☐ สัมพันธภาพในครอบครัวและผู้อื่น		10. เพศและการเจริญพันธุ์ ประจำเดือน ☐ ไม่มี ☐ มี:ปกติไม่ปกติ แต่งงาน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ																									
11. คุณค่าและความเชื่อ การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า..... ต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา..... สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ.....																											
บิดา/มารดา/ผู้ดูแล เคยใช้สิ่งเสพติด ☐ ไม่เคย ☐ เคย: ☐ บุหรี่มวน/วัน ☐ สุราแก้ว/วัน ☐ อื่นๆ ระบุ..... ประวัติการได้รับวัคซีน ☐ ครบ ☐ ไม่เคย ระบุ.....																											

RAMATHIBODI HOSPITAL

PAIN MANAGEMENT

Pain ☐ ไม่มี ☐ มี บริเวณที่ปวด.....สาเหตุ.....

ลักษณะการปวด (เช่น ปวดร้าว, ปวดตื้อๆ).....ระยะเวลา ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ตลอดเวลา ☐ อื่นๆ ระบุ.....

เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวด (ระบุคะแนน) ☐ FLACC (0-10).....☐ FPS-R (0-10).....☐ NRS (0-10).....

การปวดกระทบต่อ ☐ การกิน ☐ การนอน ☐ การทำกิจกรรม ☐ อารมณ์/สังคม ☐ การขับถ่าย

สิ่งที่บรรเทาปวด ☐ Cold compress ☐ Hot compress ☐ Massage ☐ Relaxation ☐ Reposition ☐ Rest/sleep ☐ Medication ☐

Braden scale for prediction pressure injury risk :

วันที่ประเมิน					แรกรับ		
Parameter	1	2	3	4	Score		
การรับรู้ความรู้สึก	มีความจำกัดทั้งหมด	มีความจำกัดอย่างมาก	มีความจำกัดเล็กน้อย	ไม่บกพร่อง			
ความเปื่อยชื้น	เปื่อยชื้นตลอดเวลา	เปื่อยชื้นมาก	เปื่อยชื้นเป็นบางครั้ง	เปื่อยชื้นน้อยมาก			
กิจกรรม	นอนอยู่กับที่ตลอดเวลา	เดินไม่ได้ต้องนั่งเก้าอี้	เดินได้เป็นบางครั้ง	เดินได้บ่อยๆ			
การเคลื่อนไหว	เคลื่อนไหวไม่ได้เลย	มีความจำกัดอย่างมาก	มีความจำกัดเล็กน้อย	ไม่มีความจำกัด			
โภชนาการ	ไม่เพียงพอ	อาจจะไม่เพียงพอ	เพียงพอ	ดีเยี่ยม			
การเสียดสีและการเสียดทาน	มีปัญหา	เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา	ไม่มีปัญหา				
● Low risk 15-18	● Moderate risk 13-14	● High risk 10-12	● Very high risk ≤ 9	Total score			
ผู้ประเมิน							

หมายเหตุ: ประเมินแรกรับ หลังจากนั้นประเมินทุก 3 วัน และประเมินต่อเนื่องทุกวันในรายที่มีความเสี่ยง (Braden score ≤18 คะแนน) หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง

แบบประเมินการหัดตกหล่นในผู้ป่วยเด็ก Modified จาก HDFS					วันที่ประเมิน									
ปัจจัยเสี่ยง/ค่าคะแนน					เวลาที่ประเมิน	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค
อายุ: 4 = อายุ < 3 ปี 3 = อายุ 3-7 ปี 2 = อายุ > 7-13 ปี 1 = อายุ > 13-18 ปี														
เพศ: 2 = ชาย 1 = หญิง														
การวินิจฉัยโรค: 4 = มีอาการทางระบบประสาท มีปัญหาด้านการมองเห็น การฟัง และการเคลื่อนไหว 3 = โรคที่มีการรบกวนการรับรู้หรือจิตใจ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ ขาดน้ำและเกลือแร่ ช็อค นอนไม่หลับ เป็นลม มึนงง 2 = มีความผิดปกติทางจิต, พฤติกรรมบกพร่อง 1 = โรคอื่นๆ														
ระดับความสามารถในการรับรู้ (*ผู้ป่วยเด็กอายุ < 7 ปี ให้ประเมินผู้ปกครอง/บุคลากรที่ดูแล*) 3 = การรับรู้บกพร่อง 2 = รับรู้แต่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ 1 = รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำ														
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม: 4 = มีประวัติหัดตกหล่น 3 = มีอุปกรณ์ติดตัว ได้รับสารน้ำ คำสาธ/ ท่อระบายต่างๆ 2 = นอนก้นเตียง 1 = สามารถเดินไปมาได้ด้วยตัวเอง														
หลังผ่าตัด/ การได้รับยานอนหลับ/ การดมยา: 3 = ภายใน 24 ชั่วโมง 2 = ภายใน 48 ชั่วโมง 1 = มากกว่า 48 ชั่วโมง /ไม่ได้ผ่าตัด/ ไม่ได้ยานอนหลับ/ ดมยา														
ยาที่ได้รับ ได้แก่ ยานอนหลับ, ยาคลายกล้ามเนื้อ, ยาแก้ปวด, ยาแก้โรคซึมเศร้า, ยาขับปัสสาวะ, ยาเสพติด 3 = ได้ยากลุ่มดังกล่าวข้างต้น >1 ชนิด 2 = ได้ยากลุ่มดังกล่าวข้างต้น 1 ชนิด 1 = ได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาข้างต้น/ไม่ได้รับยา														
ค่าคะแนน 7-11 เป็นความเสี่ยงระดับต่ำ ค่าคะแนน 12-23 เป็นความเสี่ยงระดับสูง					Total Score									
หมายเหตุ: ประเมินแรกรับ หลังจากนั้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง					ผู้ประเมิน									

Potential Restrained : ☐ Multiple line ☐ Emotional unstable ☐ Endotracheal tube ☐ Other.....

จำเป็นต้องได้รับการ Restrain ☐ No ☐ Yes

ลงชื่อพยาบาล.....รหัส.....

สร้างเอกสารชุดรับใหม่ในระบบ EMR

รายการเอกสารที่เลือกมาสร้างชุด

ชื่อชุดเอกสาร : ชุดรับใหม่ LEAN

ระบุคลินิก : เอกสารชุดของหน่วย

No.	ชื่อเอกสาร		
1	Admission note เด็ก	☐	☐
2	(Progress note (IPD)) Doctor 's & Team's Progre	☐	☐
3	Doctor's Order Sheet	☐	☐
4	Graphic sheet เด็ก	☐	☐
5	(Med record) Medication record	☐	☐
6	Medication record for one day/one day PRN dos	☐	☐
7	Medication record for continue PRN	☐	☐
8	หนังสือแสดงเจตนาพร้อมเพียรระวังห้คัดกหกล้มในโรงพยา	☐	☐

เอกสารชุดที่สร้างไว้ใช้ในหน่วย Filter By :เอกสารชุดของหน่วย

No.	ชื่อเอกสาร		
1	ชุดรับใหม่	☐	☐
2	ชุดรับใหม่ LEAN	☐	☐
3	Transfer record	☐	☐

เอกสารชุด

คลินิก: ทั้งหมด (หอผู้ป่วยโรคทั่วไป (เด็ก2)) ☒

No.	ชื่อชุดเอกสาร		
1.	ชุดรับใหม่	☐	☐
2.	ชุดรับใหม่ LEAN	☐	☐
3.	Transfer record	☐	☐
4.	order sepsis	☐	☐
5.	Doctor's order	☐	☐
6.	Progressnote	☐	☐
7.	Med record One day	☐	☐
8.	Med Record	☐	☐
9.	ใบ consult palliative	☐	☐