



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

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

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

*หมายเหตุ : 1.กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 5

2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....
--

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Infection Control ☐ Medication Safety ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☒ Patient Care Process ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Emergency Response
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย [Safety] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า [Quality (waste)*] ☒ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

ชื่อโครงการ กระบวนการประเมินและจัดการความปวดรูปแบบผู้ป่วยนอก ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง

(The implementation of pain assessment and management for cancer patients in OPD OCC)

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

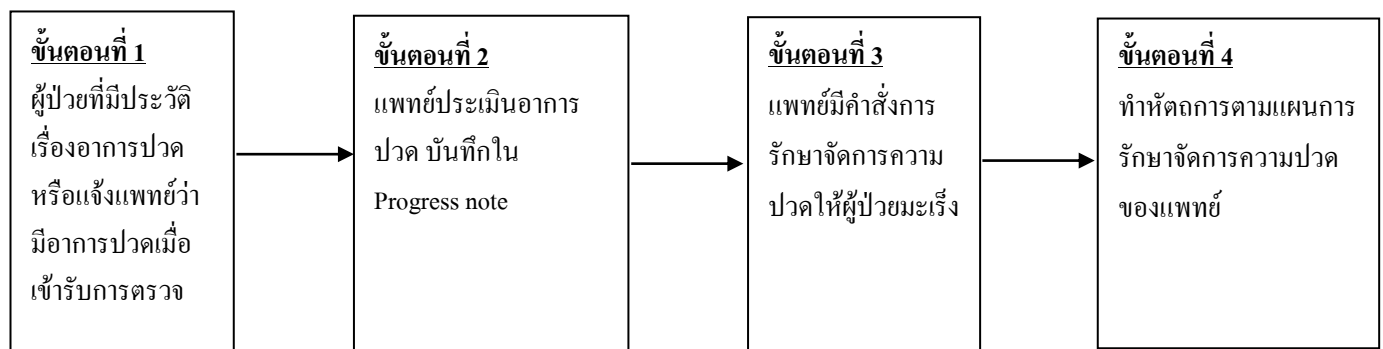
ความปวดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากบางครั้งสาเหตุสำคัญเกิดจากการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ สร้างความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับการจัดการดูแล ช่วยเหลือเรื่องความปวด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งให้บริการตรวจรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งในทุกระยะของแผนการรักษา รักษา จากข้อมูลสถิติของหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับบริการตรวจรักษา 47,410 ราย ได้ตระหนักในปัญหานี้และพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวด ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อจัดการความปวดคือ บุคลากรขาดการประเมินเรื่องความปวดของผู้ป่วย, ผู้ป่วยไม่แจ้งอาการปวดในระยะแรก ๆ แก่แพทย์, ผู้ป่วยที่มาตรวจในระบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนมาก แพทย์ไม่มีเวลาในการประเมินผู้ป่วยทุกราย หน่วยงานจึงได้พัฒนาระบบการประเมินความปวดในผู้ป่วย รูปแบบผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการได้รับการประเมินอาการปวด ซึ่งเป็น Fifth Vital Signs โดยประเมินพร้อม Vital Signs แรกรับ

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow)

รูปที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรูปแบบเดิม

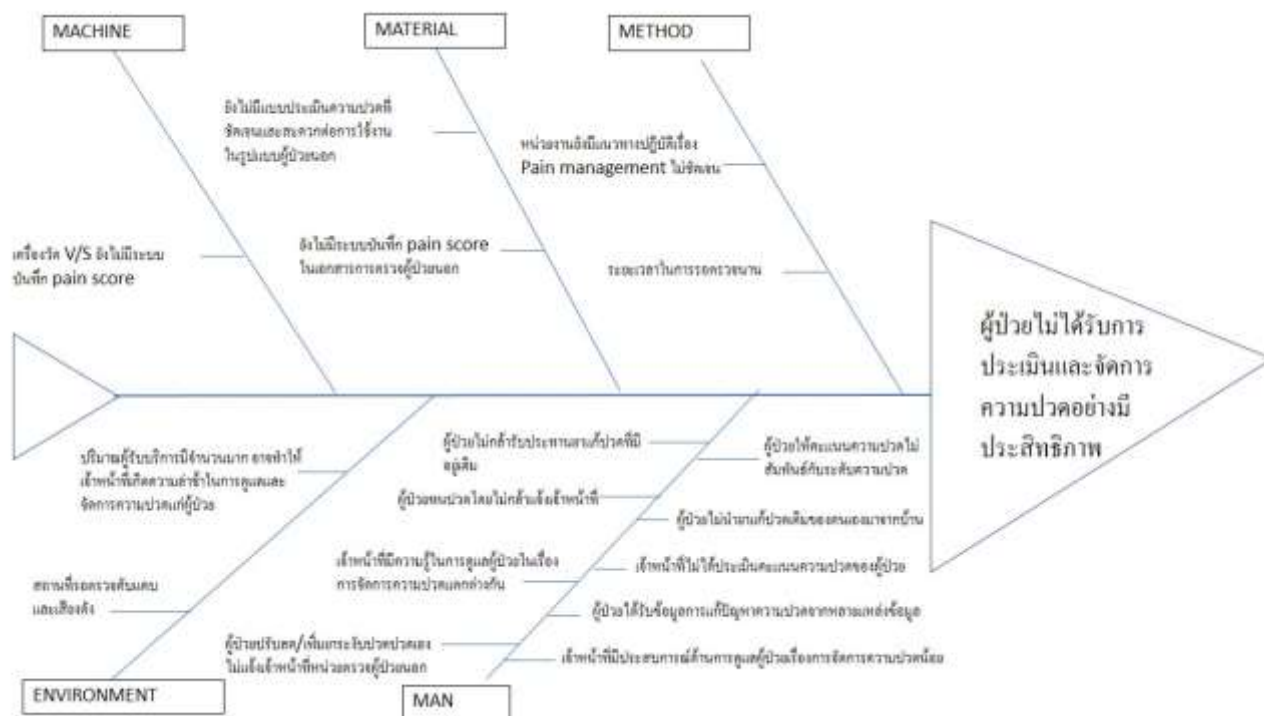


จากกระบวนการทำงานรูปแบบเดิม ผู้ป่วยที่มารับบริการ แพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความปวด ผู้ป่วยบางรายไม่แจ้งอาการปวดกับแพทย์อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการความปวด หรือไม่ได้รับการประเมินวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการปวดดังกล่าว อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดการความปวดล่าช้า

จากการปฏิบัติงานในรูปแบบเดิม พบว่าปัญหาที่พบคือ

- ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการปวดทุกราย
- ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการประเมินอาการปวด ให้คะแนนความปวดไม่สัมพันธ์กับอาการ
- ผู้ป่วยทนปวด ไม่รับประทานยาเดิมเกรงว่าเมื่อพบแพทย์ อาการปวดลดลง จะไม่ได้รับยาแก้ปวดที่แรงขึ้น
- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ/REWS score ผิดปกติ เนื่องจากอาการปวด

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ (RCA)



3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

- 3.1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงสามารถประเมินความปวดได้ด้วยตนเอง
- 3.1.2 หน่วยงานมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง - มาก
- 3.1.3 ผู้ป่วยมีแรงที่มีระดับความปวดมาก (Pain score ≥ 7 คะแนน) ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
- 3.1.4 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีแรงต่อการจัดการความปวด

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

การปรับปรุงกระบวนการ รอบที่ 1 (เริ่ม ก.ค. 2562) ดำเนินการดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดกับบุคลากรทุกคนภายในหน่วยงาน
2. ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการให้คะแนนความปวดด้วยตนเองกับผู้ป่วยมีแรงและญาติโดยพยาบาล
3. เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพบันทึกคะแนนความปวด (Pain Score) กรณีผู้ป่วยให้คะแนนปวดไม่ได้ให้บันทึกเป็นไม่ปวด/ ปวดเล็กน้อย/ ปวดปานกลาง/ ปวดมาก ลงในบัตรนัดส่วนที่ 1 ตามคำบอกของผู้ป่วย (เอกสารแนบ 1)

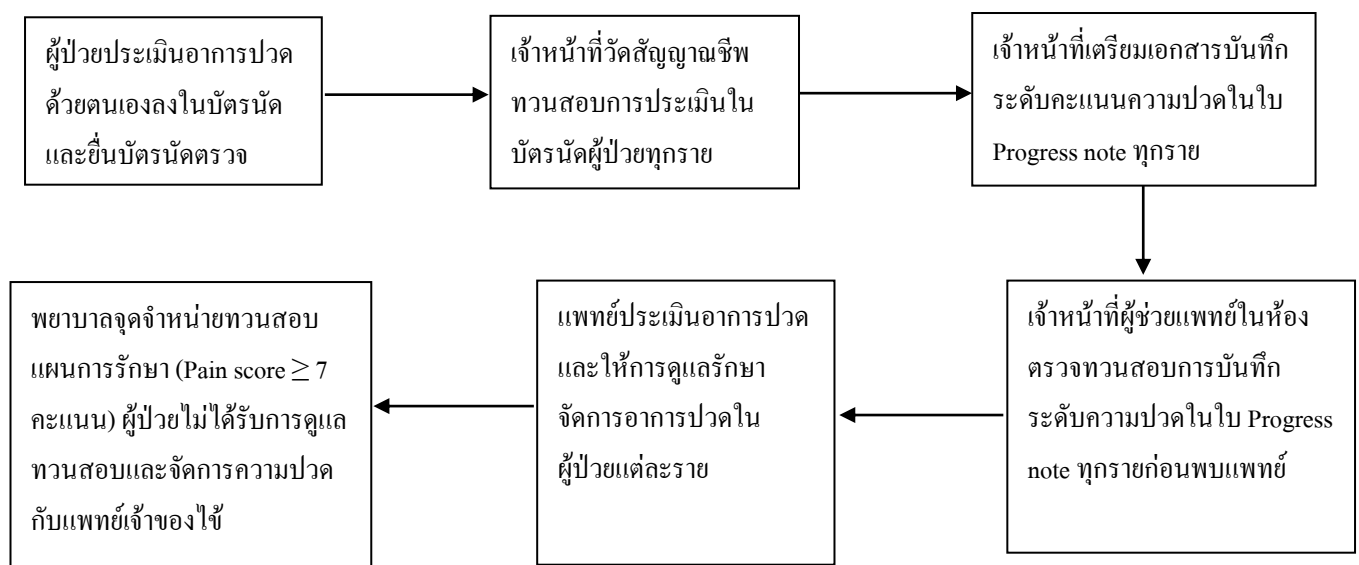
4. เจ้าหน้าที่จุดเตรียมเวชระเบียนบันทึกคะแนนความปวดในใบ Progress note (เอกสารแนบ 1)

หลังจากการเริ่มปฏิบัติงานตามกระบวนการประเมินความปวด (1 – 15 กรกฎาคม 2562) พบปัญหา คือ เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานของจุดวัดสัญญาณชีพ ศักยภาพและความเข้าใจการประเมินอาการปวดของเจ้าหน้าที่ไม่เท่ากัน เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความปวดของตัวเองได้ จึงทำการปรับปรุงรอบ 2 (16 - 31 กรกฎาคม 2562)

การปรับปรุงกระบวนการ รอบที่ 2 (เริ่ม 16 กรกฎาคม 2562)

1. ปรับรูปแบบของบัตรนัดหมาย โดยพิมพ์ Numeric rating scale 0 - 10 (เอกสารแนบ 2) เพื่อความสะดวกของเจ้าหน้าที่ในการบันทึกคะแนนความปวดรวดเร็วขึ้น
2. ปรับปรุงรูปแบบ Numeric rating scale 0 - 10 ลงในใบ Progress note แพทย์บันทึกคะแนนความปวดได้ชัดเจนและสะดวกรวดเร็วขึ้น (เอกสารแนบ 3)
3. เจ้าหน้าที่เตรียมเอกสารผู้ป่วย บันทึกคะแนนความปวดลงในใบ Progress note
4. กรณีเป็นบัตรนัดหมายเดิมก่อนปรับปรุงให้เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพ ลงบันทึกคะแนนความปวดเป็นตัวเลขระดับคะแนน Numeric rating scale 0 - 10
5. จัดเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ความรู้เรื่อง “การประเมินความปวดด้วยตนเอง” เวลา 8.15 – 8.30น. ให้ผู้ป่วยมะเร็งและญาติที่รอรับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง (เริ่ม 1 สิงหาคม 2562) ใช้ Numeric rating scale แบ่งระดับความปวดเป็น 3 ระดับ
 - 5.1 คะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (Mild pain) 1-3 คะแนน
 - 5.2 คะแนนความปวดระดับปานกลาง (Moderate pain) 4-6 คะแนน
 - 5.3 คะแนนความปวดระดับมาก (Severe pain) 7-10 คะแนน
6. เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ทวนสอบเรื่องการบันทึกคะแนนความปวด กรณีไม่มีการบันทึกในใบ Progress note สอบถามประเมินคะแนนความปวดกับผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์อีกครั้ง
7. ให้แนะนำผู้ป่วยบันทึกระดับความปวดด้วยตนเองลงในบัตรนัดหมาย (เริ่ม 1 ก.ย. 62) และมีการทบทวนสอนการบันทึกโดยเจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพ
8. ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดระดับมาก (Pain score ≥ 7 คะแนน) เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพนำผู้ป่วยส่งต่อพบพยาบาลเพื่อประเมินอาการและจัดการดูแลเบื้องต้น

รูปที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด รูปแบบผู้ป่วยนอก (รอบที่ 2)



หลังปรับกระบวนการรอบที่ 2 เริ่มปฏิบัติตามกระบวนการประเมินความปวด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดร้อยละ 81.44 มีอาการปวดร้อยละ 18.56 ซึ่งในกลุ่มมีอาการปวดวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (Mild pain) ร้อยละ 41.67 ปวดระดับปานกลาง (Moderate pain) ร้อยละ 34.03 ปวดระดับมาก (Severe pain) ร้อยละ 24.30 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับมากใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแลจัดการความปวดเท่ากับ 90.43 ± 48.25 นาที (n=40) จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดระดับมาก (Severe pain) ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลในการจัดการความปวดค่อนข้างนาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการความปวดร่วมกับทีมแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม

ตาราง 1 การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ / บทบาท หน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	ก.ค. 62	ส.ค. 62	ก.ย. 62	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	
1.ประชุมเจ้าหน้าที่หน่วยงานวิเคราะห์ปัญหา	↔						เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน
2.ปรับปรุงกระบวนการประเมินความปวดผู้ป่วย	↔						เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน
3.ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง-มาก		↔					เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน
4.ปรับปรุงรูปแบบบัตรนัดและใบ Progress note		↔					เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน
5.ประชุมคณะทำงานเดือนละ 1 ครั้ง		←---	---	---	---	---	เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน
6.ประเมินผล รวบรวมสถิติข้อมูล		←---	---	---	---	---	เจ้าหน้าที่หน่วยงานทุกคน

↔ วางแผนงาน ← - - -> ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ

ตาราง 2 ผลลัพธ์การดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)						
		ก่อน ดำเนินการ	หลัง					
			ครั้งที่1 ก.ค.62	ครั้งที่2 ส.ค.62	ครั้งที่3 ก.ย.62	ครั้งที่4 ต.ค.62	ครั้งที่5 พ.ย.62	ครั้งที่6 ธ.ค.62
1. อัตราสามารถในการประเมิน ความปวดด้วยตนเองได้ของผู้ป่วย	มากขึ้น (> 95 %)	ไม่มีข้อมูล	93.52 n=833	94.93 n=2,010	95.19 n=1,870	96.00 n=2,340	96.52 n=920	97.10 n=1550
2. อัตราผู้ป่วยที่มีระดับความปวด มากได้รับการดูแลที่เหมาะสม	มากขึ้น (> 80%)	ไม่มีข้อมูล	97.14	80.68	96.91	96.46	85.71	85.00

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

- 6.1 ผู้ป่วยมะเร็งสามารถประเมินความปวดด้วยตนเองได้ตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 95
- 6.2 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดระดับมากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 80
- 6.3 มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง-มาก
- 6.4 ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วไม่พบข้อร้องเรียนบริการ
- 6.5 ความพึงพอใจการรับบริการของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการต่างๆของหน่วยงานอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด
- 6.6 บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการประเมิน การคัดกรอง ความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่มีความปวด

7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

7.1 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง - มาก หากได้รับการประเมินความปวด การรักษาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัย บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน ช่วยลดความแออัดในการที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือหน่วยตรวจฉุกเฉิน

7.2 การพัฒนากระบวนการทำงานบริการผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบมีความต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและบุคลากรมีการปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความปวดมาก จากการปรับปรุงกระบวนการรอบ 2 เพิ่ม ดังนี้ พยาบาลประเมินความปวด ประเมินการได้รับยาระงับปวด การบริหารยาระงับปวด ชนิดรับประทานที่เป็น Home Medication เดิมของผู้ป่วย (ถ้ามี) กรณีที่ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย แพทย์หรือพยาบาลบริหารยาระงับปวด Break through pain โดยให้ยาตามคำสั่งเดิม เพื่อจัดการความปวดเบื้องต้นให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาอาการปวดมาก่อน และเป็นกรณีเร่งด่วน พยาบาลแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินและให้การรักษา

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

ติดตามตัวชี้วัด/ กระบวนการทำงานในหน่วยงานทุก 3 - 6 เดือน

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

9.1 พัฒนาระบบการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน เช่น ยา morphine น้ำ ยามอร์ฟีนเม็ดยาชนิดออกฤทธิ์เร็ว Morphine immediate release แพทย์หรือพยาบาลประเมินอาการปวดภายใน 60 นาที หลังการบริหารยา และกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฉีด เช่น ยามอร์ฟีน ยาเฟนทานิล แพทย์หรือพยาบาลประเมินอาการปวดภายใน 30 นาทีหลังการบริหารยา เป็นต้น

9.2 พัฒนาแบบสอบถาม/ QR code การประเมินและการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และ Application ที่ปรึกษาจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบ Real time เพื่อเอื้อต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน สามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับ Rama app สามารถส่งข้อมูลมาได้เมื่อเช็กอิน

9.3 พัฒนาต่อยอดโครงการ R2R: Pain management in patient cancer at OPD OCC

เอกสารแนบ 1

เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพบันทึกคะแนนความลงใน
บัตรนัด

เจ้าหน้าที่จุดเตรียมวาระเขียนบันทึกคะแนนความปดลงใน
ไป Progress note

บันทึกตรวจ (A) <ผู้ป่วย> 5B / 4.01
HN
วันนัด จันทร์ 19 ส.ค. 2562 เวลา: 10.30 น.
 คลินิก มะเร็งวิทยา เต่า (ตรวจ)
 ตรวจกับแพทย์ :
 สิทธิการรักษา **เงินสด** E 15 ก.ค. 62
 ส่งตรวจ Stool occult.
นัดตรวจที่ : หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 (15/10/2562)
อาคาร 1 ชั้น 1
 กรุณาประเมินอาการปวดก่อนขึ้นรถ
 ปวดไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก
 1. Rama Appointment โดย Download ผ่านโทรศัพท์มือถือ
 2. โทร: 02-201484 (เวลา 08-15.00 น , ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)
5
*****หากมีเจาะเลือด เอกซเรย์ ให้มาก่อนเวลานัด 1-2 ชั่วโมง*****

น้าหนัก _____ กิโลกรัม หายใจ _____ ครั้ง/นาที BP _____ mmHg ☐ รตม ☐ รตมอ่อน ☐ ไม่หายใจ	ส่วนสูง _____ เซนติเมตร ชีพจร _____ ครั้ง/นาที T _____ 8
--	---

นัดตรวจ: หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 016674 วันที่ 15/07/2562 09:30
ส่งตรวจ: โทรหัวใจ HCM900 วันที่ 01/10/2562 08:55
คัดปัสสาวะ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 และนำโดย
ส่งปัสสาวะ ณ วันที่ ตรวจเป็น Pst: 15/07/2562 12:04

[illegible]

เอกสารแนบ 2 รูปแบบของบัตรนัดหมาย โดยพิมพ์ Numeric rating scale 0 - 10

3B/L.48


บัตรนัดตรวจ
 <ผู้ป่วยเก่า>

วันนัด อังคาร 20 ส.ค. 2562
 คลินิก มะเร็งวิทยา-เข้า (ตรวจ)
 ตรวจกับแพทย์
 สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพนอกเขต(ส่งต่อ)
 ตั้งตรวจ CBC, ESR, Urine, EType
บัตรตรวจที่ : หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2
อาคาร 1 ชั้น 1
 กรุณาให้คะแนนประเมินอาการปวดก่อนขึ้นบันได
 คะแนนความปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 คะแนน
 1.Rama Appointment โดย Download ผ่านโทรศัพท์มือถือ
 2.โทร: 02-2010484 (เวลา 08.00-15.00 น , ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

เวลา : 10.30 น.
IPD 9-115.A-62
(P17)

*****หากมีเจาะเลือด เอกซเรย์ ให้มาก่อนเวลานัด 1-2 ชั่วโมง*****

บ้ำหนัก.....กิโลกรัม อายุ.....ครึ่งนาที BP.....mmHg ☐ รอรับ ☐ รอถอน ☐ ไม่รู้/รอผล	ส่วนสูง.....เซนติเมตร ชีพจร.....ครั้ง/นาที T..... 19	เจ็บท้อง..... ท้อง..... ท้อง..... ท้อง.....
---	---	--

นัดตรวจ: หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 003390 วันที่ 11/08/2562 09:30
ส่งนัดจาก: หน่วยผู้ป่วยอายุรกรรม-ชาย - หญิง
ส่งนัดโดย: ทานตะวัน พงษ์กิตติวงศ์ Pct: 11/08/2562 14:41

เอกสารแนบ 3 ปรับปรุงรูปแบบ Numeric rating scale 0 - 10 ลงในใบ Progress note


คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

รหัสนักศึกษา OCC2
รหัสนักเรียน/นักศึกษา 2
คลินิก มะเร็งวิทยา

HN [Redacted]
ชื่อ [Redacted]
นามสกุล [Redacted]
วันที่เกิด [Redacted]
วันที่รับทราบ [Redacted]
วันที่รับทราบ [Redacted]

วันที่ [Redacted] **เวลา** [Redacted] **สถานที่** [Redacted]
วันที่รับทราบ [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted]
วันที่รับทราบ [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted]
วันที่รับทราบ [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted] **วันที่รับทราบ** [Redacted]

ONCO. NOTE (Follow up sheet)
Date [Redacted] **BW/Ht** [Redacted] **ECOG** [Redacted] **0** **1** **2** **3** **4**
CBC [Redacted] **CC** [Redacted]
Hb [Redacted] **NEU** [Redacted]
Hct [Redacted] **LYM** [Redacted]
WBC [Redacted] **ANC** [Redacted]
Plt [Redacted]
Na [Redacted] **Ca** [Redacted]
K [Redacted] **P** [Redacted]
Cl [Redacted] **Glu** [Redacted]
CO2 [Redacted] **Urea** [Redacted]
Alb P [Redacted] **Cr** [Redacted]
SGOT [Redacted] **Urea s** [Redacted]
SGPT [Redacted] **Tr** [Redacted]
G-GT [Redacted] **Chol** [Redacted]
TP [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted]
Alb [Redacted] **D B** [Redacted]
Tumor marker [Redacted]
CEA [Redacted] **LDH** [Redacted]
CA19-9 [Redacted] **AFP** [Redacted]
PSA [Redacted]
Investigation [Redacted]
(Date) [Redacted]
Impression [Redacted]
Plan [Redacted]
FTU [Redacted] **(Wk / Month)** [Redacted] **LAB** [Redacted]
NEXT LAB [Redacted] **CEA** [Redacted] **LDH** [Redacted] **CA19-9** [Redacted] **AFP** [Redacted] **PSA** [Redacted] **Urea** [Redacted] **Cr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B** [Redacted] **D B** [Redacted] **Alb** [Redacted] **WBC** [Redacted] **Hb** [Redacted] **Hct** [Redacted] **Plt** [Redacted] **Na** [Redacted] **K** [Redacted] **Cl** [Redacted] **Glu** [Redacted] **CO2** [Redacted] **Urea s** [Redacted] **Tr** [Redacted] **SGOT** [Redacted] **SGPT** [Redacted] **G-GT** [Redacted] **Chol** [Redacted] **TP** [Redacted] **T B**