แบบบันทึกการเฝ้าระวังและการดูแลระหว่างการผูกยึด/ใช้ห้องแยก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN ..... AN	หอผู้ป่วย .....

วิธีการ/ตำแหน่งที่ผูกยึด ..... วันที่เริ่ม ..... เวลาเริ่ม ..... น.

เหตุผล ☐ ทางพฤติกรรม (เฝ้าระวังทุก 1 ชม.) ☐ เด็กอายุ < 9 ปี (ทุก 30 นาที) ☐ ทางกาย (เฝ้าระวังทุก 2 ชม.)

☐ ห้องแยก (เฝ้าระวังต่อเนื่อง)

ส่วนที่ 1 การประเมินช่วงต้น

ช่วงเวลา	เวลาจริง	สัญญาณชีพ	ระดับความรู้สึกตัว/ พฤติกรรม	ผิวหนัง/5P	ความแน่น (2 นิ้ว)	ผู้ประเมิน
15 นาทีแรก					☐ เหมาะสม	
30 นาที					☐ เหมาะสม	

ส่วนที่ 2 บันทึกการเฝ้าระวังต่อเนื่อง

หมายเหตุ 5P = ความปวด (Pain) สีผิวซีด/เขียวคล้ำ (Pallor) ชีพจรส่วนปลาย (Pulse) อาการชา (Paresthesia) กำลังกล้ามเนื้อ (Paralysis) | ต้องคลายอุปกรณ์ทีละข้างทุก 2 ชม. อย่างน้อยครั้งละ 10 นาที พร้อมบริหารข้อ

วัน/เวลา	T/P/R/BP SpO_2	ระดับความรู้สึกตัว / พฤติกรรม	5P และผิวหนัง	ความปวด	อาหาร น้ำ ขับถ่าย	คลายอุปกรณ์ บริหารข้อ เปลี่ยนท่า	ข้อบ่งชี้ยังคงอยู่	ผู้บันทึก
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	

วัน/เวลา	T/P/R/BP SpO_2	ระดับความรู้สึกตัว / พฤติกรรม	5P และผิวหนัง	ความปวด	อาหาร น้ำ ขับถ่าย	คลายอุปกรณ์ บริหารข้อ เปลี่ยนท่า	ข้อบ่งชี้ยังคงอยู่	ผู้บันทึก
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	
							☐มี ☐ไม่มี	

วัน/เวลา	T/P/R/BP SpO_2	ระดับความรู้สึกตัว / พฤติกรรม	5P และ ผิวหนัง	ความปวด	อาหาร น้ำ ขับถ่าย	คลายอุปกรณ์ บริหารข้อ เปลี่ยนท่า	ข้อบ่งชี้ยังคงอยู่	ผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 การประเมินเพื่อคลายหรือยุติ (ทุกครั้งที่ต่อคำสั่ง และอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง

วัน/เวลา	ผู้ป่วยสงบ/ควบคุมตนเองได้	สาเหตุที่แก้ไขได้ถูกแก้แล้ว	ผลการตัดสินใจ	ผู้ประเมิน
	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ผูกยึดต่อ ☐ ลดจุด ☐ ยุติ	
	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ผูกยึดต่อ ☐ ลดจุด ☐ ยุติ	

ส่วนที่ 4 การยุติและสรุป

วัน/เวลาที่ยุติ ..... น. ระยะเวลารวมของเหตุการณ์นี้ ..... ชั่วโมง .... นาที จำนวนครั้งที่ต่อคำสั่ง .... ครั้ง

เหตุผลของการยุติ .....

การประเมินหลังยุติ: ผิวหนัง ..... การเคลื่อนไหว ..... การไหลเวียน ..... สภาพจิตใจ .....

ภาวะบาดเจ็บ/ภาวะแทรกซ้อนที่พบ: ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ ..... ☐ ได้รายงานอุบัติการณ์แล้ว

<u>การทบทวนเหตุการณ์ภายหลังการผูกยึด/การใช้ห้องแยก (Debriefing)</u>

☐ ได้พูดคุยทบทวนเหตุการณ์กับผู้ป่วยและญาติแล้ว ☐ ได้พูดคุยทบทวนเหตุการณ์กับทีมผู้ให้บริการแล้ว

ประเด็น/ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ .....

ลงชื่อ ..... (พยาบาลวิชาชีพ) วันที่	ลงชื่อ ..... (แพทย์) วันที่ .....