

แนวทางการให้บริการ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกARI ดังนี้

1 กรณีมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดติดเชื้อโควิดและยังไม่ได้รับการตรวจ ATK จะส่งผู้ป่วยไปรอรับการคัดกรองที่จุดกลุ่มเสี่ยง และรอรับการตรวจ ATK

2 มีผลตรวจ ATK เป็นบวก (ตรวจด้วยตนเอง) มีผลมายืนยัน จะส่งไปรอรับบริการที่จุดคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และรอรับการตรวจ ATK (โดยจุดดังกล่าว จะมีอุปกรณ์เพื่อป้องกันในการคัดแยก)

3 พยาบาลที่คลินิก ARI จะทำการออกไปตรวจ และรอทีมสอบสวนโรคมาทำการซักถามข้อมูลและระบุการตรวจหาเชื้อในแบบต่างๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย

4 จนท. ER จะเป็นผู้มาทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ วันละ 2 รอบ ในช่วง 10.00 น. และ 15.00 น.

5 เมื่อผลการตรวจให้ผลบวก ให้ทำการส่งผู้ป่วยไปทำการเอกซเรย์ปอด โดยมีคุณเสมอ เป็นผู้นำส่งผู้ป่วย

6 เมื่อแพทย์อ่านผล จะทำการสั่งแผนการดูแลรักษา

6.1 กรณี admit ส่งไปที่ตึกผู้ป่วย 2 ตามแนวทางปฏิบัติ

6.2 กรณีแพทย์ให้ส่งดูแลแบบ CI ให้ประสานคุณอารีย์วรรณ เพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าพักยังสถานที่ในการดูแล โดยระบุข้อมูลในแบบฟอร์ม ที่กำหนด และส่ง line ข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง และในวันรุ่งขึ้น จะส่งเอกสารข้อมูลตัวจริงไปยังผู้เกี่ยวข้อง

6.3 จะมีการมอบอุปกรณ์ในการตรวจวัด ใฝ่ระวังสังเกตอาการ และมีแบบฟอร์มในการเซ็นรับอุปกรณ์ดังกล่าว

6.4 การแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณา สั่งยา ในเวลา เป็นแพทย์ที่คลินิก ARI กรณีนอกเวลา เป็นแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน (ขอหารือเรื่อง ข้อมูลการสั่งยา จะไม่ปรากฏในใบตรวจรักษาเนื่องจาก CI เป็นผู้ป่วยนอก)

6.5 ช่วงนอกเวลา ผล ATK ยังไม่ออก ต้องใช้จนท. ER มาให้การดูแล และสื่อสารภายหลังผลตรวจออก พบปัญหาไม่มีการซักประวัติ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ขอให้ทีมคลินิก ARI ทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนปิดคลินิก

6.6 ช่วงนอกเวลาราชการมีผู้รับบริการมาก ขอใช้ห้องแยกที่ห้องฉุกเฉิน ในการคัดกรอง รวมถึงบริหารจัดการ ในยามวิกาล เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ มารอบบริเวณ หน้าห้องเอกซเรย์

6.7 ให้ทำการตรวจสอบถามผู้รับบริการที่อยู่ ต่างจังหวัด ไม่สามารถรับบริการแบบ CI ได้

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี Home isolation หรือ Community isolation

ชื่อหน่วยบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน..รหัสหน่วยบริการ 11456. วันที่รับบริการ วันที่จำหน่าย

ชื่อ-นามสกุล.....PID.....เพศ.....อายุ.....ปี สิทธิการรักษา UC ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆระบุ.....รัฐวิสาหกิจการรถไฟ

ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่ ถนน.....ต..... อ.....จ.พิจิตร.....เบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....

อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่ออาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
อาการสำคัญที่บ่งว่าน่าจะเกิดการรุนแรง	น้ำหนัก.....Kg.	<input type="checkbox"/> Level 1 (green)
<input type="checkbox"/> ไอเยอะ (Severe cough) <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก (chest tightness) <input type="checkbox"/> ทานอาหารไม่ได้ (poor appetite) <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียมาก (fatigue) <input type="checkbox"/> ใช้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ	ส่วนสูง.....cm BT..... ^o C PR...../min RR...../min BP.....mmHg	<input type="checkbox"/> พ้าทะลายโจร แคปซูล 5 tabs po tid ac # 75 tabs <input type="checkbox"/> Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs <input type="checkbox"/> Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs <input type="checkbox"/> CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs <input type="checkbox"/> Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs <input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	<input type="checkbox"/> Level 2 (yellow)
<input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี <input type="checkbox"/> COPD, include chronic lung disease <input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> Chronic Heart disease <input type="checkbox"/> CVA (โรคหลอดเลือดสมอง) <input type="checkbox"/> T2DM <input type="checkbox"/> BMI > 30 or BW > 90 kg <input type="checkbox"/> Cirrhosis (โรคตับแข็ง) <input type="checkbox"/> Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) <input type="checkbox"/> Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3	Test Exercise Induce Hypoxia test O2 sat.....% (ก่อน) O2 sat.....% (หลัง) Test ให้ผลบวก(spO2 drop ≥3) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผล Lab Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้ามมีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ..... ผลตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> Rapid antigen test วันที่ตรวจ..... หน่วยที่คัดกรอง..... <input type="checkbox"/> RTPCR ผล..... วันที่ตรวจ..28/07/2564.....	<input type="checkbox"/> Favipiravia (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1, then 4 tabs po bid pc x 4 days If BW > 90 kgs, <input type="checkbox"/> Day 1 : 12 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Day....., 5 tabs po bid pc <input type="checkbox"/> Level 3 (Red)
การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า	วันที่ตรวจ.....	<input type="checkbox"/> Refer รพ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> สภาพจิตใจ feeling <input type="checkbox"/> ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน..... - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหุดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หน่วยที่คัดกรอง..โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน การเตรียมอุปกรณ์และยา <input type="checkbox"/> พรอทวดใช้ <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา <input type="checkbox"/> เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> ถุงแดง	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation /community isolation ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..... ลงชื่อพยาน..... วันที่.....

ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ	Plan
1.....	1.....
2.....	2.....

Day	วัน/เดือน/ปี	BT (° C)	O2 sat (%)	Medication	Patient Educate & Psychosocial Support / Progress	ผู้ประเมิน
					Note	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Psychological problem	Plan support	บันทึกการรับประทานยาขณะรักษาที่บ้าน
<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> stigma <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนติดตามอาการ <input type="checkbox"/> รับฟัง ให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกคนไข้ <input type="checkbox"/> ต้องการ ปรึกษา <input type="checkbox"/> จิตแพทย์ <input type="checkbox"/> นักจิตบำบัด	<input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร เริ่มวันที่.....หยุดวันที่..... <input type="checkbox"/> Favipiravir เริ่มวันที่.....หยุดวันที่..... <input type="checkbox"/>
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	สรุปการรักษาก่อนจำหน่าย
<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> O2 sat < 96% <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> O2 therapy..... <input type="checkbox"/> นอนคว่ำ 12-16 ชั่วโมง/วัน <input type="checkbox"/> medication อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ประสานส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	BT..... ° C <input type="checkbox"/> อยู่ครบ 14 วัน อาการดีขึ้น PR...../min <input type="checkbox"/> Refer วันที่..... RR...../min <input type="checkbox"/> เนื่องจากอาการหนัก รพ..... อาการ..... <input type="checkbox"/> กลับไปรักษาภูมิลำเนา จังหวัด..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

Family & Social issues	Plan Support
<input type="checkbox"/> 1. มีบุคคลอื่นในบ้านที่ติดเชื้อ จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 2. บุคคลในบ้านที่มีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 3. บุคคลอื่นที่เข้าข่าย PUI จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 4. บุคคลในครอบครัวต้องการการรักษาพยาบาล จำนวน.....คน <input type="checkbox"/> 5. กลุ่มประเภที่ที่ต้องการการสนับสนุนการตรวจและการดูแลเป็นพิเศษ <input type="checkbox"/> 6. ยากจนมาก	<input type="checkbox"/> 1. ประเมินและรับไว้ดูแลรักษาเป็นรายใหม่ รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ <input type="checkbox"/> 2. การส่งต่อเพื่อประเมินการติดเชื้อ COVID 19 อย่างเร่งด่วน <input type="checkbox"/> 3. แนะนำ/ส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อรายใหม่ <input type="checkbox"/> 4. ให้การรักษาพยาบาลเป็นรายใหม่ <input type="checkbox"/> 5. ส่งต่อเพื่อดูแล <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> นักจิตวิทยา <input type="checkbox"/> longterm care team (rehabilitation/community nurse team) <input type="checkbox"/> อื่นๆ <input type="checkbox"/> 6. ประสานการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์ หรือ ส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาต.....ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....