ศสม. / รพ.สต. ที่ติดตามเยี่ยม....................................รหัสสถานบริการ...................................

**แบบฟอร์มตอบกลับการดูแลต่อเนื่อง**

**ทีมเยี่ยมบ้านบันทึกข้อมูล** ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ............................................................. วันที่เยี่ยม............../………/…………………..

**ประเมินสภาพผู้ป่วย INHOMESSS**

|  |  |
| --- | --- |
| **I : Immobility การเคลื่อนไหว**  **กิจวัตรประจำวัน ADL** | ( ) ทำได้เอง ( ) ทำเองไม่ได้ ( ) ผู้ป่วยติดเตียง ( ) ผู้ป่วยติดบ้าน  ( ) มีปัญหาการทรงตัว/การเดิน ( ) มีปัญหาระบบประสาทสัมผัส |
| **N: Nutrition อาหาร ภาวะโภชนาการ** | ( ) ปกติ ( ) อ้วน ( ) ผอม  อาหารโปรด.................................................... จำนวนมื้อต่อวัน.............. ผู้ดูแลเรื่องอาหาร.............................  รสชาติอาหารที่ชอบ ( ) หวาน ( ) มัน ( ) เค็ม ( ) เผ็ด ( ) เปรี้ยว  ที่มาของอาหาร ( ) ปรุงเอง ( ) ซื้อสำเร็จรูป ( ) อาหารแช่แข็ง ( ) อื่น ๆ.......................  เหล้า/แอลกอฮอล์ ( ) ดื่ม ( ) ไม่ดื่ม ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ........................................................  บุหรี่/ยาเส้น ( ) สูบ ( ) ไม่สูบ ปริมาณที่สูบต่อวัน ........................................................ |
| **H: Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน** | ภายในบ้าน ( ) แออัด ( ) โปร่งสบาย ( ) สะอาด  บริเวณรอบบ้าน ( ) มีบริเวณ ( ) ไม่มีบริเวณ ( ) อื่น ๆ.............................................................. |
| **O: Other people สมาชิกในครอบครัว** | เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินเจ็บป่วยผู้นำส่งรพ.คือ ( ) บุตร ( ) ญาติ ( ) อื่น ๆ......................................  ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ตัดสินใจคือ ระบุชื่อ-สกุล.................................................... เบอร์โทร...........................  ผู้ดูแล care giver มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต ( ) มี ( ) ไม่มี |
| **M: Medication การใช้ยา** | การบริหารยา ( ) ด้วยตนเอง ( ) ผู้อื่น  ได้รับยา ( ) สม่ำเสมอ ( ) ไม่สม่ำเสมอ  อาหารเสริม ................................................................ ยาสมุนไพร.............................................................. |
| **E: Examination การตรวจร่างกาย** | V/S T…………………BP………………/…………….. mmHg. PR……………../min RR……………./min  ผล Lab BS ………………………………อื่น ๆ ………………………………………………………………………………………….. |
| **S: Safety ความปลอดภัย** | ( ) ปลอดภัยต่อการพลัดตกหกล้ม ( ) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม |
| **S: Spiritual Health สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** | ความเชื่อ/เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ....................................................................................................................... |
| **S: Service แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน** | ( ) โรงพยาบาล........................................ ( ) รพ.สต./ศสม................................................  คลินิก.......................................................... ( ) อื่น ๆ ระบุ................................................... |

**ปัญหาที่พบ / การดูแลที่ให้ / การประเมินผล**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาที่พบ** | **เป้าหมายการดูแล** | **การดูแล/ช่วยเหลือ** | **ผลการดูแล/ประเมินผล** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**สรุปสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล**

|  |
| --- |
| **ADL Score**…………………………… **PPL score**…………………………………………….. **ระดับ ADL** ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3  **การควบคุมภาวะโรค / การดูแลตนเอง** ( ) ได้ ( ) ไม่ได้  **ภาวะแทรกซ้อน** ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) hypostatic pneumonia ( ) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ( ) ข้อติด ( ) พลัดตกหกล้ม ตกเตียง  ( ) แผลกดทับ ( ) ไม่มี ( ) มี จำนวน .............................. แผล  แผลกดทับลำดับที่ 1 ตำแหน่ง ................................................................................................ Grade……………………………………………  แผลกดทับลำดับที่ 2 ตำแหน่ง ................................................................................................ Grade……………………………………………  แผลกดทับลำดับที่ 3 ตำแหน่ง ................................................................................................ Grade……………………………………………  ( ) อื่น ๆ ระบุ..............................................................................................................................................................................................................  ( ) สามารถสิ้นสุดการเยี่ยมได้ เนื่องจาก ( ) ดีขึ้น ( ) ย้าย ( ) เสียชีวิต  ( ) สมควรได้รับการเยี่ยมต่อ ( ) ผู้ป่วย re-admit ใน 28 วันด้วยโรคเดิม ( ) อื่น ๆ............................................................................................  ชื่อ-สกุลผู้ติดตามเยี่ยม ................................................................................... วันที่ตอบกลับ/บันทึก ............./...................../................. |