

ผลงานการพัฒนาระบบงาน:CQI เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

2. สรุปผลงานโดยย่อ

เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกันทรวิชัย เพื่อให้มีระบบการดูแล ผู้ป่วยที่มีครอบครัวและชัดเจน การประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทีม IMC และทีม Long Term Care ทีม Home health car ทีม รพ.สต. และมีงานแพทย์แผนไทยร่วมด้วย

3. ชื่อและที่อยู่องค์กร ศูนย์เกื้อกูลรักษ์ กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลกันทรวิชัย

4. ชื่อสมาชิกทีม นางนิตยา ไพฑูรย์

5. เป้าหมาย เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 50
2. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50
3. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗法的 แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 5

6. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกันทรวิชัยในอดีตยังไม่มีระบบการดูแล ผู้ป่วยที่มีครอบครัวและชัดเจน ขาดการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทีมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบ

7. กิจกรรมการพัฒนา

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2558 - ปีงบประมาณ 2559 ได้ดำเนินการดูแลผู้ระยะสุดท้าย แต่ยังไม่มียระบบงานและ

แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

- ขาดยา strong opioid ที่ใช้ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมีแต่แบบฉีด
- มีอุปกรณ์สำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ครบถ้วน
- มีการส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร 1 เดือน
- ส่งแพทย์อบรมหลักสูตร Pain and Palliative care for doctor หลักสูตร 3 วัน
- ส่งอบรม PCWN ตักผู้ป่วยในชาย และผู้ป่วยในหญิง

- ส่งอบรมพยาบาลใน รพ.สต. โครงการพัฒนาเครือข่ายแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับชุมชน รพ.สต. ละ 1 คน

ปีงบประมาณ 2560 - ปีงบประมาณ 2561 จัดหาถังออกซิเจนและอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านเพิ่มมากขึ้น เช่นที่นอนลม เครื่อง suction

- จัดตั้ง Palliative care คลินิกทุกวัน พุธที่สบดี (ป่วย)
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน
- จัดหา strong opioid medication ให้มากขึ้น
- จัดทำคลังอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้าน

ปีงบประมาณ 2562 - ปีงบประมาณ 2564

- จัดระบบการ Consult Palliative care Nurse ที่ชัดเจนและสื่อสารในทีม
- มีการประสานการดูแลการทำงานเป็นทีมลงสู่ชุมชนโดยใช้ Group line
- การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายครอบคลุมแบบองค์รวม
- จัดทำสมุดคู่มือบันทึกการให้ยาได้ผิวหนัง
- จัดทำแบบส่งต่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- จัดทำแบบรายงานผู้ป่วยศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
- จัดทำแบบบันทึกการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว
- จัดทำตารางบันทึกการรับประทานยาเสริม prn. (MO syrup, MOIR)
- จัดทำแบบประเมิน PPS, ESAS

การลงทะเบียน

- ผู้ป่วยที่ Refer กลับจาก รพ.มหาสารคาม รพ.ศูนย์ขอนแก่น รพ.ศรีนครินทร์
- ผู้ป่วยที่แพทย์ รพ.กันทรวิชัยวินิจฉัย ตามแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วย Palliative care ของศูนย์การุณรักษ์
- ผู้ป่วยที่ค้นหาได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทาง Thai COC
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทาง Group line PC ของเขตสุขภาพที่ 7
- ผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้าฐาน HDC

ยาที่ใช้ในการจัดการอาการของผู้ป่วย

- 1) ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด
 - Tramadal (50mg) capsule
 - Tramadal (50mg) injection
 - Morphine injection
 - MOIR (10mg.)
 - MO Syrup
 - MST (10mg)
 - MST (30mg)

2) ยาที่ใช้จัดการอาการ Dyspnea

- Lorazepam (0.5mg)

3) การดูแลจัดการอาการหายใจครืดคราดหรือการมีเสมหะมากในระยะใกล้เสียชีวิต

- buscopan 20 mg/24 ชม. โดย syringe driver

** การให้ยาตามแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ของศูนย์การุณรักษ์ รพ. ศรีนครินทร์

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้

- ถังออกซิเจน/เครื่องผลิตออกซิเจน
- Syringe driver
- เครื่องดูดเสมหะ
- ที่นอนลม
- เตียงนอน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)

1. ผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย/รายเก่าที่ไม่สามารถ control อาการได้ต้องปรับยา ส่ง consult PC Nurse เพื่อลงทะเบียน และทำ Advance care plan และปรับยาในรายเก่า ทุกแผนกที่พบผู้ป่วยต้องส่ง (consult PC Nurse)
2. กรณี Admit พยาบาลให้การดูแลดังนี้
 - ส่ง consult PC Nurse เพื่อลงทะเบียน และทำ Advance care plan ในรายใหม่ และปรับยาในรายเก่า
 - รวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย การซักหาอาการและการดำเนินโรค
 - สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล เรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา
 - ให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย แบ่งตามคะแนน PPS score เป็น 3 ระยะ คือ PPS score 0-30, PPS score 30-70, PPS score 70-100
 - ประเมินผลการพยาบาลหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย
 - ประเมิน PPS score และแบบประเมิน ESAS
 - ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและญาติ
 - ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
 - มีการประเมินความพึงพอใจ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
3. จัดทำ Family meeting และ Advance care plan ร่วมกับแพทย์ พยาบาล ญาติและผู้ดูแลเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน
4. บันทึกข้อมูลหลังทำ Family meeting และ Advance care plan
5. ในกรณีที่ได้รับยาทาง Syringe driver มีการสอนผู้ป่วยและญาติในการใช้ Syringe driver ติดตามอาการให้คำปรึกษา โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะตามระดับคะแนน PPS score
6. มีการประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ประสานทีม HHC และ รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ระดับ PPS < 30 ติดตามเยี่ยมภายใน 1 วัน
- ระดับ PPS = 40-50 ติดตามเยี่ยมภายใน 3 วัน
- ระดับ PPS = > 50 ติดตามเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์

7. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยขอเบอร์โทรโทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อติดตามอาการและให้คำปรึกษา
8. กรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต (Dying)
9. ส่งรายงานตัวชีวิตผู้ป่วย Palliative care ทุกไตรมาส
10. การลงบันทึกข้อมูล E claim ให้ถูกต้องและครอบคลุมตามแนวทางการบริหารค่าใช้จ่ายแบบ ประคับประคอง

ปีงบประมาณ 2565 - ถึงปัจจุบัน

- มีการพัฒนาศักยภาพ PC Nurse ในการติดตามข้อมูลผู้ป่วยและตัวชีวิตจากโปรแกรม HDC ของ จังหวัด
- มีระบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจาก โรงพยาบาลถึงชุมชนชัดเจนขึ้น ทั้งการปฏิบัติและการ ประสานงาน
- พัฒนาการส่งต่อข้อมูลผ่าน Group line โดยเพิ่มให้มี ผอ.รพ.สต.ทุกแห่งเข้ามาอยู่ใน Group line เพื่อช่วยนิเทศ กำกับ ติดตาม
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบบบูรณาการระหว่าง IMC LTC แพทย์ แผนไทย และ Palliative care
- จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง และการฉีดยาใต้ผิวหนัง การใช้ Syringe driver
- พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย Palliative care ให้มีประสิทธิภาพ ทันทเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง เบิกเงินได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแล

8. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					
		61	62	63	64	65	66
1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการ อาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	50 %	56.86	53.2	40.30	31.19	33.59	40.58
2. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	50 %	N	N	62.5	62.96	75.29	78.69
3. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	50 %	N	N	N	16.87	12.38	42.11

4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการ รักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	5 %	N	N	N	N	N	8.4
--	-----	---	---	---	---	---	-----

9. บทเรียนที่ได้รับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)
2. มีการประสานการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ
3. มีการประสานการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างทีม Palliative care, IMC และ Long term care
4. มีระบบการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

ภาคผนวก



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล HN.....เลขทะเบียน.....ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
ID :.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....
อาชีพ.....ระดับการศึกษา.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์ติดต่อ.....สิทธิการรักษา.....

ส่วนที่ 2 ประวัติทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ () ไม่เคย () เลิกสูบแล้ว () ยังสูบอยู่
ประวัติการดื่มสุรา () ไม่เคย () เลิกดื่มแล้ว () ยังดื่มอยู่
ประวัติการแพ้ยา () ไม่แพ้ () แพ้ยา.....

ส่วนที่ 3 โรคประจำตัว(ระบุ).....
ยาที่ได้รับในปัจจุบันสำหรับคุมโรคประจำตัว.....
.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษาประคองวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....วันที่รับปรึกษา.....จากหน่วยงาน
ผู้ป่วยในชาย ผู้ป่วยในหญิง ศูนย์รับบาลบรรเทา รพ.มหาสารคาม ศูนย์การุณรักษ์ รพ.ศรีนครินทร์ อื่นๆ.....
วันที่กลับบ้าน.....การวินิจฉัยหลัก.....
() MO () AVC () Note () Visit () scan () ส่งต่อข้อมูล HHC () ยืมอุปกรณ์
() เสียชีวิต () อื่นๆ.....

ว/ด/ป	ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษา/การติดตามดูแล
	<p>ทำ Advance care plan ว/ด/ป ผู้มีอำนาจตัดสินใจ</p> <p>เลือก () comfort care () No tube () No CPR () Place of dead at home / โรงพยาบาล</p> <p>() พยายามรักษาให้หายแต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล</p> <p>() จำกัดการรักษาที่ไม่ Invasive และไม่เป็นภาระ</p> <p>() ยังไม่ตัดสินใจเรื่อง on tube, CPR และ Place of dead</p> <p>ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



ศูนย์เกื้อกูลรักษ์
Kueakoonruk
Palliative
Care Center

แบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

เรียนแพทย์/พยาบาล.....รพ.สต.....

ขอส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ดูแลหลัก ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ดูแลรอง ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ดูแลรอง ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ดูแลรอง ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์การส่งต่อ () การดูแลที่บ้าน () ส่งต่อดูแลที่ รพ. ใกล้บ้าน () ดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

ว/ด/ป Admit.....ว/ด/ป ปรีกษาศูนย์ดูแลประคับประคอง.....ว/ด/ป จำหน่าย.....

การวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา.....

การประเมินและการดูแลทางกาย/การจัดการอาการ(Physical assessment / symptom management)

อาการ.....	ยาที่ใช้.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

การประเมินและการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ(Psychosocial & spiritual assessment / management)

แผนการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค () ใช่ () ไม่ใช่.....

ครอบครัวรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค () ใช่ () ไม่ใช่.....

พยาบาลผู้บันทึกแบบฟอร์ม.....เบอร์โทร.....วันที่.....



ศูนย์เกื้อกูลรักษ์
Kueakoonruk
Palliative
Care Center

แบบบันทึกการปรึกษา เภ.เวช.ร.วมกับครอบครัว

(Patient/Family Care Conference Record)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....HN.....อายุ.....ปี
การวินิจฉัยโรค.....

2. ผู้นำในการ Conference.....

3. ทีมสุขภาพผู้ร่วม Conference

- 3.1.....
- 3.2.....
- 3.3.....

4. สมาชิกของครอบครัวที่เข้าร่วมฟังและรับทราบข้อมูล/ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว

- 4.1 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
- 4.2 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
- 4.3 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
- 4.4 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
- 4.5 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

5. วัตถุประสงค์ของการ Conference

- 5.1.....
- 5.2
- 5.3.....

6. กระบวนการเริ่มสนทนา

- 6.1 กำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจ.....
- 6.2 การรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย/จากคำพูดของผู้ป่วยและคนในครอบครัว.....

.....
.....
.....

- 6.3 การค้นหาความเข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว.....

.....
.....
.....

- 6.4 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค.....

.....
.....
.....
.....

NAME			AGE		HN		AN	
DEPARTMENT					ATTENDING PHYSICIAN			

การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative Performance scale version 2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำเองได้	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำเองได้	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80 %	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำเองได้	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำเองได้	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น บางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วน ใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็นส่วน ใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	นอนอยู่บนเตียง	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ	ต้องการการดูแล	รับประทานอาหารทาง	ง่วงซึม หรือ

	ตลอดเวลา	และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทั้งหมด	ปากไม่ได้	ไม่รู้สึกรู้ตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต				

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมี หรือ ไม่มีอาการ

รายการที่แพทย์สั่ง.....

วิธีการผสมยา

-ขนาด.....mg/mcg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....
-ขนาด.....mg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....
-ขนาด.....mg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....
-ขนาด.....mg ปริมาณ.....ml จากปัญหา.....

โดยเลือกใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมคือ NSS SW ได้ทั้งสองชนิด อีก.....ml

Total =.....ml เท่ากับความยาว.....mm drip CSCI rate.....mm/hr

โดยใช้เครื่องปั๊มยา(Syringe driver) รุ่น.....(ใช้ syringe 20 ml เท่านั้น)

เริ่มให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องวันที่..... Cr =.....GFR =.....

1. ยาอื่นๆ ที่ได้รับเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะท้าย ได้แก่.....
2. ยาฉุกเฉิน(PRN) สำหรับอาการปวด/หายใจลำบาก คือ.....
3. Lorazepam.....mg.....เม็ด
4. 1% Atropine ED 4 หยด หยอดใต้ลิ้นทุก 4 ชั่วโมง
5. ยาอื่นๆได้แก่.....



สมุดประจำตัว

การใช้ยาทางใต้ผิวหนังของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อ-สกุล.....

อายุ.....ปี HN

ชื่อผู้ดูแล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ดูแล.....เบอร์โทรศัพท์.....

สิ่งที่ควรทราบและข้อปฏิบัติในการใช้ยา

1. ยาที่ได้รับเป็นยาที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามชื่อในเอกสารเท่านั้น ห้าม นำยานี้ไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้
2. ในการผสมยาเพื่อใช้กับผู้ป่วย ให้ญาตินำยาไปให้พยาบาลที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเตรียมผสม พร้อมทั้งบันทึกวันที่ ขนาดยาที่ผสม ในตารางการบันทึกการเตรียมยาฉีดให้ผู้ป่วยและนำยาที่ยังไม่ได้ผสมเก็บไว้ที่บ้านของผู้ป่วย
3. กรณีสิ้นสุดการรักษา หรือสิ้นสุดการใช้ยา กรุณานำสมุดประจำตัวเล่มนี้พร้อมยา ซากยาที่ใช้ทั้งหมด และอุปกรณ์เครื่องให้ยาทางใต้ผิวหนังส่งคืนที่ศูนย์เภสัชกรรม โรงพยาบาลกันทรวิชัย

*** โปรดนำสมุดนี้มาด้วยทุกครั้งเมื่อไปพบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการผสมยาทุกวัน ***

ศูนย์เภสัชกรรม โทรศัพท์ 043-789205ต่อ105

การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์แก้กู่รักษัรโรงพยาบาลกันทรวิชัย

ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยเป็น Palliative Care

- แพทย์วินิจฉัย
- ส่งต่อจาก รพ.อื่นๆ

ในเวลาราชการ (08.30-16.30)

นอกเวลาราชการ (16.30-08.30)

ส่ง consult PC Nurse

- รายใหม่ ทุกราย
- รายเก่าที่มีปัญหาไม่สามารถ control อาการได้ต้องปรับยา
- *** กรณี PC Nurse ไม่อยู่ ***
- เร่งด่วน สั่งยาจัดการอาการเบื้องต้น และให้นำมาพบ PC nurse วันต่อไป (ระบุในใบนัดว่าส่งพบ PC nurse)
- ไม่เร่งด่วน สั่งยา 1 สัปดาห์ และนัด Clinic PC พกห้สบัติป่วย(ระบุในใบนัดว่าส่งพบ PC nurse)

- แพทย์เวรสั่งการรักษา
- ในกรณีเคสมีปัญหาต้องการปรึกษาเร่งด่วนนัดผู้ป่วยมาพบ PC nurse วันต่อไป (วัน เวลาราชการ)
- ถ้าไม่เร่งด่วนรอได้ให้ F/U 1 สัปดาห์ Clinic PC พกห้สบัติป่วย(ระบุในใบนัดว่าส่งพบ PC nurse)

กรณีต้องใช้ Syringe driver

- ส่งพบ PC nurse
- *** กรณี PC Nurse ไม่อยู่ หรือ นอกเวลาราชการ ***
- แพทย์สั่งยา - ในเวลาพสมยาที่ห้อง 9/2
- นอกเวลาราชการพสมยาที่ ER
- *** ส่งต่อข้อมูลให้ PC nurse ทาง Group Line ***

ขั้นตอน

- ติดต่อมัดจำเครื่องที่ตีผู้ป่วยในชาย 1,000 บาท
- ให้ยาตามแผนการรักษา (ตามวิธีการให้ยาด้วย Syringe driver)
- สอนญาติใช้เครื่อง เปลี่ยน Syringe ยา
- บันทึกข้อมูลการให้ยาในสมุดประจำตัวการให้ยาทางใต้ผิวหนัง
- นัดญาติมารับ Syringe ยาทุกวันโดยถือสมุดบันทึกข้อมูลการให้ยาทางใต้ผิวหนังมาด้วย
- แพทย์สั่งปรับเพิ่มยาได้ตามอาการผู้ป่วย
- เริ่ม Start ที่ MO 30 mg. +NSS up to 22 ml SC in 24 hr.
- หรือเพิ่มยาบรรเทาอาการอื่นๆ buscopan 1 amp = เสมหะในระยะใกล้เสียชีวิต (Death rattles)
- *** กรณีไม่ใช่แล้วนำเครื่องมาคืนจะได้รับเงินมัดจำคืนเต็มจำนวนแต่ถ้าเครื่องชำรุดเสียหายต้องซื้อคืนตามราคาเครื่อง *** โดยให้นำมาคืนในวันเวลาราชการ

- ประสาน HHC / รพ.สต ผ่าน Group Line เยี่ยมบ้าน
- กรณีเคสมีความซับซ้อนเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ