

 <div> <div>โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง</div> <div>VEJJARAKLAMPANG HOSPITAL</div> </div>		<div>การวางแผนจำหน่าย</div> <div>DISCHARGE PLANNING</div>	<div>ติดสติ๊กเกอร์</div> <div>ชื่อผู้ป่วย</div>			
<div>คำแนะนำ กาเครื่องหมาย “ ✓ ” เมื่อประเมินผลผ่าน และกาเครื่องหมาย “ ✕ ”เมื่อประเมินไม่ผ่าน</div>						
ปัญหา / ความต้องการ	กิจกรรม	ว.ค.ป. ที่วางแผน	ประเมินผล			
			ครั้งที่ 1 (.....)	ผู้ประเมิน	ครั้งที่ 2 (.....)	ผู้ประเมิน
Medication : ทบหวน ○ ชนิดของยา ○ วิธีใช้	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Environment & Economic : การจัดการ ○ สิ่งแวดล้อม ○ สังคม ○ เศรษฐกิจ ○ อาชีพที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/> การปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> ประสานเรื่อง Return to work/education <input type="checkbox"/> ประสานเรื่อง Social Reintegration <input type="checkbox"/> อุปกรณ์เครื่องช่วย..... <input type="checkbox"/> แนะนำสถานที่ดูแล/แหล่งสนับสนุน					
Treatment : ○ ทักษะ ○ อาการสำคัญที่ควรเฝ้าระวัง ○ การปฏิบัติตัวที่จำเป็นตามแผนการรักษา	<input type="checkbox"/> Bowel program <input type="checkbox"/> Bladder program <input type="checkbox"/> Skin Care/Pressure ulcer <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> Transfer/Ambulation <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Health : ○ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ○ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ ○ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/> การป้องกันแผลกดทับ/ข้อติด/สำลัก/UTI <input type="checkbox"/> การให้ความรู้เฉพาะโรค..... <input type="checkbox"/>					
Outpatient referral : ○ การใช้สิทธิ ○ การมาตรวจตามนัด ○ การส่งต่อ ○ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด	<input type="checkbox"/> แนะนำการใช้สิทธิการรักษา/สิทธิคนพิการ <input type="checkbox"/> การมา F/U <input type="checkbox"/>					
Diet : ○ อาหารที่ควรรับประทาน ○ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	<input type="checkbox"/> จำกัดอาหารประเภท หวาน/เค็ม/มัน <input type="checkbox"/>					
สรุปการจำหน่าย (NURSING DISCHARGE SUMMARY)						
<div>สรุปการวินิจฉัยโรค..... สัญญาณชีพ T=.....°C P=..... /min R=..... /min BP=..... mm/Hg BMI Kgm²</div> <div>สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย.....</div> <div>แผลกดทับ: <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง/ขนาด.....</div> <div>สรุปปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง.....</div> <div>จำหน่าย วันที่..... เวลา..... น. ประเภทการจำหน่าย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ(ระบุ).....</div> <div>สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย: <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์/ใบสรุปการรักษา <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> ใบนัด</div> <div>อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ: <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....</div> <div>สถานบริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลใกล้เคียง.....</div> <div>พยาบาลเจ้าของไข้ เบอร์โทรศัพท์.....</div> <div>ลงชื่อผู้รับกลับ..... ระบุความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์.....</div>						