แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี Home isolation หรือ Community isolation

ชื่อหน่วยบริการ..รหัสหน่วยบริการ.............................วันที่รับบริการ...........................วันที่จำหน่าย..............................

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

ที่อยู่ปัจจุบัน...เบอร์โทร.......................ID Line (ถ้ามี).....................................

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

การซักประวัติเพื่ออาการแรกรับ

อาการสำคัญที่บ่งว่าน่าจะเกิดอาการรุนแรง

☐ ไอเยอะ (Severe cough)
☐ แน่นหน้าอก (chest tightness)
☐ ทานอาหารไม่ได้ (poor appetite)
☐ อ่อนเพลียมาก (fatigue)
☐ ไข้ตลอดทุกวันในช่วงที่มีอาการ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

☐ อายุ> 60 ปี
☐ COPD, include chronic lung disease
☐ CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)
☐ Chronic Heart disease
☐ CVA (โรคหลอดเลือดสมอง)
☐ T2DM
☐ BMI > 30 or BW > 90 kg
☐ Cirrhosis (โรคตับแข็ง)
☐ Immunocompromise (ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ)
☐ Absolute lymphocyte < 1000 cell/mm3

การประเมินสภาพจิตใจและภาวะซึมเศร้า

☐ สภาพจิตใจ feeling ....
☐ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน.............

- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ตรวจร่างกายแรกรับ

น้ำหนัก.................Kg.
ส่วนสูง.................cm
BT.................. ^{o} C
PR................/min
RR................/min
BP...................................mmHg
ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM)...........................

Test Exercise Induce Hypoxia test

O2 sat..............% (ก่อน) O2 sat.............% (หลัง)
Test ให้ผลบวก(spO2 drop ≥3) ☐ใช่ ☐ไม่ใช่

ผล Lab

Chest X-ray ☐ มี ☐ ไม่มี
ถ้ามีผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ..............

ผลตรวจคัดกรอง

☐ Rapid antigen test
วันที่ตรวจ.................
หน่วยที่คัดกรอง..........................

☐ RTPCR ผล.....................
วันที่ตรวจ.................
หน่วยที่คัดกรอง..........................

การเตรียมอุปกรณ์และยา

☐ ปรอทวัดไข้ ☐ เครื่องพ่นยา
☐ เครื่องวัด O2 ปลายนิ้ว ☐ ยา
☐ เครื่องผลิตออกซิเจน ☐ หน้ากากอนามัย
☐ ถุงแดง

คำสั่งการรักษา

☐ Level 1 (green)

☐ ฟ้าทะลายโจร แคปซูล 9 tabs po tid ac # 135 tabs
☐ Paracetamol (500) 1 tab po prn q 6 hrs for fever # 20 tabs
☐ Dextromethorphan 1 tab po tid pc # 20 tabs
☐ CPM 1 tab po tid pc # 10 tabs
☐ Lorazepam (0.5) 1 tab po prn/hs for insomnia # 10 tabs
☐ ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม
....
....

☐ Level 2 (yellow)

☐ Favipiravia (200 mg/tab) 9 tab po bid pc day1,
then 4 tabs po bid pc x 4 days
If BW > 90 kgs,
☐ Day 1 : 12 tabs po bid pc
☐ Day.............., 5 tabs po bid pc

☐ Level 3 (Red)

☐ Refer รพ...
☐ ....
☐ ....

แบบยินยอมเข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษา โดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation /community isolation

ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..
ลงชื่อพยาน..
วันที่...............................

ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ

1...
2...

Plan

1...
2...

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

Psychological problem

☐ Depression
☐ ความวิตกกังวล
☐ stigma
☐ อื่นๆ....................

Plan support

☐ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนติดตามอาการ
☐ รับฟัง ให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกคนไข้
☐ ....
ต้องการ ปรึกษา ☐ จิตแพทย์ ☐ นักจิตบำบัด

บันทึกการรับประทานยาขณะรักษาที่บ้าน

☐ ฟ้าทะลายโจร เริ่มวันที่..................หยุดวันที่.......................
☐ Favipiravir เริ่มวันที่..................หยุดวันที่.......................
☐ ....

อาการแทรกซ้อน

☐ เหนื่อย ☐ ไอ
☐ ไข้
☐ เจ็บหน้าอก
☐ O2 sat < 96%
☐ อื่นๆ

การดูแลรักษา

☐ O2 therapy..
☐ นอนคว่ำ 12-16 ชั่วโมง/วัน
☐ medication อื่นๆ..
☐ ประสานส่งต่อ..............................
☐ อื่น ๆ...

สรุปการรักษาก่อนจำหน่าย

BT................. ^{o} C ☐ อยู่ครบ 14 วัน อาการดีขึ้น
PR................/min ☐ Refer วันที่.............
RR................/min ☐ เนื่องอาการหนัก รพ.................
อาการ.......................... ☐ กลับไปรักษาภูมิลำเนา จังหวัด.........
☐ อื่น ๆ ระบุ..............

Family & Social issues

☐ 1. มีบุคคลอื่นในบ้านที่ติดเชื้อ จำนวน.............คน
☐ 2. บุคคลในบ้านที่มีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง จำนวน.....คน
☐ 3. บุคคลอื่นที่เข้าข่าย PUI จำนวน..........คน
☐ 4. บุคคลในครอบครัวต้องการการรักษาพยาบาล จำนวน..........คน
☐ 5. กลุ่มเปราะบางที่ต้องการการสนับสนุนการตรวจและการดูแลเป็นพิเศษ
☐ 6. ยากจนมาก

Plan Support

☐1.ประเมินและรับไว้ดูแลรักษาเป็นรายใหม่รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ
☐2.การส่งต่อเพื่อประเมินการติดเชื้อ COVID 19 อย่างเร่งด่วน
☐3. แนะนำ/ส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อรายใหม่
☐4. ให้การรักษาพยาบาลเป็นรายใหม่
☐5 ส่งต่อเพื่อดูแล ☐ นักสังคมสงเคราะห์ ☐ นักจิตวิทยา ☐ longterm care team (rehabiliation/community nurse team) ☐ อื่นๆ
☐ 6.ประสานการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์ หรือ ส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์

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