



สตีกเกอร์ HN.

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยทำหัตถการ

DEPARTMENT OF RADIOLOGY RATCHAPHIPHAT HOSPITAL

Emergency Elective

Patient ID Procedure Confirm Consent Signed

ลิทธิกรรักษา..... ผลการอนุมัติ N/A เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย.....

วันที่.....เวลาที่รับไว้ในการดูแล.....

Pre procedure Diagnosis

Procedure..... Site..... Lt. Rt.

1. การพยาบาลก่อนทำหัตถการ

ระดับความรู้สึกตัว

ประวัติโรคประจำตัว NO YES ระบุ..... ESRD Last H/D วันที่.....

ประวัติการแพ้ แพ้สารไอโอดีน/สารทึบรังสี ระบุ.....

แพ้อาหาร/อาหารทะเล ระบุ..... อาการ..... Asthma.....

Premed NO YES แพ้ยา ไม่แพ้ แพ้ ระบุ.....

ประวัติการตั้งครรภ์ NO YES Not sure LMP Date.....

LAB Plt.....Hct.....PTT.....PT.....INR.....GFR/Cr...../.....BUN.....($\geq 100\text{mg\%F/U}$ Bleeding time =.....sec)

Treatment.....

ประวัติรับประทานยา Anticoagulant/Anti Plt/NSAID NO YES ระบุ.....

หยุดยา.....วันที่.....เวลา.....

ประวัติการผ่าตัด NO YES ระบุ..... มีประวัติการผ่าตัด<2 เดือน (rt-PA Infusion Warning III)

Vital sign แรกรับ BP..... mmHg HR.....bpm RR...../min SpO2.....% Pain Score.....Sedation Score.....

BP..... mmHg HR.....bpm RR...../min SpO2.....% Pain Score.....Sedation Score.....

การตรวจจับชีพจรส่วนปลาย มือ เท้า ปกติ ไม่ปกติ.....

งดน้ำและอาหาร เวลา.....วันที่..... Premed Before Procedure Completed Uncompleted N/A

Nursing care treatment ให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด ไม่ได้แนะนำเนื่องจาก.....

ผู้บันทึก..... ตำแหน่ง.....

2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะทำหัตถการ

ผู้ป่วยเข้าห้องหัตถการเวลา.....จัดทำ ติด Monitor BP EKG O2 sat Time out เวลา.....

Radiologist..... Anesthesiologist..... Scrub/Circulating Nurse...../.....

Technologist Other..... Patient ID Consent Signed Procedure.....Site..... Lt. Rt.

Contrast Allergy/Asthma NO YES....."Premed" *Pregnancy NO YES

ระบุความเสี่ยงของหัตถการ.....

Anesthesia type Anesthesia team.....

Local with 1%Xylocain without ADR 2% Xylocain without ADR

Vital sign ก่อนเริ่ม BP.....mmHg HR.....bpm RR...../min SpO2.....% Pain Score..... Sedation Score.....

อุปกรณ์เครื่องมือใน set ครบ ไม่ครบ..... ชนิด Contrast.....

Puncture site time.....Sheath site..... Lt. Rt. Artery Vein

แบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่างทำหัตถการ					
Time	BP	PR	RR	O2 Sat (%)	หมายเหตุ

Nursing Note

.....

Time end.....Heparin Last dose.....units time.....off.

sheath NO YES Time off.....

Complication NO YES..... Treatment.....

สำหรับ Non - Vascular Intervention ต้อง Complete ส่วนนี้

PCD....., PTBD, PCN Lt. Rt. ขนาดFr. Depth..... cm.

Clamp ไม่ Clamp Temponade.....hr

ส่งส่งตรวจ ชิ้นเนื้อ Fluid Recheck Patient ID/ชิ้นเนื้อ เจ้าหน้าที่ 1 / เจ้าหน้าที่ 2

ไม่ต้องส่ง IR ส่งแล้ว ส่งกลับพร้อมผู้ป่วย

แจกคู่มือ PCN PTBD

แพทย์บันทึกผล/สั่ง Lab / Order เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย

พยาบาล/เจ้าหน้าที่ X - ray Order ชิ้นเนื้อใน E - Phis เรียบร้อย ไม่เรียบร้อย

ผู้บันทึก.....

ตำแหน่ง.....

วันที่