



Name.....
 Age..... Ward.....
 HN..... AN.....

แบบบันทึกการทำหัตถการของผู้ป่วยโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผ่าตัดแผลเล็กเจ็บน้อย

(One day surgery & Minimal invasive surgery: ODS&MIS) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

OPD	ข้อมูลทั่วไป สิทธิการรักษา..... อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... รหัสโรคหลัก.....รหัสโรครอง..... หัตถการ.....	คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ งดน้ำและอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่งด <input type="checkbox"/> งดตั้งแต่..... น. ยาละลายลิ่มเลือด <input type="checkbox"/> ไม่หยุด <input type="checkbox"/> หยุดตั้งแต่..... <input type="checkbox"/> เซ็นใบยินยอมเข้าโครงการเซ็นใบยินยอม <input type="checkbox"/> ใบนัดผ่าตัด ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
ODS Unit	ประเมินผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ น้ำหนัก.....กก. สูง.....ซม. โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ประวัติแพ้ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ประวัติผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ผลการตรวจพิเศษ <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> EKG T =.....°c, P =...../min, RR =...../min, BP...../.....mmHg	วันเข้ารับบริการ.....เวลา.....น. กรณีกรยกเลิกทำหัตถการ (Drop out from project) <input type="checkbox"/> เตรียมตัวไม่พร้อม (Lab/เวลา NPO/ยา)..... <input type="checkbox"/> ปัญหาใหม่ (ปวด, เลือดออกมาก)..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเปลี่ยนการตัดสินใจ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
OR	รายละเอียดสิ่งตรวจพบและหัตถการโดยสรุป (finding and short procedure note) ตามเอกสารแนบ(ใบ operative note) เวลาเริ่มทำผ่าตัด เวลาสิ้นสุด..... แพทย์.....	
AN	การประเมินทางวิสัญญี ตามเอกสารแนบ (ใบวิสัญญี) Pre-anesthetic Clinic ครั้งที่ 1 Pre-anesthetic Clinic ครั้งที่ 2 (วันผ่าตัด) วิธีการทางวิสัญญี <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> IV SEDATION <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
RR/ ODS Unit	การดูแลหลังทำหัตถการที่ห้องพักฟื้น หรือ ODS Unit ตามเอกสารแนบ (PACU record /post operative nursing record) เวลาเริ่มต้น..... เวลาสิ้นสุด..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีปัญหา..... <input type="checkbox"/> รับไว้สังเกตอาการที่หอผู้ป่วย.....	
ODS Unit/ Ward	การจำหน่ายผู้ป่วย คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ <input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ วันจำหน่าย.....เวลา..... น. ค่าใช้จ่ายจริง..... นัดติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่.....เวลา.....น. แพทย์.....	
ODS Unit	การติดตามเยี่ยมหลังหัตถการ ตามเอกสารแนบ (แบบประเมินติดตามหลังการผ่าตัดแบบ ODS) <input type="checkbox"/> ติดตามได้ <input type="checkbox"/> ติดตามไม่ได้ เนื่องจาก.....	