



.Name.....

Age..... Ward.....

HN..... AN.....

### แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

#### โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

หัวข้อประเมิน	หลังการผ่าตัด24 ชั่วโมง ว/ด/ป.....	หลังการผ่าตัด48 ชั่วโมง ว/ด/ป.....	หลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง ว/ด/ป.....
1. อาการปวดแผล	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก	<input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก
2. การรับประทานยาแก้ปวด	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> ต้องเพิ่มยา
3.สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน การทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติได้
4. ความสามารถในการปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะได้เอง <input type="checkbox"/> ปัสสาวะไม่ออก
5. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
6. อาการตัวร้อน เป็นไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
7. ลักษณะบาดแผล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล
8. อาการเจ็บคอ ไอมีเสมหะ ฟันโยก มีแผลในปาก *กรณีดมยาสลบ*	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
9.อาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง *กรณีฉีดยาเข้าไขสันหลัง*	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผู้ประเมิน/ตำแหน่ง			

ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

พอใจ ระดับ  มากที่สุด(5)  มาก(4)  ปานกลาง (3)  น้อย (2)  น้อยสุด(1)

ไม่พอใจ เรื่อง.....

ข้อเสนอแนะ.....