กรุณาเขียนเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยม

nutritionDay worldwide

สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง

เอกสารที่ 1

วันที่ | | | | | | | | |

Center-Code | | | | | |

รหัสหอผู้ป่วย | | | | | |

จำนวนผู้ป่วยต่อหอผู้ป่วย			
จำนวนผู้ป่วยสูงสุดต่อหอผู้ป่วย			
จำนวนผู้ป่วยสูงสุดต่อสถาบัน			

มีนักกำหนดอาหาร, นักโภชนาการ หรือ ผู้ช่วยนักกำหนดอาหาร ประจำหอผู้ป่วยหรือไม่

- ○ มี
- ○ ไม่มี

มีผู้รับผิดชอบในการดูแลโภชนาการแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหรือไม่

- ○ มี
- ○ ไม่มี

ท่านมีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเป็นประจำหรือไม่

- ○ หนึ่งครั้งตอนแรกรับ
- ○ ทุกเดือน
- ○ 4-6 ครั้งต่อปี
- ○ 1-2 ครั้งต่อปี
- ○ ไม่เคย

ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ○ ค่าดัชนีมวลกาย
- ○ น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง
- ○ ประเมินจากอาหารที่รับประทาน
- ○ จากการดูแลผู้ป่วย
- ○ ใช้แบบทดสอบในการประเมินสภาวะโภชนาการ เช่น MNA-SF, MUST, NRS….
- ○ อื่นๆ

ความถี่ในการชั่งน้ำหนักผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

- ○ หนึ่งครั้งตอนแรกรับ
- ○ ทุกเดือน
- ○ 4-6 ครั้งต่อปี
- ○ 1-2 ครั้งต่อปี
- ○ ไม่เคย

ขอบคุณ

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

กรุณาเขียนเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยม

nutritionDay worldwide

สถานพยาบาลผู้ป่วยเร็อรัง
เอกสารที่ 2

วันที่ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

รหัสสถานพยาบาล ☐☐☐☐☐

รหัสหอผู้ป่วย ☐☐☐☐☐

การให้ความยินยอม ◯ ได้รับความยินยอม ◯ ปฏิเสธการดูแล

วันที่รับไว้ในความดูแล ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในปีที่ผ่านมา ◯ มี ◯ ไม่มี

เพศ ◯ ชาย ◯ หญิง

จำนวนผู้ป่วย ☐☐☐

สว่นสูง (เมตร) ☐.☐☐

ตัวอักษรย่อสองตัวแรกของชื่อ ☐☐

น้ำหนักตัวแรกรับ (กิโลกรัม) ☐☐☐.☐

ตัวอักษรสองตัวแรกของนามสกุล ☐☐

น้ำหนักตัวเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว(กิโลกรัม) ☐☐☐.☐

ปีเกิด (ค.ศ.) ☐☐☐☐

น้ำหนักตัวเมื่อปีที่แล้ว (กิโลกรัม) ☐☐☐.☐

จำนวนเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

◯ 0 นาที ต่อวัน

◯ น้อยกว่า 45 นาที ต่อวัน ◯ 120 - 239 นาที ต่อวัน

◯ 46 - 119 นาที ต่อวัน ◯ มากกว่า 240 นาที ต่อวัน

ช่วยเหลือตัวเองได้

◯ ภาวะติดเตียง หรือ ต้องใช้รถเข็น

◯ สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียง หรือ เก้าอี้ได้ แต่ไม่สามารถออกนอกหอผู้ป่วยได้เอง ◯ สามารถออกนอกหอผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง

ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตัวเองได้ ด้วยการพูดหรือด้วยท่าทาง ◯ มี ◯ ไม่มี

กระบวนการคิด

◯ สมองเสื่อมรุนแรง

◯ สมองเสื่อมเล็กน้อย ◯ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะซึมเศร้า

◯ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

◯ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ◯ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

โรคที่ทำให้ต้องดูแล (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

◯ มะเร็ง

◯ ระบบประสาท เช่น สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคปลอกหุ้มเส้นประสาทอักเสบ

◯ โรคกระดูก และ กล้ามเนื้อ

◯ โรคระบบหัวใจ และ การหายใจ เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดลมอุดกั้นเ

◯ อื่นๆ

เคยมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทางกาย หรือ ทางจิตใจ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ◯ มี ◯ ไม่มี

หากผู้ป่วยเสียชีวิตในกี่เดือนต่อไปนี้ ถือเป็นภาวะผิดปกติ หรือไม่คาดคิ

6 เดือน ◯ มี ◯ ไม่มี ◯ ไม่ทราบ ◯ ไม่ตอบ

4 สัปดาห์ ◯ มี ◯ ไม่มี ◯ ไม่ทราบ ◯ ไม่ตอบ

จำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน ☐☐

ยาต้านซึมเศร้า ◯ มี ◯ ไม่มี

ยาปฏิชีวนะ ◯ มี ◯ ไม่มี

ยาแก้ปวดชนิดทำจากอนุพันธ์ฝิ่น ◯ มี ◯ ไม่มี

ยาระงับประสาท ◯ มี ◯ ไม่มี

ยารักษาจิตเภท ◯ มี ◯ ไม่มี

ภาวะทุพโภชนาการ ◯ มี ◯ มีความเสี่ยง ◯ ไม่มี

ภาวะขาดน้ำ ◯ มี ◯ ไม่มี

กลืนลำบาก ◯ มี ◯ ไม่มี

ปัญหาด้านการเคี้ยว ◯ มี ◯ ไม่มี

การใช้อาหารทางการแพทย์ ◯ มี ◯ ไม่มี

ใช่ ระบุ **อาหารเหลวปั่นผสม** ◯ มี ◯ ไม่มี

อาหารที่มีการเสริมสารอาหาร ◯ มี ◯ ไม่มี

อาหารทางการแพทย์แบบดื่ม ◯ มี ◯ ไม่มี

อาหารทางสายยาง ◯ มี ◯ ไม่มี

อาหารทางหลอดเลือดดำ ◯ มี ◯ ไม่มี

การให้สารน้ำ ◯ มี ◯ ไม่มี

มีการลดลงของการกินอาหารในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจาก มีอาการเบื่ออาหาร, ปัญหาด้านการย่อยอาหาร, ปัญหาด้านการเคี้ยว หรือ การกลืนอาหาร หรือไม่?

◯ มีการลดลงอย่างรุนแรง

◯ มีการลดลงปานกลาง ◯ ไม่มีการลดลง

ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

◯ มากกว่าปกติ

◯ เท่ากับปกติ

◯ น้อยกว่าปกติเล็กน้อย

◯ น้อยกว่าปกติมาก

◯ ไม่รับประทานอาหารเลย

◯ ไม่ได้รับประทานอาหาร เนื่องจากให้อาหารทางสายยาง หรือ ทางหลอดเลือดดำ

กรุณาระบุ ปริมาณอาหารกลางวันที่ผู้ป่วยรับประทานวันนี้

◯ มากกว่า 3/4 หรือทั้งหมด

◯ 1/2

◯ 1/4

◯ ไม่รับประทานอาหารเลย

◯ ไม่ได้รับประทานอาหาร เนื่องจากให้อาหารทางสายยาง หรือ ทางหลอดเลือดดำ

◯ ไม่ทราบ

ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการรับประทานอาหารหรือไม่ ◯ มี ◯ ไม่มี

ขอบคุณ

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

รายชื่อผู้ป่วยและผลการรักษา (ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการประเมิน)

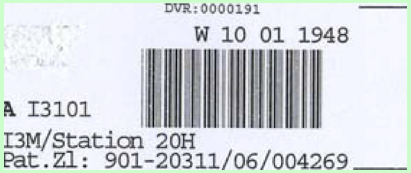
nutritionDay worldwide

กรุณาเก็บไว้ในสถาบันเท่านั้น!

การลงรหัส
A= ยังอยู่ในสถานพยาบาล
B= ย้ายไปสถานพยาบาลอื่น
C= จำหน่ายกลับบ้าน
D= เสียชีวิต
E= อื่นๆ

รหัสสถานพยาบาล
รหัสหอผู้ป่วย
วันที่
วันที่ประเมินผลการรักษา

การติดตามผลการรักษาหลัง 6 เดือน

ชื่อ, นามสกุล, วัน เดือน ปี เกิด แปะสติ๊กเกอร์	จำนวนผู้ป่วย	ที่อยู่อาศัยหลัง 6 เดือน	วันที่ย้าย หรือ จำหน่าย หรือ เสียชีวิต	น้ำหนักตัวปัจจุบัน (กิโลกรัม)	*ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา*			ความเห็น
					จำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาล		จำนวนการหกล้ม	
					จำนวน	วัน		
				ตอบเฉพาะเมื่อลงรหัส A D หรือ E				
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

ขอบคุณ

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany