

# บันทึกทางการพยาบาล: Focus Charting



พว. ดร. ยุวดี เกตส์ัมพันธ์ ET APN  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ  
กรรมการสภาการพยาบาล

# ความสำคัญ

The most important role of documentation is to assure high quality patient care.



ถูกพิพากษาตัดสินให้ผิด จากการขาดข้อมูลในบันทึก  
หรือ บันทึกไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง

# บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ความสำคัญที่ยอมรับ

- ช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่องลดความผิดพลาด
- เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง
- เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล
- ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการแพทย์  
ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้เมื่อมีกรณีฟ้องร้อง
- การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และการพยาบาล
- การสอนและการวิจัย

# ประเด็นปัญหาที่จำเป็นต้องพัฒนา

- พยายามเขียนตามแนวทางที่องค์กรกำหนด
- ทำให้ใช้เวลานานเกินไปมาก ลงเวรซ้ำ
- แก้ปัญหาโดยทำบันทึกสำเร็จรูปไว้ก่อน ตามกลุ่มโรคสำคัญ
- ต้องใช้กระดาษมาก ถ้าบันทึก online มีข้อมูลมาก
- ปัญหาตามมา ไม่เห็นผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
- ไม่มีใครอ่าน นอกจากกลุ่ม AUDIT
- 10.30 , 18.00, 0.00 น. เขียนเสร็จ
- **มีประเด็นจริยธรรมและความน่าเชื่อถือ**

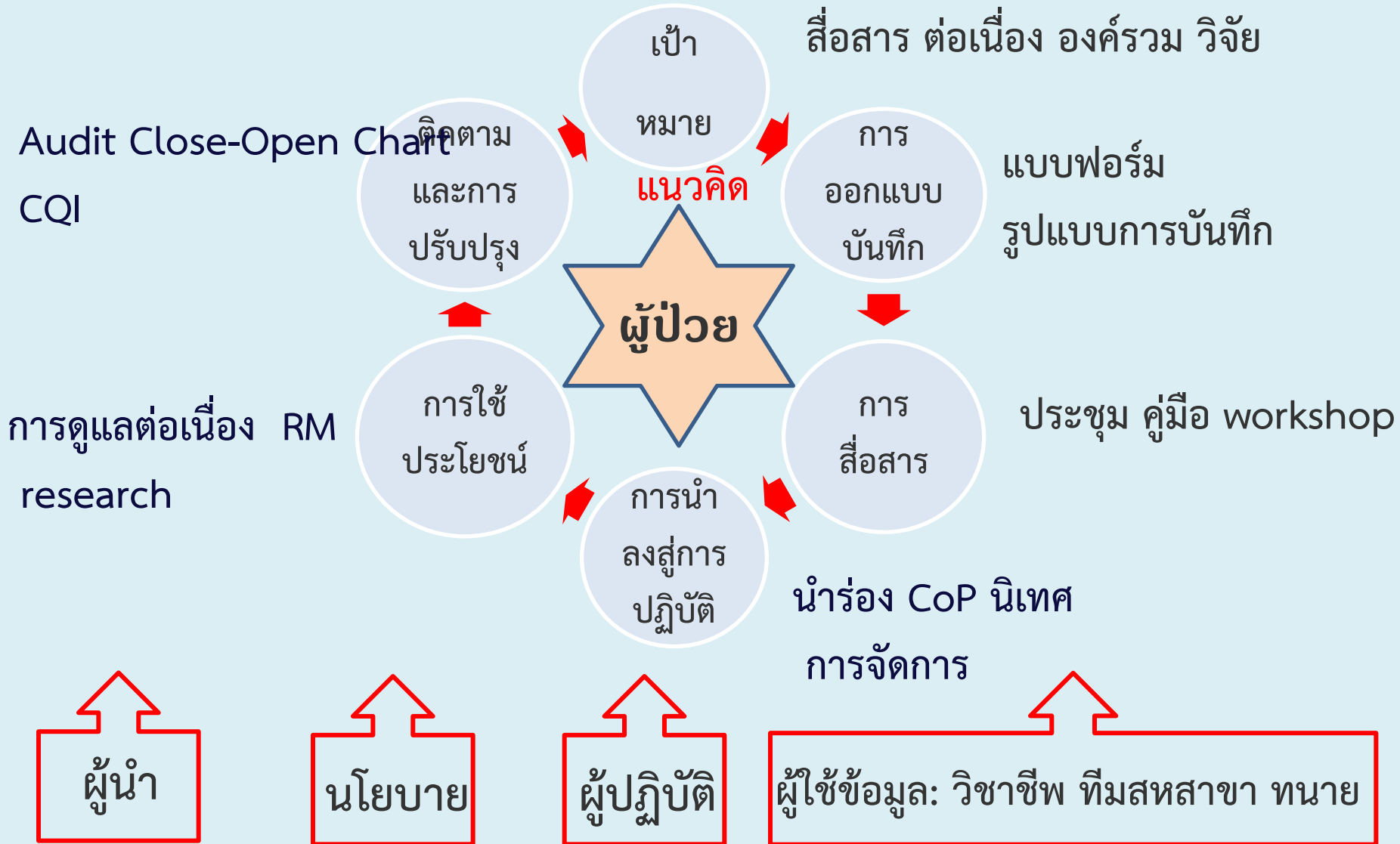
# สิ่งสำคัญที่พบจากการทบทวนส่วนใหญ่

- มักบันทึกข้อมูล Routine
- ไม่เห็นเป็นรายบุคคล
- ไม่ใช้ประโยชน์ และเชื่อมโยงข้อมูลในบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ที่มีอยู่

# กำหนดเป้าหมายการพัฒนาชัดเจน

- ส่งเสริมความน่าเชื่อถือ
- ลดเวลาบันทึก
- ลดความสิ้นเปลืองในระบบบันทึก
- บันทึกสะท้อนผู้ป่วยรายนั้นๆ จริง
- เป็นไปตามมาตรฐาน

# กรอบแนวคิดเชิงระบบของบัณฑิตศึกษาทางการแพทย์



# การออกแบบ บันทึกทางการพยาบาล

การออกแบบบันทึกให้สอดคล้องเป้าหมายเช่น ต่อเนื่อง

- แบบประเมินแรกรับ
- แบบสังเกตอาการต่างๆ
- ใบ MAR
- แบบบันทึก Progress note
- แบบสรุปจำหน่าย



## Personal Data

Name ..... Age ..... Sex ..... Education ..... Occupation .....

Admission Date ..... Time .....

Mode of Arrival:  Walk  Wheel Chair  Stretcher  Other .....

Admitted From:  ER Trauma  OPD  Refer  Other .....

Vital signs : Temp ..... °C

HR ..... / min Resp. .... / min

BP ..... mmHg

Height ..... cm

Weight ..... kg

Diagnosis .....

Chief complaint .....

Present Illness .....

Past Illness History .....

Family Illness History .....

Allergies (Drugs, Food, Other) : ..... Reactions .....

**Exercise :**

- None
- Always .....
- Sometimes .....

**Sleep / Rest :** ..... hr/day

- Enough
- Not enough

What helped in the past? :  
.....

**Tobacco**

- None
- Quit .....

Smoked duration .....  
Quit duration .....

**Alcohol**

- None
- Quit .....

Drank duration .....  
Quit duration .....

**Other Drugs/Substances**

- None
- Quit .....

Used duration .....  
Quit duration .....

Information provided by:  Patient  Other

Continuous

Continuous

Continuous

สงวนลิขสิทธิ์



# MONITORING NURSING RECORD

## SIRIRAJ HOSPITAL

Ward.....  
H.N. .... AN .....  
Name..... Age.....  
Print/Name label.....  
Diagnosis.....

Date Time	Vital signs			BP mmHg	O <sub>2</sub> Sat %	FHR /min	Loc	Pain Score	SS	Medication/Intervention	Pupil				Fluid		Remark
	T °C	P /min	R /min								Size		Reaction		Intake	Output	
											Rt.	Lt.	Rt.	Lt.			

สงวนลิขสิทธิ์

**Post Operation Pain Record**

- q 1 hr X 4 times
- q 2 hrs X 4 times
- q 4 hrs until Post Operation 72 hrs
- q 8 hrs until discharge

**Pain Intensity Scale**

0      2      4      6      8      10

No    Mild   Moderate   Severe   Very   Worst

pain   pain   pain   pain   severe   possible

0 = None      10 = Worst possible Pain

**SS = Sedation Score**

- 0 = none
- 1 = mild, occasionally drowsy, easy to arouse
- 2 = moderate, constantly or frequently drowsy, easy to arouse
- 3 = severe, somnolent, difficult to arouse
- 5 = normally asleep, easy to arouse

**Pupil Size (mm)**

1   2   3   4   5   6   7   8

**LOC = Level of Consciousness**

A = Alert, awake, and oriented  
L = Lethargic (sleepy but easily aroused)  
S = Stuporous (responsive only to noxious stimuli)  
C = Comatose (not responsive to noxious stimuli)

**Pupil Reaction**

N = Normal    S = Sluggish    F = Fixed



# โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ..... เลขที่หัวใจ..... คีกร..... ชั้น.....  
 ภาควิชา..... เดือน..... พ.ศ.....

		วันที่		วันจันทร์					วันอังคาร					วันพุธ					วันพฤหัสบดี					วันศุกร์									
		Pulse	r <sup>°</sup>	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
(Indicate Pulse in Red)	Pulse Scale	10																															
		3																															
		0																															
		160-105.8	41																														
		150-																															
		140-104.0	40																														
		130-																															
		120-102.2	39																														
		110-																															
		100-100.4	38																														
	90-																																
	80-98.6	37																															
	70-																																
	60-96.8	36																															
	50-																																
	40-95.0	35																															
		Respirations																															
		BP																															
		System																															
		Diet																															
		Oral Fluids																															
		Parenteral																															
		Total																															
		Urine																															
		Total																															
		Stools																															
		Urine																															

สงวนลิขสิทธิ์

สยาม



SIRIRAJ HOSPITAL  
MEDICATION RECORD

ORAL  
MEDICATION

Ward.....  
H.N. .... A.N. ....  
Name ..... Age .....  
Diagnosis .....  
PRINT/NAME LABEL

Medication, Dose, Frequency	Date							
	Time	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign	Sign

สงวนลิขสิทธิ์

Administration Codes			
Patient absent	A	Patient vomiting	V
Patient fasting	F	Medication unavailable	N
Patient on leave	L	Withheld on doctors orders	H
Patient refused medication	R	Withheld for other reason	W

DRUG ALLERGIES	
1	
2	
3	





## NURSING FOCUS NOTE

Ward.....  
H.N. .... A.N. ....  
Name ..... Age .....  
PRINT/NAME LABEL

DATE /SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E : Evaluation

สงวนลิขสิทธิ์

**NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL**

WARD.....
HN.....
AN.....

Name ..... Age ..... Resident / Doctor .....

Diagnosis ..... Admittance - Discharge Date .....

Treatment / Operation / Delivery ..... Length of Stay .....

**Health Status before Discharge****Vital signs:**

Temp. .... °C  
 HR ..... / min  
 Resp ..... / min  
 BP ..... mmHg

**Level of Consciousness:**

Alert, awake and oriented  
 Lethargic  
 Stuporous  
 Comatose

**Therapeutic Device:**

None     NG Tube  
 Catheter .....  
 Ostomy .....  
 Other .....

**Continuing Health Problems****Health Informations**

<input type="checkbox"/> Medication .....	<b>Information provided to:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other .....
<input type="checkbox"/> Environment & Economic .....	
<input type="checkbox"/> Treatment .....	
<input type="checkbox"/> Health .....	
<input type="checkbox"/> Outpatient Referral .....	

Discharged by :  Doctor Permission     Involuntary     Escape     Refer .....Discharged with:  Patient ID Card     Medication     Appointment Card     Medical Certificate Health Payment Receipt     Patient's property     Other .....**In Case of Death**

Date of Death ..... Time of Death ..... Doctor .....

Transfer to:     Forensic     Pathology     Other .....Patient's property was sent to:     Family ; Signature ..... ID No. .... Other ..... ; Signature ..... ID No. ....

Discharged by RN.....

# FOCUS CHARTING



WHAT

WHY

WHY

WHAT

HOW

WHY

WHY

WHAT

HOW

WHAT

WHY

WHY

WHY

HOW

WHAT

WHY

HOW

WHY

HOW

HOW

WHAT

WHY

HOW

WHY

WHY

HOW

WHAT

WHY

WHAT



# หลักสำคัญ ระบบ Focus



- จุดรวมแสง
- จุดศูนย์รวม
- จุดสนใจ
- **จุดสำคัญ**
- **จุดหลัก หัวใจ**

เลือกเฉพาะ ข้อมูลสำคัญในการบันทึก  
สำคัญ: มีคุณค่า

# Focus Charting

- เป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วย ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้ เป็นระบบบันทึกที่เป็น Patient centered
- พยาบาล(กระบวนการพยาบาล) หรือเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น แพทย์มาให้คำปรึกษา

# มุมมองใหม่:

## กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนและการบันทึก

ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

A

Step 1

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

F

การประเมินผล/  
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

E

Step 5

วางแผนการพยาบาล

Step 3

Planning

P

Goal/Outcomes

Interventions

Step 4

I + P

Implementation

ผลลัพธ์  
ที่คาดหวัง

การปฏิบัติที่จะ  
ทำเพื่อให้ได้ผล  
ตามเป้าหมาย

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ

# หลักการสำคัญ

- Focus Charting ออกแบบสำหรับบันทึก Progress note ที่เน้นข้อมูลสำคัญที่เกิดกับผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นงาน routine ของพยาบาลที่มีในเอกสาร flow sheet อื่นๆ จะไม่นำมาบันทึกซ้ำ

# โครงสร้างการบันทึก Focus charting

แบ่งการบันทึกเป็น 2 ส่วน

ส่วนแรกคือส่วนสรุปที่ใช้อ้างอิง: **Focus List**


ส่วนที่สองคือส่วนที่เป็น Progress note หรือ Focus note ที่มีส่วนประกอบ **Focus** และส่วนที่เป็น รายละเอียดคือ **AIE (Assessment Intervention Evaluation)**

ข้อมูลที่บันทึกในทุกส่วนต้องเลือกข้อมูลสำคัญ

# โครงสร้างการบันทึก Focus List

- No.
- Focus ประเด็นสำคัญ
- Goal / Outcome ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- Active วันที่พบ
- Resolved วันที่สิ้นสุด

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED



**NURSING FOCUS LIST**


NR.DOC.02.FL

Ward.....  
H.N. .... A.N. ....  
Name ..... Age .....

PRINT/NAME LABEL

# การบันทึก Focus ในแบบฯ Focus List

DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE
1 มค. 55 15-23 น.	19.00 น.	Risk for PPH <b>1</b>	A. หลังคลอด C/S 2 ชม. มีแผลในโพรงมดลูก / Blood loss 800 cc / มีประวัติ Uterine stony ไนOR / ประเมินแทรกซึมมดลูกไม่แข็ง พดรั่วตัวไม่เต็ม มีเลือดใน Uterine bag 100 cc
	19.30 น.		
	19.00 น.	Risk for fall <b>2</b>	
	19.30 น.		
	21.00 น.	ปวดแผลหน้าท้อง <b>3</b>	



## NURSING FOCUS LIST

H.N. .... AN. ....  
Name ..... Age .....

PRINT/NAME LABEL

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1	Risk for PPH		1 มค. 55	
2	Risk for Fall		1 มค. 55	
3	ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง		1 มค. 55	

1 - แนะนำการทำ Breathing exercise

# Focus List: Colorectal Cancer

	Focus list เหมาะสม หรือไม่
OPD	1. Pre-operative counseling
IPD	2. Pre-op teaching for pain management
	3. Discharge planning
	4. Bowel Preparation
	5. Stoma Sitting
	6. Post op Pain
	7. Risk of post op complication
	8. Risk of Stoma necrosis
	9. Step diet
	10. Body Image
	11. Knowledge and skill for Pouching
	12. Peristomal skin excoriation
	13. Consult PCU for home care



# การบันทึก Focus

- การบันทึก**ส่วน Focus** ใช้คำหรือวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลรักษาให้เข้าใจได้ว่ามีสิ่งใดเกิดกับผู้ป่วยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถเขียนแบบ **Nursing Diagnosis** ได้

# เปรียบเทียบการเขียน Focus

แผล	คำ
แผลกดทับระดับ 2	วลี และเขียนรูปแบบ Nursing Diagnosis
เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	วลี และเขียนรูปแบบ Nursing Diagnosis

ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus

- การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือเป็นตัวบอกเหตุ (trigger) เช่น หายใจลำบาก ชัก ไข้สูง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถานะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจากเดิม เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

## ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus

- เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นห่วงกังวลในขณะนั้น เช่น nausea chest pain วิตกกังวลต่อ hospital admission การ feed อาหาร หรือความรู้และทักษะการดูแลกดทับ
- เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น discharge planning การ Refere การคลอด การให้เลือด เริ่มการรักษาด้วยออกซิเจน การเปลี่ยนอาหาร การสวนปัสสาวะ การผ่าตัด การให้ยา chemotherapy ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ

ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus

- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความต้องการน้ำ อาหาร การหายใจ การขับถ่าย
- ความต้องการด้านความรู้หรือการปรึกษา เช่น ความรู้ในการลดไข้ การบริหารข้อไหล่ คำปรึกษา เรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด

# ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus

- การปรึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนร่วม  
ร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การปรึกษาแพทย์  
นักกายภาพบำบัด หรือนักโภชนาการ
- สิ่งสำคัญที่ค้นพบอื่นๆ ที่ได้จากการประเมินและการประเมิน  
ซ้ำตลอดระยะเวลาการดูแลรักษา เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความ  
ปลอดภัย เรื่องสำคัญที่ได้จากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การ  
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลง  
ไปจากแบบแผนสุขภาพ

# การบันทึก Goal/Outcome

- ข้อความที่บรรยายพฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยที่แสดงสภาวะสุขภาพที่คงรักษาให้มีสภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาล/การดูแลรักษา
- เป็นข้อความที่บอกว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการดูแลเป็นการกำหนดทิศทางในการดูแลผู้ป่วย

# แนวทางในการบันทึก Goals/Outcomes

- เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ไม่ใช่ของพยาบาล

☹ Nursing Goal

☺ Patient outcome

ป้องกันการเกิดผิวหนังถูกทำลาย

ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกไม่ถูกทำลาย

ป้องกันการแผลติดเชื้อ

แผลไม่เกิดการติดเชื้อ



# การบันทึก Goals/Outcomes

ประธาน	กิริยา	สถานะ/ขอบเขตข้อกำหนด	ระยะเวลาที่บรรลุได้
ผิวหนังผู้ป่วย	ไม่เกิด แผล	จากการกดทับ	ตลอดระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาล
ข้อเท้าผู้ป่วย	มีขนาด	น้อยกว่า 8 นิ้ว	ภายใน 72 ชั่วโมง
ผู้ป่วย	ฉีด	ยา Insulin ได้เอง	ก่อนจำหน่าย
มารดา	บอก	อาการผิดปกติที่ควรมาพบ แพทย์ก่อนวันนัดตรวจได้ ถูกต้อง	ก่อนจำหน่าย
ครูประจำชั้น	บอก	วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อ ผู้ป่วยเกิด Asthma attack ได้	

**Focus List**

NR.DOC.02.FL

Word: \_\_\_\_\_

H.N. \_\_\_\_\_ A.N. \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

PRINT/NAME LABEL

 **NURSING FOCUS LIST**

No.	<b>Focus</b> ↓	<b>Goal/Outcome</b> ↓	ACTIVE	RESOLVED
FOCUS		GOALS / OUTCOMES		

Page \_\_\_\_\_



# การบันทึก ส่วน *A.I.E.* เป็นชื่อย่อ

**A Assessment** → ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นสำคัญ **Focus** รวมถึง  
ข้อมูล Subjective data Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

**I Intervention** → สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มี  
พื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้ง past-present-  
future

**E Evaluation** → ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ

# วิธีการบันทึก Focus Charting



แบบ บรรยาย



แบบ มีแบบฟอร์ม

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 1

มีการกำหนดแบบฟอร์มเป็นตาราง

DATE/ SHIFE	TIME	FOCUS	A:Assessment I:Intervention E:Evaluation
30 มีค 54 7-15น	9.00 น.   14.30 น.	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะแสบ	<p><b>เขียนแบบ Nursing Diagnosis</b></p> <p><b>A:</b> ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม</p> <p><b>I:</b> รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ ดีขึ้นให้บอกพยาบาล</p> <p><b>E:</b> ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.</p>

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย **Focus charting** แบบที่ 2  
ไม่กำหนดตารางชัดเจน

30 มีค. 54 |

**F: 9.00** น. ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ

**A:** ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม

**I:** รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ **for UA and Culture** เริ่ม **antibiotic** แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำ และน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล

**E: 14.30** ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง **Intake 480 CC.**

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย **Focus charting** แบบที่ 3  
เขียนต่อกันไม่แยก ชัดเจน

30 มีค. 54 9.00 น. **Focus:** ไม่สบายจากปัสสาวะแสบ **A:** ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม **I:** รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for **UA and Culture** เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 **E:** ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง **Intake 480 CC.**



ความสมบูรณ์ของข้อมูลในระบบบันทึก

ต้องเชื่อมโยงและให้ความสำคัญ

Flow sheet

Progress note



# ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

WARD .....  
HN .....  
AN .....

## Personal Data

Name ..... Age ..... Sex ..... Education ..... Occupation .....

Admission Date ..... Time ..... Vital signs : Temp. .... °C Height ..... cm  
 Mode of Arrival:  Walk  Wheel Chair  Stretcher  Other ..... HR ..... / min Resp. .... / min Weight ..... kg  
 Admitted From :  ER Trauma  OPD  Refer  Other ..... BP ..... mmHg

Diagnosis .....

Chief complaint .....

Present Illness .....

Past Illness History .....

Family Illness History .....

Allergies (Drugs, Food, Other) : ..... Reactions .....

**แบบประเมินแรกจับ**

<b>Exercise :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always ..... <input type="checkbox"/> Sometimes .....	<b>Sleep / Rest :</b> ..... hr/day <input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough What helped in the past? .....	<b>Tobacco</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Smoked duration ..... Quit duration .....	<b>Alcohol</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Drank duration ..... Quit duration .....	<b>Other Drugs/Substar</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Used duration ..... Quit duration .....
Information provided by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other .....	<input type="checkbox"/> Continuous .....	<input type="checkbox"/> Continuous .....	<input type="checkbox"/> Continuous .....	<input type="checkbox"/> Continuous .....
<b>Emergency Notify :</b> Name .....	frequency ..... / day	frequency ..... / day	frequency ..... / day	frequency ..... / day
Relationship ..... Phone #.....	duration .....	duration .....	duration .....	duration .....

## Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion ..... Special Religious / Cultural considerations for hospitalization  Yes  No  
 (If yes, describe .....

Anxiety :  None  Illness  Finance  Family  Other.....

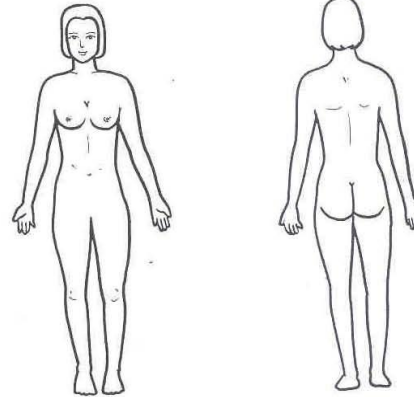
Support System :  None  Parents  Spouse & Family  Friend(s)  Religious activity  Other .....

## Nutrition / Metabolism

<input type="checkbox"/> Ordinary Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	<b>Appetite :</b> <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	<b>Swallowing Difficulty</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid	<b>GI. Problem :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other .....
<b>Special Diet :</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot. <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Feeding :</b> <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> NG / OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	<b>Weight Change :</b> <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes if yes: $\mu$ Loss ..... kg / ..... wk / mth / yr $\mu$ Gain ..... kg / ..... wk / mth / yr	

## Skin

Dermal Assessment :  WNL  Abnormal ; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- PS : Pressure sore Stage .....
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin reaction from radiation  
.....ostomy

<b>Temp. :</b> <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool	<b>Moisture :</b>	<b>Color :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis ..... <input type="checkbox"/> Jaundice	<b>Pressure Ulcer Staging</b> Stage 1 Persistent redness (in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin) Stage 2 Skin loss: abrasion, blister or shallow crater. Stage 3 Deep crater : not extend down through underlying fascia. Stage 4 Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.
<b>Turgor :</b> <input type="checkbox"/> Good A Paper			

## Cardiopulmonary

<b>Pulmonary</b>	<b>Current Treatment :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other .....			
<b>Rate :</b> <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	<b>Rhythm/Depth:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	<b>Effort :</b> <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Cough :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Sputum</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color ..... <input type="checkbox"/> Other .....

## Cardiovascular

<b>Pulse Rhythm:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	<b>Pulse Amplitude:</b> <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak ..... <input type="checkbox"/> Absent .....	<b>Pulse Rate :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	<b>Edema :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized ..... <input type="checkbox"/> Pitting .....	<b>Chest Pain:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location..... Referred Pain .....
<b>Neck Vein Engorged :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			Duration..... Frequency .....	

ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME ..... HN ..... AN ..... WARD .....

Neuromuscular

Neurosensory

Table with 5 columns: Level of Consciousness (LOC), Vision, Hearing, Speech, Smell. Includes sub-sections for Sensation (Numbness, Tingling) and Device.

Musculo-Skeletal

Table with 6 columns: Hand Grasps, Joint, Weakness, Paralysis, Seizure, Movement. Includes sub-sections for Swollen, Stiff, Tender, and Other.

Mobility

Table with 3 columns: Activity / Function, Prosthetic / Assistive Devices, Injury. Includes sub-sections for Dominant Hand and Other.

Elimination / Reproductive

Table with 3 columns: Oral Cavity, Abdomen, Bowel Pattern. Includes sub-sections for Elimination Problem and Other.

Genito-Urinary

Reproductive

Table with 6 columns: Bladder, Voiding, Urine, Genital Organ, Breast, Menstrual Problem. Includes sub-sections for Other and I M P.

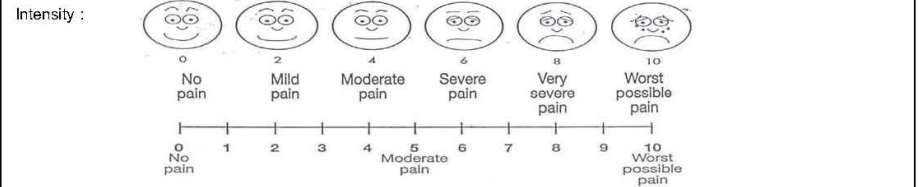
Pain Management

Pain Yes No Pain Location ..... When .....

What causes pain to increase ? .....

Pattern : Intermittent Constant Other .....

How does patient describe the pain : Burning Dull Sharp Other .....



Does pain affect patient's ability to : Eat Activity Sleep Elimination Mood Self Image Sexuality Social Interaction

What relieves pain : Cold Compression Hot Compression Massage Relaxation Reposition Rest / Sleep Medication Other .....

Information / Teaching / Learning Needs

Table with 4 columns: Orientation, Disease Process, Signs / Symptoms to Report to Med. Staff, Test / Process Treatment. Includes Medication, Pre / Post - Op. Teaching, Infection Control, Wound / Ostomy Care, Self Care, Diet Changes, Activity, Equipment, Safety, and Other.

Discharge Planning Supportive Care

Discharge Screening Criteria

- 1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning?
A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?
B. Is assistance needed that family can't provide?
2. Are there financial concerns regarding this hospitalization?

Home Environment

Discharge Planning Needs

Table with 3 columns: Lives With, Lives Where, Discharge Planning Needs. Includes sub-sections for Medication, Environment & Economic, Treatment, Health, Outpatient Referral, and Diet.

Possible Referral Needs: Wound Care / Burn Care Rehabilitation / PT Speech OT Social Service Psychologist Other .....

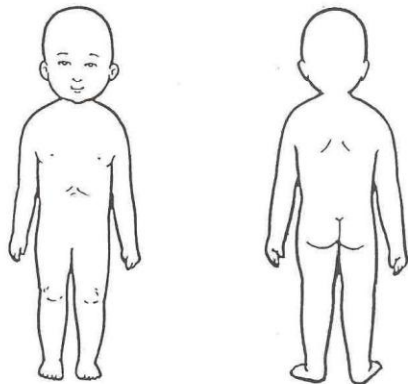
Assessment Initiated by RN : ..... Date ..... Time .....

PEDIATRIC NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME ..... HN ..... AN ..... WARD .....

**Skin**

**Dermal Assessment :**  WNL  Abnormal; Use letter to indicate type and location on diagram



- A : Abrasion
- B : Burn
- C : Contusion
- E : Ecchymosis
- H : Hematoma
- L : Laceration
- M : Mass
- P : Petechiae
- Ps : Pressure sore Stage ....
- R : Rash
- S : Suture
- Sc : Scar
- SR : Skin Reaction from Radiation
- T : Birthmark
- ..... ostomy

Temp. : <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Cool	Moisture : <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Dry	Color : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis ..... <input type="checkbox"/> Jaundice	<b>Pressure Ulcer Staging</b>
<p><b>Stage 1</b> Persistent redness (in lightly pigmented skin). Persistent red, blue, or purple hues (in dark skin).  <b>Stage 2</b> Skin loss: abrasion, blister or shallow crater.  <b>Stage 3</b> Deep crater : not extend down through underlying fascia.  <b>Stage 4</b> Deep crater : damage to muscle, bone or supporting structures.</p>			

**Cardiopulmonary**

<b>Pulmonary</b>					<b>Current Treatment :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other .....
<b>Rate :</b> <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	<b>Rhythm/Depth:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Shallow	<b>Effort :</b> <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other	<b>Cough :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other	<b>Sputum :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hemoptysis <input type="checkbox"/> Frothy <input type="checkbox"/> Color .....	

<b>Cardiovascular</b>				
<b>Pulse Rhythm:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	<b>Pulse Amplitude:</b> <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak .....	<b>Pulse Rate :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	<b>Edema :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized: .....	<b>Chest Pain:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location: .....
<b>Neck Vein Engorged :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			<input type="checkbox"/> Pitting: .....	Referred Pain .....
			Duration: .....	Frequency: .....

**Pain Management**

Pain  Yes  No

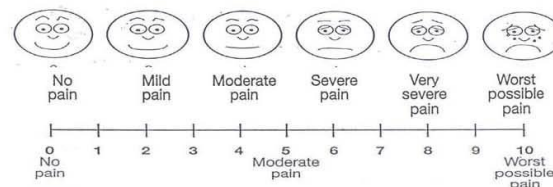
Pain Location ..... When .....

What causes pain to increase? .....

Pattern:  Intermittent  Constant  Other .....

How does patient describe the pain:  Burning  Dull  Sharp  Other .....

Intensity :



Does pain affect patient's ability to:  Eat  Activity  Sleep  Elimination  Mood  Self Image  Sexuality  Social Interaction

What relieves pain:  Cold Compression  Hot Compression  Massage  Relaxation  Reposition  
 Rest / Sleep  Medication.....  Other .....

**Information / Teaching / Learning Needs**

- Orientation
- Disease Process
- Signs / Symptoms to Report to Med. Staff
- Test / Process Treatment
- Medication
- Pre / Post - Op. Teaching
- Infection Control
- Self Care
- Wound / Ostomy Care
- Diet Changes
- Activity
- Equipment
- Safety
- Other .....

**Discharge Planning Supportive Care**

**Discharge Screening Criteria**

1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living / Physical functioning?

Yes (if yes, complete A&B)  No

A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?

Yes .....  No

B. Is assistance needed that family can't provide?

Yes .....  No

2. Are there financial concerns regarding this hospitalization?

Yes .....  No

<b>Home Environment</b>		<b>Discharge Planning Needs</b>	
<b>Lives With:</b> <input type="checkbox"/> Parents/ Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Lives Where :</b> <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Apartment/Condominium <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Other .....	<input type="checkbox"/> Medication .....	<input type="checkbox"/> Environment & Economic .....
		<input type="checkbox"/> Treatment .....	<input type="checkbox"/> Health .....
		<input type="checkbox"/> Outpatient Referral .....	<input type="checkbox"/> Diet .....

**Possible Referral Needs:**  Wound Care / Burn Care  Rehabilitation / PT  Speech  OT  
 Social Service  Psychologist  Other .....

Assessment Initiated by RN : ..... Date ..... Time .....

# โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ ..... เลขที่ตัวไป ..... ตึก ..... แผนกที่ .....  
 ภาควิชา ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

วันที่	วันที่ของโรค	Pulse																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Pain Scale	10																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
Respirations																									
BP																									
Wt and Ht.																									
Abd. cir.																									
Diet																									
Oral Fluids																									
Parenteral																									
Total																									
Urine																									
Total																									
Stools																									
Urine																									
หมายเหตุ																									



## DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.04

Ward .....  
 H.N. ....  
 A.N. ....

Name ..... Age ..... yrs Diagnosis .....

Note : Check "3" When nurse gave nursing care and also check "\*" when patient had problems, Please see in NR.DOC.03

Nursing Care	Date														
	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23
HYGIENE	Bath														
	Mouth Care														
	Shampooing														
	Perineal Care														
	Linen Change														
NUTRITION	NPO														
	Oral														
	Feeding														
ACTIVITY	Parenteral														
	Ambulate														
	Exercise														
	Rest														
ELIMINATION	Bed Rest														
	Absolute Bed Rest														
	Condom Care														
	Cath Care														
SAFETY	Ostomy Care														
	Enema														
	Side Rail Up														
PSYCHOSOCIAL SUPPORT	Restraint														
	Other .....														
	Greeting														
SPECIAL CARE	Touch														
	Information														
	Other .....														
	IVF./ IV. Cath Care														
	Tube Care														
	Drain Care														
	Wound Care														
Pain Care															
Breathing Exercise															
Turn Position q ..... hrs															
Other .....															
Signature															



# NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NRDDC 06

WARD.....
HN.....
AN.....

Name ..... Age ..... Resident / Doctor .....

Diagnosis ..... Admittance - Discharge Date .....

Treatment / Operation / Delivery ..... Length of Stay .....

### Health Status before Discharge

<b>Vital signs:</b> Temp ..... °c HR ..... / min Resp ..... / min BP ..... mmHg	<b>Level of Consciousness:</b> <input type="checkbox"/> Alert, awake and oriented <input type="checkbox"/> Lethargic <input type="checkbox"/> Stuporous <input type="checkbox"/> Comatose	<b>Therapeutic Device:</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> NG Tube <input type="checkbox"/> Catheter ..... <input type="checkbox"/> Ostomy ..... <input type="checkbox"/> Other
---	---	--

### Continuing Health Problems

.....

.....

.....

### Health Informations

<input type="checkbox"/> Medication .....	<b>Information provided to:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Environment & Economic .....	
<input type="checkbox"/> Treatment.....	
<input type="checkbox"/> Health .....	
<input type="checkbox"/> Outpatient Referral .....	

Discharged by :  Doctor Permission  Involuntary  Escape  Refer .....

Discharged with:  Patient ID Card  Medication  Appointment Card  Medical Certificate

Health Payment Receipt  Patient's property  Other .....

### In Case of Death

Date of Death ..... Time of Death ..... Doctor .....

Transfer to:  Forensic  Pathology  Other .....

Patient's property was sent to:  Family ; Signature ..... ID No. ....  
 Other ..... ; Signature ..... ID No. ....

Discharged by RN.....

P ..... mmHg	<input type="checkbox"/> Stuporous	<input type="checkbox"/> Ostomy .....
	<input type="checkbox"/> Comatose	<input type="checkbox"/> Other

### Continuing Health Problems

.....

.....

.....

### Health Informations

Medication .....	<b>Information provided to:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other
Environment & Economic .....	
Treatment.....	
Health .....	
Outpatient Referral .....	

# Discharge Summary note



**NURSING FOCUS LIST**

NR.DOC.02.FL

Ward .....

H.N. .... A.N. ....

Name ..... Age .....

PRINT/NAME LABEL

No.	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED

**Focus List**



**NURSING FOCUS NOTE**

Ward .....

H.N. .... A.N. ....

Name ..... Age .....

PRINT/NAME LABEL

DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE		
			A : Assessment	I : Intervention	E: Evaluation

**Progress Note  
FAIE**

# มุมมองใหม่:

## กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนและการบันทึก

ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

A

Step 1

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Step 2

Nursing Diagnosis

D

F

การประเมินผล/  
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

E

Step 5

วางแผนการพยาบาล

Step 3

Planning

P

Goal/Outcomes

Interventions

Step 4

I + P

Implementation

ผลลัพธ์  
ที่คาดหวัง

การปฏิบัติที่จะ  
ทำเพื่อให้ได้ผล  
ตามเป้าหมาย

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ



# การบันทึกที่สะท้อน Nursing Process ใน Progress note ที่มี Waste

ผู้ป่วย สูงอายุมีแผล PU ระดับ 2

A: แผลที่ก้นกบ ระดับสอง skin รอบแผลปกติ ไม่ปวด มีแสบเล็กน้อย

Dor : PU ระดับ 2

Plan: Dressing keep moist ทา cream บริเวณปุ่มกระดูก เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ท่านอนตะแคง 30 องศา ส่งเสริมอาหาร HP

I: clean แผลด้วย NSS ปิดด้วย แผ่นปิดแผล X keep 3 วันถ้ายัง intact ทา  
ปุ่มกระดูกและรอบแผลด้วย ครีม Y turn on position left 30 องศา  
lateral และเปลี่ยนท่า ทุก 2 ชั่วโมง

E: ผู้ป่วยบอกพอใจและสบายตัวขึ้น(แสดงว่าแผลไม่ถูกกดจึงสบายตัวขึ้น)

# Focus charting และกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล	Focus Charting
Assessment	A
Nursing Diagnosis	Focus
Planning	Goal/outcome (P)
Implementation	I and P(intervention ที่จะทำถ้ามี)
Evaluation	E

# บันทึกที่ขาดคุณภาพ

Focus	A   E
มีไข้	A: T 39.2
	I: วาง cold pad
	E: สบายตัวขึ้น

# บันทึกที่มีคุณภาพ

Time	Focus	A I E
10.00 น	มีไข้สูง หรือ ไม่สบายจาก อาการไข้สูง	A: T 39.2 P84 R24 ปวดศีรษะ PS 3 ได้ paracetamol last dose 8.00 น  I: tepid sponge วาง cold pad บอกผู้ป่วยถ้ายังไข้สูงจะรายงาน แพทย์
		E: ปวดหัวดีขึ้น บอกสบายตัวขึ้น

# ปัญหาการนำ Focus Charting ไปใช้

- การระบุประเด็น Focus ไม่สมดุล มีเฉพาะด้านการรักษา และอาการทั่วไปเท่านั้น
- Assessment ไม่ชัดเจนทั้งด้าน Subjective และ Objective และไม่สะท้อนปัญหา Focus
- Intervention เป็นงาน Routine ที่มีข้อมูลในเอกสารส่วนอื่นแล้ว
- Evaluation ไม่บันทึกหรือไม่ตรงประเด็น
- Goal ไม่ชัดเจน

การแก้ปัญหา ต้องฝึกและถามตัวเองว่าประเด็นที่บันทึกสำคัญหรือไม่ และให้ใช้ผู้ป่วย เป็นแหล่งอ้างอิงความถูกต้อง

# การค้นหาความต้องการของผู้ป่วย(Focus)

ผู้ป่วย	กาย	จิตใจ	สังคม	จิตวิญญาณ
พยาบาล				
รักษา	ปวด ติดเชื้อ หาย	กังวลต่อการรักษา เปลือยอยู่โรงพยาบาล นาน จากการรักษา	คิดถึงลูกหลาน เพื่อน	
ฟื้นฟู				
ส่งเสริม				
ป้องกัน				

มีแต่ปัญหาแผลกกดทับ ไม่มีอาการใดๆ จะเขียนอย่างไร



Thank You