



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงาน ภาควิชาวิสัญญีวิทยาและงานการพยาบาลวิสัญญี

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง การสื่อสารข้อมูลการเชื่อมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ 27 ธันวาคม 2561

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.	ผศ.พญ.จุฑารัตน์	เลื่อนผลเจริญชัย	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2.	พญ.พัชนี	ภาศิตชาคริต	คุณอำนวย (Facilitator)
3.	คุณจิราภรณ์	จิตต์โสภา	คุณอำนวย (Facilitator)
4.	คุณจันทร์จิรา	พรหมมา	คุณลิขิต (Note Taker)
5.	ผศ.นพ.ชัยพลกษ	กุสุมาพรรณโณ	คุณกิจ
6.	ผศ.พญ.ดุจเดือน	สีละมาต	คุณกิจ
7.	พญ.ผกาพรรณ	บุปผา	คุณกิจ
8.	พญ.วนิดา	จงอรุณงามแสง	คุณกิจ
9.	คุณสายชล	อัมรังโชติ	คุณกิจ
10.	คุณพันธิต	จันทา	คุณกิจ
11.	คุณศิริรัตน์	เลิศสุชาตวนิช	คุณกิจ
12.	คุณทศวรรษ	ไชยну	คุณกิจ
13.	คุณพิมพ์ภิรา	พลกล้า	คุณกิจ
14.	คุณนภาพร	กุลระวงศ์	คุณกิจ
15.	คุณทิพวรรณ	อยู่คุ้ม	คุณกิจ
16.	คุณพรศรี	ปิ่นแก้ว	คุณกิจ
17.	คุณฉัตรีย์	ชานา	คุณกิจ
18.	คุณสาลินี	พูลจันทร์	คุณกิจ
19.	คุณนิลดา	จุลลา	คุณกิจ
20.	คุณสุนนขวัญ	ธรรมรักษา	คุณกิจ
21.	คุณเมทินี	ลิขิตวัน	คุณกิจ
22.	คุณปภาวี	ศรีประมวล	คุณกิจ
23.	คุณสุพรรณิ	อินขาว	คุณกิจ

24.	คุณธัญญาลักษณ์	ชนะกุล	คุณกิจ
25.	คุณสุกัญญา	พงษ์มาลา	คุณกิจ

1. หลักการและเหตุผล

การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Pre-anesthetic evaluation and premedication) ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา หมายถึง การที่บุคลากรทางวิสัญญี ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ แพทย์ใช้ทุนวิสัญญี วิสัญญีพยาบาล ทำการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดและระงับความรู้สึก และผู้ป่วยนอกที่ศัลยแพทย์ส่งมาให้วิสัญญีประเมิน ในกรณีที่เป็น ambulatory case เพื่อให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด วางแผนการระงับความรู้สึก สร้างมั่นใจและลดความกังวลให้แก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ทั้งในที่ปฏิบัติเดิมคือบุคลากรทางวิสัญญี ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว และโรคที่มาผ่าตัด และการผ่าตัดที่กำหนดไว้ เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ แพทย์ฝึกอบรมวิสัญญี และวิสัญญีพยาบาล โดยหากผู้ที่ทำการเยี่ยมประเมิน ไม่ได้เป็นผู้ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายนั้นเอง จะต้องทำการส่งต่อข้อมูลและเอกสารการเยี่ยมประเมิน ที่ลงข้อมูลครบถ้วน

การปฏิบัติเดิมเป็นการสื่อสารข้อมูลภายในบุคลากรทางวิสัญญีเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้มีการรับรู้ข้อมูลจากการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยของบุคลากรทางวิสัญญี ร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญี ทีมศัลยแพทย์ แพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วย /ICU ในการวางแผนการระงับความรู้สึก การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในระงับความรู้สึกและการผ่าตัด รวมถึงการดูแลในระยะหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย Patient Safety Goals : Safe Surgery : S2 Safe Anesthesia

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อกำหนดแนวทางในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทางวิสัญญี เป็นแนวทางเดียวกัน
- 2.2 เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทางวิสัญญีของบุคลากรทางวิสัญญี แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทั้งแพทย์และพยาบาล
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- 3.1 มีแนวทางการในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ของบุคลากรทางวิสัญญีเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 3.2 มีแนวทางในการสื่อสารข้อมูลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อให้แพทย์และพยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน และได้มาตรฐาน
- 3.3 อัตราการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ใน elective case อย่างน้อยร้อยละ 95

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้ *** (กรณีระบุ) ***

Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)

The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

5.2 The World Café

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
พญ. จุฑารัตน์	ให้ผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พุดแสดงความคิดเห็น ในประเด็น “ทำอย่างไร ให้มีการสื่อสารข้อมูลทางวิสัญญีแก่ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยรับทราบ ทั้ง ทีมศัลยแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย” แบ่งเป็นประเด็น ดังนี้ 1. เอกสารที่เหมาะสมในการสื่อสารข้อมูล การเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก ให้บุคลากรอื่นทราบ	1. ผู้นำเสนอ อธิบายความสำคัญและความจำเป็นของการสื่อสารข้อมูลการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก
พ.ชัยพฤกษ์	2. เราจะสื่อสารอย่างไร ให้แพทย์และพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยทราบ ข้อมูลการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก และเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วยที่วิสัญญีวางแผนไว้	
พญ. พัชนี	<u>1. เอกสารที่เหมาะสมในการสื่อสารข้อมูล การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ให้บุคลากรอื่นทราบ</u>	
คุณสุพรรณิ	1.1 ใส่ใบ pre anesthetic evaluate ที่ใช้ อยู่ โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วยเมื่อทำการเยี่ยม ประเมินผู้ป่วยเสร็จสิ้น ที่หอผู้ป่วย / ICU ข้อจำกัด คือ ไม่มีเอกสารในการส่งต่อ ข้อมูลให้แก่ทีมวิสัญญี กรณีที่ผู้เยี่ยมประเมิน ไม่ได้เป็นผู้ที่ทำการเยี่ยมผู้ป่วยเอง, ขาดข้อมูล, ก่อนการระงับความรู้สึก, การลงข้อมูลอาจยังไม่ครบถ้วน	1.1 ใช้ใบ pre anesthetic evaluate เดิม โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วย
คุณสาลินี คุณพิมพ์ภิรา	1.2 เพิ่มใบ copy สำเร็จรูปและใส่ใบ pre anesthetic evaluate copy ไว้ใน chart ผู้ป่วย	1.2 เพิ่มใบ copy สำเร็จรูปและใส่ใบ pre anesthetic evaluate copy ไว้ใน chart

	<p>ข้อจำกัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น - การบันทึกข้อมูลขณะไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วย อาจยังไม่ครบถ้วน เช่น lab ยังไม่ออก ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลในเอกสารที่ใช้สื่อสารไม่ครบถ้วน 	ผู้ป่วย
คุณจิราภรณ์	<p>1.3 ใช้ตาราง ป้มในOPD card ผู้ป่วย โดยมีข้อมูลสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับทางวิสัญญี</p> <p>ข้อจำกัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สะดวก และกำลังปรับเปลี่ยนนโยบายไม่ใช้ OPD card รูปแบบกระดาษ 	1.3 ใช้ตาราง ป้มในOPD card ผู้ป่วย
พญ.จุฑารัตน์ คุณสายชล คุณพิมพ์ภิรา	<p>1.4 ปรับเอกสารที่มีอยู่ ให้สามารถสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยได้</p> <p>1.4.1 เปลี่ยนแปลงใบ pre anesthetic evaluate ให้สามารถสื่อสารข้อมูลทางด้านวิสัญญีได้</p>	1.4.1 เปลี่ยนแปลงใบ pre anesthetic evaluate
พญ.พัชนี	<p>ข้อจำกัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลใน pre anesthetic evaluate มีมาก อาจทำให้ข้อมูลสำคัญไม่ได้รับการดูหรือให้ความสำคัญในสิ่งที่เขียนไว้ 	1.4.2 เพิ่มข้อมูล ที่จำเป็นและต้องการสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วย โดยปรับเอกสาร
พญ.พัชนี	<p>1.4.2 เพิ่มข้อมูลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย การระงับความรู้สึกที่จำเป็นและต้องการสื่อสารในใบ anesthetic consent form เนื่องจากเป็นเอกสารที่มีความสำคัญต่อการให้ข้อมูลผู้ป่วย และเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับทราบและตัดสินใจ</p>	anesthetic consent form
พ.ชัยพฤกษ์	<p>2. เราจะสื่อสารอย่างไร ให้แพทย์และพยาบาลที่หอผู้ป่วยทราบ ข้อมูลการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก และเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วยที่วิสัญญีวางแผนไว้</p>	
พญ.จุฑารัตน์	2.1 แจ้งพยาบาลที่หอผู้ป่วย / ICU ว่า	2.1 แจ้งพยาบาล เมื่อทำการเยี่ยมประเมิน

คุณปภาวี	บุคลากรทางวิสัญญีมาเยี่ยมประเมินฯ แล้ว และให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยลงชื่อรับทราบการมาเยี่ยมประเมินฯ	
คุณฉัตรียา	2.2 วิธีการเยี่ยมประเมินฯ โดยให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล และเป็นพยานในการให้ข้อมูลผู้ป่วย (ให้พยาบาลไปพร้อมกับบุคลากรทางวิสัญญี)	2.2 บุคลากรทางวิสัญญีเยี่ยมประเมินผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
คุณจิราภรณ์ พญ.จุฑารัตน์	<p>ข้อจำกัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาระงานของพยาบาลที่หอผู้ป่วยมาก เป็นการเพิ่มภาระงานและอาจทำให้ทางหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยได้ครบถ้วน อาจเกิดความขัดแย้งและไม่เห็นด้วยกับการเยี่ยมประเมินฯ เนื่องจากมีผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดหลายรายต่อวัน ทีมแพทย์มา round หลายที ในเวลาเดียวกัน - บุคลากรทางวิสัญญี เยี่ยมประเมินผู้ป่วยมากกว่า 1 คน ในเวลาเดียวกัน <p>2.3 สื่อสารด้วยเอกสาร และให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยตรวจสอบข้อมูลตั้งแต่ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด โดยจัดทำเป็นเอกสารที่ใช้สื่อสารทั้งกับศัลยแพทย์และพยาบาล ในขั้นตอนการตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการทำผ่าตัดที่หอผู้ป่วย / ICU</p>	2.3 จัดทำเอกสารที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้ทั้งที่วิสัญญี ทีมผ่าตัด และทีมพยาบาลที่หอผู้ป่วย / ICU รวมถึงตรวจสอบการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของทีมวิสัญญี

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
ประเด็นที่ 1 เอกสารที่เหมาะสมในการสื่อสารข้อมูลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ให้บุคลากรอื่นทราบ	
1. ใช้ใบ pre anesthetic evaluate เดิม โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วย	3
2. เพิ่มใบ copy สำเร็จรูปและใส่ใบ pre anesthetic evaluate copy ไว้ใน chart ผู้ป่วย	5
3. ใช้ตาราง ยืมใน OPD card ผู้ป่วย	1
4. เปลี่ยนแปลงใบ pre anesthetic evaluate	2
5. เพิ่มข้อมูล ที่จำเป็นและต้องการสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วย โดยปรับเอกสาร	12

anesthetic consent form	
ประเด็นที่ 2 เราจะสื่อสารอย่างไร ให้แพทย์และพยาบาลที่หอผู้ป่วยทราบ ข้อมูลการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก และเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วยที่วิสัญญีวางแผนไว้	
1. แจ้งพยาบาล เมื่อทำการเยี่ยมประเมิน	5
2. บุคลากรทางวิสัญญีเยี่ยมประเมินผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย	3
3. จัดทำเอกสารที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้ทั้งทีมวิสัญญี ทีมผ่าตัด และทีมพยาบาลที่หอผู้ป่วย / ICU รวมถึงตรวจสอบการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของทีมวิสัญญี	17

7. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปลงจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.6 (โดยเรียงจากความถี่ที่ได้จากข้อ 6 จากความถี่มากที่สุดไปหาน้อยสุด)

7.1 ประเด็นที่ 1 เอกสารที่เหมาะสมในการสื่อสารข้อมูลการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ก่อนการระงับความรู้สึก ให้บุคลากรอื่นทราบ

1. เพิ่มข้อมูล ที่จำเป็นและต้องการสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วย โดยปรับเอกสาร anesthetic consent form
2. เพิ่มใบ copy สำเร็จรูปและใส่ใบ pre anesthetic evaluate copy ไว้ใน chart ผู้ป่วยใช้ใบ pre anesthetic evaluate เดิม โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วย
3. ใช้ใบ pre anesthetic evaluate เดิม โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วย
4. ใช้ใบ pre anesthetic evaluate เดิม โดยใส่ไว้ใน chart ผู้ป่วย.
5. ใช้ตาราง ป้ายใน OPD card ผู้ป่วย

7.2 ประเด็นที่ 2 เราจะสื่อสารอย่างไร ให้แพทย์และพยาบาลที่หอผู้ป่วยทราบ ข้อมูลการเยี่ยมประเมิน ก่อนการระงับความรู้สึก และเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วยที่วิสัญญีวางแผนไว้

1. จัดทำเอกสารที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้ทั้งทีมวิสัญญี ทีมผ่าตัด และทีมพยาบาลที่หอผู้ป่วย / ICU รวมถึงตรวจสอบการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของทีมวิสัญญี
2. แจ้งพยาบาล เมื่อทำการเยี่ยมประเมิน
3. บุคลากรทางวิสัญญีเยี่ยมประเมินผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

- คู่มือ
 แผ่นพับ

และ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ..เมื่อวันที่..(ระบุ) 16 มกราคม 2562

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปริญเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

บุคลากรมีความเข้าใจในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก และมีการสื่อสารให้บุคลากรสาขาอื่น ที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันทราบข้อมูลที่จำเป็น ชนิดของการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก เพื่อการเตรียมความพร้อมที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดผู้ป่วย รวมถึงวางแผนดูแลต่อเนื่องร่วมกันหลังการผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีการร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับเปลี่ยนเอกสารที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ในขณะที่ไม่เพิ่มภาระงานของพยาบาลที่หอผู้ป่วยและจำนวนเอกสารโดยไม่จำเป็น ลดความยุ่งยากซ้ำซ้อนของการลงชื่อผู้ป่วย เกิดประโยชน์ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจากการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึก รวมทั้งสามารถใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการระงับความรู้สึก เพื่อให้บุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบและเข้าใจได้มากขึ้น

มีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสื่อสารข้อมูลทางวิสัญญีที่เป็นแนวทางเดียวกัน และกำหนดแนวทางในการตรวจสอบการรับรู้ข้อมูลทางวิสัญญี สำหรับประเมินความร่วมมือร่วมของพยาบาลที่หอผู้ป่วย/ ICU เพื่อการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน Patient Safety Golds : Safe Surgery : S2 Safe Anesthesia

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

10.1 แพทย์ศัลยกรรมวิสัญญี วิสัญญีพยาบาล ลิศัญญีแพทย์ มีแนวทางการในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยของบุคลากรทางวิสัญญีเป็นมาตรฐานเดียวกัน

10.2 อัตราการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ใน elective case เฉลี่ยร้อยละ 95

10.3 ได้มีการปรับรายละเอียดใน inform consent เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอาจได้รับ ในการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด และความเสี่ยงสำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการทำเหตุการณ์หรือการระงับความรู้สึก ในการวางแผนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเฉพาะราย

11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

- พัฒนาระบบการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกในด้านคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยง และโอกาสในเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดของผู้ป่วย

- กำหนดแนวทางการนิเทศ บุคลากรใหม่ ของภาควิชาวิสัญญีวิทยาและงานการพยาบาลวิสัญญี

- ประเมินประสิทธิผล ของการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

- กำหนดตัวชี้วัด ที่ส่งผลต่อคุณภาพการผ่าตัด Patient Safety Golds ร่วมกันกับหน่วยงานห้องผ่าตัดและทีมนำทางคลินิกอื่นที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

- จัดทำเป็นมาตรฐานการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก โดยที่บุคลากรอื่นที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีส่วนร่วมและรับทราบการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม



.....
(ลงชื่อ.....)

รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ/หัวหน้าหน่วยงาน



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
หนังสือแสดงความยินยอมรับการระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับ

การทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ

ข้าพเจ้า _____ ขอรับรองว่าตัวข้าพเจ้าเอง
 กระทำการแทนผู้ป่วยชื่อ _____
 การตรวจพิเศษ

ซึ่งจะเข้ารับ การผ่าตัด/ทำหัตถการ _____ ในวันที่..... / /

ได้รับการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เพื่อการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ ดังกล่าวแล้ว ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจว่า การระงับความรู้สึก ทุกวิธี มีความเสี่ยง ข้อดี และข้อเสียทั้งสิ้น โดยความเสี่ยง ข้อดี และข้อเสียดังกล่าวอาจเหมือนกันหรือต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับวิธี และชนิดของยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกข้างล่างนี้

- การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หรือ การดมยาสลบ
- การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (เช่น การบล็อกหลัง การบล็อกแขน เป็นต้น)
- การฉีดยาชาเพื่อบล็อกเส้นประสาทส่วนปลายชั่วคราว
- การฝังระวางและดูแลโดยใช้หรือไม่ใช้ยาสงบประสาท
- การใส่สายวัดความดันในเส้นเลือดดำ หรือเส้นเลือดแดง

โดยการระงับความรู้สึก/หัตถการที่ทำ มีความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

.....
.....
.....
ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นได้รับการอธิบายโดยละเอียดแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมรับการระงับความรู้สึก ตามวิธีที่ได้เลือกไว้ข้างต้น ซึ่งให้บริการโดยคณะบุคลากรทางวิสัญญี ซึ่งได้รับการฝึกอบรมทางด้านวิสัญญี และได้รับการรับรองโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ประเทศไทย การบริการดังกล่าวอยู่ภายใต้การควบคุมของวิสัญญีแพทย์ประจำศูนย์การแพทย์ฯ และ ในกรณีที่จำเป็น ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกได้ตามความเหมาะสมกับชนิดของหัตถการ การผ่าตัด การตรวจพิเศษ ความต้องการของแพทย์ผู้ทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษนั้นๆ หรือของวิสัญญีแพทย์เอง ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของสุขภาพของข้าพเจ้าเอง

ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บุคลากร/นิสิตแพทย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และข้าพเจ้า

ทราบและเข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจนโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึก ในกรณีที่จำเป็น และข้าพเจ้ายอมรับว่า ได้ใช้เวลาตามความเหมาะสมเพื่อซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้ารับการระงับความรู้สึกในครั้งนี้

อย่าลงชื่อจนกว่าจะได้รับการอธิบายรายละเอียดจนเป็นที่พอใจ*
ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครอง/ผู้กระทำการลงชื่อ*****

ลงชื่อ _____ ผู้ป่วย

ลงชื่อ _____ ผู้กระทำการแทน

ผู้ปกครอง

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ _____ พยาน

ณ วันที่/...../.....

*******สำหรับผู้ให้ข้อมูล*******

General Anesthesia	Expected	Total unconscious state, possible placement of a tube into windpipe.
	Technique	Drugs injected into the blood stream, breathed into the lung, or by other route.
	Risks	Mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, aspiration, pneumonia.
Spinal / Epidural Anesthesia	Expected	Temporary decrease or loss feeling and/or movement to lower part of the body
	Technique	Drugs injected through a needle/catheter placed either directly into the spinal canal or immediately outside the spinal canal
	Risks	Headache, backache, buzzing in the ears, convulsion, infection, persistent weakness, numbness, residual pain, injury to blood vessels
Peripheral Nerve Block	Expected	Temporary loss of feeling and/or movement of a specific limb or area
	Technique	Drugs injected near nerve providing loss of sensation to the area of the operation
	Risks	infection, convulsion, weakness, persistent numbness, residual pain, injury to blood vessels
Monitored	Expected	Measurement of vital sign, availability of

Anesthesia Care (with or without sedation)		anesthesia provider for further intervention such reduce anxiety or pain, partial or total amnesia
	Technique	None or drugs injected into the blood stream, breathed into the lung, or by other routes producing a semiconscious state
	Risks	Increase awareness, anxiety and/or discomfort. With sedation produce unconscious state, depressed breathing, injury to blood vessels



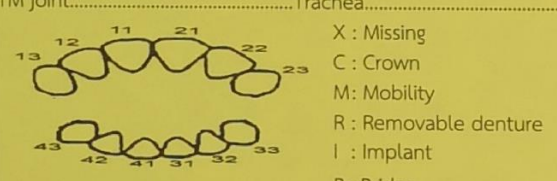
Preanesthetic Evaluation and Preparation Form
Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, SWU

Present Illness:

Medical Problem(s):

Concurrent Medications:

Allergic history: แพ้ยา สารเคมี ยางลาเท็กซ์ อาหาร หรือพลาสติก <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี	Previous anesthesia: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> NB ภาวะไม่พึงประสงค์
Family history: มีสมาชิกในครอบครัวเป็น DM / HT / IHD ฯลฯ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ญาติสายตรงเคยได้รับการระงับความรู้สึกและเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี	Past history: เคยเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในรพ. <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี เคยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย เมื่อใด ภาวะไม่พึงประสงค์
Social habit: สูบบุหรี่ <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> สูบ pack/year ดื่มสุรา <input type="radio"/> ไม่ดื่ม <input type="radio"/> ดื่ม ใช้สารเสพติด <input type="radio"/> ไม่ใช้ <input type="radio"/> ใช้	Socioeconomic status: อาชีพ อาศัยกับ Payment: <input type="radio"/> ชำระเอง <input type="radio"/> เบิกต้นสังกัด <input type="radio"/> หลักประกันสุขภาพ <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> พรบ.อุบัติเหตุ <input type="radio"/> ประกันชีวิต <input type="radio"/>

Physical Examination BP.....HR.....RR.....BT.....SpO2..... BW.....kg Height.....cm BMI.....kg/m ² General appearance..... HEENT..... Heart: Lungs: Abdomen: Extremities Neuro signs Back Other	Airway Examination General appearance:..... Oral cavity Neck motion.....Nostril..... Mouth openingcm TMD.....cm Mallampati's..... TM joint.....Trachea..... 
---	--

Investigations CBC: WBC Hb Platelet Hct Coagulogram: PT PTT INR PTT ratio LFT: Alb Glob A/G TP AST ALT ALP TB DB IDB CXR: ECG: Others:	Blood Chemistry : Na K BUN FBS GFR: Cl CO2 Cr Blood group: A B AB O
---	---

Anesthesia Plan

Preoperative Diagnosis:

Proposed Operation(s):

Anesthesia risk(s):

ASA physical status: 1 2 3 4 5 6 E

Preoperative preparation :

Preanesthetic consultations:

Premedication:

Anesthetic choice: GA RA TIVA MAC PNB

Position: Monitoring: Routine Invasive

Special technique(s): Postop ICU care: N Y

ผู้บันทึก..... วิทยาลัยแพทย์/พจน/พชท วิทยาลัยพยาบาล/พยบ

คู่มือ แนวทางการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

1. วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา โรคที่ต้องมารับการผ่าตัด และโรคอื่นๆที่พบร่วมกัน เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมและเกิดความปลอดภัยในการรับบริการทางวิสัญญี

2. เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติ รับทราบเกี่ยวกับการวางแผนการระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยในระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วย/ญาติ มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก

3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย/ญาติและบุคลากรทางวิสัญญี ช่วยสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

4. เพื่อให้ได้รับความยินยอม(Informed consent) จากผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือผู้กระทำการแทนในการให้การระงับความรู้สึก

2. ขอบข่าย :

วิธีปฏิบัติงานนี้ใช้สำหรับในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกทางวิสัญญี ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ แพทย์ฝึกอบรมวิสัญญี และวิสัญญีพยาบาล

3. อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. Preanesthetic Evaluation and Preparation Form (ANE-01-4-006-03 revise 18-Jan-9))
2. หนังสือแสดงความยินยอมรับการระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับการทำการหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ (ANE -01-4-018-00 revised Sep 2018)

4. ความรับผิดชอบ

1. วิสัญญีพยาบาล / แพทย์ฝึกอบรมวิสัญญี มีหน้าที่เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกตามตารางการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย/ICU โดยทำการเยี่ยมประเมินล่วงหน้า 1 วัน สำหรับกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน จำเป็นต้องประเมินสถานะของผู้ป่วยเฉพาะในระบบสำคัญตามความจำเป็น และหากมีความจำเป็นต้องประเมินที่หอผู้ป่วย/ICU/ERวิสัญญีพยาบาลจะไปประเมินตามความเหมาะสม

2. วิสัญญีแพทย์ มีหน้าที่เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน โดยวิสัญญีพยาบาลประเมินแล้วพบว่าจำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมประเมินเพิ่มเติมจากวิสัญญีแพทย์ รวมทั้งกรณีที่ได้รับการปรึกษาจากศัลยแพทย์ก่อนผ่าตัด (ตามแนวทางการส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์) และกรณีผู้ป่วยหนัก จำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉินเร่งด่วน

5. คำจำกัดความ:

5.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก

หมายถึง การที่บุคลากรทางวิสัญญีทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อซักถามประวัติ และประเมินผู้ป่วยทางร่างกายตามระบบต่างๆ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการประเมิน

5.2 การทบทวนระเบียบผู้ป่วย

หมายถึง ทำการทบทวนบันทึกการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและผลการรักษาที่ผ่านมา แนวโน้มของสัญญาณชีพ และปริมาณสารน้ำของร่างกาย รวมทั้งประเมินการได้รับการระงับความรู้สึกครั้งก่อน (ถ้ามี)

5.3 การซักประวัติ

การซักประวัติครอบคลุมในแนวกว้างดังนี้ (ตามใบ Preanesthetic Evaluation and Preparation Form (ANE-01-4-006-03 revise 18-Jan-9))

1. สภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และโรคประจำตัวของตนเอง
2. ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนระดับของกิจกรรมที่ทำได้สูงสุด
3. ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด
4. ยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ ต้องทราบวิธีและขนาดของยาที่ผู้ป่วยใช้ เช่น ยาลดความดัน ยาโรคหัวใจและขยายหลอดเลือด ยาป้องกันเลือดแข็งตัว ยาแก้นชัก และยารักษาโรคต่อมไร้ท่อ
5. การแพ้ยา อาหาร สารเคมี ยางลาเท็กซ์ หรือพลาสติก และอาการข้างเคียง
6. ประวัติเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก รวมทั้งความพึงพอใจของการได้รับการระงับความรู้สึกครั้งก่อน
7. การสูบบุหรี่ ควรได้ข้อมูลของระยะเวลา และความถี่ของการสูบบุหรี่ แนะนำผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ 2-4 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด
8. การดื่มสุราและยาเสพติด ต้องทราบชนิด วิธีการใช้ ความถี่ และความถี่ของการได้รับสุราและยาเสพติด
9. ซักประวัติเกี่ยวกับระบบอวัยวะต่างๆ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

5.4 การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย ทำโดยครอบคลุมทั้งหมด ประกอบด้วย

1. สภาพร่างกายทั่วไป
 - ส่วนสูงและน้ำหนัก รวมทั้ง BMI
 - สัญญาณชีพ และอุณหภูมิร่างกาย
2. ศีรษะและคอ ประเมินความยากง่ายของการเปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจ และการใส่ท่อหายใจ
 - ลักษณะของใบหน้า คอ และแก้ม (general appearance)
 - การตรวจช่องปาก ลักษณะขากรรไกร ลักษณะฟันและลิ้น (oral cavity) รวมทั้งการประเมินโครงสร้างด้านหลังของ Larynx ตาม Mallampati classification

- การวัด Thyromental distance
- การเคลื่อนไหวของคอ (neck motion) ในท่า flexion, extension และ rotation
- ตำแหน่งของหลอดลม (trachea)
- รูจมูก (nostrils)

3. การตรวจร่างกายตามระบบ

- ทรวงอก (Heart)
- ปอด (Lung)
- หน้าท้อง (Abdomen)
- แขนขา (Extremities)
- อื่นๆ เช่น ระบบประสาท (Neuro signs) และหลัง (Back)

5.5 ความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย

ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการระงับความรู้สึก รวมทั้งสามารถวางแผนการระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้โดยเร็วที่สุด

5.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิธีปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนให้การระงับความรู้สึกของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ อ้างอิงตามคำสั่งการตรวจรักษาของศัลยแพทย์ที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัด ยกเว้นกรณีส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์(Consult) ซึ่งอาจมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมตามความจำเป็น

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพิจารณาจากโรคของผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด อายุ สภาพความผิดปกติของระบบต่างๆ และยาที่ได้รับในผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีแนวทางการส่งตรวจดังนี้ (แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2545)

5.7 การเซ็นใบอนุญาตผ่าตัด

หลังจากการประเมินสภาพผู้ป่วย อธิบายวิธีการระงับความรู้สึก และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ลงชื่อในใบยินยอมให้การระงับความรู้สึก ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมรับการระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ (ANE-01-4-018-00)

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อยินยอมให้การระงับความรู้สึกได้ ให้ผู้ปกครองหรือผู้กระทำแทนตามกฎหมาย เป็นผู้ลงชื่อยินยอมให้การระงับความรู้สึก ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมรับการระงับความรู้สึกเพื่อเข้ารับการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ (ANE-01-4-018-00)

5.8 การบันทึกการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการระงับความรู้สึก

บันทึกการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกในแบบฟอร์ม Preanesthetic Evaluation and Preparation Form, Department of Anesthesiology (ANE-01-4-006-03) ประกอบด้วย

1. วันที่ประเมินผู้ป่วย
2. Medical History ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
3. Physical Examination
4. Airway Examination
5. Investigation
6. Anesthesia plan
7. ลงชื่อ และตำแหน่งผู้ประเมิน

5.9 การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด

การผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า(elective) ควรงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หรือ 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน (emergency) ควรงดน้ำและอาหาร 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด

5.10 Premedication

วิธีปฏิบัติในการให้ยา premedication ศัลยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนผ่าตัดและก่อนการระงับความรู้สึก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง จะเป็นผู้พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลาก่อนการระงับความรู้สึก

ตารางแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	Hb/Hct	PT/PTT	Elect	BUN/Cr	BS	LFT	X-ray	EKG
ชนิดการผ่าตัด								
- minor								
- major	+							
-TURP, Major KUB, GI surgery	+		+	+				
อายุ								
<45								
≥45	+			+	+		+	+
Associated Condition								
CVS					+		+	+
Pulmonary							+	+
Malignancy	+	+					+	
Hepatobiliary		+	+	+		+		
Renal	+		+	+				
Bleeding disorder	+	+						
DM			+	+	+			+
CNS			+	+	+			+

Medication								
Diuretics			+	+				
Digoxin			+	+				+
Steroid			+		+			
Anticoagulants	+	+						
หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ป่วยมีตั้งแต่ 2 เงื่อนไขขึ้นไป ส่งตรวจตามผลรวมของแต่ละเงื่อนไข								

เอกสารอ้างอิง :

จรรยา เลิศอรธรรมณี, ประดิษฐ์ สมประดิจ, อุบลรัตน์ สันตวัตร, ธารา ตีระการ, ดิเรก จุลชาติ, ธรรมบวร เนติ, ปรีชา สุนทรานันท์, ศิริพร ปิติมานะอารี, เกียรติชัย ภูริปัญญา, ณรงค์ จรรยา เลิศอรธรรมณี. เมื่อใดจึงสมควรส่งตรวจเม็ดเลือดสมบูรณ์ และตรวจปัสสาวะก่อนผ่าตัด?: การทบทวนอย่างเป็นระบบและแนวแนะนำทางเวชปฏิบัติ สารศิริราช พ.ศ.2542:51(7):492505

วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (บรรณาธิการ). (2551). ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 1) สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์

สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์, สุวรรณิ สุรเสณีพงศ์. (บรรณาธิการ). (2545). ตำราวิสัญญีวิทยาในเด็กและทารก (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์

อังกาบ ปราการรัตน์, วรภา สุวรรณจินดา (บรรณาธิการ). (2548). ตำราวิสัญญีวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร