**โรงพยาบาลสุทธาเวช**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

**บันทึกการพยาบาลแรกรับ และประเมินสมรรถนะผู้ป่วยสูติกรรม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. วันที่รับไว้ใน ร.พ. .......................... เวลา.............น. มาถึงหอผู้ป่วยโดย ( ) เดินมาเอง ( ) รถเข็นนั่ง ( ) เปลนอน | | ( ) ไม่เคยฝากครรภ์  **สถานที่ฝากครรภ์**  รพสต..............................ครั้ง  รพช................................ครั้ง  รพศ................................ครั้ง  อื่นๆ................................ครั้ง  1stANC…………...…........wks.  1-27+6 wks…………........ครั้ง  28-31+6 wks………........ครั้ง  32-35+6 wks………..…...ครั้ง  มากกว่า36wks...............ครั้ง  **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**  **Hct**……..%; วันที่..............  **Bl.Group**…..…**Rh**.…………  **Hb.Typing**…………………..  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  **OF**……………**.DCIP**…………  **HBsAg** ( ) Not done  ( ) Positive  ( ) Negative  **VDRL 1** ( ) Not done  ( ) Reactive titer…………  ( ) Non Reactive  **VDRL 2** ( ) Not done  ( ) Reactive titer…………  ( ) Non Reactive  **HIV 1** ( ) Not done  ( ) Positive  ( ) Negative  **HIV 2** ( ) Not done  ( ) Positive  ( ) Negative  **Tetanus Toxoid**  ( ) ไม่ได้ฉีด  ( ) ครบ......................ครั้ง  ( ) ไม่ครบ ได้รับ........ครั้ง |
| 2. ครรภ์ที่..........อายุครรภ์...........สัปดาห์ PARA……………………… Last….………..ปี LMP………...….. EDC………....…….. | |
| 3. **อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล**………………………………………………………………………………………………………………. | |
| 4. **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**..................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………… | |
| 5. **อาการแสดงแรกรับ (ร่างกายและจิตใจ)**...................................................................................................................  5.1 การตรวจครรภ์ : ส่วนนำ ( ) ศีรษะ ( ) ก้น ( ) ขวาง, ด้าน ( ) ซ้าย ( ) ขวา FBS…………….ครั้ง/นาที  ระดับยอดมดลูก.................... Tape HF…………ซม. AC………….ซม. ระดับส่วนนำ ( ) Float ( ) Engage  5.2 การตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด..................ซ.ม. Effacement……….........…..% Station……………………..  ถุงน้ำคร่ำ ( ) MI ( ) MR ( ) ML, สีน้ำคร่ำ ( ) Clear ( ) มี meconium ชนิด ( ) thin ( ) thick ( ).…….  5.3 การตรวจเต้านม ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ...................................... วิธีแก้ไข..........................................................  5.4 การตรวจปัสสาวะ : Albumin…………………………………….. Sugar……………………………………………………………. | |
| 6. **ประวัติทางสูติกรรมที่สำคัญ**.....................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................... | |
| 7. **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**........................................................................................................................................  ประวัติการแพ้ ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) ยา................................. ( ) อาหาร............................... ( ) อื่นๆระบุ.................  การผ่าตัด ( ) ไม่เคย ( ) เคย..........ครั้ง ระบุ......................................................................................................  ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ( ) ไม่มี ( ) เบาหวาน ( ) โรคหัวใจ ( ) ความดันโลหิต ( ) หอบ หืด ( ) วัณโรค  ( ) โรคเลือด ( ) โรคไต ( ) โรคตับ ( ) โลหิตจาง ( ) มะเร็ง ( ) อื่นๆ...................................................................... | |
| 8. **ประวัติส่วนตัวและสังคม** ศาสนา........................ ระดับการศึกษา............................................................................  สภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยก  สิ่งเสพติด ( ) ไม่เคย ( ) เคย **ดื่มสุรา** ( ) ไม่เคย ( ) เคย......แก้ว/วัน, **การสูบบุหรี่** ( ) ไม่เคย ( ) เคย.....มวน/วัน  ( ) อื่นๆ ระบุ................................................................................................................................................  ญาติหรือผู้ดูแลที่ติดต่อได้ ชื่อ-สกุล ........................................................................ เกี่ยวข้องเป็น.................................  สถานที่ติดต่อ............................................................................................... หมายเลขโทรศัพท์.................................... | |
| 9. **HIGH RISK** ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.............................................................................................................................. | |
| 10. **การประเมินสภาพทางกาย**  **อาการปวด** ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุอาการ.............................................. บรรเทาอาการปวดขณะอยู่บ้าน...................  **การเคลื่อนไหว** กล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ.........................................................................  การทรงตัว ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ.........................................................................  **การหายใจ** ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) เจ็บเวลาหายใจเข้า-ออก ( ) หายใจลำบาก ( ) หายใจหอบเหนื่อย  ( ) ไอ ( ) ไม่มีเสมหะ ( ) มีเสมหะลักษณะ....................... อื่นๆระบุ............  **การไหลเวียนโลหิต** ( ) หน้ามืด ( ) ใจสั่น  ( ) บวมบริเวณ............................ ( ) กดบุ๋มบริเวณ...................... ( ) อื่นๆระบุ.....................  **ต่อมน้ำเหลือง** ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณ............................... ( ) อื่นๆระบุ..................... | |
| **Name** | **H.N.** | **A.N.** |
| **Ward** | | **แผ่นที่ 1** |

**โรงพยาบาลสุทธาเวช**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

**บันทึกการพยาบาลแรกรับ และประเมินสมรรถนะผู้ป่วยสูติกรรม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. **การประเมินสภาพทางกาย (ต่อ)**  **อาหารและการเผาผลาญ** ประเภท / รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ (ที่สัมผัสกับโรค)............................................................................  ( ) เบื่ออาหาร ( ) คลื่นใส้ ( ) อาเจียน ลักษณะ.........................................................................................................................................  **น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์**...........กก. **สูง**...........ซม. **BMI**……………ซม./ม.2 ( ) เพิ่ม ( )ลด ระบุ...................กก. ในระยะเวลา....................เดือน  **การขับถ่าย** : อุจจาระ ( ) ทุกวัน วันละ.......ครั้ง ( ) ไม่ทุกวัน.......วัน/ครั้ง ( ) ท้องผูก ( ) ท้องเสีย , การใช้ยาระบาย ( ) ใช้ ( ) ไม่ใช้  : ปัสสาวะ ( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ ระบุ...............................................................................................................................................  **การรับรู้และประสาทสัมผัส**  การมองเห็น ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) เอียง ( ) สั้น ( ) ยาว ( ) บอด ( ) บอดสี ( ) มองไม่เห็น ( ) สวมแว่นตา ( ) คอนแทคเลนส์  การได้ยิน ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) หูตึง ( ) ซ้าย ( ) ขวา  การพูด ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ( ) พูดติดอ่าง ( ) พูดไม่ชัด ( ) เป็นใบ้  **ผิวหนัง** สีผิวทั่วไป ( ) ปกติ ( ) ซีด ( ) ปลายมือปลายเท้าเขียว ( ) เหลือง ( ) อื่น ๆ ระบุ...................................................................  **การเจริญพันธุ์**  อวัยวะเพศ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ...................................................................................................................................... | | |
| 11.**การประเมินสภาพทางจิตและสังคม การรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้**  กระทบต่อภาพลักษณ์ ( ) ไม่มี ( ) มี  กระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ ( ) ไม่มี ( ) วิตกกังวล ( ) ก้าวร้าว ( ) ซึมเศร้า ( ) กลัว ( ) อื่น ๆ ระบุ..........................................  กระทบต่อความรู้สึกในความสามรถของตนเอง( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....................................................................................................................  อาหารที่ไม่รับประทาน(ตามความเชื่อ)........................................................ความเชื่ออื่น ๆ.................................................................................... | | |
| 12. **ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติ** ( ) กิจวัตรประจำวัน ( ) อาคารสถานที่ ( ) การจ่ายยา ( ) การเยี่ยม ( ) แนะนำผู้ป่วยข้างเตียง | | |
| **13. การวินิจฉัยโรค**......................................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................................................................... | | |
| **14. แผนการดูแลรักษา** ( ) Try vaginal delivery ( ) Elective C/S ( )……………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **ข้อมูลประกอบในการวางแผนการจำหน่าย**  **ข้อมูลสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วย**  สถานบริการสุขภาพที่สะดวกไปใช้บริการ ( ) ไม่ทราบ ( ) ร.พ........................ ( ) สถานีอนามัย......................... ( ) คลินิค…………………..  สิ่งที่คาดว่าจะเป็นปัญหาในการมาตรวจตามนัด ( ) ไม่มี ( ) บ้านไกล ( ) ไม่สะดวก ( ) มาลำบาก ( ) ....................................................  **ปัญหาด้านสุขภาพที่ยังมีอยู่**  ( ) มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์...................................................... ( ) มีภาวะผิดปกติทางจิต ( ) มีโรคเรื้อรัง.......................................  ( ) มีความพิการ ตาบอด หูหนวก หรืออัมพาต ( ) อื่น ๆ ระบุ..................................................................................  **ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ระบุข้อจำกัด)**  ( ) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานมากกว่า 6 เดือน ( ) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน...............เดือน เนื่องจาก....................................................  ( ) ไม่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจาก..........................................................................................................................................................  **ผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรที่บ้าน**.............................................................................................................................................................................  **วิธีการติดตามต่อเนื่อง** ( ) **Home health care** ( ) **PCU** ( ) ศูนย์การเรียนรู้นมแม่ในชุมชน ระบุ...................................................................  ครั้งที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ..........................................................เกี่ยวข้องเป็น..............................................พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก...............................  ครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ..........................................................เกี่ยวข้องเป็น..............................................พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก............................... | | |
| **Name** | **H.N.** | **A.N.** |
| **Ward** | | **แผ่นที่ 2** |