**โรงพยาบาลสุทธาเวช**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

**บันทึกการพยาบาลแรกรับ และประเมินสมรรถนะผู้ป่วยสูติกรรม**

|  |  |
| --- | --- |
|  1. วันที่รับไว้ใน ร.พ. .......................... เวลา.............น. มาถึงหอผู้ป่วยโดย ( ) เดินมาเอง ( ) รถเข็นนั่ง ( ) เปลนอน | ( ) ไม่เคยฝากครรภ์**สถานที่ฝากครรภ์**รพสต..............................ครั้งรพช................................ครั้งรพศ................................ครั้งอื่นๆ................................ครั้ง1stANC…………...…........wks.1-27+6 wks…………........ครั้ง28-31+6 wks………........ครั้ง32-35+6 wks………..…...ครั้งมากกว่า36wks...............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** |