หมวด	**2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**
แผนที่	**6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**14. โครงการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**35. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน** **35.1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน** **35.2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed** **35.3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน**
คำนิยาม	**การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง <u>ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น</u> ***ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments **Intermediate ward** คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 **Intermediate bed** คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) **การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

กิจกรรมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u>

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทลที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัดย่อย : 35.1 ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย 35.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดย่อย 35.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด 2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.1	(A1/B1) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.2	(A2/B2) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 35.3	(A3/B3) × 100
หมายเหตุ	คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2567:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
35.1	-	≥ร้อยละ 85	-	≥ร้อยละ 85
35.2	-	≥ร้อยละ 60	-	≥ร้อยละ 60
35.3	-	≥ร้อยละ 50	-	≥ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน :	1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ. 2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา 8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ พ.ศ. 2566

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr>
<tr><td rowspan="2">-</td><td rowspan="2">ร้อยละ</td><td>79.41</td><td>82.57</td><td>86.93*</td></tr>
<tr><td colspan="3">ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table>
*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นางพัชรี สีจ๊ะแปง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 086 8519922
E-mail : seejapang2017@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 056 990354 ต่อ 134 - 135 โทรสาร : 056 990353</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางพัชรี สีจ๊ะแปง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 086 8519922
E-mail : seejapang2017@gmail.com</td></tr>
</table>

ภาคผนวกรายละเอียดตัวชี้วัด การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

<u>ภาคผนวก 1</u> เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

<u>ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้ถูกกำหนด</u> โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการดำเนินงาน

ประเด็น	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	ผ่าน[1]	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด *(ควรมี)* ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช *(ควรมี)*		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol	○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟูฯ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์)		
5. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy *(ถ้ามี)* อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
6. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)[2]	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices)[2]	○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane	○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane ○ Wheelchair ○ Metal KAFO		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward ☐ ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1 - 8)				

ประเด็น	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	ผ่าน[1]	ไม่ผ่าน
☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6 ส่วนข้อ 7 - 8 มีแผนการพัฒนา ☐ ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6				

หมายเหตุ: 1. ต้องมีการดำเนินการ**ทุกรายการ**ในแต่ละข้อ จึงจะถือว่าผ่านในแต่ละข้อนั้น ๆ (ไม่นับรวมรายการที่ระบุ *ถ้ามี/ควรมี*)

2. ข้อ 7 – 8 หากรายการใดไม่มีบริการในโรงพยาบาลแต่มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ถือว่าผ่าน

แผนการพัฒนา ได้แก่ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<u>ภาคผนวก 2</u> IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol

Problem list & Plan

for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

รพ. .....

ชื่อ.....ตึก.....

HN..... AN.....

Diagnosis	Underlying disease
❑ Stroke.....	• .....
❑ Traumatic Brain Injury.....	• .....
❑ SCI.....	• .....

Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
❑ Hemiplegia ❑ Quadriplegia ❑ Paraplegia	❑ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ❑ ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ❑ วางแผนการให้บริการ ❑ Gait aids: เครื่องช่วยเดิน ❑ Wheelchair	❑ กระตุ้น ambulate ❑ กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ❑ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ❑ ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	❑ Exercise training ❑ Functional training ❑ Bilateral movement training ❑ Transfer training ❑ Ambulation training ❑ Home program ❑ อื่นๆ.....	❑ ADL evaluation and training ❑ Hand function training ❑ ประเมินการปรับสภาพบ้าน ❑ Home program ❑ อื่นๆ.....
❑ Postural hypotension	❑ ประเมินและให้การวินิจฉัย ❑ Check CBC/ correct anemia	❑ Elastic bandage ที่ขา ❑ Abdominal binder ❑ ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	❑ Check BP ก่อนยกหัวสูง ❑ Tilt table ❑ reclining wheelchair	❑ ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
❑ Spasticity ❑ Contracture	❑ ประเมิน ROM ❑ ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) ❑ Plastic AFO	❑ จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	❑ ROM exercise ❑ Stretching exercise ❑ Physical modality	❑ ROM exercise ❑ Stretching exercise ❑ Orthosis
❑ Shoulder subluxation ❑ Shoulder hand syndrome	❑ Shoulder sling ❑ Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	❑ จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง ❑ หลีกเลี่ยงการดึง กดทับแขน ❑ เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	❑ ROM exercise ❑ Strengthening exercise shoulder ❑ Positioning	❑ Shoulder sling ❑ Strengthening exercise shoulder ❑ Positioning
❑ Neuropathic pain	❑ วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง ❑ Neuropathic drug	❑ Patient education	❑ TENS ❑ Patient education	❑ Diversional activities ❑ Patient education
❑ Dysphagia	❑ พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน ❑ ประเมินสภาวะโภชนาการ	❑ ประเมินการกลืน ❑ ดูแลความสะอาดช่องปาก ❑ จัดท่า/ป้องกันการสำลัก ❑ ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		❑ ประเมินการกลืน ❑ ฝึกกลืน ❑ ฝึกการแปรงฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
❑ Aphasia ❑ Dysarthria	❑ จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	❑ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ❑ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	❑ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ❑ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	❑ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ❑ ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
❑ Neglect	❑ ประเมินและให้การวินิจฉัย	❑ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ❑ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	❑ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ❑ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	❑ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ❑ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
❑ Neurogenic bladder	❑ Intermittent cath ❑ CIC program ❑ RetainFoley's cath	❑ Intermittent cath ❑ CIC program ❑ Retain Foley's cath	❑ Train toilet transfer	❑ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ❑ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย ❑ ฝึกการใช้งานมือ
❑ Neurogenic bowel	❑ ให้ยาระบาย ❑ Order สวนอุจจาระ	❑ ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ❑ สวนอุจจาระ ❑ กระตุ้น ambulate	❑ Train toilet transfer ❑ Active exercise ❑ Ambulation	❑ Train toileting ❑ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ❑ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
❑ Pressure ulcer grade.....	❑ Debridement ❑ Antibiotic ❑ Nutrition	❑ Assess risks/ เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม ❑ Dressing wound ❑ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	❑ Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	❑ Provide proper foam seat cushion
❑ Coma ❑ Cognitive deficits ❑ Agitation ❑ Hypoarousal/sleep disturb.		❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ	❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ	❑ กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว ❑ Sensory – specific training ❑ ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ความคิด ความเข้าใจ
❑ ..... ❑				

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care (☐ Stroke, ☐ Traumatic Brain Injury, ☐ SCI)

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN..... วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้..... Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน) Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน..... .... **<u>Progress Note</u>** วันที่.....เวลา..... ลงชื่อแพทย์.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... **ใช้สำหรับผู้ป่วยที่<u>พ้นระยะเฉียบพลัน</u>เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ** **Admit** ❑ Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training. ❑ Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation ❑ Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ ❑ Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ❑ Notify แพทย์แผนไทย ❑ Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน ลงชื่อแพทย์.....	**Diet.....** **Record V/S.....** **Medication** .... **Activities for Rehab Program** 1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู 1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร 1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan 2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์</u> เมื่อ 2.1 BT≥ 38° C 2.2 PR > 100 or < 60/min 2.3 SBP≥180 or <90, DBP≥110 or <60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียนอาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT ลงชื่อแพทย์.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care (☐ Stroke, ☐ Traumatic Brain Injury, ☐ SCI)

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN..... วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้..... Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน) Premorbid status: ADL..... Ambulation..... ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน..... .... **Progress Note** วันที่.....เวลา..... ลงชื่อแพทย์.....	เตียง.....สิทธิผู้ป่วย..... วันที่.....เวลา..... **ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ** **Admit** ❑ Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training. ❑ Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation ❑ Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ ❑ Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ❑ Notify แพทย์แผนไทย ❑ Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน ลงชื่อแพทย์.....	**Diet.....** **Record V/S.....** **Medication** .... **Activities for Rehab Program** 1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู 1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร 1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function 1.6 Rehab NCM D/C plan 2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์</u> เมื่อ 2.1 BT≥ 38° C 2.2 PR > 100 or < 60/min 2.3 SBP≥180 or <90, DBP≥110 or <60 mmHg 2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียนอาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT ลงชื่อแพทย์.....

Team Meeting Report

รพ. .....

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....ตึก.....

HN..... AN.....

สรุปประเด็น	
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน	❑ เตียงผู้ป่วย ❑ ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด ❑ ปรับสภาพบ้าน..... ❑ ที่นอนลม ❑ อื่นๆ..... ❑ วัสดุอุปกรณ์.....

Problem (√ or ×)	Goal / Plan of management
❑ ADL.....	**Level of Assistance** ❑ Independent ❑ Minimal assist ❑ Moderate assist ❑ Maximal assist
❑ Ambulation.....	❑ Walk with..... ❑ Bed mobility/ sitting balance ❑ Wheelchair ❑ Physiologic standing
❑ Swallowing.....	❑ NG tube ❑ Oral (□ Compensate □ Positioning □ Diet modification) ❑ NG tube + oral
❑ Bowel.....	❑ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ❑ ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ ❑ ควบคุมอุจจาระได้เอง
❑ Bladder.....	❑ On Foley's cath ❑ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ❑ CIC (Intermittent cath) ❑ Condom ❑ ควบคุมปัสสาวะได้เอง
❑ ..... ❑	

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)

❑ Doctor (ชื่อ)..... ❑ ติดตามเยี่ยมบ้าน	❑ นัด follow up..... ❑ Plan admit เพื่อฟื้นฟูฯอีกครั้ง ❑ อื่นๆ.....
❑ PT (ชื่อ)..... ❑ ติดตามเยี่ยมบ้าน	❑ ฝึกต่อแบบ OPD case ❑ Home program / สอนญาติ ❑ อื่นๆ.....
❑ พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ)..... ❑ ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC	❑ ติดตามเยี่ยมบ้าน ❑ อื่นๆ.....
❑ Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ)..... ❑ ติดตามเยี่ยมบ้าน	❑ นัด follow up..... ❑ อื่นๆ.....
❑ Nutritionist (ชื่อ)..... ❑ แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	❑ นัด follow up..... ❑ อื่นๆ..... ❑ ติดตามเยี่ยมบ้าน
❑ ..... ❑	

ครั้งที่	(วัน/เดือน/ปี) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index										คะแนนรวม
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, -)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)	20
admit												
D/C												

<u>ภาคผนวก 3</u> Care protocol สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

1) Problem list & plan
2) Standing doctor order sheet
3) Team meeting report

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE) หน้า 1

Diagnosis: .....
Underlying disease: .....
Premorbid status: ADL.....Ambulation.....
○ Community ambulator ○ Household ambulator ○ Non-ambulator

ชื่อ-สกุล:.....
อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:.....
HN: .....AN.....

PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hip fracture	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ☐ ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู (Goals setting) ☐ วางแผนการดูแลและการให้บริการฟื้นฟู ☐ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ☐ ตรวจประเมินและให้อุปกรณ์ช่วยเดิน (gait aids)/ wheelchair ☐ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ☐ การส่งต่อผู้ป่วย ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางการพยาบาลฟื้นฟู ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ กระตุ้น Breathing exercise ☐ กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ การป้องกันกระดูกหักเคลื่อน ☐ การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ☐ แนะนำการปรับบ้าน/สิ่งแวดล้อม (Home modification) ที่ปลอดภัย ☐ สื่อสารและประสานงานกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ Breathing exercise ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ให้บริการกายภาพบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางกิจกรรมบำบัด ☐ ตรวจประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม
☐ BADLs	☐ ประเมินและคัดตาม ADLs ☐ ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเช่น ระดับความสูงของเก้าอี้นั่งชักโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	☐ ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในหอผู้ป่วย ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs traininig (เน้น Toileting) ☐ Home program ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) ☐ แนะนำการดัดแปลงอุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ☐ Home program
☐ Mobility & Transfer	☐ ประเมินและคัดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงก้าอี้และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed ⇔ chair, bed ⇔ wc) ☐ Exercise training (เน้น LEs) ☐ Home program	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed ⇔ chair, bed ⇔ wc) ☐ Exercise training (เน้น UEs) ☐ Home program
☐ Ambulation	☐ ประเมินและให้ gait aids ที่เหมาะสม หรือ wheelchair ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การยืนเดิน) ในหอผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ Exercise program (PRE, weight bearing, balance) ☐ Gait training ☐ แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสม หรือการใช้ wheelchair	
☐ Bowel & Bladder	☐ ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ☐ การให้ยาระบาย/ สวนอุจจาระ ☐ การคาสายสวนปัสสาวะ	☐ ให้การพยาบาลระบบการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และคัดตามอาการ ☐ กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง ☐ เฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน
☐ Pain	☐ ประเมินและจัดการความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก (adequate pain management) เน้นการให้ยา around-the-clock	☐ ประเมินคัดตามความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก ☐ Psychosupport	☐ ประเมินและบำบัดความปวดด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด เช่น TENS, hotpack	
☐ Cognitive/ Perception	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ วินิจฉัยภาวะ Delirium ☐ การรักษา/แก้ไขสาเหตุภาวะ Delirium	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ คัดตามภาวะ Delirium		☐ ประเมินความคิดความเข้าใจและฝึก (cognitive evaluation & trainiing)

Remarks:	ชื่อ-สกุล:.....
.....	อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:.....
.....	HN: .....AN.....

PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Osteoporosis	☐ ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Bisphophonate ☐ Calcium, vitamin D ☐ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	☐ ติดตามการให้ยารักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย ☐ ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	☐ Exercise program ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ History of falling	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ประเมินและปรึกษากายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โสตศอนาสิก (การได้ยิน), เภสัชกร (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา), ...	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ Nutritional problem	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การรักษาภาวะทุพโภชนาการ ☐ ปรึกษานักโภชนาการ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ☐ ส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	
☐ Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	☐ วินิจฉัยโรค/ภาวะ ☐ การรักษาตามสาเหตุ ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล ..... ☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ☐ การฟื้นคะแคงตัว ☐ การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ Breathing exercise ☐ Range of motion exercise (ROME) ☐ Positioning with hip dislocation precaution ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ
☐ อื่นๆ	....	....	....	....

หมายเหตุ *: สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น*

ลงชื่อแพทย์ /ทีมที่ร่วมประเมิน .....

.....

.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease: .....

Premorbid status: ADL.....Ambulation.....

○ Community ambulator ○ Household ambulator ○ Non-ambulator

ชื่อ-สกุล:.....

อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:.....

HN: .....AN.....

PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
Onset of fracture: ..... Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ○ Skin traction ☐ Surgery **ชนิดของการผ่าตัด** ระบุ: ..... ○ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ○ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ○ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน .... ***หมายเหตุ:*** Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C		**ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ** Admit ☐ **ปรึกษานักกายภาพบำบัด** เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ **สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก** ○ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ○ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ○ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ○ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ **ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน** ○ Walker ○ Crutches ○ Cane ○ Wheelchair ○ ..... **กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม** ☐ Posterior approach ให้นอนกางขา ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามหุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ **ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ..** ○ ADL training ○ Cognitive training ○ Home modifications ☐ **ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช** ☐ **ปรึกษานักโภชนากร** ☐ **ปรึกษาทีม HHC/ COC** เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ ..... **ลงชื่อแพทย์**		☑ Record V/S ☑ Diet ○ Regular ○ High Protein ○ ..... ☐ Dressing wound (OD, BID) ○ วันละ 1 ครั้ง ○ วันละ 2 ครั้ง Medication: ☑ Calcium .... ☑ Vitamin D .... ☐ ..... ☐ ..... Activities for Rehab Program: **1. กิจกรรมทางการพยาบาล** 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan **2. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์เมื่อ** 2.1 BT ≥ 38°C 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน **ลงชื่อแพทย์** .....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease: .....

Premorbid status: ADL.....Ambulation.....

○ Community ambulator ○ Household ambulator ○ Non-ambulator

ชื่อ-สกุล:.....

อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:.....

HN: .....AN.....

PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
Onset of fracture: ..... Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ○ Skin traction ☐ Surgery **ชนิดของการผ่าตัด** ระบุ: ..... ○ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ○ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ○ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน .... ***หมายเหตุ:*** **Refer back รพช.** ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ 1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C		**Admit** ☐ **Refer Back รพช.** เพื่อ admit ดูแลหลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ใน<u>กรณีผ่าตัด *หรือ*</u> ญาติสามารถพร้อมดูแลที่บ้านใน<u>กรณีไม่ผ่าตัด</u>) ☐ **ปรึกษานักกายภาพบำบัด** เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ **สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก** ○ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ○ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ○ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ○ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ **ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน** ○ Walker ○ Crutches ○ Cane ○ Wheelchair ○ ..... ☐ **บริหารขยับข้อต่อข้างที่หัก** ○ Hip ○ Knee ○ Ankle **<u>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</u>** ☐ Posterior approach ให้นอนกางขา <u>ห้าม</u>งอข้อสะโพกเกิน 90 องศา <u>ห้าม</u>ทุบต้นขา <u>ห้าม</u>หมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach <u>ห้าม</u>กางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ **ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด** เพื่อ.. ○ ADL training ○ Cognitive training ○ Home modifications ☐ **ปรึกษาทีม HHC/ COC** เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ นัดติดตาม OPD ..... **ลงชื่อแพทย์**		☑ Record V/S ☑ Diet ○ Regular ○ High Protein ○ ..... ☐ Dressing wound (OD, BID) ○ วันละ 1 ครั้ง ○ วันละ 2 ครั้ง **Medication:** ☑ Calcium .... ☑ Vitamin D .... ☐..... ☐..... **Activities for Rehab Program:** **1. กิจกรรมทางการพยาบาล** 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan **2. งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์เมื่อ** 2.1 BT ≥ 38°C 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเสียบสนเฉียบพลัน **ลงชื่อแพทย์** .....

TEAM MEETING REPORT

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

โรงพยาบาล:	ชื่อ-สกุล:.....
	อายุ: .....ปี หอผู้ป่วย:.....
Team Meeting Report ครั้งที่: .....วันที่:.....เวลา:	HN: .....AN.....
Diagnosis:	Premorbid status: ADLs.....
onset of fracture.....	Ambulation.....
Underlying disease:	○ Community ambulator ○ Household ambulator
.....	○ Non-ambulator

สรุปประเด็น:

Fracture	Side: ○ Right ○ Left **Location:** ○ Femoral Neck ○ Intertrochanteric ○ Subtrochanteric **Treatment:** ○ Non-operative ☐ with skin traction ○ Surgery (Date.....) ระบุชนิดของการผ่าตัด..... ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ

Problems		Goal / Plan of management
☐ BADLs	○ feeding	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ grooming	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ toileting *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ bathing	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ dressing *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
☐ Bed mobility & transfer	○ bed mobility	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ transfer (bed«»chair)*	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ transfer (bed«»wc) *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
☐ Ambulation : walk/ stairs	○ walk **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
	○ stairs **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist
		○ walk with gait aid (☐ walker ☐ Axillary cruches ☐ cane ☐ .....) ○ wheechair
☐ Bowel		☐ Bowel program ☐ ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ..... ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง
☐ Bladder		☐ on foley's cath ☐ ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป /แผ่นรองกันเปื้อน ☐ Condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง
☐ การเตรียมบ้าน		☐ เตียงนอน ☐ ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) ☐ ปรับทางลาดเข้าบ้าน ☐ ราวจับในบ้าน

แผนการดูแลต่อเนื่อง (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)

แพทย์ (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ○ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง ○ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ○ วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน
พยาบาล (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ..... ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....
นักกายภาพบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ..... ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน
นักกิจกรรมบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ..... ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ○ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน
นักโภชนากร (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ..... ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....

คะแนนรวม Modified BI (20)	Admit	วันที่ประเมิน	
	Discharge	วันที่ประเมิน	