

Stroke fast track in-hospital check list

Stricker

Name.....Age.....HN.....จากหอผู้ป่วย.....

Date /time	Activity
	พบผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง(BEFAST) ดังนี้ <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว <input type="checkbox"/> ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็น <input type="checkbox"/> ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก <input type="checkbox"/> แขน ขา อ่อนแรงครึ่งซีก ไม่มีแรงหรือชาอย่างเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก พูดตะกุกตะกัก <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
	<input type="checkbox"/> รายงาน Resident ward
	<input type="checkbox"/> ติดต่อ Acute Stroke Unit (36671-3) และประสานขอเบอร์ติดต่อ resident/fellow neurologist (เวร fast track) พ..... เบอร์โทร.....
	<input type="checkbox"/> Confirm เวลาที่เกิดอาการ (Onset)น. หรือ เวลาครั้งสุดท้ายที่เห็นว่าปกติ (last well seen) เวลา..... น.
	<input type="checkbox"/> ประเมินสัญญาณชีพ PRbpm, RR.....tpm, BP = mmHg, SPO2 =%
	<input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางระบบประสาท E.....V.....M....., motor power + , Pupil size RE....., LE.....RTL/SLRTL/NRTL, Rt./Lt. Facial weakness, Other.....
	<input type="checkbox"/> Basic life support <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วยให้อนศีรษะราบ หรือนอนตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสูดสำลักและป้องกันลื่นตกไปปิดกั้นทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> keep SPO2 ≥ 95% หาก drop ให้ On oxygen canular หรือพิจารณา intubation ตามดุลพินิจของแพทย์
	<input type="checkbox"/> Take lab: CBC, PT PTT INR, BUN Cr electrolyte, G/M, Total CK CK MB mass, Trop-T (กรณีไม่ได้เจาะภายใน 12 ชั่วโมง) ใช้ปากกาสีแดงเขียนที่สติ๊กเกอร์ว่า Stroke fast track <input type="checkbox"/> ให้นำ lab ไปส่งห้อง lab ให้เร็วที่สุด โดยให้แจ้งเจ้าหน้าที่ว่าเป็น Stroke fast track และใส่ specimen ไว้ในกล่องป้าย <input type="checkbox"/> โทรแจ้งห้อง lab [35646] เพื่อขอส่ง lab Stroke fast track โดยแจ้งชื่อ-สกุล HN. และ ward ที่จะขอส่ง
	<input type="checkbox"/> เจาะ DTX.....mg/dl <input type="checkbox"/> On NSS 1000 ml IV drip.....ml/hr. <input type="checkbox"/> On NSS lock No.18 with 3-way ข้อพับ Rt. arm เพราะอาจต้องทำ CTA หรือให้ยาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง
	<input type="checkbox"/> 12 leads EKG (ไม่เร่งด่วน) ยกเว้นกรณีที่ไม่เคยทำและมีอาการ MI
	<input type="checkbox"/> Consult resident/fellow neurologist เสร Stroke fast track
	<input type="checkbox"/> Consult Radiologist for CT brain Emergency โดยแจ้งที่เบอร์ 36599 (ในเวลา), 34506 (นอกเวลา) ว่า “เป็นผู้ป่วย stroke fast track ที่เกิดในโรงพยาบาล”
	<input type="checkbox"/> ประสาน ER (3-6333) เพื่อขอส่งผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก และใช้พื้นที่กรณีมีการทำ Reperfusion therapy “แจ้งว่าเป็นผู้ป่วย Stroke Fast track”
	<input type="checkbox"/> ขอ Wheel-B “แจ้งว่าเป็นผู้ป่วย Stroke Fast track”
	<input type="checkbox"/> ตามญาติ และให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่หน่วยรับส่งผู้ป่วย รับผู้ป่วยไป CT brain

Date /time	Activity
	<input type="checkbox"/> พยาบาล และเจ้าหน้าที่วอร์ดนำผู้ป่วยไปทำ CT brain
	<input type="checkbox"/> นำผู้ป่วยเข้าห้อง CT
	<input type="checkbox"/> พยาบาลห้องฉุกเฉิน อำนวยความสะดวกเรื่องชั่งน้ำหนัก, น้ำหนัก.....กก.
	<input type="checkbox"/> Neurologist ประเมินผู้ป่วย
	<input type="checkbox"/> พยาบาล ASU visit ที่ ER
	<input type="checkbox"/> ประเมินสัญญาณชีพ PRbpm, RR.....tpm, BP..... mmHg, SPO2%
	<input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางระบบประสาท E.....V.....M....., motor power $\frac{+}{-}$, Pupil size RE....., LE.....RTL/SLRTL/NRTL, Rt./Lt. Facial weakness, Other.....
	<input type="checkbox"/> Neurologist อธิบายเรื่องแผนการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ญาติ
	<input type="checkbox"/> ญาติตัดสินใจยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและเซ็นต์ไปยินยอม
	<input type="checkbox"/> Retained Foley's cath with bag
	<input type="checkbox"/> ให้ยาละลายลิ่มเลือด Total rt-PA (0.9xBW) =.....mg - 10% =.....mg IV bolus in 1-2 min. เวลา.....น. - 90% =.....mg IV drip in 60 min. เวลา.....น.
	<input type="checkbox"/> กรณีไม่เข้าเกณฑ์ที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจาก.....
	<input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยทำ CTA brain พิจารณาทำ Mechanical Thrombectomy
	<input type="checkbox"/> Neurologist อธิบายเรื่องแผนการรักษาด้วยหัตถการรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันในสมองผ่านสายสวนหลอดเลือดแดง (Mechanical Thrombectomy)
	<input type="checkbox"/> ญาติตัดสินใจยินยอมรับการรักษาด้วยการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy (MT) และเซ็นต์ไปยินยอม If ยินยอมทำ MT ให้ prep perinium
	<input type="checkbox"/> Transfer ผู้ป่วยไปยัง ASU <input type="checkbox"/> นำผู้ป่วยสู่หอผู้ป่วยเดิม <input type="checkbox"/> Refer to.....for MT