

แบบบันทึกการทำหัตถการการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ

หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Date...../...../.....		OPD/IPD.....		Procedure					
Dx.									
Anticoagulant <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes							หยุดยารวันที่		
สาเหตุการทำหัตถการ.....							สถานที่พอกเลือด.....		
ตำแหน่งสายเดิม.....									
Lab	Hb	Hct	Plt	INR	BUN	Cr	HBsAg	Anti HCV	HIV
Vital Sign แรกรับ เวลา..... T=..... PR=.....RR=.....BP=...../..... O ₂ Sat.....% NEW Score =									
อาการแรกรับ									
ปัญหาการพยาบาล				ผลที่คาดว่าจะได้รับ			การประเมินผล (1=improve 2=same 3=worse)		
1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ เช่น Arterial puncture, Thrombosis, Pneumothorax, Cardiac arrhythmia, Bleeding, Hematoma				1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
2.ปวดแผล				2.ผู้ป่วยปวดแผลลดลง					

Time	Vital sign				Nurse Note
	BP	PR	RR	O ₂ Sat	
					- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษาและเซ็นไบอินยอม
					- จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม <input type="checkbox"/> ใส่สายบริเวณ Internal Jugular vein ให้นอนท่า Trendelenburg <input type="checkbox"/> ใส่สายบริเวณ Femoral vein ให้นอนหงาย กางขาแบะออก
					- On monitor EKG show.....
					- ช่วยเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
					- Set หัตถการ โดยแพทย์.....
					- ๒% Chlorhexidine in alcohol for skin prep. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					- Maximum Barrier <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					- Bedside Ultrasonography <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					- จำนวนครั้งในการแทงเข็ม.....
					-อาการก่อนกลับ

Advice : <input type="checkbox"/> Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn for pain <input type="checkbox"/> ห้ามแผลเปียกน้ำ ถ้าเปียกให้ไปทำแผลที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
<input type="checkbox"/> หากมีอาการผิดปกติให้รีบมาโรงพยาบาล
Complication :
ผู้บันทึก.....



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา – ผ่าตัด

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็นในการรักษา เพื่อเป็นทางออกของเลือดสำหรับฟอกเลือดหรือฟอกน้ำเหลือง
- วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำสำหรับฟอกเลือดและ/หรือฟอกน้ำเหลือง.....
- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก ยาชาเฉพาะที่.....
- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มี.....
- ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ เพื่อใช้เป็นทางออกของเลือดในการฟอกเลือด และ/หรือฟอกน้ำเหลืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ.....
- ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำได้.....
- ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ สามารถใช้สายสวนดังกล่าวนำเลือดออกมาฟอกเลือดได้.....
- ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ 15 นาที-1 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับอาการ อาการแสดง และความยากง่ายในการฝังสาย.....
- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อใช้วิธีนี้ เช่น เลือดออก ติดเชื้อ เสี่ยงต่อการมีลมรั่วในปอดจากเข็ม.....

แทงโดนปอด

1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ
ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ - สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ - สกุล (.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ - สกุล (.....)