เอกสารแนบที่ 1

ICU Discharge form

HN. _____ AN. _____

Age _____ years Sex ❑ Male ❑ Female

ICU admission date ___/___/___ (dd/mm/yy) Time ___: ___ (hh : mm)

Diagnosis at admission (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ specify: _____

❑ specify: _____

❑ specify: _____

❑ specify: _____

❑ specify _____

Active problems during ICU admission (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ Acute respiratory failure

❑ Hemodynamic instability

❑ Septic shock

❑ Congestive heart failure/ cardiogenic shock

❑ Multiple organ failure

❑ Need dialysis (renal or liver)

❑ Need intensive monitoring

❑ Postoperative condition

❑ Bleeding required massive transfusion

❑ Others specify: _____

ICU discharge date ___/___/___ (dd/mm/yy) Time ___: ___ (hh : mm)

Condition at ICU discharge

❑ Recovery, ready to discharge

❑ Recovery with MV in weaning phase

❑ Not recovery, but more severe patient needs ICU

❑ Not recovery, EOL

Transfer ward

❑ 17 C ❑ 18 B1 ❑ 18 B2 ❑ 19 B1 ❑ 19 B2 ❑ 26 A ❑ 26 B ❑ 27 A ❑ 27 B ❑ 27 C

❑ 28 C ❑ Others specify: _____

Active problems at ICU discharge & Plan for management

Active problems 1 _____

Plan _____

Active problems 2 _____

Plan _____

Active problems 3 _____

Plan _____

Active problems 4 _____

Plan _____

Active problems 5 _____

Plan _____

Respiration ❑ Room air ❑ HFNC: Flow..... LPM FiO_2 .....

❑ Low flow oxygen cannula ..... LPM ❑ oxygen mask with bag ..... LPM

In case of mechanical ventilation ❑ NIV ❑ Invasive MV

Ventilator setting at ICU discharge

Mode ❑ PCV ❑ VCV ❑ PSV ❑ SIMV ❑ VS ❑ others specify: _____

❑ PCV	FiO2 ___	Trigger ___	PIP _____	Ti _____	PEEP ___	RR _____	Prise ___
❑ VCV	FiO2 ___	Trigger ___	TV _____	Flow____	PEEP ___	RR _____	
❑ PSV	FiO2 ___	Trigger ___	PS _____	Esens____	PEEP ___		Prise ___
❑ SIMV	FiO2 ___	Trigger ___	PS _____	Esens____	PEEP ____	RR _____	Prise ___
			TV _____	Flow____	PIP _____	Ti _____	
❑ VS	FiO2 ___	Trigger ___	PS _____	Esens____	PEEP ___	TV _____	Prise ___
❑ others							

In case of weaning, problems cause to unable to wean in ICU (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ❑ Secretion problem
- ❑ Volume overload
- ❑ Cardiac problem, specify _____
- ❑ Air trapping
- ❑ Tracheobronchomalacia
- ❑ Muscle fatigue
- ❑ Delirium
- ❑ Infection
- ❑ Others, specify _____

How many weaning attempts in ICU? ❑ 0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ > 3

Specific plan for weaning at ward

In case of EOL (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ❑ No CPR
- ❑ Limited number of vasopressors
  - ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3
- ❑ Limited dose of vasopressors, specify _____
- ❑ No vasopressor
- ❑ No start new ATB
- ❑ Withhold treatment
- ❑ Withdraw treatment
- ❑ No lab follows up
- ❑ Do not intubate
- ❑ No NIV
- ❑ Others, specify _____

เอกสารแนบที่ 2

แบบประเมินการรับ-ส่งเวร

Patient serial number ☐☐☐

HN. _____ AN. _____

ICU discharge date ___/___/___ (dd/mm/yy) Time ___: ___ (hh : mm)

หน่วยงานส่งเวร ❑ ICU1 ❑ ICU2 ❑ Stepdown

หน่วยงานรับเวร

❑ 17 C ❑ 18 B1 ❑ 18 B2 ❑ 19 B1 ❑ 19 B2 ❑ 26 A ❑ 26 B ❑ 27 A ❑ 27 B

❑ 27 C ❑ 28 C ❑ Others specify: _____

การประเมินจากผู้วิจัย ประเมินทีมแพทย์

ผู้ส่งเวรมีการบรรยายสถานการณ์โดยภาพรวมหรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
ผู้ส่งเวรสามารถส่งเวรเห็นถึงสถานการณ์โดยภาพรวม ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญในการดูแลแต่ละเคสได้		

ประสิทธิภาพของการส่งต่อข้อมูล	ประเมินไม่ได้	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
มีการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน						
มี Plan of management ที่ชัดเจน						
	ประเมินไม่ได้	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
มีการสื่อสารหรือส่งข้อมูลที่ผิดพลาด						
ละเลยข้อมูลที่สำคัญ						

การประเมินจากผู้วิจัย ประเมินทีมพยาบาล

ผู้ส่งเวรมีการบรรยายสถานการณ์โดยภาพรวมหรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
ผู้ส่งเวรสามารถส่งเวรเห็นถึงสถานการณ์โดยภาพรวม ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญในการดูแลแต่ละเคสได้		

ประสิทธิภาพของการส่งต่อข้อมูล	ประเมินไม่ได้	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
มีการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน						
มี Plan of management ที่ชัดเจน						
	ประเมินไม่ได้	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
มีการสื่อสาร หรือส่งข้อมูลที่ผิดพลาด						
ละเลยข้อมูลที่สำคัญ						

ผลลัพธ์ 48 hours after ICU discharge

❑ **Readmission in ICU** ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ **Reintubation** ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ **Cardiac arrest** ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ **Others specify** ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

ผลลัพธ์ 48 hours to 7 days after ICU discharge

❑ Readmission in ICU ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ Reintubation ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ Cardiac arrest ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

❑ Others specify ___/___/___ (dd/mm/yy) **Time** ___: ___ (hh : mm)
Reasons specify _____

ปัญหาที่ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้จากทีม ICU

Issues (Ward)	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
เข้าใจข้อมูลผิดพลาด							
ไม่ได้ทำตามแผนที่วางไว้							
ตั้งใจเปลี่ยนแผนการรักษาจากการประเมินใหม่							
ญาติขอเปลี่ยนแผนการรักษา							
มี new problem, specify_____							

การแก้ปัญหาจากทีมผู้วิจัย

Problem solving (ทีม)	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
ช่วยแก้ข้อมูลที่ผิดพลาด							
ช่วยส่งต่อแผนการรักษาจาก ICU							
ช่วยประสานงานทีม ICU							
notify ทีม chest consultant							
ช่วยประสานทีม Home vent							
ช่วยแก้ปัญหาด้าน respiratory care, specify _____							

Summary data

Day 1

.....

.....

.....

.....

.....

Day 2

.....

.....

.....

.....

.....

Day 7

.....

.....

.....

.....

.....

เอกสารแนบที่ 3

อ้างอิงจากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน ปี 2563

เอกสารที่ใช้ประเมินแพทย์

1. เอกสารบันทึกความก้าวหน้าของคนไข้ (Progress note) : ข้อมูลในการให้การบริการ, ความก้าวหน้าของการรักษา, การย้ายหอผู้ป่วย (transfer)
2. สรุปการจำหน่ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Discharge summary in intensive care unit): ปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤต, แผนการรักษา(Plan)
3. สรุปการจำหน่ายใน (Discharge summary in EMR) สรุปประวัติทั้งหมดของผู้ป่วย: ปัญหา (Problem), แผนการรักษา (Plan management), การส่งปรึกษาระบบเฉพาะทาง (Consult), การประชุมปรึกษาแนวทางการรักษากับครอบครัว (Advanced Care Plan : ACP)

เกณฑ์ประเมินการให้คะแนน

1. ประสิทธิภาพการส่งต่อข้อมูล

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
ยอดเยี่ยม	5	มีข้อมูลทุกอย่างตาม Profile
ดีมาก	4	มี Transfer / discharge summary / discharge summary EMR
ดี	3	มี Transfer / discharge summary ข้อมูล ICU ครบ
ปานกลาง	2	มี Transfer note
แย่	1	มี progress note
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย

2. มี plan of management ชัดเจน

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
ยอดเยี่ยม	5	มีข้อมูลการรักษา+แผนการรักษาเมื่อออกจาก ICU ชัดเจนทุกปัญหารวมถึง consult และเขียนปัญหาที่ resolved แล้วไว้ด้วย
ดีมาก	4	มีข้อมูลการรักษา+สรุปแผนการรักษาไว้เฉพาะปัญหาที่เข้า ICU และปัญหาอื่นที่ Active
ดี	3	มีข้อมูลการรักษา+สรุปแผนการรักษาไว้เฉพาะปัญหาที่เข้า ICU
ปานกลาง	2	มีข้อมูลการรักษาบางเรื่อง+สรุปแผนการรักษาไว้บางปัญหา
แย่	1	มีการเขียนข้อมูลการรักษาแต่ไม่มีแผนการรักษา
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย

3.มีการสื่อสารหรือส่งข้อมูลที่ผิดพลาด

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
มากที่สุด	5	มีข้อมูลผิด เป็นเรื่องที่สำคัญที่อาจทำให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาดได้
มาก	4	มีข้อมูลผิดแต่เป็นเรื่องทั่วไป
ปานกลาง	3	เป็นข้อมูลเก่าที่ไม่ได้ update แล้วส่งออกนอกICU/ข้อมูลหายไปบางส่วนที่ไม่สำคัญมาก
น้อย	2	พิมพ์อักษรผิด เช่น วันที่ เวลา ในบางตำแหน่ง
น้อยที่สุด	1	ไม่มีข้อมูลผิดพลาด
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย **ประเมินไม่ได้ว่าดี/ไม่ดี

4. ละเลยข้อมูลที่สำคัญ

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
มากที่สุด	5	ไม่มีการส่งข้อมูลและแผนการรักษา, ไม่ progress note และไม่มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญในเอกสาร
มาก	4	ไม่มีการส่งข้อมูลการรักษาใน ICU เช่น weaning ผ่านเอกสารสำคัญ
ปานกลาง	3	ไม่ระบุ condition ICU discharge, มีการรักษา, consult แต่ไม่แจ้งผล หรือสรุปผล
น้อย	2	มีการรักษา, consult แต่ไม่แจ้งผล หรือสรุปผล
น้อยที่สุด	1	มีการรักษา ,consult, แผนการรักษาแค่บางเรื่อง
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย **ประเมินไม่ได้ว่าดี/ไม่ดี

เอกสารที่ใช้ประเมินพยาบาล

**แบบฟอร์มการส่งเวรของแต่ละหน่วยงาน

1. ICU1: ฟอร์มใหม่ พัฒนาจาก PI: เขียนเอง และ การพิมพ์เป็นใบย้ายในคอมฯแล้วPrinted ออกมาแนบคู่กับเอกสารฟอร์มเขียน
2. ICU2: ฟอร์มใหม่ พัฒนาจาก PI: เขียนเอง และการพิมพ์เป็นใบย้ายในคอมฯ+เอกสารฟอร์มเขียนรุ่นเก่า
3. Stepdown: เอกสารฟอร์มเขียนรุ่นเก่า

เกณฑ์ประเมินการให้คะแนน

1. **ข้อมูลที่ต้องส่งต่อ**

1.1 สรุปโรคเดิมและประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

1.2 อาการนำและสาเหตุการเข้า ICU

1.3 การรักษาสำคัญ

1.4 แผนการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง

1.5 Nursing care plan, และการดูแลต่อเนื่องของพยาบาล

1.6 สิ่งต้องระวังเป็นพิเศษ เช่น ความเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น ดึงสาย, fall, ทำร้ายร่างกาย, มีการติดเชื้อดื้อยาหรือไม่ เป็นต้น

1.7 ถ้ามี Advanced care plan ต้องสอดคล้องกับของแพทย์ เช่น Full treatment, EOL careมีเอกสารหรือไม่

2.ข้อมูลสำคัญที่ควรมีเมื่อต้องTransfer

2.1 วันที่ย้าย ตึกรับย้าย

2.2 สาเหตุการย้ายและ condition ของผู้ป่วย

2.3 สัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว

2.4 รูปแบบการหายใจ และ setting ventilator

2.5 ยา, สารละลายทางหลอดเลือดที่สำคัญที่อาจมีผลต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.6 การเซ็นชื่อกำกับเอกสาร

3.การประเมินเอกสาร

3.1 เขียนสรุปได้ใจความไม่สั้นจนไม่รู้เรื่อง แต่ไม่เยิ่นเย้อมากมายจนสรุปเนื้อหาสำคัญไม่ได้

3.2 ข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง

3.3 มีข้อมูลสำคัญของการรักษาและการติดตามประเมินชัดเจน

3.4 มีการพยาบาลและ nursing diagnosis สอดคล้องกัน

3.5 มีการส่งข้อมูลทางการพยาบาล มากกว่าการเขียนตาม order ของแพทย์เท่านั้น

3.6 มีการสรุปข้อมูล อาการ ผลการดูแลรักษาและส่งเวรดูแลต่อเนื่องทั้งทางด้านการพยาบาลด้านร่างกายและอุปกรณ์การดูแลรักษา

3.7 สรุปอาการล่าสุดก่อนย้ายจริง ที่ไม่ใช่ข้อมูลที่เขียนไว้ก่อนแต่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

3.8 ข้อมูลไม่ควรหยุดหายไปดื้อๆ

เกณฑ์การให้คะแนนและแบ่งระดับการประเมินการสื่อสารและส่งต่อข้อมูล

1. ประสิทธิภาพการส่งต่อข้อมูล

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
ยอดเยี่ยม	5	มีข้อมูลทุกอย่างตาม Profile 1-3
ดีมาก	4	มี ข้อ1, 3 ครบ
ดี	3	มีข้อ 1 ครบ ข้อ 3 มีมากกว่าครึ่ง
ปานกลาง	2	มีข้อ 1, 3 แค่บางข้อ
แย่	1	มีข้อ 1 และข้อ 3 แต่ไม่สมบูรณ์เลย
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย

2. มี plan of management ชัดเจน

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
ยอดเยี่ยม	5	มีข้อ 1 ครบถ้วนทุกข้อ
ดีมาก	4	มี ข้อ 1.5-1.7 ครบ
ดี	3	มีข้อ 1.5-1.7 บางข้อ แต่ไม่ครบ
ปานกลาง	2	มีการเขียนข้อมูลการรักษาและการดูแลที่สอดคล้องแต่ไม่มีความชัดเจนของการดูแลตามปัญหา
แย่	1	มีการเขียนข้อมูลการรักษาแต่ไม่มีแผนการพยาบาลชัดเจน
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย

3.มีการสื่อสารหรือส่งข้อมูลที่ผิดพลาด

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
มากที่สุด	5	มีข้อมูลผิด เป็นเรื่องที่สำคัญที่อาจทำให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาดได้ เช่น ข้อมูลการ CPR ที่ไม่ตรงกันกับแพทย์
มาก	4	มีข้อมูลผิดแต่เป็นเรื่องทั่วไป
ปานกลาง	3	เป็นข้อมูลเก่าที่ไม่ได้ update แล้วส่งออกนอก ICU/ข้อมูลหายไปบางส่วนที่ไม่สำคัญมาก
น้อย	2	พิมพ์อักษรผิด เช่น วันที่ เวลา ในบางตำแหน่ง
น้อยที่สุด	1	ไม่มีข้อมูลผิดพลาด
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย **ประเมินไม่ได้ว่าดี/ไม่ดี

4. ละเลยข้อมูลที่สำคัญ

ระดับ	คะแนน	รายละเอียด
มากที่สุด	5	ไม่มีการส่งข้อมูลและแผนการพยาบาล, ไม่ progress note และไม่มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญในเอกสาร เช่น การทำ/ไม่ทำการกู้ชีพ
มาก	4	ไม่มีการส่งข้อมูลการดูแลรักษาใน ICU เช่น weaning ลักษณะการหายใจหรืออาการล่าสุด
ปานกลาง	3	ไม่ระบุ condition ICU discharge, ไม่มีผลการดูแลรักษา, ไม่แจ้งผลหรือสรุปผล
น้อย	2	ไม่มีแผนการพยาบาล แต่มีแนวทางการรักษาของแพทย์
น้อยที่สุด	1	มีการรักษาและแผนการพยาบาลแค่บางเรื่อง
ประเมินไม่ได้	0	ไม่มีสรุปข้อมูลใดๆ เลย **ประเมินไม่ได้ว่าดี/ไม่ดี