

แบบประเมินข้อมูลเพื่อวางแผนจำหน่าย

1. ลักษณะพฤติกรรม

☐ ไม่มีปัญหา

☐ ยังปรับเข้ากับแผนการดูแลไม่ได้

☐ รับเข้ามาหลังจำหน่ายภายใน 1 เดือน

☐ มีปัญหาการควบคุมอารมณ์

☐ ดื้อยา/สารเสพติด

☐ พยายามฆ่าตัวตาย

☐ อื่นๆ.....

2. ลักษณะครอบครัวและสภาพสังคม

☐ ไม่มีปัญหา

☐ ไม่มีบัตรประจำตัว

☐ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

☐ ขาดผู้ดูแล

☐ มีปัญหาด้านการเงิน

☐ มีปัญหาครอบครัวเรื่อง.....

☐ อื่นๆ.....

3. สิ่งแวดล้อม

☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย.....

☐ สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ.....

สิ่งที่คาดว่าจะมีปัญหาในการมาตรวจตามนัด

☐ ไม่มี

☐ บ้านไกล

☐ ไม่สะดวก

☐ อื่นๆ.....

สถานบริการสุขภาพที่สะดวกไปใช้บริการ

☐ ไม่ทราบ

☐ คลินิก

☐ สถานีนอามัย.....

☐ โรงพยาบาล.....

4. ปัญหาด้านสุขภาพ

☐ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพหลงเหลือเมื่อจำหน่าย

☐ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

☐ มีประวัติความจำเสื่อม/สับสน

☐ มีปัญหาเรื่องยาเสพติด

☐ มีปัญหาทางจิต/เป็นผู้ป่วยจิตเวช

☐ ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ/สันหลัง ยังมีปัญหาสุขภาพหรือความพิการหลงเหลืออยู่

☐ มีปัญหาโภชนาการ ระบุ.....

☐ เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก/ข้อซึ่งมีภาวะเสี่ยงหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน.....

☐ เป็นผู้ป่วยติดเชื้ ระบุ.....

☐ ได้รับยาหลายประเภท

☐ มีปัญหาการใช้ยา ระบุ.....

☐ มีความพิการ/ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ระบุ.....

☐ มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง.....

☐ เป็นโรค.....

☐ มีภาวะเสี่ยง/อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน.....

☐ เป็นมารดาหลังคลอดมีแผลฝีเย็บ

☐ เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีแผลผ่าตัด

☐ ทารกหลังคลอดสะดือยังไม่หลุด

☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. สรุปปัญหาความต้องการที่ต้องวางแผนจำหน่ายและดูแลอย่างต่อเนื่อง

☐ ไม่มีปัญหาที่ต้องวางแผนจำหน่าย

☐ ต้องมีการวางแผนจำหน่าย

☐ ต้องส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง

☐ ดูแลตนเองได้

☐ ต้องมีผู้ดูแลบางส่วน

☐ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด (ระบุชื่อ/ความเกี่ยวข้อง).....

☐ ต้องช่วยเหลือด้านแหล่งทุน/ด้านการเงิน

☐ ต้องใช้บริการสุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับ.....

☐ ต้องให้คำแนะนำ/ปรึกษา/ฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล ().....

เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

() Medication.....

() Environment.....

() Treatment.....

() Health.....

() Outpatient Referral.....

() Diet.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง.....

