

แบบประเมินการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (IC Round)

VAP ROUND

เพียง																			
หัวข้อ																			
1.ใช้ Weaning Protocol																			
2.ทำความสะอาดมือตาม5moment																			
3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา																			
4.วัด Cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง																			
5.ไม่มีเสมหะในค้ำในท่อช่วยหายใจ																			
6.Feed อาหารโดยใช้การ Drip																			
7.หน้าที่ตักค้ำใน Ventilator circuits																			
8.ใส่ OG tube (กรณีไม่มีข้อห้าม)																			
9.หัวต่อของ Resuscitator bag ให้เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70%																			
10.Ventilator Circuits ไม่มีคราบเปื้อน																			
11.Oral care อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง																			
12.ปรึกษากายภาพบำบัดวันที่ 3 ของการใส่เครื่องช่วยหายใจ (กรณีไม่มีข้อห้าม)																			
13.ปรึกษาอายุรแพทย์วันที่ 7 ของการใส่เครื่องช่วยหายใจ (กรณีมีอาการทางอายุรกรรม)																			

สรุปปัญหา / หมายเหตุประจำวัน

.....  
 .....

หมายเหตุ : ( √ ) หมายถึง ปฏิบัติ , ( X ) หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

หน่วยงาน.....ผู้บันทึก.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมินการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมกาแพร่กระจายเชื้อ (IC Round)

IV Round

เตี้ยง หัวข้อ																								
1.Exit site																								
2.ติด Tranparent D/S																								
3.ระบุนวันที่ครบเปลี่ยนที่บริเวณแทงเข็ม																								
4.ระบุนวันที่ครบเปลี่ยนที่กระเปาะIV ถูกต้อง																								
5.สาย IV ไม่มีเลือดอุดตัน หรือไหลย้อน																								
6.บริเวณให้สารน้ำไม่มีคราบสกปรก																								
7. IV / LOCK																								
8. หมายเหตุอื่นๆ																								

สรุปปัญหา / หมายเหตุประจำวัน

.....

.....

หมายเหตุ : ( √ ) หมายถึง ปฏิบัติ , ( X ) หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

หน่วยงาน.....ผู้บันทึก.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมินการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมกาแพร่กระจายเชื้อ (IC Round)

Foley's catheter Round

หัวข้อ \ เดียง																															
1. ระบุวันที่ ใส่สายสวนที่ Urine bag																															
2. ทำความสะอาดบริเวณใส่สายสวน																															
3. เทน้ำปัสสาวะด้วยภาชนะ 1 ใบ/1 คน																															
4. ปลายถุงไม่ติดพื้น																															
5. สายไม่หักพับงอ																															
6. ตรึงสายติดแน่น																															
7. บริเวณใส่สายสวนไม่มีคราบสกปรก																															
8. หมายเหตุ																															

สรุปปัญหา / หมายเหตุประจำวัน

.....

.....

หมายเหตุ : (√) หมายถึง ปฏิบัติ , (X) หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

หน่วยงาน.....ผู้บันทึก.....วันที่.....เวลา.....

