

แบบประเมินการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

เยี่ยมบ้านโดย รพ.สต.....ครั้งที่.....วันที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....

ผู้ดูแลชื่อ.....เพศ.....อายุ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

เหตุผลในการเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยล่างไตทางหน้าท้องที่บ้านด้วยตนเอง/ญาติ อย่างต่อเนื่องร่วมกับชุมชน แบบองค์รวม ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 6 เดือนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยล่างไต CAPD

รูปแบบการรักษา จำนวนลิตร/วัน.....จำนวนรอบ/วัน..... Total UF.....cc/day

ความเข้มข้น (%) น้ำยา 1.5%.....ถุง/วัน 2.5%.....ถุง/วัน 4.25%.....ถุง/วัน

การประเมินอาการ/อาการแสดงและพฤติกรรมประจำวัน

V/S T=.....c P=...../m R=...../m BP=.....mm/Hg Urine volume.....cc/day Edema 0 Trace 1 2 3 4

☐ รับประทานไข่ขาววันละ.....ฟอง

☐ มี ☐ ไม่มีที่วางฐานรองกล่องน้ำยาล้างไต.....

☐ รู้ ☐ ไม่รู้เรื่องการนึ่งของๆไม่ได้

☐ รู้ ☐ ไม่รู้ เรื่องการเก็บแขนข้างที่ไม่ถนัดไว้เพื่อทำเส้น (ห้ามวัดความดันห้ามเจาะเลือด)

หัวข้อ	มี	ไม่มี
1) วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน		
2) เบื่ออาหาร		
3) ไอ มีเสมหะ		
4) หายใจหอบเหนื่อย		
5) บวมปลายมือ ปลายเท้า หน้า		
6) การมองเห็นชัดเจน		
7) การได้ยินชัดเจน		
8) การจับถ่ายอุจจาระปกติ		
9) ลักษณะของผิวหนัง (แผลเบาหวาน)		
10) มีภาวะซึม		
11) การนอนหลับปกติ		
12) มีความเครียด		
13) การออกกำลังกาย		

หัวข้อที่ประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1)สถานที่สภาพแวดล้อม		
-บริเวณรอบบ้าน		
-พื้นที่ใช้ในการเปลี่ยนน้ำยา สะอาด แห้ง เป็นสัดส่วน (แสงสว่าง)		
- ห้องที่ใช้ในการเก็บน้ำยา		
- อ่างล้างมือ		
- แหล่งน้ำ (ประปา บาตาล น้ำบ่อฝัดดิน)		
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง		
2) อุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยา (โต๊ะเสาดียง สะอาดพร้อมใช้งาน)		
3) การเปลี่ยนน้ำยา/การบันทึกสมุดน้ำยา		
- ความถี่ (รอบ/วัน)		
- ระยะเวลาเปลี่ยนน้ำยาแต่ละรอบ		
- ความเข้มข้น (% น้ำยาที่ใช้		
- (ถ้าไร / ขาดทุน) ที่บันทึกสมุดน้ำยา		
- การกำจัดน้ำยาที่ปล่อยออก		
- การกำจัดถุงน้ำยา		

หัวข้อที่ประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
4) ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา		
- การจัดสิ่งแวดล้อม		
- การทำความสะอาดอุปกรณ์		
- การสวมผ้าปิดปาก /จมูก		
- การล้างมือ		
- การเช็ดโต๊ะ		
- การเตรียมถุงน้ำยา		
- ตรวจสอบถุงน้ำยาก่อนใช้		
- เทคนิคการเปลี่ยนน้ำยา		
5) การทำความสะอาดแผลหน้าท้อง		
- ความถี่และวิธีการเช็ดแผล		
- การติดพลาสติกหรือยีสสายท่อล้างไต		

หัวข้อที่ประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
6) ทดสอบความเข้าใจในการแก้ปัญหาเบื้องต้น		
- น้ำยาขุ่น		
- มีเลือดปนในน้ำยา		
- น้ำยาไม่ไหลเข้า / ไม่ไหลออก		
- ทำสายแตก ตกพื้น หรือสัมผัสสิ่งอื่น		
- การติดต่อกับหน่วยโรคไต		
7) การรับประทานยา		
- การรับประทานยา		
- การเก็บรักษาที่เหมาะสมและดูวันหมดอายุ		
-		
-		
-		

หมายเหตุ

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้รับการตรวจเยี่ยม.....ลงชื่อผู้ตรวจเยี่ยม.....