

การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward) สำหรับ รพ.ระดับ M และ F

ข้อ	Checklist	จำนวน ข้อ	Intermediate bed							
			รพ.วังสมบุญ		รพ.โคกสูง		รพ.ตาพระยา		รพ.วังน้ำเย็น	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	จำนวนและลักษณะเตียง	3	✓ 3		✓ 3		✓		✓ 2	1
2	ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	1		✓ 1	✓ 1		✓			✓ 1
3	บุคลากรชั้นต่ำ	3	✓ 3		✓ 2	1	✓		✓ 3	
4	แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	4	✓ 3	1	✓ 4			✓		✓ 4
5	มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	2	✓ 1	1		✓ 2	✓			✓ 2
6	มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	2	✓ 2		✓ 2		✓			✓ 2
7	ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	3	✓ 2	1	✓ 2	1		✓		✓ 3
8	อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive devices)	4	2	✓ 2		✓ 4	✓			✓ 4
สรุปผลการประเมิน			ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา		ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา		ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา		ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่าน เกณฑ์ข้อ 1-6	

การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC) Intermediate bed

หน่วยงาน	แผนพัฒนา	ผู้ประสานงาน IMC
รพ.วังน้ำเย็น	1. กำหนดเตียงรับบริการ 8 เตียง จัด 2 คนในการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐาน IMC พร้อมอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย	1. นางวันทนา รักษาพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	2. แต่งตั้งคณะทำงานให้เป็นปัจจุบัน จัดทำ Line กลุ่ม ทำ Flow ในการดูแลผู้ป่วย	2. นางนารี คงกระจ่าง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
	3. วางแผนส่งพยาบาลไปเรียนหลักสูตรฟื้นฟู 4 เดือน	
	4. มีระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในชุมชน ตามมาตรฐาน IMC พร้อมทั้งมีการประเมิน BI ผู้ป่วย ทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน	
	5. เติร์ยมยาและเวชภัณฑ์ ให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย IMC	
	6. เติร์ยมอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ตามมาตรฐาน IMC	
	7. มีการวางแผนรับกลับจาก รพ. แม่ข่าย การดูแลในโรงพยาบาล และการส่งต่อกลับไปดูแลต่อในชุมชน	
รพ.วังสมบูรณ์	1. กำลังดำเนินการก่อสร้างเตียงผู้ป่วยในมีห้องน้ำคนพิการ และขอมีบริการผู้ป่วย On Ventilator 2 เตียง	1. นางน้ำค้าง พรหมแสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
	2. ปี2565 ขอพัฒนาบุคลากรในการดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีเครื่อง Ventilator	2. นางสาวลักษ์คณา งามขำ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3. นางสาวพรรณนิภา มาลาสาย พยาบาลวิชาชีพ
รพ.โคกสูง	1. ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร IMC 3-5 วัน	1. นางปณิตา ธรรมจินดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	2. ร่วมพูดคุยกับโรงพยาบาลต่างๆ ถึง OPD Protocol	2. นางจินตนา จักรสิงห์โต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
รพ.ตาพระยา	หัวข้อที่ 4 ปัจจุบันปฏิบัติตามความเหมาะสมของปริมาณงาน จึงอาจมีข้อผิดพลาดจากภาระงาน	1. น.ส.ชนิภรณ์ ศิริโกคานนท์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	หัวข้อที่ 5 ไม่มียาลดเกร็ง แต่มี Enema และอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ	2. น.ส.โสภิญญา เจริญสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

การบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

Checklist สําหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward) สําหรับ รพ.ระดับ M และ F

ข้อ	Checklist	จำนวนข้อ	Intermediate ward			
			รพ.อรัญประเทศ		รพ.วัฒนานคร	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	จำนวนและลักษณะเตียง	3	1	✓ 2	✓ 3	
2	ห้องน้ําในหอผู้ป่วย	1	✓ 1		✓ 1	
3	บุคลากรชั้นต่ำ	4	2	✓ 2	2	✓ 2
4	แนวทางปฏิบัติสําหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	4	✓ 4		✓ 3	1
5	มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อป็นสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	3		✓ 3	✓ 2	1
6	มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อป็นสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	3		✓ 3	✓ 2	1
7	ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	3	✓ 3		✓ 3	
8	อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive devices)	4	2	✓ 2	✓ 3	1
สรุปผลการประเมิน			ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6		ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา	

การบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง (Intermediate care : IMC) Intermediate Ward

หน่วยงาน	แผนพัฒนา	ผู้ประสานงาน IMC
รพ.วัฒนานคร	1. พยาบาลผ่านหลักสูตรฟื้นฟู 4 เดือน หรือเฉพาะทาง Stroke ปัจจุบันมีพยาบาลผ่านการอบรม เฉพาะทาง Stroke หลักสูตร 5 วัน 2 คน และมีแนวทางส่งพยาบาลเรียน การพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน	1. นางสาวณัฐจรรยา บุญทา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 2. นางยุพิน พรหมทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	2. อุปกรณ์การฟื้นฟู อุปกรณ์กายภาพช่วยฟื้นฟู ประยุกต์ใช้วัสดุพื้นบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมมากขึ้น	
	3. ยาลดเกร็ง มียา Depakin(200) SR, Carbamazipine, dilantin(100), phenobab(60), diazepam (ทางรพ.วัฒนานคร ไม่มี ยา Baclofen, tizanidine)	
รพ.อรัญประเทศ	1. เปิด ward IMC ในปี 2565 (อาคารใหม่)	1. นางพัทธ์ธีรา เจนช่าง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2. นางเพียว เกาวะริต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	2. ส่งพยาบาลอบรมฟื้นฟู หลักสูตร 5 วัน 2 คน/ปี หลักสูตรฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน	
	3. ประชุมติดตามงานระบบบริการ ทุกกลางเดือน ต่อคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล	

แบบสำรวจเป้าหมายบริการของหน่วยบริการในหน่วยบริการ จังหวัด สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ระดับรพ.	เตียง ตาม กรอบ	เตียง 65	Active bed ปี 2561	อัตรา ครอง เตียง61	IMC (Palliative,Stoke Rehab)..เตียง												
								On ventilator (1:4)						Non ventilator (1:8)						
								ปี 62			แผนจัดบริการตามศักยภาพ			ปี 62			แผนจัดบริการตามศักยภาพ			
								มีจริง	63	64	65	66	67	มีจริง	63	64	65	66	67	
65	สระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	S	400	450	399.67	98.93													
66	สระแก้ว	โรงพยาบาลคลองหาด	F2	30	30	25.26	84.19								4					
67	สระแก้ว	โรงพยาบาลตาพระยา	F2	30	30	27.98	93.26								4					
68	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	F2	60	90	52.00	87.00				6			4	8					
69	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร	F2	60	100	45.93	76.54							12			22			
70	สระแก้ว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	M1	120	200	118.40	75.90	4		8				4		8				
71	สระแก้ว	โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์	F2	30	60	30.37	100.62				2			2			6			
72	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังสมบูรณ์	F3	10	30	11.05	48.05			2					5					
73	สระแก้ว	โรงพยาบาลโคกสูง	F3	10	30	4.31	43.10								3					
หมายเหตุ (1เตียงต่อพยาบาล....คน)									4	0	10	8	0	0	22	24	8	28	0	0

แบบสำรวจเป้าหมายบริการของหน่วยบริการในหน่วยบริการ จังหวัด สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๐

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ระดับรพ.	เตียง ตาม กรอบ	เตียง 65	Active bed ปี 2561	อัตรา ครอง เตียง61	ICU(1:2)						CCU(1:2)										
								จำนวน...เตียง						จำนวน...เตียง										
								ปี 62			แผนจัดบริการตามศักยภาพ			ปี 62			แผนจัดบริการตามศักยภาพ							
								มีจริง	63	64	65	66	67	มีจริง	63	64	65	66	67					
65	สระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	S	400	450	399.67	98.93	25			49													
66	สระแก้ว	โรงพยาบาลคลองหาด	F2	30	30	25.26	84.19																	
67	สระแก้ว	โรงพยาบาลตาพระยา	F2	30	30	27.98	93.26																	
68	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	F2	60	90	52.00	87.00																	
69	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร	F2	60	100	45.93	76.54																	
70	สระแก้ว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	M1	120	200	118.40	75.90	8			16													
71	สระแก้ว	โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์	F2	30	60	30.37	100.62																	
72	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังสมบูรณ์	F3	10	30	11.05	48.05																	
73	สระแก้ว	โรงพยาบาลโคกสูง	F3	10	30	4.31	43.10																	
หมายเหตุ (1เตียงต่อพยาบาล....คน)								1,020						33	0	0	65	0	0	0	0	0	0	0

แบบสำรวจเป้าหมายบริการของหน่วยบริการในหน่วยบริการ จังหวัด สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๐

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ระดับรพ.	เตียง ตาม กรอบ	เตียง 65	Active bed ปี 2561	อัตรา ครอง เตียง61	Semi ICU														
								On ventilator (1:3)						Non ventilator (1:6)								
								ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ					ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ							
								มีจริง	63	64	65	66	67	มีจริง	63	64	65	66	67			
65	สระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	S	400	450	399.67	98.93	8			32											
66	สระแก้ว	โรงพยาบาลคลองหาด	F2	30	30	25.26	84.19															
67	สระแก้ว	โรงพยาบาลตาพระยา	F2	30	30	27.98	93.26															
68	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	F2	60	90	52.00	87.00															
69	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร	F2	60	100	45.93	76.54															
70	สระแก้ว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	M1	120	200	118.40	75.90			4	8						4	8				
71	สระแก้ว	โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์	F2	30	60	30.37	100.62															
72	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังสมบูรณ	F3	10	30	11.05	48.05															
73	สระแก้ว	โรงพยาบาลโคกสูง	F3	10	30	4.31	43.10															
หมายเหตุ (1เตียงต่อพยาบาล....คน)									8	0	4	40	0	0	0	0	0	4	8	0	0	
					1,020																	

แบบสำรวจเป้าหมายบริการของหน่วยบริการในหน่วยบริการ จังหวัด สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๐

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ระดับรพ.	เตียง ตาม กรอบ	เตียง 65	Active bed ปี 2561	อัตรา ครอง เตียง61	Stoke unit																	
								On ventilator (1:3)						Non ventilator (1:6)											
								ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ					ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ										
								มีจริง	63	64	65	66	67	มีจริง	63	64	65	66	67						
65	สระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	S	400	450	399.67	98.93								7	8									
66	สระแก้ว	โรงพยาบาลคลองหาด	F2	30	30	25.26	84.19																		
67	สระแก้ว	โรงพยาบาลตาพระยา	F2	30	30	27.98	93.26																		
68	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	F2	60	90	52.00	87.00																		
69	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร	F2	60	100	45.93	76.54																		
70	สระแก้ว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	M1	120	200	118.40	75.90			4						4	8								
71	สระแก้ว	โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์	F2	30	60	30.37	100.62																		
72	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังสมบูรณ์	F3	10	30	11.05	48.05																		
73	สระแก้ว	โรงพยาบาลโคกสูง	F3	10	30	4.31	43.10																		
หมายเหตุ (1เตียงต่อพยาบาล....คน)								1,020						0	0	4	0	0	0	7	8	4	8	0	0

แบบสำรวจเป้าหมายบริการของหน่วยบริการในหน่วยบริการ จังหวัด สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑๐

ลำดับ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ระดับรพ.	เตียงตามกรอบ	เตียง 65	Active bed ปี 2561	อัตราครองเตียง 61	BURN unit														
								On ventilator (1:2)						Non ventilator (1:4)								
								ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ					ปี 62	แผนจัดบริการตามศักยภาพ							
								มีจริง	63	64	65	66	67	มีจริง	63	64	65	66	67			
65	สระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	S	400	450	399.67	98.93	1														
66	สระแก้ว	โรงพยาบาลคลองหาด	F2	30	30	25.26	84.19															
67	สระแก้ว	โรงพยาบาลตาพระยา	F2	30	30	27.98	93.26															
68	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	F2	60	90	52.00	87.00															
69	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร	F2	60	100	45.93	76.54															
70	สระแก้ว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	M1	120	200	118.40	75.90				1							1				
71	สระแก้ว	โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์	F2	30	60	30.37	100.62															
72	สระแก้ว	โรงพยาบาลวังสมบูรณ์	F3	10	30	11.05	48.05															
73	สระแก้ว	โรงพยาบาลโคกสูง	F3	10	30	4.31	43.10															
หมายเหตุ (1เตียงต่อพยาบาล....คน)									1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
									1,020													

ภาคผนวก การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward) สำหรับ รพ.ระดับ M และ F
โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

- ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างเดียวหนึ่งตามที่ รพ.ได้ถูกกำหนด โดยใช้เครื่องหมาย

Checklist	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward (ถ้ามี)	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ อย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ยอย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ (GP หรือ Fam med) ○ พยาบาล (ผ่านหลักสูตรพยาบาล ฟันฟูฯ 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ (GP หรือ Fam med หรือ แพทย์ฟันฟู) ○ พยาบาล (ผ่านหลักสูตรฟันฟูฯ 4 เดือน หรือเฉพาะทาง stroke) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting (1/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟันฟูฯ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk) 		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือ ยุตีก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุตีก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือ ยุตีก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุตีก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุตีก่อนหาก BI = 20 		
6. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุตีก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุตีก่อนหาก BI = 20 		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล. 		

Checklist	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward (ถ้ามี)	ผ่าน	ไม่ผ่าน
	<ul style="list-style-type: none"> ○ หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml, red rubber catheter, urine bag 	<ul style="list-style-type: none"> ○ หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml, red rubber catheter, set silicone catheter (reusable), urine bag 		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive devices)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane ○ Wheelchair 		
สรุปการประเมิน IMC bed <input type="checkbox"/> ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ <input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6				

หมายเหตุ และแผนการพัฒนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN.....		
รพ.				
Diagnosis <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		Underlying disease • • •		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกตัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดที่แขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG-oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินผลภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการแปร่งฟัน/ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและใช้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนื้องอกที่เฉพาะสม. <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
<p>ชื่อ.....ตึก.....</p> <p>HN..... AN.....</p> <p>วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้.....</p> <p>Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน)</p> <p>Premorbid status:</p> <p>ADL.....</p> <p>Ambulation.....</p> <p>ผู้ดูแลหลัก.....</p> <p>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....</p> <p>สภาพบ้าน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Progress Note</p> <p>วันที่.....เวลา.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>	<p>เตียง.....สิทธิผู้ป่วย.....</p> <p>วันที่.....เวลา.....</p> <p>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>Admit</p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training.</p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสียม(MMSE) และให้คำแนะนำ</p> <p><input type="checkbox"/> Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p><input type="checkbox"/> Notify แพทย์แผนไทย</p> <p><input type="checkbox"/> Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>	<p>Diet.....</p> <p>Record V/S.....</p> <p>Medication</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Activities for Rehab Program</p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู</p> <p>1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร</p> <p>1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ</p> <p>1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม</p> <p>1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ</p> <p>1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function</p> <p>1.6 Rehab NCM D/C plan</p> <p>2. จัด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ</p> <p>2.1 $BT \geq 38^{\circ} C$</p> <p>2.2 $PR > 100$ or $< 60/min$</p> <p>2.3 $SBP \geq 180$ or < 90, $DBP \geq 110$ or < 60 mmHg</p> <p>2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ชาบวมสงสัย DVT</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>

Team Meeting Report

รพ.

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....ตึก.....
HN..... AN.....

สรุปประเด็น													
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน		<input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน..... <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> วัสดุอุปกรณ์.....											
Problem (√ or ×)						Goal / Plan of management							
<input type="checkbox"/> ADL.....		Level of Assistance				<input type="checkbox"/> Independent		<input type="checkbox"/> Minimal assist		<input type="checkbox"/> Moderate assist		<input type="checkbox"/> Maximal assist	
<input type="checkbox"/> Ambulation.....		<input type="checkbox"/> Walk with.....				<input type="checkbox"/> Bed mobility/ sitting balance		<input type="checkbox"/> Wheelchair		<input type="checkbox"/> Physiologic standing			
<input type="checkbox"/> Swallowing.....		<input type="checkbox"/> NG tube				<input type="checkbox"/> Oral (<input type="checkbox"/> Compensate <input type="checkbox"/> Positioning		<input type="checkbox"/> NG tube + oral		<input type="checkbox"/> Diet modification)			
<input type="checkbox"/> Bowel.....		<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน				<input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ		<input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง					
<input type="checkbox"/> Bladder.....		<input type="checkbox"/> On Foley's cath				<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน		<input type="checkbox"/> CIC (Intermittent cath)		<input type="checkbox"/> Condom		<input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง	
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)													
<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน		<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
<input type="checkbox"/> PT (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> ฝึกต่อแบบ OPD case				<input type="checkbox"/> Home program / สอนญาติ		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน		<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน				<input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC		<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน					
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน					
<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
ครั้งที่	(วัน/ เดือน/ปี) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index											คะแนนรวม
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, -)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)	20	
admit													
D/C													

Activities Protocol (Short Stay)
For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)
 (ปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล)

เวลา	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
8.00 - 9.00	รับผู้ป่วย	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ
9.00 - 10.00					
10.00 - 11.00	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	พยาบาลจิต เวช / นักจิตวิทยา	โภชนากร / เภสัชกร	แพทย์แผน ไทย	การพยาบาล เพื่อวาง แผนการ จำหน่าย
11.00 - 12.00					
12.00 - 13.00	พักกลางวัน				
13.00 - 14.00	กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัด	Team Meeting	กายภาพบำบัด	Home Program กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
14.00 - 15.00					
15.00 - 16.00	กิจกรรมบำบัด	กิจกรรมบำบัด		กิจกรรมบำบัด	

- ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล