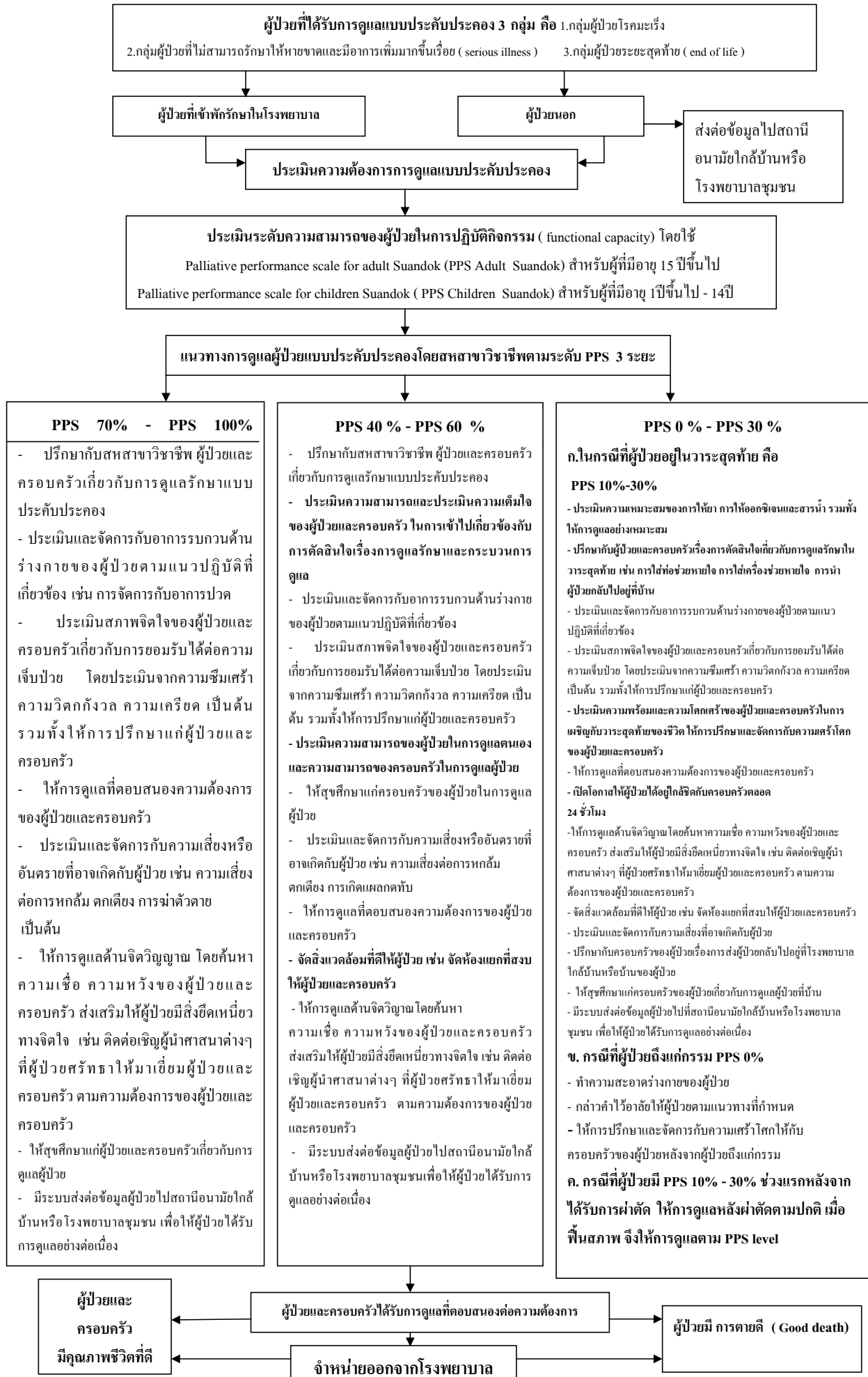


Suandok' s Palliative care model



แบบประเมินระดับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

Palliative Performance Scale for Children Suandok (PPS - Children Suandok)

| ระดับ PPS ร้อยละ | การเคลื่อนไหวตามอายุ | การปฏิบัติกิจกรรมตามอายุ | การดำเนินของโรค** | การทำกิจวัตรประจำวันตามอายุ | การรับประทานอาหารตามอายุ | ระดับความรู้สึกตัว |
|------------------|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 100 | เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ | เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ | ไม่มีอาการของโรค | ทำได้เต็มที่ตามอายุ | ปกติ | รู้สึกตัวดี |
| 90 | เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ | เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ | มีอาการของโรคบางอาการ | ทำได้เต็มที่ตามอายุ | ปกติ | รู้สึกตัวดี |
| 80 | เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ | เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆตามปกติโดยต้องใช้ความพยายามบ้าง | มีอาการของโรคบางอาการ | ทำได้เต็มที่ตามอายุ | ปกติหรือลดลง | รู้สึกตัวดี |
| 70 | เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุแต่ไม่สะดวกบ้าง | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ บางอย่าง | มีอาการของโรคบางอาการ | ทำได้เต็มที่ตามอายุ | ปกติหรือลดลง | รู้สึกตัวดี |
| 60 | เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุแต่ไม่สะดวกบ้าง | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีอาการของโรคอย่างมาก | ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว | ปกติหรือลดลง | รู้สึกตัวดีหรือสับสน |
| 50 | ลดลงอย่างน้อย หนึ่ง ระดับจากเดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีการลุกลามของโรคมีอาการในหลายระบบ | ต้องการความช่วยเหลือมาก | ปกติหรือลดลง | รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน |
| 40 | ลดลงอย่างน้อย สอง ระดับจากเดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีการลุกลามของโรคมีอาการในหลายระบบ | ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ | ปกติหรือลดลง | รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน |
| 30 | อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีการลุกลามของโรคมีอาการในหลายระบบ | ต้องการการดูแลทั้งหมด | ลดลง | รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน |
| 20 | อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีการลุกลามของโรคมีอาการในหลายระบบ | ต้องการการดูแลทั้งหมด | จิบน้ำได้เล็กน้อย | รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน |
| 10 | อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว | ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย | มีการลุกลามของโรคมีอาการในหลายระบบ | ต้องการการดูแลทั้งหมด | ไม่สามารถรับอาหารหรือน้ำได้เลย | ง่วงซึมหรือโคม่า |
| 0 | เสียชีวิต | - | - | - | - | - |

** อาจจัดแบ่งโรคเป็น 4 กลุ่มรายงานร่วมระหว่าง *British organization ACT (Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families)* และ *Royal College of paediatrics and Child health*

กลุ่มที่ 1 มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่อาจไม่ได้ผล (ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งในเด็ก)

กลุ่มที่ 2 การรักษาอย่าง *intensive* และใช้เวลานานอาจยืดระยะเวลาได้ แต่ไม่ทำให้หายขาด อาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ตัวอย่างเช่น *cystic fibrosis* ซึ่งปัจจุบันมีอายุขัยประมาณ 40-50 ปี)

กลุ่มที่ 3 โรคที่มีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการบรรเทาอาการ (ตัวอย่างเช่น โรคทางพันธุกรรมเมตาบอลิซึม)

กลุ่มที่ 4 ภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (*severe neurological impairment, SNI*) การบาดเจ็บต่อระบบประสาทเป็นแบบไม่เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอาการอาจเลวลง (ตัวอย่างเช่น ภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง มีการสำลักอาหารเข้าปอดเกิดขึ้นซ้ำๆ มีอาการชักและไม่สามารถรับอาหาร ทำให้เสียชีวิต)

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

Palliative Performance Scale for Adult Suandok (PPS - Adult Suandok)

| ระดับ PPS ร้อยละ | การเคลื่อนไหว | การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค | การทำกิจวัตร ประจำวัน | การ รับประทานอาหาร | ระดับ ความรู้สึกตัว |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|--------------------------------|--|
| 100 | เคลื่อนไหวปกติ | ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค | ทำได้เอง | ปกติ | รู้สึกตัวดี |
| 90 | เคลื่อนไหวปกติ | ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ | ทำได้เอง | ปกติ | รู้สึกตัวดี |
| 80 | เคลื่อนไหวปกติ | ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติและมีอาการของ โรคบางอาการ | ทำได้เอง | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดี |
| 70 | ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง | ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก | ทำได้เอง | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดี |
| 60 | ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง | ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้และมีอาการของโรค อย่างมาก | ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง / บางเรื่อง | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดีหรือสับสน |
| 50 | นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่ | ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลูกกลมของโรค | ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดีหรือสับสน |
| 40 | นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่ | ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลูกกลมของโรค | ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่ | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน |
| 30 | นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา | ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลูกกลมของโรค | ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด | ปกติ หรือ ลดลง | รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน |
| 20 | นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา | ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลูกกลมของโรค | ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด | จิบน้ำ ได้เล็กน้อย | รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน |
| 10 | นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา | ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลูกกลมของโรค | ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด | รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้ | ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว + / - สับสน |
| 0 | เสียชีวิต | - | - | - | - |

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา

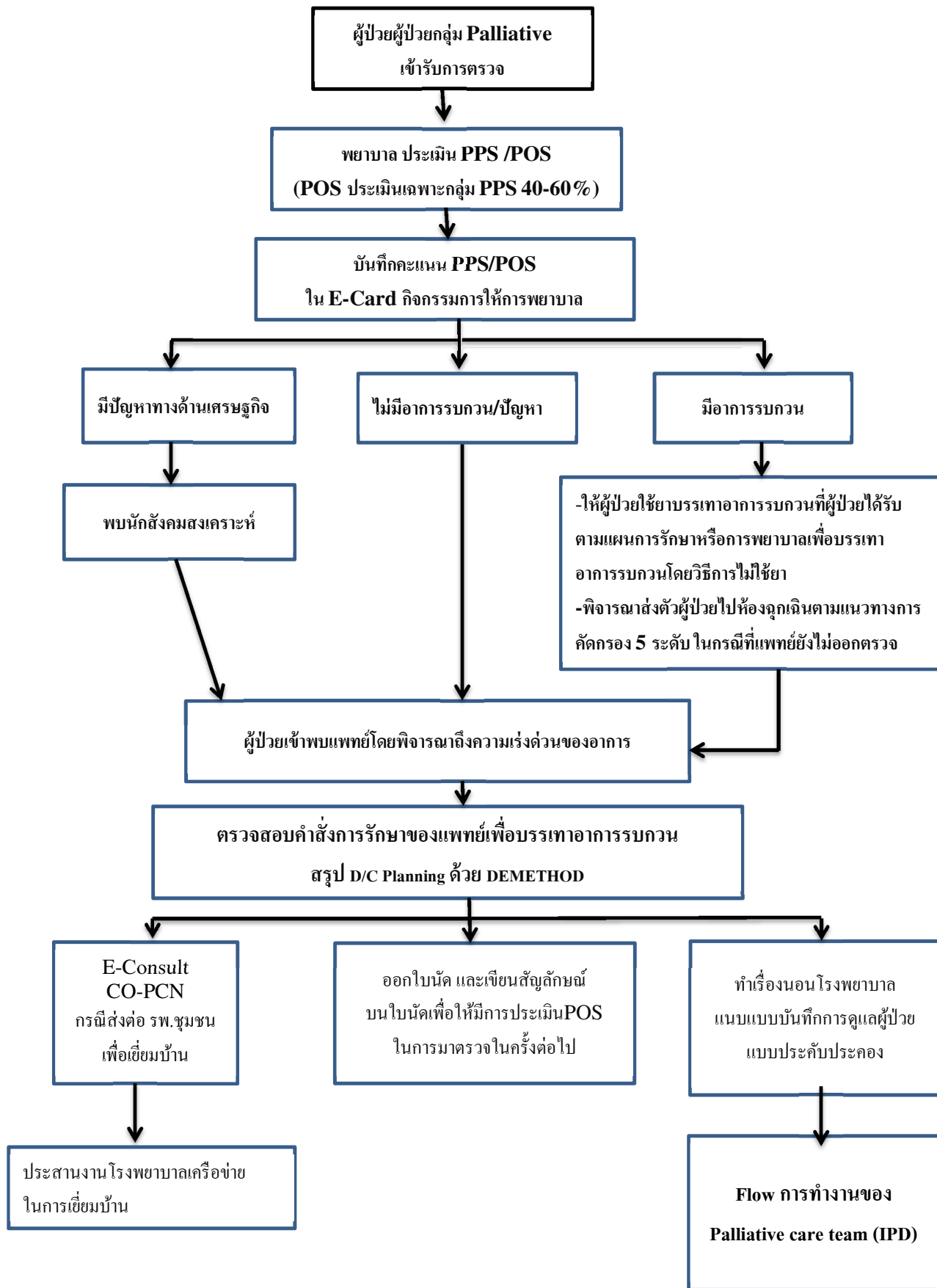
โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

"Copyright Victoria Hospice Society"

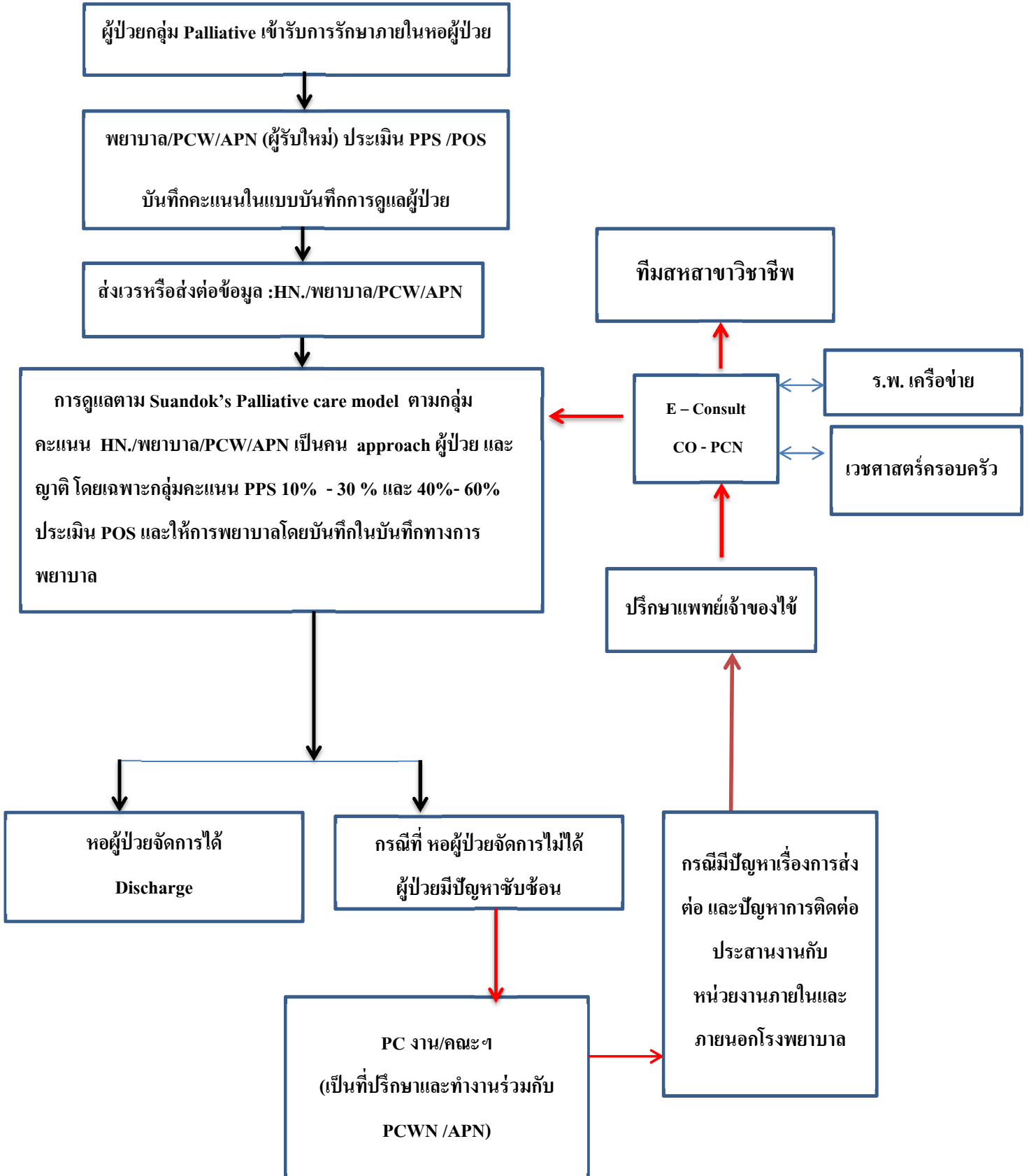
PPS - Adult Suandok ใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (serious illness) 3.กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life)

Flow of Palliative Care OPD Team



Flow of Palliative Care IPD Team



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|----|
| ไม่มีอาการปวด | | | | | | | | | มีอาการปวดรุนแรงที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย | | | | | | | | | มีอาการเหนื่อย/ อ่อนเพลียมากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่มีอาการคลื่นไส้ | | | | | | | | | มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่มีอาการซึมเศร้า | | | | | | | | | มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่วิตกกังวล | | | | | | | | | วิตกกังวลมากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือ | | | | | | | | | มีอาการร่วงซึม/ สะลึมสะลือมากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่เบื่ออาหาร | | | | | | | | | เบื่ออาหารมากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| สบายดีทั้งกายและใจ | | | | | | | | | ไม่สบายกายและใจเลย | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ | | | | | | | | | มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่.....

ชื่อผู้ป่วย..... ทำโดย ผู้ป่วย
 วันที่.....เวลา..... ผู้ดูแลผู้ป่วย
 อื่น ๆ ได้แก่.....

Copyright : Bruera E, MD Version 1991

Thai version 25 August 2008 translated by Darin Jaturapatporn, MD and team drdarinj@yahoo.com

http://thaiip.com/palliative/download/tools/esas_thai.pdf

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ESAS เป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS มีชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน

อาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งวงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ

ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ เลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

เหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำกรประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อย หากผู้ประเมินไม่ได้ใช้แบบประเมิน ESAS ก็อาจจะลืมถามในบางอาการก็เป็นได้ ทำให้ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนและอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ESAS

- ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือทีมที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย
- การประเมินให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน (ในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเองไม่ได้) และให้ ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้ทั้งจากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด หากเป็นไปได้แนะนำให้ทำ Thai MMSE ควบคู่ไปกับ ESAS ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมี Cognitive impairment หรือ Deliriumทุกครั้ง
- หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรงได้แก่ ซึมเศร้ากังวลและภาวะความสบายกายและใจ
- ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และ อาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

- นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก 0-10 แล้ว หากเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลของการประเมินที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดในขณะที่ประเมินเท่ากับ 10 ผู้ประเมินอาจจะถามเพิ่มว่าหลังได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการปวดลดลงหรือไม่และอยู่ในระดับเท่าไร
- การให้คนไข้ที่มี Cognitive impairment ทำการประเมิน ESAS ควรจะถามคำถามง่ายๆเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าปวดขณะที่ประเมินเท่ากับ 10 แต่พอผู้ประเมินถามว่าปวด 10 เป็นปวดมาก ปานกลาง หรือปวดน้อย ผู้ป่วยกลับตอบว่าปวดน้อยก็อาจจะต้องสงสัยว่าscoreที่ได้จากESASน่าเชื่อถือเพียงใด
- ESAS ยังสามารถเอามาใช้ในการตั้งเป้าหมายของการรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวดในขณะนี้เท่ากับ 10 ให้ลองถามผู้ป่วยดูว่าแล้วปวดลดลงมาเหลือเลขอะไรที่ผู้ป่วยคิดว่าอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยพอใจหรือเป็นระดับที่ผู้ป่วยพอจะใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด
- สาเหตุที่ต้องถามคำถามเหล่านี้คือควบคุมเสมอ เพราะการประเมินอาการด้วย ESAS เป็น Subjective จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยที่ให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจจะไม่เท่ากันก็ได้

หลังจากประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา (1-5)

(<http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/FM/doctorpalliative2th>)

แบบบันทึกการประชุมหารือร่วมกับครอบครัว

(Patient/Family Care Conference Record)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... HN.....อายุ.....ปี ชื่อเล่น.....

การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. ผู้นำในการ Conference

3. ทีมสุขภาพผู้ร่วม Conference

3.1.....

3.2.....

3.3.....

3.4.....

3.5.....

3.6.....

4. สมาชิกของครอบครัวที่เข้าร่วมฟังและรับทราบข้อมูล/ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว

4.1 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.2 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.3 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.4 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.5 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

5. วัตถุประสงค์ของการ Conference

5.1.....

5.2.....

5.3.....

5.3.....

6. กระบวนการเริ่มสนทนา

6.1 กำหนดผู้มีสิทธิตัดสินใจ

.....
.....
.....

6.2 การค้นหาความเข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

.....
.....
.....
.....
.....

7. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.1 การรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย/จากคำพูดของผู้ป่วยและครอบครัว

.....
.....
.....
.....
.....

7.2 การพูดคุยเกี่ยวกับคำสั่งการกู้ชีพ

.....
.....
.....

8. การกำหนดแผนการดูแล

8.1 เป้าหมายการดูแล

- 1).....
.....
- 2).....
.....
- 3).....
.....

9. ผลสรุปจากการทำ Family Conference /การติดตามดูแลต่อเนื่อง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก.....

ตำแหน่ง.....



ฉบับถามผู้ป่วย

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลแบบประคับประคอง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หอผู้ป่วย.....งานการพยาบาลผู้ป่วย.....

HN.....การวินิจฉัยโรค.....วัน/เดือน/ปี.....

PPS Suandok level ๐ - ๓๐% ๔๐ - ๖๐% ๗๐ - ๑๐๐%

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคอง

| ข้อ | รายการ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|-----|---|-----------|-----|---------|------|------------|
| ๑ | ท่านได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของท่าน | | | | | |
| ๒ | ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของท่านอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| ๓ | ท่านได้รับความสะดวกเมื่อมารับบริการของโรงพยาบาล | | | | | |
| ๔ | ท่านพึงพอใจต่อการได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ | | | | | |
| ๕ | ท่านได้มีโอกาสเล่าความรู้สึก หรือซักถามกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ | | | | | |
| ๖ | ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ | | | | | |
| ๗ | ท่านมีความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเอง | | | | | |
| ๘ | ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา | | | | | |
| ๙ | ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ | | | | | |

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ฉบับถาวร

แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

ขอผู้ป่วย.....งานการพยาบาลผู้ป่วย.....
HN..... การวินิจฉัยโรค.....วัน/เดือน/ปี.....
PPS Suandok level ๐ - ๓๐% ๔๐ - ๖๐% ๗๐ - ๑๐๐%

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคอง

| ข้อ | รายการ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|-----|--|-----------|-----|---------|------|------------|
| ๑ | ท่านได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของผู้ป่วย | | | | | |
| ๒ | ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| ๓ | ท่านได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย | | | | | |
| ๔ | ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวด หรือไม่ทุกข์ทรมาน | | | | | |
| ๕ | ท่านได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ หรือซักถาม กับแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ | | | | | |
| ๖ | ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ | | | | | |
| ๗ | ท่านมีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| ๘ | ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา | | | | | |
| ๙ | ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา | | | | | |

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย

แบบฉบับประคอง

โปรดทบทวนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการที่ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น อาจได้ช่วยเหลือหรือติดต่อสื่อสารกับครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ว่า ท่านพึงพอใจมากหรือน้อยเพียงใดต่อการดูแลนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓

ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีคำตอบให้เลือก ดังนี้

พึงพอใจมาก/ พึงพอใจ /เฉยๆ /ไม่พึงพอใจ/ ไม่พึงพอใจมาก/ ไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของตน

| ข้อ | ข้อความคำถาม | พึงพอใจ มาก | พึง พอใจ | เฉยๆ | ไม่พึงพอใจ | ไม่พึง พอใจ มาก | ไม่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ ของตน |
|-----|---|----------------|-------------|------|------------|-----------------------|--|
| 1 | ความสุขสบายของผู้ป่วย | | | | | | |
| 2 | วิธีการอธิบายของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยและ ผลดีของการรักษา | | | | | | |
| 3 | ข้อมูลที่ได้รับจากทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มี รายละเอียดของผลข้างเคียงจากการรักษา | | | | | | |
| 4 | วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เคารพ ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย | | | | | | |
| 5 | การได้ปรึกษาหารือหลายครั้งกับทีมดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย | | | | | | |
| 6 | อาการต่างๆของผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่าง รวดเร็ว | | | | | | |
| 7 | ความใส่ใจของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่มีต่อลักษณะอาการต่างๆของผู้ป่วย | | | | | | |
| 8 | วิธีการที่ใช้ตอบสนองความต้องการต่างๆด้านร่างกาย | | | | | | |

| ข้อ | ข้อความคำถาม | พึงพอใจ มาก | พึง พอใจ | เฉย ๆ | ไม่พึงพอใจ | ไม่พึง พอใจ มาก | ไม่เกี่ยวข้อง กับ สถานการณ์ ของฉันทัน |
|-----|---|----------------|-------------|-------|------------|-----------------------|--|
| | ของผู้ป่วยให้เกิดความสุขสบาย | | | | | | |
| 9 | ความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่จะให้คำปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วย | | | | | | |
| 10 | การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | | | | | | |
| 11 | การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาล) | | | | | | |
| 12 | ความใส่ใจของแพทย์ต่ออาการต่างๆของผู้ป่วย | | | | | | |
| 13 | การให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วย | | | | | | |
| 14 | การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วย เช่น อาการปวด ท้องผูก และอื่นๆ | | | | | | |
| 15 | ประสิทธิผลของทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการจัดการบรรเทาอาการต่างๆของผู้ป่วย | | | | | | |
| 16 | การตอบสนองของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป | | | | | | |
| 17 | การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึก ที่ให้ต่อผู้ป่วยโดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | | | | | | |

แบบสอบถาม FAMCARE-2

แปลโดย ลดารัตน์ สากินันท์ และคณะ (2559)

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า(ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์เบอร์ที่ทำงาน

ขณะที่ข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

| | |
|--|-----------------------------------|
| <p><u>ไม่รู้สึกด้อย่างถาวร</u> หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบนั้น</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>มีอาการสับสนอย่างถาวร</u> หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ</u> ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ ยาวๆอย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ บ้วนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย</u> หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเร็วหรือจนกระทั่งมีความรู้สึกว้าชวดอากาศอยู่ตลอดเวลา</p> | <input type="checkbox"/> |

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่าน
ยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

| | |
|--|---|
| <p>๑. การฟื้นฟูการเดินของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กัด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p> |
| <p>๒. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจโต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้</p> | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p> |
| <p>๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือดการให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม</p> | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p> |
| <p>๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำหรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย</p> | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p> |

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น).....
-
-

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล)..... ในฐานะ
บุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบ
วิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด
และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน
สถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....
ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....
ลงชื่อพยาน.....
ลงชื่อพยาน.....
ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแล
รักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง
หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์เบอร์ที่ทำงาน

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู. (I.C.U.)
- การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
-
-
-

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดการบริการ(Withdraw)ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
-
-
-

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

การเยียวยาทางจิตใจ(กรณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช)

.....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล) ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิดและพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหาหรือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ivoว่างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์



แบบส่งต่อเพื่อปรึกษาพยาบาลห้องประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....สิทธิบัตร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อผู้ที่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

หอผู้ป่วย/หน่วย..... โทรศัพท์.....

แพทย์เจ้าของไข้..... โทรศัพท์.....

การวินิจฉัยโรค..... วันที่ Admit..... วันที่จำหน่าย.....

ปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

ลงชื่อ.....

ผู้ส่งต่อ

วันที่.....



แบบส่งต่อเพื่อการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....สิทธิบัตร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อผู้ที่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

หอผู้ป่วย/หน่วย..... โทรศัพท์.....

แพทย์เจ้าของไข้..... โทรศัพท์.....

การวินิจฉัยโรค.....วันที่ Admit.....วันที่จำหน่าย.....

ปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

ลงชื่อ.....

ผู้ส่งต่อ

วันที่.....

ผู้ป่วยและญาติยินดีให้พยาบาลเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยินดี ไม่ยินดี

ลงชื่อ.....

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย)

วันที่.....

