

เอกสารประกอบการสอน
กระบวนวิชา DHOS 424581

เรื่อง การอ่านประวัติผู้ป่วยใน และการเขียนบันทึก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้นักศึกษาสามารถ

- ทราบลักษณะการบริหารจัดการโดยทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยในระบบโรงพยาบาล
- สามารถอ่านและเข้าใจแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
- เขียนบันทึกทางการแพทย์ในแบบฟอร์มเอกสารที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
- อธิบายวิธีปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

อ. ทพ. อุดมรัตน์ เขมาลีลากุล
ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2550

การอ่านประวัติผู้ป่วยใน และการเขียนบันทึก

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่หลังจากจบการศึกษาแล้ว ต้องไปปฏิบัติหน้าที่ในระบบโรงพยาบาลต่างๆ แต่ในระบบการศึกษาสาขาทันตแพทยศาสตร์นักศึกษากลับมีโอกาสหรือประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากปัจจุบันคณะทันตแพทยศาสตร์ส่วนมากได้ถูกแยกส่วนออกจากระบบของโรงพยาบาล ทันตแพทย์จึงอาจไม่คุ้นเคยกับวิธีปฏิบัติที่ใช้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่การรับผู้ป่วยในระบบการเขียนแบบฟอร์มผู้ป่วย ตลอดจนการเขียนคำสั่งการรักษาต่างๆ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันหลายๆ คณะได้พยายามดึงระบบโรงพยาบาลให้กลับมาอยู่ในคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีเพราะทันตแพทย์นั้นก็คือ**แพทย์ช่องปาก** เป็นแพทย์สาขาหนึ่งเช่นเดียวกับแพทย์สาขาอื่นๆ เช่น จักษุแพทย์ แพทย์หู คอ จมูก ฯลฯ ซึ่งต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่บางครั้งจำเป็นต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน หรือให้การรักษาร่วมกับแพทย์สาขาอื่นๆในโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาลจะมีการเก็บเอกสารรายงานผู้ป่วยไว้อย่างมีระบบและระเบียบ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีแบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วยของแต่ละรายไว้ ในบางครั้งทันตแพทย์อาจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admit) จนกว่าอาการจะดีขึ้น หรือปลอดภัยแล้วก็จะส่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge) ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีประวัติอย่างละเอียดซึ่งบันทึกโดยทันตแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ในหอผู้ป่วย (ward) แบ่งได้เป็น

1. แบบฟอร์มที่**ทันตแพทย์หรือแพทย์**เป็นผู้ใช้บันทึก
 - 1.1 Hospital chart or OPD chart
 - 1.2 Doctor's order sheet
 - 1.3 Progress notes
 - 1.4 Operative record
 - 1.5 Consultation sheets
 - 1.6 Discharge summary sheet
 - 1.7 อื่น ๆ เช่น trauma record
2. แบบฟอร์มที่**พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่**ในผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก ทันตแพทย์จะใช้ดูเพื่อประกอบการรักษา
 - 2.1 Graphic or clinical record
 - 2.2 Nurse' notes
 - 2.3 Medication record
 - 2.4 Recovery record
 - 2.5 Laboratory & radiology report sheet

3. แบบฟอร์มที่ทันตแพทย์หรือแพทย์ใช้กับผู้ป่วย
ได้แก่ consent sheets
4. แบบฟอร์มที่วิสัญญีแพทย์หรือพยาบาลวิสัญญีเป็นผู้บันทึก
ได้แก่ anesthesia record

รายละเอียดของแบบฟอร์มต่าง ๆ

ลักษณะของแบบฟอร์มในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีความแตกต่างกันไปบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะมีรายละเอียดของแบบฟอร์มแต่ละชนิดดังนี้

1. Hospital Chart or OPD. Chart

เป็นบัตรที่ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษาดำเนินการ โดยทันตแพทย์จะบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ในแต่ละครั้งที่ได้ทำการตรวจและรักษา เป็นประวัติของผู้ป่วยนั้น ๆ ตลอดไป ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยใน (inpatient) จะเขียนลงไปคร่าวๆ เพื่อ admit (สำหรับคำสั่งการ admit โดยละเอียดจะเขียนลงใน Doctor's Order Sheet ซึ่งจะกล่าวต่อไป) และหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก็สรุปย่อ ๆ ลงในบัตรนี้ด้วย

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขประจำตัวผู้รับ
0189
ชื่อผู้ป่วย _____ สถานที่เกิด _____ อาชีพ _____
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ โทร. _____
สถานที่เกิดเคย _____
สภาพสมรส โสด คู่ แยก หย่า หม้าย _____ เชื้อชาติ _____ เกิดวันที่ _____ อายุ _____ ปี
กรณีฉุกเฉินแจ้ง _____ เกี่ยวข้องกับ นิตา มรรคา ผู้ปกครอง สามี ภริยา ญาติ เพื่อน บุรุษ
ที่อยู่ _____ โทร. _____
โปรแกรมที่ลงบันทึก
อาหารสำหรับผู้ป่วย
ประวัติต่างๆ
การตรวจทางห้องทดลอง
ชีวเคมี จีไอ
การรักษาย่างละเอียด
(กรุณาเขียนทุกครั้ง)
หมายเหตุ
เลขที่ตรวจเอกซเรย์ _____
เลขที่ X-ray _____
ผู้ทำการรักษา _____

2. Doctor's Order Sheet

เป็นส่วนที่ทันตแพทย์หรือแพทย์จะสั่งการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มนี้ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเห็นได้รับทราบ และต้องถือปฏิบัติตามนี้ โดยทันตแพทย์หรือแพทย์ผู้เห็นคำสั่ง เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

นิยมแบ่งคำสั่งออกเป็น 2 ส่วน โดยทำเป็น 2 ช่อง แยกกันในแบบฟอร์ม

ก. Orders for one day เป็นคำสั่งของแต่ละวันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินผลสภาพของ
ผู้ป่วยของทันตแพทย์

ข. Orders for continuation เป็นคำสั่งที่มีผลใช้ได้ตลอดไป จนกระทั่งจะมีคำสั่งบอกเลิก
(off) การเขียนคำสั่งจะเขียนถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ

1. Nursing care การปฏิบัติ และดูแลผู้ป่วย
2. Diet ชนิดอาหารที่ควรจะให้

-
3. Laboratory or investigation การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 4. Medication ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน
 5. Special order คำสั่งพิเศษนอกเหนือจากข้างต้น เช่น ถ้ามีไข้สูงเกิน 104°F ให้ตามทันตแพทย์

คำสั่งการรักษาต่างๆจะประกอบด้วยส่วนใหญ่ ๆ ดังนี้

1. Admission Order
2. Preoperative Order
3. Postoperative Order
4. Discharge Order

รายละเอียดเกี่ยวกับการเขียนคำสั่งแต่ละชนิด จะกล่าวถึงอีกครั้งในตอนท้าย

วิธีการเขียนคำสั่งโดยทั่วไปสำหรับใบ doctor's order sheet

1. ทันตแพทย์จะเขียนคำสั่งทุกครั้ง ต้องเขียนวันที่สั่ง (ในช่อง orders for one day จำเป็นต้องลงเวลาที่เขียนคำสั่งด้วย)
2. คำสั่งต่อไปนี้ส่วนใหญ่จะเขียนลงในช่องต่างๆดังนี้
 - Diet จะบันทึกใน orders for continuation
 - Fluid และ Laboratory investigation อื่น ๆ หรือ x-ray จะบันทึกใน orders for one day และถ้าต้องการเพิ่มจะบันทึกใหม่
 - Nursing care และ special order การบันทึกให้แล้วแต่กรณี โดยทันตแพทย์เห็นว่าควรหยุดใน 24 ชั่วโมง ก็บันทึกใน orders for one day
 - Medication จะบันทึกลงได้ทั้ง 2 ช่อง โดยยาที่เป็นยาเสพติด และยาอันตรายมาก ๆ หรือยาที่ต้องการให้เพียงหนึ่งวัน ให้บันทึกใน order for one day ส่วนยาทั่ว ๆ ไปก็จะบันทึกใน order for continuation
3. การบันทึกในช่อง order for continuation ถ้าจะหยุดวันไหน ก็จะเขียน "off" ด้านข้างของคำสั่งนั้นๆ พร้อมกับลงวันที่ และลงลายเซ็นด้วย
4. เมื่อหมดคำสั่งที่จะเขียนทุกครั้ง ต้องลงลายเซ็นใต้คำสั่งเสมอ
5. เมื่อเขียนคำสั่งใหม่ทุกครั้ง จะต้องทำเครื่องหมายให้เห็นว่ามีการเขียนคำสั่งใหม่ โดยการพับแบบฟอร์มใบนี้ให้ปลายกระดาษยื่นออกมาด้านข้างทุกครั้ง
6. หลังจากผ่าตัดทุกครั้ง ทันตแพทย์จะต้องเขียนคำสั่ง Post-Op order ลงใน doctor's order sheet ซึ่งต้องเขียนรายละเอียดเกี่ยวกับคำสั่งการให้การรักษาผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด เพราะคำสั่งที่เขียนก่อนหน้านั้น

จะถือว่ายกเลิกหมด เช่นเดียวกับการเขียนสั่ง review of treatment ซึ่งหมายถึง การสรุปการรักษาใหม่ ใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ มีคำสั่งมาก ลำบากต่อการตรวจดูคำสั่ง ทันตแพทย์ก็จะเขียนคำนี้ และจะเขียนคำสั่งใหม่หมด

ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แผนกคำสั่งการรักษา

ตึก.....แผนก.....

ชื่อ.....อายุ.....ปี

เลขที่ ร.พ.....

สำหรับพิมพ์ชื่อผู้ป่วย

DATE	ORDERS FOR ONE DAY	DATE	ORDERS FOR CONTINUATION	DATE OFF

4. Operative Reports

เป็นรายงานการผ่าตัด ตามโรงพยาบาลจะมีแบบฟอร์มอยู่แล้ว โดยจะต้องเขียนแบบฟอร์มนี้หลังผ่าตัดเสร็จ และจำเป็นต้องเขียนรายละเอียดการผ่าตัดตั้งแต่ต้น ถ้าพบสิ่งผิดปกติหรือปัญหาแทรกซ้อน และคำนวณเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสีย ก็ควรบันทึกลงไปด้วย

ผู้บันทึกควรเป็นศัลยแพทย์ (Surgeon) ที่เป็นผู้กระทำการเอง แต่ถ้าศัลยแพทย์ไม่ว่างก็ให้ผู้ช่วยศัลยแพทย์คนที่ 1 ที่เป็นทันตแพทย์บันทึก และให้เขียนด้วยว่า (แทน)

รายละเอียดของรายงานการผ่าตัด

- เวลาที่เริ่มผ่าตัด
- การวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัด
- ภาวะผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
- ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดโดยสรุป
- ผลการผ่าตัด
- การวินิจฉัยหลังการผ่าตัด

บันทึกการผ่าตัด		
Date of operation	29 ส.ค. 35	Time 13.25 น. started
Surgeon	กน. ฟ้าแก้ว	First assistant
Second assistant		Surgical nurse กุณรัตน์ ; อรุณรัตน์
Clinical diagnosis	Fx @ angle of mandible	
Post-operative diagnosis	same	
Operation	ORIF C plate	
Anesthesia	GA. E ET E F ₂	Anesthetist อรุณรัตน์

แบบ ร.บ. 2

DESCRIPTION OF OPERATION

IVF : 7% D/NS/2 400 ml, RLS 1000 ml @ drip
 Premed : P₆₃ 2 MU (X)

Patient was placed in supine position. GA. was induced by IV infusion and given via nasotracheal tube. He was prepared and draped in standard sterile manner for both intra-oral and then extra-oral procedures. Arch bars were applied to both upper and lower arches, the occlusion was easily reduced to proper position and IMF E ssw sponge rug. Then the attention was turned to extra-oral approach at the @ angle of mandible. An incision, 8 cms in length, was done at two fingers breadth from @ angle to mandible then blunt dissect layer by layer to the lower border of mandible as Risdon's approach.

Finding : A vertical fracture line distal to # 47 to the lower border of the mandible. The proximal part was displaced upward. A step was formed.

Procedure : Four holes A-O bone plate was contoured and applied to just at inferior border across the fracture line. Drilling 2 holes in each fragments; 1.6 cm 1.0 cm length of screws were seated in proximal segment; and 1.6 cm 2.2 cm. 1cm of screw in distal one. All drilling and reaming process were copious C NSs irrigation. The incision was closed layer by layer C Dexon 4/0, Vicryl 5/0 and Nylon 6/0.

Complication : none. Patient was tolerated GA. well.

EBL : ~ 40 ml

Condition : the patient was transferred to recovery room in stable condition.

Name of Patient	นายสุวิทย์ ภาส	Age	29 ปี	Hospital Number	4681
Department or Service	maxillo.	Ward	ENT ง่าย	Signature	ฟ้าแก้ว

OPERATIVE RECORD SHEET

5. Consultation Sheet

เป็นแบบฟอร์มที่ใช้เพื่อปรึกษากับแพทย์ผู้อื่นในโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลจะไม่มีแบบฟอร์มใบนี้ ก็อาจเขียนลงใน doctor's order sheet ในช่อง orders for one day และให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยตามแพทย์ที่ต้องการปรึกษา

การปรึกษาของทันตแพทย์อาจปรึกษาในเรื่องการตรวจร่างกายผู้ป่วยระบบใดระบบหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติ ผลของห้องปฏิบัติการผิดปกติ เป็นที่ผิดปกติ หรือส่งผู้ป่วยให้แพทย์ผู้อื่นรักษาต่อ

6. Discharge Summary

ทุกโรงพยาบาลจะมีแบบฟอร์มนี้ให้กรอกเสมอ ทันตแพทย์จะต้องบันทึกรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการปลอดภัย และสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ เพื่อเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลต่อไป การบันทึกจะมีรายละเอียดดังนี้

1. การวินิจฉัยขั้นต้น
2. การผ่าตัดที่ได้กระทำ
3. เหตุผลในการเข้ารักษาในโรงพยาบาล
4. ประวัติทางการแพทย์
5. การทบทวนอาการตามอวัยวะ
6. การตรวจร่างกาย
7. การศึกษาจากผลทางห้องปฏิบัติการ
8. ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
9. สภาพของผู้ป่วยในวันจำหน่าย
10. ยาที่ให้ก่อนกลับบ้าน และคำแนะนำผู้ป่วย

Department of Oral Surgery
Faculty of Dentistry
Chiangmai University

ใบสรุปผลการรักษา

VI. 10
HOSPITAL

GENERAL IN-PATIENT
SUMMARY

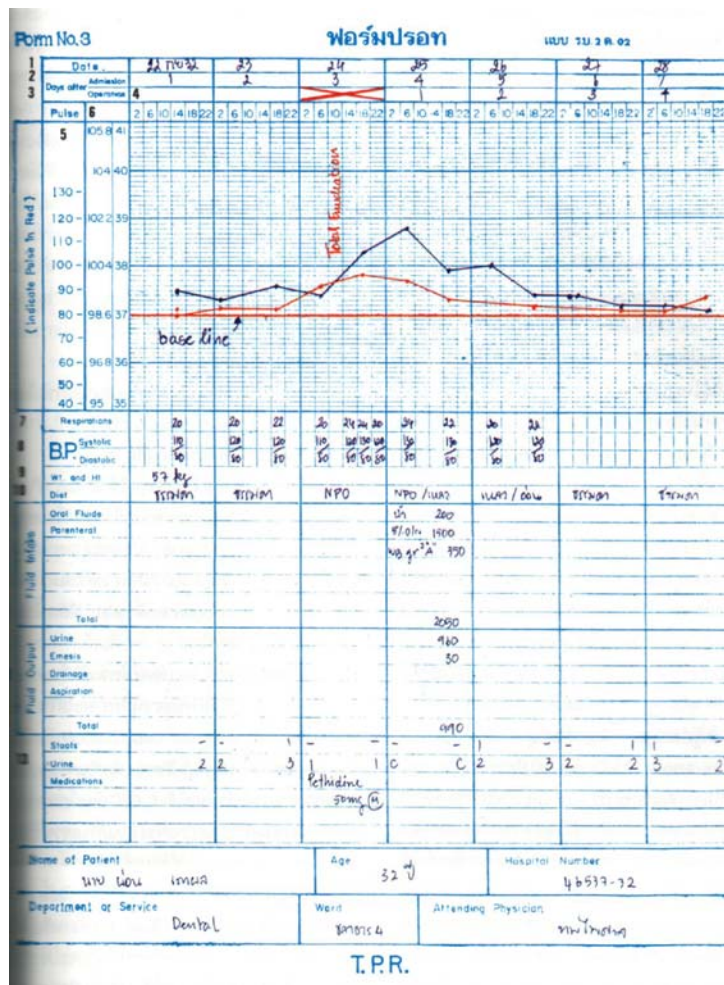
GENERAL

1. ADMISSION NUMBER	2. HOSPITAL NUMBER (11-81)
3. PATIENT'S NAME	4. MARITAL STATUS 1 SINGLE 2 MARRIED 3 SEPARATED 4 DIVORCED 5 WIDOWED 6 PRIEST
6. PATIENT'S ADDRESS NO. SOI STREET TAMBON AMPHUR CHANGWAT (9-12)	7. SEX (131) 1 MALE 2 FEMALE
8. ETHNIC GROUP (14) THAI CHINESE THAI ISLAM CHINESE INDIAN OTHER (SPECIFY)	9. OCCUPATION (15-16)
10. PERSON TO BE NOTIFIED NAME ADDRESS	11. DATE OF BIRTH (17-18) 12. AGE AT ADMISSION (19-18)
13. GRAVIDITY 14. PARITY 15. LIVING CHILDREN 16. SEROLOGY	17. DATE OF ADMISSION (19-21) 18. DATE OF DISCHARGE (22)
17. DEPARTMENT 1. ORAL MED. 4. ORTHOD. 7. P.S.D. 2. ORAL SURG. 5. PERIODON. 8. PROSTHODON.	19. UNIT 20. WARD 21. LENGTH OF STAY (DAYS) 22. HOSPITAL (23-26)
22. DIAGNOSIS (1) PRINCIPAL DISEASE, INJURY OR OTHER CONDITION FOR WHICH PATIENT WAS TREATED (2) UNDERLYING CAUSE OF ABOVE (3) COMPLICATION OR OTHER DISEASE (4) OTHER DIAGNOSES	23. DIAGNOSIS DIAG. 1 MOD. 25 26 27 28 DIAG. 2 29 30 31 32 DIAG. 3 33 34 35 36 DIAG. 4 37 38 39 40 DIAG. 5 41 42 43 44 DIAG. 6 45 46 47 48 DIAG. 7 49 50 51 52
23. OPERATIONS OPERATION 1 OPERATION 2 OTHER DIAGNOSES, OPERATIONS AND REMARKS	24. OPERATIONS OP. 1 53 54 55 56 OP. 2 57 58 59 60 BISCH 61 62 63 64 DEATH 65 66 67 68 A-LIST 69 70 71 72 C-CODE 73 74 75 76 HOSPITAL YR. CARE 77 78 79 80
24. DISCHARGE STATUS (55) 1. COMPLETE RECOVERY 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED	25. TYPE OF DISCHARGE (56) 1. WITH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. BY ESCAPE 4. BY TRANSFER 5. OTHER (SPECIFY)
ATTENDING PHYSICIAN SIGNATURE	BY APPROVE SIGNATURE

7. Graphic or Clinical Record

แบบฟอร์มใบนี้พยาบาลในหอผู้ป่วยจะบันทึกสภาพของ vital signs ต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่ body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate โดยสากลจะวาดกราฟบันทึก temperature เป็นสีน้ำเงิน และ pulse เป็นสีแดง แบบฟอร์มหนึ่งใบจะมีช่องให้บันทึกได้เพียง 7 วัน หรือ 1 อาทิตย์ ดังนั้นนอกจาก vital signs แล้วยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปต่างๆ และ stools, urine

ในการเยี่ยมผู้ป่วย (round ward) ทันตแพทย์มักจะดูแบบฟอร์มใบนี้เป็นใบแรกกว่าสภาพผู้ป่วยเป็นอย่างไรจาก vital signs



8. Nurse's Note

เป็นการบันทึกของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแต่ละเวรต่อเนื่องกัน โดยที่ผู้อ่านบันทึกนี้จะรู้ถึงสภาพผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยตลอด โดยจะดูต่อจาก Graphic Record

ในการบันทึกจะบันทึกถึง vital signs, การให้ยา, การดูแลพยาบาล, การสังเกตการ, การให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเองตามคำสั่งของทันตแพทย์ใน Doctor's Order Sheet

9. Medication Record

เป็นแบบฟอร์มที่พยาบาลจะต้องบันทึกวัน เวลาที่ให้ผู้ป่วยกินยา และเป็นยาชนิดใด ขนาดเท่าไร ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับยาถูกวิธี และชนิดของยาถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้ยังจะทำให้พยาบาลที่รับเวรดูแลผู้ป่วยแต่ละเวรทราบและเข้าใจตรงกันด้วย

10. Recovery Room Record

เป็นการบันทึกสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆสูง การบันทึกจะบันทึก vital signs ทุกชนิด และอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทั้งหมด ตลอดจนเวลาที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้บันทึกทุก 15 นาทีจนผู้ป่วยมีอาการทั่วไปคงที่ (stable) หรือตามคำสั่งใน doctor's order sheet

11. Laboratory & Radiology Report Sheet

เป็นแบบฟอร์มกระดาษสำหรับติดใบรายงานผลจากห้องปฏิบัติการทุกชนิดที่ทันตแพทย์หรือแพทย์สั่งไว้ โดยติดจากด้านล่างขึ้นบน ซึ่งผลทางห้องปฏิบัติการล่าสุดดูได้ง่ายโดยจะอยู่บนสุดเสมอ

12. Consent Sheets

เป็นใบยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยเพื่ออนุญาตให้ทันตแพทย์ผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ดมยา สลบให้ผู้ป่วยเข็นตัวก่อนการผ่าตัดทุกครั้ง

13. Anesthesia Record

เป็นการบันทึกของวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล โดยจะบันทึกถึง vital signs ระหว่างดมยา, ยา หรือ agent ที่ใช้ในการดมยา, fluid ที่ใช้ เช่น saline, เลือด, วิธีการดมยา, เวลาที่ใช้ในการดมยา, ชื่อแพทย์ที่ทำการผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยก่อนดมยา และขณะดมยา

หมายเหตุ : แบบฟอร์มทั้งหมดนี้ เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานที่โรงพยาบาลส่วนมากมี แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ตามแผนกต่าง ๆ อาจมีแบบฟอร์มเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการทำงานและดูแลผู้ป่วย เช่น แบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma record) แบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ฯลฯ

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Admission Procedures)

1. ติดต่อ admission unit หรือถ้าไม่มีให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ ward เพื่อขอจองห้อง หรือจองเตียงวันที่ผู้ป่วยเข้าพัก
2. แจ้งชื่อทันตแพทย์ที่รับผิดชอบ บอกชื่อ อายุ เพศ ของผู้ป่วย บอกการวินิจฉัยโรค
3. เขียนสรุปข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ admit คร่าวๆ ใน OPD chart
4. เขียน admission order ลงใน doctor's order sheet ซึ่งจะถูกส่งต่อถึงพยาบาลที่ ward ผู้ป่วย

การเขียน admission order ประกอบด้วย

1. Admitted ward
2. Service (doctor's responsibility)
3. Diagnosis
4. Condition
5. Allergy
6. Diet
7. Activity
8. Special care
9. Medication
10. Laboratory
11. X-ray

ลำดับที่ 1-9 เขียนทางขวามือ (Order for continuation)

ลำดับที่ 10-11 เขียนทางซ้ายมือ (Order for one day)

ลำดับที่ 1-5 ไม่เชิงเป็น order แต่เป็นข้อมูลที่ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเข้าใจสภาพ และโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อผลประโยชน์ในการให้การดูแล

1. **Admitted Ward** คือชื่อ ward ที่ผู้ป่วยจะไปอยู่ ซึ่งทราบได้จาก admission unit ที่ติดต่อไว้ หรือเป็น ward ที่เป็นข้อตกลงกันระหว่างทันตแพทย์กับทางโรงพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยทางทันตกรรมไปพักได้
2. **Service** หมายถึงผู้ที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ admit เข้าไป
3. **Diagnosis** บอกการวินิจฉัยโรค เพื่อประโยชน์ในการจัดที่พักรักษา เช่น รายที่มีการติดเชื้อจะจัดแยกจากรายที่ไม่มีการติดเชื้อ เป็นต้น
4. **Condition** เป็นการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ปกติจะแบ่งเป็น
 - *Good or satisfactory* ได้แก่ พวกที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว สภาพของโรคที่เป็นไม่รุนแรง
 - *Fair* ได้แก่ พวกที่มีโรคประจำตัว แต่ไม่ serious เช่น เบาหวานที่ได้รับการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้รับการควบคุม หรือผู้ป่วยอายุมาก ๆ

-
- *Serious* ได้แก่ พวกที่มีโรคประจำตัวที่รุนแรงหรือ condition ของโรคในขณะ admit รุนแรงมาก เช่น ผู้ป่วย Ludwig's angina
 - *Critical* ผู้ป่วยรุนแรงมาก และอาจถึงขั้นเสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่ coma
5. **Allergy** ระบุประวัติ การแพ้ยาไว้ เพื่อป้องกันการลืมน
6. **Diet** คำสั่งที่เกี่ยวข้องกับอาหารประกอบด้วย
- *N.P.O. (Nothing Per Oral)* งดอาหารและน้ำ เช่น เตรียมดมยาสลบทั่วไป หรือผู้ป่วยที่ unconscious หรือ รายที่จำเป็นต้องงดอาหารทางปาก เป็นต้น
 - *Liquid Diet* ให้ผู้ป่วยที่เคี้ยวไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ทำ intermaxillary fixation หรือผู้ป่วยที่มี ขากรรไกรหัก เคี้ยวอาหารไม่ได้ เป็นต้น
 - *Soft Diet* ให้ในผู้ป่วยที่พอจะเคี้ยวอาหารได้ และ condition ของโรคไม่รบกวนการบดเคี้ยวมากนัก
 - *Regular Diet* อาหารปกติให้ในผู้ป่วยที่เคี้ยวอาหารได้ตามปกติ
7. **Activity**
- *Strict Bed Rest* ให้พักอยู่กับเตียงอย่างเดียว
 - *Bed Rest or Bed Rest with Bathroom Privileges (BRP)* ให้พักกับเตียงแต่ลุกหรือพุงไปห้องน้ำได้
 - *Ambulatory* ลุกเดินไปมาได้
8. **Special Care** การดูแลรักษาหรือการพยาบาลพิเศษ นอกเหนือจากการพยาบาลทั่วไป เช่น oral hygiene care และเขียนระบุให้ชัด เช่น irrigate ในปากด้วย H₂O₂ ผสม NSS 1 : 2 แล้วตามด้วย NSS วันละ 3 ครั้ง หรือให้บ้วนปากด้วย NSS บ่อย ๆ เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลอย่างอื่น เช่น เปลี่ยน dressing วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น
9. **Medication** ต้องบอกชื่อยา ขนาด และวิธีการให้ รวมทั้งความถี่ที่ให้ด้วย
10. **Laboratory** ตามปกติจะส่งตรวจ สำหรับผู้ป่วยใน ดังต่อไปนี้
- CBC. (Complete Blood Count) ประกอบด้วย Hct, WBC, Platelet count
 - UA (Urine Analysis)
 - EKG. ทำในผู้ป่วยอายุเกิน 50 ปี ทุกรายที่จะดมยาสลบทั่วไป
 - FBS (Fasting Blood Sugar) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน
 - BUN, Creatinine สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไต
- ส่วนผู้ป่วยทั่วไปที่แข็งแรงอาจส่งตรวจเพียง CBC และ UA ก็เพียงพอ

11. X-ray ส่ง x-ray เท้าที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค และส่ง chest x-ray ในกรณีที่ต้องดมยาสลบ
ทั่วไป

การเยี่ยมผู้ป่วย (Round Ward)

1. ควรเยี่ยมให้เร็วที่สุด หลังจากผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลแล้ว
2. การเยี่ยมผู้ป่วยต้องทำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยทำในตอนเช้า สิ่งที่ต้องดู
 - อุณหภูมิ, ชีพจร และความดันเลือดจาก graphic chart
 - รายงานของพยาบาลใน nurse's note
 - ดูแลการตรวจในห้องทดสอบ และ x-ray ใน laboratory record
 - ตรวจผู้ป่วย
3. เขียน progress note บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสภาพผู้ป่วย
4. เขียนสั่งการรักษาเพิ่มเติม หรือยกเลิกคำสั่งการรักษา

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge order)

1. ต้องบอกผู้ป่วยว่าต้องกลับมาเพื่อตรวจอีกเมื่อใด ที่ไหน
2. สรุปรายงานผู้ป่วยในแบบฟอร์ม (discharge summary)
3. เขียนคำสั่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และยาที่จะให้ที่บ้าน (Home Medication) ลงใน doctor's order sheet
4. เขียนรายงานสภาพของผู้ป่วยขณะที่จำหน่ายลงใน Progress Note
5. เขียนสรุปสั้น ๆ ลงใน OPD. Chart

DOCTOR'S ORDER SHEET

DATE/ HOUR	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
25 พ.ค.44 08.00 น.	Lab - CBC -UA -BUN, Cr. -FBS -EKG (> 50 ปี) -X-ray - CXR - OPG ขอประวัติ (กรณีผู้ป่วยเคย admit) Fluid ลงชื่อ.....	25 พ.ค. 44	Admit to..... Diagnosis..... Condition..... Allergy – none known, Penicillin Service – พ.พ..... Diet – NPO. Liquid - Clear - Full Benderized diet Soft diet Regular diet Activity - Bed rest Ambulatory อื่น ๆ - Routine mouth care - Compression - Cold - Warm Medication..... ลงชื่อ.....
25 พ.ค.44 08.00 น.	<u>Pre-Op Order for open reduction with IMF. Under GA.</u> - Set OR. วันที่..... เวลา - NPO. After mid-night - Prep skin area - บ้วนปาก, แปรงฟันให้สะอาดก่อน ไป OR. - Void ก่อนส่ง OR. - Premedication ตามแพทย์ดมยา - เตรียมเลือด..... Units		

DATE/ HOUR	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION	
	<ul style="list-style-type: none"> - N-G tube - Retain foley's catheter - Fluid ลงชื่อ..... 			
<p>27 พ.ค.44 11.00 น.</p>	<p><u>Post-op order for open reduction with IMF.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Record vital signs q 15 min until stable then record as usual - Fluid - Medication <ul style="list-style-type: none"> - Pethidine 50 mg. (M) P.R.N. for severe pain, q 6h. - Plasil 10 mg. (M) P.R.N. for severe N/V q 8h - Nursing care <ul style="list-style-type: none"> - HOB. 30° - Suction secretion ในปากบ่อย ๆ - Observe bleeding ในปาก ถ้ามี active bleeding ให้รายงาน..... - ให้กดผ้า gauze ถึงเวลา..... - ถ้ามี severe N/V ให้ตัดลวดในปากได้ แล้วรายงาน..... <p>ลงชื่อ.....</p>	<p>27 พ.ค.44</p>	<p>(อาหาร) Liquid diet when fully awake (Activity) Early ambulatory medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - P.G.S. 1 mu. (V) q 6h..... - Paracetamal syrup sig. 20 ml. (O) P.R.N. for pain <p>Routine mouth care cold compression</p> <p>ลงชื่อ.....</p>	<p>Off 30 พ.ค. 44 ลงชื่อ...</p> <p>Off 29 พ.ค. 44</p>

DATE/ HOUR	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION	
28 พ.ค.44 08.00 น.	Fluid..... ลงชื่อ.....			
29 พ.ค.44 08.00 น.	Fluid..... ลงชื่อ.....	29 พ.ค.44	Warm compression ลงชื่อ.....	
30 พ.ค.44 08.00 น.	Fluid หมด Off ได้ ลงชื่อ.....	29 พ.ค.44	Pen V. syrup sig 20 ml (O) q 6 h.	
31 พ.ค. 44 08.00 น.	- Discharge <u>วันนี้</u> - นัด follow up ที่แผนกทันตกรรม วันที่ - Home medication 1. Pen V. syrup 6 x 60 cc. Sig. 20 cc. (O) tid, ac & hs 2. Paracet syrup 4 x 60 cc. Sig. 20 cc. (O) P.R.N. for pain ลงชื่อ.....			

เอกสารอ้างอิง

1. เชื้อโชติ หังสสุต, ตำราศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ เยียร์บูคพับลชเชอร์, 2536
2. Doran, B.R.H. Quayle, A.A., The care of patients following oral surgery. Textbook of Sugery or the mouth and jaws. Blackwell Scientific Publication St.Louis 1985: 829-838.
3. Daniel, E.W. Hospital dental practice and operation room protocol. Textbook of practical oral surgery. Philadelphia 1978: 254-296.
4. Scully, C.M. Hospital dental surgeons guide. British Dental Association 1985: 1-31.