

	โรงพยาบาลบ้านค่า หน่วย งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เอกสารเลขที่ WI-NER-011-Re001	หน้า.....1..... ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่..Re001... วันที่เริ่มใช้ ...ปี...1...5... มีค. 2563
เรื่อง การรายงานแพทย์		ผู้ทบทวน : (นายสันติ แவ่องกุล) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ผู้จัดทำ : (นางสาวสันติสุดา พิริยลักษณ์กุล) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		ผู้อนุมัติ : (นายธนกร โภคินกรณ์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ที่มาของเอกสาร <input checked="" type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง (High Risk) <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost) <input checked="" type="checkbox"/> พบบ่อย (High Frequency) <input type="checkbox"/> หลากหลายวิธี(High Variation) <input type="checkbox"/> กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน		
วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดรูปแบบในการรายงานแพทย์ที่มีคุณภาพ สามารถใช้สื่อสารกับทีมแพทย์ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ เป้าหมาย ที่มุ่งเน้นให้แพทย์สามารถรายงานแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสื่อสาร		
ตัวชี้วัด		
๑. ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง ๑๐๐ % ๒. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนไม่น้อยกว่าร้อยละ๘๕		
วิธีปฏิบัติงาน		
๑. แนวทางการรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รูปแบบการรายงานแพทย์ :		
<ul style="list-style-type: none"> - รายงานโดยตรง - รายงานทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ติดตามยังห้องทำงาน หรือบ้านพัก หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่) 		
๒. พยาบาลที่ทำหน้าที่รายงาน ต้องเป็นพยาบาลทั่วหน้าเวร หรือเป็นพยาบาลผู้ประเมินและดูแลผู้ป่วยตัวเอง หรือเป็นพยาบาลผู้ได้รับรายงานส่งเรวจากพยาบาลเวรที่ผ่านมาและได้ประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะรายงาน ก่อนรายงานให้ปฏิบัติตั้งนี้		
๒.๑ ต้องอ่านข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกการรักษาพยาบาลของเวรที่แล้ว		
๒.๒ ต้องได้เห็นและประเมินผู้ป่วยรายนี้ด้วยตนเอง		
๒.๓ ต้องทบทวนว่าได้มีการพูดคุยกับสถานการณ์ของผู้ป่วยที่จะรายงานนี้ กับพยาบาลที่ชานุกว่าหรือทีมพยาบาล		
๒.๔ ต้องทบทวนเวชระเบียนเพื่อพิจารณาว่าควรรายงานแพทย์ท่านใด (โดยปกติจะต้องรายงานแพทย์เวร ยกเว้นกรณีแพทย์นั้นในเวลาการจราจรรายงานแพทย์ที่นั้น)		
๒.๕ เตรียมข้อมูลและเอกสารที่สำคัญได้แก่ เวชระเบียน : ประวัติ CC, PI, PH ประวัติการแพ้ยาผลการตรวจร่างกาย , Vital signs, Neuro signs แรร์รับและล่าสุด รวมทั้งผลLab , EKG , Film, หรือข้อสันนิษฐานว่าเป็นหรือ คล้ายโรคใด การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือกำลังได้รับ		
๓. การรายงานแพทย์โดยใช้ SBAR ของพยาบาลER		
๓.๑ S & B = Situation & Background สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน ข้อมูลภายนอกเกี่ยวกับสถานการณ์		
<ul style="list-style-type: none"> - (ชื่อผู้รายงาน) จาก ER ขอรายงานอาการผู้ป่วย (ระบุชื่อ-สกุล) เพศ อายุ - แรกเข้าที่ ER เวลา..... อาการ..... - ประวัติ : CC..... PI..... PH..... ประวัติการแพ้ยา (ถ้ามี) 		

	โรงพยาบาลบ้านค่า หน่วย งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เอกสารเลขที่ WI-NER-011-Re001	หน้า.....2..... ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่..Re001... วันที่เริ่มใช้ ..15 มีค 2563
<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเม....(ปัญหา/อาการที่เกิดความรุนแรง/ทำให้ต้องรายงาน พร้อมระบุเวลาที่เกิดความรุนแรง) - ผลการตรวจร่างกาย , Vital signs, Neuro signs , Pain score , DTX, O₂ sat, แรกรับ/ล่าสุด - ผลการตรวจอื่นๆ Lab , X-ray , EKG. ล่าสุด และครั้งที่แล้ว (ถ้ามี) - การรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไปแล้วพร้อมผลการรักษาพยาบาล - แผนการรักษาพยาบาลที่จะให้ (ถ้ามี) 		
๓.๒ A= Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล การวินิจฉัย หรือข้อสันนิษฐานว่าเป็นหรือคล้ายโรค ได หรือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะใด		
๓.๓ R= Recommendation ข้อแนะนำหรือความต้องการของพยาบาล เช่นต้องการให้แพทย์มาดูแลผู้ป่วย ทันที หรือวางแผนการรักษา หรือขอให้ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การ Admit การ Refer การอธิบาย แผนการรักษาให้กับผู้ป่วย ญาติ หรือ ผู้ดูแล ๆ ฯ		
๔. การรับคำสั่งจากแพทย์ผู้ทำการรักษา		
๔.๑ กรณีแพทย์ผู้ทำการรักษาอยู่ในห้องฉุกเฉินและมีแฟ้มผู้ป่วยอยู่ ห้ามมิให้ใช้คำสั่งทางว่าจ่า ให้บันทึกเป็นลาย ลักษณ์อักษรถ่ายทอดคำสั่งลงในแฟ้มก่อนเพื่อให้ทีมพยาบาลอ่านทราบกลับคำสั่งและตรวจสอบได้ ก่อนทำการ รักษาพยาบาล		
๔.๒ อนุญาตให้ใช้คำสั่งทางว่าจ่าได้ในการสั่งยาในสถานการณ์ซึ่งยากหรือเร่งด่วนและเป็นไปไม่ได้ที่จะทำการ ถ่ายทอดคำสั่งด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรหรือลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้นอย่าง เช่น ระหว่างทำ หัดการที่ปลอดเชื้อ อยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน		
๔.๓ ให้หัวหน้าทีมพยาบาลผู้รับคำสั่งจดบันทึกลงในแฟ้มผู้ป่วย อ่านทราบกลับคำสั่งหรือผลการตรวจทดสอบ และ ให้ แพทย์ผู้สั่งยืนยันว่า สิ่งที่จดบันทึกลงไปและอ่านทราบกลับนั้นถูกต้องก่อนที่จะทำการรักษา และบันทึก ข้อมูลในคอมพิวเตอร์		
๔.๔ กรณีแพทย์ไม่อยู่ประจำห้อง เมื่อรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทวนคำสั่งแพทย์ให้ทีมพยาบาลได้ยินพร้อมกันและจด บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรลงในกระเบียงหรือใบติด ระบุว่า “รายงานแพทย์.....ทางโทรศัพท์ (หรือใช้ By phone เวลา.....น. ลงชื่อและเวลาของผู้รับคำสั่ง ”		