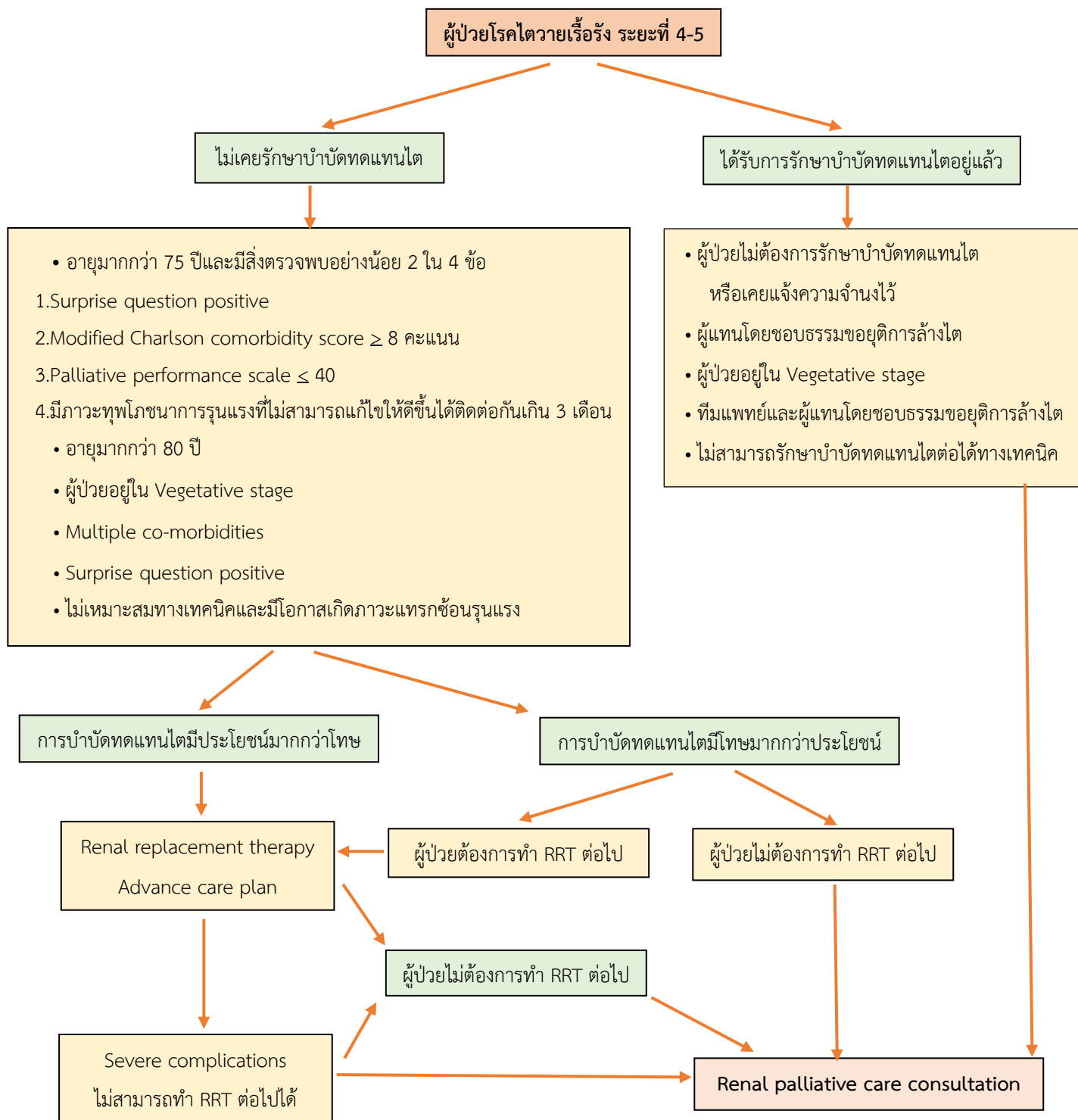




แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลตามกระบวนการวิกฤตบริหารแบบอนุรักษ์นิยม





แบบขอรับคำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเข้ารับการดูแลแบบออร์แกนนิซึม
(วิถีกบิรบัลแบบออร์แกนนิซึม อภัยภูเบศรเวชการุณย์)

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....สิทธิการรักษา.....
ที่อยู่.....โทร.....
สาเหตุการเกิดภาวะไตวาย.....วินิจฉัยเมื่อ(เดือน/ปี).....
โรคร่วม.....
วันที่ประเมิน.....GFR.....CCI.....KPS.....PPS.....

- ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต
 ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตอยู่แล้ว

• สาเหตุในการขอคำปรึกษา

- ผู้ป่วยมีสภาพที่ไม่เหมาะสมในการรักษาบำบัดทดแทนไต
 ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต
 ผู้ป่วยหรือญาติมีปัญหาในการตัดสินใจในการรักษา
 อื่น ๆ ระบุ.....

• วัตถุประสงค์ในการปรึกษา

- วางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan)
การเตรียมตัวระยะสุดท้าย การวางแผนเป้าหมาย และ Advance Directives
 การควบคุมจัดการ อาการไม่สุขสบาย การควบคุมอาการช่วงก่อนเสียชีวิต
 การดูแลต่อเนื่องร่วมกันและการส่งต่อเครือข่าย
 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเรื่องการถอดถอดการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือเครื่องฟอกซีฟอื่น ๆ
 อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....(ผู้ขอคำปรึกษา)

(.....)



แบบประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเข้ารับการดูแลแบบออร์แกนนิซึม
(วิภกบริหารบาลแบบออร์แกนนิซึม อภยภวเบศรเวชการุณย์)

เกณฑ์การคัดกรองเพื่อรับการดูแลแบบออร์แกนนิซึม

● ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต

อายุมากกว่า 75 ปีและมีสิ่งตรวจพบอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ

Surprise question positive

Modified Charlson comorbidity score > 8 คะแนน

Palliative performance scale < 40

มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ติดต่อกันเกิน 3 เดือน

อายุมากกว่า 80 ปี

ผู้ป่วยอยู่ใน Vegetative stage

Multiple co-morbidities

Surprise question positive

ไม่เหมาะสมทางเทคนิคและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

● ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตอยู่แล้ว

ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาบำบัดทดแทนไต หรือเคยแจ้งความจำนงไว้

ผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการล้างไต

ผู้ป่วยอยู่ใน Vegetative stage

ทีมแพทย์และผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการล้างไต

ไม่สามารถรักษาบำบัดทดแทนไตต่อได้ทางเทคนิค



แบบบันทึกการวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อภัยภูเบศรเวชการุณย์

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....สิทธิการรักษา.....
ที่อยู่.....โทร.....
สาเหตุการเกิดภาวะไตวาย.....วินิจฉัยเมื่อ(เดือน/ปี).....
วันที่ประเมิน.....GFR.....CCI.....KPS.....PPS.....

• การให้ข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ได้รับมาก่อนหน้านี้.....

ข้อมูลที่ได้รับทราบมาก่อน

ยังไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ

ยังไม่ทราบว่าป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย

ทราบว่าเป็นโรคไตระยะสุดท้าย

ทราบว่าต้องทำการรักษาทดแทนไตโดย

การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

อื่น ๆ ระบุ.....

• การรักษา

การพิจารณาการรักษา (กาเครื่องหมาย / ตามความเป็นจริง)

การรักษา	การบำบัด ทดแทนไต	การรักษาแบบ อนุรักษ์นิยม	ยังไม่ ตัดสินใจ	วัน/เดือน/ปี	หมายเหตุ
แพทย์อายุรกรรมโรคไต					
ทีมดูแลแบบประคับประคอง					
ผู้ป่วย					
ญาติหรือผู้ดูแล					

สรุปการรักษาที่ตัดสินใจในขั้นสุดท้าย

การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง อนุรักษ์นิยม ยังไม่ตัดสินใจ อื่น ๆ ระบุ.....

เหตุผล.....

การรักษาที่ได้รับก่อนการวางแผน

การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง อนุรักษ์นิยม ยังไม่ได้รับการรักษา อื่น ๆ ระบุ.....

ต้องการเปลี่ยนแผนการรักษาหรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการเปลี่ยนการรักษาเป็น (ระบุ).....

เหตุผล.....

การประเมินครั้งที่.....วันที่.....วิธีการรักษา.....ผู้ประเมิน.....

การประเมินครั้งที่.....วันที่.....วิธีการรักษา.....ผู้ประเมิน.....

ลงชื่อ.....(ผู้ให้คำปรึกษา) วัน/เดือน/ปี.....

