

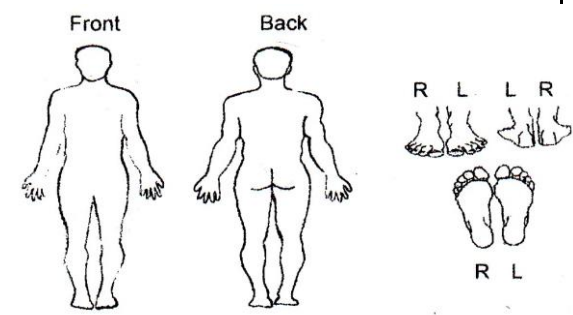
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของปราเดน (ประเมินเมื่อแรกรับ และทุกเวรเช้าหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง)

ว.ด.ป.	คะแนน						
1. การรับความรู้สึก							
- ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	1						
- ตอบสนองต่อความเจ็บปวดแต่ไม่เป็นคำพูด หรือสูญเสียความรู้สึกปวดประมาณครึ่งหนึ่งของร่างกาย	2						
- ตอบสนองต่อคำสั่งแต่บอกถึงความไม่สบายได้ไม่ทุกครั้ง หรือสูญเสียความรู้สึกปวดที่แขนหรือขา 1 - 2 ข้าง	3						
- ตอบสนองต่อคำสั่งและรับความรู้สึกเจ็บปวดได้อย่างปกติ	4						
2. ความชุ่มชื้นของผิวหนัง							
- เปียกชื้นตลอดเวลา	1						
- เปียกชื้นบ่อย ต้องเปลี่ยนผ้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	2						
- เปียกชื้นเป็นบางครั้ง ต้องเปลี่ยนผ้าเพิ่มขึ้น วันละ 1 ครั้ง	3						
- ไม่เปียกชื้น เปลี่ยนผ้าตามปกติ	4						
3. กิจกรรม							
- อยู่บนเตียงตลอดเวลา	1						
- ยืนหรือเดินไม่ได้ ต้องช่วยถ้าจะนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น	2						
- เดินได้ระยะสั้น อาจต้องช่วยพยุง แต่ส่วนใหญ่อยู่บนเตียง	3						
- เดินได้เองอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ของช่วงเวลาที่ไม่ได้นอนหลับ	4						
4. การเปลี่ยนท่าทาง							
- เปลี่ยนท่าทางเองไม่ได้เลย	1						
- เปลี่ยนท่าทางได้เองเล็กน้อย ส่วนใหญ่ต้องมีคนช่วย	2						
- เปลี่ยนท่าทางได้เองโดยการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย	3						
- เปลี่ยนท่าทางได้เองอย่างอิสระโดยไม่ต้องมีคนช่วย	4						
5. ภาวะโภชนาการ							
- NPO หรือได้รับอาหารเหลวหรือได้เฉพาะ IV Fluid เป็นเวลา > 5 วัน	1						
หรือกินอาหารได้ < 1/3 ของอาหารที่ควรได้รับตามปกติ และได้รับโปรตีน < 2 ส่วน/วัน							
- ได้รับอาหารทางสายยางหรือกินอาหารเหลวไม่หมด	2						
หรือกินอาหารได้ 1/2 ของอาหารที่ควรได้รับตามปกติ และได้รับโปรตีนเพียง 3 ส่วน/วัน							
- ได้รับอาหารทางสายยางหรืออาหารทางหลอดเลือดดำได้หมด	3						
หรือกินอาหารได้ > 1/2 ของอาหารที่ควรได้รับตามปกติ และได้รับโปรตีน 4 ส่วน/วัน							
- กินอาหารได้หมดทุกมื้อ และได้รับโปรตีนอย่างน้อย 4 ส่วน/วัน	4						
6. แรงเสียดสีและแรงเฉือน							
- เลื่อนไหลบนเตียงหรือเก้าอี้เกือบตลอดเวลา ต้องใช้คนเคลื่อนย้ายจำนวนปานกลางถึงมาก	1						
หรือเกร็งหรือสั่นจนทำให้เสียดสีเกือบตลอดเวลา							
- สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้อย่างอิสระหรือใช้คนช่วยเล็กน้อย อาจเลื่อนไหลเป็นบางครั้ง	2						
ระหว่างเคลื่อนย้ายผิวหนังอาจดูไวกับผ้าปูที่นอน สิ่งผูกมัดหรืออุปกรณ์ต่างๆ							
- ขยับเคลื่อนย้ายตัวเองบนเตียง, เก้าอี้ได้ตามลำพังโดยไม่เสียดสี	3						
คะแนนรวม	23						
ผู้ประเมิน							

2. แบบเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ (บันทึกเมื่อเกิดแผลและทุก 1 สัปดาห์)

ว.ด.ป.	ตำแหน่ง	ระดับ	ขนาด (cm.)		ผู้บันทึก	ว.ด.ป. ที่หาย
			head-toe	side -side		



3. สรุปผลการดูแลเมื่อจำหน่าย

จำหน่ายออกจาก รพ. วันที่..... การเกิดแผลกดทับ ไม่เกิดแผล เกิดแผล
 การหาย หาย ไม่หาย

แบบประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ

Name	Age	ปี	HN.	AN.
Ward	เตียง		เตียง	แผนกที่