

แบบฟอร์มบันทึกการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รหัสเอกสาร F-ET-003/R:00 ประกาศใช้ 11/05/63

วันที่ทำการ ECT..... ชนิดการดมยาสลบ GA TIVA c⁻ MAC ชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้า MECT Un MECT ครั้งที่...../.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เพศทางเลือก HN.....AN..... การวินิจฉัยโรค.....

ของผู้ป่วย.....เตียง.....โรคประจำตัวทางกาย.....ปัญหา/การเฝ้าระวังที่สำคัญ.....BW.....Kg ส่วนสูง.....cm. BMI.....

เครื่องที่ใช้ <input type="checkbox"/> Thymatron <input type="checkbox"/> Spectrum Parameter Setting Charge.....MC Impedance..... Energy..... J Static Imp.....Ohms Dynamic Imp.....Ohms Pulse width.....MS Frequency.....Hz Duration.....Sec Current.....MA	Vital Signs																		
	ช่วงเวลาที่บ้านทีก		ครั้งที่ Charge.....MC Impe.....					ครั้งที่ .....Charge.....MC Impe.....					ครั้งที่ .....Charge.....MC Impe.....						
	เริ่ม case เวลา.....น.		BP	PR	RR	T	O ₂	BP	PR	RR	O ₂	BP	PR	RR	O ₂	BP	PR	RR	O ₂
	ก่อนดมยา																		
	ก่อนชัก																		
	ทันทีที่หยุดชัก																		
	หลังชัก 5 นาที																		
	หลังชัก 10 นาที																		
	หลังชัก 15 นาที																		
	หลังชัก 20 นาที																		
ระยะชัก	Motor.....sec EEG.....sec					Motor.....sec EEG.....sec					Motor.....sec EEG.....sec								
ระดับการชัก	ระดับ 1 - 2 - 3 - 4					ระดับ 1 - 2 - 3 - 4					ระดับ 1 - 2 - 3 - 4								

ยาที่ใช้ก่อนECT			บันทึกสัญญาณชีพห้องพักฟื้น (Recovery Room)					PAR score							
ชื่อยา	ขนาด	รวม	เวลา	ปัญหา/Remark	ผู้บันทึก	เวลา.....น	เวลา.....น	เวลา.....น	เวลา.....น	เวลา.....น	0	15	30	45	60
-Profol	..... mg	.....				ทันที	15 นาที	30 นาที	45 นาที	60 นาที	สีผิวO ₂ sat				
-Thio	..... mg	.....				PR.....	PR.....	PR.....	PR.....	PR.....	ความรู้สึก				
-Succinyl	..... mg	.....				RR.....	RR.....	RR.....	RR.....	RR.....	ระบบไหลเวียน				
.....	..... mg	.....				BP...../.....	BP...../.....	BP...../.....	BP...../.....	BP...../.....	ระบบหายใจ				
ยาล้างECT			การวางแผนครั้งต่อไป												
.....	.....	.....	.....	.....	.....	T.....C	T.....C	T.....C	T.....C	T.....C	การเคลื่อนไหว				
.....	.....	.....	.....	.....	.....	O ₂ Sat.....%	O_{2} Sat.....%	O_{2} Sat.....%	O_{2} Sat.....%	O_{2} Sat.....%	รวม				

อาการข้างเคียง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> งง สับสน <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดหลัง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....		ปัญหาที่พบ/ภาวะแทรกซ้อน และการจัดการ <input type="checkbox"/> Missed seizure..... <input type="checkbox"/> Secretion <input type="checkbox"/> Inadequate seizure <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Prolong seizure <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Memory impairment <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> Other		บันทึกการเฝ้าหลังรักษา อาการทางจิต..... <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> งง สับสน <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ..... <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน..... <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดหลัง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... V/S เวลา.....น T.....°C P...../min R...../min BP...../.....mmHg BPRS.....คะแนน	
--	--	---	--	---	--

จิตแพทย์..... พยาบาลวิสัญญี..... พยาบาลจิตเวช..... ลงชื่อผู้เขียน.....RN/AN

