

แบบฟอร์มประเมินการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า

รายการ	ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3	ครั้งที่4	ครั้งที่5	ครั้งที่6	ครั้งที่7	ครั้งที่8
1 ตรวจสอบความถูกต้องและความพร้อม								
- คำสั่งการรักษา								
- ใบยินยอมให้รักษา								
- งดน้ำงดอาหาร								
- ร่างกาย								
- ความพึงพอใจต่อการให้บริการ								
2 ระหว่างทำหัตถการ								
- กระแสไฟฟ้า								
- ระยะเวลาชัก								
- หยุดหายใจยาวนาน(ใช้เครื่องช่วยหายใจ)								
- ชากรรไกรค้าง กระตุกหัก/ร้าว/เคลื่อน								
- แผลในช่องปาก กัดลิ้น/ริมฝีปาก								
- ฟันหัก/โยกคลอน								
3 ระหว่างพักฟื้น(ศูนย์ ECT.)								
สัญญาณชีพ(หลังทำ)								
- ชีพจร (P.)								
- หายใจ (R.)								
- ความดันโลหิต (BP.)								
ระดับการรู้สึกรู้ตัว/อาการ								
- เรียกรับรู้								
- คลื่นไส้/อาเจียน								
- ปวดศีรษะ								
- การเดิน การทรงตัว								
ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย								
- ภาวะแทรกซ้อนทางกาย								
ส่งผู้ป่วยกลับพร้อมจนท.ตึก								
- นั่งรถเข็นกลับเวลา								
- แพทย์ผู้ทำหัตถการ								
- พยาบาลศูนย์ ECT								

ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	ตึก	H.N.
แพทย์เจ้าของไข้				A.N.