



## แบบฟอร์มประเมินการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า

รายการ	ครั้งที่	ว.ค.ป.							
	ว.ค.ป.								
<b>1. ตรวจสอบความถูกต้องและความพร้อม</b>									
- คำสั่งการรักษา									
- ใบยินยอมให้รักษา									
- งดน้ำงดอาหาร									
- ร่างกาย									
- ความพึงพอใจต่อการให้บริการ									
<b>2. ระหว่างทำหัตถการ</b>									
- กระแสไฟฟ้า									
- ระยะเวลาชัก									
- หยุดหายใจยาวนาน(ใช้เครื่องช่วยหายใจ)									
- ชากรรไกรค้ำง กระตุกหัก/ร้าว/เคลื่อน									
- แผลในช่องปาก กัดลิ้น/ริมฝีปาก									
- ฟันหัก/โยกคลอน									
<b>3. ระหว่างพักฟื้น (ศูนย์ ECT.)</b>									
<b>สัญญาณชีพ(หลังทำ)</b>									
- ชีพจร (P.)									
- หายใจ (R)									
- ความดันโลหิต (BP)									
<b>4. ระดับการรู้สึกตัว/อาการ</b>									
- เรียกรับรู้									
- คลื่นไส้/อาเจียน									
- ปวดศีรษะ									
- การเดิน การทรงตัว									
<b>ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย</b>									
- ภาวะแทรกซ้อนทางกาย									
<b>5. ส่งผู้ป่วยกลับพร้อมจนท.ตึก</b>									
- นั่งรถเข็นกลับเวลา									
- แพทย์ผู้ทำหัตถการ									
- พยาบาลศูนย์ ECT									

ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	ตึก				HN
แพทย์เจ้าของไข้							AN