



แบบบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ECT safety checklist โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ระยะการรักษาด้วยไฟฟ้า	ครั้งที่..... วันที่.....	ครั้งที่..... วันที่.....	ครั้งที่..... วันที่.....	ครั้งที่..... วันที่.....	ครั้งที่..... วันที่.....	ครั้งที่..... วันที่.....
<b>1. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in)</b> (จิตแพทย์/พยาบาลวิสัญญี)						
1.1 ผู้ป่วยถูกคน (ภาพถ่าย/เวชระเบียน/ตัวผู้ป่วย)						
1.2 ชนิดการรักษา (Unmodified ECT/MECT)						
1.3 ใบยินยอมในการรักษา						
1.4 เครื่องมืออุปกรณ์วิสัญญี/ยา/ยาemergency						
1.5 เครื่องวัดสัญญาณชีพ/เครื่อง ECT/suction						
1.6 ประวัติแพ้ยา/สารอื่น (ไม่มี/มี.....)						
1.7 ประวัติใส่ท่อช่วยหายใจยาก (ไม่มี / มี) ถ้ามีระบุ.....						
1.8 ปริมาณการใส่ไฟ	Mc.	Mc.	Mc.	Mc.	Mc.	Mc.
<b>2. ก่อนให้การรักษา (time out)</b> (จิตแพทย์/พยาบาลวิสัญญี)						
2.1 จิตแพทย์/พยาบาลวิสัญญีแนะนำ ตนเองและหน้าที่						
2.2 ยืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยถูกคน ถูกชนิดการรักษา						
2.3 ยา premedication (ไม่มี/มี.....)						
2.4 สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง/ภาวะแทรกซ้อน.....						
<b>3. ก่อนออกจากห้องรักษา (sign out)</b> (จิตแพทย์/พยาบาลวิสัญญี)						
3.1 ยืนยันหัตถการ (Unmodified ECT/MECT)						
3.2 ปัญหาอุปสรรคเครื่องมือชำรุด (ไม่มี/มี)						
3.3 ร่วมระบุประเด็นปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในห้องพักฟื้น (โปรดระบุ.....)						
พยาบาลวิสัญญี	ลงชื่อ					
จิตแพทย์	ลงชื่อ					

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN.....  
 หอผู้ป่วย..... แพทย์เจ้าของไข้..... AN.....