กรมสุขภาพจิต	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	ฉบับที่ : 00
	แบบฟอร์ม (Form : FM) **รหัส** : FM-IC-007-00	วันที่ : 30 มีนาคม 2567

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง/ปอดอักเสบ

หน่วยงาน : การพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้จัดทำ : (....นางสโรชา รัตนานพ.....) ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	**ผู้อนุมัติ :** (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้ตรวจสอบ : (....นายธุวชิต เกรียงตันติวงศ์.....) ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ	

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียด	เลขหน้า
00	30 มีนาคม 2567	ประกาศใช้	150

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง/ ปอดอักเสบ

Name .....อายุ.....ปี เพศ.....HN.....AN.....Ward.....

Admission..... Refer from..... , Dx.แรกรับ.....Final Dx.....

วันที่รับย้าย/ย้าย.....Discharge..... LOS.....วัน แพทย์ผู้รักษา .....

clinically defined pneumonia ต้องมีเกณฑ์ครบทั้ง 2ข้อ

1.ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลการอ่านภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่2 ภาพขึ้นไป พบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่และไม่หายไป หรือเป็นมากขึ้น**อย่างน้อย 1 ข้อ** ต่อไปนี้ ☐ Infiltration ☐ Consolidation ☐ Cavitation **หมายเหตุ:** ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจหรือ โรคปอดอยู่เดิม (เช่น respiratory distress syndrome, broncho-pulmonary dysplasia, pulmonary edemaหรือ chronic obstructive pulmonary disease) ภาพถ่ายรังสี 1 ครั้ง ก็เพียงพอ ที่จะประกอบเกณฑ์ข้อนี้	**2.เกณฑ์อาการอาการแสดงทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป** มีอาการและอาการแสดงทั่วไป**อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้** ☐ ไข้ (อุณหภูมิ >38.0 °C)โดยไม่มีสาเหตุอื่น ☐ ภาวะ leukopenia (WBC <4,000/mm3) หรือ leukocytosis (WBC >12,000/mm3) ☐ ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติในผู้ป่วย ที่มีอายุ>70 ปี โดยไม่พบสาเหตุอื่น และ**มีอาการแสดงทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้** ☐ เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือลักษณะเสมหะเปลี่ยนไป หรือเสมหะมีมากขึ้น หรือต้องดูดเสมหะบ่อยขึ้น ☐ เริ่มไอ หรือไอรุนแรงขึ้น หรือหายใจลำบากหรือหายใจเร็ว ☐ ตรวจพบ ralesหรือ bronchial breath sound ☐ O2 sat. ลดลง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี ที่ผิดปกติและสนับสนุนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	สิ่งที่ตรวจ/ตำแหน่ง	ผลการตรวจ

Antibiotic ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ชื่อยา	ขนาดที่ใช้วันที่ให้ -	วันที่ยกเลิก	รวมเวลา (วัน)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ยา HAD ที่ผู้ป่วยได้รับ.....

อาการและอาการแสดงว่ามี HAI เริ่ม : .....ถึงวันที่.....

สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อ

☐ ไม่มีการติดเชื้อ ☐ ติดเชื้อ (....) ติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) (.....) ติดเชื้อในชุมชน (CI)

ระดับความรุนแรง ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I

ลงชื่อ...../ตำแหน่ง...../วันที่.....