

แบบฟอร์มขอแจ้งดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอ สำเนาฉบับที่ 1
 วันที่เสนอ 10 สิงหาคม 2564
 ทีม/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานการพยาบาล
 เรื่อง การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ การยกเลิกเอกสารคุณภาพ
 ประเภทเอกสารคุณภาพ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)
 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เอกสารสนับสนุน (Support Document)
 เอกสารคุณภาพเรื่อง Cardiopulmonary Resuscitation Record
 รหัสเอกสารคุณภาพ FS-MUR-001
 เหตุผลการจัดทำ ใช้สำหรับบันทึก กรณีที่ผู้ป่วยไม่ฟื้น

กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย
 กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ [Signature] ผู้เสนอขอ
 (นายกฤษณพงศ์ ลาภผล)

ส่วนที่ 2 ผู้ทบทวน
 เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ
 ไม่เห็นชอบ สงสัยผู้จัดทำ
 เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____

ลงชื่อ [Signature] ผู้ตรวจสอบ
 (นางสาววิลาวัลย์ รอดมา)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ 10 ก.พ. 2564

ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ
 อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ
 เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ [Signature] ผู้อนุมัติ
 (นางทวีพร เพชรชิต)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบ่อทอง
 วันที่ 10 พ.ค. 64

ส่วนที่ 4 ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ

| ลายมือชื่อ | ลายมือชื่อ | ลายมือชื่อ | ลายมือชื่อ |
|----------------------|------------|------------|------------|
| 1 <u>[Signature]</u> | 9 | 17 | 25 |
| 2 <u>[Signature]</u> | 10 | 18 | 26 |
| 3 <u>[Signature]</u> | 11 | 19 | 27 |
| 4 <u>[Signature]</u> | 12 | 20 | 28 |
| 5 <u>[Signature]</u> | 13 | 21 | 29 |
| 6 <u>[Signature]</u> | 14 | 22 | 30 |
| 7 | 15 | 23 | 31 |
| 8 | 16 | 24 | 32 |

FS-IM-001



Cardiopulmonary resuscitation record
โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

อาการสำคัญ.....

แพทย์.....

GCS คะแนน (E =, M =, V =), Pupil Rt. Lt., DTX mg/dl., Hct. %

เริ่ม CPR รอบที่ 1 เวลา น. สิ้นสุด CPR เวลา น. รวม นาที

เริ่ม CPR รอบที่ 2 เวลา น. สิ้นสุด CPR เวลา น. รวม นาที

เริ่ม CPR รอบที่ 3 เวลา น. สิ้นสุด CPR เวลา น. รวม นาที

| ET Tube | | | Retain NG | | | IV | | | เหตุการณ์อื่น ๆ / เวลา |
|--------------|-----|--------|---|-----|--------|------|------|-------------|------------------------|
| เวลา | No. | deep | เวลา | No. | lavage | เวลา | ชนิด | rate(ml/hr) | |
| | | | | | ml. | | | | |
| Retain Foley | | | <input type="checkbox"/> ต่อ bag <input type="checkbox"/> clear | | | | | | |
| เวลา | No. | ปริมาณ | <input type="checkbox"/> not clear (ลักษณะ content) | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| ยา ชนิด/ ขนาด/ การบริหาร | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา | เวลา |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Adrenaline 1 mg. IV q 3-4 min. | | | | | | | | | | |
| Amiodarone 300 mg. bolus | | | | | | | | | | |
| Amiodarone 150 mg. bolus | | | | | | | | | | |
| Atropine | | | | | | | | | | |
| 10% Ca gluconate | | | | | | | | | | |
| 50% MgSO ₄ | | | | | | | | | | |
| 50% Glucose | | | | | | | | | | |
| 7.5% NaHCO ₃ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Defibrillation | | | Vital signs | | | | | | DTX | Management | |
|----------------|----------|----------|-------------|----|----|----|----|--------------------|-----|------------|--------------------------|
| เวลา | ชนิด EKG | ขนาด (J) | เวลา | BT | PR | RR | BP | O ₂ sat | | | |
| | | | (ROSC) | | | | | | | | E = M= V= ,PP = EKG = |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ปัญหา/ ข้อเสนอแนะ



ผลลัพธ์ เสียชีวิต ROSC refer ROSC admit NR

ผู้บันทึก ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN.....

