**Flow การดำเนินงาน Home Health Care โรงพยาบาลบ้านผือ**

Case finding ในชุมชน

Case ส่งต่อจากสถานบริการอื่น  
รพ.ศรีนครินทร์ ,รพศ.อุดรธานี,รพ.มะเร็งอุดรธานี ,รพร.ท่าบ่อ,รพ.ชุมชนทั่วไป

Case ในรพ.บ้านผือ

ER , LR, OPD , IPD , ICU ,

จิตเวชและยาเสพติด  
รพ.บ้านผือ

ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ศูนย์ COC

1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2.วางแผนจำหน่าย ตามกรอบ DMETHOD

3. สอน สาธิตทักษะที่จำเป็น ให้สื่อการสอน

4. สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์  
5.ระบบนัด ติดตามการดูแลต่อเนื่องตามกำหนดนัดหมาย

**PCT**

ศูนย์ COC จำแนกประเภทผู้ป่วย  
และวางแผนการส่งต่อ

**ผู้ป่วยประเภทที่ 3**

**ADL=0-4**  
**เยี่ยมโดย**: ทีมสหวิชาชีพ ,  
หมอคนที่ 2, หมอคนที่ 3  
**ความถี่**: 1 ครั้ง/เดือน หรือตามความจำเป็นและเยี่ยมภายใน 14 วัน

ที่ได้รับการส่งต่อ

**ผู้ป่วยประเภทที่ 2**

**ADL=5-11**  
**เยี่ยมโดย**: หมอคนที่ 1 ,CG ,พยาบาล รพ.สต. (หมอคนที่ 2)  
**ความถี่**: 3 เดือน/ครั้ง

**ผู้ป่วยประเภทที่ 4**

**Palliative care PPS ≤ 50**  
**เยี่ยมโดย**: ทีมสหวิชาชีพ ,  
หมอคนที่ 2, หมอคนที่ 3  
**ความถี่**: เยี่ยมภายใน 1 wk หรือตามความจำเป็น

**ผู้ป่วยประเภทที่ 1**

**ADL=12-20**  
**เยี่ยมโดย**: หมอคนที่ 1 ,CG ,เจ้าหน้าที่  
**ความถี่**: 2 ครั้ง/ปี

บันทึกข้อมูลใน Smart COC ,โทรศัพท์ ,Line

รพ.ลูกข่าย น้ำโสม,นายูง

21 รพ.สต. / 1PCU

วางแผนการเยี่ยมซ้ำและประเมินความต้องการ การช่วยเหลือจาก  
ภาคีเครือข่าย หน่วยงานท้องถิ่น เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม กายอุปกรณ์

บันทึกและตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านใน Smart COC

ประชุมทีม COC เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
และพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน

จัดทำโดย COC,PC รพ.บ้านผือ   
ปรับปรุงครั้งที่ 5 ณ วันที่ 30 เม.ย. 67