Flow การดำเนินงาน Home Health Care โรงพยาบาลบ้านผือ

Case finding ในชุมชน

Case ในรพ.บ้านผือ
ER , LR, OPD , IPD , ICU ,
จิตเวชและยาเสพติด

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

ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ศูนย์ COC

1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
2.วางแผนจำหน่าย ตามกรอบ DMETHOD
3. สอน สาธิตทักษะที่จำเป็น ให้สื่อการสอน
4. สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์
5.ระบบนัด ติดตามการดูแลต่อเนื่องตามกำหนดนัดหมาย

ศูนย์ COC จำแนกประเภทผู้ป่วย
และวางแผนการส่งต่อ

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

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

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

ผู้ป่วยประเภทที่ 4
Palliative care PPS ≤ 50
เยี่ยมโดย: ทีมสหวิชาชีพ , หมอคนที่ 2, หมอคนที่ 3
ความถี่: เยี่ยมภายใน 1 wk หรือตามความจำเป็น

บันทึกข้อมลใน Smart COC ,โทรศัพท์ ,Line

21 รพ.สต. / 1PCU

รพ.ลูกข่าย น้ำโสม,นายูง

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