

แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการ: โรคหลอดเลือดสมอง

คำอธิบาย

1. โปรดกาเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความ และ/หรือ เติมข้อความในช่องตามความเป็นจริง

A: ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	เลขบัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A1	ชื่อ - นามสกุล .....
A2	HN: .....
A3	อายุ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ปี
A4	เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง
A5	สิทธิ์ในการรักษา <input type="checkbox"/> 1. บัตรทอง <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. จ่ายเอง <input type="checkbox"/> 4. ต้นสังกัด <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ .....
A6	รับส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น <input type="checkbox"/> 1. ใช่ จังหวัด ..... โรงพยาบาล ..... <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
A7	ประวัติการเจ็บป่วย/ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม
A7.1	เบาหวาน <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี → <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ตรวจ
A7.2	ความดันโลหิตสูง (เกิน 140/80 มี DM, Stroke เกิน 130/80) <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี → <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ตรวจ
A7.3	ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี → <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ตรวจ
A7.4	Atrial Fibrillation และ/หรือ Atrial Flutter <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี → <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ตรวจ
A7.5	เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย → เป็นชนิด <input type="checkbox"/> 2.1 ตีบ <input type="checkbox"/> 2.2 แดก <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ
A7.6	เคยสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย → ยังสูบในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.2 ใช่ → สูบปริมาณ <input type="text"/> <input type="text"/> มวน/วัน
A7.7	เคยดื่มสุราหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย → ยังดื่มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.2 ใช่ → จำนวนที่ดื่ม <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/เดือน
B: ข้อมูลทางคลินิก	
B1.1	Ward ที่รับวันแรก <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....
B1.2	Ward ที่รับย้าย <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....
B2.1	วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่มีอาการ (Stroke) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.

B: ข้อมูลทางคลินิก (ต่อ)			
B2.2	เข้ารับบริการ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก		
B3.1	วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่พบผู้ป่วยมาถึง OPD/ER <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.		
B3.2	วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่รับไว้ในสถานพยาบาล <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.		
B4	วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.		
	การนัดตรวจหลังจำหน่าย <input type="checkbox"/> นัดตรวจ <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่นัดตรวจ เนื่องจาก.....		
B4.1	ส่งต่อสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่ จังหวัด ..... โรงพยาบาล ..... วันที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น. เนื่องจาก.....		
B5	First Diagnosis <input type="checkbox"/> 1. Ischemic Stroke <input type="checkbox"/> 2. Intracerebral Hemorrhage <input type="checkbox"/> 3. Transient Ischemic Attack <input type="checkbox"/> 4. Subarachnoid hemorrhage <input type="checkbox"/> 5. Cerebral venous thrombosis	B6	Final Diagnosis <input type="checkbox"/> 1. Ischemic Stroke <input type="checkbox"/> 2. Intracerebral Hemorrhage <input type="checkbox"/> 3. Transient Ischemic Attack <input type="checkbox"/> 4. Subarachnoid hemorrhage <input type="checkbox"/> 5. Cerebral venous thrombosis
B7	คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) แรกรับ Total (3-15): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> N/A	B8	คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) จำหน่าย Total (3-15): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> N/A
B9	Barthel Index (0-100) แรกรับ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B10	Barthel Index (0-100) เมื่อจำหน่าย <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B11	ระดับ mRS แรกรับ (0-5) <input type="text"/>	B12	ระดับ mRS เมื่อจำหน่าย (0-6) <input type="text"/>
B13	คะแนน NIHSS (0-42) แรกรับ <input type="text"/> <input type="text"/>	B14	คะแนน NIHSS (0-42) จำหน่าย <input type="text"/> <input type="text"/>
B15	ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg % เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.	วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่ตรวจ <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> หรือ <input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจจากภายนอก	
B15.1	วิธีการตรวจ <input type="checkbox"/> 1. Dextrostick <input type="checkbox"/> 2. Central Lab		
B15.2	การงดน้ำ งดอาหาร <input type="checkbox"/> 1. Fasting <input type="checkbox"/> 2. Non-fasting		
B16	ยาละลายลิ่มเลือด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ → วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> น.		
B16.1	ชนิดของยา <input type="checkbox"/> 1. rtPA <input type="checkbox"/> 2. Other (Specify) .....		
B16.2	ให้ทาง <input type="checkbox"/> 1. หลอดเลือดดำ <input type="checkbox"/> 2. หลอดเลือดแดง ปริมาณยา <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> มิลลิกรัม		

B: ข้อมูลทางคลินิก (ต่อ)	
B17	ได้รับการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่ได้รับการรักษา (Groin Puncture) <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> น.
B18	ระดับไขมัน LDL ..... mg/dl
B19	ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C: การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	
C2	ผู้ป่วย Readmission ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันซ้ำ ภายใน 28 วัน โดยมีได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ โปรดระบุจำนวนวัน ..... (นับจากวันที่จำหน่ายครั้งที่แล้ว) <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ โปรดระบุ Recurrent Stroke/Complication/Other.....
C3	ผู้ป่วยได้รับการตรวจ EKG หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับการตรวจ วัน/เดือน/ปี ค.ศ. <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> น. <input type="checkbox"/> 2. ได้รับการตรวจจากภายนอกก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้รับ
C4	ผู้ป่วยได้รับการตรวจ EKG Monitor 24 ชั่วโมงแรก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C5	ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) และหรือตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI/MRA) ภายใน 24 ชั่วโมง หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับการตรวจ หลังรับไว้ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 2. ได้รับการตรวจจากภายนอก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล วัน/เดือน/ปี ค.ศ. <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> น. <input type="checkbox"/> 3. ได้รับการตรวจจากภายนอก ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้รับ
C6	Symptomatic carotid stenosis <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. 50% - 70% <input type="checkbox"/> 3. > 70%
C7	ผู้ป่วยได้รับ Antiplatelet (Aspirin) เพื่อการรักษาภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ วัน/เดือน/ปี ค.ศ. <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> เวลา (hh:mm) <input type="text"/> : <input type="text"/> น. <input type="checkbox"/> 2. ได้รับมาจากบ้าน/สถานพยาบาลอื่น <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้รับ เนื่องจาก .....
C8	ผู้ป่วยมีไข้ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ในระหว่างรับไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี (ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปทำข้อ C9)
C8.1	ผู้ป่วยได้รับการเช็ดตัว หรือทำการลดไข้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C8.2	ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือการรักษาสาเหตุของไข้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C9	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโดยใช้ Care Map/Path Way หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C10	ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน Stroke Unit หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C11	ผู้ป่วยได้รับการประเมินการกลืนภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ เนื่องจาก.....

C: การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ต่อ)	
C12	ผู้ป่วยได้รับการประเมินฟื้นฟูสมรรถภาพ/ดูแลด้านการกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/อรรถบำบัด ภายใน 72 ชั่วโมง เวลาทำการ หลังรับไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ส่งต่อไปทำกายภาพบำบัดที่สถานพยาบาลอื่น <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
C13	ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนเหล่านี้หรือไม่
C13.1	Pneumonia <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ตรวจพบภายใน ..... ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C13.2	Urinary Tract Infection <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ตรวจพบภายใน ..... ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C13.3	Pressure Sore/Skin Break <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ตรวจพบภายใน ..... ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C13.4	หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน (DVT) <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ตรวจพบภายใน ..... ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C14	ผู้ป่วยมีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C15	ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่
C15.1	การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C15.2	อาการ หรือสิ่งผิดปกติที่บ่งบอกว่าอาจกลับเป็นซ้ำ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C15.3	การปฏิบัติตัวหากสงสัยว่ากลับเป็นซ้ำ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C16	ผู้ป่วยได้รับการบำบัด/คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่หรือได้รับคำแนะนำในการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ เนื่องจาก .....
C17	ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตก่อนจำหน่ายหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ
C18	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่กลับบ้าน ได้รับยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำขณะจำหน่าย (Discharge) หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel, Aspirin+Dipyridamole, Glostazol, Trifusal) ระบุ .....
	<input type="checkbox"/> 2. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant ได้แก่ Warfarin, Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban) ระบุ ..... เนื่องจาก .....
	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้รับ เนื่องจาก .....
C19	ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Statin ขณะจำหน่ายหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
C20	ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ เสียชีวิต วัน/เดือน/ปี ค.ศ. ที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> /20 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
C21	ค่าใช้จ่ายรวม ..... บาท

D: Intracerebral Hemorrhage	
D1	วิธีดำเนินการเพื่อหาสาเหตุโรค <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/> ไม่มี
D2	ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ โปรดระบุ Intracranial hematoma evacuation, External ventricular drainage, Decompressive craniectomy, Referred to another centre
D3	สาเหตุที่เลือดออก <input type="checkbox"/> Arterial hypertension <input type="checkbox"/> Aneurysm <input type="checkbox"/> Arterio-venous malformation <input type="checkbox"/> Anticoagulation therapy <input type="checkbox"/> Amyloid angiopathy <input type="checkbox"/> Other
E: Subarachnoid hemorrhage	
E1	ทราบสาเหตุที่เลือดออกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ทราบ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
E2	วิธีการรักษา <input type="checkbox"/> Endovascular (coiling) <input type="checkbox"/> Neurosurgical (clipping) <input type="checkbox"/> Other neurosurgical treatment (decompression, drainage) <input type="checkbox"/> Patient referred to another hospital for intervention
F: Cerebral venous thrombosis	
F1	วิธีการรักษา <input type="checkbox"/> Anticoagulation <input type="checkbox"/> Endovascular intervention - thrombectomy <input type="checkbox"/> Endovascular intervention - local thrombolysis <input type="checkbox"/> Neurosurgical treatment (decompressive craniectomy)

ลงชื่อ ..... ผู้บันทึกข้อมูล

วัน/เดือน/ปี พ.ศ. □□/□□/25□□