



## แนวปฏิบัติในการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยเด็กในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล..... HN..... วันที่..... เวลา.....

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
Patient identification (กับผู้ปกครอง)	<input type="checkbox"/> Check ชื่อ-สกุล <input type="checkbox"/> ยืนยันชื่อหัตถการและตำแหน่งที่ผ่าตัดกับผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> Chart, Film, CT	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองรับทราบและยินยอมให้ทำหัตถการ <input type="checkbox"/> ชื่อหัตถการ..... ..... <input type="checkbox"/> ตำแหน่ง..... ..... ผู้รับผิดชอบ.....
การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ ห้องผ่าตัด และความพร้อมของทีมผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ผู้ช่วยทันตแพทย์ประสานงานกับทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมเด็ก ศัลยแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พยาบาลวิสัญญีตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้ยาสงบประสาท/ยาระงับความรู้สึก	ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใต้การดมยาสลบในสถานการณ์ที่พร้อม <input type="checkbox"/> ทีมพร้อม <input type="checkbox"/> เครื่องมือพร้อม <input type="checkbox"/> สภาพผู้ป่วยพร้อม <input type="checkbox"/> ความพร้อมของชุดดมยา อุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึกต่าง ๆ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ยา สารน้ำที่จำเป็น ผู้รับผิดชอบ ...../..... (ผู้ช่วยทันตแพทย์/พยาบาลวิสัญญี)
การปฏิบัติเพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและผู้ป่วยปลอดภัย	<input type="checkbox"/> การประเมินผู้ป่วยซ้ำ การทำ time out <input type="checkbox"/> การตรวจนับอุปกรณ์สิ่งของที่ใช้ในการผ่าตัด Gauze Pack คอ จำนวน.....ชิ้น	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง ผู้รับผิดชอบ..... <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ผู้รับผิดชอบ .....