

แบบฟอร์มการตรวจก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

HN ชื่อ - สกุล อายุ
ผลวินิจฉัย

ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

<p>ส่วนที่ 1 แพทย์</p> <p>ชนิดของ ECT Unmodified / Modified ECT จำนวนครั้งของ ECT ระบุ..... ครั้ง ทุกวัน...../.....สัปดาห์. ชุดที่ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ระบุ.....</p> <p>1. Indication</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อาการรุนแรงมากต้องการผลการรักษาที่รวดเร็ว <input type="checkbox"/> การรักษาไว้อีกไม่ปลอดภัยน้อยกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้า <input type="checkbox"/> มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น/ยั่งเรื้อรอย ๆ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ <input type="checkbox"/> กรณีที่เลือกใช้ชนิดยา ขนาดยาถูกต้องในระยะเวลาที่นานพอ แต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยหรือ/และญาติเลือกการรักษาไว้อีก และแพทย์เห็นว่ามี ความจำเป็นต่อการรักษา <input type="checkbox"/> เกิดภาวะอุบัติเหตุทางจิตเวช เช่น <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมรุนแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... <p>2. ข้อควรระวังเป็นพิเศษ/ข้อห้าม/ภาวะความเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ดังนี้ <input type="checkbox"/> Severe Hypertension <input type="checkbox"/> ความผิดปกติในสมอง <input type="checkbox"/> ระบบหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> กระดูกและกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ติดเชื้อมีไข้สูง <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนจาก ECT ในอดีต ระบุ..... <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> มีบาดแผลจากไฟในน้ำร้อนลวก <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> หืด/หอบ <input type="checkbox"/> เคยรับการผ่าตัดด้วยการลดยาสลบพื้นปกติ/ชา <input type="checkbox"/> มีประวัติเด็กเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Malignant Hyperthermia <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์.....เดือน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <p>3. ยาที่ต้องเฝ้าระวังในระหว่างรักษาด้วย ECT <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Theophylline <input type="checkbox"/> Zolpidem (Stilnox) <input type="checkbox"/> Clozapine <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diazepam <input type="radio"/> Lorazepam , Alprazolam <input type="radio"/> Clonazepam, Clorazepate Dipotassium 	<p><input type="checkbox"/> Anticonvulsant <input type="radio"/> Phenytoin <input type="radio"/> Carbamazepine <input type="radio"/> Sodium Valproate <input type="radio"/> Lamotrigine <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาไฟฟ้าในครั้งนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ดังนี้ ระบุ..... <p>แพทย์ผู้สั่งการรักษา..... วันที่.....</p> <p>ส่วนที่ 2 ทันตแพทย์</p> <p>สภาวะทันตสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่สามารถตรวจได้ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน <input type="checkbox"/> มี click joint <input type="checkbox"/> มีประวัติอาการกรีดร้อง <input type="checkbox"/> มีฟันปลอม () ถอนได้ () ถอนไม่ได้ <input type="checkbox"/> ฟันผุ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ฟันโยก ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <p>ทันตแพทย์ผู้ตรวจ..... วันที่.....</p> <p>ส่วนที่ 3 พยาบาล</p> <p>1. การเขียนยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนเขียนยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า <input type="checkbox"/> ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
---	---



แบบฟอร์มการตรวจก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าOPD

ส่วนที่ 1 แพทย์ (ต่อ)

การตรวจร่างกาย (/ = มี)

การตรวจร่างกาย

GA :

HEENT :

HEART :

CHEST :

Abdomen :

Extremities :

Neuro :

บันทึกเพิ่มเติมการตรวจร่างกาย

Conscious :

Orientation :to time ,to place,to person

Memory : recall is....., remote is.....

Lung :

Heart :

Muscle : pain ระบุบริเวณ.....

Bone : fracture ระบุบริเวณ.....

มีความผิดปกติอย่างอื่น ระบุ.....

Neurology : impaired sensory ระบุบริเวณ.....

: muscle power.....

แพทย์ผู้ตรวจ..... วันที่.....



แบบฟอร์มยินยอมเข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ข้าพเจ้ายา/นาง/นางสาว _____ (แพทย์หรือพยาบาล)

แนะนำ _____ (ญาติ/ผู้ป่วย) ให้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก

เนื่องจากการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าได้เริ่มใช้มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2481 และประสบความสำเร็จและให้ผลที่น่าพึงพอใจ
ในการรักษาเป็นอย่างดีมาตลอด

โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาดังนี้ มีความจำเป็นทางคลินิกเร่งด่วนที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว เช่น มีแนวโน้มที่จะเป็น
อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือมีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษาอย่างอื่น
ไม่สามารถถอนข้างจากการรักษาด้วยยาได้ ต้องการทางเลือกในการรักษาเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก จะให้การรักษาระหว่างเวลา 08.00-12.00 น. โดยการรักษาจะดำเนินการใน
ห้องที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ครบครัน ทีมผู้รักษา ประกอบด้วย จิตแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์
ในการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามานาน พร้อมทั้งพนักงานช่วยเหลือคนไข้เพื่อให้การดูแลการรักษาและเฝ้าระวังความปลอดภัย
ของท่าน/ผู้ป่วย อย่างครบวงจร

การรักษาจะดำเนินการโดยให้ท่าน/ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง หลังจากนั้นทีมผู้รักษาจะให้ยาเพื่อทำให้ท่าน/ผู้ป่วยหลับ ตามด้วย
ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ก่อนให้กระแสไฟฟ้าขนาดอ่อนในปริมาณเล็กน้อยและเหมาะสมสมกับท่าน/ผู้ป่วย แต่ละรายผ่านเข้าสู่สมอง
เพื่อระดับให้เกิดการขัดซึ่งไฟฟ้าประมาณ 25-60 วินาที ช่วยให้สารสื่อประสาทที่ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

หลังจากการรักษาท่าน/ผู้ป่วย จะได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จากทีมผู้รักษาจนกว่าท่าน/ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีและสามารถ
ดื่มน้ำรับประทานอาหารได้เป็นปกติ จึงส่งกลับตึกโภชนาคนิยมเช่นนี้

การรักษาจะกระทำการทั้งหมด ครั้ง ทุกวัน / สัปดาห์

การรักษาอาจมีความเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตามท่าน/ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลรักษาและป้องกันความเสี่ยง อย่างเต็มที่
ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการมึนงง (ซึ่งอาจเกิดขึ้นประมาณ 2-3 ชั่วโมง) อาการหลงลืม (ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ความจำ¹
ระยะสั้นเสียไป ได้แก่ อาการหลงลืมวัน เวลา ซึ่งเพื่อนที่พึ่งรู้จัก โดยอาการจะหายไปในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ แต่ว่าโอกาส
เกิดน้อยหรือ อาจจะมีอาการเล็กน้อยเป็นเรื่มเดือน ความเสี่ยงที่ร้ายแรงที่สุดคืออาจทำให้เสียชีวิตได้แต่พบน้อยมากซึ่งความเป็นไปได้
เท่ากับการคลอดลูกปกติ

ข้าพเจ้ายา/นาง/นางสาว _____ ได้อ่านหรือฟัง
และเข้าใจรายละเอียดรวมทั้งผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากการรักษาอาการทางจิตด้วยไฟฟ้าอย่างถ้วน
โดยมี นาย/นาง/นางสาว _____

ตำแหน่ง _____ ให้คำอธิบายและแนะนำอย่างใกล้ชิด
ลงนามผู้ป่วย _____ วันที่ _____

()

หรือลงนามญาติ _____ ผู้ให้ความยินยอมแทนซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะที่เป็น _____
()

พยานฝ่ายผู้ป่วย _____ พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ _____
() () ตำแหน่ง _____





Galya Rajanagarindra Institute

Consent for Electroconvulsive Therapy (ECT)

I, _____, (M.D, Registered Nurse) have recommended an Electroconvulsive Therapy (ECT) for _____ (patient/relative) because of the patient's current mental symptoms. A large number of mentally disordered patients have undergone the ECT since 1938, showing understanding improvements in their clinical symptoms and a greater success in helping patients. The indications for this intervention are clinical urgency (such as harm to self or others), history of good response to the previous Electroconvulsive Therapy, poor response to other forms of treatments, psychiatric medication adverse effect intolerance and patient's preference to ECT.

The intervention is giving in the morning, during 08.00 AM - 12.00 PM, in a specially equipped treatment room. The patient will be carefully attended by nurses and a psychiatrist. The intervention is given under sedation. Momentary electric currents are passed through electrodes placed on the patient's scalp to stimulate the brain. A grand mal seizure and muscular contraction for up to 25-60 seconds follow. The intervention takes only a few minutes. The patient may experience some lightheadedness, a headache and muscular soreness afterward. The patient can return to his / her room usually within a few hours. A breakfast will be delivered to the patient's room and the patient will be closely monitored by nurse the whole morning.

The Intervention is given every _____ for _____ times.

Although the intervention takes place in a room where special equipment and supplies for the patient's safety are provided, there could be some potential risks. Patients may become confused shortly after awake. However the confusion usually resolves within a few hours. Memories for recent events, mainly during the period of illness and the treatments, may be disturbed. Dates, friends' name, public events, telephone numbers, and addresses may be difficult to recall. Usually this memory loss is fully recovered within four weeks after the last treatment and prolonged memory for months or years is very unlikely. Death is a very rare complication with no higher incidence than a death during a child delivery.

I, _____, have read this intervention description and have been verbally explained by _____ position _____

I am well aware of the ECT's risks and benefits and I agree to have the intervention.

Signature _____ (Patient)
() or

Signature _____ (on behalf of the patient)
() relationship to patient _____

Signature _____ (Witness)
()

Date: _____



แบบบันทึกการตรวจสุขภาพเด็กความพร้อมก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

Course ที่ / Maintenance สัปดาห์ จำนวน ครั้ง
HN AN อายุ หอผู้ป่วย

กิจกรรม	วันที่												
		ครั้งที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. สระผน													
2. งดนำงดอาหารหลัง เวลา 24.00 น.													
3. ความสะอาดร่างกาย/ช่องปาก													
4. พ่นปอกอน หรือตัดฟัน													
<input type="checkbox"/> มีระบุ..... () ตอบได้ () ตอบไม่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่มี													
5. Contact lens/นวัตกรรม													
<input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
6. เครื่องประดับ													
<input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
7. สัญญาณซึพ (วัดครั้งที่ 1 ถ้ามีค่าผิดปกติให้นอนพักแล้วดูรายงานผลให้แพทย์ทราบก่อนทำการรักษา)	T = P = R =												
	BP±												
8. ปัสสาวะก่อนทำ													
9. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ													
<input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แพ้ยา / อาหาร													
10. โรคทางภายใน													
<input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
11. ความเครียดก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (มาก/ปานกลาง/น้อย)													
12. มีแนวโน้มการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง หรือกระดูกหัก (มี/ไม่มี)													
ผู้ดูแล													
ผู้ตรวจสอบ													

หมายเหตุ : หากมีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

F.050.03

แก้ไขครั้งที่ 06 (วันที่ 22 ก.ค. 2559)

ผู้พิมพ์ : วันที่พิมพ์ :

ชื่อแบบฟอร์ม : XE-FORM-แบบฟอร์มการตรวจก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า OPC



แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

HN AN อายุ

หอสูดป่วย ชื่อ - สกุล น้ำหนัก กก ส่วนสูง ซม BMI

การวินิจฉัย

Course ที่ / Maintenance ทุก สัปดาห์ จำนวน ครั้ง

ครั้ง	ว. ค.ป.	V/S	Thiopenthol (mg)	Succinyl choline (mg)	ระดับ การชาต	ปริมาณไฟ ที่ใช้(%)	ระยะเวลาขั้นจาก EEG/motor(วินาที)	แพทย์	เวลา	หมายเหตุ/ แพทย์ประเมินอาการหลังการรักษา
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								
		T = P = R = BP =								

การรักษาปัจจุบัน..ว/ด/ป.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

F.050.04

แบบฟอร์มที่ 06 (วันที่ 22 ก.ค. 2559)

ผู้พิมพ์ :

วันที่พิมพ์ :

ชื่อแบบฟอร์ม : XE-FORM-แบบฟอร์มการตรวจก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

