แบบบันทึกประเมินการดูแลผู้ป่วยเพื่อการกลับเข้าทำงาน

(Return to Work Assessment Form)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ_____เพศ ชาย / หญิง อายุ_____ปี HN_____AN_____

ที่อยู่_____ เบอร์โทรผู้ป่วย_____หอผู้ป่วย_____

วันที่เข้ารับการรักษา_____วันที่จำหน่ายออกจากรพ._____ แพทย์ผู้รักษา_____

สิทธิการรักษา ☐ประกันสังคม ☐กองทุนเงินทดแทน ☐ ชำระเอง ☐ อื่นๆ_____

ชื่อสถานประกอบการ_____ที่อยู่_____เบอร์โทร_____

บุคคลที่ติดต่อได้ชื่อ_____ตำแหน่ง_____

แผนกที่ผู้ป่วยทำงาน_____ลักษณะงานเดิม_____

ลักษณะงานที่จะกลับเข้าทำงาน(Job description)_____

_____

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย รายละเอียดการเจ็บป่วย(โรคประจำตัว สาเหตุที่เจ็บป่วย มีอาการที่ตำแหน่งใดของร่างกาย อาการมีความรุนแรงเพียงใด การรักษาที่ได้รับมีอะไรบ้าง การใช้ยา ผ่าตัด กายภาพบำบัด อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร ยาที่ต้องรับประทานเมื่อต้องกลับเข้าทำงานและอาจส่งผลรบกวนการทำงาน)

_____

_____

การวินิจฉัย_____การผ่าตัด_____

ส่วนที่ 3 ประเมินความสามารถในการกลับเข้าทำงาน(Return to work)

การประเมินข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (Activity Limitations and Participation Restriction)

กิจกรรม	กิจกรรมหลักที่ต้องใช้ในการทำงาน	ความสามารถที่ทำได้ (Capacity) วันที่ประเมิน_____
1.การเรียนรู้และประยุกต์ (Learning and Applying)		
1.1 การมองเห็น		
1.2 การฟัง		
1.3 การอ่าน		
1.4 การเขียน		
1.5 การคิดคำนวณ		
2.การติดต่อสื่อสาร (Communication)		
2.1 การสนทนา โต้ตอบ		
3. การเคลื่อนไหว (Mobility)		

3.1 การใช้มือและแขนในการยก การถือ		
3.2 การใช้มือทำงานละเอียด การกำ		
3.3 การเคลื่อนไหวโดยใช้ลำตัว เช่น ก้ม เงย		
3.3 การยืน การเดิน (โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย)		
3.4 การเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วย		
3.5 การใช้รถบริการสาธารณะ		
3.6 การขับขี่ยวดยานพาหนะ		

จากการประเมินข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม(Activity Limitations and Participation Restriction)พบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำงานดังนี้_____

_____

_____

ส่วนที่ 4. การประเมินด้านปัจจัยแวดล้อม (Environmental factors) ที่คาดว่าจะมีผลต่อการกลับเข้าทำงาน

ปัจจัยแวดล้อม		
สถานภาพ	☐ โสด หย่า หม้าย แยกกันอยู่	☐ สมรส อยู่ด้วยกัน
ครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวสมาชิกในครอบครัว_____คน ประกอบด้วย_____ ความสัมพันธ์_____ การสนับสนุนของครอบครัว_____		
สถานะทางการเงิน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ	หนี้สิน ☐ มี	☐ ไม่มี
การสนับสนุน/ช่วยเหลือจากหัวหน้างาน	☐ มี	☐ ไม่มี
การสนับสนุน/ช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน	☐ มี	☐ ไม่มี
มีนโยบายบริษัทสนับสนุน	☐ มี	☐ ไม่มี
ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและสภาพแวดล้อม การทำงานให้เหมาะกับข้อจำกัดของพนักงาน		
ความต้องการของผู้ป่วย	☐ ทำงานเดิม	☐ ย้ายงานใหม่
เข้าศูนย์ฟื้นฟูฯ เพื่อฝึกอาชีพใหม่	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ

ส่วนที่ 5 แผนการดูแลต่อเนื่อง

( ) ประเมินสภาพการทำงานที่สถานประกอบการ ( ) ประเมินลักษณะงาน

( ) ประเมินความพร้อมรับผู้ป่วยกลับเข้าทำงานของสถานประกอบการ ( ) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน

( ) ประเมินความพร้อมการช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงาน ( ) ปรับปรุงสภาพงาน

( ) ส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานภาคตะวันออกเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์/ฟื้นฟูอาชีพ

( ) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง_____

ข้อเสนอแนะอื่น_____

ส่วนที่ 6 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล/กลับบ้าน สถานประกอบการ/หลังจำหน่ายจากรพ.

การติดตามครั้งที่ 1 (__) โรงพยาบาล (__)บ้าน (__)สถานประกอบการ วันที่_____

การพยาบาล_____

_____

ลงชื่อ_____

การติดตามครั้งที่ 2 (__) โรงพยาบาล (__)บ้าน (__)สถานประกอบการ วันที่_____

การพยาบาล_____

_____

ลงชื่อ_____

การนัดติดตามครั้งต่อไป ( ) ไม่มี สิ้นสุดการรักษาแล้ว

( ) มี นัดF/U1 วันที่_____คลินิก_____ ( ) มี นัดF/U2 วันที่_____คลินิก_____

( ) มี นัดF/U3 วันที่_____คลินิก_____ ( ) มี นัดF/U4 วันที่_____คลินิก_____

สรุปการกลับเข้าทำงาน (แพทย์)
(....) สามารถกลับเข้าทำงานได้โดยไม่มีข้อจำกัด (....) สามารถกลับเข้าทำงานได้โดยมีข้อจำกัดในการทำงานดังนี้_____ _____ (....) สามารถกลับเข้าทำงานได้แต่มีความเสี่ยงบางอย่างโดยความเสี่ยงและงานที่ห้ามทำมีดังนี้_____ _____ (....) ยังไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้ (....) นัดประเมินซ้ำในครั้งต่อไป วันที่_____ (....) ผู้ป่วยไม่สมัครใจกลับเข้าทำงาน .....แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (.....) วันที่.....