

**FP2**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช**

**แบบรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice)**

**ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ \_\_\_ 1 \_\_\_2 \_\_\_3 \_\_\_4**

**ชื่อ - นามสกุล .**................................................................... **ตำแหน่งทางวิชาการ**……..................................................…....

**สาขาวิชา**................................................................................................................................................................................

**เป้าหมายการปฏิบัติ** เพื่อใช้ความเชี่ยวชาญเรื่อง…..(ตัวอย่าง: การคัดกรอง ป้องกัน การส่งเสริม ฟื้นฟู) ในการดูแลผู้ป่วย

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

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

**กลุ่มเป้าหมาย** (ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรค) ……….............................................................................................……………..

**สถานที่ปฏิบัติการพยาบาล** ..………………...............................................................................................................………**…..**

**จุดมุ่งหมาย** (เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต/ ป้องกันภาวะ.... ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ดีขึ้น)

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

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

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

**สหวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติการพยาบาล…(ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง)**……………………................................................…………….(ถ้ามี)

**ช่วงเวลานำความเชี่ยวชาญไปให้บริการ**…………………………………………………………......(ระบุระหว่างวันที่...ถึง... และเวลา)

**รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล**

 🞏 1. Faculty Practice สำหรับผู้ป่วยใน Acute & Critical Care Setting

 🞏 2. Faculty Practice สำหรับผู้ป่วยที่คลินิกผู้ป่วยนอก/Ambulatory Care Setting

 🞏 3. Faculty Practice สำหรับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

| **วันที่และเวลา****ในการให้บริการตาม****ความเชี่ยวชาญ**(ไม่น้อยกว่า 120 ชั่วโมง) | **จุดมุ่งหมาย/****วัตถุประสงค์**  | **รายละเอียด****การปฏิบัติการพยาบาล** | **ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ****การพยาบาล** |
| --- | --- | --- | --- |
| ให้ระบุวัน วันที่ เดือน และเวลา ให้เห็นความต่อเนื่องและเป็นประจำ และรวมจำนวนชั่วโมงไม่น้อยกว่า 120 ชั่วโมง **ตัวอย่าง**จันทร์ 1 พ.ค.66 0800-1600 อังคาร 2 พ.ค.0800-1600จันทร์ 8 พ.ค.66 0800-1600 อังคาร 9 พ.ค.0800-1600จันทร์ 15 พ.ค.66 0800-1600 อังคาร 16 พ.ค.0800-1600จันทร์ 22 พ.ค.66 0800-1600 อังคาร 23 พ.ค.0800-1600  | เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น**ตัวอย่าง**-พัฒนาระบบการป้องกัน VAP-ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก............   | เป็น Direct Care หรือ Consultation กับผู้รับบริการ**ตัวอย่าง**1.... การคัดกรอง ความเสี่ยง...โดยใช้แบบคัดกรอง....2.... ประเมินภาวะ........ โดยการตรวจร่างกาย3...ศึกษา..  | ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ**ตัวอย่าง**พบผู้ที่รับบริการ จำนวน........ cases หลังจากติดตามเยี่ยม เมื่อมาพบแพทย์และติดตามเยี่ยมในชุมชน เป็นเวลา....เดือน พบว่า1. ไม่เกิด VAP 2. ได้วิธีการ off tube ที่เป็นสุญญากาศ ไม่เกิดปัญหาการ Aspirate ของ fluid ใน tube 3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้4. ...... |
| **รวมจำนวน** | **...................ชั่วโมง** |

**๑. ปัญหา/อุปสรรค** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2. ข้อเสนอแนะ**……………………………………………….......………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3. สิ่งที่ได้จากการพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์** (Faculty practice) ……………………………………………….......……………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. แผนการพัฒนางานในครั้งถัดไป/ปีการศึกษาถัดไป** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การปฏิบัติ Faculty Practice ประกอบมาด้วยแล้ว

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

 (..................................................)

 อาจารย์

ขอรับรองว่า………………………………………….ได้ปฏิบัติ Faculty Practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

|  |  |
| --- | --- |
|  .............................................…(……………..........………………….)หัวหน้าสาขา…………………………...................................................(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาพร สิทธิสาตร์)รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ | ...............................................(นางสาวจิตตระการ ศุกร์ดี)หัวหน้างานบริการวิชาการและศูนย์ความเป็นเลิศ....................................................(นางชลลดา ติยะวิสุทธิ์ศรี)รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ |
|  🞏 รับทราบ ............................................... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัศนี วันชัย) ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
|  |
|  |