

**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  และรวมจำนวนชั่วโมง  ไม่น้อยกว่า 120 ชั่วโมง    **ตัวอย่าง**  จันทร์ 1 พ.ค.66 0800-1600  อังคาร 2 พ.ค.  0800-1600  จันทร์ 8 พ.ค.66 0800-1600  อังคาร 9 พ.ค.  0800-1600  จันทร์ 15 พ.ค.66 0800-1600  อังคาร 16 พ.ค.  0800-1600  จันทร์ 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........ โดยการตรวจร่างกาย  3...ศึกษา.. | ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ  **ตัวอย่าง**  พบผู้ที่รับบริการ จำนวน........ cases หลังจากติดตามเยี่ยม เมื่อมาพบแพทย์และติดตามเยี่ยมในชุมชน เป็นเวลา....เดือน พบว่า  1. ไม่เกิด VAP  2. ได้วิธีการ off tube ที่เป็นสุญญากาศ ไม่เกิดปัญหาการ Aspirate ของ fluid ใน tube  3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้  4. ...... |
| **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 | |
|  | |
|  | |