



☛ Teleconference IMC Team Meeting Report ☛

ชื่อ ang... : _____ (ชื่อ) _____ (นามสกุล) _____ (ชื่อ) _____ (นามสกุล) _____ (ชื่อ) _____ (นามสกุล)

วันที่ : _____

วัตถุประสงค์ : _____

ชื่อผู้ป่วย : _____

ประวัติ : _____

การดูแล/การพยาบาล : _____

Problem list	Detail	Goal
<input type="checkbox"/> ADL	Level of Assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assistance <input type="checkbox"/> Moderate assistance <input type="checkbox"/> Maximal assistance	ประเมิน และ ส่งเสริม
<input type="checkbox"/> Ambulation	Bed mobility/Transfer safety function. <input type="checkbox"/> Sit <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> Walk with _____ <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Walk with _____	ประเมิน และ ส่งเสริม
<input type="checkbox"/> Swallowing	<input type="checkbox"/> No tube _____ <input type="checkbox"/> Oral L. Compensate _____ Positioning _____ Diet modification _____	-
<input type="checkbox"/> Bowel	<input type="checkbox"/> Stool pattern/consistency <input type="checkbox"/> Bowel control	-
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> On-toilet transfer <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Catheter care	-
<input type="checkbox"/> Cognition	<input type="checkbox"/> Orientation <input type="checkbox"/> Memory _____ Remote _____	-

สิ่งที่ต้องทำ (Implementation): _____

ผู้ป่วย (Patient): _____

ครอบครัว (Family goal): _____

PMBA
PT
OT
ผู้ดูแล/พยาบาล
แพทย์
พยาบาลวิชาชีพ
พยาบาลวิชาชีพ

วันที่ : _____

Feeding (g)	Tolerate (g)	Modified Barthel Index (20 คะแนน)						รวม	
		Feeding (g)	Transfer (g)	Grooming (g)	Walk (g)	Stair (g)	Bathing (g)		
2	2	1	0	0	0	1	2	0	8

Follow up yes no

หมายเหตุ : _____