



ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
 กลุ่มงาน.....หอผู้ป่วย.....HN.....
 AN.....แพทย์.....

แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	หมายเหตุ
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง				
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย				
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านร่างกายและลดอาการเจ็บป่วยอย่างดี				
4. ทีมรักษาพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ				
5. ท่านได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย				
6. ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่ผู้ป่วยใกล้ตาย และ/หรือหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม				
7. ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้รักษาพยาบาล				
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือ / แนะนำ / อำนวยความสะดวกในขั้นตอนการนำผู้ป่วย ออกจากหอผู้ป่วย				
9. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม				

ข้อเสนอแนะ

อื่นๆ.....

FM-CHN-IM.....

