



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

แบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาลสำหรับสมาชิกทีม (Member)

ชื่อ-สกุล นิสิต รหัสนิสิต..... ชั้นปีที่.....
ฝึกปฏิบัติโรงพยาบาล.....หอผู้ป่วย.....วันที่.....เวลา.....น.-.....น.
ผู้ป่วยเตียงที่.....การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)การผ่าตัด (ถ้ามี).....
การตรวจพิเศษ (ถ้ามี).....
วันที่รับในความดูแล.....

ข้อมูลสนับสนุน	วินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมายการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล

ข้อมูลสนับสนุน	วินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมายการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล