

กิจกรรมการพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย / ในข้อที่ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมและเพิ่มเติมข้อความที่เขียนว่า ระบุ ลงในแต่ละช่องให้ครบตามที่กำหนด

วัน/เดือน/ปี	การประเมินระดับอาการ (ระบุระดับอาการ)	การตรวจสัญญาณชีพ	การผ่อนคลายเชือกและการเปลี่ยนท่า (q30นาที,q1hr,q2hrs)	การประเมินอาการแสดงของการบาดเจ็บจากการผูกยึด	ดูแลการขับถ่าย q4hrs	ดูแลให้สารน้ำและอาหาร	พิจารณาให้ยาPRN		ระดับอาการเพื่อขกเลิกการผูกยึด (ระบุอาการ)	กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ (ระบุ)
							ยาเกิน(ระบุ)	ยาผิด(ระบุ)		

เวลาที่เริ่มการผูกยึด ครั้งที่ 1.....เวลาที่ขกเลิกการผูกยึด.....รวมระยะเวลาที่ผูกยึด.....

เวลาที่เริ่มการผูกยึดครั้งที่ 2 .....เวลาที่ขกเลิกการผูกยึด.....รวมระยะเวลาที่ผูกยึด.....