



สำนักการแพทย์
MEDICAL SERVICE DEPARTMENT

คู่มือการปฏิบัติงาน การให้บริการผู้ป่วยใน (IPD)



กรุงเทพมหานครเมืองสุขภาพดี เชื่อมมั่นสำนักการแพทย์

X f y t s
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

คำนำ

การให้บริการทางการแพทย์เป็นภารกิจหลักที่สำคัญของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีพันธกิจเป็นผู้นำการจัดเครือข่ายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานระดับสากล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการผู้ป่วยในเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลทั้ง ๑๓ แห่ง ของสำนักงานการแพทย์มีแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในเป็นไปในทางเดียวกัน สำนักงานการแพทย์จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน กระบวนการบริการผู้ป่วยในให้สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประสิทธิภาพการทำงานของโรงพยาบาล

สาระสำคัญของคู่มือปฏิบัติงาน การบริการผู้ป่วยในฉบับนี้ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ วัตถุประสงค์ ขอบเขต กรอบแนวคิด ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ คำจำกัดความ แผนผังงาน (flowchart) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หน้าที่รับผิดชอบ และระบบติดตามประเมินผล ครอบคลุมกระบวนการหลักในการให้บริการ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย การรับผู้ป่วย การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย

สำนักงานการแพทย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ทั้ง ๑๓ แห่ง ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจและเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้เป็นอย่างดี

สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๒. วัตถุประสงค์	๑
๓. ขอบเขต	๑
๔. กรอบแนวคิด	๒
๕. ข้อกำหนดที่สำคัญ	๓
๖. คำจำกัดความ	๓
๗. คำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้/คำอธิบายคำย่อ	๕
๘. หน้าที่รับผิดชอบ	๖
๙. แผนผังของกระบวนการบริการผู้ป่วยใน	๘
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยใน	๙
๑๑. กระบวนการบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ	๒๘
๑๒. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ)	๒๘
๑๓. รายชื่อเอกสารอ้างอิง	๗๔

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยในจัดทำขึ้นเพื่อแสดงขั้นตอน วิธีการ กรอบระยะเวลา และมาตรฐานคุณภาพงานของกระบวนการ เริ่มตั้งแต่กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ ทั้ง ๑๓ แห่ง เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีกระบวนการบริการผู้ป่วยในเป็นกระบวนการหลักประกอบด้วย กระบวนการย่อย ๔ กระบวนการต่อไปนี้

กระบวนการย่อยเรื่อง การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และด้านวัสดุ ซึ่งรวมถึงเครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

กระบวนการย่อยเรื่อง การรับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การรับแจ้งจากหน่วยงานที่ admit ได้แก่ OPD / ER หอผู้ป่วยอื่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง เพื่อเตรียมเตียงในตำแหน่งที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา

กระบวนการย่อยเรื่อง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยประกอบด้วย กระบวนการประเมิน สภาพผู้ป่วย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งตรวจพิเศษต่างๆ การวินิจฉัยโรค การวางแผน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลโดยเภสัชกร การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษา พยาบาล การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง การประเมินซ้ำ ซึ่งทั้งหมดจะมีกิจกรรมคู่ขนาน ได้แก่ การบันทึกและการให้ข้อมูล รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและญาติ

กระบวนการย่อยเรื่อง การจำหน่าย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติ การตรวจสอบและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย การส่งต่อเยี่ยมบ้าน และการนัดตรวจรักษาต่อเนื่อง

การบริการผู้ป่วยใน มุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยในของบุคลากรในหอผู้ป่วย ให้ดำเนินไปอย่างถูกต้อง ปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายของสำนักการแพทย์

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD)

๑. ความเป็นมาและความสำคัญ

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD) เป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยนำคู่มือนี้มาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยใน โดยปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาหาความรู้และเป็นแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถลดการตอบคำถาม ลดเวลาการสอนงาน ลดเวลาการทำงาน และลดข้อผิดพลาดในการทดลองปฏิบัติงาน หรือเป็นแหล่งข้อมูลให้บุคคลภายนอกได้ทราบกระบวนการปฏิบัติงาน เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยใน IPD เป็นกระบวนการทำงานที่มีรายละเอียดมากมายหลากหลายขั้นตอน และมีความหลากหลายตามบริบทของสถานพยาบาลต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความเข้าใจในวิธีปฏิบัติงานที่เป็นแบบแผนเดียวกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร จึงมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ขึ้น โดยจัดทำครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีการจัดทำปรับปรุงครั้งที่ ๑ และ ๒ เมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนั้นในฉบับนี้ พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๓ เพื่อให้คู่มือนี้มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานจริง

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยใน ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยให้ดำเนินการอย่างปลอดภัยถูกต้อง รวดเร็ว สอดคล้องต่อนโยบายคุณภาพอย่างคุ้มค่า คำนึง และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

๓. ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน ประกอบด้วยกระบวนการหลัก ๔ กระบวนการ ได้แก่

๓.๑ การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย

๓.๒ การรับผู้ป่วย

๓.๓ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

๓.๔ การจำหน่าย

โดยจะแสดงขั้นตอนการทำงาน ในรูปแบบ Flow Chart ซึ่งแสดงรายละเอียดของงานมาตรฐานคุณภาพงาน ระบบติดตามและประเมินผล ผู้รับผิดชอบ แบบฟอร์ม และเอกสารอ้างอิงของแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลัก

๔. กรอบแนวคิด

กรอบแนวความคิดในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน ได้จากการค้นหาข้อกำหนดที่สำคัญโดยพิจารณาความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการงาน อันประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงข้อกำหนดด้านกฎหมายที่สำคัญ ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของกระบวนการ

ข้อกำหนดด้าน	ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการที่ได้รับ การเสนอ	ความต้องการที่ได้รับ คัดเลือกตามลำดับ ความสำคัญ
ผู้รับบริการ	- ผู้ป่วย -ญาติผู้ป่วย	- ความปลอดภัยในการให้บริการ - ความถูกต้องในการให้บริการ - ความรวดเร็วในการให้บริการ - ความพึงพอใจในการให้บริการ	- ความปลอดภัย - ความถูกต้อง - ความรวดเร็ว - ความพึงพอใจ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- กรมบัญชีกลาง - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานประกันสังคม - กรมการประกันภัย - บริษัทประกันภัยเอกชน - สำนักงานคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	- ความถูกต้องในการส่งข้อมูล - ความรวดเร็วในการส่งข้อมูล (ครอบคลุมถึงความครบถ้วนของข้อมูล) - มีช่องทางง่ายต่อการเข้าถึง	- ความถูกต้องในการส่งข้อมูล
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	- กฎหมายวิชาชีพ - กฎหมายสถานพยาบาล - พรบ. คุ้มครองผู้บริโภค - พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) - คำประกาศสิทธิและข้อปฏิบัติของผู้ป่วย	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด
ประสิทธิภาพของกระบวนการ	- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ - มาตรฐาน/จริยธรรมวิชาชีพ - นโยบาย/พันธกิจ วิสัยทัศน์/เข็มมุ่งของโรงพยาบาล - ความคาดหวังของผู้รับบริการ	- ขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน - เข้าถึงระบบได้ง่าย - มาตรฐานของระบบ - บุคลากรมีคุณภาพและเพียงพอ	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด
ความคุ้มค่า	- การบริหารจัดการงบประมาณ	- เพิ่มงบประมาณ - เพิ่มประสิทธิภาพสูงสุด - คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร - ลดงบประมาณลงเพื่อให้เป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจ	- คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร

๕. ข้อกำหนดที่สำคัญ

กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัด
การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย	- ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุ อุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่	- ร้อยละของการจัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย ≥ 80 - ร้อยละของความพร้อมใช้ของรถช่วยชีวิต ฉุกเฉิน = 100
การรับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการต้อนรับ และการให้ข้อมูล - มีเอกสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90 - อุบัติการณ์การระบุดตัวผู้ป่วยผิดพลาด = 0 ครั้ง
การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90 - ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ≥ 80
การจำหน่าย	- ผู้ป่วย/ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	- ระยะเวลาการรอคอยการจำหน่ายผู้ป่วย ≤ 5 ชั่วโมง * - ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90

*หมายเหตุ ระยะเวลาการรอคอยขึ้นอยู่กับปริมาณผู้รับบริการผู้ป่วยในและอัตรากำลังในปัจุบันประมาณนั้น

๖. คำจำกัดความ

หอผู้ป่วย หมายถึง หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลและรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นสมควรพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

แพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยปฏิบัติงานเฉพาะทางของกลุ่มงาน

ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะมีผู้ป่วยอยู่ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ

แพทย์ที่ปรึกษา หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานตามรายงานตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน (ตารางเวร) ที่จัดไว้แต่ละกลุ่มงานให้คำปรึกษาแก่แพทย์เจ้าของไข้

เภสัชกร หมายถึง เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมคลินิกบนหอผู้ป่วย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับต้นของฝ่ายการพยาบาล ปฏิบัติงานรับผิดชอบการบริหารจัดการระบบบริการของหอผู้ป่วย

หัวหน้าทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานตามรายงานตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน (ตารางเวร) และได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค / พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่ขึ้นปฏิบัติงานตามรายงานตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน (ตารางเวร) ที่จัดไว้แต่ละหอผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สามารถประกอบอาชีพ
ในด้านบริการสุขภาพอนามัยทั้งในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือภาคเอกชน

แผนการรักษา หมายถึง คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่เขียนไว้ในใบคำสั่งการรักษาและ
การเปลี่ยนแปลงโรค

การรับ - ส่งเวร หมายถึง การแจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย การรักษา
การพยาบาล และการส่งต่อข้อมูล ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยนำหลัก ISBAR มาใช้เพื่อการสื่อสาร

ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีอาการเปลี่ยนแปลง
ตลอดเวลา เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ภาวะระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ภาวะหัวใจหยุดเต้น
ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีสัญญาณชีพผิดปกติ SOS score ≥ 4 หรือ q SOFA
 ≥ 2 เป็นต้น

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล
การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

หัตถการ หมายถึง กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติโดยแพทย์ พยาบาล หรือนุเคราะห์
ทางการแพทย์อื่น ๆ กระทำต่อผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษา

Hospital number (H.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย

Admission number (A.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

การตรวจพิเศษ หมายถึง การตรวจเพื่อประกอบหรือสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยของแพทย์
ประกอบด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มีบริการตรวจในโรงพยาบาล การตรวจทางรังสีวินิจฉัยและคลื่นเสียง
ความถี่สูง การตรวจระบบประสาท การตรวจสมรรถภาพปอดและหัวใจ การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร
 เป็นต้น

Medication reconciliation หมายถึง การตรวจสอบความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วยตั้งแต่
ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างย้ายหอผู้ป่วย จนถึงการจัดจำหน่าย

ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการสั่งใช้ยารักษาผู้ป่วยแต่ละราย
ซึ่งจัดทำโดยเภสัชกร

ชุด Admit หมายถึง เอกสารประกอบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล

แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้งหมด
เรียงเรียงเข้าแฟ้ม

หน่วยงานอื่น ๆ หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยและสามารถแจ้งรับผู้ป่วยได้ เช่น ห้อง
ผ่าตัด ห้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจผู้ป่วยไตเทียม ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์
เบาหวานและเมตาบอลิก เป็นต้น

การจัดจำหน่าย หมายถึง การสิ้นสุดการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโดยผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย
โดยแพทย์อนุญาต ไม่สมัครใจอยู่ ผู้ป่วยหนีกลับ ย้ายหอผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลอื่นและ
ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

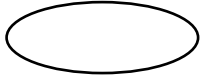
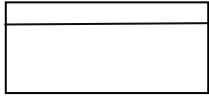
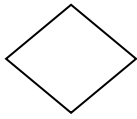
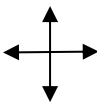
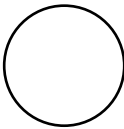
การนัดหมายผู้ป่วย หมายถึง การนัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งหลังจากจำหน่าย โดยบันทึก
นัดลงระบบคอมพิวเตอร์ เชื่อมโยงการนัดหมายสู่แอปพลิเคชัน หมอ กทม. และสามารถดูรายการนัดหมาย
พบแพทย์ได้ จากแอปพลิเคชัน หมอ กทม. หรือการออกใบนัด/เขียนใบนัด ที่ระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้ วัน เวลา
สถานที่ และการเตรียมตัว (ถ้ามี) ตามแผนการรักษาของแพทย์

ยูนิตผู้ป่วย หมายถึง สถานที่ที่เป็นหน่วยย่อยของหอผู้ป่วย จัดไว้สำหรับรับผู้ป่วยเข้าพักรักษา
ตัวในโรงพยาบาล เช่น ห้องพักรักษาผู้ป่วยพิเศษ ห้องพักรักษาผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือ พื้นที่บริเวณ
เตียงนอนผู้ป่วยหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งประกอบด้วย เตียงผู้ป่วย โต๊ะข้างเตียง ราวม่าน และอุปกรณ์ทางการแพทย์

UMSC หมายถึง ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเวชศาสตร์เขตเมือง (Urban Medicine Service Center) ซึ่งเป็นศูนย์อำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยสะดวก รวดเร็ว ในรูปแบบ One Stop Service ซึ่งรวมถึงบริการเป็น admission center ด้วย

๗. คำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้

การเขียนแผนผังกระบวนการงาน (Work Flow) ในคู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้มีสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อแสดงถึงกิจกรรมที่ดำเนินการ ทิศทางของการปฏิบัติ การตัดสินใจ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และรายงาน/เอกสาร ต่างๆ ซึ่งมีคำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้ ดังต่อไปนี้

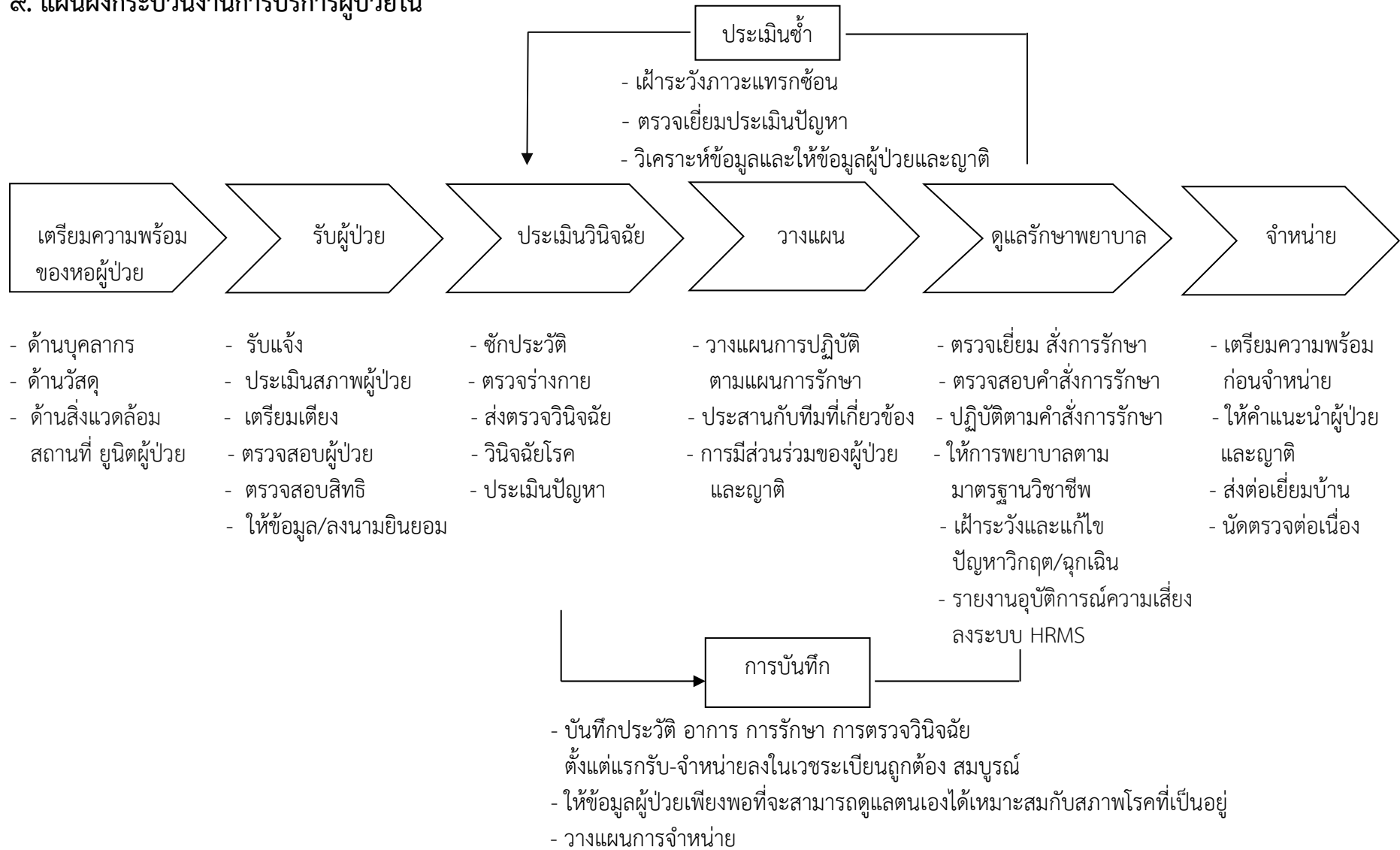
สัญลักษณ์	คำอธิบาย
	จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการงาน
	กระบวนการงานที่มีกิจกรรมย่อยอยู่ภายใน
	กิจกรรมและการปฏิบัติงาน
	การตัดสินใจ
	ฐานข้อมูล
	เอกสาร / รายงาน
	เอกสาร รายงานหลายแบบ / ประเภท
	ทิศทางการนำเข้า / ส่งออกของเอกสาร / รายงาน / ฐานข้อมูลที่เกิดขึ้น
	ทิศทางการนำเข้า / ส่งออกของเอกสาร / รายงาน // ฐานข้อมูล ที่อาจจะเกิดขึ้น
	จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน / กระบวนการงาน

๘. หน้าที่และความรับผิดชอบ

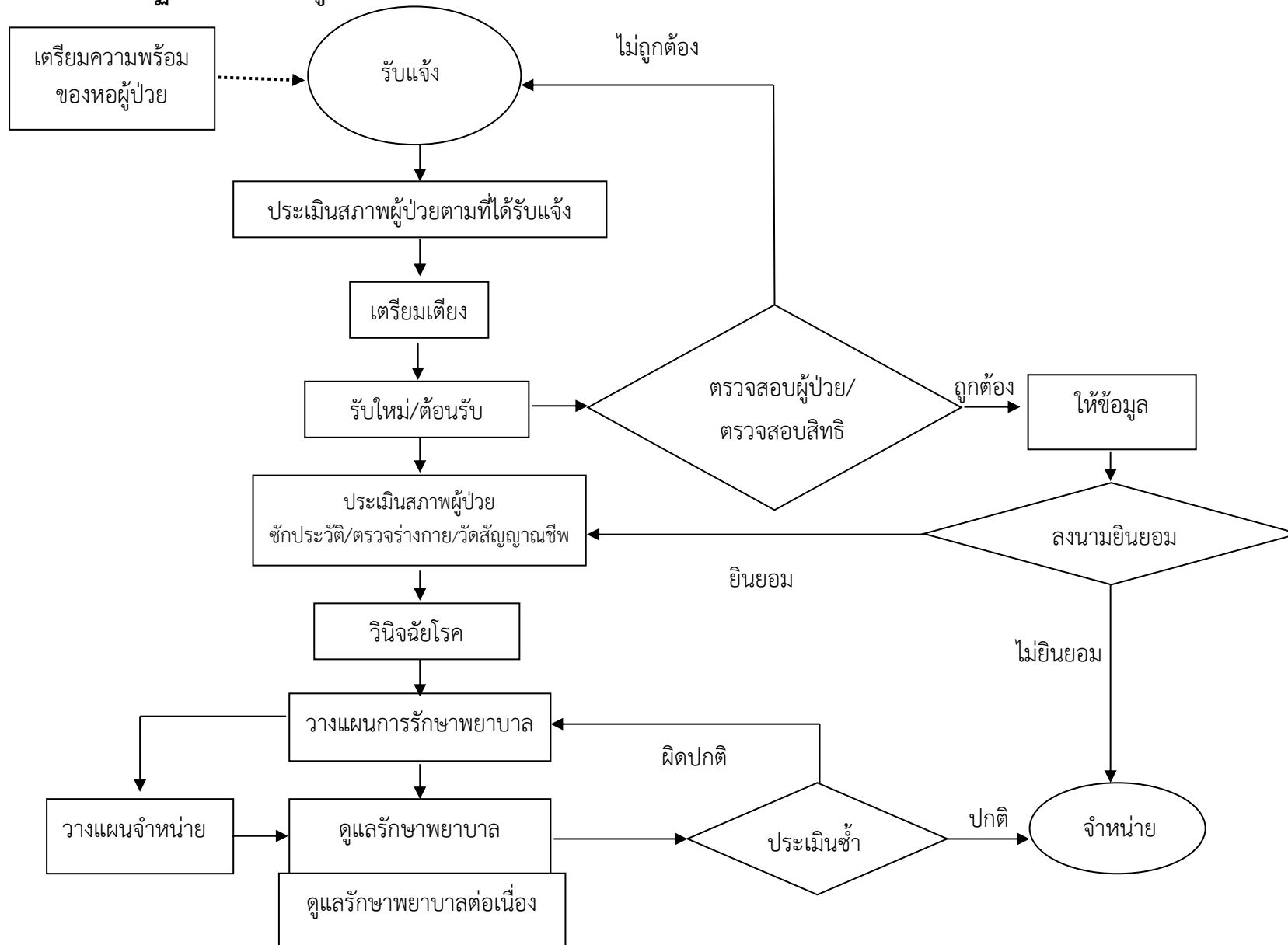
หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
แพทย์	- ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล - อธิบายอาการ แผนการรักษา ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ - ทำหัตถการแก่ผู้ป่วย - เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและเป็นผู้ประกาศหยุดในการช่วยฟื้นคืนชีพ
พยาบาลวิชาชีพ	- บริการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร - วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการให้การพยาบาล - ศึกษา วิเคราะห์ คิดค้น พัฒนา การพยาบาลและควบคุมการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและอยู่ในมาตรฐาน - ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานพยาบาล - จัดสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล - ช่วยแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา - จัดเตรียมและส่งเครื่องมือ ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการพิเศษบางประเภทเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษา - ปฏิบัติการวางแผนครอบครัวและการผดุงครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย - ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง/ หรือได้รับมอบหมาย
พยาบาลเทคนิค	- ให้บริการทางการพยาบาลขั้นมูลฐาน หรือการพยาบาลเทคนิคอย่างง่าย - เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์การพยาบาล - ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยและการป้องกันโรคผู้ป่วย - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย
พนักงาน ช่วยเหลือคนไข้	- ช่วยดูแลความสุขสบายและทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เช่น จัดท่าทาง อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ทำความสะอาดช่องปาก การขับถ่าย และการออกกำลังกายของผู้ป่วย - ช่วยจัดเตรียมอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยให้ตรงกับผู้ป่วยและโรค - ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเอกสารให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน - รับ - ส่งเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ จัดเก็บ และดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งานอยู่เสมอ - รับ - ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล กรณีไม่มีอาการซับซ้อน เสี่ยงสูง - อำนวยความสะดวกแก่แพทย์และพยาบาลในการให้บริการ - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย

หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
พนักงานธุรการ / เจ้าพนักงานธุรการ	- ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานธุรการ งานติดต่อสื่อสาร งานประชาสัมพันธ์ - ช่วยติดต่อประสานงาน รับ ส่ง และลงบันทึกเอกสารบางประเภท เช่น หนังสือเวียน เวชระเบียน เอกสารการลาต่าง ๆ เป็นต้น - ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา อาหารผู้ป่วยประจำวัน รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงติดตามผลการตรวจต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในระบบคอมพิวเตอร์ - จัดเตรียมชุดเอกสารในเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยใหม่ ช่วยเก็บและส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และจัดส่งให้แพทย์สรุปต่อไป - ช่วยส่งซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ สถานที่ พร้อมติดตามการซ่อมและบันทึกการซ่อมต่าง ๆ ทุกครั้ง - ให้ข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย ติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ - จัดทำและลงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง / หรือได้รับมอบหมาย
พนักงานทั่วไป	- ทำความสะอาดของสถานที่ที่รับผิดชอบ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบเรียบร้อย - รับ-ส่ง วัสดุ เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ตามที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการจัดเก็บรักษา และดูแลความสะอาดวัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ให้มีความพร้อมใช้งานได้ - ให้บริการแก่ผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน/หอผู้ป่วย เช่น ส่งสิ่งส่งตรวจ รับส่งผู้ป่วย - เก็บและจัดแยกขยะภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน นำไปชั่งน้ำหนักและทิ้งในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง/หรือได้รับมอบหมาย
พนักงานรักษา ความปลอดภัย	- คัดกรอง ญาติผู้ป่วย ผู้รับบริการ บุคคลทั่วไป ติดต่อแลกัทร ที่จะขึ้นอาคารหอผู้ป่วย - ช่วยตรวจตราบริเวณต่าง ๆ รวมถึงตรวจความเรียบร้อยภายในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วย - ควบคุมเหตุร้ายหรือเหตุรุนแรง เช่น เหตุทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย หรือเหตุเพลิงไหม้
เภสัชกร	- ให้คำปรึกษา แนะนำการใช้ยา ติดตาม แก้ปัญหาการใช้ยา ดักจับความคลาดเคลื่อนทางยา และส่งเสริมความปลอดภัยจากการใช้ยา - จัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการด้านการกระจายยาแบบรายวัน - ทบทวนความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนจ่ายยา และให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษแก่ผู้ป่วย - ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) และเฝ้าระวังอันตรกิริยาของยา (drug interaction) - ทบทวนและประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) โดยดำเนินการในลักษณะที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ - ดำเนินการตรวจสอบความต่อเนื่องของการใช้ยา (medication reconciliation) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
การเงิน	- จัดเก็บค่าบริการรักษาพยาบาล
เวชระเบียนและสถิติ	- จัด เก็บ รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รับคืนเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

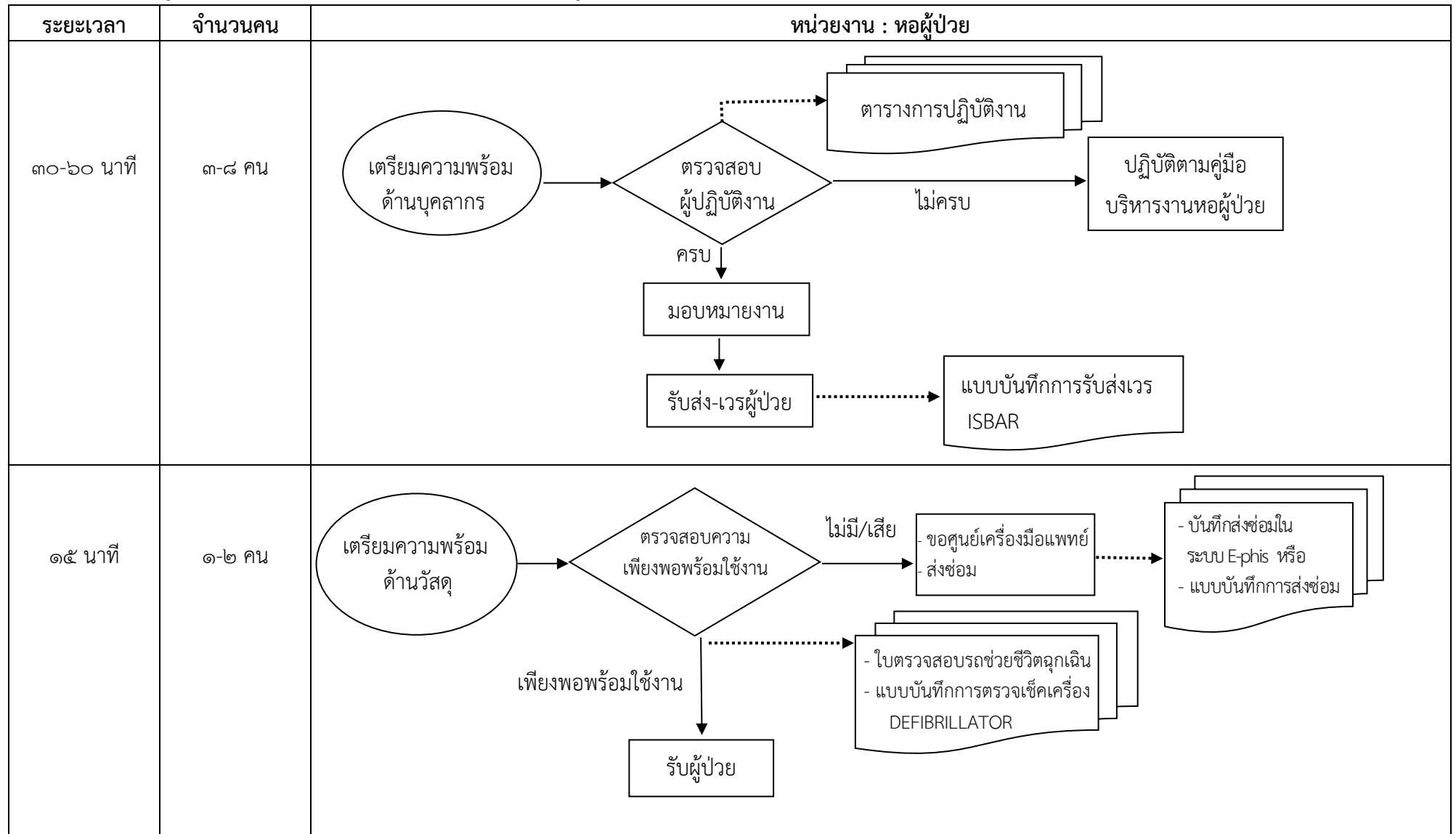
๙. แผนผังกระบวนการงานบริการผู้ป่วยใน



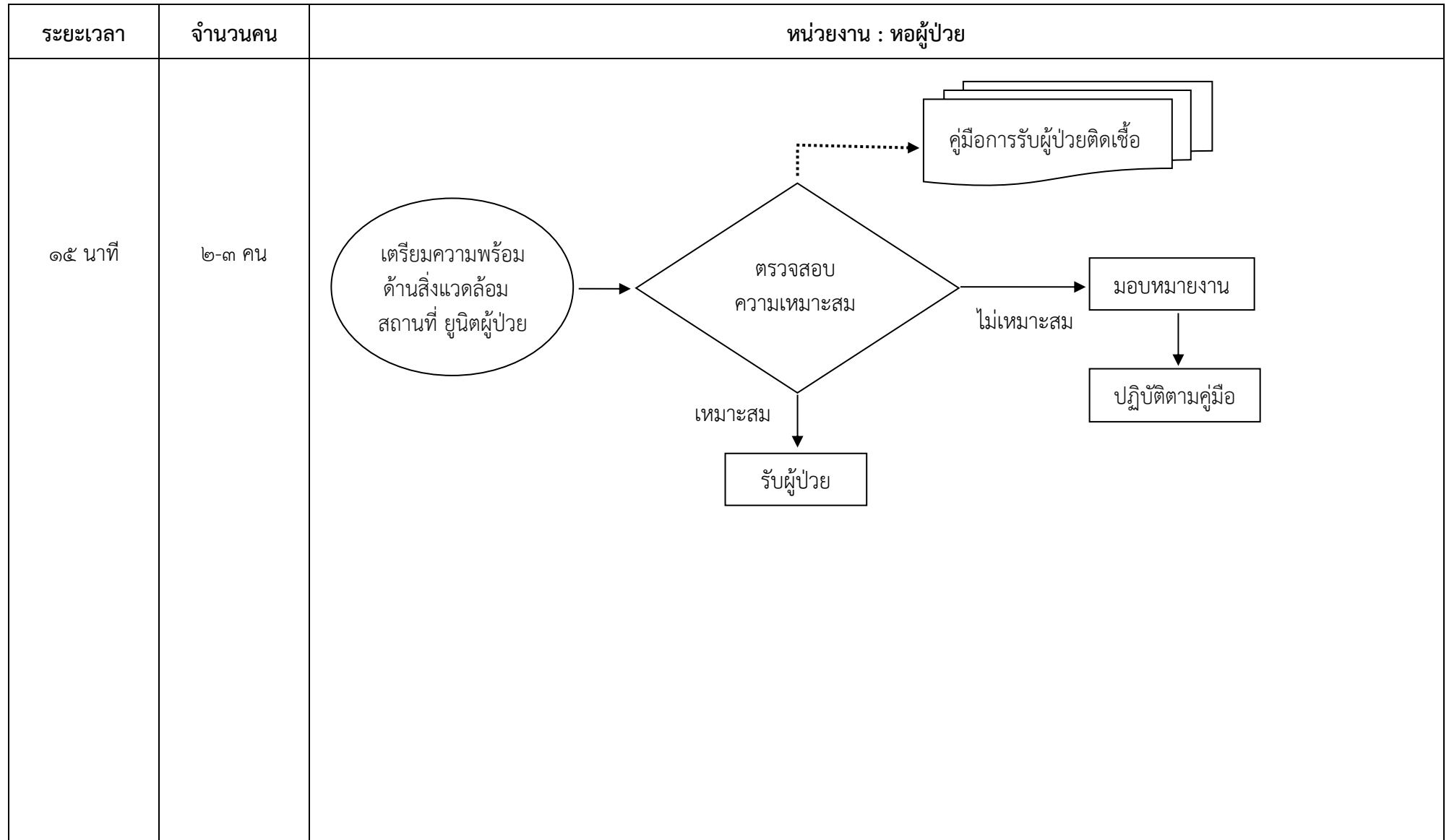
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน



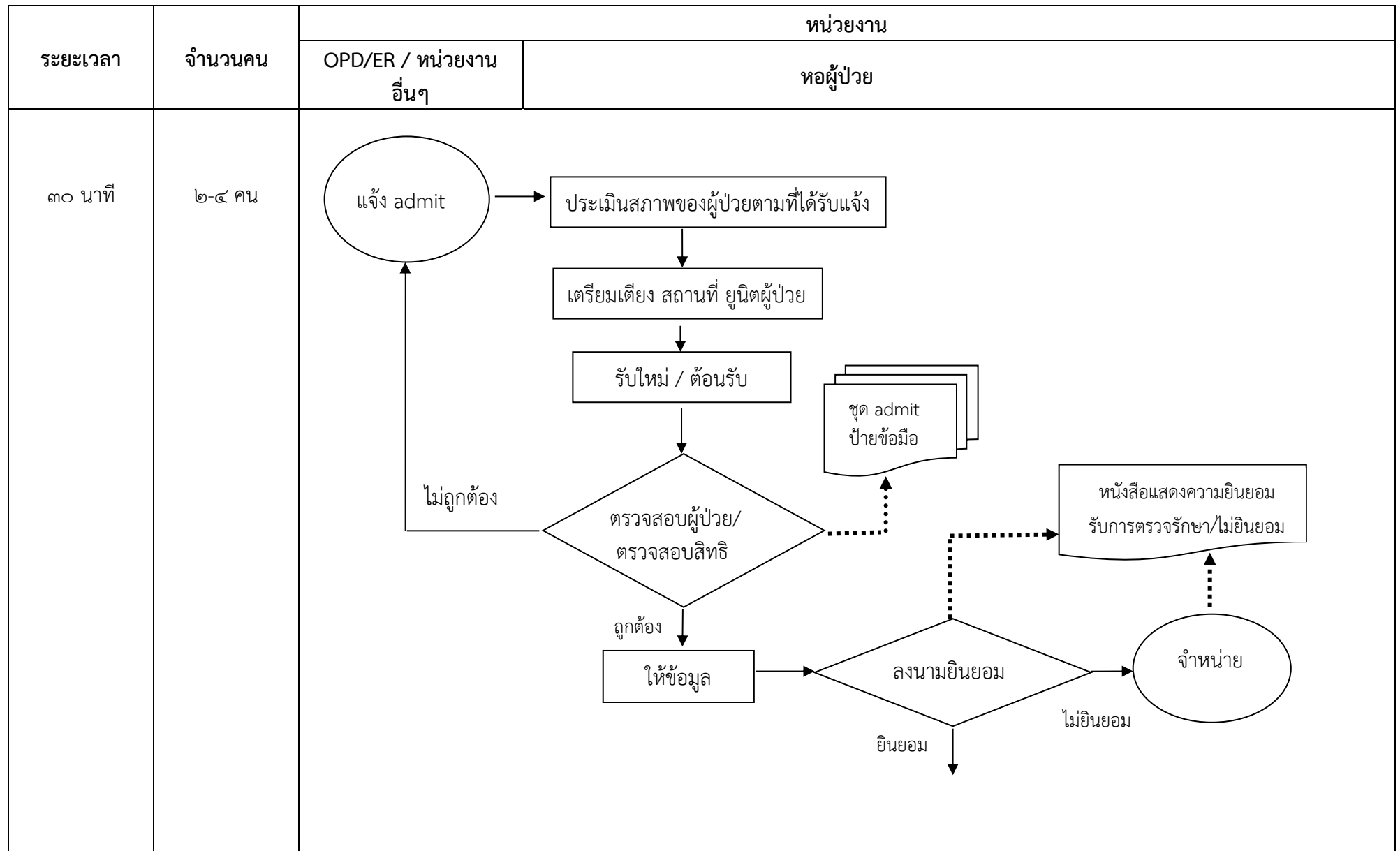
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย



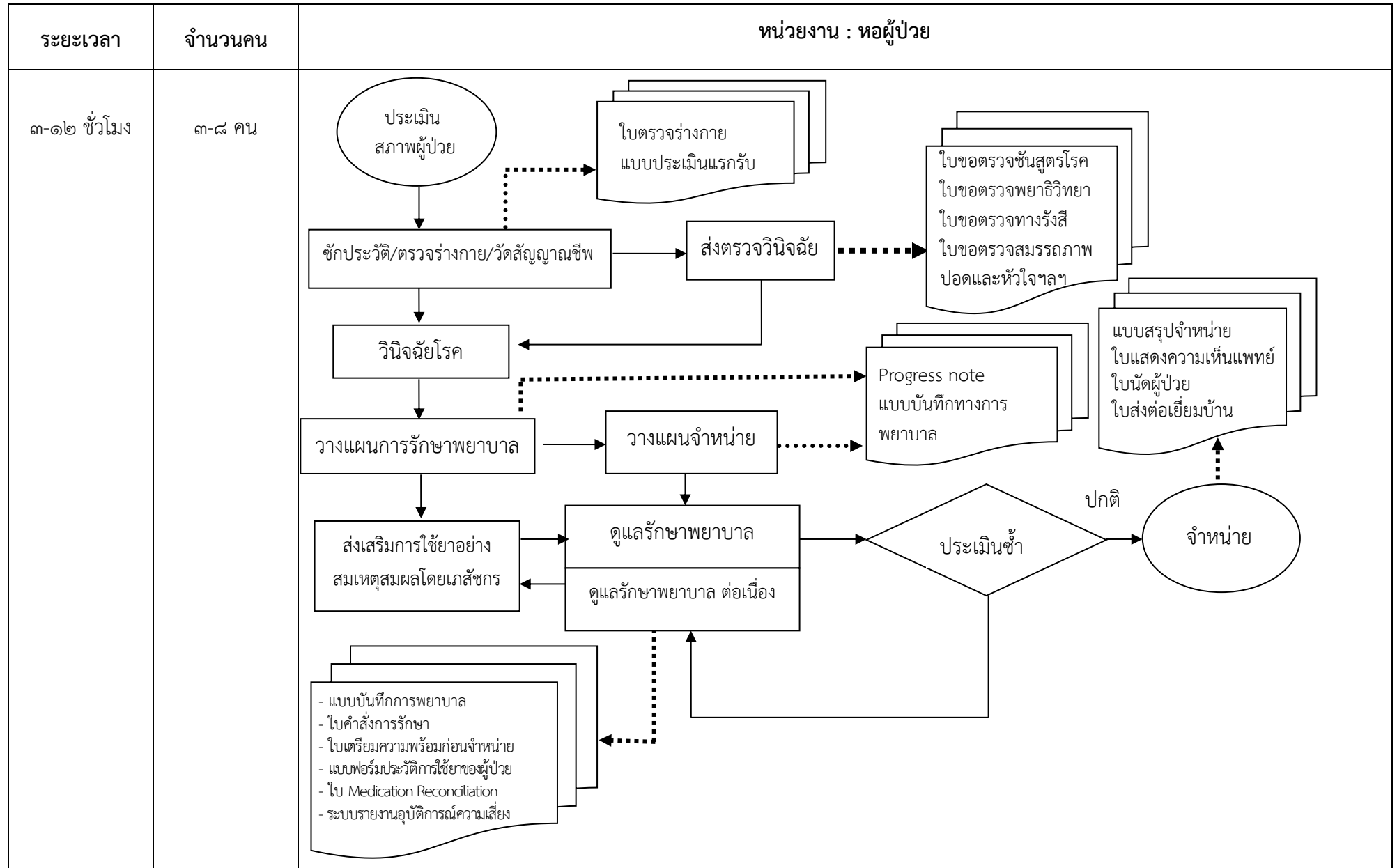
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย (ต่อ)



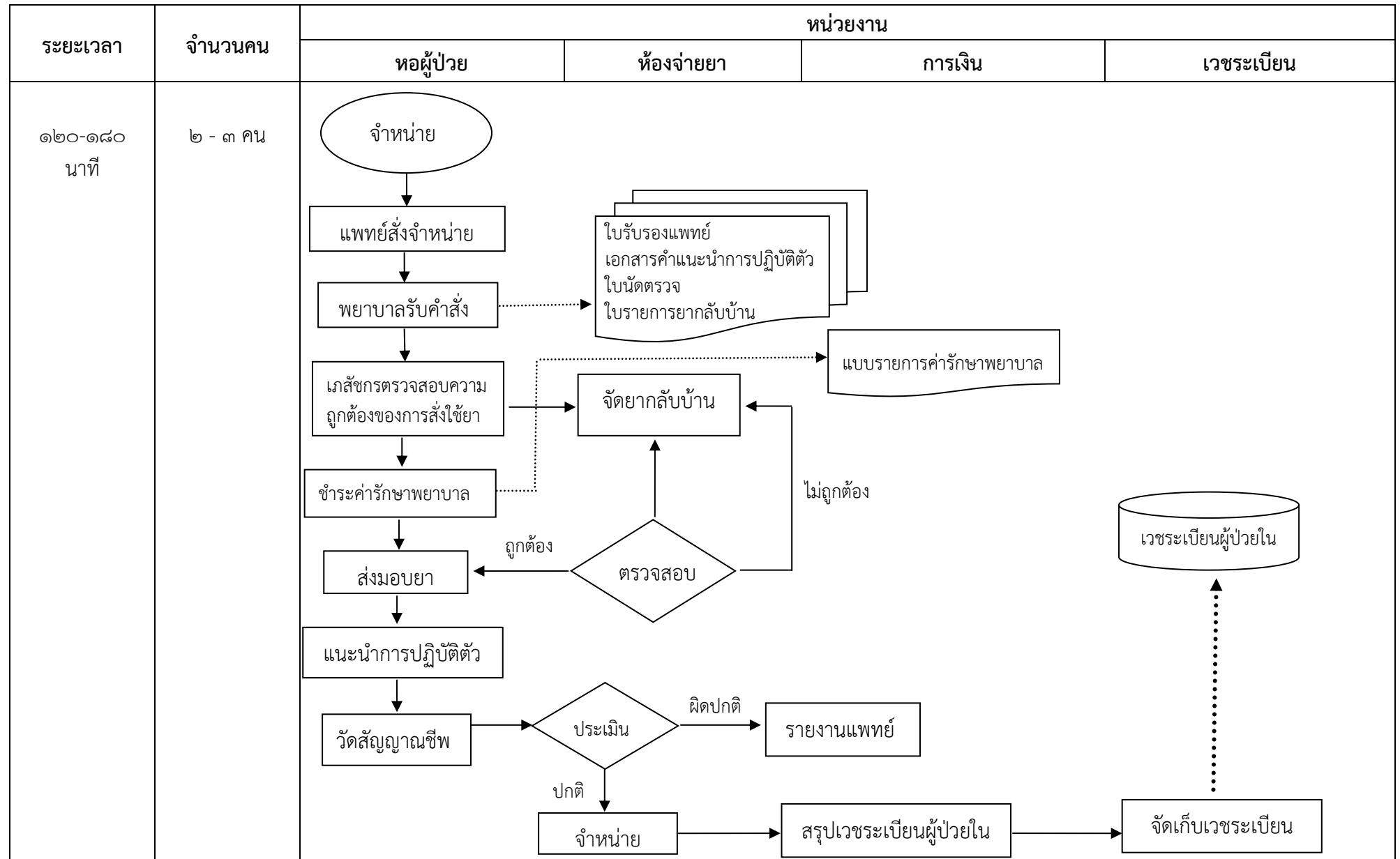
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการรับผู้ป่วย



กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล



กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการจำหน่าย



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มาตรฐานคุณภาพงาน และการติดตามประเมินผลของกระบวนการบริการผู้ป่วยใน
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย

[illegible]

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการเตรียม ความพร้อมของหอผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
	↓	๑๕ นาที	การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน -หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการเบิกวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ให้ตรงกับความต้องการ และความจำเป็นในการให้บริการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย - ทีมการพยาบาลตรวจนับและตรวจสอบความพร้อมก่อนใช้งานของอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์บนรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน บันทึกในแบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้/ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉินดูแลให้สะอาดทุกเวอร์และหลังใช้ และส่งทำให้ปราศจากเชื้อหรือเบิกเปลี่ยนกับหน่วยงานเวชภัณฑ์กลาง -กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ชำรุดเสียหาย ใช้งานไม่ได้ ทีมการพยาบาลแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการส่งซ่อม	- มาตรฐานการควบคุมและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ - มาตรฐานการจัดเตรียมยา/อุปกรณ์ในรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน	- เอกสารหรือข้อมูลในคอมพิวเตอร์	หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าทีมการพยาบาลในแต่ละเวอร์ หัวหน้าหอผู้ป่วย	- ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ ทำหรือขอให้ซ่อม - แบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์ - เครื่องมือ - เครื่องใช้ -ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน - แบบบันทึกการตรวจเช็คเครื่อง DEFIBRILLATOR - ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม	ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง - การจัดซื้อจัดจ้าง - การควบคุมและ สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ - การป้องกันการติดเชื้อ - การบริการเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ปราศจาก เชื้อ - การบริการซ่อมบำรุงเครื่องมือและเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์อุปกรณ์ - วิธีการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์สนับสนุน/ไม่มีในสต็อก

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการเตรียม ความพร้อมของหอผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
		๑๕ นาที	การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ ยูนิตผู้ป่วย ได้แก่ ห้องเตียงผู้ป่วย ห้องน้ำ ความแข็งแรงของเตียงผู้ป่วย หน้าต่าง ประตู ฝ้าเพดาน เหล็กดัด - หัวหน้าหอผู้ป่วยบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย พร้อมให้ บริการรักษาพยาบาล - หัวหน้าทีมการพยาบาล ประเมินความ เหมาะสมของสถานที่ ยูนิตผู้ป่วยที่จะให้ ผู้ป่วยนอน และมอบหมายงานให้สมาชิก ทีมการพยาบาลจัดตำแหน่งเตียงผู้ป่วยให้ เหมาะสมกับโรค อาการผู้ป่วย และการรักษา พยาบาล - ทีมการพยาบาลตรวจสอบความ เหมาะสมของสถานที่ ยูนิตผู้ป่วย และ จัด ตำแหน่งเตียงผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค อาการผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล - กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าสิ่งแวดล้อม ไม่ปลอดภัย ชำรุดเสียหาย ทีมการพยาบาล แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการ ส่งซ่อม - กรณีตำแหน่งเตียงผู้ป่วยไม่เหมาะสม กับโรค อาการผู้ป่วยและการรักษา พยาบาล สมาชิกทีมการพยาบาล ดำเนินการย้ายเตียง ผู้ป่วยให้เหมาะสม	- มาตรฐานการ บริการพยาบาล ผู้ป่วยใน - มาตรฐานการ จัดสิ่งแวดล้อมที่ ปลอดภัยในหอ ผู้ป่วย	- เอกสารหรือ ข้อมูลใน คอมพิวเตอร์	หัวหน้าหอ ผู้ป่วย	ใบขอเบิกสิ่งของ ขอให้ทำหรือ ขอให้ซ่อม หัวหน้าทีม การพยาบาล ในแต่ละเวร สมาชิกทีม การพยาบาล	ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง - การจัดซื้อจัดจ้าง - การควบคุมและสอบ เทียบเครื่องมือแพทย์ - การป้องกันการ ติดเชื้อแนวทาง ปฏิบัติ เรื่อง - การป้องกันและ ควบคุมเชื้อก่อโรค ดื้อยา - แนวทางการดำเนิน งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ สภาพแวดล้อม ใน การทำงาน ใน โรงพยาบาล - วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ และ การแพร่กระจายเชื้อ ที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบ บ่อยใน โรงพยาบาล

กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการรับผู้ป่วย กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล กระบวนการจำหน่าย								
ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ รับผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑	<pre> graph TD A([รับแจ้ง]) --> B[ประเมินสภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง] B --> C[เตรียมเตียง สถานที่ ยูนิต ผู้ป่วย] C --> D[] </pre>	๓๐ นาที	๑. รับแจ้งรับผู้ป่วยจากพยาบาล UMSC ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และ/หรือห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น ๆ - บันทึกรับผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ISBAR และแจ้งทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้ทราบ - กรณีเตียงเต็ม ปฏิบัติตามการวินิจฉัยสั่งการของหัวหน้าพยาบาลผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล และ/หรือ ผู้ตรวจการ			ทีม การพยาบาล	- แบบฟอร์ม บันทึกการ รับ-ส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วย ISBAR	วิธีการปฏิบัติงาน ของพยาบาลตรวจการ นอกเวลาราชการ
๒		๓ นาที	๒. หัวหน้าทีมการพยาบาลประเมินโรคอาการผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้งว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใดเพื่อจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งเตียงที่เหมาะสม			ทีม การพยาบาล		
๓		๕ - ๑๐ นาที	๓. ทีมการพยาบาลเตรียมสถานที่/เตียง/อุปกรณ์รับผู้ป่วยตามโรค อาการและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง และจัดเตรียมเอกสารประกอบการดูแลรักษาตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล			ทีมการ พยาบาล		วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง วิธีการรับผู้ป่วยเข้า รับการรักษาพยาบาล

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน รับผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
		๑๕ นาที	<u>การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม</u> สถานที่ <u>ยูนิตผู้ป่วย</u> ได้แก่ พื้นที่บริเวณ ห้อง/เตียงผู้ป่วย ห้องน้ำ ความแข็งแรงของ เตียงผู้ป่วย ราวผ้าม่าน หน้าต่าง ประตู ผ้าเพดาน เหล็กดัด - หัวหน้าหอผู้ป่วยบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย พร้อมให้ บริการรักษาพยาบาล - หัวหน้าทีมการพยาบาล ประเมินความ เหมาะสมของพื้นที่ <u>ยูนิตผู้ป่วย</u> และ มอบหมายงานให้สมาชิกทีมการพยาบาล จัดตำแหน่งเตียงผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค อาการผู้ป่วย และการรักษา พยาบาล - ทีมการพยาบาลตรวจสอบความ เหมาะสมของพื้นที่ <u>ยูนิตผู้ป่วย</u> และ จัด ตำแหน่งเตียงผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค อาการผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล - กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าสิ่งแวดล้อม ไม่ปลอดภัย ขาดวัสดุเสียหาย ทีมการพยาบาล แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการ ส่งซ่อม - กรณีตำแหน่งเตียงผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับ โรค อาการผู้ป่วย และการรักษา พยาบาล สมาชิกทีมการพยาบาล ดำเนินการย้ายเตียง ผู้ป่วยให้เหมาะสม	- มาตรฐานการ บริการพยาบาล ผู้ป่วยใน - มาตรฐานการ จัดสิ่งแวดล้อมที่ ปลอดภัยในหอ ผู้ป่วย	- เอกสารหรือ ข้อมูลใน คอมพิวเตอร์	หัวหน้าหอ ผู้ป่วย หัวหน้าทีม การพยาบาล ในแต่ละเวร สมาชิกทีม การพยาบาล	ใบขอเบิกสิ่งของ ขอให้ทำหรือ ขอให้ซ่อม	ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง - การจัดซื้อจัดจ้าง - การควบคุมและสอบ เทียบเครื่องมือแพทย์ - การป้องกันการ ติด เชื้อแนวทางปฏิบัติ เรื่อง - การป้องกันและ ควบคุมเชื้อก่อโรค ดื้อยา - แนวทางการดำเนิน งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ สภาพแวดล้อม ในการทำงานใน โรงพยาบาล - วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ และ การแพร่กระจายเชื้อ ที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบ บ่อยใน โรงพยาบาล

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน รับผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๔	รับใหม่ / ต้อนรับ 	๕ - ๑๐ นาที	๔. รับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ส่งพร้อมชุด Admit กรณีรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น รับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ส่งพร้อมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน - ให้การต้อนรับ ทักทายผู้ป่วย/ญาติ นำผู้ป่วย/ญาติไปที่เตียง แนะนำสถานที่กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย ตามเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย - หัวหน้าทีมการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของเอกสารชุด Admit, ชื่อ-สกุล, H.N., A.N. ให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ทวนสอบป้ายชื่อมือ ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) - ทีมการพยาบาลตรวจสอบสิทธิ และหลักฐานดำเนินการตามสิทธิ - <u>กรณีมีข้อผิดพลาด</u> เช่น <u>เอกสารชุด Admit</u> ไม่ตรงกับผู้ป่วย หัวหน้าทีมการพยาบาลประสานงานกลับไปยังหน่วยงานที่ส่ง และเจ้าหน้าที่ผู้นำผู้ป่วยมาส่ง นำเอกสารไปยังหน่วยงานนั้น เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง		เอกสาร	ทีมการพยาบาล	แบบตรวจสอบเอกสารและเวชระเบียน	- วิธีปฏิบัติงาน เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ รับผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๕	ให้ข้อมูล ↓	๕ - ๑๐ นาที	๕. หัวหน้าทีมการพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนลงนามยินยอมรับการรักษาและลงนามพยานในหนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลและตรวจสอบข้อมูลให้เรียบร้อย <u>กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษา</u> รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสียของการปฏิเสธการรักษา สั่งการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติลงนามและลงนามพยาน ในหนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา/ผ่าตัดหัตถการ		เอกสาร	หัวหน้าทีม การพยาบาล	หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษา หนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ	แนวปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย & จริยธรรมองค์กร วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การผูกมัดผู้ป่วย วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การปฏิเสธการรักษา
๖	ประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ / ตรวจร่างกาย / วัดสัญญาณชีพ ↓	๓๐-๖๐ นาที	๖. ทีมการพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยรับใหม่และบันทึกตามแบบประเมินผู้ป่วย <i>แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ</i> <i>แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ</i> ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) - หัวหน้าทีมการพยาบาลรายงานแพทย์ - แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย และบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายในใบ Admission Record และวินิจฉัยสั่งการรักษา ทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาและติดตามผลการตรวจรายงานผลให้แพทย์ทราบ		เอกสาร	ทีม การพยาบาล แพทย์ เจ้าของไข้	- แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ - แบบประเมินแรกรับทารกป่วย - แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ - Admission Record (GENERAL) - รายงานชั้นสูติเวช	วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน รับผู้ป่วย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๗	↓ วินิจฉัยโรค	๑๕-๓๐ นาที	๗. แพทย์ประมวลผลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจต่างๆ และลง ความเห็นวินิจฉัยโรค		เอกสาร	แพทย์ เจ้าของไข้	- Physician's Order & Progress Note	
๘	↓ วางแผน การรักษาพยาบาล	๑๕-๓๐ นาที	๘. แพทย์และทีมการพยาบาลวางแผน การรักษาพยาบาลร่วมกัน - กรณีที่แพทย์ลงความเห็นให้ปรึกษา แพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	มาตรฐานวิชาชีพ กระบวนการ พยาบาล	เอกสาร	แพทย์และ ทีมการพยาบาล/ ทีมสหสาขา วิชาชีพ	- แบบบันทึกการ วางแผนการพยาบาล - ใบปรึกษาแพทย์ ระหว่างแผนก	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง วิธีการปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง/สหสาขา วิชาชีพ
๙	↓ ส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผลโดยเภสัชกร	๑๐-๑๒๐ นาที	๙. เภสัชกรอ่านทบทวนความเหมาะสม ของการสั่งใช้ยา พร้อมจัดทำประวัติการ ใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการด้านการ กระจายยา / ติดตามการใช้ยาเพื่อเฝ้าระวัง ADR และ DI / ดำเนินการจัดทำ Medication Reconciliation/ทบทวนและประเมินการ ใช้ยาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	มาตรฐาน วิชาชีพเภสัชกรรม โรงพยาบาล	เอกสาร	เภสัชกรแพทย์ และทีม การพยาบาล	- แบบฟอร์ม ประวัติการใช้ยา ของผู้ป่วย - ใบ Medication Reconciliatin	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การจ่ายยาสำหรับ ผู้ป่วยใน
๑๐	↓ วางแผนจำหน่าย	๓๐ นาที	๑๐. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค พยาธิสภาพ อาการ การวินิจฉัยโรค แนว ทางการรักษาพยาบาล และวางแผนการ จำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ			ทีมสหสาขา วิชาชีพ	- Physician's Order & Progress Note - บันทึกทางการ พยาบาล	

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน ดูแลรักษาพยาบาล	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑๑	ดูแลรักษาพยาบาล	๓-๑๒ ชั่วโมง	๑๑. แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้า ทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย และสั่งการรักษา - หัวหน้าทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับ มอบหมายตรวจสอบแผนการรักษาและ มอบหมายให้ทีมการพยาบาลปฏิบัติตาม แผนการรักษา/ตาม CPG หรือ care map - ทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย ติดตามและรายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ - ทีมการพยาบาลให้ การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้องตาม แผนการรักษา/ตาม CNPG พร้อมบันทึกการให้ สารน้ำ/เลือด (ถ้ามี) และการให้ยาทุกชนิด ตลอดจนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุก ราย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการเฝ้า ระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล - ระหว่างผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล แพทย์และทีมการพยาบาลให้การดูแล รักษา รวมถึงการเฝ้า ระวังผู้ ป่วยทรุดลงใน โรงพยาบาล และกรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลง แพทย์ และทีมการพยาบาลให้การดูแล ช่วยเหลือ ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการ วัดสัญญาณชีพและการเฝ้า ระวังอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย			แพทย์และทีม การพยาบาล/ พยาบาลที่ได้ รับมอบหมาย	แผ่นบันทึกการ เจาะน้ำตาล ปลายนิ้ว (DIABETIC CHART) - ใบให้สารน้ำ / เลือด ทาง หลอดเลือดดำ - ใบแจ้งการให้ ยาทุกชนิด (oneday) - ใบแจ้งการให้ ยาทุกชนิด (continue) - แบบบันทึก Device Round - แบบบันทึก สังเกตอาการ Vital sign + SOS Score	วิธีปฏิบัติงานเรื่อง - การเฝ้าระวังโรค ติดเชื้อในโรงพยาบาล - การวัดสัญญาณชีพ และการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย (Vital Sign & Early Warning Sign)

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน ดูแลรักษาพยาบาล	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
			- กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดทำงาน แพทย์และทีม การพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือ หรือ ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ปฏิบัติตามวิธี ปฏิบัติงานเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ หัวหน้าทีมการพยาบาลติดต่อหอผู้ป่วย วิกฤต เพื่อย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง แนวทาง การรับผู้ป่วยเข้าหอบำบัดผู้ป่วยหนัก ICU - ทีมการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ตามวิธี ปฏิบัติงานเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยใช้ เครื่องช่วยหายใจและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อ หย่าเครื่องช่วยหายใจตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง วิธีการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยใจ - กรณีที่ผู้ป่วยต้องผ่าตัด ทีมการพยาบาล ปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด และวิธีการส่งผู้ป่วยเข้า ห้องผ่าตัด - กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะ ประสานงานกับ หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ - ทีมการพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการ ให้บริ การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติ พยาบาล ผลการพยาบาลในบันทึกทางการ พยาบาล และรายงานข้อมูลกับหัวหน้าทีมการ พยาบาลเพื่อส่งต่อไป			แพทย์และ ทีม การพยาบาล	แบบบันทึก CPR NURSING RECORD แบบบันทึกการใช้ และ การ หย่า เครื่องช่วยหายใจ - การเตรียมความ พร้อมผู้ป่วยผ่าตัด	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง - การช่วยฟื้นคืนชีพ - แนวทางการรับ ผู้ป่วยเข้าหอบำบัด ผู้ป่วยหนัก (ICU) - การดูแลผู้ป่วยใช้ เครื่องช่วยหายใจ - การดูแลผู้ป่วยหย่า เครื่องช่วยใจ - คู่มือปฏิบัติ การ พยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด - วิธีการส่งผู้ป่วยเข้า ห้องผ่าตัด

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ จำหน่าย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑๒	<pre> graph TD A[ดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง] --> B(จำหน่าย) B --> C[แพทย์สั่งจำหน่าย] C --> D[พยาบาลรับคำสั่ง] D --> E[เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา] E --> F[ชำระค่ารักษาพยาบาล] F --> G[ส่งมอบยา] G --> H[แนะนำการปฏิบัติตัว] H --> I[วัดสัญญาณชีพ] I --> J[สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน] J --> K[จัดเก็บเวชระเบียน] E -->|ถูกต้อง| G E -->|ไม่ถูกต้อง| L{ตรวจสอบ} L --> M[จ่ายกลับบ้าน] L -->|ไม่ถูกต้อง| E </pre>	๑๒๐ - ๑๘๐ นาที	- แพทย์ และทีมการพยาบาลร่วมกัน ประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความเหมาะสมเพื่อ ตรวจสอบผลการรักษาพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีโรค ซับซ้อน เสี่ยงสูง กรณีพบอุบัติเหตุ ภัย ความเสี่ยง รายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS - แพทย์ และทีมการพยาบาลวางแผน จำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๑๒. การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง กรณี มีความจำเป็นที่ ควรต้องได้รับการ เยี่ยมบ้าน พยาบาลบันทึกลงใบบันทึกการ วางแผนจำหน่ายหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน และลงข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ๑๓. แพทย์พิจารณาสั่งการจำหน่ายผู้ป่วย ทีมการพยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย ลงในแบบบันทึกการเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตรวจสอบ แผนการรักษา ส่งรายการยากลับบ้าน ให้เภสัชกร ตรวจสอบความถูกต้องของการ สั่งใช้ยาพร้อมจัดเตรียมยากลับบ้าน และ จัดทำใบ medication reconciliation		เอกสาร	แพทย์และ ทีมการพยาบาล ทีมพยาบาล อนามัยชุมชน	- แบบบันทึกการ เตรียมความพร้อม ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย - ใบบันทึกการ วางแผนจำหน่าย หรือส่งข้อมูลเยี่ยม - แบบบันทึก สรุปรการจำหน่าย ผู้ป่วย (Discharge Summary)และ การดูแลต่อเนื่อง	- คู่มือการใช้งาน การรายงานความ เสี่ยงผ่านระบบ HRMS (HRMS on Cloud) วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน จำหน่าย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
			- บันทึกค่าใช้จ่ายและตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยถ้ามีค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินให้ผู้ป่วย/ญาติ จ่ายเงินที่การเงินก่อนกลับบ้าน - กรณีที่แพทย์นัด ทีมการพยาบาลบันทึกนัดทางคอมพิวเตอร์เพื่อบันทึกการนัดหมายกับผู้ป่วยและญาติ - พยาบาล/เภสัชกรคลินิกประจำหอผู้ป่วยส่งมอบยาให้ผู้ป่วยพร้อมใบรายการยากลับบ้าน - พยาบาลอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการนัดหมายในแอปพลิเคชัน หมอ กทม. หรือ ใบนัดตรวจติดตาม - ทีมการพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ ตามแนวทางบันทึกกิจกรรมเพื่อเตรียมการจำหน่ายให้ความรู้ DMETHOD - กรณีผู้ป่วยต้องการแบบใบแสดงความเห็นแพทย์ (สำหรับลาป่วย) ทีมการพยาบาลเตรียมแบบใบแสดงความเห็นแพทย์ (สำหรับลาป่วย) ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้เขียน - สรุปการจำหน่ายในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย/บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทีมการพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย			ทีมการพยาบาล หรือ เภสัชกรคลินิก แพทย์ เจ้าของไข้	แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย - ใบแสดงความเห็นแพทย์แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) และการดูแลต่อเนื่อง	คู่มือ อัตราค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์รูปแบบพิเศษและหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการยกเว้นหรือลดหย่อนค่าบริการ วิธีปฏิบัติงานเรื่อง - การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน - การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ผู้ป่วยใน) - การจำหน่ายผู้ป่วย

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการงาน จำหน่าย	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
			- กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่มการพยาบาล ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยถึง แก่กรรม และแจ้งพนักงานรักษาศพมา รับศพภายหลังศพอยู่บนหอผู้ป่วยครบ ๒ ชั่วโมง ตามกฎของโรงพยาบาลให้ เจ้าหน้าที่ห้องนิรภัยเซ็นรับศพ ในสมุด ตารางรับ - ส่งศพ ปฏิบัติตามวิธี ปฏิบัติงาน เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)			ทีมการพยาบาล และ พนักงานรักษาศพ	- สมุดตาราง รับ-ส่งศพ	- คู่มือการดูแลผู้ป่วย ถึงแก่กรรม - วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)

หมายเหตุ

๑. ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนใช้เวลาตามมาตรฐานงานที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับภาระการประเภของผู้ป่วย ระดับความรุนแรง และประเภของหอผู้ป่วย
๒. แบบฟอร์มที่ใช้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล

๑๑. กระบวนการบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

เนื่องจาก สำนักรแพทย์ มีส่วนราชการระดับโรงพยาบาลที่มีขนาดและศักยภาพแตกต่างกัน จึงทำให้มีบริบทและความพร้อมในการให้บริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้การบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้แต่ละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ดำเนินการศึกษา และปฏิบัติตามขั้นตอนตามแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (Business Continuity Plan – BCP) ทั้งในระดับสำนักการแพทย์ และในระดับโรงพยาบาล ตามรายการเอกสารอ้างอิงอย่างเคร่งครัด

๑๒. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ)

- ๑๒.๑ รายงานตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน
- ๑๒.๒ แบบฟอร์มบันทึกการรับ - ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ISBAR
- ๑๒.๓ แบบบันทึกการตรวจเช็คเครื่อง DEFIBRILLATOR
- ๑๒.๔ ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม
- ๑๒.๕ ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- ๑๒.๖ แบบตรวจสอบเอกสารเวชระเบียน (Checklist medical record)
- ๑๒.๗ Admission Record (GENERAL)
- ๑๒.๘ Physician's Order & Progress Note
- ๑๒.๙ ใบปรึกษาแพทย์ระหว่างแผนก
- ๑๒.๑๐ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- ๑๒.๑๑ แบบประเมินแรกรับทารกป่วย
- ๑๒.๑๒ แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ
- ๑๒.๑๓ แบบบันทึกการประเมินปัญหาสำคัญที่พบ (Focus list)
- ๑๒.๑๔ บันทึกทางการพยาบาล
- ๑๒.๑๕ แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
- ๑๒.๑๖ แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) และการดูแลต่อเนื่อง
- ๑๒.๑๗ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index)
- ๑๒.๑๘ ใบ General in patient summary
- ๑๒.๑๙ รายงานชั้นสูตรโรค
- ๑๒.๒๐ ใบรายงานผลเอกซเรย์และผลการตรวจอื่น
- ๑๒.๒๑ ใบรายงานผลเลือด
- ๑๒.๒๒ ใบบันทึกสัญญาณชีพ
- ๑๒.๒๓ แบบบันทึกสังเกตอาการ Vital sign+SOS Score
- ๑๒.๒๔ แผ่นบันทึกการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DIABETIC CHART)
- ๑๒.๒๕ หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
- ๑๒.๒๖ หนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ
- ๑๒.๒๗ แบบบันทึก Device Round
- ๑๒.๒๘ แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- ๑๒.๒๙ แบบบันทึก CPR NURSING RECORD
- ๑๒.๓๐ ใบเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

๑๒. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ) (ต่อ)

- ๑๒.๓๑ ใบให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือด
- ๑๒.๓๒ ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (One Day)
- ๑๒.๓๓ ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Continue)
- ๑๒.๓๔ แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน
- ๑๒.๓๕ คู่มือการใช้งานการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS (HRMS on cloud)

๑๒.๑ (ตัวอย่าง) รายงานตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน

[illegible]

๑๒.๒ (ตัวอย่าง) แบบฟอร์มบันทึกการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ISBAR

แบบฟอร์มบันทึกการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ISBAR

Identification การระบุชื่อ	Situation ปัญหา/อาการ/ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย	Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์	Assessment การประเมินสถานการณ์	Recommendation ข้อเสนอแนะในการดูแลต่อเนื่อง
รับใหม่จาก				
รับย้ายจาก				
วันที่				
เวลา				
ผู้รายงาน				
ผู้รับรายงาน				
ชื่อผู้ป่วย				
นามสกุล.....				
อายุ ปี				
HN				
Dx.....				
สิทธิการรักษา				
.....				
แพทย์เจ้าของไข้				
.....				

๑๒.๓ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการตรวจเช็คเครื่อง DEFIBRILLATOR

เดือน พ.ศ.

ตารางการตรวจเช็คเครื่อง DEFIBRILLATOR ยี่ห้อ NIHON KOHDEN รุ่น TEC-5600

รายการ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ตรวจสอบว่าเครื่องไม่ได้ทำการคั่นกับผู้ป่วย																															
2. ตรวจสอบสาย Cable / ข้อต่อต่างๆ สายคลื่น ECG, SpO2																															
3. หมุนปุ่มไปที่ BASIC CHECK กดปุ่ม START																															
3.1 SD CARD CHECK กด SKIP																															
3.2 OUT OF PAPER CHECK กด NEXT																															
3.3 SYSTEM CHECK																															
3.4 PADDLE CHECK กด YES แล้วกด OK																															
3.5 DEFIBRILLATOR CHECK																															
- PRESS CHARGE BUTTON กด CHARG 50 J กด SHOCK PADDLE																															
- PRESS CHARGE BUTTON กด CHARG 270 J เครื่องจะปล่อยประจุเอง																															
3.6 PACING CHECK กด START/STOP KEY																															
3.7 BATTERY CHECK กด OK																															
3.8 STATUS INDICATOR CHECK																															
- IS THE STATUS INDICATOR RED? ☒ กด YES																															
- IS THE STATUS INDICATOR GREEN? ☐ กด YES																															
3.9 VOICE CHECK ถ้าได้ยินเสียง กด YES																															
3.10 ALARM CHECK																															
- was there a crisis alarm sound with blinking indicator สีแดง กด YES																															
- was there a warning alarm sound with blinking indicator สีเหลือง กด YES																															
- was there an advisory alarm sound with blinking indicator สีฟ้า กด YES																															
3.11 EKG CHECK																															
3.12 MULTIPARAMETER CHECK - connect CO2 adapter กด SKIP																															
3.13 BLUETOOTH CHECK → not connector																															
3.14 RECORDER CHECK กด YES กด PRINT RESULTS																															
ลงชื่อผู้ตรวจสอบ	เวรคึก																														
	เวรเช้า																														
	เวรบ่าย																														
ไม่ผ่านเพราะ																															

หมายเหตุ ถ้าผ่านให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ไม่ผ่านให้ใส่เครื่องหมาย X และระบุเหตุผลที่ไม่ผ่าน

๑๒.๔ (ตัวอย่าง) ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม

หน้า ๑



ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสียโรงพยาบาลตากสิน
โทร.1157 , 1158

ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย
เลขรับที่.....
วันที่.....
เวลา.....

ใบแจ้งจัดทำ/ซ่อม

☐ ในเวลาราชการ

☐ นอกเวลาราชการ

งานซ่อมบำรุง 1

☐ ระบบไฟฟ้าและสื่อสาร
☐ ระบบระบายอากาศ(พัดลม)
☐ เครื่องใช้ไฟฟ้า/สำนักงาน
☐ อื่นๆ.....

งานซ่อมบำรุง 2

☐ อาคารสถานที่ (โยธา,ไม้,สีและโลหะ)
☐ ระบบสุขาภิบาล(ประปา,สุขภัณฑ์)
☐ งานรถเข็น เตียง โต๊ะรถเข็นของ
☐ อื่นๆ.....

งานซ่อมบำรุง 3

☐ ระบบเครื่องจักรกลและระบบหม้อไอน้ำ
☐ ระบบปรับอากาศแบบรวมศูนย์/แยกส่วน
☐ ระบบบำบัดน้ำเสียและวิเคราะห์คุณภาพน้ำ
☐ อื่นๆ.....

ชื่อหน่วยงาน/หอผู้ป่วย.....

วันที่.....

โทรศัพท์.....

ลำดับ	รายการสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์	ทะเบียนทรัพย์สิน	จำนวน	สาเหตุ/อาการชำรุดเบื้องต้น	หมายเหตุ
1.					

หมายเหตุ เพื่อเป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานขอความร่วมมือแจ้งซ่อมหรือสร้าง 1 งานต่อ 1 ใบงาน และลงชื่อการตรวจรับตามวันเวลาจริง

มอบให้.....ดำเนินการ

ลงชื่อ.....

ผู้แจ้ง (หัวหน้าหน่วยงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้า / ผู้รับมอบหมาย

(.....)

หรือเจ้าหน้าที่)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

เข้าตรวจสอบหน้างาน/ดำเนินการ วันที่.....เวลา.....

ผลการตรวจสอบ / ผลการดำเนินการ

หน้า ๑

ครั้งที่ 1 เวลา.....น. (ใช้อุปกรณ์ / ไม่เสร็จเนื่องจากสาเหตุ)

☐ งานซ่อมแซม/เปลี่ยน

☐ แล้วเสร็จ

☐ งานสร้างใหม่ / ติดตั้งใหม่

☐ ไม่แล้วเสร็จ

หัวหน้า(ผู้รับมอบหมาย).....

☐ นัดดำเนินการครั้งที่ 2 วันที่...../...../.....

☐ ดำเนินการแล้วเสร็จ พร้อมตรวจสอบการใช้งานได้ดี

☐ เห็นควรจ้างเหมาช่างชำนาญการเฉพาะ (ส่งช่างนอก)

☐ เห็นควรขอความเห็นชอบในหลักการจัดซื้ออะไหล่

☐ เห็นควรขอความเห็นชอบในหลักการขอยุบสภาพ

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับงาน(หน่วยงาน/หอผู้ป่วย)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ครั้งที่ 2 เวลา.....น. (ใช้อุปกรณ์ / ไม่เสร็จเนื่องจากสาเหตุ) เรียบ

☐ งานซ่อมแซม/เปลี่ยน

☐ แล้วเสร็จ

☐ งานสร้าง / ติดตั้งใหม่

☐ ไม่แล้วเสร็จ

หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย

เพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้รับ-

(.....) มอบหมาย

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับงาน(หน่วยงาน/หอผู้ป่วย)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

๑๒.๔ (ตัวอย่าง) ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม

หน้า ๒

หน้า 2/2

ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย
เลขที่.....
วันที่.....
เวลา.....

เรียน หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย

ลงชื่อ.....หัวหน้า (ผู้รับ-
(.....) มอบหมาย)
...../...../.....

เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ฝ่ายบริหาร

โปรดพิจารณานำเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อโปรดเห็นชอบในหลักการ

- ☐ จ้างเหมาช่างชำนาญเฉพาะด้าน(ช่างนอก) ☐ ขอจัดซื้ออะไหล่ ☐ ขอยุบสภาพเพื่อรอจำหน่าย
☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุง
(.....) และกำจัดของเสีย
...../...../.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน(ผ่านรองผอ.ฝ่ายการแพทย์/ฝ่ายบริหาร)

โปรดพิจารณาให้ความเห็นชอบในหลักการ

- ☐ จ้างเหมาช่างชำนาญงานเฉพาะด้าน(ส่งช่างนอก) ☐ ขอจัดซื้ออะไหล่ ☐ ขอยุบสภาพเพื่อรอจำหน่าย
☐ ดำเนินการในส่วนเกี่ยวข้อง อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
(.....) /ฝ่ายบริหาร
...../...../.....

เห็นชอบในหลักการ

- ☐ จ้างเหมาช่างชำนาญงานเฉพาะด้าน(ช่างนอก) ☐ ขอจัดซื้ออะไหล่ ☐ ขอยุบสภาพเพื่อรอจำหน่าย
☐ มอบฝ่ายพัสดุดำเนินการในส่วนเกี่ยวข้องต่อไป ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการ
(.....) โรงพยาบาลตากสิน
...../...../.....

เรียน หัวหน้าฝ่ายพัสดุ

- ☐ เพื่อดำเนินการในส่วนเกี่ยวข้องต่อไป
☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุง
(.....) และกำจัดของเสีย
...../...../.....

เรียน หัวหน้า (กลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์/หอผู้ป่วย)

- ☐ เพื่อทราบ และประสานงานกับฝ่ายพัสดุต่อไป
☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุง
(.....) และกำจัดของเสีย
...../...../.....



โรงพยาบาลตากสิน

ใบตรวจสอบบรรดช่วยเหลือชีวิตฉุกเฉิน

ขอผู้ป่วย

[illegible]

หมายเหตุ : N = จำนวน/ Q =คุณภาพ /S= สถานะ

๑๒.๕ (ตัวอย่าง) ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

หน้า ๒



โรงพยาบาลตากสิน

ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

หอผู้ป่วย

รายการ	ร/ด/ป																																						
	จำนวน	M	M	เข้า			ป่วย			ตึก			เข้า			ป่วย			ตึก			เข้า			ป่วย			ตึก			เข้า			ป่วย			ตึก		
		x	n	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S	N	Q	S			
ชั้นที่3-4																																							
18.ถุงมือ STERILE																																							
19.AIRWAYS ADULT																																							
20.ENDOTRACHEAL TUBE																																							
21.T-WAYS																																							
22. SYRINGE DISPOSIBLE																																							
23.DISPOSIBLE NEEDLE																																							
24.ชุดให้สารน้ำ																																							
25.SET IV																																							
ผู้ตรวจสอบ																																							

หมายเหตุ : N = จำนวน / Q = คุณภาพ / S = สถานะ

๑๒.๖ (ตัวอย่าง) แบบตรวจสอบเอกสารเวชระเบียน (Checklist medical record)

โรงพยาบาลตากสิน

แบบตรวจสอบเอกสารเวชระเบียน (CHECKLIST MEDICAL RECORD)

ลำดับ	ชื่อเอกสาร	รับใหม่		รับย้าย		รับย้าย		รับย้าย		จำหน่าย	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1	General in patient Summary / Labor and Delivery Summary										
2	Clinical Medical Section										
	2.1 Admission Record (General / Obstetrics)										
	2.2 ประวัติการรักษาจากที่อื่น / ใบส่งตัว / ใบส่งต่อผู้ป่วย										
	2.3 Inform Consent / ใบยินยอมผ่าตัด / ทำหัตถการ										
	2.4 Physician's order & Progress Note										
	2.5 Consultation Report / Care Map / CPG										
	2.6 Anesthetic Record										
	2.7 Operation Record										
	2.8 ใบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม / ใบฝากครรภ์										
	2.9 ใบรายงานชันสูตรโรค / การให้เลือด / ผล x-rays และอื่นๆ										
	2.10 EKG / EEG / NST										
	2.11 Other Special Report - Radiation / Chemo.										
3	Paramedical Section										
	3.1 Physiotherapy Sheet										
	3.2 Social worker Report / Other.....										
4	Nursing Section										
	4.1 แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ (ทั่วไป / สูติกรรม / แรกเกิด)										
	4.2 บันทึกทางการพยาบาล / Intensive Care Record										
	4.3 ใบบันทึกสัญญาณชีพ										
	4.4 Patograph / Labor Record										
	4.5 แบบบันทึกสังเกตอาการ (ทั่วไป/เด็ก)/ใบเตรียมความพร้อมผ่าตัด										
	4.6 OR. Note ก่อนผ่าตัด / ระยะผ่าตัด / หลังผ่าตัด										
	4.7 AN.Note ก่อนผ่าตัด / ระยะผ่าตัด / หลังผ่าตัด / RR Record										
	4.8 ใบให้สารน้ำ / เลือดทางหลอดเลือดดำ										
	4.9 ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Oneday/Continue)										
	4.10 Diabetic Chart / Neuro Sheet / แบบประเมินแม่										
	4.11 ใบ Hemo / Peritoneal Dialyse / CRRT Record										
	4.12 ใบ PRE-POST Test Counselling										
	4.13 อื่นๆ.....										
	4.14 ใบเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย(ทั่วไป / สูติกรรม / แรกเกิด)										
	4.15 แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย										
	4.16 OPD Card / Film / บัตรประจำตัวผู้ป่วย / ป้ายชื่อมือ										
	ลงนามผู้ส่ง										
	ลงนามผู้รับ										

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....AN.....

๑๒.๗ (ตัวอย่าง) Admission Record (GENERAL)

ADMISSION RECORD (GENERAL)			
Chief complaints :			
Present illness :			
.....			
.....			
Para.....last.....Year L.M.P.....Contraception.....			
Vaccination.....Development.....			
OB-GYN History			
Past illness.....			
Family, personal, social history.....			
Review of system ☐ ไม่มี ☐ มี.....			
ประวัติได้จาก ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ..... ☐ ใบส่งต่อ..... ประวัติแพทย์ ☐ ไม่มี ☐ มี.....			
บุหรี ☐ ไม่สูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่.....มวน ระยะเวลา.....ปี แอลกอฮอล์ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม.....แก้ว ระยะเวลา.....ปี			
Physical examination : VITAL SIGN BP.....mmHg BT.....°C PR...../min RR... ..../min BW.....Kgs HT.....cms			
Body system	Normal	Abnormal	Comment on all abnormalities
General	.....	.....	.....
Head & Neck	.....	.....	.....
Skin	.....	.....	.....
Extremities	.....	.....	.....
EENT	.....	.....	.....
Lymph nodes	.....	.....	.....
Cardiovascular	.....	.....	.....
Pulmonary	.....	.....	.....
Abdomen	.....	.....	.....
Neurological	.....	.....	.....
Others	.....	.....	.....
Problem lists :			
.....			
Diagnosis :			
Plans : ☐ Curative treatment ☐ Symptomatic & Supportive ☐ Palliative treatment			
☐ Investigate ☐ Other			
Date.....Signature.....MD.			
Name.....Age.....yrs, H.N.A.N.			

[illegible]

ชื่อ.....อายุ.....ปีที่ภายใน.....ตึก.....ห้อง สามัญ พิเศษ ที่.....

สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หมายเหตุ โปรตรับคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนไปยกเลิกคำสั่งเก่า

๑๒.๙ (ตัวอย่าง) ใบปรึกษาแพทย์ระหว่างแผนก

ใบปรึกษาแพทย์ระหว่างแผนก**Taksin Hospital****Department of.....****Urgent****Not urgent (within 24 hrs)****To.....****From.....****Patient's name..... Age.....****Ward..... A.N. no.....****Clinical History & Investigation.....**

.....

.....

.....

Tentative diagnosis.....

.....

.....

Please report regarding.....

.....

.....

Dr.**Date Time.....**

.....

Report of consultant

.....

.....

.....

.....

Dr.**Date Time.....****Consultation Request****TS:FM-TS01-GEN004:Rev.00**

๑๒.๑๐ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ

หน้า ๑

โรงพยาบาลตากสิน
แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ

รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 24 ชม. (กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อสำคัญก่อน)			
วันที่รับใหม่/รับย้าย		เวลา น. ถึงหอผู้ป่วยโดย ☐ เดินมาเอง ☐ รถนั่ง ☐ รถนอน	
รับจาก ☐ OPD ☐ ER ☐ ห้องสังเกตอาการ ☐ อื่น ๆ			
ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้อื่น เกี่ยวข้องเป็น			
ผู้มากับผู้ป่วย ☐ ญาติ ระบุ		☐ ไม่มี ☐ อื่น ๆ ระบุ	
สิทธิการรักษา ☐ 30 บาท ของ		☐ ปกส. ของ ☐ ดันสังกัด ของ ☐ พรบ. ☐ จ่ายเอง ☐ อื่น ๆ ระบุ	
การวินิจฉัยแยกโรค			
อาการสำคัญที่นำมา รพ.			
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน			
อาการแรกเริ่ม และอาการแสดงของผู้ป่วยแรกเริ่ม (สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจ-อารมณ์)			
V/S แรกเริ่ม T °C, P /min, R /min, BP mm Hg' น้ำหนัก กิโลกรัม, ส่วนสูง เซนติเมตร			
ประวัติสำคัญด้านสูติกรรม (เฉพาะผู้ป่วยสูติกรรม)			
<u>อาการสำคัญที่มารพ.</u>			
☐ เจ็บครรภ์	เวลา	น. วันที่	
☐ น้ำเดิน	เวลา	น. วันที่	
☐ เลือดออก	เวลา	น. วันที่	
☐ ทารกดิ้นน้อย	เวลา	น. วันที่	
☐ อื่น ๆ ระบุ			
<u>ตรวจหน้าท้อง</u> Fundus F.H.S. /min Position			
<u>ตรวจภายใน</u> ปากมดลูกเปิด ซม. ความบาง % ส่วนน้ำ ระดับ ถุงน้ำ			
<u>อวัยวะสืบพันธุ์</u> ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ			
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ			
ประวัติในอดีต			
การเจ็บป่วย ☐ ปฏิกิริยา ☐ โรคหัวใจ ปี ☐ ความดันโลหิตสูง ปี ☐ เบาหวาน ปี ☐ อื่น ๆ ระบุ			
การรักษาตัวใน รพ. ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุโรค/ระบุเวลา			
การผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย ระบุการผ่าตัด/เวลา			
การแพ้ยา/แพ้อาหาร ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุชนิด/อาการแพ้			
ยาที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุชนิด) 1.			
2.			
3.			
4.			

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย				เตียง/ห้อง

๑๒.๑๐ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง

หน้า ๒

ประวัติสุขภาพครอบครัว			
โรคทางพันธุกรรม	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุโรค/ระบุผู้เป็น
โรคติดต่อ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุโรค/ระบุผู้เป็น
ข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ			
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ			
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	☐ ซักถามเอง	☐ คลินิก	☐ ไป รพ.
อื่นๆ	☐ ไม่รู้	☐ รู้	ปี จำนวน /วัน เลิกเมื่อ
อื่นๆ	☐ ไม่รู้	☐ รู้	ปี จำนวน /วัน เลิกเมื่อ
2. ภาวะโภชนาการ และเมตาบอลิซึม			
การรับประทานอาหาร	วันละ	☐ ตรงเวลา	☐ ไม่ตรงเวลา เพราะ
ระบบทางเดินอาหาร	กลืนลำบาก	☐ คลื่นไส้	☐ อาเจียน ระบุลักษณะ
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก	☐ ปกติ	☐ เพิ่มขึ้น	กิโลกรัม ☐ ลดลง ☐ กิโลกรัม
เยื่อช่องปาก/ปาก/ฟัน	☐ ปกติ	☐ ไม่ปกติ (เช่น ลิ้นเป็นฝ้า, ฟันผุ, ฟันปลอม)	☐ อื่น ๆ ระบุ
ผิวหนัง	: สีผิว ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง	☐ มีจุดจ้ำเลือด/จุดเลือดออก	☐ อื่น ๆ ระบุ
	: ลักษณะผิวหนัง	☐ ตึงตัวปกติ ☐ แห้ง ☐ บวม	☐ อื่น ๆ ระบุ
	: ผื่น	☐ ไม่มี ☐ มี	ระบุ
	: แผล	☐ ไม่มี ☐ มี	ระบุ
3. การขับถ่าย			
การถ่ายอุจจาระ	☐ ปกติ ☐ ท้องเสีย ☐ ท้องผูก	☐ มีรูเปิดทางหน้าท้อง	☐ อื่น ๆ ระบุ
การถ่ายปัสสาวะ	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้	ระบุความถี่	
การขับถ่ายปัสสาวะ	☐ ปกติ เหลืองใส	☐ ขุ่น	☐ ไม่มีปัสสาวะ
	☐ ถ่ายปัสสาวะลำบาก	☐ ปัสสาวะเป็นเลือด	☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้
	☐ คายปัสสาวะ	☐ อื่น ๆ ระบุ	
4. กิจกรรม และการออกกำลังกาย			
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	☐ ได้ ☐ ไม่ได้	ระบุกิจกรรมที่ทำไม่ได้	
การเคลื่อนไหว	☐ ปกติ	☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง	ระบุบริเวณ
กำลังของกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ อ่อนแรง	ระบุบริเวณ
ระดับความรู้สึกตัว	☐ รู้สึกดี	☐ สับสน	☐ ซึม
	☐ ไม่รู้สึกตัว	☐ อื่น ๆ ระบุ	
การไหลเวียนโลหิต	: ลักษณะชีพจร	☐ สมบูรณ์	☐ ไม่สมบูรณ์
	☐ อื่น ๆ ระบุ		
การหายใจ	☐ ปกติ	☐ เหนื่อยหอบ	☐ หายใจลำบาก
	☐ อื่น ๆ ระบุ		
5. การนอนหลับพักผ่อน			
อุปนิสัยในการนอน	☐ ปกติ	นอนวันละ	ชม. ☐ นอนกลางวัน
	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
6. สถิติปัญหา และการรับรู้			
การมองเห็น	☐ ปกติ	☐ ตามัว	☐ สายตาสั้น
	☐ สายตายาว	☐ อื่น ๆ ระบุ	
การได้ยิน	☐ ปกติ	☐ หูตึง	☐ หูหนวก
	☐ อื่น ๆ ระบุ		
การพูด	☐ ปกติ	☐ เป็นไข้	☐ อื่น ๆ ระบุ
ภาษาพูด	☐ ไทย	☐ อื่น ๆ ระบุ	

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย			เตียง/ห้อง	

ความรู้สึกเรื่องความเจ็บปวด โดยใช้ Pain Scale

7. เพศ และการเจริญพันธุ์ (เฉพาะรายที่มีปัญหาด้านนี้)
 เพศหญิง มีประจำเดือน.....วัน/รอบ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
 เพศชาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

8. บทบาท และสัมพันธภาพ
 บทบาทในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว
 ระดับการศึกษา ☐ ประถม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
 อาชีพของผู้ป่วย ระบุ.....
 ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ระบุ.....

9. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์
 การแสดงออกด้านพฤติกรรม ☐ ให้ความร่วมมือ ☐ เอะอะไว้วาย ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 สภาพอารมณ์/จิตใจ ☐ กลัว ☐ โกรธ ☐ วิตกกังวล ☐ ลึกลับ ☐ เสียภาพลักษณ์ ☐ อื่นๆ.....

10. การเผชิญภาวะเครียด และการปรับตัว
 การตัดสินใจเรื่องสำคัญ ☐ ตัดสินใจเอง ☐ ผู้อื่นตัดสินใจ ระบุ.....
 ปัญหาความเครียดปัจจุบัน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

11. ความเชื่อและค่านิยม
 การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

บุคคลที่สามารถติดต่อประสานงานได้ กรณีฉุกเฉินชื่อ.....
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (นอกจากใน OPD Card).....

 หมายเลขโทรศัพท์ บ้าน (02).....มือถือ.....
 สรุปปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยรายนี้.....

ผู้ประเมิน.....วัน/เวลา.....ผู้ตรวจสอบ.....วัน/เวลา.....

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย			เตียง/ห้อง	

๑๒.๑๑ (ตัวอย่าง) แบบประเมินแรกรับทารกป่วย

หน้า ๑

แบบประเมินแรกรับทารกป่วย
หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลทารก

ชื่อ.....เพศ.....วันที่คลอด.....เวลา.....น.
 รับใหม่ / หรือรับย้าย วันที่.....เวลา.....น.
 วิธีการส่ง ☐ อุ้ม ☐ transport ☐ Crib
 การได้ออกซิเจน ☐ ไม่ได้รับ ☐ O₂ Box ☐ ETT with bagging
 ได้รับจาก ☐ LR ☐ OR ☐ Rooming in ☐ อื่นๆ.....
 อาการนำส่ง.....

การตรวจสอบความถูกต้องของทารก

ป้ายข้อมือผ้า ☐ มี ☐ ไม่มี
 ป้ายข้อมือพลาสติก ☐ มี ☐ ไม่มี
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 พยาบาลส่งเด็ก.....
 พยาบาลรับเด็ก.....เวลา.....น.

สัญญาณชีพแรกรับ

T.....°C HR...../min RR...../min
 BP.....mmHg Head Circumference.....cm Chest Circumference.....cm

การตรวจร่างกายทารก (Head to toe)

สีผิว ☐ Pink ☐ Meconium Stained ☐ Cyanosis
 ☐ Mottled ☐ Acrocyanosis ☐ Pale ☐ อื่นๆ.....
 ผิวหนัง ☐ อุ่น ☐ เย็น ☐ จ้ำ ☐ ถลอก ☐ ตุ่ม
 ☐ บางใส ☐ ผื่นแดง ☐ แห้ง/ลอก ☐ อื่นๆ.....
 การร้อง ☐ ร้องดัง ☐ ไม่ร้อง ☐ ร้องเบา ☐ อื่นๆ.....

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ

ศีรษะ ☐ เท่ากันทั้งสองข้าง ☐ ไม่เท่ากันทั้งสองข้าง ☐ Caput ☐ Molding
 ☐ Cephalhematoma ☐ Facial weakness ☐ Hydrocephaly ☐ Microcephaly
 ☐ Forceps mark ☐ Fontanelles ☐ Anterior..... ☐ Posterior.....
 ☐ อื่นๆ.....
 ใบหน้า ตา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
 หู ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ..... ☐ มีติ่ง..... ☐ อื่นๆ.....
 จมูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
 ปาก ☐ ปกติ ☐ มีฟัน..... ☐ ลิ้นติด ☐ ปากแหว่ง
 ☐ เพดานโหว่ ☐ อื่นๆ.....
 ลำคอ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

๑๒.๑๑ (ตัวอย่าง) แบบประเมินแรกรับการป่วย

หน้า ๒

การหายใจ	☐ ปกติ	ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
	☐ ร้องคราง	☐ Periodic	☐ หอบ	☐ ออกนุ้ม
รูปร่างทรวงอก	☐ ปกติ	☐ จมูกบาน	☐ ไม่หายใจ	☐ อื่นๆ.....
เสียงหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
		☐ ผิดปกติ.....		
		ระบบประสาท		
Moro	☐ มี	☐ ไม่มี		
Sucking	☐ มี	☐ ไม่มี		
Grasping	☐ มี	☐ ไม่มี		
Tonic Neck	☐ มี	☐ ไม่มี		
	☐ อื่นๆ.....			
		ระบบทางเดินอาหาร		
หน้าท้อง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
เสียงลำไส้บีบตัว	☐ มี	☐ ไม่มี		
สายสะดือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
รูทวารหนัก	☐ มี	☐ ไม่มี		
		ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก		
มือ/แขน	ซ้าย ☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
	ขวา ☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
ขา/เท้า	ซ้าย ☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
	ขวา ☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ.....		
		อวัยวะสืบพันธุ์		
ชาย	☐ ปกติ	☐ Hypospadias	☐ Epispadias	☐ อื่นๆ.....
หญิง	☐ ปกติ	☐ บวม	☐ แคมไม่เปิด	☐ มีเลือด/Discharge
				☐ อื่นๆ.....
การให้ยาฉีด	☐ BCG	☐ HBV	☐ Vit k	

สรุปปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย

1.
2.
3.

ผู้ประเมิน..... วันที่..... เวลาน.

แจกคืนทารกที่..... วันที่..... เวลาน.

พยาบาลส่งเด็ก.....

พยาบาลรับเด็ก.....

ทารกเพศ.....

มารดาได้รับเด็ก.....

คัดสติกเกอร์ผู้ป่วย

๑๒.๑๒ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ

หน้า ๑



แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ

รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายใน 24 ชม.(กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อสำคัญก่อน)			
วันที่รับใหม่/รับย้าย.....เวลา.....น. ถึงหอผู้ป่วยโดย ☐ เดินมาเอง ☐ รถนั่ง ☐ รถนอน			
รับจาก ☐ OPD..... ☐ ER ☐ ห้องสังเกตอาการ ☐ อื่น ๆ			
ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้อื่น เกี่ยวข้องเป็น.....			
ผู้มากับผู้ป่วย ☐ ญาติ ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ อื่น ๆ ระบุ.....			
สิทธิการรักษา ☐ 30 บาท ของ..... ☐ ต้นสังกัด ของ..... ☐ พรบ. ☐ จ่ายเอง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....			
การวินิจฉัยแรกรับ.....			
อาการสำคัญที่นำมา.....			
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....			
อาการแรกรับ และอาการแสดงของผู้ป่วยแรกรับ (สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจ-อารมณ์).....			
การรักษาที่ได้รับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ ยังไม่ได้พบแพทย์ ☐ ซื้อยาทานเอง ☐ ได้พบแพทย์ที่.....			
V/S แรกรับ T.....°C P...../min R...../min BP..... mm Hg น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร			
ประวัติแรกเกิด ☐ บุตรคนที่..... ในจำนวนพี่น้อง.....คนสถานที่เกิด.....			
☐ คลอดครบกำหนด ☐ คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์.....สัปดาห์น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม			
☐ แข็งแรงดี กลับบ้านพร้อมมารดา ☐ มีการเจ็บป่วย ระบุ.....			
ประวัติวัคซีน ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ ตามเกณฑ์ ที่ได้รับครั้งล่าสุด ระบุ.....			
ประวัติในอดีต			
การเจ็บป่วย ☐ ปฏิเสธ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....			
การรักษาตัวใน รพ. ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุโรค/ระบุเวลา.....			
การผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย ระบุโรค/ระบุเวลา.....			
การแพ้ยา/แพ้อาหาร ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุชนิด/อาการแพ้.....			
ยาที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุชนิด) 1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
ประวัติสุขภาพครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี..... ☐ บิดา ระบุโรค.....			
☐ มารดา ระบุโรค.....			
☐ พี่น้อง ระบุโรค.....			
☐ อื่นๆ ระบุโรค.....			

ชื่อ- นามสกุล	อายุ.....ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง / ห้อง		

๑๒.๑๒ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ

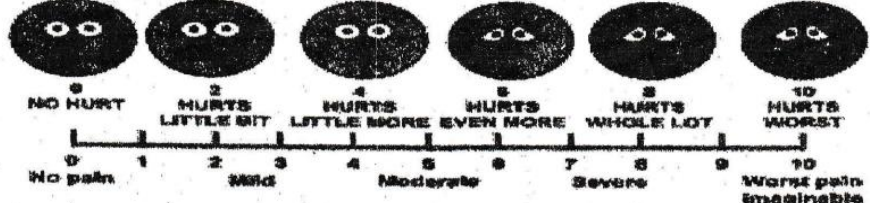
หน้า ๒

ข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ	
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ดูแลหลัก ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ ระบุ..... การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ☐ ซื้อยากินเอง ☐ คลินิก ☐ ไป รพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ..... บุหรี่ (ในครอบครัว) ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ.....ปี ผู้สูบ.....จำนวน...../วัน เลิกเมื่อ..... สุรา (ในครอบครัว) ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม.....ปี ผู้ดื่ม.....จำนวน...../วัน เลิกเมื่อ.....	
2. ภาวะโภชนาการ และเมตาบอลิซึม รับประทานอาหาร วันละ.....มื้อระบบทางเดินอาหาร ☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ระบุลักษณะ..... ☐ ผัก/ผลไม้ ☐ เนื้อสัตว์ ระบุ..... ☐ ไข่แดง/ขาว ☐ ขนมง ☐ น้ำอัดลม นม ☐ นมแม่.....ครั้งทุก.....ชม. รับประทานครั้งละ.....นาที่ ☐ นมผสม.....Oz/ml. วันละ.....มื้อ ฟัน ☐ ฟันยังไม่ขึ้น ☐ ฟันขึ้น.....ซี่ ☐ ฟันผุ.....ซี่ ☐ ไม่ผุแปรงฟันวันละ.....ครั้ง โดย ☐ พ่อแม่ ☐ ผู้ป่วย เชื้อปาก/ปาก/ฟัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (เช่น ลื่นเป็นฝ้า, ฟันผุ, ฟันปลอม) ☐ อื่นๆ ระบุ..... ผิวหนัง สีผิว ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง ☐ มีจุดจ้ำเลือด/จุดเลือดออก ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ลักษณะผิวหนัง ☐ ตั้งตัวปกติ ☐ แห้ง ☐ บวม ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ผื่น ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... แผล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ ขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. ภายในระยะเวลา.....เดือน	
3. การขับถ่าย การถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ ☐ ท้องเสีย ☐ ท้องผูก ☐ มีรูเปิดทางหน้าท้อง ☐ อื่น ๆ ระบุ..... การไฉ่ยาระบาย ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุความถี่..... การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติเหลือองใส ☐ ขุ่น ☐ ไม่มีปัสสาวะ ☐ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ☐ ปัสสาวะเป็นเลือด ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ ส่วนทั้งเป็นครั้งคราว ☐ คาสายปัสสาวะ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ระบุกิจกรรมที่ทำไม่ได้..... การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระบุบริเวณ..... กำลังของกล้ามเนื้อ ☐ ปกติ ☐ อ่อนแรง ระบุบริเวณ..... ☐ อัมพาต ระบุอวัยวะ..... ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ อื่น ๆ ระบุ..... การไหลเวียนโลหิต : ลักษณะชีพจร ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ ระบุ..... การหายใจ ☐ ปกติ ☐ เหนื่อยหอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	
5. การนอนหลับพักผ่อน อุปนิสัยในการนอน ☐ ปกตินอนวันละ.....ชม. ☐ นอนกลางวัน ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	
6. ประวัติพัฒนาการ ☐ สมวัย ☐ ล่าช้าระบุด้าน..... - กล้ามเนื้อมัดใหญ่..... - สังคม..... - กล้ามเนื้อมัดเล็ก..... - ภาษา.....	

ชื่อ- นามสกุล	อายุ.....ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง / ห้อง		

๑๒.๑๒ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแรกรับ

หน้า ๓

ความรู้สึกเรื่องความเจ็บปวด โดย Pain Scale			
PAIN MEASUREMENT SCALE 			
7. เพศ และการเจริญพันธุ์ (เฉพาะรายที่มีปัญหาด้านนี้) เพศหญิง มีประจำเดือน.....วัน/รอบ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ..... ☐ LMP..... เพศชาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....			
8. บทบาท และสัมพันธภาพ บทบาทในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา ☐ ประถม ☐ อื่น ๆ ระบุ..... อาชีพของผู้ป่วย ระบุ..... จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน			
9. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ การแสดงออกด้านพฤติกรรม ☐ ให้ความร่วมมือ ☐ เอะอะโวยวาย ☐ อื่น ๆ ระบุ..... สภาพอารมณ์/จิตใจ ☐ กลัว ☐ โกรธ ☐ วิตกกังวล ☐ สิ้นหวัง ☐ เสียภาพลักษณ์ ☐ อื่น ๆ			
10. การเผชิญภาวะเครียด และการปรับตัว ปัญหาความเครียดปัจจุบัน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....			
11. ความเชื่อและค่านิยม การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....			
บุคคลที่สามารถติดต่อประสานงานได้ กรณีฉุกเฉินชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (นอกจากใน OPD Card)..... หมายเลขโทรศัพท์ บ้าน (02) มือถือ..... สรุปปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยรายนี้			

ผู้ประเมิน.....วัน/เวลา.....
 ผู้ตรวจสอบ.....วัน/เวลา.....

ชื่อ- นามสกุล	อายุ.....ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง / ห้อง		

๑๒.๑๓ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการประเมินปัญหาทางการพยาบาล (Focus list)

โรงพยาบาลตากสิน

Focus list

วิธีการบันทึก

1. ใส่เลขเรียงลำดับในช่อง Focus 2. ใส่ประเด็นสำคัญ ในช่อง Focus 3. ใส่เป้าหมายหรือสิ่งที่คาดหวัง ในช่อง Goal / Outcome
4. ใส่วันที่พบประเด็น Focus ในช่อง Active 5. ใส่วันที่พบผลลัพธ์ตามเป้าหมายในช่อง Resolved

[illegible]

หมายเหตุ 1. กรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน และประเด็นสำคัญของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขจนบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนด
เกิดประเด็นสำคัญเดิมซ้ำอีก ให้เขียนประเด็นสำคัญเดิมและบันทึกหมายเลขลำดับเดิม

2. วันจำหน่าย ถ้า Focus ยังไม่ Resolved คือ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ใส่เป็นประเด็น Focus ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ใน Discharge summary

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง/ห้อง			

Progress Nurses Note

TS:FM-IPD 01-GEN 006-1 :Rev 02

๑๒.๑๕ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

โรงพยาบาลตากสิน

แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

บันทึกกิจกรรมเพื่อเตรียมการจำหน่าย/ให้ความรู้ (D-METHOD)	ว/ด/ป ที่ให้ความรู้ ลงชื่อพยาบาล	การประเมินผล		หมายเหตุ
		เข้าใจ	ไม่เข้าใจ	
D-Disease / Diagnosis การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ☐ โรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ☐ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง				
M-Medication การให้ความรู้เรื่องยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ☐ ชื่อยา สรรพคุณของยา ☐ วิธีการใช้ยา ☐ ข้อควรระวังการใช้ยา การสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา				
E-Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม/ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ☐ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ☐ การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ แนะนำอาชีพที่เหมาะสม				
T-Treatment แนวทางการรักษา/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ☐ การทำแผล ระบุ ☐ การดูดเสมหะ ☐ การดูแลสายสวนต่างๆ ระบุ ☐ การจัดท่านอน/การป้องกันแผลกดทับ ☐ อื่นๆ ระบุ				
H-Health คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ☐ การส่งเสริม การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน				
O-Outpatient Referral การดูแลรักษาต่อเนื่อง/การมาตรวจตามนัด ☐ วันที่นัดตรวจครั้งต่อไปและการปฏิบัติเมื่อมาตรวจตามนัด ☐ การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้เคียง กรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน ☐ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา ณ สถานพยาบาล อื่นๆ				
D-Diet ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค ☐ อาหารที่เหมาะสมกับโรค ระบุ ☐ อาหารทางสายให้อาหาร ระบุ ☐ อาหารที่หลีกเลี่ยงหรืองดการรับประทาน ระบุ				

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	HN	AN
หอผู้ป่วย		ห้อง/เตียง	สิทธิการรักษา

๑๒.๑๖ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) และการดูแลต่อเนื่อง



โรงพยาบาลตากสิน

แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) และการดูแลต่อเนื่อง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย เวลา น. รวมวันอยู่รักษา วัน
 การวินิจฉัยโรคแรกรับ การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย
 การรักษา / หัตถการ / การคลอด
 แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลผู้จำหน่าย
 สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย E V M คะแนน ADL /100 คะแนน mRS กำลังของกล้ามเนื้อ +
 ระดับความรู้สึกตัว () รู้สึกตัวดี () สับสน () ซึม () ไม่รู้สึกตัว () อื่นๆ
 สัญญาณชีพ T C, P /min, R /min, BP mmHg, O₂ sat %
 โรคประจำตัว () DM () HT () DLP () CKD () IHD () COPD () Old CVA (Ischemic/Hemorrhagic)
 () Cancer () อื่นๆ ระบุ
 การจัดกลุ่มเป้าหมาย () กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ HHC1 () กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง HHC2
 () กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย HHC3 () กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการอย่างรุนแรง
 HHC4 () กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย HHC5 () กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ HHC6
 การเคลื่อนไหว () เดินได้เอง () Cane () Walker () Wheelchair () Bed ridden () อื่น ๆ
 การหายใจ () ใช้ Home O₂ () ใส่เครื่องช่วยหายใจ () Tracheostomy care () Suction () อื่น ๆ
 การรับประทานอาหาร () รับประทานอาหารได้เอง () มีคนป้อน () NG feeding () อื่น ๆ
 การขับถ่าย () Foley's Cath () สอนปัสสาวะเป็นครั้งคราว () PNC () อื่น ๆ
 Wound Care () ผลัดกดทับ gr ตำแหน่ง () Stoma care () อื่น ๆ
 ยา กลับบ้าน ระบุ
 (แนบใบยากลับบ้าน)
 การแพ้ยา () ไม่แพ้ () แพ้ยา ระบุชื่อ วันนัดติดตามการรักษา
 ปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง 1 2
 3 4 5
 () ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน (ลงชื่อ) ผู้ยินยอม () ไม่ยินยอม เหตุผล
 ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์
 (แนบแผนที่บ้านด้านหลัง)
 สถานที่สำคัญใกล้บ้าน (ระบุ) เลขบัตรประชาชน
 ประเภทการจำหน่าย () แพทย์อนุญาต () หนีกลับ () ไม่สมัครใจอยู่ () ส่งต่อ (ระบุสถานที่)
 การจำหน่ายบุตร (ด้านสิทธิกรรม) () กลับพร้อมมารดา () ไม่ได้กลับพร้อมมารดา เนื่องจาก
 ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ ผู้รับกลับ โทรศัพท์
 ถึงแก่กรรม วันที่ เวลา แพทย์ผู้ลงความเห็น
 ส่งศพไปห้องนรรมยเวลา น. เจ้าหน้าที่ห้องนรรมย พยาบาล

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	HN	AN
หอผู้ป่วย		ห้อง/เตียง	สิทธิ์การรักษา

๑๒.๑๗ (ตัวอย่าง) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index)

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Index)

กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม		คะแนนที่ได้
1.การรับประทานอาหาร (3 ระดับ)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยเหลือ	0
	5 คะแนน	มีคนช่วยบางส่วน เช่น เตรียมให้	5
	10 คะแนน	ทำเองได้	10
2.การขึ้นลงจากเตียง (4 ระดับ)	0 คะแนน	ลุกจากเตียงไม่ได้	0
	5 คะแนน	ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน	5
	10 คะแนน	ลุกนั่งได้ต้องการคนช่วยเหลือน้อย	10
	15 คะแนน	ลุกนั่งได้เอง	15
3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4 ระดับ)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยเหลือ	0
	5 คะแนน	ทำได้เอง	5
4.การเข้าห้องน้ำ (3 ระดับ)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยเหลือ	0
	5 คะแนน	มีคนช่วยบางส่วน	5
	10 คะแนน	ทำได้เอง	10
5. การอาบน้ำ (2 ระดับ)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยเหลือ	0
	5 คะแนน	ทำได้เอง	5
6.การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (4 ระดับ)	0 คะแนน	นั่งบนรถเข็น แต่ไปไหนเองไม่ได้	0
	5 คะแนน	นั่งบนรถเข็น และไปได้ไกล 5 เมตร	5
	10 คะแนน	เดินไปได้ไกล 5 เมตร มีคนช่วย	10
	15 คะแนน	เดินได้เอง ใช้ไม้เท้า	15
7.การขึ้นบันได (3 ระดับ)	0 คะแนน	ขึ้นบันไดเองไม่ได้	0
	5 คะแนน	ขึ้นบันไดเองได้ ต้องมีคนช่วยเล็กน้อย	5
	10 คะแนน	ขึ้นบันไดเองได้ ต้องเกาะราวช่วย	10
8. การแต่งตัว (3 ระดับ)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยเหลือ	0
	5 คะแนน	มีคนช่วยบางส่วน	5
	10 คะแนน	ทำได้เอง ใส่กระดุม รูดซิป	10
9. การถ่ายอุจจาระ (3 ระดับ)	0 คะแนน	ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย	0
	5 คะแนน	ถ่ายอุจจาระเองได้ ช่วยสวน น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์	5
	10 คะแนน	ถ่ายอุจจาระเองได้ สวน เหน็บยาเอง	10
10. การปัสสาวะ	0 คะแนน	คาสายสวนปัสสาวะ	0
	5 คะแนน	สวนน้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน	5
	10 คะแนน	ปัสสาวะเองได้	10
		คะแนนรวม	.....
		วันที่ ประเมิน	.....

ผลการประเมิน

- | | | |
|--|------------------------|---------|
| ☐ (0-20 คะแนน) | ไม่สามารถปฏิบัติเองได้ | กลุ่ม 1 |
| ☐ (25 - 45 คะแนน) | ปฏิบัติได้น้อย | กลุ่ม 2 |
| ☐ (50 - 70 คะแนน) | ปฏิบัติเองได้ปานกลาง | กลุ่ม 3 |
| ☐ (75 - 95 คะแนน) | ปฏิบัติเองได้เกือบหมด | กลุ่ม 4 |
| ☐ (100 คะแนน) | สามารถปฏิบัติเองได้ | กลุ่ม 5 |

๑๒.๑๘ (ตัวอย่าง) Summary Of Patient Discharge

หน้า ๑

TAKSIN HOSPITAL
BANGKOK METROPOLITANGENERAL IN PATIENT
SUMMARY

1 ADMISSION NUMBER		2 HOSPITAL NUMBER		ID NUMBER - - - -	
3 PATIENT'S NAME				4 PATIENT'S ADDRESS	
(9-12)					
5 ETHNIC GROUP	THAI	CHINESE	THAI-ISLAM	THAI-CHINESE	INDIAN
					OTHER (SPECIFY)
6 OCCUPATION		WEIGHT		LENGTH	
PATIENT (14)		1	2	3	4
7 PERSON TO BE NOTIFIED		8 DATE OF BIRTH		9 AGE AT ADMISSION (17-18)	
NAME				INFANTS ONLY	
ADDRESS					
10 GRAVIDITY (19)		11 PARITY (20)		12 LIVING CHILDREN	
13 SEROLOGY		17 DATE OF		18 LENGTH OF STAY	
		ADMISSION (23-24)		IN HOSPITAL (DAYS)	
		DISCHARGE (25)		(26-28)	
14 DEPARTMENT (21-22)		15 UNIT		16 WARD	
01 MEDICINE		05 PEDIATRICS		09 PSYCHIATRY	
02 SURGERY		06 ENT		10 DENTAL	
03 OB		07 EYE		11 OTHER	
04 GYN		08 ORTHOPAEDICS			
19 MARITAL STATUS (11)		4 DIVORCED		5 WIDOWED	
1 SINGLE					
2 MARRIED					
3 SEPARATED					
20 DIAGNOSES		1) PRINCIPAL DIAGNOSIS		ICD	
		2) COMORBIDITY			
		3) COMPLICATION (POST- ADMISSION COMORBIDITY)			
		4) OTHER DIAGNOSIS			
		5) EXTERNAL CAUSE			
21 OPERATIONS		OPERATING ROOM PROCEDURES		DATE TIME IN TIME OUT	
		1.....		.....	
		2.....		.....	
		3.....		.....	
22 NON OPERATIONS		☐ ET tube ☐ Respiratory Support () < 96 hr. () ≥ 96 hr. () BIPAP, CPAP () ☐ CPR ☐ Defibrillation ☐ ICD ☐ rt-PA ☐ Blood transfusion () Whole blood () PRC () FFP () PLT ☐ Endoscopy (ตำแหน่ง) ☐ Lumbar puncture ☐ Central line ☐ Umbilical catheterization ☐ Arterial line ☐ Phototherapy ☐ TPN ☐ CT..... ☐ MRI ☐ Echocardiogram ☐ Tapping (ตำแหน่ง) ☐ Hemodialysis ☐ Peritoneal dialysis ☐ Chemotherapy ☐ Radiotherapy ☐ Cast /Slab / Splint/Traction ☐ Laser ☐ Physical therapy ☐ Change Tracheostomy ☐ อื่นๆ			
23 DISCHARGE STATUS (55)		24 DISCHARGE TYP5 (56)			
1. COMPLETE RECOVERED		9. DEAD		1. WITH APPROVAL	
2. IMPROVED				5. OTHER (SPECIFY)	
3. NOT IMPROVED				2. AGAINST ADVICE	
				8. DEAD, AUTOPSY	
				3. ESCAPE	
				9. DEAD, NO AUTOPSY	
				4. BY TRANSFER	
IN CASE OF DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM					

 ATTENDING
 PHYSICIAN
 SIGNATURE

 APPROVED
 BY AdjRW.....
 SIGNATURE

ผู้ให้รหัส

๑๒.๑๘ (ตัวอย่าง) Summary Of Patient Discharge

หน้า ๒

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

DATE OF DEATH	AGE (In years last birthday)	If under 1 year		If under 24 hours	
		Months	Days	Hours	Minutes
CAUSE OF DEATH					Interval between onset and death
I Immediate cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.					
Antecedent causes Morbid conditions, If any, Giving rise to the above cause, stating the underlying condition last					
II Other significant conditions Contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it					
Accident Suicide, Homicide		How did injury occur?			

Attending
Physician.....
Signature

Approved
By.....
Signature

Date of signature.....

Date of signature.....

โรงพยาบาลตากสิน
รายงานการชันสูตรโรค

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

①

ปิดรายงานการขึ้นสูตรโรคที่ได้รับจากห้องขึ้นสูตรโรค แผ่นแรกให้ขอบบนชิดบรรทัด
หมายเลข 1 ปิดแผ่นต่อให้ชิดบรรทัดต่อไปตามลำดับ

ชื่อ.....อายุ.....HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....เตียง/ห้อง.....
.....แผนที่.....

ใบรายงานผลเอกซเรย์และผลการตรวจอื่น

[illegible]

ปิดรายงานการชันสูตรโรคที่ได้รับจากห้องชันสูตรโรค แผ่นแรกให้ขอบบนชิตบรรทัด
หมายเลข 1 ปิดแผ่นต่อไปใช้ปิดบรรทัดต่อไปตามลำดับ

แผ่นที่.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ปิดรายงานการให้เลือดที่ได้รับจากธนาคารเลือด แผนแรกให้ขอบบนขีดบรรทัดหมายเลข 1
ปิดแผนต่อไปขีดบรรทัดต่อไปตามลำดับ

TS : FM-IPD01-GEN.038 : Rev.00

๑๒.๒๒ (ตัวอย่าง) ไบบันทึกลับสัญญาฉบับ

โรงพยาบาลตากสิน

ใบบันทึกสัญญาฉบับ[illegible]

ชื่อ.....อายุ.....HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....เตียง/ห้อง.....แผนที่.....

NAME.....HN.....AGE.....WARD.....

ព័ត៌មាន STICKER ដូចខាងក្រោម

[illegible]

๑๒.๒๕ (ตัวอย่าง) หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล



โรงพยาบาลตากสิน

หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

วันที่

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน เกี่ยวข้องเป็น
 ของผู้ป่วยชื่อ เลขที่ภายนอก เนื่องจาก ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
☐ อยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว ☐ เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ยินยอม รับการตรวจวินิจฉัย และ/หรือการรักษา โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบข้อมูล ดังนี้

- ☐ สาเหตุและความจำเป็นที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล
- ☐ โรค หรืออาการสำคัญของโรค
- ☐ การดูแล/ตรวจวินิจฉัย และ/หรือให้การรักษาพยาบาล
- ☐ ผลดีหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการตรวจวินิจฉัย/หรือการรักษา
- ☐ ระยะเวลาในการรักษา/นอนพักรักษาในโรงพยาบาลประมาณ วัน (ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน)

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้วและยินยอมรับการรักษา จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ลงชื่อ..... แพทย์ / เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล
 (.....) (.....)
☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ตำแหน่ง.....
 ลงชื่อ..... พยาน (ญาติผู้ป่วย) ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
 (.....) (.....)
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ตำแหน่ง.....

☐ ญาติผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ

- ให้อธิบายรายละเอียดข้อมูลทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ให้คำยินยอม ได้แก่
 - 1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
 - 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
 - 1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
 - 1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ
 - 1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
- กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใดและใต้ชื่อเจ้าของลายนิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง/ห้อง			

๑๒.๒๖ (ตัวอย่าง) หนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ



โรงพยาบาลตากสิน

หนังสือแสดงความ ไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ

วันที่

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน เกี่ยวข้องเป็น
 ของผู้ป่วยชื่อ เลขที่ภายนอก

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา ☐ ไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล
☐ ไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา
☐ ไม่สมัครใจรับการผ่าตัด การระงับความรู้สึก / การทำหัตถการ

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษา / ผ่าตัด / หัตถการ จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ
 โรงพยาบาลตากสิน และได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค อาการบาดเจ็บที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น
 หากผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และ / หรือ ไม่สมัครใจรับการ ตรวจรักษา / ผ่าตัด / ทำหัตถการ ดังเช่น

..... เป็นต้น

ข้าพเจ้ายืนยันที่จะปฏิเสธการรับการรักษาข้างต้น

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล
 (.....) (.....)

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ตำแหน่ง
 ลงชื่อ พยาน(ญาติผู้ป่วย) ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่)
 (.....) (.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ตำแหน่ง

☐ ญาติผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ

1. ให้อธิบายรายละเอียดข้อมูลทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือไม่ยินยอมรับการตรวจรักษา ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกตัว)
- 1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- 1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ
- 1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

2. กรณีผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใด
 และใส่ชื่อเจ้าของลายนิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้

ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง/ห้อง			

๑๒.๒๗ (ตัวอย่าง) แบบบันทึก Device Round



แบบบันทึก Device Round

โรงพยาบาลตากสิน

แผ่นที่.....

Device Round Criteria	ทำเครื่องหมาย ✓ ตาม Check List ใน □ ทุกวัน							
VAP	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....	Vent Day..... วันที่.....
☐ มีข้อบ่งชี้	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ On.....วัน	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ ศีรษะสูง 30-45 องศา	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ NG Feeding Drip ชั่วๆ	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ Mouth Care	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ HH 7 ขั้นตอน 5 Moments	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ เหนือที่ตักค้ำใน Ventilator Circuits ออกอย่างสม่ำเสมอ	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
CAUTI	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....
☐ มีข้อบ่งชี้	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ On.....วัน	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ Strap สายถูกต้อง	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ สายไม่ตกร่องข้าง	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ ตำแหน่ง Urine Bag	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ แยกภาชนะ I/O	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ เช็ด Alc. 70% ก่อนหลังเปิดจุกเก็บสวาระ	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ HH 7 ขั้นตอน 5 Moments	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
CRBSI	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....	Cath Day..... วันที่.....
☐ มีข้อบ่งชี้	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ On.....วัน	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ Scrub the Hub ด้วย Alc. 70%	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ บริเวณ Insert Site : สะอาด ไม่มีคราบเลือด ไม่มีอาการบวมแดง	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ HH 7 ขั้นตอน 5 Moments	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
เชื้อดื้อยา Target Site.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....	C/S ⁺ day..... วันที่.....
☐ Isolation/Zoning ผป. ของใช้	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ ป้ายขี้น MDR	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ HH 7 ขั้นตอน 5 Moments	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
☐ Adequate PPE ถูกต้อง เหมาะสม	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □

ชื่อ-สกุล	อายุ	HN	AN
Ward		เตียง	

๑๒.๒๘ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

โรงพยาบาลตากสิน
แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Setting	วันที่ / เวลา						
	ET / TT No / ตำแหน่ง						
	Mode						
	TV (เครื่อง / ผู้ป่วย)						
	Rate (เครื่อง / ผู้ป่วย)						
	Fi O ₂						
	Peak Flow / Flow ACC						
	PEEP / PS						
	Pinsp / Tinsp						
	Sensitivity / Paw						
	% Min vol / E sence						
	Cuff Pressure.....cm H ₂ O						
	ผู้ปรับตั้งเครื่อง						
เครื่อง NO.							

ชื่อ / นามสกุล อายุ ปี HN AN

หอผู้ป่วย พิกษ/ตามัญ โรค

แผนที่

TS : FM-CAB01-GEN006 : Rev.00

NAME AGE HN
DATE TIME
Diagnosis

☐ นอก รพ. มีการ CPR ก่อนนำส่ง รพ. ☐ โดย EMS ☐ โดย bystander
☐ ใน รพ. ER, OR, ward , OPD , อื่นๆ
 ก่อน COR มี SOS score > 4 ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

○ ใช่ (มีผู้พบเห็น) ○ ไม่ใช่

☐ VF ☐ VT ☐ Asystole ☐ PEA ☐ unknown

Code CPR เวลา ที่ม CPR มาถึงเวลา

Intubation CPR Time ขนาด ฝึก

[illegible]

** Other Dopamine, Levophed, Dobutamine, Lanoxin, Lasix, Xylocard, Dexametazone, 10% Calcium gluconate, 50% Glucose, NaHCO₃, KCl, MaSO₄, MO, Valium, Dormicum, Fentanyl

ลำดับ	รายละเอียดการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ			
		บ	ด	ช	หมายเหตุ
1.	การงดน้ำ และอาหารทางปากทุกชนิด ☐ ไม่งด ☐ งดตั้งแต่เวลา.....น.				
2.	การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ☐ ไม่เตรียม ☐ เตรียมบริเวณ.....				
3.	การเตรียมระบบต่าง ๆ ● ระบบทางเดินอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใส่ NG/Salem tube No..... ● ระบบทางเดินปัสสาวะ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ void ก่อนไป OR ☐ ใส่ Foley's cath No..... ● ระบบขับถ่าย ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ Unison enema เวลา.....น. ☐ NSE/SSE เวลา.....น.				
4.	การดูแลความสะอาดร่างกาย ☐ อาบน้ำ ☐ สระผม ☐ ความสะอาดปากฟัน				
5.	การเตรียมยา/อุปกรณ์ในห้องผ่าตัด รายการยา ระบุชนิด..... รายการอุปกรณ์ ☐ KY-jelly/Xylocaine-jelly.....หลอด ☐ Redivac drain.....ชุด ☐ Bactroban..... ☐ EB4 "6"ม้วน ☐ Silver cream..... ☐ Foley's cath 2, 3 ทาง No..... ☐ Telebix..... ☐ Urine bag.....ถุง ☐ Salem/NG tube No.....เส้น ☐ Sofra tulle.....แผ่น ☐ ขวด ICD.....ขวด				
6.	ทางสูติกรรม ☐ ชุดผ้ารับเด็กห้องผ่าตัด ☐ ป้ายข้อมือผ้า ☐ รถ Mobile O ₂ ☐ ชุดยาทางสูติกรรม (Methergin, Synto, Ampicillin 1 gm) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....				
7.	การเตรียมเอกสาร ☐ ใบยินยอมการรักษา/การผ่าตัด ☐ ใบยินยอมทำหมัน ☐ ใบยินยอมการตรวจ HIV ☐ Film ทุกชนิด ☐ ผล Lab ☐ OPD Card ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ☐ ป้ายข้อมือ ☐ สติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย 10 แผ่น				
8.	การตรวจสอบอื่น ๆ ● เครื่องประดับ, ของมีค่า ☐ ไม่มี ☐ มี ● แว่นตา/คอนแทคเลนส์ ☐ ไม่มี ☐ มี ● ฟันปลอม ☐ ไม่มี ☐ มี				
9.	การให้ยาก่อนผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ 1.....เวลา.....น. 2.....เวลา.....น.				

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี HN AN

พอดูป่วย เติง/ทอง

[illegible]

[illegible]

ชื่อ.....อายุ.....H.N.....A.N.....หอผู้ป่วย.....เตียง/ห้อง.....
.....แผนที่.....

๑๒.๓๓ (ตัวอย่าง) ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Continue)

โรงพยาบาลตากสิน

ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Continue)

[illegible]

ชื่อ.....อายุ.....H.N.....A.N.....หอผู้ป่วย.....เตียง/ห้อง.....
แผนที่.....

๑๒.๓๔ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

หน้า ๑



แบบบันทึกการส่งเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลตากสิน

ติดสติ๊กเกอร์

ผู้ป่วย ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี HN:.....หอผู้ป่วย:.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ประวัติแพ้ยา.....

วันที่รับผู้ป่วย.....วันที่จำหน่าย.....

วันนัดพบแพทย์..... case manager nurse.....

สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ ประกันสุขภาพจังหวัด..... ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (เพื่อเยี่ยมบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....ซอย.....แยก.....

ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....

ลักษณะที่อยู่ ☐ บ้านเดี่ยว ☐ ทาวน์เฮาส์ ☐ ตึกแถว ☐ คอนโดมิเนียม ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ญาติและผู้ป่วยมีความยินยอมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อผู้ป่วยได้จริง 1.....2.....3.....

ประวัติโรคประจำตัว ☐ Diabetes mellitus ☐ Hypertension ☐ Dyslipidemia ☐ Chronic kidney disease☐ Old CVA (ischemic/hemorrhagic) ☐ Ischemic heart disease ☐ COPD ☐ Cancer☐ Othersประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุโรค/ระบุเวลา.....

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาในโรงพยาบาล

ยา (Medications) ☐ แนบใบ Med Reconcile

การวินิจฉัยก่อนจำหน่าย (Last Diagnosis)

อาการสำคัญแรกเริ่ม (Chief complaint)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและการรักษาที่ได้รับขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลพอสังเขป (Present illness and treatment)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๒.๓๔ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

หน้า ๒

การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันชนิด Basic ADL

ติดสติ๊กเกอร์

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	
0. ไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	0
1. ดื่อกอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตักเป็นเล็กๆไว้ส่งหน้า	1
2. ดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	2
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	
0. ต้องการความช่วยเหลือ	0
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1
3. Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	
0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	0
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมายังจะนั่งอยู่ได้	1
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	2
3. ทำได้เอง	3
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	
0. ช่วยตัวเองไม่ได้	0
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	1
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	2
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	
0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	0
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้	1
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย	2
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	3
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	
0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	0
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	1
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	2
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	
0. ไม่สามารถทำได้	0
1. ต้องการคนช่วย	1
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	2
8. Bathing (การอาบน้ำ)	
0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	0
1. อาบน้ำเองได้	1
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	
0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	0
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1
2. กลั่นได้ปกติ	2
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	
0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	0
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	1
2. กลั่นได้เป็นปกติ	2
คะแนนรวม	/20

ผลการประเมิน

☐ (12 คะแนนขึ้นไป)☐ (5 - 11 คะแนน)☐ (0 - 4 คะแนน)

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ

ผู้ประเมิน/ผู้เยี่ยมบ้าน.....

๑๓. รายชื่อเอกสารอ้างอิง

- ๑๓.๑ คู่มือการบริหารงานหอผู้ป่วย
- ๑๓.๒ คู่มือการบริหารฝ่ายการพยาบาล
- ๑๓.๓ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การจัดซื้อจัดจ้าง
- ๑๓.๔ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การควบคุมและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์
- ๑๓.๕ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ
- ๑๓.๖ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริการเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ
- ๑๓.๗ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริการซ่อมบำรุงเครื่องมือและเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์-อุปกรณ์
- ๑๓.๘ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง วิธีการเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์สนับสนุน
- ๑๓.๙ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง วิธีการเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์ที่ไม่มีในสต็อก
- ๑๓.๑๐ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง วิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล
- ๑๓.๑๑ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในโรงพยาบาล
- ๑๓.๑๒ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)
- ๑๓.๑๓ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การสื่อสารเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย ISBAR
- ๑๓.๑๔ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ (ผู้ป่วยใน)
- ๑๓.๑๕ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การปฏิเสธการรักษา
- ๑๓.๑๖ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ๑๓.๑๗ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๑๓.๑๘ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การวัดสัญญาณชีพและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Vital Sign & Early Warning Sign)
- ๑๓.๑๙ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ
- ๑๓.๒๐ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ๑๓.๒๑ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยใจ
- ๑๓.๒๒ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย
- ๑๓.๒๓ วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การผูกมัดผู้ป่วย
- ๑๓.๒๔ วิธีปฏิบัติงานของพยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ
- ๑๓.๒๕ คู่มือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการ CONSULT แผนกต่างๆ
- ๑๓.๒๖ ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- ๑๓.๒๗ แนวทางการดำเนินงานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล
- ๑๓.๒๘ แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมเชื้อก่อโรคดื้อยา
- ๑๓.๒๙ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย & จริยธรรมองค์กร
- ๑๓.๓๐ คู่มืออัตราค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์รูปแบบพิเศษและหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยกเว้นหรือลดหย่อนค่าบริการ
- ๑๓.๓๑ แผนดำเนินการธุรกิจอย่างต่อเนื่อง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- ๑๓.๓๒ แผนดำเนินการธุรกิจอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์

กรุงเทพมหานครเมืองสุขภาพดี เชื่อมั่นสำนักการแพทย์

เลขที่ 514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

กรุงเทพมหานคร 10100

โทร. 0-2220-7500 โทรสาร 0-2224-2954