



สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร



คู่มือการปฏิบัติ

ด้านผู้ป่วยใน (IPD)

คำนำ

การให้บริการทางการแพทย์เป็นภารกิจหลักที่สำคัญของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีพันธกิจเป็นผู้นำการจัดเครือข่ายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานระดับสากล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการผู้ป่วยในเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลทั้ง ๑๑ แห่งของสำนักงานการแพทย์มีแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในเป็นไปในทางเดียวกัน สำนักงานการแพทย์จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน กระบวนการบริการผู้ป่วยในให้สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประสิทธิภาพการทำงานของโรงพยาบาล

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

สำนักงานการแพทย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ทั้ง ๑๑ แห่ง ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้เป็นอย่างดี

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. แผนผังของกระบวนการการบริการผู้ป่วยใน	๘
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยใน	๙
๑๑. กระบวนการการบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ	๒๔
๑๒. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ)	๒๔
๑๓. รายชื่อเอกสารอ้างอิง	๖๐

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยในจัดทำขึ้นเพื่อแสดงขั้นตอน วิธีการ กรอบระยะเวลา และมาตรฐานคุณภาพงานของกระบวนการ เริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย จนกระทั่ง จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ทั้ง ๑๑ แห่ง เป็นมาตรฐานเดียวกันโดยมีกระบวนการบริการผู้ป่วยในเป็นกระบวนการหลัก ประกอบด้วยกระบวนการย่อย ๔ กระบวนการ ต่อไปนี้

๑. กระบวนการย่อยเรื่อง การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และด้านวัสดุ ซึ่งรวมถึงเครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

๒. กระบวนการย่อยเรื่อง การรับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ การรับแจ้งจากหน่วยงานที่ admit ได้แก่ OPD / ER หอผู้ป่วยอื่น หรือหน่วยงานอื่นๆ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง เพื่อเตรียมเตียงในตำแหน่งที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา

๓. กระบวนการย่อยเรื่อง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย กระบวนการประเมินสภาพผู้ป่วย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งตรวจพิเศษต่างๆ การวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษาพยาบาล การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยเภสัชกร การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาพยาบาล การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง การประเมินซ้ำ ซึ่งทั้งหมดจะมีกิจกรรมคู่ขนานได้แก่ การบันทึก และการให้ข้อมูล รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและญาติ

๔. กระบวนการย่อยเรื่อง การจำหน่าย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การตรวจสอบและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย การส่งต่อเยี่ยมบ้าน และการนัดตรวจรักษาต่อเนื่อง

การบริการผู้ป่วยใน มุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยในของบุคลากรในหอผู้ป่วย ให้ดำเนินไปอย่างถูกต้อง ปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายของสำนักการแพทย์

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD)

๑. ความเป็นมาและความสำคัญ

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน(IPD) เป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยนำคู่มือนี้มาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยใน โดยปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาหาความรู้และเป็นแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถลดการตอบคำถาม ลดเวลาการสอนงาน ลดเวลาการทำงาน และลดข้อผิดพลาดในการทดลองปฏิบัติงาน หรือเป็นแหล่งข้อมูลให้บุคคลภายนอกได้ทราบกระบวนการปฏิบัติงาน เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยใน IPD เป็นกระบวนการทำงานที่มีรายละเอียดมากมายหลากหลายขั้นตอน และมีความหลากหลายตามบริบทของสถานพยาบาลต่างๆ ดังนั้น เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความเข้าใจในวิธีปฏิบัติงานที่เป็นแบบแผนเดียวกัน และ ลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร จึงมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ขึ้น โดยจัดทำครั้งแรกเมื่อ ปีพ.ศ. ๒๕๕๗ และจัดทำฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ เมื่อ ปีพ.ศ.๒๕๖๑ ดังนั้นในฉบับนี้ พ.ศ.๒๕๖๔ จึงเป็น ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ เพื่อให้คู่มือนี้มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานจริง

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยใน ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยให้ดำเนินการไปอย่างปลอดภัยถูกต้อง รวดเร็ว สอดคล้องต่อนโยบายคุณภาพอย่างคุ้มค่า คำนึง และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

๓. ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยในประกอบด้วยกระบวนการหลัก 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 ได้จากการค้นหาข้อกำหนดที่สำคัญโดยพิจารณาความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการ อันประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงข้อกำหนดด้านกฎหมายที่สำคัญ ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของกระบวนการ

ข้อกำหนดด้าน	ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการที่ได้รับการเสนอ	ความต้องการที่ได้รับคัดเลือกตามลำดับความสำคัญ
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	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด
ประสิทธิภาพของกระบวนการ	- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ - มาตรฐาน/จริยธรรมวิชาชีพ - นโยบาย/พันธกิจ วิสัยทัศน์/เข็มมุ่งของโรงพยาบาล - ความคาดหวังของผู้รับบริการ	- ขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน - เข้าถึงระบบได้ง่าย - มาตรฐานของระบบ - บุคลากรมีคุณภาพ	- ปฏิบัติตามข้อกำหนด
ความคุ้มค่า	- การบริหารจัดการงบประมาณ	-เพิ่มงบประมาณเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุด -คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร -ลดงบประมาณลงเพื่อให้เป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจ	- คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร

๕. ข้อกำหนดที่สำคัญ

กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัด
การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย	- ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่	- ร้อยละของการจัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย ≥ 80 - ร้อยละของความพร้อมใช้ของรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน = 100
การรับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการต้อนรับและการให้ข้อมูล - มีเอกสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90 - อุบัติการณ์การระบุดัวผู้ป่วยผิดพลาด = 0 ครั้ง
การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90 - ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ≥ 80
การจำหน่าย	- ผู้ป่วย/ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	- ระยะเวลารอคอยการจำหน่ายผู้ป่วย ≤ 5 ชั่วโมง * - ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ≥ 90

*หมายเหตุ ระยะเวลาการรอคอยขึ้นอยู่กับปริมาณผู้รับบริการผู้ป่วยในและอัตรากำลังในปัจุบันประมาณนั้น

๖. คำจำกัดความ

หอผู้ป่วย หมายถึง หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลและรักษาพยาบาล

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นสมควรพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

แพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยปฏิบัติงานเฉพาะทางของกลุ่มงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะมีผู้ป่วยอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆ

แพทย์ที่ปรึกษา หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานตามตารางการปฏิบัติงาน (ตารางเวร) ที่จัดไว้แต่ละกลุ่มงานให้คำปรึกษาแก่แพทย์เจ้าของไข้

เภสัชกร หมายถึง เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน รวมถึงเภสัชกรงานเภสัชกรรมคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานรับผิดชอบในแต่ละหอผู้ป่วย

หัวหน้าทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานตามตารางการปฏิบัติงานและได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค / พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่

ขั้นตอนปฏิบัติงานตามตารางการปฏิบัติงาน (ตารางเวร) ที่จัดไว้แต่ละหอผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สามารถประกอบอาชีพในด้านบริการสุขภาพอนามัยทั้งในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือภาคเอกชน

แผนการรักษา หมายถึง คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่เขียนไว้ในใบคำสั่งการรักษาและการเปลี่ยนแปลงโรค

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

ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยอาเจียนและ/ถ่ายเป็นเลือด, มีสัญญาณชีพผิดปกติ เป็นต้น

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

หัตถการ หมายถึง กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติโดยแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆกระทำต่อผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษา

Hospital number (H.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย

Admission number (A.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

การตรวจพิเศษ หมายถึง การตรวจเพื่อประกอบหรือสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มีบริการตรวจในโรงพยาบาล การตรวจทางรังสีวินิจฉัยและคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจระบบประสาท การตรวจสมรรถภาพปอดและหัวใจ การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

Medication reconciliation หมายถึง การตรวจสอบความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วย ตั้งแต่ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างย้ายหอผู้ป่วย จนถึงการจัดจำหน่าย

ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการส่งใช้ยารักษาผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจัดทำโดยเภสัชกร

ชุด Admit หมายถึง เอกสารประกอบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล

แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้งหมด เรียบเรียงเข้าแฟ้ม

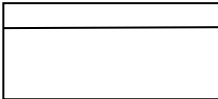
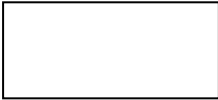
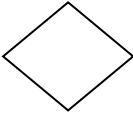
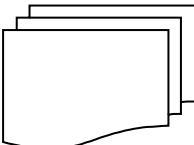
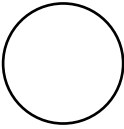
หน่วยงานอื่น ๆ หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยและสามารถแจ้งรับผู้ป่วยได้ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจผู้ป่วยไตเทียม เป็นต้น

การจัดจำหน่าย หมายถึง การสิ้นสุดการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโดยผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย โดยแพทย์อนุญาต, ไม่สมัครใจอยู่, ผู้ป่วยหนีกลับ, ย้ายหอผู้ป่วย, ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลอื่น และผู้ป่วยถึงแก่กรรม

การนัดหมายผู้ป่วย หมายถึง การนัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งหลังจากจำหน่าย โดยบันทึกนัดและพิมพ์ใบนัด/เขียนใบนัด ที่ระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้ วัน เวลา สถานที่ และการเตรียมตัว (ถ้ามี) ตามแผนการรักษาของแพทย์

๗. คำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้

การเขียนแผนผังกระบวนการ (Work Flow) ในคู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้มีสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อแสดงถึงกิจกรรมที่ดำเนินการ ทิศทางของการปฏิบัติ การตัดสินใจ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และรายงาน/เอกสารต่างๆ ซึ่งมีคำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้ ดังต่อไปนี้

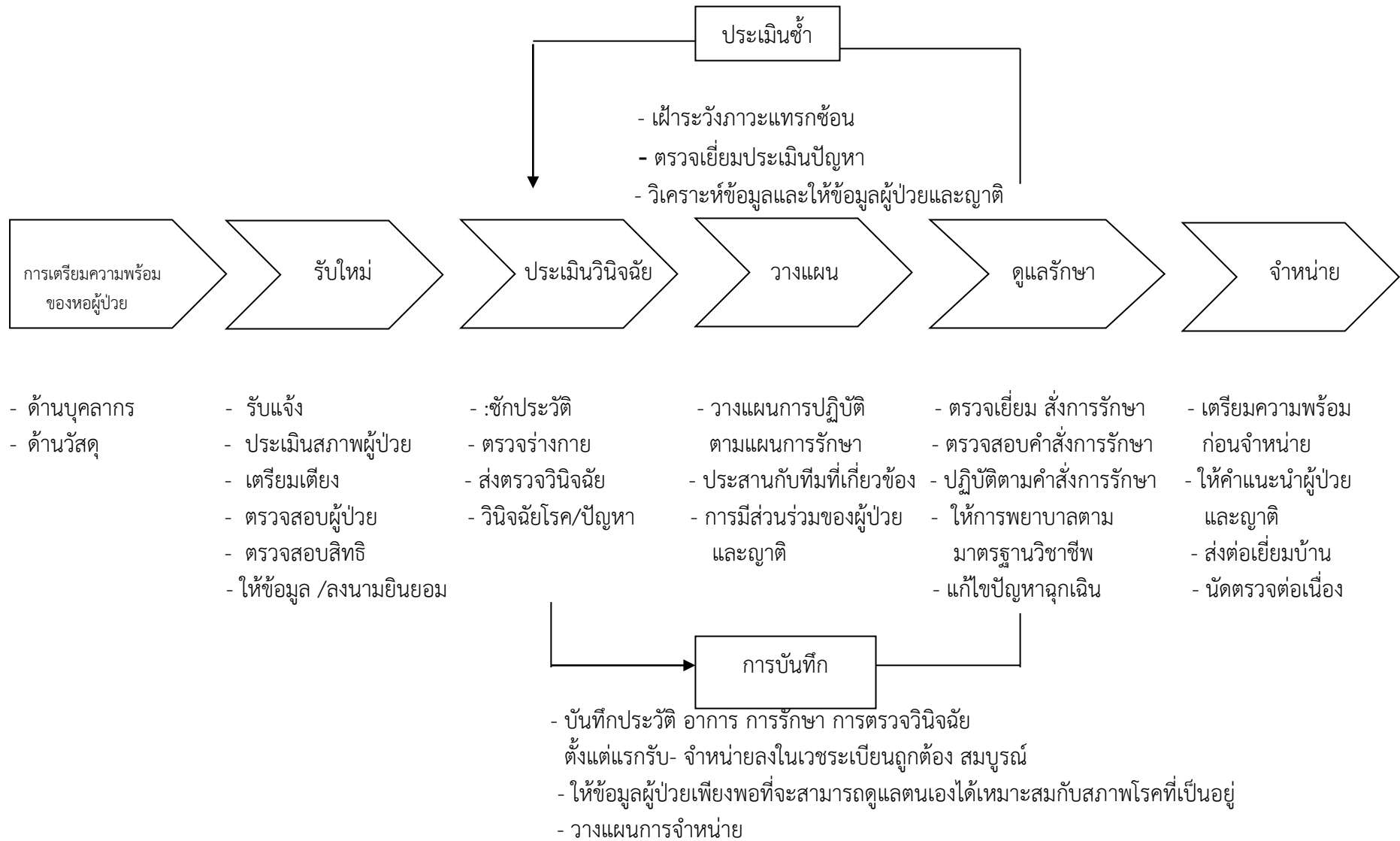
สัญลักษณ์	คำอธิบาย
	จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการ
	กระบวนการที่มีกิจกรรมย่อยอยู่ภายใน
	กิจกรรมและการปฏิบัติงาน
	การตัดสินใจ
	ฐานข้อมูล
	เอกสาร/ รายงาน
	เอกสาร รายงานหลายแบบ / ประเภท
	ทิศทางการนำเข้า / ส่งออกของเอกสาร / รายงาน / ฐานข้อมูลที่เกิดขึ้น
	ทิศทางการนำเข้า / ส่งออกของเอกสาร / รายงาน // ฐานข้อมูล ที่อาจจะเกิดขึ้น
	จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน / กระบวนการ

๘. หน้าที่และความรับผิดชอบ

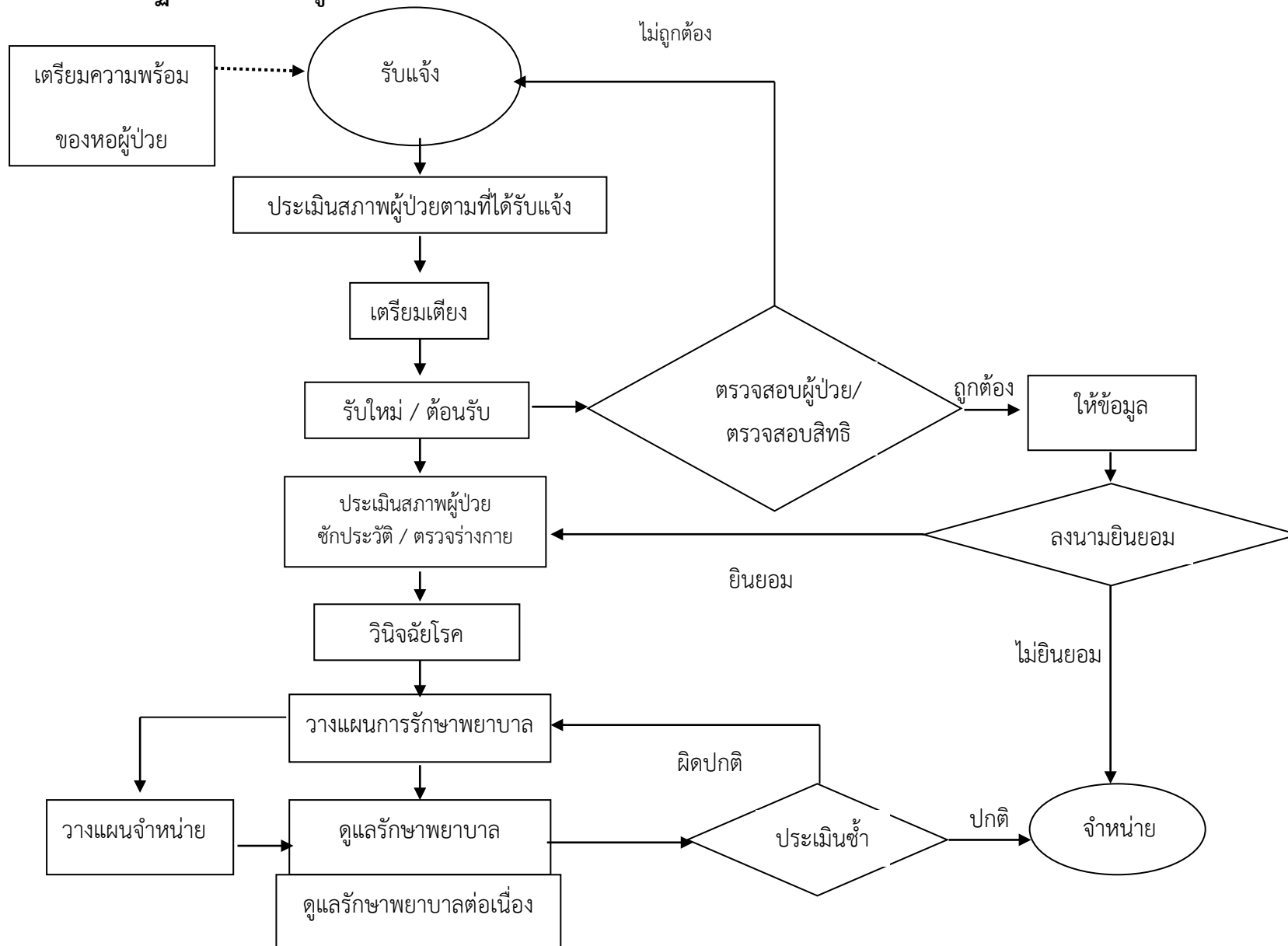
หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
แพทย์	- ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล - อธิบายอาการ แผนการรักษา ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ - ทำหัตถการแก่ผู้ป่วย - เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและเป็นผู้ประกาศหยุดในการช่วยฟื้นคืนชีพ
พยาบาลวิชาชีพ	- ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาภายใต้การควบคุมของแพทย์ - วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการให้พยาบาล - ศึกษา วิเคราะห์ คิดค้น พัฒนา การพยาบาลและควบคุมการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและอยู่ในมาตรฐาน - ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานพยาบาล - จัดสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล - ช่วยแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา - จัดเตรียมและส่งเครื่องมือ ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการพิเศษบางประเภทเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษา - ปฏิบัติการวางแผนครอบครัวและการผดุงครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย - ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง/ หรือได้รับมอบหมาย
พยาบาลเทคนิค	- ให้บริการทางการพยาบาลขั้นมูลฐาน หรือการพยาบาลเทคนิคอย่างง่าย - เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์การพยาบาล - ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยและการป้องกันโรคผู้ป่วย - ปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเอกสารให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน - อำนวยความสะดวกแก่แพทย์และพยาบาลในการให้บริการ - ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - จัดเก็บ และดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ - ลงบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจลงในคอมพิวเตอร์ - รวบรวมเวชระเบียน และเอกสารคืนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย

หน่วยงาน รับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
พนักงานหอผู้ป่วย	- ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานธุรการ งานติดต่อสื่อสาร งานประชาสัมพันธ์ - ช่วยหัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยเขียนใบส่งซ่อม - ช่วยติดต่อประสานงานการส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจของผู้ป่วย - ช่วยเก็บและส่งคืนเวชระเบียน - จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่างๆในการบริการผู้ป่วย - ให้ข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย ติดต่อหน่วยงานต่างๆ - จัดทำและลงข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพของ รพ. - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย
พนักงานทั่วไป	- ทำความสะอาดของสถานที่ที่รับผิดชอบ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบเรียบร้อย - จัดเก็บรักษาและดูแลความสะอาดวัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้บางชนิดให้มีความพร้อมใช้งานได้ - เก็บวัสดุ เวชภัณฑ์ ตามที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ - ติดต่อให้บริการแก่ผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน/หอผู้ป่วย เช่น ส่งส่ง ส่งตรวจ รับส่งผู้ป่วย - รับ ส่ง และลงบันทึกเอกสารบางประเภท เช่น หนังสือเวียน เวชระเบียน เป็นต้น - เก็บและจัดแยกขยะภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน นำไปชั่งน้ำหนักและทิ้งในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง /หรือได้รับมอบหมาย
การเงิน	- จัดเก็บค่าบริการรักษาพยาบาล
เภสัชกร	- ให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษแก่ผู้ป่วย - จัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการด้านการกระจายยา - การกระจายยาระบบรายวัน - อ่านบททวนความเหมาะสมของใบสั่งยาและตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนจ่ายให้แก่ผู้ป่วย - ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) และเฝ้าระวังอันตรกิริยาของยา (drug interaction) - ทบทวนและประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) โดยดำเนินการในลักษณะที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ - ดำเนินการตรวจสอบความต่อเนื่องของการใช้ยา (medication reconciliation) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
เวชสถิติ	- จัด เก็บ รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

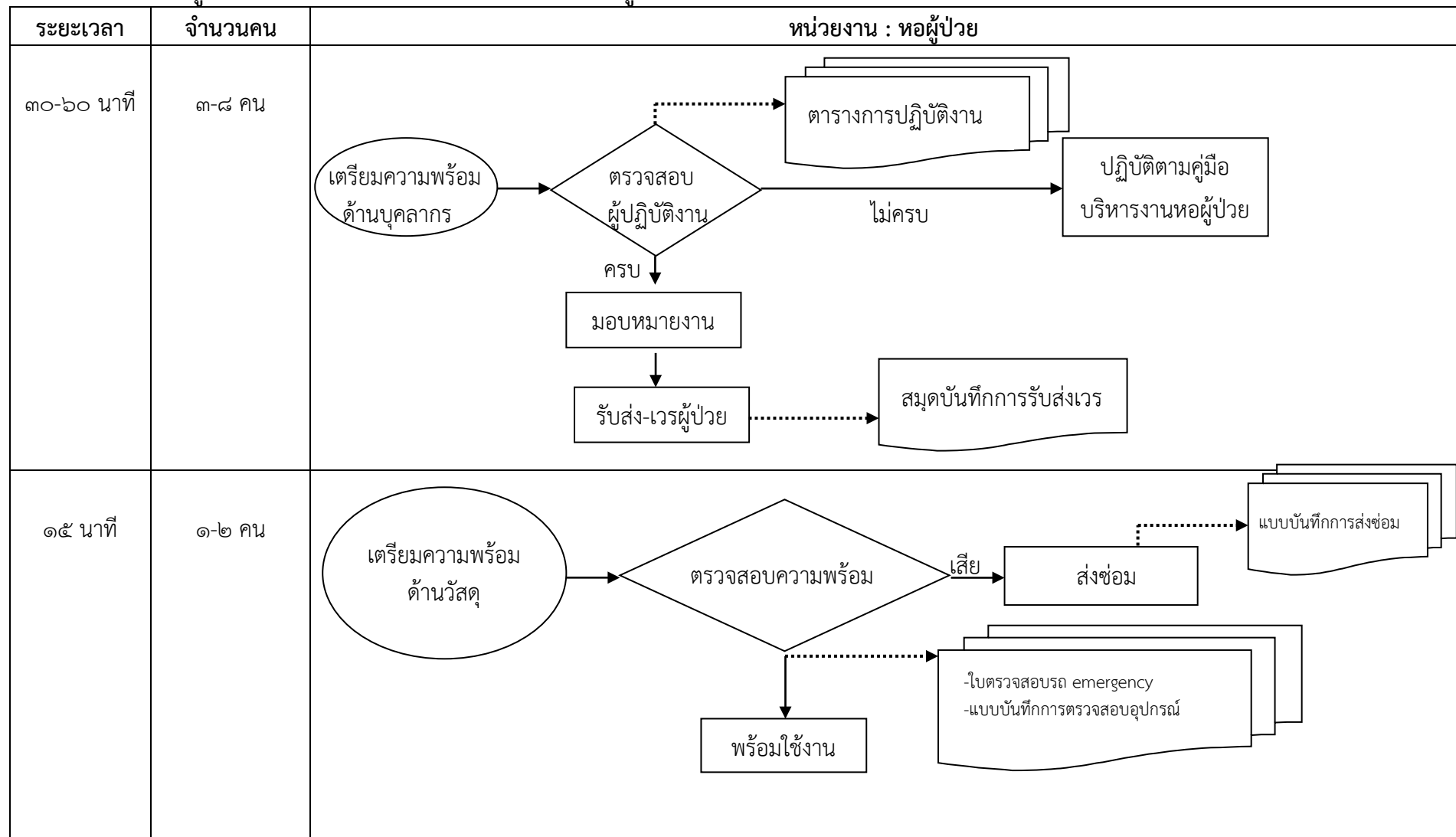
๙. แผนผังกระบวนการบริการผู้ป่วยใน



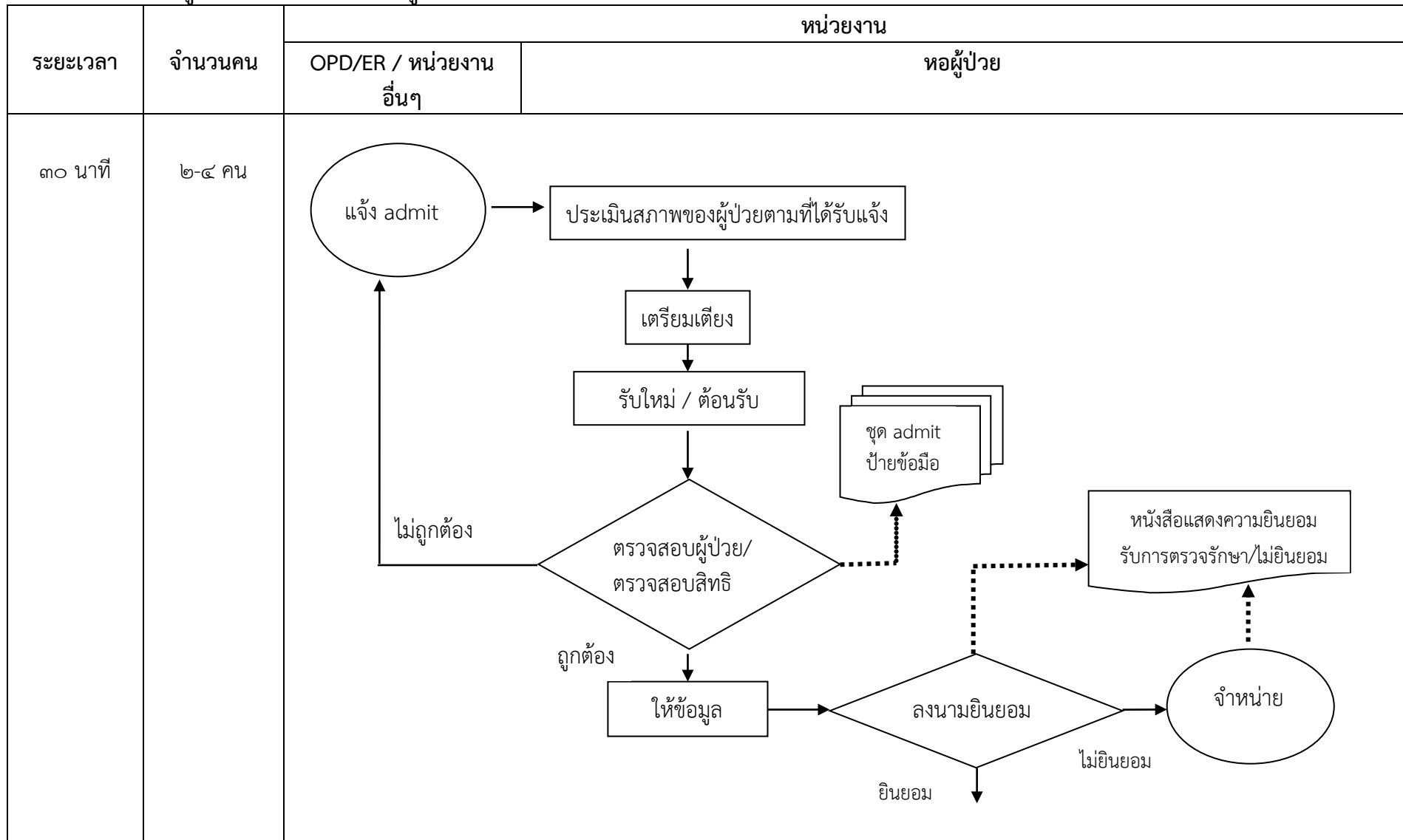
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน



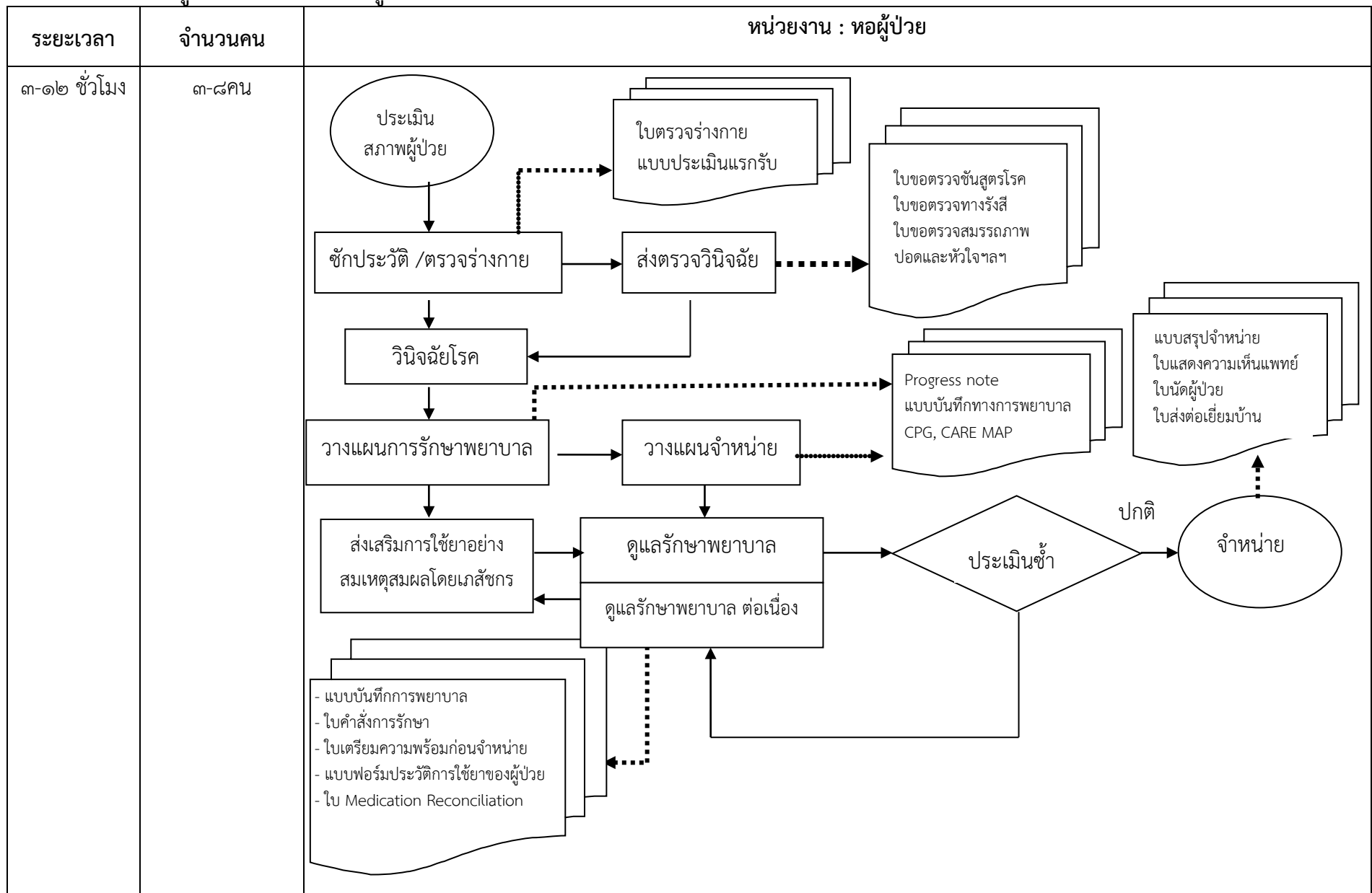
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย



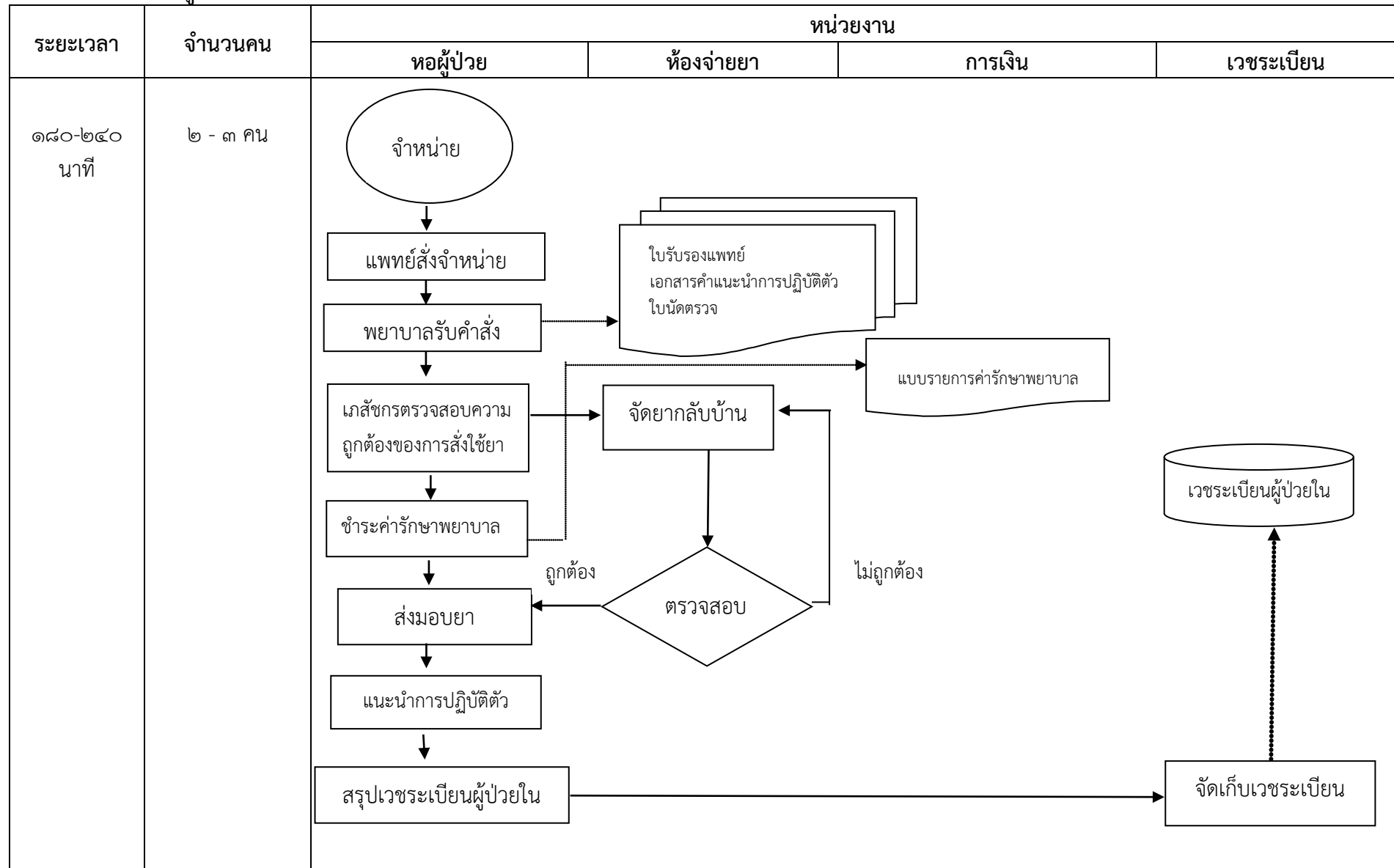
กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการรับผู้ป่วย



กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล



กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการจำหน่าย

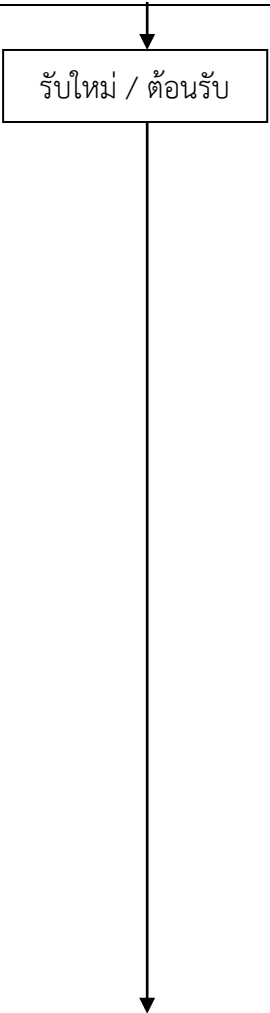


ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มาตรฐานคุณภาพงาน และการติดตามประเมินผลของกระบวนการบริการผู้ป่วยใน

[illegible]

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบ ติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
	↓	๑๕ นาที	การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน - หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการเบิกวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ให้ตรงกับความต้องการ และความจำเป็นในการให้บริการรักษา พยาบาลในหอผู้ป่วย - ทีมการพยาบาลตรวจนับและตรวจสอบความพร้อมก่อนใช้งานของอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ และรวมทั้งยาและอุปกรณ์บนรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน บันทึกในแบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือ-เครื่องใช้/ใบตรวจ สอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน ดูแลให้สะอาดทุกเวอร์และหลังใช้ และส่งทำให้ปราศจากเชื้อหรือเบิกเปลี่ยนกับหน่วยงานเวชภัณฑ์กลาง - กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ขาดสูญหาย ใช้งานไม่ได้ ทีมการพยาบาลแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการส่งซ่อม	- มาตรฐานการควบคุมและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ - มาตรฐานการจัดเตรียมยา/อุปกรณ์ในรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน	-เอกสารหรือข้อมูลในคอมพิวเตอร์	หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าทีมการพยาบาลในแต่ละเวร - หัวหน้าหอผู้ป่วย	-ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม -แบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์-เครื่องมือ-เครื่องใช้ - ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน	ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง - การจัดซื้อจัดจ้าง - การควบคุมและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ - การป้องกันการติดเชื้อ - การบริการเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ - การบริการซ่อมบำรุงเครื่องมือ และเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์อุปกรณ์ วิธีปฏิบัติงานเรื่อง - วิธีการเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์สนับสนุน / ไม่มีในสต็อก

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑	<pre> graph TD A([รับแจ้ง]) --> B[ประเมินสภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง] B --> C[เตรียมเตียง] C --> D[] style D fill:none,stroke:none </pre>	๕ นาที	๑ รับแจ้งรับผู้ป่วยจากพยาบาลห้อง ตรวจผู้ป่วยนอก และ/หรือห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, หอผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น ๆ -บันทึกรับผู้ป่วยในสมุดบันทึกการรับ แจ้งผู้ป่วย และแจ้งทีมการพยาบาลที่ ปฏิบัติงานให้ทราบ -กรณีเตียงเต็ม ปฏิบัติตามการ วินิจฉัยสั่งการของผู้ตรวจการ			ทีมการ พยาบาล	สมุดบันทึก การรับแจ้ง ผู้ป่วย	วิธีการปฏิบัติ งานของ พยาบาลตรวจ การนอกเวลา ราชการ
๒		๓ นาที	๒ หัวหน้าทีมการพยาบาลประเมิน สภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้งว่า เป็นผู้ป่วยประเภทใดเพื่อจัดให้ผู้ป่วย อยู่ในตำแหน่งเตียงที่เหมาะสม			ทีมการ พยาบาล		
๓		๕ - ๑๐ นาที	๓ ทีมการพยาบาลเตรียมเตียง/ อุปกรณ์รับผู้ป่วยตามสภาพของ ผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง และจัดเตรียม เอกสารประกอบการดูแลรักษา ตาม วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการรับผู้ป่วยเข้า รับการรักษาพยาบาล			ทีมการ พยาบาล		วิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการรับ ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา พยาบาล

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๔		๕ - ๑๐ นาที	๔ รับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้นำส่งพร้อมชุด Admit กรณีรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น รับผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้นำส่งพร้อมแฟ้มเวชระเบียน ผู้ป่วยใน - ให้การต้อนรับ ทักทายผู้ป่วย/ญาติ นำผู้ป่วย/ญาติไปที่เตียง แนะนำสถานที่ กฎระเบียบและการปฏิบัติตัว - ในหอผู้ป่วย ตามเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย - หัวหน้าทีมการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของเอกสาร, ชื่อ-สกุล, H.N., A.N. ให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ทวนสอบป้ายข้อมือ ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง <u>วิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาศาพยาบาล</u> - ทีมการพยาบาลตรวจสอบสิทธิและหลักฐานดำเนินการตามสิทธิ - <u>กรณีมีข้อผิดพลาด</u> เช่น ชุด Admit ไม่ตรงกับผู้ป่วย หัวหน้าทีมการพยาบาลประสานงานกลับไปยังหน่วย งานที่ส่ง และเจ้าหน้าที่นำเอกสารไปยังหน่วยงานนั้นแก้ไขให้ถูกต้อง		เอกสาร	ทีมการ พยาบาล	แบบตรวจสอบ เอกสารและเวช ระเบียน	

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๕	<pre> graph TD A[ให้ข้อมูล] --> B[ประเมินสภาพผู้ป่วย ชักประวัติ / ตรวจร่างกาย] </pre>	๕ - ๑๐ นาที	๕ หัวหน้าทีมการพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนลงนามยินยอมรับการรักษาในหนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และตรวจสอบข้อมูลให้เรียบร้อย <u>กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษา</u> รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียของการปฏิเสธการรักษา สั่งการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติลงนามในหนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจรักษา/ผ่าตัดหัตถการ		เอกสาร	หัวหน้าทีมการพยาบาล	หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษา	
๖		๓๐-๖๐ นาที	๖ ทีมการพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยรับใหม่และบันทึกตามแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ -หัวหน้าทีมการพยาบาลรายงานแพทย์ -แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย และบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายในใบ Admission Record และวินิจฉัยสั่งการรักษา ทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาและติดตามผลการตรวจรายงานผลให้แพทย์ทราบ		เอกสาร	ทีมการพยาบาลแพทย์เจ้าของไข้	หนังสือแสดงความไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ -แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ - Admission Record -รายงานชั้นสูตรโรค	

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสาร อ้างอิง
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 แพทย์และทีมการพยาบาลวางแผนการ รักษาพยาบาลร่วมกัน - กรณีที่แพทย์ลงความเห็นให้ปรึกษา แพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	มาตรฐาน วิชาชีพ กระบวนการ พยาบาล	เอกสาร	แพทย์และ ทีมการ พยาบาล/ ทีมสหสาขา วิชาชีพ	- แบบบันทึก การวางแผนการ พยาบาล - ใบปรึกษา แพทย์ระหว่าง แผนก	วิธีปฏิบัติ งานเรื่อง วิธีการ ปรึกษา แพทย์ เฉพาะทาง/
๙	↓ ส่งเสริมการใช้อย่าง สมเหตุสมผลโดยเภสัชกร	๑๐-๑๒๐ นาที	๙ เภสัชกรอ่านบททวนความเหมาะสม ของการสั่งใช้ยา พร้อมจัดทำประวัติการ ใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการด้านการ กระจายยา / ติดตามการใช้ยาเพื่อเฝ้า ระวัง ADR และ DI / ดำเนินการจัดทำ Medication Reconciliation / ทบทวน และประเมินการใช้ยาร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ	มาตรฐาน วิชาชีพเภสัช กรรม โรงพยาบาล	เอกสาร	เภสัชกร แพทย์และ ทีมการ พยาบาล	- แบบฟอร์ม ประวัติการใช้ยา ของผู้ป่วย - ใบ Medication Reconciliation	สหสาขา วิชาชีพ วิธี ปฏิบัติงาน เรื่อง การ จ่ายยา สำหรับ ผู้ป่วยใน
๑๐	↓ วางแผนจำหน่าย	๓๐ นาที	๑๐ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค แนวทางการ รักษาพยาบาล และวางแผนการจำหน่าย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ			ทีมสหสาขา วิชาชีพ	- Physician's Order & Progress Note - บันทึกทาง การ พยาบาล	

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบ ติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑๑	ดูแลรักษาพยาบาล	๓-๑๒ ชั่วโมง	๑๑ แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้าทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย และสั่งการรักษา - หัวหน้าทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายตรวจสอบแผนการรักษาและมอบหมายให้ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษา/ตาม CPG หรือ care map - ทีมการพยาบาล/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายติดตามและรายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ - ทีมการพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้องตามแผนการรักษา พร้อมบันทึกการให้สารน้ำ/เลือด (ถ้ามี) และการให้ยาทุกชนิด ตลอดจนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล - กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หายุดหยาใจ และ/หรือหัวใจหยุดทำงาน แพทย์และทีมการพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือหรือปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการช่วยฟื้นคืนชีพ หัวหน้าทีมการพยาบาลติดต่อขอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต			แพทย์และทีมการพยาบาล/พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย	-ใบให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือดดำ -ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด(oneday) -ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด(continue) ใบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	วิธีปฏิบัติงานเรื่อง - การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล - การช่วยฟื้นคืนชีพ - การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ - การดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
			- ทีมการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ - กรณีที่ผู้ป่วยต้องผ่าตัด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และวิธีการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด - กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะ ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ - ทีมการพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการให้บริการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติพยาบาล ผลการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาล และรายงานข้อมูลกับหัวหน้าทีมการพยาบาลเพื่อส่งเวรต่อไป - แพทย์และทีมการพยาบาลร่วมกันประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความเหมาะสมเพื่อตรวจสอบผลการรักษาพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน			ทีมการพยาบาล	-การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัด	- คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด - วิธีการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสาร อ้างอิง
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{ตรวจสอบ} H --> ถูกต้อง I[แนะนำการปฏิบัติตัว] H --> ไม่ถูกต้อง J[จัดยากลับบ้าน] J --> K[จ่ายยา] K --> G I --> L[สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน] L --> M[จัดเก็บเวชระเบียน] </pre>	- ๑๘๐- ๒๔๐ นาที	เสี่ยงสูง -แพทย์และทีมการพยาบาลวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๑๒ การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง กรณีมีความจำเป็นที่ควรต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน พยาบาลบันทึกลงใบบันทึกการวางแผนจำหน่ายหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านและลงข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ๑๓ แพทย์พิจารณาสั่งการจำหน่าย ผู้ป่วยทีมการพยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ลงในแบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตรวจสอบแผนการรักษา ส่งรายการยากลับบ้านให้เภสัชกร ตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา พร้อมจัดเตรียมยากลับบ้าน และจัดทำใบ medication reconciliation - บันทึกค่าใช้จ่ายและตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยถ้ามีค่าใช้จ่าย ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงิน ให้ผู้ป่วย /ญาติ จ่ายเงินที่การเงินก่อนกลับบ้าน - พยาบาลส่งมอบยาให้ผู้ป่วยพร้อมใบนัดตรวจติดตาม		เอกสาร	แพทย์และ ทีมการ พยาบาล	- แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทีมพยาบาล อนามัย ชุมชน -ใบบันทึกการวางแผนจำหน่ายหรือส่งข้อมูลเยี่ยม -แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary)	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน

ลำดับ ที่	ผังกระบวนการ	ระยะ เวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม/ ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสาร อ้างอิง
			- สรุปการจำหน่ายในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย/บันทึกทางการแพทย์ - กรณีผู้ป่วยต้องการแบบใบแสดงความเห็นแพทย์ (สำหรับลาป่วย) ทีมการพยาบาลเตรียมแบบใบแสดงความเห็นแพทย์ (สำหรับลาป่วย) ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้เขียน - ทีมการพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ - กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และแจ้งพนักงานรักษาศพมารับศพภายหลังศพอยู่บนหอผู้ป่วย ครบ ๒ ชั่วโมง ตามกฎของโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่ห้องนิรภัยเซ็นรับศพในสมุดตารางรับ-ส่งศพ - กรณีที่แพทย์นัด ทีมการพยาบาลออกใบนัดให้กับผู้ป่วย/ญาติ อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการนัดหมาย - ทีมการพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย			- แพทย์เจ้าของไข้	- ใบแสดงความเห็นแพทย์ - สมุดตารางรับ-ส่งศพ	- คู่มือการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม - วิธีปฏิบัติงานเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วย

หมายเหตุ

- ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนใช้เวลาตามมาตรฐานงานที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ระดับความรุนแรง และประเภทของหอผู้ป่วย
- แบบฟอร์มที่ใช้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล

๑๑. กระบวนการบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

เนื่องจาก สำนักงานการแพทย์ มีส่วนราชการระดับโรงพยาบาลที่มีขนาดและศักยภาพแตกต่างกัน จึงทำให้มีบริบทและความพร้อมในการให้บริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้การบริการผู้ป่วยใน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้แต่ละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ ดำเนินการศึกษาและปฏิบัติตามขั้นตอนตามแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (Business Continuity Plan – BCP) ทั้งในระดับสำนักงานการแพทย์และในระดับโรงพยาบาล ตามรายการเอกสารอ้างอิงอย่างเคร่งครัด

๑๒. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ)

- ๑๒.๑ ตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน
- ๑๒.๒ สมุดบันทึกรับ-ส่งเวร
- ๑๒.๓ สมุดบันทึกการรับแจ้งผู้ป่วย
- ๑๒.๔ ใบแจ้งจัดทำ/ซ่อม
- ๑๒.๕ แบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์-เครื่องมือ-เครื่องใช้
- ๑๒.๖ ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- ๑๒.๗ แบบตรวจสอบเอกสารเวชระเบียน (Checklist medical record)
- ๑๒.๘ Admission Record
- ๑๒.๙ Physician's Order & Progress Note
- ๑๒.๑๐ ใบปรึกษาแพทย์ระหว่างแผนก
- ๑๒.๑๑ แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- ๑๒.๑๒ แบบบันทึกการประเมินปัญหาสำคัญที่พบ (Focus list)
- ๑๒.๑๓ บันทึกทางการพยาบาล
- ๑๒.๑๔ แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
- ๑๒.๑๕ แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย
- ๑๒.๑๖ ใบ General in patient summary
- ๑๒.๑๗ รายงานชั้นสูตรโรค
- ๑๒.๑๘ ใบรายงานผลเอ็กซเรย์และผลการตรวจอื่น
- ๑๒.๑๙ ใบบันทึกสัญญาณชีพ
- ๑๒.๒๐ หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
- ๑๒.๒๑ หนังสือแสดงความ ไม่สมัครใจรับการตรวจ/รักษาพยาบาล/ผ่าตัด/หัตถการ
- ๑๒.๒๒ ใบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๑๒.๒๓ แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- ๑๒.๒๔ ใบเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- ๑๒.๒๕ ใบให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือด
- ๑๒.๒๖ ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (One Day)
- ๑๒.๒๗ ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Continue)
- ๑๒.๒๘ แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

๑๒.๑ (ตัวอย่าง) ตารางการปฏิบัติงานประจำเดือน

ตารางการปฏิบัติงาน ประจำเดือน หอผู้ป่วย.....

[illegible]

๑๒.๒ (ตัวอย่าง) สมุดบันทึกรับ-ส่งเวช

เตียง	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	Diagnosis	อาการปัจจุบัน	ปัญหาที่พบ/Lab ผิดปกติ	งานค้าง
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
12						
11						
12						
13						
14						
15						

๑๒.๓ (ตัวอย่าง) สมุดบันทึกการรับแจ้งผู้ป่วย

สมุดบันทึกการรับแจ้งผู้ป่วย[illegible]

๑๒.๔ (ตัวอย่าง) ใบขอเบิกสิ่งของขอให้ทำหรือขอให้ซ่อม

หน้า 1/2



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)☐ งานรื้อชิ้น เติง 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..... น. เรียน หัวหน้า(ผู้รับมอบหมาย)

ผลการตรวจสอบ / ผลการดำเนินการ

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

☐ งานซ่อมแซม/เปลี่ยน☐ แล้วเสร็จ☐ งานสร้างใหม่ / ติดตั้งใหม่☐ ไม่แล้วเสร็จ☐ นัดดำเนินการครั้งที่ 2 วันที่...../...../.....☐ ดำเนินการแล้วเสร็จ พร้อมตรวจสอบการใช้งานได้ดี☐ เห็นควรจ้างเหมาช่างชำนาญการเฉพาะ (ส่งช่างนอก)☐ เห็นควรขอความเห็นชอบในหลักการจัดซื้ออะไร☐ เห็นควรขอความเห็นชอบในหลักการขออุปโภค

ลงชื่อ..... ผู้ดำเนินการ

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

วันที่...../...../..... เวลา..... น.

วันที่...../...../..... เวลา..... น.

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

☐ 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

	ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย เลขที่..... วันที่..... เวลา.....	หน้า 2/2
เรียน หัวหน้าฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย		
.....		
ลงชื่อ.....หัวหน้า (ผู้รับ- (.....) มอบหมาย)/...../.....		
เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ฝ่ายบริหาร		
โปรดพิจารณาว่าเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อโปรดเห็นชอบในหลักการ ☐ 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/...../.....		

๑๒.๕ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์-เครื่องมือ-เครื่องใช้

แบบบันทึกการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

[illegible]

๑๒.๖ (ตัวอย่าง) ใบตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

หน้า ๑

ใบ ตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

หอดูผู้ป่วย

าสิ้น

รายการ	ว/ด/ป																													
	จำนวน	เวลา	สถานที่	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
ขั้นที่ 1 เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า 1 เครื่อง																														
1. ADRENALINE 1 mgm/1ml per amp [1:1000] เก็บใน Ref																														
2. ATROPINE SULFATE 0.6mgm/1ml per amp																														
3. DOPAMINE 250mg/5ml per amp																														
4. DIGOXIN 0.5mgm/2 ml per amp																														
5. HYDROCORTIZONE 100 mgm/ ml per amp																														
6. VALIUM 10mgm/2 ml per amp																														
7. XYLOCARD 500 mgm/5ml per amp																														
8. XYLOCARD 100mgm/5 ml per amp																														
9. 50% dextrose 50ml per amp																														
10. WATER FOR INJECTION 5 ml per amp																														
ขั้นที่ 2																														
11. ไฟฉาย พร้อมถ่านไฟฉายถ่านสำรองอย่างละ 1 ชุด																														
12. MAGILLS FORCEPS ADULT																														
13. GUIDE WIRE																														
14. LARYNGOSCOPE@ BLADE No....																														
BLADE No...																														
BLADE No...																														
15. CORD TAPE																														
16. PLASTER																														
17. กรรไกร																														
ผู้ตรวจสอบ																														

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

๑๒.๖ (ตัวอย่าง) ไบโตรวจสอบรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

หน้า ๒

[illegible]

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

๑๒.๗ (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 ประวัติการรักษามาจากที่อื่น / 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 ใบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูตรกรรม / ใบฝากครรภ์										
	2.9 ใบรายงานชิ้นสูตรโรค / 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 / สูตรกรรม / 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 / แบบประเมินนมแม่										
	4.11 ใบ Hemo / Peritoneal Dialyse / CRRT Record										
	4.12 ใบ PRE-POST Test Counselling										
	4.13 อื่นๆ.....										
	4.14 ใบเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย(ทั่วไป / สูตรกรรม / แรกเกิด)										
	4.15 แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย										
	4.16 OPD Card / Film / บัตรประจำตัวผู้ป่วย / ป้ายชื่อมือ										
	ลงนามผู้ส่ง										
	ลงนามผู้รับ										

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....AN.....

๑๒.๘ (ตัวอย่าง) Admission Record

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 ☐ มีประวัติได้จาก ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ..... ☐ ไปส่งต่อ..... ประวัติแพทย์ ☐ ไม่มี ☐ มีบุหรี ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ.....มวน ระยะเวลาปี 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.

๑๒.๙ (ตัวอย่าง) Physician's Order & Progress Note

โรงพยาบาลตากสิน
ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา กรุงเทพมหานคร
PHYSICIAN'S ORDER & PROGRESS NOTE

คำสั่งครั้งเดียวใช้ได้ 1 วัน drug-dose-route-frequency-duration		วันที่สั่ง เวลา	คำสั่งครั้งเดียวใช้ได้ตลอดไป drug-dose-route-frequency-duration	อาการ ความเห็นและการรักษาที่สำคัญ progress notes

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

สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หมายเหตุ โปรดระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนไปยกเลิกคำสั่งเก่า

TS:FM-IPD01-GEN002:Rev.02

๑๒.๑๐ (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

๑๒.๑๑ (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	
การวินิจฉัยแรกรับ	
อาการสำคัญที่นำมา รพ.	
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	
อาการแรกรับ และอาการแสดงของผู้ป่วยแรกรับ (สภาพทั่วไปด้านร่างกาย/จิตใจ-อารมณ์)	
V/S แรกรับ T.....°C, P...../min, R...../min, BP.....mm Hg น้ำหนัก..... กิโลกรัม, ส่วนสูง..... เซนติเมตร	
ประวัติสำคัญด้านสูติกรรม (เฉพาะผู้ป่วยสูติกรรม)	
อาการสำคัญที่มารพ.	
☐ เจ็บครรภ์	เวลา น. วันที่
☐ น้ำเดิน	เวลา น. วันที่
☐ เลือดออก	เวลา น. วันที่
☐ ทารกดิ้นน้อย	เวลา น. วันที่
☐ อื่น ๆ ระบุ	
ตรวจหน้าท้อง Fundus	F.H.S. /min Position
ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด ซม. ความบาง % ส่วนน้ำ ระดับ ถุงน้ำ	
อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ	
ประวัติในอดีต	
การเจ็บป่วย ☐ ปฏิเสธ ☐ 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			

๑๒.๑๑ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง

หน้า ๒

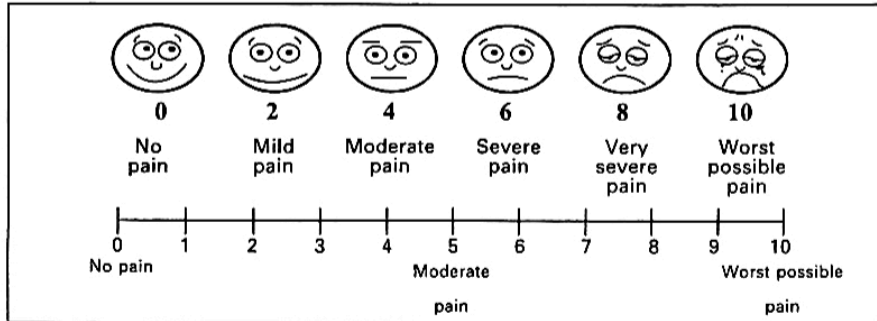
ประวัติสุขภาพครอบครัว			
โรคทางพันธุกรรม	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุโรค/ระบุผู้เป็น.....
โรคติดต่อ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุโรค/ระบุผู้เป็น.....
ข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ			
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ			
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	☐ ซื้อยากินเอง	☐ คลินิก	☐ ไป รพ. ☐ อื่นๆ ระบุ.....
บุหรื	☐ ไม่สูบ	☐ สูบ.....	ปี จำนวน...../วัน เลิกเมื่อ.....
สุรา	☐ ไม่ดื่ม	☐ ดื่ม.....	ปี จำนวน...../วัน เลิกเมื่อ.....
2. ภาวะโภชนาการ และเมตาบอริซึม			
การรับประทานอาหาร วันละ.....	มื้อ ☐ ตรงเวลา ☐ ไม่ตรงเวลา เพราะ.....		
ระบบทางเดินอาหาร	กลืนลำบาก ☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน	ระบุลักษณะ.....	
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก	☐ ปกติ ☐ เพิ่มขึ้น.....	กิโลกรัม ☐ ลดลง.....	กิโลกรัม ☐ ในช่วง.....เดือนที่ผ่านมา
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.....	
การเข้ายาระบาย	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุความถี่.....		
การขับถ่ายปัสสาวะ	☐ ปกติ เหลืองใส ☐ ขุ่น ☐ ไม่มีปัสสาวะ		
	☐ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ☐ ปัสสาวะเป็นเลือด ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ สอนทั้งปัสสาวะ		
	☐ คาสายสวนปัสสาวะ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....		
4. กิจกรรม และการออกกำลังกาย			
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	☐ ได้ ☐ ไม่ได้	ระบุกิจกรรมที่ทำไม่ได้.....	
การเคลื่อนไหว	☐ ปกติ ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง	ระบุบริเวณ.....	
กำลังของกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ ☐ อ่อนแรง	ระบุบริเวณ..... ☐ อัมพาต ระบุอวัยวะ.....	
ระดับความรู้สึกตัว	☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว	☐ อื่น ๆ ระบุ.....	
การไหลเวียนโลหิต :	ลักษณะชีพจร ☐ สม่ำเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอ	ระบุ.....	
การหายใจ	☐ ปกติ ☐ เหนื่อยหอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ อื่น ๆ ระบุ.....		
5. การนอนหลับพักผ่อน			
อุปนิสัยในการนอน	☐ ปกตินอนวันละ.....	ชม. ☐ นอนกลางวัน	ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
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	

๑๒.๑๑ (ตัวอย่าง) แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ

หน้า ๓

ความรู้สึกเรื่องความเจ็บปวด โดยใช้ Pain Scale



7. เพศ และการเจริญพันธุ์ (เฉพาะรายที่มีปัญหาด้านนี้)

เพศหญิง มีประจำเดือน.....วัน/รอบ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....เพศชาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

8. บทบาท และสัมพันธภาพ

บทบาทในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัวระดับการศึกษา ☐ ประถม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

อาชีพของผู้ป่วย ระบุ.....

ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ระบุ.....

9. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์

การแสดงออกด้านพฤติกรรม ☐ ให้ความร่วมมือ ☐ เอะอะโวยวาย ☐ อื่นๆ ระบุ.....สภาพอารมณ์/จิตใจ ☐ กลัว ☐ โกรธ ☐ วิตกกังวล ☐ สิ้นหวัง ☐ 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			

Focus list

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

หมายเหตุ 1. กรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน และประเด็นสำคัญของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขจนบรรลุปเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่กำหนด
เกิดประเด็นสำคัญเดิมซ้ำอีก ให้เขียนประเด็นสำคัญเดิมและบันทึกหมายเลขลำดับเดิม

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

TS : FM-TS01-GEN033 : Rev.00

๑๒.๑๔ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

โรงพยาบาลตากสิน
แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

บันทึกกิจกรรม เพื่อเตรียมการจำหน่าย/การให้ความรู้	ประเมินความเข้าใจ/การรับรู้			
	เข้าใจ	ไม่เข้าใจ	ประเมินซ้ำ	
			เข้าใจ	ไม่เข้าใจ
1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (โรคอะไร, สาเหตุ, เกิดจาก, อาการที่สำคัญ, แนวทางการรักษา) D-Disease				
2. ให้ความรู้เรื่องยา/วิธีใช้ยา, อาการข้างเคียง, ข้อควรระวัง M-Medication				
3. แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน/สังคม/เศรษฐกิจ, หน้าที่การงาน E-Environment and Economic				
4. การอธิบายถึงแนวทางการรักษา/การป้องกันภาวะแทรกซ้อน T-Treatment				
5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว/การออกกำลังกาย/การพักผ่อน/กิจกรรมที่ควรงดเว้น/การมีเพศสัมพันธ์ H-Health				
6. ให้คำแนะนำการดูแลรักษาต่อเนื่อง/อาการผิดปกติที่อาจพบ/การเตรียมตัวมาตรวจตามนัด/วันเวลาสถานที่ O-Outpatient Referral				
7. ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรงดเว้น D-Diet				

หมายเหตุ

1. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องประเมินความเข้าใจ/การรับรู้ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อผู้ประเมิน และว.ด.ป. ที่ประเมิน
2. กรณีประเมินแล้วผู้ป่วยไม่เข้าใจ ไม่รับรู้ ต้องให้ข้อมูลซ้ำพร้อมทั้งลงลายมือชื่อผู้ประเมิน และว.ด.ป. ที่ประเมินในช่องประเมินซ้ำ

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย		เตียง / ห้อง		

๑๒.๑๕ (ตัวอย่าง) แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

โรงพยาบาลตากสิน
แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย
(Discharge Summary)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....เวลา.....น. รวม.....วัน
 การวินิจฉัยโรคแรกรับ.....การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย.....
 การรักษา/หัตถการ/การคลอด.....

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

สัญญาณชีพ T.....°C, P...../min, R...../min, BP.....mm Hg
 ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัว ☐ สับสน ☐ ซึมหลับปลุกตื่น ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 ความสามารถในการดูแลตนเอง ☐ ช่วยตนเองได้ ☐ ช่วยตัวเองได้บางส่วน ☐ ช่วยตัวเองไม่ได้ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 อุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่ติดตัวกลับ ☐ NG tube ☐ Foley's cath ☐ Tacheostomy ☐ Ostomy tube (ระบุชนิด).....
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 ยา กลับบ้าน(ระบุ).....

ประเภทของการจำหน่าย ☐ แพทย์อนุญาต ☐ หนักกลับ ☐ ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ส่งต่อ ☐ ถึงแก่กรรม
 สาเหตุที่ต้องส่งต่อ/ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ผู้ป่วย/ญาติต้องการ ☐ ย้ายตามสิทธิ ☐ แพทย์เห็นสมควรส่งต่อ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 การจำหน่ายบุตร (ด้านสูติกรรม) ☐ กลับพร้อมมารดา ☐ ไม่ได้กลับพร้อมมารดา เนื่องจาก.....
 สิ่งที่มีผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ☐ บัตรประจำตัวผู้ป่วย ☐ ยา ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ फिल्म ☐ ใบส่งต่อ.....
☐ ใบนัดวันที่..... ☐ นัดมาเพื่อ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง (M-E-T-H-O-D)

1.
2.
3.
4.
5.

ลงชื่อผู้ป่วย / ญาติ ผู้รับผู้ป่วย..... ลงชื่อผู้จำหน่าย.....
 (โทรศัพท์.....)

กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม
 แพทย์ลงความเห็นถึงแก่กรรมวันที่.....เวลา.....น. แพทย์ผู้ลงความเห็น.....
 ส่งศพไปห้องนิรภัยเวลา.....น. ลงชื่อเจ้าหน้าที่ห้องนิรภัย.....ลงชื่อพยาบาล.....

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย		เตียง/ห้อง		

๑๒.๑๖ (ตัวอย่าง) Summary Of Patient Discharge

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)							15-16		9 AGE AT ADMISSION (17-18)												
7 PERSON TO BE NOTIFIED							8 DATE OF BIRTH		INFANTS ONLY												
NAME																					
ADDRESS							YEARS		MO		DAYS										
10 GRAVIDITY (19)		11 PARITY (20)		12 LIVING CHILDREN		13 SEROLOGY		17 DATE OF		DAY		MONTH		YEAR		TIME					
								ADMISSION (23-24)													
								DISCHARGE (25)													
14 DEPARTMENT (21-22)				15 UNIT		16 WARD		18 LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (DAYS) (26-28)		19 MARITAL STATUS (11)											
01 MEDICINE	05 PEDIATRICS	09 PSYCHIATRY								1 SINGLE		4 DIVORCED									
02 SURGERY	06 ENT	10 DENTAL								2 MARRIED		5 WIDOWED									
03 OB	07 EYE	11 OTHER								3 SEPARATED											
04 GYN	08 ORTHOPAEDICS																				
20 DIAGNOSES PLEASE DO NOT USE ABBREVIATION														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							
22 NON OPERATIONS														3							
☐ 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 ☐ อื่น ๆ																					
23 DISCHARGE STATUS (55)														24 DISCHARGE TYPE (56)							
1. COMPLETE RECOVERY 9. DEAD														1. WITH APPROVAL 5. OTHER (SPECIFY)							
2. IMPROVED														2. AGAINST ADVICE 8. DEAD , AUTOPSY							
3. NOT IMPROVED														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

SIGNATURE

AdjRW.....

ผู้ให้รหัส

๑๒.๑๖ (ตัวอย่าง) Summary Of Patient Discharge

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.					
(a) due to (or as a consequence of)					
Antecedent causes					
Morbidity conditions, if any, Giving rise to the above cause, stating the underlying condition last					
(b) due to (or as a consequence of)					
(c)					
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

๑๒.๑๘ ใบรายงานผลเอกซเรย์และผลการตรวจอื่น

โรงพยาบาลตากสิน
ใบรายงานผลเอกซเรย์และผลการตรวจอื่น

①

ปิดรายงานการชันสูตรโรคที่ได้รับจากห้องชันสูตรโรค แผ่นแรกให้ขอบบนชิดบรรทัด
หมายเลข 1 ปิดแผ่นต่อไปชิดบรรทัดต่อไปตามลำดับ

ชื่อ.....อายุ.....เตียง.....เลขที่ภายใน.....หอผู้ป่วย.....

แผ่นที่.....

TS : FM-IPD01-GEN030 : Rev.00

๑๒.๑๙ ตัวอย่างใบบันทึกสัญญาณชีพ

โรงพยาบาลตากสิน

ใบบันทึกสัญญาฉบับ

[illegible]

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

๑๒.๒๐ (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

1. ให้อธิบายรายละเอียดข้อมูลทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ให้คำยินยอม ได้แก่

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

2. กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใดและใส่ชื่อเจ้าของลายนิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย	เตียง/ห้อง			

๑๒.๒๑ (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 / หรือไม่สมัครใจรับการ 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 (ไม่รู้สีกตัว)
 - 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			

๑๒.๒๒ (ตัวอย่าง) แบบฟอร์มการเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

หน้า ๑

แบบฟอร์มการเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

☐ OPD ☐ observe ☐ รับย้ายจาก.....

วันที่รับ การวินิจฉัยแรกกับ ☐ รับใหม่ ☐ ER ☐ Refer จาก

รักษาไว้รักษาครั้งสุดท้ายใน ร.พ. การย้ายหอผู้ป่วยครั้งที่ 1 ย้ายไปที่.....วันที่.....

ครั้งที่ 2 ย้ายไปที่.....วันที่.....ครั้งที่ 3 ย้ายไปที่.....วันที่.....วันที่จำหน่าย.....

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....สถานภาพการจำหน่าย ☐ ยังไม่จำหน่าย ☐ ทูเลา ☐ ไม่ทูเลา ☐ ตาย ☐ ไม่สมัครอยู่ ☐ refer.....

1. อาการสำคัญเมื่อแรกรับ

LAB CBC : WBC = PMN LYM UA : WBC BACT..... CXR

การติดเชื้อจากชุมชน (CI) ☐ มี ☐ ไม่มี ถ้ามีที่อวัยวะระบบ.....เชื้อที่พบ.....

2. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

☐ STEROID ☐ CHEMOTHERAPY ☐ RADIATION ☐ HYPERELIMENTATION ☐ อื่นๆ

3. การใช้เครื่องมือพิเศษ	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
การคาสายสวนปัสสาวะ																															
การสวนปัสสาวะทิ้ง																															
การใส่ท่อช่วยหายใจ																															
การใช้เครื่องช่วยหายใจ																															
การใส่ท่อเจาะคอ																															
Nebulizer & Humidifier																															
การใส่สาย Chest/vac Drain																															
การใส่ NG																															
central IV line																															
peripheral IV line																															

4. การผ่าตัด ครั้งที่ 1วันที่.....ชนิดการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency

ชนิดของแผล ☐ Clean ☐ Clean con. ☐ Con. ☐ Dirty ☐ No ASA scoreระยะเวลาในการผ่าตัด.....

การผ่าตัด ครั้งที่ 2วันที่.....ชนิดการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency

ชนิดของแผล ☐ Clean ☐ Clean con. ☐ Con. ☐ Dirty ☐ No ASA scoreระยะเวลาในการผ่าตัด.....

การผ่าตัด ครั้งที่ 3วันที่.....ชนิดการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency

ชนิดของแผล ☐ Clean ☐ Clean con. ☐ Con. ☐ Dirty ☐ No ASA scoreระยะเวลาในการผ่าตัด.....

การผ่าตัด ครั้งที่ 4วันที่.....ชนิดการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency

ชนิดของแผล ☐ Clean ☐ Clean con. ☐ Con. ☐ Dirty ☐ No ASA scoreระยะเวลาในการผ่าตัด.....

การผ่าตัด ครั้งที่ 5วันที่.....ชนิดการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency

ชนิดของแผล ☐ Clean ☐ Clean con. ☐ Con. ☐ Dirty ☐ No ASA scoreระยะเวลาในการผ่าตัด.....

5. ยาต้านจุลชีพ ขนาด/วิธีที่ให้ วันเริ่ม วันสิ้นสุด รวมขนาดยา (dose) ยาต้านจุลชีพ ขนาด/วิธีที่ให้ วันเริ่ม วันสิ้นสุด รวมขนาดยา (dose)

1 6.....

2 7.....

3 8.....

4 9.....

5 10.....

UTI ដើម្បី.....

RTI ដើម្បី.....

VAP ដើម្បី.....

CAUTI ដើម្បី.....

การติดเชื้้ออื่น ๆ

☐ ใช้ (>38°C) เมื่อ.....	☐ Sub Temp. เมื่อ.....
☐ ถ่ายอุจจาระเหลว/มีมูกปนเมื่อ.....	☐ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เมื่อ.....
☐ เพาะเชื้อได้จากสิ่งส่งตรวจเมื่อ.....	☐ ผลผ่าตัด ☐ บวมแดง ☐ แผลแยก ☐ มีหนอง เมื่อ.....
☐ ขนาดแผล..... เริ่มมีหนองเมื่อ.....	☐ หนาวสั่น/ความดันโลหิตต่ำ เมื่อ.....
☐ แผลกดทับมี debris. มีหนองเมื่อ.....	☐ เจ็บหู มีหนองไหลออกจากช่องหู เมื่อ.....
☐ แผล Circum. เด็กอายุ < 1 เดือนมีหนองเมื่อ.....	☐ เจ็บตา ตาจะ..... เมื่อ.....
☐ มีหนองไหลออกจากช่องคลอดเมื่อ.....	☐ Cellulitis/Miositis เมื่อ.....
☐ ขอบสะดือ บวมแดง มีหนอง สะดือมีกลิ่นเหม็นเมื่อ.....	☐ อื่นๆ..... เมื่อ.....
☐ แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ/ให้การรักษาโดยให้ยาต้านจุลชีพเมื่อ.....	

7. CXR ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล ☐ อ่านผล.....
☐ ไม่ได้อ่านผล.....
 CXR ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล ☐ อ่านผล.....
☐ ไม่ได้อ่านผล.....
 CXR ครั้งที่ 3 วันที่.....ผล ☐ อ่านผล.....
☐ ไม่ได้อ่านผล.....
 CXR ครั้งที่ 4 วันที่.....ผล ☐ อ่านผล.....
☐ ไม่ได้อ่านผล.....
 CXR ครั้งที่ 5 วันที่.....ผล ☐ อ่านผล.....
☐ ไม่ได้อ่านผล.....

8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ Print out
☐ ไม่มีผล

9. តរុបភាវះផ្ទៀបរយ

1. () ไม่มีการคิดเชื้อ
2. () การติดเชื้้นนอก รพ. ในการ admit ครั้งนี้ () ใช่ () ไม่ใช่ () สรุปไม่ได้.....
3. () การติดเชื้อใน รพ. ในเดือน.....
- 3.1 ตำแหน่งเชื้อที่พบ
- 3.2 ตำแหน่งเชื้อที่พบ

ลงชื่อ
วันที่

๑๒.๒๓ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการใช้และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

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						
	Summary and Planning						
	ผู้ปรับตั้งเครื่อง						
	เครื่อง NO.						

ชื่อ / นามสกุล อายุ ปี HN AN หอผู้ป่วย ทีมงาน/ชำนาญ

โรค

แพทย์

ลำดับ	รายละเอียดการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ			
		บ	ค	ช	หมายเหตุ
1.	การงดน้ำ และอาหารทางปากทุกชนิด ☐ ไม่งด ☐ งดตั้งแต่เวลา.....น.				
2.	การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ☐ ไม่เตรียม ☐ เตรียมบริเวณ.....				
3.	การเตรียมระบบต่างๆ ● 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/อุปกรณ์ไปห้องผ่าตัด 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) ☐ อื่นๆ ระบุ.....				
7.	การเตรียมเอกสาร ☐ ใบยินยอมการรักษา/การผ่าตัด ☐ ใบยินยอมทำหมัน ☐ ใบยินยอมการตรวจ HIV ☐ Film ทุกชนิด ☐ ผล Lab ☐ OPD Card ☐ เวระเบียนผู้ป่วยใน ☐ 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	ลาตุ	ปี	HN	AN
หอผู้ป่วย			เตียง/ห้อง	

๑๒.๒๕ (ตัวอย่าง) ใบให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือดดำ

โรงพยาบาลตากสิน
ไปให้สารน้ำ / เลือดทางหลอดเลือดดำ

[illegible]

๑๒.๒๖ (ตัวอย่าง) ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (One Day)

โรงพยาบาลตากสิน
ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (One Day)

[illegible]

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

๑๒.๒๗ (ตัวอย่าง) ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด (Continue)

โรงพยาบาลตากสิน
ใบแจ้งกรให้ยาทุกชนิด (Continue)

[illegible]

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

๑๒.๒๘ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

หน้า ๑



แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

วันที่รับผู้ป่วย.....แพทย์เจ้าของไข้.....
 วันที่จำหน่าย.....พยาบาลผู้จำหน่าย.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน (เพื่อเยี่ยมบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....ซอย.....แยก.....
 ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ที่ติดต่อผู้ป่วยได้จริง.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ หลักประกันสุขภาพ ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ต่างด้าว ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มีสิทธิ์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 นัดติดตามผู้ป่วยครั้งต่อไป
 ญาติและผู้ป่วยมีความยินยอมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ญาติ
 ลักษณะที่อยู่ ☐ บ้านเดี่ยว ☐ ทาวน์เฮาส์ ☐ ตึกแถว ☐ คอนโดมิเนียม ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

แผนที่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัย ณ ปัจจุบัน (เพื่อเยี่ยมบ้าน)

ผู้ดูแลผู้ป่วย ☐ คู่สามี / ภรรยา ☐ บุตร ☐ อื่นๆ.....	ผู้ป่วยมีภาวะเครียดหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ 2Q positive 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ☐ มี ☐ ไม่มี 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ แก้ไข.....
--	--

ทักษะที่ได้ฝึกแล้ว ☐ อาบน้ำ / แต่งตัว ☐ การเคลื่อนย้าย ☐ การเตรียมอาหารเหลว ☐ การดูแลท่อและแผลเจาะคอ ☐ พลิกตะแคงตัว ☐ การดูดเสมหะ ☐ การให้อาหารทางสายยาง ☐ การเปลี่ยนถุงหน้าท้อง ☐ การดูแลสายสวนปัสสาวะ ☐ การกายภาพ ☐ การทำแผล ☐ เพิ่มทักษะอื่นๆ.....
--

สติ๊กเกอร์

หมายเลขบัตรประชาชน - - - - - - - - - -

ประวัติแพ้ยา.....

๑๒.๒๘ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

หน้า ๒

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

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

การจัดกลุ่มเป้าหมาย ☐ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (HHC 1) ☐ กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (HHC 2)☐ กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการโรคความสามารถเล็กน้อย (HHC 3) ☐ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการอย่างรุนแรง (HHC 4)☐ กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (HHC 5) ☐ กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (HHC 6)

ประวัติโรคประจำตัว

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

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาในโรงพยาบาล

ยา (Medications) ☐ แนบใบ Med Reconcile

อาการสำคัญแรกเริ่ม (Chief complaint).....

การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและการรักษาที่ได้รับขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลพอสังเขป (Present illness and treatment)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาความต้องการในการเยี่ยมบ้าน

1. 2.

3. 4.

สภาพผู้ป่วย/ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเมื่อจำหน่าย

ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ อื่นๆ ระบุ..... GCS : E.....V.....M.....

กิจวัตรประจำวัน (ADL)/20 (มีใบประเมินแนบมาด้วย กรุณาให้คะแนนในใบประเมินด้วย)/100 (สำหรับ Stroke Unit)

กำลังของกล้ามเนื้อแขนขา ☐ ปกติ ☐ อ่อนแรงการเคลื่อนไหว ☐ เดินได้เอง ☐ Cane (1 ขา / 3 ขา) ☐ Walker ☐ Wheel chair ☐ Bedridden ☐ อื่นๆ ระบุ.....การรับประทานอาหาร ☐ กินอาหารได้เอง ☐ ต้องมีคนป้อน ☐ Feeding (NG feeding / Gastrostomy / Jejunostomy)

แผลตามร่างกาย (รวมถึง Bedsore และกรณาระบุตำแหน่งและขนาดของแผล เช่น Bedsore grade 3, size 3x3 cm at coccyx เป็นต้น)

.....

อุปกรณ์ทางการแพทย์

อุปกรณ์ให้อาหาร ☐ NG tube ☐ Gastrostomy ☐ Feeding Jejunostomyอุปกรณ์ช่วยหายใจ ☐ Tracheostomy (Room air / O₂ Collar / Ventilator) ☐ O₂ Cannula ☐ อื่นๆ ระบุ.....อุปกรณ์ที่ใช้ขับถ่าย ☐ Foley's catheter ☐ Cystostomy ☐ PCN (Lt. / Rt. / both) ☐ Ostomy (Colos / Ileos) ☐ CAPDอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ☐ Suction ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๒.๒๘ (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

หน้า ๓

ติดสติ๊กเกอร์	
การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันชนิด Basic ADL	คะแนนที่ได้
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ๆไว้ล่วงหน้า 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	0 1 2
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	0 1
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือค้ำขึ้นมายังจะนั่งอยู่ได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. ทำได้เอง	0 1 2 3
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	0 1 2
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0 1 2 3
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	0 1 2
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	0 1 2
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้	0 1
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้ปกติ	0 1 2
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั่นได้เป็นปกติ	0 1 2
คะแนนรวม	
วันที่ประเมิน (ก่อนจำหน่าย)	

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 พิจารณาหรือพบภาพ

๑๓. รายชื่อเอกสารอ้างอิง

- ๑๓.๑ คู่มือการบริหารงานหอผู้ป่วย
- ๑๓.๒ ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง
- ๑๓.๓ ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการควบคุมและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์
- ๑๓.๔ ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ
- ๑๓.๕ ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ แพทย์ที่ปราศจากเชื้อ
- ๑๓.๖ ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการซ่อมบำรุงเครื่องมือ และเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์
อุปกรณ์
- ๑๓.๗ วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์สนับสนุน
- ๑๓.๘ วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการเบิกจ่ายยา-เวชภัณฑ์ที่ไม่มีในสต็อก
- ๑๓.๙ วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ พยาบาล
- ๑๓.๑๐ วิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ
- ๑๓.๑๑ วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- ๑๓.๑๒ วิธีปฏิบัติงานเรื่องการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๑๓.๑๓ วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ
- ๑๓.๑๔ วิธีปฏิบัติงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่อง ช่วยหายใจ
- ๑๓.๑๕ วิธีปฏิบัติงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยใจ
- ๑๓.๑๖ วิธีปฏิบัติงานเรื่องการจัดจำหน่ายผู้ป่วย
- ๑๓.๑๗ แผนดำเนินการธุรกิจอย่างต่อเนื่อง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- ๑๓.๑๘ แผนดำเนินการธุรกิจอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์