



# คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยใน (IPD)

## โรงพยาบาลสุทธาเวช



## คำนำ

“คู่มือการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน” เล่มนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นคู่มือ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุทธาเวช ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับบริการอย่างปลอดภัย

ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับขอบเขตของกระบวนการความหมาย คำจำกัดความที่สำคัญ Work Flow ซึ่งบอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานหน้าที่ความรับผิดชอบ และมาตรฐานงานตลอดจนระบบการติดตามและประเมินผล โดยมุ่งหวังให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการผู้ป่วยใน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Standard Operation Procedure: SOP) ทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ ไม่เกิดความสับสนลดความซ้ำซ้อน และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

คณะผู้จัดทำได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทุกหน่วยงาน ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสุทธาเวช ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยในจะสามารถใช้ประโยชน์จาก “คู่มือการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน” ในการการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพต่อไป

กลุ่มงานการพยาบาล

มีนาคม ๒๕๖๖

## สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
๑. ความเป็นมาและความสำคัญ	๑
๒. วัตถุประสงค์	๑
๓. ขอบเขต	๑
๔. กรอบแนวคิด	๒
๕. ข้อกำหนดที่สำคัญ	๓
๖. คำจำกัดความ	๓
๗. คำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้	๕
๘. หน้าที่และความรับผิดชอบ	๖
๙. แผนผังกระบวนการบริการผู้ป่วยใน	๙
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน	๑๐
- กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย	๑๑
- กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการรับผู้ป่วย	๑๒
- กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล	๑๓
- กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการจำหน่าย	๑๔
- ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มาตรฐานคุณภาพงานและการติดตามประเมินผล ของกระบวนการบริการผู้ป่วยใน	๑๕
๑๑. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่าง ๆ)	๒๕
ภาคผนวก	๒๖

## คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลสุทธาเวช

### ๑. ความเป็นมาและความสำคัญ

คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยใน (IPD) เป็นคู่มือการปฏิบัติงานฉบับหนึ่ง ที่จัดทำขึ้นเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยนำคู่มือนี้มาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่ง ในการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาหาความรู้และเป็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถลดการตอบคำถาม ลดเวลาการสอนงาน ลดเวลาการทำงาน และ ลดข้อผิดพลาดในการทดลองปฏิบัติงาน หรือเป็นแหล่งข้อมูลให้บุคคลภายนอกได้ทราบกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อให้คู่มือการปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

### ๒. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยในของบุคลากรในหอผู้ป่วยให้ดำเนินการไปอย่างปลอดภัยถูกต้อง รวดเร็ว และผู้รับบริการพึงพอใจ

### ๓. ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยในประกอบด้วยกระบวนการหลัก ๔ กระบวนการ ได้แก่

๓.๑ การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย

๓.๒ การรับผู้ป่วย

๓.๓ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

๓.๔ การจำหน่าย

โดยจะแสดงขั้นตอนการทำงาน ในรูปแบบ Flow Chart ซึ่งแสดงรายละเอียดของงาน

มาตรฐานคุณภาพงาน ระบบติดตามและประเมินผล ผู้รับผิดชอบ แบบฟอร์ม และเอกสารอ้างอิงของแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลัก

## ๔. กรอบแนวคิด

เป็นเครื่องมือสำคัญตัวแรกที่จะช่วยในการทำให้เห็นทั้งภาพใหญ่และภาพย่อยของกระบวนการ  
ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการมองลำดับขั้นตอนต่างๆให้ออกมาเป็นภาพชัดเจน ดังนี้

ข้อกำหนดด้าน	ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการที่ได้รับการเสนอ	ความต้องการที่รับการคัดเลือกรับการตามลำดับความสำคัญ
ผู้บริการ	-ผู้ป่วย -ญาติผู้ป่วย	- ความรวดเร็วในการให้บริการ - ความถูกต้องในการให้บริการ - ความปลอดภัยในการให้บริการ - ความพึงพอใจในการให้บริการ	-ความปลอดภัย -ความรวดเร็ว -ความพึงพอใจ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	-กรมบัญชีกลาง -สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ -สำนักงานประกันสังคม -กรมการประกันภัย -บริษัทประกันภัยเอกชน -สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค	-ความถูกต้องในการส่งข้อมูล -ความรวดเร็วในการส่งข้อมูล (ครอบคลุมถึงความครบถ้วนของข้อมูล) -มีช่องทางง่ายต่อการเข้าถึง	-ความถูกต้องในการส่งข้อมูล
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	-กฎหมายวิชาชีพ -กฎหมายสถานพยาบาล -พรบ. คุ้มครองผู้บริโภค	-ปฏิบัติตามข้อกำหนด	-ปฏิบัติตามข้อกำหนด
ประสิทธิภาพของกระบวนการ	-มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ -มาตรฐาน/จริยธรรมวิชาชีพ -นโยบาย/พันธกิจ วัตถุประสงค์/เข็มมุ่งของโรงพยาบาล -ความคาดหวังของผู้รับบริการ	-ระบบการจัดการไม่ซ้ำซ้อน -เข้าถึงระบบได้ง่าย -มาตรฐานของระบบ -บุคลากรมีคุณภาพ	-ระบบการจัดการไม่ซ้ำซ้อน
ความคุ้มค่า	-การบริหารจัดการงบประมาณ	-เพิ่มงบประมาณเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุด -คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร -ลดงบประมาณลงเพื่อให้เป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจ	-คงงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรร

## ๕. ข้อกำหนดที่สำคัญ

กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัด
การเตรียมความพร้อม ของหอผู้ป่วย	- ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่	- ร้อยละของการจัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย $\square$ 80 - ร้อยละของความพร้อมใช้ของรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน = 100
การรับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการต้อนรับและการให้ข้อมูล - มีเอกสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ $\square$ 80 - อุบัติการณ์การระงับตัวผู้ป่วยผิดพลาด = 0 ครั้ง
การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ $\square$ 80 - ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน $\square$ 80
การจำหน่าย	- ผู้ป่วย/ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	- ระยะเวลารอคอยการจำหน่ายผู้ป่วย < 6 ชั่วโมง * - ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ $\square$ 80

## ๖. คำจำกัดความ

หอผู้ป่วย หมายถึง หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลและรักษาพยาบาล

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและแพทย์ลงความเห็นว่าสมควรพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

แพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยปฏิบัติงานเฉพาะทางของ กลุ่มงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะมีผู้ป่วยอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆ

แพทย์ที่ปรึกษา หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานตามตารางการปฏิบัติงาน (ตารางเวร) ที่จัดไว้ แต่ละกลุ่มงานให้คำปรึกษาแก่แพทย์เจ้าของไข้

เภสัชกร หมายถึง เภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน รวมถึงเภสัชกรงาน เภสัชกรรมคลินิก ที่ทำงานบนหอผู้ป่วย

แต่ละหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานรับผิดชอบใน

หัวหน้าทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานตามตารางการปฏิบัติงาน และได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ / ผู้ช่วยพยาบาล/ ผู้ช่วยการพยาบาล ที่ ขึ้นปฏิบัติงานตาม ตารางการปฏิบัติงาน (ตารางเวร) ที่จัดไว้แต่ละหอผู้ป่วย

แผนการรักษา หมายถึง คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่เขียนไว้ในใบคำสั่งการรักษาและการเปลี่ยนแปลงโรค

การรับ-ส่งเวร หมายถึง การแจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย การ รักษา การ พยาบาล และการส่งต่อข้อมูล ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีอาการ เปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยอาเจียนและ/ถ่ายเป็นเลือด, มีสัญญาณชีพผิดปกติ เป็นต้น

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การ วาง แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

หัตถการ หมายถึง กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติโดยแพทย์ และ/หรือ พยาบาลที่ กระทำต่อ ผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษา

Hospital number (H.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย

Admission number (A.N.) หมายถึง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน

การตรวจพิเศษ หมายถึง การตรวจเพื่อประกอบหรือสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มีบริการตรวจในโรงพยาบาล การตรวจทางรังสีวินิจฉัยและ คลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจระบบประสาท การตรวจสมรรถภาพปอดและหัวใจ การส่องกล้องตรวจระบบ ทางเดินอาหาร เป็นต้น

Medication reconciliation หมายถึง การตรวจสอบความต่อเนื่องของการใช้ยาของผู้ป่วย ตั้งแต่ ก่อน นอนในโรงพยาบาล ระหว่างย้ายหอผู้ป่วย จนถึงการจัดจำหน่าย จัดทำโดยเภสัชกร

เรียบเรียงเข้าแฟ้มประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการสั่งใช้ยารักษาผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่ง

ชุด Admit หมายถึง เอกสารประกอบการรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย หมายถึง เอกสารประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้งหมด







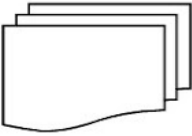


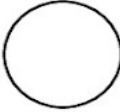
หน่วยงานอื่น ๆ หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยและสามารถแจ้งรับผู้ป่วยได้ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจผู้ป่วยไตเทียม เป็นต้น

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

การนัดหมายผู้ป่วย หมายถึง การนัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งหลังจากจำหน่าย โดย บันทึกนัด และพิมพ์ใบนัด/เขียนใบนัด ที่ระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้ วัน เวลา สถานที่ และการเตรียมตัว (ถ้ามี) ตาม แผนการรักษาของแพทย์

### 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 / ฐานข้อมูล ที่อาจจะเกิดขึ้น
	ทิศทางการนำเข้า / ส่งออกของเอกสาร / รายงาน // ฐานข้อมูล ที่อาจจะเกิดขึ้น
	จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน / กระบวนการ



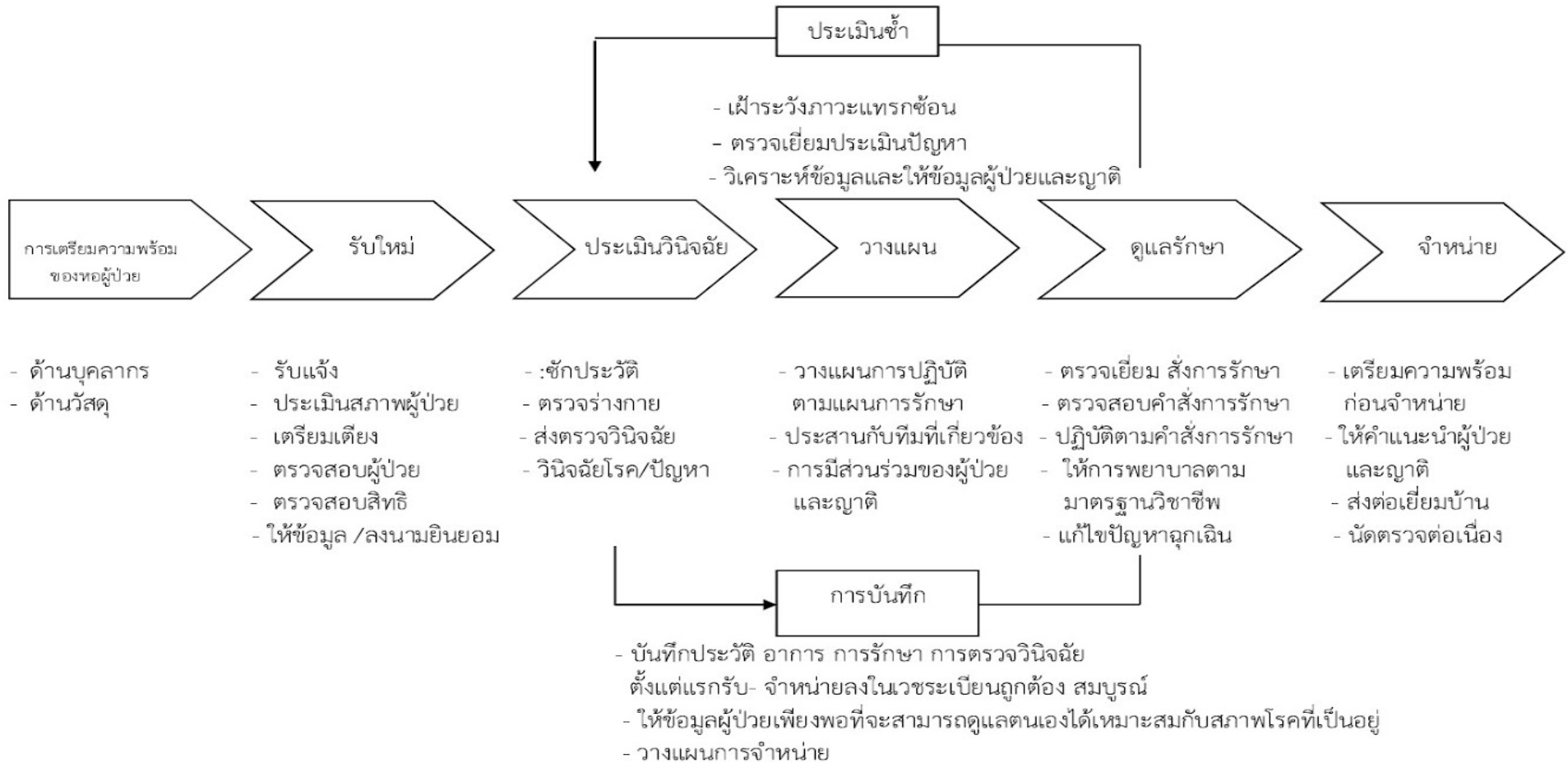
## ๘. หน้าที่และความรับผิดชอบ หน่วยงานรับผิดชอบ

หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล</li> <li>- อธิบายอาการ แผนการรักษา ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ - ทำหัตถการแก่ผู้ป่วย</li> <li>- เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและเป็นผู้ประกาศหยุดในการช่วย ฟื้นคืนชีพ</li> </ul>
พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาภายใต้การควบคุมของแพทย์</li> <li>- วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการให้การพยาบาล</li> <li>- ศึกษา วิเคราะห์ คิดค้น พัฒนา การพยาบาลและควบคุมการพยาบาลให้เป็นไป อย่างมีคุณภาพและอยู่ในมาตรฐาน</li> <li>- ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องกับงานพยาบาล</li> <li>- จัดสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล - ช่วยแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา</li> <li>- จัดเตรียมและส่งเครื่องมือ ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการพิเศษบางประเภทเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษา</li> <li>- ปฏิบัติการวางแผนครอบครัวและการผดุงครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย</li> <li>- ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง/ หรือ ได้รับมอบหมาย</li> </ul>

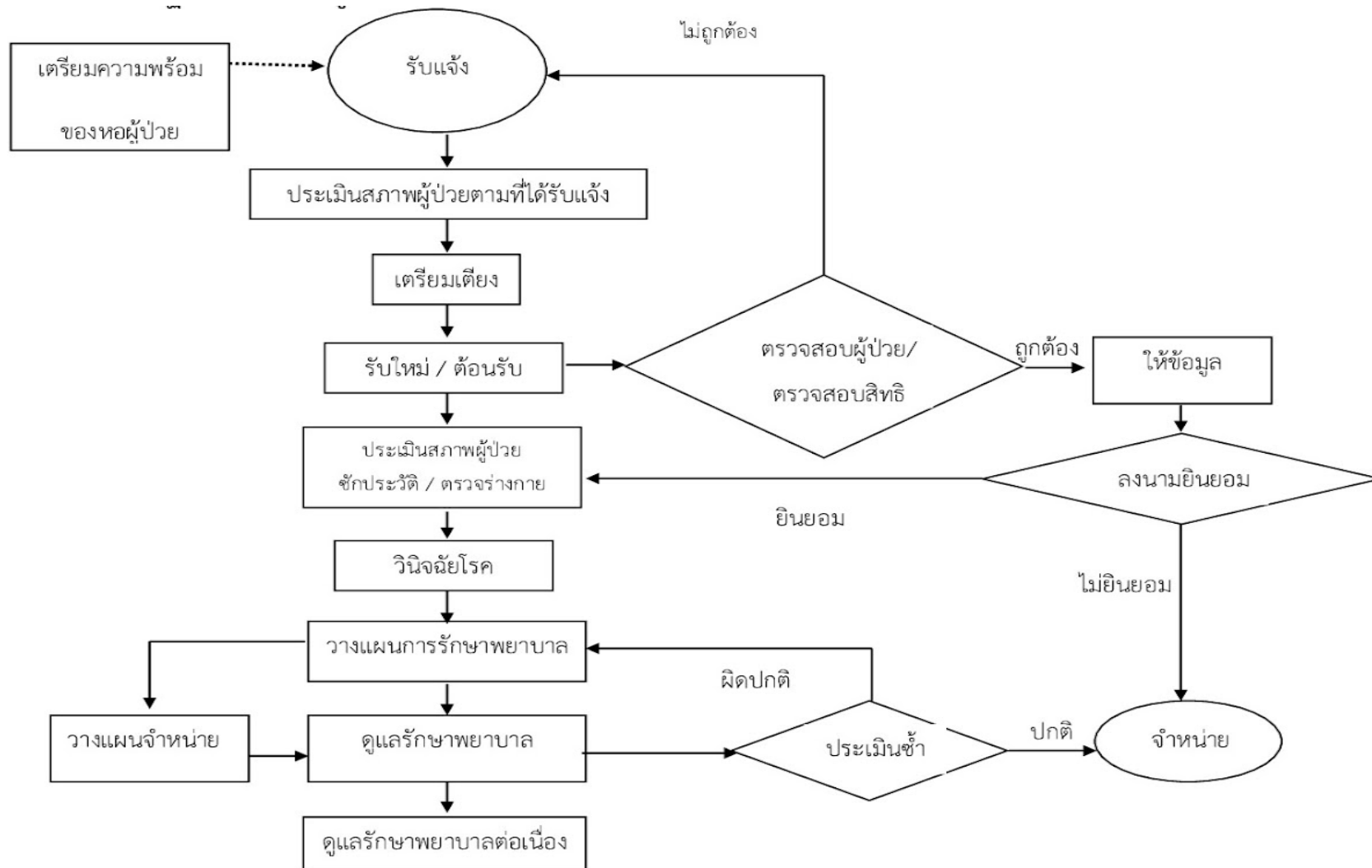
หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
ผู้ช่วยพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการทางการพยาบาลขั้นมูลพื้นฐาน อย่างง่าย</li> <li>- เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์การพยาบาล</li> <li>- ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยและการป้องกันโรคผู้ป่วย - ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย</li> </ul>
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเอกสารให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน</li> <li>- อำนวยความสะดวกแก่แพทย์และพยาบาลในการให้บริการ</li> <li>- ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมใช้งาน อยู่เสมอ</li> <li>- ลงบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจลงในคอมพิวเตอร์</li> <li>- รวบรวมเวชระเบียน และเอกสารคืนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย</li> </ul>
การเงิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดเก็บค่าบริการรักษาพยาบาล</li> </ul>
เภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษแก่ผู้ป่วย</li> <li>- จัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อบำบัดการกระจายยา</li> <li>- การกระจายยาระบบรายวัน</li> </ul>

หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อ่านบททวนความเหมาะสมของใบสั่งยาและตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนจ่าย ให้แก่ผู้ป่วย</li> <li>- ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) และเฝ้าระวังอันตรกิริยาของยา (drug interaction)</li> </ul> <p>ทบทวนและประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) โดยดำเนินการในลักษณะที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินการตรวจสอบความต่อเนื่องของการใช้ยา (medication reconciliation) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ</li> </ul>
เวชสถิติ	จัดเก็บ รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

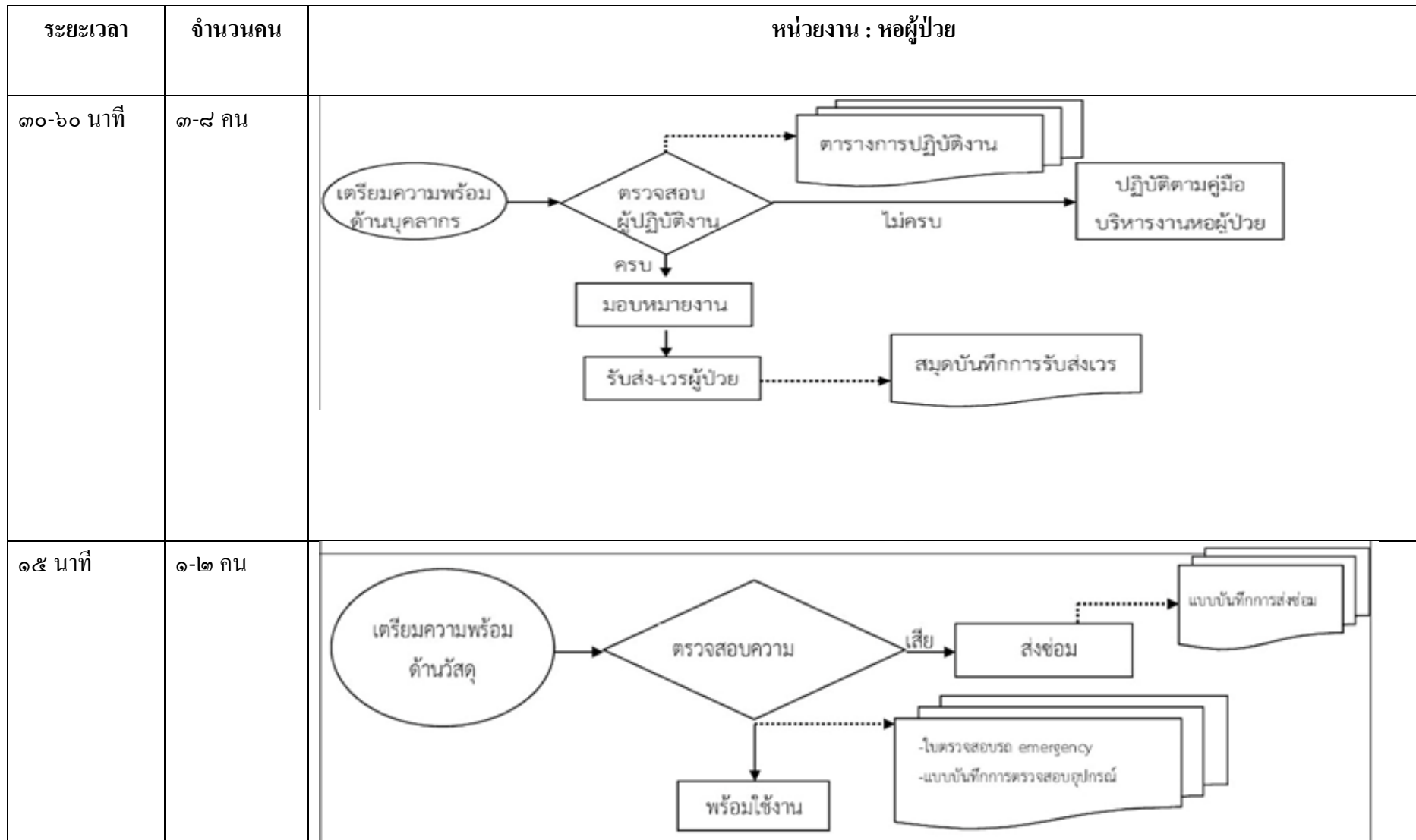
๕. แผนผังกระบวนการบริการผู้ป่วยใน



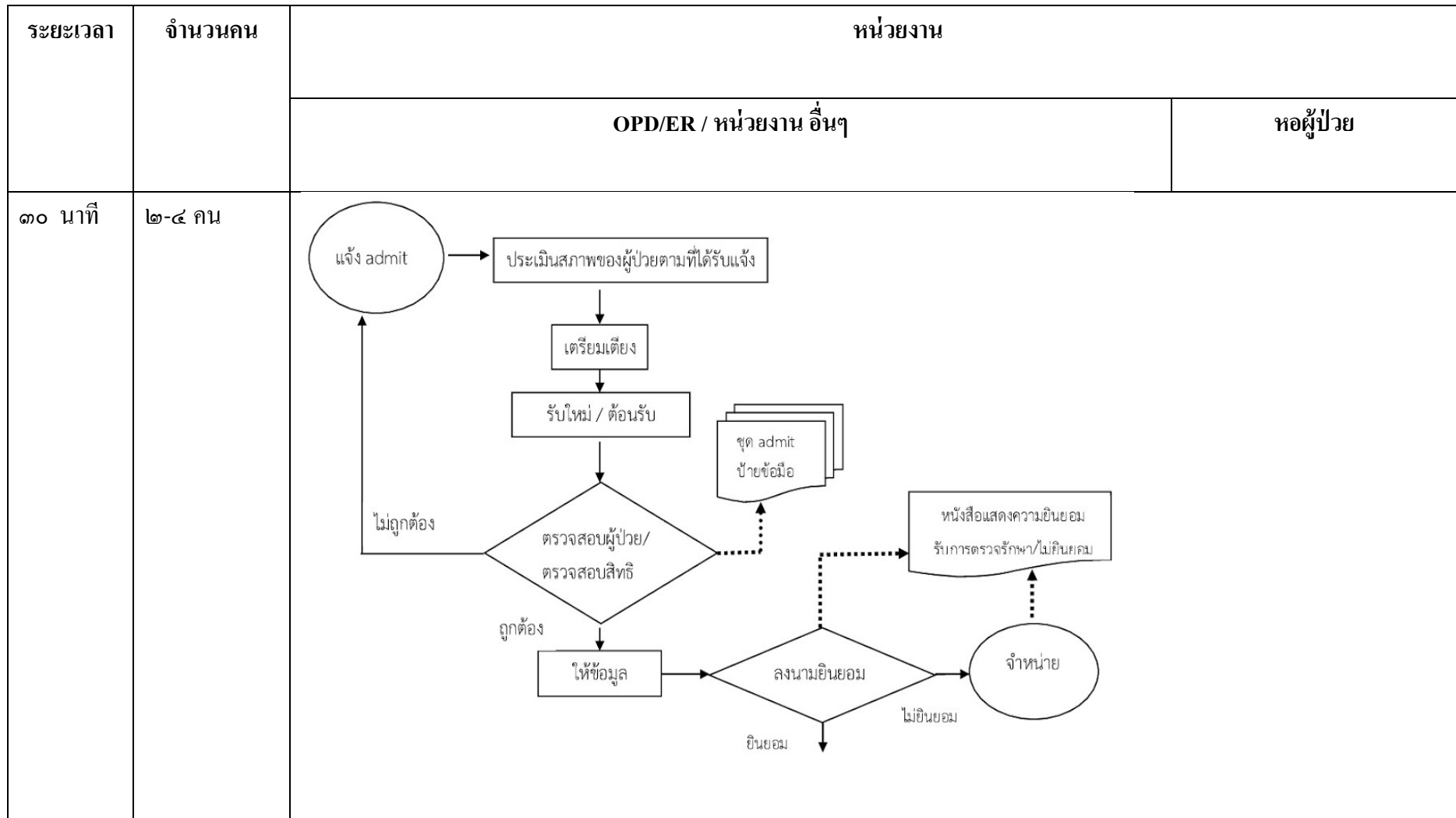
๑๐. ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน



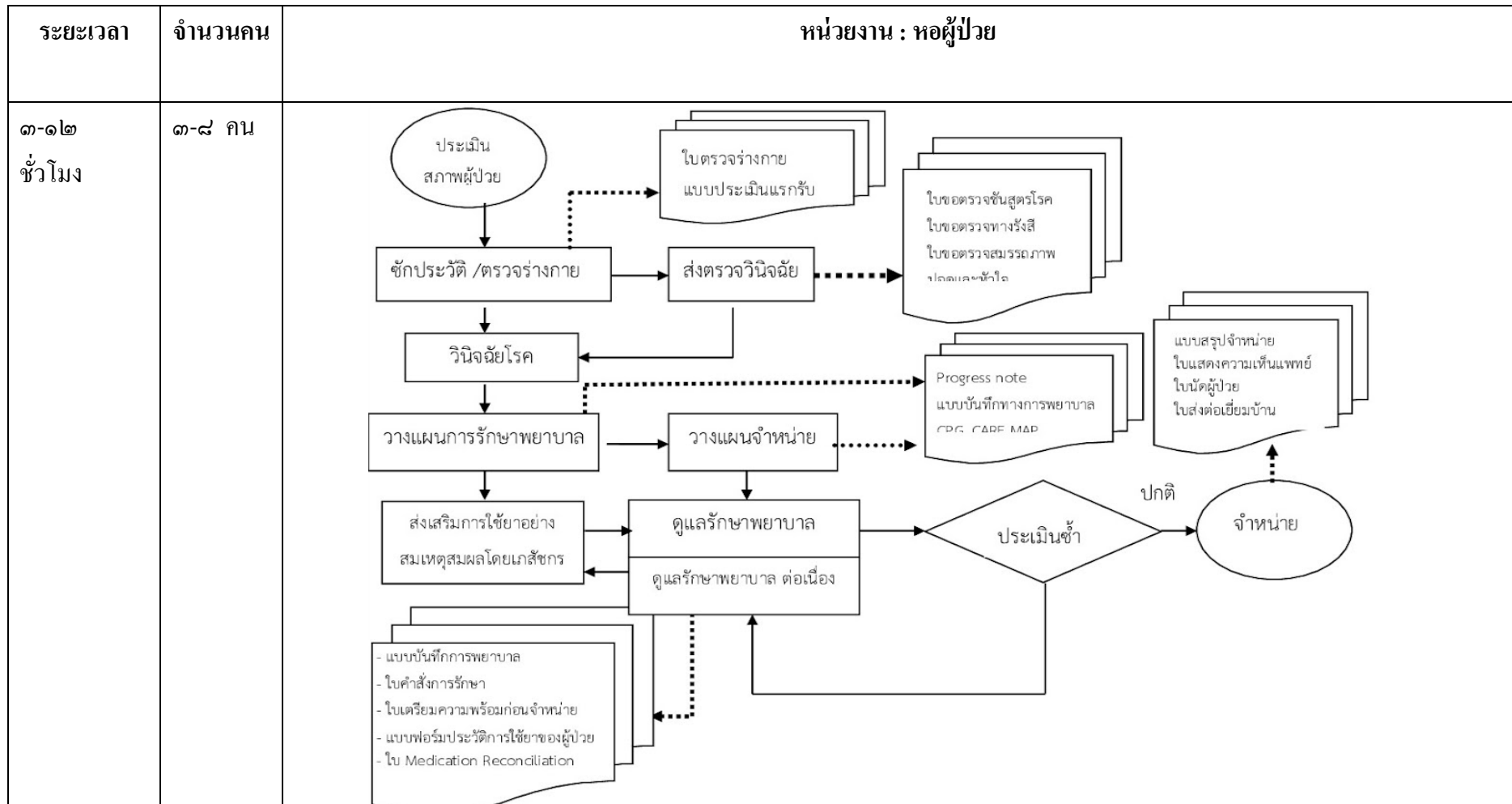
## กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย



กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการรับผู้ป่วย

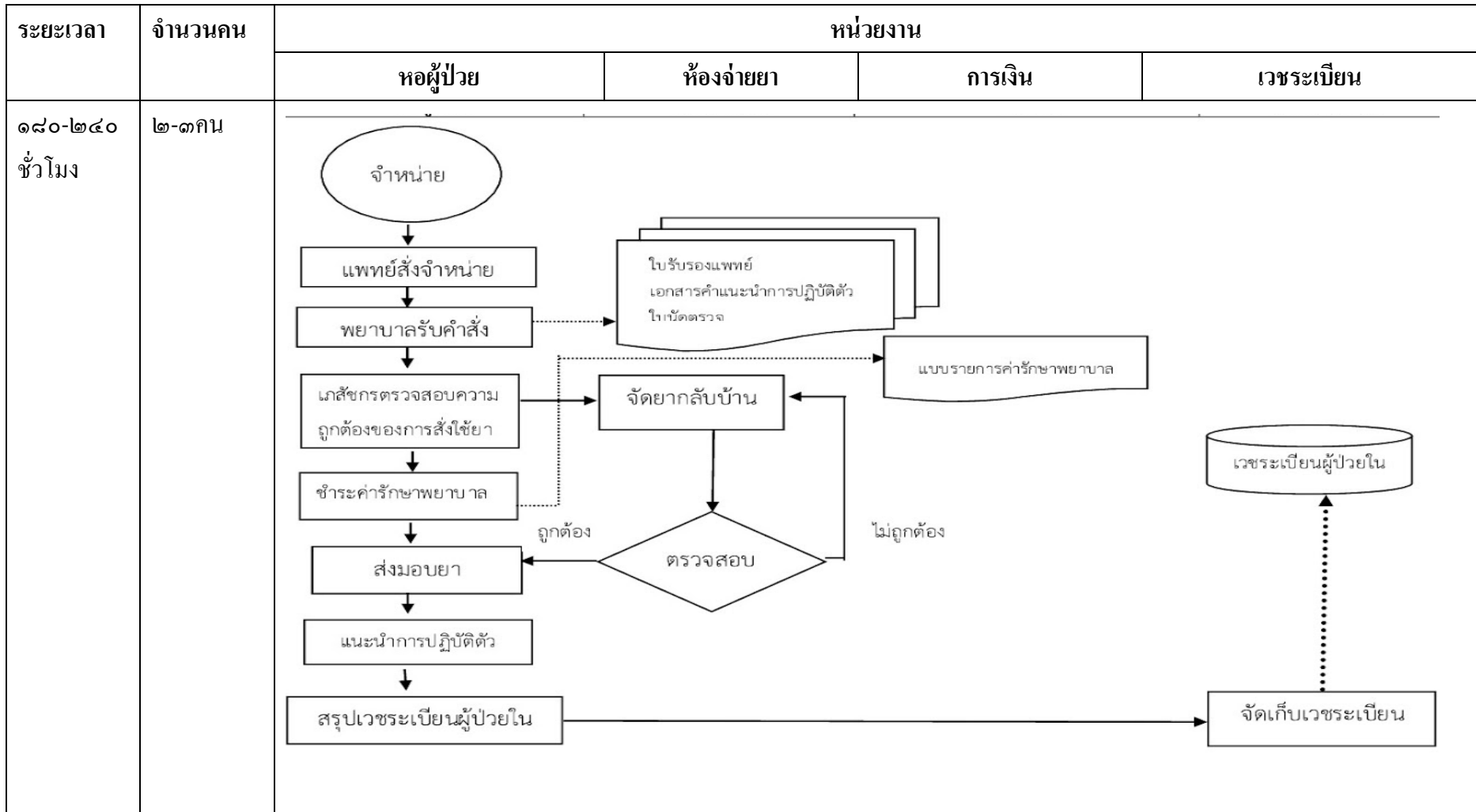


กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล





กระบวนการบริการผู้ป่วยใน : กระบวนการจำหน่าย




ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มาตรฐานคุณภาพงาน และการติดตามประเมินผลของกระบวนการบริการผู้ป่วยใน


ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑		๓๐ - ๖๐ นาที	<p><u>การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร</u></p> <p>- แพทย์และทีมพยาบาล ปฏิบัติงานตาม ตารางการปฏิบัติงาน ประจำเดือน และมี ผู้ปฏิบัติงานแทน กรณีที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่ ครบ ตาม คู่มือการบริหารงานหอผู้ป่วย</p> <p>- หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานให้ สมาชิก ทีมพยาบาลในใบ มอบหมายงานหอ ผู้ป่วย</p> <p>-การเตรียมความพร้อมของทีมการ พยาบาล ก่อนปฏิบัติงาน หัวหน้าทีม การพยาบาลเวรที่ ผ่านมาส่งเวร เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วย ข้อมูล ของ ผู้ป่วย ปัญหาต่างๆ ที่พบ การ รักษาพยาบาล และผลการรักษาของผู้ป่วย ทุกรายในหอผู้ป่วย ให้ทีมพยาบาล เสร็จใหม่ รับทราบ หัวหน้าทีมการ พยาบาลเวรใหม่ บันทึกข้อมูลที่ได้รับ ลงในสมุดบันทึกรับ-ส่ง เสร</p>	<p>กรอบ อัตรากำลัง</p> <p>มาตรฐาน การรับส่ง- เวร (SBAR concept)</p>	<p>เอกสาร</p> <p>เอกสาร</p>	<p>หัวหน้ากลุ่ม งาน/หัวหน้า หอผู้ป่วย</p> <p>หัวหน้าทีม การพยาบาล</p>	<p>-ตารางการ ปฏิบัติงานประจำ หอผู้ป่วย</p> <p>-ใบมอบหมายงาน หอผู้ป่วย</p> <p>-สมุดบันทึกรับ - ส่งเวร</p>	คู่มือการบริหารหอ ผู้ป่วย


ลำดับ	ฟังก์ชันการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑	↓	๑๕ นาที	<p>การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุได้แก่ เครื่องมือ แพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน</p> <p>- หัวหน้าผู้ป่วยดำเนินการเบิกวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ยาและเวชภัณฑ์ให้ตรงกับ ความต้องการ และความจำเป็นในการให้ บริการรักษา พยาบาลในหอผู้ป่วย</p> <p>- ทีมการพยาบาลตรวจนับและตรวจสอบ ความพร้อมก่อนใช้งานของอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ และรวมทั้งยาและอุปกรณ์ บนรถช่วยชีวิต ฉุกเฉิน บันทึกในแบบบันทึก การตรวจสอบ อุปกรณ์เครื่องมือ-เครื่องใช้/ ใบตรวจ สอบรถ ช่วยชีวิตฉุกเฉิน คู่มือให้ สะอาดทุกเวอร์และหลัง ใช้ และส่งทำให้ ปราศจากเชื้อหรือเบิกเปลี่ยน กับหน่วยงาน เวชภัณฑ์กลาง</p> <p>- กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือ แพทย์ ขาดรุคเสียหาย ใช้งานไม่ได้ ทีมการ พยาบาลแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการ ส่งซ่อม</p>	<p>-มาตรฐาน การควบคุม และสอบ เทียบ เครื่องมือ แพทย์</p> <p>- มาตรฐาน การ จัดเตรียม ยา/ อุปกรณ์ใน รถช่วยชีวิต ฉุกเฉิน</p>	เอกสาร	<p>หัวหน้าหอ ผู้ป่วย</p> <p>หัวหน้าทีม การพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละ เวอร์</p> <p>หัวหน้าหอ ผู้ป่วย</p>	<p>-ใบขอเบิก สิ่งของ ขอให้ทำหรือขอให้ ซ่อม</p> <p>-แบบบันทึก การตรวจสอบ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้</p> <p>- ใบตรวจสอบ รถช่วยชีวิต ฉุกเฉิน</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง</p> <p>- การจัดซื้อจัดจ้าง</p> <p>- การควบคุมและ สอบ เทียบเครื่องมือ แพทย์</p> <p>- การป้องกันการ ติดเชื้อ</p> <p>- การบริการเครื่อง มือ เครื่องใช้ ทางการ แพทย์ที่ ปราศจากเชื้อ</p> <p>- การบริการซ่อม บำรุง เครื่องมือ และ เบิกจ่ายยา - เวชภัณฑ์อุปกรณ์ วิธีปฏิบัติงานเรื่อง วิธีการเบิกจ่ายยา- เวชภัณฑ์สนับสนุน / ไม่มีในสต็อก</p>

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑	<pre> graph TD     A([รับแจ้ง]) --&gt; B[ประเมินสภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง]     B --&gt; C[เตรียมเตียง]     C --&gt; D[ ]   </pre>	๕ นาที	<p>๑.รับแจ้งรับผู้ป่วยจากพยาบาลห้อง ตรวจผู้ป่วยนอก และ/หรือห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, หอผู้ป่วย และหน่วยงานอื่น ๆ</p> <p>-บันทึกรับผู้ป่วยในสมุดบันทึกการรับ แจ้งผู้ป่วย และแจ้งทีมการพยาบาลที่ ปฏิบัติงานให้ทราบ</p> <p>-กรณีเตียงเต็ม ปฏิบัติตามการ วินิจฉัยสั่งการของผู้ตรวจการ</p>			ทีมการพยาบาล	สมุดบันทึกการแจ้งรับส่งผู้ป่วย	วิธีการปฏิบัติงาน ของ พยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ
๒		๓ นาที	<p>๒. หัวหน้าทีมการพยาบาลประเมิน สภาพของผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้งว่า เป็นผู้ป่วยประเภทใดเพื่อจัดให้ผู้ป่วย อยู่ในตำแหน่งเตียงที่เหมาะสม</p>			ทีมการพยาบาล		
๓		๕ - ๑๐ นาที	<p>๓. ทีมการพยาบาลเตรียมเตียง/ อุปกรณ์รับผู้ป่วยตามสภาพของ ผู้ป่วยตามที่ได้รับแจ้ง และจัดเตรียม เอกสารประกอบการดูแลรักษาตาม วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล</p> <p>๔.รับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้นำส่งพร้อมชุด Admit กรณีรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น รับ ผู้ป่วย</p>			ทีมการพยาบาล		วิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการรับ ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาพยาบาล

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๔		๕ - ๑๐ นาที	<p>จากเจ้าหน้าที่ผู้นำส่งพร้อมเพิ่ม เวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การต้อนรับ ทักทายผู้ป่วย/ญาติ นำผู้ป่วย/ญาติไปที่เตียง แนะนำสถานที่กักโรคเบียดและการปฏิบัติตัว ในหอผู้ป่วยตามเอกสารคำแนะนำการ ปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย</li> <li>- หัวหน้าทีมการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของเอกสาร, ชื่อ-สกุล, H.N., A.N. ให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ทวน สอบปายชื่อมือ ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง วิธีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล</li> <li>- ทีมการพยาบาลตรวจสอบสิทธิและหลักฐานดำเนินการตามสิทธิ</li> <li>- กรณีมีข้อผิดพลาด เช่น ชุด Admit ไม่ตรงกับผู้ป่วย หัวหน้าทีมการพยาบาลประสานงานกลับไปยังหน่วยงานที่ส่ง และเจ้าหน้าที่นำเอกสาร ไปยังหน่วยงาน นั้นแก้ไขให้ถูกต้อง</li> </ul>		เอกสาร	ทีมการ พยาบาล		

ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๕	<pre> graph TD     A[ให้ข้อมูล] --&gt; B[ประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ/ตรวจ ร่างกาย]           </pre>	๕-๑๐ นาที	๕.หัวหน้าทีมการพยาบาลให้ข้อมูล ผู้ป่วย และญาติก่อนลงนามยินยอมรับ การรักษาใน หนังสือแสดงความยินยอมรับ การตรวจ รักษา/ไม่ยินยอม กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการ รักษา รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ให้ข้อมูลข้อดี ข้อเสียของการปฏิเสธการรักษา สั่งการ รักษา ผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติลงนามในหนังสือ แสดงความยินยอมรับการ ตรวจรักษา/ไม่ ยินยอม		เอกสาร	หัวหน้าทีม การพยาบาล	หนังสือแสดง ความ ยินยอมรับการตรวจ รักษา/ไม่ ยินยอม	
๖	<pre> graph TD     B[ประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติ/ตรวจ ร่างกาย] --&gt; C[ ]           </pre>	๓๐-๖๐ นาที	๖.ทีมการพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วย รับ ใหม่และบันทึกตามแบบประเมิน ผู้ป่วยแรก รับ -หัวหน้าทีมการพยาบาลรายงานแพทย์ -แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย และบันทึก ประวัติและการตรวจร่างกายในใบ Admission Record และวินิจฉัยสั่ง การรักษา ทีมการพยาบาลปฏิบัติการ พยาบาลตาม แผนการรักษาและติดตาม ผลการตรวจ รายงานผลให้แพทย์ทราบ		เอกสาร	หัวหน้าทีม การพยาบาล และแพทย์ เจ้าของไข้	-แบบประเมิน ผู้ป่วยแรกรับ - Admission Record -รายงาน ชั้นสูตร โรค	

ลำดับ	ฟังก์ชันการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๓		๑๕-๓๐ นาที	๗. แพทย์ประมวลผลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจต่างๆ และลง ความเห็น วินิจฉัยโรค		เอกสาร	แพทย์ เจ้าของไข้	- Physician's Order & Progress Note - แบบบันทึก การ	
๘		๑๕-๓๐ นาที	๘. แพทย์และทีมการพยาบาลวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน - กรณีที่แพทย์ลงความเห็นให้ปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ ตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง	มาตรฐานวิชาชีพ	เอกสาร	แพทย์และทีมการพยาบาล	วางแผนการพยาบาล	วิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
๙		๑๐-๑๒๐ นาที	๙. เภสัชกรอ่านทบทวนความเหมาะสม ของการสั่งใช้ยา พร้อมจัดทำประวัติการ ใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการด้านการ กระจายยา /ติดตามการใช้ยาเพื่อเฝ้า ระวัง ADR และ DI / ดำเนินการจัดทำ Medication Reconciliation / ทบทวน และประเมินการใช้ยาร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ	มาตรฐานวิชาชีพกระบวนการพยาบาล	เอกสาร	เภสัชกร แพทย์และทีมการพยาบาล	- แบบฟอร์มประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย	วิธี ปฏิบัติงาน เรื่อง การ จ่ายยา สำหรับ ผู้ป่วยใน
๑๐		๓๐ นาที	๑๐. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค พยาธิสภาพของ โรค แนวทางกา รักษาพยาบาล และวางแผนการจำหน่าย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ	มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล		แพทย์และทีมการพยาบาล	- แบบฟอร์ม Physician's Order & Progress Note -บันทึกทาง การพยาบาล	

ลำดับ	ฟังก์ชันการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑๑	<div data-bbox="250 355 535 445" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">การดูแลรักษา</div> 	๓-๑๒ ชั่วโมง	<p>๑๑. แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ หัวหน้า ทีมการพยาบาล และสั่งการรักษา - หัวหน้า ทีมการพยาบาลตรวจสอบ แผนการรักษา และมอบหมายให้ทีมการ พยาบาลปฏิบัติตาม แผนการรักษา/ตาม CPG หรือ care map หัวหน้าทีมการพยาบาลติดตามและ รายงาน ผลการตรวจให้แพทย์ทราบ</p> <p>- ทีมการพยาบาลให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้องตามแผนการรักษา และ ดำเนินการเฝ้า ระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย ทุกราย ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติงานเรื่อง วิธีการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>- กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หุดหทัยใจ และ/ หรือหัวใจหยุดทำงานแพทย์และ ทีมการ พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือ หรือปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติงานเรื่อง วิธีการช่วยฟื้นคืนชีพ หัวหน้าทีมการพยาบาล ติดต่อหอผู้ป่วย วิกฤต เพื่อย้ายผู้ป่วยเข้าหอ ผู้ป่วยวิกฤต</p>			แพทย์และ ทีมการ พยาบาล	ใบการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อใน โรงพยาบาล	<p>ปฏิบัติงานเรื่อง -การเฝ้าระวัง โรค ติดเชื้อใน โรงพยาบาล</p> <p>แบบบันทึกการใช้ เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>-การช่วยฟื้นคืนชีพ -การดูแลผู้ป่วยใช้ เครื่องช่วยหายใจ -การดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ</p>



ลำดับ	ผังกระบวนการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
	↓		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ตามวิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตามวิธีปฏิบัติงาน เรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยใจ</li> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยต้องผ่าตัด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และวิธีการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด</li> <li>- กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะ ประสานงาน กับหน่วยงานต่างเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- ทีมการพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการให้บริการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติพยาบาล ผลการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาล และรายงานข้อมูลกับหัวหน้าทีมการ พยาบาลเพื่อส่งเวรต่อไป</li> <li>- แพทย์และทีมการพยาบาลร่วมกันประเมิน</li> </ul>			ทีมการ พยาบาล		<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด</li> <li>- วิธีการส่งผู้ป่วยเข้าห้อง ผ่าตัด</li> </ul>

ลำดับ	ฟังก์ชันการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
๑๑		๑๘๐- ๒๔๐ นาที	<p>ผู้ป่วยเข้าตามความเหมาะสมเพื่อตรวจสอบผลการรักษาพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนเสี่ยงสูง</p> <p>- แพทย์และทีมการพยาบาลวางแผน จำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>๑๑.การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง</p> <p>๑๒. แพทย์พิจารณาสั่งการจำหน่าย ผู้ป่วยทีมการพยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ลงในแบบ บันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย ตรวจสอบแผนการรักษา ส่งรายการกลับบ้าน ให้เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา พร้อมจัดเตรียมยากลับบ้าน และจัดทำ medication reconciliation</p> <p>- บันทึกค่าใช้จ่ายและ ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยถ้ามีค่าใช้จ่าย ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงิน ให้ผู้ป่วย /ญาติจ่ายเงินที่การเงินก่อนกลับบ้าน - พยาบาลส่งมอบยาให้ผู้ป่วยพร้อมใบ นัดตรวจติดตาม - สรุปการ</p>		เอกสาร	แพทย์และ ทีมการ พยาบาล	<p>- แบบบันทึก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย</p> <p>-แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย</p> <p>-Summary Of Patient Discharge</p>	<p>-วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย</p> <p>-วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน</p>

ลำดับ	ฟังก์ชันการ	ระยะเวลา	รายละเอียดงาน	มาตรฐาน คุณภาพงาน	ระบบติดตาม ประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ	แบบฟอร์ม	เอกสารอ้างอิง
			<p>จำหน่ายในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย/ บันทึกทางการแพทย์ - กรณีผู้ป่วยต้องการ แบบใบแสดง ความเห็นแพทย์ (สำหรับลา ป่วย) ทีมการพยาบาลเตรียมแบบใบแสดง ความเห็นแพทย์ (สำหรับลาป่วย) ให้แพทย์ เจ้าของไข้เป็นผู้เขียน</p> <p>- ทีมการพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ</p> <p>- กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม ทีมการ พยาบาล ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วย ถึงแก่กรรม และแจ้งพนักงานรักษาศพ</p> <p>มารับศพภายหลังศพอยู่บนหอผู้ป่วย ครบ ๒ ชั่วโมง ตามกฎของโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่ ห้องนรีมัยเซ็นรับศพใน สมุดตารางรับ-ส่งศพ กรณีที่แพทย์นัด ทีมการพยาบาลออก ใบนัด ให้กับผู้ป่วย /ญาติ อธิบาย รายละเอียด เกี่ยวกับการนัดหมาย</p> <p>- ทีมการพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วย ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องวิธีการ</p>			แพทย์เจ้าของ ไข้	ใบแสดงความเห็น แพทย์	<p>- คู่มือการดูแล ผู้ป่วยถึงแก่กรรม</p> <p>-วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย</p>

## หมายเหตุ

๑. ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนใช้เวลาตามมาตรฐานงานที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย ระดับความรุนแรง และประเภทของหอผู้ป่วย
๒. แบบฟอร์มที่ใช้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละ โรงพยาบาล

**๑๑. เอกสารประกอบ (แบบฟอร์มต่างๆ)**

- ๑๑.๑ แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ
- ๑๑.๒ แบบบันทึกทางการพยาบาลรับใหม่ (Nursing Focus Note รับใหม่)
- ๑๑.๓ แบบบันทึกทางการพยาบาลรับใหม่ (Nursing Focus Note ไปต่อ )
- ๑๑.๔ Graphic Sheet
- ๑๑.๕ แบบบันทึกการใช้ยา (Medication administration record MAR)
- ๑๑.๖ แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย
- ๑๑.๗ ใบ KARDEX
- ๑๑.๘ Summary Discharge
- ๑๑.๙ ใบยินยอมรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
- ๑๑.๑๐ หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมทำหัตถการ / ผ่าตัด
- ๑๑.๑๑ หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้นิติสารที่บึงสีเพื่อการตรวจเอกซเรย์

## ภาคผนวก



## Faculty of Medicine Mahasarakham University

## แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ

คำแนะนำ : กาเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง

<b>1.รับใหม่</b> <input checked="" type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....  30/11/65 เวลา 14.05 น.	<b>มาถึงหอผู้ป่วยโดย</b> <input type="checkbox"/> เดินมา <input checked="" type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> รถนอน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<b>ผู้ให้ข้อมูล</b> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้นำส่ง <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ ผู้ปกครอง,ครู, เจ้าของหอพัก
<b>2.ประวัติส่วนตัว/ครอบครัว :</b> 2.1 ระดับการศึกษา ประถมต้น/ปลาย/มัธยม ปริญญาตรี สถานภาพ ระบุ (โสด, สมรส, หย่า, หม้าย) ศาสนา ระบุ (พุทธ, คริสต์, อิสลาม) 2.2 <b>ลงบันทึกกรณีผู้ป่วยเด็ก</b> *ประวัติรับวัคซีน (เด็ก) <input checked="" type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ..... *พัฒนาการ (เด็ก) <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม.....พิการทางสมอง ออทิสติก..... *ผู้ป่วยเด็กเป็นบุตรลำดับที่.....2..... มีพี่.....1.....คน มีน้อง.....1.....คน *ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กคือ.....นาง สม มีดี..... เกี่ยวข้องกับ.....มารดา..... ของผู้ป่วยเด็ก อายุ.....32.....ปี		<b>3.ประวัติเจ็บป่วยในอดีต :</b> โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ DM/HT การรักษาโรคประจำตัว ยา+การรักษาอื่น เช่น เคมีบำบัด, ฉายแสง ประวัติการเข้านอนโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ด้วยโรค ระบุ..... ครั้งสุดท้าย..... ประวัติการผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุ..... ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....ใครเป็นอะไร..... ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร สารเคมี เลือด) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ.....penicillin..... บุคคลผู้ให้ข้อมูล..... เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์/ที่อยู่.....
<b>4.ประเมินการตรวจร่างกายตามระบบ (Review of System)</b> *General <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Eyes <input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....ตามัว ®..... *Ear <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Nose <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Throat <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *mouth and teeth <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Neck <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Respiratory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Cardiovascular <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Gastro-intestinal <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Gynecological <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... *Extremities <input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....ขาซ้าย บวมปวด คล้ำซีฟจรส่วนปลายได้.....		
<b>5.การรับรู้สุขภาพและการดูแล</b> ก่อนการเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ดี <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ดี ...ปวดขา.... เจ็บป่วยครั้งนี้ <input type="checkbox"/> รุนแรง <input checked="" type="checkbox"/> ไม่รุนแรง การดูแล <input checked="" type="checkbox"/> ไป รพ. <input type="checkbox"/> ไปคลินิก <input type="checkbox"/> ซื้อยารับประทานเอง <input type="checkbox"/> รักษาทางไสยศาสตร์ <input type="checkbox"/> น้ำมันต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ความคาดหวังในการรักษา ครั้งนี้ <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่หาย	<b>โภชนาการและการเผาผลาญ</b> รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน ปริมาณน้ำดื่มต่อวัน.....6.....แก้ว หรือ.....ml/วัน <input type="checkbox"/> อาหารอ่อน <input checked="" type="checkbox"/> อาหารธรรมดา <input type="checkbox"/> อาหารสายยาง <input type="checkbox"/> อาหารเฉพาะโรค.....อาหาร DM ,อ่อนจัด..... <input type="checkbox"/> นมธรรมดา <input type="checkbox"/> นมผสม ชื่อ..... จำนวน วันละ.....ขวด/วัน ปัญหาการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ทางสายยาง <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน <input type="checkbox"/> จุกเสียดแน่นท้อง	<b>การขับถ่ายและสุขอนามัยส่วนบุคคล</b> ถ่ายปัสสาวะ.....ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....เสียบขัด..... ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติระบุ..... การขับถ่ายทางหน้าท้อง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ <input type="checkbox"/> Colostomy อื่นๆ..... ผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ .....
ชื่อ/สกุล.....(ติดสติ๊กเกอร์).....อายุ.....HN.....AN..... Ward.....เตียง.....แพทย์.....ระบุ ชื่อ-สกุล แพทย์เจ้าของไข้ นพ.บวร แสนสุโพธิ์/ป๋มตรา		

แบบบันทึกประวัติและประเมินสภาวะผู้ป่วย (ต่อ)

6. การดูแลตนเอง,กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย						ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วย																																													
						ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์																																										
1.การรับประทานอาหาร																																																							
2.การทำความสะอาดปากฟัน																																																							
3.การแต่งตัว																																																							
4.การเดินและการเคลื่อนไหว																																																							
5.การอาบน้ำ																																																							
6.การขับถ่าย																																																							
7.การออกกำลังกาย																																																							
<b>7. การพักผ่อนนอนหลับ</b> นอน.....ชม./วัน <input type="checkbox"/> ต้องนอนกลางวัน.....ชม./วัน <input type="checkbox"/> ไม่นอนกลางวัน ปัญหาการนอน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มีระบุ.....นอนไม่ค่อยหลับ หลับๆ ตื่นๆ..... การเข้านอนหลับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มีระบุ.....ชื่อยา ..... <input type="checkbox"/> ประจำ/สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ						<b>8. สถิติปัญหาการรับรู้และประสาทสัมผัส</b> การได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... การจำ/การตอบโต้ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... การพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... การสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....																																																	
<b>9.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ</b> ภาพลักษณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... อารมณ์และจิตใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ความสามารถ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....						<b>10.การเผชิญความเครียดและการปรับตัว</b> สิ่งที่ทำให้ไม่สบาย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ ปัญหาการเงิน ระดับความวิตกกังวล ความเครียด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ โรคประจำตัว ,เป็นห่วงบุตร																																																	
<b>11. บทบาทและสัมพันธภาพ</b> การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อบทบาท <input type="checkbox"/> ครอบครัว <input type="checkbox"/> อาชีพ <input type="checkbox"/> การศึกษา <input type="checkbox"/> สัมพันธภาพในครอบครัวและผู้อื่น						<b>12. เพศและการเจริญพันธุ์</b> ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ LMP ..... เต้านม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ..... อวัยวะสืบพันธุ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ระบุ.....				<b>13. ความเชื่อ</b> การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า <input type="checkbox"/> เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ดี <input type="checkbox"/> เกิดจากกรรม <input type="checkbox"/> เป็นธรรมชาติที่ต้องเกิด ต้องการปฏิบัติทางศาสนา..... สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ..... สวดมนต์ไหว้พระ.....																																													
<b>14. สิ่งเสพติด</b> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย..... <input type="checkbox"/> บุหรี่.....มวน/วัน <input type="checkbox"/> สุรา.....แก้ว/วัน การเข้ายาและสารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....						<b>15.สภาพสังคมและเศรษฐกิจ</b> ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มีระบุ..... สิทธิด้านการรักษา <input type="checkbox"/> ชำระเอง <input type="checkbox"/> ต้นสังกัด <input type="checkbox"/> ง่ายตรง <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> พ.ร.บ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....																																																	
<b>16.ลักษณะการถือครองที่อยู่</b> <input type="checkbox"/> บ้านตนเอง <input type="checkbox"/> บ้านเช่า <input type="checkbox"/> บ้านพักข้าราชการ <input type="checkbox"/> สถานสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลักษณะที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> บ้านชั้นเดียว <input type="checkbox"/> บ้าน 2 ชั้น นอนชั้น..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ลักษณะห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ส้วมซึม <input type="checkbox"/> ชักโครก <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....						<b>17.Pain Management</b> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ตำแหน่งที่ปวด.....ศรีษะ , ขา.....Type: <input type="checkbox"/> Acute <input type="checkbox"/> Chronic (>6 mon.) Pain Scale 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ให้วงกลมตัวเลขระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยขณะนั้น) Pain control <input type="checkbox"/> compression (Hot/Cold) <input type="checkbox"/> massage <input type="checkbox"/> medication <input type="checkbox"/> relaxation <input type="checkbox"/> rest/sleep																																																	
<b>18. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</b>						<b>19.การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม</b> สภาพทางสมองไม่ปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี มีประวัติพลัดตก หกล้ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี Psychotropic/Sedative medica <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี มีปัญหาการมองเห็น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี มีปัญหาเดินและการทรงตัว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เด็กอายุแรกเกิด ถึง 13 <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parameter</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การรับรู้</td> <td>ไม่ตอบสนอง</td> <td>มี Pain stimuli</td> <td>สับสนเชื่อไม่ได้ทุกครั้ง</td> <td>ปกติ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การเปื่อยชุ่ม</td> <td>เปื่อยตลอดเวลา</td> <td>เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง /เวร</td> <td>เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/เวร</td> <td>ไม่เปื่อย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การทำกิจกรรม</td> <td>อยู่บนเตียงตลอด</td> <td>ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น</td> <td>เดินได้ระยะสั้น ต้องพยุง</td> <td>ปกติ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การเคลื่อนไหว</td> <td>เปลี่ยนท่าเองไม่ได้</td> <td>เปลี่ยนท่าเองได้น้อย</td> <td>เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย</td> <td>ปกติ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การได้รับอาหาร</td> <td>กินได้ 1/3 ถาด</td> <td>กินได้ ½ ถาด</td> <td>กินได้หมด</td> <td>ปกติ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การเสียดสี</td> <td>ข้อถลอกเนื้อหดรึง</td> <td>เวลานั่งสิ้นไกลมาก</td> <td>เวลานั่งสิ้นไกลเล็กน้อย</td> <td>ปกติ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> คะแนนน้อยกว่า 16 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ						Parameter	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	รวม	การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	มี Pain stimuli	สับสนเชื่อไม่ได้ทุกครั้ง	ปกติ		การเปื่อยชุ่ม	เปื่อยตลอดเวลา	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง /เวร	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/เวร	ไม่เปื่อย		การทำกิจกรรม	อยู่บนเตียงตลอด	ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น	เดินได้ระยะสั้น ต้องพยุง	ปกติ		การเคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	ปกติ		การได้รับอาหาร	กินได้ 1/3 ถาด	กินได้ ½ ถาด	กินได้หมด	ปกติ		การเสียดสี	ข้อถลอกเนื้อหดรึง	เวลานั่งสิ้นไกลมาก	เวลานั่งสิ้นไกลเล็กน้อย	ปกติ		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>มีข้อใดข้อหนึ่งถึงเป็นผู้ป่วยเสี่ยงพลัดตก หกล้ม</b> </div>							
Parameter	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	รวม																																																		
การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	มี Pain stimuli	สับสนเชื่อไม่ได้ทุกครั้ง	ปกติ																																																			
การเปื่อยชุ่ม	เปื่อยตลอดเวลา	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง /เวร	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/เวร	ไม่เปื่อย																																																			
การทำกิจกรรม	อยู่บนเตียงตลอด	ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น	เดินได้ระยะสั้น ต้องพยุง	ปกติ																																																			
การเคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	ปกติ																																																			
การได้รับอาหาร	กินได้ 1/3 ถาด	กินได้ ½ ถาด	กินได้หมด	ปกติ																																																			
การเสียดสี	ข้อถลอกเนื้อหดรึง	เวลานั่งสิ้นไกลมาก	เวลานั่งสิ้นไกลเล็กน้อย	ปกติ																																																			
ชื่อผู้บันทึก..... ตำแหน่ง.....																																																							









Date																																							
Days after admission operation																																							
HF.	Pulse	F°	C°	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
6	BLUE	160-	105.6	41																																			
	RED	150-	BLUE																																				
5		140-	104.0	40																																			
		130-																																					
4		120-	102.2	39																																			
		110-																																					
3		100-	100.4	38																																			
		90-																																					
2		80-	98.6	37																																			
		70-																																					
1		60-	96.8	36																																			
		50-																																					
	40-	95.0	35																																				
<b>Respirations</b>																																							
	<b>BP</b> (mmHg)	<b>Systolic</b>																																					
		<b>Diastolic</b>																																					
<b>WT. kgs HT. cms</b>																																							
<b>DIET</b>																																							
<b>Fluid Intake</b>	<b>Oral Fluid</b>																																						
	<b>Parenteral</b>																																						
	<b>Total</b>																																						
<b>Total 24 hr.</b>																																							
<b>Fluid Output</b>	<b>Urine / C.C.</b>																																						
	<b>Total</b>																																						
	<b>Total 24 hr.</b>																																						
<b>Stool</b>																																							
<b>Urine</b>																																							
<b>Albumin</b>																																							
<b>Sugar</b>																																							
<b>Pain Intensity</b>	10																																						
	5																																						
	0																																						
<b>Pain R<sub>x</sub> (V/N)</b>																																							
<b>Pt. Classification</b>																																							
<b>Procedure</b>																																							

รับส่งจาก.....เวลา.....น.



Faculty of Medicine Mahasarakham University

แบบบันทึกการใช้ยา (Medication administration record: MAR)

ORDER FOR CONTINUE/ORDER FOR ONE DAY

แพทย์.....

Table with columns for Medication, Date, Time, and multiple Real time slots for medication administration. Each Real time slot includes a 'Double check' field and a 'ผู้ให้/' (Nurse/Provider) field.

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... เพศ..... HN ..... AN .....

Ward ..... เตียง ..... แพทย์ .....



แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

คำแนะนำ : กาเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง

ประเภทการจำหน่าย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่สมัครอยู่ <input type="checkbox"/> หนีกลับ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม (กรณีแก่กรรมโปรดข้ามไป Check List การถึงแก่กรรม)		
วันที่จำหน่าย วันที่..... เวลา.....น. กลับโดย <input type="checkbox"/> กลับเอง <input type="checkbox"/> ญาติมารับ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
กลับโดย <input type="checkbox"/> รถส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถรับจ้าง <input type="checkbox"/> รถโดยสาร <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ที่หมายเมื่อออกจากโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> บ้านผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บ้านญาติ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย T.....°C P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที BP.....mmHg <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> LL		
อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Disoriented <input type="checkbox"/> Drowsy <input type="checkbox"/> Semi-Coma <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ผู้ป่วยนำกลับบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> Foley's Cath <input type="checkbox"/> Colostomy <input type="checkbox"/> Tracheostomy tube <input type="checkbox"/> N-G tube <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... สรุปอาการเพื่อการส่งต่อในสถานบริการอื่นๆ (กรณีมีการส่งตัวเพื่อการรักษาพยาบาล)		
ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเกี่ยวข้องเข้าใจดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 1. การดูแลตัวเองเมื่อออกโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร, Feeding <input type="checkbox"/> การรับประทานยาและ/หรือการใช้ยา <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การฟื้นฟูสภาพ <input type="checkbox"/> การป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ <input type="checkbox"/> การดูแลและการทำแผล <input type="checkbox"/> การเช็ดตา <input type="checkbox"/> การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... 2. การกลับมาแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่นัด <input type="checkbox"/> นัดวันที่.....เวลา..... สถานที่ <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> WARD <input type="checkbox"/> แผนก X-ray <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
คำแนะนำที่ได้รับ/ ผู้ที่ได้รับคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้เกี่ยวข้อง ได้รับคำแนะนำและเข้าใจการปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับผลการรักษาพยาบาลครั้งนี้ และ/หรือ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้เกี่ยวข้อง ได้รับคำแนะนำและเข้าใจการปฏิบัติในการตรวจหรือแผนการรักษาครั้งต่อไป <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้เกี่ยวข้อง ได้นำของฝากส่วนตัว/ของมีค่ากลับครบถ้วน ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ..... ลงชื่อผู้ให้คำแนะนำ.....		
กรณีจำหน่ายโดยถึงแก่กรรม ถึงแก่กรรมวันที่..... เวลา.....น. ชื่อแพทย์ผู้วินิจฉัยถึงแก่กรรม..... <input type="checkbox"/> แพทย์เจ้าของไข้รับแจ้งแล้ว <input type="checkbox"/> แพทย์ไม่ทำ Autopsy <input type="checkbox"/> แพทย์ขอทำ <input type="checkbox"/> Autopsy <input type="checkbox"/> ญาติยินยอมให้ทำ <input type="checkbox"/> ญาติไม่ยินยอมให้ทำ <input type="checkbox"/> มีญาติติดต่อรับศพ ว.ด.ป. .... เวลา.....น. ไม่มีญาติติดต่อรับศพ เสื้อผ้า/ของส่วนตัว/ของมีค่า ของผู้ถึงแก่กรรม <input type="checkbox"/> คืนให้ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ลงชื่อผู้ให้คำแนะนำ.....ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> PN		
Name of patient	Age	HN
Department	Ward	Attending Physician



ใบ KARDEX

แพ้ยา.....ถ้ามีให้ลง (ถ้าไม่มีให้ -)..... สิทธิการรักษา.....ชำระเอง , เบิกได้ , จ่ายตรง , ประกันสุขภาพ .....

รับใหม่จาก..... วันที่..... เวลา .....

Diagnosis.....CC.....

.....

การผ่าตัด .....

Doctor ..... Consult .....

<b>ข้อมูลพิเศษเกี่ยวกับอาการ</b> <input type="checkbox"/> อีสลาม <input type="checkbox"/> งดอาหารสีดำ สีแดง <input type="checkbox"/> งดอาหารแข็ง กรอบ <input type="checkbox"/> งดอาหารทะเล <input type="checkbox"/> งดหรือแพ้อาหาร..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	<b>อาหาร</b> <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> NPO เว้นยา <input type="checkbox"/> จิบน้ำ <input type="checkbox"/> Liquid diet <input type="checkbox"/> โจ๊ก <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet	<b>อาหารเฉพาะโรค</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low fat <input type="checkbox"/> Low salt <input type="checkbox"/> Low protein <input type="checkbox"/> อาหารโรคเก๊าท์ <input type="checkbox"/> แพ้อาหาร..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	<b>Special Care</b> <input type="checkbox"/> I/O <input type="checkbox"/> Foley's cath <input type="checkbox"/> Bleeding precaution <input type="checkbox"/> Fall precaution <input type="checkbox"/> ห้ามเจาะเลือด/วัดBPแขน..... <input type="checkbox"/> ON O <sub>2</sub> .....LPM <input type="checkbox"/> ISOLate.....
--	--	---	--

NO	FOCUS LIST	GOALS/OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN..... AN.....

เตียง..... แพทย์ผู้รักษา.....

### Summary discharge

Name.....age.....HN.....NA.....

Admission date.....Discharge date.....Ward.....Staff.....

Presented data base : BT.....PR.....RR.....BP.....Hpght.....BW.....BMI.....

History and physical examination : .....

.....

.....

.....

CBC	first	last	Chemistry	first	last	LFT&Coag	first	last	UA	first	last
Hb			FBS			Chol			Sp		
Hct			BUN			Alb			pH		
WBC			Cr			Glob			Alb		
Plt			Na			TB			Sugar		
PMN			K			DB			RBC		
L			HCO3			AST			WBC		
M			Cl			ALT			Cast		
E			Ca			ALP			other		
Other			PO4			PT/INR					
			Mg			PTT					

Special investigation

CXR.....EKG.....

Other.....

.....

.....

.....

Final diagnosis 1..... 2.....

3..... 4.....

Hospital course..... Home medication.....

.....

.....

.....

Discharge Status.....

Follow up date..... Plan.....

Doctor.....



หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

วันที่..... เวลา .....

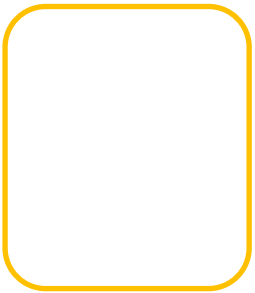
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....)ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. .... ยินยอมให้

1.ยินยอมรักษาในแผนกผู้ป่วยในเนื่องด้วยสาเหตุ/อาการ/โรค ..... โดยมีทางเลือกในการรักษาอื่นคือ .....ไม่รักษาในแผนกผู้ป่วยใน..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา/ไม่รักษา คือ..... ประมาณเวลารักษาทั้งสิ้น ..... วัน โดยคณะแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลสุททอาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สามารถตรวจรักษาตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย และความเหมาะสมเป็นสำคัญ

2.ในกรณีที่ข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมของข้าพเจ้า สามารถตัดสินใจแทนข้าพเจ้าได้ และ/หรือ ระหว่างการตรวจรักษาดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นจะต้องทำการ ตรวจรักษาหรือผ่าตัด อย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้ ตามความจำเป็นและเหมาะสม

3.ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและวัตถุประสงค์เกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า ทั้งข้อดีและข้อเสีย ความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นแม้ว่าแพทย์และ/หรือผู้ให้ข้อมูล จะไม่สามารถอธิบาย ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ก็ได้ตอบคำถามจนเป็นที่พอใจ รวมทั้งข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้ หรือผู้อื่นอ่านให้เรียบร้อยแล้ว



ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

- ขวา  ซ้าย  อื่นๆ(ระบุ.....)

ลงชื่อ .....  ผู้ป่วย  ญาติ(ระบุ.....) (.....)

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์/พยาบาล) (.....)

ลงชื่อ..... พยาน (แพทย์/พยาบาล)

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง

- อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์  ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย

ชนิดของบัตร ..... สังกัด..... เลขที่..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ.....



หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

วันที่..... เวลา .....

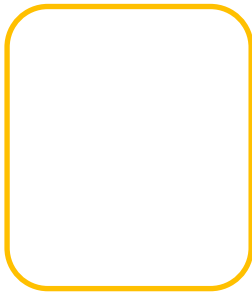
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....)ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. .... ยินยอมให้

1.ยินยอมรักษาในแผนกผู้ป่วยในเนื่องด้วยสาเหตุ/อาการ/โรค ..... โดยมีทางเลือกในการรักษาอื่นคือ .....ไม่รักษาในแผนกผู้ป่วยใน..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา/ไม่รักษา คือ..... ประมาณเวลารักษาทั้งสิ้น ..... วัน โดยคณะแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สามารถตรวจรักษาตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย และความเหมาะสมเป็นสำคัญ

2.ในกรณีที่ข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมของข้าพเจ้า สามารถตัดสินใจแทนข้าพเจ้าได้ และ/หรือ ระหว่างการตรวจรักษาดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นจะต้องทำการ ตรวจ-รักษาหรือผ่าตัด อย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้ ตามความจำเป็นและเหมาะสม

3.ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและวัตถุประสงค์เกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า ทั้งข้อดีและข้อเสีย ความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นแม้ว่าแพทย์และ/หรือผู้ให้ข้อมูล จะไม่สามารถอธิบาย ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ก็ได้ตอบคำถามจนเป็นที่พอใจ รวมทั้งข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้ หรือผู้อื่นอ่านให้เรียบร้อยแล้ว



ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

- ขวา  ซ้าย  อื่นๆ(ระบุ.....)

ลงชื่อ .....  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....) (.....)

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์/พยาบาล) (.....)

ลงชื่อ..... พยาน (แพทย์/พยาบาล)

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง  อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์  ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย ชนิดของบัตร ..... สังกัด..... เลขที่..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ.....





PATIENT ID STICKER

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมทำหัตถการ/ผ่าตัด

วันที่..... เวลา .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....)ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. .... ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพของคณะแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาให้ดำเนินการตรวจรักษาด้วยวิธี.....

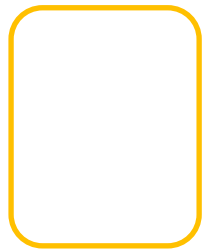
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า ซึ่งอาจมีผลเสีย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาเช่น .....

โดยผลข้างเคียงรวมไปถึงการใช้ยาระงับประสาท การดมยาสลบ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือการรักษาทางรังสี การตัดเจาะชิ้นเนื้อหรือส่วนอวัยวะ ที่จำเป็นกับการทำหัตถการ/ผ่าตัด และได้ทราบแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจรักษา เช่น ..... ซึ่งอาจมีผลทำให้.....

ระหว่างการตรวจ-รักษาดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นต้องทำการตรวจ-รักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติมในทันทีทันใดข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม หรือค้ำจนถึงชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้ามีสติและตระหนักดีว่า คณะแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ-รักษาดังกล่าว และขอแสดงความ

ยินยอม  ไม่ยินยอม



ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

ขวา  ซ้าย  อื่นๆ(ระบุ.....)

ลงชื่อ .....  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....) (.....)

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์/พยาบาล) (.....)

ลงชื่อ..... พยาน (แพทย์/พยาบาล)

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง
- อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์
- ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย
ชนิดของบัตร .....
สังกัด..... เลขที่.....
วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ.....



PATIENT ID STICKER

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ฉีดสารที่บรังสีเพื่อการตรวจเอกซเรย์

วันที่..... เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....)ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. .... ยินยอมให้นายแพทย์หรือคณะแพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพของคณะแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาให้ดำเนินการตรวจรักษาด้วยวิธี ฉีดสารที่บรังสีเพื่อการตรวจเอกซเรย์

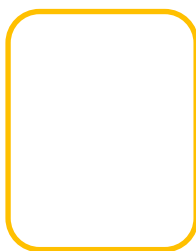
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า ซึ่งอาจมีผลเสีย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาเช่น ..... แพ้สารที่บรังสี, ซึ่กจากการแพ้สารที่บรังสี, เป็นอันตรายถึงชีวิต .....

และแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจรักษา เช่น ..... ไม่รับสารที่บรังสี ..... ซึ่งอาจมีผลทำให้ ..... ไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอหรือไม่สามารถทำการตรวจได้.....

ระหว่างการตรวจ-รักษาดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นต้องทำการตรวจ-รักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติมในทันทีทันใดข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม หรือค้ำเนินถึงชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้ามีสติและตระหนักดีว่า คณะแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ-รักษาดังกล่าว และขอแสดงความ

ยินยอม  ไม่ยินยอม



ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

ขวา  ซ้าย  อื่นๆ(ระบุ.....)

ลงชื่อ .....  ผู้ป่วย  ญาติ(ระบุ.....) (.....)

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์/พยาบาล) (.....)

ลงชื่อ..... พยาน (แพทย์/พยาบาล)

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมีความยินยอมได้ด้วยตนเอง

- อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์
- ผู้ปกครองทางกาย-จิต ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย

ชนิดของบัตร ..... สังกัด..... เลขที่..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ.....