



โรงพยาบาลสุทธาเวช
คณะแพทยศาสตร์ มสส

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ One Day Surgery
โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เกณฑ์การประเมินสำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

1. แพทย์วินิจฉัยโรค ดังนี้

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abnormal uterine bleeding | <input type="checkbox"/> Sterilization |
| <input type="checkbox"/> Cyst/abscess of Bartholin's gland | <input type="checkbox"/> Inguinal hernia |
| <input type="checkbox"/> Colorectal polyp | <input type="checkbox"/> Internal hemorrhoid gr.2-3 |
| <input type="checkbox"/> Esophagogastric varices | <input type="checkbox"/> Fit test positive |
| <input type="checkbox"/> Perirectal, Perianal abscess | <input type="checkbox"/> Breast abscess |
| <input type="checkbox"/> Wide Excision Breast mass | <input type="checkbox"/> Phimosis, Paraphimosis |
| <input type="checkbox"/> Breast Conservative Surgery | <input type="checkbox"/> Hysteroscopy |
| <input type="checkbox"/> Fistula in ano | <input type="checkbox"/> Hydrocele |
| <input type="checkbox"/> Simple Mastectomy | <input type="checkbox"/> Orchiectomy |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 2. ผู้ป่วยอายุอยู่ในช่วง 15-70 ปี | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ASA 1-2 (Healthy/well controlled Mild diseases) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ผู้ป่วยและญาติมีความสะดวกในการเดินทางมาและกลับจากโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ผู้ป่วยมีญาติที่สามารถดูแลได้ร่วมเดินทางมารับและกลับจากโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ผู้ป่วยมีญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้านได้อย่างน้อย 24 ชม. หลังเสร็จจากผ่าตัด | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ผลตรวจปกติ (ผลLABภายใน 1-2 เดือน, EKG ภายใน 3 เดือน ผล CXR ภายใน 6 เดือน) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการรักษาด้วยการผ่าตัด | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 10. สิทธิการรักษา | | |
| <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายตรง | <input type="checkbox"/> บัตรทอง | <input type="checkbox"/> ประกันสังคมรพ.สุทธาเวช |
| <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพพนักงานมสส. | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

หมายเหตุ : จากข้อ 2-9 หากตอบ No ข้อใดข้อหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ ODS ได้

ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา

วันที่ เวลา.....

Sticker ผู้ป่วย