



คู่มือมาตรฐานขั้นตอนการให้บริการโรงพยาบาลจุฬ

อำเภอจุน จังหวัดพะเยา



คำนำ

คู่มือมาตรฐานขั้นตอนการให้บริการของโรงพยาบาลจุนฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางและขั้นตอนการให้บริการ เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 โดยทางโรงพยาบาลจุนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการและผู้มารับบริการต่อไป

โรงพยาบาลจุน

สารบัญ

คำนำ	หัวข้อ	หน้า
สารบัญ		ก
		ข
	๑. แนวคิด	๑
	๒. วัตถุประสงค์ ตารางการให้บริการ	๑
	๓. ผังกระบวนการทำงาน	๒
	๔. ระบบงานผู้ป่วยฉุกเฉิน	๓
	๕. ระบบงานผู้ป่วยนอก	๕
	๖. ระบบงานผู้ป่วยใน	๖
	๗. ระบบงานเชิงรุกในโรงพยาบาล	๗
	๘. ระบบสนับสนุนด้านเงินของโรงพยาบาล	๙
	๙. ระบบงานพัฒนาคนของโรงพยาบาล	๑๐
	๑๐. ระบบการพัฒนาเงินของโรงพยาบาล	๑๒
	๑๑. ระบบการพัฒนาสิ่งของของโรงพยาบาล	๑๓
	๑๒. ระบบบริหารโรงพยาบาล	๑๔
	๑๓ การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล	๑๖
ภาคผนวก		

แนวคิด

1. ระบบงานบริการของโรงพยาบาลประกอบด้วยระบบงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบงานบริการผู้ป่วยนอก ระบบงานบริการผู้ป่วยใน และระบบงานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละระบบจะมีการจัดการไหลเวียนของงานออกเป็นขั้นตอนตั้งแต่การเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการเข้ามาจนกระทั่งออกจากระบบ
2. ระบบสนับสนุนงานบริการของโรงพยาบาลประกอบด้วยระบบสนับสนุนด้านคน ระบบสนับสนุนด้านเงิน และระบบสนับสนุนด้านสิ่งของของโรงพยาบาล ที่มีการจัดการไหลเวียนของงานออกเป็นขั้นตอนตั้งแต่การเตรียมพร้อมด้านกำลังคนในการให้บริการสนับสนุนจนกระทั่งเมื่อผู้มาติดต่อ/ผู้มารับบริการกลับออกไปแล้ว
3. ระบบการพัฒนาโรงพยาบาลประกอบด้วยระบบการพัฒนาคน ระบบการพัฒนาเงิน และระบบการพัฒนาของของโรงพยาบาล ที่มีการจัดการไหลเวียนของงานออกเป็นขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาจนกระทั่งการสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานการพัฒนาและการรายงานระบบบริหารโรงพยาบาลจะช่วยให้งานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่นและคุ้มค่ากับทรัพยากรที่ใช้ไป โดยการวางระบบงานเมื่อเริ่มต้น การควบคุมและดูแลให้ปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ และการพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานตามห่วงเวลาที่กำหนด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กระบวนการปฏิบัติงานบริการของโรงพยาบาลจน เป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ในระบบงานบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจนได้
๓. เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงาน

ตารางการให้บริการผู้ป่วยนอก | โรงพยาบาลจุน

ตรวจโรคทั่วไป เปิดบริการทุกวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

อุบัติเหตุฉุกเฉิน เปิดบริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง

กายภาพ และแพทย์แผนไทย ทันตกรรม เปิดบริการทุกวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

ฝังเข็ม วันพฤหัสบดี เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

ผังกระบวนการทำงาน

ลำดับ	ขั้นตอนของกระบวนการ	มาตรฐาน เวลา (นาที)	ข้อกำหนด ของกระบวนการ (กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ)	ผู้รับผิดชอบ
๑.	การเข้ารับบริการ	2 นาที		
๒.	จุดคัดกรอง	3 นาที	คู่มือการคัดกรองผู้ป่วย	พยาบาลคัดกรอง
๓.	ลงทะเบียนผู้ป่วย / ตรวจสอบสิทธิ	5 นาที		จนท.เวชระเบียน/จนท.สิทธิการรักษา
๔.	ห้องฉุกเฉิน	3 นาที	-คู่มือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	พยาบาลห้องตรวจโรค
๕.	ห้องตรวจโรค	60 นาที	-คู่มือการประเมินและการส่งต่อผู้ป่วย -คู่มือการส่งปรึกษาระหว่างห้องตรวจ -คู่มือการจำหน่ายผู้ป่วย	แพทย์ผู้รักษา/ พยาบาลห้องตรวจโรค
๖.	การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการรังสีวิทยา	5 นาที		จนท.การเงิน
๗.	รับป่วย	15 นาที		เภสัชกร
๘.	จ่ายยา	5 นาที		

ระบบงานบริการของโรงพยาบาล

ระบบงานบริการของโรงพยาบาลประกอบไปด้วยระบบงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบงานบริการผู้ป่วยนอก ระบบงานบริการผู้ป่วยใน และระบบงานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล ดังนี้

1. ระบบงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

งานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Medical Services - ER) มีการจัดผังการไหลเวียนของงาน เป็น 19 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การเตรียมพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญยิ่ง เพื่อป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่พร้อม ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านคน ทั้งด้านจำนวนและลักษณะทางร่างกายและจิตใจ การเตรียมพร้อมด้านสิ่งของ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ ทั้งด้านจำนวนและความพร้อมในการใช้งาน การเตรียมพร้อมด้านเงิน ให้มีเพียงพอต่อการใช้งาน และการเตรียมพร้อมด้านระบบงาน ทั้งระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนงานบริการ ระบบการพัฒนางานบริการ และระบบบริหารงานบริการ ซึ่งจำแนกการเตรียมพร้อมออกเป็นการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร และการเตรียมพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง

1.2 การต้อนรับ ณ จุดแรกที่มาติดต่อ โรงพยาบาลจะต้องทำให้ผู้มารับบริการเกิดความประทับใจ ทั้งในด้านสถานที่ ความสะอาด ความเรียบร้อย ความสวยงาม ความน่าไว้วางใจ และ ด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น กริยามารยาท ท่าที แววตา วาจา และการกระทำ ฯลฯ ตั้งแต่แรกเมื่อผู้ป่วยมาถึงจุดแรกที่มาติดต่อ ซึ่งอาจเป็นจุดของพนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานเวรเปล หรือพนักงานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

1.3 การจัดทำเวชระเบียน เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็ว ทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า

1.4 การพาผู้ป่วยและญาติไปยังห้องฉุกเฉิน จากจุดแรกที่มาติดต่ออย่างรวดเร็วและไม่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้พบเห็น

1.5 การต้อนรับผู้ป่วยและญาติ ณ ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจและเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาล

1.6 การตรวจวินิจฉัยและให้บริการที่รีบด่วน ตามลักษณะของผู้มารับบริการแต่ละคนอย่างเหมาะสม ตามความต้องการของผู้มารับบริการในทันทีในด้านการช่วยชีวิต การบรรเทาอาการปวด และการบรรเทาอาการตกใจ เป็นต้น

1.7 การนำผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ไปยังห้องปฏิบัติการและห้องเอกซเรย์ เพื่อให้ได้รับการอย่างรวดเร็วน่าประทับใจ และอบอุ่นใจตลอดเวลา

1.8 การให้บริการที่ห้องปฏิบัติการ ที่รวดเร็ว น่าประทับใจ และอบอุ่นใจตลอดเวลา

1.9 การให้บริการที่ห้องเอกซเรย์ ที่รวดเร็ว น่าประทับใจ และอบอุ่นใจตลอดเวลา

1.10 การนำผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติกลับไปยังห้องฉุกเฉิน หลังจากรับบริการที่ห้องปฏิบัติการหรือห้องเอกซเรย์แล้ว

1.11 การตรวจวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ว่า ผู้ป่วยเป็นอะไร สมควรจะได้รับ การดูแลรักษาอย่างไร แล้วสั่งการรักษาอย่างเหมาะสมและครบถ้วน

1.12 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.13 การให้คำแนะนำและการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไปในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยการให้คำแนะนำและการนัดหมายอย่างชัดเจนและครบถ้วนแก่ผู้ป่วย/ญาติเพื่อให้เข้าใจอย่างแท้จริง

1.14 การนำผู้ป่วยและญาติไปจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ด้วยความรู้สึกว่า ไม่แพงและคุ้มกับบริการที่ได้รับ

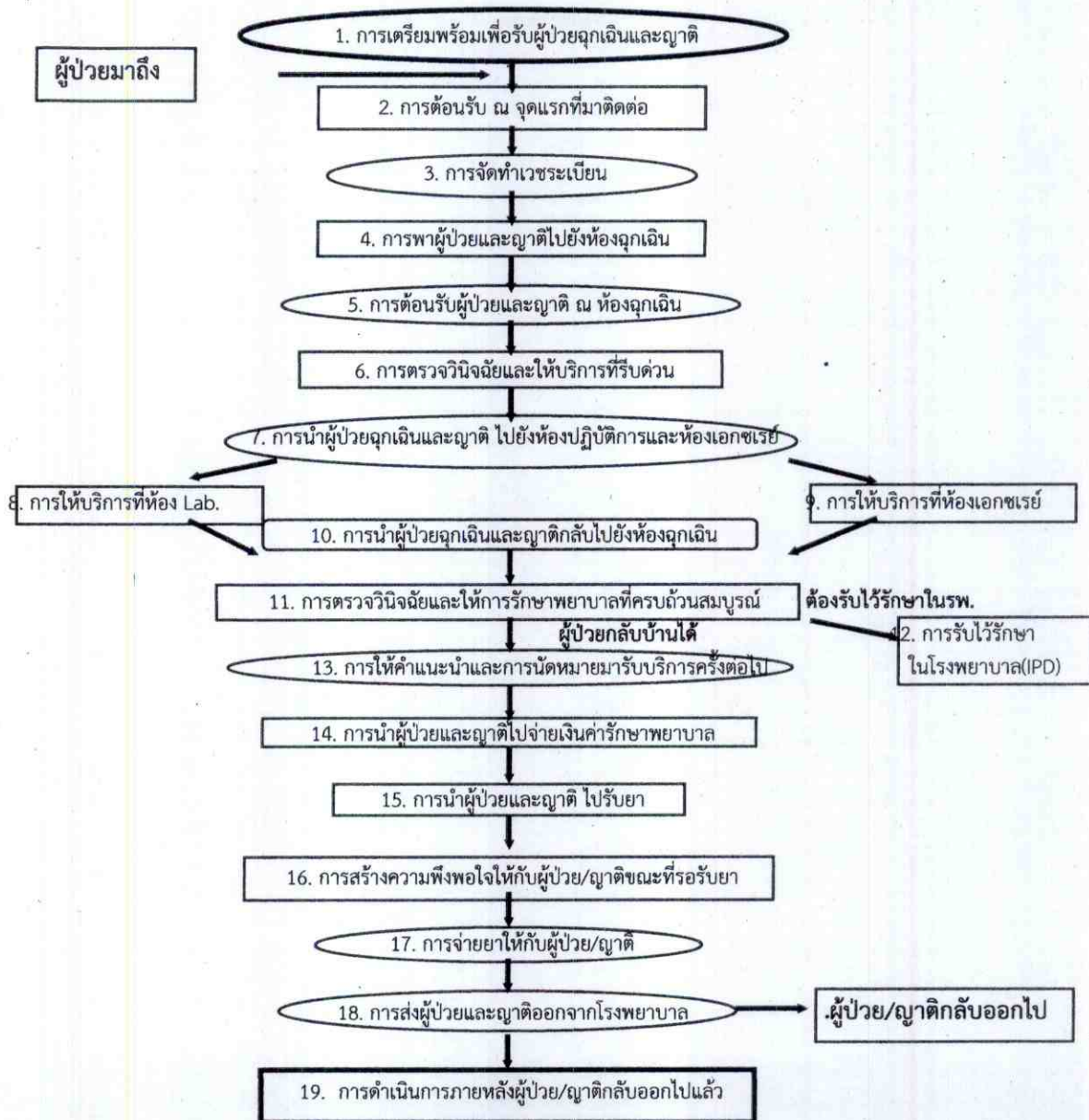
1.15 การนำผู้ป่วยและญาติ ไปรับยา ด้วยความรู้สึกว่า เขาเป็นบุคคลสำคัญของโรงพยาบาล

1.16 การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย/ญาติขณะที่รอรับยา ให้เกิดความรู้สึกว่า ไม่นาน

1.17 การจ่ายยาให้กับผู้ป่วย/ญาติอย่างถูกต้อง พร้อมคำแนะนำที่เหมาะสมและครบถ้วน

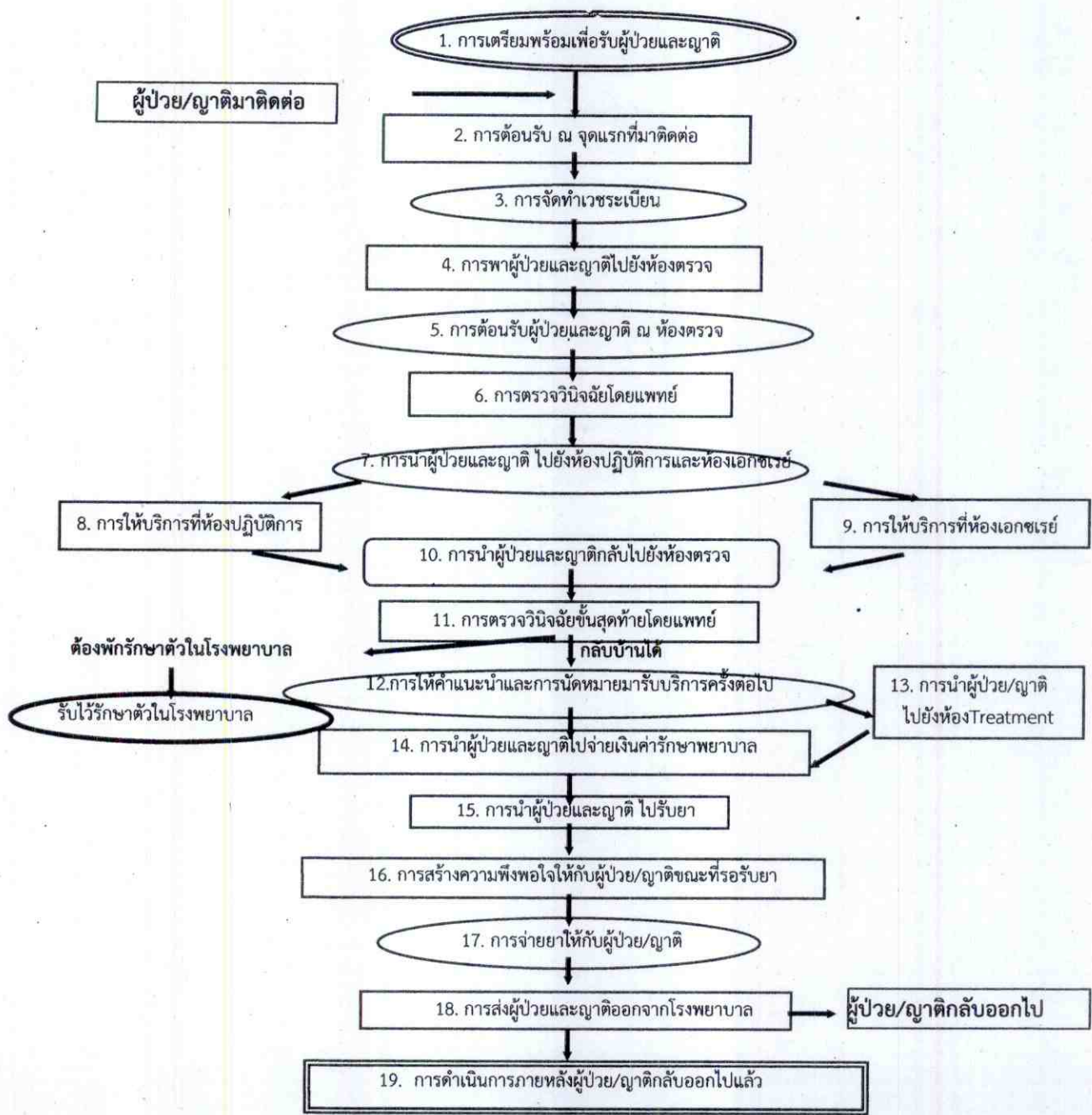
1.18 การส่งผู้ป่วยและญาติออกจากโรงพยาบาล อย่างราบรื่น อบอุ่นใจ และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรงพยาบาล

1.19 การดำเนินการภายหลังผู้ป่วย/ญาติกลับออกไปแล้ว ได้แก่ การบันทึกข้อมูลลงในระเบียบ/รายงานการเก็บอุปกรณ์เข้าที่ การทำความสะอาด การดูแลสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อรองรับผู้มารับบริการรายต่อไป รวมทั้งการติดตามดูแลและให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



2. ระบบงานบริการผู้ป่วยนอก

งานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการจัดผังการไหลเวียนของงานเช่นเดียวกับงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน



3. ระบบงานบริการผู้ป่วยใน

งานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในมีการจัดผังการไหลเวียนของงานเช่นเดียวกับงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในโครงสร้างผังการไหลเวียน แต่แตกต่างในรายละเอียดของงานและรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการให้บริการ โดยงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในมี 7 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

3.1 การเตรียมพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยและญาติ เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญยิ่งเพื่อป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่พร้อม ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านคน ด้านสิ่งของ ด้านเงิน และด้านระบบงาน ทั้งระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนงานบริการ ระบบการพัฒนางานบริการ และระบบบริหารงานบริการเช่นเดียวกับงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแต่แตกต่างในรายละเอียดของงาน

3.2 การพาผู้ป่วยและญาติไปยังหน่วยรับผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจและไว้วางใจ

3.3 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การต้อนรับผู้ป่วยและญาติให้เกิดความประทับใจ การเลือกห้องพักที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และการแจ้งหอบุคลากรให้ทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้เตรียมการต้อนรับได้อย่างประทับใจ

3.4 การพาผู้ป่วยและญาติ ไปยังหอบุคลากร อย่างสะดวก สุขสบาย และ ปลอดภัย

3.5 การให้บริการที่หอบุคลากร ได้แก่

3.5.1 การต้อนรับผู้ป่วยและญาติ ณ หอบุคลากร ให้เกิดความอบอุ่นใจและไว้วางใจตั้งแต่แรกเมื่อมาถึง

3.5.2 การนำผู้ป่วยและญาติไปยังห้องพักที่จัดเตรียมไว้พร้อมมูลแล้ว

3.5.3 การแจ้งแพทย์ผู้ส่งผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมาถึงหอบุคลากรเรียบร้อยแล้ว

3.5.4 การให้บริการเบื้องต้นที่หอบุคลากรอย่างประทับใจ

3.5.5 การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติขณะที่แพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ประจำยังไม่ได้มา

ตรวจ

3.5.6 การให้บริการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดโดยแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ประจำหอบุคลากร

3.5.7 การให้บริการในเวรแรก ซึ่งจะต้องมีบริการแรกรับมากมาย ทั้งในด้านความเป็นอยู่ การตรวจวินิจฉัยโรคต่าง ๆ และการให้การดูแลรักษา

3.5.8 การให้บริการในคืนแรก ที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนที่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เพิ่งจะมานอนพักรักษาตัวเป็นครั้งแรก

3.5.9 การให้บริการในวันที่ 2 จะมีการดำเนินการให้การดูแลรักษาและการตรวจวินิจฉัยโรคมามากมาย

3.5.10 การให้บริการในคืนที่ 2 ยังจะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษจนกว่าผู้ป่วยจะปรับตัวได้ดี

3.5.11 การให้บริการในวันที่ 3-6 ส่วนมากผู้ป่วยจะปรับตัวให้เข้ากับการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แล้ว การให้การดูแลก็จะเป็นไปตามแบบแผนของหอบุคลากร ยกเว้นการดูแลพิเศษของผู้ป่วยบางคน

3.5.12 การให้บริการในวันที่ 7 ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานาน ผู้ป่วยส่วนมากจะมีความกังวลต่อสิ่งต่าง ๆ ทางบ้าน จึงควรจัดบริการให้ผู้ป่วยคลายความกังวล

3.5.13 การให้บริการหลังจากวันที่ 7 มักจะเป็นไปตามแบบแผนของหอบุคลากรและการดูแลพิเศษของผู้ป่วยแต่ละคน ตามลักษณะของผู้ป่วยและโรคที่เป็น

3.6 การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การสั่งจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้ 2) การรวบรวมข้อมูลเพื่อการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งข้อมูลการดูแลรักษาและค่าใช้จ่าย 3) การให้บริการก่อนที่ผู้ป่วยและญาติจะออกจากหอบุคลากรให้เกิดความประทับใจ และ 4) การส่งผู้ป่วยและญาติออกจากหอบุคลากรอย่างอบอุ่นใจ ประทับใจ และปลอดภัยจนออกจากโรงพยาบาล

3.7 การดำเนินการภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วย/ญาติกลับออกไปแล้ว ได้แก่ การบันทึกข้อมูลลงในระเบียบ/รายงาน การเก็บอุปกรณ์เข้าที่ การทำความสะอาด การดูแลสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อรองรับผู้มารับบริการรายต่อไป รวมทั้งการสรุปข้อมูลในเวชระเบียนและการติดตามดูแลให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ระบบงานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล

งานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาลเป็นงานบริการที่ไม่รอให้ผู้รับบริการมาหา หรือเอ่ยปากบอกความต้องการ หรือเกิดการเจ็บป่วย แต่จะดำเนินการก่อนหน้านั้น เพื่อให้ทราบความต้องการดังกล่าว จะได้สามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงให้กับเขาเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ งานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล ยังรวมถึงงานที่ช่วยให้ประชาชนไม่ป่วย ถ้าป่วยก็จะเป็นไม่มาก หายเร็วขึ้น ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ที่ได้จัด/ดำเนินการไว้ก่อนแล้ว

4.1 ความสำคัญของงานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล งานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล เป็นงานที่สำคัญยิ่งของโรงพยาบาลในยุคโลกไร้พรมแดน เนื่องจาก

4.1.1 เป็นงานที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายและความสูญเสียของโรงพยาบาลและสิ่งของชาติ

4.1.2 เป็นงานที่ช่วยสร้างความพึงพอใจและความประทับใจให้กับผู้มารับบริการ

4.1.3 เป็นงานที่ช่วยป้องกันมิให้เกิดปัญหาในการทำงาน

4.2 ลักษณะของงานบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล มีดังนี้ คือ 1) งานตรวจสุขภาพ 2) งานสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ 3) งานเฝ้าระวังโรค 4) งานสอบสวนโรค 5) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตั้งแต่ก่อนแต่งงาน/ก่อนมีบุตรจนถึงวัยสูงอายุ 6) งานดูแลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล 7) งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและบุคคลทุกคนในเขตรับผิดชอบ 8) งานวิจัยเพื่อการพัฒนา (Research for Development - R&D) 9) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา 10) งานให้การศึกษาและฝึกอบรม

ระบบสนับสนุนบริการงานของโรงพยาบาล

ระบบสนับสนุนงานบริการของโรงพยาบาลประกอบด้วย ระบบสนับสนุนด้านคน ด้านเงิน และด้านสิ่งของ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนด้านคนของโรงพยาบาล

งานสนับสนุนด้านคนของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของงาน ดังภาพที่ 1.17 เป็น 8 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1.1 การเตรียมพร้อมเพื่อการสนับสนุนด้านคน ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านคน ด้านสิ่งของ และด้านวิธีการดำเนินงานอย่างครอบคลุมทุก ๆ ด้านที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน

1.2 การต้อนรับผู้มาติดต่อ โดยเมื่อมีความต้องการการสนับสนุนด้านคนและเวลาที่จะต้องดำเนินการตามวงจรรอบ เช่น ตามปีงบประมาณ หรือเมื่อมีการสั่ง/ร้องขอให้ดำเนินการ ทั้ง 2 ประการนี้ จำแนกเป็น 3 กรณี คือ 1) กรณีปกติ เช่น การวางแผนกำลังคนประจำปี ฯลฯ 2) กรณีเร่งด่วน เช่น การสรรหาบุคคลเมื่อมีผู้ลาออกอย่างกะทันหัน หรือเสียชีวิต ฯลฯ 3) กรณีเฉพาะ เช่น การดำเนินการทางวินัยและการลงโทษ ฯลฯ

1.3 การให้บริการที่เร่งด่วนตามความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก

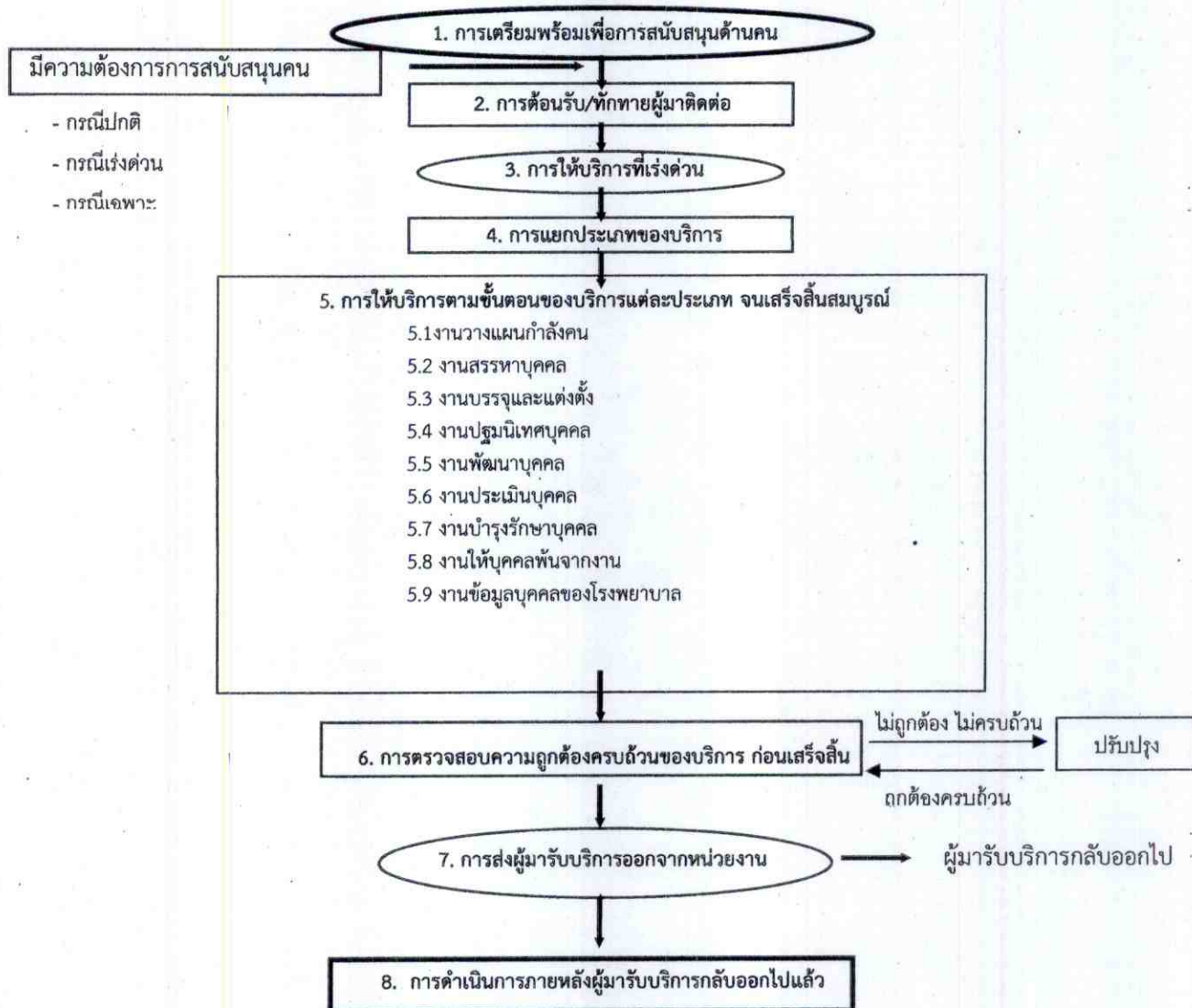
1.4 การแยกประเภทของบริการในการสนับสนุนด้านคนให้ชัดเจน แนวนอน และถูกต้องตามความต้องการของผู้รับบริการ

1.5 การให้บริการตามขั้นตอนของบริการแต่ละประเภทจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือคู่มือการทำงานที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย ทั้งนี้ในการให้บริการในแต่ละงานของโรงพยาบาลดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในเรื่องที่ 1.3.2 นั้น จะต้องมีการสนับสนุนด้านคน โดยการให้บริการแก่ผู้มาติดต่อในงานวางแผนกำลังคน งานสรรหาบุคคล งานบรรจุและแต่งตั้ง งานปฐมนิเทศบุคคล งานพัฒนาบุคคลกำหนดงานประเมินบุคคล งานบำรุงรักษาบุคคล งานให้บุคคลพ้นจากงาน และงานข้อมูลบุคคลของโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการในงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลดี มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

1.6 การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของบริการก่อนเสร็จสิ้นบริการ เป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ผู้มารับบริการจะได้รับบริการที่ควรได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และมีคุณภาพดี และถ้าตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่ความถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน ก็จะได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขทันที

1.7 การส่งผู้มารับบริการออกจากหน่วยงาน โดยให้เกิดความประทับใจที่ดีต่อการมาใช้บริการในครั้งนี้

1.8 การดำเนินการภายหลังผู้มารับบริการกลับออกไปแล้ว เช่น การบันทึกข้อมูล การเก็บอุปกรณ์เข้าที่ การทำความสะอาด การดูแลสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อรองรับผู้มารับบริการรายต่อไป รวมทั้งการติดตามดูแลและให้บริการต่อเนื่องต่อไป



2. ระบบสนับสนุนด้านเงินของโรงพยาบาล

งานสนับสนุนด้านเงินของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของงานเช่นเดียวกับงานบริการสนับสนุนด้านคนของโรงพยาบาล แต่แตกต่างในรายละเอียดเฉพาะด้าน โดยเฉพาะในงานสนับสนุนด้านเงินในขั้นตอนที่ 5 การให้บริการตามขั้นตอนของบริการแต่ละประเภทจนเสร็จสมบูรณ์นั้น จะให้การสนับสนุนด้านเงิน โดยการให้บริการแก่ผู้มาติดต่อในงานกำหนดความต้องการด้านการเงิน งานจัดหาเงิน งานรับเงิน งานเก็บรักษาเงิน งานจ่ายเงิน งานตรวจสอบด้านการเงิน งานติดตามหนี้สิน และงานข้อมูลด้านเงินของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานบริการในงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ดังเช่น ตัวอย่างการไหลเวียนของงานบริการรับเงินผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งมี 9 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมพร้อมเพื่อการบริการรับเงินผู้ป่วยนอก เช่น

ก. การเตรียมพร้อมด้านผู้รับเงินเช่นเดียวกับระบบสนับสนุนอื่น ๆ

ข. การเตรียมพร้อมด้านสิ่งของ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องคิดเลข เครื่องพิมพ์ แบบฟอร์มใบเสร็จรับเงิน ปากกา แบบฟอร์มรับเงินจากบัตรเครดิต สายโทรศัพท์ และแบบฟอร์มใบรับเงินมัดจำ ทั้งจำนวนและความพร้อมในการใช้งาน เป็นต้น

ค. การเตรียมพร้อมด้านเงิน เช่น การเตรียมเงินเหรียญชนิด 1 บาท 5 บาท 10 บาท และธนบัตรชนิด 20 บาท 50 บาท 100 บาท ทั้งนี้จำนวนเหรียญและธนบัตรขึ้นอยู่กับจำนวนผู้มารับบริการ และการเตรียมแหล่งที่จะขอแลกเพิ่มเติม เป็นต้น

ง. การเตรียมพร้อมด้านวิธีการดำเนินงาน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ คำอธิบายวิธีการตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการเงิน การตรวจสอบธนบัตรปลอม บัญชีรายการอัตราค่าบริการที่เป็นปัจจุบัน และอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานรับเงิน เป็นต้น

2) การต้อนรับ/ทักทายผู้มาจ่ายเงินทั้งในกรณีปกติ (เช่น การรับเงินสด ฯลฯ) กรณีเร่งด่วน (เช่น ต้องรีบกลับเพราะรถรออยู่ ฯลฯ) และกรณีเฉพาะ (เช่น การรับเงินจากบัตรเครดิต ฯลฯ) ด้วยอัธยาศัยไมตรีที่丁寧และยิ้มแย้มแจ่มใส

3) การให้บริการที่เร่งด่วนตามความต้องการของผู้มาจ่ายเงินในขณะนั้น ด้วยความเข้าใจในความรู้สึกและให้เกียรติกับผู้มาจ่ายเงิน

4) การตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยตามระเบียบและเงื่อนไขที่ถูกต้องและครบถ้วน พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้มาจ่ายเงินเข้าใจ

5) การให้บริการรับเงินอย่างถูกต้องและครบถ้วน พร้อมทั้งการทอนเงิน (ถ้ามี)

6) การให้บริการใบเสร็จรับเงิน

7) การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของบริการรับเงินตามแบบบันทึกรายการที่กำหนดไว้ ก่อนเสร็จสิ้นบริการ

8) การสร้างความรู้สึกที่ดีให้กับผู้มาจ่ายเงินก่อนกลับ ให้เขาเกิดความรู้สึกว่า เงินที่จ่ายไปนั้นไม่แพงเมื่อเทียบกับบริการที่ได้รับ

9) การดำเนินการภายหลังผู้มารับบริการกลับออกไปแล้วด้วยการเก็บเอกสารเข้าที่ และเตรียมพร้อมสำหรับให้บริการผู้มาจ่ายเงินคนต่อไป

3. ระบบสนับสนุนด้านสิ่งของ ของโรงพยาบาล

งานสนับสนุนด้านสิ่งของของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของงานเช่นเดียวกับงานบริการสนับสนุนด้านคนของโรงพยาบาล แต่แตกต่างในรายละเอียดเฉพาะด้าน โดยเฉพาะในงานสนับสนุนด้านสิ่งของในขั้นตอนที่ 5 การให้บริการตามขั้นตอนของบริการแต่ละประเภทจนเสร็จสมบูรณ์นั้น จะให้การสนับสนุนด้านสิ่งของ โดยการให้บริการแก่ผู้มาติดต่อในงานกำหนดความต้องการด้านสิ่งของ งานสรรหาของ งานตรวจรับสิ่งของ งานเก็บรักษาสิ่งของ หรืองานคลังพัสดุ งานเบิก - จ่ายสิ่งของ งานใช้สิ่งของ งานบำรุงรักษาสิ่งของ (ที่จำแนกเป็นงานบำรุงรักษาสิ่งของโดยผู้ใช้และงานบำรุงรักษาสิ่งของโดยช่าง) งานซ่อมแซมสิ่งของ (ที่จำแนกเป็นงานซ่อมแซมสิ่งของภายในถ้าซ่อมได้เองและงานซ่อมแซมสิ่งของภายนอกถ้าต้องส่งไปซ่อมที่อื่น) งานจำหน่ายสิ่งของ (จำแนกเป็นงานจำหน่าย

สิ่งของประจำปีและงานจำหน่ายสิ่งของกรณีพิเศษ) และงานข้อมูลด้านสิ่งของของโรงพยาบาล ดังเช่น ตัวอย่างการไหลเวียนของงานซ่อมพัสดุของโรงพยาบาล ซึ่งมี 14 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การเตรียมพร้อมเพื่อการซ่อมพัสดุ ได้แก่ การเตรียมช่างซ่อมพัสดุ การเตรียมอุปกรณ์ซ่อมพัสดุ การเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการซ่อมพัสดุ และการเตรียมแบบฟอร์มที่ต้องใช้ในการซ่อมพัสดุ
- 2) การรับแจ้งซ่อมพัสดุ โดยหน่วยช่างของโรงพยาบาลจะกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการรับแจ้งซ่อม
- 3) การจ่ายงานให้ช่างซ่อมพัสดุตามระบบที่จัดไว้
- 4) การเตรียมการของช่างซ่อมพัสดุก่อนออกไปซ่อมให้เหมาะสมกับชนิดของพัสดุ สถานที่ตั้งของพัสดุ และลักษณะการเสียของพัสดุ
- 5) การทักทายผู้แจ้งซ่อม/ผู้ใช้พัสดุ ด้วยด้วยอัธยาศัยไมตรีที่丁寧และยิ้มแย้มแจ่มใส
- 6) การตรวจสอบพัสดุที่เสียว่า สามารถซ่อมได้ทันทีหรือไม่ ถ้าซ่อมได้ ก็ให้ดำเนินการซ่อมทันที
- 7) การถอดพัสดุไปซ่อม ถ้าซ่อมไม่ได้ทันที แล้วตรวจสอบว่า สามารถซ่อมได้เองหรือไม่ ถ้าซ่อมได้ ก็ให้ดำเนินการซ่อมทันที
- 8) การส่งซ่อมภายนอกเมื่อซ่อมเองไม่ได้ จะต้องเลือกร้านที่ซ่อมได้ดี ราคายุติธรรม ตรงเวลา พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้แจ้งซ่อม/ผู้ใช้พัสดุทราบว่า จะเสร็จประมาณเมื่อใด เมื่อใกล้ถึงกำหนดเวลาให้ติดตามผล ถ้ายังไม่เสร็จให้ยืนยันกำหนดเวลาที่แล้วเสร็จที่แน่นอนจากผู้ซ่อม แล้วแจ้งให้ผู้แจ้งซ่อม/ผู้ใช้พัสดุทราบ ก่อนถึงกำหนดเวลานั้น และแจ้งกำหนดเวลาที่แล้วเสร็จใหม่ที่บวกเวลาสำรองไว้ 1-2 วัน เพราะการแจ้งครั้งนี้ จะต้องไม่มีการเลื่อนอีก
- 9) การตรวจสอบพัสดุที่ซ่อมเสร็จให้แน่ใจว่า ซ่อมได้เรียบร้อยสมบูรณ์แล้วจริง ๆ
- 10) การนำพัสดุที่ซ่อมเสร็จแล้วไปมอบ/ติดตั้งให้ผู้ใช้ให้เกิดความประทับใจ และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันให้มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้งานและการบำรุงรักษา เพื่อป้องกันมิให้เสียด้วย
- 11) การตรวจสอบการใช้งานของพัสดุที่ซ่อมเสร็จแล้วโดยผู้ใช้ เพื่อให้แน่ใจว่า ใช้งานได้ดีและสมบูรณ์
- 12) การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการซ่อมพัสดุก่อนเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการตรวจสอบขั้นสุดท้าย ก่อนส่งมอบบริการซ่อมพัสดุให้กับผู้ใช้
- 13) การส่งมอบพัสดุที่ซ่อมเสร็จแล้วให้กับผู้ใช้ พร้อมทั้งให้ผู้ใช้นานรับพัสดุที่ซ่อมเสร็จแล้วด้วย
- 14) การดำเนินการภายหลังซ่อมพัสดุเสร็จสิ้นแล้ว ด้วยการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ การเก็บเอกสารเข้าที่ และการเตรียมพร้อมสำหรับให้บริการซ่อมพัสดुरายต่อไป

ระบบการพัฒนาโรงพยาบาล

ระบบการพัฒนาโรงพยาบาลประกอบด้วยระบบการพัฒนาคคน ระบบการพัฒนาเงิน และระบบการพัฒนาสิ่งของของโรงพยาบาล ดังนี้

1. ระบบการพัฒนาคคนของโรงพยาบาล

ระบบการพัฒนาคคนของโรงพยาบาล คือ กลุ่มของสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกันในการดำเนินงานพัฒนาคคนของโรงพยาบาลให้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง มั่นคง และยั่งยืน และได้รับการจัดระเบียบให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน สมบูรณ์ และครบวงจร เพราะคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าที่สุดขององค์การ เพราะเป็นผู้นำดำเนินการให้ทรัพยากรอื่น ๆ คือ เงิน สิ่งของ และระบบงาน ให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติ ซึ่งจะเกิดผลมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณภาพและประสิทธิภาพของคนเป็นปัจจัยสำคัญ ระบบการพัฒนาคคนของโรงพยาบาลมีวงจรของการพัฒนาโดยใช้ช่วงเวลาเป็นหลัก เช่น 1 ปี เป็นต้น ระบบการพัฒนาคคนของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของงาน ดังภาพที่ 1.18 เป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาคคน โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ของโรงพยาบาลตามหลักการและแนวทางที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องที่ 1.1.1 ข้อ 4.1 แล้วมาสรุปว่า แต่ละคนของโรงพยาบาล จะต้องได้รับการพัฒนาอะไรบ้าง

1.2 การวางแผนพัฒนาคน เพื่อให้ความต้องการในการพัฒนาคนได้รับการแปลงไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนและเหมาะสมกับสภาวการณ์ของโรงพยาบาลในห้วงเวลาที่กำหนดไว้

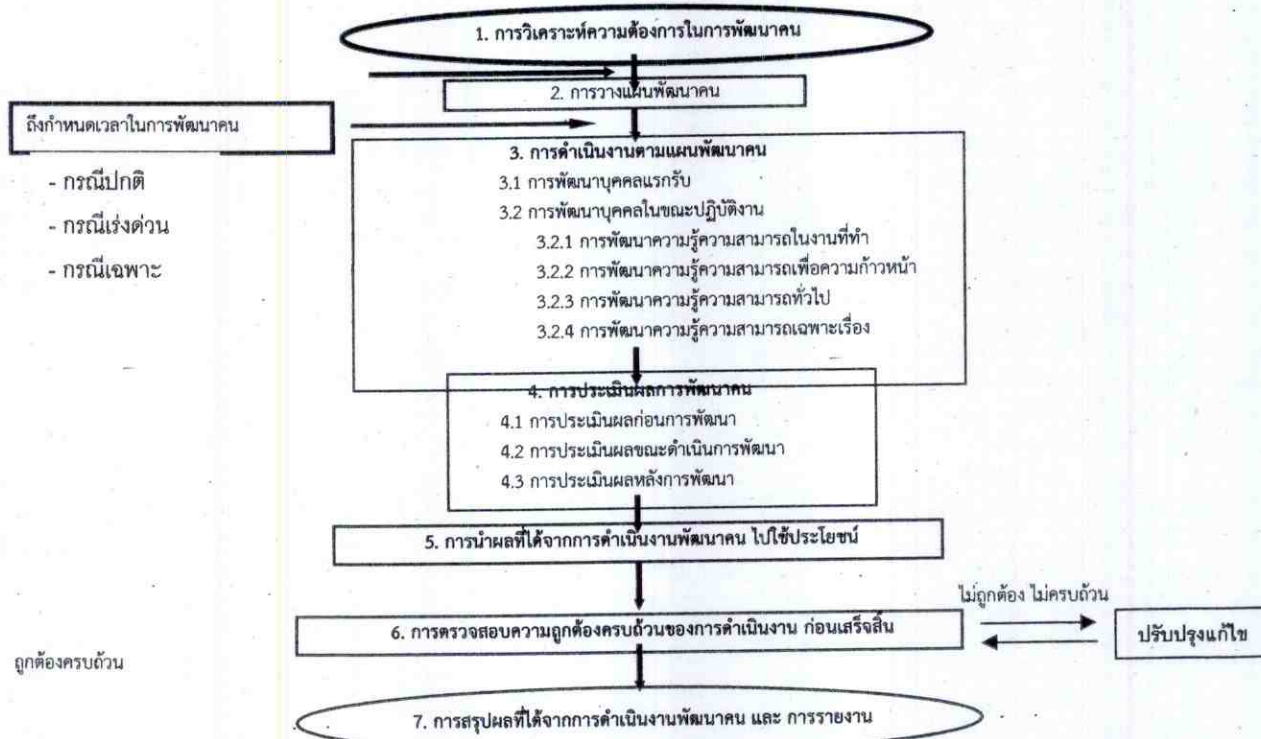
1.3 การดำเนินงานตามแผนพัฒนาคน ทั้งการพัฒนาบุคคลแรกรับ ให้เขาสามารถเริ่มปฏิบัติงานได้เร็วที่สุดอย่างมีคุณภาพดี และการพัฒนาบุคคลในขณะปฏิบัติงาน โดยแต่ละคนจะต้องได้รับการพัฒนา 4 ด้านเสมอ คือ 1) ด้านความรู้ความสามารถในงานที่ทำ เพื่อให้ทำได้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น 2) ด้านความรู้ความสามารถเพื่อความก้าวหน้า เช่น การบริหาร และการพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ เป็นต้น 3) ด้านความรู้ความสามารถทั่วไป เช่น ภาษาต่างประเทศ คอมพิวเตอร์ บุคลิกภาพ การพูด เป็นต้น และ 4) ด้านความรู้ความสามารถเฉพาะเรื่อง เช่น มีการซื้อเครื่องมือใหม่และต้องพัฒนาผู้ใช้งานให้สามารถใช้งานได้อย่างเต็มขีดความสามารถของเครื่องมือ นั้น เป็นต้น

1.4 การประเมินผลการพัฒนาคน โดยวัดเป็น 3 ช่วง คือ 1) การประเมินผลก่อนการพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานว่า ก่อนการพัฒนามีอยู่มากน้อยเพียงใด 2) การประเมินผลขณะดำเนินการพัฒนาเพื่อดูความก้าวหน้าของการพัฒนา และ 3) การประเมินผลหลังการพัฒนาเพื่อดูผลสัมฤทธิ์และความคงอยู่ของการพัฒนา

1.5 การนำผลที่ได้จากการดำเนินงานพัฒนาคนไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน การพัฒนาคนอื่น ๆ และคนทั้งองค์กร และการพัฒนาองค์การและงานอื่น ๆ

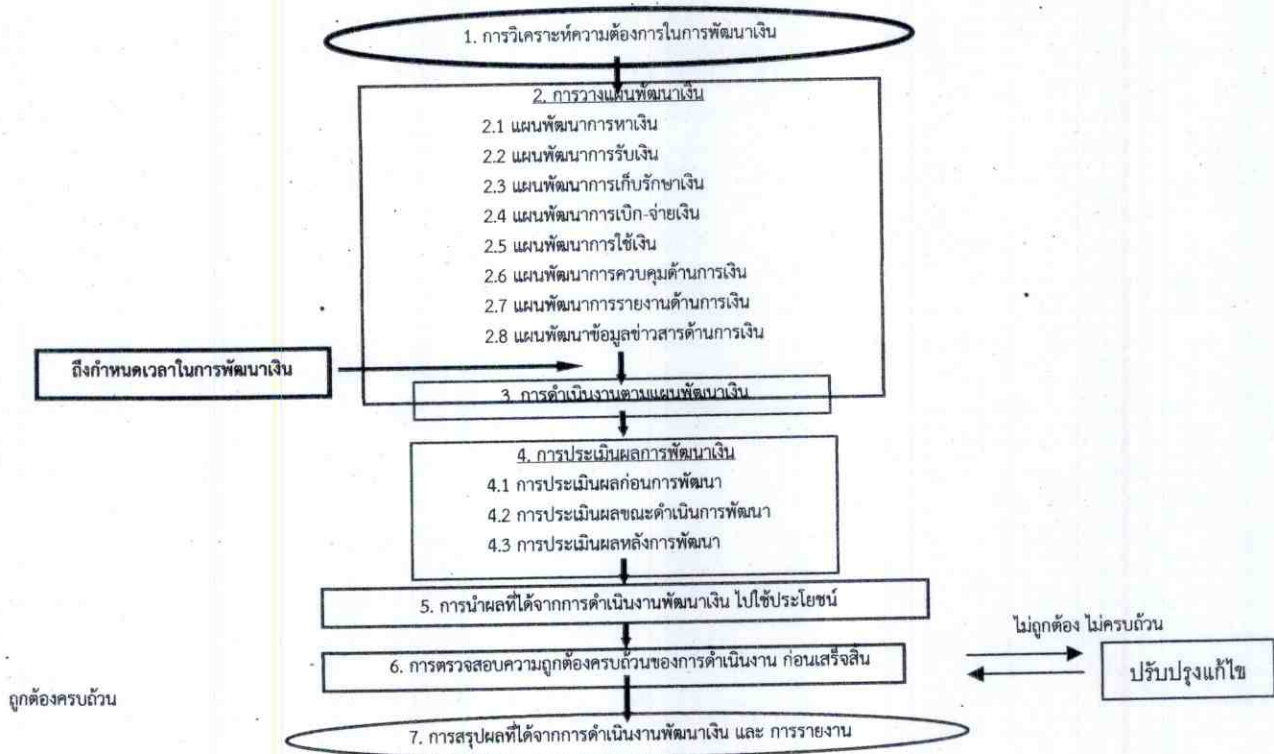
1.6 การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการดำเนินงานก่อนเสร็จสิ้น

1.7 การสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานพัฒนาคน และ การรายงานเพื่อเป็นข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรสามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงได้ และถือเป็นการจบการดำเนินงานในห้วงเวลานั้นอย่างสมบูรณ์



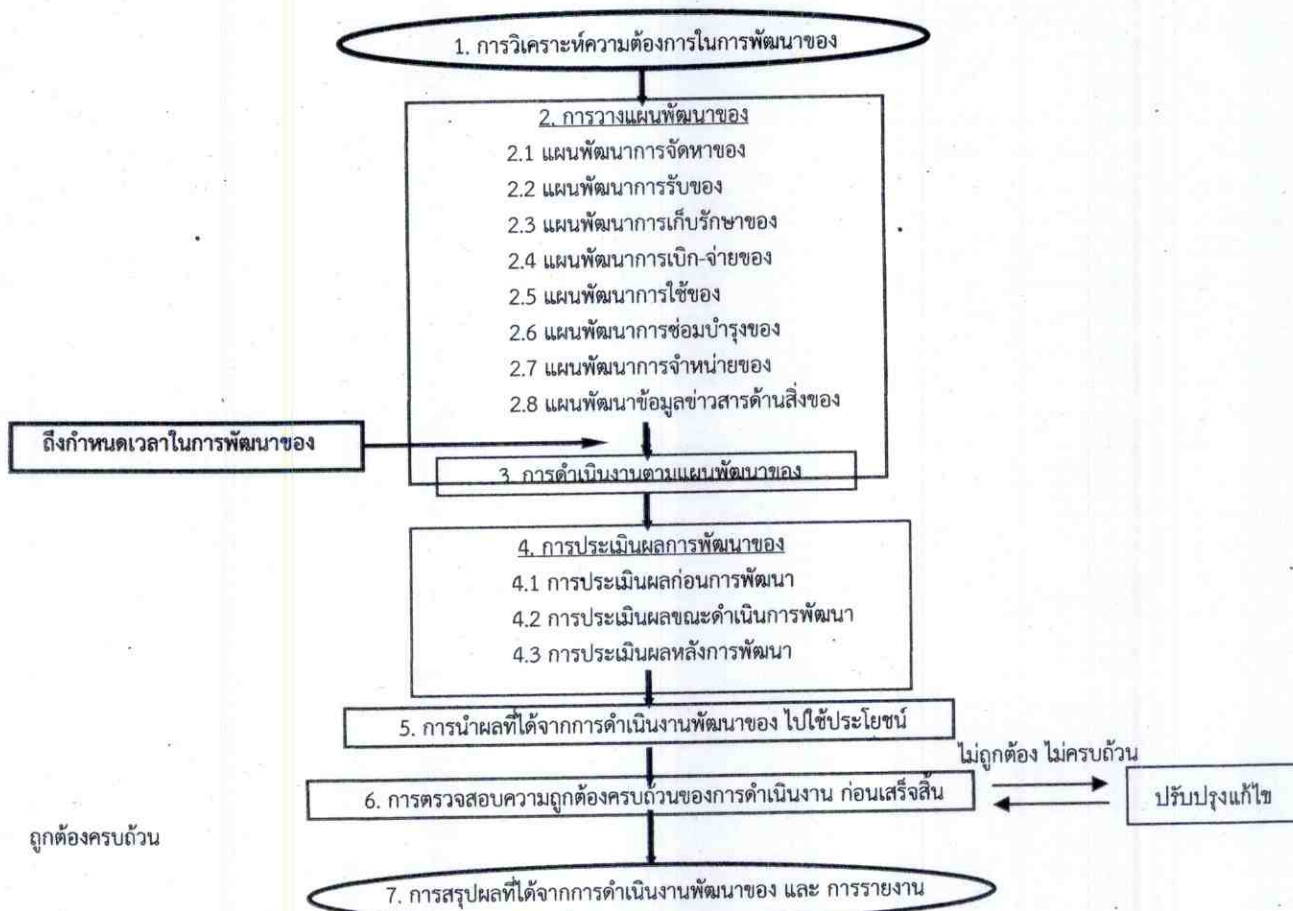
2. ระบบการพัฒนาเงินของโรงพยาบาล

เงินเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์กร เพราะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยน หรือการได้มาซึ่งกำลังคน สิ่งของ และแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งนี้ระบบการพัฒนาเงินของโรงพยาบาลมีวงรอบของการพัฒนา โดยใช้ช่วงเวลาเป็นหลัก เช่น 1 ปี เป็นต้น และระบบการพัฒนาเงินของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของระบบและขั้นตอนต่าง ๆ ของระบบ เช่นเดียวกับระบบการพัฒนาคคนของโรงพยาบาลที่มี 7 ขั้นตอน แต่แตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา ซึ่งในระบบนี้เน้นที่รายละเอียดการพัฒนาเงินของโรงพยาบาล



3. ระบบการพัฒนาล้างของของโรงพยาบาล

สิ่งของเป็นทรัพยากรที่มีมากที่สุดขององค์การ เพราะเป็นสิ่งที่ได้จากการนำเงินมาซื้อ หรือการนำสิ่งของอื่น ๆ และแรงงานคนมาจัดทำขึ้น ได้แก่ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และวัสดุต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำงาน ทั้งนี้ระบบการพัฒนาล้างของของโรงพยาบาลมีวงจรของการพัฒนาโดยใช้ช่วงเวลาเป็นหลัก เช่น 1 ปี เป็นต้น และระบบการพัฒนาล้างของของโรงพยาบาลมีการจัดผังการไหลเวียนของระบบ และขั้นตอนต่าง ๆ ของระบบ เช่นเดียวกับระบบการพัฒนาล้างของของโรงพยาบาลที่มี 7 ขั้นตอน แต่แตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา ซึ่งในระบบนี้เน้นที่รายละเอียดการพัฒนาล้างของของโรงพยาบาล ดังนี้



ระบบบริหารโรงพยาบาล

ระบบบริหารโรงพยาบาลช่วยให้งานทั้งหลายของโรงพยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกันอย่างมั่นคง และคุ้มค่ากับทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ ระบบบริหารโรงพยาบาลมีประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การวางระบบงานเมื่อเริ่มต้นหรือตั้งหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน 2) การควบคุมและการดูแลให้ปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถควบคุมตนเองและควบคุมกันเองได้ด้วยความเต็มใจ ตรงไปตรงมา ครอบคลุม เหมาะสม ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูง และ 3) การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลขณะดำเนินงาน โดยลักษณะพิเศษของระบบบริหารโรงพยาบาล คือ การทำให้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ทั้งหลายของโรงพยาบาลเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดตามช่วงเวลาที่กำหนด

1. การวางระบบงานเมื่อเริ่มต้น

การวางระบบการทำงานหนึ่งงานใดนั้น มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

1.1 ใช้งานเป็นศูนย์กลาง

1.2 แต่ละงานประกอบด้วย 4 ระบบงาน คือ 1) ระบบงานบริการเป็นระบบหลักในการปฏิบัติงาน 2) ระบบสนับสนุนงานบริการ 3) ระบบการพัฒนางานบริการ และ 4) ระบบบริหารงาน

1.3 จัดทำระบบงานทั้ง 4 ระบบให้ชัดเจนตามลักษณะของระบบงานที่ดีและครบถ้วนตามหลักวิชาการ ให้เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถปฏิบัติได้ และประกาศให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจโดยทั่วกัน

1.4 ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน และควบคุมให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้จนเชี่ยวชาญและเป็นนิสัยประจำตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน

1.5 พัฒนาระบบงานให้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถพัฒนาระบบงานได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง และอย่างต่อเนื่องตลอดไป

2. การควบคุมและการดูแลให้ปฏิบัติตามระบบ

การควบคุมและการดูแลให้ปฏิบัติตามระบบบริหารโรงพยาบาลที่วางไว้มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 การเตรียมการก่อนเริ่มปฏิบัติงาน มีกิจกรรม ดังนี้

2.1.1 การมอบหมาย/แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ควรจะเป็นคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร และควรจะมีมากกว่า 1 คน โดยแบ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรอง เพื่อมิให้เกิดความเสียหาย ถ้าต้องมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับผิดชอบในระหว่างการทำงาน

2.1.2 การจัดเตรียมสิ่งของที่จะต้องใช้ในการดำเนินงานให้พร้อมทั้งด้านจำนวน คุณภาพ และความสามารถนำมาใช้ได้ทันทีที่ต้องการ

2.1.3 การประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รู้ เข้าใจ และสามารถให้ความร่วมมือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา

2.1.4 การประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รู้และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานตามระบบ

2.1.5 การทดลองปฏิบัติหรือการซ้อมปฏิบัติก่อนดำเนินงานจริง เป็นสิ่งที่ดีมากถ้าสามารถจัดให้มีขึ้นได้ เพราะการทดลองปฏิบัติจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญ และสามารถประสานการดำเนินงานให้เหมาะสมและราบรื่นมากขึ้น

2.2 การดำเนินงาน มีกิจกรรม ดังนี้

2.2.1 การสร้างความประทับใจตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินงาน ให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภูมิใจในสิ่งที่ตนเองจะปฏิบัติ เป็นการวางรากฐานความรักในงานที่ทำ คือ “ฉันทะ” ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของการทำงาน

2.2.2 การสร้างบุคคลตัวอย่างให้เป็นที่ประจักษ์ว่า ทำได้และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ทำ และเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจ

2.2.3 การติดตาม ดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทุ่มเทร่างกาย แรงใจ และทุ่มเทเวลาให้กับการทำงานได้อย่างเต็มที่ ประกอบด้วยการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงาน เช่น คน เงิน สิ่งของ เทคโนโลยี และสิ่งอำนวยความสะดวก ฯลฯ อย่างถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลา ถูกสถานที่ ถูกคน และก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงาน การดูแลให้ขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ให้รู้สึกอบอุ่นใจ มั่นคง และปลอดภัย และการช่วยเหลือและช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทุ่มเทความรู้ความสามารถให้กับการทำงานได้อย่างเต็มที่

2.2.4 การควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ด้วยความระมัดระวังและไม่ประมาทในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ เน้นการป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดและการแก้ไขความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง มีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ขณะดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้นและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้จัดทำเป็นรายงานส่งให้ผู้บริหารรับทราบทันทีทุกครั้ง รวมทั้งการสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากแผนงานที่กำหนดไว้ให้

2.2.5 การบันทึกข้อมูลของสิ่ง/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไว้เป็นระยะ ๆ ขณะดำเนินงาน เช่น ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยบรรยายลักษณะและอิทธิพลต่อการดำเนินงานให้ครบถ้วน ชัดเจน และการแก้ปัญหาที่ได้ทำไปและผลการแก้ปัญหาทั้งผลทางบวกและผลทางลบ เป็นต้น

2.3 การติดตาม ดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อผลสำเร็จของการดำเนินงาน และเป็นศิลปะชั้นยอดอย่างหนึ่งของผู้บริหาร เพราะถ้าใช้อย่างเหมาะสมแล้ว จะเกิดผลให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างกระตือรือร้น สนุกสนาน รวดเร็ว และสร้างสรรค์ โดยการติดตาม ดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานต้องมีหลักการและการจงใจในการดำเนินการ ดังนี้

2.3.1 หลักการติดตาม ดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน มีดังนี้

- 1) ใช้งานและผู้ปฏิบัติงานเป็นศูนย์กลาง
- 2) ให้เกียรติผู้ปฏิบัติงาน รับฟัง ยอมรับแนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่สร้างสรรค์
- 3) ใช้กลยุทธ์เข้มงวดและผ่อนปรนในเวลาเดียวกัน โดยเข้มงวดในด้านคุณภาพของผลงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การสื่อสาร การทดลองปฏิบัติให้เห็นจริง การคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ และวัน/เวลา ที่เป็นเป้าหมายหลัก (milestone) แต่ผ่อนปรนในด้านความมีอิสระในการทำงาน การจัดทีมงาน การประเมินผล อย่างไม่เป็นทางการ
- 4) ใช้การบริหารด้วยการเดินตรวจตรา (management by walking around) บ่อย ๆ ในระยะแรก และห่างขึ้นในระยะหลัง ๆ
- 5) ให้รายงานผลการดำเนินงานอย่างเปิดเผย แต่สร้างสรรค์
- 6) ไม่ประมาท
- 7) ไม่รับงานกลับมาทำเอง ให้หัวหน้างานและทีมงานผู้รับผิดชอบดำเนินการหรือแก้ปัญหา ด้วยตัวของเขาเอง

2.3.2 การจงใจ เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งอีกประการหนึ่งของผู้บริหาร ที่จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูง ที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานทุ่มเทความรู้ความสามารถทั้งมวลอย่างสุดชีวิตให้กับการทำงาน เอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด และมุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ด้วยตัวของเขาเอง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะเกิดขึ้นได้ด้วย “การจงใจ” ที่ดี โดยการจงใจมีหลักการที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- 1) บุคคลทุกคนสามารถจงใจได้
- 2) ระดับแรงจูงใจของแต่ละบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- 3) แรงจูงใจที่มีพลังมาก คือ แรงจูงใจเพื่อตอบสนอง “ความต้องการ” ของบุคคลนั้น
- 4) ความรักและความศรัทธาในบุคคล/องค์กรเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งต่อการจงใจที่สร้างสรรค์

และยั่งยืน

5) ความกลัว ความโกรธ ความเกียจคร้าน และความริษยาอาฆาตเป็นแรงจูงใจที่มีพลังมหาศาล แต่ต้องควบคุมให้ดำเนินไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ เพื่อมิให้มีผลในการทำลายล้าง

6) การจูงใจเป็นกระบวนการที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมและการกระทำของบุคคล โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมและปัจจัยขวางด้วย

7) ผลของการกระทำจะนำไปสู่แรงจูงใจที่จะกระทำต่อไป

2.3.3 การควบคุม ให้ปฏิบัติตามระบบ เป็นกระบวนการในการควบคุมดูแลให้กิจกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของงานหนึ่งงานใดที่เกิดความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไป ได้รับการแก้ไขให้กลับมาสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพสูง และเกิดผลเสียน้อยที่สุด โดยมีหลักการและวิธีการในการควบคุมให้ปฏิบัติตามระบบ ดังนี้

1) หลักการควบคุม ให้ปฏิบัติตามระบบ มีดังนี้

ก. มีการกำหนดช่วงของความปกติของการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจนและแน่นอน

ข. มีการติดตามการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถแสดงผลที่ผิดปกติได้ทันที

ค. มีระบบงานและวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดปกติที่ชัดเจน ง่าย สะดวก และมีประสิทธิภาพสูง

ง. มีการดำเนินงานตามระบบการควบคุมที่ได้วางไว้ทันทีที่เกิดความผิดปกติอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพสูง และเหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้น ๆ

จ. การสร้างสรรค์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือ ร่วมใจกัน สม่ัครสมานสามัคคีกัน

ฉ. การส่งเสริมการพัฒนา โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การพัฒนาตนเองของผู้บริหารระดับต้น จนถึงผู้บริหารสูงสุดนำไปสู่การพัฒนาขององค์การที่มั่นคงและยั่งยืน

2) วิธีการของการควบคุมให้ปฏิบัติตามระบบ มีดังนี้

ก. การจัดระบบการติดตามการดำเนินงานให้พร้อมมูลทั้ง 4 ด้าน คือ ตัวระบบงานการติดตามการดำเนินงานที่ให้เป็นเอกสารที่ชัดเจนแน่นอน อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นตามสถานะขององค์การ ผู้ดูแลระบบ และพัฒนาระบบ และผู้ปฏิบัติงาน

ข. ผู้ดูแลระบบดูแลให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้จนติดเป็นนิสัย ที่ปฏิบัติเป็นประจำ

ค. การจัดให้มีการซักซ้อม ทบทวน และฝึกฝนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนสามารถปฏิบัติได้ทันทีที่เกิดความผิดปกติอย่างถูกต้อง คล่องแคล่ว และเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่พบความผิดปกติเป็นคนแรก

ง. ผู้ดูแลระบบทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานควบคุมความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง แล้วรายงานให้ผู้บริหารทราบตามลำดับจนถึงผู้บริหารสูงสุด

จ. ผู้ดูแลระบบดำเนินการพัฒนาระบบการควบคุมการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมการดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติเองและหัวหน้าระดับต้นเป็นเป้าหมายหลัก ให้เขาเหล่านั้นสามารถดำเนินการพัฒนาได้ด้วยตัวของเขาและทีมงานได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

3. การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลมีหลักการและวิธีการ ดังนี้

3.1 หลักการพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล มีดังนี้

3.1.1 การพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล เป็นจุดสำคัญของการแก้ปัญหาและการพัฒนางานของโรงพยาบาล

3.1.2 ต้องจัดทำระบบงานให้เป็นลายลักษณ์อักษร

3.1.3 ควรให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางระบบงานที่เขาจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ต้น เพื่อจะได้ระบบงานที่เหมาะสม ปฏิบัติได้ และลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

3.1.4 ให้มีการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่องด้วยตัวกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเอง

3.2 วิธีการพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาล มีวิธีการดำเนินการตามที่กล่าวไว้แล้วในเรื่องที่ 1.1.3 ข้อ 5

3.3 ตัวอย่างการพัฒนาระบบงานทำบัตรผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาล

3.3.1 การวิเคราะห์ระบบงานเดิมของงานทำบัตรผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาล เช่น ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่ได้จัดทำระบบงานให้เป็นลายลักษณ์อักษร การทำงานจริงนั้นผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนทำไม่เหมือนกัน ผลการดำเนินงานในการทำบัตรเฉลี่ย 6 นาที 30 วินาที มีความถูกต้องและครบถ้วนเพียงร้อยละ 72 ผู้มารับบริการพึงพอใจเพียงร้อยละ 65 ใช้ต้นทุน 8.50 บาท/การทำบัตรใหม่ 1 ใบ และมีผู้ปฏิบัติงาน 1 คนที่ทำงานดี ถือเป็นตัวอย่างเป็นต้น จากกรณีดังกล่าวสามารถปรับปรุงและแก้ไขได้โดยการให้จัดทำระบบงานและวิธีปฏิบัติงานให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ ส่งเสริมพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติงานที่ทำดีนั้นเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม มีเป้าหมายที่จะเพิ่มความถูกต้องและครบถ้วนของการทำบัตรผู้ป่วยใหม่ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้มารับบริการ โดยทั้งนี้ในการจัดทำระบบงานนั้น ต้องให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการวางระบบงานที่เขาจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ต้น เพื่อจะได้ระบบงานที่เหมาะสม ทำได้ และลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

3.3.2 การจัดทำระบบงานให้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยช่วยกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระบบงานทำบัตรผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาล เช่น เพิ่มความถูกต้องและครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และผู้มารับบริการพึงพอใจไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายใน 1 ปี ฯลฯ และจัดผังการไหลเวียนของระบบงานทำบัตรผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาล เป็นต้น

3.3.3 การทดสอบระบบงานโดยนำไปทดลองปฏิบัติ เช่น การทดสอบระบบงานในช่วงบ่าย ๆ ที่มีจำนวนผู้มารับบริการทำบัตรผู้ป่วยใหม่ไม่มาก แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงทดลองปฏิบัติในช่วงเช้าของวันพุธ จนแน่ใจว่าเป็นระบบที่ดี ปฏิบัติได้ มีประสิทธิผลสูง และมีประสิทธิภาพดี เป็นต้น

3.3.4 การประกาศใช้ระบบงานอย่างเป็นทางการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.3.5 การติดตาม ส่งเสริม และสนับสนุนการดำเนินงานตามระบบที่ประกาศใช้ และช่วยแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก ๆ จนทุกคนที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องด้วยความเต็มใจและสุขใจ

3.3.6 การให้มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบทุกวันสุดท้ายของสัปดาห์ เวลา 15.30-15.45 น. และส่งรายงานการประชุมให้หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก แล้วส่งต่อมาจนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกครั้ง เป็นต้น

ภาคผนวก

เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุน

ระเบียบปฏิบัติ

(Standard Procedure)

เรื่อง

การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน

เอกสารเลขที่ SP- PHA-07

แก้ไขครั้งที่ 00

วันที่บังคับใช้ 16 ก.ค. 2559

อนุมัติโดย

.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน

สถานะเอกสาร.....
ต้นฉบับ ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 1/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุน	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

สารบัญ

- 1.0 วัตถุประสงค์
- 2.0 ขอบเขต
- 3.0 ความรับผิดชอบ
- 4.0 ระเบียบปฏิบัติ

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 2/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการทางรังสีวิทยา ของโรงพยาบาลจุฬ

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ครอบคลุมการจัดการระบบงานประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจุฬ

3. ความรับผิดชอบ

เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยส่งตรวจ มีหน้าที่ เตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ และทำการส่งคำสั่งทางระบบ HosXP โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล, HN และรายการตรวจ ให้ตรงกับรายการคำสั่งใน OPD Card หรือ Chart

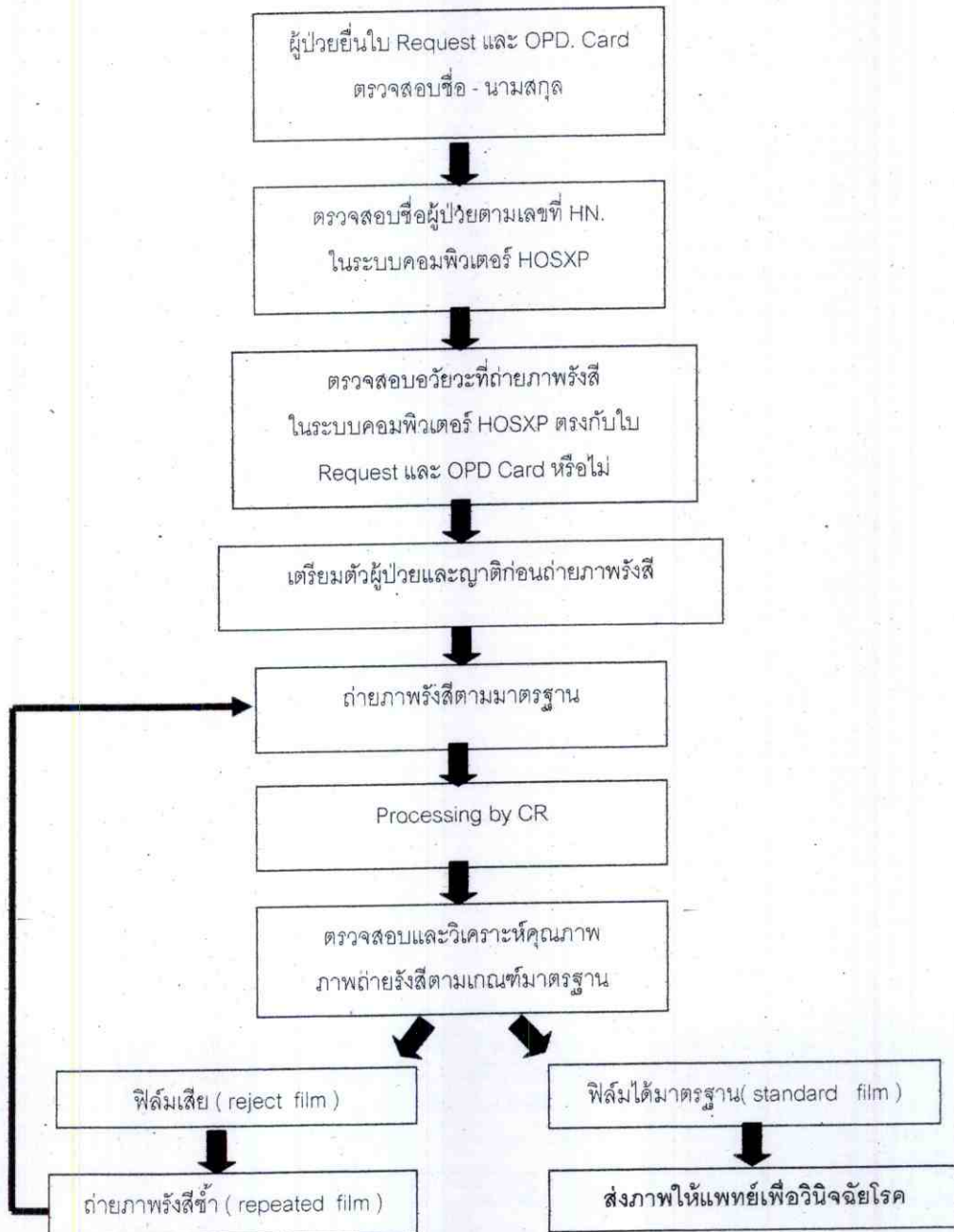
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์/นักรังสีการแพทย์ มีหน้าที่ เตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการทางรังสีวิทยา, รับคำสั่งการเอกซเรย์, ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีให้แก่ผู้รับบริการ และส่งมอบภาพทางรังสีหรือฟิล์มเอกซเรย์ให้แก่ผู้รับบริการ

5. ระเบียบปฏิบัติ

5.1 ขั้นตอนการให้บริการการตรวจวินิจฉัยของงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ

งานรังสีวิทยาได้ให้บริการในการถ่ายภาพทางรังสี เพื่อให้การวินิจฉัยภาพรังสีให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการที่จะได้ภาพรังสีมานั้นมีลำดับขั้นตอนหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การรับใบคำขอเอกซเรย์ การเตรียมเครื่องมือ การปรับตั้งค่าเอ็กซโพเซอร์ ตลอดจนการตรวจสอบคุณภาพฟิล์มก่อนส่งมอบ ในแต่ละขั้นตอนจะมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยหลักและปัจจัยเสริมถ้าไม่มีการควบคุมให้ดีแล้วก็จะทำให้ความผิดพลาดขึ้นได้ซึ่งก็จะปรากฏผลให้เห็นจากภาพทางรังสี ไม่สามารถอ่านแปลผลได้ ต้องมีการเอกซเรย์ผู้ป่วยซ้ำ

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 3/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุน	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา



เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 4/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

5.1.1 การรับใบคำขอเอกซเรย์ / และการตรวจสอบทางระบบคอมพิวเตอร์ (HOSXP)

การรับใบคำขอตรวจเอกซเรย์ (Request for x-ray examination) ต้องตรวจสอบรายละเอียดบนใบคำขอตรวจเอกซเรย์ให้ครบถ้วน หากแพทย์ผู้ส่งตรวจเขียนใบส่งตรวจไม่ชัดเจน อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่นตำแหน่งที่ต้องการส่งตรวจหรือด้านที่ตรวจหรืออวัยวะที่ต้องการตรวจ หรือผู้ป่วยถือใบคำขอมาตรวจผิดคน ดังนั้นจะต้องพิจารณาให้รอบคอบก่อนจะตัดสินใจถ่ายภาพรังสี ถ้าไม่ทำการตรวจสอบให้ชัดเจนก่อนจะเป็นผลให้ต้องเอกซเรย์ผู้ป่วยซ้ำโดยไม่จำเป็นและที่สำคัญคือผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น และเสียเวลารอคอยผลภาพรังสี

วิธีการตรวจสอบให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับบุคลากร และผู้ป่วย เพื่อให้บริการถ่ายภาพทางรังสีที่ดีชัดเจน ถูกต้อง ลดการเอกซเรย์ซ้ำได้ และทันเวลาอันเหมาะสมภายใต้เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ แต่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากร นักรังสีเทคนิค เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และความร่วมมือจากผู้ป่วยร่วมด้วย

กระบวนการดำเนินงานแบ่งได้ 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนก่อนการบริการ
2. ขั้นตอนเริ่มรับบริการและรับบริการ
3. ขั้นตอนหลังบริการ
4. ขั้นตอนก่อนเลิกงาน
5. ขั้นตอนหลังเลิกงาน

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 5/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำนวยกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

ขั้นตอนก่อนการบริการ

กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
เตรียมก่อนบริการ	1.ดูแลสภาพทั่วไป เตรียมตรวจเช็คควอร์มการทำงานเครื่องมือให้อยู่สภาพปกติ	1. แก๊ส ปรับปรุงบันทึก เก็บข้อมูล หากเครื่องมือผิดปกติหรือใช้ไม่ได้

ขั้นตอนเริ่มรับบริการและรับบริการ

กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
เริ่มและรับบริการ	1.ไม่ตรวจผู้ป่วยผิดส่วน/ผิดคน 2.ลดผู้ป่วยเคลื่อนไหว / หายใจเข้าไม่เต็มที่ 3.มีรอยแปดปลอมจากเครื่องประดับ ปรากฏบนภาพและบังภาพที่ตรวจ 4.ลดอุบัติเหตุความเสี่ยงงานรังสีวิทยา 5.กำหนดค่าปริมาณรังสีที่ถูกต้อง	1.ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยและส่วนที่ตรวจ ตรงตามใบคำร้องขอเอกซเรย์ 2.อธิบายขั้นตอน วิธีการบริการแก่ ผู้ป่วยแนะนำบริการควรทำให้ดูและ ลองให้ผู้ป่วยทำ 3.ตรวจสอบ Marker และติดให้ ถูกต้อง 4.สังเกตอาการและตรวจดูสารน้ำ(ถ้า มี) ต่างๆ ให้อยู่ในสภาพปกติ 5.ตั้งค่ากำหนดปริมาณรังสีให้ถูกต้อง

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 6/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้ 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อัมพณกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

ขั้นตอนหลังบริการ		
กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
ภายหลังบริการ	1.ความเข้าใจ พึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2.ความถูกต้อง ชัดเจนของเวชเขียน 3.ความถูกต้อง ของการรับ-ส่งผลภาพถูกชื่อ ถูกคน ถูกวัน ถูกเวลาที่ตรวจ	1.แนะนำ ชี้แนะผู้ป่วยทุกครั้ง ภายหลังเอกซเรย์เสร็จ เช่น ให้หายใจได้เอกซเรย์เสร็จแล้ว , เปลี่ยนเสื้อผ้าได้, สำนวณของมีค่า ก่อนออกจากห้อง เป็นต้น 2.ตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง ก่อนส่งมอบภาพให้แพทย์

ขั้นตอนก่อนเลิกงาน		
กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
ก่อนเลิกงาน	1.เพื่อความสะอาดในการใช้สอย 2.เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการพึงพอใจ	1.เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเข้าที่ 2.เก็บข้อมูล รายงานเอกสารให้ครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อมโยง

ขั้นตอนหลังเลิกงาน		
เตรียมหลังเลิกงาน	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
เตรียมหลังเลิกงาน	1.เพื่อความปลอดภัย ความพร้อมในระบบบริการเช่นไฟรั่ว น้ำท่วม อุปกรณ์ชำรุด เป็นต้น 2. เพื่อให้อุปกรณ์มีมาตรฐาน ถูกต้อง พร้อมใช้งานตลอดเวลา	1.เตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม เพื่อใช้ในวันถัดไป 2.ตรวจเช็คเครื่องมืออุปกรณ์ตามแนวทาง/คู่มือการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 7/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำนภกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

5.1.2 ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยตามเลขที่ HN. ในระบบคอมพิวเตอร์ HOSXP

ตรวจสอบชื่อและนามสกุลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ในระบบ HOSXP ที่แต่ละแผนกส่งรายชื่อผู้ป่วยมาทางรังสีให้ตรงกับ OPD.Card นอกจากตรวจสอบชื่อ นามสกุลแล้วยังต้องตรวจสอบที่อยู่ บ้านเลขที่ ฯลฯ เพราะว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีชื่อและนามสกุลเหมือนกัน เพื่อป้องกันเอกซเรย์ผิดคน

5.1.3 ตรวจสอบอวัยวะที่ถ่ายภาพรังสีในระบบคอมพิวเตอร์ HOSXP

เพื่อป้องกันการถ่ายภาพทางรังสีผิดพลาดต้องตรวจสอบอวัยวะที่ส่งตรวจให้แน่ชัด โดยตรวจสอบในระบบคอมพิวเตอร์และตรวจสอบใน OPD.Card ให้ตรงกัน และต้องตรวจสอบอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยให้ตรงกับอวัยวะข้างที่ส่งตรวจ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไม่น้อยที่แพทย์ส่งตรวจผิดข้าง และตรวจสอบย้อนกลับโดยนักรังสีการแพทย์ เนื่องจากการทำงานที่รีบเร่งของแพทย์ หากพบว่าน่าจะผิดอวัยวะและผิดข้าง นักรังสีการแพทย์ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

5.1.4 เตรียมตัวผู้ป่วยและญาติก่อนถ่ายภาพรังสี

การเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติก่อนถ่ายภาพรังสีมีความสำคัญมากเพื่อ

- 4.1 เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการตรวจทางรังสีถูกต้อง เช่น ไม่ขยับเวลาเอกซเรย์ลดภาพไหว, ให้สูดหายใจเข้า เต็มที่เวลาเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อเห็นเงาปอดและหัวใจชัดเจน
- 4.2 เพื่อให้ได้ภาพถ่ายรังสีถูกต้องทำตามที่จัดทำแต่ละท่าของภาพถ่ายรังสี
- 4.3 เพื่อให้ภาพรังสีคมชัด ไม่ไหวเบลอ
- 4.4 เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล
- 4.5 เพื่อให้ไม่ไหม้สิ่งแปลกปลอมในตัวผู้ป่วยและภาพถ่ายรังสี
- 4.6 เพื่อให้ญาติช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเอกซเรย์ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 4.7 เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย ว่าการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

5.1.5 ถ่ายภาพรังสีตามมาตรฐาน

ปฏิบัติการถ่ายภาพรังสีตามมาตรฐานวิชาชีพ

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้บริการทางรังสีวิทยา	รหัส : SP - XRA - 01 แผ่นที่ : 8/8 แก้ไขครั้งที่ : 00 วันที่บังคับใช้: 27 ม.ค. 2559
หน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางวิภารัตน์ จันทรา ผู้ตรวจสอบ: นายสันติพงษ์ อำพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาณู ปริญา

6.ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

6.1 ระเบียบปฏิบัติ

6.2 วิธีปฏิบัติ.

- WI-XRA-01-01 กระบวนการให้บริการทางรังสีวิทยา
- WI-XRA-01-02 การบันทึกภาพทางรังสีลงบนแผ่น CD
- WI-XRA-01-03 การควบคุมคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์
- WI-XRA-01-04 การควบคุมคุณภาพของเครื่อง CR (Computed Radiography)
- WI-XRA-01-05 การป้องกันอันตรายจากรังสี
- WI-XRA-01-06 แนวทางการสื่อสารกับสหวิชาชีพตามหลัก SBAR เทคนิค

เลขที่สำเนา.....

เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุน

ประเภทเอกสาร วิธีปฏิบัติ

เรื่อง

การรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ ที่ห้องคลอด

เอกสารเลขที่ WI - OBS - 01 - 01

แก้ไขครั้งที่ 01

วันที่บังคับใช้..... 23 พย 2558

อนุมัติโดย

หัวหน้าฝ่าย

สถานะเอกสาร..... **ต้นฉบับ ควบคุม**

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ การรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ ที่ห้องคลอด	รหัส : WI - OBS - 01 - 01 แผ่นที่ : 1/3 แก้ไขครั้งที่ : ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 23 พย 2558
งานห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางอัญชลี ศรีอัญชลีกร ผู้ตรวจสอบ:นางกนกนาก พรหมวิชัย	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในการรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ที่ห้องคลอด

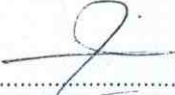
ขอบเขต

ครอบคลุมถึงหญิงตั้งครรภ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีมดลูกหดรัดตัว หรือเจ็บครรภ์
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 mm.Hg.
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือด หรือมีน้ำคร่ำ ออกทางช่องคลอด
5. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ก้นกระแทกพื้น ซึ่งอาจมีผลต่อทารกในครรภ์

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เมื่อผ่านจุดคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลมาแล้วให้หญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องคลอด

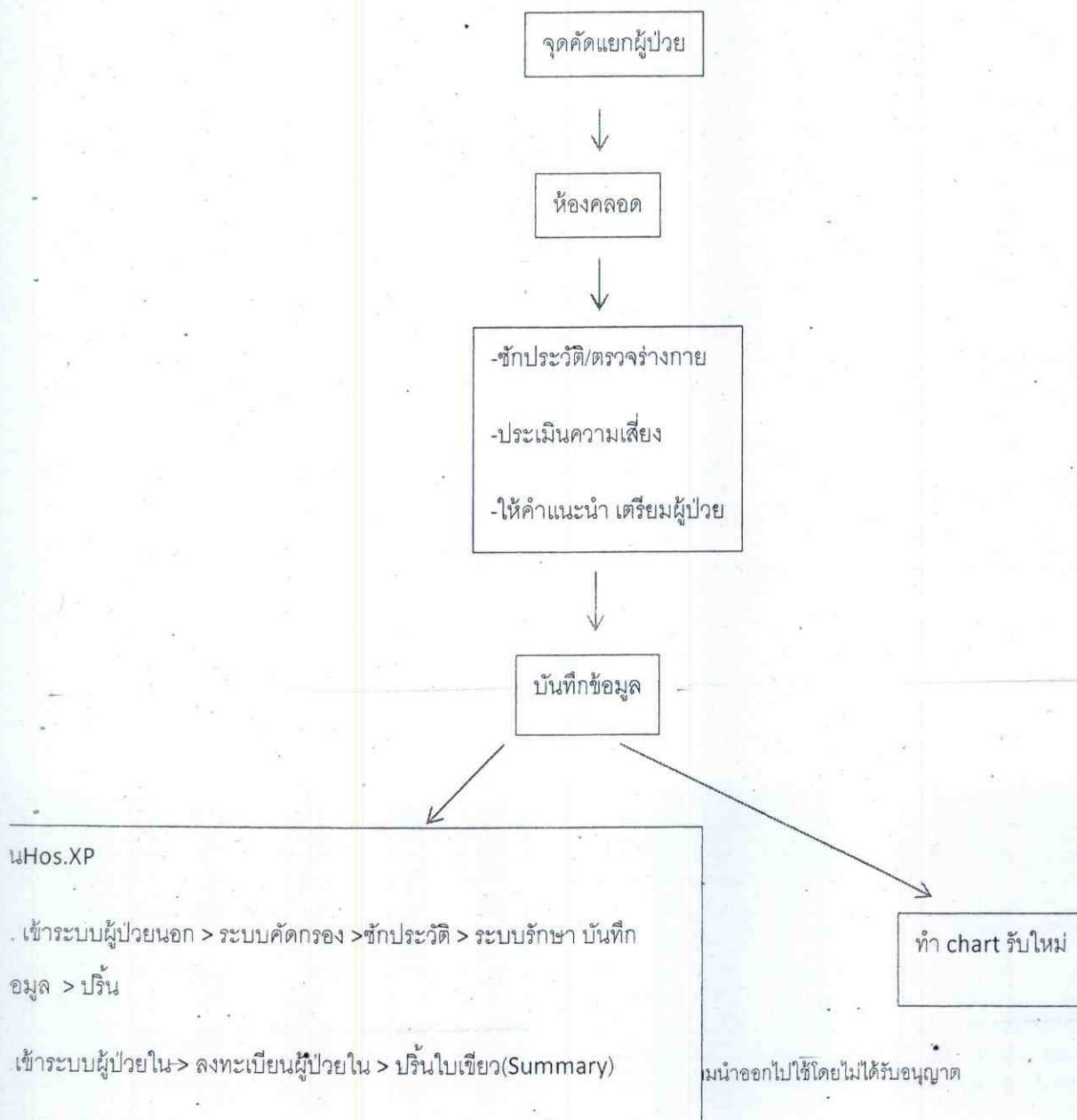
	ระเบียบปฏิบัติ การรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ ที่ห้องคลอด	รหัส : WI - OBS - 01 - 01 แผ่นที่ : 2/3 แก้ไขครั้งที่ : ฉบับที่ : วันที่บังคับใช้: 23 ม.ย. 2558
งานห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางอัญชลี ศรีอัญชลีกร ผู้ตรวจสอบ: นางกนกนาถ พรหมวิชัย	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เมื่อผ่านจุดคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลมาแล้วให้หญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องคลอด
- 2.พยาบาลซักประวัติ (จากการสอบถาม และเอกสารการฝากครรภ์ถ้ามี) ตรวจร่างกาย
- 3.ประเมินความเสี่ยง ถ้าพบรายงานแพทย์
- 4.บันทึกข้อมูลใน โปรแกรม Hos-XP และทำเอกสารประวัติรับใหม่
- 5.โทรประสานโรงอาหารเพื่อจัดเตรียมอาหารถ้ายังไม่ NPO

	ระเบียบปฏิบัติ การรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ ที่ห้องคลอด	รหัส : WI - OBS - 01 - 01 แผ่นที่ : 3/3 แก้ไขครั้งที่ : ฉบับที่ : วันที่บังคับใช้: 23 พย. 2558
งานห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางอัญชลี ศรีอัญชลีกร ผู้ตรวจสอบ: นางกนกนาถ พรหมวิชัย	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไชยเดชา 

Flow การรับ Admit



เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุฬ

ประเภทเอกสาร วิธีปฏิบัติ

เรื่อง

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารเลขที่ WI - OPD - 02 - 02

แก้ไขครั้งที่ 02

วันที่บังคับใช้..... 9 มิ.ย. 2559

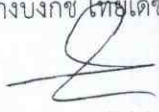
อนุมัติโดย



หัวหน้าฝ่าย

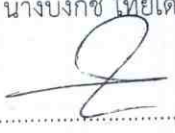
ต้นฉบับ ควบคุม

สถานะเอกสาร.....

	วิธีปฏิบัติ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัส : WI- OPD- 02- 02 แผ่นที่ : 1/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 9 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางเจิดฉาย สุวรรณศักดิ์ ผู้ตรวจสอบ: นางรวงทอง คุณารูป	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

สารบัญ

- 1.0 วัตถุประสงค์
- 2.0 ขอบเขต
- 3.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ

	วิธีปฏิบัติ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัส : WI- OPD- 02- 02 แผ่นที่ : 2/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: ๕ ๙ มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางเจิดฉาย สุวรรณศักดิ์ ผู้ตรวจสอบ: นางรวงทอง คุณารูป	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

1.วัตถุประสงค์

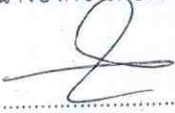
เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองเบื้องต้นก่อนเข้าพบแพทย์ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

2.ขอบเขต

เริ่มตั้งแต่การซักประวัติ คัดกรองเบื้องต้น จนถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนพบแพทย์

3.ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนพบแพทย์ ให้ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้
 - 1.1 การส่งตรวจปัสสาวะ (U/A) ส่งตรวจไปตามที่แพทย์สั่ง หรือให้ส่งก่อนพบแพทย์ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการปัสสาวะแสบขัด , ปัสสาวะกระปริดกระปรอย หรือในกรณีที่แพทย์นัดมาตรวจปัสสาวะก่อนพบแพทย์
 - 1.2 การส่งตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ (UPT) ถ้าเป็นความต้องการของผู้รับบริการให้คำแนะนำชำระค่าตรวจเอง ยกเว้นการตรวจเพื่อประกอบวินิจฉัยหรือตามแพทย์สั่งจึงใช้ตามสิทธิบัตร
 - 1.3 การส่งตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct.) ให้ตรวจได้ในกรณีที่ เป็นโรคเลือดจาง หรือมีอาการซีดหรือตรวจตามแพทย์สั่ง
 - 1.4 การส่งตรวจเพื่อหาหมู่เลือดและตรวจเลือดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ส่งตรวจตามแพทย์สั่ง หรือแนะนำให้ชำระเงินในกรณีอยากทราบผล
 - 1.5 การส่งตรวจเลือดอื่นๆ ให้ส่งตรวจตามแพทย์สั่งเท่านั้น

	วิธีปฏิบัติ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัส : WI- OPD- 02- 02 แผ่นที่ : 3/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: ๒๑ มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางเจิดฉาย สุวรรณศักดิ์ ผู้ตรวจสอบ: นางรวงทอง คุณารูป	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

- 1.6 การส่งตรวจเอ็กซเรย์ ให้ส่งตรวจในกรณีแพทย์สั่งไว้ล่วงหน้า หรือแพทย์ได้ตรวจดูอาการเบื้องต้นแล้ว เห็นสมควรให้ส่งเอ็กซเรย์เพื่อประกอบการวินิจฉัย , และในกรณีที่มีคำสั่งแพทย์มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่นเพื่อไปตามนัดให้สามารถส่งตรวจได้
- 1.7 ส่งตรวจตามความต้องการของผู้รับบริการ และแนะนำให้ชำระค่าบริการเองตามที่ตรวจจริง ตามระเบียบค่าบริการตรวจของโรงพยาบาลจุฬ
- 1.8 การส่งตรวจเลือดเพื่อคัดกรองค้นหาภาวะเสี่ยง รวมถึงการ work up เพื่อนำผลไปสถานบริการอื่น เพื่อรักษาต่อให้ตรวจได้เลย และหากพบความผิดปกติให้พบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษา ก่อน

เอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลจุน

ระเบียบปฏิบัติ
(Standard Procedure)

เรื่อง
การพยาบาลผู้ป่วยใน

เอกสารเลขที่ SP- IPD-02

แก้ไขครั้งที่ 01

วันที่บังคับใช้ 8 มิ.ย. 2559

อนุมัติโดย

.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน

.....
สถานะเอกสาร.....
ต้นฉบับ ควบคุม

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผ่นที่ : 1/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิตสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา 

สารบัญ

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต
3. นโยบาย
4. ความรับผิดชอบ
5. คำนิยาม
6. ขั้นตอนการปฏิบัติ
7. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
8. เครื่องชี้วัด

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผ่นที่ : 2/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

1. วัตถุประสงค์

1.1 ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยใน ให้มีคุณภาพสอดคล้องกับนโยบาย

2. ขอบเขต

2.1 เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลในหอผู้ป่วยใน ต่อเนื่องจากระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรับผู้ป่วยในใหม่ (SP-IPD-01)

3. นโยบาย

3.1 ขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน : ผู้รับบริการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พึงพอใจ ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. ความรับผิดชอบ

4.1 แพทย์ ตรวจประเมินอาการและสั่งการรักษาผู้ป่วยใน

4.2 หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานให้เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติ

4.3 พยาบาลหัวหน้าเวร ดูแลการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลในแต่ละเวรและปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน

4.4 ทีมการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพดูแลให้การพยาบาลและปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร

4.5 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำความสะอาดอุปกรณ์การแพทย์ และปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร/ทีมการพยาบาล

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard. Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP – IPD – 02 แผ่นที่ : 3/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 ธ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา 

4.6 พนักงานเปล ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้รับบริการ และปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร/ทีมการพยาบาล

4.7 พนักงานทำความสะอาด ทำความสะอาดห้องพัก อาคาร สถานที่ภายในหอผู้ป่วยใน และปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร/ทีมการพยาบาล

5. คำนิยาม

5.1 ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นไว้รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน

5.2 เตียงผู้ป่วยหนัก ได้แก่ เตียงที่อยู่ใกล้ห้องปฏิบัติงานของทีมพยาบาล คือเตียง 7,8,13,14,17,18,23,24

5.3 ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉิน หมายถึง

5.3.1 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น กระสับกระส่าย อาเจียน อาเจียน หายใจลำบาก ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นลมหมดสติ ชักเกร็ง

5.3.2 สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่

- อุณหภูมิของร่างกาย ผู้ใหญ่/เด็ก $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- อุณหภูมิของร่างกายทารกแรกเกิด $\leq 36^{\circ}\text{C}$ หรือ $\geq 37^{\circ}\text{C}$
- ชีพจร ทารกแรกเกิด > 120 ครั้ง/นาที
- ชีพจร เด็กอายุ 1-4 ปี > 110 ครั้ง/นาที
- ชีพจร เด็กอายุ 5-9 ปี > 95 ครั้ง/นาที
- ชีพจร เด็กอายุ 10 ปี > 85 ครั้ง/นาที
- ชีพจร ผู้ใหญ่ > 100 ครั้ง/นาที หรือ < 60 ครั้ง/นาที
- อัตราการหายใจ ทารกแรกเกิด- 2 ปี > 50 ครั้ง/นาที
- อัตราการหายใจ เด็กอายุ > 2 ปี > 35 ครั้ง/นาที
- อัตราการหายใจ ผู้ใหญ่ > 24 ครั้ง/นาที

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP – IPD – 02 แผ่นที่ : 4/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

- ความดันโลหิต ผู้ใหญ่ $\geq 170/110$ mm.Hg หรือ $< 90/60$ mm.Hg

- ความดันโลหิต เด็กโต $\geq 140/100$ mm.Hg หรือ $< 80/50$ mm.Hg

5.3.3 อาการทางระบบประสาท

- GCS < 10 คะแนนตามใบบันทึกอาการทางระบบประสาท(F-IPD-015)

- Pupil 2 ข้างไม่เท่ากันหรือ > 3 มิลลิเมตร หรือ < 1.5 มิลลิเมตร

- แขนขาอ่อนแรง

5.4 ผู้ป่วยอาการหนัก หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการพยาบาล

5.5 หัตถการ หมายถึง การปฏิบัติการด้านการรักษาโดยใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยแพทย์หรือทีมการพยาบาล

5.6 การตรวจพิเศษ หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น Ultrasound

5.7 แฟ้มประวัติผู้ป่วยใน หมายถึง แฟ้มที่รวมบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน ตามที่ระบุไว้ในตัวอย่างการทำ Chart รับใหม่ (R-IPD- 001)

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

6.1 การเตรียมความพร้อมก่อนแพทย์ตรวจเยี่ยม ผู้ช่วยเหลือคนไข้และทีมการพยาบาลเวรตึก ตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อยของแฟ้มประวัติผู้ป่วยในแยกสีของ Chart ตามแพทย์เจ้าของไข้ให้ตรงกับผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวรเข้าหลังรับเวรเสร็จ ทวนสอบอีกครั้งก่อนแพทย์มาตรวจเยี่ยม

6.2 ทีมการพยาบาลรับคำสั่งแพทย์ตามวิธีปฏิบัติงาน “การรับคำสั่งแพทย์” (WI-IPD-02-01) บันทึกแบบฟอร์มในแฟ้มประวัติผู้ป่วยในและแบบฟอร์มต่างๆที่เกี่ยวข้องตาม “ตัวอย่าง CHART รับใหม่” (R-IPD-001)

6.3 ทีมการพยาบาลเบิกอาหารผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยบันทึกในใบรายการอาหารผู้ป่วยใน(F-IPD-012) พร้อมแนบสำเนาส่งโรงครัวทุกวันหลังแพทย์ตรวจเยี่ยม เพื่อรวบรวมยอดอาหาร

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP. – IPD - 02 แผ่นที่ : 5/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

ตามจำนวนผู้ป่วยและทวนสอบอาหาร ผู้ป่วยตามมื้ออาหาร กรณีมีปัญหา/การเปลี่ยนแปลงรายการอาหาร
ประสานกับเจ้าหน้าที่บริการอาหารทันที

6.4 พยาบาลหัวหน้าเวร ตรวจสอบและประเมินสภาพผู้ป่วยทุกรายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จัดให้มี
การสาธิตและให้คำแนะนำการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ ตามคู่มือ “มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย
ใน” (R-IPD-002) พร้อมทั้งลงบันทึกใน NURSE'S NOTE (F-IPD-006) และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

6.5 ทีมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ และทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลตามคู่มือ “การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(R-ICH-001) และควบคุมดูแลการวัด
สัญญาณชีพ กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพเป็นระยะตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือผู้ป่วยมีอาการ
เปลี่ยนแปลงหรือกรณีที่ทีมการพยาบาลเห็นสมควรในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินทีมการพยาบาลเป็นผู้
วัดและบันทึกใน RECORD V/S (F-IPD-017) และรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที

6.6 กรณีผู้ป่วยหลังคลอด และทารกแรกเกิด ที่รับย้ายจากห้องคลอด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามการ
รับย้ายผู้ป่วยจากห้องหลังคลอด (WI-IPD-01-05)

6.7 แพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยในตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง “การควบคุมคุณภาพและการรักษาทาง
การแพทย์” (SP-MED-01)

6.7.1 กรณีแพทย์สั่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทีมการพยาบาลปฏิบัติตาม คู่มือการใช้เครื่องตรวจ
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (R-MED-002)

6.7.2 กรณีแพทย์สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือให้เลือดผู้ป่วย ทีมการพยาบาลอธิบายให้
ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบ เขียนใบนำส่งตรวจตามประเภทส่งตรวจและลงบันทึกในทะเบียนส่งและรับผล
การตรวจทางห้องชันสูตร

6.7.3 กรณีแพทย์สั่งถ่ายภาพรังสี ทีมการพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบ
ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยในกับผู้ป่วย

6.7.4 กรณีแพทย์สั่งตรวจพิเศษ ทีมการพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบและโทร

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผ่นที่ : 6/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทราบ

6.7.5 กรณีแพทย์สั่งทำกายภาพบำบัด ทีมการพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบ
โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องแพทย์แผนไทย

6.7.6 กรณีแพทย์สั่งทำการผ่าตัด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการรับแจ้งนัก
ผ่าตัดและการจัดลำดับการผ่าตัด (WI-OPR-01-04)

6.7.7 กรณีแพทย์ให้ปรึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน ผ่านทันตกรรม ศูนย์สุขใจ แผนกฉุกเฉิน ห้อง
คลอด แผนกผู้ป่วยนอก ทีมการพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานนั้น พร้อมระบุรายละเอียด ตามใบสั่งการ
รักษาของแพทย์

6.7.8 กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจรักษาพยาบาลบางประการ ในแผนการรักษาของแพทย์ ทีม
การพยาบาลอธิบายความจำเป็นในการรักษาพยาบาล หากผู้ป่วยหรือญาติยืนยันความประสงค์เดิม ทีมการ
พยาบาลรายงานแพทย์เจ้าของผู้ป่วย หรือแพทย์เวรทราบ และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน “การรับคำสั่งแพทย์”
(WI-IPD-02-01) พร้อมลงบันทึกในใบบันทึกทางการแพทย์

6.7.9 ภายหลังในการรักษาพยาบาล

6.7.9.1 กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือถูกญาติทอดทิ้ง หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีม
การพยาบาลปฏิบัติดังนี้

- กรณีเร่งด่วน ได้แก่ผู้ป่วยอาการหนัก/ ไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องรักษา
โดยการผ่าตัดด่วน / ต้องส่งไปรับการรักษาต่อสถานบริการอื่น ทีมการพยาบาลรายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้างาน
แจ้งแพทย์เจ้าของผู้ป่วย/แพทย์เวรในเวลาทำงาน/นอกเวลาราชการ ประสานงานที่ปฏิบัติงานในเวรประจำวัน
เพื่อดำเนินติดต่อญาติ ถ้าหากไม่มีที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ในติดต่อทางโทรศัพท์ หรือวิทยุเครือข่าย ผ่าน
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน/ผู้ใหญ่บ้าน/องค์กรท้องถิ่น

- กรณีไม่เร่งด่วน ได้แก่ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3
วัน ทีมการพยาบาลสอบถามผู้ป่วยแล้วพบว่าไม่มีญาติ หรือถูกญาติทอดทิ้ง ทีมการพยาบาลสอบถามข้อมูลที่อยู่
ของญาติหรือสถานที่ ที่สามารถติดต่อได้ รายงานหัวหน้างาน กรณีที่ไม่สามารถติดต่อญาติได้ หัวหน้าฝ่าย

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP – IPD – 02 แผ่นที่ : 7/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย.-2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนธิ ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

บริหารงานทั่วไปแจ้งสถานีดำรง และประชาสัมพันธ์ทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

6.7.9.2 กรณีผู้ป่วยอาการดีขึ้น

- ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายกลับบ้าน ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน “การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน” (WI-IPD-03-01)

- กรณีผู้ป่วยหนีกลับบ้าน ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน “การจำหน่ายผู้ป่วยหนีกลับบ้าน” (WI-IPD-03-03)

6.8 ทีมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวรให้เวรต่อไป และบันทึกทางการพยาบาลในเวร

7. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

7.1 ระเบียบปฏิบัติ

7.1.1	SP-PCU-01	งานเวชปฏิบัติ
7.1.2	SP-PCU-04	การบริการงานแพทย์แผนไทย
7.1.3	SP-IPD-03	การจำหน่ายผู้ป่วย
7.1.4	SP-PHA-02	งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน
7.1.5	SP-OBS-04	การบริการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง
7.1.6	SP-OPR-01	การดูแลผู้ป่วยในตึกผ่าตัด
7.1.7	SP-LAB-01	การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7.1.8	SP-PLN-03	งาน พ.ร.บ.
7.1.9	SP-EMR-02	การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
7.1.10	SP-DCC-01	การให้บริการผู้ป่วย DAY CARE CENTER
7.1.11	SP-PCU-02	งานสุขาภิบาล
7.1.12	SP-DEN-01	งานบริการทันตกรรม

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผ่นที่ : 8/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 8 มี.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

ชั่วโมง	7.1.13	SP-OBS-01	การบริการหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด
	7.1.14	SP-OBS-02	การบริการหญิงหลังคลอดและทารกภายหลัง 2
	7.1.15	SP-XRY-01	การให้บริการถ่ายภาพรังสี
7.2 วิธีปฏิบัติงาน			
	7.2.1	WI-PCU-01-03	การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
	7.2.2	WI-PCU-01-04	การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
	7.2.3	WI-PCU-02-01	การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ
	7.2.4	WI-PCU-02-05	การงานระบาดวิทยา
	7.2.5	WI-PCU-04-01	การบริการนัด ออ ประคบสมุนไพร
	7.2.6	WI-PCU-04-02	งานกายภาพบำบัดเบื้องต้น
	7.2.7	WI-PCU-02-01	การรับคำสั่งแพทย์
	7.2.8	WI-PCU-02-02	การบริการพ่นยา
	7.2.9	WI-PCU-02-03	การบริการจัดและแจกยา
	7.2.10	WI-PCU-02-05	การบริการให้ออกซิเจน
	7.2.11	WI-PHA-02-01	การรับ order แพทย์
	7.2.12	WI-PHA-02-02	การจ่ายยาผู้ป่วยใน
	7.2.13	WI-DEN-01-05	การนัดผู้รับบริการทางทันตกรรม
	7.2.14	WI-DEN-01-06	การให้ทันตสุขศึกษา
	7.2.15	WI-OBS-01-09	การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตกเลือดหลังคลอด
	7.2.16	WI-OBS-02-01	การให้สุขศึกษาหญิงหลังคลอด
	7.2.17	WI-OBS-02-04	การเตรียมก่อนเข้าห้องผ่าตัดทำหมัน
	7.2.18	WI-OBS-04-02	การตรวจโรคทั่วไปโดยแพทย์

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผนที่ : 9/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มี.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

7.2.19	WI-OPR-01-04	การรับแจ้งนัดผ่าตัดและการจัดลำดับการผ่าตัด
7.2.20	WI-LAB-01-01	การบริการเจาะเลือด
7.2.21	WI-LAB-01-02	เกณฑ์การรับปฏิเสธส่งตรวจ
7.2.22	WI-XRY-01-02	การบริการยืมฟิล์ม
7.2.23	WI-PLN-04-01	การทำหลักฐานเมื่อผู้ประสพภัยเข้ามาใช้บริการ
7.2.24	WI-EMR-02-02	การช่วยฟื้นคืนชีพ
7.2.25	WI-EMR-02-04	การจัดเก็บทรัพย์สิน
7.2.26	WI-DCC-01-01	การให้บริการปรึกษา

7.3 แบบฟอร์มและเอกสารอ้างอิง

7.3.1	F-IPD-005	ใบบันทึกคำสั่งแพทย์
7.3.2	F-IPD-040	แบบบันทึกการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย (one day)
7.3.3	F-IPD-003	ใบแจ้งการให้ยาทุกชนิด
7.3.4	F-IPD-001	ใบเบิกยาโรงพยาบาลจุฬ
7.3.5	F-IPD-010	แบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
7.3.6	F-IPD-004	ฟอร์มปรอท
7.3.7	F-IPD-007	ใบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7.3.8	F-IPD-006	Nurse' note
7.3.9	F-IPD-041	แบบบันทึกประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วย
7.3.10	F-IPD-042	แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
7.3.11	F-IPD-043	หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา
7.3.12	F-IPD-013	ใบ Record I/O
7.3.13	F-IPD-044	ใบ Record DTX

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP – IPD - 02 แผ่นที่ : 10/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิตสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเคชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

7.3.14	F-IPD-015	KADEX ประวัติ
7.3.15	F-IPD-016	ใบการรักษาสีชมพู
7.3.16	F-IPD-017	ใบ Record V/S
7.3.17	F-IPD-037	ใบส่งยาผู้ป่วยใน
7.3.18	F-IPD-038	ใบบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์
7.3.19	R-IPD-002	คู่มือการใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
7.3.20	F-EMR-001	STANDING ORDER
7.3.21	F-IPD-033	NEUROLOGICAL OBSERVATION SHEET
7.3.22	F-PLN-001	คำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (บต.4)
7.3.23	F-PLN-003	หลักฐานประกอบคำขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น
7.3.24	F-IPD-012	ใบแจ้งยอดรายการอาหารผู้ป่วย
7.3.25	F-PHA-021	บัตรประจำตัวผู้ป่วยแพ้ยา
7.3.26	F-LAB-001	ใบนำส่งตรวจอุจจาระ
7.3.27	F-LAB-002	ใบนำส่งตรวจปัสสาวะ
7.3.28	F-LAB-003	ใบนำส่งตรวจเลือด
7.3.29	F-LAB-004	ใบนำส่งกรวดน้ำเหลือง
7.3.30	F-LAB-005	ใบนำส่งตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก
7.3.31	F-LAB-006	ใบนำส่งตรวจเคมีคลินิก
7.3.32	F-LAB-007	ใบนำส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค
7.3.33	F-LAB-008	ใบขอโลหิต
7.3.34	F-LAB-012	ใบคล้องเลือดสีเหลือง
7.3.35	F-LAB-013	ใบคล้องเลือดสีชมพู
7.3.36	F-LAB-014	ใบคล้องเลือดสีฟ้า

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP – IPD – 02 แผ่นที่ : 11/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิตสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

7.3.38

F-LAB-015

ใบคล้องเลือดสีขาว

8. เครื่องชีวิต

- 8.1 ผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนได้รับการช่วยเหลือบรรเทาอาการและเอาใจใส่อย่างเหมาะสม
- 8.2 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลและ
 - 8.3 การป้องกันความเสี่ยงและการดูแลความปลอดภัย
 - 8.3.1 จำนวนอุบัติการณ์การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน
 - 8.3.2 จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด
 - 8.3.3 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-5
 - 8.3.4 อุบัติการณ์การตกเตียง
 - 8.4 เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ
 - 8.4.1 การติดเชื้อบริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - 8.4.2 การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะให้ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

เลขที่สำเนา.....

เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุฬ

วิธีปฏิบัติ

(Work Instruction)

เรื่อง

แนวทางการปฏิบัติงานการให้บริการคลินิกเบาหวาน

เอกสารเลขที่ WI - PCU - 01 - 03

แก้ไขครั้งที่ 02

วันที่บังคับใช้..... 17 มิ.ย. 2559

อนุมัติโดย

.....

หัวหน้าฝ่าย

สถานะเอกสาร..... **ต้นฉบับ ควบคุม**

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	วิธีปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงาน การให้บริการคลินิกเบาหวาน	รหัส : WI- PCU- 01- 03 แผ่นที่ : 1/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 17 มี.ย. 2559
งานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุน	ผู้จัดทำ: นางดวงดาว ศรีวุฒิ ผู้ตรวจสอบ:นางประกายมาส ดอกหอม	ผู้อนุมัติ: นางประกายมาส ดอกหอม<i>pg</i>.....

สารบัญ

- 1.0 วัตถุประสงค์
- 2.0 ขอบเขต
- 3.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ

	วิธีปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงาน การให้บริการคลินิกเบาหวาน	รหัส : WI- PCU- 01- 03 แผ่นที่ : 2/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 17 มิ.ย. 2559
งานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางดวงดาว ศรีวุฒิ ผู้ตรวจสอบ:นางประกายมาส ดอกหอม	ผู้อนุมัติ: นางประกายมาส ดอกหอม 

1.วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชศาสตร์ชุมชนในการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน

2.ขอบเขต

ครอบคลุมการให้บริการสำหรับการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานทุกราย

3.ขั้นตอนการปฏิบัติ

- 3.1 ผู้รับบริการรายใหม่และรายเก่า ยืนยันบัตรที่ประชาสัมพันธ์ทุกราย
- 3.2 เจาะเลือดตรวจ FBS
- 3.3 วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว
- 3.4 คำน Family Folder ตามที่อยู่
- 3.5 ชักประวัติ บันทึกข้อมูลลงในระบบ Hos-xp และบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวโรคเบาหวาน
- 3.6 ให้สุขศึกษารายเดี่ยว รายกลุ่ม โดยปฏิบัติตามคู่มือ การให้สุขศึกษาเรื่อง.....ในสมุดประจำตัวเบาหวาน
- 3.7 ส่งตรวจรักษาตามลำดับก่อนหลัง
- 3.8 บันทึกข้อมูลการรับบริการในระบบ Hos-xp
 - การรักษาพยาบาล
 - บริการพื้นฐาน ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน
 - บันทึกข้อมูลการนัดหมายครั้งต่อไป ส่งเจาะ FBS ล้างหน้า ปรีนซ์ไบนด์เจาะเลือดติดหน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.9 บันทึกข้อมูลการรับบริการในสมุดประจำตัวโรคเบาหวานและนัดหมายครั้งต่อไป
- 3.10 กรณี consult แพทย์ บันทึกประวัติการตรวจอื่นๆให้ครบ ปรีนซ์ไบน์นำทาง และนำส่งผู้รับบริการไปยังคลินิกพิเศษ เพื่อพบแพทย์และติดตามผลการตรวจรักษาของแพทย์ การนัดหมายครั้งต่อไป

	วิธีปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงาน การให้บริการคลินิกเบาหวาน	รหัส : WI- PCU- 01- 03 แผ่นที่ : 3/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 17 มิ.ย. 2559
งานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางดวงดาว ศรีวุฒิ ผู้ตรวจสอบ:นางประกายมาส ดอกหอม	ผู้อนุมัติ: นางประกายมาส ดอกหอม 

3.11 กรณีส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลการส่งตรวจปรีนซีไบน์ทาง และนำส่งผู้รับบริการ
ไปยังห้องชันสูตร

3.12 กรณีรับใหม่

- ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ การวินิจฉัย ใน Hos-xp คลินิกโรคเบาหวานรหัส ICD10= E149
หมายถึงผู้รับบริการวินิจฉัยโรคเป็น IDDM,NIDDM (เบาหวาน)
- บันทึกรายละเอียดข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยเบาหวานลงใน Hos-xp งานเชิงรุก บัญชี 1

3.13 กรณีจำหน่ายพิจารณาป่วยในกรณี มีภาวะแทรกซ้อน มีโรคอื่นๆที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ ตาย
ย้ายที่อยู่

อื่นๆเช่นต้องการรักษาจากแพทย์ ปฏิเสธการรักษา

- บันทึกข้อมูลการจำหน่ายลงใน Hos-xp
- ให้คำแนะนำการสิ้นสุดการบริการและการส่งต่อ
- ลงบันทึกการจำหน่ายในระบบ Hos-xp

เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุฬ

ระเบียบปฏิบัติ

(Standard Procedure)

เรื่อง

การให้บริการทางรังสีวิทยา

เอกสารเลขที่ SP- XRA-01

แก้ไขครั้งที่ 00

วันที่บังคับใช้ 27 ม.ค. 2559

อนุมัติโดย

.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

สถานะเอกสาร.....
ต้นฉบับ ควบคุม

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 1/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 ก.ค. 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชัญญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

สารบัญ

- 1.0 วัตถุประสงค์
- 2.0 ขอบเขต
- 3.0 ความรับผิดชอบ
- 4.0 คำจำกัดความ
- 5.0 ระเบียบปฏิบัติ
- 6.0 ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 2/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

1.วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬ โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดจากการใช้ยา

2.ขอบเขต

การบริหารทางเภสัชกรรมให้แก่ผู้ป่วยหอผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน

3. ความรับผิดชอบ

- 3.1 แพทย์ เป็นผู้ตรวจรักษาโรคและสั่งใช้ยา
- 3.2 พยาบาลหอผู้ป่วยใน เป็นผู้บริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ติดตามผลการให้ยา และประสานงานส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3.3 กลุ่มงานเภสัชกรรม อันประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ห้องยา เป็นผู้รับผิดชอบการจัดซื้อ การเก็บรักษา การจัดและจ่ายยา และการให้ข้อมูลการใช้ยา

4. คำจำกัดความ

การบริหารทางเภสัชกรรม คือ การให้บริการแก่ผู้ป่วยในครอบคลุมการจ่ายยาที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังการแพ้ยา การใช้ยาเทคนิคพิเศษ และการติดตามยาเดิมของผู้ป่วย เป็นต้น

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 3/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 ก.ค. 2558
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

5. ระเบียบปฏิบัติ

5.1 การเริ่มเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน แพทย์จะเขียนคำสั่งใช้ยาลงในจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (Chart) จากนั้นพยาบาลจะรับคำสั่งและให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่จะนำใบสำเนาการสั่งใช้ยา (Copy Order) จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยมายื่นที่ห้องยา

- เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมในห้องยาจะรับคำสั่งใช้ยาลงในโปรแกรม HosXP พิมพ์ใบบันทึกการจ่ายยา (Profile sheet) พิมพ์ใบบันทึกการยารยาเดิม (Medication reconciliation) (ถ้ามี) พิมพ์ฉลากยาและจัดยา

- เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของใบสั่งยา ความถูกต้องของยาที่จัดตามใบสั่งแพทย์ ก่อนจ่ายยาเพื่อนำไปบริหารให้แก่ผู้ป่วยในและจะทำการตรวจเช็คยาของผู้ป่วยในทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์

- เภสัชกรจะพิมพ์สติ๊กเกอร์ยาฉีดให้พยาบาลนำไปใช้บริหารยาตามจำนวนครั้งของการให้ยาแก่ผู้ป่วย

- เภสัชกรจัดเตรียมกล่องยาขึ้นบนรถเข็นยา เตรียมพร้อมที่จะส่งไปยังหอผู้ป่วยใน แต่หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาอย่างเร่งด่วน พยาบาลจะทำสัญลักษณ์วงกลมลงบนรายการยาที่ต้องการและแนบป้าย “ยา Stat” ป้าย”ยาฉีด11.00น.” มาด้วย เจ้าหน้าที่จะนำยาดังกล่าวส่งไปที่หอผู้ป่วยในก่อนรดยา

- พยาบาลนำยาที่ได้รับจากห้องยามาตรวจเช็คความถูกต้องก่อนนำไปจำหน่ายให้ผู้ป่วยโดยมีการลงชื่อลงในใบ MAR ขณะจำหน่ายทุกครั้ง

- เภสัชกรจะตรวจเช็คจำนวนของยาสำรองที่จะนำไปไว้ในหอผู้ป่วยในระหว่างเวลา 12.00-13.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ห้องยาปิด โดยดูจำนวนยาที่หายไปเทียบกับใบสำเนาการสั่งใช้ยา ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ ในการเดียนั้นจะนำยาที่มี Lot. เดียวกัน มีวันหมดอายุวันเดียวกัน

- เภสัชกรจะตรวจเช็คกล่องยาในตอนเช้าของทุกวันว่ามียาเหลือกลับมาจากหอผู้ป่วยอย่างใดหรือไม่ หากพบว่ามียาเหลือกลับมาไม่สมเหตุสมผลจะติดตามว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือไม่อย่างไร

- หากผู้ป่วยมียาเดิมและนำไปให้แพทย์ดูแล้วจะนำมาเก็บไว้ที่รดยาเดิมในห้องยา รดยาเดิมจะถูกนำไปที่หอผู้ป่วยในระหว่างเวลา 22.00-8.00 น. เพื่อที่พยาบาลจะได้คืนยาเดิมให้ผู้ป่วยหากผู้ป่วยถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่นในเวรบายตึก เภสัชกรจะติดสติ๊กเกอร์ยาเดิมไว้ที่ Profile sheet เพื่อแจ้งเตือนให้เจ้าหน้าที่คืนยาผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหออผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 4/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 16 ก.ค. 2559 วันที่บังคับใช้:.....
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

5.2 ในระหว่างนอนโรงพยาบาล

5.2.1 การเพิ่ม/ลด/เปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

- หากมีคำสั่งใช้ยาเพิ่มเติม แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาลงในใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย พยาบาลรับคำสั่งใช้ยาและนำไป Copy order ให้ญาติ/เจ้าหน้าที่มายื่นที่ห้องยา
- เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมบันทึกรายการยาลงในโปรแกรม HosXP พิมพ์ฉลากยา และจัดยา
- เภสัชกรตรวจเช็คยาที่จัดให้ผู้ป่วยว่าตรงกับใบ Copy Order ที่แพทย์เขียนหรือไม่ หากพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา เภสัชกรจะเป็นคนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลเจ้าของไข้และนำยาที่ถูกต้องส่งไปให้หออผู้ป่วยใน

5.2.2 การติดตามยาเดิมของผู้ป่วย

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคในหออผู้ป่วยใน เภสัชกรจะเข้าไปสอบถามยารักษาโรคประจำตัว/สมุนไพรอาหารเสริมที่ใช้อยู่ ประวัติการแพ้ยา ในตอนเช้าของทุกวัน
- หากผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย เภสัชกรจะติดตามยาเดิมของผู้ป่วย นับจำนวนเม็ดยา ติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และติดป้ายบนแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่นำยาเดิมมาไว้ที่ห้องยา
- หากพบว่าผู้ป่วยได้รับยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาล/รพสต. อื่น เภสัชกรจะติดตามรายการยาดังกล่าว (Medication Reconciliation) เพื่อนำข้อมูลการใช้ยาส่งต่อให้แพทย์ใช้พิจารณาการรักษาต่อ โดยเขียนลงในใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย
- เมื่อแพทย์พิจารณารายการยาเดิมแล้วจะลงชื่อรับทราบกำกับ เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพทราบว่าแพทย์ได้รับทราบประวัติยาเดิมของผู้ป่วยแล้ว จากนั้นเภสัชกรติดตามการสั่งใช้ยาเดิมของผู้ป่วยในระหว่างนอนรับการรักษาอีกครั้ง

5.2.3 การสอน/ประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษ

- หากมีผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาเทคนิคพิเศษ (เช่น ยาสูดพ่น ยาฉีดอินซูลิน เป็นต้น) ครั้งแรกในขณะที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล เภสัชกรจะเข้าไปสอนใช้ยาเทคนิคพิเศษในหออผู้ป่วยหรือทั้งมีการประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษทั้งในระหว่างที่นอนโรงพยาบาลและก่อนผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย

5.2.4 การเฝ้าระวังและประเมินการแพ้ยา

- หากในระหว่างที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่สงสัยว่าอาจเกิดจากการใช้ยา พยาบาลจะแจ้งให้เภสัชกรเข้าไปประเมินแพ้ยาที่หออผู้ป่วยใน หากพบว่าอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาจริงจะมีการออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย ลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 5/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้ 16 ก.ค. 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

5.2.5 การให้ข้อมูลสารสนเทศด้านยาแก่สหสาขาวิชาชีพ
- เภสัชกรจะให้บริการด้านสารสนเทศ โดยการตอบคำถามที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นคำถามเรื่องการบริหารยา ขนาดยาที่เหมาะสม ความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เป็นต้น

5.2.6 การเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
- เภสัชกรจะเข้าไปประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ทุกราย ว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือได้รับอันตรายจากยาหรือไม่ โดยเมื่อจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เภสัชกรจะตรวจสอบชื่อ-สกุล ชื่อยา ขนาดยา ปฏิกริยาระหว่างยา และข้อห้ามใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย กรณีที่พบปัญหาเภสัชกรต้องติดต่อแพทย์ผู้สั่งยาทันที
- เภสัชกรจะต้องป้อนข้อมูล การเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ลงบนใบบันทึกการจ่ายยา (Profile sheet) ที่เก็บไว้ในห้องยาและเขียนข้อมูลผู้ป่วยและยาที่ได้รับลงในแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

- เภสัชกรจัดทำแบบฟอร์มการติดตามการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง คู่มือการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง และแผ่น High Alert Drug Card ให้พยาบาลเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย และลงบันทึกผลการใช้ยาหรือความเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงพยาบาลแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติหลังการให้ยา

- ใบติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงของหอผู้ป่วยในพยาบาลจะเป็นผู้แนบลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเมื่อมีการสั่งใช้ยาครั้งแรก ส่วนห้องฉุกเฉิน เภสัชกรจะเป็นผู้แนบส่งใบติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการเบิกยาที่มีความเสี่ยงสูง

5.2.7 การจ่ายยากรณีเปลี่ยนย้ายเตียงผู้ป่วยใน

- เมื่อพยาบาลย้ายผู้ป่วยไปเตียงอื่นจะต้องไปเปลี่ยนเลขเตียงผู้ป่วยใน HosXP เปลี่ยนเลขเตียงในสติ๊กเกอร์ติด Copy order เปลี่ยนเลขเตียงบนปกชาร์ต และโทรมาแจ้งห้องยา

- หากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยก่อนส่งรยา ห้องยาจะแก้ไขเลขเตียงบนซองยาและกล่องยาของผู้ป่วยก่อนส่งรยา และต้องย้าย Profile sheet ของผู้ป่วยจากเตียงเดิมไปเตียงใหม่

- หากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยหลังส่งรยาแล้ว ห้องยาจะย้าย Profile sheet ของผู้ป่วยจากเตียงเดิมไปเตียงใหม่

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 6/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 ก.ค. 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

5.3 การรับยากลับบ้าน

- เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เขียนลงในใบ Clinical summary & Doctor's Discharge order มีข้อมูลสรุปการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดการนอนโรงพยาบาล รายการยาและจำนวนยากลับบ้าน วันนัดครั้งต่อไป พยาบาลตรวจเช็คความพร้อมของใบอีกครั้ง
- ผู้ป่วยที่ไม่มียากลับบ้านและไม่มียาเดิม สามารถกลับบ้านได้เลย ผู้ป่วยที่ไม่มียากลับบ้านแต่มียาเดิมเก็บไว้ที่ห้องยา จะให้ผู้ป่วย/ญาติมารับยาเดิมที่ห้องยา
- ผู้ป่วยที่มียากลับบ้าน พยาบาลจะนำใบ Clinical summary & Doctor's Discharge order ไปใส่แฟ้มให้ผู้ป้อนำมาขึ้นรับยาที่บ้านที่ห้องยา
- เมื่อผู้ป่วยนำใบมาขึ้นรับยาเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะพิมพ์รายการยาลงในโปรแกรม HosXP สั่งพิมพ์ฉลากยา และจัดยา
- ยาของผู้ป่วยที่กลับบ้านจะถูกตรวจเช็ค 2 ครั้ง ก่อนให้เภสัชกรนำจ่ายแก่ผู้ป่วย เภสัชกรที่เป็นผู้จ่ายยาจะทำการตรวจเช็คความถูกต้องสมเหตุผลของการสั่งใช้ยา ชนิดและความแรงของยา จำนวนยา วันนัดอีกครั้งก่อนจ่ายยา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนหรือประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาสูดพ่น ยาฉีด อินซูลิน เป็นต้น หากผู้ป่วยสามารถเดินมาที่ห้องยาได้เภสัชกรจะทำการสอน/ประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษที่ห้องยาในบริเวณที่จัดไว้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถเดินมาที่ห้องยาได้เภสัชกรจะเข้าไปสอน/ประเมินในห้องผู้ป่วย
- แฟ้มประวัติของผู้ป่วย (Chart) ของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้ที่หอผู้ป่วยในแล้วส่งมาสรุปการรักษา และค่าใช้จ่ายในตอนบ่ายที่ห้องยาและห้องการเงิน
- ในกรณีที่ผู้ป่วย สิทธิ พรบ. รพ. หลักฐาน (ชำระเงินเอง) จะออกจากโรงพยาบาลจะต้องนำ Chart มาที่ห้องยาเพื่อ รับยา สรุปการรักษา สรุปค่าใช้จ่าย และชำระเงินที่ห้องการเงินก่อนออกจากโรงพยาบาล
- เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เภสัชกรจะนำใบ Medication Reconciliation สแกนลงในโปรแกรม HosXP (OPD scan) เพื่อให้แพทย์/พยาบาลสามารถดูรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านในครั้งนี้ได้ และใช้ประกอบการพิจารณาสั่งใช้ยาในการตรวจรักษาครั้งต่อไป

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 7/7 . แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 ก.ค. 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา 

- เภสัชกรจะเป็นคนแนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge Counseling) โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้องสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แจ้งเตือนผู้ป่วยเมื่อมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ตรวจเช็คยาเดิมของผู้ป่วยเพื่อให้มียาเพียงพอต่อวันนัดครั้งต่อไป ให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตัวเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล

6. ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

6.1 ระเบียบปฏิบัติ

- SP- PHA - 01 Medication Reconciliation
- SP- PHA - 04 การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

6.2 วิธีปฏิบัติ

- WI - PHA - 01 - 01 แนวทางการควบคุมการกระจายยาบนหอผู้ป่วยใน
- WI - PHA - 01 - 02 การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน
- WI - PHA - 01 - 03 การให้คำปรึกษาการใช้ยาของผู้ป่วยในก่อนกลับบ้าน
- WI - PHA - 07 - 01 แนวทางการจ่ายยากรณีเปลี่ยนย้ายเตียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬ

6.3 แบบฟอร์มและเอกสารอ้างอิงแบบฟอร์มการขอแก้ไขเอกสารคุณภาพ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลจุฬ

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลจุฬ

วัน/เดือน/ปี : 6 มีนาคม 2563

หัวข้อ: คู่มือมาตรฐานการให้บริการโรงพยาบาลจุฬ

รายละเอียดข้อมูล: คู่มือแสดงระบบงานของโรงพยาบาลจุฬฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางและขั้นตอนการให้บริการ เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 โดยทางโรงพยาบาลจุฬหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการและผู้มารับบริการต่อไป

Link ภายนอก :

หมายเหตุ:

ผู้รับผิดชอบให้ข้อมูล

(นางณณดา ครอบครอง)

ตำแหน่ง: หัวหน้างานธุรการ

วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ผู้อนุมัติรับรอง

(.....)

ตำแหน่ง: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬ

วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นางสาวปาริชาติ จักป้อ)

นางสาวปาริชาติ จักป้อ

วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563