



คู่มือปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป

อำเภอจุน จังหวัดพะเยา



คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลจุน ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาลจุน ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์ในการบริการ ข้อมูลข่าวสาร รับฟัง ข้อเสนอแนะ และร้องเรียน ด้านการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้ข้อยุติ มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ตามขั้นตอน/กระบวนการ และแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

โรงพยาบาลจุน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. ขอบเขต	2
4. คำนายาม	2
5. การให้บริการ	2
6. ระยะเวลาการดำเนินการ	2
7. หน้าที่ความรับผิดชอบ	3
8. ขั้นตอนกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนด้านการจัดซื้อจัดจ้าง	3
9. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	4 – 5
ภาคผนวก	

บทนำ

หลักการและเหตุผล

คู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลจุน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ โดยประชาชนได้รับความพึงพอใจสูงสุด บนพื้นฐานของความเป็นธรรมกับคู่กรณีทุกฝ่าย และเป็นที่ยอมรับว่า ในสังคมโลกว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่ในสถานะของประเทศ กำลังพัฒนาประกอบกับจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาประเทศในหลายๆด้าน และก่อให้เกิดการขยายบริการสาธารณะในทุกๆด้าน เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความต้องการตอบสนองต่อปัญหาการดำรงชีวิต ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและชุมชน ตลอดจนจนถึงการแสวงหาผลประโยชน์ในรูปแบบต่างๆทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมาย และละเมิด ต่อกฎหมายหรือจารีตประเพณีของสังคม ซึ่งเป็นบ่อเกิดของปัญหาอันจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของประชาชนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้หลายกรณี ทำให้ส่วนราชการที่เป็นผู้ให้บริการสาธารณะ กลับต้องกลายเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบต่อสิทธิของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเดือดร้อนคับข้องใจต่างๆ ทั้งที่เกิดระหว่างประชาชน หรือเอกชนด้วยกัน และระหว่างประชาชนกับรัฐ เหล่านี้นับเป็นทุกข์ของประชาชนที่เกิดขึ้นและย่อมต้องการแก้ไขเยียวยาหรือต้องการประสานเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจระหว่างกัน การที่ประชาชนแสดงความคิดเห็น ดิชม หรือร้องเรียน การดำเนินงานของรัฐนั้น ถือเป็นการสะท้อนกลับข้อมูล หรือแสดงให้ทราบถึงผลกระทบ ต่อการดำเนินการภารกิจของภาครัฐที่มีต่อประชาชนได้มากที่สุด อันเป็นการ ประเมินผลกระทบด้านความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลในการดำเนินการของภาครัฐ ตลอดจนถึง การรับเรื่องร้องเรียนด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ต้องถือว่าสิทธิของประชาชน โดยชอบด้วยกฎหมาย และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องย่อมต้องมีหน้าที่รับเรื่องเพื่อแก้ไขปัญหาให้ประชาชนตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องอย่าง รวดเร็ว เป็นธรรม โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้

โรงพยาบาลจุน ในฐานะหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่บูรณาการจัดการเรื่องร้องเรียนที่อยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ โรงพยาบาลจุน เพื่อให้สามารถดำเนินการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียนของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและ รวดเร็วมีประสิทธิภาพ มีหลักการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นศูนย์กลางในการประสานการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ ของประชาชนในฐานะ องค์การบริหารควบคุมกำกับหน่วยงานสาธารณสุขในเขตจังหวัดพะเยา
2. ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลจุน ให้เป็นไปตาม นโยบายและแผนที่กำหนด
3. รวบรวมวิเคราะห์ปัญหาเรื่องร้องเรียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและนำเสนอผู้บริหารพิจารณา ตามลำดับ
4. ประสานหน่วยงานราชการอื่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง กรณีเรื่องร้องเรียน อยู่ในขอบเขตอำนาจ หน้าที่ของหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ
5. ติดตามผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน ให้ได้ข้อยุติโดยเร็วและสร้างความพึงพอใจ ต่อประชาชน
6. อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนหรือกลุ่มมวลชนที่มาพบเพื่อยื่นข้อเรียกร้อง/ข้อร้องเรียน ด้วย สันติวิธี
7. จัดระบบและพัฒนาเครือข่ายการจัดการเรื่องร้องเรียนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เป็นเอกภาพ

ศูนย์การจัดการเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลจุน

8. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องร้องเรียนให้เป็นปัจจุบันและสนับสนุนข้อมูลให้ผู้บริหารนำประกอบการพิจารณา

9. สนับสนุนและพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

10. จัดทำสรุปรายงานผลความคืบหน้าในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในภาพรวมและนำเสนอต่อที่ประชุมคณะผู้บริหารโรงพยาบาลจุน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 กรณีที่ได้รับการร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุของหน่วยงานของรัฐ

ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องการร้องเรียน ได้สรุปแนวทาง ขั้นตอน และระยะเวลา ในการดำเนินการของผู้เกี่ยวข้อง กรณีมีการร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างมายังหน่วยงานของรัฐ และการประสานงานรับเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานภายใน เพื่อดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและรายงานผลการดำเนินการ ติดตามประเมินผล และรวบรวมเสนอผู้บริหาร

คำนิยาม

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้เห็นว่าหน่วยงานของรัฐมิได้ปฏิบัติให้เห็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ มีสิทธิร้องเรียนไปยังหน่วยงานของรัฐนั้น หรือคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์

การให้บริการ

1. ระยะเวลาให้บริการ : วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ในเวลาทำการ ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
2. ช่องทางการให้บริการ
 - 2.1 ทางโทรศัพท์ : 0 5440 9200 ต่อ 100 ,167
 - 2.2 ช่องทางจุดบริการประชาชน
 - 2.3 ช่องทางไปรษณีย์ : โรงพยาบาลจุน เลขที่ 7 หมู่ที่ 7 ตำบลห้วยข้าวก่ำ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 56150
 - 2.4 ช่องทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน : www.Chunhospital.com

ระยะเวลาการดำเนินการ

1. เรื่องร้องเรียนทั่วไป : ตรวจสอบข้อร้องเรียนภายใน 15 วัน
2. เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง : ตรวจสอบข้อร้องเรียนภายใน 15 วัน ทั้งนี้หากการร้องเรียนตามข้อ 1 และข้อ 2 มีกรณีเกี่ยวข้องทางวินัย หรือเรื่องความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาดำเนินการเป็นไปตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่กำหนดแล้วแต่กรณี
3. เริ่มนับระยะเวลาเมื่อ : เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนในแบบฟอร์มตามที่กำหนด

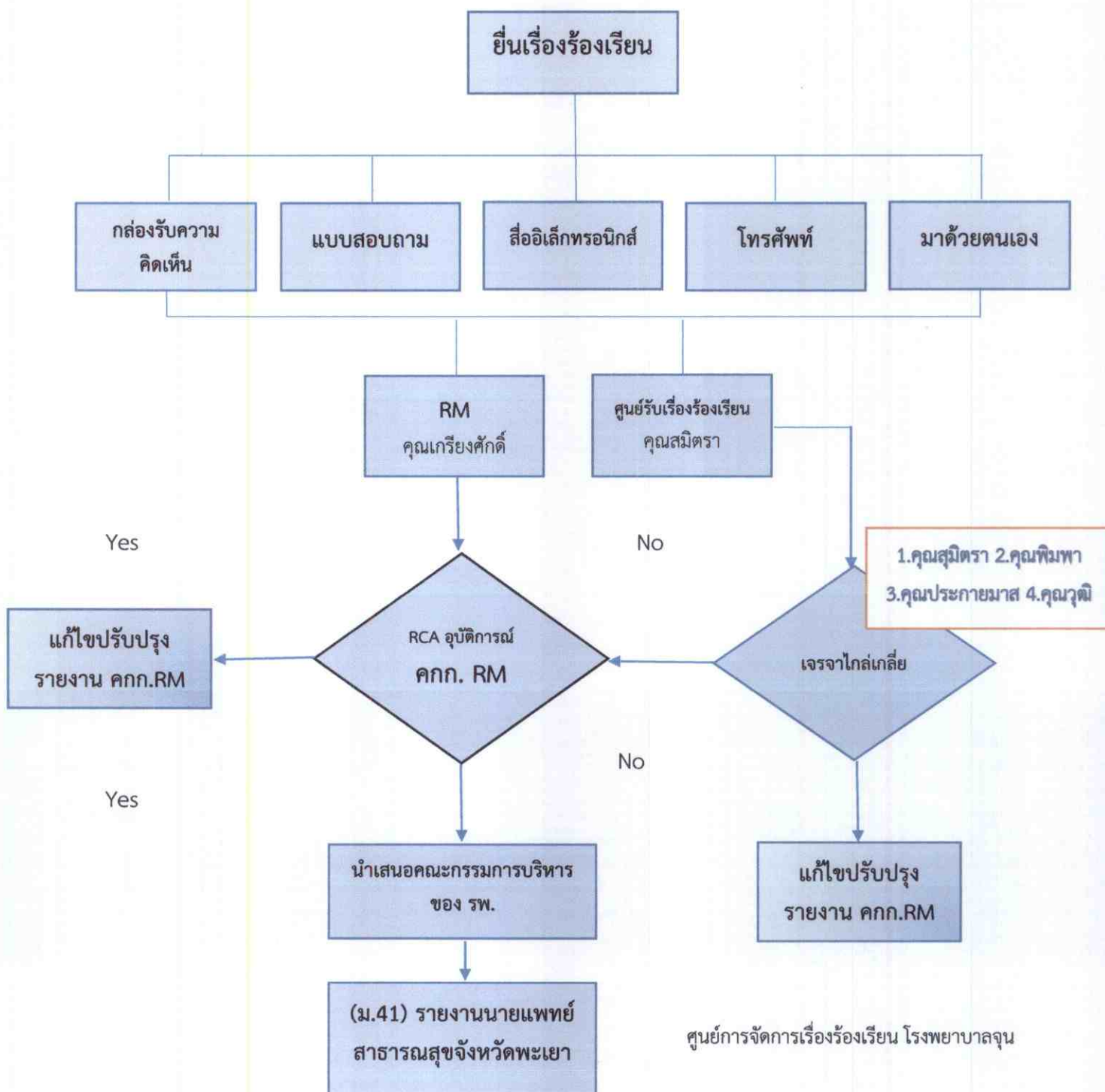
4. สิ้นสุดระยะเวลาเมื่อ : ได้มีการชี้แจง ให้คำแนะนำ หรือระงับเรื่อง หรือยุติเรื่อง หรือการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ร้องเรียนทราบแล้วแต่กรณี

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาฯ : อนุมัติติดตามผลการดำเนินงาน
2. หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน : ตรวจสอบ พิจารณาคำร้องเรียน และรายงานผลการดำเนินงาน
3. เจ้าหน้าที่หน่วยงานภายใน : ดำเนินการรับเรื่อง แก้ไขปัญหาเบื้องต้น และส่งต่อไปยังส่วนงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนด้านการจัดซื้อจัดจ้าง

ขั้นตอนการรับเรื่องร้องเรียน



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1.1 ผู้ร้องเรียน : ยื่นเรื่องร้องเรียน

ผู้ร้องเรียน ต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1.1.1 ยื่นข้อร้องเรียนต่อหน่วยงานของรับ / คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ แล้วแต่กรณีได้ก็ได้ โดยต้องดำเนินการภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รู้หรือควรรู้ว่าหน่วยงานของรัฐนั้นมิได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ กฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ
- 1.1.2 ผู้ร้องเรียน ต้องทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อผู้ร้องเรียน ในกรณีผู้ร้องเรียนเป็นนิติบุคคล ต้องลงลายมือชื่อของกรรมการซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี) โดยหนังสือร้องเรียนต้องใช้ถ้อยคำสุภาพ และระบุข้อเท็จจริงและเหตุผลอันเป็นเหตุแห่งการร้องเรียนชัดเจน พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องไปด้วย

1.2 หน่วยงานของรัฐ / คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ : รับเรื่อง ตรวจสอบ และสรุปความเห็น
รับเรื่อง ตรวจสอบ และสรุปความเห็นเสนอหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ

1.3 หน่วยงานของรัฐ / คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ : พิจารณาวินิจฉัยข้อร้องเรียน

ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ ได้รับเรื่องร้องเรียนให้หน่วยงานของรัฐ พิจารณาข้อร้องเรียนให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ ได้รับเรื่องร้องเรียนให้มีคำวินิจฉัยให้แล้วเสร็จโดยเร็ว โดยให้พิจารณาข้อร้องเรียนกรณีที่เห็นว่าหน่วยงานของรัฐมิได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางของพระราชบัญญัติฯ กฎกระทรวง หรือ ระเบียบที่ออกตามความในพระราชบัญญัติฯ ให้คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์มีอำนาจ สั่งระงับการจัดซื้อจัดจ้างไว้ก่อนได้เว้นแต่ได้ลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้างแล้ว

1.4 หน่วยงานของรัฐ / คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ : แจ้งผลคำวินิจฉัย

แจ้งผลการวินิจฉัยตามผลการวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐ ให้ผู้ร้องเรียนทราบโดยไม่ชักช้า พร้อมทั้งแจ้งให้คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ทราบด้วย

แจ้งผลคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ ให้ผู้ร้องเรียนและหน่วยงานของรัฐทราบ

หมายเหตุ คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์อาจกำหนดรายละเอียดอื่นเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการ

1.5 การส่งต่อข้อร้องเรียน เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน ลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนและพิจารณาความน่าเชื่อถือของประเด็นที่ร้องเรียน ต้องไม่ขัดแย้งกับกฎหมาย กฎระเบียบของหน่วยงานและอยู่ในอำนาจที่สามารถดำเนินการได้ หากเรื่องร้องเรียนนั้นเกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดจะทำหนังสือแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน 3 วันทำการ หลังได้รับแจ้งเพื่อดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง จากนั้นบันทึกเรื่องไว้ในหลักฐานข้อมูล และสำเนาเรื่องร้องเรียนเสนอผู้บริหารทราบ

1.6 การตอบข้อร้องเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียนต้องแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ ภายในเวลาที่กำหนดพร้อมกับรายงานผลการดำเนินการเสนอผู้อำนวยการเพื่อทราบ

1.7 มาตรฐานงาน การรับและตอบข้อร้องเรียน เกี่ยวกับหน่วยงานอื่น เพื่ออำนวยความสะดวกและไม่ให้ผู้ร้องเรียนเกิดความไม่พอใจ จากนั้นแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินการ หากไม่ได้รับการตอบกลับภายใน 15 วันทำการ สามารถสอบถามได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ข้างต้น ทั้งนี้หน่วยงานที่ได้รับแจ้งเรื่องร้องเรียนจะต้องให้ความสำคัญต่อเรื่องร้องเรียนเป็นลำดับแรก โดยเร่งตรวจสอบข้อเท็จจริง ปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไข รวมทั้งการป้องกันมิให้เกิดปัญหาได้อีก

ภาคผนวก

เลขที่สำเนา.....

เอกสารคุณภาพ

โรงพยาบาลจุน

ระเบียบปฏิบัติ

(Standard Procedure)

เรื่อง

การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน

เอกสารเลขที่ SP- PHA-07

แก้ไขครั้งที่ 00

วันที่บังคับใช้ 16 ก.ค. 2559

อนุมัติโดย

.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน

สถานะเอกสาร.....
ต้นฉบับ ควบคุม

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

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

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการทางรังสีวิทยา ของโรงพยาบาลจุน

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ครอบคลุมการจัดการระบบงานประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจุน

3. ความรับผิดชอบ

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

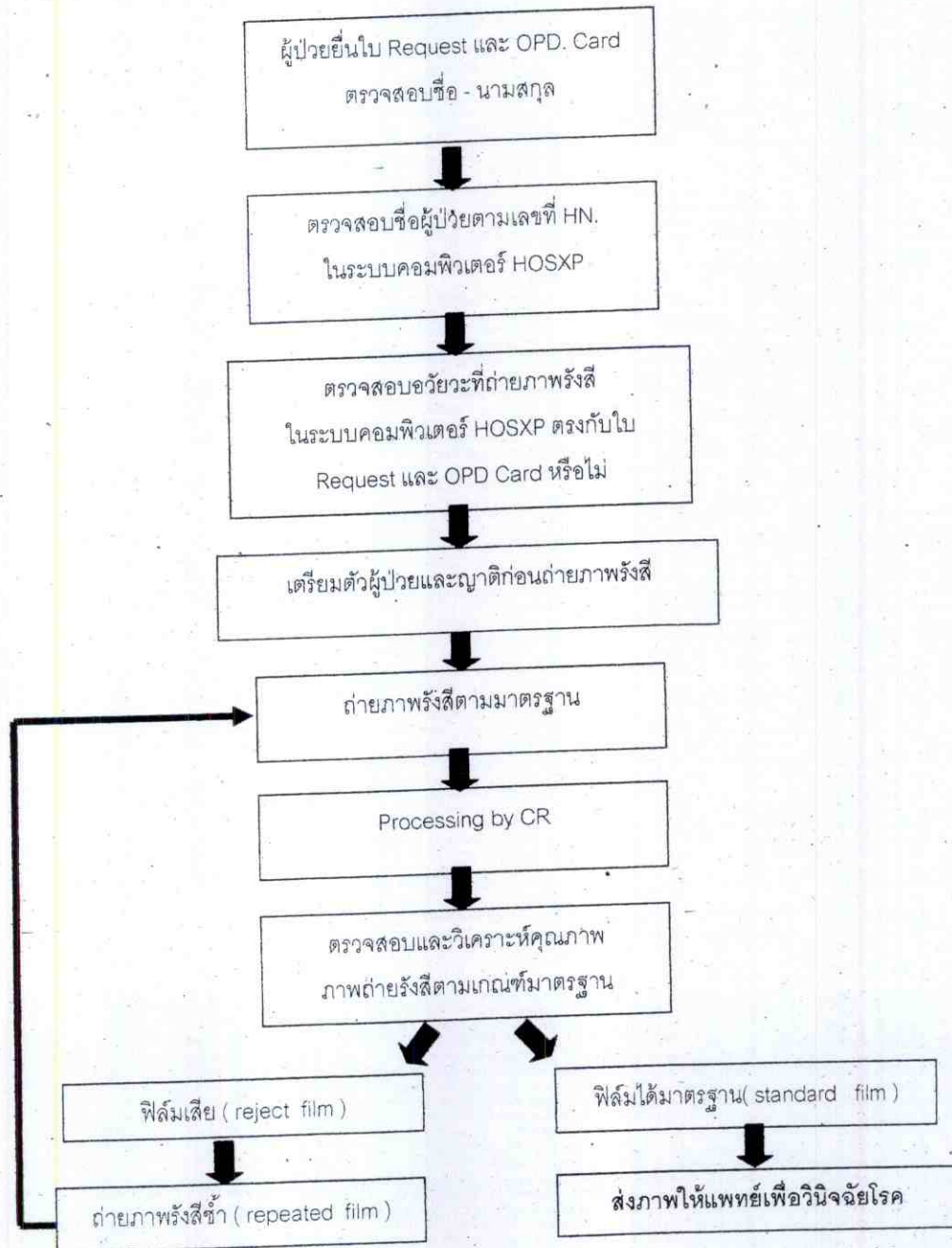
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์/นักรังสีการแพทย์ มีหน้าที่ เตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการทางรังสีวิทยา, รับคำสั่งการเอกซเรย์, ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีให้แก่ผู้รับบริการ และส่งมอบภาพทางรังสีหรือฟิล์มเอกซเรย์ให้แก่ผู้รับบริการ

5. ระเบียบปฏิบัติ

5.1 ขั้นตอนการให้บริการการตรวจวินิจฉัยของงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุน

งานรังสีวิทยาได้ให้บริการในการถ่ายภาพทางรังสี เพื่อให้การวินิจฉัยภาพรังสีให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการที่จะได้ภาพรังสีมานั้นมีลำดับขั้นตอนหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การรับใบคำขอเอกซเรย์ การเตรียมเครื่องมือ การปรับตั้งค่าเอ็กซโพเชอร์ 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 อำนภกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาณ 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 ปริญา

5.1.1 การรับใบคำขอเอกซเรย์ / และการตรวจสอบทางระบบคอมพิวเตอร์ (HOSXP)

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

วิธีการตรวจสอบให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับบุคลากร และผู้ป่วย เพื่อให้บริการถ่ายภาพทางรังสีที่ชัดเจน 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 เตรียมตรวจเช็ควอร์ การทำงานเครื่องมือให้อยู่สภาพปกติ	1. แก๊ส ปรับปรุงบันทึก เก็บข้อมูล หากเครื่องมือผิดปกติหรือใช้ไม่ได้

ขั้นตอนเริ่มรับบริการและรับบริการ

กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
เริ่มและรับบริการ	1.ไม่ตรวจผู้ป่วยผิดส่วน/ผิดคน 2.ลดผู้ป่วยเคลื่อนไหว /หายใจเข้าไม่เต็มที 3.มีรอยแปลกลบจากเครื่องประดับ ปราบกฏบนภาพและบังภาพที่ตรวจ 4.ลดอุบัติเหตุความเสี่ยงงานรังสีวิทยา 5.กำหนดค่าปริมาณรังสีที่ถูกต้อง	1.ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยและส่วนที่ตรวจ ตรงตามใบคำร้องขอเอกซเรย์ 2.อธิบายขั้นตอน วิธีการบริการแก่ ผู้ป่วยและแนะนำบริการควรทำให้ดูและ ลองให้ผู้ป่วยทำ 3.ตรวจสอบ Markerและติดให้ 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 อัมพนกิจวิวัฒน์	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

ขั้นตอนหลังบริการ		
กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
ภายหลังบริการ	1.ความเข้าใจ พึงพอใจของ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2.ความถูกต้อง ชัดเจนของเวชเบียน 3.ความถูกต้อง ของการรับ-ส่งผล ภาพถูกชื่อ ถูกคน ถูกวัน ถูกเวลา ที่ตรวจ	1.แนะนำ ชี้แนะผู้ป่วยทุกครั้ง ภายหลังเอกซเรย์เสร็จ เช่น ให้ หายใจได้เอกซเรย์เสร็จแล้ว , เปลี่ยนเสื้อผ้าได้, สํารวจของมีค่า ก่อนออกจากห้อง เป็นต้น 2.ตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง ก่อนส่งมอบภาพให้แพทย์

ขั้นตอนก่อนเลิกงาน		
กระบวนการสำคัญ	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ
ก่อนเลิกงาน	1.เพื่อความสะดวกในการใช้สอย 2.เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการพึงพอใจ	1.เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเข้าที่ 2.เก็บข้อมูล รายงานเอกสารให้ ครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อมโยง

ขั้นตอนหลังเลิกงาน		
เตรียมหลังเลิกงาน		
	1.เพื่อความปลอดภัย ความพร้อม ในระบบบริการเช่นไฟรั่ว น้ำท่วม อุปกรณ์ชำรุด เป็นต้น 2. เพื่อให้อุปกรณ์มีมาตรฐาน ถูกต้อง พร้อมใช้งานตลอดเวลา	1.เตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม เพื่อใช้ในวันถัดไป 2.ตรวจเช็คเครื่องมืออุปกรณ์ตาม แนวทาง/คู่มือการปฏิบัติงานอย่าง สม่ำเสมอ

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

5.1.2 ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยตามเลขที่ HN. ในระบบคอมพิวเตอร์ HOSXP

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

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 เพื่อให้ได้ภาพถ่ายรังสีถูกต้องทำตามที่ได้จัดทำแต่ละท่าของภาพถ่ายรังสี
- 4.3 เพื่อให้ภาพรังสีคมชัด ไม่ไหวเบล
- 4.4 เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล
- 4.5 เพื่อให้ไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมในตัวผู้ป่วยและภาพถ่ายรังสี
- 4.6 เพื่อให้ญาติช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเอกซเรย์ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 4.7 เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย ว่าการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

5.1.5 ถ่ายภาพรังสีตามมาตรฐาน

ปฏิบัติการถ่ายภาพรังสีตามมาตรฐานวิชาชีพ

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

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 พ.ย. 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: นางกนกนาถ พรหมวิชัย	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในการรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ที่ห้องคลอด

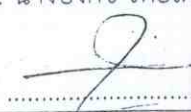
ขอบเขต

ครอบคลุมถึงหญิงตั้งครรภ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

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

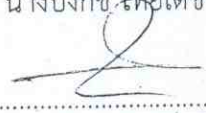
ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เมื่อผ่านจุดคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลมาแล้วให้หญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องคลอด

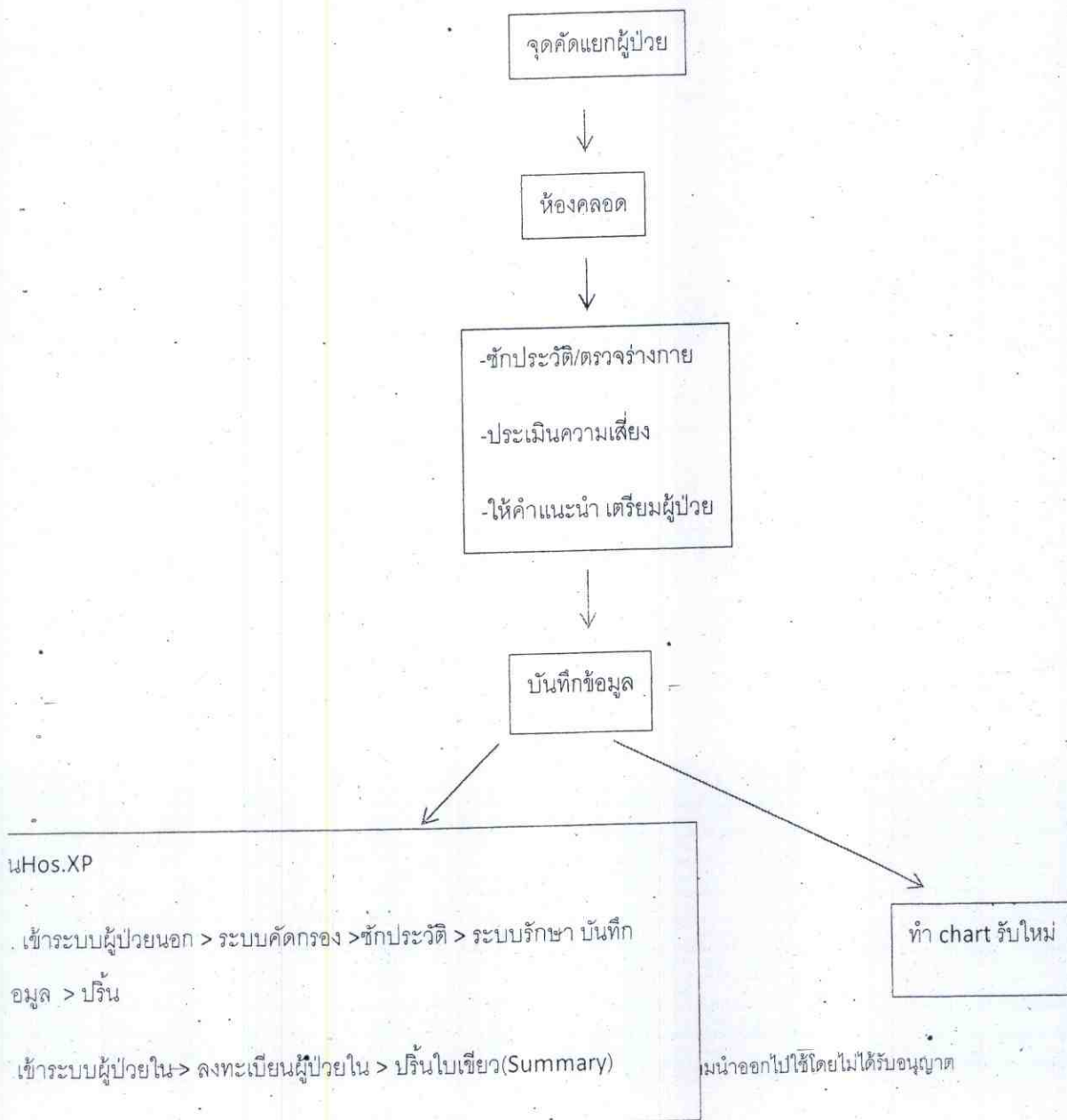
	ระเบียบปฏิบัติ การรับใหม่(Admit)หญิงตั้งครรภ์ ที่ห้องคลอด	รหัส : WI - OBS - 01 - 01 แผ่นที่ : 2/3 แก้ไขครั้งที่ : ฉบับที่ : วันที่บังคับใช้: 23 พ.ย. 2558
งานห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางอัญชลี ศรีอัญชลีกร ผู้ตรวจสอบ: นางกนกนาถ พรหมวิชัย	ผู้อนุมัติ: นางบงกช ไทยเดชา 

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เมื่อผ่านจุดคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลมาแล้วให้หญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องคลอด
2. พยาบาลซักประวัติ (จากการสอบถาม และเอกสารการฝากครรภ์ถ้ามี) ตรวจร่างกาย
3. ประเมินความเสี่ยง ถ้าพบรายงานแพทย์
4. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม 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 ไทยเดชา 

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: นางเฉิดฉาย 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 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางเจตฉาย 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: ๒๙ มิ.ย. ๒๕๕๙
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางเจตนา สวรรณศักดิ์ 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

ต้นฉบับ ควบคุม
สถานะเอกสาร.....

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

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

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

1. วัตถุประสงค์

1.1 ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยใน ให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบาย

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 ควบคุมการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลในแต่ละเวรและปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน

4.4 ทีมการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพดูแลให้การพยาบาลและปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร

4.5 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำความสะอาดอุปกรณ์การแพทย์ และปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/พยาบาลหัวหน้าเวร/ทีมการพยาบาล

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุฬ ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) การพยาบาลผู้ป่วยใน	รหัส : SP - IPD - 02 แผนกที่ : 3/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 ธ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเคชา	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 เอะอะวู่วาย หายใจลำบาก ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นลม หหมดสติ 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: นางสาวมาลาธรรม ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ:นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา 

- 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 2ข้างไม่เท่ากันหรือ > 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 แฟ้มที่รวมบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในตามที่ระบุไว้ในตัวอย่างการทำ Chart รับใหม่ (R-IPD- 001)

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

6.1 การเตรียมความพร้อมก่อนแพทย์ตรวจเยี่ยม ผู้ช่วยเหลือคนไข้และทีมการพยาบาลเวรตึกตรวจสอบความถูกต้อง 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 แผนที่ : 5/11 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ : 8 มิ.ย. 2559
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลารธรรม ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

ตามจำนวนผู้ป่วยและทวนสอบอาหาร ผู้ป่วยตามมื้ออาหาร กรณีมีปัญหา/การเปลี่ยนแปลงรายการอาหาร ประสานกับเจ้าหน้าที่บริการอาหารทันที

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

6.5 ทีมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ และทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามคู่มือ “การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(R-ICH-001) และควบคุมดูแลการวัดสัญญาณชีพ กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องวัดสัญญาณชีพเป็นระยะตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือกรณีที่ทีมการพยาบาลเห็นสมควรในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิการพยาบาลเป็นผู้วัดและบันทึกใน RECORD V/S (F-IPD-017) และรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที

6.6 กรณีผู้ป่วยหลังคลอด และทารกแรกเกิด ที่รับย้ายจากห้องคลอด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามการรับย้ายผู้ป่วยจากห้องหลังคลอด (WI-IPD-01-05)

6.7 แพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยในตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง “การควบคุมคุณภาพและการรักษาทางการแพทย์” (SP-MED-01)

6.7.1 กรณีแพทย์สั่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทีมการพยาบาลปฏิบัติตาม คู่มือการใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (R-MED-002)

6.7.2 กรณีแพทย์สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือให้เลือดผู้ป่วย ทีมการพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบ เขียนใบนำส่งตรวจตามประเภทสิ่งส่งตรวจและลงบันทึกในทะเบียนส่งและรับผลการตรวจทางห้องชันสูตร

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) พร้อมลงบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล

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 ทีมการพยาบาลสอบถามข้อมูล
 ที่อยู่ของญาติหรือสถานที่ 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 โรงพยาบาลจุน	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา 

บริหารงานทั่วไปแจ้งสถานีดำรง และประชาสัมพันธ์ทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

6.7.9.2 กรณีผู้ป่วยอาการดีขึ้น

- ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายกลับบ้าน ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธี

ปฏิบัติงาน “การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน” (WI-IPD-03-01)

- กรณีผู้ป่วยหนักกลับบ้าน ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงาน “การ

จำหน่ายผู้ป่วยหนักกลับบ้าน” (WI-IPD-03-03)

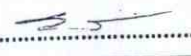
6.8 ทีมการพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนส่งเวรให้เวรต่อไป และบันทึกทางการพยาบาลในเวร

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	งานสุขภาพ
7.1.12	SP-DEN-01	งานบริการทันตกรรม

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน 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 ปริญา 

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 ออบ 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	เกณฑ์การรับปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ
7.2.22	WI-XRY-01-02	การบริการยืมฟิล์ม
7.2.23	WI-PLN-04-01	การทำหลักฐานเมื่อผู้ป่วยสงสัยเข้ามารับบริการ
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 โรงพยาบาลจุน	ผู้จัดทำ: นางสาวมาลาวรรณ ชิดสนิท ผู้ตรวจสอบ: นางบงกช ไทยเดชา	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญา

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 (บด.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	ใบนำส่งตรวจน้ำเหลือง
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

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

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

7.3.38.

F-LAB-015

ใบคำสั่งเลือดสีขาว

8. เครื่องชี้วัด

- 8.1 ผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนได้รับการช่วยเหลือบรรเทาอาการและเอาใจใส่อย่างเหมาะสม
- 8.2 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน

การดูแล

- 8.3 การป้องกันความเสี่ยงและการดูแลความปลอดภัย
 - 8.3.1 จำนวนอุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน
 - 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

โรงพยาบาลจุน

วิธีปฏิบัติ

(Work Instruction)

เรื่อง

แนวทางการปฏิบัติงานการให้บริการคลินิกเบาหวาน

เอกสารเลขที่ WI - PCU - 01 - 03

แก้ไขครั้งที่ 02

วันที่บังคับใช้..... 17 มิ.ย. 2559

อนุมัติโดย



หัวหน้าฝ่าย

สถานะเอกสาร.....ต้นฉบับ ควบคุม

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	วิธีปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงาน การให้บริการคลินิกเบาหวาน	รหัส : WI- PCU- 01- 03 แผ่นที่ : 1/3 แก้ไขครั้งที่ : 02 ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 17 มิ.ย. 2559
งานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางดวงดาว ศรีวุฒิ ผู้ตรวจสอบ: นางประกายมาส ดอกหอม	ผู้อนุมัติ: นางประกายมาส ดอกหอม 

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 โรงพยาบาลจุน	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 Floder ตามที่อยู่
- 3.5 ชักประวัติ บันทึกข้อมูลลงในระบบ Hos-xp และบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวโรคเบาหวาน
- 3.6 ให้สุขศึกษารายเดียว ร่ายกล่ม 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 ปรีนซ์ไบน์ทาง และนำส่งผู้รับบริการไปยังคลินิกพิเศษ เพื่อพบแพทย์และติดตามผลการตรวจรักษาของแพทย์ การนัดหมายครั้งต่อไป

เอกสารฉบับนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลจุน ห้ามนำออกไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

	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 19

- 3.11 กรณีส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลการส่งตรวจปัสสาวะในน้ำตาล และนำส่งผู้รับบริการไปยังห้องชันสูตร
- 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

โรงพยาบาลจุน

ระเบียบปฏิบัติ

(Standard Procedure)

เรื่อง

การให้บริการทางรังสีวิทยา

เอกสารเลขที่ SP- XRA-01

แก้ไขครั้งที่ 00

วันที่บังคับใช้ 27 ม.ค. 2559

อนุมัติโดย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน

สถานะเอกสาร.....
ต้นฉบับ ควบคุม

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

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 เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม 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. 2563
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชญานุช ชมภูแก้ว ผู้ตรวจสอบ: นายวุฒิชัย ศรีวุฒิ	ผู้อนุมัติ: นายสุชาญ ปริญญา

5. ระเบียบปฏิบัติ

5.1 การเริ่มเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน แพทย์จะเขียนคำสั่งจ่ายลงในจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (Chart) จากนั้นพยาบาลจะรับคำสั่งและให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่จะนำใบสำเนาการสั่งจ่าย (Copy Order) จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยมายื่นที่ห้องยา

- เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมในห้องยาจะรับคำสั่งจ่ายลงในโปรแกรม HosXP พิมพ์ใบบันทึกการจ่ายยา (Profile sheet) พิมพ์ใบบันทึกการจ่ายยาเดิม (Medication reconciliation) (ถ้ามี) พิมพ์ฉลากยาและจัดยา

- เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของใบสั่งยา ความถูกต้องของยาที่จัดตามใบสั่งแพทย์ ก่อนจ่ายยาเพื่อนำไปบริหารให้แก่ผู้ป่วยในและจะทำการตรวจเช็คยาของผู้ป่วยในทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์

- เภสัชกรจะพิมพ์สติ๊กเกอร์ยาฉีดให้พยาบาลนำไปใช้บริหารยาตามจำนวนครั้งของการให้ยาแก่ผู้ป่วย

- เภสัชกรจัดเตรียมกล่องยาขึ้นบนรถเข็นยา เตรียมพร้อมที่จะส่งไปยังหอผู้ป่วยใน แต่หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาอย่างเร่งด่วน พยาบาลจะทำสัญลักษณ์วงกลมลงบนรายการยาที่ต้องการและแนบป้าย “ยา Stat” ป้ายยาฉีด 11.00 น.” มาด้วย เจ้าหน้าที่จะนำยาดังกล่าวส่งไปที่หอผู้ป่วยในก่อนรถยา

- พยาบาลนำยาที่ได้รับจากห้องยามาตรวจเช็คความถูกต้องก่อนนำไปจำหน่ายให้ผู้ป่วยโดยมีการลงชื่อลงในใบ MAR ขณะจำหน่ายทุกครั้ง

- เภสัชกรจะตรวจเช็คจำนวนของยาสำรองที่จะนำไปไว้ในหอผู้ป่วยในระหว่างเวลา 12.00-13.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ห้องยาปิด โดยดูจำนวนยาที่หายไปเทียบกับใบสำเนาการสั่งจ่าย ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ ในการเติมยานั้นจะนำยาที่มี Lot. เดียวกัน มีวันหมดอายุวันเดียวกัน

- เภสัชกรจะตรวจเช็คกล่องยาในตอนเช้าของทุกวันว่ามียาเหลือกลับมาจากหอผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผลหรือไม่ หากพบว่ามียาเหลือกลับมาไม่สมเหตุสมผลจะติดตามว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือไม่อย่างไร

- หากผู้ป่วยมียาเดิมและนำไปให้แพทย์ดูแล้วจะนำมาเก็บไว้ที่รถยาเดิมในห้องยา รถยาเดิมจะถูกนำไปที่หอผู้ป่วยในระหว่างเวลา 22.00-8.00 น. เพื่อที่พยาบาลจะได้คืนยาเดิมให้ผู้ป่วยหากผู้ป่วยถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่นในเวรปายติ๊ก เภสัชกรจะติดสติ๊กเกอร์ยาเดิมไว้ที่ Profile sheet เพื่อแจ้งเตือนให้เจ้าหน้าที่คืนยาผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

	ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจ่ายยาหอผู้ป่วยใน	รหัส : SP- PHA - 07 แผ่นที่ : 4/7 แก้ไขครั้งที่ : - ฉบับที่ : 01 วันที่บังคับใช้: 16 ก.ค. 2559
เภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลจุฬ	ผู้จัดทำ: นางสาวชัญญา นุช ภูมิแก้ว 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 เภสัชกรจะเป็นคนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลเจ้าของไข้และนำยาที่ถูกต้องส่งไปให้หอผู้ป่วยใน

5.2.2 การติดตามยาเดิมของผู้ป่วย

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน เภสัชกรจะเข้าไปสอบถามยารักษาโรคประจำตัว/สมุนไพรเสริมที่ใช้อยู่ 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) ครั้งแรก ในขณะที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล เภสัชกรจะเข้าไปสอนใช้ยาเทคนิคพิเศษในหอผู้ป่วยหรือทั้งมีการประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษทั้งในระหว่างที่นอนโรงพยาบาลและก่อนผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย

5.2.4 การเฝ้าระวังและประเมินการแพ้ยา

- หากในระหว่างที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่สงสัยว่าอาจเกิดจากการใช้ยา พยาบาลจะแจ้งให้เภสัชกรเข้าไปประเมินแพ้ยาที่หอผู้ป่วยใน หากพบว่าอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาจริงจะมีการออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย ลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

	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 กรณีที่พบปัญหาเภสัชกรต้องติดต่อแพทย์ผู้ส่งยาทันที

- เภสัชกรจะต้องป้อนข้อมูล การเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ลงบนใบบันทึกการจ่ายยา (Profile sheet) ที่เก็บไว้ในห้องยาและเขียนข้อมูลผู้ป่วยและยาที่ได้รับลงในแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

- เภสัชกรจัดทำแบบฟอร์มการติดตามการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง คู่มือการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง และแผ่น High Alert Drug Card ให้พยาบาลเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย และลงบันทึกผลการใช้ยาหรือความเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยาก่อนส่งยาพยาบาลแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติหลังการให้ยา

- ใบติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงของหอผู้ป่วยในพยาบาลจะเป็นผู้แนบลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเมื่อมีการสั่งใช้ยาครั้งแรก ส่วนห้องฉุกเฉิน เภสัชกรจะเป็นผู้แนบส่งใบติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการเบิกยาที่มีความเสี่ยงสูง

5.2.7 การจ่ายยากรณีเปลี่ยนย้ายเตียงผู้ป่วยใน

- เมื่อพยาบาลย้ายผู้ป่วยไปเตียงอื่นจะต้องไปเปลี่ยนเลขเตียงผู้ป่วยใน HosXP เปลี่ยนเลขเตียงในสต็อกเกอร์ติด Copy order เปลี่ยนเลขเตียงบนปกชาร์ต และโทรมาแจ้งห้องยา

- หากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยก่อนส่งรยา ห้องยาจะแก้ไขเลขเตียงบนซองยาและกล่องยาของผู้ป่วยก่อนส่งรยา และต้องย้าย Profile sheet ของผู้ป่วยจากเตียงเดิมไปเตียงใหม่

- หากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยหลังส่งรยาแล้ว ห้องยาจะย้าย Profile sheet ของผู้ป่วยจากเตียงเดิมไปเตียงใหม่

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

- เภสัชกรจะเป็นคนแนะนำการให้ยาให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge Counseling) โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาที่ต้องสม่ำเสมอ 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