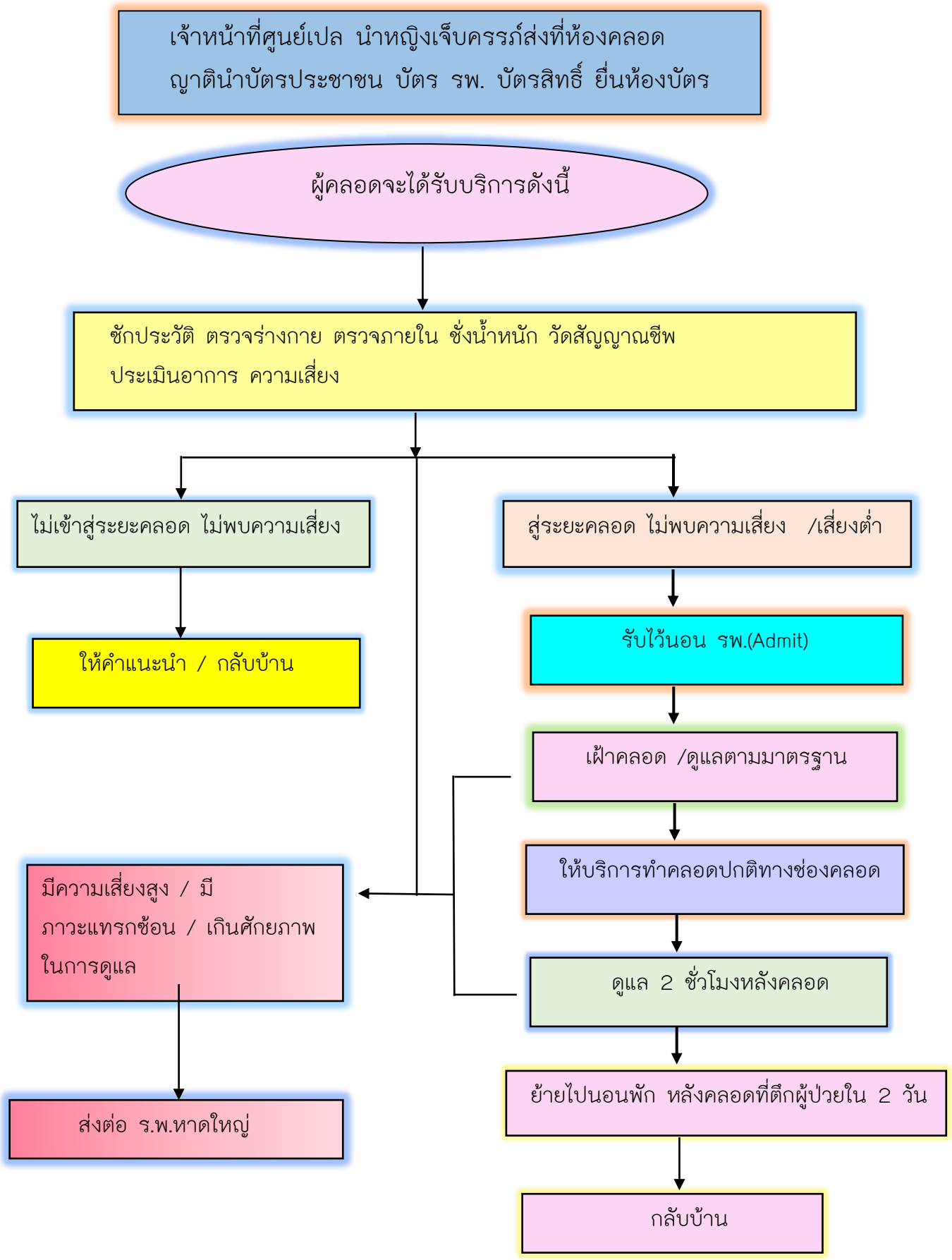
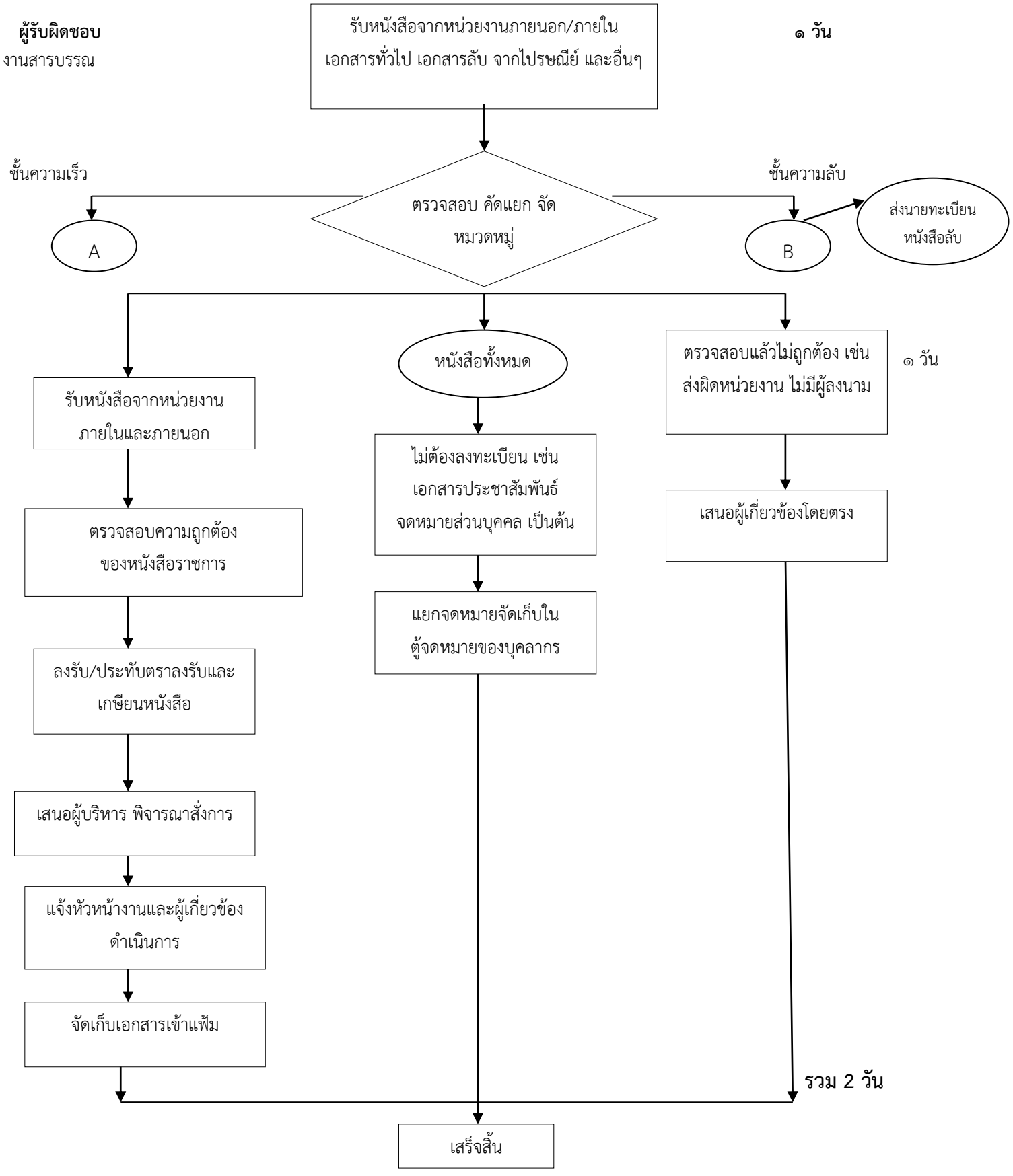
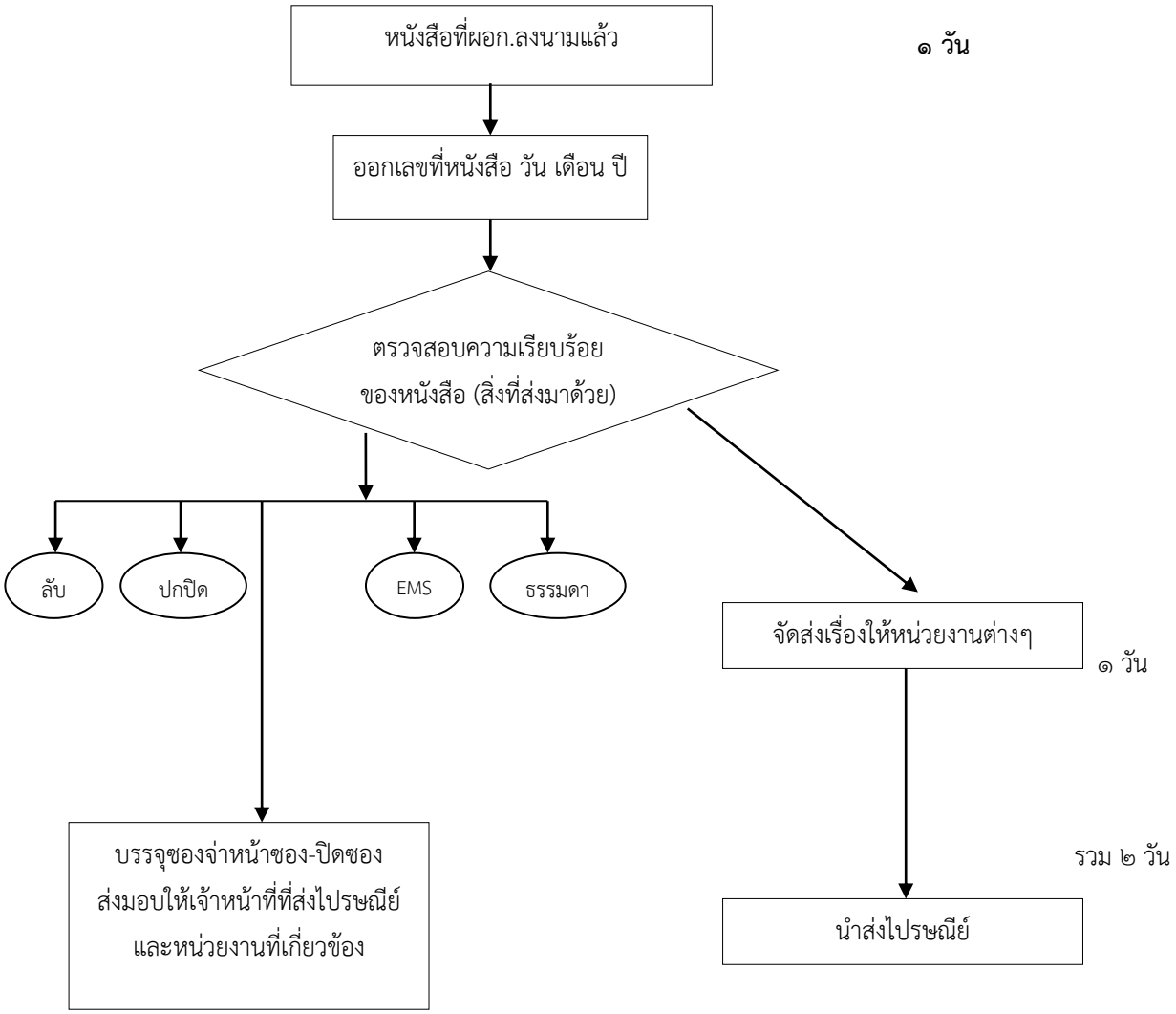
ขั้นตอนการรับบริการงานห้องคลอด



Flow Chart แสดงขั้นตอนการรับหนังสือ
การปฏิบัติงานสารบรรณ (flow Chart)
งานรับหนังสือ
กิจกรรม



Flow Chart แสดงขั้นตอนการส่งหนังสือ
การปฏิบัติงานสารบรรณ (flow Chart)
งานส่งหนังสือ



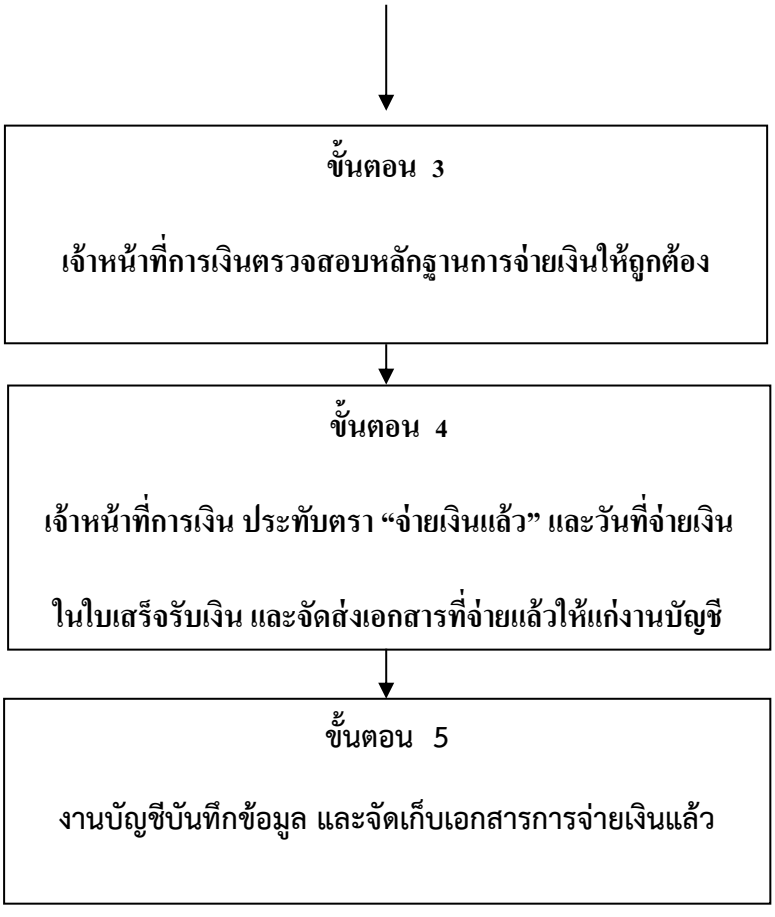
Flowchart ขั้นตอนการจ่ายเช็ค

ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน
เอกสารประกอบการจ่ายเงิน

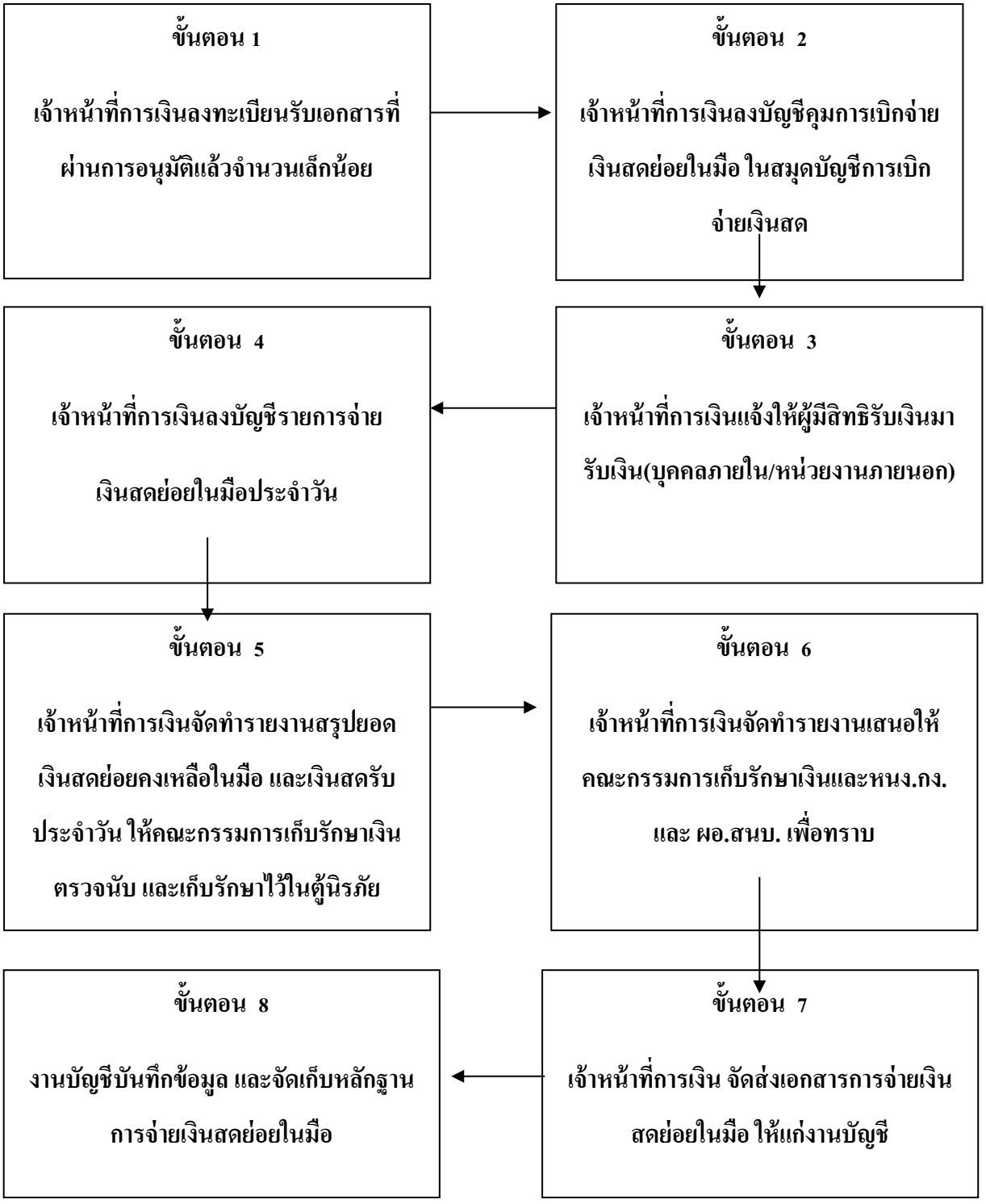
เจ้าหน้าที่การเงิน แจ้งให้ผู้มีสิทธิมารับเช็ค
(บุคคลภายในและหน่วยงานภายนอก)

เจ้าหน้าที่การเงินออกหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย
ให้แก่เจ้าหนี้การค้า พร้อมลงวันที่ ให้ตรงกับเช็ค

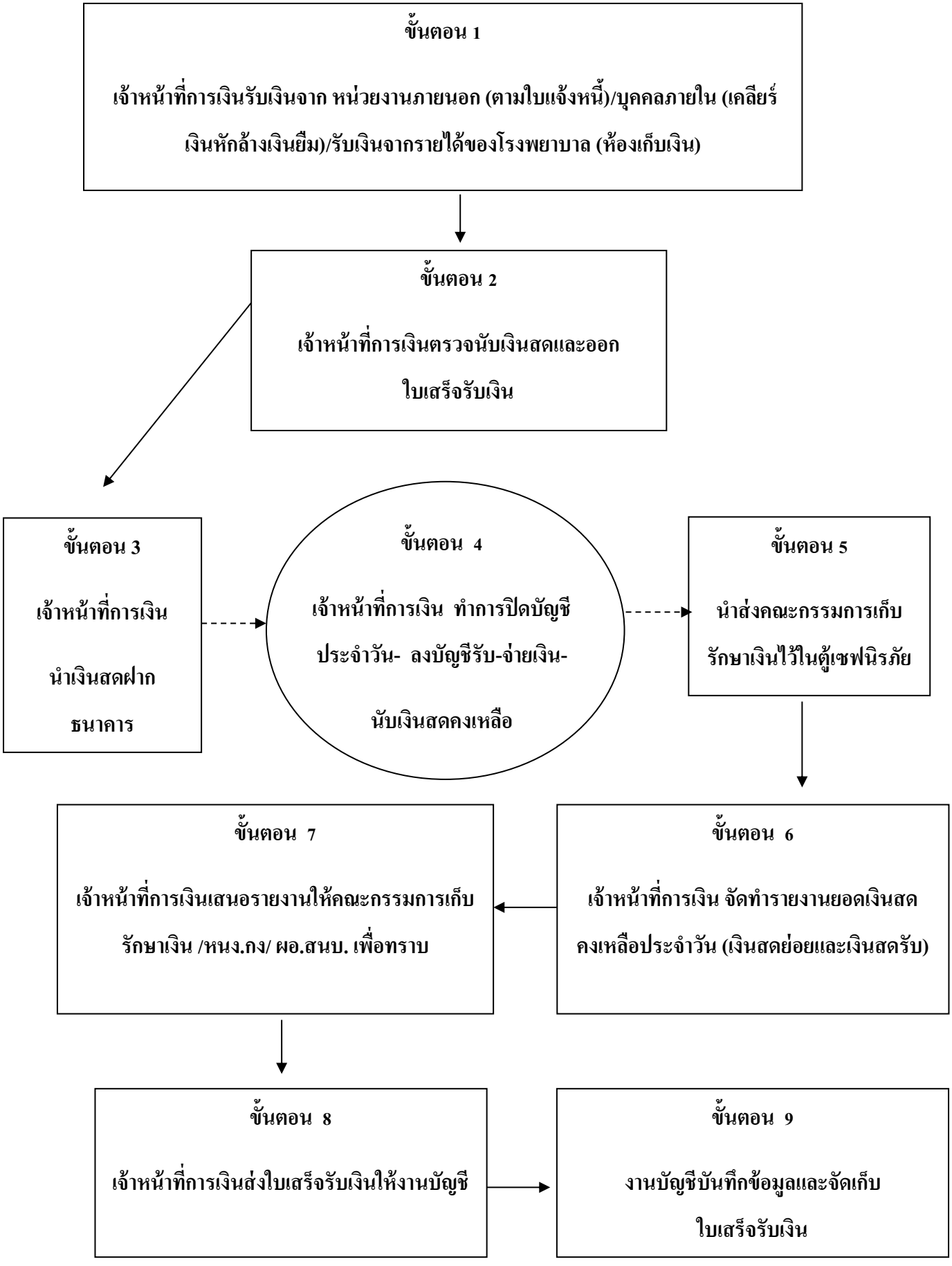
เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบหลักฐานการจ่ายเงิน



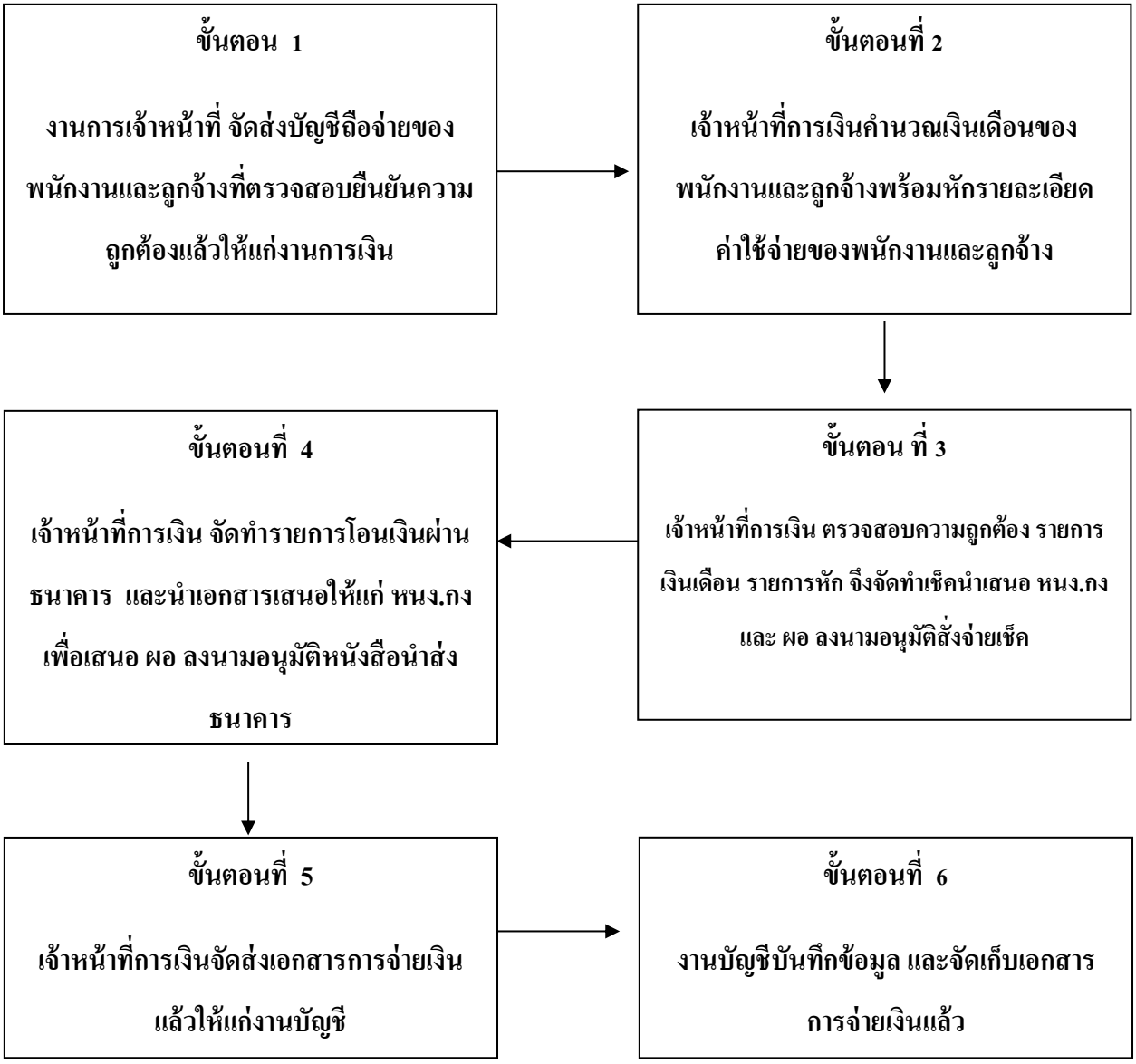
Flowchart ขั้นตอนการจ่ายเงินสดย่อยในมือ



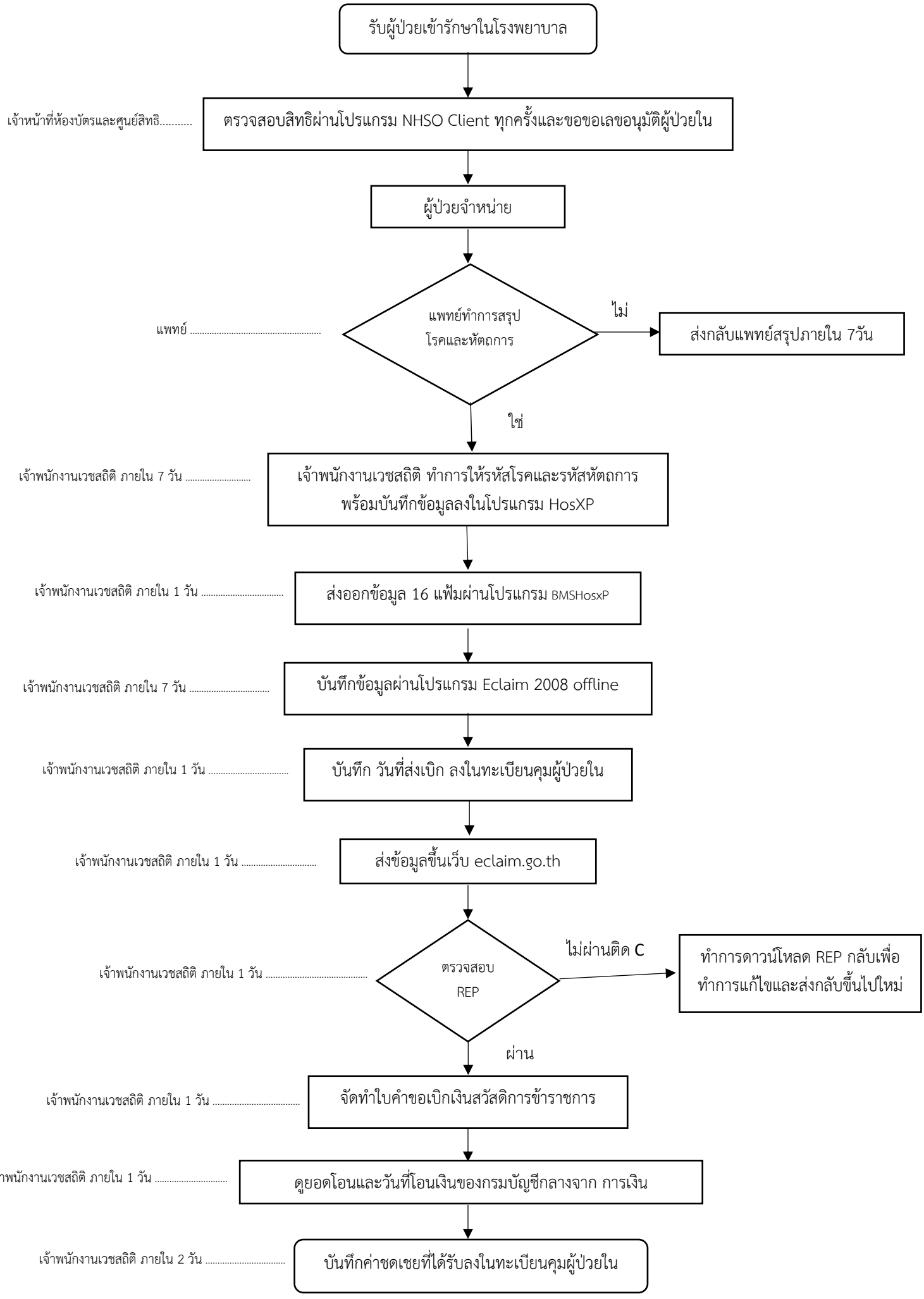
Flowchart ขั้นตอน การรับ-เก็บรักษาเงิน



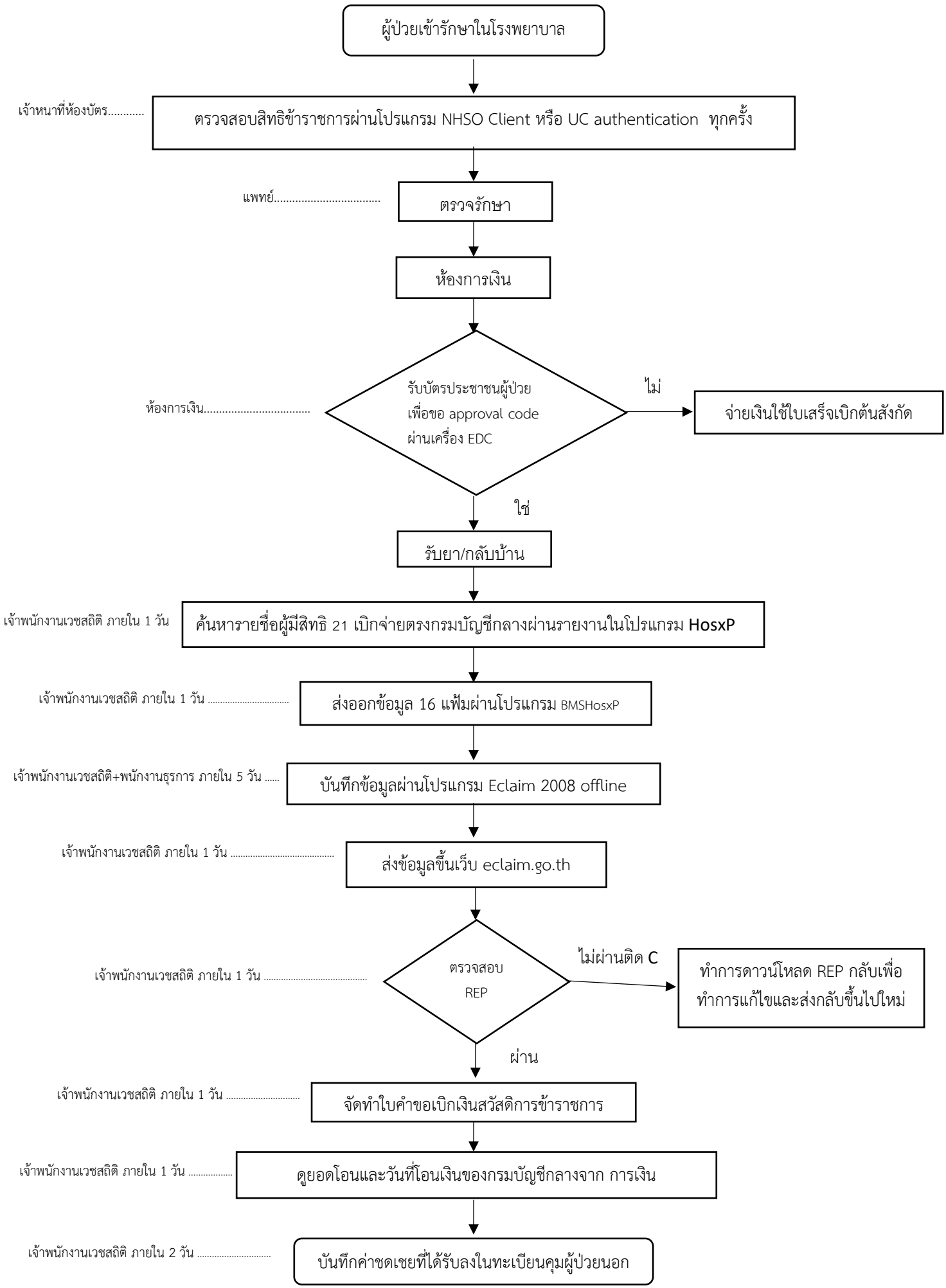
Flowchart ขั้นตอนการเบิก-จ่ายเงินเดือนและค่าจ้าง



Flow chart การเรียกเก็บสิทธิข้าราชการผู้ป่วยใน



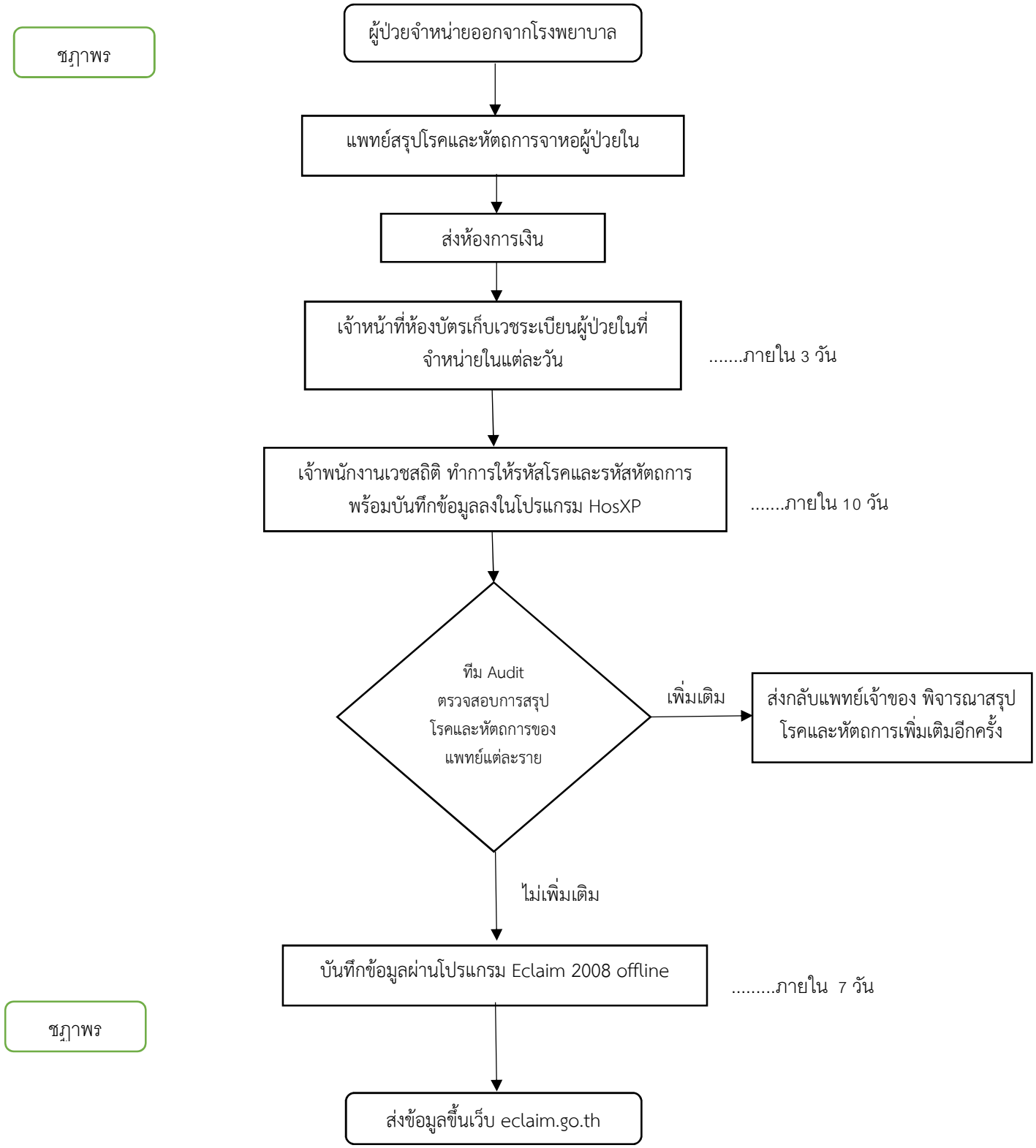
Flow chart การเรียกเก็บสิทธิข้าราชการผู้ป่วยนอก



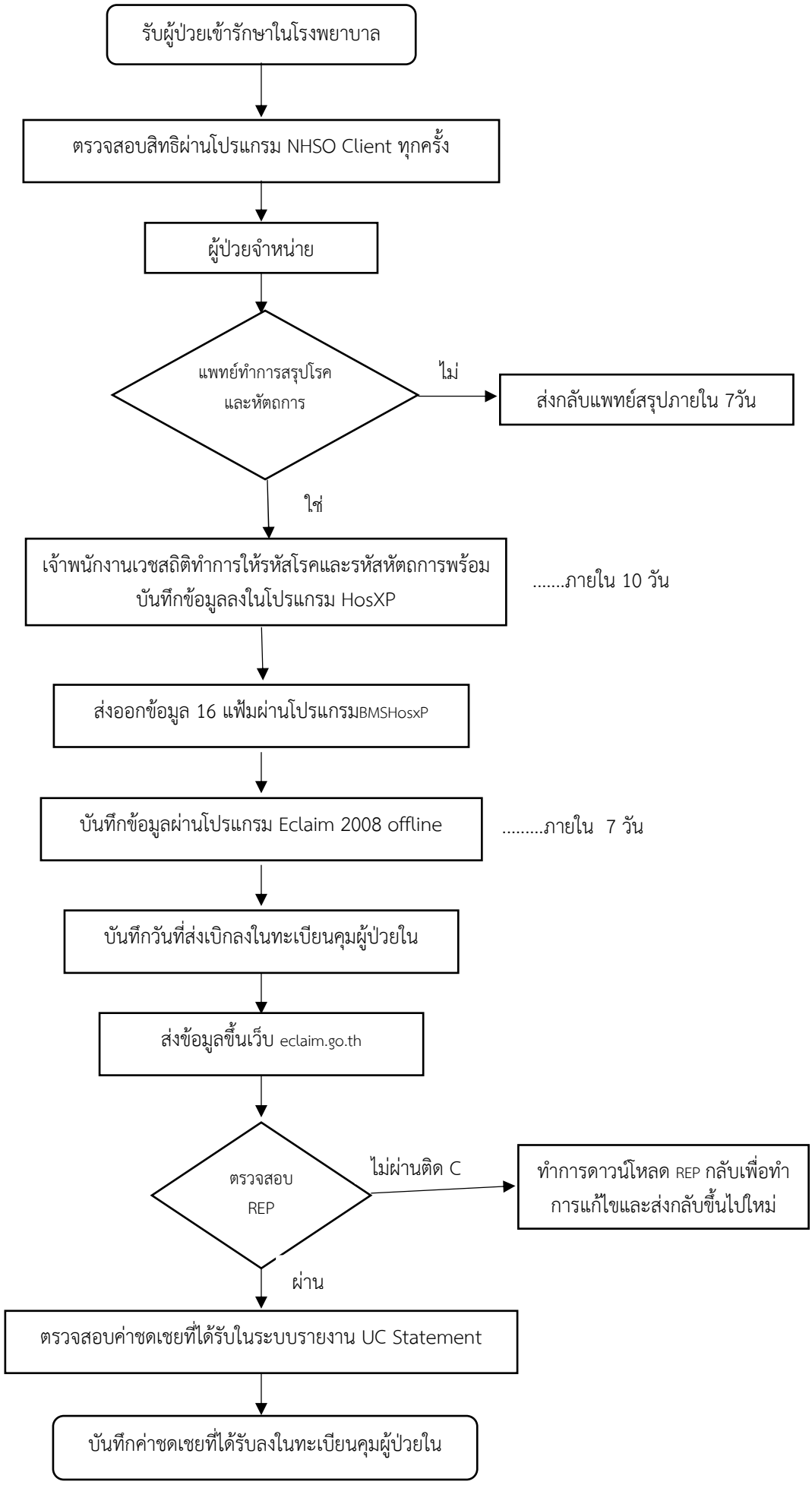
Flow chart การเรียกเก็บสิทธิบัตรทองผู้ป่วยใน

ผู้รับผิดชอบ		ระยะเวลา
OPD/ER	รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล	1วัน
ห้องบัตร	ตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client ทุกครั้ง	
	ผู้ป่วยจำหน่าย	
แพทย์	แพทย์ทำการสรุปโรคและหัตถการ → ไม่ → ส่งกลับแพทย์สรุปภายใน 7วัน	
	ใช่	
ชฎาพร	เจ้าพนักงานเวชสถิติ ทำการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ พร้อมบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HosXP	7 วัน
	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Eclaim 2008 offline	
ชฎาพร	บันทึก วันที่ส่งเบิก ลงในทะเบียนคุมผู้ป่วยใน	.....ภายใน 7 วัน
	แพทย์ทำการสรุปโรคและหัตถการ → ไม่ผ่านติด C	
	ผ่าน	
ชฎาพร	ตรวจสอบค่าชดเชยที่ได้รับในระบบรายงาน UC Statement	3 วัน
	บันทึกค่าชดเชยที่ได้รับลงในทะเบียนคุมค่ารักษาผู้ป่วยใน	.....ภายใน 10 วัน

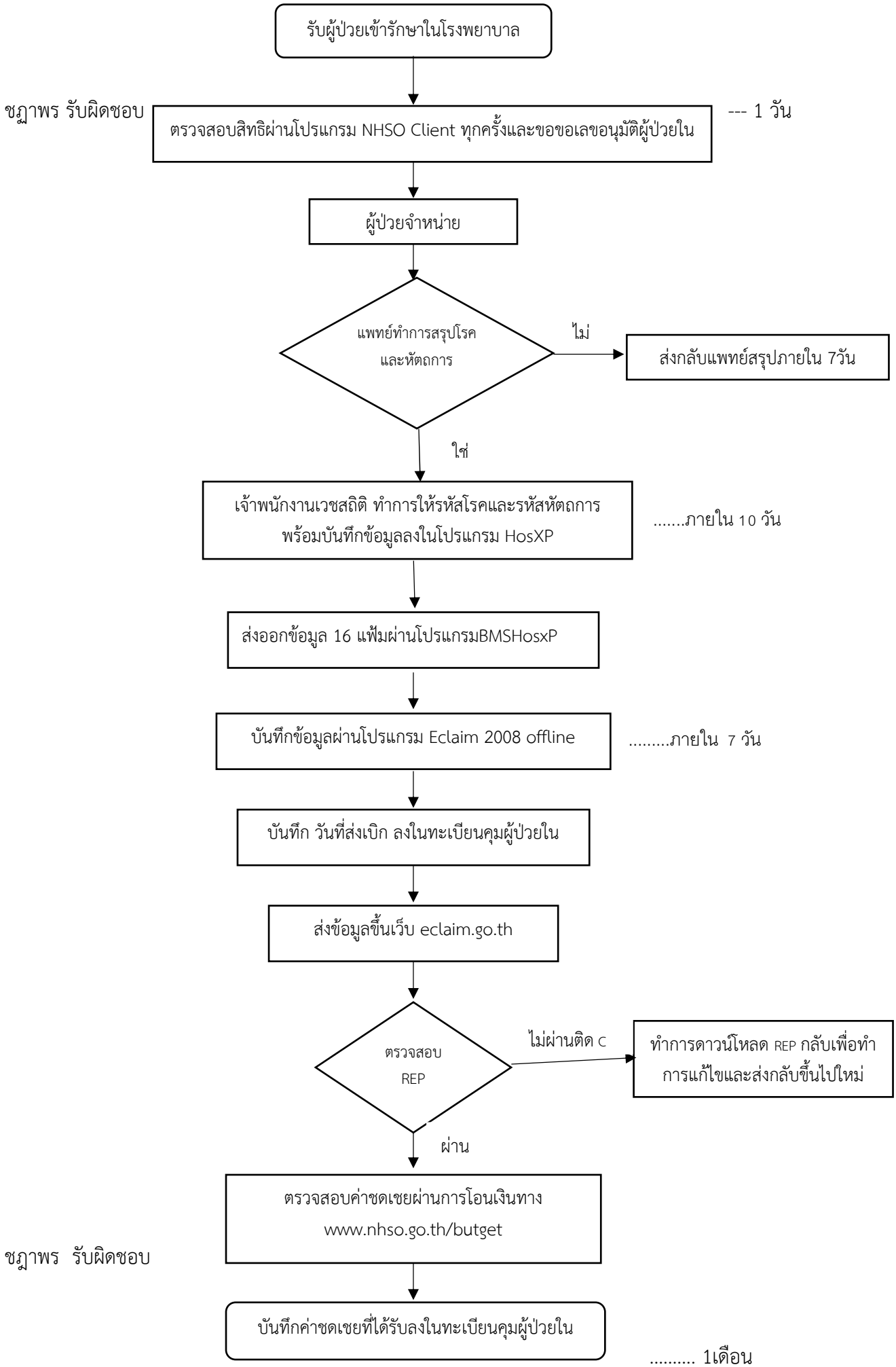
Flow chart เวชระเบียนผู้ป่วยใน



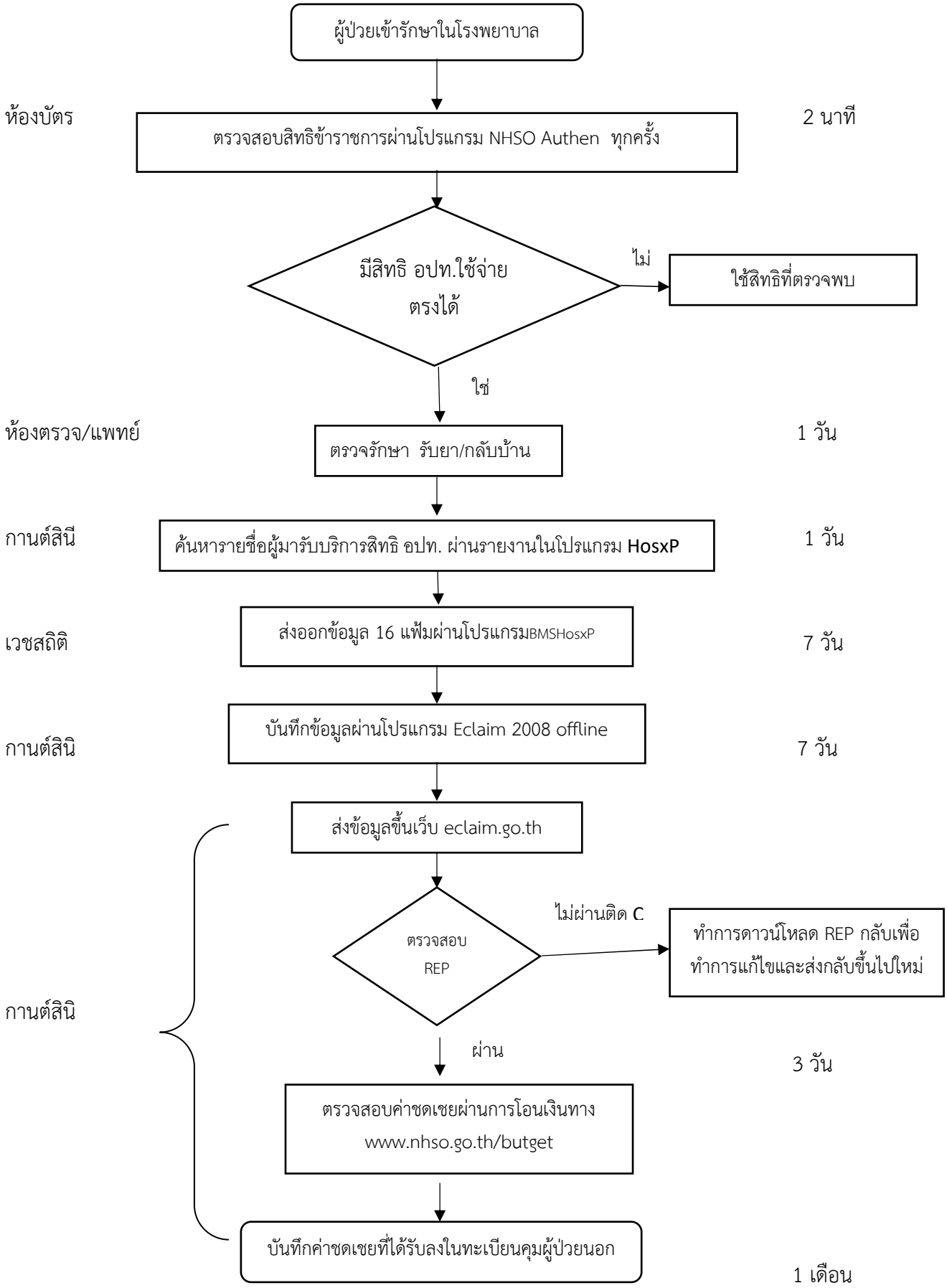
Flow chart การเรียกเก็บสิทธิบัตรทองผู้ป่วยใน



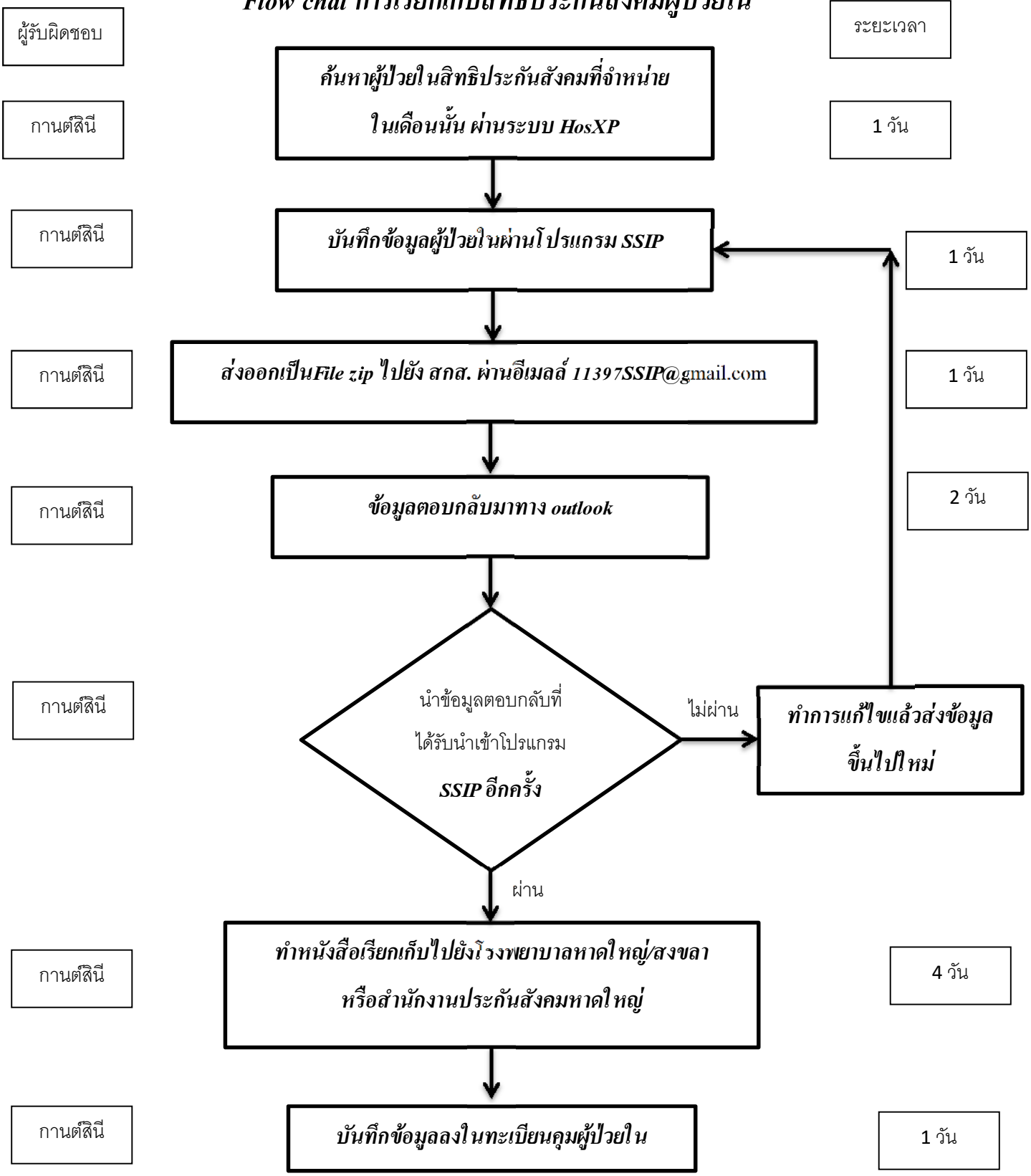
Flow chart การเรียกเก็บสิทธิ อปท.ผู้ป่วยใน



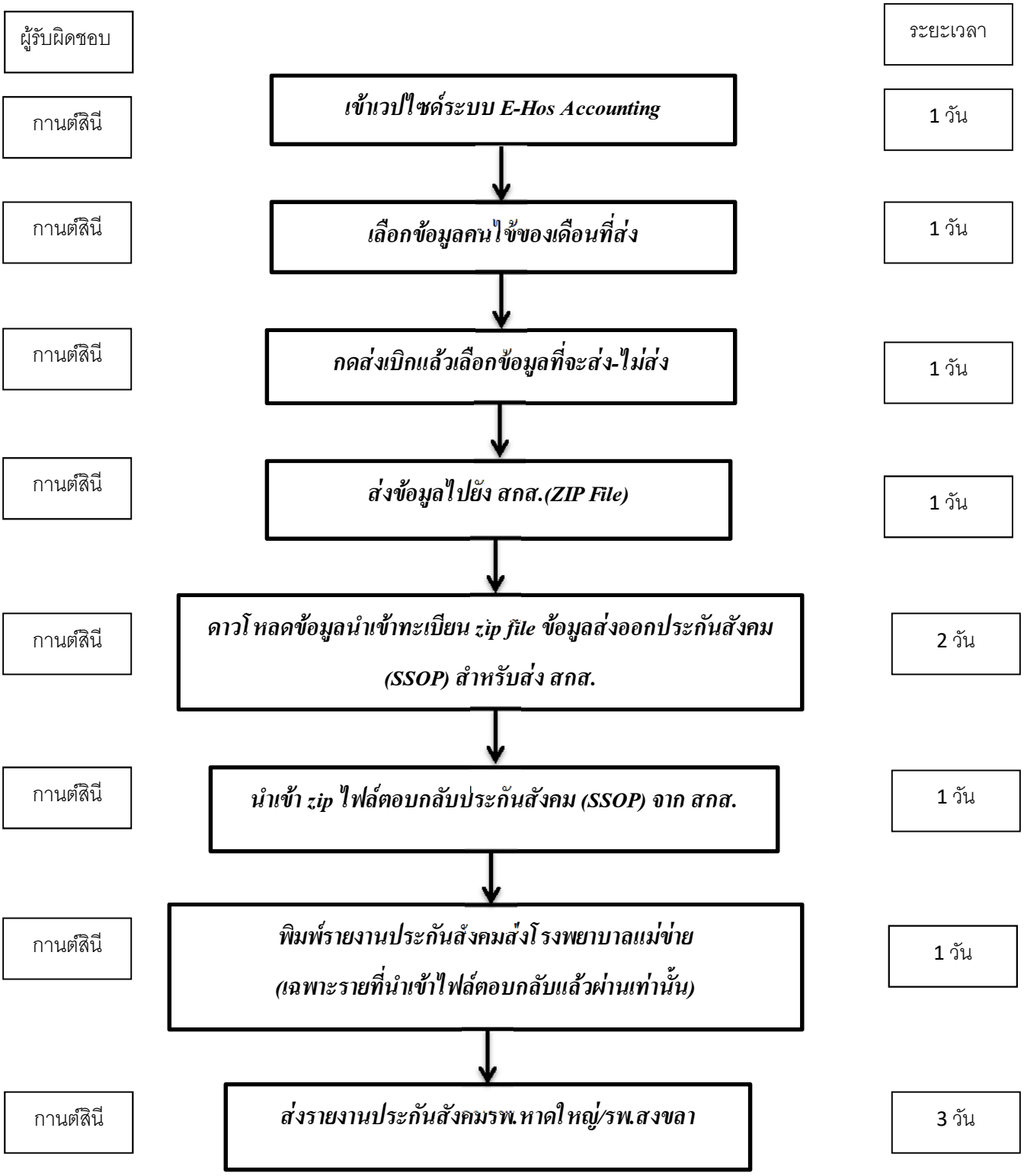
Flow chart การเรียกเก็บสิทธิ อปท. ผู้ป่วยนอก



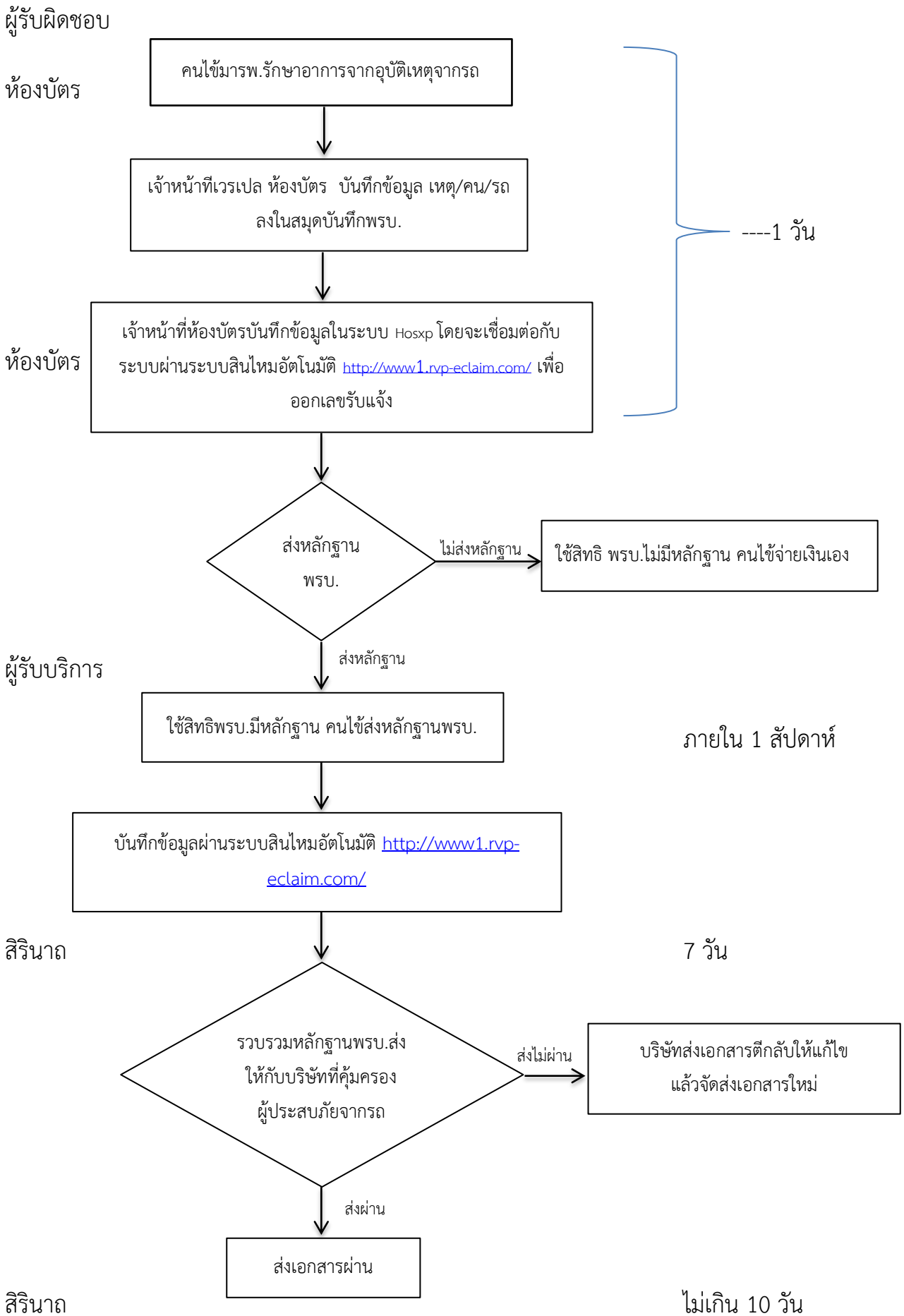
Flow chat การเรียกเก็บสิทธิประกันสังคมผู้ป่วยใน



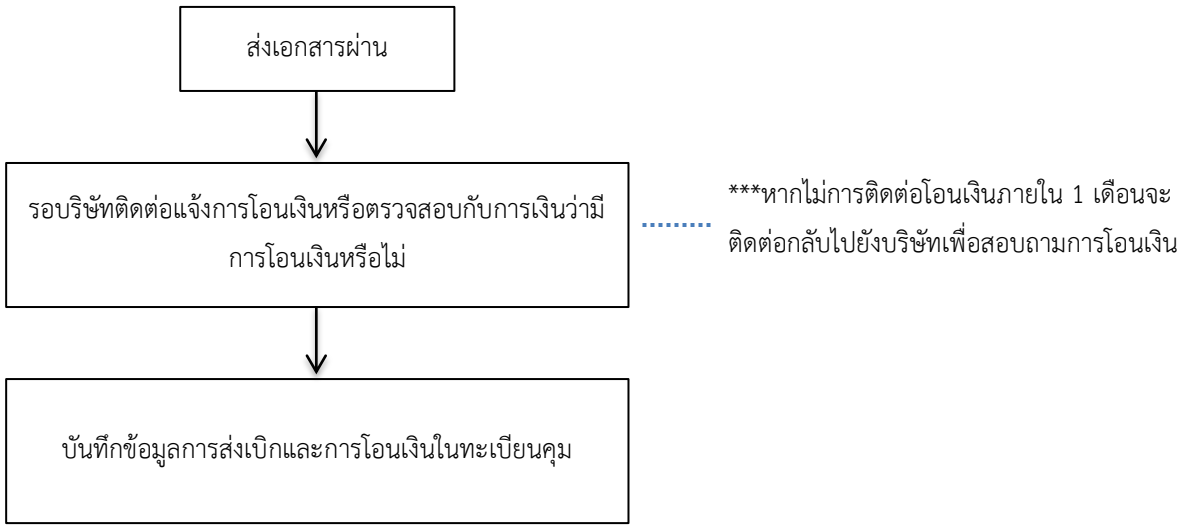
Flow chat การเรียกเก็บสิทธิประกันสังคมผู้ป่วยนอก



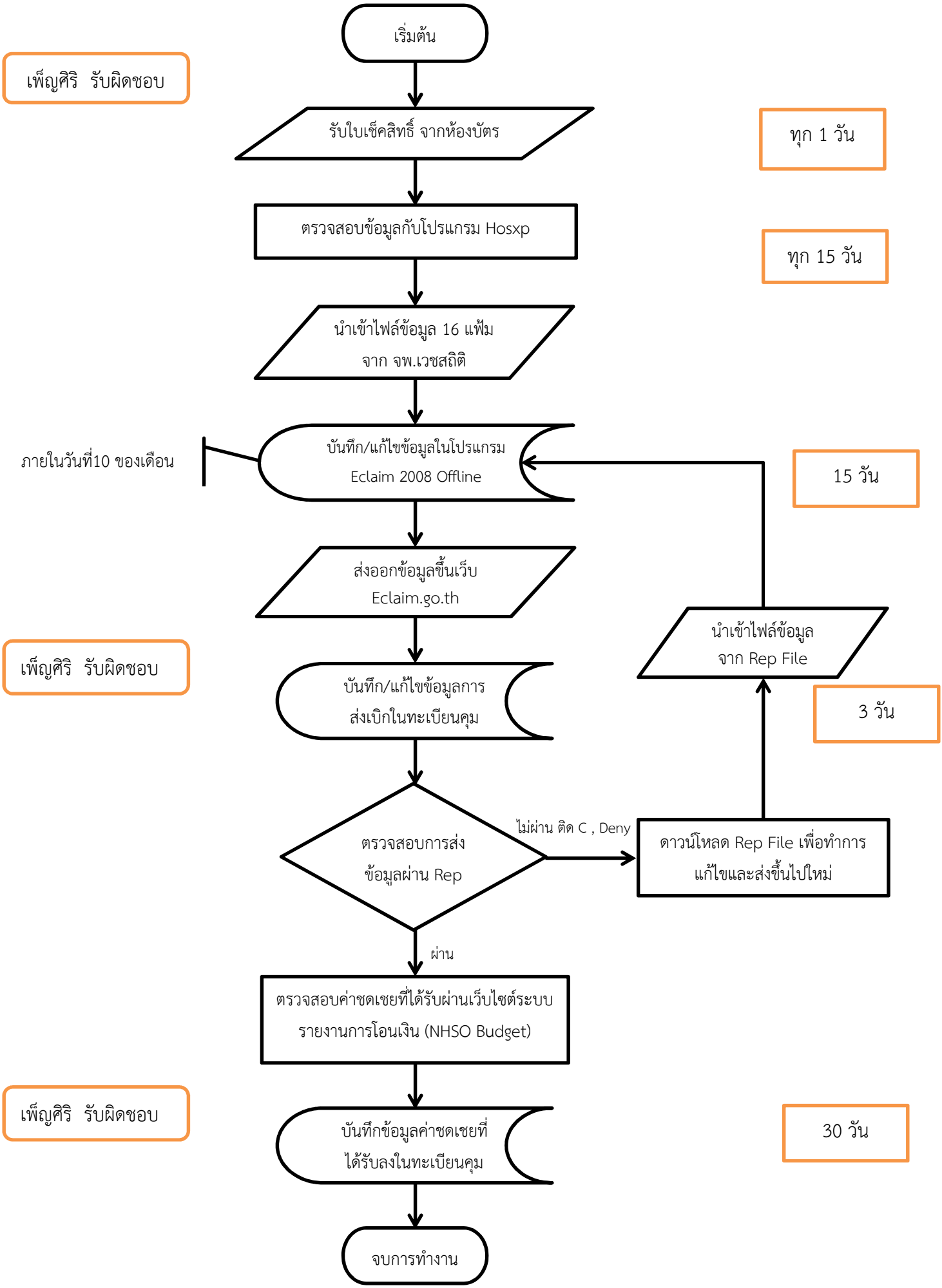
Flow Chart การเรียกเก็บสิทธิพรบ.ผู้ป่วยในและนอก



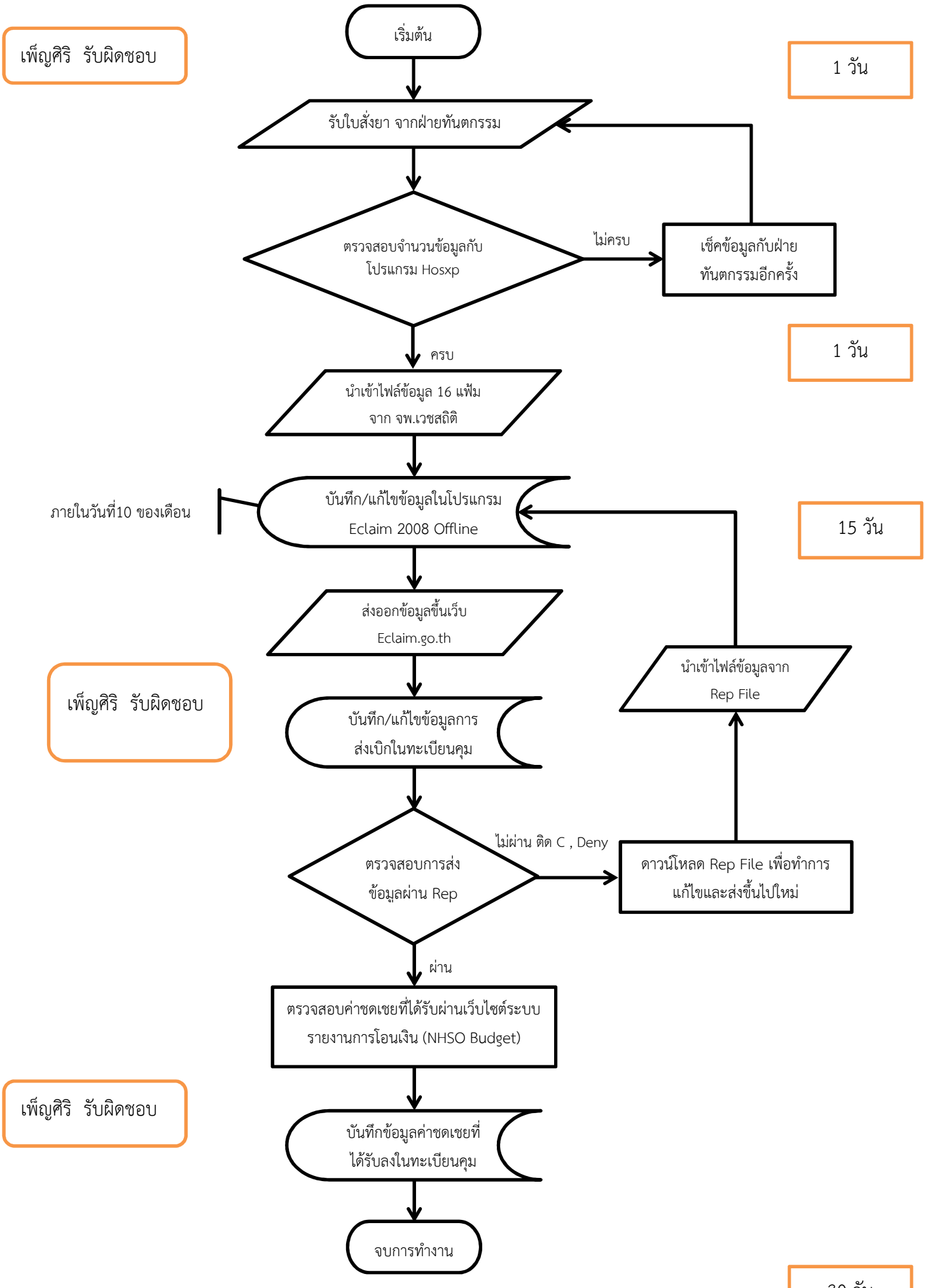
สิรินาถ


ส่งเอกสารผ่าน
รอบริษัทติดต่อแจ้งการโอนเงินหรือตรวจสอบกับการเงินว่ามีการโอนเงินหรือไม่
***หากไม่การติดต่อโอนเงินภายใน 1 เดือนจะติดต่อกลับไปยังบริษัทเพื่อสอบถามการโอนเงิน
บันทึกข้อมูลการส่งเบิกและการโอนเงินในทะเบียนคุม

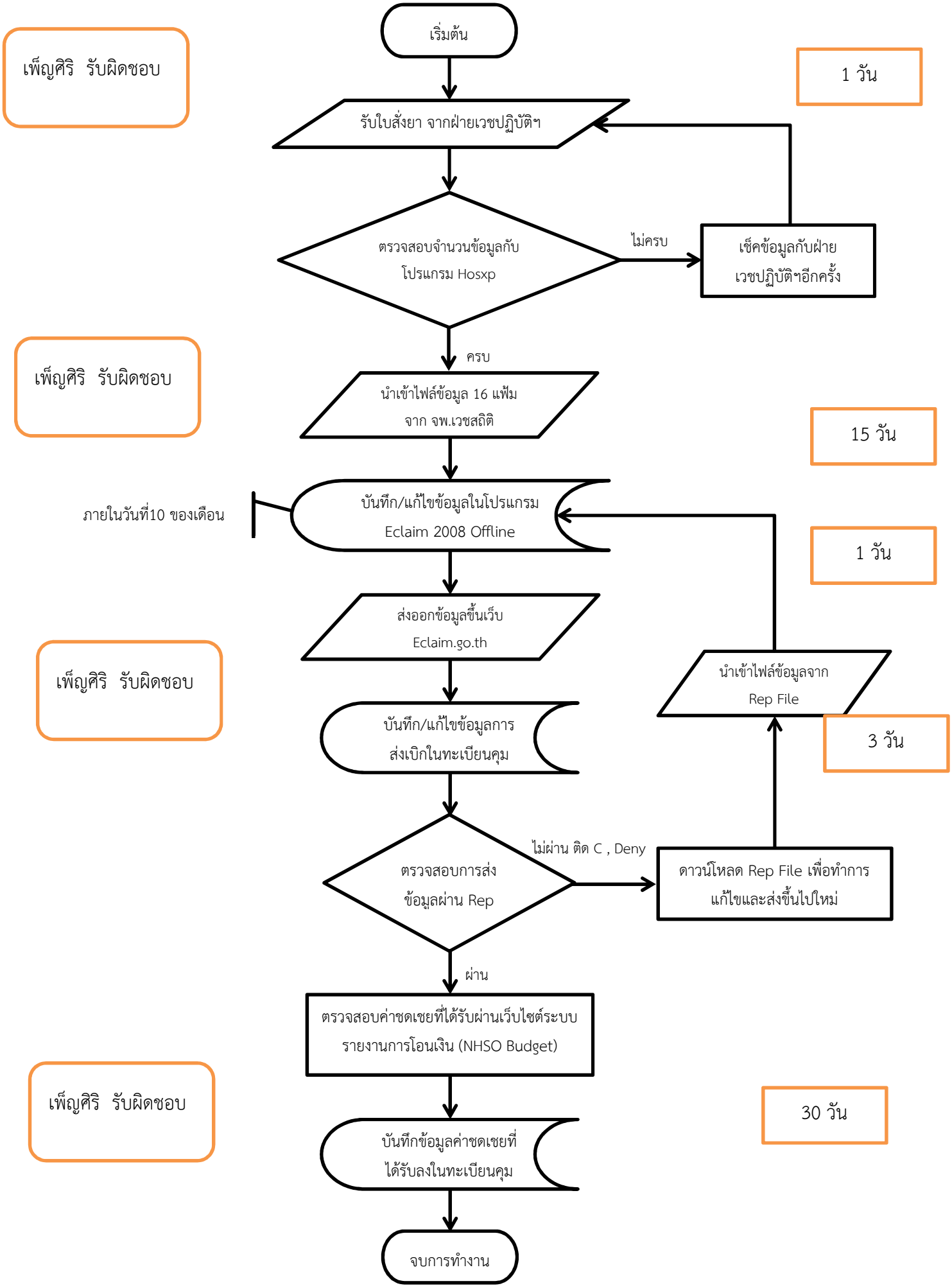
แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนการทำงานของการเรียกเก็บค่าชดเชย สิทธิ์ ผู้ป่วยนอกฉุกเฉินต่างจังหวัด (AE)



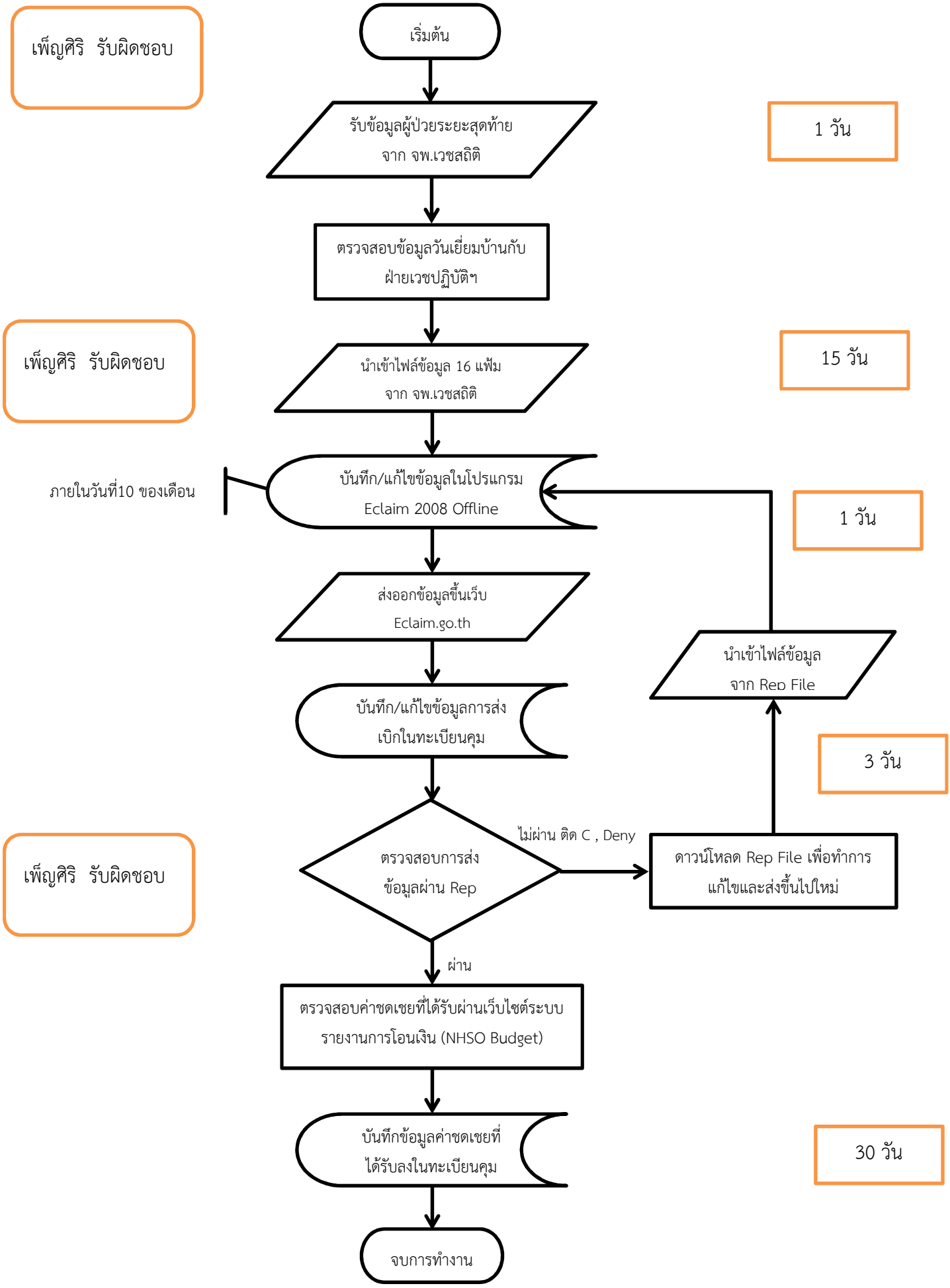
แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนการทำงานของการเรียกเก็บค่าชดเชย สิทธิ์ ฟันปลอม (High Cost)



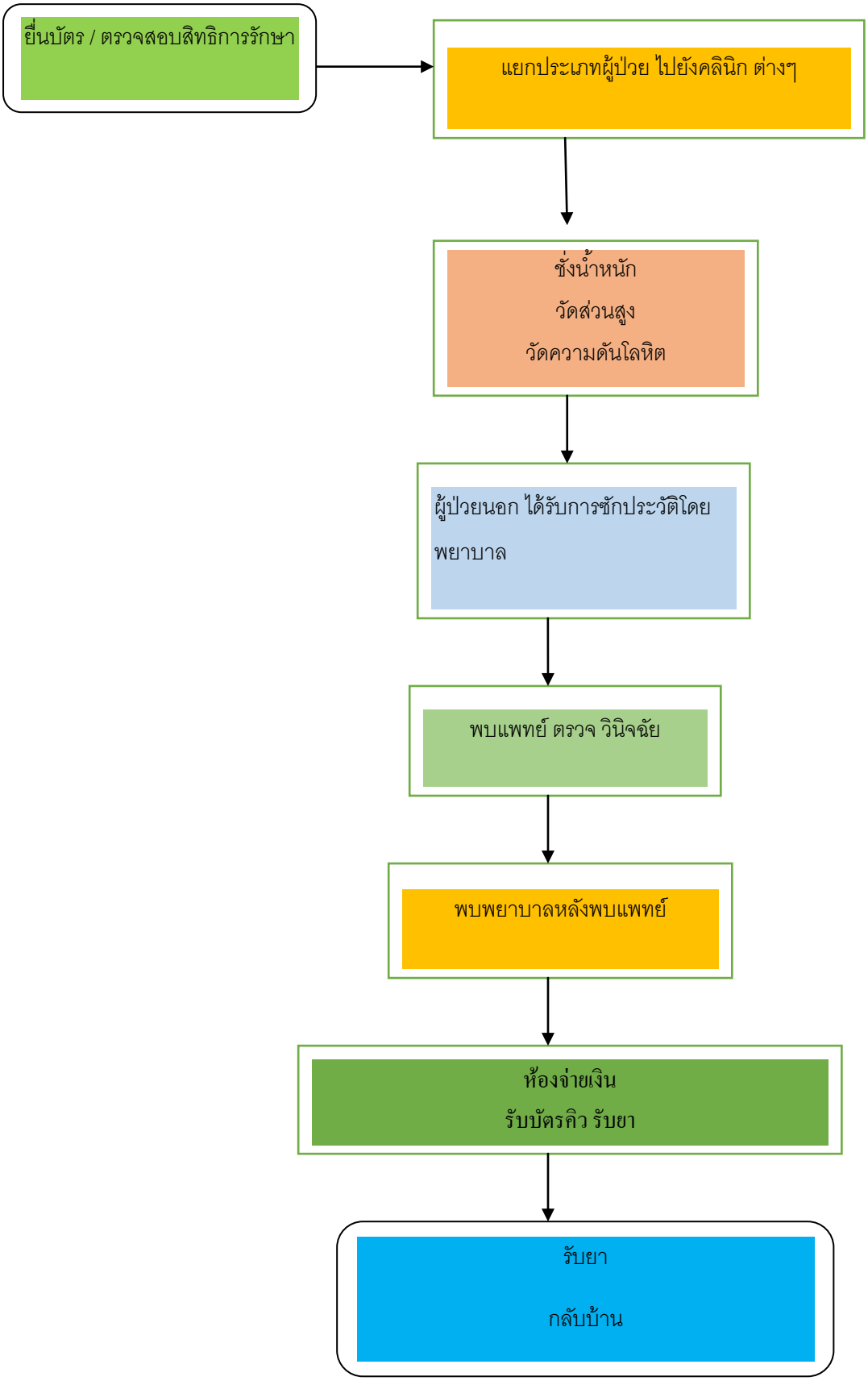
แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนการทำงานของการเรียกเก็บค่าชดเชย สิทธิ์ คุมกำเนิดกึ่งถาวร ต่ำกว่า 20 ปี (DMIS)



แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนการทำงานของการเรียกเก็บค่าชดเชย สิทธิ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative)



ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนเนียง



การรับและการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลควนเนียง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้สิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีคุณภาพ

ความเสี่ยง 1. เก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด
2. เก็บสิ่งส่งตรวจไม่ครบรายการที่สั่งตรวจ
3. รายงานผลล่าช้า

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	1. รับบัตรคิวเจาะเลือด และให้คำแนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆ	-ถามชื่อและสกุลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกด้วยตนเอง	3 นาที
นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2. ลงทะเบียนรับสิ่งส่งตรวจใน LIS ตรวจสอบสภาพความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ และพิมพ์ Barcode	-ตรวจสอบสิ่งส่งตรวจและ Barcode ให้ตรงกัน	2 นาที
นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	3. ทำการเจาะเลือดผู้ป่วยและเก็บสิ่งส่งตรวจอื่นๆ	- ถามชื่อและสกุลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกด้วยตนเอง - ตรวจสอบชื่อ-สกุล ข้างภาชนะบรรจุเลือดให้ตรงกับผู้ป่วยที่เจาะ	3 นาที
นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	4. ทำการนัดหมายเวลาส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์	- Turn Around Time	2 นาที

รวมระยะเวลา 10 นาที

ระเบียบปฏิบัติงาน

การรับและการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอก

1. แพทย์/พยาบาลจะสั่งตรวจผ่านโปรแกรม HosxP ตามรายการที่แพทย์สั่งตรวจ

2. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการลงทะเบียนรับผ่านโปรแกรม LIS LAB และพิมพ์บาร์โค้ดติดภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ

3. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะทำการเจาะเลือด และให้คำแนะนำในการเก็บสิ่งส่งตรวจอื่นๆ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ และเสมหะแก่ผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทำการนัดหมายเวลาการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์

เอกสารประกอบเรื่องการรับและเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอก

WM-LAB-001 คู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

ดัชนีชี้วัด

1. จำนวนการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด (ผิดคน ผิดประเภท)
2. จำนวนการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ครบรายการ
3. ร้อยละของการรายงานผลล่าช้า

การติดตามผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดทุก 3 เดือน กรณีไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขต่อไป

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

Flow Chart ขั้นตอนการให้บริการในฝ่ายเภสัชกรรม(ผู้ป่วยนอก)

ผู้มารับบริการออกจากจุดหลังพบแพทย์

↓

ติดต่อห้องการเงิน(เบอร์ 7)เพื่อขอรับคิวรับยา

↓

นั่งรอรับยาหน้าห้องยาห้องเบอร์ 6

↓

แสดงบัตรคิวรับยาเมื่อคิวที่แสดงบนหน้าจอทีวีหน้าห้องจ่ายยา

↓

หากมีหัตถการให้ทำหัตถการที่ห้องแดยาทำแผล(เบอร์ 11)

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

Flow Chart ขั้นตอนการให้บริการในฝ่ายเภสัชกรรม(ผู้ป่วยใน)

ผู้มารับบริการรับบัตรจากพยาบาลหอผู้ป่วยในเพื่อมารับยา

↓

ในเวลาราชการ ผู้รับบริการนำบัตรคิวติดต่อห้องยา เบอร์ 5 เพื่อรับยากลับบ้าน

นอกเวลาราชการติดต่อห้องเบอร์ 6

↓

นั่งรอรับยาหน้าห้องยาห้องเบอร์ 6 หาก

(มีชำระเงินรอการเงินเรียกชำระเงินห้องเบอร์ 7)

↓

นั่งรอเรียกรับยาหน้าห้องจ่ายยา

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

Flow Chart ขั้นตอนการส่งข้อมูล MEDICATION RECONCILE

กรณี ADMIT ช่วงห้องยาเปิดทำการ

พยาบาลER/OPD ซักประวัติและหากเป็นรายเก่าที่มีประวัติที่โรงพยาบาลเรียกดูประวัติจาก HOS XP (ยาเรื้อรังไม่เกิน 1 ปี และยาอื่นๆที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามอาการที่เป็นอยู่รวมยาตามาอาการในครั้งล่าสุดไม่เกิน 3 เดือน) นับจำนวนเม็ดยา พร้อมลงลายมือชื่อผู้ซักประวัติ ผู้นับยาให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์มทบทวนการใช้ยาเดิมในโปรแกรม Hos XP

**กรณีมีรายการยาเพิ่มเติมและยาจากสถานบริการอื่นให้พยาบาลผู้ซักประวัติแรกรับพิมพ์รายการยา จำนวนยา และวิธีใช้เพิ่มเติมไปในโปรแกรม Hos XP

↓

แพทย์ ทบทวนการสั่งใช้ยาเดิมจากใบ Medication Reconcile และพิจารณาการสั่งใช้ยาจากการทบทวนพร้อมลงลายมือชื่อในช่องให้ครบถ้วนว่าจะพิจารณาสั่งใช้ต่อ/หยุดยา/เปลี่ยนวิธีใช้ พร้อมเหตุผลเพื่อความสมบูรณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนั้นๆพร้อมลงลายมือชื่อ

↓

เภสัชกร ทบทวนการสั่งใช้ยาและทวนซ้ำในโปรแกรมHOS-XP พร้อมทั้งทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาเดิม หากมีการลงข้อมูลจากจุดแรกรับไม่ครบถ้วนประสานกลับและลงข้อมูลยาที่ทบทวนให้สมบูรณ์ ก่อนส่งต่อและให้เจ้าหน้าที่ห้องยานับจำนวนเม็ดยาซ้ำ/จัดยาให้ผู้ป่วยพร้อมลงลายมือชื่อ

↓

พยาบาล IPD **กรณีนำยาเดิม**มาขณะแรกรับทบทวนข้อมูลการใช้ยาอีกครั้ง พร้อมประสานข้อมูลหากมีการนำยามาเพิ่มในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในพร้อมลงข้อมูลยาตามแบบฟอร์มการบันทึกการใช้ยาเดิมใน Hos XP พร้อมลงลายมือชื่อ

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

<u>กรณีนำยาเดิมมาขณะนอนในหอผู้ป่วยใน</u>

ให้พยาบาลหอผู้ป่วยในเพิ่มข้อมูลยาผู้ป่วยพร้อมวิธีใช้และจำนวนเม็ดยาตามแบบฟอร์มในโปรแกรม Hos XP เท่านั้น พร้อมลงลายมือชื่อและประสานแพทย์เจ้าของไข้พิจารณา

↓

แพทย์เจ้าของไข้ทบทวนซ้ำในหอผู้ป่วยในพร้อมลงคำสั่งในช่องให้ครบถ้วนว่าจะพิจารณาสั่งใช้ต่อ/หยุดยา/เปลี่ยนวิธีใช้ พร้อมเหตุผลเพื่อความสมบูรณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนั้นๆพร้อมลงลายมือชื่อ

<u>กรณี DiSCHARGE ช่วงห้องยาเปิดทำการ</u>

แพทย์ ทบทวนการสั่งใช้ยาเดิมจากใบ Medication Reconcileและพิจารณาการสั่งใช้ยาทุกรายการจากการ RECONCILE ว่าจะสั่งใช้ต่อที่บ้านหรือไม่ มีการปรับขนาดยาที่ใช้อย่างไร พร้อมลงลายมือชื่อ

↓

พยาบาลIPD ทบทวนรายการยาทั้งหมดในใบ Medication Reconcile พร้อมประสานยาเดิมกับแพทย์ก่อน D/C เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แพทย์พิจารณาและนำยาเดิมทุกรายการคืนกลับให้ทางฝ่ายเภสัชกรรม

↓

เภสัชกร ทบทวนการสั่งใช้ยาผู้ป่วยซ้ำพร้อมทวนสอบกลับก่อนส่งมอบยาผู้ป่วยรายนั้น พร้อมทั้งทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งยาในกระบวนการทบทวนการใช้ยาเดิม

<u>กรณี ADMIT ช่วงห้องยาปิดทำการ</u>

พยาบาลER ซักประวัติและหากเป็นรายเก่าที่มีประวัติที่โรงพยาบาลเรียกดูประวัติจาก HOS XP (ยาโรคเรื้อรังไม่เกิน 1 ปี และยาอื่นๆที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามอาการที่เป็นอยู่รวมยาตามาอาการในครั้งล่าสุดไม่เกิน 3 เดือน) นับจำนวนเม็ดยา พร้อมลงลายมือชื่อผู้ซักประวัติ ผู้นับยาให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์มทบทวนการใช้ยาเดิมในโปรแกรม Hos XP
**กรณีมีรายการยาเพิ่มเติมและยาจากสถานบริการอื่นให้พยาบาลผู้ซักประวัติแรกรับพิมพ์รายการยา จำนวนยา และวิธีใช้เพิ่มเติมไปในโปรแกรม Hos XP

↓

แพทย์ ทบทวนการสั่งใช้ยาเดิมจากใบ Medication Reconcile
และพิจารณาการสั่งใช้ยาจากการทบทวนพร้อมลงลายมือชื่อพร้อมในช่องให้ครบถ้วนว่าจะพิจารณาสั่งใช้ต่อ/หยุดยา/เปลี่ยนวิธีใช้ พร้อมเหตุผลเพื่อความสมบูรณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนั้นๆพร้อมลงลายมือชื่อ

↓

พยาบาล IPD กรณีนำยาเดิมมาขณะแรกรับทบทวนข้อมูลการใช้ยาอีกครั้ง
พร้อมประสานข้อมูลหากมีการนำยามาเพิ่มในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในพร้อมลงลายมือชื่อ

กรณีนำยาเดิมมาขณะนอนในหอผู้ป่วยใน ให้พยาบาลหอผู้ป่วยในเพิ่มข้อมูลยาผู้ป่วยพร้อมวิธีใช้และจำนวนเม็ดยาตามแบบฟอร์มในโปรแกรม Hos XP เท่านั้น พร้อมลงลายมือชื่อและประสานแพทย์เจ้าของไข้พิจารณา

↓

แพทย์เจ้าของไข้ทบทวนซ้ำในหอผู้ป่วยในพร้อมลงลายมือชื่อ

↓

เภสัชกร ทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 24 ชม. ในเวรเช้าและทวนซ้ำในโปรแกรมHOS-XP พร้อมทั้งทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาเดิม หากมีการลงข้อมูลจากจุดแรกรับไม่ครบถ้วนประสานกลับและลงข้อมูลยาที่ทบทวนให้สมบูรณ์ ก่อนส่งต่อและจัดยาให้ผู้ป่วยพร้อมลงลายมือชื่อ

<u>กรณี DiSCHARGE ช่วงห้องยาปิดทำการ</u>

พยาบาลIPD ทบทวนรายการยาทั้งหมดในใบ Medication Reconcile พร้อมประสานยาเดิมกับแพทย์ก่อน D/C เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แพทย์พิจารณาและนำยาเดิมทุกรายการคืนกลับให้ทางฝ่ายเภสัชกรรม

↓

แพทย์ ทบทวนการสั่งใช้ยาเดิมจากใบ Medication Reconcile และพิจารณาการสั่งใช้ยาทุกรายการจากการ RECONCILE ว่าจะสั่งใช้ต่อที่บ้านหรือไม่ มีการปรับขนาดยาที่ใช้อย่างไร พร้อมลงลายมือชื่อ

↓

พยาบาล ER ทบทวนการสั่งใช้ยาผู้ป่วยซ้ำพร้อมทวนสอบกลับก่อนส่งมอบยาผู้ป่วยรายนั้น พร้อมทั้งทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งยาในกระบวนการทบทวนการใช้ยาเดิม

แผลเลือดออก ทั้งชนิดที่ต้องเย็บแผลและไม่ต้องเย็บแผล

ซักประวัติและตรวจร่างกาย

- ระยะเวลาการเกิดแผล (หากนานกว่า 6 ช.ม. และไม่ได้รับการทำความสะอาด อาจจะมีโอกาสติดเชื้อ)
- ดูลักษณะของแผล / ความสกปรก / เนื้อตาย / ขนาดแผล / ตำแหน่งของแผล

การวินิจฉัยและการให้การรักษา

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

แผลสะอาด

- ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการภายใน 6 ชั่วโมง
- แผลขอบเรียบ ทำความสะอาดง่าย
- ไม่มีเนื้อตาย
- ไม่มีสิ่งสกปรกติดในแผล หรือมีแต่ล้างออกง่าย
- ไม่ปนเปื้อนสิ่งที่มีแบคทีเรียมาก เช่น มูลสัตว์ น้ำคร่ำ

กรณีที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

บาดแผลที่มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าปกติ

- บาดแผลที่ได้รับการรักษาช้ากว่า 6 ชั่วโมง
- บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน (ตามข้อ 5 ข้างต้น)
- บาดแผลมีความยาวมากกว่า 5 เซ็นติเมตร
- บาดแผลซึ่งมีเนื้อตายเป็นบริเวณกว้าง
- บาดแผลซึ่งยากต่อการทำความสะอาดได้ทั่วถึง เช่น บาดแผลถูกวัตถุทื่มตำเป็นรู
- บาดแผลจากการบดอัด เช่น แผลโดนประตูหนีบอย่างแรง
- แผลที่มีขอบหยักหยัก (ขอบไม่เรียบ เย็บแผลให้ขอบชนกันได้ไม่สนิท)
- แผลที่เท้า
- บาดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ผู้มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ รวมถึงผู้ที่กินยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยาสเตอรอยด์

บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน

- บาดแผลซึ่งมีสิ่งสกปรกติดอยู่ในลบาดแผล เช่น เศษดิน ซึ่งไม่สามารถล้างออกได้อย่างทั่วถึง
- บาดแผลซึ่งสัมผัสกับสิ่งสกปรกที่มีแบคทีเรียจำนวนมาก เช่น น้ำลาย หนอง อุจจาระ มูลสัตว์ น้ำคร่ำ

หมายเหตุ บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อนเมื่อทำความสะอาดแผลและตัดเนื้อตายออกแล้ว ไม่ควรเย็บปิดแผล

การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ให้ Dicloxacillin 2 วัน

ผู้ใหญ่ : 250 มก. วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)
เด็ก : 125 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. ควรกินยาขณะท้องว่าง
2. หากผู้ป่วยแพ้เพนนิซิลลินอาจให้ erythromycin syrup, roxithromycin tablet หรือ clindamycin แทน

การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ให้ Co-amoxiclav 2 วัน

ผู้ใหญ่ : 375 มก. วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด) หรือ 625 มก. วันละ 2 ครั้ง (ให้ยา 4 เม็ด)
เด็ก : 156 มก. (หรือคำนวณจาก amoxicillin 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร
2. Co-amoxiclav เป็นยาบัญชี ค. จึงควรใช้โดยแพทย์ผู้ชำนาญ

หรือ

ให้ Cephalexin หรือ Clindamycin เป็นยาเดี่ยว หรือ Erythromycin (Roxithromycin) ร่วมกับ Metronidazole
(ดูขนาดยาในภาคผนวก ง)

กรณีให้ยาน้ำแก่เด็ก ควรกำชับให้ป้อนยาเด็กเพียง 2 วัน แม้ยายังไม่หมดขวดก็ให้หยุดกินยา เพราะเป็นการใช้เพื่อป้องกันไม่ใช่การรักษา

แนะนำให้ผู้ป่วยล้างแผลทุกวัน และควรประเมินบาดแผลขณะทำแผลทุกวัน หากมีการติดเชื้อให้รักษาการติดเชื้อ

โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ซักประวัติ

การวินิจฉัยและการรักษา

- ส่วนใหญ่ (80%) เกิดจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่น เช่น ภูมิแพ้ ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ
- ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อแบคทีเรียซึ่งควรให้ยาปฏิชีวนะ

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

หวัด-เจ็บคอ (common cold หรือ acute viral rhinosinusitis)
คอหอยอักเสบ (pharyngitis)

- ตาแดง น้ำตาไหล ไอ ท้องเสีย (ในเด็ก)
- เสียงแหบ มีน้ำมูกใส มีน้ำมูกมากจามบ่อย
- มีไข้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้
- เจ็บคอไม่มาก หรือไม่เจ็บคอ มีฝีน มีแผลในช่องปาก
- การมีไข้สูง เช่น 39°C-40°C ร่วมกับอาการข้างต้น

หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เป็นโรคที่ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะเช่นเดียวกัน

กรณีที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

ต่อมทอนซิลอักเสบหรือคอหอยอักเสบจากเชื้อ group A beta hemolytic streptococcus (GABHS หรือ GAS)

- มีไข้สูงเช่น 39°C ร่วมกับอาการเจ็บคอมาก
- มีจุดขาวที่ต่อมทอนซิล อาจมีลิ้นไก่บวมแดงหรือมีฝาขาวที่ลิ้น
- คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโตและกดเจ็บ
- ไม่มีอาการของโรคหวัด (เช่น น้ำมูก ไอ จาม ที่เด่นชัด)

มีอาการข้างต้นอย่างน้อย 3 ข้อ

หูชั้นกลางอักเสบ (acute otitis media)

- ที่มีอาการมานานกว่า 72 ชั่วโมง
- อ่านรายละเอียดในหน้า 8 (ข้อ 18)

ไซนัสอักเสบ (acute rhinosinusitis)

- ที่มีอาการมานานกว่า 7 วัน
- อ่านรายละเอียดในหน้า 8 (ข้อ 19)

หูชั้นกลางอักเสบ และ ไซนัสอักเสบ อาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้เช่นเดียวกันกับโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนอื่นๆ ดังนั้นจึงควรชะลอการให้ยาปฏิชีวนะไว้ก่อน

ให้ Penicillin V 10 วัน
ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก : 250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 2-3 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง

หรือ

ให้ Amoxicillin 10 วัน
ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก : 250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 2-3 ครั้ง
*กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

ให้ Amoxicillin 10-14 วัน
ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 3 ครั้ง
*เพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า หรือให้ยาในขนาด 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง หากคาดว่าเชื้อดื้อยา
เด็ก : 80-90 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
*สูงสุดไม่เกิน 2 กรัม/วัน
*กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

กรณีแพ้ Penicillin
ให้ Roxithromycin 10-14 วัน
ผู้ใหญ่ : 150 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 300 มก. วันละครั้ง
เด็ก : 100 มก. (หรือ 5-8 มก./กก./วัน) วันละ 2 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง

หรือ

ให้ Erythromycin 10-14 วัน
เด็ก : 30-50 มก./กก./วัน วันละ 2-4 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง แต่อาจเปลี่ยนไปกินหลังอาหารได้หากผู้ป่วยรู้สึกมวนท้องหรือไม่สบายท้อง

โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ซักประวัติ

การวินิจฉัยและการรักษา

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

อาหารเป็นพิษ
- มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น

ท้องร่วงชนิด Non-invasive (แบคทีเรียยังไม่ลุกล้ำเข้าไปในผนังลำไส้)
- ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำ อย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

ท้องร่วงชนิด Invasive (แบคทีเรียลุกล้ำเข้าไปในผนังลำไส้)
- มีไข้ > 38°C และอุจจาระมีเลือดปน เห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือตรวจพบ RBC (เม็ดเลือดแดง) และ WBC (เม็ดเลือดขาว) ในอุจจาระ

ให้ Norfloxacin นาน 3-5 วัน
ผู้ใหญ่ : 400 มก. วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร
เด็ก : 15-20 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร
อาจใช้ co-trimoxazole ได้หากในพื้นที่มีอัตราการดื้อยาต่ำ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการหลีกเลี่ยงการใช้ Quinolone ในเด็ก)
ขนาดยา Co-trimoxazole
50 มก./กก./วัน (คำนวณจาก sulfamethoxazole) หรือ
10 มก./กก./วัน (คำนวณจาก trimethoprim) แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง

ยาปฏิชีวนะที่ไม่ควรใช้ในกรณีนี้ ได้แก่
Ampicillin, Amoxicillin, Co-amoxiclav, Cephalosporins, Macrolides (เช่น roxithromycin, clarithromycin และ azithromycin), Ofloxacin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Chloramphenicol, Colistin และ Tetracyclines

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ใน รพ.สต.

ผู้ป่วยแพ้ยารายใหม่

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติเบื้องต้น
- อาการแสดงของการแพ้
- เวลาที่เริ่มพบอาการ
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- โรคประจำตัว/โรคร่วม
-ประวัติการแพ้ยา/อาหาร

โทร consult เภสัช รพ.
ภญ.รัตนาภรณ์ 081-8968952
ภญ. ณัฐฐิชา 086-5549897

ไม่ใช่แพ้ยา

ไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วย

ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินการแพ้ยา/รักษา

ผู้ป่วยแพ้ยารายเก่า

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติเบื้องต้น
- อาการแสดงของการแพ้
- เวลาที่เริ่มพบอาการ
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- โรคประจำตัว/โรคร่วม

ไม่มีบัตร

น่าจะใช่แพ้ยา

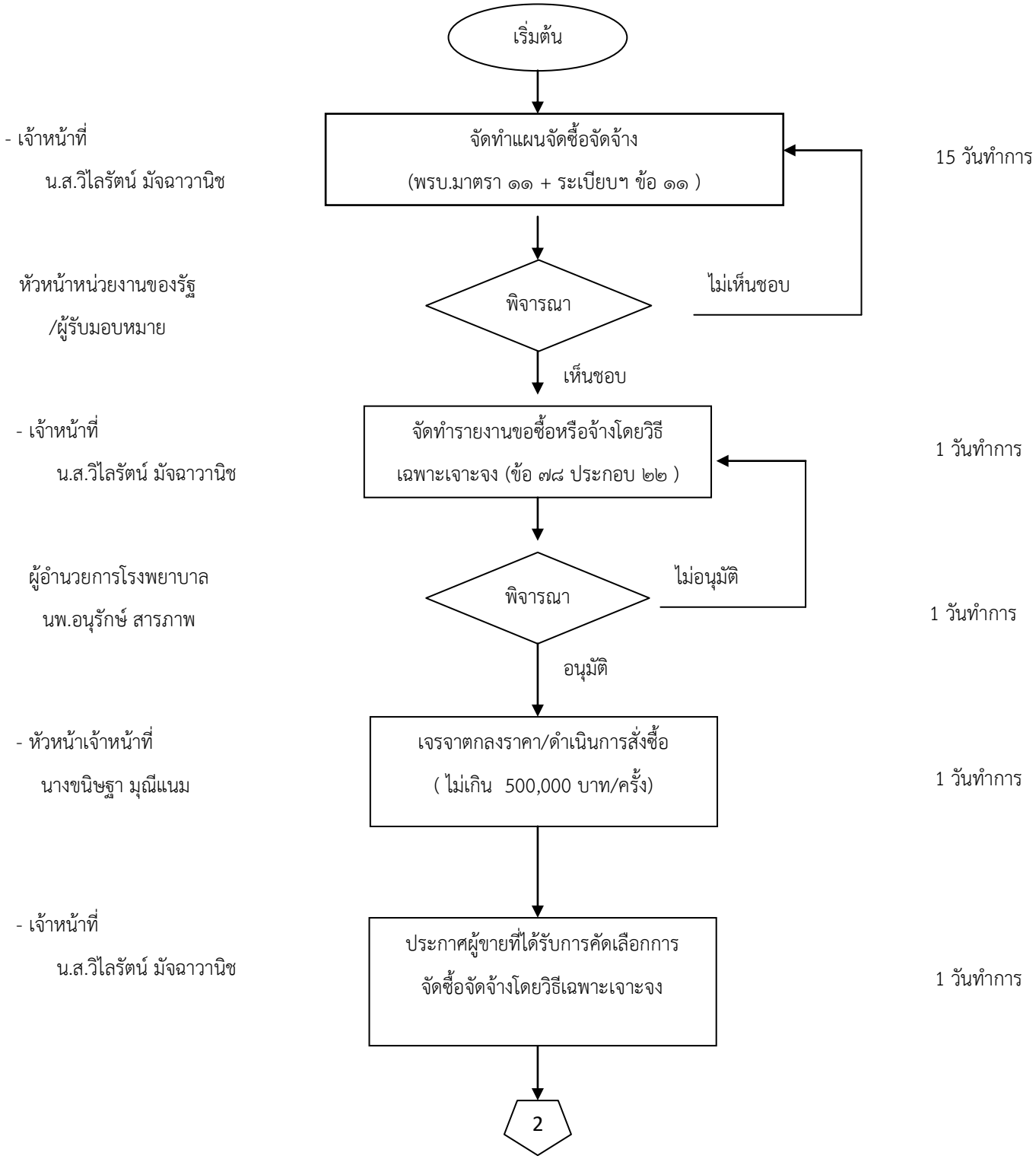
มีบัตร

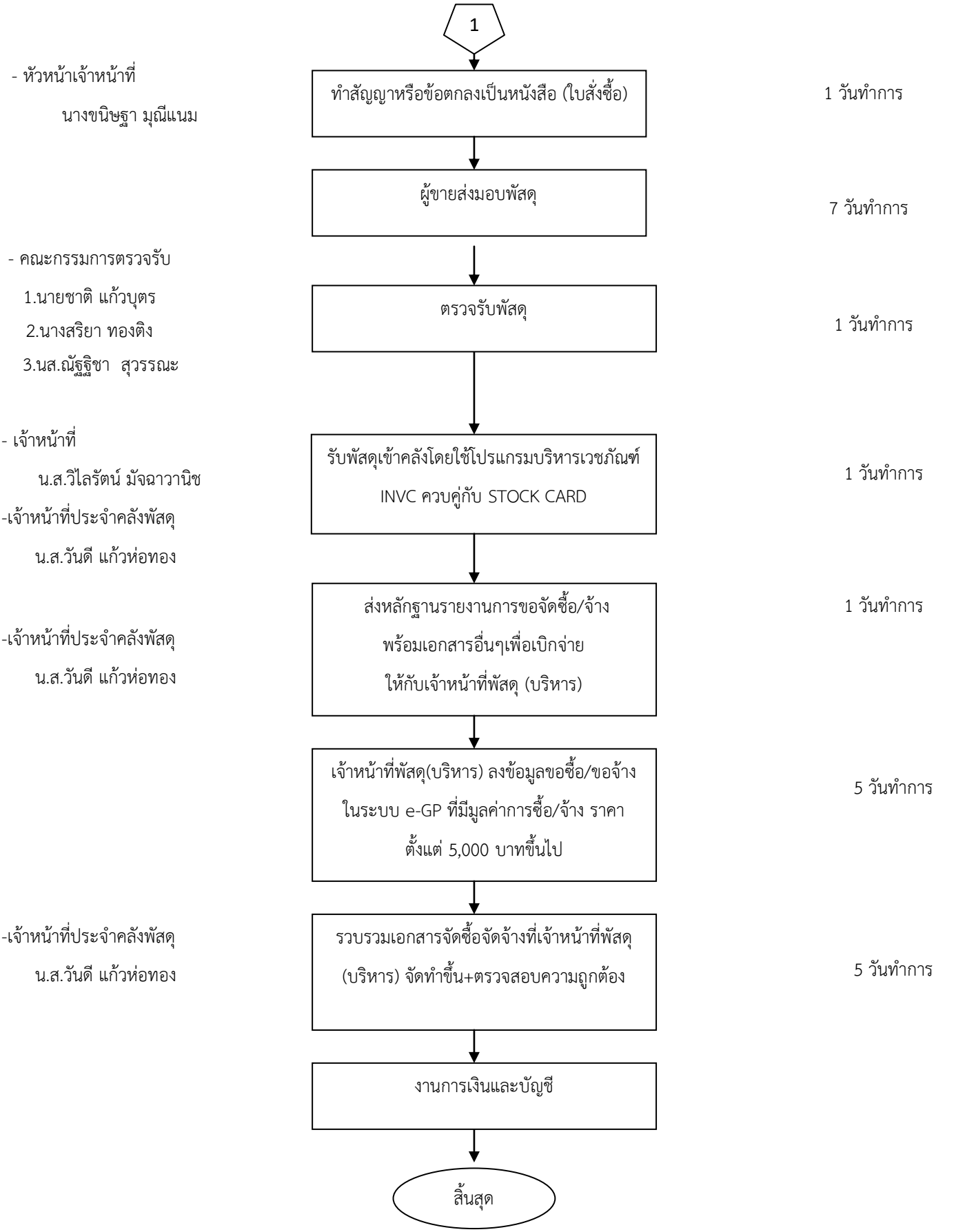
<u>รพ.ควนเนียง</u>
- ประเมินการแพ้ยา
- ออกบัตรแพ้ยา
- ลงประวัติการแพ้ยา
-บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูล รพ.
- รพ.ควนเนียงส่งต่อข้อมูลแพ้ยา ให้ รพ.สต.ทกเดือน

<u>รพ.สต.</u>
- บันทึกข้อมูลลงในทะเบียนแพ้ยา
- บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม JHCIS
- ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยา ในโฟลเดอร์ พร้อมระบุชื่อและยาทุกตัวในกลุ่มที่แพ้

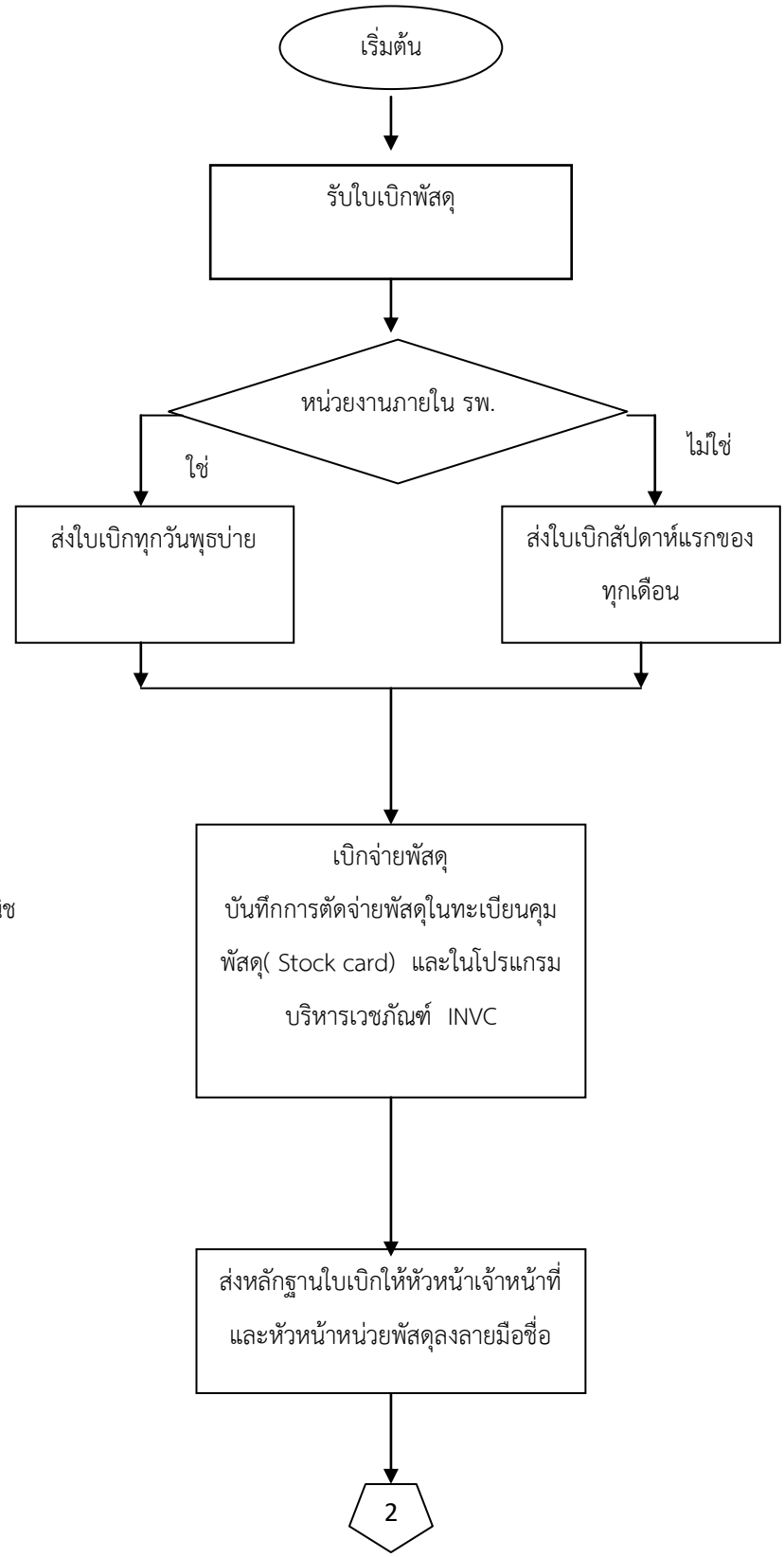
โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

Flow chart การจัดซื้อจัดเวชภัณฑ์ยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

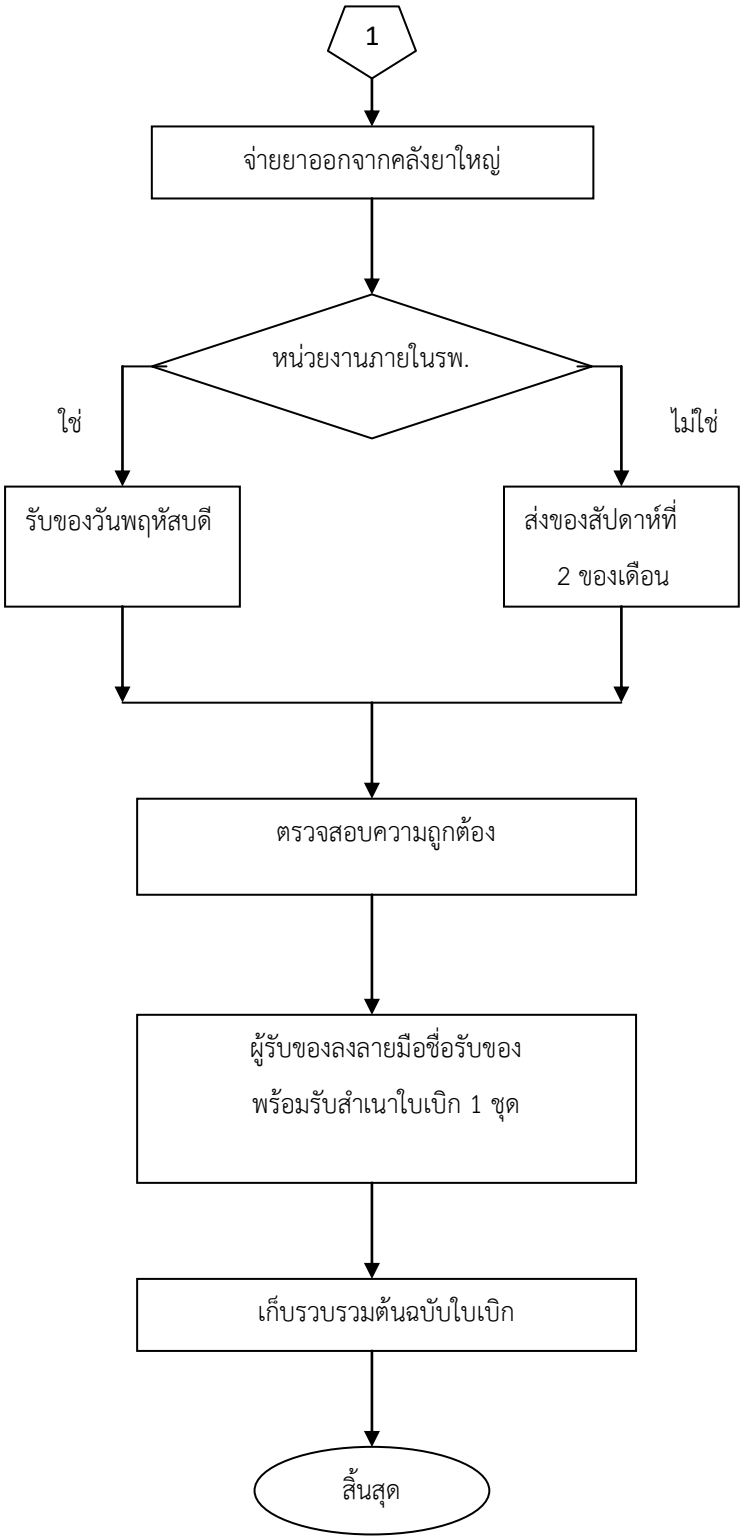



1
- หัวหน้าเจ้าหน้าที่
นางขนิษฐา มุณีแนม
ทำสัญญาหรือข้อตกลงเป็นหนังสือ (ใบสั่งซื้อ)
1 วันทำการ
ผู้ขายส่งมอบพัสดุ
7 วันทำการ
- คณะกรรมการตรวจรับ
1.นายชาติ แก้วบุตร
2.นางสริยา ทองติง
3.นส.ณัฐฐิชา สุวรรณะ
ตรวจรับพัสดุ
1 วันทำการ
- เจ้าหน้าที่
น.ส.วิไลรัตน์ มัจฉาวานิช
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง
รับพัสดุเข้าคลังโดยใช้โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์
INVC ควบคู่กับ STOCK CARD
1 วันทำการ
ส่งหลักฐานรายงานการขอจัดซื้อ/จ้าง
พร้อมเอกสารอื่นๆเพื่อเบิกจ่าย
ให้กับเจ้าหน้าที่พัสดุ (บริหาร)
1 วันทำการ
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง
เจ้าหน้าที่พัสดุ(บริหาร) ลงข้อมูลขอซื้อ/ขอจ้าง
ในระบบ e-GP ที่มีมูลค่าการซื้อ/จ้าง ราคา
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป
5 วันทำการ
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง
รวบรวมเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่เจ้าหน้าที่พัสดุ
(บริหาร) จัดทำขึ้น+ตรวจสอบความถูกต้อง
5 วันทำการ
งานการเงินและบัญชี
สิ้นสุด

Flow chart การเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ยาคลังยาใหญ่



- เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ น.ส.วันดี แก้วห่อทอง — 1 วันทำการ
- เจ้าหน้าที่ น.ส.วิไลรัตน์ มัจฉาวานิช
- เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ น.ส.วันดี แก้วห่อทอง — 1 วันทำการ
- หัวหน้าเจ้าหน้าที่ นางขนิษฐา มุณีแนม
- หัวหน้าหน่วยพัสดุ นายอนุรักษ์ สารภาพ — 1 วันทำการ



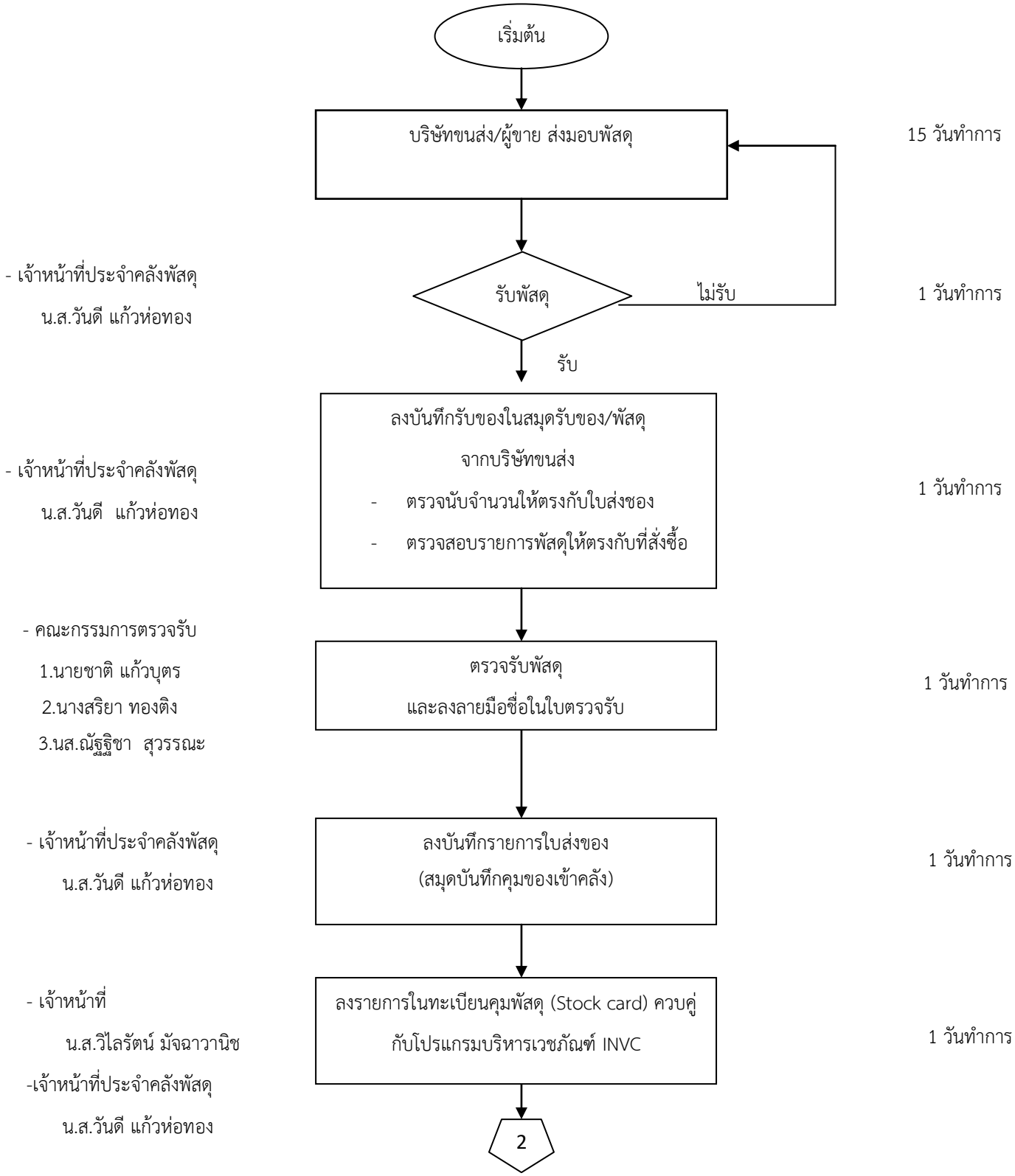
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง

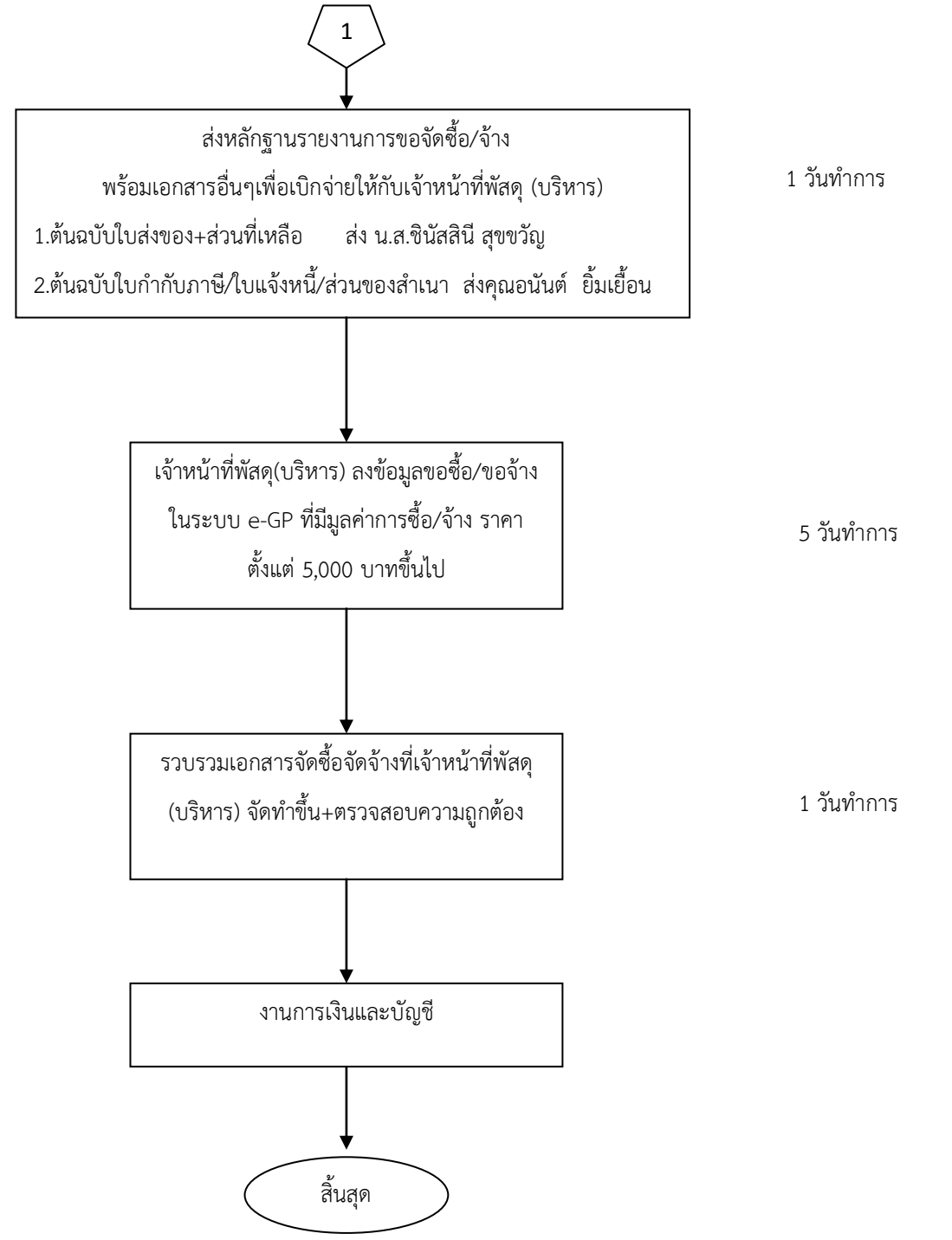
1 วันทำการ

-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง

1 วันทำการ

Flow chart การรับพัสดุเข้าคลังยาใหญ่




1
ส่งหลักฐานรายงานการขอจัดซื้อ/จ้าง
พร้อมเอกสารอื่นๆเพื่อเบิกจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่พัสดุ (บริหาร)
1.ต้นฉบับใบส่งของ+ส่วนที่เหลือ ส่ง น.ส.ชินัสสินี สุขขวัญ
2.ต้นฉบับใบกำกับภาษี/ใบแจ้งหนี้/ส่วนของสำเนา ส่งคุณอนันต์ ยิ้มเยื้อน
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง
1 วันทำการ
เจ้าหน้าที่พัสดุ(บริหาร) ลงข้อมูลขอซื้อ/ขอจ้าง
ในระบบ e-GP ที่มีมูลค่าการซื้อ/จ้าง ราคา
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป
5 วันทำการ
รวบรวมเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่เจ้าหน้าที่พัสดุ
(บริหาร) จัดทำขึ้น+ตรวจสอบความถูกต้อง
-เจ้าหน้าที่ประจำคลังพัสดุ
น.ส.วันดี แก้วห่อทอง
1 วันทำการ
งานการเงินและบัญชี
สิ้นสุด

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

Flow Chart ขั้นตอนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้ป่วยนอก

แพทย์สั่งยา

↓

ฉลากยาพิมพ์ออกมายัง printer ห้องยา

↓

เจ้าหน้าที่ห้องยาตรวจสอบความถูกต้องของฉลากยา

↓

หากมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา เจ้าหน้าที่ห้องยาประสานแพทย์และเภสัชกร

↓

เจ้าหน้าที่จัดยา นำใบนำส่งพร้อมตะกร้าเรียงตามลำดับคิวให้เภสัชกร

↓

เภสัชกรตรวจสอบรายการยาก่อนจ่าย

↓

หากมีความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา แจ้งเจ้าหน้าที่จัดยาใหม่ให้ถูกต้องและหากมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา ประสานแพทย์แก้ไขให้ถูกต้อง

↓

รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้ป่วยใน

แพทย์สั่งยา

↓

พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา

↓

หากมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา พยาบาลประสานแพทย์

↓

ส่ง doctor order sheet มาเบิกยาจากเภสัชกร

↓

หากมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา เภสัชกรประสานแพทย์

↓

เจ้าหน้าที่จัดยา

↓

เภสัชกรตรวจสอบรายการยาก่อนจ่าย

↓

หากมีความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา แจ้งเจ้าหน้าที่จัดยาใหม่ให้ถูกต้อง

↓

รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาการใช้ยาพ่น

พยาบาลประจำคลินิกโรคหืดส่งผู้ป่วยมายังห้องเบอร์ 5

↓

เภสัชกรสอนการใช้ยา ให้คำปรึกษาการใช้ยาพ่น

↓

ส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์เพื่อรอรับการรักษา

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

ขั้นตอนการเบิกยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2

ยา Morphine inj. , Pethidine inj.

เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ให้พยาบาลเวร กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ให้ครบถ้วน และให้แพทย์เซ็นทันที

↓

พยาบาลนำซาก Ampule. ยาเสพติดที่ใช้แล้วพร้อมแนบใบยส.มาเบิกยา

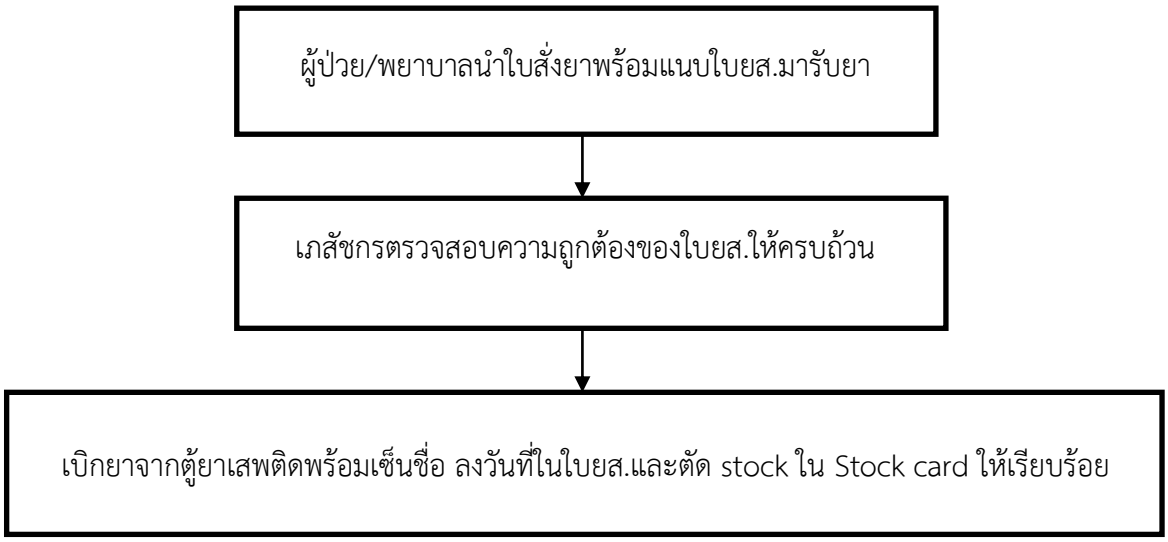
↓

เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของใบยส.ให้ครบถ้วน

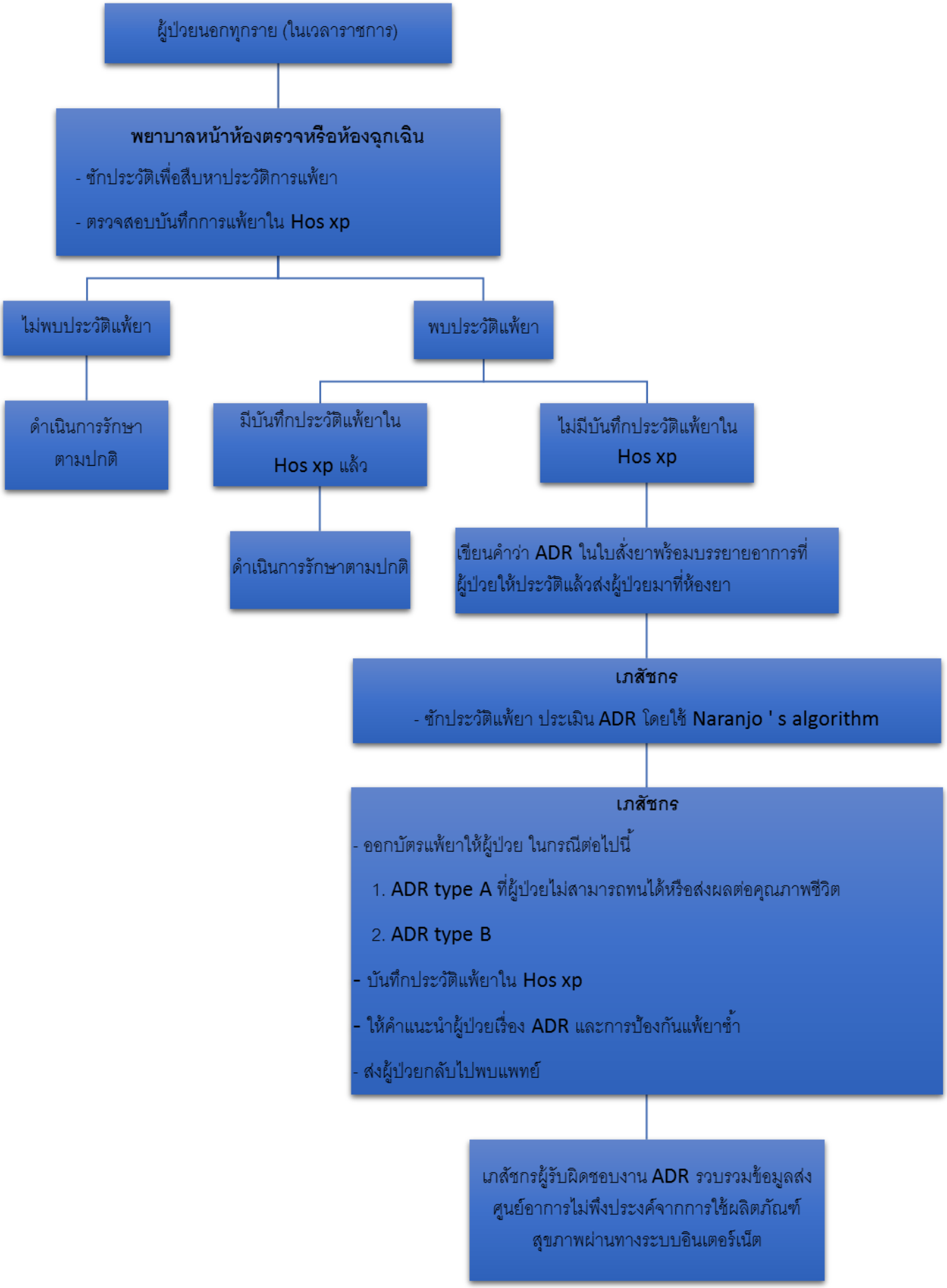
↓

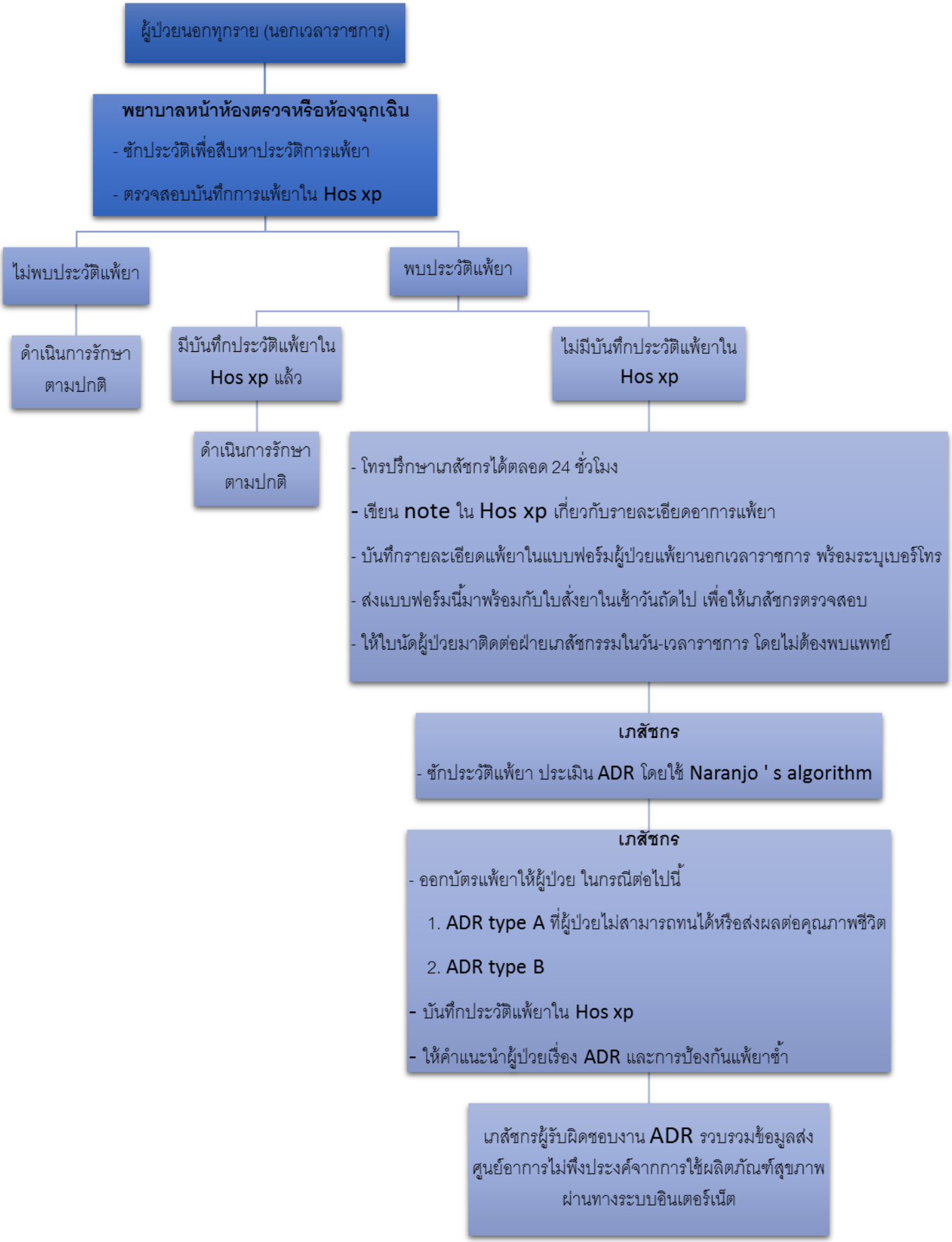
เบิกยาจากตู้ยาเสพติดพร้อมเซ็นชื่อ ลงวันที่ในใบยส.และตัด stock ใน Stock card ให้เรียบร้อย

ยา Morphine tab, Morphine syrup

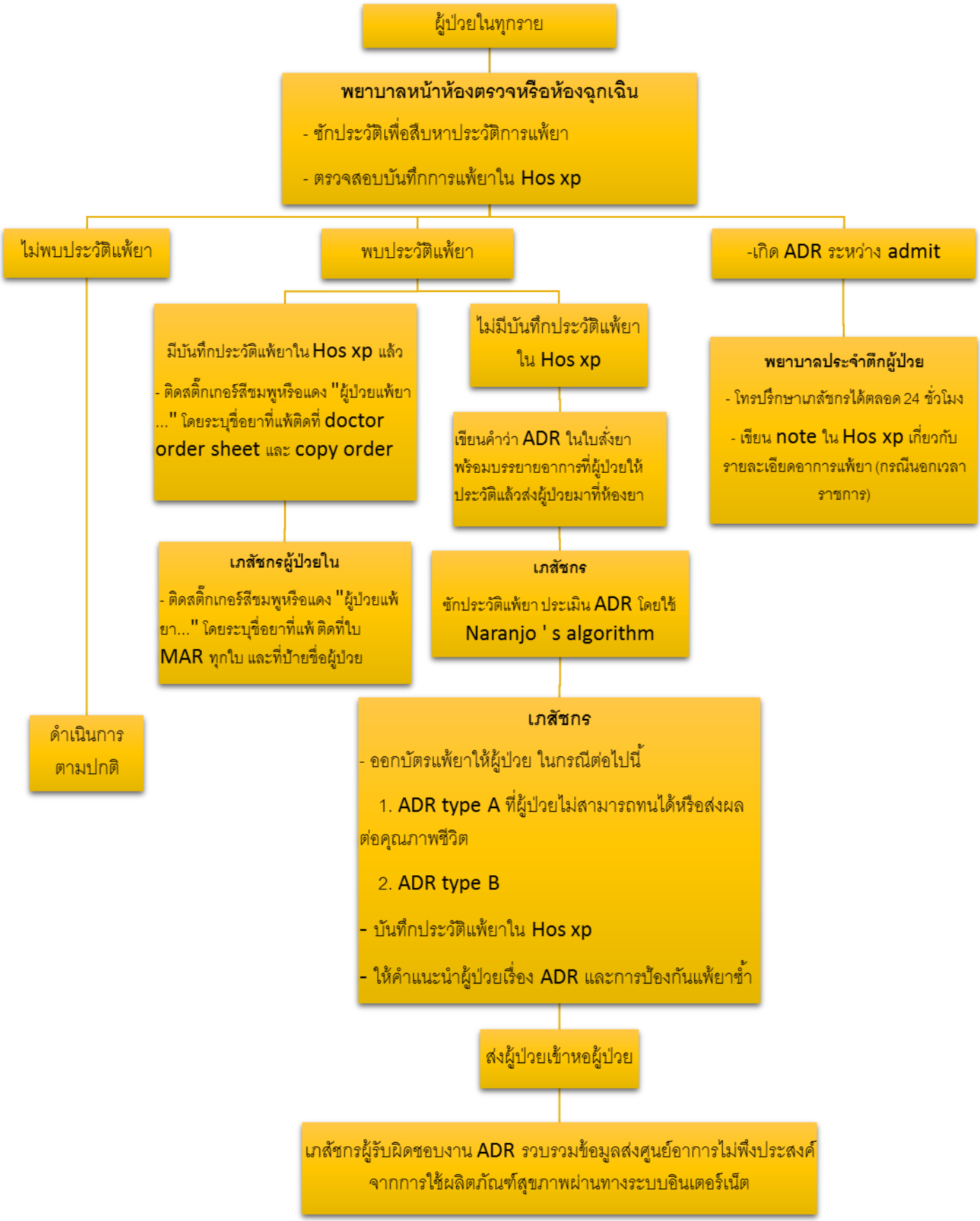


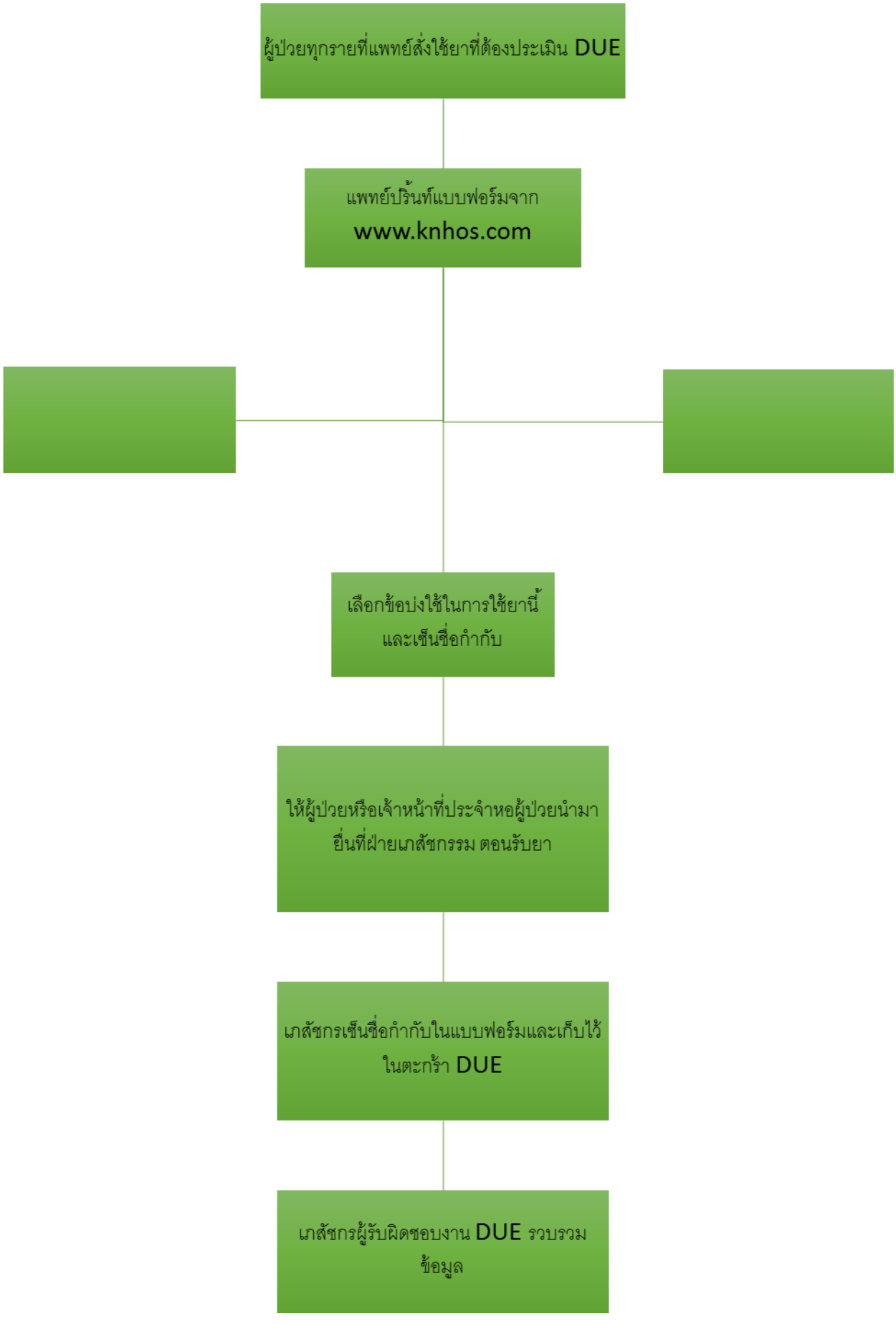
โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital




ผู้ป่วยนอกทุกราย (นอกเวลาราชการ)
พยาบาลหน้าห้องตรวจหรือห้องฉุกเฉิน
- ซักประวัติเพื่อสืบหาประวัติการแพ้ยา
- ตรวจสอบบันทึกการแพ้ยาใน Hos xp
ไม่พบประวัติแพ้ยา
พบประวัติแพ้ยา
ดำเนินการรักษาตามปกติ
มีบันทึกประวัติแพ้ยาใน Hos xp แล้ว
ไม่มีบันทึกประวัติแพ้ยาใน Hos xp
ดำเนินการรักษาตามปกติ
- โทรปรึกษาเภสัชกรได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- เขียน note ใน Hos xp เกี่ยวกับรายละเอียดอาการแพ้ยา
- บันทึกรายละเอียดแพ้ยาในแบบฟอร์มผู้ป่วยแพ้ยานอกเวลาราชการ พร้อมระบุเบอร์โทร
- ส่งแบบฟอร์มนี้มาพร้อมกับใบสั่งยาในเช้าวันถัดไป เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบ
- ให้ใบนัดผู้ป่วยมาติดต่อฝ่ายเภสัชกรรมในวัน-เวลาราชการ โดยไม่ต้องพบแพทย์
เภสัชกร
- ซักประวัติแพ้ยา ประเมิน ADR โดยใช้ Naranjo ' s algorithm
เภสัชกร
- ออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย ในกรณีต่อไปนี้
1. ADR type A ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
2. ADR type B
- บันทึกประวัติแพ้ยาใน Hos xp
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่อง ADR และการป้องกันแพ้ยาซ้ำ
เภสัชกรผู้รับผิดชอบงาน ADR รวบรวมข้อมูลส่งศูนย์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านทางระบบอินเตอร์เน็ต

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital




ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้ยาที่ต้องประเมิน DUE
แพทย์ปริ้นท์แบบฟอร์มจาก
www.knhos.com
เลือกข้อบ่งใช้ในการใช้ยานี้
และเซ็นชื่อกำกับ
ให้ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยนำมา
ยื่นที่ฝ่ายเภสัชกรรม ตอนรับยา
เภสัชกรเซ็นชื่อกำกับในแบบฟอร์มและเก็บไว้
ในตะกร้า DUE
เภสัชกรผู้รับผิดชอบงาน DUE รวบรวม
ข้อมูล

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

แนวทางการบริหารยา HIGH ALERT DRUG

แพทย์สั่งใช้ยา

เขียนคา สั่งการใช้ยาให้ชัดเจน (ไม่ใช้ตัวย่อ),

ระบุการเฝ้าระวังค่าทางห้องปฏิบัติการและอาการของผู้ป่วยที่ควรแจ้งแพทย์ทันทีบนใบสั่งยา

เภสัชกร

ทบทวนรายการยาและ dose ยาของผู้ป่วยก่อนส่งมอบยาขนาดยาจำนวน ชื่อผู้ป่วย

ติดสติ๊กเกอร์สีสะท้อนแสงข้อความ “High alert drug” และการบริหารยา ทุก amp ยา

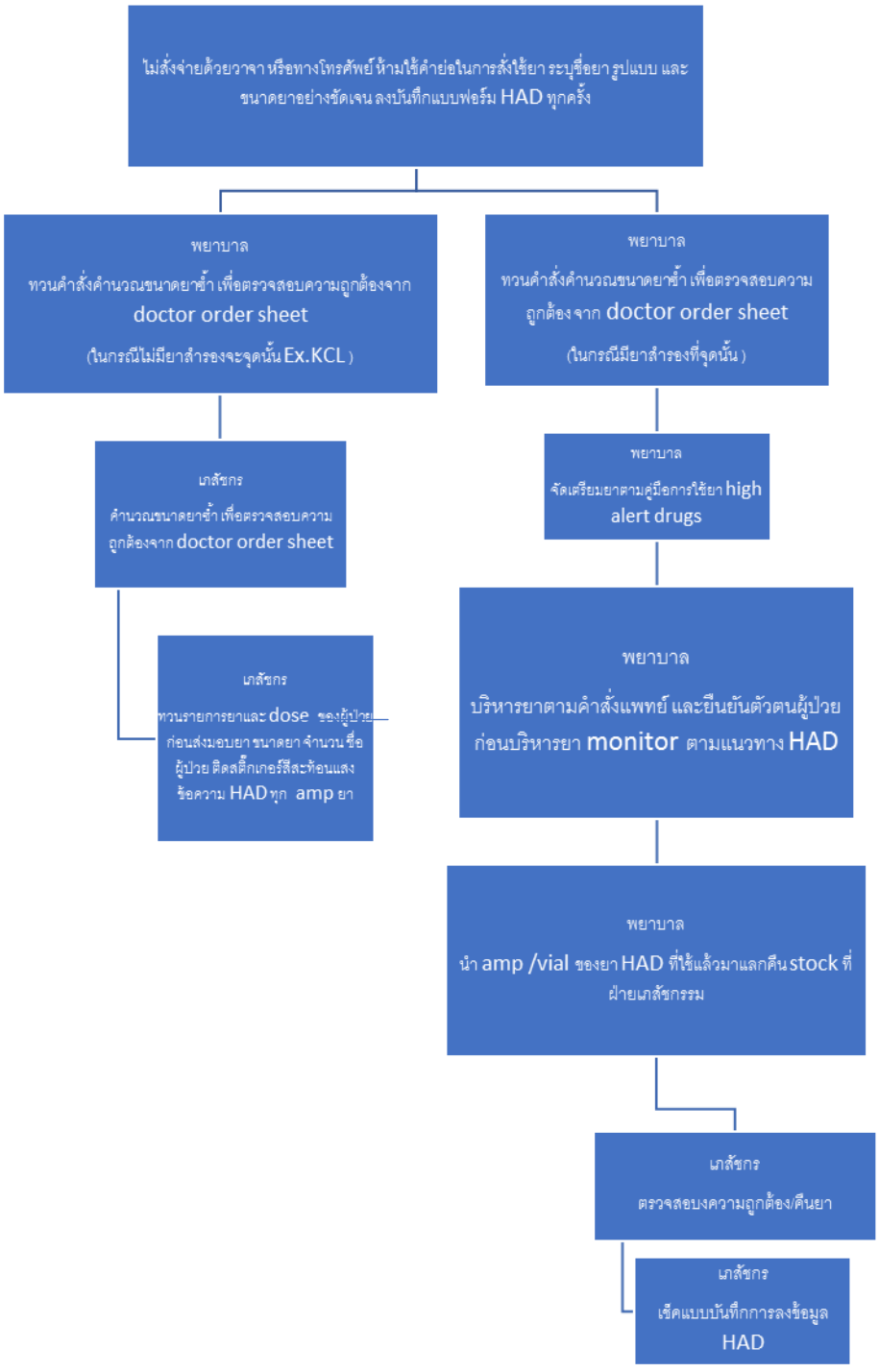
พยาบาล

- พยาบาลผู้รับคำสั่งติดสติ๊กเกอร์ยาเสี่ยงสูงใน chart ต่อท้ายคำสั่งใช้ยา
- ผู้เตรียมยายืนยันความถูกต้องของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวชี้บ่ง เช่น ถามชื่อผู้ป่วย
- ดูป้ายข้อมือ ป้ายปลายเตียง
- คนเตรียมกับคนบริหารยาควรเป็นคนละคนกัน เป็นการ double check
- monitor ผู้ป่วยตามแนวทางของยา high alert drug

***แนบแบบติดตามการให้ยา high alert drug ในชาร์ตผู้ป่วย ณ จุดแรกที่มีการให้ยา

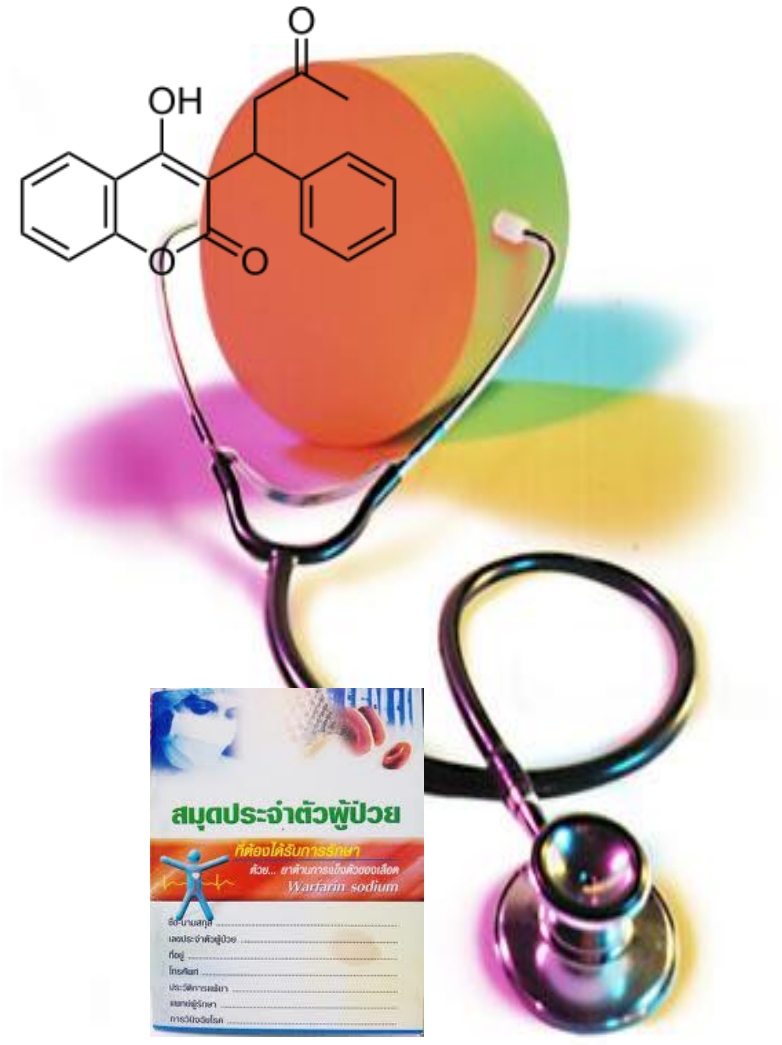
***แนบแบบติดตามการให้ยาhigh alert drug ในชาร์ตผู้ป่วย ณ จุดแรกที่มีการให้ยา

ขั้นตอนในการให้บริการ การใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (Hight alert drug)



โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยรับยาต้านการเกาะตัวของเกร็ดเลือดชนิด วาร์ฟาริน



จัดทำโดย

คณะทำงานคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง
KhuanNiang Hospital

1. ขั้นตอนการบริการ กรณีมาตามรอบนัดปกติ (ทุกวันพฤหัสที่ 3 ของเดือน)

ห้องบัตร : ยื่นบัตร

↓

ห้องชันสูตร : เจาะเลือด (PT INR)

→ - งานชันสูตรตรวจ PT INR แจ้งผลใน 15 นาที หลังตรวจ (ในกรณีที่ผู้ป่วยนัด)
- งานชันสูตรส่งต่อ รพ. หาดใหญ่ และจะ FAX ผลกลับมาให้งานชันสูตร รพ.ควนเนียงในวันถัดไป (ในกรณีที่ต้องการผลเร่งด่วน)

↓

คลินิก WARFARIN

: พบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อซักประวัติ

.....

พยาบาลประจำคลินิกดูคำสั่งแพทย์ และลงทะเบียนนัดผู้ป่วย

↙

<u>พบแพทย์</u>

: แพทย์สั่งการรักษา ตามดุลพินิจที่เห็นสมควร

(หาก INR เดิมอยู่ในช่วงที่เหมาะสมและอาการทางคลินิกปกติ แพทย์จะ RM โดย นัดผู้ป่วยครั้งละ 2 สัปดาห์ -. 1 เดือน

↓

ห้องจ่ายยา : เภสัชกรทวนสอบและประสานรายการยา

: ประเมินการใช้ยา (INR ADR DI compliance)

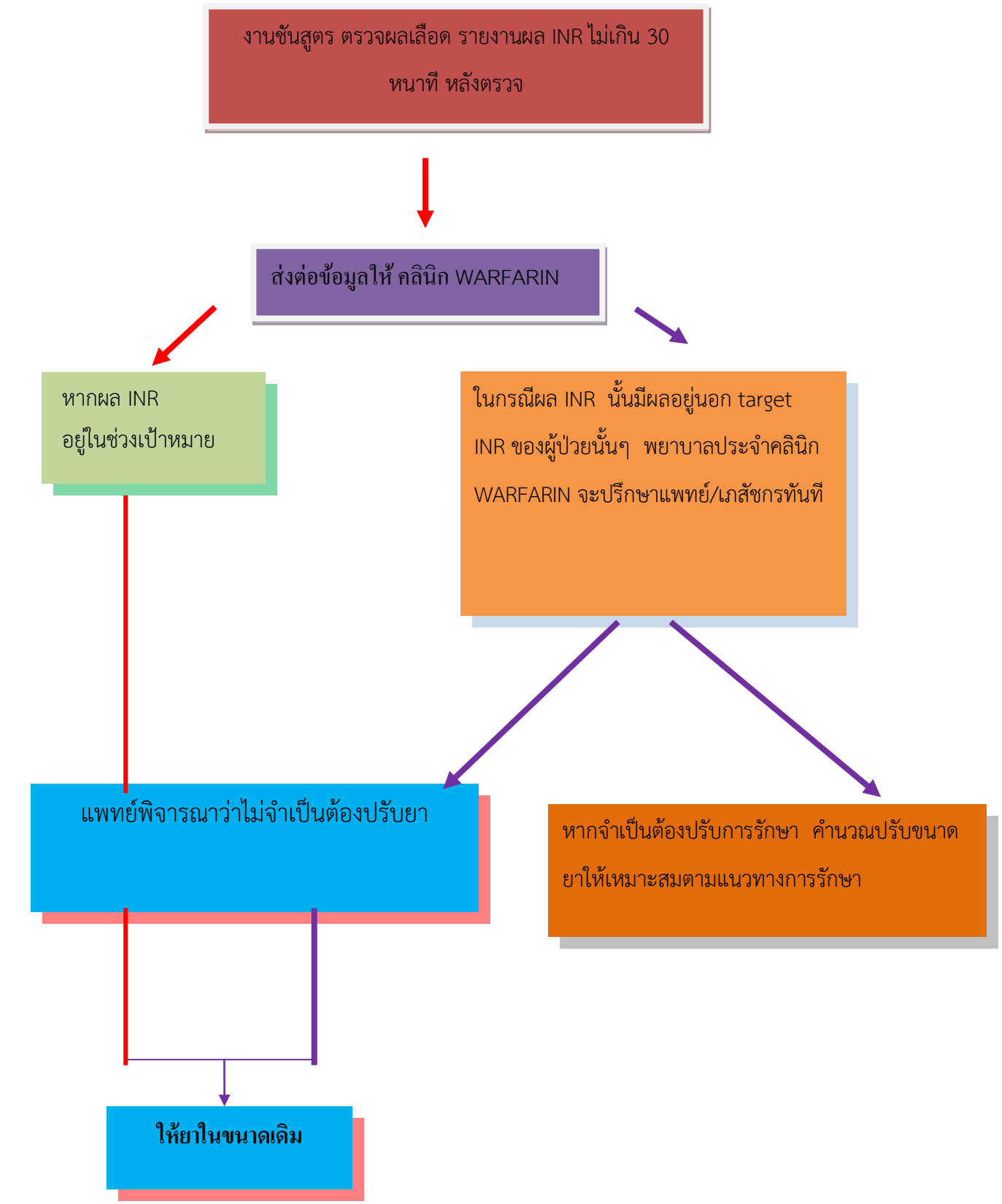
: จ่ายยา + สื่อสารรายการยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

หมายเหตุ ในกรณีมีการปรับขนาดยา ให้เภสัชกรทวนสอบว่าขนาดยาไม่ควรเกิน 5-10 %

Consult แพทย์ ตามสมควร

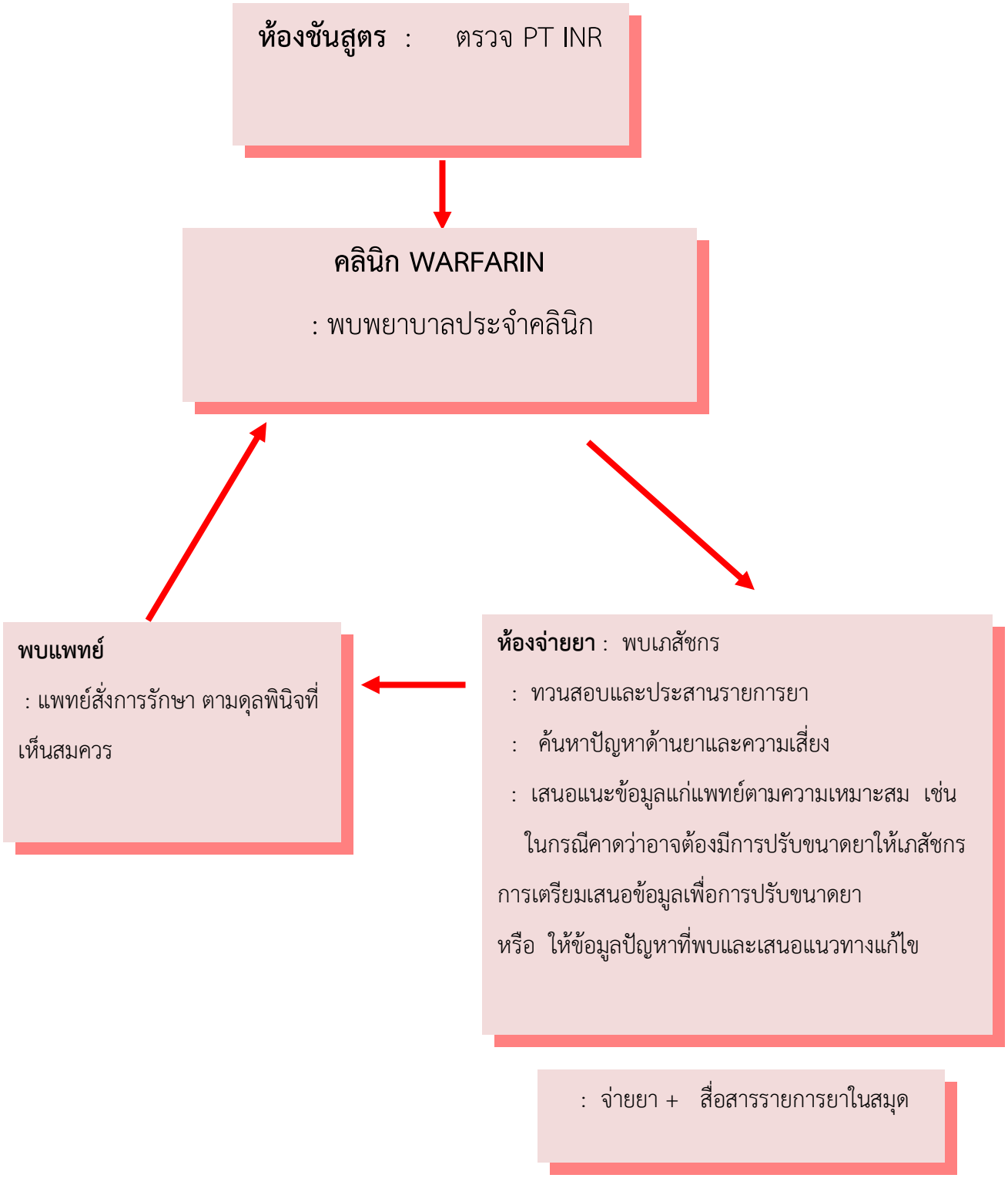
Conselling ตามสมควร

2. การติดตามค่า INR



3. ขั้นตอนการบริการ กรณีผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับการรักษา

(เช่น ค่าINR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย)



ค่า INR เป้าหมายสำหรับในแต่ข้อบ่งใช้ของการใช้ยา warfarin

ข้อบ่งใช้ของยา Wafarin	ช่วงค่า INR เป้าหมาย	ระยะเวลาของการรักษา
การป้องการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง (Prophylaxis of venous thromboembolism for high risk surgery	2 - 3	ขึ้นกับดุลพินิจทางคลินิก
การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ(Treatment of venous thromboembolism		
▪ First episode	2 - 3	3-6 เดือน
▪ High-risk of recurrence	2 – 3	ตลอดชีวิต
Thrombosis associated with anti-phospholipid antibody	2 – 3	ตลอดชีวิต
การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด(Treatment of pulmonary embolism)		
Fist episode	2 – 3	3 เดือน
High-risk of recurrence	2 - 3	ตลอดชีวิต
การป้องกัน systemic embolism		
Acute MI	2 - 3	ขึ้นกับดุลพินิจทางคลินิก
Valvular heart disease	2 – 3	ตลอดชีวิต
Atrial fibrillation	2 - 3	ตลอดชีวิต
Cardioversion for therapy of AF Cardiovertion	2 - 3	3 สัปดาห์ก่อนและ 4สัปดาห์ หลังทำ
Bioprosthetic heart valve	2 - 3	3 เดือน
Mechanical heart valves (bileaflet St Jude valve) *		
-Aortic position	2 - 3	ตลอดชีวิต
-Mitral position	2.5 – 3.5	ตลอดชีวิต

- ปัจจุบันลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่น เช่น single-leaflet , caged-ball valve มีที่ใช้น้อยมาก เนื่องจากมี thrombogenicity สูงและะมี INR เป้าหมาย อยู่ในช่วง 2.5 – 3.5 ไม่ว่าจะเป็น mitral หรือ aortic valve

ตารางแสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน จากการได้รับยา Warfarin แบ่งตามสภาวะโรค

ระดับความเสี่ยง	ข้อบ่งใช้ของยา warfarin		
	Mechanical Heart Valve	Atrial Fibrillation	Venous thromboemblism
ความเสี่ยงสูง	Any mitral valve prosthesis Recent (within 6 mo) strok or transient ischemic attack Older (caged-ball or tilting disc) aortic valve prosthesis	$CHADS_2$ score of 5 or 6 Recent (within 3 mo) stroke or transient ischemic attack Rheumatic valvular heart disease	Recent (within 3 mo) VTE Severe thrombophilia (eg. deficiency of protein C. protein S or antithrombin. Antiphospholipid antibodies. Or multiple abnormalities)
ความเสี่ยงปานกลาง	Bileaflet aortic valve prosthesis and one of the following. atrial fibrillation prior stroke or transient ischemic attack. hypertension. diabetes. Congestive heart failure. Age ≥75 yr	$CHADS_2$ score of 3 or 4	VTE within the past 3 to 12 mo Nonsevere thrombophilic conditions (eg. Heterozygous factor V Leiden mutation. heterozygous factor II mutation) Recurrent VTE Active cancer (treated within 6 mo or palliative)
ความเสี่ยงต่ำ	Bileaflet aortic valve prosthesis without atrial fibrillation and no other risk factors for stroke	$CHADS_2$ score of 0 to 2 (and no prior stroke or transient ischemic attack)	Single VTE occurred 12 mo ago and no other risk factors

*หมายเหตุ/ $CHADS_2$ = Congestive heart failure – Hypertension – Age – Diabetes – Stroke เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มี Atrial Fibrillation โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่พบภาวะ Congestive heart failure. Hypertension Age › 75ปี Diabetes คิดเป็นปัจจัยเสี่ยงละ 1คะแนน สำหรับประวัติ Stroke หรือ transient ischemic attack เท่ากับ 2 คะแนน รวมคิดเป็นคะแนนได้ตั้งแต่ 0-6คะแนน ซึ่งอัตราการเกิด Stroke จะมากขึ้นตามคะแนน

Ref : คู่มือการใช้ยา warfarin สำหรับเภสัชกร ประสบการณ์ของสถาบันโรคทรวงอก โดย กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สค.53 หน้า18 และ 47

แนวทางการปรับขนาดยาเพื่อให้ได้ INR เป้าหมาย

ค่า INR	แนวทางดำเนินการ
<1.5	ปรับเพิ่มขนาดขึ้นจากเดิม ประมาณ 10 %
1.5 - 1.9	ปรับเพิ่มขนาดขึ้นจากเดิม ประมาณ 5 %
2.0 - 3.0	Continue same does
3.1 - 3.9	ปรับลดขนาดลงจากเดิม 5 - 10%
4.0 - 4.9	ให้หยุดยา 1 วัน และปรับลดขนาดยาลง 10 % (Hold for 1 day then ↓10%)
5.0 - 8.9 no bleeding	Omit 1 - 2 doses, Vit. K_1 1mg orally
≥ 9.0 no bleeding	Vit K_1 5-10 mg orally
Major bleeding with any INR	Vit K_1 10 mg iv plus FFP Repeat Vit K_1 every 12 hours if needed

REF : แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทาน
สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ หน้า 23

ขั้นตอนการรับบริการ
คลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลควนเนียง

ผู้ป่วยยื่นบัตรแก่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร

พยาบาลรับลงทะเบียนและคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นคลินิกกัญชาทางการแพทย์

พบแพทย์/แพทย์แผนไทย

แพทย์ตรวจร่างกาย+ประเมินความจำเป็นในการใช้ยา

เจาะเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบพยาบาล ตรวจสอบความสมบูรณ์เอกสารและนัดติดตามอาการ

ผู้ป่วยติดต่อห้องการเงิน กรณีมีชำระค่าใช้จ่าย

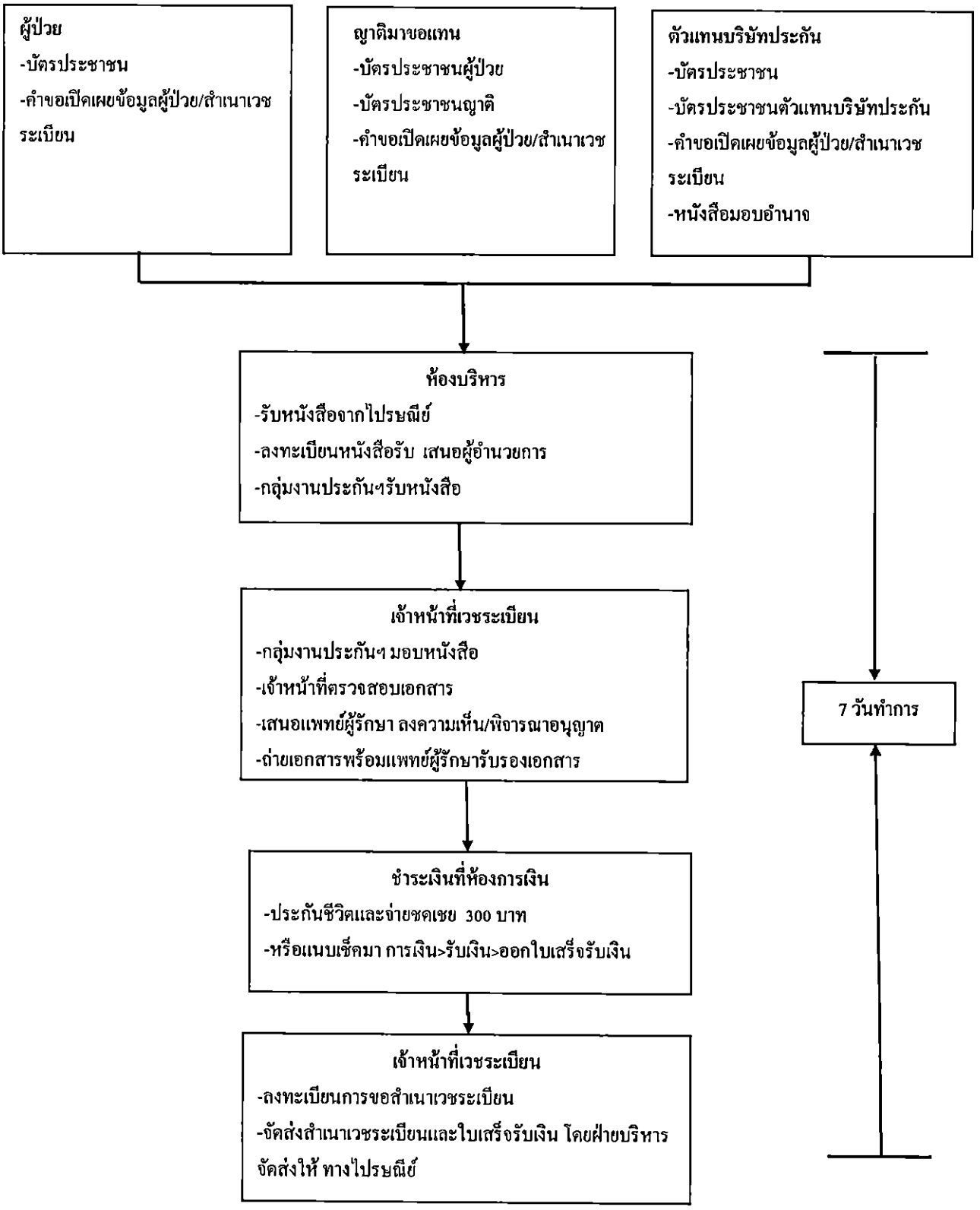
เภสัชกร ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาของแพทย์

ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา

และติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์หลังจากได้รับยา

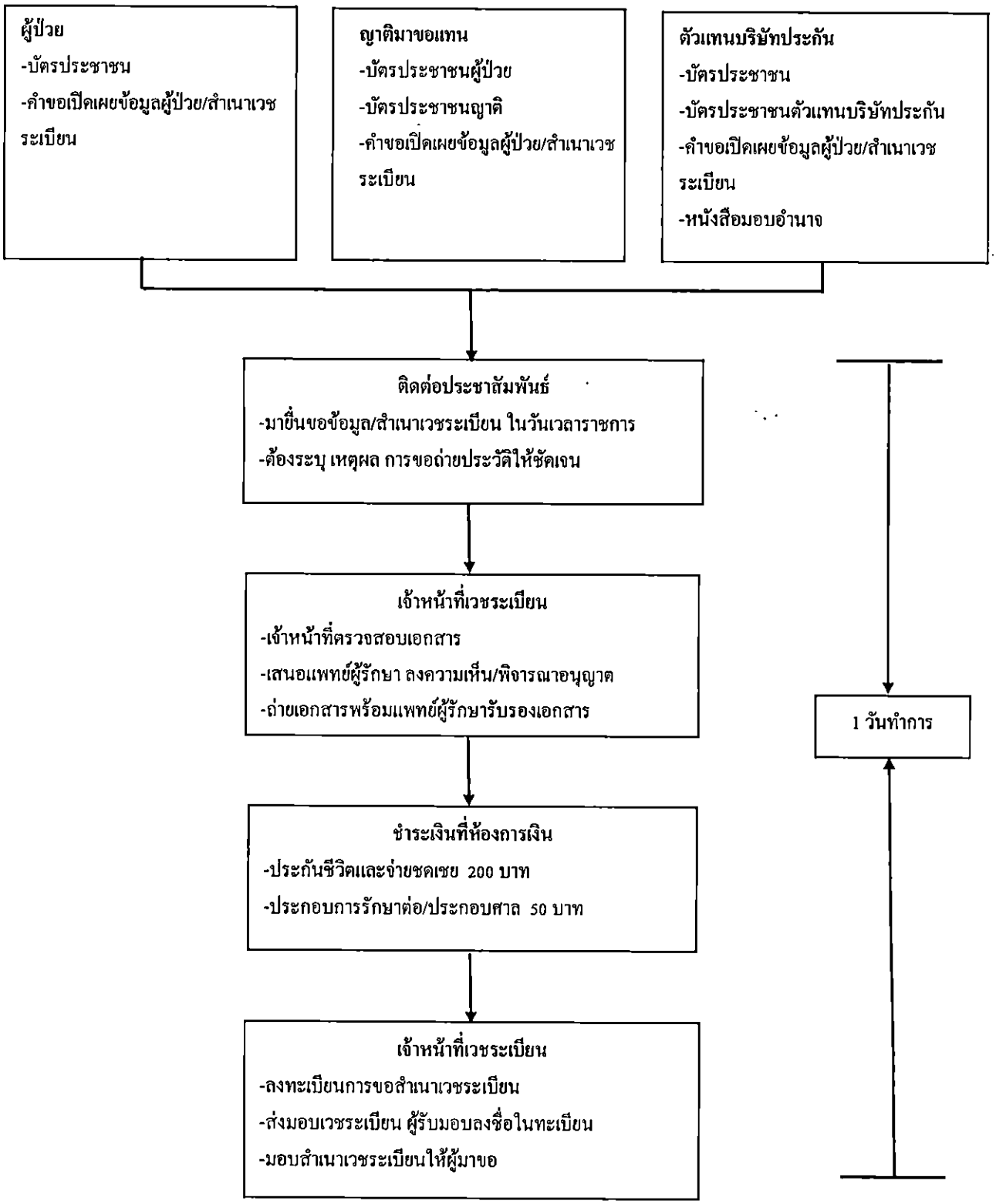
การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีส่งทางไปรษณีย์

ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้

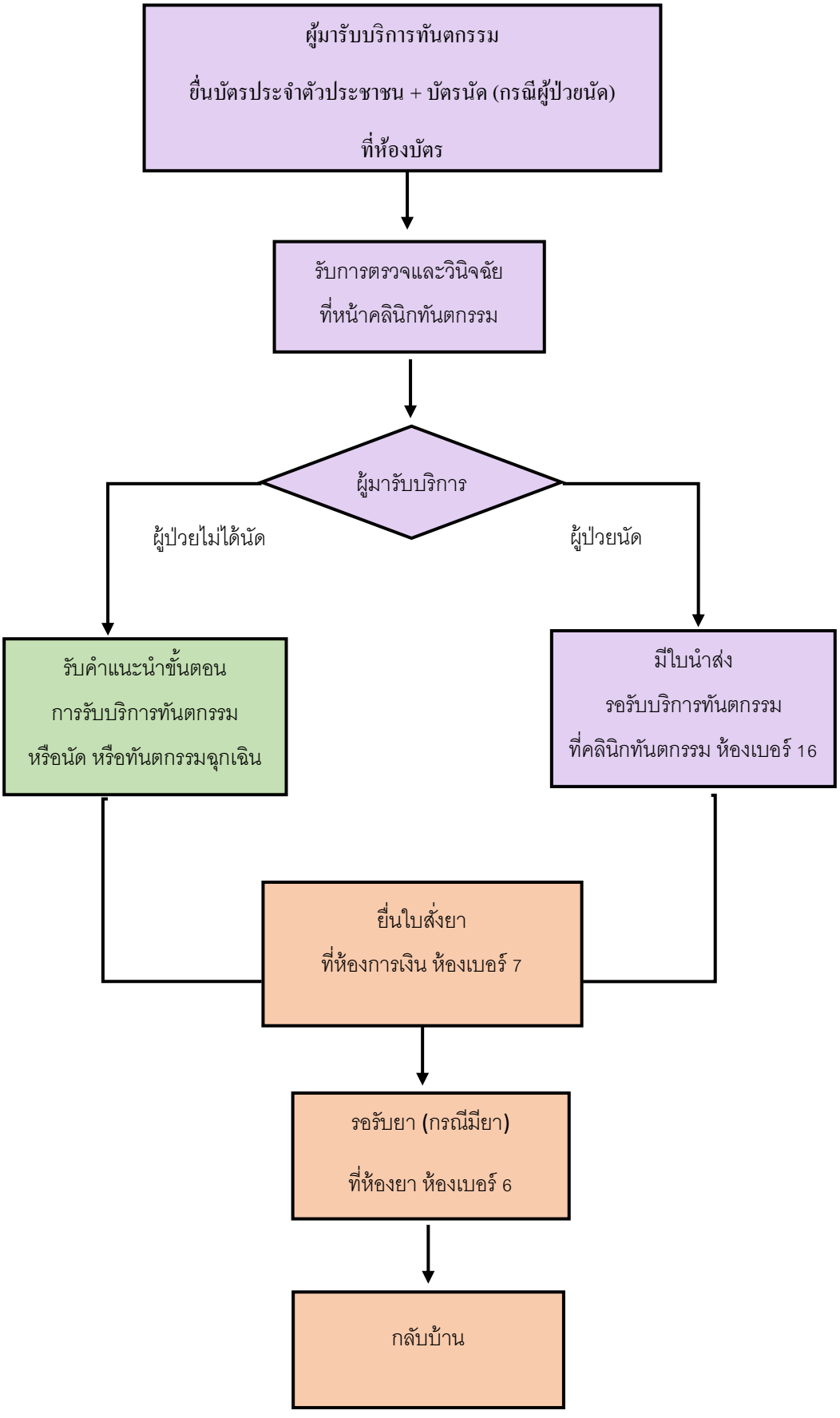


การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล

ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้

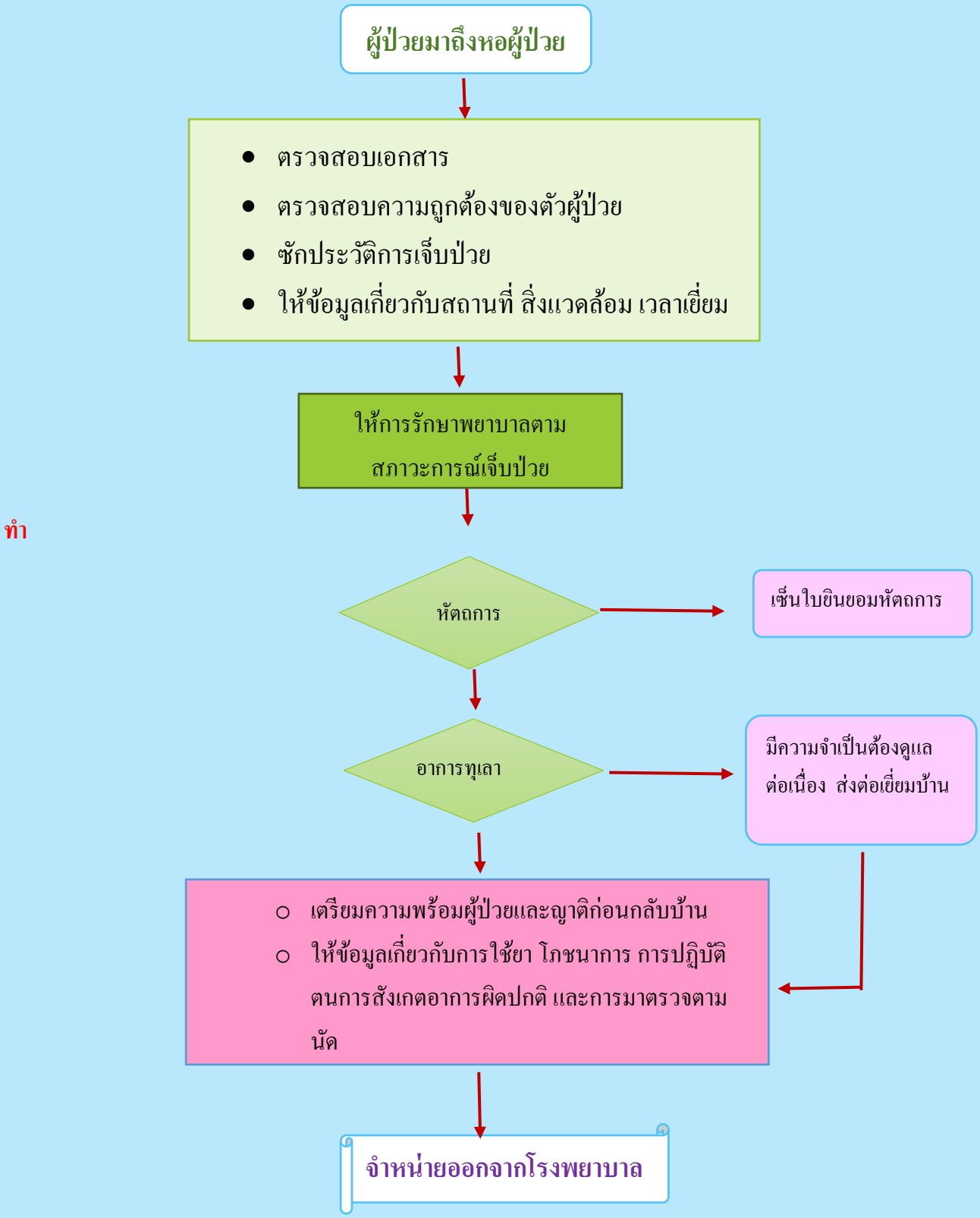


ขั้นตอนการรับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลควนเนียง



ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลควนเนียง



ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง มาตรฐานการรับผู้ป่วยใหม่	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 03

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ทบทวน (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อนุมัติ (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 2 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง มาตรฐานการรับผู้ป่วยใหม่	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 03

1.วัตถุประสงค์ :

1.1 เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

1.2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

2. ขอบเขต :

2.1 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน

3. วิธีปฏิบัติ

1. กำหนดเตียงหรือห้องพักให้เหมาะสม

2. แจ้งให้ลูกจ้างหอผู้ป่วยใน เตรียมเตียง หรือห้องที่กำหนดให้รับผู้ป่วย พร้อมอุปกรณ์ประจำเตียง

3. เมื่อผู้ป่วยมาถึงเตียง หรือห้องพักในหอผู้ป่วย พยาบาลต้อนรับภายใน 4 นาที

3.1 กล่าวทักทาย ถามชื่อ – สกุล พร้อมทั้งแจ้งให้ผุ้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์ในห้องพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลตามเตียงหรือห้องที่กำหนดให้นี้

3.2 ตรวจสอบชื่อ- สกุล , HN , AN ใน OPD CARD , ในใบสั่งการรักษาของแพทย์ , ใบรายการยาผู้ป่วยในให้ตรงกัน หากไม่ถูกต้องให้แก้ไขให้ถูกต้อง กรณีแก้ไขเองไม่ได้ ให้ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับเรื่องหรืองานนั้น ๆ เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

3.3 สอบถามสิทธิบัตรในการรักษาขอดูบัตรประชาชน ลงบันทึกเลข 13 หลัก

3.3.1 UC นอกเขต/ เบิกได้จ่ายตรง เขียนใบตรวจสอบสิทธิไปตรวจสอบที่ห้องตรวจสอบสิทธิ (เวลาราชการ) นอกเวลาราชการIPD .ตรวจสอบเองตาม (www.nhso.go.th)

3.3.2 เบิกได้/เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม (หาดใหญ่, สงขลา)แนะนำหลักฐานเมื่อได้หลักฐานครบ ยื่นตามข้อ (3.3.1)

3.4 ตรวจสอบทรัพย์สินที่ติดตัวมากับผู้ป่วย หากมีญาติให้ญาติเก็บรักษาไว้ หากไม่มีญาติและผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีหัตการที่ต้องทำหรือสลบให้ฝากไว้กับพยาบาลหอผู้ป่วยใน แต่ให้บันทึกรายการในสมุดรับฝากของแทนและเก็บทรัพย์สินไว้ในลิ้นชักเก็บทรัพย์สินผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วยใน

3.5 ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายให้ตรงกับใบสั่งการรักษาของแพทย์ หากไม่ครบถ้วน แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา เพื่อให้จัดยามาให้ครบถ้วน หากพบว่ายาและเวชภัณฑ์ที่จัดมาให้ไม่ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ให้ประสานห้องจ่ายยาทันที

4. ประเมินสภาพอาการทั่วไปของผู้ป่วย ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก (ทารก)ใน กรณีที่ไม่มี ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถชั่งได้ ให้ระบุถึงสาเหตุที่ชั่งไม่ได้ เช่น ยืนไม่ได้ เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือได้รับสารพิษให้วัดสัญญาณประสาทเพิ่ม
5. แจ้งแผนการพยาบาลและแผนการรักษาของแพทย์โดยสังเขปให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ
6. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ตามอาการของโรค
8. กรณีรับย้ายหลังคลอด ปฏิบัติตามข้อ 1-6
9. ลงบันทึกตามแบบฟอร์ม
10. จัดเรียง Chart Admiss

4. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

- อัตราความพึงพอใจ

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการวัคซีน BCG**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI -IPD -02**

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 2 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการวัคซีน BCG**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI -IPD -02**

<u>วัตถุประสงค์</u>

1. เพื่อให้มีการจัดเก็บวัคซีน BCG ได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้มีการจัดวัคซีน BCG ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้มีมาตรฐานปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

<u>ขอบเขต</u> ฉีดวัคซีน BCG ให้กับทารกแรกเกิดทุกราย

<u>วิธีปฏิบัติ</u>

1. เบิกวัคฉีด BCG จาก PCU วันจันทร์สุดท้ายของเดือน โดยใส่กระติกน้ำแข็งแล้วนำมาจัดเก็บในตู้เย็นต่อไป
2. จัดเก็บวัคซีน BCG ในตู้เย็น อุณหภูมิ 4-8 °C มีการจัดเก็บวัคซีนและตรวจสอบให้มีคุณภาพ มีการตรวจเช็คอุณหภูมิตู้เย็น (เช้า – เย็น)
3. วัคซีน BCG ที่ผสมแล้วเก็บในตู้เย็นได้ 2 ชม. วัคซีนที่หมดอายุแล้ว ให้ทิ้งในถังขยะติดเชื้อ
4. การให้วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)

กำหนดอายุ – ให้แก่ทารกแรกเกิดทุกรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อนรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบพิจารณาอีกครั้ง

ตำแหน่ง – ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง (intradermal) บริเวณหัวไหล่ขวา

ปริมาณ – 0.1 CC

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการวัคซีน BCG**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI -IPD -02**

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการวัคซีน BCG**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI -IPD -02**

<u>เครื่องใช้</u>

- กระบอกฉีดยาขนาดเล็ก (Syring insulin)
- เข็มฉีดยาเบอร์ 27 ความยาว 3/8 นิ้ว ต้มสุก สำลี Sterile กระปุกสำลี

<u>วิธีการฉีด</u>

- หลังทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำต้มสุกแล้ว ใช้มือข้างหนึ่งดึงผิวหนังบริเวณหัวไหล่ข้างขวาให้ตึง มืออีกข้างหนึ่งที่ถนัดถือกระบอกฉีดยาเกือบขนานกับผิวหนัง ให้ปลายที่ตัดเฉียงของเข็มหงายขึ้นแทงเข็มทำมุม 5-15 องศา กับผิวหนัง ให้เข็มลึก 2 มิลลิเมตร แล้วดันวัคซีนเข้าไป น้ำยาจะดันผิวหนังให้โป่งนูน เป็นตุ่มประมาณ 1 ชม.และจะยุบหายไป

ให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องการฉีดวัคซีน BCG และวิธีปฏิบัติหลังจากได้รับวัคซีนทุกราย ในระหว่าง

สัปดาห์ที่ 2-3 จะมีตุ่มแดงนูนขึ้นตรงรอยฉีด และจะค่อย ๆ โตขึ้นเป็นตุ่มหนองแผลจะอักเสบเป็น ๆ หาย ๆ อยู่ประมาณ 3-4 สัปดาห์ แล้วจะหายไปเอง

<u>ข้อควรระวัง</u> ต้องรักษาผิวหนังบริเวณที่ฉีดวัคซีนให้สะอาด ห้ามบ่งตุ่มหนอง ไม่จำเป็นต้องใช้ยาหรือปิดแผล ให้ใช้สำลีสะอาดเช็ดแผล

มีการลงทะเบียนและบันทึก การฉีดวัคซีน BCG ในสมุดสีชมพู / OPD CARD / ทะเบียนหลังคลอด ของเด็กพร้อมลงชื่อผู้ฉีดทุกราย

<u>เครื่องชี้วัด</u> ทารกแรกเกิดได้รับวัคซีน BCG 100% ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการวัคซีน BCG**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI -IPD -02**

<u>หมายเหตุ</u> ฉีดวัคซีน เมื่อทารก 4 คนขึ้นไป

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 08**

ผู้จัดทำ (นางสุชาดา แพทย์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางพรณีย์ รอดผล) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 30 เมษายน 2556	จำนวน 1 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 08

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะต่าง ๆ

1.2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2. ขอบเขต

- ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
-

3. วิธีปฏิบัติ

3.1 เตรียมเตียง สถานที่ ที่เหมาะสม (ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเตรียมที่นอนลม)

3.2 ใส่แบบฟอร์ม PPS เพื่อประเมิน ถ้า $\leq$ 30 คะแนน ให้การดูแลแบบ Paliative care

ถ้า $\geq$ 30 คะแนน ให้การดูแลทั่วไป

3.3 กรณีจำหน่าย ดึงแบบฟอร์ม PPS เก็บใส่แฟ้ม

5. ตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 100 %

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 08**

ผู้จัดทำ (นางสุชาดา แพทย์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางพรณีย์ รอดผล) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 30 เมษายน 2556	จำนวน 1 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 08

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะต่าง ๆ

1.2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2. ขอบเขต

- ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
-

3. วิธีปฏิบัติ

3.1 เตรียมเตียง สถานที่ ที่เหมาะสม (ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเตรียมที่นอนลม)

3.2 ใส่แบบฟอร์ม PPS เพื่อประเมิน ถ้า $\leq$ 30 คะแนน ให้การดูแลแบบ Paliative care

ถ้า $\geq$ 30 คะแนน ให้การดูแลทั่วไป

3.3 กรณีจำหน่าย ดึงแบบฟอร์ม PPS เก็บใส่แฟ้ม

5. ตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 100 %

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการActive/Passive Exercise**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI-IPD-04**

ผู้จัดทำ (นางสุชาดา แพทย์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 3 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐานการActive/Passive Exercise**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI-IPD-04**

<u>วัตถุประสงค์</u>

1. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อโดยญาติ/ผู้ป่วยเอง เพื่อป้องกันการเกิดการยึดติดของข้อต่อ การหดรั้งของกล้ามเนื้อ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง

<u>วิธีการทำกายภาพบำบัด</u>

การป้องกันแผลกดทับ แผลกดทับมักเกิดจากการนอนอยู่ในท่าเดียวเป็น เวลานานๆ บริเวณที่พบแผลกดทับได้บ่อย คือบริเวณปุ่มกระดูกของร่างกาย เช่น บริเวณตาตุ่ม ผิวหนังและเนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวไม่สามารถทนต่อแรงกดทับนานๆได้ ดังนั้นดูแลโดย

พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หรือฝึกให้ผู้ป่วยทำเองโดยก่อนจะทำการพลิกตะแคงตัว ควรใช้แขนข้างดียกแขนข้างที่เป็นอัมพาต มาวางบนหน้าอก แล้วฝึกการพลิกตะแคงตัว

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

หลักการออกกำลังกาย ทำท่าละ 20-30 ครั้ง/ท่า

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขน

ท่าที่ 1 ประสานมือทั้งสองข้างยกขึ้นลง

ท่าที่ 2

ขั้นที่ 1 จับมือด้านอ่อนแรง วางที่ไหล่ตรงข้าม ฝึกตั้งศอกให้นิ่ง

ขั้นที่ 2 ฝึกเคลื่อนศอกขึ้นแตะมือผู้ฝึก

ขั้นที่ 3 ฝึกเคลื่อนศอกลงแตะมือผู้ฝึก

ท่าที่ 3

ขั้นที่ 1 วางมือด้านอ่อนแรงที่หน้าผาก ฝึกตั้งศอกให้นิ่ง

ขั้นที่ 2 ฝึกกางศอกออก แตะมือผู้ฝึก

ขั้นที่ 3 ฝึกหุบศอกเข้า แตะมือผู้ฝึก

ท่าที่ 4 กางแขนทั้ง 2ข้างออก และหุบแขนเอามือแตะกัน

ท่าที่ 5 จับแขนด้านอ่อนแรงยกขึ้นเหนือศีรษะ งอศอก วางมือที่ศีรษะให้ผู้ป่วยเหยียดศอกขึ้นช้าๆจนแขนเหยียดตรง

ท่าที่ 6 จับแขนผู้ป่วยยกขึ้นตั้งฉากกับลำตัว งอศอก วางมือที่หน้าผากให้ผู้ป่วยเหยียดศอกขึ้นช้าๆจนแขนเหยียดตรง

ท่าที่ 7 จับแขนผู้ป่วยขึ้นตั้งฉากกับลำตัว เกร็งศอกเหยียดค้างไว้

ท่าที่ 8 จับแขนผู้ป่วยยกขึ้นตั้งฉากกับลำตัว เหยียดศอกตรง แล้วให้ผู้ป่วยยื่นแขนแตะมือผู้รักษา

ท่าที่ 9 ให้ผู้ป่วยงอข้อศอก-เหยียดข้อศอก (ห้ามฝึกในกรณีผู้ป่วยมีอาการเกร็งงอข้อศอก)

ท่าที่ 10 ให้ผู้ป่วยคว่ำมือ-หงายมือ

ท่าที่ 11 ให้ผู้ป่วยกระดกข้อมือขึ้น-ลง

ท่าที่ 12 ให้ผู้ป่วยกำ-เหยียดนิ้วมือ

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา

ท่าที่ 1 จับพยุงขาด้านอ่อนแรงให้ผู้ป่วยออกแรง งอสะโพก งอเข่าขึ้น-ลง

ท่าที่ 2 จับพยุงขาผู้ป่วยให้ผู้ป่วยออกแรงกาง-หุบ ขา

ท่าที่ 3 ให้ผู้ป่วยชันเข่าด้านอ่อนแรง ออกแรงกาง-หุบ ขา

ขั้นที่1 ฝึกตั้งเข่าให้นิ่ง

ขั้นที่ 2 ฝึกกางขาออก แตะมือผู้ฝึก

ขั้นที่3 ฝึกหุบขาเข้า แตะมือผู้ฝึก

ท่าที่ 4 จับเข่าผู้ป่วยงอเล็กน้อย วางฝ่าเท้าผู้ป่วยบริเวณ สะโพกผู้รักษา หรือกำแพงให้ผู้ป่วยค่อยๆเหยียดเข่าออกช้าๆ ออกแรงต้านกับผู้ฝึก

ท่าที่ 5 ใช้หมอนวางใต้เข่า ให้ผู้ป่วยออกแรงเหยียดเข่าให้ตรงขึ้น

ท่าที่ 6 ให้ผู้ป่วยชันเข่า 2 ข้าง ยกสะโพกลอยจากพื้นจนสุด

ท่าที่ 7 ใช้หมอนรองใต้เข่าเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยออกแรงกระดกข้อเท้าขึ้น

ท่าที่ 8 ให้ผู้ป่วยชันเข่าข้างดี ออกแรงยกขาข้างอ่อนแรงขึ้น-ลง ตรงๆ

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน การจองเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด	**SP-QMR-01**

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 7 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน การจองเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด	**SP-QMR-01**

1. **<u>วัตถุประสงค์</u>**

1. เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในระบบบริการ

2. <u>ขอบเขต</u>

ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดทั้งใน

และนอกเวลาราชการ

3. วิธีปฏิบัติ

เมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคำสั่งในการรักษา ด้วยเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด

3.1 พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแจ้งผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้ความยินยอมและเตรียมความพร้อมในการตรวจ G/M เพื่อการจองเลือดและการให้เลือดในโอกาสต่อไป

3.2 การเจาะเลือดจากผู้ป่วยด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ 5 MI ใส่ Tube สะอาดซิล Tube ให้เรียบร้อย

3.3 การส่ง G/M

ก. พยาบาลผู้เจาะเลือดเขียนรายละเอียดในบาโค้ตเพื่อติดที่ Tube G/M ก่อนการเจาะเลือด

ชื่อ.....สกุล.....HN.....WARD.....วันที่เจาะ.....

เวลา.....ผู้เจาะ.....

ข. พยาบาลผู้เจาะเลือดลงรายละเอียดในแบบฟอร์ม การจองเลือดของ BLOOD BANK

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน การจองเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด	**SP-QMR-01**

ตามที่แนบท้ายเอกสารนี้ โดยลงรายละเอียดดังนี้

1. ประวัติการได้รับเลือด
2. INDICATION
3. TYPE OF BLOOD REQUEST
4. ชื่อ.....สกุล.....HN.....อายุ...ปี

   WARD.....DIAGNOSIS .....แพทย์ผู้สั่ง.....ผู้รับคำสั่ง.....
5. จองเลือดเพื่อ.....

ง. ส่งเลือดที่เก็บเพื่อส่งตรวจห้องชันสูตรโรงพยาบาลควนเนียง

จ. แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรทราบ

* ในเวลาราชการมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตลอดเวลา
* นอกเวลาราชการแจ้งทางโทรศัพท์

เอกสารประกอบ

คู่มือการเก็บ SPECCIMEN ส่งตรวจ โรงพยาบาลควนเนียง , แบบฟอร์มการจองเลือดรพ. หาดใหญ่ , แบบฟอร์มการให้เลือด รพ. หาดใหญ่

เครื่องชี้วัด

5.1 อัตราความผิดพลาดในการเก็บ SPECCIMEN และการลงบันทึกเป็นร้อยละ 0

5.2 อัตราความผิดพลาดในการให้เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดเป็นร้อยละ 0

5.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

(ไม่เกิน 5 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีคำสั่ง)

<u>หมายเหตุ</u> กรณี F/U รพ. มอ. ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่เสี่ยงในการเปลี่ยนแปลง ให้ญาติประสาน รพ. มอ.

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง** การจัดการศพ	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 10**

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 มิถุนายน 2557	จำนวน 2 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง การจัดการศพ	**WI – IPD - 10**

1.วัตถุประสงค์ :

1.1 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากศพไปสู่บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

1.2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

2. ขอบเขต :

2.1 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน

3. วิธีปฏิบัติ

การเตรียมอุปกรณ์

1.เตรียมอุปกรณ์ป้องกันดังนี้คือ ถุงมือยางหนาขนาดยาว ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก ผ้ายางกันเปื้อน กรณีโรคติดต่อร้ายแรงให้ปรับเป็น เสื้อกาวน์กันน้ำได้ N-95 บู๊ท หมวกคลุมผม แว่นตาหรือFace shill น้ำผงซักฟอก ถุงผ้า ถุงพลาสติกห่อศพอย่างละ 1 ชุด เทปกาวน์ ถุงมือยางหนายาว 1 คู่ และถุงมือdispossible อีก 1 คู่

2.กะละมังน้ำเช็ดตัว 1 ใบ และสำลี

3. ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน และสบู่

4. กรณีที่มีบาดแผลเพิ่มการจัดเตรียมชุดตกแต่งบาดแผล

5. เสื้อผ้า 1 ชุด (ให้ญาติเตรียม)

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง การจัดการศพ	**WI – IPD - 10**

การจัดการศพทั่วๆไป

1. ตรวจดูชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยและใส่อุปกรณ์ป้องกันครบชุด
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและครบถ้วนนำไปที่เตียงผู้ป่วย
3. อธิบายและชี้แจงจุดประสงค์ให้ญาติทราบ
4. จัดสภาพแวดล้อมให้มิดชิด กั้นม่านหรือปิดประตู
5. ทำความสะอาดศพเช่นเดียวกับการเช็ดตัวผู้ป่วย
6. ใช้สำลีอุดจมูกและทวารเพื่อป้องกันการไหลของสารคัดหลั่งจากศพ (โดยถามความสมัครใจของญาติ)
7. ถ้ามีบาดแผลให้ตกแต่งให้เรียบร้อย
8. แต่งตัวให้เรียบร้อย พักศพ 2 ชม.
9. ล้างมือ 6 ขั้นตอน
10. ออกหนังสือรับรองการตาย พร้อมเซ็นรับโดยญาติสายตรง
11. นำส่งศพโดยรถโรงพยาบาล (กรณีญาติร้องขอ)

การจัดการศพที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

1. ตั้งแต่ข้อ 1 – 11 ปฏิบัติเช่นเดียวกัน

- หลังทำความสะอาดเสร็จสิ้นยกศพลงถุงพลาสติกปากถุงให้มิดชิด(ถุงพลาสติด กำลังดำเนินการ)

<u>ตัวชี้วัด</u>

1. อัตราการติดเชื้อ
2. อัตราความพึงพอใจ

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐาน การจำหน่าย**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 06**

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 2 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง มาตรฐาน การจำหน่าย	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 06

1.วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเป็นมาตรฐานปฏิบัติของพยาบาล

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในระบบบริการ

2. ขอบเขต

ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากผู้ป่วยใน

3. วิธีปฏิบัติ

เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายโดยแพทย์

1. แจ้งให้ผู้ป่วย / ญาติทราบว่าจะได้ออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ชม.
2. ผู้ช่วยเหลือคนไข้นำ copy order , lock ยา , ยาเดิมผู้ป่วยไปยังห้องยา
3. พยาบาลพิมพ์ยาใน Drug profile , หัตถการ ข้อมูลการจำหน่าย การนัดใน Hosxp
4. Print ในสรุปค่าใช้จ่าย พร้อมทำ Chart จำหน่าย
5. เรียง Chartจำหน่ายตามแบบฟอร์ม

4. เครื่องชี้วัด

อัตราการความพึงพอใจ > 85%

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

ตามที่แนบท้ายเอกสารนี้ โดยลงรายละเอียดดังนี้

1. ประวัติการได้รับเลือด
2. INDICATION
3. TYPE OF BLOOD REQUEST
4. ชื่อ.....สกุล.....HN.....อายุ...ปี
   WARD.....DIAGNOSIS .....แพทย์ผู้สั่ง.....ผู้รับคำสั่ง.....
5. จองเลือดเพื่อ.....

ง. ส่งเลือดที่เก็บเพื่อส่งตรวจห้องชันสูตร โรงพยาบาลควนเนียง

จ. แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรทราบ

* ในเวลาราชการมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตลอดเวลา
* นอกเวลาราชการแจ้งทางโทรศัพท์

เอกสารประกอบ

คู่มือการเก็บ SPECCIMEN ส่งตรวจ โรงพยาบาลควนนียง , แบบฟอร์มการจองเลือดรพ. หาดใหญ่ , แบบฟอร์มการให้เลือด รพ. หาดใหญ่

เครื่องชี้วัด

5.1 อัตราความผิดพลาดในการเก็บ SPECCIMEN และการลงบันทึกเป็นร้อยละ 0

5.2 อัตราความผิดพลาดในการให้เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดเป็นร้อยละ 0

5.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

(ไม่เกิน 5 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีคำสั่ง)

หมายเหตุ กรณี F/U รพ. มอ. ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่เสี่ยงในการเปลี่ยนแปลง ให้ญาติประสาน รพ. มอ.

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐาน แนวทางการใช้ห้องแยก Negative Pressure**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 07**

ผู้จัดทำ (นางขวัญฤดี เส้งชิ้ว) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 2 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน แนวทางการใช้ห้องแยก Negative Pressure	**WI – IPD - 07**

ห้องแยกโรค หมายถึง ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และโรคติดต่อทางอากาศ(Airborne transmission) ได้แก่

- Suspect/definite Avian influenza SARs ไข้หวัดใหญ่ A H1 N1 ตลอดระยะเวลาที่ป่วยตามความเหมาะสม
- Active pulmonary TB : sputum AFB positive แยกจนครบ 2 สัปดาห์หลังทานยารักษา TB ถ้าไม่มีอาการ ไข้ ไอ ให้นำออกจากห้องแยกได้ แต่ถ้ายังมีอาการไข้ต่ำ ไอเป็นบางวันอยู่ให้แยกจนครบ 3 สัดาห์
- Varicella (chicken pox) disseminated HZV กรณีที่ยังมีไข้สูง/ตุ่มน้ำใสตามตัว จนถึงตุ่มแห้ง
- Measle ในช่วงก่อนมีผื่น 4วันหลังผื่นขึ้น 4 วัน

ข้อปฏิบัติโดยหลัก Airborne Precautions

ผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยสวม Surgical mask หรือใช้กระดาษทิชชู/ผ้าเช็ดหน้าปิดปาก จมูกเวลาไอจาม ให้ผู้ป่วยสวม Surgical mask ทุกครั้งที่เคลื่อนย้าย

บุคลากร สวม Particulate respirator (N 95) ก่อนเข้าห้อง Fit check ทุกครั้ง กรณีที่คาดว่าจะสัมผัส เลือด สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่ายให้พิจารณาใส่ถุงมือ เสื้อคลุม แว่นกันกระเด็น ตามความเหมาะสม

แนวทางการ Flow ห้องหลังจากย้ายผู้ป่วยติดเชื้อออก

การทำความสะอาดด้วยน้ำผสมผงซักฟอกและปล่อยให้แห้งและเปิดระบบต่อตามระยะเวลาที่กำหนดให้อากาศถ่ายเท ก่อนรับผู้ป่วยใหม่

ต้นฉบับ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

1. สวมเสื้อคลุมเมื่อเสื้อผ้ามีโอกาสปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งในร่างกาย
2. การแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดปาก และจมูกเมื่อไอหรือจาม
3. ผู้ป่วยไม่ควรออกนอกห้องถ้าไม่จำเป็น ถ้าต้องออกนอกห้องเพื่อไปตรวจจะต้องผูกผ้าปิดปาก จมูก

การแพร่เชื้อทางละอองเสมหะ (Droplet Precautions)

เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่แพร่เชื้อทางละอองเสมหะ ซึ่งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ไมครอน เชื้ออาจอยู่บริเวณเยื่อบุจมูก ปาก หรือเยื่อบุตา ละอองเสมหะฟุ้งกระจายออกมาขณะพูด ไอ หรือจาม อาจติดต่อได้ขณะทำหัตถการที่ต้องใกล้ชิดผู้ป่วย ในระยะห่างไม่เกิน 3 ฟุต

เช่นดูดเสมหะ ใส่ท่อทางหลอดลมคอ หรือสอดคล้องผ่านเข้าไปในหลอดลม ละอองเสมหะจะลอยในอากาศเพียงช่วงสั้นๆ

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐาน แนวทางการใช้ห้องแยก Negative Pressure**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 07**

ผู้ป่วยเดิม	ระยะเวลา Flow ห้องให้อากาศถ่ายเท
ผู้ป่วย TB (seen1+-3+)	รอ 12 ชั่วโมง
ผู้ป่วย TB ดื้อยา	รอ 24 ชั่วโมง
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อAirborne อื่นๆ	รอ 6 ชั่วโมง

การย้ายเข้าห้องแยกโรคในเวลาราชการ แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและแจ้ง ICN ทราบทุกราย

การย้ายเข้าห้องแยกโรคนอกเวลาราชการ แพทย์เวรพิจารณาร่วมกับหัวหน้าเวร และแจ้งพยาบาลตรวจการณ์ทราบทุกราย

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการพิจารณาเข้าห้องแยกโรคปลอดเชื้อ พิจาณาตามโรค อาการและการแพร่กระจายเชื้อ และ/หรือ ตามความเห็นของแพทย์

ข้อควรระวัง ทุกครั้งที่ปฏิบัติแม้จะยังไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อให้ยึดหลักปฏิบัติตามหลักการ Standard precautions

เครื่องชี้วัด บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 0%

หลักการในการทำงานของห้องแยกโรคปลอดเชื้อ

1. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค : ทำให้แรงดันอากาศห้องผู้ป่วยและห้องก่อนเข้าห้องผู้ป่วย(AnterRoom)มีค น้อยกว่าบริเวณข้างเคียง5-10(Negative Pressure)10-20 ตรวจสอบภายในห้องไม่ให้มีช่องระบายอากาศออกภายนอ ควรปิดประตูให้สนิททั้งประตูภายในห้อง Negative Pressure และ ห้อง Anter Room
2. กำจัดเชื้อโรคออกจากอากาศก่อนระบายทิ้งออกสู่ภายนอกโดย Pre filter, Medium filter , HEPAfilter และฆ่าเชื้อโรคด้วยแสง UV
3. ควบคุมการไหลของอากาศจากที่สะอาดมากไปยังที่สะอาดน้อยกว่า : โดยให้อากาศที่สะอาดมากกว่าไหลไปยังบุคลากรหรือแพทย์ก่อน และระบายอากาศออกจากห้องที่บริเวณหัวเตียง ระบบระบายอากาศมีความคงทนสูงอากาศถ่ายเทได้อย่างน้อย12 เท่าของ
4. ปริมาตรห้องต่อชั่วโมง ประหยัดพลังงาน และสามารถซ่อมบำรุงได้โดยสะดวก
5. การออกแบบและติดตั้งถูกต้องตามาตรฐานสากล ASHRAE 2007 &CDC 2003 Standard

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน	**WI – IPD- 09**

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 7 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง มาตรฐาน แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน	**WI – IPD- 09**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรของงานผู้ป่วยใน มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการบันทึกทางการพยาบาล
2. เพื่อเป็นหลักฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละราย
3. เพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลในทีมสหวิชาชีพ
4. เพื่อสะท้อนถึงมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล และเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละคน
5. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางคดีกรณีมีการฟ้องร้อง

เป้าหมาย

บุคลากรทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ในการบันทึกทางการพยาบาลจะต้องประกอบด้วยสิ่งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ สิ่งที่ค้นพบจากผู้ป่วย , ข้อมูลผู้ป่วย , ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย , การวางแผนการดูแลหรือการใช้กระบวนการพยาบาล สิ่งที่ผู้ป่วยบอกรวมทั้งสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยทั้งหมดทั้งทางตรงและทางอ้อม

2. บันทึกทางการพยาบาลจะต้องแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (กาย , จิต , สังคม , จิตวิญญาณ)

3. บันทึกทางการพยาบาลจะต้องยึดข้อเท็จจริง บันทึกเฉพาะสิ่งที่เห็น , ได้ยิน , ได้กลิ่น , วัดและนับได้ ไม่ใช่สิ่งที่สรุปโดยไม่มีข้อยืนยัน มีความเฉพาะเจาะจง ใช้ภาษาที่เป็นกลาง ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางลบกับผู้ป่วย

4. บันทึกทางการพยาบาล ต้องแสดงถึงบทบาทที่พยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่มีความต่อเนื่อง

5. บันทึกทางการพยาบาลจะต้องบันทึกสิ่งที่สำคัญ และต้องบันทึกทันทีหลังจากให้การพยาบาลหรือไม่นานหลังจากให้การพยาบาล ไม่บันทึกล่วงหน้า (บันทึกเป็น Real time) พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

6. ในการบันทึกทางการพยาบาลผู้ให้การพยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นผู้บันทึก ห้ามให้ผิอื่นบันทึกแทน เพราะข้อมูลอาจผิดพลาดได้ พร้อมลงชื่อผู้บันทึกทุกครั้ง

ตามที่แนบท้ายเอกสารนี้ โดยลงรายละเอียดดังนี้

1. ประวัติการได้รับเลือด
2. INDICATION
3. TYPE OF BLOOD REQUEST
4. ชื่อ.....สกุล.....HN.....อายุ...ปี

   WARD.....DIAGNOSIS .....แพทย์ผู้สั่ง.....ผู้รับคำสั่ง.....
5. จองเลือดเพื่อ.....

ง. ส่งเลือดที่เก็บเพื่อส่งตรวจห้องชันสูตรโรงพยาบาลควนเนียง

จ. แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรทราบ

* ในเวลาราชการมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตลอดเวลา
* นอกเวลาราชการแจ้งทางโทรศัพท์

เอกสารประกอบ

คู่มือการเก็บ SPECCIMEN ส่งตรวจ โรงพยาบาลควนเนียง , แบบฟอร์มการจองเลือดรพ. หาดใหญ่ , แบบฟอร์มการให้เลือด รพ. หาดใหญ่

เครื่องชี้วัด

5.1 อัตราความผิดพลาดในการเก็บ SPECCIMEN และการลงบันทึกเป็นร้อยละ 0

5.2 อัตราความผิดพลาดในการให้เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดเป็นร้อยละ 0

5.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

(ไม่เกิน 5 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีคำสั่ง)

<u>หมายเหตุ</u> กรณี F/U รพ. มอ. ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่เสี่ยงในการเปลี่ยนแปลง ให้ญาติประสาน รพ. มอ.

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลควนเนียง WI IPD - 11

ผู้จัดทำ (นางพรณีย์ รอดผล) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางศิรินทร์ ยางทอง) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 18 ตุลาคม 2559	จำนวน 7 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลควนเนียง WI IPD - 11

1.วัตถุประสงค์:

เพื่อการจำแนกประเภทผู้ป่วย

2. ขอบเขต:

แพทย์ พยาบาล งานผู้ป่วยใน

3. คำนิยามศัพท์

-

4. นโยบาย

ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้รักษา ต้องได้รับการจำแนกประเภทผู้ป่วย

5. ความรับผิดชอบ

พยาบาลงานผู้ป่วยใน

6. ขั้นตอนการปฏิบัติการจำแนกประเภทผู้ป่วย

1. สภาวะความเจ็บปวด

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
1.สัญญาณชีพ	ก.สัญญาณชีพผิดปกติ มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ T,P,Rและ/หรือ BP รวมถึงความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในลักษณะที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่รุนแรง จำเป็นต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา อย่างน้อยทุก 15 นาที	ก. สัญญาณชีพผิดปกติแต่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ หรือ ข. สัญญาณชีพปกติแต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องเฝ้าระวังทุก 15 นาที- ทุก 2 ชั่วโมง	ก. สัญญาฯชีพปกติแต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องเฝ้าระวังทุก 4-6 ชั่วโมง	ก. สัญญาณชีพคงที่และมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อย ต้องการการเฝ้าระวัง วันละ 1-2 ครั้ง
2. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท	ก. มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีโอกาสเปลี่ยนแปลงของ GCS ได้ตลอดเวลา ต้องการการเฝ้าระวังอาการ / อาการแสดงทางระบบประสาท (Neuroloical) อย่างน้องทุก ½-1 ชั่วโมง	ก.อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติแต่อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงที่เลวลง ต้องการการเฝ้าระวังทุก 2-4 ชั่วโมง	ก. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติหรือคงที่ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงน้อย ต้องการการเฝ้าระวังเวรละ 1 ครั้ง	ก. อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาทปกติหรือคงที่

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
3. การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด / หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต	ก. ได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตในลักษณะฉุกเฉิน เช่น CPR	ได้รับการทำหัตถการต่ออวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตแบบไม่ฉุกเฉิน เช่น การเคาะปอดเพื่อส่งตรวจ	ก.ได้รับการทำหัตถการต่ออวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตแบบไม่ฉุกเฉิน เช่น เคาะปอดเพื่อส่งตรวจ	ก.ได้รับการทำหัตถการทั่วไป เช่น เจาะเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ ผ่าฝี เป็นต้น
4.พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (ผู้ป่วย)และผู้อื่น จากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคม หรือสาเหตุอื่น เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือปัญหาที่เกิดจากสาเหตุทาง Metabolic เช่น ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเลคโตรไลท์ เป็นต้น	ก. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำร้ายตนเองและ/หรือผู้อื่น หรือพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีโอกาส/สัญญาณเตือนว่าจะฆ่าตัวตาย หรือ ข. มีพฤติกรรมผิดปกติด้านการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคมที่รุนแรง	ก. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีโอกาสทำร้ายตนเองหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แต่อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ โดยต้องดูแลใกล้ชิด หรือ ข. เศร้าโศก/ซึมเศร้า ไม่สามารถปรับตัวได้	ก. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติด้านอารมณ์และจิตสังคม หรือผิดปกติจากพยาธิสภาพ แต่ปรับตัวและควบคุมตันเองได้ มีโอกาสทำร้ายตัวเอง และผู้อื่นน้อย หรือเป็นบางครั้ง	ก. ไม่มีปัญหาการปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตสังคม

2. การดูแลขั้นต่ำที่ผู้ใช้บริการควรจะได้รับ

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อย่างน้อย 3 ใน4 ข้อต่อไปนี้ 1. รับประทานอาหารไม่ต้องได้รับอาหารทางหลอดเลือด 2. เคลื่อนไหวด้วยตัวเองไม่ได้หรือควบคุมการเคลื่อนไหวเองไม่ได้ 3.ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย/อวัยวะตนเองได้ 4. ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	ก. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อต่อไปนี้ 1. รับประทานอาหารเองไม่ได้ และกลืนอาหารได้แต่สำลักง่าย หรือต้องได้อาหารทางสายยางในรายที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร 2. เคลื่อนไหวบนเตียงได้บ้าง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 3. ต้องทำความสะอาดร่างกายบนเตียงและต้องมีผู้ช่วยแต่สามารถช่วยขยับตัวได้บ้าง 4. ขับถ่ายได้ บนเตียง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และอาจต้องช่วยสวน ควัก ล้วง	ก. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ดังนี้ 1. รับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เช่น จัดทำจัดอาหาร หรือต้องได้อาหารทางสายยาง และไม่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร 2. เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง ลุกเดินได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ และต้องมีอุปกรณ์ช่วย 3. ทำความสะอาดร่างกายได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยบนเตียงหรือในห้องน้ำ 4. ขับถ่ายเองได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยบนเตียงหรือในห้องน้ำ	ก. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลควนเนียง WI IPD - 11

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
2.ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ใช้บริการ ญาติและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์	ก. มีความกลัว/วิตกกังวลสูงมาก อยู่ในช่วงการรับรู้ความเจ็บป่วยในระยะแรกต้องการข้อมูลที่มีความชัดเจนเฉพาะเจาะจง ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน และมากพอที่จะใช้ปฏิบัติตัวได้อย่างปลอดภัยเนื่องจากอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด หรือมีอาการ/อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาควบคุมได้ หรือ ข. ได้รับความกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรงหรือ อยู่ในภาวะการณ์สูญเสียไม่ว่าเป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือพิการ หรืออยู่ในระยะการเปลี่ยนผ่าน	ก. มีความกลัว/วิตกกังวลและต้องการข้อมูลที่ชัดเจน ต้องอาศัยการยกตัวอย่างการสอนและการปรึกษา หรือ ข. ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดกำลังใจ หรือ ค. ต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือเลือกใช้การปฏิบัติ หรือ ค. ต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้การปฏิบัติ หรือต้องเรียนรู้การดูแลตนเองโดยอาศัยความรู้และเทคนิคเฉพาะ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร และอาหารปั่น การดูดเสมหะและการดูแลท่อช่วยหายใจ เป็นต้น หรือ ง. ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจงในกรณีที่เจ็บป่วยเรื้อรังและควบคุมอาการไม่ได้	ก. มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเฉพาะที่มีความชัดเจนเพียงพอต่อการควบคุมอาการ/ การดูแลตนเอง หรือ ข. อยู่ในภาวการณ์เตรียมตรวจหรือเตรียมผ่าตัด ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนพอที่จะเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมต่อการตรวจหรือการผ่าตัด หรือ ค. เครียด/วิตกกังวลเล็กน้อย ต้องการการให้กำลังใจ	ก. ต้องการคำแนะนำโดยทั่วไป เช่น กฎระเบียบการใช้บริการ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทั่วไป เช่น เมื่อเป็นหวัด การดูแลบาดแผลเล็ก ๆ เป็นต้น

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
3. ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพ	ก. ต้องได้รับยา / สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีผลต่อการทำงานของอวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตและ/หรือ ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาต้องมีบันทึกการเฝ้าระวังทุก 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง	ก.ต้องได้รับยาที่จำเป็น ต้องประเมินอย่างชัดเจน ระมัดระวัง และ/หรือ ช่วยเหลือ / ทำหัตถการก่อนการให้ยาและหลังให้ยา เช่น การให้ยาในช่วงการปรับระดับยา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น หรือ ข. ได้รับการทำหัตถการทั่วไป เช่น การสวนปัสสาวะ อุจจาระ การสวนล้างช่องคลอด การทำ postural drainage เป็นต้น ค. ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยบุคลากรอย่างใกล้ชิด	ก. ได้รับยาเพื่อการรักษา/ควบคุมอาการโดยทั่วไป ต้องการการเฝ้าระวังตามปกติ หรือ ข. การทำแผลสะอาด ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	ก.ได้รับยาที่ใช้รักษาควบคุมอาการในลักษณะประจำหรือยาบำรุง

ประเภทผู้ป่วย / ตัวบ่งชี้	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	4 = หนักมาก	3 = หนัก	2 = ปานกลาง	1 = เบา
4. ความต้องการการบรรเทาอาการรบกวน	ก. ต้องการการบรรเทาอาการรบกวนมาก ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้และควบคุมไม่ได้หรือควบคุมได้ยาก เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลาอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง เช่น ความปวดที่รุนแรง อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น			

อ้างอิง : สำนักการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐาน การแยกผู้ป่วย**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 05**

ผู้จัดทำ (นางขวัญฤดี เส้งชิ้ว) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ทบทวน** (นางพรณีย์ หลุ๊ดหล๊ะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้อนุมัติ** (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553	จำนวน 8 หน้า

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	**วันที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**รายละเอียดการแก้ไข**	**ผู้อนุมัติ**

ระเบียบปฏิบัติ **เรื่อง มาตรฐาน การแยกผู้ป่วย**	**โรงพยาบาลควนเนียง** **WI – IPD - 05**

1. วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยโรคติดต่อหรือสงสัยว่าอาจจะเป็นโรคติดต่อไปยังผู้อื่น

2. ขอบข่าย ใช้กับแพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

3. คำนิยามศัพท์ Standard Precautions เป็นวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัย ว่าเป็นโรคที่ระบาดได้ โดยที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยในระยะแยก ให้คำนึงถึงการแพร่กระจายของโรคเป็นหลักโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม โดยดูจากอาการทางคลินิก ซึ่งมีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีโรคติดเชื้อ แพร่กระจายได้

4. นโยบาย ผู้ป่วยโรคติดต่อ หรือผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคติกต่อทุกรายได้รับการจัดให้อยู่ในสถานที่ ที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

5. ความรับผิดชอบ

- แพทย์มีหน้าที่วินิจฉัยให้ชัดเจนว่าเป็นโรคติดต่อหรือไม่

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่จัดสถานที่ และแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อหรือสงสัยว่าจะเป็น โรคติดต่ออย่างเหมาะสม และใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก , ฉุกเฉิน จัดหาสถานที่แยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อหรือสงสัยว่าอาจจะติดโรคติดต่อ ขณะรอตรวจหรือขณะได้รับการตรวจ และใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีปฏิบัติแนวทางการแยกผู้ป่วย

แนวทางการแยกผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติดังนี้

การระมัดระวังการแพร่เชื้อทางอากาศ (Air borne Precautions) เป็นการแยกที่ต้องลดความเสี่ยงของเชื้อที่กระจายทางอากาศ โดยผ่านทางเสมหะที่เล็กกว่า 5 ไมครอน หรือฝุ่นละอองที่มีเชื้อปะปนอยู่เป็นเชื้อที่ลอยอยู่ในอากาศได้นาน

ข้อปฏิบัติ

1. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก (ถ้าเป็นไปได้) และต้องเป็นห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดีใน อัตราอย่างน้อย 6 เท่า ของปริมาณห้องต่อชั่วโมง
2. สวมผ้าปิดปาก จมูก ให้มิดชิด
3. สวมเสื้อคลุมเมื่อเสื้อผ้ามีโอกาสปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่งในร่างกาย

4. การแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดปาก และจมูกเมื่อไอหรือจาม
5. ผู้ป่วยไม่ควรออกนอกห้องถ้าไม่จำเป็น ถ้าต้องออกนอกห้องเพื่อไปตรวจจะต้องผูกผ้าปิดปาก จมูก

การแพร่เชื้อทางละอองเสมหะ (Droplet Precautions)

เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่แพร่เชื้อทางละอองเสมหะ ซึ่งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ไมครอน เชื้ออาจอยู่บริเวณเยื่อบุจมูก ปาก หรือเยื่อบุตา ละอองเสมหะฟุ้งกระจายออกมาขณะพูด ไอ หรือจาม อาจติดต่อได้ขณะทำหัตถการที่ต้องใกล้ชิดผู้ป่วย ในระยะห่างไม่เกิน 3 ฟุต

เช่นดูดเสมหะ ใส่ท่อทางหลอดลมคอ หรือสอดคล้องผ่านเข้าไปในหลอดลม ละอองเสมหะจะลอยในอากาศเพียงช่วงสั้นๆ

ผู้ป่วยที่จะต้องแยก

1. โรควัณโรคปอด
2. โรคหัด
3. โรคอีสุกอีใส

ข้อปฏิบัติ

1.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก (ถ้าเป็นไปได้) หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยประเภท เดียวกัน

2.จัดเตียงผู้ป่วยให้ห่างกันไม่น้อยกว่า 3 ฟุต

3.สวมผ้าปิดปาก จมูก เมื่อเข้าใกล้ผู้ป่วยในระยะต่ำกว่า 3 ฟุต

4.ผู้ป่วยไม่ควรออกนอกห้อง ถ้าออกนอกห้องต้องสวมผ้าปิดปาก จมูก

1. **การแพร่เชื้อทางสัมผัส (contact precautions)** เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ ที่แพร่เชื้อทางการสัมผัส สัมผัสโดยตรงได้แก่ การสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย บาดแผลของผู้ป่วยติดเชื้อ สัมผัสทางอ้อม จากเข็มเจาะเลือดผู้ป่วยแล้ว กล้องส่องหลอดคอที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว

ผู้ป่วยที่ต้องแยก

1. Haemophilus influenza type B disease
2. Neisseria meningitis disease ทั้ง meningitis , Pneumonia
3. การติดเชื้อแบคทีเรียทางเกินหายใจที่แพร่เชื้อทางละอองเสมหะ
   3.1 Diphtheria (Pharyngeal)
   3.2 Mycoplasma pneumonia

3.3 Pertussis

3.4 Pneumonia plague (กาฬโรค)

3.5 Streptococcal pharyngitis , pneumonia

3.6 Diphtheria (Pharyngeal)

3.7 Mycoplasma pneumonia

3.8 Pertussis

3.9 Pneumonia plague (กาฬโรค)

3.10 Streptococcal pharyngitis , pneumonia

4. การติดเชื้อไวรัสที่แพร่เชื้อทางละอองเสมหะ

4.1 Influenza

4.2 Mumps

4.3 Rubella

ข้อปฏิบัติ

1. จัดเตียงแยกจากผู้ป่วยอื่น
2. สวมถุงมือเมื่อสัมผัสผู้ป่วย เลือดสารคัดหลั่งในร่างกายผู้ป่วย
3. ถอดถุงมือทันที ที่เลิกใช้และทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ที่เตียงหรือในหอผู้ป่วย และล้างมือทันทีด้วยน้ำส ตามปกติ หรือน้ำยาล้างมือแห้ง
4. สวมเสื้อคลุมในกรณีที่อาจมีการกระเด็นของเลือด สารคัดหลั่งของร่างกาย
5. แยกของใช้ทุกชนิดจากผู้ป่วยอื่น
6. ทำความสะอาดเตียง สิ่งแวดล้อม และของใช้ทุกชนิด อย่างเข้มงวด
7. ถอดถุงมือทันที ที่เลิกใช้และทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ที่เตียงหรือในหอผู้ป่วย และล้างมือทันทีด้วยน้ำส ตามปกติ หรือน้ำยาล้างมือแห้ง
8. สวมเสื้อคลุมในกรณีที่อาจมีการกระเด็นของเลือด สารคัดหลั่งของร่างกาย
9. แยกของใช้ทุกชนิดจากผู้ป่วยอื่น
10. ทำความสะอาดเตียง สิ่งแวดล้อม และของใช้ทุกชนิด อย่างเข้มงวด
11. ถอดถุงมือทันที ที่เลิกใช้และทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ที่เตียงหรือในหอผู้ป่วย และล้างมือทันทีด้วยน้ำส

ตามปกติ หรือน้ำยาล้างมือแห้ง

12. สวมเสื้อคลุมในกรณีที่อาจมีการกระเด็นของเลือด สารคัดหลั่งของร่างกาย
13. แยกของใช้ทุกชนิดจากผู้ป่วยอื่น
14. ทำความสะอาดเตียง สิ่งแวดล้อม และของใช้ทุกชนิด อย่างเข้มงวด

<u>ผู้ป่วยต้องแยก</u>

1. ติดเชื้อดื้อยา หรือเพาะเชื้อพบเชื้อดื้อยาหลายชนิด
2. ผู้ป่วยอุจจาระร่วงที่ถ่ายเรี่ยราด ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้
3. ติดเชื้อบริเวณผิวหนัง เช่น Herpes simplex , Herpes zoster
4. viral / hemorrhagic conjunctivitis
5.

การแยกเพื่อป้องกันผู้ป่วยพร่องอิมมูน (Protective Isolation)

<u>ข้อปฏิบัติ</u>

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก (ถ้าเป็นไปได้) หรือแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยติดเชื้อ
2. ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย และหลังทำหัตถการต่าง ๆ
3. อาหารและน้ำดื่มต้องต้มสุก และงดผักสดและผลไม้
4. จำกัดผู้เยี่ยมและรายงานเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนเข้าเยี่ยม

ผู้ป่วยที่สมควรแยก

1. ผู้ป่วยเม็ดเลือดขาวต่ำ (Granulocytopenia) จำนวน Nrutrophil ต่ำกว่า 500 Cell / mm^3 จากสาเหตุต่า ๆ เช่น หลังใช้เคมี บำบัด มะเร็งเม็ดเลือดขาว
2. ผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด

- อุบัติการณ์การแยกผู้ป่วยที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

8.0 ภาคผนวก

ตารางแสดงวิธีการแยกผู้ป่วยและระยะเวลาในการแยกผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ

ชื่อโรค	วิธีการแยก	ระยะเวลาในการแยกผู้ป่วย
Diphtheria	Strict isolation	ตลอดระยะเวลาที่ยังพบเชื้อจากจมูก และคอของผู้ป่วย
Chickenpox	Strict isolation	ตั้งแต่ 5 วันก่อนผื่นขึ้นจนถึงประมาณ 6 วันหลังจากผื่นขึ้น
Herpes zoster	Strict isolation	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Acute viral respiratory infection	Contact isolation	ตลอดระยะเวลาที่โรคอยู่ในระยะ active
Gonococcus Conjunctivitis	Contact isolation	หลังจากได้รับยาต้านจุลชีพ 24 ชม. แยกหรือหยุดแยก
Cutaneous diphtheria	Contact isolation	หลังจากหยุดยาแล้ว ทำการเพาะเชื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชม. ให้ผลลบ
Group A Streptococcal Endometritis	Contact isolation	ในรายที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 10-21 วัน หลังจากมีอาการ รายที่ได้รับการรักษาแยกหลังจากได้รับยาต้านจุลชีพ 24-48 ชม.
Herpes simplex	Contact isolation	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Impetigo	Contact isolation	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Influenza ในทารกและ	Contact isolation	ภายใน 3 วันหลังจากเริ่มมีอาการป่วย

เด็กเล็ก		
Rabies	Contact isolation	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Congenital rubella	Contact isolation	ตั้งแต่ 1 สัปดาห์มีผื่นขึ้นจนถึง 4 วันหลังจากผื่นขึ้นแล้วในทารกแรกคลอดจะยังแพร่เชื้อผ่านทาง nasopharyngeal secretions ได้นานเป็นเดือน
Measles	Respiratory isolation	ก่อนมีอาการป่วยเล็กน้อยจนถึง 4 วันหลังผื่นขึ้น
Mumps	Respiratory isolation	ประมาณ 2 วันก่อนมีอาการบวมของต่อมน้ำลายจนถึง 5 วันหลังจากเริ่มมีอาการ

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง มาตรฐาน การแยกผู้ป่วย	โรงพยาบาลควนเนียง WI – IPD - 05

ชื่อโรค	วิธีการแยก	ระยะเวลาในการแยกผู้ป่วย
Pertussis	Respiratory isolation	ในระยะแรกของโรค ก่อนการไอรุนแรง
Meningococcemia	Respiratory isolation	จนกระทั่งไม่พบเชื้อในน้ำมูกน้ำลายของผู้ป่วย
Tuberculosis	Tuberculosis isolation	ตลอดระยะเวลาที่ยังแพร่เชื้อวัณโรค
Amoebic dysentery	Enteric precautions	ในระยะที่มี Cyst ปนออกมากับอุจจาระ
Cholera	Enteric precautions	ในระยะที่ยังมีเชื้ออหิวาต์ปนออกมากับอุจจาระ
Acute infectious diarrhea	Enteric precautions	ตลอดระยะที่พบเชื้อออกมากับอุจจาระประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังจากเริ่มป่วย
Poliomyelitis	Enteric precautions	ตลอดระยะเวลาที่ยังพบเชื้อในอุจจาระของผู้ป่วย
Typhoid fever	Enteric precautions	ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มมีอาการป่วยจนถึงประมาณ 1 สัปดาห์หลังขากเริ่มมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง
Hepatitis A	Enteric precautions	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
AIDS	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
DHF	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Hepatitis B	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย

ชื่อโรค	วิธีการแยก	ระยะเวลาในการแยกผู้ป่วย
Hepatitis C	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
Leptospirosis	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาที่ป่วย
Malaria	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาแรก ระยะที่สอง และต้นระยะที่สามของโรค
Syphilis	Blood/body fluid Precautions	ตลอดระยะเวลาแรก ระยะที่สอง และต้นระยะที่สามของโรค

Tracer of Stroke

รพ.ควนเนียง จังหวัดสงขลา

1. บริบท

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาในโรงพยาบาลควนเนียง ในปี2554-2556 มีจำนวน 27,32 และ 43รายตามลำดับ ซึ่งข้อมูลจากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมักบีบนวดก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน Fast track ในเบื้องต้น ก่อนส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นการดูแลก่อนส่งต่อจึงมีความสำคัญมาก และเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นต่อ ในปี2555และ2556 รับrefer back จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ 9 ราย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ราย ซึ่งทั้งหมดได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ

2. **ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ**

1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน Fast track

2.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

3. ตัวชี้วัด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน Fast track				
Early detect	90%	100	100	100
Early diagnosis	90%	85.72	100	100
Early refer	90%	85.72	100	94.8
อัตราผู้ป่วย Strokeได้รับการเยี่ยมบ้าน	80%	93.75	100	100

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. พัฒนาทักษะการประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย และการตรวจระบบประสาท GCS
2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบ Fast track ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ รวมถึงพัฒนาระบบการสื่อสารในการขอคำปรึกษา
4. มีการทบทวน case กรณีที่มีปัญหาการดูแล หรือข้อแนะนำจากแบบประเมินส่งต่อจากโรงพยาบาลที่รับการรักษาต่อ
5. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์

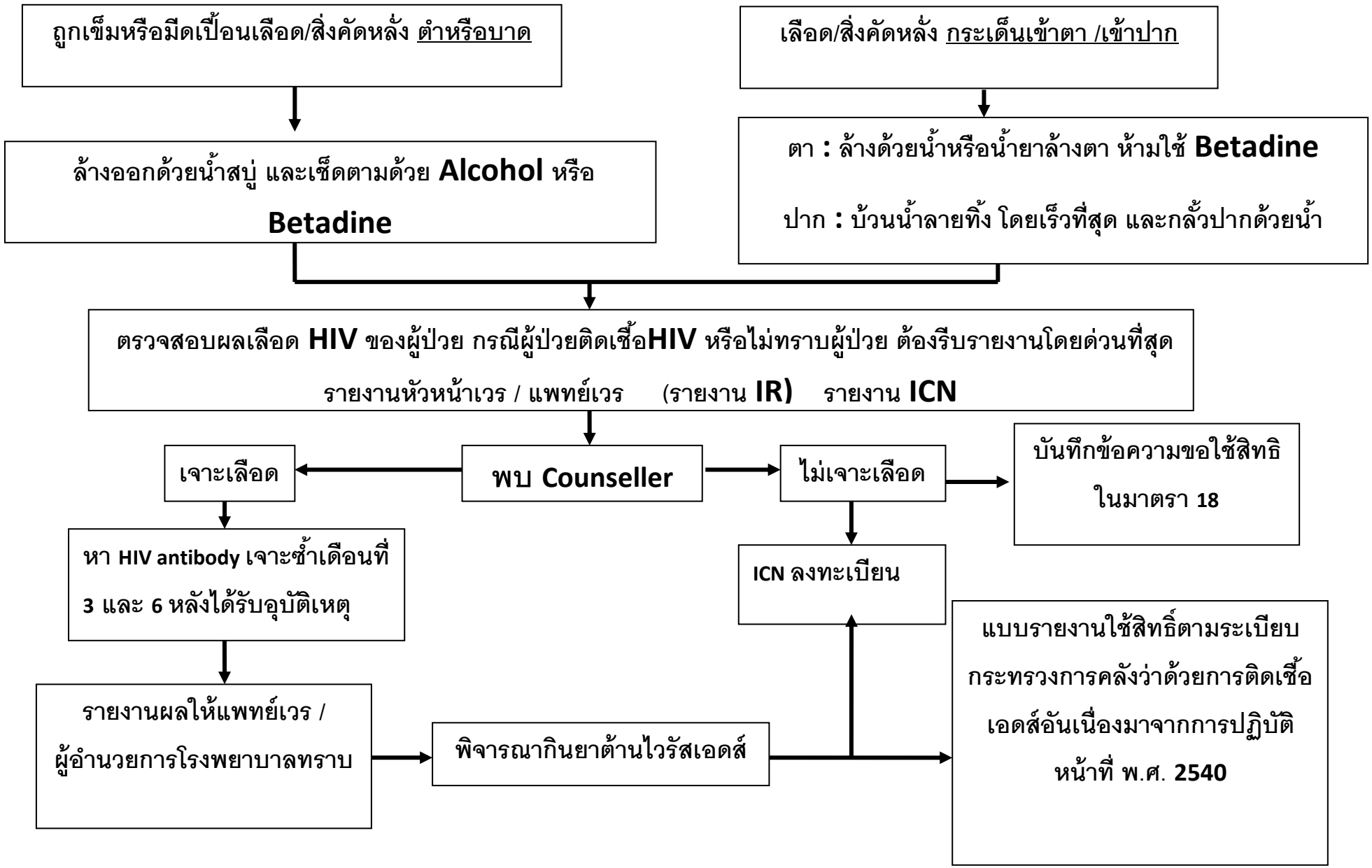
5. แผนการพัฒนา

1.จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เข้ารับการรักษาทันที

2.คัดกรองภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยง HT พร้อมให้ความรู้ การสังเกตอาการและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

3.พัฒนาเพิ่มอุปกรณ์การแพทย์ของธนาคารอุปกรณ์ของโรงพยาบาลควนเนียงเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย



Flow chart การทำลายเวชระเบียน

ผู้รับผิดชอบ		ระยะเวลา
จนท.เวชสถิติ	เจ้าพนักงานเวชสถิติสำรวจเวชระเบียนที่ครบกำหนดการเก็บ	7 วัน
ฝ่ายบริหาร	ฝ่ายบริหารตรวจพิจารณาหนังสือที่จะทำลายเทียบกับบัญชีกำหนดอายุ	7 วัน
ฝ่ายบริหาร	ฝ่ายบริหารจัดทำบัญชีหนังสือขอทำลาย ตามแบบ 25 เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	3 วัน
	แต่งตั้งคณะกรรมการทำลาย 3 คน	7 วัน
คณะกรรมการ	คณะกรรมการทำลายพิจารณาหนังสือที่จะทำลาย	1 วัน
	เห็นชอบทำลาย — ไม่ → ให้ลงความเห็นว่าขยายเวลาเก็บไปอีกกี่ปี	
ฝ่ายบริหาร	ใช่	1 เดือน
	ส่งหนังสือขอทำลายให้กองหอจดหมายเหตุแห่งชาติ	
	หอจดหมายเหตุแห่งชาติเห็นชอบ — ไม่เห็นชอบ → ควรขยายเวลาเก็บให้แก้ไขบัญชี	
ฝ่ายบริหาร	เห็นชอบ ไม่ได้รับแจ้งภายใน 60 วัน ถือว่าหอจดหมายเหตุเห็นชอบ	2 เดือน
จนท.เวชสถิติ	ประชาสัมพันธ์ - ผ่านหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาลติดประกาศในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ใน	1 เดือน
คณะกรรมการ	ทำลายโดยใช้เครื่องย่อยสลายกระดาษ	1 เดือน
ฝ่ายบริหาร	รายงานผลการทำลาย	1วัน

ปัจจุบันโรงพยาบาลควนเนียงเก็บเวชระเบียนไว้ 10 ปี แต่จะเก็บเวชระเบียนไว้ในห้องบัตรเพียง 5 ปี เนื่องจากปัญหาสถานที่เก็บ และนำไปเก็บไว้ในห้องรอทำลายอีก 5 ปี

วิธีปฏิบัติการทำลายเวชระเบียน

ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526

1.เจ้าพนักงานเวชสถิติสำรวจเวชระเบียนที่ครบกำหนดการเก็บ (ภายใน 60 วันหลังปีปฏิทิน ข้อ 66)

2.ฝ่ายบริหาร ตรวจพิจารณาหนังสือที่จะทำลายโดยตรวจสอบอายุเอกสารกับบัญชีกำหนดอายุ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.จัดทำบัญชีหนังสือขอทำลาย ตามแบบ 25 ท้ายระเบียบมีสำเนาคู่ฉบับ สรุปเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นลำดับต่อไป

4.แต่งตั้งคณะกรรมการทำลายหนังสือ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงายสารบรรณ พ.ศ. 2526 (ข้อ 67) อย่างน้อย 3 คน (ควรแต่งตั้งจากข้าราชการระดับ 3 ขึ้นไป)

5.คณะกรรมการทำลายพิจารณาหนังสือที่จะทำลาย โดยพิจารณาเอกสารที่จะขอทำลายตามรายการในบัญชีขอทำลาย เอกสารที่จะขอทำลายต้องครบอายุการเก็บแล้ว หากเอกสารบางรายการไม่สมควรทำลายให้ลงความเห็นว่าขยายเวลาเก็บอีกกี่ปี ในช่อง"หมายเหตุ"ของบัญชีขอทำลาย

6.ให้คณะกรรมการเสนอรายงานผลการพิจารณาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล พิจารณาสั่งการ

7.ส่งบัญชีหนังสือขอทำลายให้กองจดหมายเหตุแห่งชาติ

8.กองจดหมายเหตุแห่งชาติแจ้งเห็นชอบ

-ถ้าเห็นว่าฉบับใดควรขยายเวลาเก็บให้แก้ไขบัญชี

-ถ้าไม่ได้รับแจ้งภายใน 60 วันให้ถือว่าหอจดหมายเหตุเห็นชอบ

9.ประชาสัมพันธ์ เมื่อได้รับอนุมัติการทำลายจากหอจดหมายเหตุแห่งชาติ โรงพยาบาลต้องทำประกาศประชาสัมพันธ์บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ติดประกาศในโรงพยาบาล และประชาสัมพันธ์ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลควนเนียง ให้เจ้าของเวชระเบียนที่ต้องการเก็บเวชระเบียนของตัวเองมาติดต่อกับโรงพยาบาล ภายใน 30 วัน

10.ดำเนินการทำลายโดยวิธีการ ใช้เครื่องย่อยสลายกระดาษ

11.รายงานผลการทำลายเอกสาร

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง การจัดเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้การจัดเก็บและทำลายเอกสารเวชระเบียนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

2.เพื่อเก็บรักษาแฟ้มเวชระเบียนอย่างเหมาะสมและป้องกันความลับผู้ป่วยรั่วไหล

3.เพื่อให้มีการทำลายแฟ้มเวชระเบียนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

4.เพื่อคืนพื้นที่การจัดเก็บให้กับแฟ้มเวชระเบียนที่เกิดขึ้นใหม่

ผู้รับผิดชอบ

1.งานเวชระเบียน มีหน้าที่จัดเก็บและทำลายเวชระเบียน

2.ฝ่ายบริหารงานทั่วไป มีหน้าที่ดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ

3.เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์

นิยามศัพท์

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

การทำลายเวชระเบียน หมายถึง แฟ้มเวชระเบียนทุกฉบับที่ครบกำหนดการทำลาย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526

การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วย

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก การจัดเก็บเวชระเบียนในโปรแกรม Hos XP โดยทำการสแกนเอกสารของผู้ป่วยลงในโปรแกรม Hos XP เช่น ใบ INFORM CONSENT, แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน และใบ EKG เป็นต้น

เวชระเบียนผู้ป่วยใน แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับเมื่อจำหน่ายจะถูกส่งกลับมาที่งานเวชระเบียน และจัดเก็บตาม AN ของการรับผู้ป่วยเข้ารักษา

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจัดเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน	โรงพยาบาลควนเนียง WP – MRS - 06

ผู้จัดทำ ชฎาพร คงเอียง (นางชฎาพร คงเอียง) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ ผู้ทบทวน (นพ.ถิรวิทย์ แก้วนพรัตน์) ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ ผู้อนุมัติ (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 3 หน้า กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลควนเนียง Khuan Niang Hospital

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	17สค.63	ชฎาพร	1.เปลี่ยนชื่อแพทย์ผู้ทบทวน	
			2.ปรับFlow chacht เพิ่มผู้รับผิดชอบและระยะเวลา	

ต้นฉบับ : งานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียงและเครือข่ายบริการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ระยะเวลา

Flow chart การยืม-คืนเวชระเบียน

จนท.รพ./นศ.

ผู้มีสิทธิยืมพิมพ์ใบยืมเวชระเบียนจากหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

1 วัน

จนท.ห้องบัตร

กรอกข้อมูลในใบยืมเวชระเบียนให้ครบถ้วน

กรณียืมเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต้องส่งใบยืมล่วงหน้า อย่างน้อย 2 วัน

จนท.ห้องบัตร

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของใบยืมเวชระเบียน 5 นาที

ไม่ถูกต้อง → ทำการแก้ไขข้อมูลในใบยืมเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วน

ถูกต้อง

จนท.ห้องบัตร

เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนยืมเวชระเบียนผ่านโปรแกรม Hos XP

1 วัน

จนท.ห้องบัตร

เก็บหลักฐานการยืมเวชระเบียน

1 วัน

จนท.ห้องบัตร

ค้นเวชระเบียนที่จะยืม

ไม่พบ → ค้นหา ติดตามเวชระเบียนที่ค้นไม่พบในตู้เก็บ

พบ

จนท.ห้องบัตร

ส่งให้ผู้ยืม

2 วัน

จนท.รพ./นศ.

ส่งคืนเวชระเบียนที่ครบกำหนดยืมตามกำหนด

ไม่คืน → ติดตาม ทวงคืน เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก ส่งคืนภายในหนึ่งวัน ผู้ป่วยในส่งคืน ภายใน 7 วัน

คืน

จนท.ห้องบัตร

ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนเมื่อคืนกลับมา

ลงทะเบียนคืนเวชระเบียนผ่านโปรแกรม Hos XP

จัดเก็บเวชระเบียนเข้าตู้เก็บ

สรุปการยืม-คืนในแต่ละเดือน

1 วัน

ใบยืมเวชระเบียน

หน่วยงานเวชระเบียนโรงพยาบาลควนเนียง

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความต้องการยืม ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยในกำหนดคืน.....

เพื่อ.....☐ ศึกษา ☐ ตรวจสอบ ☐ ทบทวนอื่นๆระบุ.....

จำนวน.....ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้

เจ้าหน้าที่ให้ยืมเวชระเบียน จำนวน.....ฉบับ

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	HN	AN	ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	HN	AN
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

ข้าพเจ้าได้อ่านและยอมรับระเบียบการยืมเวชระเบียนทั้งหมด

ลงชื่อ.....(ผู้ยืม) ลงชื่อ.....(ผู้ให้ยืม)

(.....) (.....)

ข้าพเจ้าได้นำเวชระเบียนมาส่งคืนตามรายการที่ยืมไปข้างต้น จำนวน.....ฉบับ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้คืน) ลงชื่อ.....(ผู้รับคืน)

(.....) (.....)

ระเบียบการยืมเวชระเบียน

1. ผู้มีสิทธิยืม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ พยาบาล หรือ บุลากรทางการแพทย์
2. ผู้ยืมต้องกรอกใบยืมเวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ชัดเจน
3. ยืม – คืน ได้ในเวลา 08.30 – 16.30 น. ทุกวันทำการ
4. ต้องยื่นแบบฟอร์มก่อนมารับเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 วันทำการ
5. ต้องนำเวชระเบียนมาคืนเมื่อครบกำหนดยืม
6. ผู้ยืมต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณีเวชระเบียนชำรุด สูญหาย หรือข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเป็นความลับถูกเปิดเผย

เวลาให้บริการยืมเวชระเบียน

1.เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ยืมได้ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.ทุกวันราชการ เว้นวันหยุดราชการ

2.เวชระเบียนผู้ป่วยใน ยืมได้ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.ทุกวันราชการ เว้นวันหยุดราชการ

วิธีการดำเนินการ

1.ผู้มีสิทธิยืม ยื่นใบขอยืมเวชระเบียนโดยกรอกข้อมูลในใบยืมเวชระเบียนให้ครบถ้วน และส่งใบยืมล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วันของการยืมเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยพิมพ์ใบยืมเวชระเบียนผ่านหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐานความถูกต้องในแบบฟอร์มใบยืมเวชระเบียน

3.เจ้าหน้าที่ทำการลงทะเบียนการยืมเวชระเบียนผ่านโปรแกรม Hos XP

4.เก็บหลักฐานการยืมเวชระเบียน

5.นำบัตรแทนที่ใส่แทนที่เวชระเบียนที่ถูกยืมไป

6.ผู้ยืมต้องรับผิดชอบเวชระเบียนให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยและครบถ้วน

7.ผู้ยืมต้องส่งคืนเวชระเบียนภายในระยะเวลาที่กำหนด

8.ติดตาม ทวงคืน เวชระเบียนเมื่อครบกำหนดคืนที่ผู้ยืมไม่ส่งคืน

9.ตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนเมื่อคืนกลับมา

10.ลงทะเบียนรับคืนเวชระเบียนผ่านโปรแกรม Hos XP

11.สรุปการให้บริการยืม-คืน ในแต่ละเดือน

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง การยืม-คืนเวชระเบียน

ผู้มีสิทธิยืม

1.แพทย์

2.พยาบาล

3.ทันตแพทย์

4.นักกายภาพ

5.นักแพทย์แผนไทย

4.นักศึกษาแพทย์,นักศึกษาพยาบาล โดยต้องมีแพทย์/พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้เซ็นชื่อ กำกับ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหาย

2.เพื่อการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

3.เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการยืมแฟ้มเวชระเบียน

ระยะเวลาในการยืม

1.เวชระเบียนผู้ป่วยนอกส่งคืนภายในวันเดียวกัน

2.เวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่งคืนภายใน 7 วัน

ผู้มีสิทธิให้ยืม

เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน

หลักฐานในการยืม

ใบยืมเวชระเบียน

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การยืม-คืนเวชระเบียน	โรงพยาบาลควนเนียง WP – MRS - 07

ผู้จัดทำ ชฎาพร คงเอียง (นางชฎาพร คงเอียง) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ ผู้ทบทวน (นพ.ถิรวิทย์ แก้วนพรัตน์) ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ ผู้อนุมัติ (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 5 หน้า โรงพยาบาลควนเนียง Khuan Niang Hospital

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	17สค.63	ชฎาพร	1.เปลี่ยนชื่อแพทย์ผู้ทบทวน	
			2.ปรับFlow chacht เพิ่มผู้รับผิดชอบ และระยะเวลา	
			3.แก้ไข บรรทัดที่ 7	

นโยบาย : เพื่อให้ทุกแผนกได้ทราบและ เข้าใจ เป็นแนวปฏิบัติที่เหมือนกัน

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วย

2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการให้บริการ

3. เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

4.เพื่อป้องกันการโต้แย้งจากผู้รับบริการ

วิธีปฏิบัติ

รายการ	แนวปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล .	
-นอนพักห้องพิเศษ ไม่เก็บส่วนต่าง รวมทั้ง สามี ภรรยา บุตร พ่อ แม่	หัวหน้าผู้ป่วยใน ลงนาม
-การคุมกำเนิด ชนิด ยากิน ยาฉีด ใสห่วง ฝังยาคุม รวมทั้งค่าเอายาฝังออก ไม่เก็บเงิน	แพทย์ /ลงนาม
-รับบริการนอกเวลา ยกเว้น ค่าธรรมเนียม 50 บาท เฉพาะ เจ้าหน้าที่ ไม่เก็บเงิน	จนท.เวร ลงนาม
-อบแม่หลังคลอด สิทธิประกันสังคม ไม่เก็บเงิน	หัวหน้าแพทย์แผนไทย ลงนาม
-นวดแผนไทย สิทธิประกันสังคม ให้รหัส M และมีการสั่งยาร่วม ไม่เก็บเงิน	เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย
-ขอใบรับรองแพทย์ ไม่เก็บเงิน	แพทย์ /ลงนาม
-ตรวจสุขภาพ สิทธิ UCไม่เก็บ เงิน -สิทธิประกันสังคม เบิกตามสิทธิ ส่วนต่างไม่เก็บเงิน -สิทธิข้าราชการ การเงินเบิกกรมบัญชีกลาง	งานอาชีวอนามัย สรุป รวบรวม ค่าใช้จ่าย ส่งผู้อำนวยการ
บุคคลภายนอก	
-สิทธิ อสม นอนพักห้องพิเศษ -เป็นอสม. ไม่เก็บส่วนต่างค่าห้องพิเศษ (แสดงบัตร อสม.) บุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ บุตร สามี ภรรยา) ใช้สิทธิได้ โดยมีใบรับรองจาก สสอ./ผอ.รพช	มีหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด และมีเอกสารรับรองการเป็นทายาท เช่นสำเนาทะเบียนบ้าน ส่งที่แผนกผู้ป่วยใน (จนท.ผป.ใน)
-ผู้ป่วยนอนห้อง Neggative pressure ไม่เก็บค่าส่วนต่าง ทุกสิทธิ	ดูจากบัตรสิทธิค่ารักษา (จนท.ผป.ใน)
-ตรวจสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินต่างๆเช่น คนพ่นหมอกควัน แม่ครัว หรือโครงการที่ต้องผ่านการประเมินต่างๆ	แผนกที่รับผิดชอบ ทำบันทึกถึงผู้อำนวยการ และแจ้งงาน ศูนย์สิทธิ / OPD / ห้องเก็บเงิน รับทราบ
ผู้ป่วยทั่วไป ให้การสงเคราะห์กรณี ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ	แพทย์ผู้ตรวจ ลงนาม

งานประกันฯ เพิ่ม รหัส 98 เป็น รหัสสิทธิสังคมสงเคราะห์ สรุปข้อมูลส่งงานบัญชี ทุกวันที่ 5 ของเดือน

ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล	โรงพยาบาลควนเนียง SP –MRS - 08
ผู้จัดทำ / ผู้ทบทวน (นางวนิดา เซ่งล่าย) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อนุมัติ (นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่	จำนวน 2 หน้า โรงพยาบาลควนเนียง Khuan Niang Hospital

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	17ส.ค.2563	วนิดา เซ่งล่าย	แก้ไข วิธีปฏิบัติ หน้าที่ 2	

ต้นฉบับ : งานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

สำเนา : ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

	วิธีปฏิบัติ (Work instruction)	จำนวน ๓ หน้า
	เรื่องการนวดรักษา	หน่วยงานที่ใช้กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
	รหัสเอกสาร WI-TTM-๐๐๑	เริ่มใช้งาน ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒
หน่วยงาน : งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		ผู้จัดทำ นส.กิตติมา สนธิ์ขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
ผู้ทบทวน นส.กิตติมา สนธิ์ขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ		ผู้อนมัติ : นายอนุรักษ์ สารภาพ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

	วิธีปฏิบัติ (Work instruction)	
	เรื่อง แนวทางการนวดรักษา	ประกาศใช้วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒
		ฉบับที่ ๑
	รหัสเอกสาร WI-TTM-๐๐๑	หน้า ๑

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๑.๒ เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย

๑.๓ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ขอบเขต

ขั้นตอนการรับบริการในส่วนการนวดรักษา

๓. อุปกรณ์/เครื่องมือ

๓.๑ น้ำมัน

๓.๒ ยาหม่อง

๔. ผู้รับผิดชอบ

แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

๕.วิธีปฏิบัติ

๕.๑ ปฏิบัติตามแนวทางการซักประวัติ

๕.๒ ผู้ซักประวัติอธิบายแนวทางการรักษาและการวินิจฉัยให้ผู้มารับบริการ

๕.๓ ผู้รักษาทำการรักษาด้วยวิธีการนวดรักษา ๔๕ นาที

๕.๔ หากมีการประคบสมุนไพรให้ปฏิบัติตามแนวทางการประคบสมุนไพร

๕.๕ ประเมิฯการรักษาหลังนวดรักษา หาดมีอาการหรือจเป็นต้องเข้ารับการรักาต่อเนื่อง ให้เจ้าหน้าที่ ออก บัตรนัด และลงชื่อในแบบฟอร์มตารางนัดให้บริการ

๕.๖ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เกี่ยวเนื่องกับอาการที่เข้ามารับการรักษา

๖.เอกสารอ้างอิง

๖.๑ วิธีปฏิบัติ(Work instruction) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลบางกล่ำ แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของภาครัฐ

๗. ภาคผนวก/เอกสารแนบท้าย

	วิธีปฏิบัติ (Work instruction)	
	เรื่อง แนวทางการนวดรักษา	ประกาศใช้วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒
		ฉบับที่ ๑
	รหัสเอกสาร WI-TTM-๐๐๑	หน้า ๒

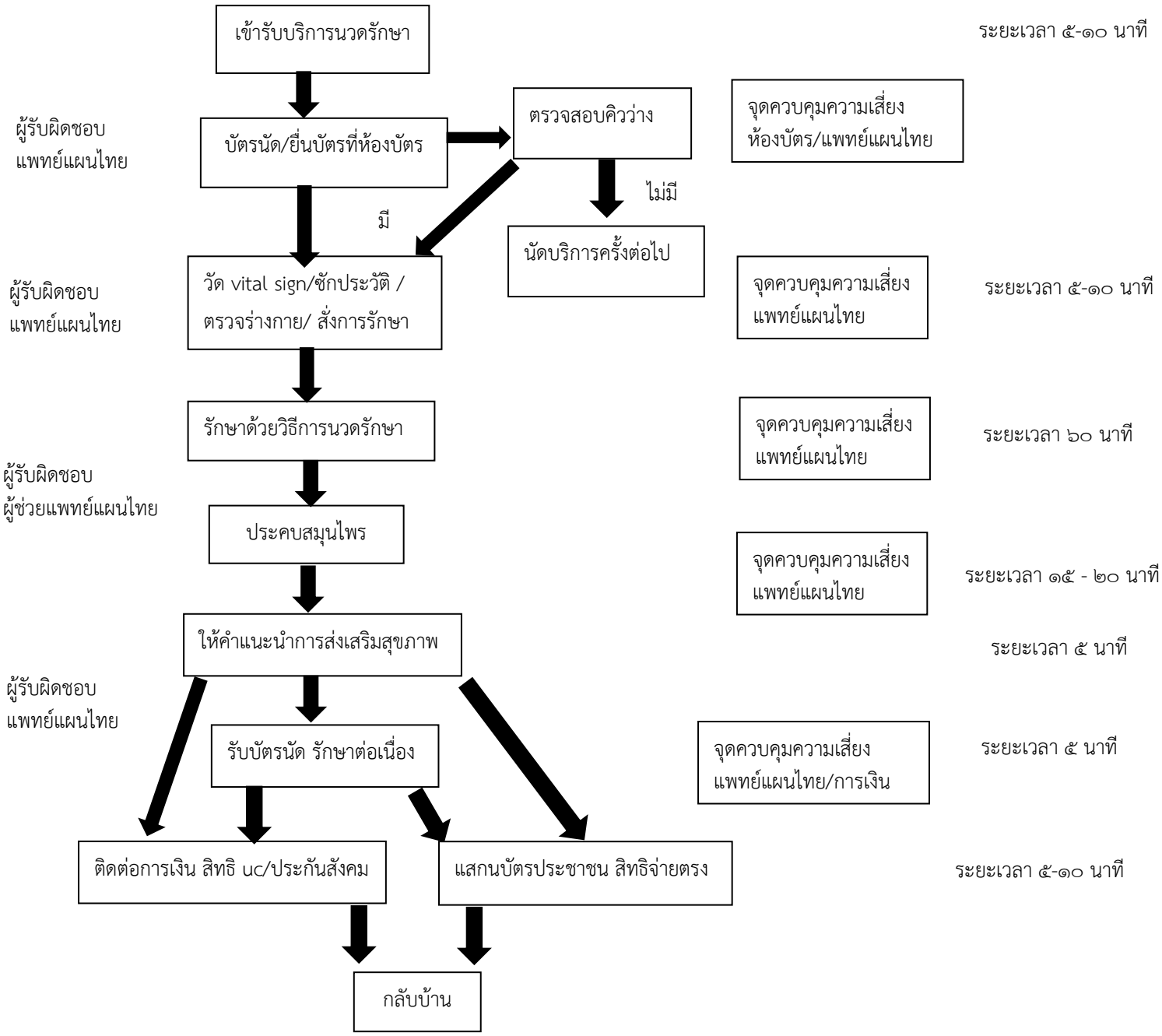
ความเสี่ยง ๑. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง

๒. ผู้ป่วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย

๓. ผู้ป่วยมีอาการความดันโลหิตสูงก่อนนวด

๔. ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ

Flow chart ให้บริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดรักษาและประคบสมุนไพร



ตัวชี้วัด

๑. ความพึงพอใจในการรับบริการในแต่ละกิจกรรม ร้อยละ ๘๐

๒. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับคนไข้ในแต่ละกิจกรรมไม่เกิน ร้อยละ ๑

การติดตามผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุก ๓ เดือน กรณีไม่เป็นไปตามเป้าหมายจำดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางในการแก้ไขต่อไป