

แผนการดำเนินงานกรณีระบบสารสนเทศล่ม  
โรงพยาบาลฟากท่า (Business Continuity Plan : BCP)

จัดทำโดย

ศูนย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลฟากท่า  
งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า

## คำนำ

ด้วยโรงพยาบาลพากทำได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้งานการบริการจัดการภายในองค์กรและสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อความสะดวกในการทำงานและความสะดวกในการสร้างข้อมูลสารสนเทศ อันมีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาองค์กร การบริหารจัดการองค์กร และการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งข้อมูลสารสนเทศต่างๆ จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นองค์กรจึงจำเป็นต้องมีการจัดการฐานข้อมูล การเฝ้าระวัง การจัดเก็บและการดูแลรักษาข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้ เกิดความมั่นคงปลอดภัย และมีความพร้อมในการที่จะนำข้อมูลสารสนเทศดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง “Business Continuity Plan : BCP” ในการไปใช้งานได้อย่างต่อไป คาดหวังว่าแผน บริหารความต่อเนื่องเล่มนี้ จะเป็นแนวทางในการบริหารความต่อเนื่องของการปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤต และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์คอมพิวเตอร์

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แผนการดำเนินการกรณีระบบสารสนเทศล่มโรงพยาบาลฟากท่า.....	1
1. วัตถุประสงค์.....	1
2. นิยาม ระดับเหตุการณ์.....	2
3. โครงสร้างการบังคับบัญชาแผนบริหารงานต่อเนื่องระบบสารสนเทศ.....	3
4. Time Line แผน BCP.....	4
5. จุดรับแจ้งเหตุ .....	5
6. ขั้นตอนประกาศแผน BCP .....	5
7. แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน.....	6
งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก.....	6
ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD).....	6
ห้องจ่ายยา.....	7
ห้องการเงิน.....	7
ห้องตรวจพยาธิวิทยาคลินิก (Lab).....	7
ห้องตรวจเอกซเรย์ (X-Ray) .....	8
หอผู้ป่วยใน (ward) .....	8
ศูนย์คอมพิวเตอร์ .....	9-17
8. การทดสอบแผนความต่อเนื่อง (Testing the Plan) .....	18
9. การรายงานผล บันทึกข้อความสรุปรายงาน .....	18-20
<b>เอกสารประกอบ</b>	
เอกสาร 1 ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่.....	22
เอกสาร 2 ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใบนำทาง และใบสั่งยา.....	23-24
เอกสาร 3 แบบแสดงความยินยอมผ่าตัด.....	25
เอกสาร 4 แบบแสดงความยินยอมการตรวจรักษา.....	26
เอกสาร 5 ใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ (LAB).....	27-34
เอกสาร 6 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (XRAY).....	35
เอกสาร 7 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT).....	36
เอกสาร 8 ใบนัดผู้ป่วย.....	37
เอกสาร 9 แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ (ผู้ป่วยใน).....	38
เอกสาร 10 แบบบันทึกคำสั่งแพทย์(ผู้ป่วยใน) (admission form).....	39

## แผนการดำเนินการกรณีระบบสารสนเทศล่มโรงพยาบาลฟากท่า (Business Continuity Plan : BCP)

แผนบริหารงานความต่อเนื่อง Business Continuity Plan : BCP จัดทำขึ้น เพื่อให้หน่วยงานภายในโรงพยาบาลฟากท่าสามารถนำไปใช้ในการตอบสนอง และปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤติ หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร โดยไม่ให้การดำเนินงานต้องหยุดลง หรือไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง การที่หน่วยงานไม่มีกระบวนการรองรับให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อหน่วยงานในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการให้บริการทางระบบงานคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ด้านการพัฒนาาระบบสารสนเทศ ด้านการเข้าช่วยเหลือเพื่อซ่อมบำรุงอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์ ด้านการให้บริการระบบอินเทอร์เน็ตกับ ดังนั้นการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้หน่วยงานสามารถรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่คาดคิดและทำให้กระบวนการสำคัญ สามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างปกติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

กรอบแนวทางการดำเนินการเตรียมความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติ 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาลฟากท่า
2. การเตรียมความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดทำแผนรองรับการดำเนินการกิจการให้บริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP)
3. การซักซ้อมแผนและนำไปปฏิบัติได้จริง
4. การจัดการหลังเกิดภัย โดยแนวคิดการบริหารความต่อเนื่องของหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ คือ การควบคุมดูแลและป้องกัน ทรัพยากรที่สำคัญต่อการดำเนินงานหรือการให้บริการ เพื่อสร้างประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้รับบริการ

### 1. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารความต่อเนื่อง
- 2.2 เพื่อให้หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสภาวะวิกฤติตามแผนที่ได้กำหนดไว้
- 2.3 เพื่อลดผลกระทบจากการหยุดชะงักในการดำเนินงานหรือการให้บริการ
- 2.4 เพื่อบรรเทาความเสียหายให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

## 2. นิยาม ระดับเหตุการณ์

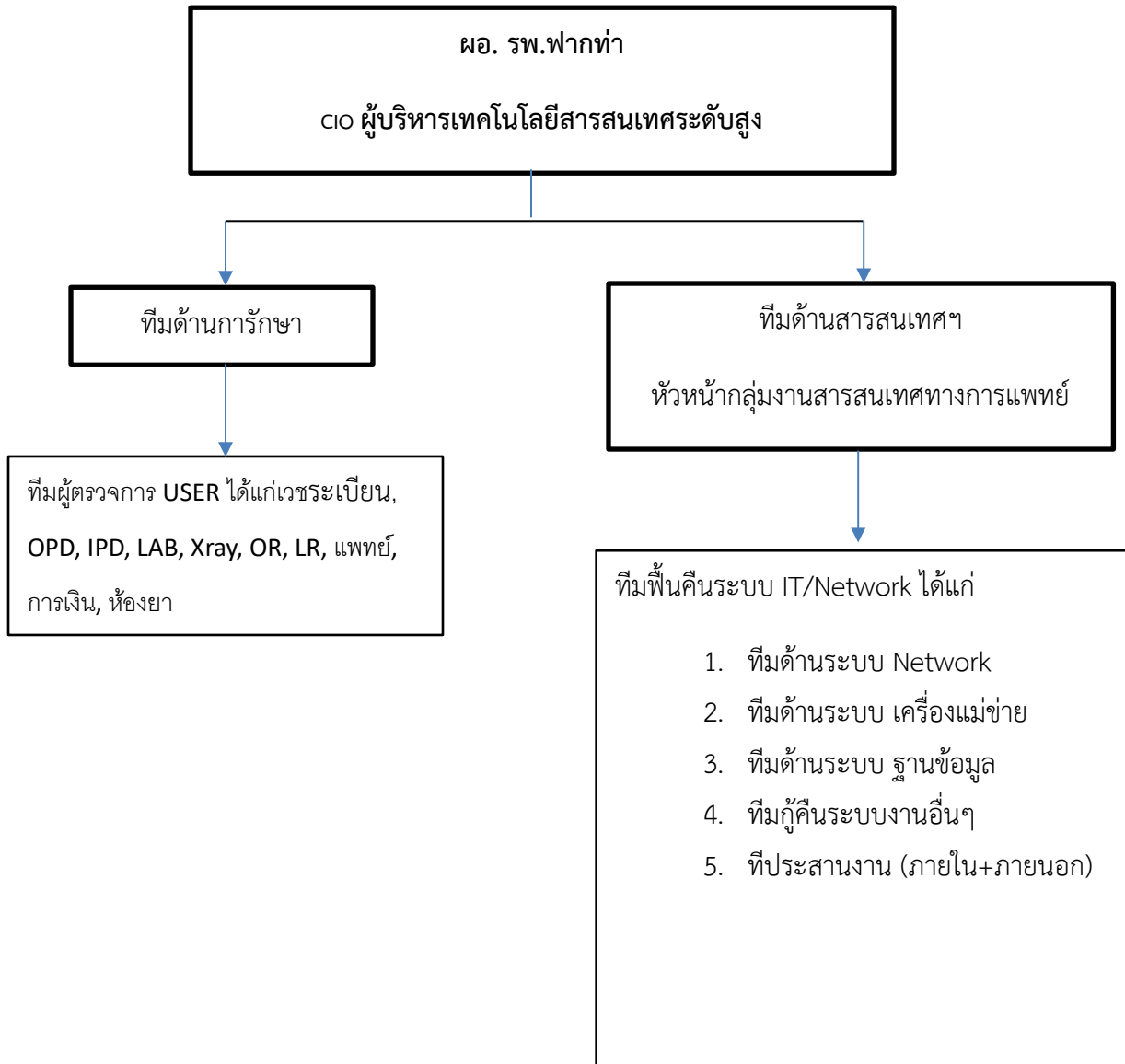
ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วย ไม่สามารถใช้งานได้ แบ่งเป็น 3 รหัสปฏิบัติการ ได้แก่

1. รหัส “IT มะขาม 1” หมายถึง ระบบสารสนเทศหลักขัดข้องชั่วคราวสามารถแก้ไขได้ภายใน 30 นาที ให้ User ทุกระดับหยุดการบันทึกข้อมูลเข้าระบบ และรอประกาศ ต่อไป
2. รหัส “IT มะขาม 2” หมายถึง ระบบสารสนเทศหลักขัดข้องไม่สามารถแก้ไขได้ภายใน 30 นาที ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานในกรณีระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วย ไม่สามารถใช้งานได้
3. รหัส “IT มะขาม 3” หมายถึง ยกเลิกรหัสปฏิบัติการ IT มะขาม 1 และ IT มะขาม 2 ระบบสามารถใช้งานได้ปกติ

กรณีสามารถแก้ไขปัญหาได้ภายใน 30 นาที รายงานสถานการณ์ต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ทราบในโอกาสแรกถึงการประเมินความรุนแรงในเบื้องต้นและแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. แจ้งผู้ใช้งานทราบ โดยประชาสัมพันธ์ประกาศเสียงตามสาย กรณีปัญหาเกิดจากระบบ สารสนเทศโรงพยาบาล ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้งพยาบาล/บางจุด/ บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ 30 นาที” (ตัวอย่าง)
2. ประเมินสถานการณ์เป็นระยะ
3. หน่วยงานต่างๆ ยังสามารถปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยได้ตามปกติ โดยจะรอใช้งานระบบ สารสนเทศโรงพยาบาลเมื่อใช้งานได้ หรือใช้ระบบ Manual ก็ได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วย (กรณี Manual หากมีค่าใช้จ่ายใดเกิดขึ้น ต้องนำข้อมูลการให้บริการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง)

### 3. โครงสร้างการบังคับบัญชาแผนบริหารงานต่อเนื่องระบบสารสนเทศ





## 5. จุดแจ้งเหตุ

1. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานที่เกิดเหตุแจ้ง เจ้าหน้าที่งานศูนย์คอมพิวเตอร์ (help desk) ติดต่อ โทรศัพท์ ภายใน 227

2. เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์วิเคราะห์เหตุการณ์เบื้องต้นพร้อมประเมินระยะเวลาในการแก้ไข รายงานหัวหน้ากลุ่มสารสนเทศทางการแพทย์ หรือผู้อำนวยการด้านสารสนเทศ (chief information officer ; CIO) รับทราบและรายงานสถานการณ์เบื้องต้น

3. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ประกาศใช้แผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบสารสนเทศล่ม ดำเนินการตามแผนกู้คืนระบบ

4. ศูนย์คอมพิวเตอร์แจ้ง/สื่อสารและประชาสัมพันธ์ ประกาศแจ้งให้ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่รับทราบความปัญหาและการดำเนินการแก้ไขของระบบสารสนเทศล่ม อาจได้รับความล่าช้าหรือได้รับความสะดวกน้อยลงขอภัยมา ณ ที่นี้ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

5. ภายหลังการสิ้นสุดแผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบสารสนเทศล่ม ให้แต่ละจุดบริการดำเนินการลง บันทึกข้อมูลย้อนลงเข้าสู่ระบบตามแผน กลุ่มงานสารสนเทศร่วมประเมินความเสียหาย และสรุปเพื่อ รายงานต่อผู้บริหาร

## 6. ขั้นตอนประกาศแผน BCP

1. เมื่อระบบสารสนเทศเกิดขัดข้อง ทางศูนย์คอมพิวเตอร์ตรวจสอบเอง หรือได้รับแจ้งจากหน่วยงานต่างๆ (User) ที่ใช้งาน ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์เร่งตรวจสอบสาเหตุอย่างเร่งด่วน

2. เมื่อพบสาเหตุแล้ว ให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และประเมินระยะเวลาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขระบบ จากนั้นให้แจ้งหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ(CEO) เพื่อประกาศแผนรหัสปฏิบัติการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม

a. หากพบว่าปัญหาหรือสาเหตุนั้นต้องใช้ระยะเวลาภายใน 30 นาที ให้ประกาศใช้

รหัส “IT มะขาม 1” โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้งโพยาบาล/บางจุด/บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ 30 นาที” (ตัวอย่าง)

b. หากพบว่าปัญหาหรือสาเหตุนั้นต้องใช้ระยะมากกว่า 30 นาที ให้ประกาศใช้

รหัส “IT มะขาม 2” โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้งโพยาบาล/บางจุด/บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ .... นาที” (ตัวอย่าง)

3. หลังจากทีประกาศ รหัส “IT มะขาม 2” เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์แก้ไขปัญหา และระบบสามารถใช้งานได้ ตามปกติ แล้วให้ประกาศใช้ รหัส “IT มะขาม 3” (เข้าสู่ภาวะปกติ) ”โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ใช้งานได้ปกติแล้ว เข้าสู่ภาวะการทำงานปกติ”



4. ให้ทุกหน่วยงานหลังจากประกาศ รหัส “IT มะขาม 2” ปฏิบัติตามแนวทางของแต่ละหน่วยงาน พร้อมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องย้อนหลังในระหว่างระบบสารสนเทศล่มไม่สามารถใช้งานได้ ให้ครบถ้วนในของการให้บริการภายใน 24 ชั่วโมง

## 7. แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน กรณีระบบสารสนเทศล่ม

### 7.1.งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. กรณีบัตรใหม่ : ให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรทำการชั่งประวัติผู้ป่วยใหม่ตามแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลให้ครบถ้วน
3. กรณีบัตรเก่า : คั่นประวัติผู้ป่วยเก่าตามหมายเลข HN ของบัตรประจำตัวโรงพยาบาลผู้ป่วย
4. ออกใบสั่งยาชั่วคราวพร้อมกรอกรายละเอียดของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ชื่อ-สกุล,เลข HN,เลขบัตรประชาชน 13 หลัก,ลงสิทธิการรักษาผู้ป่วย (ในกรณีที่ทราบข้อมูล)
5. ส่งประวัติผู้ป่วยพร้อมใบสั่งยาชั่วคราวส่งห้องตรวจต่างๆ
6. ห้องบัตรลงทะเบียน HN ผู้ป่วยที่ส่งห้องตรวจต่างๆ ในสมุดทะเบียน
7. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรลงทะเบียนผู้ป่วยส่งตรวจรักษาในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนที่ลงบันทึกไว้

### 7.2.ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD)

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. พยาบาลหน้าห้องตรวจชั่งประวัติผู้ป่วย และเขียนบันทึกลงในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยให้มีรายละเอียดครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย และสืบค้นประวัติข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ MOPH PHR viewer ผ่าน URL <https://phr1.moph.go.th/phr/>
3. แพทย์ดำเนินการตรวจรักษา และตรวจสอบประวัติผู้ป่วยสืบค้นประวัติข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ MOPH PHR viewer ผ่าน URL <https://phr1.moph.go.th/phr/> แพทย์บันทึกการรักษาในแฟ้มเวชระเบียน โดยให้มีรายละเอียดครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย
4. ในกรณีมีการสั่ง Lab,X-ray ให้แพทย์เขียนรายละเอียดการสั่งในแฟ้มเวชระเบียน และใบสั่งตรวจ
5. แพทย์บันทึกคำวินิจฉัยโรค และรายการสั่งยา ลงในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และใบสั่งยา
6. พยาบาลหน้าห้องตรวจลงทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก ในสมุดทะเบียน
7. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้พยาบาลหน้าห้องตรวจลงรายละเอียดการตรวจรักษาผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนที่ลงบันทึกไว้ และแฟ้มเวชระเบียนที่ลงบันทึกการตรวจรักษาไว้ ภายใน 24 ชั่วโมง

### 7.3. ห้องจ่ายยา

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. เภสัชกรจัดยา และจ่ายยาตามใบสั่งยา ของแพทย์ หากต้องการสืบค้นประวัติข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ MOPH PHR viewer ผ่าน URL <https://phr1.moph.go.th/phr/>
3. แยกใบสั่งยาไว้ลงข้อมูลย้อนหลัง
4. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่เภสัชกรห้องจ่ายยาลงรายละเอียดการสั่งยาในโปรแกรม HOSxP จากใบสั่งยาที่แยกเก็บไว้ ภายใน 24 ชั่วโมง

### 7.4. ห้องการเงิน

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. เจ้าหน้าที่การเงินเก็บเงินค่าบริการตามใบสั่งยา โดยอ้างอิงค่าใช้จ่ายจากราคาการให้บริการของกรมบัญชีกลาง และออกใบเสร็จโดยเขียนรายละเอียดให้ครบถ้วนให้ผู้ป่วย
3. เจ้าหน้าที่การเงินลงทะเบียนรับเงิน และออกใบเสร็จในสมุดทะเบียนการเงิน
4. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่การเงินลงรายละเอียดการรับเงินในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการเงิน ภายใน 24 ชั่วโมง

### 7.5. ห้องตรวจพยาธิวิทยาคลินิก (Lab)

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยาคลินิกรับรายการส่งตรวจ Lab จากใบส่งตรวจ หรือในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
3. ลงทะเบียนการส่ง Lab พร้อมรายละเอียดการส่ง ในสมุดทะเบียนการส่ง Lab หากต้องการสืบค้นประวัติข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ MOPH PHR viewer ผ่าน URL <https://phr1.moph.go.th/phr/>
4. คำนวณ และบันทึกค่าบริการทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานราคากรมบัญชีกลางทั้งหมดลงในใบส่งตรวจ
5. ดำเนินการเจาะเก็บตัวอย่าง Specimens ของผู้ป่วย จากนั้นดำเนินการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการ LIS
6. พิมพ์รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ พร้อมรับรองผลการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นส่งให้แพทย์ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยส่ง Lab มา
7. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยาคลินิกลงทะเบียนการส่ง Lab ในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการส่ง Lab จากนั้นให้ตรวจสอบดูว่ามีการโอนข้อมูลผล Lab จากระบบ LIS กลับเข้ามาในระบบ HOSxP ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ภายใน 24 ชั่วโมง

### 7.6.ห้องตรวจเอกซเรย์ (X-Ray)

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
2. เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์รับรายการส่งตรวจ X-Ray จากใบส่งตรวจ หรือในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
3. ลงทะเบียนการส่งตรวจ X-Ray พร้อมรายละเอียดการส่ง ในสมุดทะเบียนการส่ง X-Ray
4. คำนวณ และบันทึกค่าบริการทางห้องเอกซเรย์ตามมาตรฐานราคากรมบัญชีกลางทั้งหมดลงในใบส่งตรวจ
5. ส่งผู้ป่วยเข้าเครื่องถ่ายภาพเอกซเรย์
6. เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ตรวจสอบคุณภาพฟิล์ม พร้อมรายงานส่งภาพถ่ายเอกซเรย์ในระบบ Pack หรือส่ง

ฟิล์มเอกซเรย์ให้ผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ดูประกอบการวินิจฉัย

7. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ลงทะเบียนการส่งเอกซเรย์ในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการส่ง ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง

### 7.7.หอผู้ป่วยใน (Ward)

1. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
  2. ยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงรายละเอียดการตรวจรักษาตามมาตรฐานและให้ครบถ้วนในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
- ใน
3. ในกรณีมีผู้ป่วย Admit ใหม่ในระหว่างโปรแกรม HOSxP ใช้งานไม่ได้ เมื่อระบบโปรแกรม HOSxP ใช้งานได้ปกติ ให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยในให้ศูนย์ Admit ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง

4. ในกรณีผู้ป่วยมีการส่ง Lab,X-Ray,Set ผ่าตัด ให้เขียนลงในใบ Order แล้วจึงส่งผู้ป่วยไปตรวจตามคำสั่งแพทย์

5. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยย้อนหลังในโปรแกรม HOSxP จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง

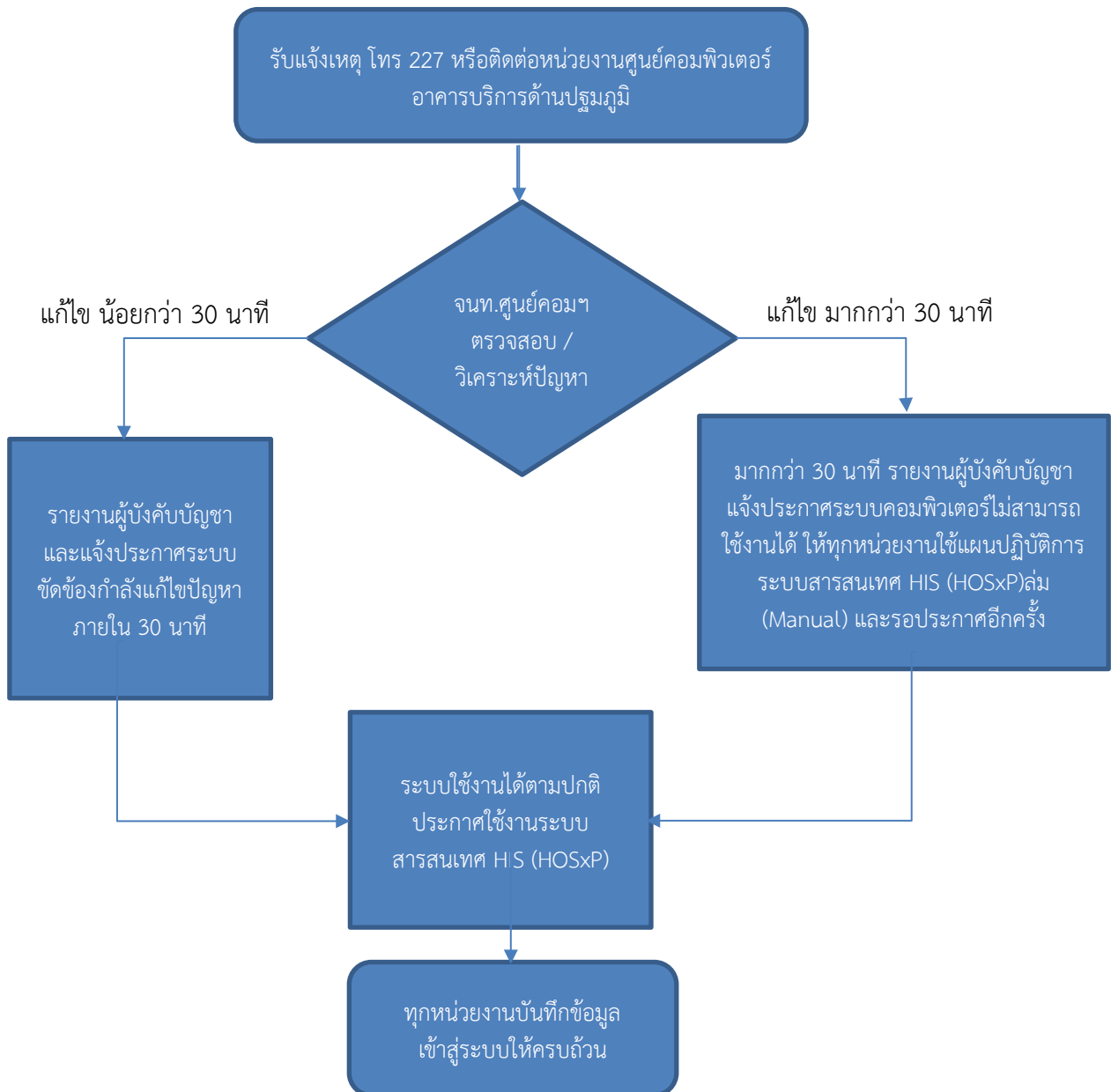
6. หากต้องการสืบค้นประวัติข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ MOPH PHR viewer ผ่านURL

<https://phr1.moph.go.th/phr/>

## 7.8.หน่วยงานศูนย์คอมพิวเตอร์

7.8.1. การตรวจสอบหาสาเหตุของระบบสารสนเทศล่ม เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่ไม่สามารถใช้งานได้ ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เกิดเมื่อไหร่และประเมินระยะเวลาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขระบบอย่างไรแล้วใช้เวลาเท่าไร จากนั้นให้ศูนย์คอมพิวเตอร์แจ้งหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามลำดับ เพื่อประกาศแผนรหัสแผน รหัส “IT มะขาม 1” หรือ รหัส “IT มะขาม 2” และรหัส “IT มะขาม 3”

### แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงานศูนย์คอมพิวเตอร์เมื่อระบบสารสนเทศล่ม

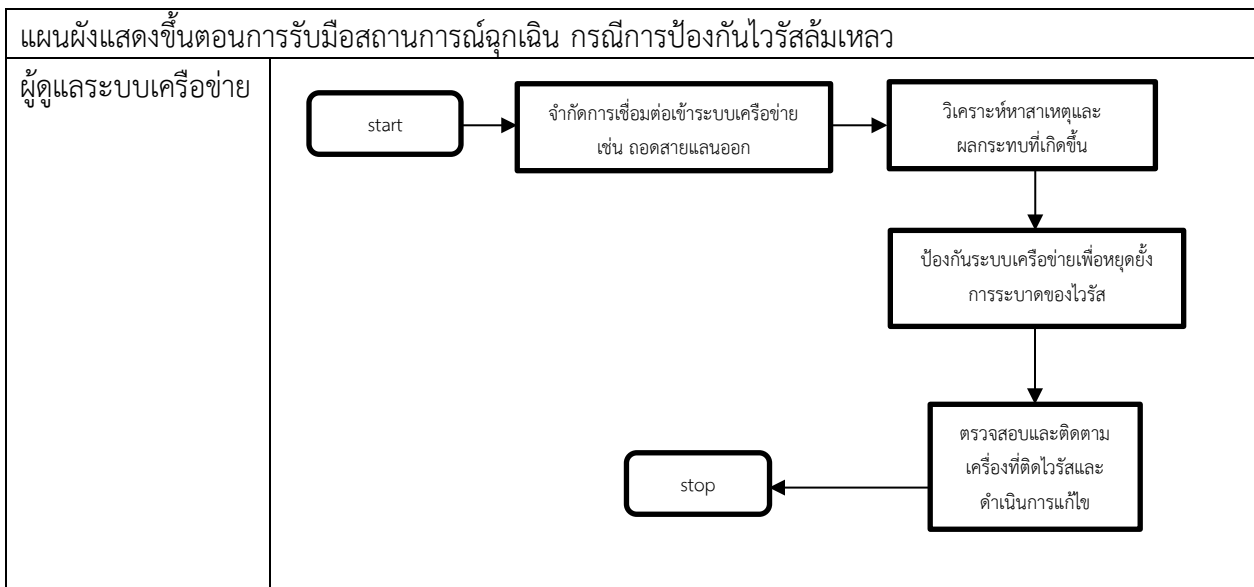


## 7.8.2. แผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์

### 7.8.2.1. สถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์ที่เกิดจากความขัดข้องด้านเทคนิค

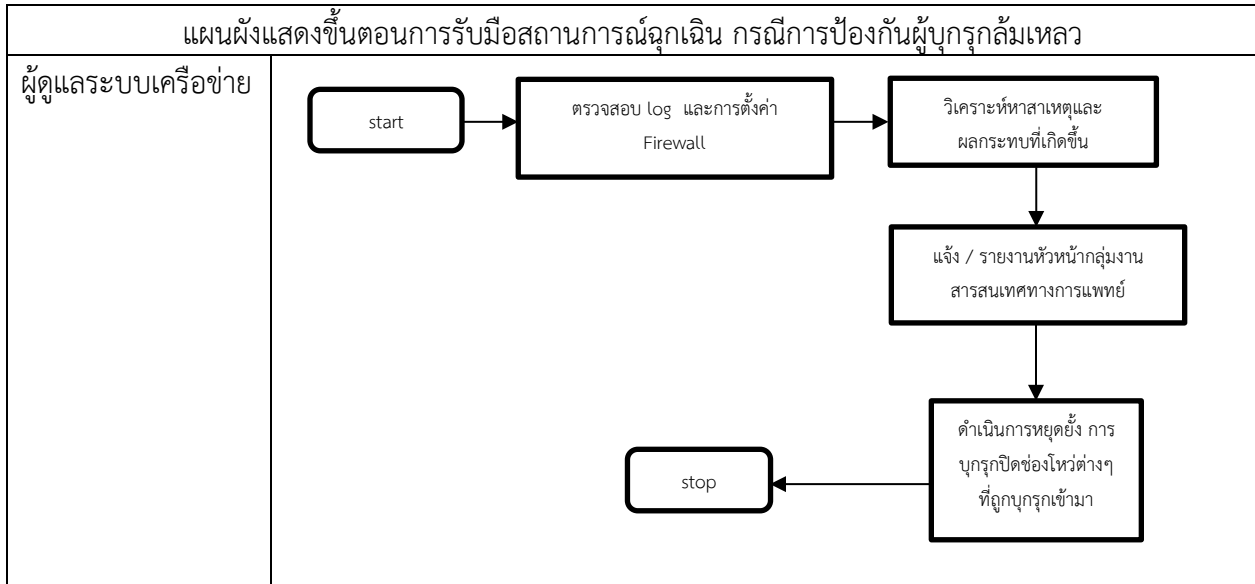
#### 7.8.2.1.1. กรณีการป้องกันไวรัสสล์มเหลว

- กรณีถูกไวรัสหรือผู้บุกรุก เพื่อจำกัดความเสียหายที่อาจแพร่กระจายไปยังเครื่องอื่นในระบบเครือข่าย ให้ทำการจำกัดการเชื่อมต่อเข้าระบบเครือข่าย
- วิเคราะห์หาสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากไวรัสที่ระบาด
- ดำเนินการป้องกันระบบเครือข่ายเพื่อหยุดยั้งการระบาดของไวรัส
- ตรวจสอบและติดตามเครื่องที่ติดไวรัสและดำเนินการแก้ไข
- กรณีที่ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถดำเนินการใช้ได้ตามปกติให้แจ้งเหตุ เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ทราบ หรือกรณีมีเหตุอันทำให้ศูนย์คอมพิวเตอร์ไม่สามารถดำเนินการให้บริการด้านระบบเครือข่ายได้ก็จะต้องประกาศให้ทุกหน่วยงานได้รับทราบ



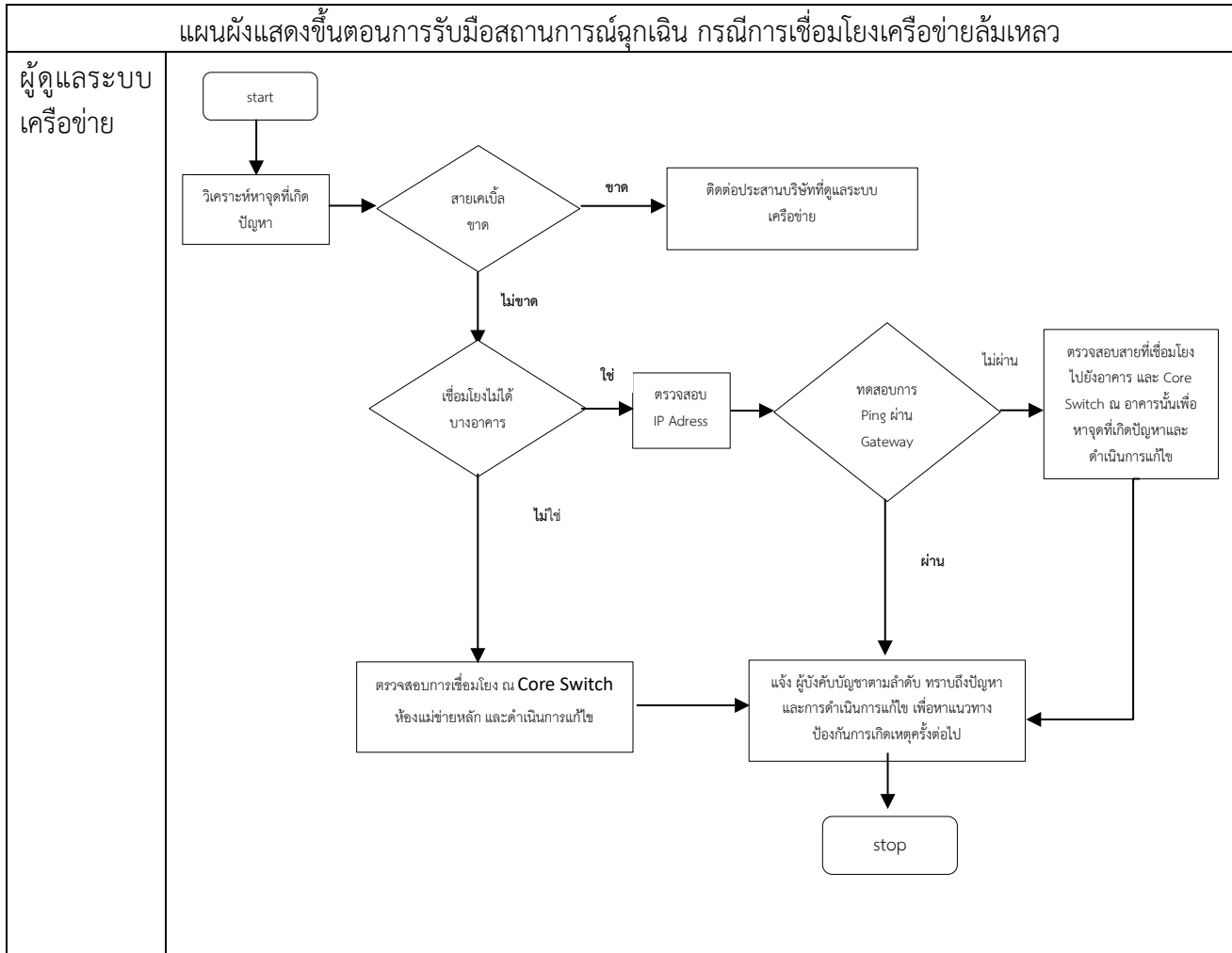
### กรณีการป้องกันผู้บุกรุกล้มเหลว

- กรณีที่มีผู้บุกรุก ผู้ดูแลระบบต้องวิเคราะห์หาสาเหตุของการเข้ามาในระบบและผลของความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยตรวจสอบจาก log และตรวจสอบการตั้งค่าของ Firewall
- ผู้ดูแลระบบแจ้งผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศให้ทราบโดยด่วน
- ดำเนินการหยุดยั้งการบุกรุก ปิดช่องโหว่ต่างๆที่ทำให้ผู้บุกรุกเข้ามาได้



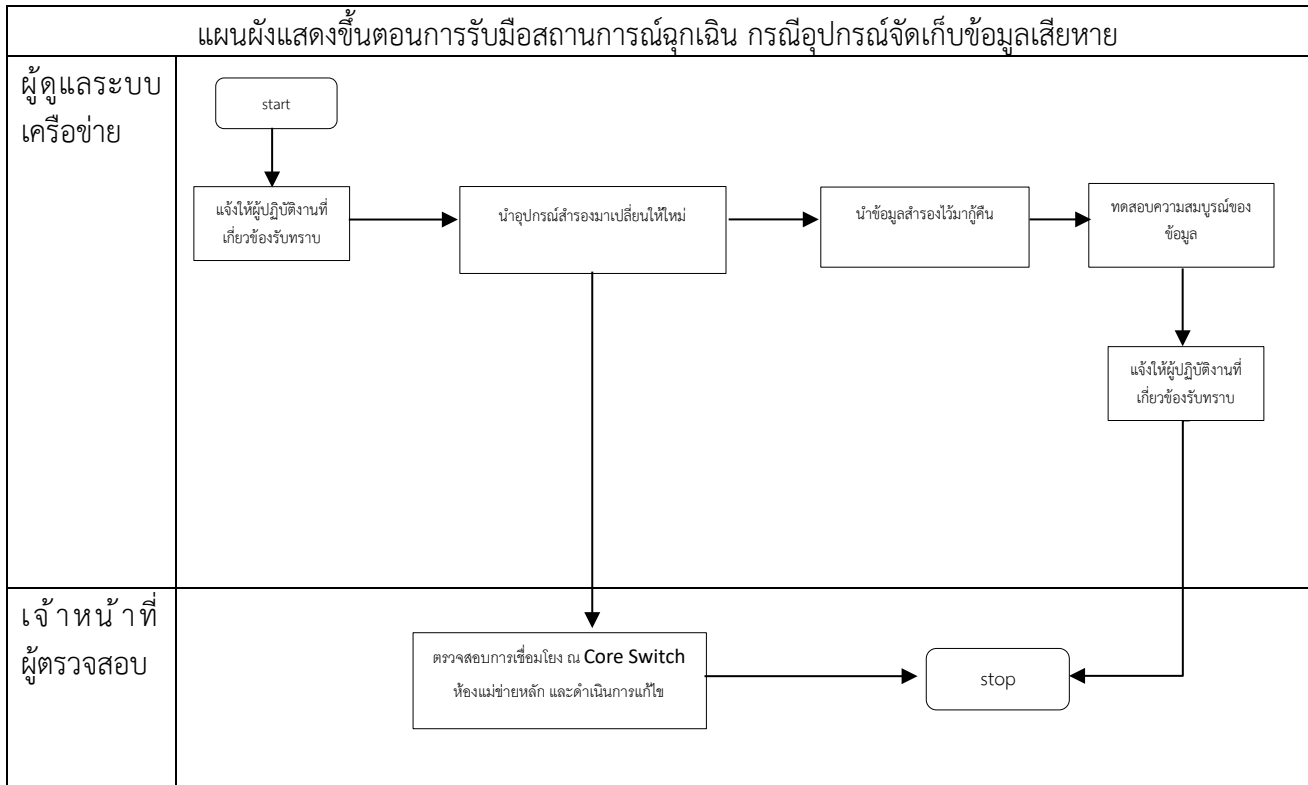
### 7.8.2.1.2. กรณีการเชื่อมโยงเครือข่ายล้มเหลว

- รับผิดชอบการวิเคราะห์หาจุดที่ทำให้เกิดปัญหา
- หากสายเคเบิลขาด ให้รีบติดต่อเจ้าหน้าที่บริษัทที่ดูแลบำรุงรักษาระบบเครือข่าย เพื่อดำเนินการซ่อมแซมสายเคเบิลให้เสร็จเรียบร้อยโดยเร็ว
- หากเชื่อมโยงเครือข่ายไม่ได้เฉพาะบางอาคาร ให้ดำเนินการตรวจสอบสายที่เชื่อมต่อไปยังอาคาร และ core switch ที่ติดตั้งอยู่ ณ อาคารนั้น ๆ



### 7.8.2.1.3. กรณีอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลเสียหาย

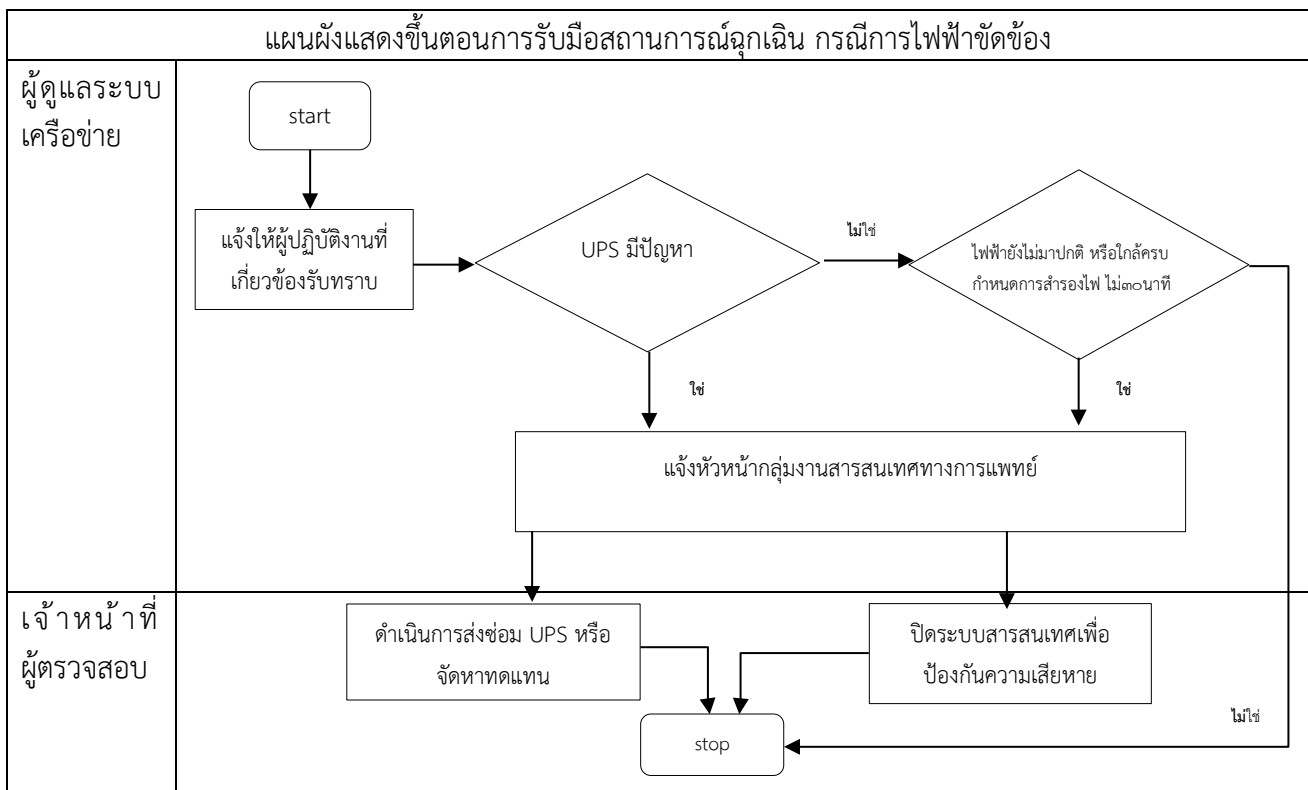
- แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทราบ
- รีบดำเนินการจัดหาอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลมาเปลี่ยนใหม่ และนำข้อมูลที่ได้สำรองไว้ ดำเนินการกู้คืนข้อมูลโดยเร็ว
- ทดสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทราบ



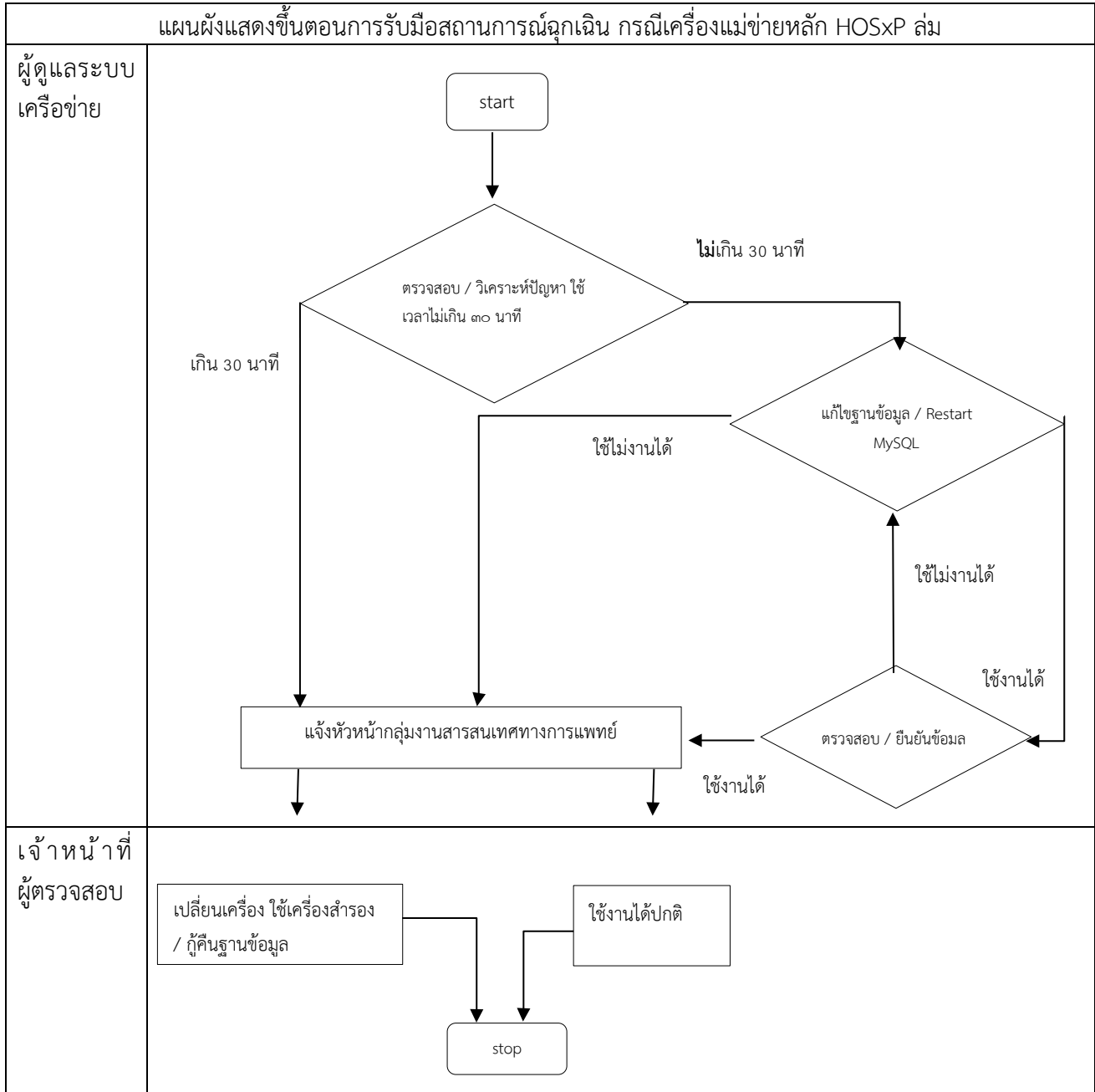


#### 7.8.2.1.4. กรณีไฟฟ้าขัดข้อง

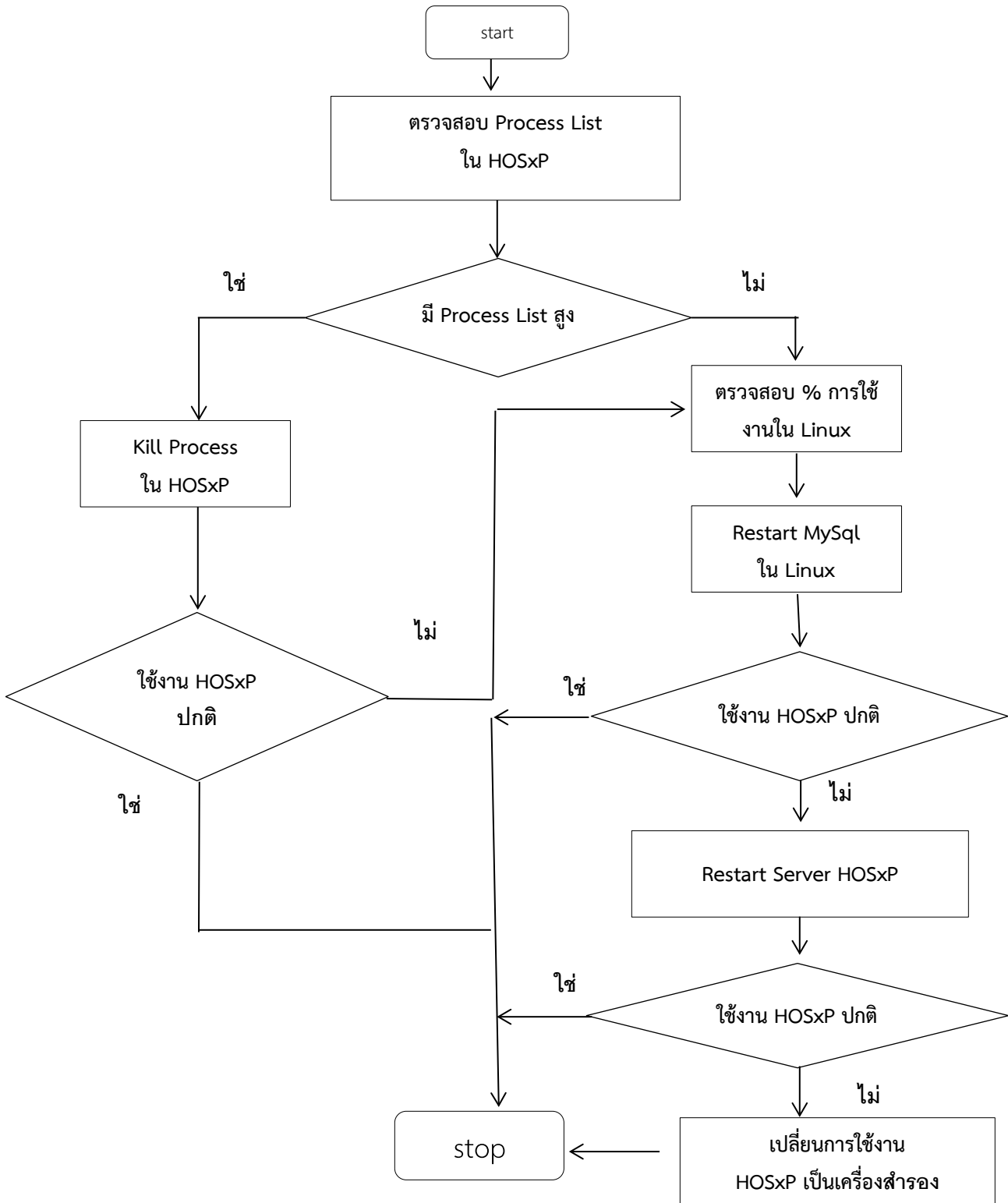
- ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศมี UPS ซึ่งสามารถสำรองกระแสไฟฟ้าได้ 30 นาที
- หากใกล้ครบ 30 นาทีแล้ว ระบบไฟฟ้ายังไม่ปกติ ให้มีการแจ้งเตือนไปยังผู้อำนวยการ
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
- ผู้ดูแลดำเนินการปิดระบบเพื่อป้องกันความเสียหาย
- หากเครื่องสำรองไฟฟ้ามีปัญหา แจ้งผู้บังคับบัญชา เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่
- เกิดขึ้น หรือจัดหาเครื่องสำรองไฟฟ้าทดแทน



7.8.2.1.5. กรณีเครื่องแม่ข่ายหลัก HOSxP ล่ม ไม่สามารถใช้งานได้ ให้ดำเนินการใช้เครื่องแม่ข่ายสำรอง HOSxP และดำเนินการซ่อมแซมเครื่องแม่ข่ายหลัก HOSxP ให้สามารถใช้งานได้ปกติโดยเร็ว



7.8.2.1.6. กรณีฐานข้อมูล HOSxP ติดขัดหรือใช้งานไม่ได้



## 7.8.2.2. สถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์ที่เกิดจากภัยต่างๆ

### 2.2.1. กรณีไฟไหม้

- หากเกิดไฟไหม้ขณะปฏิบัติงานอยู่ ให้ผู้ปฏิบัติงานรีบเคลื่อนย้ายออกภายนอกตัวอาคาร ให้ผู้ที่สามารถการใช้เครื่องดับเพลิงได้ ใช้เครื่องดับเพลิงที่ติดตั้งอยู่ ทำการดับไฟ
- หากไม่สามารถควบคุมไฟได้ ผู้ดูแลระบบต้องรีบเคลื่อนย้ายอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลสำรอง ออกภายนอกตัวอาคาร ผู้ติดต่อประสานงานโทรแจ้งงานอาคาร สถานที่ สำนักงานเบอร์โทรโรงพยาบาลหากทำ
- หากเกิดไฟไหม้ขณะที่ไม่มีผู้ปฏิบัติงาน แล้วปรากฏว่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ชำรุดเสียหาย ให้รีบดำเนินการจัดซ่อมหรือจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ มาเพื่อให้การปฏิบัติงานดำเนินต่อไปได้ และออกแบบติดตั้งระบบตรวจจับไฟ และดับไฟอัตโนมัติ
- อบรมวิธีการใช้งานเครื่องดับเพลิงและการหนีไฟให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

### 2.2.2. กรณีน้ำท่วม

- ผู้ดูแลระบบปิดระบบและทำการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ยังสามารถใช้งานได้ไปติดตั้ง ณ ห้องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ 2 (Dr site) หรือสถานที่เหมาะสมต่อไป
- ผู้ดูแลระบบนำข้อมูลสำรองที่ได้จัดเก็บไว้มากู้คืน ในส่วนที่เกิดความเสียหาย
- เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ตรวจสอบรายการทรัพย์สิน สำนวจความชำรุด เสียหาย จัดส่งซ่อมหรือจัดหาเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ต่อไป

## 8. การทบทวนและติดตามการซ้อมแผนความต่อเนื่อง (Testing the Plan)

1. มีการทดสอบแผนบริหารความต่อเนื่องฯ บางส่วนหรือทั้งหมดเป็นประจำทุกปี เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีการเตรียมตัวและมีความสามารถในการกู้คืนระบบสำคัญภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

2. ทดสอบแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulation Exercises) เป็นประจำทุกปี โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียนสถานการณ์จำลอง เพื่อให้แน่ใจว่าได้ มีการทดสอบความสูญเสีย/เสียหายของปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องทุกๆ 1 ปี

3. ข้อบกพร่องใด ๆ (GAP) ที่เกิดจากการทดสอบบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะต้องมีการติดตามให้เสร็จสิ้นภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ทดสอบ ถ้าไม่สามารถดำเนินการติดตามได้ตามเวลาที่กำหนดให้ หัวหน้าทีมบริหารและผู้ประสานงานความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้แจ้งผู้บริหารระดับสูงเพื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องนั้น ๆ ให้หมดไปโดยเร็ว

การทบทวนการดำเนินงาน การจัดการกับเหตุการณ์เพื่อเตรียมการป้องกันของการเกิดเหตุในครั้งนี้อาจจะต้องปรับปรุงอย่างไรต่อไป

## 9. การรายงานผล บันทึกข้อความสรุปรายงาน มีเนื้อหาประเด็นดังนี้

- ระบุสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- ประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น
- ประเมินผลกระทบต่อระบบสารสนเทศ
- ระบุแนวทางการดำเนินการแก้ไข เพื่อป้องกันการเกิดขึ้นซ้ำอีกของเหตุการณ์นี้ในอนาคต
- ประเมินความเหมาะสมในการตัดสินใจดำเนินการ เพื่อรับมือและจัดการกับเหตุที่เกิดขึ้น
- ประเมินความเหมาะสมด้านระยะเวลาในการแก้ไข กระบวนการสำคัญและระบบสำคัญ เพื่อให้กลับคืนมาให้บริการได้
- ประเมินความเหมาะสมด้านสิ่งต่างๆ ที่ได้เตรียมการไว้ก่อนล่วงหน้า
- ทบทวนจากข้อมูลที่บันทึกไว้ระหว่างเหตุการณ์เกิดเหตุ ว่ามีสิ่งใดที่มองข้ามไป คาดการณ์ผิด หรือเป็นข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไข
- ทบทวนแผนการบริหารจัดการกับเหตุการณ์ความมั่นคงปลอดภัยนี้ ควรปรับปรุง ให้ครอบคลุมในจุดไหนมากขึ้น หรือเพื่อให้ใช้งานหรือรับมือในสถานการณ์ได้ดีขึ้น
- ทบทวนว่าจำเป็นต้องมีการอบรม ฝึกฝน หรือสร้างความตระหนักเพิ่มเติมหรือไม่
- ระบุสิ่งที่ต้องดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไขเพิ่มเติม เช่น นโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติหรืออื่นๆ

แบบรายงานการทดสอบแผนความต่อเนื่อง (ทบทวนและติดตาม)

การซ้อมแผนความต่อเนื่อง BCP (Testing the Plan) โรงพยาบาลฟากท่า

หน่วยงานที่ซ้อมแผน.....จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน..... คน

1. รายงานการฝึกซ้อมแผน

1.1 วันที่ทำการฝึกซ้อมแผน.....

1.2 สถานที่ฝึกซ้อม.....

1.3 จำนวนเจ้าหน้าที่ ที่เข้าร่วมฝึกซ้อมแผน.....คน

(ให้แนบรายชื่อผู้เข้าร่วมการฝึกซ้อมแผนในครั้งนี้อีกด้วย)

1.4 ผลการดำเนินการฝึกซ้อมแผน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.5 ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินการฝึกซ้อม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

( )

ตำแหน่ง .....

..... / ..... / .....

แบบประเมิน Checklist ของการกู้คืนบริการระบบสารสนเทศ

ลำดับที่	งานที่ต้องดำเนินการปฏิบัติ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ	ระยะเวลาที่ทำได้จริง	ลายมือชื่อผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 1	ประเมินสาเหตุของปัญหา				
ขั้นตอนที่ 2	แนวทางการแก้ไข การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์รายงาน สถานการณ์				
ขั้นตอนที่ 3	ประเมินสถานการณ์หลังจากการแก้ไขการเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงานและการรายงานผล				
ขั้นตอนที่ 4	สรุปการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรค ที่พบ รายงานผู้บังคับบัญชา				

## เอกสารประกอบ

เอกสาร 1 ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

เอกสาร 2 ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใบนำทาง และใบสั่งยา

เอกสาร 3 แบบแสดงความยินยอมผ่าตัด

เอกสาร 4 แบบแสดงความยินยอมการตรวจรักษา

เอกสาร 5 ใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ (LAB)

เอกสาร 6 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (XRAY)

เอกสาร 7 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT)

เอกสาร 8 ใบนัดผู้ป่วย

เอกสาร 9 แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ (ผู้ป่วยใน)

เอกสาร 10 แบบบันทึกประวัติและการตรวจวินิจฉัย (admission form)

เอกสาร 11 ระบบ MOPH PHR Viewer




## ตัวอย่าง เอกสาร 1 ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

## แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่

คำนำหน้า ( ) นาย ( ) นาง ( ) น.ส. ( ) ค.ช. ( ) ค.ญ. ชื่อ-สกุล.....  
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน เลขบัตรประชาชน/Passport.....  
 สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) สมณะ/นิกบวช เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
 อาชีพ..... กรุ๊ปเลือด..... เบอร์โทร.....  
 แพ้สารและยา ( ) ไม่ทราบ ( ) ไม่แพ้ ( ) แพ้สารและยา.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 ชื่อบิดาผู้ป่วย..... ชื่อมารดาผู้ป่วย..... ชื่อคู่สมรส.....  
 \*ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้..... บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....  
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

หมายเหตุ เมื่อกรอกข้อมูลสมบูรณ์แล้วให้ติดต่อเจ้าหน้าที่

## ตัวอย่าง เอกสาร 2 ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใบนำทาง และใบสั่งยา

	HN :	ใบตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพากท่า		อายุ :		เลขบัตรประชาชน :	
	ชื่อ :	หมูเลือด		เลขที่สิทธิ :		Tel. :	
	สิทธิการรักษา :			โรคประจำตัว :			
	ที่อยู่ :						
	ประวัติแพ้ยา :						
<b>ข้อมูลชีพประวัติทั่วไป</b> ความแรงตัวปกติ      สภาพผู้ป่วย      เดิมมา T.    C    O2Sat    %      Pain Score Pre.    Post. รอบเอว    cm. นน.    kg สูง    cm BMI      FBS      mg/dl DTX1      DTX2      PEFR      PEFR      %				<b>การวินิจฉัย</b> ICD10:			
<b>อาการสำคัญ/ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต</b> CC :  HPI :  PMH : ประจำเดือน (ยุ. 11-60 ปี)      การดื่มสุรา      การสูบบุหรี่ ประวัติ Vaccination (0-14 ปี)      พัฒนาการ (0-14 ปี) FH เด็ก 0-14 ปี      การแพ้ยา							
<b>การตรวจร่างกาย</b> ปกติ    ไม่ปกติ GA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... HEENT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Heart <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... PV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... PR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Neuro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... PE							
<hr/> วันที่รับบริการ				<hr/> แพทย์ผู้ตรวจ			
<hr/> XE-FORM-Doctor-OPDCARD-new							

ตัวอย่าง เอกสาร 2 ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใบนำทาง และใบสั่งยา (ทันตกรรม)



HN. ....  
DN. ....

แบบบันทึกการรักษาทางทันตกรรม  
โรงพยาบาลพญาไท

วันที่.....เวลา.....T.....C

BW.....Kgs BP1...../.....BP2...../.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... PR.....ครั้ง/นาที RR.....ครั้ง/นาที

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่

**1.ประวัติทางการแพทย์**

1)โรคทางระบบ  ปฏีเสธ  HT  DM  CHD  CVD  
 .....

2)ประวัติการผ่าตัด

ปฏีเสธ  เคย.....

3)ประวัติการได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและใบหน้า

ปฏีเสธ  เคยเมื่อปี.....

4)ประวัติการใช้ยา และการแพ้ยา

-ประวัติแพ้ยา  ไม่ทราบ  ไม่เคย  เคย.....

-การใช้ยา

-ยาดำกแกล็ดเลือด  ปฏีเสธ  ใช้.....

-ยาละลายลิมเลือด  ปฏีเสธ  ใช้.....

-ยากลุ่มยับยั้งการละลายกระดูก  ปฏีเสธ  ใช้.....

-ยายับยั้งการสร้างหลอดเลือด  ปฏีเสธ  ใช้.....

**2.ประวัติทางทันตกรรม**

ปฏีเสธ  เคย :  ถอนฟัน  อุดฟัน  ขูดหินน้ำลาย

ฟันเทียม  ฟันฟันคุด  RCT  Sealant  เคลือบฟลูออไรด์

.....

**3.บันทึกการรักษา**

CC: .....

Pl: .....

Intra oral & Extra oral Examination:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dx: .....

.....

.....

การใช้ยาชา:  Topical Anesthesia.....นาที

-infiltration  2% Lidocaine 1:100,000Epi .....X 1.8ml

.....X 1.8ml

-Inf. alv.nerve block  2% Lidocaine 1:100,000Epi .....X 1.8ml

.....X 1.8ml

Tx: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Complication.....

.....

.....

.....

นัดครั้งต่อไป.....

Med:  Paracetamol.....mg.....tabs, .....tab prn for pain.....

Paracetamol Syrup.....x60cc, .....tsp prn for pain

Ibuprofen.....mg.....tabs, 1x3 pc

Amoxicillin.....mg.....caps,  1x3pc  2x2pc

Amoxicillin Syrup.....x60cc, .....tsp x .....pc

.....

สำหรับติด Lot. Number เครื่องมือทันตกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยทุกชนิด

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์/ทันตภิบาล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ช่วย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย(กรณีแทรกซ้อน)

(.....)

ตัวอย่าง เอกสาร 3 แบบแสดงความยินยอมผ่าตัด

ตัวอย่าง เอกสาร 4 แบบแสดงความยินยอมการตรวจรักษา



แบบยินยอม/แสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาหรือทำหัตถการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพญาไท

ข้าพเจ้า..... เป็น  ผู้ป่วย ญาติ/ผู้แทน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....  
 ของผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

ข้าพเจ้าได้ทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการจาก  
 แพทย์  ทันตแพทย์  พยาบาล  เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลพญาไท โดยได้อธิบาย  
 รายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษาการทำหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ความจำเป็นของการรักษา ข้อดี ข้อเสีย ระยะเวลา ความ  
 เสียและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามรายละเอียดดังนี้

.....

.....

ยินยอม ให้ทำการผ่าตัด/หัตถการ ระบุ.....

ไม่ยินยอม ให้ทำการผ่าตัด/หัตถการ ระบุ.....

เนื่องจาก.....

ซึ่งข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจนเข้าใจเป็นที่เรียบร้อยและได้พิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน  
 ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน  
 (.....) ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา  
 (.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....  
 มาคนเดียว  ลายนิ้วพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ..... วันที่.....เวลา.....  
 วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....พยายผู้ป่วย ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
 (.....) (.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....เวลา.....น. วันที่.....เวลา.....น.



แผ่นที่.....

## แบบบันทึกบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการโรงพยาบาลฟากท่า (Informed Consent)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

## ◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่รู้สติ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี HN..... AN.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

## ◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจาก ไม่รู้สติ/อายุต่ำกว่า 18 ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ

 ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อ..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย แพทย์ผู้ทำการรักษา (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สติตัว และไม่สามารถตามญาติได้ แต่แพทย์มีความจำเป็นต้องรักษาโดยด่วน) แก่ผู้ป่วย

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN..... AN.....

ขอให้ความยินยอมลงนามยินยอมและอนุญาตให้คณะแพทย์และทีมสุขภาพโรงพยาบาลฟากท่าทำการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล  
 อันหมายถึงการใช้ยา เวชภัณฑ์ หรือการตรวจทั่วไป/ตรวจพิเศษ การรักษารวมตา/อื่น ๆ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพและชีวิต ตามความ  
 เห็นชอบของคณะแพทย์โดยข้าพเจ้า ได้รับข้อมูลที่สำคัญในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. โรคหรือการวินิจฉัยเบื้องต้น.....

2. เหตุผลหรือความจำเป็นในการรับการรักษา/ทำหัตถการ เนื่องจาก

 โรคที่เป็นมีความรุนแรง อาจทำให้.....หากไม่ได้รับการรักษา เพื่อสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะของโรค หรืออาจมีอาการรุนแรงขึ้นได้ในอนาคต

3. ทางเลือกหรือวิธีการรักษา/ทำหัตถการ คือ ( ) ให้ยาระงับประทุกัน ( ) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ( ) ให้ยาฉีด ( ) ทำแผล

( ) พยาบาลหาลดลม ( ) ให้ออกซิเจน ( ) ทำแผลวันละ.....ครั้ง ( ) ใส่สายให้อาหาร/สายสวนปัสสาวะ

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

4. ข้อดีของการรักษา/ทำหัตถการ ด้วยวิธีการดังกล่าว (ข้อ 3) .....

5. ข้อเสียของการรักษา/ทำหัตถการ ด้วยวิธีการดังกล่าว (ข้อ 3) .....

6. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา/ทำหัตถการดังกล่าว (ข้อ 3) .....

7. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาโดยประมาณ.....วัน กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ในการรักษาครั้งนี้ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าได้อธิบายถึงข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว โดยข้าพเจ้าได้อ่านข้อความ  
 หรือผู้อื่นอ่านข้อความเหล่านี้ให้ฟังเรียบร้อยแล้ว และเข้าใจโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน

(.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

 มาคนเดียว  ถายนิ้วพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ.....

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....

ลงชื่อ.....พยายผู้ป่วย

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....น.

IPD - Chart - Informed consent

F-IPD ..... แก้วไขครั้งที่ 04 - 09/09/2563

Sticker paste



แผ่นที่.....

## แบบแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาหรือทำหัตถการโรงพยาบาลฟักท่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา.....น.

## ◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่รู้สติ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี HN..... AN.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

## ◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจาก ไม่รู้สติอายุต่ำกว่า 18 ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ

ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อ.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้ทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการจาก

แพทย์  ทันตแพทย์  พยาบาล  เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลฟักท่า และได้พิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา  ไม่สมัครใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฟักท่า

ไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา/ การพยาบาล/ การผ่าตัด/ การระงับความรู้สึก/  
 การทำหัตถการ อื่น ๆ ระบุ.....

ไม่สมัครใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ของ  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น หากข้าพเจ้า/ ผู้ป่วย ไม่สมัครใจตามเจตนาดังกล่าวที่กล่าวข้างต้น

ดังนั้น หากมีความเสียหายหรือผลร้ายเกิดขึ้นกับ  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ/หรือ ความบกพร่องของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลฟักท่าแต่ประการใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน  
 (.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

มาคนเดียว  ลายนี้นิวทิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ.....  
 วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....

ลงชื่อ.....พยายผู้ป่วย  
 (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....น.


ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....น.

Sticker paste

## ตัวอย่าง เอกสาร 5 ใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ (LAB)

 <b>Faktha Hospital</b> แบบส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ (ใช้ชั่วคราว กรณีระบบ HIS/LIS ล่ม)					
				เวลารับ	
				คิว	
ชื่อ-สกุล _____ HN _____ อายุ _____ วันที่ _____ หน่วยงาน _____ แพทย์ผู้ส่งตรวจ _____					
TEST	Result	Reference values	TEST	Result	Reference values
<input type="checkbox"/> Blood sugar	_____	70-105 mg/dl	<b>Liver function test (LFT)</b>		
<input type="checkbox"/> BUN	_____	7.9-20.1 mg/dl	<input type="checkbox"/> Total protein	_____	6.6-8.3 g/dl
<input type="checkbox"/> Creatinine	_____	M 0.72-1.18 mg/dl F 0.55-1.02 mg/dl	<input type="checkbox"/> Albumin	_____	3.5-5.2 g/dl
<b>Lipid profile</b>			<input type="checkbox"/> Globulin	_____	g/dl
<input type="checkbox"/> Cholesterol	_____	< 200 mg/dl	<input type="checkbox"/> Total Bilirubin	_____	0.3-1.2 mg/dl
<input type="checkbox"/> Triglycerides	_____	< 150 mg/dl	<input type="checkbox"/> Direct Bilirubin	_____	<0.2 mg/dl
<input type="checkbox"/> HDL-c	_____	> 40 mg/dl	<input type="checkbox"/> AST/OT	_____	M <50, F <35 U/L
<input type="checkbox"/> LDL-c	_____	< 100 mg/dl	<input type="checkbox"/> ALT/PT	_____	M <50, F <35 U/L
<b>Electrolyte</b>			<input type="checkbox"/> Aik phosphatase	_____	Adults (>17y) 30-120 U/L Child (0-17y) 40-400 U/L
<input type="checkbox"/> Na+	_____	136-146 mmol/L	<b>Cardiac marker</b>		
<input type="checkbox"/> K+	_____	3.50-5.10 mmol/L	<input type="checkbox"/> CK-MB	_____	< 5.0 ng/mL
<input type="checkbox"/> Cl-	_____	101-109 mmol/L	<input type="checkbox"/> Troponin-I	_____	< 0.30 ng/mL
<input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub>	_____	21-31 mmol/L	<input type="checkbox"/> Myoglobin	_____	< 55.0 ng/mL
<input type="checkbox"/> Uric acid	_____	M 3.5-7.2, F 2.6-6.0 mg/dl	<input type="checkbox"/> Calcium	_____	8.8-10.6 mg/dl
<input type="checkbox"/> HbA1C	_____	4.0-6.2 %	<input type="checkbox"/> Magnesium	_____	M 1.8-2.6 mg/dl F 1.9-2.5 mg/dl
			<input type="checkbox"/> Phosphorus	_____	Adults 2.5 - 4.5 mg/dl Child 4.0 - 7.0 mg/dl
			Others _____		
			_____		
			_____		
Reported by _____ Approved by _____ Date _____					
ผู้บันทึกผล _____ เวลา _____ ผู้รายงานเข้าระบบ _____ เวลา _____					
เอกสารเลขที่ : FM-LAB-025 แก้ไขครั้งที่ : 2 วันที่ : 25 มกราคม 2567					





Faktha Hospital  
แบบสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ  
(ใช้ชั่วคราว กรณีระบบ HIS/LIS สัม)

เวลารับ	
คิว	

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ.....วันที่.....หน่วยงาน.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

WBC...../mm <sup>3</sup> (5,000-10,000) RBC.....10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> (3-5) HGB.....g/dl (M14-18, F12-16) HCT.....% (M40-52, F36-47) MCV.....um <sup>3</sup> (80-97) MCH.....pg. (27-31) MCHC.....g/dl (32-36) RDW.....% (11.5-14.5) PLT...../mm <sup>3</sup> (140,000-440,000)	<b>Differential</b> NEU%.....(50-70) LYM%.....(20-40) MONO%.....(0-7) EOS%.....(0-5) BAS%.....(0-1) BAND%..... BLAST%..... Others.....	<b>RBC Morphology</b> Normochromic..... Normocytosis..... Anisocytosis..... Poikilocytosis..... Hypochromia..... Macrocytosis..... Microcytosis..... Target cell..... Others.....
--	--	--

<input type="checkbox"/> PT.....sec (9.8-12.1)	<input type="checkbox"/> INR.....
<input type="checkbox"/> PTT.....sec (22.1-28.1)	<input type="checkbox"/> VCT.....min (5-15)
<input type="checkbox"/> ESR.....mm/hr. (M0-15, F0-20)	<input type="checkbox"/> Malaria.....(Not found)
<input type="checkbox"/> DCIP.....(Negative)	

Body fluid

Specimen.....

Color.....

Appearance.....

Cell count...../mm<sup>3</sup>

Others.....

Cell Differential

NEU%..... LYM%.....

MONO%..... EOS%.....

BAS%..... Others.....

Reported by..... Approved by..... Date.....

บันทึกผล.....เวลา.....ผู้รายงานเข้าระบบ.....เวลา.....

เอกสารเลขที่ : FM-LAB-026 แก้ไขครั้งที่ : 2 วันที่ : 25 มกราคม 2567



Faktha Hospital  
แบบส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ  
(ใช้ชั่วคราว กรณีระบบ HIS/LIS ล่ม)

เวลารับ	
คิว	

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ..... วันที่..... หน่วยงาน..... แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

Urine Examination.

Specimen  Single  24 hrs.  Catheter

COLOR.....

APPEARANCE.....

ALBUMIN.....

SUGAR.....

SPECIFIC GRAVITY.....

pH.....

RBC..... cells/HPF

WBC..... cells/HPF

Epithelial cell..... cells/HPF

Bacteria.....

Other.....

UPT.....

Stool Examination.

Color.....

Character.....

Parasites.....

Protozoa.....

RBC.....

WBC.....

Other.....

Stool Occult blood.....

Reported by..... Approved by..... Date.....

ผู้บันทึกผล..... เวลา..... ผู้รายงานเข้าระบบ..... เวลา.....

เอกสารแม่ที่ : FM-LAB-027 แก้ไขครั้งที่ : 2 วันที่ : 25 มกราคม 2567



Faktha Hospital  
แบบสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ  
(ใช้ชั่วคราว กรณีระบบ HIS/LIS ล่ม)

เวลารับ	
คิว	

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ..... วันที่..... หน่วยงาน..... แพทย์ผู้สั่งตรวจ.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RPR (Syphilis test).....<br><input type="checkbox"/> Leptospira Ab (screening).....<br><input type="checkbox"/> Rheumatoid Factor (RF).....<br><input type="checkbox"/> Hepatitis B profile<br><input type="checkbox"/> HBs Ag.....<br><input type="checkbox"/> HBs Ab.....<br><input type="checkbox"/> HBe Ab.....<br><input type="checkbox"/> Anti - HCV..... | <input type="checkbox"/> Anti - HIV (Rapid test).....<br><input type="checkbox"/> Anti - HIV (GPA).....<br><input type="checkbox"/> Anti - HIV (Confirm).....<br><input type="checkbox"/> Dengue NS1Ag.....<br><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (Covid-19) Antigen test kit.....<br><input type="checkbox"/> Amphetamine.....<br><input type="checkbox"/> THC (กัญชา).....<br><input type="checkbox"/> Other..... |
|--|--|

Reported by..... Approved by..... Date.....

ผู้บันทึกผล..... เวลา..... ผู้รายงานเข้าระบบ..... เวลา.....

เอกสารเลขที่ : FM-LAB-028 แก้ไขครั้งที่ : 2 วันที่ : 25 มกราคม 2567



Faktha Hospital  
แบบส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ  
(ใช้ชั่วคราว กรณีระบบ HIS/LIS ล่ม)

เวลารับ	
คิว	

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ..... วันที่..... หน่วยงาน..... แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

ชนิดสิ่งส่งตรวจ

- stool       Urine       Pus       Sputum  
 Throat swab       CSF       Hemoculture       Pleural fluid  
 Other.....

- Gram stain  
 WBC.....  
 RBC.....  
 Epithelial cell.....  
 Organism.....

Culture.....

- Acid-fast stain  
 .....  
 KOH  
 .....  
 Wet smear  
 .....  
 Other  
 .....

Reported by..... Approved by..... Date.....

ผู้บันทึกผล..... เวลา..... ผู้รายงานเข้าระบบ..... เวลา.....

เอกสารเลขที่ : FM-LAB-029 แก้ไขครั้งที่ : 2 วันที่ : 25 มกราคม 2567

**ใบขอเลือด**  
**ธนาคารเลือด โรงพยาบาลฟากท่า**

เอกสารเลขที่ : FM-LAB-093  
แก้ไขครั้งที่ : 1  
วันที่ : 6 พฤศจิกายน 2566  
ระยะเวลาการเก็บ : เก็บตลอด

**TYPE OF BLOOD REQUEST**

ชื่อ.....วันที่.....

อายุ..... ปี คศ..... HN.....AN.....

การวินิจฉัยโรค.....

ประวัติการให้เลือด  เคย  ไม่เคย

หมู่เลือดผู้ป่วย  A  B  O  AB

Unexpected Antibody.....

Hematocrit ผู้ป่วยก่อนให้เลือด.....%

วัตถุประสงค์ เพื่อ

- การรักษา  
 เตรียมผ่าตัด  
 รับสถานการณ์ฉุกเฉินของผู้ป่วย

แพทย์ผู้ขอ.....

พยาบาลผู้เจาะ.....

**จำนวน (Unit)**

- Whole blood.....  Packed Red Cells.....  
 Leukocyte poor red cell.....  Fresh whole blood.....  
 FFP.....  Platelet Concentrate.....  
 Cryoprecipitate.....  อื่น ๆ.....

**กรณีการใช้เลือดฉุกเฉิน**

1. คำนวณที่สุด ใช้ PRC Gr.O 5 นาที  
 2. ให้หมู่เลือดตรงกับเลือดผู้ป่วย 10 นาที  
 3. ให้ตรวจหมู่เลือด และ Cross match ที่อุณหภูมิห้อง 15 นาที

ลงชื่อแพทย์ผู้ขอ.....

## ตัวอย่าง เอกสาร 6 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (XRAY)



ใบรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา

โรงพยาบาลพาท้า

 Emergency Not emergency

ชื่อ-สกุล :

จุดที่ส่ง :

วันที่ส่ง :

สิทธิการรักษา :

อายุ :

HN :

AN :

รายการที่ส่ง :

Clinical Information : .....

Clinical Diagnosis : .....

Clinical impression : .....

History and Significant findings : .....

.....

ผู้ส่ง :

รายงานผล .....

.....

.....  
ผู้รายงานผล

XC-FORM-XRAY-REPORT

ตัวอย่าง เอกสาร 7 ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT)

## ตัวอย่าง เอกสาร 8 ใบนัดผู้ป่วย

บัตรนัดผู้ป่วยโรงพยาบาลฟากท่า

HN	ชื่อ	อายุ	ปี
<u>นัดวันที่</u>	<u>เวลา</u>	<u>คลินิก</u>	
<u>แพทย์ผู้นัด</u>		<u>ผลวินิจฉัย</u>	
<u>ผู้นัด</u>		<u>เหตุที่นัด</u>	

<u>สิ่งที่ต้องปฏิบัติก่อนพบแพทย์</u>	<u>LAB/ตรวจอื่นๆล่วงหน้า</u>	<u>หมายเหตุ</u>
--------------------------------------	------------------------------	-----------------

นำบัตรประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้  
(ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้ใบเกิด)และนำใบนัด  
มาด้วยทุกครั้ง

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669

เบอร์โทรที่ติดต่อ รพ. : 055489339 , 055489304

\*\*\* กรณีที่มาผิดวันนัด ท่านจะได้รับบริการตามขั้นตอนของระบบผู้ป่วยนอกแบบปกติ

คำแนะนำเพิ่มเติม .....


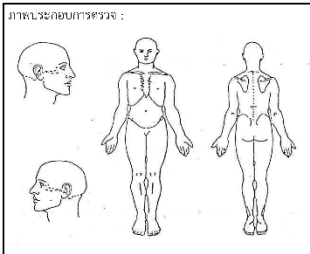


## ตัวอย่าง เอกสาร 9 แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ (ผู้ป่วยใน)

PROGRESS NOTE	ORDER FOR ONEDAY		ORDER FOR CONTINUATION			
	DATE	ORDER	DATE	DATE		
ชื่อ - สกุล	อายุ	ปี	HN:	AN:	นน	Kg.
ตึกผู้ป่วยใน	เตียง:	การแพทย์:				

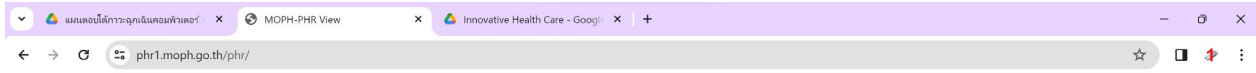
XL-FORM-DOC 09-ORDER AND PROGRESS NOTE

## ตัวอย่าง 10 แบบบันทึกประวัติและการตรวจวินิจฉัย (admission form)

	<b>ADMISSION NOTE</b> โรงพยาบาลพาท่า      รับใหม่วันที่.....เวลา.....
1. Chief complaint	
.....	
2. Present illness (ใช้พัก 5w 2H อย่างน้อย 3 ข้อ )	
.....	
.....	
<input type="checkbox"/> ได้รับการรักษามาแล้ว (ระบุ) ..... <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด	
3. Past illness (สอดคล้องกับปัญหาที่สงสัยหรือปัญหาที่มา)	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) .....	
4. Past History	
ประวัติการแพ้ยา/ สารเคมี .....	
ประวัติการผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....ระบุ รพ.....เมื่อ.....	
โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) .....	
ยาที่ใช้เป็นประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....	
5. Social History	
การสูบบุหรี่.....      ดื่มสุรา.....	
6. Family History (โรคเรื้อรังในครอบครัว) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....	
7. Personal History	
ประวัติการมีรอบเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11 - 60 ปี ) .....	
ประวัติรับวัคซีน <input type="checkbox"/> ครบตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่ครบเนื่องจาก .....	
growth development (กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี) <input type="checkbox"/> พัฒนาการตามวัย <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	
8. Systemic review	
<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ เนื่องจาก .....	
9. Physical examination    Temp =..... C    PR = .....ครั้ง/นาที    RR =.....ครั้ง/นาที    BP =.....mmHg	
BW.....kgs    Height.....cms.    BMI .....	
รอบเอว ..... CM.	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูงได้เนื่องจาก .....	
GA <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	ภาพประกอบการตรวจ : 
HEENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Heart <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Chest <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Abdomen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Extremities <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
10. Provisional diagnosis	
.....	
.....	
11. specific clinical risk : 1. ....	
2. ....	
3. ....	
12. Indication for Admission	
<input type="checkbox"/> Admit for observe อาหาร <input type="checkbox"/> Further investigation <input type="checkbox"/> Admit for Medication <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	
13. Plan of Management .....	
14. Investigation .....	
15. Reference : [ ] ผู้ป่วย    [ ]ญาติ    [ ] ผู้นำส่ง    [ ] เวชระเบียน    [ ] ใบส่งต่อการรักษาจาก โรงพยาบาล .....	
ผู้บันทึก ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจ      ลงชื่อ .....พยาบาลผู้ตรวจ (.....)      (.....)	
Name of Patient ..... Age ..... HN ..... AN .....	
Department of Service ..... Ward ..... Attending Physician .....	
XE-FORM-10 Admission Note	


# ตัวอย่าง ระบบ MOPH PHR Viewer

<https://phr1.moph.go.th/phr/>



Login

**MOPH PHR Viewer : ระบบเข้าถึงข้อมูลประวัติสุขภาพผู้รับบริการ**  
**Login MOPH Account**  
192.168.86.1 : 17001



หน่วยงาน

User

Remember Login

