

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสน กิรินนันท์)
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพัฒนามหาชน
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

โดยวิธีปกติ

ของ

นางชญาดา หงษา

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10340)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10340)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

โดยวิธีปกติ

ของ

นางชญาดา หงษา

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10340)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10340)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

คู่มือสำหรับขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้ขอรับการประเมินหวังอย่างยิ่งว่า คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์กับบุคลากรทั้ง องค์กร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพใช้เป็นแนวทางในการจัดการทะเบียนการออกเลข เอกสารคุณภาพ (Document Control) อย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และถือปฏิบัติใน ทิศทางเดียวกันของบุคลากรของคณะ

อนึ่งผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการเอกสาร คุณภาพ ที่ประกาศใช้ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบต่อไป

นางชญาดา หงษา

กันยายน 2567

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1-3
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.4 ขอบเขตของคู่มือการปฏิบัติงาน	3
1.5 คำจำกัดความ	3-4
บทที่ 2 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ	5
2.1 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ	5-7
2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	7-8
2.3 โครงสร้างคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	9
2.4 โครงสร้างฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ	10
บทที่ 3 แนวทางการปฏิบัติงาน	11
3.1 หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	11
3.2 ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน	11-13
3.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow)	14
3.4 ตัวอย่างแบบฟอร์มแนวทางปฏิบัติ (Format)	15-16
3.5 สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน	16
3.6 หนังสือเอกสารคุณภาพที่ได้ผ่านการออกเลขเอกสาร	16-35
บทที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	36
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะ	37
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	39
บันทึกข้อความ ขอรับรองการนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในหน่วยงานจริง	40
ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)	41-44
ตัวอย่างบันทึกข้อความ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ลงนามในเอกสาร	45
ตัวอย่างบันทึกข้อความ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เวียนแจ้งแนวทางปฏิบัติ	46-47

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในกรุงเทพมหานคร มีบริการตรวจรักษาพยาบาลทางการแพทย์ทุกสาขา การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นก้าวหน้า (Advanced Healthcare Accreditation: AHA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีการจัดการศึกษา พัฒนาทางวิชาการแก่แพทย์ ทั้งระดับก่อนปริญญา และหลังปริญญา ตลอดจนนักศึกษาพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ อีกหลายสาขา โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่าผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง” โดยที่ผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ภายใต้ชื่อ “แผนยุทธศาสตร์ HEROES 2565-2568” ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ 6 ด้าน คือ 1) ยุทธศาสตร์ H การบริการเพื่อความเป็นเลิศ (Health care Excellence) มุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพที่เป็นเลิศในระดับชั้นนำของประเทศ และสร้างระบบการจัดการสุขภาพต้นแบบสำหรับเขตเมือง 2) ยุทธศาสตร์ E การศึกษาที่เป็นเลิศ (Education Excellence) มุ่งจัดการศึกษาที่เป็นเลิศ เพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ตอบสนองความต้องการของประเทศและสังคมเมือง 3) ยุทธศาสตร์ R การวิจัยที่เป็นเลิศด้านเวชศาสตร์ เขตเมือง (Research Excellence in Medical Urban ology) มุ่งสร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่สามารถ นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและโรคเขตเมืองเป็นที่ยอมรับทั้งในระดับชาติและนานาชาติ 4) ยุทธศาสตร์ O องค์กรเข้มแข็ง (Organizational strength : Security - Growth – Sustainability) มุ่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ระบบงาน การเงิน และบุคลากรขององค์กรให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูง สามารถรองรับทุกพันธกิจ ทำให้องค์กรมีความเข้มแข็ง มั่นคง เจริญเติบโตอย่างยั่งยืน 5) ยุทธศาสตร์ E_g สร้างความผูกพันของลูกค้า (Engagement of customers) มุ่งบริหารจัดการเพื่อสร้างความนิยมและภักดี จากผู้เรียน ผู้รับบริการ และลูกค้าอื่น ๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ 6) ยุทธศาสตร์ S คณะแพทย์ ที่ทันสมัยในยุคดิจิทัล (Smart Medical Faculty) มุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศและ ทักษะดิจิทัลของบุคลากร เข้าสู่การเป็นองค์กรที่ทันสมัยในยุคดิจิทัล จากการกำหนดวิสัยทัศน์ และถ่ายทอด นโยบายแผนยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล อย่างชัดเจนด้วยการสื่อสาร และสร้างความ ตระหนักให้ทุกหน่วยงานภายในองค์กร จึงเป็นที่มาของการสร้างแผนพัฒนาคุณภาพงานต่าง ๆ ของภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน เพื่อใช้ภายในหน่วยงาน หรือภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เรียกว่า “เอกสาร คุณภาพ”

การดำเนินงานในควบคุมเอกสารคุณภาพ และเอกสารสำคัญในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ มีการนำแนวคิดในการจัดทำและควบคุมเอกสารตามระบบ ISO มาใช้ โดยแบ่งเป็น ระเบียบปฏิบัติ

(Procedure Manual) คู่มือปฏิบัติงาน (Manual) มาตรฐานงาน (Work Instruction of Standard Procedure Operation or Standardized Work) และแบบฟอร์ม (Form) ซึ่งมีการอนุมัติจากผู้บริหาร แต่ละระดับตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ เอกสารระดับองค์กร ต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ หรือคนบตี และ ขึ้นทะเบียนที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ หากเป็นเอกสารเฉพาะที่ใช้ในฝ่าย หรือหน่วยงาน ให้อนุมัติได้โดยหัวหน้าฝ่าย หรือหัวหน้าหน่วยงาน และขึ้นทะเบียนในฝ่าย หรือหน่วยงานนั้น

ผลการดำเนินงาน เอกสารที่ใช้ในส่วนกลาง และระหว่างหน่วยงานเป็นเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ ให้ใช้งาน และมีการควบคุม แต่พบว่า เอกสารภายในหน่วยงานบางหน่วย ไม่มีระบบควบคุมที่ดี มีความ คลาดเคลื่อนของทะเบียนเอกสาร รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มีแผนดำเนินการให้การจัดทำ เอกสารกระดาษลดลง และกำหนดแบบฟอร์มต่าง ๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ กรณีที่ต้องใช้กับคนไข้ สามารถพิมพ์เอกสารได้ และเพื่อให้มีการควบคุมเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐาน ที่มามีนโยบายให้คณะอนุกรรมการเวชระเบียนมีหน้าที่คัดกรอง ควบคุม และอนุมัติการออก แบบฟอร์มที่ใช้กับผู้ป่วย และรวบรวมในเวชระเบียน และมีรหัสเอกสารกำกับ ระบุหมายเลข ครั้งที่แก้ไข ปรับปรุง และเดือนที่ปรับปรุง ซึ่งในปัจจุบันมีการยกเลิกแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และพ.ศ. 2565 มีการปรับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ ยกเลิกเวชระเบียนบางส่วน เช่น ยกเว้น แบบฟอร์ม Informed consent เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติลงนามก่อนสแกนเข้าระบบ

การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการขอขึ้นทะเบียนเอกสาร คุณภาพ เพื่อนำไปประกอบการประเมิน เช่น โครงการ CQI ทั้งระดับหน่วยงาน และทีม รวมทั้งโครงการ พัฒนาเพื่อขอรับรองคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานเฉพาะโรค/ เฉพาะระบบ (Disease Specific Certification: DSC) และการรับรองมาตรฐานเฉพาะอื่น ๆ เช่น ISO GMP HACCP TMI การรับรอง จากสภาวิชาชีพ การรับรองคุณภาพหน่วยบริการไต่เทียม การรับรองคุณภาพหน่วยผสมยาเคมีบำบัด การรับรองมาตรฐาน Bangkok Green & Clean Hospital เป็นต้น

การกำหนดวิธีการควบคุมเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวกับระบบคุณภาพภายในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล โดยเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ หรือการปรับปรุง แก้ไข ต้องได้รับการทบทวน อนุมัติโดยผู้มีอำนาจ ก่อนการเผยแพร่ และกำหนดวิธีการแจกจ่าย เพื่อให้มั่นใจว่าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ถูกควบคุม ภายใต้ระบบคุณภาพมีอยู่ ณ จุดปฏิบัติงานทุกจุด ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพ และเป็นเอกสารฉบับ ล่าสุด รวมทั้งการป้องกันการนำพาเอกสารที่ล้าสมัยแล้วไปใช้โดยไม่เจตนา นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการในการ ควบคุมสถานการณ์รับการแจกจ่าย การเก็บรักษา ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละหน่วยงานใช้เอกสาร แบบฟอร์มฉบับล่าสุด และสอดคล้องกับมาตรฐานระบบคุณภาพ โดยมีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการออกเลขเอกสารคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอน และระเบียบวิธีการที่ซับซ้อน หากการ ดำเนินการออกเลขเอกสารคุณภาพดังกล่าว ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน หรือล่าช้า อาจก่อให้เกิดความเสียหายได้

ดังนั้นผู้รับการประเมินในฐานะเป็นผู้ควบคุมเลขเอกสาร และจัดทำเอกสารคุณภาพ จึงได้จัดทำ คู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) เพื่อให้บุคลากรของ

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ และบุคลากรคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้มีแนวทางปฏิบัติในการจัดทำเอกสาร สามารถดำเนินการจัดทำเอกสารออกเลขเอกสารคุณภาพให้แล้วเสร็จได้ภายในเวลาที่กำหนด

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อให้การดำเนินการด้านเอกสารคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุม ตรวจสอบ และมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ

1.2.2 เพื่อให้เอกสารคุณภาพทุกฉบับที่ใช้มีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน

1.2.3 เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบถึงขั้นตอนในการควบคุมและจัดเก็บเอกสารต่าง ๆ ที่ได้มีการจัดทำขึ้นในระบบคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และสควบคุมการเปลี่ยนแปลงเอกสารได้

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 เพื่อให้การออกเลขเอกสารคุณภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.3.2 บุคลากรสามารถจัดทำเอกสารคุณภาพให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ สามารถทวนสอบได้

1.3.3 บุคลากรสามารถทราบถึงขั้นตอนในการจัดทำเอกสาร ทำให้ระบบคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีมาตรฐาน

1.4 ขอบเขตของคู่มือการปฏิบัติงาน

คู่มือการปฏิบัติงานขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ฉบับนี้ใช้สำหรับครอบคลุมขั้นตอนการดำเนินการหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่จัดทำเอกสารรับใหม่ ปรับปรุง แก้ไขเพื่อนำเข้าคณะกรรมการที่นำคุณภาพบริการ (SLT) พิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตามแบบฟอร์มตลอดจนการประสานงาน การขออนุมัติเอกสารคุณภาพ ออกเลขเอกสาร และการเผยแพร่เอกสาร

1.5 คำจำกัดความ

เอกสารคุณภาพ (Document Control) หมายถึง เอกสารที่จัดทำขึ้นภายในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สำหรับการสื่อสาร การปฏิบัติงาน และการบันทึกข้อมูล รวมถึงเอกสารจากภายนอกที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และผู้มารับบริการ ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

หน่วยงาน หมายถึง ทีมพัฒนาคุณภาพทุกทีม ทุกระดับ นับแต่ทีมระบบ ทีมทางคลินิก ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน

ผู้จัดทำ หมายถึง ผู้มีความประสงค์จะจัดทำเอกสารคุณภาพ หรือบุคคล หรือคณะบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ

WI (Work Instruction) หมายถึง เอกสารคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารทั่วไป ที่จัดทำตามนโยบาย หรือมติที่ประชุมคณะกรรมการที่นำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) และเป็นเอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน โดยระบุขั้นตอนการปฏิบัติงานเฉพาะด้านที่มีความละเอียด ที่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และลงลึกมากกว่าระเบียบปฏิบัติ เพื่อผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ผิดพลาด และเกิดความมั่นใจว่า ผลของงานที่ได้ออกมาตรงตามเป้าหมายที่วางไว้

FM (Form) หมายถึง แบบที่ใช้เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานในการบันทึกข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐาน เพื่อการสื่อสาร เพื่อการทบทวนตรวจสอบการปฏิบัติงาน

MR (Medical record) หมายถึง เอกสารที่ใช้กับผู้ป่วย และเก็บไว้ในเวชระเบียน

SLT (Service Lead Team) หมายถึง คณะกรรมการที่นำคุณภาพบริการ

คณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน หมายถึง คณะอนุกรรมการพิจารณาเนื้อหา ในเอกสารที่มีการขอให้จัดทำเป็นเอกสารต้นฉบับ บรรจุเป็นเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก โดยพิจารณารูปแบบเอกสารให้มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น จัดรูปแบบเอกสาร ตรวจสอบการสะกดให้ถูกต้องชัดเจนใช้งานได้อย่างสะดวก

บทที่ 2

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

2.1 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยมีภารกิจ 4 งาน ดังนี้

2.1.1 งานยุทธศาสตร์

2.1.1.1 เผยแพร่ สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ให้แก่บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.1.1.2 ติดตาม รวบรวม จัดทำรายงานความก้าวหน้าโครงการ/ กิจกรรมตามแผน และตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รวมทั้งรายงานตัวบ่งชี้ ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

2.1.1.3 ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และแผนพัฒนามหาวิทยาลัยนวมินทราชิน

2.1.1.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ เผยแพร่และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ให้แก่บุคลากรของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.1.1.5 วิเคราะห์ ประมวลข้อมูลความสำเร็จของแผนฯ และจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อประกอบการกำหนดนโยบาย จัดประชุมเพื่อปรับปรุงและทบทวนแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการระหว่างปี เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ในปีถัดไป

2.1.1.6 รวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา/ หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้าสำนักงาน เพื่อจัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อเผยแพร่แก่บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำลงสู่การปฏิบัติต่อไป

2.1.1.7 รวบรวมข้อมูลคำขอของงบประมาณประจำปีของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ร่วมกับฝ่ายการคลังเพื่อเสนอต่อมหาวิทยาลัยและเผยแพร่งบประมาณจัดสรรประจำปีแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.1.8 จัดทำรายงานประจำปีเป็นรูปเล่ม เพื่อแสดงผลการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในภาพรวม และเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน ภายนอก

2.1.2 งานพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ

2.1.2.1 ให้บริการความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ทีมต่าง ๆ หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในการให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ ตามภารกิจ ได้แก่ Quality

Meeting โครงการ Inhouse training การลงพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุมร่วมกับ PCT โครงการมทรรณคุณภาพ

2.1.2.2 ส่งเสริมบุคลากรภายในองค์กรเข้าร่วมอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ของหน่วยงานภายนอก เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และสำนักสรีรพัฒนา สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เช่น เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี HA Forum HA 305 การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ HA 401 การเยี่ยมสำรวจภายในและการสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey) HA 601 ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ HA 602 คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก TQA Criteria TQA New Assessor Training TQA Application Report หลักสูตรการพลิกโฉมนักวิเคราะห์นโยบายและแผนเพื่อองค์กรสมัยใหม่ หลักสูตรสถาบันพัฒนาบุคลากรภาครัฐด้านดิจิทัล (TDGA) และการอบรมมาตรฐานคุณภาพ ISO 9001:2015 เป็นต้น

2.1.2.3 จัดประชุมทีมนำระบบ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านทั่วไป (RMG) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก (RMC) คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA) คณะกรรมการการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยและการจัดการความรู้ และคณะอนุกรรมการการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และการจัดการความรู้ (Team TERMS)

2.1.2.4 จัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ทั้งหน่วยงานทางคลินิก สนับสนุนคลินิก สนับสนุนทั่วไป และสำนักงานภาควิชา (โดยสำนักงานภาควิชาเริ่มปีงบประมาณ 2567) เพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม 2 ครั้งต่อปี และลงพื้นที่หน่วยงานที่มีคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจคะแนนส่วนต่างลดลงจากผลการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 1 เพื่อสร้างการเรียนรู้ และกระตุ้นการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพภายในชั้นก้าวหน้าระดับหน่วยงานมาตรฐาน ตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 (2567) รวมถึงค้นหาโอกาสพัฒนาของหน่วยงานตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

2.1.2.5 จัดทำเอกสารคู่มือคุณภาพ/ แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการด้านพัฒนาคุณภาพ ทั้งการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า A-HA มาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 และ คู่มือ site visit planning ให้กับ internal surveyor

2.1.2.6 เตรียมรับการตรวจประเมินคุณภาพบริการ Re-accredit & Surveillance A-HA

2.1.2.7 สนับสนุนหน่วยงานในการรับการตรวจประเมินด้านคุณภาพจากองค์กรภายนอก เช่น ราชวิทยาลัย สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด เป็นต้น

2.1.2.8 จัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA-Co-Ordinator)

2.1.2.9 จัดตั้งคณะกรรมการผู้ประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงานบริการ (Risk-Co-Ordinator)

2.1.2.10 การให้บริการสำเนาเอกสารหน่วยงาน

2.1.2.11 ประสานงานกับองค์กรภายนอก เพื่อรับการประเมิน เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2.1.3 งานการจัดการความรู้

2.1.3.1 จัดตั้ง VJR R2R Clinic เพื่อให้คำปรึกษาหน่วยงานในเรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

2.1.3.2 สื่อสาร website (Google site) KM ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.1.3.3 เปิดรับอาสาสมัคร Team TERMS เป็นคณะอนุกรรมการ R2R ในการเป็นกระตุ่นและเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินการ R2R

2.1.3.4 จัดอบรมให้ความรู้ด้าน R2R KM แก่บุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์สงเคราะห์พยาบาล เพิ่มพูนความรู้ในหลักสูตรอบรม และศึกษาดูงาน

2.1.4 งานเวชศาสตร์เขตเมือง

2.1.4.1 จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล 10 โรคสำคัญในเขตเมือง (Dusit model)

2.1.4.2 ลงพื้นที่ภาควิชาเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานใน 4 เขต (Dusit model) ได้แก่ เขตดุสิต เขตบางพลัด เขตบางซื่อ และเขตพระนคร สนับสนุนและค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2.1.4.3 เข้าร่วมการประชุมติดตามความก้าวหน้าตามแผนยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล “โครงการโซนดุสิต” และรวบรวมข้อมูลแนวทางการรักษารายโรคในเครือข่ายสุขภาพพื้นที่ดุสิตทั้ง 19 ภาควิชา เพื่อจัดทำข้อมูลแก่ผู้บริหาร

2.1.4.4 จัดโครงการบริการวิชาการความรู้ด้านเวชศาสตร์เขตเมืองแก่บุคลากร และประชาชน

2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ผู้รับการประเมิน ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ มีภาระงานในความรับผิดชอบ ดังนี้

2.2.1 เลขานุการฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ปฏิบัติหน้าที่กลั่นกรองหนังสือรับ-ส่ง และตรวจทานความเรียบร้อยของหนังสือออกภายใน และภายนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อเสนอหัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพลงนาม ควบคุมทะเบียนครุภัณฑ์ ดำเนินการจัดทำโครงการของฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ และการจัดเตรียมต้อนรับการศึกษาดูงานจากหน่วยงานภายนอก

2.2.2 ดำเนินเกี่ยวกับการจัดทำบันทึกเชิญประชุม จัดบันทึกการประชุม จัดทำรายงานการประชุม และวาระการประชุมของคณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team :SLT)

2.2.3 ดำเนินการจัดทำการออกเลขเอกสารและควบคุมทะเบียนเอกสารคุณภาพ (Document Control) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตามแบบฟอร์ม WI FM และ MR และออกเลขตามทะเบียนเอกสาร วันที่มีผลบังคับใช้เอกสาร ประสานหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

หน่วยงานที่จัดทำเอกสารตรวจทานความถูกต้อง ส่งกลับมาที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติเอกสาร เผยแพร่เอกสารใหม่ หากเอกสารที่จัดทำเป็นส่วนกลาง รหัสเอกสารเป็น SLT โดยฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เป็นผู้เขียนแจ้งหน่วยงาน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ ในรูปแบบ PDF และนำไฟล์เอกสารให้ดาวน์โหลดในระบบ intra.vajira.ac.th ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรณีเป็นเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงาน ได้แก่ ภาควิชา/ ฝ่าย/ สำนักงาน หน่วยงานเป็นผู้เขียนแจ้ง

2.2.4 ให้คำปรึกษาด้านการจัดทำเอกสารคุณภาพ กับหน่วยงาน

2.2.5 ดำเนินการควบคุมเอกสารการพัฒนาคูณภาพระบบสนับสนุนด้วยมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001:2015 ของหน่วยงานภารกิจสนับสนุนทั้ง 7 ฝ่าย

2.2.6 ดำเนินการควบคุมเอกสารมาตรฐานระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม 14001:2015 ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

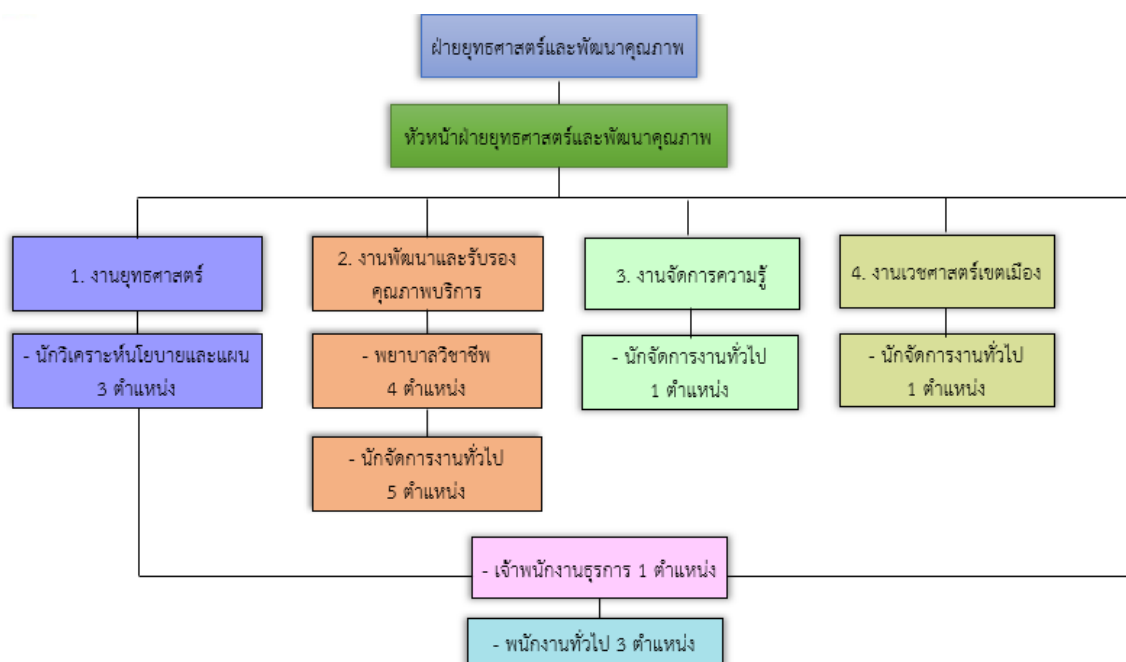
2.2.7 จัดทำโครงการในการรับการตรวจประเมินจากภายใน และภายนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.2.8 ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

2.3 โครงสร้างส่วนงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล



2.4 โครงสร้างฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ



บทที่ 3

แนวทางการปฏิบัติงาน

3.1 หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์คู่มือสำหรับขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) เป็นการพัฒนาคูณภาพระบบเอกสารของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุม ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลได้ โดยกำหนดไว้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร โดยผ่านคณะกรรมการ ดังนี้

3.1.1 คณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และพิจารณาแนวทางปฏิบัติ (WI-SLT) เอกสารคุณภาพภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ ปรับแก้ไข ยกเว้นเอกสารทดลองใช้ หรือเป็นเอกสารใช้ในการวิจัย โดยฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพดำเนินการจัดทำเอกสารคุณภาพ และเสนออนุมัติโดยผู้มีอำนาจลงนามในเอกสาร เพื่อนำสู่การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ต่อไป

3.1.2 คณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน (MR) มีหน้าที่พิจารณาเนื้อหาในเอกสารที่มีการขอให้จัดทำเป็นต้นฉบับ บรรจุเป็นเอกสารในเวชระเบียน ทั้งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยพิจารณารูปแบบเอกสารให้มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่นใดที่มีอยู่แล้ว จัดรูปแบบเอกสาร ตรวจสอบการสะกดให้ถูกต้อง ชัดเจน ใช้งานได้อย่างสะดวกประสานงานกับหน่วยงานที่ร้องขอ เพื่อให้ความเห็น หรือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเอกสาร นำเสนอเอกสารที่ผ่านการพิจารณาแล้ว โดยฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพดำเนินการจัดทำเอกสารคุณภาพ และเสนออนุมัติโดยผู้มีอำนาจลงนามในเอกสาร เพื่อนำสู่การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ต่อไป

ทั้งนี้ การกำหนดกระบวนการ การวางแผน การดำเนินการจัดการที่เหมาะสมเพื่อทำให้องค์กรเกิดประสิทธิภาพในกระบวนการเอกสารคุณภาพ และเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ตามมาตรฐาน ISO 9001:2015

3.2 ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน

วิธีการปฏิบัติตามขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) สำหรับกรปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

3.2.1 ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน ทีมนำ จัดทำเอกสารใหม่/ ปรับปรุง ดำเนินการ

3.2.1.1 จัดทำบันทึกข้อความ เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขอนำเอกสารเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) เพื่อขออนุมัติพิจารณาเข้าวาระการประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT)

3.2.1.2 จัดทำบันทึกข้อความขอเสนอเอกสารเข้าพิจารณาในที่ประชุม โดยเสนอประธาน คณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาเนื้อหาความถูกต้องของ เอกสาร จากนั้นงานทะเบียนและเวชสถิติจัดทำบันทึกข้อความ เรื่อง ขอออกเลขเอกสาร เสนอหัวหน้า ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เพื่อบอหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป พร้อมส่ง file word เอกสารที่ถูกต้องแล้ว มาที่ e-mail: tqm@nmu.ac.th

3.2.1.3 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการจัดทำวาระการประชุมเข้า คณะกรรมการที่มนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) เพื่อให้คณะกรรมการฯ พิจารณา เอกสารคุณภาพ

3.2.1.4 หลังจากการพิจารณาเอกสารในที่ประชุมคณะกรรมการที่มนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) และคณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน เป็นที่เรียบร้อย ผู้รับผิดชอบของฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จะดำเนินการจัดทำเอกสารตามแบบฟอร์ม WI, FM และ MR และออกเลขตามทะเบียนเอกสาร รวมถึงเดือนที่มีผลบังคับใช้เอกสาร

3.2.1.5 กรณีพิจารณาเอกสารแล้วมีการแก้ไข หน่วยงานนำกลับไปแก้ไขตามที่ คณะกรรมการเสนอในที่ประชุมฯ

3.2.1.6 กรณีหน่วยงานดำเนินการแก้ไขเอกสารเรียบร้อยแล้วให้นำส่งกลับมายัง ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

3.2.1.7 เจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพดำเนินการจัดทำเอกสาร และออกเลข เอกสาร

3.2.1.8 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ส่งเอกสารกลับให้หน่วยงานตรวจทานความ ถูกต้องอีกครั้ง ถ้าไม่มีการแก้ไขเอกสารหน่วยงาน ส่งกลับมายังฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

3.2.1.9 หลังจากหน่วยงานที่จัดทำเอกสารตรวจทานความถูกต้อง ส่งกลับมาที่ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เพื่อจัดทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติ แนวทางปฏิบัติ (WI FM และ MR) สำหรับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป

3.2.1.10 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กำหนดรหัสเอกสาร ในกรณีที่เป็นเอกสาร WI-SLT-001 หรือในกรณีเอกสารเวชระเบียน MR จัดเป็นกลุ่ม เช่น 1) รหัส MR 01 อยู่ในกลุ่มเอกสาร แสดงความยินยอมและการส่งตัว 2) รหัส MR 10.1 อยู่ในกลุ่มบันทึกความก้าวหน้าและคำสั่งการรักษา ของแพทย์ โดยจะการเรียงลำดับเอกสารลงมา

3.2.2 การเผยแพร่เอกสารที่จัดทำเป็นของส่วนกลาง รหัสเอกสารที่เป็น SLT ฝ่ายยุทธศาสตร์ และพัฒนาคุณภาพ เป็นผู้เวียนแจ้งหน่วยงาน และถ้าเป็นเอกสารจากคณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวช ระเบียน MR ผู้รับผิดชอบของฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ทำบันทึกข้อความขอส่งเอกสาร MR ให้กับงานทะเบียนและเวชสถิติ เพื่อเวียนแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การปฏิบัติ ในรูปแบบ PDF

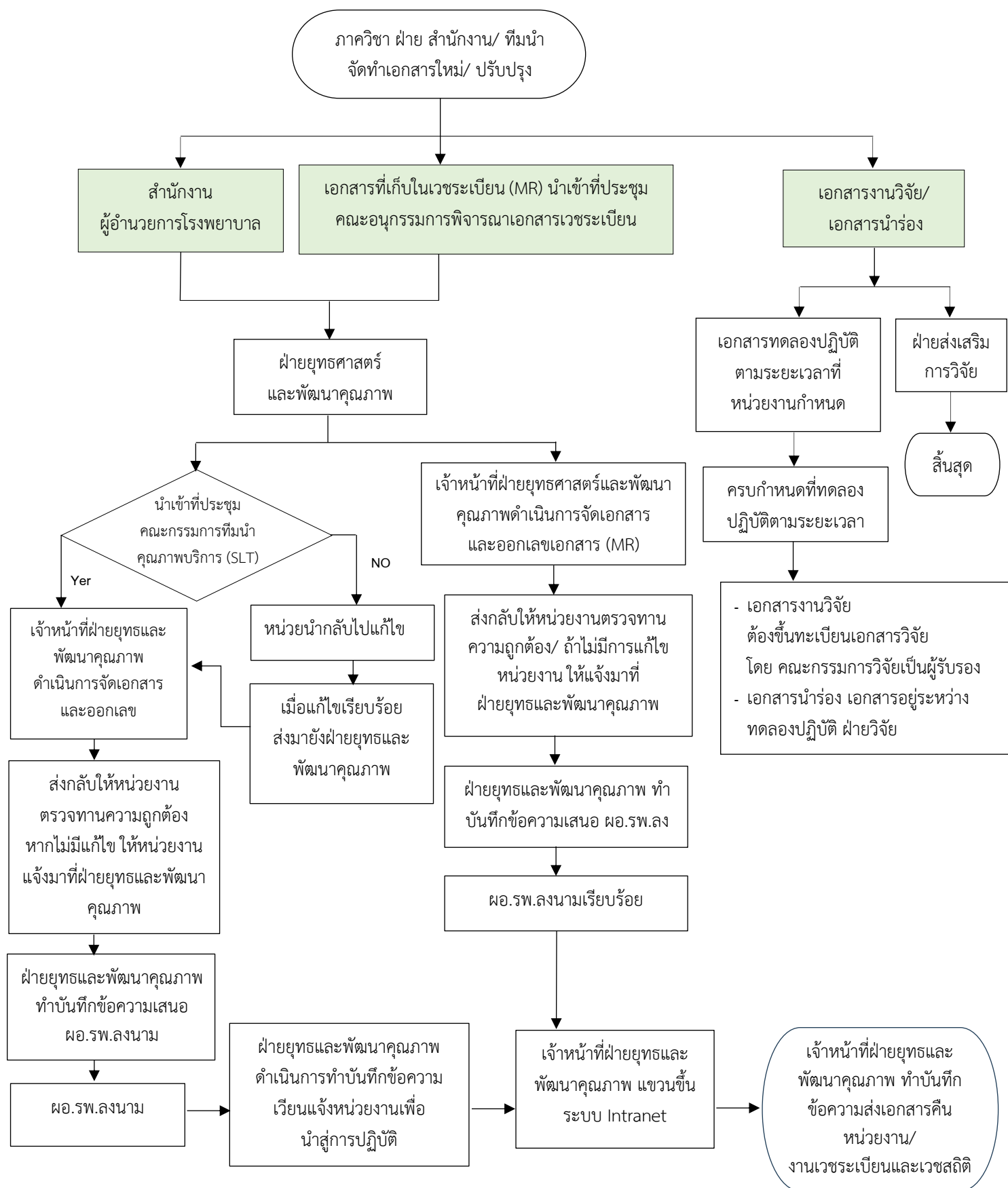
3.2.3 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ นำไฟล์เอกสาร SLT FM และ MR เผยแพร่ในระบบ intra.vajira.ac.th ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรณีเป็นเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงาน ได้แก่ ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน หน่วยงานเป็นผู้เวียนแจ้ง

3.2.4 กรณีเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงานสามารถใช้รหัสเอกสารของหน่วยงาน และควบคุมทะเบียนเอกสารได้ โดยไม่ต้องผ่านฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

3.2.5 กรณีเอกสารที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย คณะกรรมการวิจัยจะเป็นผู้ควบคุมทะเบียนเอกสารดังกล่าว

3.2.6 กรณีเอกสารนาร่อง หรืออยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติจะไม่ออกเลขกำกับเอกสาร แต่ให้ทดลองใช้จนกว่าจะถือปฏิบัติจริง

3.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow)



3.4 ตัวอย่างแบบฟอร์มเอกสารคุณภาพ (Format)



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

.....
(รศ.พญ.ปนัดดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต/ กลุ่มเป้าหมาย
3. ผู้รับผิดชอบ
4. คำจำกัดความ
5. ขั้นตอนการดำเนินงาน/ แนวทางปฏิบัติ
6. ตัวชี้วัด
7. เอกสารอ้างอิง

ข้อกำหนดในการตั้งค่าการจัดทำเอกสารคุณภาพ

1. ตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบน ล่าง ซ้าย ขวา ห่างจากขอบกระดาษ 1" (2.54 ซม.) ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) ตั้งค่าน้ำ กระดาษตามความเหมาะสม
2. พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้ [Font Browallia New](#) ขนาด 16 สำหรับหัวข้อต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์ ขอบเขต ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 ยกเว้นในส่วนของชื่อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 18
3. หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ตามลำดับ
4. รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์ว่า – ไม่มี -
5. หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสาร หลังได้รับการอนุมัติแล้ว ต้องส่งเอกสารพร้อมกับไฟล์ข้อมูลเป็น Microsoft Office Word file มาที่คณะอนุกรรมการเอกสารคุณภาพ

3.5 สิ่งที่ต้องคำนึงในการปฏิบัติงาน

3.5.1 เอกสารต้องสะท้อนข้อมูล กระบวนการ และข้อกำหนดที่เป็นจริงในปัจจุบันต้องตรงกับข้อกำหนดของมาตรฐานที่องค์กรอ้างอิง เช่น ISO และใช้ภาษาที่กระชับ ตรงประเด็น ควรลำดับขั้นตอนชัดเจน หรือทำเป็น Flow Chart เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

3.5.2 เอกสารทุกชุดควรมีรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงสร้างหัวข้อ ฟอนต์ ขนาดตัวอักษร หมายเลขเอกสาร รุ่น (Version) ฯลฯ เพื่อความน่าเชื่อถือและง่ายต่อการใช้งาน

3.5.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานควรมีส่วนร่วมในการร่างหรือทบทวนเอกสาร เพื่อให้เนื้อหาสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

3.5.4 เอกสารคุณภาพควรมีการทบทวนตามรอบระยะเวลา หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ เพื่อให้เอกสาร "ทันสมัย" เป็นปัจจุบัน

3.6 ตัวอย่างหนังสือเอกสารคุณภาพที่ได้ผ่านการออกเลขเอกสาร ดังนี้

ลำดับ	รหัสเอกสาร	แก้ไขครั้งที่	เดือนที่บังคับใช้	เรื่อง
1	WI-SLT-082	01	ธันวาคม 2566	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด
2	FM-MR 73	02	เมษายน 2567	บันทึกคำสั่งการรักษา (Doctor Order Note) ในห้องพักฟื้นหลังรับความรู้สึก
3	MR 03.1	02	กรกฎาคม 2567	แบบประเมินทางการพยาบาลแก่รับเข้าหอผู้ป่วยสำหรับอายุ > 12 ปี – 60 ปี

ตัวอย่างหนังสือเอกสารคุณภาพที่ได้ผ่านการออกเลขเอกสาร (ลำดับที่ 1)

 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร <i>อโนชา สุราทนต์</i> (รศ.พญ.อโนชา สุราทนต์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล									
แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด										
1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยค้นหา จัดสถานที่ให้อยู่อย่างเหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาการแพร่เชื้อทางอากาศต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล และลดโอกาสที่ผู้ป่วยไม่เป็นโรค เสี่ยงต่อการรับเชื้อหากถูกส่งมาตรวจที่คลินิกวัณโรค โดยมีแนวทางปฏิบัติ "Fast track TB" เมื่อสงสัยภาวะวัณโรคปอด ทั้งนี้การปฏิบัติงานตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการจนถึงเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพมีหลายขั้นตอน และมีรายละเอียดของการปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำผังขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 2. ขอบเขต/ กลุ่มเป้าหมาย 2.1 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งแรกที่จุดคัดกรอง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรคปอด 2.1.1 ผู้ใหญ่ 2.1.2 ผู้ป่วยเด็ก 2.2 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รักษาตามคลินิกต่างๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (ทั้งในปอด และนอกปอด) 2.2.1 ผู้ป่วยที่พบผลวัณโรคจากการตรวจเสมหะบวกแล้ว 2.2.2 ผู้ป่วยโรคใดๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรคปอด แม้จะไม่มีอาการใดๆ 2.2.3 ผู้ป่วยเด็ก (เหมือนข้อ 2.2.1 และ 2.2.2) 2.3 ผู้ป่วยใน OPD med ที่ต้องการปรึกษา chest med ที่มีการเก็บเสมหะใดๆ (sputum AFB หรือ Xpert) 2.4 ผู้ป่วยวัณโรค/ สงสัยวัณโรคที่เข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินหรือ OPD non-urgent (นอกเวลา) กรณีที่ 1 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งแรกที่จุดคัดกรอง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรคปอด 1.1 ผู้ใหญ่ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">จุดให้บริการ</th> <th style="width: 50%;">ขั้นตอนการปฏิบัติ</th> <th style="width: 30%;">ผู้เกี่ยวข้อง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1st จุดคัดกรอง - ชั้น 1 ที่บังกร - ชั้น 1 เพชรรัตน์ - OPD non-med ต่างๆ </td> <td> เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค (High risk for TB) 1. อาการ 2/ 3 ข้อ 1) ไข้และน้ำหนักลด 2 สัปดาห์ 2) ไอเป็นเลือด 3) ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ 2. แพทย์สงสัยว่าเป็น TB ได้รับการวินิจฉัยที่เป็น TB < 2 สัปดาห์ </td> <td> → ส่ง ARI clinic ทันที "TB fast track" </td> </tr> <tr> <td> ARI clinic "TB fast track" </td> <td> - ส่ง CXR ทุกราย → โทรแจ้ง OPD med ที่บังกร ชั้น 3 เมื่อ film ออก - แพทย์ OPD med ประเมิน film พบว่า มีภาวะสงสัยวัณโรคปอด - แพทย์ OPD med ลงตรวจผู้ป่วยที่ ARI clinic </td> <td> แพทย์ OPD med ให้ลำดับความสำคัญ ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค ในการตรวจเพื่อลด การแพร่เชื้อใน โรงพยาบาล </td> </tr> </tbody> </table>		จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง	1st จุดคัดกรอง - ชั้น 1 ที่บังกร - ชั้น 1 เพชรรัตน์ - OPD non-med ต่างๆ	เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค (High risk for TB) 1. อาการ 2/ 3 ข้อ 1) ไข้และน้ำหนักลด 2 สัปดาห์ 2) ไอเป็นเลือด 3) ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ 2. แพทย์สงสัยว่าเป็น TB ได้รับการวินิจฉัยที่เป็น TB < 2 สัปดาห์	→ ส่ง ARI clinic ทันที "TB fast track"	ARI clinic "TB fast track"	- ส่ง CXR ทุกราย → โทรแจ้ง OPD med ที่บังกร ชั้น 3 เมื่อ film ออก - แพทย์ OPD med ประเมิน film พบว่า มีภาวะสงสัยวัณโรคปอด - แพทย์ OPD med ลงตรวจผู้ป่วยที่ ARI clinic	แพทย์ OPD med ให้ลำดับความสำคัญ ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค ในการตรวจเพื่อลด การแพร่เชื้อใน โรงพยาบาล
จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง								
1st จุดคัดกรอง - ชั้น 1 ที่บังกร - ชั้น 1 เพชรรัตน์ - OPD non-med ต่างๆ	เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค (High risk for TB) 1. อาการ 2/ 3 ข้อ 1) ไข้และน้ำหนักลด 2 สัปดาห์ 2) ไอเป็นเลือด 3) ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ 2. แพทย์สงสัยว่าเป็น TB ได้รับการวินิจฉัยที่เป็น TB < 2 สัปดาห์	→ ส่ง ARI clinic ทันที "TB fast track"								
ARI clinic "TB fast track"	- ส่ง CXR ทุกราย → โทรแจ้ง OPD med ที่บังกร ชั้น 3 เมื่อ film ออก - แพทย์ OPD med ประเมิน film พบว่า มีภาวะสงสัยวัณโรคปอด - แพทย์ OPD med ลงตรวจผู้ป่วยที่ ARI clinic	แพทย์ OPD med ให้ลำดับความสำคัญ ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค ในการตรวจเพื่อลด การแพร่เชื้อใน โรงพยาบาล								



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.ดร. อาริยา

(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

1.1 ผู้ใหญ่ (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
	1. ส่ง Lab ทุกราย: anti HIV, CBC, LFT, Cr 2. ส่ง sputum ส่งตรวจทุกราย 2.1 AFB 3 days 2.2 TB C/S (3 แบบ แพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม) 2.3 +/- Xpert ultra แล้วแต่แพทย์พิจารณา - หากแพทย์ประเมินแล้วมีความน่าจะเป็นวัณโรคสูง (ปฏิบัติข้อ 3-4) 3. empiric anti-TB โดยไม่ต้องรอผล lab และ sputum ใดๆ ยกเว้น มีเหตุผลจำเป็นอื่นๆ 4. นัดฟังผลที่ TB clinic 2 wk* → หากแพทย์ประเมินแล้วมีความน่าจะเป็นวัณโรคน้อย 5. ให้นำฟังผลที่ OPD med โดยให้แพทย์ระบุในใบนัดเสมอว่า "มาฟังผลเสมหะ"	<u>เบอร์ภายใน</u> - OPD med 3104 - X ray 3239 - ส่ง lab 5547 (ที่บึงกร), 3137 (เพชรรัตน์) - เภสัชกร 5445 (ที่บึงกร), 3148 (เพชรรัตน์)
OPD Med ชั้น 3 ที่บึงกร	1. กรณีวันที่มาฟังผลเสมหะ (จากข้อ 5 ต่อ) - แยกผู้ป่วยที่จุดแยกโรค ชั้น 3 ก่อนเข้า OPD med - พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ตรวจเช็คผลเสมหะก่อนรายงานแพทย์ → หากเจอเชื้อวัณโรค 1. ส่งผู้ป่วยไปที่ ARI clinic (TB Fast track) ปฏิบัติตามแนวทาง 2. แจ้งแพทย์ OPD med เพื่อเริ่มยา anti-TB และนัด TB clinic* โดยไม่ต้องรอผล lab และ sputum culture → หากไม่เจอเชื้อวัณโรค > เข้าตรวจที่ OPD med ได้ 1. พยาบาลแบบเอกสาร "บันทึกกลุ่มเสี่ยงวัณโรค" เฉพาะรายที่ได้ตรวจ Xpert 2. ให้แพทย์กรอกบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน 3. พยาบาล scan เก็บไว้ในเอกสาร TB (อยู่ระหว่างดำเนินการเปิด binary) 4. ส่งเอกสารบันทึกตัวจริงให้หน่วยทางเดินหายใจ (OPD chest med) อาคารเพชรรัตน์ ชั้น 2	



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อโนน สุวรรณ
(พ.ญ. ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

1.1 ผู้ใหญ่ (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
ในกรณีที่มีอาการไม่คงที่/ คัดกรอง ระดับ ESI 1-3 ให้ประสานส่ง ER ดังนี้	1.1 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มีอาการไม่คงที่/ คัดกรอง (ESI 1-2) → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) → ER ประเมินก่อน แล้วพิจารณาปรึกษา med ตามความเหมาะสม 1.2 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มี ESI 3 แต่มีเหตุจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเกณฑ์ ได้แก่ : ทำหัตถการ, ให้สารน้ำ, EKG, Observe อาการต่อ → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) โดยเป็นแพทย์ resident ER ดูแลต่อ	หมายเหตุ: กรณี ER มีผู้ป่วยเยอะ/พื้นที่จำกัด ขอให้ออกทาง ER ประสานรับเคสเมื่อพร้อม
ห้องปฏิบัติการ : Sputum AFB : Xpert ultra	กรณีผล AFB/ Xpert positive ทราบแล้วจากห้อง lab → lab จะแจ้งทาง chest med โดยตรง (ผ่านกลุ่มเฉพาะ) → พยาบาล chest med ประสานกับผู้ป่วย นัดเข้า TB clinic เพื่อมาเริ่มรักษาทันที *กรณีถ้าติดต่อผู้ป่วยไม่ได้: จะแจ้งให้เจ้าของคลินิกทราบ	
*วิธีนัดเข้า TB clinic อังคารและพฤหัสบดี 13.00-15.00 น.	- ในเวลา: ประสานหน่วย chest โทร. 3478 ทำนัด หากเป็นช่วงเวลาที่มี TB clinic ยังคงให้ใช้ตาม flow TB fast track ตามเดิม → หากไม่แน่ใจสามารถโทรปรึกษาทาง TB clinic ก่อนได้ตามความเหมาะสม (ติดต่อโทร. 5954-55 เวลา 13.00-14.30 น.) - นอกเวลา (ER): สามารถนัดเข้า TB clinic เองได้ *รายใหม่ <u>นัดครั้งแรก</u> ใช้รหัส 604000 และ 604001 *กรณีรายเดิมของ TB clinic มีปัญหา ให้นัดเข้า 352100 และ 352112 *เคส TB ที่มี HIV ขอให้นัดเข้าวันอังคารที่มี ID one day service รหัส 352100 ย่อย 352108 (เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อลำไส้ พร้อมทั้งเริ่มยา ARV และลดโอกาสขาดนัด/ หลุดหายจากระบบการรักษา)	

*กรณีมีข้อสงสัย หรือต้องการแนวทางในบางกรณี ให้แพทย์ที่ปฏิบัติงาน OPD med สามารถโทรปรึกษา

อ.นพ.พิภู ภาวราชวิน ได้โดยตรง

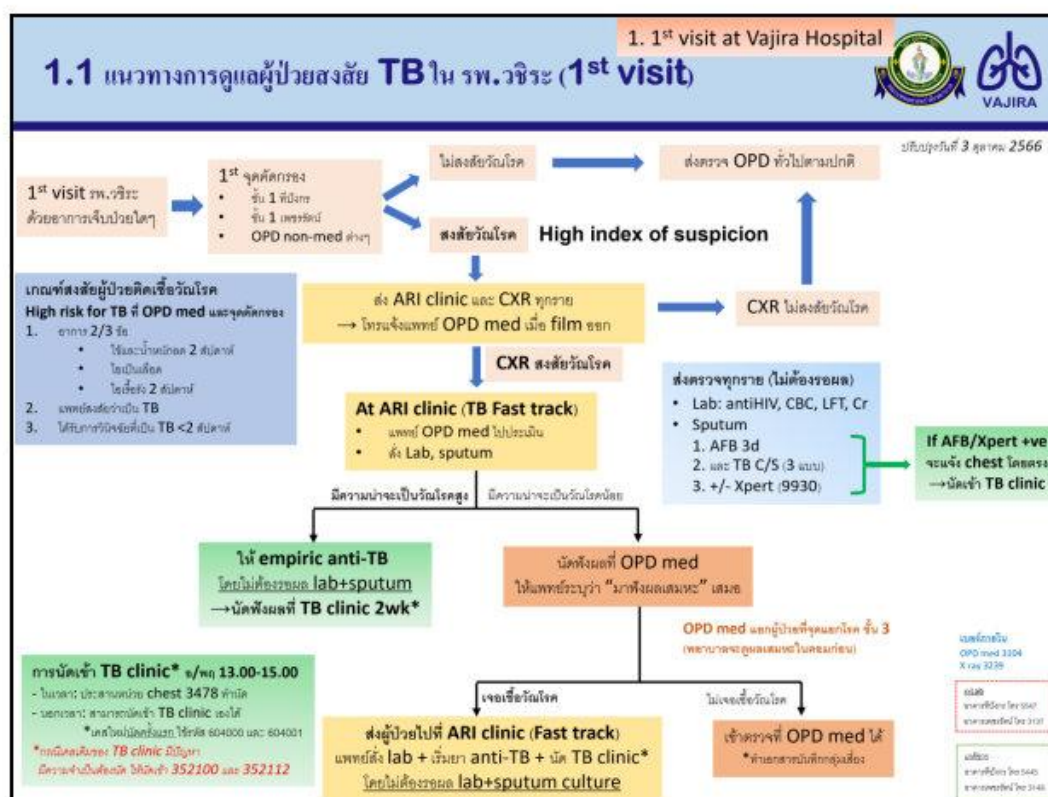
*อนุญาตให้ OPD med และ ER เท่านั้น ที่นัดเข้าคลินิกเฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจที่ผ่านการดูจาก resident med



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร
อ.นิตยา อาราม
(รศ.หญิง ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด



หมายเหตุ "เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ให้ใส่หน้ากาก surgical mask ทุกครั้ง"



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อติพร อภิรัตน์
(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

1.2 ผู้ป่วยเด็ก

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
1 st จุดคัดกรอง - ชั้น 1 ที่ปิงกร - ชั้น 1 เพชรรัตน์ - OPD non-med ต่าง ๆ	เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค (High risk for TB) 1. อาการ 2/ 3 ข้อ 1) ไอ 2 สัปดาห์ 2) ไอเป็นเลือด 3) ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ 4) น้ำหนักลด 2. แพทย์สงสัยว่าเป็น TB ได้รับการวินิจฉัยที่เป็น TB < 2 สัปดาห์	→ ส่ง ARI clinic ทันที "TB fast track"
ARI clinic "TB fast track"	- ส่ง CXR PA/ lat ทุกราย → โทรแจ้ง chief resident เด็ก เมื่อ film ออก - Chief resident เด็ก ประเมิน film พบว่า มีภาวะสงสัยวัณโรคปอด - Chief resident เด็ก ส่งตรวจผู้ป่วยที่ ARI clinic 1. ส่ง Lab ทุกราย: anti HIV 2. ส่ง sputum ส่งตรวจทุกราย 2.1 AFB 3 days 2.2 TB C/S (3 แบบ แพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม) 2.3 Xpert ultra x 1 day - หากแพทย์ประเมินแล้วมีความน่าจะเป็นวัณโรคสูง (ปฏิบัติข้อ 3-4) 3. empiric anti-TB โดยไม่ต้องรอผล lab และ sputum ใดๆ ยกเว้นมีเหตุผลจำเป็นอื่นๆ 4. นัดฟังผลที่ ID clinic 2 wk* → หากแพทย์ประเมินแล้วมีความน่าจะเป็นวัณโรคน้อย 5. ให้นัดฟังผลที่ ID clinic โดยให้แพทย์ระบุในใบนัดเสมอว่า "มาฟังผลเสมหะ"	แพทย์ให้ลำดับ ความสำคัญผู้ป่วยที่ สงสัยวัณโรคในการ ตรวจเพื่อลดการแพร่ เชื้อในโรงพยาบาล <u>เบอร์โทรภายใน</u> - OPD กุมาร : 3105-6 - X ray : 3239 - ส่ง lab : 5547 (ที่ปิงกร), 3137 (เพชรรัตน์) - เภสัชกร : 5445 (ที่ปิงกร), 3148 (เพชรรัตน์)



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

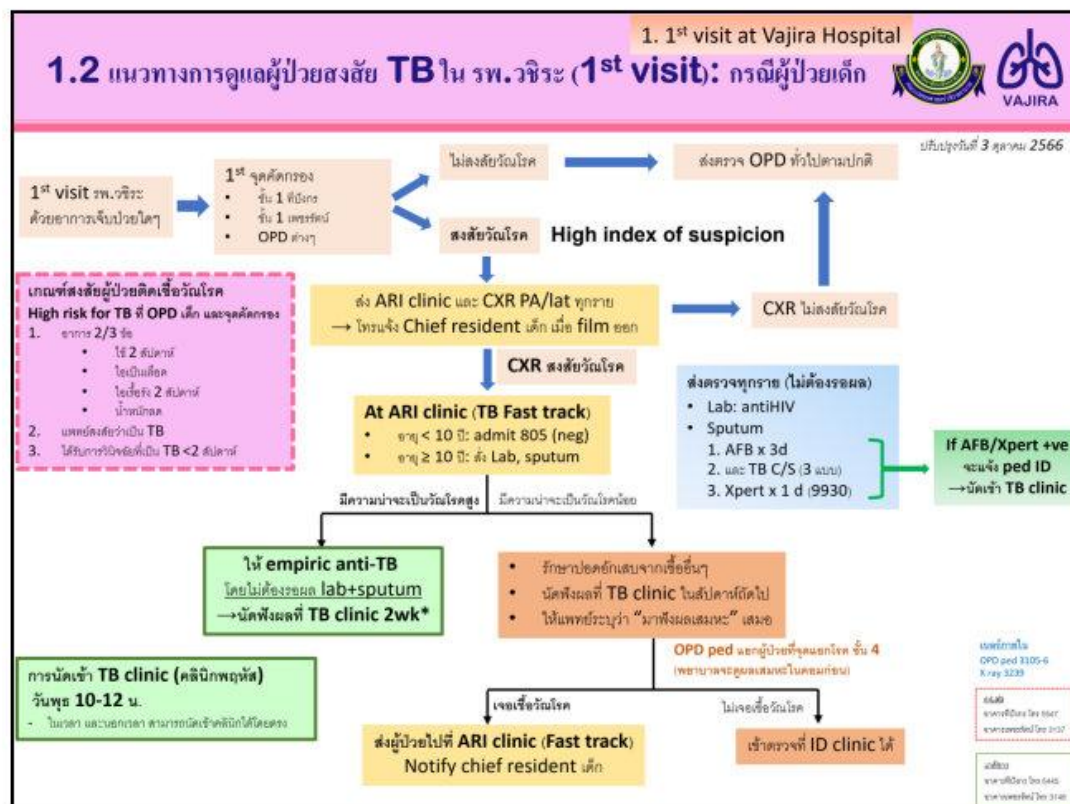
1.2 ผู้ป่วยเด็ก (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
OPD Ped ชั้น 4 ที่บังกร	- กรณี วันที่มาฟังผลเสมหะ (จากข้อ 5 ต่อ) - แยกผู้ป่วยที่จุดแยกโรค ชั้น 4 ก่อนเข้า OPD ped - พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ตรวจเช็คผลเสมหะก่อนรายงานแพทย์ → หากเจอเชื้อวัณโรค - ส่งผู้ป่วยไปที่ ARI clinic (TB Fast track) ปฏิบัติตามแนวทาง - แจ้ง chief resident เด็กเพื่อเริ่มยา anti-TB และนัด TB clinic* <u>โดยไม่ต้องรอผล lab+sputum culture</u> → หากไม่เจอเชื้อวัณโรค > เข้าตรวจที่ OPD ped ได้ - พยาบาลแบบเอกสาร "บันทึกกลุ่มเสี่ยงวัณโรค" เฉพาะเคสที่ได้ตรวจ Xpert - ให้แพทย์กรอกบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน - พยาบาล scan เก็บไว้ในเอกสาร TB (กำลังดำเนินการเปิด binary) - ส่งเอกสารบันทึกตัวจริงให้หน่วย ped ID	
ในกรณีที่มีอาการไม่คงที่/ คัดกรอง ระดับ ESI 1-3 ให้ประสานส่ง ER ดังนี้	1.1 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มีอาการไม่คงที่/คัดกรอง (ESI 1-2) → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) → ER ประเมินก่อน แล้วพิจารณาปรึกษา med ตามความเหมาะสม 1.2 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มี ESI 3 แต่มีเหตุจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่ม เกณฑ์ ได้แก่ : หักหัดถาวร, ให้สารน้ำ, EKG, Observe อาการต่อ → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) โดยเป็นแพทย์ resident ER ดูแลต่อ	หมายเหตุ: กรณี ER มีผู้ป่วยเยอะ/ พื้นที่จำกัด ขอให้รอทาง ER ประสานรับเคสเมื่อพร้อม
ห้องปฏิบัติการ : Sputum AFB : Xpert ultra	กรณีผล AFB/Xpert positive ทราบแล้วจากห้อง lab → lab จะแจ้งทาง ped ID โดยตรง (ผ่านกลุ่มเฉพาะ) → พยาบาล OPD ped ประสานกับผู้ป่วย นัดเข้า TB clinic เพื่อมาเริ่มรักษาทันที *กรณีถ้าติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ : จะแจ้งให้เจ้าของคลินิกทราบ	
*วิธีนัดเข้า TB clinic (ID clinic) วันพุธ 10.00 – 12.00 น.	- ในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ สามารถนัดเข้าคลินิกวันพฤหัสบดี (ID clinic) นัดเข้าวันพุธ 10.00 – 12.00 น. ได้เลย	

*กรณีมีข้อสงสัย หรือต้องการแนวทางในบางกรณี ให้ chief resident เด็กสามารถโทรปรึกษา อ.พญ.ทิราภรณ์ กาญจนพันธุ์ หรือ รศ.นพ.ทวีวงศ์ ดันตราชีวร ได้โดยตรง



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด



หมายเหตุ "เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ให้ใส่หน้ากาก surgical mask ทุกครั้ง"



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.ดร. อารักษ์
(รศ.พญ. ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รักษาตามคลินิกต่างๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (ทั้งในปอด และนอกปอด)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ
2.1 กรณีปรึกษาจาก OPD อื่น ผู้ป่วยที่พบผลวัณโรคจากการ ตรวจพบเสมหะบวกแล้ว จากวิธี ใดๆ (positive TB case)	1. ส่งผู้ป่วยไปที่ ARI clinic (Fast track) 2. แจ้งแพทย์เพื่อเริ่มยา anti-TB + นัด TB clinic* <u>โดยไม่ต้องรอผล lab และ sputum culture</u>
2.2 กรณีปรึกษาจาก OPD อื่นด้วย อาการใดๆ แต่มีอาการสงสัย วัณโรคร่วม <u>โดยที่ยังไม่พบ เสมหะบวกหรือยังไม่ได้ตรวจ เสมหะ</u>	1. ให้ OPD ดันทาง 1.1 Key Ephs ส่งต่อผู้ป่วยไปที่ OPD med 352000 และ 352007 (แต่ยังไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปที่ OPD med) 1.2 ให้ส่งผู้ป่วยไป ARI clinic เพื่อทำ CXR (หากมี CXR ในช่วง 1 สัปดาห์ แล้วสามารถข้ามได้ ข้อ 3) <u>ใช้คำว่า "ขอทำ CXR คัดกรองสงสัยวัณโรค" (ไม่ใช่ TB fast track)</u> แนบใบ CXR ให้ผู้ป่วยไปยื่นทำ CXR ที่ ARI clinic โดยให้โทรศัพท์แจ้ง 2 จุด พร้อมกัน คือ 1) แผนกรังสี (โทร. 3239) เพื่อให้เจ้าหน้าที่เตรียมพร้อม 2) ARI clinic (โทร. 5611-5612) ว่าจะมีผู้ป่วย film 2. ARI clinic: หลัง CXR เสร็จ ให้เจ้าหน้าที่ X ray แจ้งพยาบาล ARI clinic ว่าทำเสร็จแล้ว (ให้ผู้ป่วยนั่งรอที่ ARI clinic <u>โดยไม่ต้องอยู่ในห้องแยกโรค TB</u>) 3. ARI clinic: โทรแจ้ง OPD Med เพื่อขอแพทย์ดู CXR *สามารถให้ resident med ช่วยดู CXR ได้ทุกคน ไม่จำเป็นต้องเป็น resident ประจำ OPD med → ส่งต่อผู้ป่วยตามที่แพทย์แนะนำ : กรณี CXR สงสัยวัณโรค → ให้ปฏิบัติตามแนวทาง TB fast track ที่ ARI clinic ต่อ : กรณี CXR สงสัยวัณโรคน้อย/ไม่สงสัย → ให้ไปตรวจที่ OPD med ที่บึงกร ชั้น 3 ได้ (ไปข้อ 4) 4. OPD Med: หาก resident med ประเมินแล้วพบว่า มีข้อบ่งชี้ในการปรึกษา chest med ต่อ → ให้นำปรึกษา chest med <u>OPD consult</u> (จันทร์/ อังคาร/ พท. 09.00 - 11.00 น.) รหัส 352100 และ 352111 <u>โดยที่ไม่ต้องโทรแจ้ง chest, นัดเป็น "ไม่ระบบแพทย์", limit รับเคสใหม่</u> <u>ไม่เกิน 8 ราย/ วัน (ให้เป็นพยาบาล/ เจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำนัด)</u> <u>โดยระบุว่า "เคสใหม่ ปรึกษา ตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อโรค" ทุกครั้ง</u>



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.นพ. อ.วิมล

(รศ.พญ. ปณิดา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รักษาตามคลินิกต่างๆ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (ทั้งในปอด และนอกปอด) (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ
2.3 กรณีผู้ป่วยเด็กปรึกษาจาก OPD อื่นด้วยอาการใดๆ แต่มีอาการสงสัยวัณโรคร่วม (เหมือน 2.1 และ 2.2 แต่เป็นกรณีผู้ป่วยเด็ก)	กรณีปรึกษาผู้ป่วยพบผลวัณโรคจากการตรวจเสมหะบวกแล้ว (positive TB case) → ส่งผู้ป่วยไปที่ ARI clinic - Notify chief resident เด็ก - อายุ < 10 ปี: admit 805 (neg) - อายุ ≥ 10 ปี: ส่ง Lab, sputum - เริ่มยา anti - TB และนัด ID clinic next 2 wk* โดยไม่ต้องรอผล lab และ sputum culture กรณีปรึกษาจาก OPD อื่นที่สงสัยวัณโรค (ทั้งในปอด และนอกปอด) (ยังไม่มีเสมหะบวก) - ให้ OPD ต้นทาง - ส่งต่อผู้ป่วยไปที่ OPD ped - ส่งผู้ป่วยทำ CXR PA/ lat ทุกครั้งที่ ตึกมหาวชิราวุธ ชั้น 1 (หากมี CXR ในช่วง 1 สัปดาห์แล้วสามารถข้ามได้ ข้อ 3) ใช้คำว่า "ขอทำ CXR คัดกรองสงสัยวัณโรค" (ไม่ใช่ TB fast track) - แนบใบ CXR ให้ผู้ป่วยไปยื่นทำ CXR ตึกมหาวชิราวุธ ชั้น 1 โดยให้โทรศัพท์แจ้ง 2 จุดพร้อมกัน คือ - แผนกรังสี (โทร. 3239) เพื่อให้เจ้าหน้าที่เตรียมพร้อม - ARI clinic (โทร. 5611-5612) ว่าจะมีคนไข้ film - ARI clinic: หลัง CXR เสร็จ ให้เจ้าหน้าที่ X-ray แจ้งพยาบาล ARI clinic ว่าทำเสร็จแล้ว (ให้ผู้ป่วยนั่งรอที่ ARI clinic โดยไม่ต้องอยู่ในห้องแยกโรค TB) - ARI clinic โทรแจ้ง chief resident เด็ก เพื่อให้แพทย์ดู CXR และประเมินเด็ก → ส่งต่อผู้ป่วยตามที่แพทย์แนะนำ : กรณี CXR สงสัยวัณโรค → ให้ปฏิบัติตามแนวทาง TB fast track ที่ ARI clinic ต่อ : กรณี CXR สงสัยวัณโรคน้อย/ ไม่สงสัย → ให้ไปตรวจที่ OPD ped ที่บึงกร ชั้น 4 ได้ (ไปข้อ 4) - OPD ped: หากประเมินแล้วพบว่า มีข้อบ่งชี้ในการรักษา chest med ต่อ → ให้นำผู้ป่วย ped ID ที่รับรักษาในเดิมนั้นได้ทุกวัน

*กรณีมีข้อสงสัย หรือต้องการแนวทางในบางกรณี ให้แพทย์ที่ปฏิบัติงาน OPD med สามารถโทรปรึกษา

อ.นพ.พิภู ภาวกรชินวินได้โดยตรง

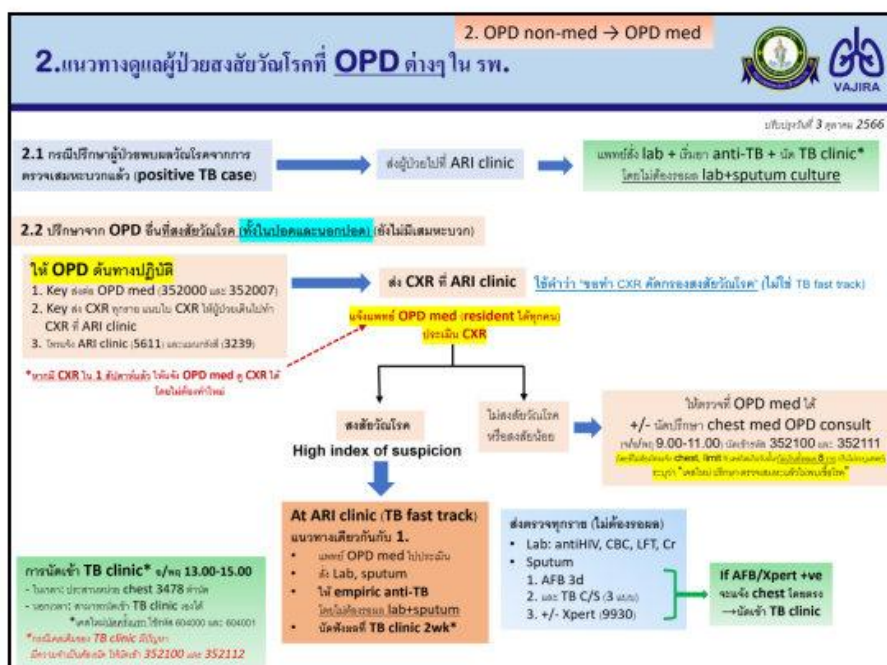


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

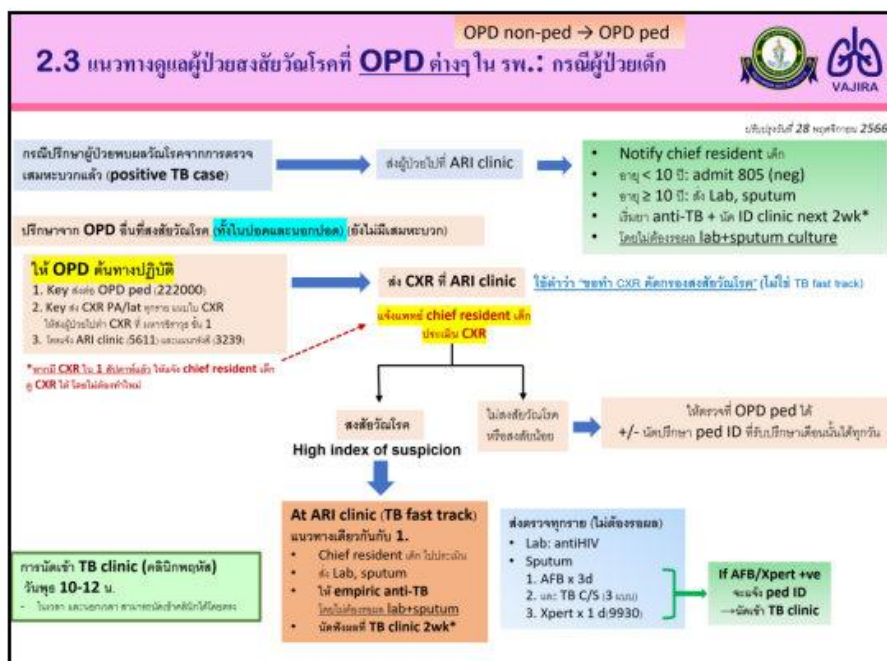
ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.ดร. ชัยวัฒน์
(รศ.พญ. ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด



หมายเหตุ "เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ให้ใส่หน้ากาก surgical mask ทุกครั้ง"



หมายเหตุ "เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ให้ใส่หน้ากาก surgical mask ทุกครั้ง"



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.นิตยา ชื่นชู
(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณี 3 ผู้ป่วย OPD gen med หรือ OPD med specialty ต่างๆ ที่ต้องการปรึกษา chest med ที่มีการเก็บเสมหะใดๆ (sputum AFB หรือ Xpert)

(จุดประสงค์ของแนวทางนี้ เพื่อลดความเสี่ยงผู้ป่วยถูกนัดเข้า TB clinic และเสี่ยงรับเชื้อวัณโรคโดยไม่จำเป็น)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ
1. OPD ของทุก subspecialty med 2. OPD med ที่มีแพทย์ subspecialty med ตรวจ	→ ให้ปฏิบัติตาม "แนวทางในภาพ" 3.กรณี OPD gen med หรือ OPD med specialty ต่างๆ ที่ต้องการปรึกษา chest med ที่มีการเก็บเสมหะใดๆ (sputum AFB หรือ Xpert) 3. OPD med/subspecialty med → Chest med 3.1 สงสัยวัณโรคมาก (suspected TB disease) ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้ (เป็น TB fast track) 1. ให้แพทย์บาตส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์ที่ ARI clinic 2. ให้แพทย์ subspecialty med 2.1 ส่ง lab: anti-HIV, CBC, Cr, LFT (lab ขึ้นแล้วแต่พิจารณาตามความเหมาะสม) 2.2 ส่งเก็บเสมหะ sputum AFB, TB culture:8313), +/- Xpert:9930) 2.3 เก็บยา anti-TB: HRZE 2.4 นัดเข้า TB clinic ครั้งแรก รหัส 604000 และ 604001 ผู้ป่วยจะได้รับบริการ lab+เสมหะ+รับยา one stop service ที่ ARI clinic กลับมาภายใน 1-2 ชม. ไม่จำเป็นต้องรอผล lab หรือเสมหะใดๆ ยกเว้นมีการวินิจฉัยแพทย์พิจารณาให้ขอ *หากแพทย์ subspecialty คิดภาระงาน สามารถขอให้ resident ที่อยู่ใน subspecialty OPD นี้ช่วยประสานแนวทางตาม flow ได้, หากมีกรณีที่ไม่ใช่ resident ประจำ OPD med สามารถปรึกษา อ.นิตยา ได้โดยตรง 3.2 สงสัยวัณโรคน้อย หรือไม่สงสัย (non-TB disease) กรณีการเก็บเสมหะ AFB or Xpert โดยผลยังไม่ชัดเจน ให้แพทย์นัดติดตามผลเสมหะที่ 2 สัปดาห์ ที่ clinic med specialty ตนเอง - หาก lab AFB/Xpert positive ก่อนนัด → ทาง chest med มีระบบการแจ้งผู้ป่วย ให้มาที่ TB clinic โดยตรงทันที เพื่อผลการตรวจเชื้อ - หาก lab negative และยังไม่สงสัยวัณโรคปอด → ปรึกษา chest med ต่อ OPD consult (จ/อ/พจ 9.00-11.00) โดยที่ไม่ต้องโทรแจ้ง chest รหัส 352100 และ 352111 *นัดเป็นไปตามแพทย์ *กรณี TB ที่มี HIV หากได้ลงทะเบียนบริการที่มี ID one day service รหัส 352100 และ 352108 (เพื่อไม่ delay การเริ่มยา ARV และลดโอกาสขาดนัดหยุดยาจากระบบการรักษา)



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร
อ.นอ. อ.วิมล
(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณี 4 ผู้ป่วยวัณโรค/ สงสัยวัณโรคที่เข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินหรือ OPD non-urgent (นอกเวลา)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
กรณีพบเคสสงสัยวัณโรคนอกเวลา (ตั้งแต่ 15.00-08.00 น. ในวันถัดไป) มี 2 สถานที่ตรวจ คือ	1. ที่ OPD non-urgent หากจุดคัดกรองพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยวัณโรคปอด → ให้ส่ง CXR ประเมินก่อนพบแพทย์ได้ หรือแพทย์ตรวจแล้วสงสัยวัณโรคปอด → ให้ส่ง CXR (ถ้ายังไม่มี) - หาก CXR ไม่สงสัยวัณโรคปอด → ตรวจสาเหตุอื่นตามปกติ - หาก CXR สงสัยวัณโรคปอด → ให้แพทย์พิจารณาเรื่องสิทธิการรักษา - หากสิทธิร.พ.วชิระ: แนะนำให้มา ARI clinic ในวันถัดไปทันที - หากสิทธิร.พ.อื่น: แพทย์ทำเอกสารส่งตัวให้ค้นหาสาเหตุตามสิทธิ (ขอส่งตรวจ CXR + sputum AFB + TB culture)	เกณฑ์สงสัยผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค High risk for TB 1. ต้องมีอาการ 2/ 3 ข้อ • ใช้และน้ำหนักลด 2 สัปดาห์ • ไอเป็นเลือด • ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ 2. แพทย์สงสัยว่าเป็น TB จากภาพรังสี
	2. ที่ ER แบ่งตามช่วงเวลา 1. ในเวลา 1.1 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มีอาการไม่คงที่/ คัดกรอง (ESI 1-2) → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) → ER ประเมินก่อน แล้วพิจารณาปรึกษา med ตามความเหมาะสม 1.2 ผู้ป่วย OPD ใดๆ ที่สงสัย TB ที่มี ESI 3 แต่มีเหตุจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่ม เกณฑ์ ได้แก่ : ทำหัตถการ, ให้สารน้ำ, EKG, Observe อาการต่อ → ให้ประสานส่ง ER (โทร. 3210) โดยเป็นแพทย์ resident ER ดูแลต่อ (หากมี med อยู่เดิม ให้ med ดูแลต่อ) *หมายเหตุ: - แพทย์ ER สามารถนัด TB clinic เข้าได้เอง - กรณี ER มีคนไข้เยอะ/ พื้นที่จำกัด ขอให้รื้อทาง ER ประสานรับเคสเมื่อพร้อม	หมายเหตุ: จะยังไม่มีกรณีเริ่มยา anti-TB จาก OPD non-urgent เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานของ OPD จุดประสงค์เพื่อลดระยะเวลาที่มีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคที่ ER/OPD non-urgent *พิจารณาตรวจผู้ป่วยขึ้นกับทาง ER ตามความเหมาะสม



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อติพร อภิรัตน์
(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณี 4 ผู้ป่วยวัณโรค/ สงสัยวัณโรคที่เข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินหรือ OPD non-urgent (นอกเวลา) (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้เกี่ยวข้อง
	1. นอกเวลา: เคสที่สงสัย TB ใดๆ ที่อยู่ใน ER หากจุดคัดกรอง/ ER พบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยวัณโรคปอด → ให้ส่ง CXR ประเมินก่อนพบแพทย์ และแจ้ง resident ER หลังได้ CXR I. พบว่าสงสัยวัณโรคปอดน้อย → กรณีมีการเก็บเสมหะ นัดฟังผลที่ OPD med โดยให้แพทย์ระบุในใบนัดว่า "มาฟังผลเสมหะ" II. พบว่าสงสัยวัณโรคปอดมาก 1. ส่ง Lab ทุกราย: anti-HIV, CBC, LFT, Cr 2. ส่ง sputum ส่งตรวจทุกราย 21 AFB 3 days 22 TB C/S (รหัส 8313 ส่วนต่าง 80 บาท) 23 +/- Xpert ultra แล้วแต่แพทย์พิจารณา - หากแพทย์ประเมินแล้วมีความน่าจะเป็นวัณโรคสูง (ปฏิบัติข้อ 3-4) 3. empiric anti-TB ไม่ต้องรอผล lab, sputum ยกเว้นมีเหตุจำเป็นอื่นๆ (หากกรณี ER ไม่แน่ใจ → ปรึกษา resident med เป็นกรณี) 4. นัดฟังผลที่ TB clinic 2 wk* (หากเต็มให้เลื่อนนัด 2-4 wk ได้)	
เคสวัณโรคเดิมที่ 1. ยังอยู่ในระยะรักษา 2. สัปดาห์แรก	แพทย์ ER ประเมิน 3 กรณี - กรณีมีภาวะเร่งด่วน (มี 1 ใน 3 ข้อ) 1. ผู้ป่วยที่มี impending respiratory failure เช่น ใช้ mask with bag, HFNC	จุดประสงค์เพื่อลดระยะเวลาที่มีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคที่ ER
2. หรือยังอยู่ในระยะที่สามารถแพร่เชื้อได้ (ยังพบ smear positive)	2. ผู้ที่มี respiratory failure 3. ผู้ป่วยที่มี hemodynamic instability → กรณีสิทธิ รพ. อื่น ให้ทาง ER ประสาน refer ก่อนได้ → กรณีสิทธิการรักษา รพ.วชิรพยาบาล และต้อง admit : เมื่อได้ภาพ CXR แล้วขอแจ้ง resident med ร่วมประเมินทันที โดยไม่ต้องรอผล lab ออก (เพื่อลดระยะเวลาแพร่เชื้อ) - กรณีไม่มีภาวะเร่งด่วน และไม่ต้อง admit → ER สามารถนัด TB clinic เข้าได้ หรือปรึกษา med หากมีข้อบ่งชี้	



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.นพ. อ.วิมล
(รศ.พญ. ปณิดา สุวรรณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

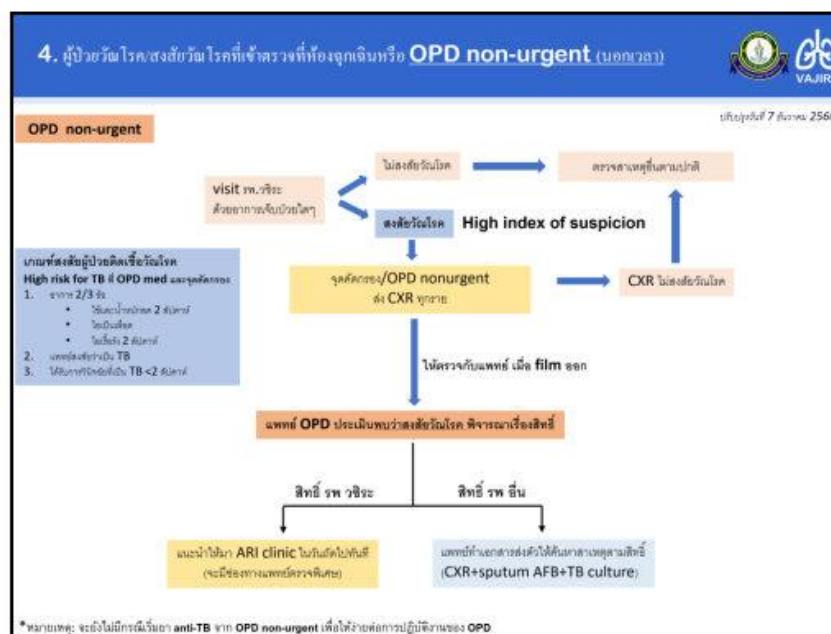
แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

กรณี 4 ผู้ป่วยวัณโรค/ สงสัยวัณโรคที่เข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินหรือ OPD non-urgent (นอกเวลา) (ต่อ)

จุดให้บริการ	ขั้นตอนการปฏิบัติ
การนัดเข้า TB clinic	คลินิกมีทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 13.00-15.00 น. - เคสใหม่ <u>นัดครั้งแรก</u> ใช้รหัส 604000 และ 604001 พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อ.นพ. พิภู ฤทธาธิวัฒน์ (เฉพาะสำหรับ ER ที่นัดได้) - ควรนัดเข้าหลังเริ่มยา anti-TB ภายใน 1-2 สัปดาห์ ไม่ต้องเจาะ lab routine ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ - เคสเดิมของ TB clinic ให้นัดเข้า 352100 และ 352112 สามารถนัดเข้าการนัดติดตามด้วยระยะเวลาที่แพทย์ประเมินแล้วเหมาะสม *เคส TB ที่มี HIV ขอให้นัดเข้าวันอังคารที่มี ID one day service รหัส 352100 ย่อย 352108 (เพื่อไม่ delay การแจ้งผลเลือด และเริ่มยา ARV เพื่อลดโอกาสขาดนัด/ หลุดหายจากระบบการรักษา)

*ข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ ER ในการแยกโรคสำหรับเคสที่มีโอกาสแพร่เชื้อมีจำกัด (2 ตู้)

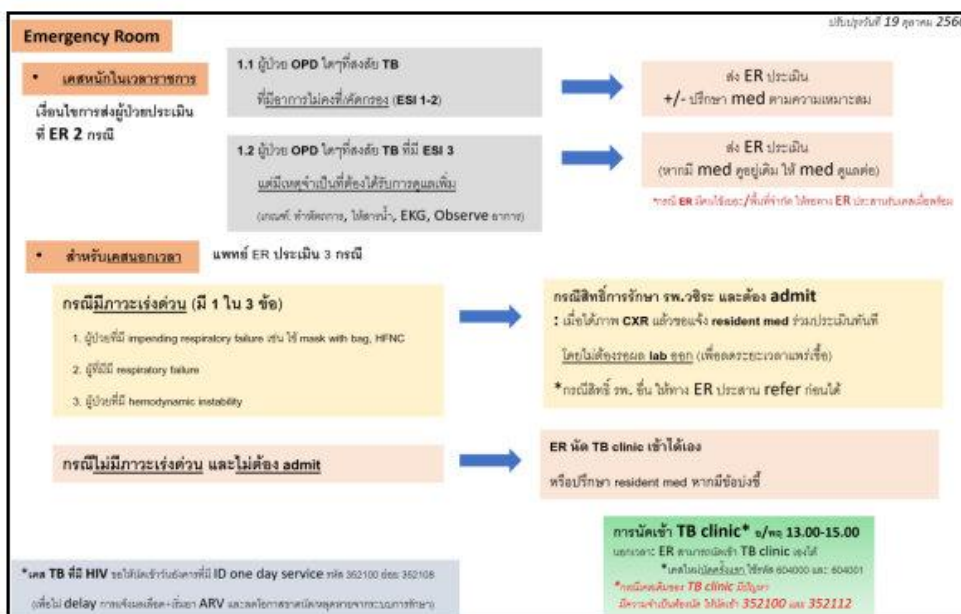
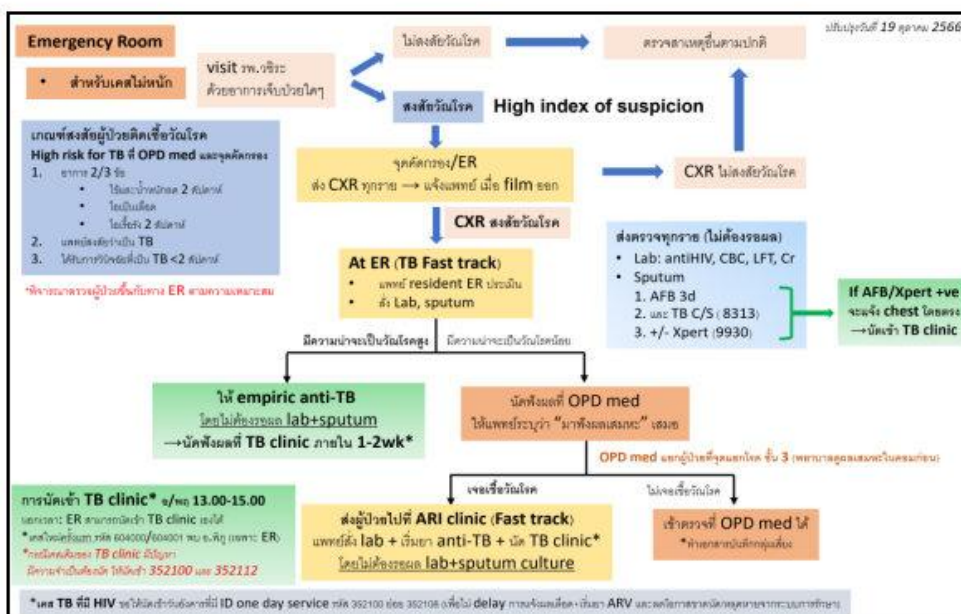
กรณีตู้เต็ม มีโอกาสที่ต้องไปถูกแยกนอนในห้องผู้ป่วยหนัก (resus) → เป้าหมายเพื่อหาวิธีลด ER time ในการลดแพร่เชื้อ





แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยงต่อวัณโรคปอด

แนวทางสำหรับห้องฉุกเฉินทั้งหมด



3. ตัวชี้วัด

ระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยสงสัยวัณโรคในวชิรพยาบาล (นาทีก) เป้าหมาย ลดลง

ตัวอย่างหนังสือเอกสารคุณภาพที่ได้ผ่านการออกเลขเอกสาร (ลำดับที่ 2)

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร  (รศ.พญ.ปัทมา สุวรรณ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
บันทึกคำสั่งการรักษา (Doctor Order Note) ในห้องพักฟื้นหลังรับความรูสึก		
ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN..... AN.....Ward.....เตียง.....Patient ID Slicker.....		Allergic to.....
กระทบค่าตั้ง หัวเข็ม หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X โดย ○ = เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง □ = เลือกได้มากกว่าหนึ่ง		
คำสั่งใช้ในห้องพักฟื้นหลังรับความรูสึกเท่านั้น		
วันที่.....เวลา.....น. ☐ Oxygen therapy : Oxygen LPM via ○ cannula ○ mask with bag ○ ☐ IV Fluid..... ○ ขวดเต็ม rate mL/hr พดแล้วให้ตาม order ค้อยแพทย์ ☐ Blood product rate mL/hr พดแล้วให้ตาม order ค้อยแพทย์ - Notify วิสัญญีแพทย์ หาก - RR < 10 /min หรือ > 30 /min หรือในเด็ก อัตราการหายใจน้อยกว่าเกณฑ์ช่วงอายุ (ตามตาราง) - SS = 3 หรือ SpO ₂ < 92% - SBP ○ > 180 mmHg, < 90 mmHg ○ >mmHg ○ <mmHg - Notify วิสัญญีแพทย์ พร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อ SBP > 180 mmHg หรือ DBP > 110 mmHg - หาก RR < 10 หรือ SS = 3 ให้ O ₂ 100%, เปิด airway, เตรียมอุปกรณ์ airway และ raloxone Pain management ประเมิน Sedation score, Respiratory rate, Blood pressure ก่อนให้ยาทุกครั้ง, ประเมิน Pain score ก่อนให้ยา และ 5 นาทีหลังให้ยา ☐ ผู้ป่วยได้รับ Spinal, Epidural, Caudal opioid เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด ○ ให้ notify วิสัญญีแพทย์ ○ ให้อาหาร - คำสั่งการรักษา การสั่งการให้ยา กลุ่ม Narcotics ทางใดต่อหลัง ☐ ผู้ป่วยนอกเหนือจากข้างต้น เมื่อผู้ป่วยปวดให้ยาบรรเทาปวด ดังนี้ ○ Morphine (1 mg/mL) ○ Pethidine (10 mg/mL) ○ Fentanyl (10 mcg/mL) เมื่อ SS < 2, RR ≥ 10 /min และไม่มี hypotension ให้ตาม Pain score และให้ยาตามอายุและ PS อายุ < 70 ปี ; PS ≥ 7 ให้ 2 mL ; PS < 7 ให้ 1 mL อายุ ≥ 70 ปี ; PS ≥ 7 ให้ 1 mL ; PS < 7 ให้ 0.5 mL อายุ ≤ 15 ปี ; ให้ notify วิสัญญีแพทย์ ☐ หมายเหตุ - หาก Pain score ยังคง ≥ 4 หลังให้ยาแต่ละครั้ง และ SS < 2, RR ≥ 10 /min, ไม่มี hypotension สามารถให้ยาซ้ำได้ อีก 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 5 นาที - หากให้ยาซ้ำแล้ว 3 ครั้ง ภายใน 10 นาที และอาการปวดไม่ดีขึ้น ให้ notify วิสัญญีแพทย์ Anti-shivering Drug (ถ้าไม่มีไข้ และ RR > 10 /min) ☐ Pethidine 15 mg หรือmg IV ☐ Tramadol..... mg IV Anti-emetic Drug (แก่ไขทางคลื่นไส้อาเจียน) (สามารถเลือก dose ที่ต้องการได้) ☐ Metoclopramide (0.1-0.2 mg/kg, 5, 10 mg) mg IV over 2 min ☐ Ondansetron (0.1 mg/kg, 4, 8 mg) mg IV over 2 min ☐ mg IV..... Anti-pruritus (แก่ไขทางคัน) (สามารถเลือก dose ที่ต้องการได้) ☐ Chlorpheniramine (0.25 mg/kg, 5, 10 mg) mg IV..... ☐ mg IV..... Other Orders : Discharge from PACU ☐ เมื่อครบ Discharge criteria ☐ Notify วิสัญญีแพทย์ก่อน Discharge ☐	- Routine postoperative care - record V/S, Pain score ขณะแรกขึ้น และก่อน discharge - record V/S, Pain score q 15 min x 4 ครั้ง - record V/S, Pain score q 30 min x 2 ครั้ง - หลังจากนั้น record V/S, PS q 1 hour until stable - Position ○ Supine ○ Semi-fowler's ○ Lateral ○ - Record Urine output notify ค้อยแพทย์ หาก urine < mL/hr (กรณีมี urinary catheter)	
อัตราการหายใจในเด็ก กรุณา Notify เมื่อ เด็กอายุ 0-1 ปี RR < 30/min เด็กอายุ > 1-3 ปี RR < 25/min เด็กอายุ > 3-6 ปี RR < 20/min เด็กอายุ > 6-13 ปี RR < 15/min เด็กอายุ > 13 ปี RR < 10/min		
แพทย์ผู้สั่ง..... พยาบาลผู้รับคำสั่ง..... ผู้คิดราคา..... ผู้เก็บเงิน..... เลขที่ใบเก็บเงิน..... ผู้จ่ายยา.....		



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

อ.ดร. สุวรรณา
(รศ.พญ.ปณิดา สุวรรณา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แบบประเมินทางการแพทย์พยาบาลแรกรับเข้าหอผู้ป่วยสำหรับอายุ > 12 ปี - 60 ปี

3. การขับถ่าย/ การแลกเปลี่ยน (ELIMINATION/ EXCHANGE)

การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติ.....ครั้ง/วัน ☐ ผิดปกติ ○ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ○ ปัสสาวะลำบาก/ แสบขัด ○ ปัสสาวะเป็นเลือด ○ สอนทั้งเป็นครั้ง ๆ ☐ สายสวนคา ○ Cystostomy ○ Foley catheter	การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ.....ครั้ง/วัน ☐ ผิดปกติ ○ ท้องเสีย ○ ท้องผูก ○ ใช้ยาระบาย ○ ใช้ยาสวน ☐ Ostomy ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ มีแผล/ ผื่น/ ฟกช้ำ บริเวณ..... ○ แผลกดทับ บริเวณ..... ระดับที่..... ○ อื่น ๆ ระบุ..... บริเวณ.....	ระบบทางเดินหายใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ room air ○ อื่น ๆ ระบุ..... อัตราการหายใจ ☐ Tachypnea ☐ Bradypnea ☐ Apnea การไอ ☐ ไอแห้ง ๆ ☐ ไอแบบมีเสมหะ..... ระยะเวลา.....วัน.....เดือน.....ปี..... สูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ *สูบ วันละ.....มวน/ซอง (*ประเมินระดับการติดยาเสพติด =.....)
--	--	---	--

4. การทำกิจกรรม/ การพักผ่อน (ACTIVITY/ REST)

การนอนหลับ/ พักผ่อน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ หลับยาก ○ ตื่นกลางดึก ○ ใช้ยานอนหลับ ○ อื่น ๆ ระบุ.....	กิจกรรม/ การออกกำลังกาย ☐ ไม่มี ☐ มี ○ ร่ายรำ ○ ร้อง ○ เดิน ○ แอโรบิก ○ กีฬา ○ อื่น ๆ ระบุ..... จำนวน.....ครั้ง/ สัปดาห์	สมดุลพลังงานของร่างกาย น้ำหนักใน 3 เดือน ☐ เท่าเดิม ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. อาการเหนื่อยล้า ☐ มี ☐ ไม่มี	การตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือด/ ปอด Capillary refill.....วินาที จังหวะของชีพจร ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ ☐ ปกติ ☐ เร็ว ☐ ช้า ปลายมือ เชนา ☐ อุ่น ☐ เย็น	การทำกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย ☐ ทำได้เอง ☐ พึ่งผู้อื่น การรับประทานอาหาร ☐ ทำได้เอง ☐ พึ่งผู้อื่น การขับถ่าย ☐ ทำได้เอง ☐ พึ่งผู้อื่น
---	--	---	---	---

5. การรับรู้/ ความรู้ความเข้าใจ (PERCEPTION/ COGNITION)

ความรู้/ ความเข้าใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ คิดไม่เป็นระบบ ○ อื่น ๆ (ระบุ)..... ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับอาชีวศึกษา ☐ ระดับอุดมศึกษา	ความสนใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ ไม่พร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ ○ ยึดติดในตนเอง ○ อื่น ๆ งานอดิเรก ระบุ.....	การปรับตัว ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ ซึมเศร้า ○ เก็บตัว/ แยกตัว ○ วิตกกังวล ○ หงุดหงิด ○ อื่น ๆ ระบุ.....	ความรู้สึกร/ ระดับการรู้สึกตัว ☐ ปกติ Full consciousness ☐ ผิดปกติ ○ Confusion ○ Stupor ○ Disorientation ○ Drowsiness ○ Coma Glasgow Coma Scale: GCS ☐ mild (14-15) ☐ moderate (9 - 13) ☐ severe (≤ 8)	การสื่อสาร ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ○ พูดไม่ได้ ○ มองไม่เห็น ○ การได้ยินลดลง ○ ใช้เครื่องช่วยฟัง ○ อื่น ๆ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้
--	---	--	---	--

6. การรับรู้ตนเอง (SELF-PERCEPTION)

ภาพลักษณ์ร่างกาย ด้านรูปร่างภายนอกที่ปรากฏ ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ (ระบุ)..... ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ (ระบุ)..... ด้านความสามารถของตนเอง ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ (ระบุ).....	ความนับถือ/ แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง ☐ ทางบวก ○ มีความภาคภูมิใจในตนเอง ○ มีความสามารถ ○ เป็นที่รัก ○ อื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ ทางลบ ○ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในบางเรื่อง ○ เป็นภาระของผู้อื่น (ระบุ)..... ○ อื่น ๆ (ระบุ).....
--	---

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร <u>อานันท์ อาราม</u> (รศ.พญ. ปณิดา อาราม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล			
แบบประเมินทางการแพทย์พยาบาลแรกรับเข้าหอผู้ป่วยสำหรับอายุ > 12 ปี - 60 ปี					
7. การมีปฏิสัมพันธ์ (ROLE RELATIONSHIPS)					
การให้การดูแลผู้อื่น ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ผู้ดูแลร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์..... ความสัมพันธ์ครอบครัว ☐ อยู่กับครอบครัว ☐ อยู่กับผู้อื่น ระบุ..... ☐ อื่น ๆ ระบุ.....					
8. เรื่องเพศ (SEXUALITY)					
อัตลักษณ์ทางเพศ ☐ Man ☐ Women ☐ Lesbian ☐ Gay ☐ Bisexual ☐ Transgender ☐ Queer ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ (สอบถามกรณีมีผลกระทบต่อโรคที่เป็น) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....					
9. การปรับตัว/ อดทนต่อความเครียด (COPING/ STRESS TOLERANCE)					
การตอบสนองหลังการบาดเจ็บ ☐ ยอมรับการบาดเจ็บ ☐ อาการซึมเศร้า วิตกกังวล ☐ หงุดหงิด โกรธง่าย ☐ อื่น ๆ.....	การตอบสนองเมื่อเผชิญปัญหา ☐ มุ่งเน้นแก้ไข ☐ มุ่งเน้นการปรับอารมณ์	ทางระบบประสาท (ผู้ป่วย/ มารดา) เสพสุรา/ยา/สารเสพติดและหยุดการเสพติด ☐ ไม่ ☐ ใช่.....			
10. หลักการดำเนินชีวิต (LIFE PRINCIPLES): ของผู้ป่วย/ ครอบครัว					
คำนิยม ความเชื่อ ความสอดคล้องของคำนิยม/ ความเชื่อ/ การกระทำ นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ความต้องการปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนา ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ ระบุ.....					
11. ความปลอดภัย/การป้องกัน (SAFETY/PROTECTION): ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อไปนี้หรือไม่					
การติดเชื้อ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	การบาดเจ็บทางกาย ☐ ไม่มี ☐ มี Falling score..... Braden score.....	ความรุนแรง ทำร้ายตนเอง ☐ มี ☐ ไม่มี ทำร้ายผู้อื่น ☐ มี ☐ ไม่มี	อันตรายจากสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยปัจจุบันเสี่ยงต่อการ เกิดอุบัติเหตุเช่นพื้นสลิป ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	กระบวนการป้องกัน ประวัติเกี่ยวกับภูมิแพ้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	อุณหภูมิร่างกาย ☐ ปกติ ☐ สูง ☐ ต่ำ
12. ความสุขสบาย (COMFORT)					
Pain ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... รูปแบบการปวด ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ตลอดเวลา ลักษณะความปวด ☐ ปวดตื้อๆ ☐ ปวดร้าว ☐ ปวดแบบปวดรื้อน ☐ ปวดเหมือนมีอะไรมาทับ ☐ อื่น ๆ..... ระดับความปวด ☐ FACES = ☐ NRS = ☐ VAS = ☐ VRS ความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในการดูแล ☐ พร้อม ☐ ไม่พร้อม ต้องการความช่วยเหลือ ระบุ..... สถานะการสุขภาพใกล้บ้าน ระบุ.....					
13. การเจริญเติบโต/ พัฒนาการ (GROWTH/ DEVELOPMENT)					
การเจริญเติบโต อายุ 13 - 20 ปี ☐ หญิง ☐ มีประจำเดือน ☐ ทรวงอกขยาย ☐ ตะโพกขยาย ☐ ขนขึ้น ☐ ชาย ☐ มีฝันเปียก ☐ เสียงแตกและห้าว ☐ ขนขึ้น อายุ 21 - 40 ปี กล้ามเนื้อและกระดูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ..... อายุ 41 - 60 ปี ☐ ร่างกายเริ่มเสื่อมถอย เกิดโรคต่าง ๆ ☐ สายตายาว			พัฒนาการ อายุ 13-20 ปี ☐ คิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล ☐ แสกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ☐ ต้องการความเป็นส่วนตัว ☐ อื่น ๆ ระบุ..... อายุ 21-40 ปี ☐ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ☐ มีความยืดหยุ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ..... อายุ 41-60 ปี ☐ อารมณ์มั่นคง ☐ อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด อ่อนไหวง่าย		

พยาบาลวิชาชีพผู้ประเมิน.....วันที่...../...../..... เวลา.....
 (ประเมินจากแวกรับให้สมบูรณ์ภายใน 48 ชั่วโมง)

บทที่ 4

ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา/ อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. หน่วยงาน/ ทีมไม่ทราบถึงขั้นตอนในการจัดทำเอกสาร และการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ	- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) - เผยแพร่เอกสารคู่มือแนวทางปฏิบัติ เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ที่ผู้รับการประเมินจัดทำขึ้น
2. ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพยังไม่มีแนวทางหรือคู่มือ ในการจัดทำเอกสารคุณภาพ ที่เป็นลายลักษณ์อักษรได้อย่างถูกต้อง	- ผู้บริหารกำหนดผู้รับผิดชอบ และมอบหมายตามภารกิจ ลงนามอนุมัติในเอกสารคุณภาพ และระเบียบปฏิบัติ ได้แก่ คณบดี/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล - เผยแพร่ความรู้ด้านการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ให้แก่บุคลากรในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล - หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่าย ประธานทีมนำระบบ และทีมนำทางคลินิก - จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) ครอบคลุมพันธกิจหลักของแต่ละคณะกรรมการ - มีอำนาจลงนามอนุมัติ จัดทำแก้ไขเอกสารประเภทวิธีปฏิบัติงาน แบบฟอร์ม และเอกสารอ้างอิง - นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) - ผู้รับการประเมินถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการจัดทำเอกสารคุณภาพรวมถึงขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำเอกสารคุณภาพ และออกเลขเอกสารคุณภาพ ควรมีการเผยแพร่วิธีการหลักเกณฑ์ตามคู่มือขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ให้กับผู้ปฏิบัติงานสามารถนำคู่มือฉบับไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะต่อมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราษ

1.1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราษ เป็นส่วนงานที่มีหน่วยงานในสังกัดจำนวนทั้งสิ้น 145 หน่วยงาน ซึ่งการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การออกเลขเอกสารนั้นจะต้องมีการผ่านการพิจารณาและประกาศใช้จากที่ประชุมคณะกรรมการที่มนำคุณภาพบริการ (SLT) ดังนั้นจึงต้องมีแก้ไขข้อมูลในเอกสาร และออกเลขเอกสารให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ถูกต้องได้มาตรฐาน ตามหลักมาตรฐาน ISO 9001 : 2015 จึงทำให้การใช้งานเอกสารภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลนั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถปฏิบัติงานถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มหาวิทยาลัยจึงควรถอดบทเรียนในแนวทางการพัฒนา กระบวนการทำงาน เพื่อให้ในส่วนงานต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการทำงานในส่วนงานของตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร

2.1 ในแต่ละปี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราษ มีการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) เป็นจำนวนมาก ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรสนับสนุนเทคโนโลยีด้านสารสนเทศเพื่อการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรสามารถเข้าใช้งานระบบได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วต่อการใช้งาน

3. ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน

3.1 การออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) ถือเป็นกระบวนการทำงานที่มีขั้นตอนการทำงานหลายขั้นตอนและต้องมีความรอบคอบ ถูกต้อง ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเอกสารดังกล่าวเป็นเอกสารที่ต้องเผยแพร่ใช้งานภายใน ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องทำการศึกษาคู่มือปฏิบัติงานอย่างละเอียดเพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และไม่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2565). แผนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 4 ปี
(ปีงบประมาณ 2565 – 2568). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.

ภาคผนวก

1. บันทึกข้อความ ขอรับรองการนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในหน่วยงานจริง
2. ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)
3. ตัวอย่างบันทึกข้อความ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ลงนามในเอกสารเวชระเบียน
4. ตัวอย่างบันทึกข้อความ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เวียนแจ้งแนวทางปฏิบัติ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๕)

ที่

วันที่

๕

เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง

ขอรับรองการนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในหน่วยงานจริง

เรียน หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

ข้าพเจ้านางชญาดา หงษา ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control) สำหรับการปฏิบัติงานของนักจัดการงานทั่วไป ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้ได้เริ่มดำเนินการจัดทำคู่มือ และนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ และขณะนี้ยังคงใช้คู่มือประกอบการปฏิบัติงานอยู่ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอคำรับรองว่า คู่มือปฏิบัติงานดังกล่าวนี้นำมาใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อประกอบการขอประเมิน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชญาดา หงษา

(นางชญาดา หงษา)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยวชิราทราธิราช

(นางจรินทร์ เป้นสุข)

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยวชิราทราธิราช



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดวิธีการบริหารจัดการเอกสารคุณภาพที่จัดทำขึ้นภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ ปรับแก้ไข ยกเว้นเอกสารทดลองใช้ หรือเป็นเอกสารใช้ในการวิจัย

2. ขอบเขต/ กลุ่มเป้าหมาย

ครอบคลุมเอกสารคุณภาพทุกระดับ ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

3. คำจำกัดความ

เอกสารคุณภาพ หมายถึง เอกสารที่จัดทำขึ้นภายในโรงพยาบาล ทั้งเพื่อการสื่อสาร การถือปฏิบัติเพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติงาน และเพื่อการบันทึกข้อมูล ทั้งแก่บุคลากรในหน่วยงาน นอกหน่วยงานและแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรวมถึงเอกสารจากภายนอกที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ไม่รวมบันทึกข้อความหรือคำสั่งทางการ (อาจเป็นเอกสารอ้างอิงของเอกสารคุณภาพ)

หน่วย หมายถึง ทีมพัฒนาคุณภาพทุกทีมทุกระดับ นับแต่ทีมระบบ ทีมทางคลินิก ภาควิชา ฝ่ายสำนักงาน

ผู้จัดทำ หมายถึง ผู้มีความประสงค์จะจัดทำเอกสารคุณภาพหรือบุคคลหรือคณะบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ

WI (Work Instruction) หมายถึง เอกสารคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารทั่วไป ที่จัดทำตามนโยบาย หรือมติที่ประชุมคณะกรรมการที่นำคุณภาพบริการ (SLT)

FM (Form) หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึก หรือกรอกข้อความ ตัวเลข ผลการตรวจ วัด ฯลฯ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และจัดเก็บในเวชระเบียน เพื่อเป็นหลักฐานแสดงการปฏิบัติงาน

MR (Medical record) หมายถึง เอกสารที่ใช้กับผู้ป่วย และเก็บไว้ในเวชระเบียน

SLT (Service Lead Team) หมายถึง คณะกรรมการที่นำคุณภาพบริการ

คณะกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน หมายถึง คณะอนุกรรมการพิจารณาเนื้อหาในเอกสารที่มีการขอให้จัดทำเป็นเอกสารต้นฉบับ บรรจุเป็นเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยพิจารณารูปแบบเอกสารให้มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น จัดรูปแบบเอกสารตรวจสอบการสะกดให้ถูกต้องชัดเจนใช้งานได้อย่างสะดวก

4. ผู้รับผิดชอบ

หน่วยงานที่จัดทำเอกสาร หมายถึง ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน ทีม/ คณะทำงานที่รับผิดชอบในการจัดทำเอกสารให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะ พิจารณา ปรับปรุง และทบทวนให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

เจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ รับผิดชอบการออกเลขทะเบียน และจัดเก็บเอกสารต้นฉบับ



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน/ แนวทางปฏิบัติ

5.1 ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน ทีมนำ จัดทำเอกสารใหม่/ ปรับปรุง ดำเนินการ

5.1.1 จัดทำบันทึกข้อความ เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขอนำเอกสารเข้าพิจารณาในที่ประชุม คณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) เพื่อขออนุมัติพิจารณาเข้าวาระการประชุม คณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT)

5.1.2 จัดทำบันทึกข้อความขอนำเอกสารเข้าพิจารณาในที่ประชุม โดยเสนอประธาน คณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาเนื้อหาความถูกต้องของเอกสาร จากนั้นงานทะเบียนและเวชสถิติจัดทำบันทึกข้อความ เรื่อง ขออนุมัติเอกสาร เสนอหัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เพื่อมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป พร้อมส่ง file word เอกสารที่ถูกต้องแล้ว มาที่ e-mail: tqm@nmu.ac.th

5.1.3 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการจัดทำวาระการประชุมเข้าคณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) เพื่อให้คณะกรรมการฯ พิจารณาเอกสารคุณภาพ

5.1.4 หลังจากการพิจารณาเอกสารในที่ประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) และคณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน เป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้รับผิดชอบของฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ จะดำเนินการจัดทำเอกสารตามแบบฟอร์ม WI, FM และ MR และออกเลขตามทะเบียนเอกสาร รวมถึงวันที่มีผลบังคับใช้เอกสาร

5.1.5 กรณีพิจารณาเอกสารแล้วมีการแก้ไข หน่วยงานนำกลับไปแก้ไขตามที่คณะกรรมการเสนอในที่ประชุมฯ

5.1.6 กรณีหน่วยงานดำเนินการแก้ไขเอกสารเรียบร้อยแล้วให้นำส่งกลับมายังฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

5.1.7 เจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพดำเนินการจัดทำเอกสาร และออกเลขเอกสาร

5.1.8 ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ส่งเอกสารกลับให้หน่วยงานตรวจทานความถูกต้องอีกครั้ง ถ้าไม่มีการแก้ไขเอกสารหน่วยงาน ส่งกลับมายังฝ่ายยุทธฯ

5.1.9 หลังจากหน่วยงานที่จัดทำเอกสารตรวจทานความถูกต้อง ส่งกลับมาที่ฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ เพื่อจัดทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติแนวทางปฏิบัติ (WI, FM และ MR) สำหรับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป

5.1.10 การเผยแพร่เอกสารที่จัดทำเป็นของส่วนกลาง รหัสเอกสารที่เป็น SLT ฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ เป็นผู้เวียนแจ้งหน่วยงาน และถ้าเป็นเอกสารจากคณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสารเวชระเบียน MR ผู้รับผิดชอบของฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ ทำบันทึกข้อความขอส่งเอกสาร MR ให้กับงานทะเบียนและเวชสถิติ เพื่อเวียนแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การปฏิบัติ ในรูปแบบ PDF



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

5.1.11 เจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ นำไฟล์เอกสาร SLT FM และ MR เผยแพร่ในระบบ intra.vajira.ac.th ของคณะแพทยศาสตร์ฯ กรณีเป็นเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงาน ได้แก่ ภาควิชา ฝ่ายสำนักงาน หน่วยงานเป็นผู้เวียนแจ้ง

5.1.12 กรณีเอกสารที่ใช้ภายในหน่วยงานสามารถใช้รหัสเอกสารของหน่วยงาน และควบคุมทะเบียนเอกสารได้ โดยไม่ต้องผ่านฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ

5.1.13 กรณีเอกสารที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย คณะกรรมการวิจัยจะเป็นผู้ควบคุมทะเบียนเอกสารดังกล่าว

5.1.14 กรณีเอกสารนาร่อง หรืออยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติ จะไม่ออกเลขกำกับเอกสาร แต่ให้ทดลองใช้จนกว่าจะถือปฏิบัติจริง

ข้อกำหนดในการตั้งค่าการจัดเอกสาร

1. ตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบน ล่าง ซ้าย ขวา ห่างจากขอบกระดาษ 1" (2.54 ซม.) ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) ตั้งค่าน้ำ กระดาษตามความเหมาะสม
2. พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้ **Font Browallia New** ขนาด 16 สำหรับหัวข้อต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์ ขอบเขต ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 ยกเว้นในส่วนหัวข้อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 18
3. หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ตามลำดับ
4. รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์ว่า – ไม่มี -
5. หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสาร หลังได้รับการอนุมัติแล้ว ต้องส่งเอกสารพร้อมกับไฟล์ข้อมูลเป็น Microsoft Office Word file มาที่คณะอนุกรรมการเอกสารคุณภาพ

6. ตัวชี้วัด

ร้อยละการออกเลขเอกสารเสร็จสิ้นภายใน 2 วันทำการ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ขั้นตอนการออกเลขเอกสารคุณภาพ (Document Control)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๓)

ที่ พวช.๐๖/๖๕๘ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอให้ลงนามในเอกสาร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตามหนังสือ พวช.๑๑.๑๓/๙๕๖ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขอรหัสเอกสาร จากมติที่ประชุม คณะอนุกรรมการพิจารณาเอกสาร ครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวชระเบียนให้ดำเนินการ ขอขึ้นทะเบียนรหัสเอกสาร จำนวน ๒ เรื่อง ดังนี้

๑. บันทึกคำสั่งการรักษาการจัดการความปวด (DOCTOR ORDER NOTE FOR PAIN CONTROL) สำหรับผู้สูงอายุกระดูกซี่โครงหัก ตีกระดูกซี่โครงฉีก (MR ๑๐.๑ (DOCTOR ORDER NOTE FOR PAIN CONTROL – Fx.RIP) แก้วครั้งที่ 00) จำนวน ๑ หน้า บังคับใช้เดือน ธันวาคม ๒๕๖๗
๒. บันทึกคำสั่งการรักษาการจัดการความปวด (Doctor order note for pain control) สำหรับ ผู้สูงอายุกระดูกรอบข้อสะโพกหัก ตีกระดูกซี่โครงฉีก (MR ๑๐.๑ (DOCTOR ORDER NOTE FOR PAIN CONTROL – Fx. Femur) แก้วครั้งที่ 01) จำนวน ๒ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนเอกสารเรียบร้อยแล้ว จึงขอให้ท่านลงนามในเอกสาร ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงนามแล้ว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

(
หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๓)

ที่ พวช.๐๖/ วันที่ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเขียนแจ้งแนวทางปฏิบัติ

เรียน รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้าสำนักงาน

ด้วยฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ได้มีการออกเลขเอกสารของหน่วยงานภายใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จากมติที่ประชุมคณะกรรมการที่มนำคุณภาพบริการ (SLT) ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อให้หน่วยงานมีการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงมีมติให้ออกแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้การออกเลขเอกสารเป็นการแก้ไข และออกเลขใหม่ จำนวน ๑๓ เรื่อง ดังนี้

๑. การประเมินและการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Pain assessment and management) (PM-SLT-001 แก้ไขครั้งที่ 01) จำนวน ๖ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๒. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) (PM-SLT-002 แก้ไขครั้งที่ 03) จำนวน ๕ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๓. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (WI-SLT-001 แก้ไขครั้งที่ 01) จำนวน ๑ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๔. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS (WI-SLT-004 แก้ไขครั้งที่ 01) จำนวน ๒ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๕. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน WI-SLT-026 แก้ไขครั้งที่ 01) จำนวน ๖ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๖. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง วิธีการรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยมทวชิราวุธ 7B (ผู้ป่วยแบบประคับประคอง) (WI-SLT-070 แก้ไขครั้งที่ 01) จำนวน ๔ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๗. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (WI-SLT-110 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๑๐ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๘. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (WI-SLT-112 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๙ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๙. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (WI-SLT-113 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๓ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๐. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การใช้ยาที่สงสัย/ ยากลุ่มที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (WI-SLT-114 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๖ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๑. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การเฝ้าระวังและรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (WI-SLT-115 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๙ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๒. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (WI-SLT-116 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๗ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๓. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การจัดการอาการปวดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (WI-SLT-117 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๔ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๔. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การระบุตัวทารกแรกเกิด (WI-SLT-118 แก้ไขครั้งที่ 00) จำนวน ๘ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๑๕. ใบคำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัด-สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ (FM-MR 10.1 (J) แก้ไขครั้งที่ 03) จำนวน ๑ หน้า บังคับใช้เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จึงขอเวียนแจ้งเอกสารดังกล่าว ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และสามารถ Download เอกสารได้ที่ระบบ Intranet

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

([REDACTED])

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยวชิราทราช

