



คู่มือแพทย์ประจำบ้าน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ปีการศึกษา ๒๕๖๕

คำนำ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญาที่ได้รับการอนุมัติจากแพทยสภาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๑๗ และได้มีการพัฒนาเพิ่มเติมหลักสูตรการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ปัจจุบันมีการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านจำนวน ๙ สาขา และหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวน ๘ สาขา โดยทุกสาขาได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมระดับแพทย์หลังปริญญาตามเกณฑ์ของ World Federation of Medical Education

คู่มือแพทย์ประจำบ้านฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดได้ทราบประวัติความเป็นมาของสถาบัน ตลอดจนกฎระเบียบ สวัสดิการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การทำงานวิจัย และความเป็นอยู่ของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ณ สถาบัน

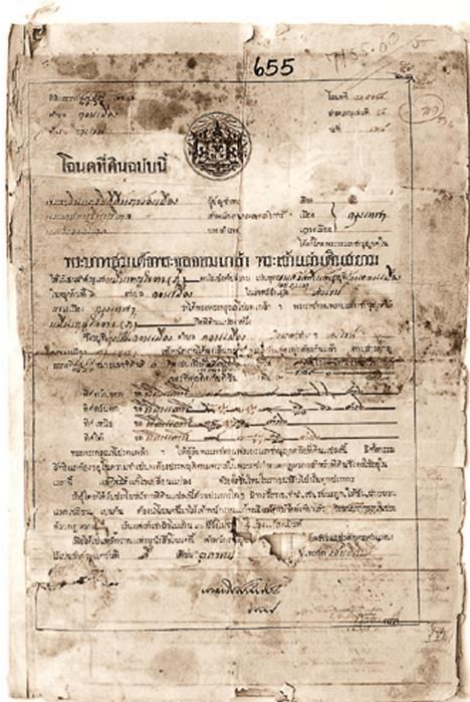
คณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
มิถุนายน ๒๕๖๕

สารบัญ

	หน้า
ประวัติโรงพยาบาล	๑
ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	๘
การฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์หลังปริญญา	
วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม	๑๕
หน้าที่แพทย์หลังปริญญา	๑๖
กิจกรรมส่วนกลาง	๑๖
การปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา	๑๗
การแต่งกายขณะปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา	๑๘
การประเมินผลแพทย์หลังปริญญา	๑๘
การทำงานวิจัย	๒๐
ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนการศึกษา	๒๐
สวัสดิการ	๒๑
ภาคผนวก	
ก. การจัดหน่วยของ พอ. และ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	๒๔
ข. รายชื่อคณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา	๒๗
ค. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย	๒๙
ง. นโยบายด้านความเสี่ยงของโรงพยาบาล	๓๐
จ. การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์	๓๖
ฉ. ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียน	๔๗
ช. แนวทางปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๕๕
ซ. แนวทางปฏิบัติงานด้านนิติเวช	๖๒
ฌ. แบบฟอร์มการประเมินผลแพทย์หลังปริญญา	๖๖
ฎ. แนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	๖๗
ฏ. การดำเนินงานวิจัย	๗๒
ฐ. ทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิชาการสำหรับแพทย์หลังปริญญา	๗๖
ฑ. การใช้บริการห้องสมุด	๗๘
ท. การใช้บริการศูนย์วิทยบริการ	๘๒
ฑ. การพักอาศัยในหอพักแพทย์	๘๓
ณ. หมายเลขโทรศัพท์ที่ควรทราบ	๘๘

ประวัติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ที่มีประวัติความเป็นมายาวนานนับตั้งแต่แรกเริ่มก่อตั้งเป็น “หมวดพยาบาล” สังกัดหน่วยบินทหารบก ให้บริการทางการแพทย์ของกองกำลังทางอากาศ ซึ่งได้มีการย้ายตำแหน่งที่ตั้งไปหลายแห่งเนื่องด้วยภัยจากสงครามมหาเอเซียบูรพา จนกระทั่ง พ.ศ.๒๔๘๔ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร ได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท เพื่อซื้อที่ดินสำหรับก่อสร้างเป็น “โรงพยาบาลทหารอากาศ” เพื่อให้บริการด้านการแพทย์แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในอากาศและผู้เกี่ยวข้อง ณ ที่ตั้งในปัจจุบัน



โฉนดที่ดินพระราชทานจากพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลทหารอากาศ



“หมวดพยาบาล” สังกัดหน่วยบินทหารบก พ.ศ.๒๔๕๓ ณ ตำบลดอนเมือง (ที่ตั้งปัจจุบัน)

ต่อมาในปีพ.ศ.๒๔๘๔ พลอากาศโทหลวงเทเวศร์พินธุ ผู้บัญชาการทหารอากาศในขณะนั้น ได้ขอพระราชทานพระปรมาภิไธยพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เพื่อเป็นชื่อของโรงพยาบาล และเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างล้นพ้นที่พระองค์ทรงมีพระบรมราชานุญาตให้ใช้พระปรมาภิไธยเป็นชื่อของโรงพยาบาล ซึ่ง “โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” ได้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม พ.ศ.๒๔๙๒ โดยมี นาวาอากาศโททิพย์ นาถสุภา เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก

ในปี พ.ศ.๒๕๒๒ เป็นปีที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ดำเนินการครบ ๓๐ ปี นับเป็นมิ่งมหามงคลอีกครั้งที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ประดิษฐานพระบรมสาทิสลักษณ์ ณ อาคารหลังใหม่ของโรงพยาบาล และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามอาคารนี้เพื่อความเป็นสิริมงคลว่า อาคาร “คุ้มเกล้าฯ” โดยได้เสด็จพระราชดำเนินเปิดอาคาร ในวันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๒๘ อาคาร “คุ้มเกล้าฯ” เป็นอาคารขนาดใหญ่มีพื้นที่ใช้งานกว่า ๖๐,๐๐๐ ตารางเมตร มีส่วนสนับสนุนที่สมบูรณ์ที่สุดอยู่ภายในตัวอาคารในขณะนั้นและสามารถรับผู้ป่วยในได้ประมาณ ๘๕๐ เตียง



โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้ปฏิบัติภารกิจสนับสนุนงานด้านยุทธการของกองทัพอากาศ ร่วมกับบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่กำลังพลกองทัพอากาศและประชาชนอย่างมีมาตรฐาน ต่อมาเพื่อเป็นการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการจัดสร้างอาคาร “คุ้มเกศ” ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ เพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินแทนพระองค์มาทรงเปิดอาคารในวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๗ และในปีเดียวกันนี้ได้มีการจัดสร้างอาคาร “ศูนย์มะเร็ง” เพื่อเป็นศูนย์รวมงานด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ครบวงจร โดยมีสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก เสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีเปิด เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



ตลอดระยะเวลากว่า ๗๐ ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน สถานที่ บุคลากร สิ่งแวดล้อม และเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลในทุกสาขามาเป็นลำดับ ทำให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงที่ได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไปของสถาบัน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นหน่วยขึ้นตรงต่อกรมแพทยทหารอากาศ ตั้งอยู่ที่ถนนพหลโยธิน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้การรักษายาบาลแก่กำลังพลกองทัพอากาศ ตลอดจนประชาชนทั่วไป รวมทั้งจัดการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ในโครงการร่วมระหว่างกองทัพอากาศกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี พลอากาศตรีหญิง อิศรญา สุขเจริญ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลในปัจจุบัน

พันธกิจ (Mission)

- เป็นโรงพยาบาลของกองทัพอากาศที่มีคุณภาพ
- ให้บริการรักษายาบาล ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- ให้การศึกษาอบรมนิสิตแพทย์ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ และสร้างงานวิจัยที่มีมาตรฐาน

วิสัยทัศน์ (Vision)

โรงพยาบาล “พลังของแผ่นดิน” มีคุณภาพชั้นนำ เป็นที่ไว้วางใจ
High Efficiency High Reliability Organization

ค่านิยม (Values) “BHUMIBOL”

<u>B</u> eloved King	หมายถึง	ความจงรักภักดีต่อองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
<u>H</u> umanity	หมายถึง	การคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ มีจิตใจเมตตากรุณา
<u>U</u> nity	หมายถึง	ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจ
<u>M</u> otivation	หมายถึง	การสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกัน / กระตือรือร้น
<u>I</u> nnovation	หมายถึง	การสร้างนวัตกรรมใหม่อยู่เสมอ
<u>B</u> elieve	หมายถึง	ความเชื่อและศรัทธาในการทำความดี
<u>O</u> rder	หมายถึง	การมีระเบียบวินัย
<u>L</u> earning organization	หมายถึง	การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

อาคารและหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

๑. อาคารคุ้มเกล้าฯ

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้นใต้ดิน	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสนับสนุนด้านไฟฟ้า ระบบปรับอากาศ - หน่วยงานควบคุมระบบโทรศัพท์ - หน่วยงานวิศวกรรมการแพทย์ - หน่วยงานจ่ายกลาง - ลานจอดรถ สำหรับนายทหารชั้นอาวุโส 	
ชั้น ๑	<ul style="list-style-type: none"> - ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - ศูนย์ประสาน เวชระเบียน ชั้น ๑ - ห้องจ่ายยา ห้องทำแผล - ห้องคลอด - ห้องผ่าตัด - กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด - หออภิบาลศัลยกรรม - คลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) - Modular swab unit - หอผู้ป่วย EID 	<p>อยู่ระหว่างการปรับปรุงพื้นที่</p> <p>บริเวณใต้ทางลาดของอาคาร หน้า ARI clinic</p>
ชั้น ๒	<ul style="list-style-type: none"> - แผนกเวชระเบียนและสถิติ - ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ สูตินรีกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม จักษุกรรม โสต ศอ นาสิกกรรม - ห้องจ่ายยา - กองเภสัชกรรม - ห้องเจาะเลือด - ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - ห้องตรวจรังสีวิทยา - กองรังสีกรรม - คลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) <p>สำหรับผู้ป่วยเด็ก และบุคลากรของโรงพยาบาล</p>	บริเวณพระบรมสาทิสลักษณ์

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้น ๓	<ul style="list-style-type: none"> - กองอำนวยการ และหน่วยงานในสังกัด - ศูนย์คอมพิวเตอร์ - สำนักงานสิทธิประโยชน์ - มูลนิธิคุ้มเกล้า และ มูลนิธิ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช - หน่วยควบคุมโรคติดต่อ - หน่วยสังคมสงเคราะห์ - ห้องตรวจข้าราชการชั้นนายพล - หน่วยตรวจพิเศษ <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยตรวจประสาทวิทยา - หน่วยตรวจการได้ยิน - หน่วยโสตสัมผัสและการแก้ไขคำพูด - หน่วยตรวจพิเศษกุมารเวชกรรม - หออภิบาลอายุรกรรม - หออภิบาลโรคหัวใจ - หออภิบาลทารกแรกเกิด - ห้องประชุมต่าง ๆ <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมพลอากาศเอกประพันธ์ ฐปะเทมีย์ - ห้องประชุมบูรพรัตน์ - ห้องประชุมเย็นสุดใจ - ห้องประชุมสุขขำรุ่ง - ห้องประชุมถาวรเวช 	
ชั้น ๔	<ul style="list-style-type: none"> - ลานจอดรถภายนอกอาคาร - ที่ตั้งกองบัญชาการต่าง ๆ ได้แก่ กองอายุรกรรม กองศัลยกรรม กองสูตินรีกรรม กองกุมารเวชกรรม กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก กองโสต ศอ นาสิกกรรม กองออร์โธปิดิกส์ และกองจักษุกรรม - ห้องประชุมตึกทีไพโรจน์ - ห้องประชุมปาณิกบุตร 	

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้น ๕	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๕/๑ : ออร์โธปิดิกส์ - หอผู้ป่วย ๕/๒ : ศัลยกรรมอุบัติเหตุ - หอผู้ป่วย ๕/๓ : ออร์โธปิดิกส์ - หอผู้ป่วย ๕/๔ : ออร์โธปิดิกส์ 	
ชั้น ๖	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๖/๑ : ศัลยกรรมประสาท - หอผู้ป่วย ๖/๒ : ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ - หอผู้ป่วย ๖/๓ : ศัลยกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วย ๖/๔ : ศัลยกรรมทั่วไป 	
ชั้น ๗	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๗/๑ : สูติกรรม - หอผู้ป่วย ๗/๒ : ทารกแรกเกิด - หอผู้ป่วย ๗/๓ : จักษุกรรม - หอผู้ป่วย ๗/๔ : นรีเวช 	
ชั้น ๘	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๘/๑ : อายุรกรรมกึ่งวิกฤติ - หอผู้ป่วย ๘/๒ : อายุรกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วย ๘/๓ : อายุรกรรม/โรคหลอดเลือดสมอง - หอผู้ป่วย ๘/๔ : อายุรกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ (RCU) 	
ชั้น ๙	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๙/๑ : โรคหัวใจกึ่งวิกฤติ - หอผู้ป่วย ๙/๒ : โสต ศอ นาสิกกรรม - หอผู้ป่วย ๙/๓ : กุมารเวชกรรม - หอผู้ป่วย ๙/๔ : กุมารเวชกรรม 	
ชั้น ๑๐	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วย ๑๐/๑ : อายุรกรรม - หอผู้ป่วย ๑๐/๒ : หออภิบาลกุมารเวชกรรม - หอผู้ป่วย ๑๐/๓ : อายุรกรรม - หอผู้ป่วย ๑๐/๔ : อายุรกรรม 	
ชั้น ๑๑	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑/๑ - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑/๒ 	
ชั้น ๑๒	<ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๒/๑ - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๒/๒ 	

๒. อาคารคุ้มเกล้า

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้นใต้ดิน	- คลังพัสดุ - คลังยาใหญ่	
ชั้น ๑	- ห้องตรวจอายุรกรรม - ห้องตรวจโรคผิวหนัง - ห้องตรวจโรคข้าราชการ - ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก	
ชั้น ๒	- ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู - กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ห้องจ่ายยาข้าราชการ - ห้องประชุมชั้น ๒ อาคารคุ้มเกล้า	ปรับเป็น คลินิกฝังเข็ม
ชั้น ๓	- ห้องตรวจทันตกรรม - กองทันตกรรม - ศูนย์โรคไต	
ชั้น ๔	- ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม - ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร - ศูนย์ป้องกันและพัฒนาการรักษาโรคหัวใจ - หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ - หน่วยเวชศาสตร์เจริญพันธุ์ - ห้องประชุมชั้น ๔ อาคารคุ้มเกล้า	
ชั้น ๕	- ห้องประชุมใหญ่ อาคารคุ้มเกล้า - ห้องประชุมเล็ก อาคารคุ้มเกล้า - ห้องตรวจ Telemedicine - ห้องเรียนระบบคอมพิวเตอร์ - ห้องตรวจมวลกระดูก	

๓. อาคารศูนย์มะเร็ง

ชั้น	หน่วยงาน
ชั้น ๑	- ห้องตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) - ห้องตรวจโรคมะเร็ง - ศูนย์โรคมะเร็ง - ห้องตรวจรังสีรักษา - ห้องตรวจนิติเวช - ศูนย์อาหาร “หนึ่งน้ำใจให้อีกหลาย”
ชั้น ๒	- หน่วยเคมีบำบัด
ชั้น ๓	- กองบริการโลหิต
ชั้น ๔	- กองการพยาบาล - ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
ชั้น ๕	- ศูนย์วิทยบริการและห้องสมุด - ห้องเรียนนิสิตแพทย์

๔. อาคารทองใหญ่

ชั้น	หน่วยงาน
ชั้น ๑	- หน่วยประกอบอาหาร - หน่วยควบคุมพัสดุ
ชั้น ๒	- หน่วยโภชนบำบัด
ชั้น ๓	- หน่วยประกอบอาหาร
ชั้น ๔	- ศูนย์อาหาร
ชั้น ๕	- ห้องประชุม อาคารทองใหญ่

๕. อาคารหอพักแพทย์

ชั้น	หน่วยงาน
ชั้น ๑	- กองแพทยศาสตร์ศึกษา - ห้องเรียนนิสิตแพทย์
ชั้น ๒ - ๗	- ห้องพักนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน

๖. อาคาร ๑๔

ชั้น	หน่วยงาน
ชั้น ๑	- ห้องปฏิบัติการชีวเคมี โลหิตวิทยา อิมมูโนวิทยา - ห้องตรวจจุลินทรีย์ - ห้องเก็บศพ
ชั้น ๒	- กองพยาธิกรรม - ห้องอ่านชิ้นเนื้อ

๗. อาคารอื่น ได้แก่

๗.๑ อาคารที่จอดรถใหม่

๗.๒ อาคารชุมนุมสัญญาบัตร ประกอบด้วย ห้องจัดเลี้ยง และศูนย์อาหาร

๗.๓ อาคารทองหล่อ (โรงอาหาร)

๗.๔ อาคารซักฟอก

การฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์หลังปริญญา

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้เริ่มฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญา ที่ได้รับการอนุมัติจากแพทยสภาตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๑๗ ในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และได้มีการเพิ่มจำนวนหลักสูตร การฝึกอบรม ร่วมกับพัฒนาคุณภาพการฝึกอบรมให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ของ World Federation of Medical Education (WFME) ปัจจุบันมีหลักสูตรการฝึกอบรม ดังนี้

๑. หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน จำนวน ๙ หลักสูตร ได้แก่
 - ๑.๑ สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป
 - ๑.๒ สาขาออร์โธปิดิกส์
 - ๑.๓ สาขาอายุรศาสตร์
 - ๑.๔ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
 - ๑.๕ สาขากุมารเวชศาสตร์
 - ๑.๖ สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา
 - ๑.๗ สาขาประสาทศัลยศาสตร์
 - ๑.๘ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
 - ๑.๙ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
๒. หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จำนวน ๘ หลักสูตร ได้แก่
 - ๒.๑ อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต
 - ๒.๒ อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
 - ๒.๓ อนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา
 - ๒.๔ อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ
 - ๒.๕ อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต
 - ๒.๖ อนุสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ
 - ๒.๗ อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์
 - ๒.๘ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

โดยมีคณะกรรมการการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญาของแต่ละสาขาเป็นผู้ดูแลการฝึกอบรม และมีคณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. เป็นผู้ดูแลการฝึกอบรมในภาพรวม

วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

เพื่อให้แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. มีความรู้ความสามารถ และมีเชี่ยวชาญเป็นพิเศษในสาขาวิชาที่จบการฝึกอบรม
๒. มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพและชุมชน สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (ผนวก ค)
๓. ปฏิบัติตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

(https://www.tmc.or.th/service_law02.php)

๔. มีความรู้ด้านการวิจัย และสามารถดำเนินงานวิจัยได้เป็นอย่างดี
๕. มีความคิดตามหลักวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาการสาธารณสุขและชุมชน
๖. มีความสนใจใฝ่รู้ และชวนขวนขวายหาความรู้ ความชำนาญเพิ่มเติมอยู่เป็นนิจ
๗. มีความรู้ความสามารถในด้านต่อไปนี้
 - ๗.๑ การนำเสนอประวัติผู้ป่วย บรรยายและอภิปรายปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ๗.๒ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และชุมชน
 - ๗.๓ การถ่ายทอดความรู้แก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์
๘. มีความรู้ความสามารถในการบริการ การวางแผนและบริหาร เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๙. มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคลากรอื่นเพื่อพัฒนาด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ

หน้าที่ของแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

- แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีหน้าที่ ดังนี้
๑. ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และบริบทของหลักสูตรที่ฝึกอบรม
 ๒. ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลอื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย
 ๓. ดำเนินงานวิจัย และกิจกรรมทางวิชาการตามหลักสูตรการฝึกอบรม
 ๔. สอนนิสิตแพทย์ และถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรร่วมวิชาชีพ
 ๕. เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการของโรงพยาบาล ได้แก่ วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานสำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑, Interdepartment conference, Clinico-pathological conference (CPC), และการประชุมวิชาการของโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ
 ๖. เข้าร่วมการอบรมเสริมสร้างความรู้ ได้แก่ กิจกรรมงานวิจัย การอบรมเชิงปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การอบรมด้านการสื่อสาร (communication skill) การอบรม non-technical skill การอบรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานโรงพยาบาล หรือกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง
 ๗. เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดสำหรับแพทย์หลังปริญญา ได้แก่ งานปฐมนิเทศ งานวันไหว้ครู งานปัจฉิมนิเทศ งานรับประกาศนียบัตร และงานสันตนาการ

กิจกรรมส่วนกลางของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาลในแต่ละสาขามีคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาของกองที่สังกัด ทำหน้าที่ในการกำหนดรายละเอียดของแผนการฝึกอบรม กิจกรรมวิชาการ รวมถึงการประเมินแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้เป็นไปตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น โดยมีคณะกรรมการการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล ทำหน้าที่จัดกิจกรรมส่วนกลางให้กับแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. กิจกรรม

๑.๑ การปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ ๑ เพื่อเป็นการแนะนำหน่วยงาน การปฏิบัติตัวขณะฝึกอบรม แนวทางในการปฏิบัติงาน และฟื้นฟูความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ทำความรู้จักกัน

๑.๒ งานปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้านชั้นที่ ๓ เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุงการเรียนการสอนต่อไป

๑.๓ การมอบประกาศนียบัตรแก่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีสุดท้าย

๒. การอบรมวิชาการ

๒.๑ การอบรมเชิงปฏิบัติการ “การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support; ACLS)” สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑

๒.๒ การอบรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic Science) สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เพื่อฟื้นฟูความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และความรู้ทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วย

๒.๓ การพัฒนาศักยภาพการสอนทางคลินิกและการบูรณาการการสื่อสารภาษาอังกฤษ สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เพื่อพัฒนาแพทย์ประจำบ้านให้มีความรู้ความสามารถในการสอนทางคลินิกแก่นิสิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับชาวต่างชาติ รวมทั้งการนำเสนอผลงานเป็นภาษาอังกฤษ

หมายเหตุ

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ จะต้องเข้าร่วมการอบรมในข้อ ๒.๒ และ ๒.๓ โดยจะต้องมีเวลาในการเข้าเรียนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ หากเวลาเรียนไม่ครบตามที่กำหนด ทางคณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล จะส่งรายชื่อให้กองที่สังกัดพิจารณาต่อไป

นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านควรเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการซึ่งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการของโรงพยาบาล หรือศูนย์วิจัยและสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์จัดขึ้น

การปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ตามหลักสูตรการฝึกอบรมของแต่ละสาขา และอาจต้องปฏิบัติงานเฉพาะกิจตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ซึ่งการปฏิบัติงานอยู่ในความควบคุมดูแลของคณะกรรมการแพทย์ปริญญาของกองที่สังกัด ร่วมกับคณะกรรมการแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล โดยไม่อนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านเปลี่ยนสาขาระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล

การปฏิบัติงาน แบ่งเป็น

๑. การปฏิบัติงานในเวลาราชการ

หมายถึง การปฏิบัติงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละแผนก ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในและหออภิบาลผู้ป่วย รวมถึงห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติหัตถการ หรือห้องคลอด ในบางสาขา นอกจากนี้ยังรวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ ได้แก่ การอภิปรายตัวอย่างผู้ป่วยที่น่าสนใจ การนำเสนอหัวข้อวิชาการ วารสารสโมสร หรืออื่น ๆ ตามที่ระบุไว้ในหลักสูตรการฝึกอบรมแต่ละสาขา

๒. การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

หมายถึง การอยู่เวรนอกเวลาราชการ ประกอบด้วย

๒.๑ เวรเฉพาะทางตามสาขา ซึ่งเป็นไปตามหลักสูตรการฝึกอบรมที่กำหนดไว้

๒.๒ เวรรวมของโรงพยาบาล ได้แก่

๒.๒.๑ เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เฉพาะแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ทุกสาขา) ซึ่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เป็นผู้ประสานงานกับแผนกฉุกเฉินเพื่อจัดตารางหมุนเวียน โดยแนวทางการปฏิบัติงาน แสดงไว้ในผนวก ข

๒.๒.๒ เวรห้องตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

การแต่งกายขณะปฏิบัติงาน

๑. แพทย์ประจำบ้านชาย

เสื้อกาวน์สั้น (หรือเสื้อเชิ้ตสีสุภาพ สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) กางเกงขายาวสีสุภาพ และรองเท้าหุ้มส้น

๒. แพทย์ประจำบ้านหญิง

เสื้อและกระโปรง/ชุดกระโปรงสีสุภาพ (หรือกางเกงขายาวสีสุภาพ ขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ) และสวมทับด้วยเสื้อกาวน์สั้น และรองเท้าหุ้มส้น

หมายเหตุ

- แพทย์ประจำบ้านสามารถสวมใส่ชุดปฏิบัติงานตามแผนก เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และห้องคลอด ขณะปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล
- **ไม่อนุญาต**ให้สวมเสื้อผ้าที่เป็นผ้ายีนส์ หรือผ้าลูกฟูก
- **ไม่อนุญาต**ให้สวมรองเท้าแตะขณะปฏิบัติงาน

การประเมินผลแพทย์หลังปริญญา

การประเมินผลแพทย์ผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรม เป็นไปตามข้อกำหนดของหลักสูตรการฝึกอบรมในแต่ละสาขา ซึ่งดำเนินการโดยอาจารย์แพทย์กองที่สังกัด นอกจากนี้คณะอนุกรรมการการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล ได้มีการประเมินคุณลักษณะ ๓ ด้านของแพทย์ผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ได้แก่

๑. ด้านความรู้ (Knowledge) ประกอบด้วย

๑.๑ มีความรู้วิชาการพื้นฐาน (Basic Science) และความรู้ทางคลินิก (Clinical Science) ที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ของระดับชั้นปีที่ระบุไว้ในหลักสูตร

๑.๒ มีความกระตือรือร้นและความสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถคัดกรองข้อมูลที่ได้ตามหลัก Evidence-based medicine เพื่อนำมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๑.๓ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่แพทย์รุ่นน้อง นิสิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถอภิปรายในการประชุมวิชาการหรือดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

๒. ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) ประกอบด้วย

๒.๑ มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การส่งตรวจและแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ และสามารถจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ของระดับชั้นปีที่ระบุไว้ในหลักสูตร

๒.๒ สามารถทำหัตถการและการผ่าตัดได้ตามเกณฑ์ของระดับชั้นปีที่ระบุไว้ในหลักสูตร

๒.๓ สามารถอภิปรายและเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย การประชุมวิชาการ รวมทั้งสามารถสื่อสารกับแพทย์ บุคลากรร่วมวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

๒.๔ ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุด

๒.๕ สามารถเขียนรายงานผู้ป่วย สรุปรายงาน บันทึกการขอรับหรือให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม และสมบูรณ์ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาทางธุรการได้อย่างเหมาะสม

๓. ด้านเจตคติ (Attitude) ประกอบด้วย

๓.๑ มีความรับผิดชอบในหน้าที่

๓.๒ มีความตรงต่อเวลา

๓.๓ มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

๓.๔ มีความตั้งใจที่ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ญาติแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านรุ่นน้อง

๓.๕ มีมนุษยสัมพันธ์และมารยาทที่ดีต่ออาจารย์ เพื่อนแพทย์ บุคลากรอื่น ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี เมื่อเกิดสถานการณ์ไม่พึงประสงค์

การประเมินการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละด้าน แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑	ควรปรับปรุง
ระดับ ๒	พอใช้
ระดับ ๓	ดี
ระดับ ๔	ดีมาก

โดยแพทย์ประจำบ้านจะได้รับการประเมินเป็นประจำทุกเดือน และจะมีการรายงานผลมายัง คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาลทุก ๓ เดือน

แนวทางการลงโทษแพทย์หลังปริญญา

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความรับผิดชอบ และถูกต้องตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ หากแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความบกพร่องต่อหน้าที่ หรือประพฤติปฏิบัติตนไม่เหมาะสมในการฝึกอบรม จะต้องเข้ารับการพิจารณาลงโทษตามระดับความรุนแรงซึ่งเป็นไปตามคำสั่งของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (รายละเอียดตาม **ผนวก ญ**)

การทำงานวิจัย

ตามหลักสูตรการฝึกอบรมของแต่ละสาขากำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด จะต้องทำงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องเพื่อประกอบการขอวุฒิบัตร ซึ่งแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถปรึกษาและขอคำแนะนำในการทำงานวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยของแต่ละกองที่สังกัด และอาจารย์แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของศูนย์วิจัยและสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ รวมถึงขอทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากโรงพยาบาล โดยงานวิจัยทุกเรื่องจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย และหากงานวิจัยสำเร็จแล้ว แพทย์ประจำบ้านสามารถส่งผลงานวิจัยเข้าประกวดในงานประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาล ซึ่งจะจัดในช่วงปลายเดือนมีนาคมของทุกปี (รายละเอียดตาม **ผนวก ก**)

นอกจากนี้ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้มีทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านในงานประชุมวิชาการภายในประเทศ และระดับนานาชาติโดยมีรายละเอียดแสดงไว้ใน **ผนวก ก**

ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนทางการศึกษา

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้จัดให้มีสิ่งสนับสนุนทางการศึกษาสำหรับแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. สถานที่ในการปฏิบัติงาน

ได้แก่ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน หออภิบาลผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ศูนย์ส่องกล้อง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รวมถึงห้องบรรยายและห้องประชุม ซึ่งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์สำนักงาน เพื่อให้แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ใช้ในการปฏิบัติงาน

๒. ศูนย์วิจัยและสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์

ตั้งอยู่ที่ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ เป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ตั้งแต่การขออนุมัติการทำวิจัย การขอรับทุนสนับสนุนการทำวิจัย การให้คำปรึกษาในการทำวิจัยโดยอาจารย์แพทย์และนักวิชาการสถิติ

๓. ห้องสมุด

ตั้งอยู่ที่ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง เปิดบริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา ๗.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. ให้บริการหนังสือ ตำรา วารสารทางการแพทย์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์รายวัน และนวนิยายแก่บุคลากรของโรงพยาบาล นอกจากนี้มีระบบห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ (e-library) ซึ่งสามารถเข้าใช้ผ่านระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาลโดยใช้รหัสส่วนบุคคลเพื่อเข้าสู่ระบบ รวมถึงการให้บริการฐานข้อมูล UpToDate สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และให้บริการค้นหาหัวข้อวารสารที่ต้องการ (**ผนวก ข**)

๔. ศูนย์วิทยบริการ

ตั้งอยู่ที่ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง ให้บริการ ดังนี้

- จัดทำสื่อการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ พยาบาล นิสิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตามที่ได้รับคำร้องขอ

- ผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีสื่อการสอน

- อำนวยความสะดวกในการจอง และเข้าใช้ห้องประชุม

(ระเบียบการใช้บริการของศูนย์วิทยบริการ แสดงใน**ผนวก ข**)

๕. ทุนจำลองเพื่อฝึกหัตถการ

เพื่อให้การฝึกทักษะทางหัตถการของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการลดความเสี่ยงในการทำหัตถการกับผู้ป่วย หน่วยงานที่มีการฝึกอบรมและกองแพทยศาสตร์ศึกษาได้จัดให้มีทุนจำลองเพื่อฝึกหัตถการ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านสามารถตรวจสอบและใช้งานได้ที่กองที่สังกัด หรือที่กองแพทยศาสตร์ศึกษา รพ.ฯ

๖. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ได้แก่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ตภายในโรงพยาบาล เพื่อใช้งานในระบบเวชระเบียนผู้ป่วยออนไลน์ (BHIS) และเพื่อให้แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ใช้ค้นคว้าข้อมูลออนไลน์

สวัสดิการของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้จัดสวัสดิการสำหรับแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. หอพักแพทย์

เป็นหอพักรวมของนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล โดยที่บริเวณชั้น ๑ มีห้องออกกำลังกายและห้องซัอมดนตรีสำหรับผู้เข้าพักอาศัยได้ใช้บริการ ซึ่งผู้เข้าพักอาศัยจะต้องปฏิบัติตามระเบียบของหอพักแพทย์ (ผนวก ๗)

๒. ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเวรนอกเวลาราชการ

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ จะได้รับค่าตอบแทนเวรนอกเวลาราชการ ในอัตราเหมาจ่ายเดือนละ ๑๐,๐๐๐ บาท

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ไม่มีต้นสังกัด จะได้รับค่าจ้างต่อเดือนในอัตราเช่นเดียวกับลูกจ้างชั่วคราว

๓. สิทธิการลา

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีสิทธิในการลา โดยมีขั้นตอนในการลาและจำนวนวันตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในหลักสูตรการฝึกอบรมในแต่ละสาขานั้น

๔. สิทธิการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ

สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีดังนี้

- แพทย์ที่มีต้นสังกัด ใช้สิทธิต้นสังกัดในการเบิก
- แพทย์ทุนอิสระ ใช้สิทธิประกันสังคม โดยจะต้องขึ้นสิทธิประกันสังคมก่อน และสามารถ

สิทธิเบิกจ่ายได้เมื่อส่งเงินสมทบครบ ๖ เดือนแล้ว หากอยู่ในระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคมหรือยังไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะได้รับสิทธิในการตรวจสุขภาพประจำปีในเดือนเกิด และมีสิทธิในการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี รวมถึงได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน

๕. เสื้อกาวน์

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะได้รับเสื้อกาวน์สั้นตลอดระยะเวลาการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปี โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ จะได้รับจำนวน ๔ ตัว และแพทย์ประจำบ้านชั้นอื่นจะได้รับจำนวน ๒ ตัว

๖. ศูนย์สุขภาพ และสวนสุขภาพ กรมแพทย์ทหารอากาศ

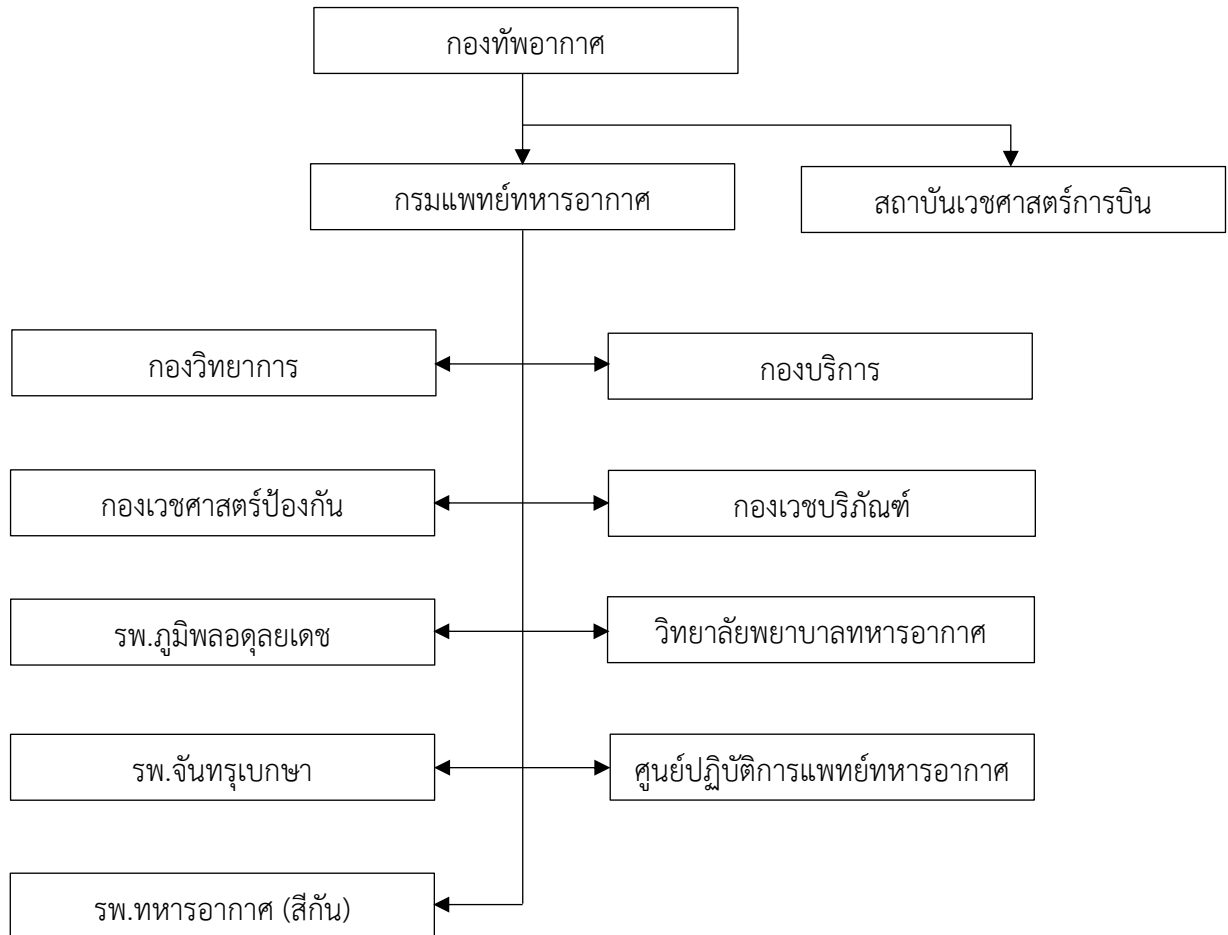
เป็นสถานที่ออกกำลังกายสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ลู่วิ่งเพื่อสุขภาพ สนามฟุตบอล สนามเทนนิส และสนามเซปักตะกร้อ

ภาคผนวก

ผนวก ก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญา

การจัดหน่วยของกรมแพทยทหารอากาศ



รายนามผู้บังคับบัญชา กรมแพทยทหารอากาศ

เจ้ากรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศโท ไกรเลิศ เขียรนุกุล
รองเจ้ากรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศตรี วิษณุ ภู่ทอง
เสนาธิการกรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศตรี ชวลิต ตั้งโกสินทร์
รองเสนาธิการกรมแพทยทหารอากาศ	นาวาอากาศเอก นภ ตู้อินดา

การจัดหน่วยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ



รายนามผู้บังคับบัญชา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	พลอากาศตรีหญิง อิศรญา สุขเจริญ
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๑)	นาวาอากาศเอก ทวีวงศ์ หาญดำรงค์
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๒)	นาวาอากาศเอก ชัยยา จันทรีใส
นายทหารบริหารงานโรงพยาบาล	นาวาอากาศเอก วัฒนศักดิ์ เพิ่มทรัพย์
ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก	นาวาอากาศเอกหญิง สัตยศณีย์ พงษ์ภักดี
ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง อุษณีย์ สุนันท์
ผู้อำนวยการกองศัลยกรรม	นาวาอากาศเอก ณ์ภูวภูมิ เจียมไชยศรี
ผู้อำนวยการกองสูตินรีกรรม	นาวาอากาศเอก ณรงค์ อินทร์พลอย
ผู้อำนวยการกองกุมารเวชกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา
ผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์	นาวาอากาศเอก ธนา นรินทร์สรศักดิ์
ผู้อำนวยการกองจักษุกรรม	นาวาอากาศเอก กฤติ รื่นอารมณ
ผู้อำนวยการกองโสต ศอ นาสิกกรรม	นาวาอากาศเอก จงรักษ์ พรหมใจรักษ์
ผู้อำนวยการกองรังสีกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง หม่อมหลวงอภิรดี กฤตากร
ผู้อำนวยการกองพยาธิกรรม	นาวาอากาศเอก ไพโรจน์ จอมไธสง
ผู้อำนวยการกองทันตกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง ปิยะธิดา เนียมประดิษฐ์
ผู้อำนวยการกองการพยาบาล	นาวาอากาศเอกหญิง บุษกร อินทรวิชัย
หัวหน้ากองบริการโลหิต	นาวาอากาศเอก เขษม ธเนศวร
หัวหน้ากองเภสัชกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง มาริษา ฐิตะฐาน
หัวหน้ากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู	นาวาอากาศเอก อิศรพงษ์ ยรรยง
หัวหน้ากองบริการ	นาวาอากาศเอกหญิง กมลชนก รักชิตตธรรม
หัวหน้ากองแพทยศาสตร์ศึกษา	นาวาอากาศเอกหญิง ณ์ฐพรทิวา ผลากรกุล
หัวหน้ากองวิสัญญีและห้องผ่าตัด	นาวาอากาศโท ปวีศร นิลรัตน์
หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ	นาวาอากาศโทหญิง ประจงจิตร แซ่มสอาด
หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและสถิติ	นาวาอากาศโทหญิง อีระนุช รอดบ้านเกาะ
หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์	นาวาอากาศตรี วุฒิพันธ์ นภาพงษ์

ผนวก ข

รายชื่อและหน้าที่คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

รายชื่อคณะอนุกรรมการฯ

๑. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (การศึกษา)	ที่ปรึกษา
๒. น.อ.พิทักษ์ อ่อนศิริ	อนุกรรมการ
๓. น.อ.กฤติ รื่นอารมณ์	อนุกรรมการ
๔. น.อ.มาโนชญ์ พลายงาม	อนุกรรมการ
๕. น.อ.หญิง กานต์สุดา พิเชษฐ์สินธุ์	อนุกรรมการ
๖. น.อ.หญิง ณิชพรทิรา ผลากรกุล	อนุกรรมการ
๗. น.อ.หญิง อรพิชญ์ ขยันกิจ	อนุกรรมการ
๘. น.อ.หญิง สธนา เสริมศรี	อนุกรรมการ
๙. น.ท.วรัศม์ภรณ์ พลอยประสิทธิ์	อนุกรรมการ
๑๐. น.ท.ธีรศักดิ์ จีรวงศ์บุญรอด	อนุกรรมการ
๑๑. น.ท.ปาณินท์ เขมะประภา	อนุกรรมการ
๑๒. น.ท.หญิง นพินิต พัฒนชัยวิทย์	ประธานอนุกรรมการ
๑๓. น.ท.หญิง อินทิรา อุไรเลิศ	อนุกรรมการ
๑๔. น.ท.หญิง ปิยะฉัตร วิเศษศิริ	อนุกรรมการ และเลขานุการ
๑๕. น.ท.หญิง วรณรวิ ไทยตระกูล	อนุกรรมการ
๑๖. น.ท.หญิง อรฉัตร ศรีเจริญ	อนุกรรมการ
๑๗. น.ท.หญิง เกษศิริรินทร์ พุฒิโชติ	อนุกรรมการ
๑๘. น.ต.เจษฎา อธิกคุณากร	อนุกรรมการ
๑๙. น.ต.อรรถสิทธิ์ ดุลอำนาจ	อนุกรรมการ
๒๐. น.ต.ชัยฤทธิ์ โลหะกิจเสถียร	อนุกรรมการ
๒๑. น.ต.วรวิทย์ อึ้งบำรุงพันธ์	อนุกรรมการ
๒๒. น.ต.หญิง ศิริลักษณ์ อัครบำรุงกุล	อนุกรรมการ
๒๓. น.ต.หญิง มนัสวี อินทรพินทุวัฒน์	อนุกรรมการ
๒๔. น.ต.หญิง เพ็ชรี พลมณี	อนุกรรมการ
๒๕. น.ต.หญิง บุณยวีร์ อรุณพิพัฒน์ชัย	อนุกรรมการ
๒๖. น.ต.หญิง สุนนมาลย์ วิจิตรรุ่งเรือง	อนุกรรมการ
๒๗. น.ต.หญิง ศศิภัสสรณ์ เสนะวงษ์	อนุกรรมการ
๒๘. น.ต.หญิง ชนนภรณ์ ลีกำเนิดไทย	อนุกรรมการ
๒๙. น.ต.หญิง ธนรรจิต วงศ์สินิล	อนุกรรมการ

๓๐. น.ต.หญิง นิจชา รุทธพิชัยรักษ์	อนุกรรมการ
๓๑. ร.อ.หญิง หนึ่งกานต์ ทองสิน	อนุกรรมการ
๓๒. ร.ท.วรสิทธิ์ สุทัศน์วรวุฒิ	อนุกรรมการ
๓๓. นพ.วุฒิพงษ์ จันทร์โท	อนุกรรมการ
๓๔. พญ.พิชามณัฐ สุขเกษม	อนุกรรมการ
๓๕. พญ.สุธาสินี เมทนีดล	อนุกรรมการ
๓๖. จ.อ.ศรายุทธ จงจินากุล	อนุกรรมการ
๓๗. น.ส.เพ็ญนัฐสุรางค์ มีชูสาร	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘. นายโชคชัย วินทะชัย	อนุกรรมการ
๓๙. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๑	อนุกรรมการ
๔๐. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๒	อนุกรรมการ
๔๑. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๓	อนุกรรมการ

หน้าที่รับผิดชอบของคณะอนุกรรมการฯ

๑. ดำเนินการประสานกับแพทยสภา และกองต่าง ๆ ในการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุกสาขา
๒. จัดให้มีการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านก่อนเข้ารับการอบรม
๓. ดำเนินการจัดทำเรื่องจ้างของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุนอิสระที่รับการฝึกอบรม
๔. ดำเนินการเกี่ยวกับการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (Basic science)
๕. รวบรวมการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน และเก็บข้อมูลมาพิจารณาในการประชุมทุก ๖ เดือน
๖. ดูแลและให้การสนับสนุนในด้านสวัสดิการและกิจกรรมของแพทย์ผู้รับการฝึกอบรม
๗. จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสามัคคีระหว่างอาจารย์แพทย์ แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม และนิสิตแพทย์
๘. ดำเนินการจัดพิธีมอบประกาศนียบัตรแก่แพทย์ประจำบ้าน เมื่อครบวาระฝึกอบรมประจำปี
๙. ประสานงานกับกองต่าง ๆ ที่แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสังกัด เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขในกรณีมีแพทย์กระทำผิด และ/หรือปฏิบัติตนไม่เหมาะสมระหว่างการฝึกอบรม
๑๐. จัดกิจกรรมเพื่อให้แพทย์ที่ต้องการเข้าศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านทุกประเภทใน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีโอกาสได้ทราบข้อมูลและศึกษาดูงานประกอบการตัดสินใจ
๑๑. ดำเนินการด้านการประกันคุณภาพการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ติดตามเยี่ยมสำรวจประจำปี ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น จัดส่งรายงานประกันคุณภาพการศึกษาและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงจัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ตรวจประเมินภายใน และผู้รับตรวจประเมิน

ผนวก ค



แพทยสภา



สภาการพยาบาล



สภาเภสัชกรรม



กระทรวงสาธารณสุข



ทันตแพทยสภา



สภาเทคนิคการแพทย์



สภาการพยาบาล

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือความกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของคนที่ปรากฏในวาระเขียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอบถามเพื่อความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นมีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะมีความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ความภาวะวิสัยและพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยความจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัด ความภาวะวิสัยและพฤติกรรมที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหารือข้อต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

(นพ.มารุต สธธำพัตน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

- | | |
|---|--|
|
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ ไล่ห่อเสนา)
นายกแพทยสภา |
(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
นายกสภาการพยาบาล |
|
(รองศาสตราจารย์พิเศษ ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์)
นายกสภาเภสัชกรรม |
(ทันตแพทย์ ธรรมินทร์ จรุงสุขกุลเกียรติ)
นายกทันตแพทยสภา |
|
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานดา ชัยภิญโญ)
นายกสภากายภาพบำบัด |
(รองศาสตราจารย์ ทนพ.สมชาย วีระะยุทธภกร)
นายกสภาเทคนิคการแพทย์ |

ผนวก ง

นโยบายด้านความเสี่ยง (Risk policy)

นโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยง (Risk management policy)

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยงโดยการค้นหา การวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยง วางมาตรการป้องกันและติดตามประเมินผลระบบเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๒. คณะอนุกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีหน้าที่จัดระบบการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบดูแลภาพรวมบูรณาการระบบการบริหารความเสี่ยงกับระบบสำคัญอื่นๆ อย่างครอบคลุม ประสานเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๓. กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผู้ประสานงานด้านความเสี่ยง (RM Ward Nurse) หรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของแต่ละกองหรือหน่วยงาน เพื่อดูแลปัญหาและประสานงานด้านความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในกองหรือหน่วยงานรับทราบ

๔. การจัดแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๔.๑ ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความเสี่ยง

๔.๒ ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย

๔.๓ ระดับ C หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

๔.๔ ระดับ D หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยหรือทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย

๔.๕ ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวหรือทุพพลภาพชั่วคราว ซึ่งต้องให้การดูแลรักษา

๔.๖ ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวหรือทุพพลภาพชั่วคราว ทำให้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

๔.๗ ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ต่อผู้ป่วยเกิดอันตราย หรือทุพพลภาพถาวร

๔.๘ ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

๔.๙ ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (sentinel event) ทุกเหตุการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้องหรือเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน เหตุการณ์ไม่คาดหวังในผู้ป่วย/ญาติที่เป็นบุคคลสำคัญ การพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การจำหน่ายเด็ก ผิดครอบครัว (discharge to wrong family) การลักพาทารกในโรงพยาบาล (Infant abduction) การข่มขืนผู้ป่วย (rape) การผ่าตัดผิดข้างหรือผิดคน การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดผิด

๕. การจัดแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk)

๕.๑ ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความเสียหาย

๕.๒ ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่มี ความเสียหาย

๕.๓ ระดับ C หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดความเสียหายน้อยมาก หรือมูลค่าทรัพย์สินเสียหายน้อยกว่า ๒,๐๐๐ บาท

๕.๔ ระดับ D หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายน้อย เช่น ชื่อเสียงหรือภาพพจน์เสียหาย เกิดความไม่ไว้วางใจจากผู้ป่วยและความไม่สะดวกขณะรับบริการ หรือทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๒,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)

๕.๕ ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายปานกลาง ได้แก่ เกิดความไม่ไว้วางใจจากองค์กรภายนอก เช่น บริษัทเอกชน/หน่วยงานของรัฐ หรือทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๕,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท

๕.๖ ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายมาก เช่น เกิดความไม่ไว้วางใจจากองค์กรภายนอก เช่น บริษัทเอกชน/หน่วยงานของรัฐ หรือทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท

๕.๗ ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายมากที่สุด ได้แก่ ชื่อเสียงภาพพจน์ของโรงพยาบาลเสียหายปรากฏในสื่อสาธารณะ หรือทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท

๕.๘ ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลต้องหยุดชะงักการให้บริการไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ถูกฟ้องร้องโดยองค์กรวิชาชีพ/หน่วยงานระดับสูง หรือทำให้เกิดทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๙ ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดความเสียหายมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลต้องหยุดชะงักการให้บริการไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ชื่อเสียงภาพพจน์เสียหายปรากฏในสื่อสาธารณะ หลากหลาย/ถูกฟ้องร้องเป็นคดีความแพ่งหรืออาญา หรือทำให้เกิดทรัพย์สินเสียหายมีมูลค่ามากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๖. การจัดแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางการศึกษา (Educational risk)

๖.๑ ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย

๖.๒ ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแต่ไม่มี ความเสียหาย

๖.๓ ระดับ C หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายน้อย

๖.๔ ระดับ D หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายปานกลาง

๖.๕ ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายมาก

๖.๖ ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุด

๖.๗ ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอนไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง

๖.๘ ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง

๖.๙ ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอนเกินกว่า ๔๘ ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรเสียชีวิต

๗. บุคลากรของโรงพยาบาลทุกคนมีหน้าที่รายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงโดยใช้แบบรายงานความเสี่ยง (incident report) ดำเนินการด้วยหลักการรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้องและไม่นำมาใช้ในการพิจารณาลงโทษ

๘. กรณีเรื่องร้องเรียนหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ G-H-I ให้รายงานเหตุการณ์นั้นต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ตรวจการ หัวหน้ากอง ผู้อำนวยการกอง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทันทีภายใน ๒๔ ชั่วโมง และให้แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์รากเหง้าของสาเหตุ (Root-cause analysis) เพื่อออกแบบระบบหรือวางมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

๙. ให้ทุกหน่วยงาน/ทีมนำทางคลินิก ค้นหาและจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) เพื่อเป็นแนวทางในการวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบและติดตามประเมินผล ทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาระบบการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญและเกิดบ่อย

แบบรายงานเหตุการณ์กรณีจัดเป็นความเสี่ยงทางการศึกษา (Educational Risk)

RM-FO-001-E

แก้ไขเมื่อ 4 ธ.ค.63

ชื่อผู้บันทึก..... หน่วยงาน..... วันที่บันทึก..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ..... หน่วยที่เกี่ยวข้อง..... บุคลากรที่เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้านต่อเยอด ปี..... กอง..... <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้าน ปี..... กอง..... <input type="checkbox"/> นิสิตแพทย์ชั้นปีที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	(ถ้ามี) ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... โรค..... การแก้ปัญหาเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ เพราะ.....	เฉพาะคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ.ฯ No. IR..... ความรวดเร็วในการรายงาน <input type="checkbox"/> ทันเวลา <input type="checkbox"/> ล่าช้า..... วัน การจัดการของคณะกรรมการฯ <input type="checkbox"/> รับทราบเก็บสถิติ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... วันที่.....
ความเสี่ยงทางการศึกษา(Educational Risk)		
1. หลักสูตรและการเรียนการสอน <input type="checkbox"/> E101 นิสิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านขาดการกำกับดูแลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกว่า <input type="checkbox"/> E102 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> E103 ใช้ทรัพยากรในการทำการหัดการไม่คุ้มค่า <input type="checkbox"/> E104 ขาดการประสานงานระหว่างอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน <input type="checkbox"/> E105 บุคลากรสายสนับสนุนไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> E106 บุคลากรสายสนับสนุนขาดประสิทธิภาพ <input type="checkbox"/> E107 ขาดอุปกรณ์ในห้องเรียน หรือไม่พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> E108 ไม่มีสื่อ/อุปกรณ์ในการสอน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> E109 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการศึกษาค้นคว้ายังไม่สมบูรณ์ / มีไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> E110 สถานที่เรียนใน OPD/Ward ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> E111 ไม่มีห้องเรียนสำหรับนิสิตแพทย์ในห้องผู้ป่วย <input type="checkbox"/> E112 ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ เนื่องจากปัจจัยภายนอก เช่น ไฟฟ้าขัดข้อง / ห้องเรียนไม่เพียงพอ / โรคระบาด <input type="checkbox"/> E113 เกิดความไม่ปลอดภัยจากการดูงานนอกสถานที่	2. การประเมินผล <input type="checkbox"/> E201 มีการรั่วไหลของข้อสอบ <input type="checkbox"/> E202 มีการใช้ข้อสอบเดิม <input type="checkbox"/> E203 มีการทุจริตในการสอบ 3. บุคลากร/ ธรรมภิบาล 3.1 นิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน <input type="checkbox"/> E3101 ไม่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ <input type="checkbox"/> E3102 ไม่ตรงต่อเวลา <input type="checkbox"/> E3103 ไม่มีระเบียบ วินัย <input type="checkbox"/> E3104 แต่งกายไม่ถูกระเบียบ หรือไม่สุภาพ <input type="checkbox"/> E3105 ไม่มีความซื่อสัตย์ <input type="checkbox"/> E3106 กิริยา วาจา ไม่สุภาพ <input type="checkbox"/> E3107 ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> E3108 ใช้เทคโนโลยีผิดเวลา <input type="checkbox"/> E3109 มีปัญหาสุขภาพกายที่อาจกระทบต่อการเรียนการสอน <input type="checkbox"/> E3110 มีปัญหาสุขภาพใจที่อาจกระทบต่อการเรียนการสอน	3.2 อาจารย์แพทย์ <input type="checkbox"/> E3201 ไม่มีความยุติธรรม <input type="checkbox"/> E3202 ไม่ตรงต่อเวลา เช่น ช้าสนสาย เข้า conference สายรวมทั้งส่งข้อสอบ ตรวจข้อสอบ ส่งคะแนนช้าเกินกำหนด <input type="checkbox"/> E3203 ขาดสอนโดยไม่มีสาเหตุที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> E3204 เลื่อนสอนกะชั้นชิด ก่อนเวลาสอน น้อยกว่า 7 วัน <input type="checkbox"/> E3205 เนื้อหาที่สอนไม่ทันสมัย
อื่น ๆ		

กรุณาระบุระดับความรุนแรงของเหตุการณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

- ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย
- ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีความเสียหาย
- ระดับ C หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายน้อย
- ระดับ D หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายปานกลาง
- ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความเสียหายมาก
- ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดผลเสียหายมากที่สุด
- ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอนไม่เกิน 24 ชั่วโมง
- ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอน 24 - 48 ชั่วโมง
- ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลเสียหายมากที่สุดและทำให้ต้องหยุดการเรียนการสอนเกินกว่า 48 ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุทำให้บุคลากรเสียชีวิต

แบบรายงานเหตุการณ์กรณีจัดเป็นความเสี่ยงทางการศึกษา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

สรุปเหตุการณ์
สาเหตุที่พบเบื้องต้น / จากการทบทวน
การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น
การแก้ไขเชิงระบบ หรือการแก้ไขของหัวหน้าหน่วย

สรุปข้อเสนอแนะของผู้บริหารจัดการความเสี่ยงประจำหน่วย (ระดับ ผอ.กอง หรือ ผู้แทนด้านความเสี่ยง)

.....

.....

.....

.....

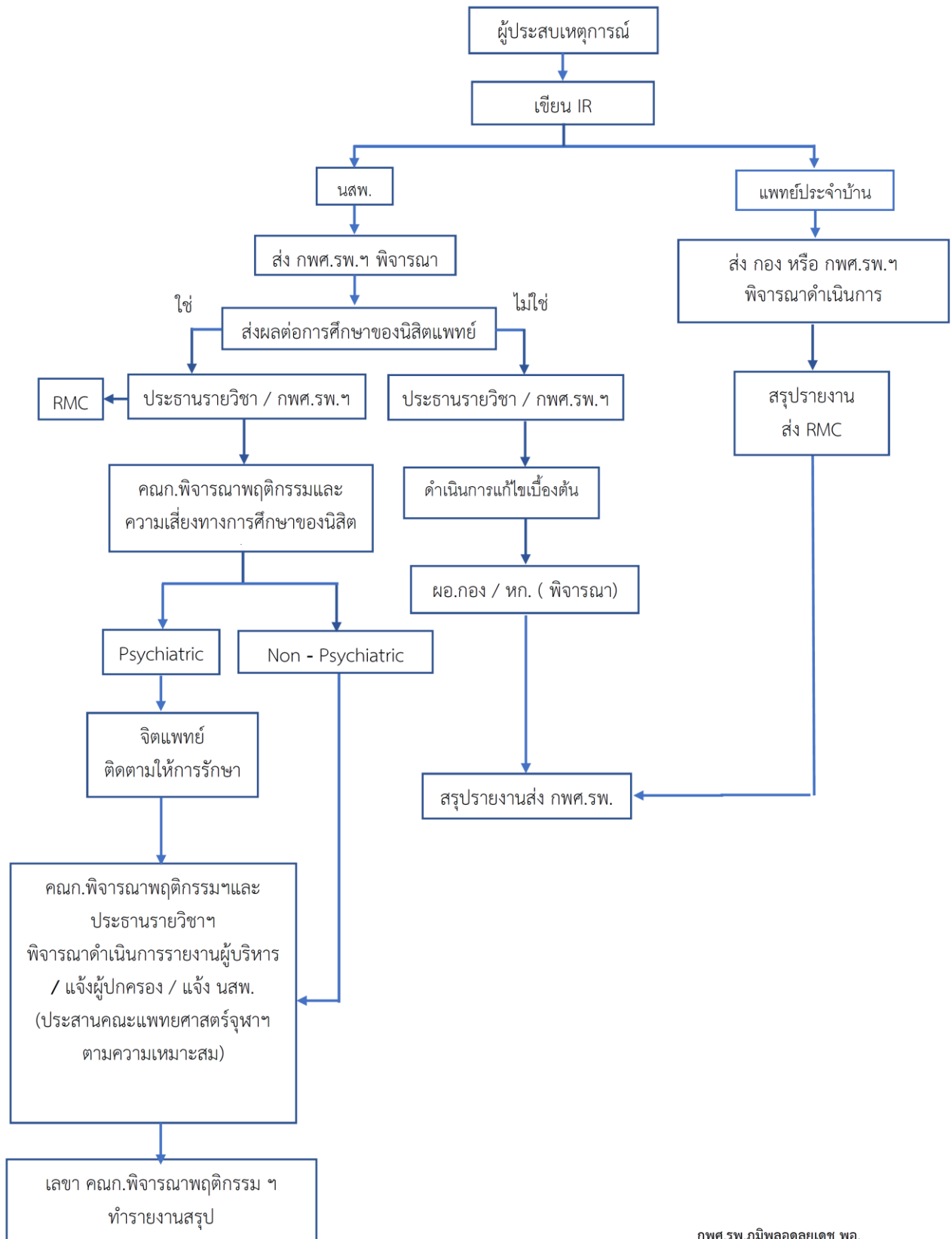
.....

.....

.....

กพศ. / คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

Flow การรายงานความเสี่ยงทางการศึกษา (Educational Risk)



กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.
แก้ไขเมื่อ ๙ ก.พ.๖๔

ผนวก จ

การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์

ตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีทั่วโลก วงการแพทย์ก็ให้ความสำคัญกับโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ทางเลือด (blood borne infection) มากขึ้น นอกเหนือจากเชื้อเอชไอวีแล้วยังมีโรคอีกหลายอย่างที่สามารถติดต่อได้ เช่น ไวรัสชนิดอื่น ปรสิต แบคทีเรีย หรือเชื้อรา ซึ่งการติดต่อของโรคสามารถผ่านทาง การสัมผัสผิวหนังที่มีแผล รอยถลอก ถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด หรือผ่านทางเยื่อบุตา จมูก ปาก

ไวรัสเป็นเชื้อที่พบการติดต่อทางเลือดได้มากที่สุด ไวรัสที่มีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก ได้แก่ ไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เนื่องจากสามารถทำให้เกิดโรคได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งสามารถแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้

วิธีการแพร่กระจายของเชื้อที่ติดต่อทางเลือดหรือสารคัดหลั่ง

๑. การสัมผัสผ่านทางผิวหนัง (percutaneous exposure) เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เช่น เข็มตำ มีดผ่าตัดบาด หลอดแก้วที่บรรจุเลือดแตกบาดมือ หรือบาดเจ็บจากกระดูกหรือฟันของผู้ป่วย
๒. การสัมผัสเยื่อ (mucous membrane exposure) ได้แก่ การที่เลือดหรือสารคัดหลั่งสัมผัสเยื่อเยื่อ เช่น ริมฝีปาก เยื่อบุตา เยื่อจมูก เป็นต้น
๓. การสัมผัสผิวหนังที่ไม่ปกติ (non-intact skin exposure) ได้แก่ การที่เลือดหรือสารคัดหลั่งสัมผัส แผลเปิด แผลถลอก ผิวหนังลอก หรือผิวหนังอักเสบ

เลือดและสารคัดหลั่งที่แพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และเอชไอวีได้

๑. เลือด (Blood) น้ำเหลือง (serum) และพลาสมา (plasma)
๒. สารคัดหลั่งจากมดลูก ช่องคลอด น้ำอสุจิ
๓. สารน้ำจากบริเวณที่ปราศจากเชื้อ เช่น ช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural fluid) ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial fluid) ในช่องท้อง (peritoneal fluid) สารน้ำในข้อ (synovial fluid) น้ำคร่ำ (amniotic fluid) และสารน้ำในช่องสมองและไขสันหลัง (cerebrospinal fluid)

สารคัดหลั่งต่อไปนี้มีปริมาณเชื้อน้อย ไม่สามารถแพร่กระจายสู่ผู้อื่น ถ้าไม่มีเลือดปน

๑. อุจจาระ
๒. สารคัดหลั่งจากจมูก
๓. เสมหะหรือสารคัดหลั่งจากหลอดลม
๔. เหงื่อ
๕. น้ำตา
๖. ปัสสาวะ
๗. อาเจียน
๘. น้ำนม

ชนิดของการสัมผัส

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการสัมผัสโดยทางผิวหนังจากการถูกเข็มตำเป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้อยละ ๘๐ ของการสัมผัสทั้งหมด เช่นเดียวกับข้อมูลของรพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. พบว่าการสัมผัสโดยถูกเข็มตำพบบ่อยที่สุด รองลงมาคือการถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นถูกบริเวณเยื่อหู โดยกรณีเข็มตำ ส่วนใหญ่เกิดระหว่างการเจาะเลือดหรือฉีดยาแก่ผู้ป่วย

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นในบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ

- เมื่อบุคลากรสัมผัสเลือด และ/หรือ สารน้ำ/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเกิดการแพร่เชื้อได้ให้รีบทำความสะอาดบริเวณที่สัมผัสทันที
- การทำความสะอาดให้ใช้น้ำสะอาดและสบู่ หรือน้ำยาทำลายเชื้อที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ไม่ควรบีบเค้นแผลอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้เชื้อซึมลงสู่เนื้อเยื่อชั้นลึกได้ง่ายขึ้น
- ในกรณีเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ให้ล้างด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือออร์มัล หรือน้ำยาล้างตา ปริมาณมาก ๆ
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายทิ้งทันที จากนั้นให้บ้วนปาก กลั้วปากและคอด้วยน้ำสะอาดติดต่อกัน ๒ – ๓ ครั้ง ไม่ควรใช้สบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อในปาก

การติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยผ่านทางผิวหนังแต่ละครั้งอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๐.๓๒ ความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดผ่านทางเยื่อหูประมาณร้อยละ ๐.๐๙ ส่วนความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดผ่านทางผิวหนังที่ไม่ปกติมีรายงานว่าติดได้ แต่ไม่สามารถประมาณความเสี่ยงได้เนื่องจากพบน้อย อย่างไรก็ตามเชื่อว่าความเสี่ยงน่าจะน้อยกว่าการสัมผัสทางเยื่อหู

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน

๑. ปริมาณเลือดหรือสารคัดหลั่งที่สัมผัส

กรณีที่สัมผัสปริมาณมาก เช่น เข็มที่เจาะเลือดคนไข้มีเลือดคาอยู่ในเข็มเป็นปริมาณมาก มีดที่บาดมีเลือดคนไข้ติดอยู่ เลือดปริมาณมากกระเด็นใส่ ก็มีโอกาที่จะติดเชื้อเพิ่มขึ้น
๒. ลักษณะของการสัมผัส

ถ้าเป็นแผลลึกมีเลือดออก แผลจากเข็มกลวงยังมีขนาดเข็มใหญ่ก็ยังมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น ถ้าใส่ถุงมือปริมาณเลือดที่ผ่านถุงมือจะน้อยกว่าไม่ใส่
๓. ปริมาณเชื้อของผู้ป่วย

ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของการติดเชื้อจะมีปริมาณเชื้อในเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
๔. การป้องกันหลังสัมผัส

หากได้รับยาต้านไวรัสหลังสัมผัสอย่างทันท่วงที ก็จะลดโอกาสการติดเชื้อลงได้

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีหลังสัมผัสโรคสามารถที่จะลดอัตราการติดเชื้อได้ โดยจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการให้ยาต้านไวรัสยิ่งเร็วยิ่งลดอัตราการติดเชื้อ ในขณะที่การให้ยาต้านไวรัสนานเกินกว่า ๗๒ ชั่วโมงหลังสัมผัสโรคจะมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อประเมินบุคลากรแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรควรได้รับยาและรับการตรวจ Anti-HIV อย่างรวดเร็ว หากพบว่า Anti-HIV เป็นบวกก่อนได้รับยาก็ไม่ควรให้ยาต้านไวรัส ถ้าได้ไปแล้วให้หยุดยา เพราะหากได้รับยาสูตรไม่เหมาะสมอาจทำให้เชื้อที่มีอยู่แล้วเกิดการดื้อยาได้

ขั้นตอนการให้ยาต้านไวรัส

๑. ประเมินว่ามีข้อบ่งชี้ในการให้ยาหรือไม่
๒. ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่สัมผัสโรคถึงความจำเป็นในการให้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา
๓. ให้ยาต้านไวรัสตามความเหมาะสมกับลักษณะการสัมผัสโรค
๔. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๕. การให้คำแนะนำและการติดตามผล

การให้ยาต้านไวรัสมีทั้งให้ยา ๒ ชนิดและ ๓ ชนิดขึ้นกับความรุนแรงของการสัมผัสโรค หากเป็นการสัมผัสที่ความรุนแรงมาก เช่น โคนเข็มกลวงขนาดใหญ่ตำ หรือถูกเข็มตำลึก หรือมีเลือดติดอยู่เป็นปริมาณมาก หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายที่มีปริมาณเชื้อในเลือดมากควรพิจารณาให้ยา ๓ ชนิด โดยหากเลือกให้ยา ๒ ชนิด ให้พิจารณาใช้ยากลุ่ม NNRTI ๒ ชนิด เรียกว่า “สูตรยาพื้นฐาน (basic regimen)” หรือหากให้ยา ๓ ชนิด เรียกว่า “สูตรยาขยาย (expanded regimen)” โดยยาชนิดที่ ๓ อาจเลือกใช้ยากลุ่ม NRTI หรือกลุ่ม PI หรือกลุ่มอื่นแล้วแต่ความเหมาะสม ทั้งนี้ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้มีแนวทางในการให้ยาในกรณีดังกล่าว โดยมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลใหม่ที่มีเพิ่มขึ้น ส่วนระยะเวลาของการให้ยาในปัจจุบันให้เป็นเวลา ๔ สัปดาห์ตามข้อมูลการศึกษาในสัตว์ทดลอง

สำหรับการเจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ให้กระทำทันทีหลังสัมผัสโรค หลังจากนั้นตรวจซ้ำที่ ๓ เดือนและ ๖ เดือน รวม ๓ ครั้ง

โดยสรุปการให้การรักษามูลนิธิที่สัมผัสโรคต้องดำเนินการโดยเร็ว ต้องประเมินเหตุการณ์ที่เกิดเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกสูตรยา รวมทั้งต้องให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ตลอดจนการติดตามผลเลือดอย่างครบถ้วน

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเลือดโดยตรวจพบ HBsAg ในเลือด ไม่ว่าจะมีการหรือไม่สามารถที่จะแพร่เชื้อไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามี HBeAg ในเลือด โดยทั่วไปความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการถูกเข็มตำกรณีที่ไม่ทราบว่า มี HBeAg หรือไม่ได้โดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๖ - ๓๐ ซึ่งนับว่าสูงกว่าการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น

ไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ โดยสารคัดหลั่งที่มีปริมาณเชื้อสูง ได้แก่ สารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด สารน้ำในช่องเยื่อช่องท้อง สารน้ำในข้อ น้ำคร่ำ และสารน้ำในช่องสมองและไขสันหลัง ส่วนสารคัดหลั่งจากมดลูก/ช่องคลอด น้ำอสุจิและน้ำลายมีปริมาณเชื้อระดับปานกลาง ส่วนสิ่งขับถ่ายจากร่างกายเช่นอุจจาระ ปัสสาวะ มีปริมาณเชื่อน้อย ยกเว้นมีเลือดปน

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการปฏิบัติงาน

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานคล้ายกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยขึ้นกับปัจจัยหลัก ๓ ประการ คือ ปริมาณของเชื้อที่มี ปริมาณของเลือดหรือสารน้ำที่สัมผัส และทางที่สัมผัส

บุคลากรที่เคยได้รับวัคซีนแล้วหรือเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนในอดีต อาจจะมีภูมิคุ้มกันหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นควรถามประวัติการได้รับวัคซีน และการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน สำหรับผู้ที่เคยได้รับวัคซีนครบ ๓ เข็ม และมีภูมิคุ้มกันแล้ว และผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน ไม่จำเป็นต้องให้การป้องกันการติดเชื้อ ส่วนในกรณีที่ไมทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ให้ประเมินความเสี่ยง ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้การรักษาเหมือนกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ ประกอบด้วย การให้อิมมูโนโกลบูลินและวัคซีนในกลุ่มบุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน หรือได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบ ซึ่งจะต้องให้ยาเร็วที่สุดภายในระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ (deltoid) สามารถให้อิมมูโนโกลบูลินพร้อมกับวัคซีนได้โดยให้ฉีดคนละตำแหน่ง สำหรับขั้นตอนการให้ยาและการให้คำแนะนำเหมือนกับกรณีสัมผัสโรคผู้ป่วยเอชไอวี

การติดตามผลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน แต่โดยทั่วไปแนะนำให้เจาะเลือดตรวจติดตามผลที่ ๓ เดือนและ ๖ เดือน โดยระหว่างนี้ควรละเว้นการบริจาคเลือด อวัยวะ เนื้อเยื่อ และอสุจิ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจากการปฏิบัติงาน

การตรวจพบ Anti-HCV ในเลือดบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อตับอักเสบซีในบุคคลนั้น แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นการติดเชื้อเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือเป็นการติดเชื้อมาก่อนในอดีต และไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อในเลือด (HCV RNA) และไม่ได้บอกถึงการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของไวรัส บอกได้เพียงว่ามีโอกาสที่จะติดต่อจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่นได้ โดยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจากการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด มีค่าเฉลี่ยร้อยละ ๑.๘ (พิสัย ๐ - ๑๐) ซึ่งต่ำกว่าการติดเชื้อตับอักเสบบีมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจากการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมีน้อยกว่าไวรัสตับอักเสบบีดังที่กล่าวแล้ว เชื่อว่าเป็นเพราะปริมาณเชื้อในเลือดมีน้อยกว่ามาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากความรุนแรงและปริมาณของเลือด/สารคัดหลั่งที่สัมผัสแล้ว จึงเป็นเรื่องของความชุกของโรค การติดเชื้อตับอักเสบซีส่วนใหญ่ผ่านทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและการให้เลือดในอดีต จึงพบความชุกมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

มีข้อมูลการให้ interferon ชนิดเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยา ribavirin พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดจำนวนไวรัสลงได้มาก แต่ยังไม่มียาเพียงพอที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการให้ยาในกรณีหลังการสัมผัสโรค ปัจจุบันจึงยังไม่มี การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีที่มีประสิทธิผล ส่วนใหญ่จะใช้วิธีให้คำแนะนำให้สังเกตอาการและตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะเพื่อดูว่าร่างกายสามารถกำจัดเชื้อได้เองหรือไม่ หากพบว่าเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรังก็ต้องให้คำแนะนำและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

เนื่องจากการให้การรักษารักษาการติดเชื้อไวรัสทั้ง ๓ ชนิดต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทราบผลเลือดของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทันทีเมื่อเกิดกรณีการสัมผัสโรค และเมื่อเกิดเหตุขึ้นจึงต้องแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบเสมอว่าต้องการผลด่วนเป็นกรณีพิเศษ

สำหรับกรณีต้องได้รับยาต้านไวรัส ปริญญาจารย์หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| ๑. น.อ.หญิง จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา | กองกุมารเวชกรรม |
| ๒. ร.ท.คริส พุจินิรันดร | กองอายุรกรรม |

แนวทางการจัดการและควบคุมโรคติดต่อสำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

การจัดการโรคติดต่อในบุคลากรทางการแพทย์กระทำเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรในการรับหรือแพร่เชื้อ โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ

๑. การปฏิบัติต้องไม่เป็นการลงโทษบุคลากรที่เจ็บป่วย บุคลากรที่เจ็บป่วยเมื่อได้รับการรักษาแล้วสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ

๒. การเจ็บป่วยของบุคลากรต้องเก็บเป็นความลับ

๓. บุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง โดยไม่ปกปิดการเจ็บป่วยในโรคติดต่อที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น รวมทั้งรับผิดชอบต่อการป้องกันการติดเชื้อต่อตนเองและผู้อื่นโดยการฉีดวัคซีนทั้งก่อนการเข้าปฏิบัติงานและระหว่างการปฏิบัติงาน

สำหรับแนวทางปฏิบัติในการจัดการและควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านมีดังนี้

๑. การประเมินสุขภาพของนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านใหม่ก่อนเข้าปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลประกอบด้วย

๑.๑ การซักประวัติโรคประจำตัว และตรวจร่างกาย รวมถึงจัดทำประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์

๑.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยา

- ภาพถ่ายรังสีวิทยาทรวงอก

- การตรวจทางโลหิตวิทยา เคมีคลินิก และการตรวจปัสสาวะ

- การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และภูมิคุ้มกัน (anti-HBs Ab)

- การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรคคางทูม (Mumps IgG) หัด (Measles IgG) และหัดเยอรมัน

(Rubella IgG)

- การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อสุกใส (Varicella IgG) หากไม่เคยได้รับวัคซีน ซึ่งหากได้รับวัคซีนแล้ว จะต้องมีการรับรองหรือหลักฐานแนบ

- การตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคพิจารณาตามแนวทางข้อ ๓

๑.๓ ใบบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (Tdap) ภายใน ๑๐ ปี

๑.๔ การประเมินผลการตรวจ

- หากพบความผิดปกติ หรือมีโรคประจำตัว พิจารณาส่งพบแพทย์ตามความเหมาะสม

- พิจารณาการรับวัคซีนตามแนวทางข้อ ๒

๒. การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคก่อนเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

แนะนำให้บุคลากรรับวัคซีนต่อไปนี้ทุกคน หากไม่ได้มีประวัติการแพ้วัคซีนหรือไม่ได้มีข้อห้ามในการรับวัคซีน โดยพิจารณาตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

วัคซีน	กลุ่มที่แนะนำให้รับวัคซีน	กลุ่มที่ไม่ต้องรับวัคซีน
Influenza vaccine	ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ล่าสุด หรือได้รับวัคซีนเกินกว่า ๑ ปี	ผู้ที่มีข้อห้ามในการได้รับวัคซีน
Hepatitis B vaccine	ผู้ที่มีผล anti-HBs Ab และ HBs Ag เป็นลบ	- ผล anti-HBs Ab เป็นบวก - ผล HBsAg เป็นบวก
MMR	ผู้ที่มีผล Mumps IgG, Measles IgG, Rubella IgG อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นลบ	ผู้ที่มีข้อห้ามในการได้รับวัคซีน
Varicella vaccine	ผู้ที่มีผล Varicella IgG เป็นลบและยังไม่เคยฉีดวัคซีน หรือฉีดยังไม่ครบ 2 เข็ม	- ผู้ที่มีข้อห้ามในการฉีดวัคซีน - ผู้ที่มีผล Varicella IgG เป็นบวก - ผู้ที่มีหลักฐานว่าได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็ม
Tdap	ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติได้รับวัคซีน Tdap ภายใน 10 ปี	ผู้ที่มีข้อห้ามในการได้รับวัคซีน

๓. การเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรค

๓.๑ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางรังสีวิทยาทรวงอกก่อนเข้าปฏิบัติงาน เพื่อตรวจหาวัณโรค (active tuberculosis)

๓.๒ หากภาพรังสีวิทยาปกติ พิจารณาตรวจ tuberculin skin test (TST)

๓.๓ การแปลผล TST และแนวทางปฏิบัติ

๓.๓.๑ หากผล TST เป็นบวก แสดงว่าเคยรับเชื้อวัณโรค (latent tuberculosis infection; LTBI) ให้เฝ้าระวังการป่วยเป็นวัณโรคและป้องกันการรับเชื้อใหม่ โดยตรวจร่างกายและส่งตรวจภาพรังสีทรวงอกทุก ๑ ปี

๓.๓.๒ หากผล TST เป็นลบ ให้ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ (two-step test)

๓.๓.๒.๑ หากผลเป็นบวก แสดงว่าเป็น boosted reaction ให้วินิจฉัยเป็น LTBI ให้ดำเนินการตามข้อ ๓.๓.๑

๓.๓.๒.๒ หากผลเป็นลบ แสดงว่ายังไม่เคยรับเชื้อวัณโรคและไม่มีภูมิคุ้มกัน ให้เฝ้าระวังและทดสอบ tuberculin ซ้ำอีก ๑ ปี หากผลภายหลังเป็นบวก (tuberculin conversion) แสดงว่ามีการรับเชื้อใหม่ในช่วง ๑ ปี ถ้าตรวจร่างกายแล้วไม่พบการป่วยเป็นวัณโรค อาจพิจารณาให้ยาป้องกันวัณโรคตามความเหมาะสมเฉพาะราย (optional)

๔. การประเมินและจัดการสุขภาพของบุคลากรหลังปฏิบัติงาน
 - ๔.๑ จัดทำประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคลากรแต่ละราย
 - ๔.๒ ส่งตรวจภาพรังสีวิทยาทรวงอกเป็นประจำทุกปี
 - ๔.๓ จัดฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ล่าสุดเป็นประจำทุกปี
 - ๔.๔ บุคลากรที่ป่วยด้วยอาการที่อาจเป็นโรคติดต่อให้รายงานต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบประกอบด้วย ใช้ออกผื่น หรือไอเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

๑. ชมรมป้องกันโรคติดต่อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อในบุคลากรทางการแพทย์. สถาบันบำราศนราดูร, กรกฎาคม ๒๕๕๙.
๒. Jensen PA, Lambert LA, Iademarco MF, Ridzon R. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2005;54(RR-17): 1-141.

การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง

การใส่ อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย
สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง

ล้างมือ

- LEG COVER 1**
สวม LEG COVER
- COVERALL 2**
สวม COVERALL
คัดชิป
ยังไม่ต้องสวมชุด
- BOOT 3**
สวม BOOT
HAND RUB
- N95 MASK 4**
สวม N95 ใช้นิ้วเกี่ยวสายรัดอยู่ที่หลังมือ
จัด N95 เป็นรูปตา
ใช้สายรัดอยู่ด้านบน
ประกบเข้ากับใบหน้า
สายรัดสอดเข้าไปในสายรัดด้านหลังอย่าง
- GOGGLE 5**
สวม GOGGLE
- HEAD COVER 6**
สวมหมวกคลุมใบหู ทั้ง 2 ข้าง
เก็บไว้เสมอ
ให้เรียบร้อย
ดึงเชือกคลุมศีรษะ
- GLOVES 1 7**
สวมถุงมือ STERILE
ดึงถุงมือให้คลุมข้อมแขน COVERALL
- GOWN 8**
คล้องเสื้อกาวน์บริเวณคอ
สอดแขนเข้าในเสื้อกาวน์
ผูกเชือกที่เอวไว้ด้านหลัง
- GLOVES 2 9**
สวมถุงมือ DISPOSABLE
ดึงถุงมือให้คลุมข้อมแขนเสื้อกาวน์
- FACE SHIELD 10**
สวม FACE SHIELD

FIT CHECK
เป็นการตรวจสอบความเหมาะสมของการใส่หน้ากากชนิด N95 ซึ่งต้องทำทุกครั้งที่สวมหน้ากาก โดยใช้นิ้วทั้งสองข้างบีบขอบหน้ากาก แล้วหายใจออกแรงกว่าปกติเล็กน้อย หากหน้ากากแนบสนิทดี จะไม่มีความรู้สึกอากาศจากหน้ากาก ถ้ามีอาการควรรีบออกห่างของหน้ากาก ให้ปรับสีความถี่การจับหรือปรับขนาดของหน้ากากใหม่ จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

FIT CHECK
ดึงที่ครอบให้สัมผัสกับ N95 ใช้นิ้วกดตรง

แผนกควบคุมโรคติดต่อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง



การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง

GOWN
1

จับช่วงเอวด้านหน้าของเสื้อกาวน์



กรงอกออกจากด้านหลังลำตัว



ถอดกาวน์เราที่ใต้คอนกาชู่มือไว้เหนือ



GLOVE 2
2

ถอดกาวน์มือพร้อมทั้งข้อมือ แล้วทิ้งลงในถังขยะ-ติดเชื้อ



FACE SHIELD
3

แกะด้านข้าง ฝั่งด้านนอกของ FACE SHIELD



เพื่อนอกทางด้านบนของศีรษะ



COVERALL
4

ไต่ตะขอยึดจากลำตัวขึ้นบน



ระหวางไม่ให้สัมผัสสิ่งปนเปื้อนทาง



รูติบิลคอด้านข้าง



ถอดชุดออกทางด้านบนศีรษะ



ถอด COVERALL ออกจากใต้ 2 ข้าง



นำรทปนลงถัง



GLOVE 1
5

ถอด COVERALL ออกพร้อมข้อมือ



ตากข้อมือไว้กับชุด COVERALL



BOOT
6

ใช้ด้านในของชุด COVERALL จับ BOOT ไว้



ถอด COVERALL ออกพร้อม BOOT



HAND RUB



LEG COVER
7

สอดข้อมือ 2 ข้าง เข้าด้านในของ LEG COVER



ก้าวออกเล็กน้อย แล้วถอดออกทางปลายเท้า



ทิ้งขยะ-ติดเชื้อ



HAND RUB



HEADCOVER
8

สอดข้อมือ 2 ข้าง เข้าด้านในของ หมวกคลุมผม



ค่อย ๆ ถอดออก ระวังไม่ให้สัมผัส



ด้านนอกของ หมวกคลุมผม



HAND RUB



GOGGLE
9

แกะด้านข้าง ฝั่งด้านนอกของแว่นตา



ถอดออกทางด้านหน้าในแนวตรง



HAND RUB



N95 MASK
10

ถอดสายคล้องออกทางด้านบนศีรษะ



ใช้วิธีดึงสายคล้องไว้ทางด้านหน้า



ถอดสายบนออกทางด้านบนศีรษะ



ใช้ข้อมือถือข้าง ด้านสายบนไว้ แล้วประคอง N95 ออกจากที่หน้า



ล้างมือด้วยน้ำสะอาด-สบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ



หน่วยควบคุมโรคติดต่อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดชพ.อ.

การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบ contact precaution และ droplet precaution

การใส่ PPE 5 ชั้น สำหรับการดูแลผู้ป่วย แบบ Contact Precautions + Droplet Precautions

ล้างมือ



1. SURGICAL MASK






คล้องสายบริเวณหู กดถลอกตาให้พอดีกับสันจมูก ดึงหน้ากากให้คลุมคาง

2. กาวน์กันขาว






สอดแขนเข้าในเสื้อ ผูกเชือกบริเวณคอ ผูกเชือกบริเวณเอวไว้ด้านหลัง

3. หมวกคลุมผม





สวมหมวกให้คลุมศีรษะและใบหูสองข้าง เก็บไรผมเข้าในหมวกให้เรียบร้อย

4. FACE SHIELD





สวม FACE SHIELD ให้กระชับศีรษะ จับให้คลุมใบหน้าด้านข้างเท่าๆกันทั้งสองด้าน

5. ถุงมือ




สวมถุงมือทั้งสองข้าง โดยให้ถุงมือนิดคลุมข้อมือเล็กน้อย



สแกนเพื่อดูวิดีโอ

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดช ๒๐.

ผนวก ฉ

ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

อ้างอิงตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของแพทยสภา และแนวทางปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (MR-QP-008)

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ข้อมูลที่ต้องมีบันทึกในเวชระเบียน ได้แก่

- อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
- สัญญาณชีพ (vital sign)
- ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา
- ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงจำนวนและชนิดของยา
- ในกรณีมีการทำหัตถการควรบันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ ใบบินยอมของผู้ป่วย หรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อบ่งชี้หรือความจำเป็น ขั้นตอน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการนั้น
- คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

๑. ใบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (In patient summary) จะต้องมีข้อมูลต่อไปนี้

๑.๑ การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis)

หมายถึง โรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือเข้ารับการรักษาครั้งนั้น ซึ่งจะต้องถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น
- การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (final diagnosis) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยแรกรับ (provisional diagnosis)
- ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นภายหลัง ถึงแม้โรคแทรกนั้นจะทำให้สูญเสียทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าก็ตาม
- กรณีมีผู้ป่วยมีโรคมมากกว่า ๑ โรคปรากฏพร้อมกันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก
- หากรักษาโรคเหล่านั้นพร้อมกัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก
- หากโรคมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

- กรณีที่ไม่สามารถระบุวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดได้จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย (ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยเองโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือผู้ป่วยเสียชีวิตโดยยังวินิจฉัยโรคไม่ได้ หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น) ให้บันทึกอาการ (symptom) หรืออาการแสดง (sign) หรือกลุ่มอาการที่สำคัญเป็นการวินิจฉัยหลัก

๑.๒ การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity)

หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- เป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก มีโรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง
- เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น หรือต้องทำการรักษาเพิ่มเติม

- การบันทึกวินิจฉัยโรคร่วม สามารถบันทึกได้มากกว่า ๑ โรค โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุด

๑.๓ การวินิจฉัยโรคแทรก (complication)

หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- เป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลังไม่เกิดขึ้นก่อน หรือไม่เกิดพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก เป็นโรคที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

- เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการ ระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น

- อาจเป็นโรคต่างระบบกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลัก

- แพทย์สามารถบันทึกโรคแทรกได้มากกว่า ๑ โรค

๑.๔ การวินิจฉัยโรคอื่น (other diagnosis)

หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

๑.๕ การวินิจฉัยสาเหตุภายนอก (external cause of injury and poisoning)

หมายถึง สาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย หรือฆ่าตัวตาย โดยต้องบอกกลไกการบาดเจ็บอย่างละเอียด เช่น บรรยายว่าเป็นอะไร ที่ไหน ขณะทำอะไรอยู่ เป็นต้น

๑.๖ การผ่าตัดและหัตถการนอกห้องผ่าตัด (ถ้ามี)

หมายถึง หัตถการที่กระทำต่อผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงกรณีที่โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการที่หน่วยบริการอื่นและโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น โดยจะต้องระบุรายละเอียด อวัยวะ ตำแหน่ง ข้างที่ทำ ครั้งที่ทำ วันเวลาที่ทำ และต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน

๑.๗ การสรุปการรักษาในโรงพยาบาล (clinical summary)

หมายถึง การสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับ การวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค การรักษา ผลการรักษา รวมทั้งแผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยโดยย่อ

๑.๘ สถานภาพและประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge status/type)

หมายถึง สถานภาพผู้ป่วยขณะจำหน่าย/ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (เลขหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติและต้องเป็นตัวเลข standard ที่ใช้อยู่)

Discharge status:	๑	หมายถึง	complete recovery
	๒	หมายถึง	improved
	๓	หมายถึง	not improved
	๔	หมายถึง	normal delivery
	๕	หมายถึง	un-delivery
	๖	หมายถึง	normal child discharged with mother
	๗	หมายถึง	normal child discharged separately
	๘	หมายถึง	stillbirths
	๙	หมายถึง	dead
Discharge type:	๑	หมายถึง	with approval
	๒	หมายถึง	against advice
	๓	หมายถึง	by escape
	๔	หมายถึง	by transfer
	๕	หมายถึง	other (specify)
	๖	หมายถึง	dead, autopsy
	๗	หมายถึง	dead, no autopsy

- เมื่อแพทย์สรุปการรักษาในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล (BHIS) แล้ว จะต้องพิมพ์ใบสรุปการรักษา พร้อมทั้งลงลายมือชื่อและเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในช่อง attending physician & license ทุกครั้ง
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะต้องออกหนังสือรับรองการเสียชีวิต (Medical certificate of cause of death) พร้อมทั้งลงลายมือชื่อ และวันที่ที่ออกหนังสือรับรองทุกครั้ง

๒. การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย (discharge summary)

การสรุปจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรายละเอียดครบถ้วน จะเป็นประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการ ซึ่งข้อมูลที่ต้องมี ประกอบด้วย

- ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (echocardiography) เป็นต้น
- การผ่าตัด สิ่งที่พบจากการผ่าตัด และผลการผ่าตัด
- การดำเนินโรคในโรงพยาบาล (hospital course) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน และการรักษาสำคัญที่ให้ระหว่างการรักษาภายในโรงพยาบาล
- ยาหรือเวชภัณฑ์ที่ให้เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย
- การนัดตรวจติดตามผู้ป่วย
- การวินิจฉัยโรค และหัตถการ
- ลายมือชื่อแพทย์ผู้สรุปจำหน่ายผู้ป่วย

หมายเหตุ

การสรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- แพทย์ควรสรุปเวชระเบียนให้เรียบร้อยทันทีที่จำหน่ายผู้ป่วย หรืออย่างช้าไม่ควรเกิน ๓ วันทำการ
- แฟ้มเวชระเบียนจะอยู่ที่หอผู้ป่วยเป็นเวลา ๗ วัน จากนั้นจะอยู่ที่ห้องเวชระเบียน ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ หากแพทย์ไม่สามารถสรุปเวชระเบียนได้ตามที่กำหนด จะต้องทำการสรุปที่ห้องเวชระเบียนภายใน ๑๐ วันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย

*ห้ามนำแฟ้มเวชระเบียนออกมาสรุปรนออกห้องเวชระเบียน

เวลาทำการของห้องเวชระเบียน

- วันจันทร์ -ศุกร์ เวลา ๘.๐๐ - ๑๙.๐๐ น.
- วันหยุดราชการ เวลา ๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๓. ใบยินยอมการรักษา การทำหัตถการ และการผ่าตัด (informed consent form)

- เมื่อรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรต้องอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องรับไว้ทำการรักษาและการวินิจฉัยเบื้องต้นให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย
- หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด การตรวจพิเศษ/การทำหัตถการ แพทย์จะต้องอธิบายแผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลของโรค การทำผ่าตัด การตรวจพิเศษ/การทำหัตถการ รวมถึงความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียง หรือผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง และทางเลือกแก่ผู้ป่วยทุกราย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย
- เมื่อผู้ป่วยและญาติยินยอม ให้ลงลายมือชื่อไว้ในช่องผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจทำการแทน
- หากผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม ต้องลงลายมือชื่อไว้ในช่องแพทย์ผู้ให้คำอธิบายในหนังสือแสดง ความไม่ยินยอมรับการตรวจรักษา การทำหัตถการ และ/หรือรับการผ่าตัด

๔. ใบบันทึกประวัติ (medical history report) ประกอบด้วย

- อาการสำคัญ (chief complaint): อาการหรือปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness): ต้องให้ครอบคลุมประเด็น what, where, when, why, who, how, how many รวมทั้งการรักษาที่ได้รับมาก่อน
- ประวัติเจ็บป่วยในอดีต (past illness) ที่สำคัญ มีความเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ หรือ สอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- ประวัติอื่น ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติส่วนบุคคล ประวัติทางสังคม ประวัติประจำเดือน/การคุมกำเนิด/การตั้งครรภ์ (กรณีผู้ป่วยเพศหญิง) พัฒนาการการเจริญเติบโต และประวัติการได้รับวัคซีน (กรณีผู้ป่วยเด็ก) และประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง
- Review of system ในทุกระบบตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า
- ระบุแหล่งที่มา และความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- ลายมือชื่อแพทย์ และรหัสแพทย์ที่สามารถสื่อถึงแพทย์เจ้าของลายมือชื่อได้

๕. ใบบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับ (physical examination report) ประกอบด้วย

- บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต อย่างครบถ้วน
- กรณีเด็กอายุ ๐ – ๓ ปี ให้บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ เป็นอย่างน้อย สำหรับความดันโลหิต ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ตรวจร่างกายในตำแหน่งที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับอาการสำคัญที่มาพบแพทย์โดยละเอียด
- ตรวจร่างกายทุกระบบ โดยใช้การดู คลำ เคาะ และฟัง
- สรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ
- ระบุเหตุผลในการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (indication for admission)
- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่ตรวจร่างกาย

๖. ใบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วย (progress note)

- บันทึกรายงานการติดตามผู้ป่วยทุกวันในช่วง ๓ วันแรก และบันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ/การรักษา/เปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/ปรึกษาระหว่างแผนก หรือได้รับผลการตรวจที่สำคัญ เช่น ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการเพาะเชื้อ หรือเมื่อมีการทำหัตถการ/การผ่าตัด รวมทั้งการงดหรือเลื่อนทำผ่าตัดหรือหัตถการด้วย
- ควรบันทึกในรูปแบบ SOAP (subjective, objective, assess, plan)

๗. ใบสั่งการรักษา มีข้อปฏิบัติ ดังนี้

- แพทย์ควรเขียนคำสั่งการรักษาด้วยตนเอง
- ไม่ควรสั่งการรักษาด้วยวาจา

หากมีความจำเป็นที่ต้องสั่งการรักษาด้วยวาจา แพทย์จะต้องเขียนคำสั่งรักษาภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากมีการสั่งการรักษาด้วยวาจา

- แพทย์ควรเขียนคำสั่งให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล
- แพทย์ผู้สั่งการรักษาจะต้องลงลายชื่อ พร้อมทั้งวัน เวลาที่สั่งทุกครั้ง
- กรณีที่ต้องการยกเลิกคำสั่งการรักษาเดิม (off order)
- เขียน “off” หลังคำสั่งการรักษาเดิม พร้อมลงลายมือชื่อ และวัน เวลาที่ยกเลิกการรักษา
- เขียน “off คำสั่งการรักษาที่ต้องการ” ในช่องคำสั่งต่อเนื่องพร้อมลงลายมือชื่อ และวัน เวลาที่

ยกเลิกการรักษา

๘. ใบรายงานการผ่าตัด (operation report)/รายงานการทำหัตถการ มีข้อปฏิบัติ ดังนี้

- ลงชื่อ-สกุลของผู้ป่วย ชื่อการผ่าตัด/หัตถการ ระบุตำแหน่ง ข้าง วิธีที่ใช้ระดับความรู้สึก วัน เวลาที่เริ่มและสิ้นสุดในการผ่าตัด/หัตถการ ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด/ทำหัตถการ ชื่อผู้ช่วยและชื่อพยาบาลที่เข้าร่วม

- ลงรายละเอียดวิธีการผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด

- การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด (pre-operative diagnosis): ให้ระบุชื่อโรคหรือภาวะ
- การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด (post-operative diagnosis): ให้ระบุชื่อโรค ห้ามใช้คำว่า “same”

๙. ใบบันทึกขอคำปรึกษา/ใบตอบรับการปรึกษา (consultation form)

- แพทย์ผู้ขอคำปรึกษาต้องระบุข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้ให้ไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งระบุเหตุผลที่ขอปรึกษา และระบุความเร่งด่วน

- แพทย์ผู้รับปรึกษาต้องบันทึกผลการซักประวัติ ผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ปรึกษาตามแนวทางการซักประวัติและตรวจร่างกาย พร้อมทั้งให้ความเห็นในเรื่องการวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ(ถ้ามี) และแนวทางการรักษา

- แพทย์ผู้ขอคำปรึกษาและแพทย์ผู้รับปรึกษาจะต้องร่วมกันบันทึกแผนการดูรักษา และกำหนดความถี่ในการตรวจติดตามซ้ำ บันทึกผลการติดตามการตอบสนองต่อการดูแล ผลลัพธ์ของการดูแล วันเวลาที่จำหน่าย การส่งต่อ (ถ้ามี)

๑๐. หนังสือรับรองการตาย (ทร.๔/๑)

- กรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แพทย์เวรที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตาย ยกเว้นผู้ป่วยคดี จะมีแพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ออกใบรับรองให้

- โรคที่เป็นสาเหตุการตายต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ โดยบันทึกลำดับเหตุการณ์ของโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรก โรคแทรกที่เกิดขึ้นจนถึงโรคสุดท้าย โดยบันทึกโรคหรือกลไกการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเริ่มแรกไว้ในบรรทัดล่างสุด

- ไม่ควรใช้ mode of death หรือ principal diagnosis เป็นสาเหตุการตาย
- โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่องสาเหตุการตายในใบมรณะบัตร จะต้องเขียนเป็นภาษาไทย
- ถ้าผู้เสียชีวิตเป็นสตรีต้องระบุเรื่องภาวะตั้งครรภ์

การบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับงานเวชระเบียน

- เมื่อต้องการแก้ไขข้อความในเวชระเบียนให้ใช้วิธีขีดฆ่าข้อความที่ผิดแล้วเขียนข้อความใหม่ที่ถูกต้อง และลงนามผู้แก้ไขตลอดจนวันเวลาที่แก้ไข ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดป้ายข้อความแล้วเขียนทับ
- ในการเขียนหรือบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ในเวชระเบียน จะต้องมีการลงนามกำกับแนบท้าย
- แพทย์ควรบันทึกคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยทั้งด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน
- หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำที่ไม่เหมาะสม หรืออาจเป็นการหมิ่นประมาทผู้ป่วยในการบันทึกเวชระเบียน
- แพทย์จะต้องเป็นผู้เขียนหรือบันทึกใบขอส่งตรวจ/ใบขอคำปรึกษาด้วยตนเอง และต้องอ่านผลการตรวจ/ผลการปรึกษาเมื่อได้รับคำตอบก่อนนำเข้าเก็บในเวชระเบียน

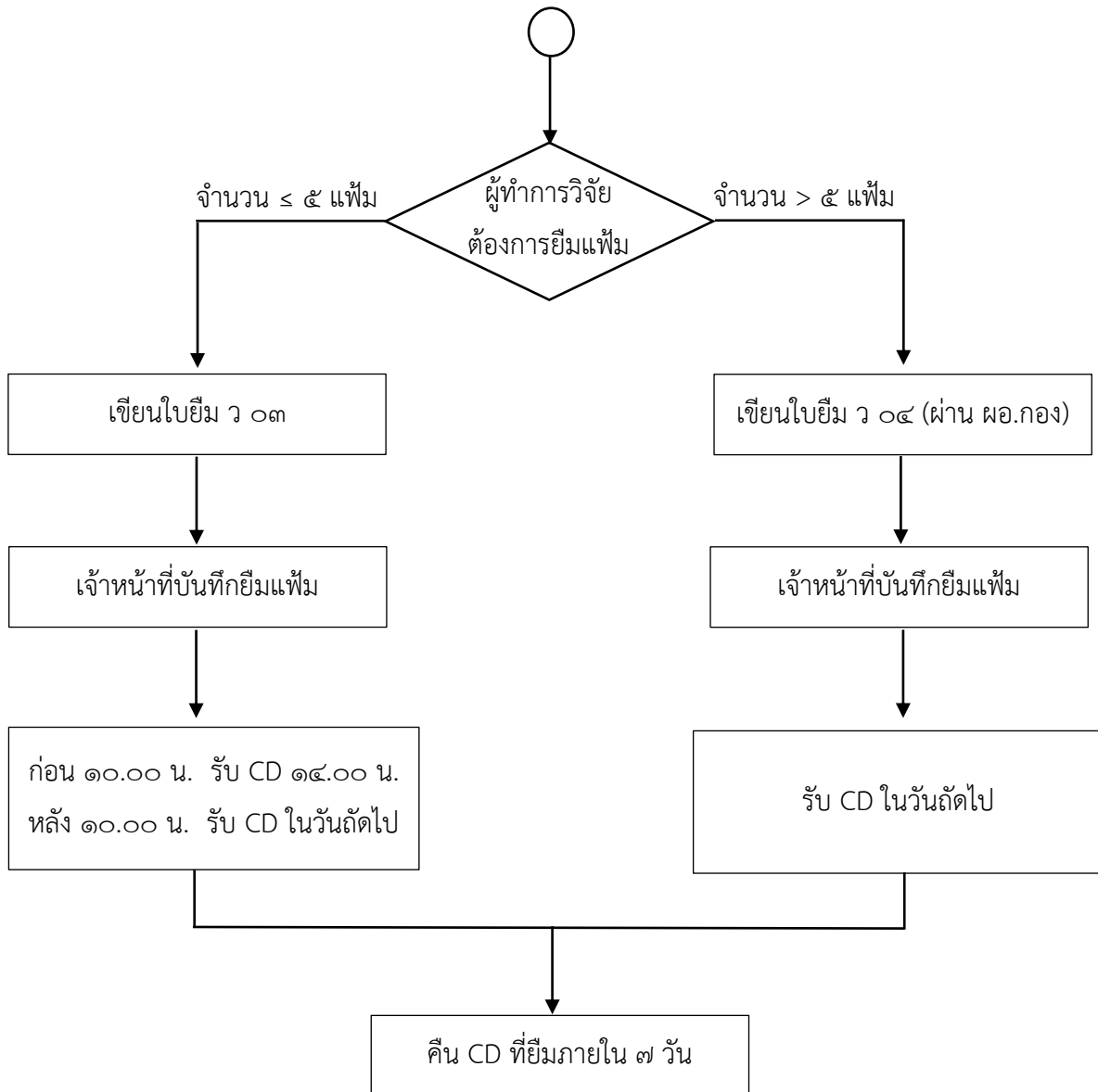
การขอยืมแฟ้มเวชระเบียน

- กรณีต้องการทำวิจัยหรือการศึกษา ผู้ขอยืมจะต้องกรอกแบบฟอร์มใบยืม ว.๐๓ (ยืมไม่เกิน ๔ แฟ้ม) หรือ ว.๐๔ (ยืมมากกว่า ๔ แฟ้ม) เพื่อยื่นขอยืมแฟ้มที่ห้องทะเบียนเวชสถิติชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าในเวลาราชการ

ล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ วัน

- หากจำเป็นต้องใช้แฟ้มเวชระเบียนมากกว่า ๕ แฟ้ม ต้องทำเรื่องขออนุญาตจาก ผอ.กองต้นสังกัดก่อน
- การขอยืมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้ยืมได้เฉพาะแฟ้มที่สรุปเรียบร้อยและผ่านขั้นตอนของทางเวชระเบียนเรียบร้อยแล้ว
- ระบุชื่อ – นามสกุล HN และ AN ครั้งที่ต้องการยืมให้ชัดเจน
- แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในขอยืมได้ครั้งละ ๑๕ แฟ้ม ส่งคืนภายใน ๗ วันหากมีความจำเป็นต้องใช้ต่อ ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- แฟ้มผู้ป่วยนอก ยืมได้ครั้งละ ๕๐ แฟ้ม ส่งคืนภายใน ๓ วันหากมีความจำเป็นต้องใช้ต่อต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- ห้ามนำเอกสารในแฟ้มเวชระเบียนออกนอกแฟ้มหรือดึงออกจากแฟ้ม เนื่องจากแฟ้มได้ถูกเรียงไว้ตามมาตรฐาน ของการจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียนแล้ว

ขั้นตอนการยืมเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อการศึกษาวิจัย



ผนวก ข

แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ตั้งอยู่ที่ชั้น ๑ อาคารคุ้มเกล้าฯ ให้บริการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง รวมทั้งเตรียมแผนรับอุบัติเหตุภัยกลุ่มชน โดยมีพื้นที่ให้บริการ ๓ ส่วน ได้แก่

๑. แผนกฉุกเฉิน ประกอบด้วย

- ๑.๑ ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation room) สำหรับผู้ป่วย PUI และ non-PUI ซึ่งแยกส่วนกัน
- ๑.๒ พื้นที่รับผู้ป่วยใหม่ (active area)
- ๑.๓ พื้นที่ผู้ป่วยสังเกตอาการและผู้ป่วยที่รอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะสาขา
- ๑.๔ ห้องตรวจภายใน
- ๑.๕ ห้องสังเกตอาการสำหรับข้าราชการและครอบครัวกองทัพอากาศ
- ๑.๖ ห้องสังเกตอาการสำหรับข้าราชการชั้นนายพล

๒. แผนกอุบัติเหตุ ประกอบด้วย พื้นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และพื้นที่สังเกตอาการผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ

๓. พื้นที่ส่วนอื่น ได้แก่ จุดคัดกรองผู้ป่วย และหน่วยกู้ชีพคุ้มเกล้า

หมายเหตุ เนื่องจากขณะนี้มีการปรับปรุงพื้นที่ของโรงพยาบาล จึงมีการปรับเปลี่ยนพื้นที่ให้บริการบางส่วน

การจัดแพทย์ปฏิบัติงาน

แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็น

๑. แพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งจะมีการจัดเวร ๓ ผลัดต่อวัน ผลัดละ ๘ ชั่วโมง เป็นประจำทุกวัน
๒. แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะทาง ปฏิบัติหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะสาขาเมื่อได้รับคำขอปรึกษา โดยจะมีการจัดเวรตามแต่ละหน่วยงานที่สังกัดนั้น
๓. แพทย์หมุนเวียนเวรห้องฉุกเฉิน คือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๒๔.๐๐ น. ของทุกวัน

ข้อควรจำในการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑. ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถือเป็น “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ตามระบบคัดกรอง Bhumibol Adulyadej Hospital Triage (BAHT)
๒. แพทย์จะต้องนึกถึงภาวะที่มีความรุนแรงที่สุดของอาการนำของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และควรตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งจะต้องบำบัดอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารับบริการให้ดีขึ้นก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
๓. หากพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วย แพทย์ทุกท่านสามารถให้การรักษาระยะดังกล่าวร่วมกับโรคหลัก และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม

หน้าที่แพทย์หมุนเวียนห้องฉุกเฉิน

โรงพยาบาลจัดให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ในสาขาต่าง ๆ ปฏิบัติงานเป็นแพทย์หมุนเวียนห้องฉุกเฉินใน
ช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๒๔.๐๐ น. ของทุกวัน ซึ่งแพทย์แต่ละคนจะมีเวรเฉลี่ย ๑ - ๒ ครั้งต่อเดือน โดยมีข้อปฏิบัติ ดังนี้

๑. แพทย์หมุนเวียนห้องฉุกเฉินมีหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่นอนสังเกตอาการ
ร่วมกับแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
๒. แพทย์หมุนเวียนห้องฉุกเฉินจะต้องขึ้นปฏิบัติงานในเวลา ๑๖.๐๐ น. และลงเวรไม่เร็วกว่า ๒๔.๐๐ น.
๓. **ไม่อนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านอยู่ควบเวรกับเวรแผนกอื่น**
๔. กรณีแพทย์ประจำบ้านแลกวร จะต้องแจ้งแพทย์อาวุโสในเวรนั้นทราบก่อนที่จะขึ้นปฏิบัติงานทุกครั้ง
๕. กรณีแพทย์ประจำบ้านไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานโดยไม่มีเหตุอันควร จะถูกงดค่าเวรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานและ
จะต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติมในเวรของเดือนถัดไป
๖. แพทย์หมุนเวียนห้องฉุกเฉิน ควรแต่งกายสุภาพเหมาะสมกับวิชาชีพแพทย์ โดยไม่ควรสวมเสื้อยืด
กางเกงยีนส์ หรือรองเท้าแตะ และหากไม่ได้สวมชุดปฏิบัติงานเฉพาะแต่ละแผนก แพทย์ควรสวมเสื้อกาวน์ทับชุดที่
สวมอยู่ทุกครั้ง

การตรวจผู้ป่วยใหม่และการสั่งการรักษา

๑. การคัดกรองผู้ป่วย

พยาบาลในจุดคัดกรองจะทำการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ทุกราย โดยใช้ใบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางของ
“Bhumibol Adulyadej Hospital Triage” (BAHT) ซึ่งแบ่งเป็น ๕ ระดับตามความรุนแรงและความจำเป็น
ในการพบแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่

- | | |
|--------------------|---|
| BAHT 1 (สีแดงเข้ม) | ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต จะต้องดูแลทันที |
| BAHT 2 (สีแดงอ่อน) | ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติทั่วไป จะต้องดูแลทันทีที่สามารถทำได้ |
| BAHT 3 (สีเหลือง) | ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน สามารถดูแลในลำดับหลังระดับ BAHT1 และ 2 |
| BAHT 4 (สีเขียว) | ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถดูแลในลำดับหลังระดับ BAHT3 |
| BAHT 5 (สีขาว) | ผู้ป่วยทั่วไป สามารถดูแลลำดับหลังระดับ BAHT4 หรือรักษาที่แผนกอื่น |

๒. ในการระบุตัวบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวหรือไม่ทราบชื่อและไม่มีญาติ ผู้บันทึกจะต้องระบุเพศ
วัย ความพิการ ลักษณะเสื้อผ้าที่สวมใส่ แทนชื่อผู้ป่วยก่อนที่จะสามารถระบุชื่อผู้ป่วยได้ชัดเจน

๓. แพทย์ทุกท่านควรแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งจะต้องขานชื่อหรือตรวจสอบชื่อผู้ป่วยทุก
ครั้งก่อนการตรวจรักษาหรือการทำหัตถการ เพื่อป้องกันความผิดพลาดด้านบุคคลที่อาจเกิดขึ้นได้

๔. ในการซักประวัติครั้งแรก อาจต้องให้ญาติผู้ป่วย (ถ้ามี) อยู่ร่วมด้วย เพื่อให้ได้ประวัติที่ละเอียด
รวมทั้งเพื่อที่จะดำเนินการส่งตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา

๕. การบันทึกแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ๕.๑ วันและเวลาที่ตรวจ
- ๕.๒ ประวัติ สัญญาณชีพ ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญทั้งที่เป็น positive และ negative findings
- ๕.๓ ขนาด รูปร่าง และตำแหน่งของบาดแผลในร่างกาย (ถ้ามี)

- ๕.๔ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
- ๕.๕ การสั่งการรักษา
- ๕.๖ การส่งปรึกษา และการตอบรับคำปรึกษา
- ๕.๗ ลายมือชื่อ และรหัสแพทย์

๖. แพทย์จะต้องบันทึกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยาด้วยตนเอง จากนั้นส่งให้พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนส่งให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อแผนกการเงินเพื่อบันทึกค่าใช้จ่าย
๗. แพทย์จะต้องเขียนใบสั่งยาด้วยตนเอง และให้พยาบาลตรวจสอบก่อนที่จะให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อห้องจ่ายยา สำหรับการสั่งยาคอมหรือสารเสพติดจะต้องแยกจากใบสั่งยาอื่น และต้องแนบใบ บจ ๘ หรือใบการใช้สารเสพติดด้วย
๘. ผู้ป่วยทุกรายที่จะรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน จะต้องมีภาพรังสีวิทยาทรงอกด้วยทุกครั้ง

ข้อพึงระวังในการปฏิบัติงาน

๑. ในการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกราย แพทย์และพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ด้วยการใช้นามกันเตียงผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน รวมทั้งพึงระวังในการตรวจผู้ป่วยเพศตรงข้ามโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิง โดยควรมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยที่เป็นเพศหญิงอยู่ในบริเวณที่ตรวจรักษา
๒. เมื่อให้การตรวจรักษาผู้ป่วยเสร็จสิ้น ควรยกที่กันเตียงผู้ป่วยขึ้นทุกครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช
๓. ในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านการวางแผนการรักษา การสั่งการรักษา การติดต่อญาติ การทำหัตถการ หรือการปฏิบัติอื่นใดต่อผู้ป่วย ควรแจ้งให้พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (พยาบาล in-charge หรือ พยาบาล observe) ทราบทุกครั้ง เพื่อป้องกันความล่าช้าในการให้การรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
๔. แพทย์และพยาบาลควรติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมทั้งควรติดตามว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกต้องและเหมาะสมตามที่แพทย์ได้สั่งการรักษาหรือไม่
๕. แพทย์และพยาบาลพึงระวังภาวะ **“Heat-related injury”** ในผู้ป่วยที่เป็นทหารที่อยู่ระหว่างฝึก
๖. แพทย์ควรปรึกษาอาจารย์แพทย์แผนกฉุกเฉินหรือแพทย์เฉพาะสาขา ในกรณีที่ต้องการความเห็นเพิ่มเติม หรือพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที
๗. พึงระมัดระวังเรื่องการพูดคุยหยอกล้อระหว่างปฏิบัติงาน รวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในขณะที่ปฏิบัติงาน และห้ามรับประทานขนมหรืออาหารภายในพื้นที่ปฏิบัติงาน

การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (Consultation)

๑. แพทย์ที่จะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจะต้องบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจที่จำเป็นตามแนวทางการปรึกษาระหว่างแผนกก่อนที่จะปรึกษาทุกครั้ง ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินที่สามารถปรึกษาทางโทรศัพท์แล้วมาบันทึกในภายหลัง ซึ่งได้แก่
 - ผู้ป่วยอุบัติเหตุ code M ที่ต้องปรึกษาทีมศัลยแพทย์สาขาต่าง ๆ

- ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) และมีอาการตกเลือดในช่องท้อง
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง (severe pre-eclampsia)

๒. กรณีผู้ป่วยถูกล้วงละเมิดทางเพศหรือถูกข่มขืน ควรมีการบันทึกภายนอกให้เรียบร้อย จากนั้นจึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อตรวจหาร่องรอยการถูกล้วงละเมิดทางเพศ โดยหากเป็นผู้ป่วยเพศหญิงให้ปรึกษาแพทย์แผนกสูตินรีเวชกรรม และผู้ป่วยเพศชายให้ปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรม

๓. กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี hand injury หรือ spine injury หากเป็นวันเลขคู่ให้ปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรม และหากเป็นวันเลขคี่ให้ปรึกษาแพทย์แผนกออร์โธปิดิกส์

๔. กรณีเป็นผู้ป่วยคดี ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยที่มีประวัติการทะเลาะวิวาท ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย หรือผู้ป่วยถูกล้วงละเมิดทางเพศ แพทย์จะต้องบันทึกตำแหน่งและลักษณะของบาดแผลโดยละเอียด และออกใบนัดแพทย์แผนกนิติเวชทุกครั้งเพื่อดำเนินการด้านคดี

๕. หากแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาว่าผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงระหว่างการเคลื่อนย้ายเพื่อเป็นผู้ป่วยใน ควรแจ้งแพทย์เวรเฉพาะสาขานั้น

การปฏิบัติงานในพื้นที่ผู้ป่วยสังเกตอาการ

๑. ผู้ป่วยสังเกตอาการ หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้สังเกตอาการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง และผู้ป่วยที่รอ admit

๒. ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่สังเกตอาการ จะต้องเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป หากเป็นผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีที่จำเป็นจะต้องปรึกษาแผนกกุมารเวชกรรมและต้องสังเกตอาการ จะต้อง admit ผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเท่านั้น

๓. การจำแนกผู้ป่วยในพื้นที่สังเกตอาการจะใช้ป้ายสีตามแผนก ดังนี้

- สีม่วง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- สีเหลือง แผนกอายุรกรรม
- สีแดง แผนกศัลยกรรม
- สีส้ม แผนกออร์โธปิดิกส์
- สีฟ้า แผนกสูตินรีเวชกรรม
- สีเขียว แผนกจักษุกรรม
- สีน้ำตาล แผนกโสต ศอ นาสิกกรรม

๔. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ทุกคนที่ปฏิบัติงานเวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องส่งเวรผู้ป่วยสังเกตอาการทุกรายที่จำเป็นต้องอยู่รับการรักษา หรือสังเกตอาการต่อหลังเวลา ๒๔.๐๐ น. แก่แพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่อยู่เวรถัดไป

การขออนุมัติค่าใช้จ่ายเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเงิน

๑. แพทย์ผู้สั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางรังสีวิทยา จะต้องลงลายมือชื่อพร้อมทั้งรหัสแพทย์ทุกครั้ง
๒. การอนุมัติค่ายา
 - ในเวลาราชการ: ให้ส่งแผนกสังคมสงเคราะห์ดำเนินการ
 - นอกเวลาราชการ: แพทย์ผู้ปฏิบัติงานสามารถอนุมัติค่าใช้จ่ายในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐ บาท

การส่งต่อผู้ป่วย (refer)

๑. แพทย์ผู้ดูแลควรมั่นใจว่าโรงพยาบาลที่จะส่งต่อมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยที่จะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จะต้องมีการคงที่และอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อภายใต้อุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสม
๓. แพทย์ผู้ส่งต่อ จะต้องบันทึกใบส่งต่อด้วยตนเอง โดยระบุถึง
 - อาการสำคัญ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และสภาพปัจจุบันของผู้ป่วย
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ควรให้ผู้ป่วยหรือญาตินำ CD ที่บันทึกภาพการตรวจรังสีวิทยาไปด้วย)
๔. แพทย์ผู้ส่งต่อจะต้องให้คำแนะนำที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยส่งต่อ

การให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (discharge) และการนัดตรวจผู้ป่วย

๑. แพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบจะต้องเป็นผู้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการนัดตรวจแก่ผู้ป่วยหรือญาติด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ใบแนะนำที่เกี่ยวข้องและทำการตรวจสอบยา รวมถึงแนะนำวิธีการใช้ยาที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อกลับบ้าน โดยจะต้องบันทึกใน OPD card ทุกครั้ง
๒. หากพบการวินิจฉัยหรือการรักษาที่คลาดเคลื่อน หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลนัดหมายภายหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว จะต้องแจ้งผู้ป่วยหรือญาติให้ทราบทันทีโดยติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ใน OPD card หรือติดต่อทางไปรษณียบัตรหากไม่เร่งด่วน
๓. ในการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ แพทย์จะต้องทำการนัดผ่านระบบเวชระเบียนผู้ป่วยออนไลน์ (BHIS) โดยแพทย์ผู้ดูแลอาจนัดผู้ป่วยให้มาพบในวันที่ตนเองขึ้นปฏิบัติงานหรือแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของวันและเวลาที่แพทย์ปฏิบัติงาน รวมถึงจะต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการตรวจเพิ่มเติมก่อนที่จะพบแพทย์หรือไม่ เช่น การตรวจภาพรังสีวิทยาทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น
๔. กรณีเป็นการนัดผู้ป่วยเพื่อฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทางรังสีวิทยา ควรระบุไว้ในใบนัดตรวจผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบและตามผลการตรวจนั้น

การออกใบรับรองแพทย์ เอกสารเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล และใบชั้นสูตรบาดแผล

เมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ควรสอบถามผู้ป่วยทุกครั้งว่าต้องการใบรับรองแพทย์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โดยแพทย์ผู้ดูแลสามารถออกใบรับรองแพทย์หรือใบรับรองการรักษาให้กับผู้ป่วยได้ทันที

กรณีผู้ป่วยต้องการเอกสารเพื่อเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของบริษัทประกันชีวิต จะต้องให้ผู้ป่วยติดต่อที่แผนกธุรการของโรงพยาบาล ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้า เพื่อชำระค่าใช้จ่ายก่อนทุกครั้ง โดยเจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งให้แพทย์ผู้ดูแลออกเอกสารภายหลัง (ผู้ป่วยไม่สามารถมารับเอกสารได้ในวันนั้น)

กรณีรักษาผู้ป่วยคดีและหากไม่ได้ปรึกษาแพทย์นิติเวช แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้ออกใบชั้นสูตรบาดแผลทางคดีตามที่เจ้าหน้าที่ตำรวจร้องขอ

ข้อปฏิบัติกรณีอุบัติเหตุหมู่และเหตุการณ์ไม่ปกติ

๑. แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่ รวมถึงเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ และพร้อมที่จะปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว

๒. แพทย์อาวุโสจะเป็นผู้พิจารณาสถานการณ์ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ที่มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยแจ้งให้แผนกประชาสัมพันธ์ประกาศห้สถานการณ์ และแจ้งทีมพยาบาลเพื่อปฏิบัติงาน

๓. กรณีเกิดเหตุร้ายหรือมีผู้ใช้ความรุนแรงที่อาจเกิดอันตรายต่อบุคคลหรือสถานที่ ให้ผู้ประสบเหตุการณ์กดสัญญาณกริ่งฉุกเฉินยาว ๓ ครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สารวัตรทหารอากาศ (สท.) ในจุดต่าง ๆ เข้าควบคุมสถานการณ์

๔. กรณีมีผู้ป่วยที่เป็นบุคคลสำคัญในระดับพระราชวงศ์ ระดับรัฐบาล ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในกองทัพ หรือผู้ป่วยที่สื่อมวลชนให้ความสนใจ ให้แพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบแจ้งแพทย์เวรอาวุโสโดยพิจารณาตามความเหมาะสม

ในการให้ข่าวแก่สื่อมวลชนควรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย (ผนวก ค) เป็นหลัก และไม่อนุญาตให้สื่อมวลชนเข้ามาบันทึกภาพหรือวิดีโอภายในห้องฉุกเฉินโดยพลการ

๕. แพทย์ทุกท่านควรศึกษารหัสสถานการณ์สำหรับเหตุการณ์ไม่ปกติของโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เป็นผู้ประกาศเสียงตามสาย ซึ่งจะมีการประกาศซ้ำ ๓ ครั้ง รวมทั้งหมด ๓ ชุดประกาศ

รหัสที่สำคัญ: ๙๙๙ แจ้งเหตุเมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (cardiac arrest)

ข้อควรทราบเพิ่มเติม

๑. ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแหล่งข้อมูลเพื่อการศึกษา ได้แก่

๑.๑ หนังสือทางการแพทย์ และแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อให้ผู้สนใจใช้สำหรับค้นคว้าข้อมูลเพื่อประกอบการรักษาโดยจัดเก็บในตู้ชั้นวางหนังสือ และขอความร่วมมือให้ช่วยเก็บรักษาให้อยู่ภายในตู้ที่จัดไว้ ภายหลังจากการใช้งานทุกครั้ง ซึ่งหากมีความจำเป็นที่จะต้องนำออกนอกสถานที่เป็นการชั่วคราว ขอให้แจ้งผู้รับผิดชอบทราบทุกครั้ง

๑.๒ สมุดบันทึกตัวอย่างผู้ป่วยที่น่าสนใจ และแฟ้มทบทวนผู้ป่วย ซึ่งหากแพทย์พบผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาสามารถบันทึกไว้ในสมุดดังกล่าว เพื่อให้แพทย์ท่านอื่นได้ใช้ศึกษาต่อไป

๒. ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดให้มีสมุดติดต่อภายใน เพื่อใช้ในการสื่อสารข่าว รวมทั้งรับทราบข้อขัดข้อง และข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน โดยแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานควรอ่านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่ในสมุดติดต่อภายในทุกครั้งที่เข้าเวร

* กรณีมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติงาน กรุณาแจ้งแพทย์อาวุโสเพื่อรับทราบหรือแจ้งในสมุดติดต่อภายใน

ผนวก ซ

แนวทางปฏิบัติงานด้านนิติเวชสำหรับแพทย์หลังปริญญา

การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติเวชวิทยา ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยคดี และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านควรทราบถึงแนวทางปฏิบัติในกรณีดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องต่อไป

ผู้ป่วยคดี

ผู้ป่วยคดี หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งความเจ็บป่วยของเขานั้นอาจถูกอ้างอิงเป็นพยาน หรือหลักฐานทางคดี ในชั้นสอบสวนหรือชั้นศาลได้ ได้แก่

๑. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ (โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร) ถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลอื่น ถูกสัตว์ทำร้าย บาดเจ็บจากการทำงาน
๒. ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง
๓. ผู้ป่วยที่ถูกล้วงละเมิดทางเพศ
๔. ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิด
๕. ผู้ที่ได้รับหรือสงสัยว่าได้รับสารพิษ
๖. ผู้ป่วยที่มีใบนำส่งจากพนักงานสอบสวนเพื่อตรวจ
๗. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ใบรับรองความเจ็บป่วยเพื่อทำนิติกรรม หรือเลื่อนพิจารณาคดี
๘. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ป่วยคดีต่อไป

แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยคดี

๑. กรณีผู้ป่วยนอกที่ห้องฉุกเฉิน

- ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยเฉพาะในเรื่องของ “บาดแผล” ทำการบันทึกชนิด ขนาด และตำแหน่งของบาดแผลลงในใบบันทึกบาดแผลในเวชระเบียน รวมทั้งรายละเอียดการบาดเจ็บส่วนอื่น
- แนะนำเรื่องการแจ้งความและใบชันสูตรบาดแผล
- นัดผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์นิติเวชที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนิติเวชคลินิก ชั้น ๑ อาคารศูนย์มะเร็ง ในวันทำการถัดจากวันดังกล่าว เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.

๒. กรณีผู้ป่วยใน

- หากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ป่วยคดีหรือมีแนวโน้มว่าอาจมีปัญหาทางกฎหมายได้ในอนาคต ให้ส่งใบขอคำปรึกษา (consultation request) แพทย์นิติเวชทันทีที่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน
- แพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ชักประวัติและบันทึกบาดแผลรวมถึงการบาดเจ็บโดยละเอียดอีกครั้ง รวมถึงพิจารณานัดตรวจติดตามอาการผู้ป่วย ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนิติเวชคลินิก
- กรณีเป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร แพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ออกใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการเบิกค่าใช้จ่ายตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

แนวทางการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเพื่อดำเนินการในทางคดี

๑. การแจ้งความ

- แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งความกับร้อยเวรของสถานีตำรวจซึ่งรับผิดชอบท้องที่เกิดเหตุด้วยตนเอง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองเนื่องจากการบาดเจ็บที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่สามารถไปแจ้งความแทนได้ คือ บิดามารดา บุตร สามีภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม โดยหลักฐานที่ต้องนำไปยื่น ได้แก่ ทะเบียนบ้าน สูติบัตร (กรณีเป็นเด็ก) ทะเบียนสมรส หรือใบมอบอำนาจ

แพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่มีหน้าที่แจ้งความให้กับผู้ป่วย

- หากผู้ป่วยต้องการให้มีการดำเนินคดีทางอาญาหรือต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทางแพ่ง ควรขอหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อร้อยเวรเจ้าของคดี เพื่อความสะดวกในการติดตามคดี

๒. ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพเพื่อให้แพทย์ตรวจชันสูตร

เมื่อแจ้งความแล้ว พนักงานสอบสวนอาจให้ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บฯ” แก่ผู้แจ้งความ ซึ่งต้องนำเอกสารฉบับนี้แก่เจ้าหน้าที่ห้องนิติเวชในวันนัดตรวจอาการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนิติเวชคลินิก



ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร

คดีที่	สถานีตำรวจ	สภ.อ.เมืองพิษณุโลก
วันที่	เดือน	พ.ศ.
ส่งที่	
ชื่อผู้บาดเจ็บหรือศพ	
วันเวลาที่เกิดเหตุ	
วันเวลาส่งผู้บาดเจ็บหรือศพ	
ชื่อผู้นำส่ง	
เหตุที่ต้องบาดเจ็บหรือตายด้วยประการใดโดยย่อ	

๓. ใบชันสูตรบาดแผล

เป็นหลักฐานสำคัญสำหรับพนักงานสอบสวนเพื่อแจ้งข้อหาในสำนวนคดีได้ ซึ่งแพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ออกให้เมื่อได้รับการร้องขอจากพนักงานสอบสวนผ่านทาง “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บฯ” โดยจะระบุถึงชนิดและตำแหน่งของบาดแผล รวมทั้งระยะเวลาในการรักษา ดังนั้นแพทย์นิติเวชจึงต้องรอให้ผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลก่อน แล้วจึงนัดผู้ป่วยมาพบที่ห้องตรวจนิติเวชอีกครั้งเพื่อติดตามอาการ

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดน้อย ใช้ประกอบการหยุดพักงาน หรือเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยทางรถ จึงไม่สามารถใช้ในการฟ้องร้องทางคดีอาญาได้

๔. การรับใบชันสูตรบาดแผล

พนักงานสอบสวนจะเป็นผู้ที่สามารถรับใบชันสูตรบาดแผลจากแผนกนิติเวชเท่านั้น เนื่องจากเป็นเอกสารทางคดี แพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถมอบให้ผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลอื่นได้ หากผู้ป่วยหรือญาติต้องการตรวจสอบเอกสารนี้ ควรติดต่อประสานกับพนักงานสอบสวนโดยตรง

ศพผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับทางนิติเวช

ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หมวด ๒ การชันสูตรพลิกศพ มาตรา ๑๔๘ ได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ”

สำหรับ”การตายโดยผิดธรรมชาติ” ได้แก่

๑. ฆ่าตัวตาย
๒. ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
๓. ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
๔. ตายโดยอุบัติเหตุ
๕. ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ดังนั้นเมื่อมีผู้เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลทั้งที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย ซึ่งเข้ากับเกณฑ์พฤติการณ์การตายทั้ง ๕ ข้อนี้ ต้องแจ้งแพทย์นิติเวชเพื่อทำการชันสูตรพลิกศพ และอาจต้องทำการผ่าตรวจศพต่อไป

ตัวอย่างผู้เสียชีวิตที่แพทย์นิติเวชต้องชันสูตรพลิกศพ เช่น

- ผู้ป่วยไม่มีสัญญาณชีพก่อนเข้ามาที่ห้องฉุกเฉิน ทีมแพทย์ได้ทำการช่วยกู้ชีวิต (cardiac life support) แต่สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิต และได้รับการวินิจฉัย death on arrival (DOA) เข้าได้กับ “ผู้ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”
- ผู้ป่วยที่ถูกแทง ยิงหรือขับรถชน แล้วต่อมาเสียชีวิตที่สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุชัดเจน
- ผู้ป่วยจมน้ำหรือประสบอุบัติเหตุแล้วได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ต่อมาพบว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction: MI) แล้วเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ถือว่าเป็นการเสียชีวิตที่ต่อเนื่องจากเรื่องอุบัติเหตุ

แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพ

๑. เมื่อมีผู้เสียชีวิตที่เข้ากับเกณฑ์พฤติการณ์การตายผิดธรรมชาติ แพทย์ประจำบ้านจะต้องแจ้งและให้คำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการชันสูตรพลิกศพโดยแพทย์นิติเวช เนื่องจากเป็นกระบวนการทางกฎหมายที่ต้องกระทำโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากญาติ

๒. ให้ส่งศพไปที่อาคาร ๑๔ เพื่อให้แพทย์นิติเวชทำการชันสูตรพลิกศพตามขั้นตอนต่อไป และให้ญาติติดต่อเจ้าหน้าที่แผนกนิติเวช อาคาร ๑๔ เพื่อดำเนินการทางด้านเอกสารต่อไป

๓. แพทย์ประจำบ้านไม่ต้องออกหนังสือรับรองการตาย เนื่องจากแพทย์นิติเวชจะทำการชันสูตรพลิกศพ ผ่าตรวจศพ และเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายให้กับญาติ

การขอผ่าตรวจศพเพื่อตรวจทางพยาธิกายวิภาค (Anatomic pathology - autopsy case)

กรณีแพทย์ผู้รักษามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาหรือสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หรือต้องการตรวจศพทางกร สามารถปรึกษาแพทย์นิติเวชได้โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑. การขออนุญาตตรวจศพ

๑.๑ แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องขออนุญาตจากญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ให้ทำการผ่าศพได้ ซึ่งต้องเป็นญาติที่ใกล้ชิดเรียงลำดับความสำคัญ ดังนี้

- คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- บุตร ธิดาที่บรรลุนิติภาวะ
- บิดา มารดา (เป็นอันดับ ๑ กรณีผู้ตายยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
- พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันที่บรรลุนิติภาวะ
- พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันที่บรรลุนิติภาวะ
- ปู่ ย่า ตา ยาย
- ลุง ป้า น้า อา
- ญาติผู้รับผิดชอบดูแล หรือเป็นผู้ปกครองดูแลกันมาตลอด

๑.๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่สามารถเซ็นอนุญาตให้ผ่าศพได้

๑.๓ แพทย์ผู้ทำการขอตรวจศพต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจขั้นตอนและวิธีการผ่าศพอย่างชัดเจน โดยสามารถศึกษารายละเอียดได้ใน “คู่มือสิ่งส่งตรวจทางพยาธิกายวิภาค”

๑.๔ ไม่รับตรวจศพผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบ

๑.๕ ในกรณีศพผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือมีโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค หรือ meningococemia แพทย์ต้องระบุในใบขออนุญาตผ่าศพให้ชัดเจน เพื่อเตรียมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

๒. ข้อปฏิบัติในการขอตรวจศพ

๒.๑ แพทย์ผู้ขออนุญาตตรวจศพต้องติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องนิติเวชที่อยู่เวรประจำวัน เพื่อดำเนินการแจ้งให้พยาธิแพทย์ทราบ

๒.๒ แพทย์ผู้ดูแลที่ทราบข้อมูลผู้ป่วย จะต้องเป็นผู้เขียนใบขออนุญาตผ่าศพ (PA-FO-036) เท่านั้น

๒.๓ เมื่อญาติอนุญาตให้ทำการผ่าตรวจศพแล้ว แพทย์ผู้ขออนุญาตกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกายแรกรับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ การดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค ตลอดจนประเด็นที่ต้องการให้ตรวจเป็นพิเศษในขณะที่ทำการผ่าศพ (ซึ่งข้อมูลทางคลินิกที่ครบถ้วนจะช่วยให้การผ่าตรวจศพเป็นไปได้ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องและตรงตามความต้องการของแพทย์ผู้ขออนุญาตตรวจศพ) จากนั้นลงชื่อแพทย์ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หากพยาธิแพทย์ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

หากแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ขออนุญาตตรวจศพ จะต้องมีลายมือชื่ออาจารย์แพทย์กำกับด้วยทุกครั้ง

๒.๔ ให้ญาติลงนามยินยอมการผ่าตรวจศพในช่องผู้อนุญาต โดยการยินยอมต้องไม่เกิดจากการบังคับ

หมายเหตุ การผ่าตรวจศพ จะกระทำในเวลาราชการเท่านั้น

ผนวก ฅ

แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของแพทย์ประจำบ้าน

การประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของแพทย์ประจำบ้าน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ประจำเดือน พ.ศ.

ชื่อ - นามสกุล สาขา ชั้นปีที่

ลา กิจ วัน ลาป่วย วัน

หัวข้อ	ควรปรับปรุง ๑	พอใช้ ๒	ดี ๓	ดีมาก ๔
ความรู้ (Knowledge)				
เจตคติ (Attitude)				
การปฏิบัติงาน (Practice)				

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

วันที่.....

หมายเหตุ

กากบาทลงในช่องคะแนนที่เห็นว่าตรงคุณลักษณะของแพทย์ประจำบ้าน

แบบฟอร์ม ๑ แผ่น สำหรับประเมินแพทย์ประจำบ้าน ๑ คนเท่านั้น

การส่งคะแนนเฉลี่ยให้คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ ทุก ๓ เดือน

ผนวก ญ

แนวทางการลงโทษแพทย์หลังปริญญา

คำสั่งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ

(เฉพาะ)

ที่ ๒๓/๕๐

เรื่อง กำหนดแนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน.

เพื่อให้การพิจารณาลงโทษแพทย์ประจำบ้านของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน. ที่กระทำผิดในกรณีต่าง ๆ ของทุก นขต.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน. ถือปฏิบัติตามแนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน. ตามผนวกคำสั่งฯ ที่แนบ
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

พล.อ.ต.



(อภิชาติ โกยสุโข)

ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน.

แนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.
ประกอบคำสั่ง รพ.(เฉพาะ) ที่ ๒๓ ลง ๒๒ มี.ค. ๕๐

๑. หลักการและเหตุผล

แนวทางการลงโทษฯ นี้มีขึ้นเพื่อความสงบเรียบร้อยและยุติธรรมในการปกครอง บังคับบัญชาและมีมาตรฐานในการลงโทษแพทย์ประจำบ้านของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. ที่กระทำความผิดโดยมีจุดมุ่งหมายให้แพทย์ประจำบ้านที่กระทำความผิดได้มีโอกาสปรับปรุงแก้ไขตนเอง เพื่อเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถโดยสมบูรณ์

๒. การพิจารณาความผิด

การพิจารณาไต่สวนหรือลงโทษ ในกรณีนี้ที่แพทย์ประจำบ้านกระทำความผิดให้คณะกรรมการผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านของแต่ละกองจำนวนไม่ต่ำกว่า ๓ คน เป็นกรรมการไต่สวนและพิจารณาโทษ และเสนอผลการพิจารณาต่อที่ประชุมกองเพื่อพิจารณาอนุมัติลงโทษ, แจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบ และทำรายงานเสนอต่อ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญาฯ ให้ทราบทุกครั้ง

๓. เกณฑ์การลงโทษ

เรียงตามลำดับความรุนแรงของการลงโทษจากขั้นต่ำสุดจนถึงขั้นสูงสุด

- ๓.๑ ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร
- ๓.๒ ภาคทัณฑ์
- ๓.๓ จำกัดสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน
- ๓.๔ เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือน ถึง ๑๒ เดือน)
- ๓.๕ ให้ออกจากการฝึกอบรม หรือส่งตัวกลับต้นสังกัด

๔. หลักเกณฑ์ความผิด

๔.๑ ความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติหน้าที่เวร

๔.๑.๑ ปฏิบัติงานไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด หรือการลาไม่ถูกต้องตามข้อบังคับโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

๔.๑.๒ ปฏิบัติงานบกพร่องผิดพลาด หรือประมาทเลินเล่อจนน่าจะทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หรือทางราชการ

๔.๑.๓ ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน

๔.๒ ความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในฐานะแพทย์

๔.๒.๑ ขัดคำสั่งผู้บังคับบัญชา หรือแพทย์อาวุโส

๔.๒.๒ ประพฤติตนไม่เหมาะสมในหมู่คณะ อาทิเช่น การแต่งกาย วาจา การทะเลาะวิวาท และการพนัน เป็นต้น

๔.๓ การกระทำอื่นใดนอกเหนือจากความผิดในข้อ ๔.๑ และ ๔.๒ ที่คณะกรรมการผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านของแต่ละกองพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความผิด หากละเลยไม่มีบทลงโทษจะส่งให้เกิดผลเสียหายต่อส่วนรวมได้

๕. บทลงโทษ

กรณี	เกณฑ์ความผิด	การลงโทษ
๕.๑ ความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติหน้าที่เวร	๕.๑.๑ ปฏิบัติงานไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด หรือการลาไม่ถูกต้องตามข้อบังคับโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน ๔. เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือน - ๑๒ เดือน)
	๕.๑.๒ ปฏิบัติงานบกพร่องผิดพลาดหรือประมาทเลินเล่อจนน่าจะทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หรือทางราชการ	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน ๔. เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือน - ๑๒ เดือน) ๕. ให้ออกจากการฝึกอบรม หรือส่งตัวกลับต้นสังกัด
	๕.๑.๓ ละทิ้งหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน ๔. เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือน - ๑๒ เดือน) ๕. ให้ออกจากการฝึกอบรม หรือส่งตัวกลับต้นสังกัด
๕.๒ ความผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในฐานะแพทย์	๕.๒.๑ ขัดคำสั่งผู้บังคับบัญชา หรือแพทย์อาวุโส	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน
	๕.๒.๒ ประพฤติตนไม่เหมาะสมในหมู่คณะ อาทิเช่น การแต่งกาย วาจา การทะเลาะวิวาท และการพนัน	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน
๕.๓ การกระทำอื่นใดนอกเหนือจากความผิดในข้อ ๕.๑ และ ๕.๒ ๑	๕.๓ การกระทำอื่นใดนอกเหนือจากความผิดในข้อ ๕.๑ และ ๕.๒ ๑	๑. ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. ภาคทัณฑ์ ๓. จำกัตสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน ๔. เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือน - ๑๒ เดือน) ๕. ให้ออกจากการฝึกอบรม หรือส่งตัวกลับต้นสังกัด

๖. วิธีการลงโทษ

๖.๑ ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร

๖.๑.๑ ให้อาจารย์ประจำกองฯ บันทึกเป็นหนังสือ และรับรองโดย หก.กองฯ หรือผอ.กองฯ ที่แพทย์ประจำบ้านสังกัดอยู่

๖.๑.๒ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ส่งเอกสารให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ

๖.๒ ภาคทัณฑ์

๖.๒.๑ โดยความเห็นชอบของ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ให้แพทย์ประจำบ้านทำรายงานชี้แจงเหตุการณ์ และแนวทางการแก้ไข

๖.๒.๒ ให้อาจารย์ผู้ดูแลลงบันทึกเป็นหมายเหตุไว้ท้ายหนังสือและรายงาน หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ รับทราบ

๖.๒.๓ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ส่งเอกสารให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ

๖.๓ จำกัดสิทธิ์ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน

๖.๓.๑ โดยความเห็นชอบของกรรมการฝึกอบรมของกองฯ และทำบันทึกเป็นหนังสือให้กับ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ รับทราบ

๖.๓.๒ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ส่งเอกสารให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ

๖.๔ เพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ เดือนถึง ๑๒ เดือน)

๖.๔.๑ โดยความเห็นชอบของ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ (ผ่านกรรมการฝึกอบรมของกองฯ)

๖.๔.๒ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ส่งเอกสารให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ

๖.๕ ให้ออกจากการฝึกอบรม หรือส่งตัวกลับต้นสังกัด

๖.๕.๑ โดยความเห็นชอบของ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ (ผ่านกรรมการฝึกอบรมของกองฯ)

๖.๕.๒ หก.กองฯ หรือ ผอ.กองฯ ส่งเอกสารให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ

๗. การพิจารณา และขั้นตอนการลงโทษ

๗.๑ การพิจารณาโทษสำหรับความผิดครั้งแรก ให้ดำเนินการลำดับจากขั้นต่ำสุดก่อน

๗.๒ ความผิดที่อาจดำเนินการลงโทษได้ เช่น ประพฤติตนไม่เหมาะสมกับการเป็นแพทย์ที่ดี (ตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา) เป็นต้น

๗.๓ ในกรณีที่มีความผิดอย่างร้ายแรง อาจพิจารณาลงโทษขั้นสูงได้ โดยไม่ต้องผ่านการลงโทษในขั้นต่ำก่อน

๗.๔ การลงโทษให้พิจารณาตามความผิดนั้น ๆ ถ้าทำความผิดเกิดขึ้นซ้ำครั้งต่อไปอีก ให้ลงโทษได้ไม่ต่ำกว่าการลงโทษครั้งก่อน

๗.๕ กรณีความผิดที่เป็นเหตุให้เสียหายต่อผู้ป่วย หรือผู้ร่วมงาน หรือทางราชการ ผู้บังคับบัญชาสามารถพิจารณาลงโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์การพิจารณาความผิดและการลงโทษได้

๗.๖ กรณีที่คณะกรรมการพิจารณาโทษมีความเห็นว่าจะมีความผิดที่ร้ายแรง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจพิจารณาลงโทษในขั้นที่สูงได้ โดยไม่ผ่านการลงโทษในขั้นต่ำ

๗.๗ กรณีที่ผู้ถูกลงโทษเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ผู้ถูกลงโทษสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อ คณอก. การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.๑ ภายในระยะเวลา ๑๕ วันหลังจากได้รับการพิจารณาจากกองที่สังกัด

๗.๘ ให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.๑ เป็นผู้รักษาการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดเมื่อมีแพทย์ประจำบ้านกระทำผิด แล้วรายงานผลการดำเนินการต่อ ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. โดยมีช้กษา

๗.๙ ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีสิทธิ์ยับยั้งการลงโทษโดยการเรียกประชุมร่วมระหว่างกรรมการ ฝีกอบรมของกองฯ/ผอ.กอง.ฯ/ประธาน คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.๑/ทก.กพศ.๑ และผอ.รพ.๑

ผนวก ฎ

การดำเนินการวิจัยภายใน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

การปรึกษาการดำเนินงานวิจัย

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์
ชั้น ๓ อาคาร “คุ้มเกล้าฯ”

๒. การปรึกษา

๒.๑ ผู้วิจัยที่เริ่มวางแผนการวิจัยควรมีคำถามวิจัยอยู่แล้ว และควรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคำถามวิจัยมาพอควร เพื่อให้การปรึกษาได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้วิจัยเอง

๒.๒ หากผู้วิจัยต้องการรับการปรึกษาด้านงานวิจัย สามารถประสานที่ ศูนย์วิจัยฯ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. โทร ๒-๓๒๕๕ พร้อมส่งเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) ไปยังศูนย์วิจัยฯ ในเวลาราชการเพื่อติดต่อด่วนให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่

๓. อาจารย์ที่ปรึกษาของศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ที่รับปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย

๓.๑ น.อ.หญิง ศศวรรณ ชินรัตน์พิสิทธิ์ กองกุมารเวชกรรม

๓.๒ น.ท.หญิง วราลี อภินิเวศ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ผู้ดำเนินงานวิจัยสามารถสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัย การขอทุน และขอแบบฟอร์มการขอทำวิจัยและขอจริยธรรม ที่ น.อ.หญิง นราภรณ์ พุกน้อยและ (เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย) และนักสถิติ โทร ๒-๓๒๕๕ หรือ ๐๘๐-๒๖๙-๙๕๐๕ รวมทั้งสามารถศึกษาข้อมูลและดาวน์โหลดแบบฟอร์มต่าง ๆ จาก

<https://sites.google.com/view/bahresearchcenter> หรือ QR code



**คำแนะนำสำหรับการส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา
จาก คณก.จริยธรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.**

โครงการวิจัยที่ต้องขอรับการพิจารณา

ผู้วิจัยซึ่งเป็นข้าราชการ บุคลากรของโรงพยาบาล และแพทย์ประจำบ้านที่ต้องการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์ ณ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. จะต้องส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล ซึ่งงานวิจัยดังกล่าว ได้แก่

๑. การวิจัยใด ๆ ที่อาจมีอันตรายต่อสุขภาพและจิตใจของผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร
๒. การวิจัยเชิงทดลองด้วยการใช้ยา วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีในมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็ชนิดใหม่หรือเคยใช้มาแล้ว
๓. การวิจัยเชิงทดลองในห้องปฏิบัติการที่อาจมีปัญหาด้านจริยธรรม
๔. การวิจัยโดยการสังเกตเชิงพรรณนา หรือเชิงวิเคราะห์ที่อาจมีปัญหาด้านจริยธรรม

ประโยชน์ที่จะได้รับ

๑. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. รับทราบ และร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของโครงการวิจัย
๒. เป็นเอกสารประกอบการขอใบรับรองในกรณีที่จะนำยาเข้าประเทศเพื่อใช้ในโครงการวิจัย
๓. เป็นหลักฐานในการขอทำวิจัยร่วมกับสถาบันอื่น
๔. เป็นหลักฐานประกอบการขอทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิคุ้มเกล้าฯ และมูลนิธิ ๕๐ ปี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๕. เป็นหลักฐานประกอบการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร
๖. เป็นการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการพิจารณา

๑. ผู้วิจัยจัดทำเอกสารต่อไปนี้
 - ๑.๑ หนังสือขออนุญาตทำวิจัย
 - ๑.๒ หนังสือขอรับรองจริยธรรมการทำวิจัย
 - ๑.๓ แบบข้อเสนอโครงการวิจัย
 - ๑.๔ หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
๒. ผู้วิจัยส่งร่างโครงการวิจัย พร้อมคำอธิบายโครงการวิจัยที่อาสาสมัครควรทราบ และหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม จำนวน ๒ ชุด
๓. คณก.ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ร่วมพิจารณาโครงการวิจัยก่อน โดยเน้นที่ระเบียบวิธีวิจัย
๔. คณก.ศูนย์วิจัยฯ แนะนำ เปลี่ยนแปลง หรือขอเอกสารเพิ่มเติม

๕. ผลการพิจารณาของคณก.ศุนย์วิจัยฯ ได้แก่

๕.๑ ผ่าน

๕.๒ ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงเล็กน้อย

๕.๓ ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงเป็นส่วนมาก

ในกรณีที่ ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงโครงร่างการวิจัย ให้ผู้วิจัยติดต่อกรรมการผู้ตรวจโครงร่างการวิจัยโดยผ่านทางศุนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ และส่งฉบับที่แก้ไขตามเวลาที่กำหนด เพื่อการพิจารณาต่อไป ซึ่งคณก.ศุนย์วิจัยฯ จะส่งผลการพิจารณาไปยังคณก.จริยธรรม ต่อไป

๖. คณก.จริยธรรม จะประชุมพิจารณาโครงร่างการวิจัยทุก ๓ เดือน โดยเน้นที่ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ความปลอดภัย และสิทธิต่าง ๆของผู้เข้าร่วมวิจัย

๗. ผลการพิจารณาของคณก.จริยธรรม ได้แก่

๗.๑ อนุมัติ

๗.๒ อนุมัติโดยมีเงื่อนไขให้ปรับปรุง

๗.๓ ไม่อนุมัติ

ซึ่งหากมีหัวข้อที่ต้องปรับแก้ไข ให้ผู้วิจัยส่งฉบับที่แก้ไขตามเวลาที่กำหนดเพื่อพิจารณาต่อไป

๘. คณก.จริยธรรม จะออกหนังสืออนุมัติด้านจริยธรรมของโครงการวิจัยภายในเวลา ๑ - ๒ เดือน ถ้าไม่มีเงื่อนไขให้ปรับปรุง

๙. โครงร่างการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติแล้ว หากได้ดำเนินการวิจัยให้แจ้งความก้าวหน้าของงานวิจัยที่เกี่ยวกับข้อเสียและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย/อาสาสมัครทุก ๖ เดือน ซึ่งหากเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ผู้วิจัยจะต้องรายงานต่อคณก.จริยธรรมทันที และผู้วิจัยจะต้องรับผิดชอบต่อผลเสียที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

๑๐. ระหว่างการดำเนินงานวิจัย หากมีข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับอันตรายของยาหรือเทคโนโลยีที่ใช้ต่อผู้ป่วยหรืออาสาสมัครในงานวิจัย ผู้วิจัยจะต้องรายงานต่อคณก.จริยธรรมทันที

๑๑. ผู้วิจัยต้องส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๒ ชุด พร้อมแบบฟอร์มรายงานผลการวิจัย (RC-FO-007)ให้คณก.จริยธรรม ภายใน ๖ เดือนหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยนั้น โดยส่งที่ศุนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัยที่ต้องใช้เงินทุน

ข้อมูลสำหรับผู้ทำวิจัย

๑. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร

๑.๑ ผู้วิจัยต้องติดต่อรายละเอียดในการทำวิจัยกับแผนกเวชระเบียน กองพยาธิกรรม ศูนย์คอมพิวเตอร์ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง ก่อนยื่นเอกสารขอกรหัสโครงการวิจัยจากศูนย์วิจัยฯ

๑.๒ ผู้ทำวิจัยต้องแจ้งให้ผู้ป่วย/อาสาสมัครทราบว่าผู้ป่วย/อาสาสมัครไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย สำหรับค่าใช้จ่ายอื่นนอกเหนือจากการวิจัยจะคิดตามสิทธิ์หลักของผู้ป่วย/อาสาสมัคร

๑.๓ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยหรืออาสาสมัครจะต้องขึ้นทะเบียนสิทธิร้องเป็น “สิทธิสำหรับโครงการวิจัย” ที่ แผนกเวชระเบียน ชั้น ๒ อาคารคุ้มเกล้าฯ

๑.๔ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหรืออาสาสมัครจะต้องขึ้นทะเบียนสิทธิร้องเป็น “สิทธิสำหรับโครงการวิจัย” ที่ ห้องเปลี่ยนสิทธิการรักษา ชั้น ๒ อาคารคุ้มเกล้าฯ

๑.๕ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น จะต้องมิใบส่งตัวจากต้นสังกัดทุกครั้ง

๒. ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้วิจัย

๒.๑ ผู้วิจัยจะต้องส่งโครงร่างวิจัย และแบบฟอร์มการขอรหัสโครงการวิจัยที่ได้กรอกไว้แล้ว เพื่อขอรับทุนวิจัยตามเวลาที่กำหนด โดยส่งที่ศูนย์วิจัยฯ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ โทร.๒-๗๒๕๕

๒.๒ ศูนย์วิจัยฯ จะส่งแบบฟอร์มการขอรหัสโครงการวิจัยที่กรอกแล้วเข้าไปที่ประชุมการเงินการคลังของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ ๑ เดือน

๒.๓ เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว แผนกเวชระเบียนจะออกรหัสโครงการวิจัย ตามชื่อย่อโครงการวิจัยในข้อ ๒ ของแบบฟอร์มการขอรหัสโครงการวิจัย และส่งคืนศูนย์วิจัยฯ เพื่อแจ้งให้ผู้วิจัยทราบต่อไป

๒.๔ ผู้วิจัยต้องชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วย/อาสาสมัครทราบก่อนทำการวิจัย

๒.๕ เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย/อาสาสมัครครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยจะต้องส่งรายละเอียดค่าใช้จ่ายทั้งหมดกับเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยฯ (น.อ.หญิง นราภรณ์ พุกน้อย โทร. ๒-๗๒๕๕) ทันทีเพื่อดำเนินการเบิกเงินทุนวิจัยต่อไป

ผนวก ฎ

ทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานทางวิชาการ

คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ให้มีความทันสมัยต่อสถานการณ์ปัจจุบัน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานด้านดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวแก่นิสิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อการเป็นสถาบันฝึกอบรมที่มีคุณภาพระดับประเทศ ตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลที่ตั้งไว้ จึงกำหนดให้ทุนสนับสนุนการอบรมและประชุมวิชาการ (ภายในประเทศ) และทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานทางวิชาการระดับนานาชาติแก่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ดังนี้

	ทุนสนับสนุนการอบรมและประชุมวิชาการภายในประเทศ	ทุนการนำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุมระดับนานาชาติ
๑. คุณสมบัติผู้รับทุน	๑. เป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมตามหลักสูตรของแพทยสภา ณ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ๒. เป็นผู้มีความประพฤติดี และได้รับการรับรองว่ามีผลการปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์ ๓. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกิจกรรมทางวิชาการของโรงพยาบาล ได้แก่ Basic sciences, Clinico- pathological conference, Interdepartmental conference และงานประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ๔. ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนการอบรมและประชุมวิชาการภายในประเทศ (กรณีขอรับทุนฯ ภายในประเทศ) หรือทุนการนำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุมระดับนานาชาติ (กรณีขอรับทุนฯ งานประชุมระดับนานาชาติ) จาก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	
๒. มูลค่าทุน	ค่าลงทะเบียนงานประชุม	ค่าใช้จ่ายต่อไปนี้ โดยเบิกจ่ายตามจริง แต่ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท ๑. ค่าบัตรโดยสารเครื่องบินไป-กลับ ชั้นประหยัด ๒. ค่าลงทะเบียนงานประชุม
๓. เงื่อนไขการรับทุน	๑. เป็นการอบรม/ประชุมวิชาการระยะสั้น (ไม่เกิน ๔ วัน) ๒. ผู้สมัครจะต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนงานประชุม ๓. ผู้ที่ได้รับทุนจะต้องส่งผลการประชุมและประโยชน์ที่ได้รับภายใน ๓๐ วันหลังจากสิ้นสุดงานประชุมวิชาการ	๑. เป็นการนำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุมที่จัดโดยสถาบันที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติจากองค์กรวิชาชีพ ๒. ผู้สมัครจะต้องสำรองค่าใช้จ่ายก่อน ๓. ผู้ที่ได้รับทุนจะต้องส่งนิพนธ์ต้นฉบับ (manuscript) พร้อมเอกสารสรุปการนำเสนอผลงานวิชาการ และประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมวิชาการภายใน ๓๐ วันหลังจากเสร็จสิ้นงานประชุมวิชาการ

โดยมีระยะเวลาการยื่นใบสมัครและการพิจารณาอนุมัติทุน เป็น ๔ รอบ ดังนี้

รอบที่	ระยะเวลายื่นใบสมัคร	ช่วงเวลาการพิจารณาทุน
๑	๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค.	ภายในเดือน ม.ค.
๒	๑ ม.ค. - ๓๑ มี.ค.	ภายในเดือน เม.ย.
๓	๑ เม.ย. - ๓๐ มิ.ย.	ภายในเดือน ก.ค.
๔	๑ ก.ค. - ๓๐ ก.ย.	ภายในเดือน ต.ค.

ซึ่งแพทย์ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กพศ. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. โทร ๒-๗๔๖๕

ผนวก ฐ

การใช้บริการห้องสมุด รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

๑. ประวัติห้องสมุด

ห้องสมุดโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พัฒนามาจากห้องเก็บหนังสือขนาดเล็กในอาคาร ๑๒ ของโรงพยาบาล ซึ่งมีหนังสือและวารสารทางการแพทย์จำนวนไม่มากนัก ต่อมาเมื่อปี พ.ศ.๒๕๑๕ ได้มีการบรรจุตำแหน่งบรรณารักษ์ประจำห้องสมุด จึงมีการจัดหมวดหมู่และทำบัตรรายการของหนังสือขึ้น รวมทั้งมีการบอกรับวารสารจากต่างประเทศ และสั่งซื้อหนังสือทางการแพทย์เพิ่มขึ้นด้วย จนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๑๗ ได้ย้ายห้องสมุดมาตั้งอยู่ที่ชั้น ๓ ของอาคารสลากกินแบ่งรัฐบาล จากนั้นในปีพ.ศ. ๒๕๒๘ ห้องสมุดเปิดให้บริการ ณ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ และในปีพ.ศ.๒๕๕๘ ได้ย้ายที่ทำการมาอยู่ที่ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง โดยมียังมีหนังสือตำราทางการแพทย์ภาษาไทยจำนวน ๖,๑๖๒ เล่ม ภาษาอังกฤษจำนวน ๗,๓๘๔ เล่ม และนวนิยายจำนวน ๓,๙๑๖ เล่ม

๒. ภารกิจของห้องสมุด

๒.๑ เตรียมทรัพยากรสารสนเทศสนับสนุนการรักษาพยาบาล การเรียน การสอน การฝึกอบรม การประชุมของแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

๒.๒ จัดทำ รวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าวิจัย ประกอบการรักษาพยาบาลของแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

๒.๓ ส่งเสริมและพัฒนาทางวิชาการให้แก่แพทย์ นิสิตแพทย์ ตลอดจนบุคลากรในโรงพยาบาลได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

๒.๔ แนะนำและช่วยเหลือ แพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศ จากหนังสือ สิ่งพิมพ์และสื่อทัศนวัสดุอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกห้องสมุด

๒.๕ ศึกษาพัฒนาและจัดทำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้การบริการทรัพยากรสารสนเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๖ ให้บริการ ต่อไปนี้

๒.๖.๑ การยืม – คืน ทรัพยากรสารสนเทศ

๒.๖.๒ การสืบค้นข้อมูลสารสนเทศ

๒.๖.๓ การตอบคำถามและช่วยค้นคว้า

๒.๖.๔ การส่งโทรสาร

๒.๖.๕ การจองห้องประชุม

๒.๖.๖ ห้องอ่านหนังสือ วารสาร และหนังสือพิมพ์

๒.๖.๗ การสืบค้นด้วย E-Library

๒.๖.๘ การพิมพ์เอกสาร

๓. เวลาทำการ

เปิดบริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๗.๓๐ – ๑๗.๓๐ น. (เว้นวันหยุดราชการ)

๔. ระเบียบการใช้ห้องสมุด

- ๔.๑ ผู้ใช้บริการต้องแต่งกายให้เรียบร้อย สำรวมกิริยา วาจา และปฏิบัติตนมิให้เป็นที่รบกวนผู้อื่น
- ๔.๒ ห้ามนำกระเป๋าใส่หนังสือหรือหีบห่อเข้าไปในห้องสมุด แต่ให้ฝากไว้ ณ ที่รับฝาก ยืมสิ่งของมีค่า
- ๔.๓ ห้ามนำอาหาร เครื่องดื่ม หรือของขบเคี้ยวเข้าไป รับประทานในห้องสมุด
- ๔.๔ ห้ามสูบบุหรี่ภายในห้องสมุด
- ๔.๕ ผู้ใช้ต้องแสดงหลักฐานการเป็นสมาชิกต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และห้ามใช้บัตรของผู้อื่นยืมสิ่งพิมพ์
- ๔.๖ ห้ามตัด ฉีก ทำลาย หรือทำให้ทรัพยากรสารสนเทศของห้องสมุดเสื่อมสภาพผู้ฝ่าฝืนจะได้รับการพิจารณา

โทษสถานหนัก

- ๔.๗ ให้ระมัดระวังทรัพย์สินและของมีค่าที่นำติดตัวมา หากสูญหายห้องสมุดจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น
- ๔.๘ ห้ามนำทรัพยากรสารสนเทศของห้องสมุด ออกไปภายนอกโดยมิได้ยืม ผู้จงใจฝ่าฝืนจะได้รับ

การพิจารณาโทษสถานหนัก

๔.๙ การใช้ทรัพยากรสารสนเทศภายในห้องสมุด ผู้ใช้จะต้องใช้ ณ ที่ซึ่งจัดไว้ให้โดยเฉพาะและปฏิบัติตามข้อปฏิบัติซึ่งแต่ละฝ่ายกำหนดไว้

๔.๑๐ ทุกครั้งที่ลุกจากเก้าอี้ต้องเลื่อนเก้าอี้ให้พ้นเก้าอี้ชิดกับขอบโต๊ะ ทั้งนี้เพื่อความเป็นระเบียบและความสวยงามของห้องสมุด

๔.๑๑ เมื่ออ่านหนังสือในห้องสมุดเสร็จ ให้วางไว้บนโต๊ะอย่างเรียบร้อย อย่าเก็บหนังสือนั้นขึ้นชั้นหนังสือหรือตู้หนังสือด้วยตนเอง ยืมวารสาร นิตยสาร และหนังสือพิมพ์

๕. การจัดระบบห้องสมุด

ห้องสมุดโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำแนกหนังสือในห้องสมุดด้วยระบบ หอสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกัน (National Library of Medicine Classification) ซึ่งได้แก่

QS	กายวิภาคศาสตร์มนุษย์	Human Anatomy
QT	สรีรวิทยา	Physiology
QU	ชีวเคมี	Biochemistry
QV	เภสัชวิทยา	Pharmacology
QW	จุลชีววิทยาและวิทยาภูมิคุ้มกัน	Microbiology and Immunology
QX	ปรสิตวิทยา	Parasitology
QY	พยาธิวิทยาคลินิก	Clinical Pathology
QZ	พยาธิวิทยา	Pathology
W	อาชีพทางด้านสุขภาพ	Health Professions
WA	สาธารณสุขศาสตร์	Public Health
WB	เวชปฏิบัติ	Practice of Medicine
WC	โรคติดต่อ	Communicable Diseases
WD 100	โภชนาการผิดปกติ	Nutrition Disorders
WD 200	โรคที่เกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร	Metabolic Diseases

WD 300	โรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันและเนื้อเยื่อคอลลาเจนภูมิไวเกิน Immunologic and Collagen Diseases, Hypersensitivity
WD 400	อาการพิษเนื่องจากสัตว์ Animal Poisoning
WD 500	อาการพิษเนื่องจากพืช Plant Poisons
WD 600	โรคและการบาดเจ็บสาเหตุจากตัวกระทำทางกายภาพ Diseases and Injuries Caused by Physical Agents
WD 700	เวชศาสตร์การบินและการแพทย์อวกาศ Aviation and Space Medicine
WE	ระบบกล้ามเนื้อกระดูก Musculoskeletal System
WF	ระบบทางเดินหายใจ Respiratory System
WG	ระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด Cardiovascular System
WH	ระบบเกี่ยวกับเลือดและต่อมน้ำเหลือง Hematology and Lymphatic Systems
WI	ระบบเกี่ยวกับการย่อยอาหาร Digestive System
WJ	ระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ Urogenital System
WK	ระบบต่อมไร้ท่อ Endocrine System
WL	ระบบประสาท Nervous System
WM	จิตเวชศาสตร์ Psychiatry
WN	รังสีวิทยา, รังสีวินิจฉัย Radiology, Diagnostic Imaging
WO	ศัลยศาสตร์ Surgery
WP	นรีเวชวิทยา Gynecology
WQ	สูติศาสตร์ Obstetrics
WR	ตจวิทยา Dermatology
WS	กุมารเวชศาสตร์ Pediatrics
WT	เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง Geriatrics, Chronic Disease
WU	ทันตแพทยศาสตร์, ศัลยกรรมช่องปาก Dentistry, Oral Surgery
WV	โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา Otolaryngology
WW	จักษุวิทยา Ophthalmology
WX	โรงพยาบาลและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆต่อสุขภาพ Hospitals and Other Health Facilities
WY	การพยาบาล Nursing
WZ	ประวัติศาสตร์การแพทย์ History of Medicine

๖. งานห้องสมุด

๖.๑ งานบริหารและธุรการ

- งานบุคลากร
- งานธุรการ
- งานสถิติและรายงาน
- งานการเงิน
- งานประชาสัมพันธ์

๖.๒ งานพัฒนาทรัพยากรสารสนเทศ

- งานจัดหาจัดซื้อทรัพยากรสารสนเทศ
- งานลงทะเบียนประทับตราทรัพยากรสารสนเทศ
- การรับบริจาคและการได้มาซึ่งสิ่งพิมพ์
- งานซ่อมบำรุงทรัพยากรสารสนเทศ

๖.๓ งานวิเคราะห์ทรัพยากรสารสนเทศ

- งานวิเคราะห์หมวดหมู่
- การเตรียมหนังสือออกบริการ
- การจัดชั้นหนังสือ

๖.๔ งานบริการ

- บริการยืม – คืนหนังสือ
- บริการตอบคำถามและช่วยค้นคว้า
- บริการให้อ่าน
- บริการวารสารและหนังสือพิมพ์
- บริการ E – Library
- บริการจองห้องประชุม
- บริการส่งโทรสาร

๗. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการศึกษา

- ๗.๑ เครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับการศึกษาและค้นคว้าข้อมูล จำนวน ๑๐๐ เครื่อง
- ๗.๒ ระบบ LAN จำนวน ๓๑ จุด
- ๗.๓ เครือข่าย WIFI ภายในห้องสมุด: จำนวนจุดเชื่อมต่อสัญญาณ ๓ จุด

๘. ทรัพยากรเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน

- | | | | |
|-----|--|-------|---------------|
| ๘.๑ | หนังสือ ตำราแพทย์ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย | จำนวน | ๑๓,๕๔๖ เล่ม |
| ๘.๒ | วารสารการแพทย์ภาษาไทย | จำนวน | ๔๕ ชื่อเรื่อง |
| ๘.๓ | สื่อสตัททัศน์อุปกรณ์ (ซีดี) | จำนวน | ๓๔๑ แผ่น |
| ๘.๔ | ฐานข้อมูล UpToDate | | |

ผนวก ๗

การใช้บริการศูนย์วิทยบริการ

ระเบียบการใช้บริการ

๑. ผู้ขอใช้บริการจะต้องดำเนินการติดต่อด้วยตนเอง และเขียนใบขอใช้บริการทุกครั้ง
๒. กรณีขอใช้บริการงานด้านกราฟิก หากศูนย์ฯ ไม่มีวัสดุบางประเภทที่ผู้ใช้บริการต้องการ ผู้ใช้บริการจะต้องดำเนินการจัดหาด้วยตนเอง
๓. ในการยืมอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ผู้ขอยืมจะต้องเซ็นยืม - คืน กับเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
๔. การบันทึกภาพวิดีโอ
 - ๔.๑ กรณีติดต่อภาพและการบรรยายประกอบ ผู้ขอใช้บริการจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ล่วงหน้า ๑ สัปดาห์
 - ๔.๒ กรณีบันทึกวิดีโอในงานประชุมวิชาการ หรือกิจกรรมทางการแพทย์และบุคลากร ผู้ขอใช้บริการจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ล่วงหน้า ๑ สัปดาห์
 - ๔.๓ กรณีบันทึกวิดีโอผู้ป่วยประกอบการเรียนการสอน ผู้ใช้บริการสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า
๕. การบันทึกภาพนิ่ง
 - ๕.๑ การบันทึกภาพผู้ป่วย ผู้ใช้บริการสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง ซึ่งมีรอบระยะเวลา ดังนี้
 - ๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. บันทึกภาพผู้ป่วยนอกตามห้องตรวจ และห้องผ่าตัด
 - ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. บันทึกภาพผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยใน
 - ๕.๒ การบันทึกภาพสไลด์ประกอบคำบรรยาย ผู้ใช้บริการจะต้องแนบต้นฉบับให้แก่เจ้าหน้าที่
 - ๕.๓ การบันทึกภาพจากหนังสือ ผู้ใช้บริการจะต้องระบุภาพที่ต้องการ
๖. การใช้เครื่องฉายภาพ (LCD)
 - ๖.๑ เครื่อง LCD ที่ศูนย์วิทยบริการ: ผู้ใช้บริการจะต้องติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อทำการจอง
 - ๖.๒ เครื่อง LCD ที่กองแพทยศาสตร์ศึกษา: ผู้ใช้บริการจะต้องติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อกรอกแบบฟอร์ม

หมายเหตุ

ในการขอใช้ห้องประชุม ห้องสัมมนา รวมถึงการขอเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการในช่วงนอกราชการ จะมีค่าใช้จ่าย ตามระเบียบและประกาศของโรงพยาบาล (หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ๒-๗๘๕๐)

ผนวก ๓

ระเบียบการพักอาศัยในหอพักแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ พ.ศ.๒๕๕๙

๑. ห้องพักและสถานที่ส่วนรวม

- ๑.๑ ผู้เข้าพักอาศัยต้องรักษาความสะอาดเรียบร้อยภายในห้องของตน
- ๑.๒ ผู้เข้าพักอาศัยเป็นผู้ทำความสะอาดห้องนอน ระเบียบ ห้องน้ำของตนอย่างสม่ำเสมอ
- ๑.๓ ห้ามประกอบอาหารในห้องพัก
- ๑.๔ ให้ใช้ไฟฟ้าและน้ำประปาโดยประหยัด
- ๑.๕ ห้ามตัดแปลง แก้วไขหรือต่อเติมห้องพัก ห้ามติดสิ่งต่าง ๆ บนทุกพื้นผิว ห้ามทำให้เกิดร่องรอยความเสียหาย สกปรกของทุกพื้นผิว รวมถึงอุปกรณ์และเฟอร์นิเจอร์
- ๑.๖ ห้ามวางสิ่งของบริเวณหน้าห้องพักและพื้นที่ส่วนกลาง หากตรวจพบจะเก็บทิ้งโดยมิต้องแจ้งผู้เข้าพักอาศัย
- ๑.๗ ห้ามตากเสื้อผ้าเกินระดับของราวระเบียบหรือที่ราวระเบียบ
- ๑.๘ ห้ามเสพสุรา เล่นการพนันและสูบบุหรี่ในห้องพัก
- ๑.๙ ห้ามเคลื่อนย้ายพัสดุทุกชนิดภายในห้องออกนอกห้องพัก หรือสับเปลี่ยนกับห้องอื่น หากมีความจำเป็น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
- ๑.๑๐ ห้ามเปลี่ยนห้องพักโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่
- ๑.๑๑ ให้ช่วยกันดูแลรักษาเครื่องใช้ส่วนรวมของหอพัก หากเกิดความชำรุดเสียหาย ต้องชดใช้ค่าเสียหายตามราคาปัจจุบัน ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้ใดกระทำ ผู้เข้าพักอาศัยทั้งหมดต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายร่วมกัน
- ๑.๑๒ คณะกรรมการหอพักแพทย์ฯ จะทำการตรวจความเรียบร้อยหอพักทุก ๓ เดือน
- ๑.๑๓ อนุญาตให้นำพัดลม คอมพิวเตอร์ ไดรฟ์เป่าผม มาใช้ภายในห้องพักได้ คนละ ๑ เครื่อง เครื่องรับโทรทัศน์ ให้ใช้ได้ห้องละ ๑ เครื่อง
- ๑.๑๔ การแจ้งซ่อมบำรุงเกี่ยวกับหอพัก ขอให้แจ้งผ่าน กพศ. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ทุกครั้ง ยกเว้นกรณีเร่งด่วน นอกเวลาทำการให้ผู้พักแจ้งโดยตรงที่หน่วยงานช่างโยธาโรงพยาบาล ประปา เบ็ดเตล็ด โทร.๒-๗๐๐๓ ๒-๗๐๐๖ หรือ ไฟฟ้า ๒-๗๐๐๔-๕
- ๑.๑๕ ห้ามเปลี่ยนลูกบิดประตูห้อง ถ้าชำรุดให้แจ้งซ่อมผ่าน กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ถ้าจำเป็นเร่งด่วน ต้องเปลี่ยนเองต้องให้ลูกกุญแจกับเจ้าหน้าที่หอพัก จำนวน ๔ ดอกที่ คุณลักษณะ ๒-๗๔๖๕ (ในเวลาราชการ)

๒. การรับรองแขก

- ๒.๑ ห้ามบุคคลภายนอกเข้าหอพักโดยมิได้รับอนุญาต
- ๒.๒ หากบุคคลภายนอกต้องการพบผู้พักอาศัยให้ลงชื่อในสมุดพร้อมแลกบัตรประชาชนที่ รพภ.หน้าอาคารหอพักแพทย์ และอนุญาตให้นั่งรอบบริเวณห้องรับแขกชั้น ๑ ในช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๒๒.๐๐ น. หรือวันหยุดราชการ เวลา ๗.๐๐ - ๒๒.๐๐ น. เท่านั้น

- ๒.๓ การรับรองบุคคลภายนอก ให้ใช้ห้องรับแขกชั้น ๑ เท่านั้น และให้อยู่ในช่วงเวลา ๗.๐๐ – ๒๒.๐๐ น.
 ๒.๔ หอพักจะปิดไม่ให้บุคคลภายนอกผ่านเข้า-ออก ตั้งแต่เวลา ๒๒.๐๐ น. เป็นต้นไป

๓. การปฏิบัติอื่น ๆ

- ๓.๑ ให้ผู้พักอาศัยติดบัตรประจำตัวหมายเลข ๑ ทุกครั้ง ขณะเข้า-ออก หอพัก
 ๓.๒ แสดงบัตรประจำตัวทุกครั้ง เมื่อเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยขอตรวจสอบ
 ๓.๓ ให้ลงชื่อในสมุดเพื่อ เข้า-ออก หอพักแพทย์ทุกครั้ง หากไม่มีบัตรประจำตัวหมายเลข ๑ หรือบัตรอื่นเพื่อแสดงตน
 ๓.๔ แพทย์และนิสิตแพทย์ที่จ้างบุคคลภายนอกทำความสะอาดและซักเสื้อผ้า ให้แจ้งชื่อและทำประวัติบุคคลภายนอกที่ กพศ. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.
 ๓.๕ ห้ามจัดงานทุกชนิดในบริเวณหอพัก ยกเว้นกรณีที่ได้รับอนุญาตเป็นครั้งคราว
 ๓.๖ ผู้เข้าพักอาศัยพึงรักษามารยาท และศีลธรรมอันดีงามในการอยู่ร่วมกัน
 ๓.๗ การกระทำที่ผิดระเบียบหอพัก เมื่อถูกตักเตือนเกิน ๒ ครั้งแล้ว จะต้องถูกลงโทษตามธรรมเนียมของทหาร และพ้นจากการเข้าพักอาศัย และการกระทำผิดระเบียบหอพักที่ร้ายแรงอาจถูกให้ออกจากหอพักทันที
 ๓.๘ ให้ผู้พักอาศัยปฏิบัติตามระเบียบแบบธรรมเนียมของทหาร และข้อบังคับอื่น ๆ ที่ทางราชการกำหนด

๔. การใช้บัตรผ่าน เข้า-ออก

- ๔.๑ ใช้ระบบบัตรสแกนในการผ่าน เข้า-ออก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
 ๔.๒ ในกรณีระบบบัตรสแกนเสีย แจ้งได้ที่ กพศ. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

น.อ.สุรินทร์นาท เจริญจิตต์

ประธานคณะกรรมการหอพักแพทย์

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

หมายเหตุ

อยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุง ระเบียบกรมแพทย์ทหารอากาศ ว่าด้วยการพักอาศัยในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.



ระเบียบและข้อปฏิบัติของหอพักแพทย์รพ.๑ ที่ควรถรhab (เบื้องต้น)

๑. ผู้พักอาศัยต้องกรอกเอกสารแสดงเจตจำนงบริจาคเงินบำรุงหอพักแพทย์ รพ.๑ จำนวน ๑ ฉบับ และคำขอให้หักบัญชีเงินฝาก (สำหรับหักค่าไฟฟ้าประจำเดือน) จำนวน ๒ ฉบับ ให้เรียบร้อยก่อนเข้าพัก
๒. ผู้พักอาศัยจะได้รับคีย์การ์ดและกุญแจห้องพักอันแรก ฟรี
๓. หากคีย์การ์ดสูญหาย ให้มาติดต่อที่เจ้าหน้าที่หอพักแพทย์ รพ.๑ ผู้พักอาศัยจะได้รับคีย์การ์ดใบใหม่และเสียค่าคีย์การ์ดใบใหม่ จำนวน ๓๐๐ บาท
๔. หากลืมนำกุญแจห้องพัก หรือกุญแจห้องพักสูญหาย ให้มาติดต่อที่เจ้าหน้าที่หอพักแพทย์ รพ.๑ และปฏิบัติตามขั้นตอนปฏิบัติกรณีลืมนำกุญแจหอพักแพทย์
๕. ผู้พักอาศัยต้องดูแลความสะอาดห้องพักและพื้นที่ส่วนกลางให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ
๖. ห้ามวางสิ่งของต่าง ๆ ไว้บริเวณหน้าห้องพักและพื้นที่ส่วนกลาง
๗. ห้ามผู้พักอาศัยเปลี่ยนกุญแจห้องพัก ลูกบิดประตู หากมีความจำเป็นต้องแจ้งเจ้าหน้าที่หอพักแพทย์ รพ.๑ เพราะหากทรัพย์สินทางราชการมีความเสียหายผู้พักอาศัยต้องรับผิดชอบ
๘. ห้ามเปลี่ยนแปลงห้องพัก หรือตัดแปลงห้องพักอาศัยโดยไม่ได้รับอนุญาต
๙. ห้ามนำบุคคลภายนอกเข้าหอพักแพทย์ รพ.๑ โดยไม่ได้รับอนุญาต
๑๐. ห้ามกระทำความผิดทางกฎหมายหรือกระทำการใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อหอพักแพทย์ รพ.๑ ทุกกรณี
๑๑. ห้ามประพฤติผิดจารีตและขนบธรรมเนียมอันดีงามของไทย
๑๒. การไม่ปฏิบัติตามระเบียบและข้อปฏิบัติของหอพักแพทย์ ในข้อที่ “ห้าม” มีโทษตั้งแต่ ตักเตือน ทำทัณฑ์บน และโทษสูงสุดคือ การให้พ้นสภาพจากการเป็นผู้พักอาศัย

หนังสือแสดงเจตจำนงบริจาคเงินบำรุงหอพักแพทย์

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

นิสิตแพทย์/แพทย์ประจำบ้าน ระบุสาขา โทรศัพท์

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

มีความประสงค์ที่จะช่วยเหลือราชการโดยการบริจาคเงินจำนวนบาท (.....)

เป็นเงินบำรุงหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. อย่างไรก็ตามข้าพเจ้ามิได้ถือว่าเงินที่มอบให้ดังกล่าวเพื่อเป็น

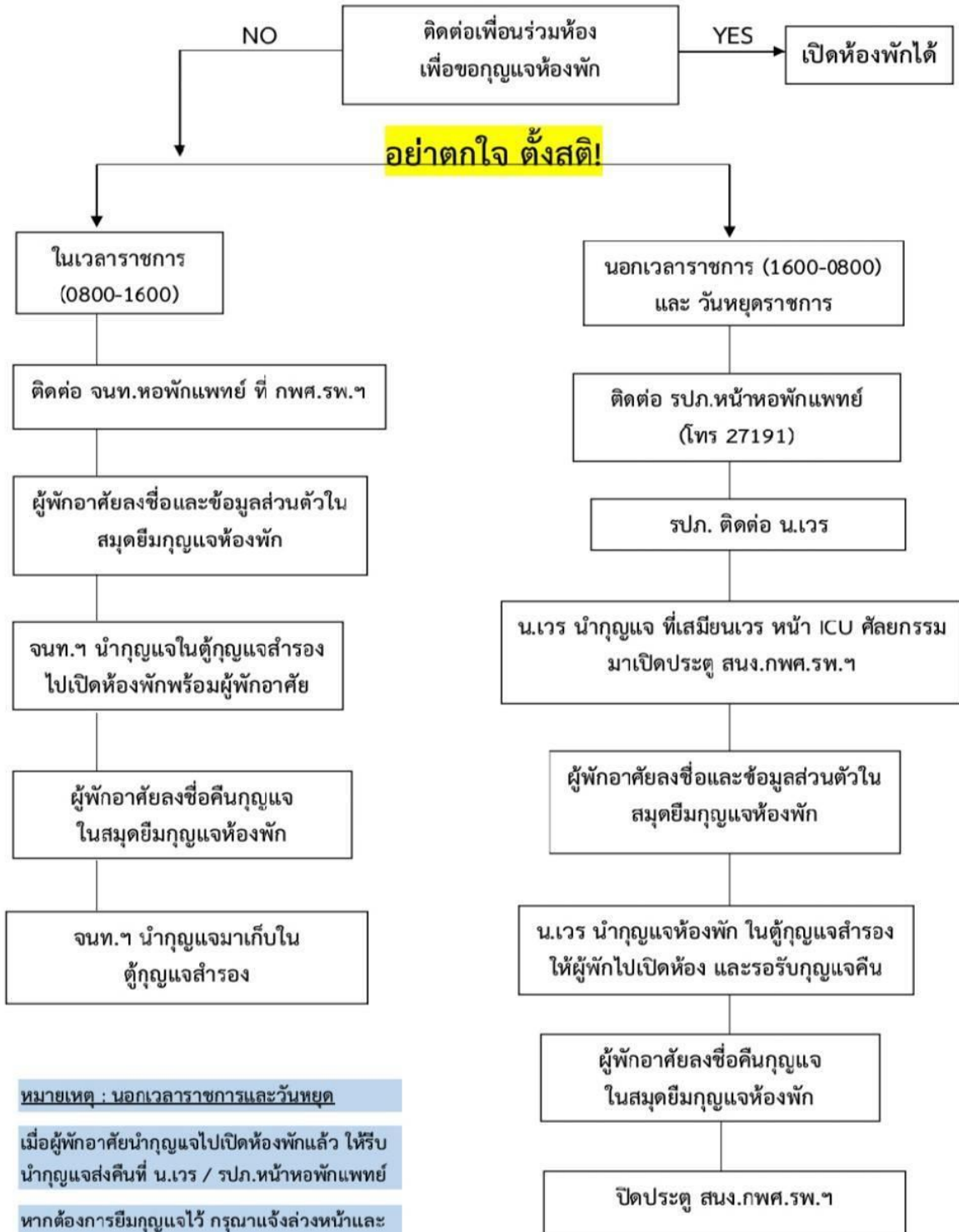
ค่าตอบแทนในการเข้าพักในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. แต่อย่างใด

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อลืมกุญแจห้องพัก หรือ กุญแจหาย

หอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.



หมายเหตุ : นอกเวลาราชการและวันหยุด

เมื่อผู้พักอาศัยนำกุญแจไปเปิดห้องพักแล้ว ให้รีบนำกุญแจส่งคืนที่ น.เวร / รปภ.หน้าหอพักแพทย์

หากต้องการยืมกุญแจไว้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าและลงข้อมูลในสมุดยืมกุญแจห้องพัก

ผนวก ฅ

หมายเลขโทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลที่ควรทราบ

หมายเลขโทรศัพท์กลางโรงพยาบาล	๐-๒๕๓๔-๗๐๐๐
ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล	๒-๗๕๕๕, ๒-๗๖๖๖, ๒-๗๗๗๗
กรณีฉุกเฉิน	
เหตุด่วน-เหตุร้าย	๒-๗๑๙๑, ๑๙๑
เพลิงไหม้	๑๒๓
สารวัตรทหารโรงพยาบาล	๒-๗๐๐๑
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๒-๗๑๔๑-๕, ๒-๗๑๔๗-๘
รถพยาบาล	๒-๗๓๓๓
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	๒-๗๙๙๙
กองแพทยศาสตร์ศึกษา	๒-๗๔๖๓, ๒-๗๔๖๕
ห้องสมุด	๒-๗๘๕๓, ๒-๗๘๕๔
