



คู่มือแพทย์ประจำบ้าน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ปีการศึกษา ๒๕๖๗

คำนำ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นสถาบันฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญาที่ได้รับการอนุมัติจากแพทยสภาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๑๗ และได้มีการพัฒนาเพิ่มเติมหลักสูตรการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ปัจจุบันมีการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านจำนวน ๑๐ สาขา และหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จำนวน ๘ สาขา โดยทุกสาขาได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมระดับแพทย์หลังปริญญาตามเกณฑ์ของ World Federation of Medical Education (WFME)

คู่มือแพทย์ประจำบ้านฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดได้ทราบประวัติความเป็นมาของสถาบัน ตลอดจนกฎระเบียบ สวัสดิการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การทำงานวิจัย และความเป็นอยู่ของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ณ สถาบัน

คณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรกฎาคม ๒๕๖๗

สารบัญ

	หน้า
ประวัติโรงพยาบาล	๕
ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	๘
การฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์หลังปริญญา	
วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม	๑๕
หน้าที่แพทย์หลังปริญญา	๑๖
กิจกรรมส่วนกลาง	๑๖
การปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา	๑๗
การแต่งกายขณะปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา	๑๘
การประเมินผลแพทย์หลังปริญญา	๑๘
การทำงานวิจัย	๑๙
ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนการศึกษา	๑๙
สวัสดิการ	๒๐

ภาคผนวก

ก. การจัดหน่วยของ พอ. และ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	๒๓
ข. รายชื่อคณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา	๒๖
ค. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย	๒๘
ง. นโยบายด้านความเสี่ยงของโรงพยาบาล	๒๙
จ. การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์	๓๙
ฉ. ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียน	๔๘
ช. แนวทางปฏิบัติงานของแพทย์เวรตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ	๕๕
ซ. แนวทางปฏิบัติงานด้านนิติเวชสำหรับแพทย์หลังปริญญา	๖๐
ฌ. แบบฟอร์มการประเมินผลแพทย์หลังปริญญา	๖๔
ญ. แนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	๖๕
ฎ. การดำเนินงานวิจัย	๖๙
ฏ. ทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิชาการสำหรับแพทย์หลังปริญญา	๗๒
ฐ. การใช้บริการห้องสมุด	๗๔
ฑ. การใช้บริการศูนย์วิทยบริการ	๗๘
ฒ. หมายเลขโทรศัพท์ที่ควรทราบ	๗๙

ประวัติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

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



โฉนดที่ดินพระราชทานจากพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร
เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลทหารอากาศ



“หมวดพยาบาล” สังกัดหน่วยบินทหารบก พ.ศ.๒๔๕๗ ณ ตำบลดอนเมือง (ที่ตั้งปัจจุบัน)

ต่อมาในปี พ.ศ.๒๔๘๔ พลอากาศโทหลวงเทเวศย์พันธุ์พันธุ์ ผู้บัญชาการทหารอากาศในขณะนั้น ได้ขอพระราชทานพระปรมาภิไธย พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เพื่อเป็นชื่อของโรงพยาบาล และเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างล้นพ้นที่พระองค์ทรงมีพระบรมราชานุญาต ให้ใช้พระปรมาภิไธยเป็นชื่อของโรงพยาบาล ซึ่ง “โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช” ได้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม พ.ศ.๒๔๙๒ โดยมี นาวาอากาศโททิพย์ นาถสุภา เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก

ในปี พ.ศ.๒๕๒๒ เป็นปีที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ดำเนินการครบ ๓๐ ปี นับเป็นมิ่งมหามงคลอีกครั้ง ที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร 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 ได้ปฏิบัติการกิจสนับสนุนงานด้านยุทธการของกองทัพอากาศ ร่วมกับบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่กำลังพลกองทัพอากาศและประชาชนอย่างมีมาตรฐาน เพื่อเป็นการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการจัดสร้างอาคาร “คุ้มเกศ” ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ เพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินแทนพระองค์มาทรงเปิดอาคารในวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๗ และในปีเดียวกันนี้ ได้มีการจัดสร้างอาคาร “ศูนย์มะเร็ง” เพื่อเป็นศูนย์รวมงานด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ครบวงจร โดยมีสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก เสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีเปิด เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



ตลอดระยะเวลากว่า ๗๐ ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน สถานที่ บุคลากร สิ่งแวดล้อม และเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลในทุกสาขามาเป็นลำดับ ทำให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง ที่ได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไปของสถาบัน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นหน่วยขึ้นตรงต่อกรมแพทยทหารอากาศ ตั้งอยู่ที่ถนนพหลโยธิน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้การรักษายาบาลแก่กำลังพลกองทัพอากาศ ตลอดจนประชาชนทั่วไป รวมทั้งจัดการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ในโครงการร่วมระหว่างกองทัพอากาศกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี พลอากาศตรี นก ตูจินดา ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลในปัจจุบัน

พันธกิจ (Mission)

- เป็นโรงพยาบาลของกองทัพอากาศที่มีคุณภาพ
- ให้บริการรักษายาบาล ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- ให้การศึกษานิสิตแพทย์ 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. อาคารคัมภีร์เกล้าฯ

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้นใต้ดิน	- เครื่องปรับอากาศ - เครื่องกำเนิดไฟฟ้า - ระบบควบคุมไฟฟ้า - เครื่องทำน้ำร้อน - เครื่องควบคุมระบบโทรศัพท์ - หน่วยจ่ายกลาง - หน่วยวิศวกรรมการแพทย์ - ลานจอดรถสำหรับนายทหารชั้นอาวุโส	
ชั้น ๑	- ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - ศูนย์ประสาน เวชระเบียน ชั้น ๑ - ห้องจ่ายยา ห้องทำแผล - ห้องคลอด - ห้องผ่าตัด - กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด - หออภิบาลศัลยกรรมทั่วไป - หออภิบาลศัลยกรรมระบบประสาท - หออภิบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ - หออภิบาลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก - หออภิบาลศัลยกรรมโรคหัวใจ - หน่วย พรบ.กลาง - ห้องตรวจโรคทั่วไป	

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้น ๒	- แผนกเวชระเบียนและสถิติ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนก - ห้องตรวจจอร์โรปีติกส์ - ห้องตรวจสูตินรีกรรม - ห้องตรวจกุมารเวชกรรม - ห้องตรวจศัลยกรรม - ห้องตรวจจักษุกรรม - ห้องตรวจโสต ศอ นาสิกกรรม - ห้องจ่ายยา - กองเภสัชกรรม - ห้องเจาะเลือด - ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - ห้องตรวจรังสีวิทยา - กองรังสีกรรม	
ชั้น ๓	- ห้องตรวจผู้ป่วย VIP - หน่วยตรวจประสาทวิทยา - ห้องตรวจการได้ยิน - หน่วยโสตสัมผัสและการแก้ไขคำพูด - หออภิบาลอายุรกรรม - หออภิบาลโรคหัวใจ - หออภิบาลทารกแรกเกิด - หน่วยตรวจพิเศษกุมารเวชกรรม - หน่วยไต - ห้องประชุมพลอากาศเอกประพันธ์ ฐปะเตมีย์ - ห้องประชุมบูรพรัตน์ - ห้องประชุมเย็นสุดใจ - ห้องประชุมสุขบำรุง - ห้องประชุมถาวรเวช - ห้องผู้อำนวยการ - ห้องรองผู้อำนวยการ - ห้องนายทหารบริหารงาน - ห้องประชุมกองอำนาจการ - แผนกธุรการ - แผนกกำลึงพล - งบประมาณ - หมวดดูแลเงินรายได้ - แผนกเวชระเบียน - มูลนิธิคุ้มเกล้าฯ - ห้องโทรศัพท์กลาง - สนง.สิ่งแวดล้อม - หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ	

	- สำนักงานประกันสุขภาพและประกันสังคม - แผนกการเงิน - หน่วยควบคุมภายใน - ศูนย์คอมพิวเตอร์ - หน่วยสุขศึกษา - ห้องประชาสัมพันธ์ - ห้องศูนย์วิจัยพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ - หน่วยช่วยการหายใจ	
ชั้น ๔	- ลานจอดรถ ที่ตั้งกองบัญชาการต่าง ๆ - กองอายุรกรรม - กองสูตินรีกรรม - กองออร์โธปิดิกส์ - กองโสต ศอ นาสิกกรรม - กองศัลยกรรม - กองกุมารเวชกรรม - กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก - ห้องประชุมตึกหทัยโรจน์ - ห้องประชุมปาณิกบุตร	
ชั้น ๕	- หอผู้ป่วย ๕/๑ : ออร์โธปิดิกส์ชาย - หอผู้ป่วย ๕/๒ : ศัลยกรรมอุบัติเหตุ - หอผู้ป่วย ๕/๓ : ปิดปรับปรุง - หอผู้ป่วย ๕/๔ : ออร์โธปิดิกส์หญิง	
ชั้น ๖	- หอผู้ป่วย ๖/๑ : ศัลยกรรมประสาท - หอผู้ป่วย ๖/๒ : ศัลยกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วย ๖/๓ : ศัลยกรรมทรวงอก, ศัลยกรรมตกแต่งและศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ - หอผู้ป่วย ๖/๔ : ศัลยกรรมทั่วไป	
ชั้น ๗	- หอผู้ป่วย ๗/๑ : สูติกรรม - หอผู้ป่วย ๗/๒ : ทารกแรกเกิด - หอผู้ป่วย ๗/๓ : จักษุกรรม - หอผู้ป่วย ๗/๔ : นรีเวช	
ชั้น ๘	- หอผู้ป่วย ๘/๑ : อายุรกรรมกึ่งวิกฤติ - หอผู้ป่วย ๘/๒ : อายุรกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วย ๘/๓ : อายุรกรรมและหลอดเลือดสมอง (Stroke) - หอผู้ป่วย ๘/๔ : อายุรกรรมทั่วไป - หอผู้ป่วยจิตเวช	

ชั้น ๙	- หอผู้ป่วย ๙/๑ : โรคหัวใจกึ่งวิกฤติ (ICCW) - หอผู้ป่วย ๙/๒ : โสต ศอ นาสิกกรรม - หอผู้ป่วย ๙/๓ : กุมารเวชกรรม - หอผู้ป่วย ๙/๔ : กุมารเวชกรรม	
ชั้น ๑๐	- หอผู้ป่วย ๑๐/๑ : อายุรกรรม - หอผู้ป่วย ๑๐/๒ : QCU - หอผู้ป่วย ๑๐/๓ : อายุรกรรม - หอผู้ป่วย ๑๐/๔ : ER	
ชั้น ๑๑	- หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑/๑ - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑/๒	
ชั้น ๑๒	- หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๒/๑ - หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๒/๒	

๒. อาคารคุ้มเกล้า

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้นใต้ดิน	- คลังพัสดุ - คลังยาใหญ่	
ชั้น ๑	- ห้องตรวจอายุรกรรม - ห้องตรวจโรคผิวหนัง - ห้องตรวจโรคข้าราชการ - ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก - แผนกเวชระเบียนและสถิติ	
ชั้น ๒	- ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู - กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ห้องจ่ายยาข้าราชการ - ห้องคลินิกฝังเข็ม	
ชั้น ๓	- ห้องตรวจทันตกรรม - กองทันตกรรม - ศูนย์โรคไต	
ชั้น ๔	- ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม - ศูนย์ส่งกล้างระบบทางเดินอาหาร - ศูนย์ป้องกันและพัฒนาการรักษาโรคหัวใจ - หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ - ห้องประชุมชั้น ๔ อาคารคุ้มเกล้า	

ชั้น ๕	- ห้องประชุมใหญ่ อาคารคุ้มเกล้า - ห้องประชุมเล็ก อาคารคุ้มเกล้า - ห้องตรวจ Telemedicine - ห้องเรียนระบบคอมพิวเตอร์ - ห้องตรวจมวลกระดูก - กองจิตเวชฯ	
รอบนอก	- ห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) - ห้องตรวจคลินิกผิวหนังโรค	

๓. อาคารศูนย์มะเร็ง

ชั้น	หน่วยงาน	หมายเหตุ
ชั้น ๑	- ห้องตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) - ห้องตรวจโรคมะเร็ง - ศูนย์โรคภูมิแพ้ - ห้องตรวจรังสีรักษา - ห้องตรวจนิติเวช - แผนกเวชระเบียนและสถิติ - ศูนย์อาหารหนึ่งน้ำใจให้โอกาส	
ชั้น ๒	- หน่วยเคมีบำบัด	
ชั้น ๓	- กองบริการโลหิต	
ชั้น ๔	- กองการพยาบาล - ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	
ชั้น ๕	- ศูนย์วิทยบริการและห้องสมุด - ห้องเรียนนิสิตแพทย์	

๔. อาคารทองใหญ่

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

๕. อาคารหอพักแพทย์

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

๖. อาคาร ๑๔

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

๗. อาคารอื่น ได้แก่

๗.๑ อาคารที่จอดรถใหม่

๗.๒ อาคารชุมนุมสัณฐานบัตร ประกอบด้วย ห้องจัดเลี้ยง และศูนย์อาหาร

๗.๓ อาคารทองหล่อ (โรงอาหาร)

๗.๔ อาคารซักฟอก

การฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์หลังปริญญา

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

๑. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่าง ๆ จำนวน ๑๐ หลักสูตร ได้แก่

- ๑.๑ สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป
- ๑.๒ สาขาออร์โธปิดิกส์
- ๑.๓ สาขาอายุรศาสตร์
- ๑.๔ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
- ๑.๕ สาขากุมารเวชศาสตร์
- ๑.๖ สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา
- ๑.๗ สาขาประสาทศัลยศาสตร์
- ๑.๘ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- ๑.๙ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ๑.๑๐ สาขาจักษุวิทยา

๒. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขากต่าง ๆ จำนวน ๘ หลักสูตร ได้แก่

- ๒.๑ อนุสาขอายุรศาสตร์โรคไต
- ๒.๒ อนุสาขอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
- ๒.๓ อนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา
- ๒.๔ อนุสาขอายุรศาสตร์โรคหัวใจ และหลอดเลือด
- 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_law๐๒.php)

๔. มีความรู้ด้านการวิจัย และสามารถดำเนินงานวิจัยได้เป็นอย่างดี

๕. มีความคิดตามหลักวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาการสาธารณสุขและชุมชน

๖. มีความสนใจใฝ่รู้ และชวนหาความรู้ ความชำนาญเพิ่มเติมอยู่เป็นนิจ
๗. มีความรู้ความสามารถในด้านต่อไปนี้
 - ๗.๑ การนำเสนอประวัติผู้ป่วย บรรยายและอภิปรายปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ๗.๒ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และชุมชน
 - ๗.๓ การถ่ายทอดความรู้แก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์
๘. มีความรู้ความสามารถในการบริการ การวางแผนและบริหาร เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๙. มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคลากรอื่น เพื่อพัฒนาด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ

หน้าที่ของแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

- แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีหน้าที่ ดังนี้
๑. ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม และบริบทของหลักสูตรที่ฝึกอบรม
 ๒. ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลอื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย
 ๓. ดำเนินงานวิจัย และกิจกรรมทางวิชาการตามหลักสูตรการฝึกอบรม
 ๔. สอนนิสิตแพทย์ และถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรร่วมวิชาชีพ
 ๕. เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการของโรงพยาบาล ได้แก่ โครงการอบรมวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 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

การฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาลในแต่ละสาขาจะมีคณะกรรมการฝึกอบรม แพทย์หลังปริญญาของกองที่สังกัด ทำหน้าที่ในการกำหนดรายละเอียดของแผนการฝึกอบรม กิจกรรมวิชาการ รวมถึงการประเมินแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้เป็นไปตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น โดยมี คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล ทำหน้าที่จัดกิจกรรมส่วนกลางให้กับแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. กิจกรรม

- ๑.๑ การปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ ๑ เพื่อเป็นการแนะนำหน่วยงาน การปฏิบัติตัวขณะฝึกอบรม แนวทางในการปฏิบัติงาน และทบทวนความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ทำความรู้จักกัน
- ๑.๒ งานปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุงการเรียนการสอนต่อไป
- ๑.๓ การมอบประกาศนียบัตรแก่แพทย์ประจำบ้านที่จบการศึกษา

๒. การอบรมวิชาการ

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

๒.๒ โครงการอบรมวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ (Basic Science) สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เพื่อทบทวนความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และความรู้ทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วย

๒.๓ การพัฒนาศักยภาพการสอนทางคลินิกและการบูรณาการการสื่อสารภาษาอังกฤษ สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เพื่อพัฒนาแพทย์ประจำบ้านให้มีความรู้ความสามารถในการสอนทางคลินิกแก่นิสิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับชาวต่างชาติ รวมทั้งการนำเสนอผลงานเป็นภาษาอังกฤษ

หมายเหตุ

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ จะต้องเข้าร่วมการอบรมในข้อ ๒.๒ และ ๒.๓ โดยจะต้องมีเวลาในการเข้าเรียนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ หากเวลาเรียนไม่ครบตามที่กำหนด ทางคณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล จะส่งรายชื่อให้กองที่สังกัดพิจารณาต่อไป

นอกจากนี้ แพทย์ประจำบ้านควรเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการซึ่งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการของโรงพยาบาล หรือศูนย์วิจัยและสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์จัดขึ้น

การปฏิบัติงานของแพทย์หลังปริญญา

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ตามหลักสูตรการฝึกอบรมของแต่ละสาขา และอาจต้องปฏิบัติงานเฉพาะกิจตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ซึ่งการปฏิบัติงานอยู่ในความควบคุมดูแลของคณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของกองที่สังกัด ร่วมกับคณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของโรงพยาบาล โดยไม่อนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านเปลี่ยนสาขาระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล

การปฏิบัติงาน แบ่งเป็น

๑. การปฏิบัติงานในเวลาราชการ

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

๒. การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

หมายถึง การอยู่เวรนอกเวลาราชการ ประกอบด้วย

๒.๑ เวรเฉพาะทางตามสาขา ซึ่งเป็นไปตามหลักสูตรการฝึกอบรมที่กำหนดไว้

๒.๒ เวรรวมของโรงพยาบาล ได้แก่

๒.๒.๑ เวรห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ ๑๖๐๐ - ๒๔๐๐ (เฉพาะแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ทุกสาขา) ซึ่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เป็นผู้ประสานงานกับแผนกฉุกเฉินเพื่อจัดตารางหมุนเวียน โดยแนวทางการปฏิบัติงานแสดงไว้ในผนวก ข

๒.๒.๒ เวรห้องตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

การแต่งกายขณะปฏิบัติงาน

๑. แพทย์ประจำบ้านชาย

เสื้อกาวน์สั้น ตราสัญลักษณ์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (หรือเสื้อเชิ้ตสีสุภาพ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน
ต่อยอด) กางเกงขายาวสีสุภาพ และรองเท้าหุ้มส้น

๒. แพทย์ประจำบ้านหญิง

เสื้อและกระโปรง/ชุดกระโปรงสีสุภาพ (หรือกางเกงขายาวสีสุภาพ ขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)
และสวมทับด้วยเสื้อกาวน์สั้น ตราสัญลักษณ์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. และรองเท้าหุ้มส้น

หมายเหตุ

- แพทย์ประจำบ้านสามารถสวมใส่ชุดปฏิบัติงานตามแผนก เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ห้องผ่าตัด และห้องคลอด ขณะปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล
- ไม่อนุญาตให้สวมเสื้อผ้าที่เป็นผ้ายีนส์ หรือผ้าลูกฟูก
- ไม่อนุญาตให้สวมรองเท้าแตะขณะปฏิบัติงาน

การประเมินผลแพทย์หลังปริญญา

การประเมินผลแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามข้อกำหนดของหลักสูตรการฝึกอบรมในแต่ละสาขา
ซึ่งดำเนินการโดยอาจารย์แพทย์กองที่สังกัด นอกจากนี้คณะกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญาของ
โรงพยาบาล ได้มีการประเมินคุณลักษณะ ๓ ด้านของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่

๑. ด้านความรู้ (Knowledge) ประกอบด้วย

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

๑.๒ มีความกระตือรือร้นและความสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถ
คัดกรองข้อมูลที่ได้ตามหลัก Evidence-based medicine เพื่อนำมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๑.๓ สามารถถ่ายทอดความรู้แก่แพทย์รุ่นน้อง นิสิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่าง
ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอภิปรายในการประชุมวิชาการหรือดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

๒. ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) ประกอบด้วย

๒.๑ มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย
การส่งตรวจและแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ และสามารถ
จำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ของระดับชั้นปีที่ระบุไว้ใน
หลักสูตร

๒.๒ สามารถทำหัตถการและการผ่าตัดได้ตามเกณฑ์ของระดับชั้นปีที่ระบุไว้ในหลักสูตร

๒.๓ สามารถอภิปรายและเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย การประชุมวิชาการ รวมทั้งสามารถ
สื่อสารกับแพทย์ 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 มีความตั้งใจที่ถ่ายทอดความรู้ให้แก่นิสิตแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านรุ่นน้อง
 ๓.๕ มีมนุษยสัมพันธ์และมารยาทที่ดีต่ออาจารย์ เพื่อนแพทย์ บุคลากรอื่น ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี เมื่อเกิดสถานการณ์ไม่พึงประสงค์

การประเมินการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละด้าน แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้ (รายละเอียดตาม **ผนวก ก**)

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

แนวทางการลงโทษแพทย์หลังปริญญา

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

การทำงานวิจัย

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

นอกจากนี้ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้มีทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านในงานประชุมวิชาการภายในประเทศ และระดับนานาชาติ (สามารถส่งขอทุนระดับนานาชาติ ได้จากศูนย์วิจัย รพ.ฯ) โดยมีรายละเอียดแสดงไว้ใน **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 นอกจากนี้ ยังมีระบบห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ (E-library) ซึ่งสามารถเข้าใช้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลโดยใช้รหัสส่วนบุคคลเพื่อเข้าสู่ระบบ รวมถึงการให้บริการฐานข้อมูล UpToDate สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และให้บริการค้นหาหัตถ์วารสารที่ต้องการ (ผนวก ฐ)

๔. ศูนย์วิทยบริการ

ตั้งอยู่ที่ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง ให้บริการ ดังนี้

๔.๑ จัดทำสื่อการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ พยาบาล นิสิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตามที่ได้รับคำร้องขอ

๔.๒ ผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีสื่อการสอน

๔.๓ อำนวยความสะดวกในการจองและเข้าใช้ห้องประชุม (ระเบียบการใช้บริการของศูนย์วิทยบริการ แสดงในผนวก ๗)

๕. หุ่นจำลองเพื่อฝึกหัตถการ

เพื่อให้การฝึกทักษะทางหัตถการของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการลดความเสี่ยงในการทำหัตถการกับผู้ป่วย หน่วยงานที่มีการฝึกอบรมและกองแพทยศาสตร์ศึกษา ได้จัดให้มีหุ่นจำลองเพื่อฝึกหัตถการ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านสามารถตรวจสอบและใช้งานได้ที่กองที่สังกัด หรือที่กองแพทยศาสตร์ศึกษา รพ.ฯ

๖. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ได้แก่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ตภายในโรงพยาบาล เพื่อใช้งานในระบบเวชระเบียนผู้ป่วยออนไลน์ (BHIS) และเพื่อให้แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ใช้ค้นคว้าข้อมูลออนไลน์

สวัสดิการของแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้จัดสวัสดิการสำหรับแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. หอพักแพทย์

เป็นหอพักรวมของนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล โดยที่บริเวณชั้น ๑ มีห้องออกกำลังกายและห้องซักรีด สำหรับผู้เข้าพักอาศัยได้ใช้บริการ ซึ่งผู้เข้าพักอาศัยจะต้องปฏิบัติตามระเบียบของหอพักแพทย์ (ผนวก ฅ)

๒. ค่าจ้าง และค่าตอบแทนVERNนอกเวลาราชการ

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่อยู่VERNนอกเวลาราชการ จะได้รับค่าตอบแทนVERNนอกเวลาราชการ ในอัตราเหมาจ่ายเดือนละ ๑๐,๐๐๐ บาท

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ไม่มีต้นสังกัด จะได้รับค่าจ้างต่อเดือนในอัตราเดียวกับลูกจ้างชั่วคราว

๓. สิทธิการลา

แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีสิทธิในการลา โดยมีขั้นตอนในการลาและจำนวนวันตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในหลักสูตรการฝึกอบรมในแต่ละสาขานั้น

๔. สิทธิการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ

สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของแพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรม มีดังนี้

๔.๑ แพทย์ที่มีต้นสังกัด ใช้สิทธิต้นสังกัดในการเบิก

๔.๒ แพทย์ทุนอิสระ ใช้สิทธิประกันสังคม โดยจะต้องขึ้นสิทธิประกันสังคมก่อน และสามารถใช้อำนาจสิทธิเบิกจ่ายได้เมื่อส่งเงินสมทบครบ ๖ เดือนแล้ว หากอยู่ในระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคม หรือยังไม่สามารถใช้อำนาจสิทธิประกันสังคมได้ แพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรมจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

แพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรมจะได้รับสิทธิในการตรวจสุขภาพประจำปีในเดือนเกิด และมีสิทธิในการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี รวมถึงได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน

๕. เลื่อนขั้น

แพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรมจะได้รับเลื่อนขั้น สรรพคุณพิเศษ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ตลอดระยะเวลาการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปี โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ จะได้รับจำนวน ๔ ตัว/ปี และแพทย์ประจำบ้านชั้นปี ๒-๕ จะได้รับจำนวน ๒ ตัว/ปี

๖. ศูนย์สุขภาพ และสวนสุขภาพ กรมแพทย์ทหารอากาศ

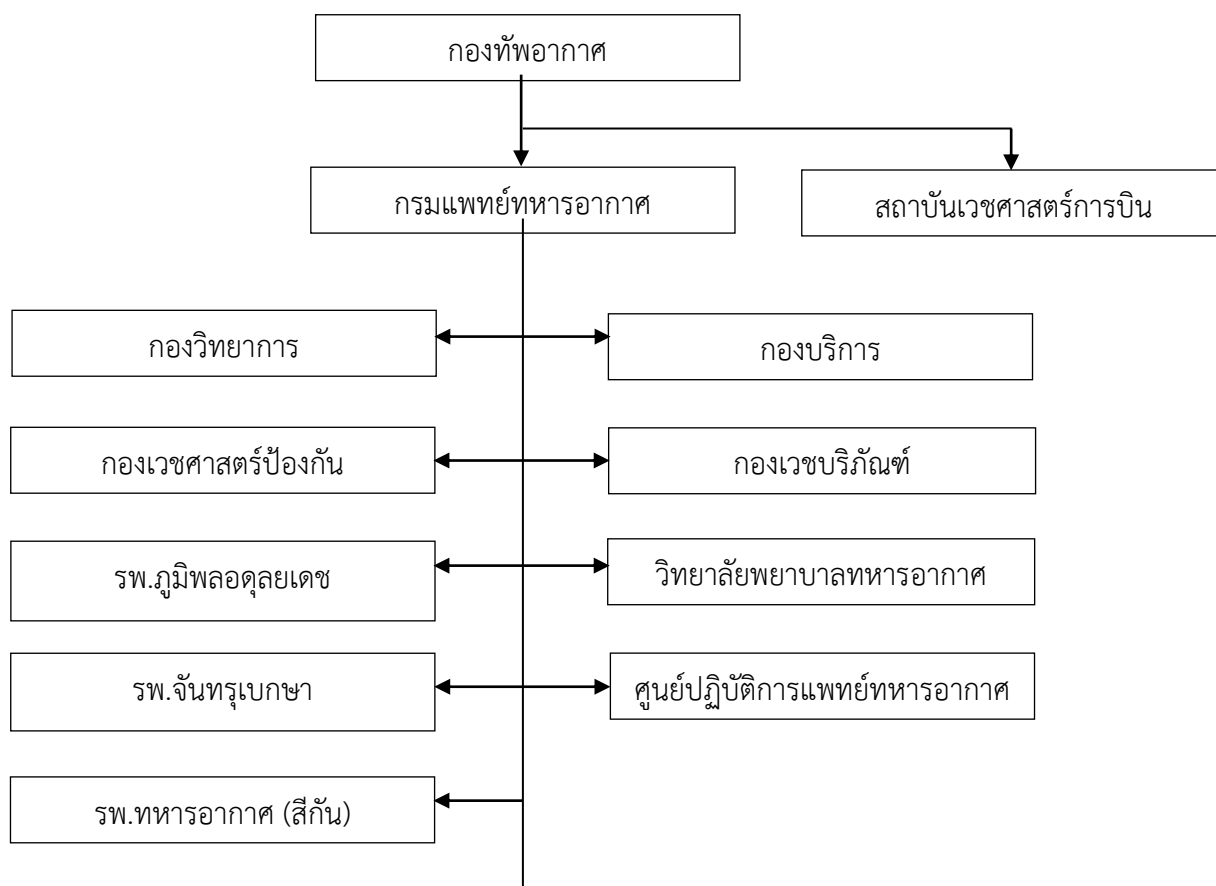
เป็นสถานที่ออกกำลังกายสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย สนามฟุตบอล และสระว่ายน้ำ

ภาคผนวก

ผนวก ก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญา

การจัดหน่วยของกรมแพทยทหารอากาศ



รายนามผู้บังคับบัญชา กรมแพทยทหารอากาศ

เจ้ากรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศโท เพชร เกษตรสุวรรณ
รองเจ้ากรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศตรี ขวลิต ดังโกสินทร์
เสนาธิการกรมแพทยทหารอากาศ	พลอากาศตรี ชัยยา จันทรีใส
รองเสนาธิการกรมแพทยทหารอากาศ	นาวาอากาศเอก นคร บุญมี

การจัดหน่วยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ



รายนามผู้บังคับบัญชา โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	พลอากาศตรี นภ ตู๊จินดา
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๑)	นาวาอากาศเอก ชำรงประวัติ เชิดเกียรติกุล
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๒)	นาวาอากาศเอกหญิง อุษณีย์ สุนันท์
นายทหารบริหารงานโรงพยาบาล	นาวาอากาศเอก ณ์ฐวุฒิ เจียมไชยศรี
ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก	นาวาอากาศเอกหญิง สัญสมัย พงษ์ภักดี
ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง ดวงกมล วงษ์สวรรค์
ผู้อำนวยการกองศัลยกรรม	นาวาอากาศเอก ปณต ยัมเจริญ
ผู้อำนวยการกองสูตินรีกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง นวภรณ์ ออรุ่งโรจน์
ผู้อำนวยการกองกุมารเวชกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา
ผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์	นาวาอากาศเอก พิศณุ ผลากรกุล
ผู้อำนวยการกองจักษุกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง ศศวรรณ ชินรัตน์พิสิทธิ์
ผู้อำนวยการกองโสต ศอ นาสิกกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง กรองกาญจน์ ว่องคงคากุล
ผู้อำนวยการกองรังสีกรรม	นาวาอากาศเอกหญิงหม่อมหลวง อภิรดี กฤดากร
ผู้อำนวยการกองพยาธิกรรม	นาวาอากาศเอก ไพโรจน์ จอมไธสง
ผู้อำนวยการกองทันตกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง ปิยธิดา เนียมประดิษฐ์
ผู้อำนวยการกองการพยาบาล	นาวาอากาศเอกหญิง วนิดา สังวรภรณ์
หัวหน้ากองบริการโลหิต	นาวาอากาศเอก เขมม ธเนศวร
หัวหน้ากองเภสัชกรรม	นาวาอากาศเอกหญิง ธวสินี แสนเสนา
หัวหน้ากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู	นาวาอากาศเอก สมโรจน์ จิริวิภากร
หัวหน้ากองบริการ	นาวาอากาศเอก เขมม ธเนศวร
หัวหน้ากองแพทยศาสตร์ศึกษา	นาวาอากาศเอกหญิง ณ์ฐพรทิรา ผลากรกุล
หัวหน้ากองวิสัญญีและห้องผ่าตัด	นาวาอากาศเอก ปวริศร นิลรัตน์
หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ	นาวาอากาศเอกหญิง ประจจิตร แซ่มสอาด
หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและสถิติ	นาวาอากาศโทหญิง อารีย์ พรหมวอน
หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์	นาวาอากาศเอกหญิง อุบลมาศ โทณะวนิก

ผนวก ข

รายชื่อและหน้าที่คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

รายชื่อคณะอนุกรรมการฯ

๑. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (การศึกษา)	ที่ปรึกษา
๒. น.อ.พิทักษ์ อ่อนศิริ	อนุกรรมการ
๓. น.อ.มานิชญ์ พลายงาม	อนุกรรมการ
๔. หก.กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	อนุกรรมการ
๕. น.อ.พิศณุ ผลากรกุล	อนุกรรมการ
๖. น.อ.เสรษฐสิริ พันธุ์ธนากุล	อนุกรรมการ
๗. น.อ.วัชรภรณ์ พลอยประสิทธิ์	อนุกรรมการ
๘. น.ท.อานภาพ พันธุ์คงทรัพย์	อนุกรรมการ
๙. น.ท.หญิง อินทิรา อุไรเลิศ	อนุกรรมการ
๑๐. น.ท.จรัส ปิตวิวัฒนานนท์	ประธานอนุกรรมการ
๑๑. น.ท.หญิง ศิริลักษณ์ อัครบำรุงกุล	รองประธานอนุกรรมการ
๑๒. น.ท.สรพงษ์ มั่นยานนท์	อนุกรรมการ
๑๓. น.ท.หญิง อรฉัตร ศรีเจริญ	อนุกรรมการ
๑๔. น.ท.หญิง วิยะดา เหลืองดำนสกุล	อนุกรรมการ
๑๕. น.ท.หญิง เกษศิริพันธ์ พุฒิชิต	อนุกรรมการ
๑๖. น.ท.เจษฎา อธิคุณากร	อนุกรรมการ
๑๗. น.ท.หญิง กัลยารัตน์ เพชรรัตน์	อนุกรรมการ
๑๘. น.ต.อรรถสิทธิ์ ดุลอำนาจ	อนุกรรมการ
๑๙. น.ต.ชัยฤทธิ์ โลหะกิจเสถียร	อนุกรรมการ
๒๐. น.ต.หญิง วรวรรณ ศิริชัย	อนุกรรมการ
๒๑. น.ต.หญิง มนัสวี อินทรพินทุวัฒน์	อนุกรรมการ
๒๒. น.ต.เกรียงไกร เวียงนา	อนุกรรมการ
๒๓. น.ต.หญิง ธนรรจิต เพ็ชรคำ	อนุกรรมการ
๒๔. น.ต.หญิง นิจชา รุทธพิชัยรักษ์	อนุกรรมการ
๒๕. น.ต.หญิง หนึ่งกานต์ ทองสิน	อนุกรรมการ
๒๖. น.ต.วีร บุญศิริคำชัย	อนุกรรมการ
๒๗. ร.อ.หญิง ภาคพร ตริยะวรางพันธ์	อนุกรรมการ
๒๘. ร.อ.หญิง กฤษณี แฝ้วพลสง	อนุกรรมการและเลขานุการ
๒๙. ร.ท.วุฒิพงษ์ จันทร์โท	อนุกรรมการ
๓๐. ร.ต.หญิง ช่อทิพย์ ชาญแสงสวัสดิ์	อนุกรรมการ
๓๑. พ.อ.อ.ศรายุทธ จงจินากุล	อนุกรรมการ
๓๒. ร.ต.หญิง ปิยะวรรณ ด่านวิไล	อนุกรรมการ
๓๓. น.ส.เพ็ญณัฐสุรางค์ มีชูสาร	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๔. น.ส.ปาณิสร์ จันทรชู	อนุกรรมการ
๓๕. น.ส.จิตรพาน ศรีจันทร์	อนุกรรมการ
๓๖. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๑	อนุกรรมการ
๓๗. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๒	อนุกรรมการ
๓๘. ประธานแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๓	อนุกรรมการ

หน้าที่รับผิดชอบของคณะอนุกรรมการฯ

๑. การประสานกับแพทยสภา และกองต่าง ๆ ในการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุกสาขา
๒. จัดการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านก่อนเข้ารับการอบรม
๓. ดำเนินการจัดทำเรื่องคำสั่งจ้างของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุนอิสระ ที่รับการฝึกอบรม
๔. ดำเนินการเกี่ยวกับโครงการอบรมวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ (Basic science)
๕. รวบรวมการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน และเก็บข้อมูลมาพิจารณาในการประชุม ทุก ๖ เดือน
๖. ดูแลและให้การสนับสนุนในด้านสวัสดิการและกิจกรรมของแพทย์ผู้รับการฝึกอบรม
๗. จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสามัคคีระหว่างอาจารย์แพทย์ แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม และนิสิตแพทย์
๘. ดำเนินการจัดพิธีมอบประกาศนียบัตรแก่แพทย์ประจำบ้าน เมื่อครบวาระฝึกอบรมประจำปี
๙. ประสานงานกับกองต่าง ๆ ที่แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสังกัด เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขในกรณี มีแพทย์กระทำผิด และ/หรือปฏิบัติตนไม่เหมาะสมระหว่างการศึกษา
๑๐. จัดกิจกรรมเพื่อให้แพทย์ที่ต้องการเข้าศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านทุกประเภทใน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีโอกาสได้ทราบข้อมูลและศึกษาดูงานประกอบการตัดสินใจ
๑๑. ดำเนินการด้านการประกันคุณภาพการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ติดตาม เยี่ยมสำรวจประจำปี ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น จัดส่งรายงานประกันคุณภาพการศึกษาและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึง จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ตรวจประเมินภายใน และผู้รับการตรวจประเมิน

ผนวก ค



แพทยสภา



สภาการพยาบาล



สมาคมเภสัชกรรม



กระทรวงสาธารณสุข



ทันตแพทยสภา



สมาคมศัลยกรรมแพทย์



สมาคมกายภาพบำบัด

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สมาศัลยกรรมแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามพันธุชาติในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิหรือความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือความกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการสิ่งที่ไม่เหมาะสม

6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ

7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

- 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

- 7.2 การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นมีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย

- 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกภาวะ

- 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้ เหตุสุทธียังอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะมีความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ความภาวะวิสัยและพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว

- 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

- 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัด ความภาวะวิสัยและพฤติกรรมที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหารือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

- 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

- 7.8 การปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

- 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

(นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ ไร่เชื้อ)

นายกแพทยสภา

(รองศาสตราจารย์พิเศษ ภก.กิตติ พิทักษ์ปัญญ)

นายกสมาคมเภสัชกรรม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กานดา ชัยบุญญ)

นายกสภากายภาพบำบัด

(รองศาสตราจารย์ ดร.หัตถา บุญทอง)

นายกสภาการพยาบาล

(ทันตแพทย์ รณมิตร จรัสจตุรเกียรติ)

นายกทันตแพทยสภา

(รองศาสตราจารย์ นพ.สมชาย วิริยะพุทธ)

นายกสมาคมศัลยกรรมแพทย์

ผนวก ง

นโยบายด้านความเสี่ยง (Risk Policy)

นโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Policy)

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

๑. ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยงโดยการค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง วางมาตรการป้องกันและติดตามประเมินผลระบบเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๒. คณะกรรมการความเสี่ยง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีหน้าที่จัดระบบการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบดูแลภาพรวม บูรณาการระบบการบริหารความเสี่ยงกับระบบสำคัญอื่นๆ 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 เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยหรือทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย
- ๔.๕ ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวหรือทุพพลภาพชั่วคราว ซึ่งต้องให้การดูแลรักษา
- ๔.๖ ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวหรือทุพพลภาพชั่วคราว ทำให้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น
- ๔.๗ ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย หรือทุพพลภาพถาวร

๔.๘ ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

๔.๙ ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ทุกเหตุการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้องหรือเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน เหตุการณ์ไม่คาดหวังในผู้ป่วย/ญาติที่เป็นบุคคลสำคัญ การพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การจำหน่ายเด็กผิดครอบครัว (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 เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย

๖.๒ ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีความเสียหาย

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 ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ประจำบ้านต้ออด ปี..... กอง..... ☐ แพทย์ประจำบ้าน ปี..... กอง..... ☐ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่..... ☐ อื่น ๆ.....	(ถ้ามี) ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... โรค..... การแก้ปัญหาเบื้องต้น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ เพราะ.....	เฉพาะคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ.ฯ No. IR..... ความรวดเร็วในการรายงาน ☐ ทันเวลา ☐ ล่าช้า..... วัน การจัดการของคณะกรรมการฯ ☐ รับทราบเก็บสถิติ ☐ ส่งต่อ..... วันที่.....
ความเสี่ยงทางการศึกษา(Educational Risk)		
1. หลักสูตรและการเรียนการสอน ☐ E101 นิสิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านขาดการกำกับดูแลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า ☐ E102 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างไม่เหมาะสม ☐ E103 ใช้ทรัพยากรในการทำหัตถการไม่คุ้มค่า ☐ E104 ขาดการประสานงานระหว่างอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน ☐ E105 บุคลากรสายสนับสนุนไม่เพียงพอ ☐ E106 บุคลากรสายสนับสนุนขาดประสิทธิภาพ ☐ E107 ขาดอุปกรณ์ในห้องเรียน หรือไม่พร้อมใช้งาน ☐ E108 ไม่มีสื่อ/อุปกรณ์ในการสอน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ ☐ E109 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการศึกษาค้นคว้ายังไม่สมบูรณ์ / มีไม่เพียงพอ ☐ E110 สถานที่เรียนใน OPD/Ward ไม่เหมาะสม ☐ E111 ไม่มีห้องเรียนสำหรับนิสิตแพทย์ในหอผู้ป่วย ☐ E112 ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ เนื่องจากปัจจัยภายนอก เช่น ไฟฟ้าขัดข้อง / ห้องเรียนไม่เพียงพอ / โรคระบาด ☐ E113 เกิดความไม่ปลอดภัยจากการดูงานนอกสถานที่	2. การประเมินผล ☐ E201 มีการรั่วไหลของข้อสอบ ☐ E202 มีการใช้ข้อสอบเดิม ☐ E203 มีการทุจริตในการสอบ 3. บุคลากร/ ธรรมชาติ 3.1 นิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ☐ E3101 ไม่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ☐ E3102 ไม่ตรงต่อเวลา ☐ E3103 ไม่มีระเบียบ วินัย ☐ E3104 แต่งกายไม่สุภาพเรียบร้อย หรือไม่สุภาพ ☐ E3105 ไม่มีวินัย เชื่อสัจจะ ☐ E3106 กิริยา วาจา ไม่สุภาพ ☐ E3107 ทะเลาะวิวาท ☐ E3108 ใช้เทคโนโลยีผิดเวลา ☐ E3109 มีปัญหาสุขภาพกายที่อาจกระทบต่อการเรียนการสอน ☐ E3110 มีปัญหาสุขภาพใจที่อาจกระทบต่อการเรียนการสอน	3.2 อาจารย์แพทย์ ☐ E3201 ไม่มีความยุติธรรม ☐ E3202 ไม่ตรงต่อเวลา เช่น ช้าสอนสาย เข้า conference สาย รวมทั้งส่งข้อสอบ ตรวจข้อสอบ ส่งคะแนนช้าเกินกำหนด ☐ E3203 ขาดสอนโดยไม่สาเหตุที่เหมาะสม ☐ E3204 เลื่อนสอนกะชั้นผิด ก่อนเวลาสอน น้อยกว่า 7 วัน ☐ E3205 เนื้อหาที่สอนไม่ทันสมัย
อื่น ๆ		

การระบุระดับความรุนแรงของเหตุการณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ 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)

.....

.....

.....

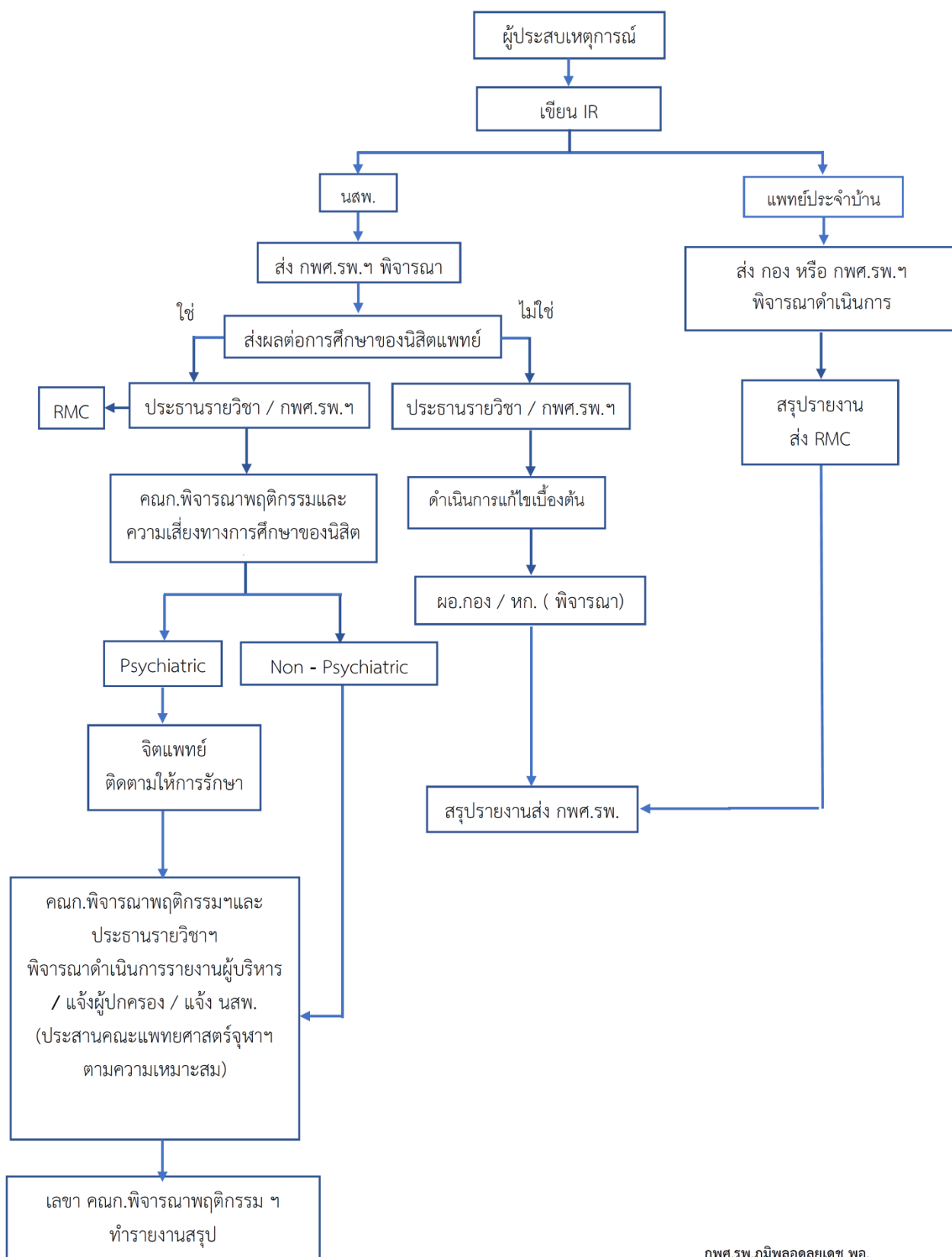
.....

.....

.....

กพศ. / คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

Flow การรายงานความเสี่ยงทางการศึกษา (Educational Risk)



RM-FO-001-C
แก้ไขครั้งที่ 5 เมื่อ ม.ค.64

ชื่อผู้บันทึก..... หน่วยงาน..... วันที่บันทึก..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ..... หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง..... ☐ Education risk บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ประจำบ้าน/ด้อยอดปี..... กอง..... ☐ แพทย์ประจำบ้าน ปี..... กอง..... ☐ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่..... ☐ อื่น ๆ.....	Patient Sticker โรค/หัตถการ..... การแก้ไขเบื้องต้น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ เพราะ.....	เฉพาะคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ. No. IR..... ความรวดเร็วในการรายงาน ☐ ทันเวลา ☐ ล่าช้า..... วัน การจัดการของคณะกรรมการฯ ☐ รับทราบกับสถิติ ☐ ส่งต่อผู้รับชอบบทวน..... ☐ วันที่.....
ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)		
7. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ☐ 701 ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต ☐ 702 การให้ข้อมูลด้านการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ ☐ 703 พอดที่ผู้ป่วย / ปฏิเสธให้การรักษา ☐ 704 ไม่ยินยอมรับการรักษา ☐ 705 พฤติกรรมบริการบุคลากรไม่เหมาะสม ☐ 706 อื่น ๆ..... 8. ความปลอดภัย ความปลอดภัยของผู้ป่วย ☐ 801 ตกเตียง / สิ้นลม ☐ 802 ได้รับบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง/ถูกทำร้าย ☐ 803 อื่น ๆ..... ความปลอดภัยของบุคลากร ☐ 804 บาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน(อาชีวอนามัย) ☐ 805 Sharp injury / สัมผัสสารคัดหลั่ง ☐ 806 อื่น ๆ..... 9. เลือก ☐ 901 ให้เลือกผิดคน/ผิดชนิด/ผิดขนาด/ผิดหมู่ ☐ 902 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ☐ 903 ระบุข้อมูลผิดพลาด/ไม่ชัดเจน ☐ 904 จ่ายเลือดไม่ถูกต้อง เช่น ผิดคน/ผิดชนิด/ผิดหมู่ ☐ 905 อื่น ๆ..... 10. การคัดลอก ☐ 1001 ภาวะแทรกซ้อนของการฉีก ☐ 1002 ภาวะแทรกซ้อนของการทาก ☐ 1003 การ Identify ทารกผิด ☐ 1004 อื่น ๆ..... 11. การวินิจฉัยและการดูแล ☐ 1101 การวินิจฉัยผิดพลาดคลาดเคลื่อน ☐ 1102 การวินิจฉัยล่าช้า ☐ 1103 อื่น ๆ.....	การดูแลล่าช้า/รักษาล่าช้า/ไม่ได้มาตรฐาน ☐ 1104 ไม่สามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยได้ทั้งที่จำเป็น ☐ 1105 ผู้ป่วยได้รับการรักษา/ ทำหัตถการล่าช้า ☐ 1106 แพทย์มาดูแลผู้ป่วยล่าช้า ☐ 1107 ไม่ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทั้งที่จำเป็น ☐ 1108 การช่วยชีวิตขั้นสูง (CPR) ไม่เหมาะสม ☐ 1109 ไม่สามารถตรวจพบภาวะวิกฤติผู้ป่วย/ตรวจพบช้าเกินควร (อาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดหวัง) ☐ 1110 ไม่มีเตียง Admitted ☐ 1111 อื่น ๆ..... ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา/การทำหัตถการ (นอก OR) ☐ 1112 แผลผ่าตัดติดเชื้อ ☐ 1113 การติดเชื้อขณะอยู่ รพ. ☐ 1114 การใส่ Tube Cath drain ไม่ถูกต้อง ☐ 1115 Phlebitis / Extravasation ☐ 1116 การเกิดแผลกดทับขณะอยู่ รพ. ☐ 1117 ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องมือ/ อุปกรณ์ เช่น burn trauma ฯลฯ ☐ 1118 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ(ที่กำหนดไว้) ☐ 1119 อื่น ๆ..... การวางแผนจำหน่าย ☐ 1120 มาตรวจซ้ำที่ ER ภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้วางแผน ☐ 1121 Re admit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ☐ 1122 อื่น ๆ..... การเฝ้าระวังไม่เหมาะสม ☐ 1123 ET Tube เสี่ยงหลุด ☐ 1124 Invasive line เสี่ยงหลุด ☐ 1125 การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหรือที่วิกฤติโดยไม่ได้วางแผน (อาการทรุดลง) ☐ 1126 ผู้ป่วยหนี ☐ 1127 อื่น ๆ.....	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ 1128 การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด / ล่าช้า ☐ 1129 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ผิดคน ☐ 1130 ต้องส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่ เนื่องจากเสียหายต้องส่งใหม่ ☐ 1131 อื่น ๆ..... การตรวจทางรังสี ☐ 1132 การส่งตรวจทางรังสีผิดพลาด/ผิดคน ☐ 1133 รายงานผลทางรังสีล่าช้า /ผิดพลาดคลาดเคลื่อน ☐ 1134 ผล/หลักฐานการตรวจทางรังสีสูญหาย ☐ 1135 เอกสารใบ Request ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ☐ 1136 อื่น ๆ..... การระบุตัวผู้ป่วย ☐ 1137 ระบุตัวผิดพลาด ☐ 1138 ไม่ระบุตัว ทำให้เกิดความผิดพลาด ☐ 1139 อื่น ๆ..... 12. การผ่าตัด / หัตถการ ระงับความรู้สึก ☐ 1201 ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการระงับความรู้สึก ☐ 1202 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ☐ 1203 เสียชีวิตระหว่างผ่าตัด ☐ 1204 ผ่าตัดผิดข้าง / ผิดคน / ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ ☐ 1205 สิ่งสิ่งแปลกปลอมไว้ในตัวผู้ป่วย ☐ 1206 เลื่อน / งดผ่าตัด ☐ 1207 Re-Operation in 48 hr. โดยไม่ได้วางแผน ☐ 1208 เติร์ปผู้ป่วยผ่าตัดไม่พร้อม ☐ 1209 อื่น ๆ.....

โปรดระบุระดับความรุนแรงของเหตุการณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

- ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง
- ระดับ B หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย
- ระดับ C หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ระดับ D หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยหรือต้องมีการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ระดับ E หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราว หรือหตุผลภาพชั่วคราวซึ่งต้องให้การดูแลรักษา
- ระดับ F หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราว หรือหตุผลภาพชั่วคราวทำให้ต้องนอน รพ.หรืออยู่ รพ. นานขึ้น
- ระดับ G หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือ หตุผลภาพถาวร
- ระดับ H หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- ระดับ I หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้ง Sentinel event ทกเหตุการณ์

แบบรายงานเหตุการณ์ที่จัดเป็นความเสี่ยง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

RM-FO-001-C

[illegible]

สรุปข้อเสนอแนะของผู้บริหารจัดการความเสี่ยงประจำหน่วย (ระดับ ผอ.กอง หรือผู้แทนด้านความเสี่ยง)

.....

แบบรายงานเหตุการณ์ที่จัดเป็นความเสี่ยงทั่วไป (Non clinical risk)

RM-FO-001-N

แก้ไขครั้งที่ 5 เมื่อ ม.ค.64

ชื่อผู้บันทึก..... หน่วยงาน..... วันที่บันทึก..... วันที่เกิดเหตุ.....เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ..... หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	Patient Sticker โรค/หัตถการ..... การแก้ไขเบื้องต้น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ เพราะ.....	เฉพาะคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รพ. No.IR..... ความรวดเร็วในการรายงาน ☐ ทันเวลา ☐ ล่าช้า.....วัน การจัดกรของคณะกรรมการฯ ☐ รับทราบเก็บสถิติ ☐ ส่งต่อผู้รับผิดชอบทบทวน..... ☐ วันที่.....
ความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk)		
1. การรักษาความปลอดภัย ☐ 101 โจรกรรม ☐ 102 อุบัติเหตุจลาจล ☐ 103 บุคลากรภายใน/นอก ได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บใน รพ. ☐ 104 อื่น ๆ..... 2. เวชระเบียน / การติดต่อสื่อสาร ☐ 201 เวชระเบียนสูญหาย หรือค้นหาไม่พบใช้เวลานานในการค้นหา ☐ 202 ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องความเป็นจริง ☐ 203 การประสานล่าช้า/ คลาดเคลื่อน/ ขาดการประสานงาน ☐ 204 ส่งการรักษาทงโทรศัทพ์และไม่ลงนามใน Order sheet ภายใน 24 ชม. ☐ 205 ออกเอกสารสำคัญให้ผู้ป่วยผิด ☐ 206 อื่น ๆ.....	3. เครื่องมือและอุปกรณ์ ☐ 301 อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นของหน่วยงานไม่มี หรือมีไม่เพียงพอ ☐ 302 อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ชำรุด หรือเสียหาย ☐ 303 เจ้าหน้าที่ใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่ถูกวิธี ไม่ระมัดระวัง ☐ 304 อื่น ๆ..... 4. อาคารสถานที่ / สิ่งแวดล้อม / สาธารณูปโภค ☐ 401 อาคารชำรุด เสียหาย ☐ 402 ระบบลิฟท์ขัดข้อง ☐ 403 ระบบประปาขัดข้อง ☐ 404 น้ำท่วมขังภายนอกอาคาร ☐ 405 น้ำรั่วซึม / ท่วมขังภายในอาคาร ☐ 406 อัดคึกคัก ☐ 407 ระบบไฟฟ้าสำรองขัดข้อง / ไม่มีประสิทธิภาพ / ไม่ทำงานเมื่อไฟดับ ☐ 408 ระบบการจัดการขยะ ☐ 409 ระบบโทรศัพท์ขัดข้อง ☐ 410 ระบบแก๊สทางการแพทย์ ☐ 411 ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ☐ 412 อื่น ๆ.....	5. ความพร้อมในการบริการ ☐ 501 জন. ไม่อยู่ในขณะที่ต้องให้บริการ ☐ 502 জন. ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ☐ 503 อื่น ๆ..... 6. อาหาร / เวชภัณฑ์ ☐ 601 อาหารปนเปื้อน ☐ 602 ไม่ตรงคำสั่ง ☐ 603 อาหารบูด อาหารเน่า ☐ 604 การแยกผ้าผัดประเภท ☐ 605 เครื่องมือและอุปกรณ์ติดมากับผ้า ☐ 606 อื่น ๆ..... * ยาและสารน้ำ ใช้แบบฟอร์ม PH-FO-020 * * Clinical risk ใช้แบบฟอร์ม RM-FO-001-C *

โปรดระบุระดับความรุนแรงของเหตุการณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

- ☐ ระดับ A : เหตุการณ์ ซึ่งมีโอกาสเกิดความเสียหาย
☐ ระดับ B : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีความเสียหาย
☐ ระดับ C : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว มีความเสียหายเพียงน้อยมาก มูลค่าทรัพย์สิน <2,000 บาท
☐ ระดับ D : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว มีความเสียหายเล็กน้อย มูลค่า 2,000 - 5,000 บาท
☐ ระดับ E : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว มีความเสียหายปานกลาง มูลค่ามากกว่า 5,000 - 15,000 บาท
☐ ระดับ F : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลเสียหายมาก มูลค่ามากกว่า 15,000 - 30,000 บาท
☐ ระดับ G : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลเสียหายมากที่สุด มูลค่ามากกว่า 30,000 - 50,000 บาท
☐ ระดับ H : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลเสียหายมากที่สุด และทำให้ รพ.หยุดชะงักให้บริการไม่เกิน 24 ชม. มูลค่ามากกว่า 50,000บาทแต่ไม่เกิน 100,000 บาท
☐ ระดับ I : เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลเสียหายมากที่สุด และทำให้ รพ.หยุดชะงักให้บริการเกิน 24 ชม. มูลค่ามากกว่า 100,000 บาท

ผนวก จ

การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์

ตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีทั่วโลก วงการแพทย์ก็ให้ความสำคัญกับโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ทางเลือด (Blood borne infection) มากขึ้น นอกเหนือจากเชื้อเอชไอวีแล้วยังมีโรคอีกหลายอย่างที่สามารถติดต่อได้ เช่น ไวรัสชนิดอื่น ปรสิต แบคทีเรีย หรือเชื้อรา ซึ่งการติดต่อของโรคสามารถผ่านทางการสัมผัสผิวหนังที่มีแผล รอยถลอก ถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด หรือผ่านทางเยื่อบุตา จมูก ปาก

ไวรัสเป็นเชื้อที่พบการติดต่อทางเลือดได้มากที่สุด ไวรัสที่มีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก ได้แก่ ไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เนื่องจากสามารถทำให้เกิดโรคได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งสามารถแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้

วิธีการแพร่กระจายของเชื้อที่ติดต่อทางเลือดหรือสารคัดหลั่ง

๑. การสัมผัสผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous exposure) เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เช่น เข็มตำ มีดบาด หักบาด หลอดแก้วที่บรรจุเลือดแตกบาดมือ หรือบาดเจ็บจากกระดูกหรือฟันของผู้ป่วย
๒. การสัมผัสเยื่อ (Mucous membrane exposure) ได้แก่ การที่เลือดหรือสารคัดหลั่งสัมผัสถูกเยื่อ เช่น ริมฝีปาก เยื่อบุตา เยื่อบุจมูก 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)

สารคัดหลั่งต่อไปนี้มีปริมาณเชืื่อน้อย ไม่สามารถแพร่กระจายสู่ผู้อื่น ถ้าไม่มีเลือดปน

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

ชนิดของการสัมผัส

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการสัมผัสโดยทางผิวหนังจากการถูกเข็มตำเป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ร้อยละ ๘๐ ของการสัมผัสทั้งหมด เช่นเดียวกับข้อมูลของรพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. พบว่าการสัมผัสโดยถูกเข็มตำพบบ่อยที่สุด รองลงมาคือการถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นถูกบริเวณเยื่อ โดยกรณีเข็มตำ ส่วนใหญ่เกิดระหว่างการเจาะเลือดหรือฉีดยาแก่ผู้ป่วย

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นในบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ

- เมื่อบุคลากรสัมผัสเลือด และ/หรือ สารน้ำ/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเกิดการแพร่เชื้อได้ให้รีบทำความสะอาดบริเวณที่สัมผัสทันที
- การทำความสะอาดให้ใช้น้ำสะอาดและสบู่ หรือน้ำยาทำลายเชื้อที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ไม่ควร ปั่นเค้นแผลอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้เชื้อซึมลงสู่เนื้อเยื่อชั้นลึกได้ง่ายขึ้น
- ในกรณีเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ให้ล้างด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือออร์มัล หรือน้ำยาล้างตา ปริมาณมาก ๆ
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายทิ้งทันที จากนั้นให้บ้วนปาก กลั้วปากและคอกด้วยน้ำสะอาดติดต่อกัน ๒ – ๓ ครั้ง ไม่ควร ใช้สบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อในปาก

การติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยผ่านทางผิวหนังแต่ละครั้งอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๐.๓๒ ความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดผ่านทางเยื่อบุประมาณร้อยละ ๐.๐๙ ส่วนความเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดผ่านทางผิวหนังที่ไม่ปกติมีรายงานว่าติดได้ แต่ไม่สามารถประมาณความเสี่ยงได้เนื่องจากพบน้อย อย่างไรก็ตามเชื่อว่าความเสี่ยงน่าจะน้อยกว่าการสัมผัสทางเยื่อบุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน

๑. ปริมาณเลือดหรือสารคัดหลั่งที่สัมผัส
กรณีที่สัมผัสปริมาณมาก เช่น เข็มที่เจาะเลือดคนไข้มีเลือดคาอยู่ในเข็มเป็นปริมาณมาก มีดที่บาดมีเลือดคนไข้ติดอยู่ เลือดปริมาณมากกระเด็นใส่ ก็มีโอกาสดูเหมือนจะติดเชื้อเพิ่มขึ้น
๒. ลักษณะของการสัมผัส
ถ้าเป็นแผลลึกมีเลือดออก แผลจากเข็มกลวยิ่งมีขนาดเข็มใหญ่ก็ยิ่งมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น ถ้าใส่ถุงมือปริมาณเลือดที่ผ่านถุงมือจะน้อยกว่าไม่ใส่
๓. ปริมาณเชื้อของผู้ป่วย
ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของการติดเชื้อจะมีปริมาณเชื้อในเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
๔. การป้องกันหลังสัมผัส
หากได้รับยาต้านไวรัสหลังสัมผัสอย่างทันท่วงที ก็จะลดโอกาสการติดเชื้อลงได้

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีหลังสัมผัสโรคสามารถที่จะลดอัตราการติดเชื้อได้ โดยจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการให้ยาต้านไวรัสยี่ห้อเร็วยิ่งลดอัตราการติดเชื้อ 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 โดนเข็มกลวงขนาดใหญ่ตำ หรือถูกเข็มตำลึก หรือมีเลือดติดอยู่เป็นปริมาณมาก หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายที่มีปริมาณเชื้อในเลือดมากควรพิจารณาให้ยา ๓ ชนิด โดยหากเลือกให้ยา ๒ ชนิด ให้พิจารณาใช้ยาในกลุ่ม NNRTI ๒ ชนิด เรียกว่า “สูตรยาพื้นฐาน (Basic regimen)” หรือหากให้ยา ๓ ชนิด เรียกว่า “สูตรยาขยาย (Expanded regimen)” โดยยาชนิดที่ ๓ อาจเลือกใช้ยาในกลุ่ม NRTI หรือกลุ่ม PI หรือกลุ่มอื่นแล้วแต่ความเหมาะสม ทั้งนี้ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ได้มีแนวทางในการให้ยาในกรณีดังกล่าว โดยมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลใหม่ที่มีเพิ่มขึ้น ส่วนระยะเวลาของการให้ยาในปัจจุบันให้เป็นเวลา ๔ สัปดาห์ ตามข้อมูลการศึกษาในสัตว์ทดลอง สำหรับการเจาะเลือดตรวจ Anti-HIV ให้กระทำทันทีหลังสัมผัสโรค หลังจากนั้นตรวจซ้ำที่ ๓ เดือนและ ๖ เดือน รวม ๓ ครั้ง โดยสรุปการให้การรักษามุคแรกของการสัมผัสโรคต้องดำเนินการโดยเร็ว ต้องประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกสูตรยา รวมทั้งต้องให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ตลอดจนการติดตามผลเลือดอย่างครบถ้วน

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเลือดโดยตรวจพบ HBsAg ในเลือด ไม่ว่าจะมีการหรือไม่สามารถที่จะแพร่เชื้อไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามี HBeAg ในเลือด โดยทั่วไปความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการถูกเข็มตำกรณีที่ไม่ทราบว่ามี HBeAg หรือไม่โดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๖ - ๓๐ ซึ่งนับว่าสูงกว่าการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น

ไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ โดยสารคัดหลั่งที่มีปริมาณเชื้อสูง ได้แก่ สารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด สารน้ำในช่องเยื่อหุ้มท้อง สารน้ำในข้อ น้ำคร่ำ และสารน้ำในช่องสมองและไขสันหลัง ส่วนสารคัดหลั่งจากมดลูก/ช่องคลอด น้ำอสุจิและน้ำลายมีปริมาณเชื้อระดับปานกลาง ส่วนสิ่งขับถ่ายจากร่างกาย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ มีปริมาณเชื่อน้อย ยกเว้นมีเลือดปน

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการปฏิบัติงาน

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานคล้ายกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยขึ้นกับปัจจัยหลัก ๓ ประการ คือ ปริมาณของเชื้อที่มี ปริมาณของเลือดหรือสารน้ำที่สัมผัส และทางที่สัมผัส

บุคลากรที่เคยได้รับวัคซีนแล้วหรือเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อนในอดีต อาจจะมีภูมิคุ้มกันหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นควรถามประวัติการได้รับวัคซีน และการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน สำหรับผู้ที่เคยได้รับวัคซีนครบ ๓ เข็ม และมีภูมิคุ้มกันแล้ว และผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน ไม่จำเป็นต้องให้การป้องกันการติดเชื้อ ส่วนในกรณีที่ไม่น่าเชื่อว่าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ให้ประเมินความเสี่ยง ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้การรักษามือถือกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

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

การติดตามผลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน แต่โดยทั่วไปแนะนำให้เจาะเลือดตรวจติดตามผลที่ ๓ เดือนและ ๖ เดือน โดยระหว่างนี้ควรระวังการบริโภคเลือด อวัยวะ เนื้อเยื่อ และอสุจิ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจากการปฏิบัติงาน

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

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจากการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมีน้อยกว่าไวรัสตับอักเสบบีดังที่กล่าวแล้ว เชื่อว่าเป็นเพราะปริมาณเชื้อในเลือดมีน้อยกว่ามาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากความเสี่ยงและปริมาณของเลือด/สารคัดหลั่งที่สัมผัสแล้ว จึงเป็นเรื่องของความชุกของโรค การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีส่วนใหญ่ผ่านทาง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและการให้เลือดในอดีต จึงพบความชุกมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การให้ยาป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

มีข้อมูลการให้ Interferon ชนิดเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยา Ribavirin พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดจำนวนไวรัสลงได้มาก แต่ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการให้ยาในกรณีหลังการสัมผัสโรค ปัจจุบันจึงยังไม่มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีที่มีประสิทธิผล ส่วนใหญ่จะใช้วิธีให้คำแนะนำให้สังเกตอาการและตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะเพื่อดูว่าร่างกายสามารถกำจัดเชื้อได้เองหรือไม่ หากพบว่าเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรังก็ต้องให้คำแนะนำและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

เนื่องจากการให้การรักษารักษาการติดเชื้อไวรัสทั้ง ๓ ชนิดต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทราบผลเลือดของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทันทีเมื่อเกิดกรณีการสัมผัสโรค และเมื่อเกิดเหตุขึ้นจึงต้องแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบเสมอว่าต้องการผลด่วนเป็นกรณีพิเศษ

สำหรับกรณีต้องได้รับยาต้านไวรัส ปรึกษาอาจารย์หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ

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

แนวทางการจัดการและควบคุมโรคติดต่อสำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

การจัดการโรคติดต่อในบุคลากรทางการแพทย์กระทำเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรในการรับหรือแพร่เชื้อ โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ

๑. การปฏิบัติต้องไม่เป็นการลงโทษบุคลากรที่เจ็บป่วย บุคลากรที่เจ็บป่วยเมื่อได้รับการรักษาแล้วสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ
๒. การเจ็บป่วยของบุคลากรต้องเก็บเป็นความลับ
๓. บุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง โดยไม่ปกปิดการเจ็บป่วยในโรคติดต่อที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น รวมทั้งรับผิดชอบต่อการป้องกันการติดเชื้อต่อตนเองและผู้อื่นโดยการฉีดวัคซีน ทั้งก่อนการเข้าปฏิบัติงานและระหว่างการปฏิบัติงาน

สำหรับแนวทางปฏิบัติในการจัดการและควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านมีดังนี้

๑. การประเมินสุขภาพของนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านใหม่ก่อนเข้าปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลประกอบด้วย

- ๑.๑ การซักประวัติโรคประจำตัว และตรวจร่างกาย รวมถึงจัดทำประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์
- ๑.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยา
 - ๑.๒.๑ ภาพถ่ายรังสีวิทยาทรวงอก
 - ๑.๒.๒ การตรวจทางโลหิตวิทยา เคมีคลินิก และการตรวจปัสสาวะ

๑.๒.๓ การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และภูมิคุ้มกัน (Anti-HBs Ab)

๑.๒.๔ การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรคคางทูม (Mumps IgG) หัด (Measles IgG) และ หัดเยอรมัน (Rubella IgG)

๑.๒.๕ การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อสุกใส (Varicella IgG) หากไม่เคยได้รับวัคซีน ซึ่งหากได้รับวัคซีนแล้ว จะต้องมีการรับรองหรือหลักฐานแนบ

๑.๒.๖ การตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคพิจารณาตามแนวทางข้อ ๓

๑.๓ ใบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (Tdap) ภายใน ๑๐ ปี

๑.๔ การประเมินผลการตรวจ

๑.๔.๑ หากพบความผิดปกติ หรือมีโรคประจำตัว พิจารณาส่งพบแพทย์ตามความเหมาะสม

๑.๔.๒ พิจารณาการรับวัคซีนตามแนวทางข้อ ๒

๒. การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคก่อนเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

แนะนำให้บุคลากรรับวัคซีนต่อไปนี้เป็นทุกคน หากไม่ได้มีประวัติการแพ้วัคซีนหรือไม่ได้มีข้อห้ามในการรับวัคซีน โดยพิจารณาตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

วัคซีน	กลุ่มที่แนะนำให้รับวัคซีน	กลุ่มที่ไม่ต้องรับวัคซีน
Influenza vaccine	ผู้ที่ไม่มีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ล่าสุด 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 เป็นลบและยังไม่มีเคยฉีดวัคซีน หรือฉีดยังไม่ครบ ๒ เข็ม	- ผู้ที่มีข้อห้ามในการฉีดวัคซีน - ผู้ที่มีผล Varicella IgG เป็นบวก - ผู้ที่มีหลักฐานว่าได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็ม
Tdap	ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติได้รับวัคซีน Tdap ภายใน ๑๐ 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 ๒ 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) แสดงว่า

มีการรับเชื้อใหม่ในช่วง ๑ ปี ถ้าตรวจร่างกายแล้วไม่พบการป่วยเป็นวัณโรค อาจพิจารณาให้ยาป้องกันวัณโรคตามความเหมาะสมเฉพาะราย (Optional)

๔. การประเมินและจัดการสุขภาพของบุคลากรหลังปฏิบัติงาน

๔.๑ จัดทำประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคลากรแต่ละราย

๔.๒ ส่งตรวจภาพรังสีวิทยาทรวงอกเป็นประจำทุกปี

๔.๓ จัดฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ล่าสุดเป็นประจำทุกปี

๔.๔ บุคลากรที่ป่วยด้วยอาการที่อาจเป็นโรคติดต่อให้รายงานต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ใช้ออกผืน หรือไอเรื่อริง

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. ๒๐๐๕;๕๔(RR-๑๗): ๑-๑๔๑.

การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง



การใส่ อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง



ล้างมือ



แห้ง



ป้อน



ป้อง



ปลาย



ข้อ

LEG COVER
1



สวม LEG COVER

COVERALL
2



สวม COVERALL



คล้อง



ยังไม่ต้องจนอุด

BOOT
3



สวม BOOT



HAND RUB

N95 MASK
4



วาง N95 ไว้บนมือ
ให้สายรัดอยู่หลังมือ



รัด N95 เป็นรูปตัว U
ให้สายรัดอยู่ด้านหลัง



ประกอบเข้ากับหน้ากาก
สายบนรัดเหนือใบหู
สายล่างรัดท้ายทอย

GOGGLE
5



สวม GOGGLE

HEADCOVER
6



สวมหน้ากากคลุม
ใบหูทั้ง 2 ข้าง



เก็บผม
ให้เรียบร้อย



ดึงฮูดคลุมศีรษะ

GLOVES 1
7



สวมถุงมือ
STERILE



ดึงถุงมือให้
คลุมชายแขน
COVERALL

GOWN
8



คล้องเสื้อกาวน์
บริเวณคอ

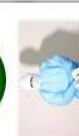


สอดแขนเข้าใน
เสื้อกาวน์



ผูกเชือกที่เอว
ไว้ด้านหลัง

GLOVES 2
9



สวมถุงมือ
DISPOSABLE



ดึงถุงมือให้
คลุมชายแขน
เสื้อกาวน์

FACE SHIELD
10



สวม FACE SHIELD

FIT CHECK



ดัดสายรัดให้พอดี
ดึง N95 ให้คลุมคาง

FIT CHECK



FIT CHECK

เป็นการตรวจสอบความเหมาะสมของการใส่หน้ากาก ชนิด N95 ซึ่งต้องทั่วทุกด้านเมื่อสวมหน้ากาก โดยให้มือทั้งสองข้างโอบรอบหน้ากาก แล้วหายใจออกแรงกว่าปกติเล็กน้อย หากหน้ากากแนบสนิท จะไม่มีอากาศรั่วไหลออกจากขอบหน้ากาก ถ้าไม่อากาศรั่วไหลออกจากขอบหน้ากาก ให้ปรับความเร็วในการขับ พร้อมขับตำแหน่งของหน้ากากใหม่ จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

ส่วนควบคุมผลิตภัณฑ์เชื้อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดชพ.อ.

การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง

การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย
สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องป้องกันระดับสูง

1 GOWN
จับช่วงเอวด้านหน้าของเสื้อกาวน์
กระดกออกทางด้านหน้า
ถอดกาวน์จากใต้แขนงอข้อมือ

2 GLOVE 2
ถอดกาวน์ออกพร้อมกับข้อมือ แล้วทิ้งลงในถังขยะ-ติดเชื้อ

3 FACE SHIELD
แตะด้านข้างฝั่งด้านนอกของ FACE SHIELD
เลื่อนออกทางด้านบนของศีรษะ

4 COVERALL
ใช้ตะขิบจับจากลำตัวบน
ระมัดระวังไม่ให้สัมผัสติดร่างกาย
รัดขั้วลงด้านหลัง
ถอดชุดออกทางด้านบนศีรษะ

5 GLOVE 1
ถอด COVERALL ออกพร้อมถุงมือ
ดึงข้อมือไว้กับชุด COVERALL

6 BOOT
ใช้ด้านในของชุด COVERALL จับ BOOT ไว้
ถอด COVERALL ออกพร้อม BOOT

7 LEG COVER
สอดข้อมือ 2 ข้างเข้าด้านในของ LEG COVER
ถอดออกด้วยวิธีไม่มีสัมผัส
ด้านนอกของ LEG COVER

8 HEAD COVER
สอดข้อมือ 2 ข้างเข้าด้านในของ HEAD COVER
ดึงออกทางด้านหน้าในแนวตรง

9 GOGGLE
แตะด้านข้างฝั่งด้านนอกของแว่นตา
ถอดออกทางด้านหน้าในแนวตรง

10 N95 MASK
ถอดสายคล้องออกทางด้านบนศีรษะ
ใช้ข้อมือจับสายคล้องไว้
ถอดสายคล้องออกทางด้านบนศีรษะ
ใช้ข้อมืออีกข้างดึงสายคล้องไว้ แล้วประคอง N95 ออกจากใบหน้า

ล้างมือด้วยน้ำและสบู่จนน้ำมาเข้าเชื้อ

หน้า
แฉีก
ปั่น
กีบ
ปลาย
ข้อม

แผนกควบคุมโรคติดต่อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบ Contact precaution และ Droplet precaution



การใส่ PPE 5 ชิ้น สำหรับการดูแลผู้ป่วย แบบ Contact Precautions + Droplet Precautions

ล้างมือ



 หน้า
 หลัง
 ปั่น
 ปิ้ง
 ปลาย
 ข้อ

1. SURGICAL MASK







คล้องสายบริเวณหู กดขยคลวกลให้พอดกกับสันจมูก ดึงหน้ากากให้คลุมดวง

2. กาวน์แขนยาว







สอดแขนเข้าในเสื้อ ผูกเชือกบริเวณคอ ผูกเชือกบริเวณเอวไว้ด้านหลัง

3. หมวกคลุมผม






สวมหมวกให้คลุมศีรษะและใบหูสองข้าง เก็บไรผมเข้าในหมวกให้เรียบร้อย

4. FACE SHIELD






สวม FACE SHIELD ให้กระชับศีรษะ ขยับให้คลุมใบหน้าด้านข้างเท่าๆกันทั้งสองด้าน

5. ถุงมือ





สวมถุงมือทั้งสองข้าง โดยให้ถุงมือนิดคลุมขนาบแขนเสื้อกาวน์

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ รพ. ภูมิพลอดุลยเดช ๗๐.



สแกนเพื่อดูวิดีโอ

ผนวก ฉ

ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับแฟ้มเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

อ้างอิงตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของแพทยสภา และแนวทางปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (MR-QP-๐๐๘)

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ข้อมูลที่ต้องมีบันทึกในเวชระเบียน ได้แก่

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

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

๑. ใบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (In Patient Summary) จะต้องมีข้อมูลต่อไปนี้

๑.๑ การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis)

หมายถึง โรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือเข้ารับการรักษานั้น ซึ่งจะต้องถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

๑.๑.๑ การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น

๑.๑.๒ การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (Final Diagnosis) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยแรกรับ (Provisional Diagnosis)

๑.๑.๓ ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นภายหลัง ถึงแม้โรคแทรกนั้นจะทำให้สูญเสียทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าก็ตาม

๑.๑.๔ กรณีมีผู้ป่วยมีโรคมมากกว่า ๑ โรคปรากฏพร้อมกันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก หากรักษาโรคเหล่านั้นพร้อมกัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก หากโรคมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

๑.๑.๕ กรณีที่ไม่สามารถระบุวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดได้จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย (ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยเองโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือผู้ป่วยเสียชีวิตโดยยังวินิจฉัยโรคไม่ได้ หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น) ให้บันทึกอาการ (Symptom) หรืออาการแสดง (Sign) หรือกลุ่มอาการที่สำคัญเป็นการวินิจฉัยหลัก

๑.๒ การวินิจฉัยโรคร่วม (Comorbidity)

หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาทัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

๑.๒.๑ เป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง

๑.๒.๒ เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น หรือต้องทำการรักษาเพิ่มเติม

๑.๒.๓ การบันทึกวินิจฉัยโรคร่วม สามารถบันทึกได้มากกว่า ๑ โรค โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุด

๑.๓ การวินิจฉัยโรคแทรก (Complication)

หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรครุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาทัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

๑.๓.๑ เป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลังไม่เกิดขึ้นก่อน หรือไม่เกิดพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก เป็นโรคที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้ว

๑.๓.๒ เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการระหว่างรักษาทัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น

๑.๓.๓ อาจเป็นโรคต่างระบบกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลัก

๑.๓.๔ แพทย์สามารถบันทึกโรคแทรกได้มากกว่า ๑ โรค

๑.๔ การวินิจฉัยโรคอื่น (Other diagnosis)

หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาทัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาทัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

๑.๕ การวินิจฉัยสาเหตุภายนอก (External cause of injury and poisoning)

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

๑.๖ การผ่าตัดและหัตถการนอกห้องผ่าตัด (ถ้ามี)

หมายถึง หัตถการที่กระทำต่อผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงกรณีที่โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการที่หน่วยบริการอื่นและโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น โดยจะต้องบรรยายละเอียด 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

๑.๘.๑ เมื่อแพทย์สรุปการรักษาในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล (BHIS) แล้ว จะต้องพิมพ์ใบสรุปการรักษา พร้อมทั้งลงลายมือชื่อและเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในช่อง Attending physician & license ทุกครั้ง

๑.๘.๒ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะต้องออกหนังสือรับรองการเสียชีวิต (Medical certificate of cause of death) พร้อมทั้งลงลายมือชื่อ และวันที่ที่ออกหนังสือรับรองทุกครั้ง

๒. การสรุปจำหน่ายผู้ป่วย (discharge summary)

การสรุปจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรายละเอียดครบถ้วน จะเป็นประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการ ซึ่งข้อมูลที่ต้องมี ประกอบด้วย

๒.๑ ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เป็นต้น

๒.๒ การผ่าตัด สิ่งที่เกิดจากการผ่าตัด และผลการผ่าตัด

๒.๓ การดำเนินโรคในโรงพยาบาล (Hospital course) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน และการรักษาสำคัญที่ให้ระหว่างการพักรักษาภายในโรงพยาบาล

๒.๔ ยาหรือเวชภัณฑ์ที่ให้เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย

๒.๕ การนัดตรวจติดตามผู้ป่วย

๒.๖ การวินิจฉัยโรค และหัตถการ

๒.๗ ลายมือชื่อแพทย์ผู้สรุปจำหน่ายผู้ป่วย

หมายเหตุ

การสรุปแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน

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

*ห้ามนำแฟ้มเวชระเบียนออกมาสรุปนอกห้องเวชระเบียน

เวลาทำการของห้องเวชระเบียน

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

๓. ใบยินยอมการรักษา การทำหัตถการ และการผ่าตัด (Informed consent form)

๓.๑ เมื่อรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรต้องอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องรับไว้ทำการรักษาและการวินิจฉัยเบื้องต้นให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย

๓.๒ หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด การตรวจพิเศษ/การทำหัตถการ แพทย์จะต้องอธิบายแผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลของโรค การทำผ่าตัด การตรวจพิเศษ/การทำหัตถการ รวมถึงความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียง หรือผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง และทางเลือกแก่ผู้ป่วยทุกราย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย

๓.๓ เมื่อผู้ป่วยและญาติยินยอม ให้ลงลายมือชื่อไว้ในช่องผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจทำการแทน

๓.๔ หากผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม ต้องลงลายมือชื่อไว้ในช่องแพทย์ผู้ให้คำอธิบายในหนังสือแสดงความไม่ยินยอมรับการตรวจรักษา การทำหัตถการ และ/หรือรับการผ่าตัด

๔. ใบบันทึกประวัติ (Medical history report) ประกอบด้วย

๔.๑ อาการสำคัญ (Chief complaint): อาการหรือปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

๔.๒ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness): ต้องให้ครอบคลุมประเด็น what, where, when, why, who, how, how many รวมทั้งการรักษาที่ได้รับมาก่อน

๔.๓ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต (Past illness) ที่สำคัญ มีความเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

๔.๔ ประวัติอื่น ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติส่วนบุคคล ประวัติทางสังคม ประวัติประจำเดือน/การคุมกำเนิด/การตั้งครรภ์ (กรณีผู้ป่วยเพศหญิง) พัฒนาการการเจริญเติบโต และประวัติการได้รับวัคซีน (กรณีผู้ป่วยเด็ก) และประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง

๔.๕ Review of system ในทุกระบบตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

๔.๖ ระบุแหล่งที่มา และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

๔.๗ ลายมือชื่อแพทย์ และรหัสแพทย์ที่สามารถสื่อถึงแพทย์เจ้าของลายมือชื่อได้

๕. ใบบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับ (Physical examination report) ประกอบด้วย

๕.๑ บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs) ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต อย่างครบถ้วน กรณีเด็กอายุ ๐ – ๓ ปี ให้บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ เป็นอย่างน้อย สำหรับ ความดันโลหิต ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

๕.๒ ตรวจร่างกายในตำแหน่งที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับอาการสำคัญที่มาพบแพทย์โดยละเอียด

๕.๓ ตรวจร่างกายทุกระบบ โดยใช้การดู คลำ เคาะ และฟัง

๕.๔ สรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ

๕.๕ ระบุเหตุผลในการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (Indication for admission)

๕.๖ ลงลายมือชื่อแพทย์ที่ตรวจร่างกาย

๖. ใบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วย (Progress note)

๖.๑ บันทึกรายงานการติดตามผู้ป่วยทุกวันในช่วง ๓ วันแรก และบันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ/การรักษา/เปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/ปรึกษาระหว่างแผนก หรือได้รับผลการตรวจที่สำคัญ เช่น ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการเพาะเชื้อ หรือเมื่อมีการทำหัตถการ/การผ่าตัด รวมทั้งการงดหรือเลื่อน ทำผ่าตัดหรือหัตถการด้วย

๖.๒ ควรบันทึกในรูปแบบ SOAP (Subjective, objective, assess, plan)

๗. ใบสั่งการรักษา มีข้อปฏิบัติ ดังนี้

๗.๑ แพทย์ควรเขียนคำสั่งการรักษาด้วยตนเอง

๗.๒ ไม่ควรสั่งการรักษาด้วยวาจา หากมีความจำเป็นที่ต้องสั่งการรักษาด้วยวาจา แพทย์จะต้องเขียน คำสั่งการรักษาภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากมีการสั่งการรักษาด้วยวาจา

๗.๓ แพทย์ควรเขียนคำสั่งให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล

๗.๔ แพทย์ผู้สั่งการรักษาจะต้องลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งวัน เวลาที่สั่งทุกครั้ง

๗.๕ กรณีที่ต้องการยกเลิกคำสั่งการรักษาเดิม (off order)

๗.๕.๑ เขียน “off” หลังคำสั่งการรักษาเดิม พร้อมลงลายมือชื่อ และวัน เวลาที่ยกเลิกการรักษา

๗.๕.๒ เขียน “off คำสั่งการรักษาที่ต้องการ” ในช่องคำสั่งต่อเนื่องพร้อมลงลายมือชื่อ และวัน เวลาที่ยกเลิกการรักษา

๘. ใบรายงานการผ่าตัด (Operation report)/รายงานการทำหัตถการ มีข้อปฏิบัติ ดังนี้

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

๘.๒ ลงรายละเอียดวิธีการผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด

๘.๓ การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด (Pre-operative diagnosis): ให้ระบุชื่อโรคหรือภาวะ

๘.๔ การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด (Post-operative diagnosis): ให้ระบุชื่อโรค ห้ามใช้คำว่า “same”

๙. ใบบันทึกขอคำปรึกษา/ใบตอบรับการปรึกษา (Consultation form)

๙.๑ แพทย์ผู้ขอคำปรึกษาต้องระบุข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้ให้ไว้อย่างชัดเจน รวมทั้ง ระบุเหตุผลที่ขอปรึกษา และระบุความเร่งด่วน

๙.๒ แพทย์ผู้รับปรึกษาต้องบันทึกผลการซักประวัติ ผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ปรึกษาตาม แนวทางการซักประวัติและตรวจร่างกาย พร้อมทั้งให้ความเห็นในเรื่องการวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ (ถ้ามี) และแนวทางการรักษา

๔.๓ แพทย์ผู้ขอคำปรึกษาและแพทย์ผู้รับปรึกษาจะต้องร่วมกันบันทึกแผนการดูรักษา และกำหนดความถี่ในการตรวจติดตามซ้ำ บันทึกผลการติดตามการตอบสนองต่อการดูแล ผลลัพธ์ของการดูแล วันเวลาที่จำหน่าย การส่งต่อ (ถ้ามี)

๑๐.หนังสือรับรองการตาย (ทร.๔/๑)

๑๐.๑ กรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แพทย์เวชที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตาย ยกเว้นผู้ป่วยคดี จะมีแพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ออกใบรับรองให้

๑๐.๒ โรคที่เป็นสาเหตุการตายต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ โดยบันทึกลำดับเหตุการณ์ของโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรก โรคแทรกที่เกิดขึ้นจนถึงโรคสุดท้าย โดยบันทึกโรคหรือกลไกการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเริ่มแรกไว้ในบรรทัดล่างสุด

๑๐.๓ ไม่ควรใช้ Mode of death หรือ Principal diagnosis เป็นสาเหตุการตาย

๑๐.๔ โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่องสาเหตุการตายในใบมรณบัตร จะต้องเขียนเป็นภาษาไทย

๑๐.๕ ถ้าผู้เสียชีวิตเป็นสตรีต้องระบุเรื่องภาวะตั้งครรภ์

การบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับงานเวชระเบียน

- เมื่อต้องการแก้ไขข้อความในเวชระเบียนให้ใช้วิธีขีดฆ่าข้อความที่ผิดแล้วเขียนข้อความใหม่ที่ต้องการ และลงนามผู้แก้ไขตลอดจนวันเวลาที่แก้ไข ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดป้ายข้อความแล้วเขียนทับ

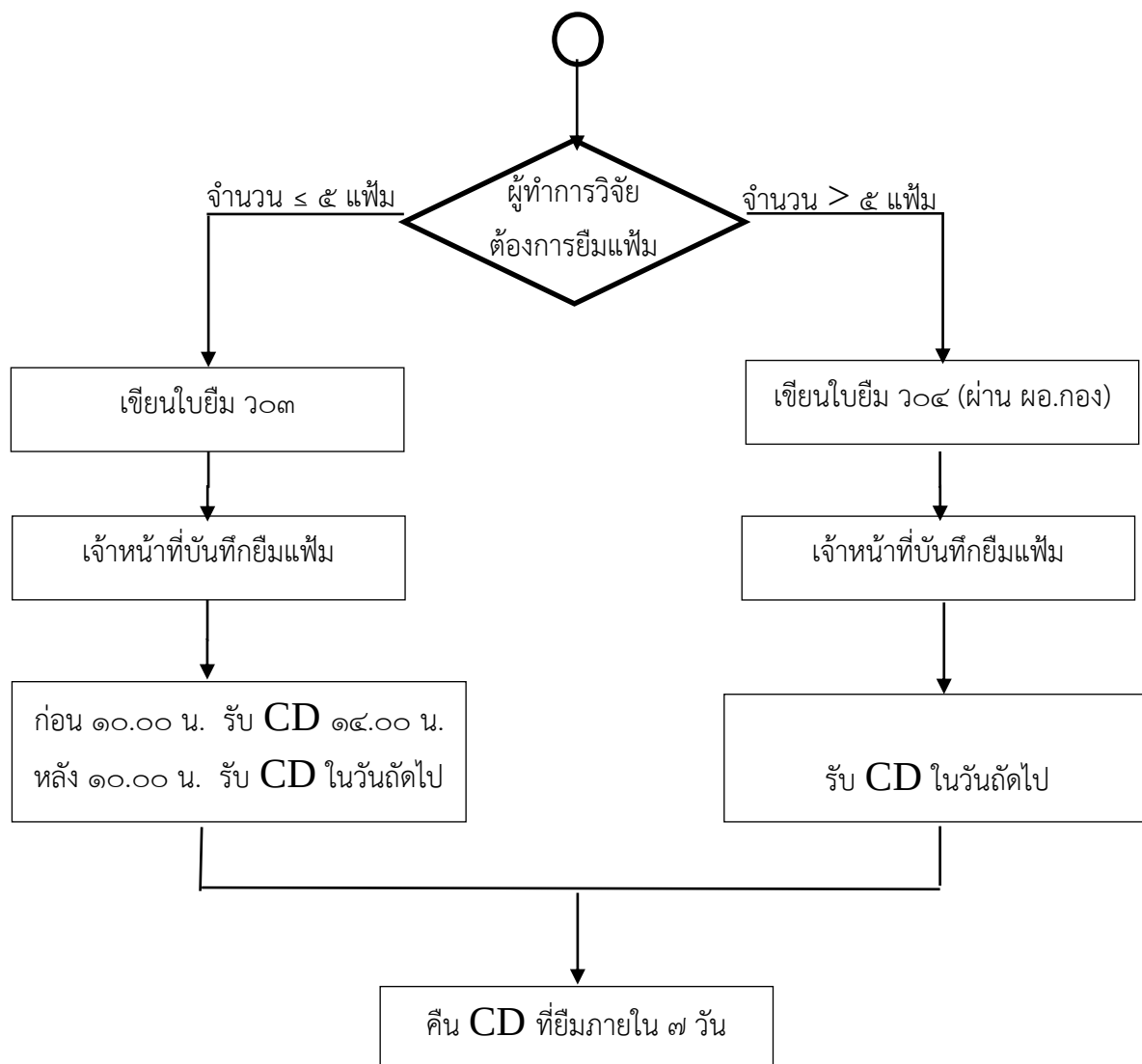
- ในการเขียนหรือบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ในเวชระเบียน จะต้องมีการลงนามกำกับแนบท้าย
- แพทย์ควรบันทึกคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยทั้งด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน
- หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำที่ไม่เหมาะสม หรืออาจเป็นการหมิ่นประมาทผู้ป่วยในการบันทึกเวชระเบียน
- แพทย์จะต้องเป็นผู้เขียนหรือบันทึกใบขอส่งตรวจ/ใบขอคำปรึกษาด้วยตนเอง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

การขอยืมแฟ้มเวชระเบียน

- กรณีต้องการทำวิจัยหรือการศึกษา ผู้ขอยืมจะต้องกรอกแบบฟอร์มใบยืม ว.๐๓ (ยืมไม่เกิน ๔ แฟ้ม) หรือ ว.๐๔ (ยืมมากกว่า ๔ แฟ้ม) เพื่อยื่นขอยืมแฟ้มที่ห้องทะเบียนเวชสถิติ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้า ฯ ในเวลาทำการ ล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ วัน

- หากจำเป็นต้องใช้แฟ้มเวชระเบียนมากกว่า ๕ แฟ้ม ต้องทำเรื่องขออนุญาตจาก ผอ.กองต้นสังกัดก่อน
- การขอยืมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้ยืมได้เฉพาะแฟ้มที่สรุปเรียบร้อยและผ่านขั้นตอนของทางเวชระเบียนเรียบร้อยแล้ว
- ระบุชื่อ - นามสกุล HN และ AN ครั้งที่ต้องการยืมให้ชัดเจน
- แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในขอยืมได้ครั้งละ ๑๕ แฟ้ม ส่งคืนภายใน ๗ วัน หากมีความจำเป็นต้องใช้ต่อต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- แฟ้มผู้ป่วยนอก ยืมได้ครั้งละ ๕๐ แฟ้ม ส่งคืนภายใน ๓ วัน หากมีความจำเป็นต้องใช้ต่อต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- ห้ามนำเอกสารในแฟ้มเวชระเบียนออกนอกแฟ้มหรือดึงออกจากแฟ้ม เนื่องจากแฟ้มได้ถูกเรียงไว้ตามมาตรฐานของการจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียนแล้ว

ขั้นตอนการยืมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อการศึกษาวิจัย



ผนวก ข

แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์เวรตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ

ห้องฉุกเฉินหรือห้องตรวจโรคทั่วไป รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ตั้งอยู่ที่ชั้น ๑ อาคารคุ้มเกล้าฯ
การจัดแพทย์ปฏิบัติงาน

แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินหรือห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ

- แพทย์หมุนเวียนเวรห้องฉุกเฉินหรือห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ คือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๒๔.๐๐ น. ของทุกวัน

ข้อควรทราบในการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ

๑. ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการถือว่าเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลตามกฎหมายโดยมีการคัดกรองตามระบบคัดกรอง Bhumibol Adulyadej Hospital Triage (BAHT)

๒. แพทย์จะต้องนึกถึงภาวะที่มีความรุนแรงที่สุดของอาการนำของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และควรตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งจะต้องบำบัดอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารับบริการให้ดีขึ้นก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

๓. หากพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วย แพทย์ทุกท่านสามารถให้การรักษาวินิจฉัยร่วมกับโรคหลัก และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม

หน้าที่แพทย์หมุนเวียนห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ

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

๑. แพทย์หมุนเวียนมีหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยใหม่

๒. แพทย์หมุนเวียนจะต้องขึ้นปฏิบัติงานในเวลา ๑๖.๐๐ น. และลงเวรไม่เร็วกว่า ๒๔.๐๐ น.

๓. ไม่อนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านอยู่ควบเวรกับเวรแผนกอื่น

๔. กรณีแพทย์ประจำบ้านแลกรเวร จะต้องแจ้งกองแพทยศาสตร์ทราบก่อนที่จะขึ้นปฏิบัติงานทุกครั้ง

๕. กรณีแพทย์ประจำบ้านไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานโดยไม่มีเหตุอันควร จะถูกงดค่าเวรที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน และจะต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติมในเวรของเดือนถัดไป

๖. ควรแต่งกายสุภาพเหมาะสมกับวิชาชีพแพทย์ โดยไม่ควรสวมเสื้อยืด กางเกงยีนส์ หรือรองเท้าแตะ และหากไม่ได้สวมชุดปฏิบัติงานเฉพาะแต่ละแผนก แพทย์ควรสวมเสื้อกาวน์ทับชุดที่สวมอยู่ทุกครั้ง

การตรวจผู้ป่วยใหม่และการส่งการรักษา

๑. การคัดกรองผู้ป่วย

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

BAHT ๑ (สีแดง)	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต จะต้องดูแลทันที
BAHT ๒ (สีแดงเหลือง)	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน จะต้องดูแลทันทีที่สามารถทำได้ภายใน ๑๐ นาที
BAHT ๓ (สีเขียว)	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถรอรับการตรวจภายใน ๓๐ นาที
BAHT ๔ (สีขา)	ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการตรวจรักษาสามารถรอรับการตรวจได้ ๖๐ นาที
BAHT ๕ (สีดำ)	ผู้ป่วยทั่วไป สามารถรอรับการดูแลรักษาเป็นลำดับสุดท้าย

๒. แพทย์ทุกท่านควรแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งจะต้องขานชื่อหรือตรวจสอบชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการตรวจรักษาหรือการทำหัตถการ เพื่อป้องกันความผิดพลาดด้านบุคคลที่อาจเกิดขึ้นได้

๓. ในการซักประวัติครั้งแรก อาจต้องให้ญาติผู้ป่วย (ถ้ามี) อยู่ร่วมด้วย เพื่อให้ได้ประวัติที่ละเอียด รวมทั้งเพื่อที่จะดำเนินการส่งตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา รวมทั้งแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

๔. 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 และลงรหัสแพทย์ให้ชัดเจน

๕. แพทย์จะต้องบันทึกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยาด้วยตนเอง จากนั้นส่งให้พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนส่งให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อแผนกการเงินเพื่อบันทึกค่าใช้จ่าย

๖. หากต้องเขียนใบสั่งยา แพทย์จะต้องเขียนใบสั่งยาด้วยตนเอง และให้พยาบาลตรวจสอบก่อนที่จะให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อห้องจ่ายยา สำหรับการสั่งยาควบคุมหรือสารเสพติดจะต้องแยกจากใบสั่งยาอื่น และต้องแนบใบ บจ ๘ หรือใบการใช้สารเสพติด (ยส) ด้วย

ข้อพึงระวังในการปฏิบัติงาน

๑. ในการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกราย แพทย์และพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ด้วยการใช้นามกันเตียงผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน รวมทั้งพึงระวังในการตรวจผู้ป่วยเพศตรงข้ามโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิง โดยควรมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยที่เป็นเพศหญิงอยู่ในบริเวณที่ตรวจรักษา

๒. เมื่อให้การตรวจรักษาผู้ป่วยเสร็จสิ้น ควรยกที่กั้นเตียงผู้ป่วยขึ้นทุกครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช

๓. ในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านการวางแผนการรักษา การสั่งการรักษา การติดต่อญาติ การทำหัตถการ หรือการปฏิบัติอื่นใดต่อผู้ป่วย ควรแจ้งให้พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาล In-charge หรือ พยาบาล Observe ทราบทุกครั้ง เพื่อป้องกันความล่าช้าในการให้การรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๔. แพทย์และพยาบาลพึงระวังภาวะ “Heat-related injury” ในผู้ป่วยที่เป็นทหารที่อยู่ระหว่างฝึก

๕. พึงระมัดระวังเรื่องการพูดคุยหยอกล้อระหว่างปฏิบัติงาน รวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในขณะที่ปฏิบัติงาน และห้ามรับประทานขนมหรืออาหารภายในพื้นที่ปฏิบัติงาน

การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (Consultation)

๑. แพทย์ที่จะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจะต้องบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจที่จำเป็นตามแนวทางการปรึกษาระหว่างแผนกก่อนที่จะปรึกษาทุกครั้ง ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินที่สามารถปรึกษาทางโทรศัพท์แล้วมาบันทึกในภายหลัง ซึ่งได้แก่

๑.๑ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ Code M ที่ต้องปรึกษาทีมศัลยกรรมแพทย์สาขาต่าง ๆ

๑.๒ ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) และมีอาการตกเลือดในช่องท้อง

๑.๓ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง (Severe pre-eclampsia)

๒. กรณีผู้ป่วยถูกล่อลวงละเมิดทางเพศหรือถูกข่มขืน ควรมีการบันทึกภายนอกให้เรียบร้อย จากนั้นจึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อตรวจหาร่องรอยการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยหากเป็นผู้ป่วยเพศหญิงให้ปรึกษาแพทย์แผนกสูติรีเวชกรรม และผู้ป่วยเพศชายให้ปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรม

๓. กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี Hand injury หากเป็น**วันเลขคู่**ให้ปรึกษาแพทย์แผนกศัลยกรรม และหากเป็น**วันเลขคี่**ให้ปรึกษาแพทย์แผนกออร์โธปิดิกส์ หากเป็นกรณี Spine injury วันที่ ๑-๑๕ ของเดือนให้ปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ๑๖ – วันสุดท้าย ของเดือนให้ปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท

๔. กรณีเป็นผู้ป่วยคดี ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยที่มีประวัติการทะเลาะวิวาท ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย หรือผู้ป่วยถูกล่วงละเมิดทางเพศ แพทย์จะต้องบันทึกตำแหน่งและลักษณะของบาดแผลโดยละเอียด และออกใบนัดแพทย์แผนกนิติเวชทุกครั้งเพื่อดำเนินการด้านคดี และให้ผู้บาดเจ็บถือ”ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร”จากตำรวจมาเอง ไม่ให้รับไว้ในการตรวจครั้งนั้น

๕. หากแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาว่าผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงระหว่างการเคลื่อนย้ายเพื่อเป็นผู้ป่วยในควรแจ้งแพทย์เวรเฉพาะสาขานั้น

การปฏิบัติงานในพื้นที่ผู้ป่วยสังเกตอาการ กรณีส่งมาสังเกตอาการหรือรับปรึกษาจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑. ผู้ป่วยสังเกตอาการ หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้สังเกตอาการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรอรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง และผู้ป่วยที่รอ admit

๒. ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่สังเกตอาการ จะต้องเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป หากเป็นผู้ป่วยเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๕ ปีที่จำเป็นจะต้องปรึกษาแผนกกุมารเวชกรรมและต้องสังเกตอาการ จะต้อง admit ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเท่านั้น

๓. การจำแนกผู้ป่วยในพื้นที่สังเกตอาการจะใช้ป้ายสีตามแผนก ดังนี้

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

๔. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ทุกคน ที่ต้องการส่งผู้ป่วยจากห้องตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาราชการมาสังเกตอาการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ ปฏิบัติงานเฉพาะทางรับปรึกษาผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ จะต้องส่งเวรแผนการรักษาและลำดับความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบสังเกตอาการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทราบด้วยทุกครั้ง

การขออนุมัติค่าใช้จ่ายเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงิน

๑. แพทย์ผู้สั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางรังสีวิทยา จะต้องลงลายมือชื่อพร้อมทั้งรหัสแพทย์ทุกครั้ง

๒. การอนุมัติค่ายา

๒.๑ ในเวลาราชการ : ให้ส่งแผนกสังคมสงเคราะห์ดำเนินการ

๒.๒ นอกเวลาราชการ : แพทย์ผู้ปฏิบัติงานสามารถอนุมัติค่าใช้จ่ายในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐ บาท

การส่งต่อผู้ป่วย (Refer)

๑. แพทย์ผู้ดูแลเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลที่จะส่งต่อมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยที่จะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จะต้องมีการคงที่และอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อภายใต้อุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสม
๓. แพทย์ผู้ส่งต่อ จะต้องบันทึกใบส่งต่อด้วยตนเอง โดยระบุถึง
 - ๓.๑ อาการสำคัญ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และสภาพปัจจุบันของผู้ป่วย

๓.๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ควรให้ผู้ป่วยหรือญาตินำ CD ที่บันทึกภาพการตรวจรังสีวิทยาไปด้วย)

๔. แพทย์ผู้ตัดสินใจ Refer ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง จะต้องให้คำแนะนำที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยส่งต่อ และรับปรึกษาทางโทรศัพท์หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในขณะนำส่งด้วยโรงพยาบาล

การให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge) และการนัดตรวจผู้ป่วย

๑. แพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบ จะต้องเป็นผู้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 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 ควรระบุไว้ในนัดตรวจผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบและตามผลการตรวจนั้น

การออกใบรับรองแพทย์ เอกสารเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล และใบขึ้นสูตรบาดแผล

เมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ควรสอบถามผู้ป่วยทุกครั้งว่าต้องการใบรับรองแพทย์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โดยแพทย์ผู้ดูแลสามารถออกใบรับรองแพทย์หรือใบรับรองการรักษาให้กับผู้ป่วยได้ทันที

กรณีที่ผู้ป่วยต้องการเอกสารเพื่อเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของบริษัทประกันชีวิต จะต้องให้ผู้ป่วยติดต่อที่แผนกธุรการของโรงพยาบาล ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้า เพื่อชำระค่าใช้จ่ายก่อนทุกครั้ง โดยเจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งให้แพทย์ผู้ดูแลออกเอกสารภายหลัง (ผู้ป่วยไม่สามารถรอรับเอกสารได้ในวันนี้)

กรณีรักษาผู้ป่วยคดีและหากไม่ได้ปรึกษาแพทย์นิติเวช แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้ออกใบขึ้นสูตรบาดแผลทางคดีตามที่เจ้าหน้าที่ตำรวจร้องขอ

ข้อปฏิบัติกรณีอุบัติเหตุและเหตุการณ์ไม่ปกติ

๑. แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ และพร้อมที่จะปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว

๒. แพทย์อาวุโสจะเป็นผู้พิจารณาสถานการณ์ในกรณีเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยแจ้งให้แผนกประชาสัมพันธ์ประกาศห้สถานการณ์ และแจ้งทีมพยาบาลเพื่อปฏิบัติงาน

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

๔. กรณีมีผู้ป่วยที่เป็นบุคคลสำคัญในระดับพระราชวงศ์ ระดับรัฐบาล ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในกองทัพ หรือผู้ป่วยที่สื่อมวลชนให้ความสนใจ ให้แพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบแจ้งแพทย์เวรอาวุโสโดยพิจารณาตามความเหมาะสม

ในการให้ข่าวแก่สื่อมวลชนควรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย (ผนวก ค) เป็นหลัก และไม่อนุญาตให้สื่อมวลชนเข้ามำบันทึกภาพหรือวิดีโอภายในห้องฉุกเฉินโดยพลการ

๕. แพทย์ทุกท่านควรศึกษาหัตถสถำนการณสำหรับเหตุการณ์ไม่ปกติของโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เป็นผู้ประกาศเสียงตามสาย ซึ่งจะมีการประกาศซ้ำ ๓ ครั้ง รวมทั้งหมด ๓ ชุดประกาศ

รหัสที่สำคัญ : ๙๙๙ แจ้งเหตุเมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac Arrest)

ข้อควรทราบเพิ่มเติม

* กรณีมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติงาน กรุณาแจ้งแพทย์อาวุโสเพื่อรับทราบหรือประชุมกรรมการอาจารย์แพทย์หลังปริญญา เพื่อหาแนวทางปรับปรุงหรือแก้ไขต่อไป

ผนวก ข

แนวทางปฏิบัติงานด้านนิติเวชสำหรับแพทย์หลังปริญญา

การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติเวชวิทยา ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยคดี และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ดังนั้น แพทย์ประจำบ้านควรทราบถึงแนวทางปฏิบัติในกรณีดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องต่อไป

ผู้ป่วยคดี

ผู้ป่วยคดี หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งความเจ็บป่วยของเขานั้นอาจถูกอ้างอิงเป็นพยาน หรือหลักฐานทางคดีในชั้นสอบสวนหรือชั้นศาลได้ ได้แก่

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

แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยคดี

๑. กรณีผู้ป่วยนอกที่ห้องฉุกเฉิน

๑.๑ ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยเฉพาะในเรื่องของ “บาดแผล” ทำการบันทึกชนิด ขนาด และตำแหน่งของบาดแผลลงในใบบันทึกบาดแผลในเวชระเบียน รวมทั้งรายละเอียดการบาดเจ็บส่วนอื่น

๑.๒ แนะนำเรื่องการแจ้งความและใบขึ้นสูตราบาดแผล

๑.๓ นัดผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์นิติเวชที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนิติเวชคลินิก ชั้น ๑ อาคารศูนย์มะเร็ง ในวันทำการถัดจากวันดังกล่าว เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.

๒. กรณีผู้ป่วยใน

๒.๑ หากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ป่วยคดี หรือมีแนวโน้มว่าอาจมีปัญหาทางกฎหมายได้ในอนาคต ให้ส่งใบขอคำปรึกษา (consultation request) แพทย์นิติเวชทันทีที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒.๒ แพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ซักประวัติและบันทึกบาดแผลรวมถึงการบาดเจ็บโดยละเอียดอีกครั้ง รวมถึงพิจารณานัดตรวจติดตามอาการผู้ป่วย ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนิติเวชคลินิก

๒.๓ กรณีเป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร แพทย์นิติเวชจะเป็นผู้ออกใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการเบิกค่าใช้จ่ายตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

แนวทางการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเพื่อดำเนินการในทางคดี

๑. การแจ้งความ

๑.๑ แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งความกับร้อยเวรของสถานีตำรวจซึ่งรับผิดชอบท้องที่เกิดเหตุด้วยตนเอง

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

๑.๓ แพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่มีหน้าที่แจ้งความให้กับผู้ป่วย

๑.๔ 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 แพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถมอบให้ผู้ป่วยญาติหรือบุคคลอื่นได้ 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

ดังนั้น เมื่อมีผู้เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลทั้งที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย ซึ่งเข้ากับเกณฑ์การตายทั้ง ๕ ข้อนี้ หรือภายในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงาน ต้องแจ้งแพทย์นิติเวชเพื่อทำการชันสูตรพลิกศพ และอาจต้องทำการผ่าตรวจศพต่อไป

ตัวอย่างผู้เสียชีวิตที่แพทย์นิติเวชต้องชันสูตรพลิกศพ เช่น

- ผู้ป่วยไม่มีสัญญาณชีพก่อนเข้ามาที่ห้องฉุกเฉิน ทีมแพทย์ได้ทำการช่วยกู้ชีวิต (Cardiac life support) แต่สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิต และได้รับการวินิจฉัย Death on arrival (DOA) เข้าได้กับ “ผู้ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”
- ผู้ป่วยที่ถูกแทง ยิงหรือขับรถชน แล้วต่อมาเสียชีวิตที่สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุชัดเจน
- ผู้ป่วยจมน้ำหรือประสบอุบัติเหตุแล้วได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ต่อมาพบว่ามึนงงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction: MI) แล้วเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ถือว่าเป็นการเสียชีวิตที่ต่อเนื่องจากเรื่องอุบัติเหตุ
- ผู้ป่วยเป็นโรคตายในเรือนจำหรือระหว่างถูกตำรวจจับกุมตัว

แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพ

๑. เมื่อมีผู้เสียชีวิตที่เข้ากับเกณฑ์ชันสูตรพลิกศพ แพทย์ประจำบ้านจะต้องแจ้งและให้คำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการชันสูตรพลิกศพโดยแพทย์นิติเวช เนื่องจากเป็นกระบวนการทางกฎหมายที่ต้องกระทำโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากญาติ

๒. ให้ส่งศพไปที่อาคาร ๑๔ เพื่อให้แพทย์นิติเวชทำการชันสูตรพลิกศพตามขั้นตอนต่อไป และให้ญาติติดต่อเจ้าหน้าที่แผนกนิติเวช อาคาร ๑๔ เพื่อดำเนินการทางด้านเอกสารต่อไป

๓. แพทย์ประจำบ้านไม่ต้องออกหนังสือรับรองการตาย เนื่องจากแพทย์นิติเวชจะทำการชันสูตรพลิกศพ ผ่าตรวจศพ และเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายให้กับญาติ

การขอผ่าตรวจศพเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา (Anatomic pathology - autopsy case)

กรณีแพทย์ผู้รักษามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาหรือสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หรือต้องการตรวจศพทางพยาธิวิทยาได้โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑. การขออนุญาตตรวจศพ

๑.๑ แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องขออนุญาตจากญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิให้ทำการผ่าศพได้ ซึ่งต้องเป็นญาติที่ใกล้ชิดเรียงลำดับความสำคัญ ดังนี้

- ๑.๑.๑ คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- ๑.๑.๒ บุตร ธิดาที่บรรลุนิติภาวะ
- ๑.๑.๓ บิดา มารดา (เป็นอันดับ ๑ กรณีผู้ตายยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
- ๑.๑.๔ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันที่บรรลุนิติภาวะ

- ๑.๑.๕ พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันที่บรรลุนิติภาวะ
- ๑.๑.๖ ปู่ ย่า ตา ยาย
- ๑.๑.๗ ลุง ป้า น้า อา
- ๑.๑.๘ ญาติผู้รับผิตชอบดูแล 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-๐๓๖) เท่านั้น
 - ๒.๓ เมื่อญาติอนุญาตให้ทำการผ่าตรวจศพแล้ว แพทย์ผู้ขออนุญาตกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกายแรกรับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ การดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค ตลอดจนประเด็นที่ต้องการให้ตรวจเป็นพิเศษในขณะทำการผ่าศพ (ซึ่งข้อมูลทางคลินิกที่ครบถ้วน จะช่วยให้การผ่าตรวจศพเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว 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

ลากิจ วัน ลาป่วย วัน

หัวข้อ	ควรปรับปรุง ๑	พอใช้ ๒	ดี ๓	ดีมาก ๔
ความรู้ (Knowledge)				
เจตนาคติ (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.บนอ.

เพื่อให้การพิจารณาโทษแพทย์ประจำบ้านของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บนอ. ที่กระทำผิดในกรณีต่าง ๆ ของทุก นขต.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บนอ. ถือปฏิบัติตามแนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บนอ. ตามผนวกคำสั่งฯ ที่แนบ
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

พล.อ.ต.



(อริชาต โกยสุโข)

ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บนอ.

แนวทางการลงโทษแพทย์ประจำบ้าน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน.

ประกอบคำสั่ง รพ.(เฉพาะ) ที่ ๒๓ ลง ๒๒ มี.ค. ๕๐

๑. หลักการและเหตุผล

แนวทางการลงโทษฯ นี้ มีขึ้นเพื่อความสงบเรียบร้อยและยุติธรรมในการปกครอง บังคับบัญชาและมีมาตรฐานในการลงโทษแพทย์ประจำบ้านของ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน. ที่กระทำความผิดโดยมีจุดมุ่งหมายให้แพทย์ประจำบ้านที่กระทำความผิดได้มีโอกาสปรับปรุงแก้ไขตนเอง เพื่อเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถโดยสมบูรณ์

๒. การพิจารณาความผิด

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

๓. เกณฑ์การลงโทษ

เรียงตามลำดับความรุนแรงของการลงโทษจากขั้นต่ำสุดจนถึงขั้นสูงสุด

- ๓.๑ ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร
- ๓.๒ ภาคทัณฑ์
- ๓.๓ จำกัดสิทธิ 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 หรือประมาทเลินเล่อจนน่าจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย 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 ที่คณะกรรมการผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านของแต่ละกองพิจารณาแล้วเห็นว่ามี ความผิด หากละเลยไม่มีบทลงโทษจะส่งให้เกิดผลเสียหายต่อส่วนรวมได้

๕. บทลงโทษ

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

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

๖.๓ จำกัดสิทธิ หรือเพิ่มการปฏิบัติงาน

๖.๓.๑ โดยความเห็นชอบของกรรมการฝึกอบรมของกองฯ และทำบันทึกลงเป็นหนังสือให้กับ 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 ให้ลงโทษได้ ไม่ต่ำกว่าการลงโทษครั้งก่อน

๗.๕ กรณีความผิดที่เป็นเหตุให้เสียหายต่อผู้ป่วย หรือผู้ร่วมงาน หรือทางราชการ ผู้บังคับบัญชาสามารถ พิจารณาลงโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์การพิจารณาความผิดและการลงโทษได้

๗.๖ กรณีที่คณะกรรมการพิจารณาโทษมีความเห็นว่าน่าจะเป็นความผิดที่ร้ายแรง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจพิจารณาลงโทษในขั้นที่สูงได้ โดยไม่ผ่านการลงโทษในขั้นต่ำ

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

๗.๘ ให้ คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ เป็นผู้รักษาการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่กำหนดเมื่อมีแพทย์ประจำบ้านกระทำผิด แล้วรายงานผลการดำเนินการต่อ ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. โดยมีชกฯ

๗.๙ ผอ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. มีสิทธิ์ยับยั้งการลงโทษโดยการเรียกประชุมร่วมระหว่างกรรมการ ฝึกอบรมของกองฯ/ผอ.กองฯ/ประธาน คณอก.การศึกษาแพทย์หลังปริญญา รพ.ฯ/หก.กพศ.ฯ และผอ.รพ.ฯ

ผนวก ฎ

การดำเนินการวิจัยภายใน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

การปรึกษาการดำเนินงานวิจัย

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์
ชั้น ๓ อาคาร “คุ้มเกล้าฯ”

๒. การปรึกษา

๒.๑ ผู้วิจัยที่เริ่มวางแผนการวิจัยควรมีคำถามวิจัยอยู่แล้ว และควรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัยมาพอควร เพื่อให้การปรึกษาได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้วิจัยเอง

๒.๒ หากผู้วิจัยต้องการรับการปรึกษาด้านงานวิจัย สามารถประสานที่ ศูนย์วิจัยฯ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. โทร ๒-๗๒๕๕ พร้อมส่งเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) ไปยังศูนย์วิจัยฯ ในเวลาราชการเพื่อติดต่อด่วนให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่

๓. อาจารย์ที่ปรึกษาของศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. ที่รับปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย

๓.๑ น.อ.หญิง ศศวรรณ ชินรัตน์พิสิทธิ์ กองจักษุวิทยา

๓.๒ น.ท.หญิง วราลี อภินิเวศ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ผู้ดำเนินงานวิจัยสามารถสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงร่างวิจัย การขอทุน และขอแบบฟอร์มการขอทำวิจัยและขอจริยธรรม ที่ น.อ.หญิง นราภรณ์ พุกน้อยและ (เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย) และนักสถิติ โทร ๒-๗๒๕๕ 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 ไม่ว่าจะเป็นชนิดใหม่หรือเคยใช้มาแล้ว
๓. การวิจัยเชิงทดลองในห้องปฏิบัติการที่อาจมีปัญหาด้านจริยธรรม
๔. การวิจัยโดยการสังเกตเชิงพรรณนา หรือเชิงวิเคราะห์ที่อาจมีปัญหาด้านจริยธรรม

ประโยชน์ที่จะได้รับ

๑. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. รับทราบ และร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของโครงการวิจัย
๒. เป็นเอกสารประกอบการขอใบรับรองในกรณีที่จะนำยาเข้าประเทศเพื่อใช้ในโครงการวิจัย
๓. เป็นหลักฐานในการขอทำวิจัยร่วมกับสถาบันอื่น
๔. เป็นหลักฐานประกอบการขอทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิคั่งเกล้าฯ และมูลนิธิ ๕๐ ปี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๕. เป็นหลักฐานประกอบการเผยแพร่งานวิจัยในวารสาร
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.ศูนย์วิจัยฯ ได้แก่
 - ๕.๑ ผ่าน
 - ๕.๒ ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงเล็กน้อย
 - ๕.๓ ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงเป็นจำนวนมาก

ในกรณีที่ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงโครงการวิจัย ให้ผู้วิจัยติดต่อกรรมการผู้ตรวจโครงการวิจัยโดยผ่านทางศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ และส่งฉบับที่แก้ไขตามเวลาที่กำหนด เพื่อการพิจารณาต่อไป ซึ่งคณก.ศูนย์วิจัยฯ จะส่งผลการพิจารณาไปยังคณก.จริยธรรม ต่อไป
๖. คณก.จริยธรรม จะประชุมพิจารณาโครงการวิจัยทุก ๓ เดือน โดยเน้นที่ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ความปลอดภัย และสิทธิต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย

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-๐๐๗) ให้คณก.จริยธรรม ภายใน ๖ เดือน หลังเสร็จสิ้นงานวิจัยนั้น โดยส่งที่ศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้าฯ

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัยที่ต้องใช้เงินทุน

ข้อมูลสำหรับผู้ทำวิจัย

๑. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร

๑.๑ ผู้วิจัยต้องติดต่อรายละเอียดในการทำวิจัยกับแผนกเวชระเบียน กองพยาธิกรรม ศูนย์คอมพิวเตอร์ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง ก่อนยื่นเอกสารขอกรหัสโครงการวิจัยจากศูนย์วิจัยฯ

๑.๒ ผู้ทำวิจัยต้องแจ้งให้ผู้ป่วย/อาสาสมัครทราบว่าผู้ป่วย/อาสาสมัครไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย สำหรับค่าใช้จ่ายอื่นนอกเหนือจากการวิจัยจะคิดตามสิทธิหลักของผู้ป่วย/อาสาสมัคร

๑.๓ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยหรืออาสาสมัครจะต้องขึ้นทะเบียนสิทธิรืองเป็น “สิทธิสำหรับโครงการวิจัย” ที่ แผนกเวชระเบียน ชั้น ๒ อาคารคุ้มเกล้าฯ

๑.๔ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหรืออาสาสมัครจะต้องขึ้นทะเบียนสิทธิรืองเป็น “สิทธิสำหรับโครงการวิจัย” ที่ ห้องเปลี่ยนสิทธิการรักษา ชั้น ๒ อาคารคุ้มเกล้าฯ

๑.๕ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น จะต้องมียใบส่งตัวจากต้นสังกัดทุกครั้ง

๒. ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้วิจัย

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

๒.๒ ศูนย์วิจัยฯ จะส่งแบบฟอร์มการขอรหัสโครงการวิจัยที่กรอกแล้วเข้าที่ประชุมการเงินการคลังของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ 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

คณะกรรมการการศึกษาแพทยหลังปริญญา 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. เป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการของโรงพยาบาล ได้แก่ Basic sciences, Clinico- pathological conference, Interdepartmental conference และงานประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ๔. ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนการอบรมและประชุมวิชาการภายในประเทศ (กรณีขอรับทุนฯ ภายในประเทศ) หรือทุนการนำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุมระดับนานาชาติ (กรณีขอรับทุนฯ งานประชุมระดับนานาชาติ) จาก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.	
๒. มูลค่าทุน	ค่าลงทะเบียนงานประชุม	ค่าใช้จ่ายต่อไปนี้อย่างน้อย 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.๒๕๔๘ ได้ย้ายที่ทำการมาอยู่ที่ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง โดยมีหนังสือตำราทางการแพทย์ภาษาไทยจำนวน ๖,๑๖๒ เล่ม ภาษาอังกฤษจำนวน ๗,๓๘๔ เล่ม และนวนิยายจำนวน ๓,๙๑๖ เล่ม

๒. ภารกิจของห้องสมุด

๒.๑ เตรียมทรัพยากรสารสนเทศสนับสนุนการรักษาพยาบาล การเรียน การสอน การฝึกอบรม การประชุมของแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

๒.๒ จัดหา รวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าวิจัย ประกอบการรักษาพยาบาลของแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

๒.๓ ส่งเสริมและพัฒนาทางวิชาการให้แก่แพทย์ นิสิตแพทย์ ตลอดจนบุคลากรในโรงพยาบาลได้ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง

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 ห้ามนำกระเป๋ใส่หนังสือหรือหีบห่อเข้าไปในห้องสมุด แต่ให้ฝากไว้ ณ ที่รับฝาก ยกเว้นสิ่งของมีค่า

๔.๓ ห้ามนำอาหาร เครื่องดื่ม หรือของขบเคี้ยวเข้าไปรับประทานในห้องสมุด

๔.๔ ห้ามสูบบุหรี่ภายในห้องสมุด

- ๔.๕ ผู้ใช้ต้องแสดงหลักฐานการเป็นสมาชิกต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และห้ามใช้บัตรของผู้อื่นยืมสิ่งพิมพ์
- ๔.๖ ห้ามตัด ฉีก ทำลาย หรือทำให้ทรัพยากรสารสนเทศของห้องสมุดเสื่อมสภาพผู้ฝ่าฝืนจะได้รับการพิจารณาโทษสถานหนัก
- ๔.๗ ให้ระมัดระวังทรัพย์สินและของมีค่าที่น่าติดตัวมา หากสูญหายห้องสมุดจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น
- ๔.๘ ห้ามนำทรัพยากรสารสนเทศของห้องสมุด ออกไปภายนอกโดยมิได้ยืม ผู้จงใจฝ่าฝืนจะได้รับการพิจารณาโทษสถานหนัก
- ๔.๙ การใช้ทรัพยากรสารสนเทศภายในห้องสมุด ผู้ใช้จะต้องใช้ ณ ที่ซึ่งจัดไว้ให้โดยเฉพาะและปฏิบัติตามข้อปฏิบัติซึ่งแต่ละฝ่ายกำหนดไว้
- ๔.๑๐ ทุกครั้งที่ลุกจากเก้าอี้ต้องเลื่อนเก้าอี้ให้พ้นเก้าอี้ชิดกับขอบโต๊ะ ทั้งนี้เพื่อความเป็นระเบียบและความสวยงามของห้องสมุด
- ๔.๑๑ เมื่ออ่านหนังสือในห้องสมุดเสร็จ ให้วางไว้บนโต๊ะอย่างเรียบร้อย อย่าเก็บหนังสือนั้นขึ้นชั้นหนังสือหรือตู้หนังสือด้วยตนเอง ยกเว้น วารสาร 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 ๑๐๐	โภชนาการผิดปกติ Nutrition Disorders
WD ๒๐๐	โรคที่เกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร Metabolic Diseases
WD ๓๐๐	โรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันและเนื้อเยื่อคอลลาเจนภูมิไวเกิน Immunologic and Collagen Diseases, Hypersensitivity
WD ๔๐๐	อาการพิษเนื่องจากสัตว์ Animal Poisoning
WD ๕๐๐	อาการพิษเนื่องจากพืช Plant Poisons
WD ๖๐๐	โรคและการบาดเจ็บสาเหตุจากตัวกระทำทางกายภาพ Diseases and Injuries Caused by Physical Agents
WD ๗๐๐	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

- ๖.๑.๑ งานบุคลากร
- ๖.๑.๒ งานธุรการ
- ๖.๑.๓ งานสถิติและรายงาน
- ๖.๑.๔ งานการเงิน
- ๖.๑.๕ งานประชาสัมพันธ์

๖.๒ งานพัฒนาทรัพยากรสารสนเทศ

- ๖.๒.๑ งานจัดหาจัดซื้อทรัพยากรสารสนเทศ
- ๖.๒.๒ งานลงทะเบียนประทับตราทรัพยากรสารสนเทศ
- ๖.๒.๓ การรับบริจาคและการได้มาซึ่งสิ่งพิมพ์
- ๖.๒.๔ งานซ่อมบำรุงทรัพยากรสารสนเทศ

๖.๓ งานวิเคราะห์ทรัพยากรสารสนเทศ

- ๖.๓.๑ งานวิเคราะห์หมวดหมู่
- ๖.๓.๒ การเตรียมหนังสือออกบริการ
- ๖.๓.๓ การจัดชั้นหนังสือ

๖.๔ งานบริการ

- ๖.๔.๑ บริการยืม – คืนหนังสือ
- ๖.๔.๒ บริการตอบคำถามและช่วยค้นคว้า
- ๖.๔.๓ บริการให้อ่าน

๖.๔.๔ บริการวารสารและหนังสือพิมพ์

๖.๔.๕ บริการ E – Library

๖.๔.๖ บริการจองห้องประชุม

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	สื่อโสตทัศนูปกรณ์ (ซีดี)	จำนวน	๓๔๑	แผ่น
๘.๔	ฐานข้อมูล UpToDate			

ผนวก ข

การใช้บริการศูนย์วิทยบริการ กพศ.รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ระเบียบการใช้บริการ

๑. ผู้ขอใช้บริการจะต้องดำเนินการติดต่อด้วยตนเอง และเขียนใบขอใช้บริการทุกครั้ง
๒. กรณีขอใช้บริการงานด้านกราฟิก หากศูนย์ฯ ไม่มีวัสดุบางประเภทที่ผู้ให้บริการต้องการ ผู้ใช้บริการจะต้องดำเนินการจัดหาด้วยตนเอง
๓. ในการยืมอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ผู้ขอืมจะต้องเซ็นยืม - คืน กับเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
๔. การบันทึกภาพวิดีโอ
 - ๔.๑ กรณีติดต่อภาพและการบรรยายประกอบ ผู้ขอใช้บริการจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ล่วงหน้า ๑ สัปดาห์
 - ๔.๒ กรณีบันทึกวิดีโองานประชุมวิชาการ 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 รวมถึงการขอเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการในช่วงนอกเวลาราชการ จะมีค่าใช้จ่าย ตามระเบียบและประกาศของโรงพยาบาล (หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ๒-๗๘๕๐)

ผนวก ๓

หมายเลขโทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลที่ควรทราบ

หมายเลขโทรศัพท์กลางโรงพยาบาล	๐-๒๕๓๔-๗๐๐๐
ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล	๒-๗๕๕๕, ๒-๗๖๖๖, ๒-๗๗๗๗
กรณีฉุกเฉิน	
เหตุด่วน-เหตุร้าย	๒-๗๑๙๑, ๑๙๑
เพลิงไหม้	๑๒๓
สารวัตรทหารโรงพยาบาล	๒-๗๐๐๑
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๒-๗๑๔๑-๒, ๒-๗๗๖๘
รถพยาบาล	๒-๗๓๓๓
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	๒-๗๙๙๙
กองแพทยศาสตร์ศึกษา	๒-๗๔๑๑, ๒-๗๔๖๕
ห้องสมุด	๒-๗๘๕๓, ๒-๗๘๕๔
