



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...2..../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☒ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

***หมายเหตุ :** 1.กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 5
 2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด	
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Patient Care Process ☐ Infection Control ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Medication Safety ☐ Emergency Response ☒ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... Quality.....
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย ☒ คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า [Safety] [Quality (waste)*] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Cost] [Delivery]

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

ส่วนที่ 2

ชื่อเรื่อง / โครงการ ตามอาการครบลดการใช้โทรศัพท์

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาลให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ที่เกินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนเกินศักยภาพส่งต่อมารักษาต่อที่โรงเรียนแพทย์ ซึ่งในแต่ละวันมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยหลายกลุ่มรายโรคมารวันละ จากสถิติการติดต่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารักษาต่อ เฉลี่ยวันละ 30 case พยาบาลต้องสอบถามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยเพื่อรายงานแพทย์แต่ละสาขาวิชา ซึ่งมีหลายสาขาวิชา ในรายละเอียดของโรคซึ่งมีความซับซ้อน จำเพาะเจาะจง เช่น 5 อันดับโรคแรก ได้แก่ Multiple Fracture & traumatic injury, Rupture AAA, Multilobar pneumonia & Respiratory failure, Pericarditis & epilepsy, and STEMI บางครั้งสอบถามข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ตามประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เมื่อข้อมูลไม่ครบต้องโทรกลับไปสอบถามข้อมูลใหม่อีกครั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าหรือกรณีที่ผู้ป่วยอาการวิกฤติอาจทำให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ไม่ทันท่วงที เพราะเสียเวลาในการโทรศัพท์กลับไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ส่งผลให้เสียค่าโทรศัพท์เพิ่มขึ้นอีกด้วย จากสถิติการใช้โทรศัพท์ของหน่วยงานพบว่าบางเดือนมีการใช้โทรศัพท์เกินวงเงินที่ได้รับต้องเอาวงเงินของเดือนถัดไปมาเฉลี่ยใช้

ดังนั้นหน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคขึ้น ซึ่งเป็นแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคที่พบได้บ่อย ที่ระบุข้อมูลตามกลุ่มรายโรคว่าแต่ละโรคต้องสอบถามข้อมูลอะไรบ้าง เพื่อให้เพียงพอในการบันทึกข้อมูลไว้รายงานแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่พยาบาลต้องโทรกลับไปถามเพิ่มเติม ลดปัญหาเรื่องความล่าช้าในการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจร้อยละ 95 อีกทั้ง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow) (เอกสารแนบ1)

2.2 การวิเคราะห์สาเหตุ (เอกสารแนบ 2)

3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้มีแนวทางการสอบถามข้อมูลตามกลุ่มรายโรคที่ชัดเจนครบถ้วนในการรับส่งต่อผู้ป่วย (Refer In)
- 2) เพื่อลดทรัพยากร ค่าโทรศัพท์ในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย
- 3) เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต่อแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรค

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

3.2 กระบวนการการปรับปรุง

3.2.1 ภายหลังจากทบทวนปัญหาเรื่องสอบถามข้อมูลตามกลุ่มรายโรคไม่ครบและเมื่อรายงานแพทย์แล้วต้องโทรศัพท์กลับไปถามข้อมูลเพิ่มเติมใหม่ตามที่แพทย์ต้องการ ทำให้มีค่าโทรศัพท์ที่เพิ่มขึ้น และเมื่อโทรกลับไปสอบถาม

ข้อมูลใหม่โรงพยาบาลต้นทางสายไม่ว่าจะทำให้เสียเวลารอคอยใน case ที่เร่งด่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าได้ จาก การทบทวน CASE Study ที่ผ่านมาจึงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาพบว่า

- 1) ประสิทธิภาพของพยาบาลแต่ละคนแตกต่างกัน เช่น เคยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์มาก่อนก็มีความเชี่ยวชาญด้านโรคทางกุมารเวชศาสตร์แต่ไม่เชี่ยวชาญความรู้เรื่องโรคด้านอื่นๆจึงสามารถสอบถามข้อมูลของโรคทางกุมารศาสตร์ได้ดี ในขณะที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านหอผู้ป่วยพิเศษที่ดูแลผู้ป่วยรวมทุกโรคจะมีความรู้ความเชี่ยวชาญทุกด้าน ทั้งตา หูคอ จมูก หรือ ศัลยกรรมกระดูก นรีเวช เป็นต้นทำให้สอบถามข้อมูลได้ครบถ้วนมากกว่า หรือบางครั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลมาปฏิบัติงาน OT ซึ่งมาจากหน่วยงานอื่นไม่ได้รับข้อมูลการขอติดต่อส่งต่อผู้ป่วยบ่อยเท่าเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกวันทำให้สอบถามข้อมูลไม่ครบถ้วนเพราะความรู้เรื่องโรคบางโรคอาจพบไม่บ่อย
- 2) ในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยบางครั้งเป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลประจำอำเภอ บริบทของโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัดอาจไม่ได้พบโรคที่หลากหลายเท่าโรงเรียนแพทย์ ทำให้ไม่ทราบพยาธิสภาพโรคของผู้ป่วยที่ซับซ้อน จึงส่งต่อข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ทำให้สอบถามข้อมูลรายงานแพทย์ได้ไม่ครบ
- 3) ในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยมานั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่ส่งต่อมา หรือเป็น case ที่จำเป็นต้องทำหัตถการช่วยชีวิตผู้ป่วยเร่งด่วน เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลต้นทางรีบประสานงานทำให้ส่งข้อมูลการที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
- 4) ขณะที่รับโทรศัพท์จากโรงพยาบาลที่ขอส่งต่อผู้ป่วยมา อุปกรณ์ที่สามารถค้นข้อมูลได้อยู่ในที่ที่ไม่สะดวกหรือถูกใช้งานอื่น เช่น เช็คลิทธิการรักษา ทำให้เมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลรับโทรศัพท์ไม่สามารถเปิดค้นหาข้อมูลเรื่องโรคได้ทันทีทันใด รวมทั้งข้อมูลโรคใหม่ๆที่เกิดขึ้น เช่น โรคติดต่อใหม่หรือโรคระบาด เป็นต้น

3.2.2 ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไข

3.2.3 กำหนดแนวทางแก้ไขระยะที่ 1

- 1) กำหนดขอบเขตแบ่งกลุ่มรายโรคที่พบบ่อย และแยกตามความเร่งด่วนในประสานงานได้ 12 กลุ่มรายโรค
- 2) ระดมสมองเก็บข้อมูลที่เป็นต้องสอบถามกับโรงพยาบาลต้นทางที่ขอส่งต่อผู้ป่วยมา แต่ละกลุ่มรายโรคต้องสอบถามข้อมูลอะไรบ้างเพื่อให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
- 3) จัดทำแบบบันทึก ตามกลุ่มรายโรคทั้งหมด 12 กลุ่มรายโรค
- 4) แจ้งให้บุคลากรทราบวิธีการสอบถามข้อมูลตามกลุ่มรายโรค และให้ปฏิบัติตามพร้อมบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อบันทึกข้อมูลตามกลุ่มรายโรคแล้วมีแพทย์ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องใด บันทึกไว้เพื่อพัฒนาแบบบันทึกกลุ่มรายโรคนั้น
- 5) ติดตาม ประเมินผลลัพธ์เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติทุกวันสรุปเป็นรายเดือน พร้อมประเมินความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

3.2.3 กำหนดแนวทางแก้ไขระยะที่ 2 หลังจากประเมินผลรอบแรกยังเกิดปัญหา

หลังจากมีการประชุมรวบรวมปัญหา ข้อมูลที่ต้องสอบถามเพิ่มเติมจากแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคแต่ละโรคในแต่ละเดือนร่วมกันพบว่า ยังมีข้อมูลที่ต้องสอบถามเพิ่มเติมในการรายงานแพทย์แต่ละสาขา จึงมาแก้ไข

แบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคใหม่อีกครั้ง ให้แบบบันทึกสามารถสอบถามข้อมูลได้ครอบคลุมมากที่สุด และนำมาปรับแบบบันทึกกลุ่มรายโรคใหม่ และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่พยาบาลนำเสนอเป็น Case Study เมื่อประชุมหน่วยประจำเดือน และพัฒนาแบบบันทึกกลุ่มรายโรคตามวงล้อ PDSA และนำมาแก้ไขจนถึงปัจจุบัน

3.2.4 วิธีติดตาม (เพิ่มเติมจากระยะแรก)

เมื่อใช้แบบบันทึกข้อมูลตามกลุ่มรายโรคทั้ง 12 แบบบันทึกแล้วนั้นพบว่ายังมีบางโรค แบบบันทึกไม่สามารถสอบถามข้อมูลได้ ครบ หรือยังมีข้อมูลใหม่ที่ยังไม่เคยเจอ ให้มีการดักจับโดยติดตามผลและการสุ่มตรวจทุกวันขณะการรับส่งเวร แล้วบันทึกข้อมูลที่แพทย์ขอเพิ่มหรือใช้ข้อความที่แตกต่างจากที่เคยใช้เดิม และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็น Case Study เมื่อประชุมประจำเดือนของหน่วยงานพร้อมทั้งปรับแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคใหม่

3.2.5 ดำเนินการระยะที่ 3

ประเมินผลการดำเนินการระยะที่ 2 และปรับเปลี่ยนข้อมูลในแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคใหม่ ทั้ง 12 กลุ่มรายโรค (เอกสารแนบ 5.1-16) พร้อมทั้งเพิ่มขั้นตอน Monitor ดักจับจากการรับส่งเวร (เอกสารแนบ 17) เพื่อควบคุมผลลัพธ์ให้ได้ตามเป้าและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงล้อ PDSA

4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน (เอกสารแนบ 3)

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินการ (เอกสารแนบ 4)

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

- 6.1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย มีแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคจำนวน 12 กลุ่มรายโรคทำให้ระบบการทำงานรวดเร็วขึ้น การทำงานที่เป็นระบบในเรื่องของการรวบรวมข้อมูลรายงานแพทย์ เพื่อประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วย Refer In ทั้ง Case Fast track และ Non- Fast track ทำให้การทำงานมีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 6.2) จำนวนครั้งของการโทรกลับไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจาก แบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคมีข้อมูลไม่ครอบคลุม เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 รายต่อเดือนเป็นไปตามเป้าหมาย
- 6.3) ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อแบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคเป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ผลลัพธ์ที่ได้ 90-95% ได้เกินเป้าหมาย

7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

- 7.1) การทำงานเป็นทีม
- 7.2) การมีแบบบันทึกในการปฏิบัติงานที่ดีช่วยลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานช่วยให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานในรูปแบบเดียวกัน
- 7.3) การพัฒนาระบบงานอาจมีความยุ่งยากในช่วงแรกแต่เมื่อพัฒนาได้แล้วมีผลลัพธ์ที่ดีทำให้เจ้าหน้าที่เกิดขวัญกำลังใจและให้ความร่วมมือในการพัฒนางานคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

ขยายผลไปสู่การพัฒนาเป็นแบบบันทึกให้กับหน่วยงานอื่นในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เป็นแนวทางในการสอนงานบุคลากรใหม่ และ/หรือ แบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคให้กับ หน่วยประสานงานการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์)

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

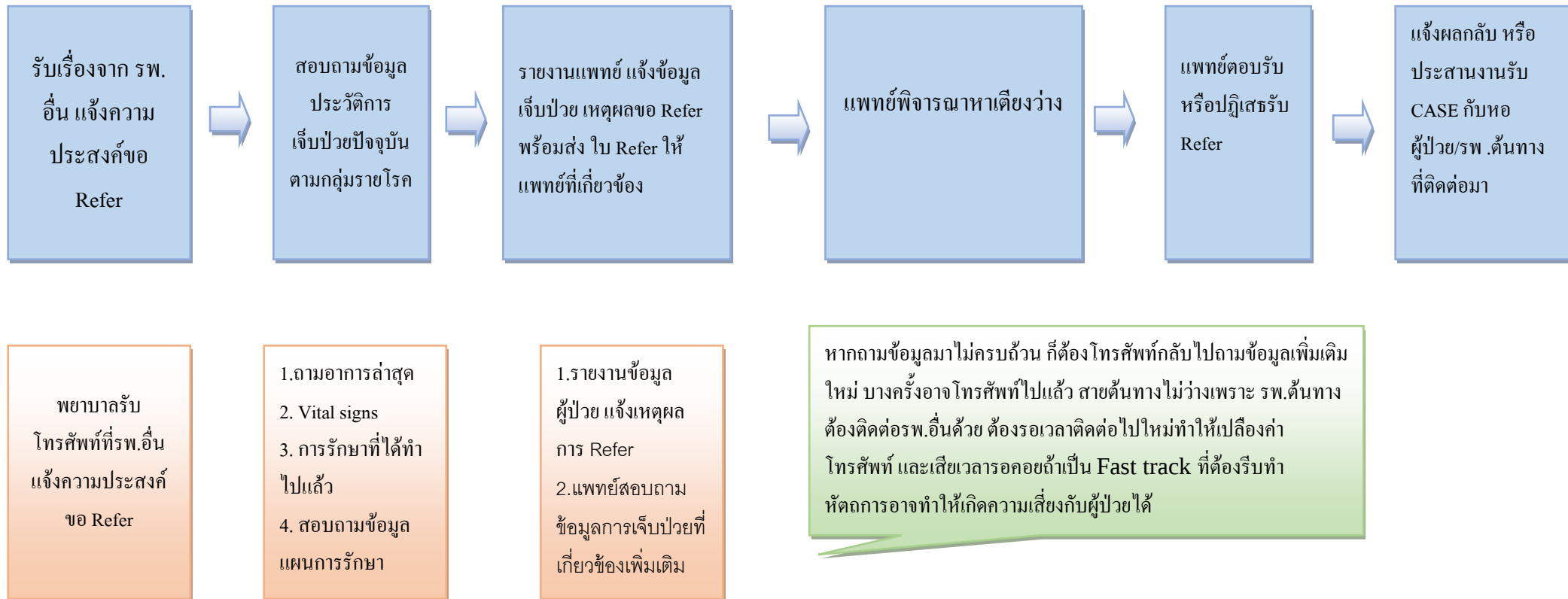
- 8.1) มีการติดตามผลและควบคุมให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอนโดยมอบหมายให้นางสาววารุณี ช่างเหล็ก เป็นผู้รับผิดชอบควบคุม ดักจับในกระบวนการบันทึก และการรับส่งเวช
- 8.2) กระตุ้นเตือนบุคลากรทุกคนในหน่วยงานให้มีความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการโทรศัพท์กลับไปขอข้อมูลเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมา
- 8.3) มีการติดตามและรายงานผลการปฏิบัติในทุกเดือนให้บุคลากรภายในหน่วยงานรับทราบในการประชุมหน่วยงาน

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

พัฒนาเป็นคู่มือ หรือแบบบันทึกให้กับหน่วย Refer โรงพยาบาลอื่นๆ หรือโรงพยาบาลในกลุ่มโรงเรียนแพทย์ หรือพัฒนาเป็นการวิจัย R2R เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แบบบันทึกตามกลุ่มรายโรค 12 กลุ่มรายโรคต่อการประสานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่หน่วย Refer โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 150 คน

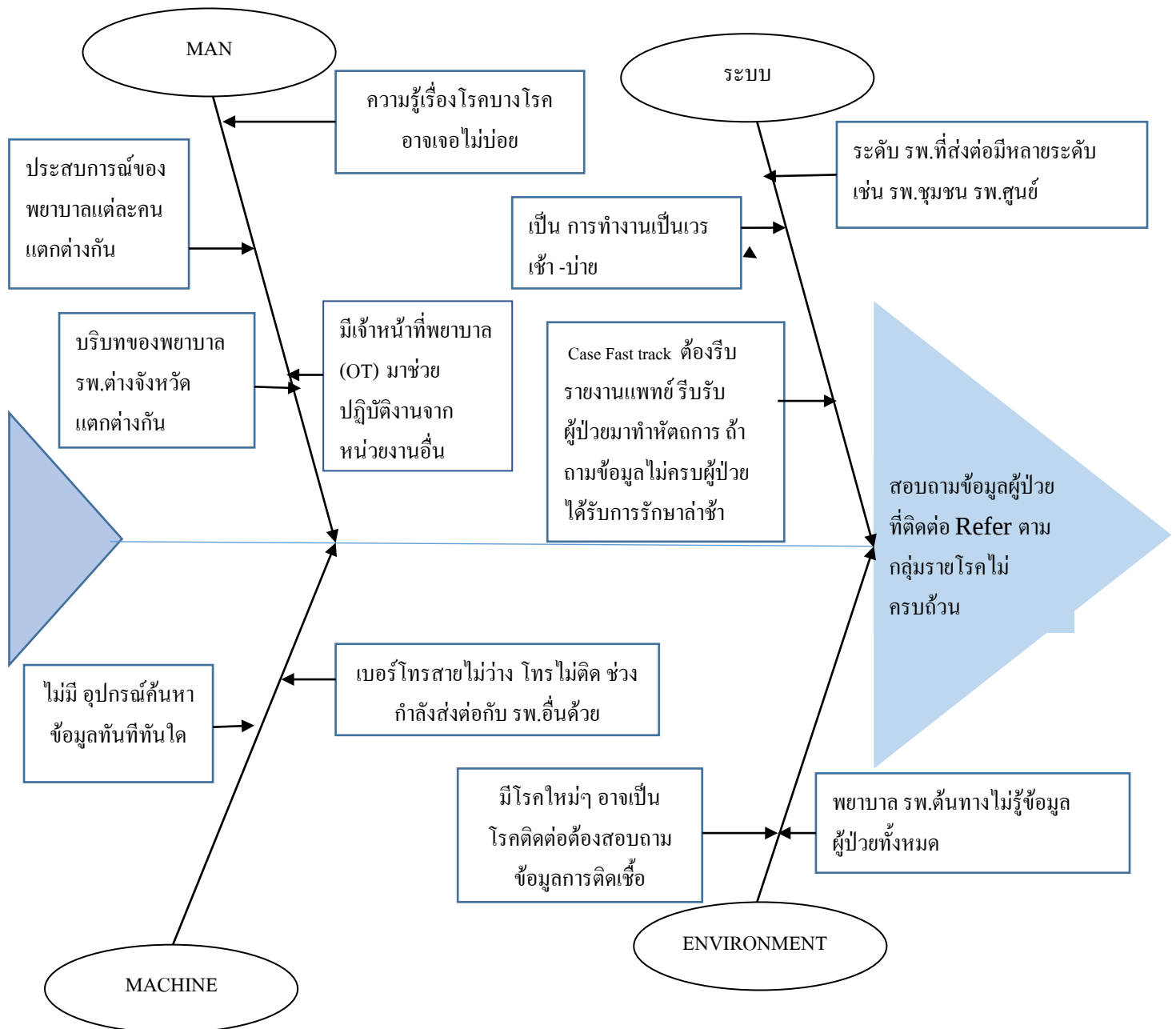
2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow)



2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ

2.2 การวิเคราะห์สาเหตุ



4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ																	ผู้รับผิดชอบ/บทบาทหน้าที่ ของผู้รับผิดชอบ	
	ปี 2561			ปี 2562												ปี2563			
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.		
1. ประชุมเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานเพื่อ ปรึกษาหารือและหาวิธีปฏิบัติงานแก้ไข ปัญหาร่วมกัน	↔ ←-→																		วารุณี ช่างเหล็ก
2. มอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดบทบาท หน้าที่	↔ ←-→																		
3.กำหนดขอบเขตแบ่งกลุ่มรายโรคที่พบ บ่อย และข้อมูลที่จำเป็น 12 กลุ่มรายโรค	↔ ←-----→																		
4. จัดทำบันทึกตามกลุ่มรายโรคทั้งหมด 12 กลุ่มรายโรค พร้อมทั้งกำหนดแบบฟอร์ม การเก็บตัวชี้วัด	↔ ←-----→																		
5. ใช้แบบบันทึกตามกลุ่มรายโรคปฏิบัติงาน 3 ระยะ โดยระยะที่ 2 ปรับแบบบันทึกใหม่ ระยะที่ 3 ดักจับจากการรับส่งเวรจากบันทึก และปรับข้อมูลเพิ่มเติมเป็นระยะ			← ←-----→																
6. เก็บข้อมูลตัวชี้วัด			← ←-----→																
7. ประเมินผลและนำมาพัฒนาตามวงจร PDSA			← ←-----→																

↔ วางแผนงาน

←▶ ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ที่ระบุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ก่อน ดำเนิน การ	ผลการดำเนินงาน (เดือน/ปี)																
			หลังดำเนินการ																
			ปี 2561-2563																
			ระยะที่ 1				ระยะที่ 2						ระยะที่ 3						
			ต.ค. 61	พ.ย. 61	ธ.ค. 61	ม.ค. 62	ก.พ. 62	มี.ค. 62	เม.ย. 62	พ.ค. 62	มิ.ย. 62	ก.ค. 62	ส.ค. 62	ก.ย. 62	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63	ก.พ. 63
1.จำนวนครั้งของการโทรกลับไป สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจาก แบบ บันทึกตามกลุ่มรายโรคมีข้อมูลไม่ ครอบคลุม	≤ 3 ครั้ง/ เดือน	60 ครั้ง	20	18	16	18	3	4	3	4	3	4	2	2	2	0	0	0	0
2) อัตราค่าโทรศัพท์ที่ลดลงมากกว่าหรือ เท่ากับ 200 บาท/เดือน	≥ 200	ติดลบ	150	140	150	140	200	200	200	200	200	200	250	250	250	300	300	300	300
3) ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อแบบ บันทึกตามกลุ่มรายโรค	≥ 85%	ไม่มีสถิติ	90%				95%						100%						



แบบบันทึก CASE TRAUMA

หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/01,Rev.00

___ Nearly/ Amputate ➔ มือ/นิ้วมือ : ORTHO วันฉับ PLASTIC วันฉับ

[อาชีพ..... มือที่ถนัด..... สุนัขหรือ.....]

[วิธีเก็บชิ้นส่วน.....]

___ Thoracoabdominal ➔ Sx.Trauma/Acute care

___ Maxillofacial ➔ Sx.Plastic

___ Thoracic/Heart/Lung ➔ Sx.CVT (รายงาน Acs.พิจารณาก่อน) ___ Head injury ➔ Sx.Neuro

___ Blunt abdominal ➔ แยกตาม Organ (รายงาน Acs.พิจารณาก่อน)

ชื่อ อายุ ปี

- วันที่เกิดเหตุ.....เวลาน. เดินทางถึง รพ. เวลาน.

- อาการสำคัญที่มา รพ. :

- รายละเอียดเหตุการณ์

.....

- U/D.....

- การใช้ยาละลายลิ่มเลือด.....

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : แกรับ E...V....M.... Pupil Motor power.....

: ปัจจุบัน E...V....M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign แกรับ..... ถ้าสุด.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : ___ Oxygen ___ Foley cath ___ อื่นๆ.....

- ผล Imagine : CXR FAST.....

Film..... CT

อื่นๆ.....

- LAB : Anti-

HIV.....CBC.....

- NPO time.....

- การรักษาและยาที่ได้รับ

.....

.....

.....



แบบบันทึก CASE TRAUMA

หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/01,Rev.00

.....

.....

.....

- เหตุผลที่ขอ Refer

.....

.....

.....- - หมายเหตุ

.....

.....

.....

.....

*หากมี Vascular injury ให้ซักประวัติ+แผนการตรวจร่างกายการคลำชีพจรของ Case Vascular

- Vascular injury : ____ไม่มี ____มี ผลตรวจชีพจร.....

ตำแหน่ง Pulse	คลำ		ฟัง Doppler	
	Rt.	Lt.	Rt.	Lt.
Brachial a.				
Ulnar a.				
Radial a.				
Popliteal a.				
Posterior tibial a.				
Femoral a.				
Dorsalis pedis a.				

-Capillary Refill time

.....

-สีผิว:

.....

.....

-

อุณหภูมิ:.....

.....

-ปวด:

.....

-ชา:

.....

ขอรูปถ่าย + VDO ทาง ID line : ramareferralunit

หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332



แบบบันทึก CASE VASCULAR และ Rupture AAA
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/02, Rev.00

ชื่อ อายุ ปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

- อาการสำคัญที่มา รพ. :

- ประวัติ Trauma : __ไม่มี __มี ระบุ.....

U/D.....

- Vascular injury : __ไม่มี __มี ผลตรวจชีพจร.....

ตำแหน่ง Pulse	คลำ		ฟัง Doppler	
	Rt.	Lt.	Rt.	Lt.
Brachial a.				
Ulnar a.				
Radial a.				
Popliteal a.				
Posterior tibial a.				
Femoral a.				
Dorsalis pedis a.				

-Capillary Refill time

-สีผิว:

-

อุณหภูมิ:.....

-ปวด:

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign ล่าสุด.. T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์: __Oxygen __Foley cath __อื่นๆ.....

- CTA:.....

- Hct.....Groupเลือด.....

- การรักษาและยาที่ได้รับ

ขอรับถ่าย + VDO ทาง ID line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332



แบบบันทึก CASE เด็ก
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/03,Rev.00

ชื่ออายุปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ.....

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E....V....M.... Pupil Motor power.....

- อุปกรณ์การแพทย์: ___Oxygen ___Foley cath ___อื่นๆ.....

-U/D.....

- การรักษาและยาที่ได้รับ

.....

.....

.....

-เบอร์แพทย์เจ้าของไข้.....

กรณี CASE ศัลยกรรมเด็ก

- ประวัติ Trauma : ___ไม่มี ___มี ระบุ.....

- ระดับความรู้สึกตัว (ในเด็กเล็ก): ___Active / ระบุ.....

- Vital sign แรกรับ T=.....PR=.....BP=.....RR=..... ล่าสุด T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์: ___Oxygen ___Foley cath ___อื่นๆ.....

- น้ำหนัก.....Kg. - NPO Time

- Abdominal sign. :

- ผล Imagine: CXR FAST.....

Film..... CT

อื่นๆ.....



แบบบันทึก CASE คลอดหรือรอลคลอด
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/04,Rev.00

..P..... (Term.....Preterm.....Abort.....Live.....) GA.....wks. By. Date / Ultrasound

- ฝากครรภ์ (ANC) ครั้งแรก GAwks. ทั้งหมดจำนวน ครั้ง ที่ รพ.

- ความผิดปกติที่พบระหว่าง ANC.....

- Uterine contraction(UC) : แรกรับ..... ล้ำสุด.....

-NST.....

- PV :

- Ultrasound

1. EFW.....gm. ท่า FHR.....bpm. AFI.....cm อื่นๆ.....

2. EFW.....gm. ท่า FHR.....bpm. AFI.....cm อื่นๆ.....

3. EFW.....gm. ท่า FHR.....bpm. AFI.....cm อื่นๆ.....

4. EFW.....gm. ท่า FHR.....bpm. AFI.....cm อื่นๆ.....

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign. แรกรับ.....ล้ำสุด.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : ____Oxygen ____Foley cath ____อื่นๆ.....

- U/D.....

- การรักษา/ยาที่ได้รับ.....

.....

..... Vital signs ล้ำสุด T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- LAB : Case PIH

Hct.....Plt.....LFT.....

Urine protein.....หรือ Urine protein to creatinine ratio (UPCR).....

Fax. เอกสารรีเฟอร์ ที่ห้องคลอด 02-2011418

	แบบบันทึก CASE อายุรกรรม(ทั่วไป) Fast Track - STIME หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล	F-WI-RH-HM-301/05,Rev.00
---	--	--

ชื่ออายุปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

- อาการสำคัญที่มา รพ. :

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E....V....M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign ล่าสุด. T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : ___Oxygen ___Foley cath ___อื่นๆ.....

Fast Track - STEMI

ชื่ออายุปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น. วันที่admit.....

- อาการสำคัญที่มา รพ. :

.....

-Pain score

-LAB : Troponin-T.....,Troponin-I.....EKG.....

-การรักษาและยาที่ได้รับ.....

.....

.....

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E....V....M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign ล่าสุด T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : ___Oxygen ___Foley cath ___อื่นๆ.....

-U/D.....

-- ในเวลาให้ติดต่อห้องสวนหัวใจ (VA03) โดยตรง Tel.+ FAX. 1660

-นอกเวลาให้ติดต่อ Fellow Cardio ตามตารางแพทย์

- รับเรื่องกรณีห้องสวนหัวใจใน (VA03) แจ้ง case มา

	แบบบันทึก CASE อายุรกรรม Fast Track - STROKE หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล	F-WI-RH-HM-301/06,Rev.00
---	---	--

ชื่อ อายุ ปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ..... เวลา น.

- อาการสำคัญที่มา รพ. :.....

- U/D.....

- ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด.....

แรกรับ -ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M.... Pupil Motor power.....

-NIHSS Score :

-Vital sign : ...T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

อาการปัจจุบัน

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M.... Pupil Motor power..

- NIHSS Score ล่าสุด.....

- Vital sign ล่าสุด.. T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : __Oxygen __Foley cath __อื่นๆ.....

-การรักษาและยาที่ได้รับ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*ต้องมี VDO / ผลอ่าน CT ,CTA / MRI ,MRA อย่างน้อย 1 อย่าง เพื่อให้ Neuro INR + Neuro Med พิจารณา

-First call : Neuro INR Notify Fellow + Line ตามตารางแพทย์ (สำหรับ Case EmergencyThrombectomy)

-First call : Neuro Med Notify Resident อยู่เวร Stroke unit สอบถาม Tel. 2700, (สำหรับ Stroke Fast track)

ขอรูปถ่าย / VDO ทาง ID line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332

	แบบบันทึก Case Neuro หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล	F-WI-RH-HM-301/07,Rev.00
---	--	--

ชื่อ อายุ ปี

สิทธิฉุกเฉิน/UCEP ____ ได้ ____ ไม่ได้

วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

อาการสำคัญที่มา รพ. :

.....

.....

U/D รักษาที่

ถ้ามี HT ให้รายงานแพทย์อายุรกรรม

ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

แรกรับ

ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M... Pupil.....Mortor Power

Vital sign: T.....°C PR.....bpm RR.....bpm BP...../.....mmHg SpO2%

ล่าสุด

ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M... Pupil.....Mortor Power.

Vital sign: T.....°C PR.....bpm RR.....bpm BP...../.....mmHg SpO2%

ผล CT brain.....

ผล CTA brain.....

ผล MRI.....

อุปกรณ์การแพทย์ : ____ Oxygen ____ Foley cath ____ อื่นๆ.....

การรักษา/ยาที่ได้รับ.....

.....

.....

เหตุผลที่ขอ Refer.....

ขอรับถ่าย / VDO imaging ทาง ID Line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทรศัพท์ 095-4673332



แบบบันทึก CASE ORTHO

หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษาศัลยกรรม

F-WI-RH-HM-301/08,Rev.00

ชื่อ อายุ ปี

- วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

- อาการสำคัญที่มารพ. :

- ประวัติ Trauma : ____ไม่มี ____มี ระบุ.....

- ลักษณะและตำแหน่งที่หัก.....

- Vascular injury : ____ไม่มี ____มี ระบุผลตรวจร่างกาย.....

ตำแหน่ง Pulse	คลำ		ฟัง Doppler	
	Rt.	Lt.	Rt.	Lt.
Brachial a. (ข้อพับแขน)				
Ulnar a. (ข้อมือด้านในฝั่งนิ้วก้อย)				
Radial a.. (ข้อมือด้านในฝั่งนิ้วโป้ง)				
Femoral a. (ขาหนีบ)				
Popliteal a. (ข้อพับขา)				
Posterior tibial a. ข้อเท้าด้านใน				
Dorsalis pedis a. (หลังเท้า)				

-Capillary Refill time

-สีผิว:

-อุณหภูมิ:.....

-ปวด:

-ชา:

หมายเหตุ.....

-C-Spine injury : ____ไม่มี ____มี

การกลืนอุจจาระ ปัสสาวะได้หรือไม่ ได้ PR ตรวจ Sphincter tone

หรือไม่

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M... Pupil Motor power.....

- Vital sign ล่าสุด.....

อุปกรณ์การแพทย์ : ____Oxygen ____Foley cath ____อื่นๆ.....

การรักษาและยาที่ได้รับ.....

ขอรับถ่าย / VDO ทาง ID line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332



แบบบันทึก CASE BURN
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษาพยาบาล

F-WI-RH-HM-301/09,Rev.00

ชื่ออายุปี

- วันที่เกิดเหตุ.....เวลาน.

- สาเหตุการ BURN: __ไฟไหม้ __ไฟฟ้าช็อต __แก๊สระเบิด __สารเคมี __อื่นๆ -

รายละเอียด/อาการสำคัญ.....

- U/D.....

- ระดับการ Burn:123Superficial burnDeep burn % BSA

- ตำแหน่ง.....

- ประวัติ Trauma __ไม่มี __มี ระบุ.....

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E....V....M.... Pupil Motor power.....

- Vital sign ล่าสุด.T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์ : __Oxygen __Foley cath __อื่นๆ.....

- น้ำหนักผู้ป่วย..... kg (โดยประมาณ) ส่วนสูง.....cm.

- ชนิดและปริมาณสารน้ำที่ได้รับ.....

.....

- Intake/Output..... ลิปัสสาวะ.....

- การรักษาและยาที่ได้รับ.....

.....

- ผล Anti-HIV..... BUN/Cr.....CBC.....

Electrolyte.....

ขอรูปถ่าย + VDO ทาง ID line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332



แบบบันทึก Case EYE

หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/10,Rev.00

ชื่อ อายุ ปี

วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

อาการสำคัญที่มา รพ. :

.....

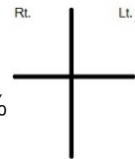
.....

U/D รักษาที่

Rt. Eye: VA

Lt. Eye: VA

ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : ล่าสุด E...V....M.... Pupil



Vital sign : ล่าสุด T.....°C PR.....bpm RR.....bpm BP...../.....mmHg SpO2%

ผล CT

อุปกรณ์การแพทย์ : ___Oxygen ___Foley cath ___อื่นๆ.....

การรักษา/ยาที่

ได้รับ

.....

.....

.....

.....

เหตุผลที่ขอ Refer.....

หมายเหตุ.....

.....

.....

ขอรูปถ่ายแผล / VDO imagingทาง ID Line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทรศัพท์ 095-4673332



แบบบันทึก Case ENT
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/11,Rev.00

ชื่อ อายุ ปี

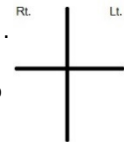
วันที่เกิดเหตุ/มีอาการ เวลา น.

อาการสำคัญที่มา รพ. :
.....
.....

U/D..... รักษาที่.....

ระดับความรู้สึกตัว (GCS) : E...V...M... Pupil.....

Vital sign: T.....°C PR.....bpm RR.....bpm BP...../.....mmHg SpO2%



ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....
.....

อุปกรณ์การแพทย์ : ____ Oxygen ____Foley cath ____อื่นๆ.....
การรักษา/ยาที่ได้รับ

.....
.....
.....

เหตุผลที่ขอ Refer.....

หมายเหตุ.....
.....
.....

ขอรูปถ่าย / VDO imaging ทาง ID Line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทรศัพท์ 095-4673332



แบบบันทึกCASE ศัลยกรรมอื่นๆ
หน่วยประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

F-WI-RH-HM-301/12,Rev.00

ชื่อ อายุ ปี

- วันที่มีอาการ: เวลา น.

- อาการสำคัญที่มา รพ. :

.....

- U/D.....

- มีอาการตัวเหลืองหรือไม่..... ท้องโตตึง.....LAB LFT.....

Total Bilirubin =.....Direct Bilirubin=.....

- ผล HIV..... Hct.....Groupเลือด.....

- CBC:.....

- Lavage with.....cc Retain NG-tube

- Irrigate bladder.....

- BUN =.....Cr =

- I/O =.....

- ประวัติ รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ____ไม่มี ____มี ระบุ.....

- EKG.....ECHO EF=.....%

- ผลU/S.....CT/CTA.....

- ระดับความรู้สึกตัว.....

- Vital sign... T=.....PR=.....BP=.....RR=.....

- อุปกรณ์การแพทย์: ____Oxygen ____Foley cath ____อื่นๆ.....

- การรักษาและยาที่ได้รับ

.....

.....

.....

ขอรูปถ่าย + VDO ทาง ID line : ramareferralunit หรือเพิ่มเพื่อนจากเบอร์โทร 095-4673332

ใบ Reccord ข้อมูลที่แพทย์ต้องการเพิ่มเติมตามกลุ่มรายโรคเพื่อปรับข้อมูลในกลุ่มรายโรคใหม่

วันที่เดือน.....

กลุ่มรายโรค	ข้อมูลที่แพทย์ขอเพิ่มเติม	คัดจับจากการรับส่งเวร	ชื่อผู้บันทึก
1. แบบบันทึก CASE Trauma			
2. แบบบันทึก CASE Vascular และ Rupture AAA			
3. . แบบบันทึก CASE เด็ก			
4. . แบบบันทึก CASE คลอดหรือรอกคลอด			
5. แบบบันทึก CASE Fast Track-STEMI			
6. . แบบบันทึก CASE Neuro			
8. . แบบบันทึก CASE ORTHO			
9. แบบบันทึก CASE BURN			
10แบบบันทึก Case Eye			
11แบบบันทึก Case ENT.			
12.แบบบันทึกCASE ศัลยกรรมอื่นๆ			

หมายเหตุ.....

.....

.....

.....

.....