



ภาคผนวก

สาขาวิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



แพทยสภา



สภาการพยาบาล



สภาเภสัชกรรม



กระทรวงสาธารณสุข



ทันตแพทยสภา



สภาเทคนิคการแพทย์



สภากายภาพบำบัด

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
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 รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในขั้นนี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสถานะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

(นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)
นายกแพทยสภา

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
นายกสภาการพยาบาล

(รองศาสตราจารย์พิเศษ ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์)
นายกสภาเภสัชกรรม

(ทันตแพทย์ ธรณินทร์ จรัสจรัสเกียรติ)
นายกทันตแพทยสภา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานดา ชัยภิญโญ)
นายกสภากายภาพบำบัด

(รองศาสตราจารย์ ทนพ.สมชาย วิริยะยุทธกร)
นายกสภาเทคนิคการแพทย์

พฤติกรรมที่พึงประสงค์

ของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน



แพทย์ชายควรถ

- แต่งกายเรียบร้อย
- กางเกงทรงสุภาพ
- รองเท้าเรียบร้อย
- ยิ้มแย้มแจ่มใส

แพทย์ชายไม่ควร

- สวมกางเกงขีนส์
- ไปตรวจผู้ป่วย



แพทย์หญิงควรถ

- แต่งกายเรียบร้อย
- กระโปรงทรงสุภาพ ยาวพอเหมาะ
- รองเท้าหุ้มส้น สุภาพ

แพทย์หญิงไม่ควร

- สวมเสื้อคอกว้าง สายเดี่ยว
- เสื้อยืดรัดรูป
- กระโปรงสั้นมาก, ชายกระโปรงไม่สุภาพ
- รองเท้าแตะ
- ไม่ควรปล่อยผมยาวรุงรัง



แพทย์ควรถ

- เอื้อเฟื้อและช่วยเหลือแพทย์ด้วยกัน

แพทย์ไม่ควร

- ไม่ควรคุยโทรศัพท์ (เรื่องไม่สำคัญ) ในขณะที่รักษาผู้ป่วย
- ไม่ควรคุยเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยในลิฟท์
- ไม่ควรสวมเสื้อสีเขียวออกจากห้องผ่าตัด
- ไม่ควรรับประทานอาหารขณะเดิน

Guideline consultation 2566

General recommendation

แพทย์ฝึกอบรมมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามอาจารย์เจ้าของไข้ในสายที่ตนเองอยู่

OPD

1. หากต้องการปรึกษาผู้ป่วยทั่วไป ขอประเมินเคสก่อนและหลังการผ่าตัด ให้ปรึกษาอาจารย์ที่รับปรึกษา (อาจารย์ชิตเส้นใต้) ในวันนั้น
2. ในกรณีต้องการปรึกษา specialist
 - ถ้ามีอาจารย์ใน specialist นั้นออกตรวจ สามารถปรึกษาได้เลย
 - หากต้องการปรึกษาอาจารย์ใน special clinic ช่วงบ่าย ให้ระบุรายละเอียดการส่งปรึกษาในเวชระเบียน และส่งเวรแพทย์ฝึกอบรมที่ออกตรวจ clinic นั้น เมื่อเสร็จภารกิจในวันนั้นขอให้ติดตามดูผลด้วย
 - หากผู้ป่วยต้องรักษาเป็น IPD ให้ admit ตามอาจารย์ specialist ที่รับ consult
 - ในกรณีไม่มีอาจารย์ specialist นั้นออกตรวจ
 - ให้ consult อาจารย์ชิตเส้นใต้ เพื่อร่วมพิจารณาว่าจำเป็นต้องปรึกษาเร่งด่วนหรือไม่
 - กรณีผู้ป่วยไม่เร่งด่วน สามารถนัด consult ได้ ขอให้นัดตรงกับวันที่ออกตรวจเองเพื่อการติดตามที่ต่อเนื่อง
 - หากผู้ป่วยต้องรักษาเป็น IPD ให้ admit ตามอาจารย์ชิตเส้นใต้ ยกเว้นกรณีอาจารย์ specialist ที่รับ consult ขอย้ายไปดูแลตัวเอง

IPD: ผู้ป่วยต่าที่มีปัญหาอื่นเพิ่มในระหว่างอยู่ รพ., ผู้ป่วยรับ consult นอก ward

1. ให้ consult อาจารย์ specialist ในสายเดียวกันก่อน
2. หากไม่มี specialist นั้นในสาย ให้ consult ตามแนวทางของแต่ละ subspecialty

On Duty ในเวร

1. การปรึกษา specialist ในเวร ต้องผ่านการปรึกษาอาจารย์เวรก่อนเสมอ
2. อาจารย์เจ้าของไข้ เป็นการตัดสินใจร่วมกันของอาจารย์เวร กับอาจารย์ใน specialist นั้นๆ

Specialist consultation

- Cornea

พิจารณาตามวันที่ผู้ป่วยมารับบริการวันแรก

- อ.จักรี วันที่ 1-10 ของเดือน
- อ.อรสา วันที่ 11-20 ของเดือน
- อ.วิริญจรรย์ วันที่ 21-31 ของเดือน

- Glaucoma

- อ. บุญชัย วันที่ 1-10 ของเดือน
- อ. วีระวัฒน์ วันที่ 11-20 ของเดือน
- อ. ณัฐชาติ วันที่ 21-31 ของเดือน

- Ped oph

- อ.สุภาภรณ์ วันที่ 1-10 ของเดือน
- อ.เพ็ญนี วันที่ 11-20 ของเดือน
- อ.นริสา วันที่ 21-31 ของเดือน

- Retina

- ตามตารางการรับปรึกษาในและนอกเวลา

- Neuro-ophthalmology

- อ.จุฑามาศ รับปรึกษา

- OPRC

- อ. อรพรรณ รับปรึกษา

- Uveitis

- อ.วันทนี ส. รับปรึกษา

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก Medical Record Audit Form (OPD)

HN General case Diagnosis..... Visit Date.....

Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ..... ถึง.....

Diagnosis..... Visit Date.....

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ได้แก่ Follow up, Operative note, Informed consent เนื่องจากไม่มีการให้บริการ

การบันทึกช่อง Missing (M): กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ ให้ NA

No	Contents	N	M	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เพิ่มคะแนน
1	Patient's profile			มีชื่อ นามสกุล เพศ HN และอายุผู้ป่วย	มีที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย	มีชื่อ นามสกุลผู้ที่ติดต่อ ได้กรณีฉุกเฉิน	มีประวัติการแพ้ยาและอื่น ๆ ระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ หรือ "ปฏิเสธ"	มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่เคยตรวจ"	มีวันเดือนปี ชื่อ นามสกุลผู้บันทึก	มีชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ	
2	History (1 st visit)			chief complaint: อาการและระยะเวลาหรือปัญหาที่มารพ.	present illness: อาการแสดงและการรักษาที่เคยได้ หรือประวัติการรักษาที่ผ่านมา - ไม่ได้รักษามาก่อน ระบุ "ไม่ได้รักษาจากที่ใด"	underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน - กรณีที่ไม่มี ต้องระบุ "ไม่มี....."	past illness และหรือประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง	มีประวัติการแพ้ยาและอื่น ๆ ระบุยาหรือสิ่งที่แพ้	1) Family/Personal/Social history 2) ผู้หญิง 11-60 ปี มีประวัติประจำเดือน 3) เด็ก 0-14 ปี มีประวัติ vaccine & growth development	มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือบุหรี่หรือสุรา ระบุจำนวน ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ - เด็ก (0-14 ปี) มีชักประวัติดังกล่าวของบุคคลในครอบครัว	มี present illness ครบ 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)
3	Physical examination/ Diagnosis - ข้อ 2-6 ญาติรับยาแทน = NA			มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก	ตรวจร่างกายโดยการดู หรือ เคาะ และ บันทึกผล	ตรวจร่างกายโดยการคลำ หรือ ฟัง และ บันทึกผล - ไม่จำเป็นต้องตรวจระบุ NA	บันทึก PR, RR, BT	บันทึก BP ทุกราย - เด็ก < 5 ปี พิจารณาคตามสภาพปัญหา	- บันทึก นน. ทุกราย (ซึ่งไม่ได้ต้องระบุเหตุผล) - ส่วนสูง 1) เด็ก ทำทุกราย 2) ผู้ใหญ่ ทำเมื่อใช้ในการวางแผนการรักษา เช่น BMI, BSA	บันทึกการวินิจฉัยเป็น clinical term - general case: provisional Dx - chronic case: specific Dx as previous visits	

No	Contents	N A	M	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เพิ่มคะแนน
4	Treatment/ Investigation			บันทึกการสั่ง และ ผล investigation - มีอย่างเดียว = ไม่ ผ่าน - ถ้าผลตรวจได้จาก ใบ refer ต้องมีระบุ	บันทึกการให้การ รักษา การสั่งยา การทำ หัตถการ (ถ้ามี) - มา admit บันทึกว่า “admit...”	บันทึกการสั่งยาที่ระบุ ชื่อยา ความแรง ขนาด ที่ใช้ และจำนวนยา หรือจำนวนวันที่สั่ง	advice เกี่ยวกับโรค หรือการสังเกต อาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับ การรับประทานยา	ถ้าปรึกษาระหว่าง แผนก ต้องมีการ บันทึกผลการตรวจ วินิจฉัย หรือการรักษา ที่ผ่านมา	มีบันทึกแผนการดูแล รักษาต่อเนื่อง หรือ การนัดมาติดตามการ รักษา	สามารถตรวจสอบได้ ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของแพทย์หรือผู้ สั่งการรักษาท่านใด	มีการสั่งใช้ ยานอกบัญชี แล้วระบุ เหตุผล
5	F/U #1 ____/____/____ Chronic case - F/U < 5 ครั้ง ใช้ ครั้งที่ 1, 2, 3 - F/U ≥ 5 ครั้ง ใช้ ครั้งที่ 1, 3, 5			บันทึกประวัติ หรือ เหตุผลในการมา follow up	บันทึกการวินิจฉัยโรค และหรือการตรวจ ร่างกายที่จำเป็น - ญาติรับยาแทน = NA	บันทึก V/S ที่เกี่ยวข้อง และหรือการตรวจ ร่างกายที่จำเป็น - ญาติรับยาแทน = NA	มีการ evaluation ผลการรักษาในครั้งที่ ผ่านมา หรือ สรุป ปัญหาที่เกิดขึ้น และ treatment ในครั้งนี้ - admit ระบุเหตุผล	บันทึกการสั่ง และผล investigation - มีอย่างเดียว = ไม่ ผ่าน - ถ้าผลตรวจได้จากใบ refer ต้องมีระบุ	advice เกี่ยวกับโรค หรือการสังเกตอาการ ที่ผิดปกติ หรือข้อควร ระวังเกี่ยวกับการ รับประทานยา	สามารถตรวจสอบได้ ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของแพทย์หรือผู้ สั่งการรักษาท่านใด	มีการสั่งใช้ ยานอกบัญชี แล้วระบุ เหตุผล
	F/U #2 ____/____/____										
	F/U #3 ____/____/____										
6	Operative note			มีการบันทึกชื่อ และ นามสกุล ผู้ป่วย ชัดเจน	มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบ จากการผ่าตัดหรือ หัตถการ (operative findings)	มีบันทึกวิธีการทำ ผ่าตัด หรือหัตถการ (operative procedures)	มีบันทึกวิธีการให้ยา ชา หรือยาระงับ ความรู้สึก	มีบันทึกผลการทำ ผ่าตัด หรือ post- operative diagnosis รวมถึง complications - ถ้าตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผล pathology หรือระบุ “รอผล pathology”	บันทึกวันเดือนปี และ เวลา ที่เริ่มต้นและ สิ้นสุดการทำผ่าตัด หรือหัตถการ	สามารถสืบค้นใน ระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก แพทย์ผู้ทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ ใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ	
7	Informed consent			มีการบันทึกชื่อ และ นามสกุล ผู้ป่วย ถูกต้องชัดเจน	มีลายมือชื่อ หรือลาย พิมพ์นิ้วมือ และ ชื่อ นามสกุลผู้รับทราบ ข้อมูลและยินยอม - <18ปีมีผู้ลงนามแทน	มีลายมือชื่อพยาน ครบถ้วน ชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย	มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำ การผ่าตัด หรือ หัตถการ	มีการบันทึกการ ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นโดยสังเขป	มีการระบุลายมือชื่อ ผู้ให้ข้อมูล หรือ รายละเอียดของการทำ ผ่าตัด หรือหัตถการ	มีการบันทึกระบุ วัน เดือน ปีและเวลาที่ รับทราบและยินยอม ให้ทำการรักษา	

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

HN AN..... Date admitted..... Date discharged.....

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ลำดับที่ 7, 8, 9, 10, 11 เนื่องจากไม่มีการบริการ

การบันทึกช่อง Missing (M): กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป

การบันทึกช่อง No: กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารนั้น

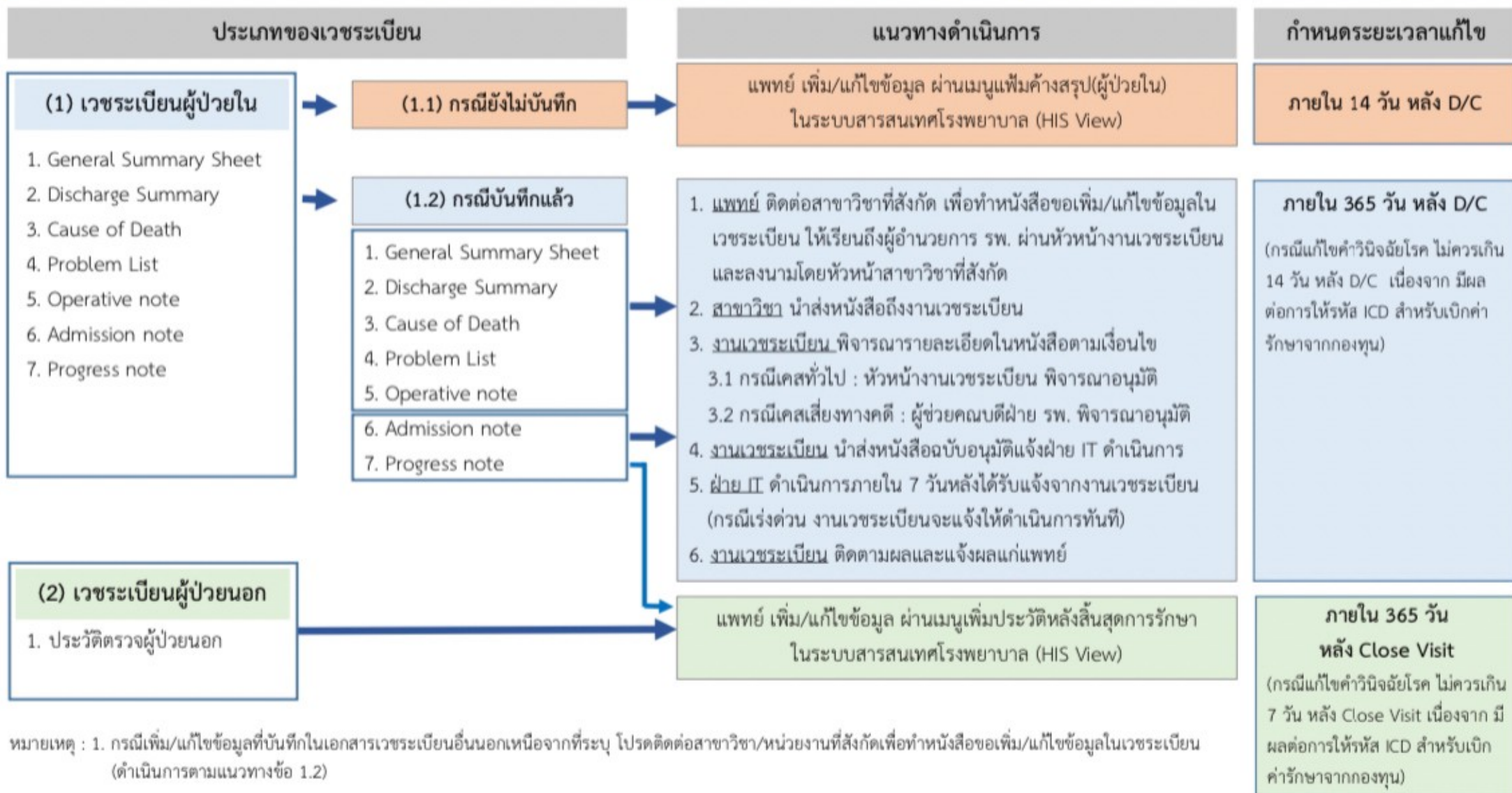
การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ ให้ NA

No	Contents	NA	M	No	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เกณฑ์ข้อ 8	เกณฑ์ข้อ 9
1	Discharge summary: Dx., OP				Principal Dx มีโรคเดียว และเป็น clinical term	Comorbidity และ complication เป็น clinical term - สาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) - external cause เป็นภาษาไทยได้	สรุป procedure และ/หรือ operation	บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของ OR procedure ทุกครั้ง	ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุป principal Dx, comorbidity, complication และ external cause - ถ้าจำเป็น ใช้ตัวย่อตาม ICD-10 และ -9 CM ได้	Clinical summary ต้องมีครบ (1) การวินิจฉัยโรค (2) investigation (ถ้ามี) (3) การรักษาและผล (4) แผนการรักษาหลัง D/C (ถ้ามี) (5) Home med	สรุปสาเหตุการตาย	สรุป D/C status และ D/C type - "by transfer" ต้องระบุชื่อรพ. ที่ส่งต่อ	สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
2	Discharge summary: Other				มีชื่อ นามสกุล เพศ และอายุ ผู้ป่วย	มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของ ผป.	มีที่อยู่ปัจจุบัน	มีชื่อโรงพยาบาล HN และ AN	มีวัน เดือน ปี เวลาที่ admit & discharge	มีจำนวนวันที่ admit และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน	มีชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และผู้ให้รหัสหัตถการ		
3	Informed consent หลายใบ ใช้ใบที่สำคัญที่สุด				มีชื่อ และ นามสกุล ผู้ป่วย	มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (ชื่อ นามสกุล และ ตำแหน่ง)	มีลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ และ ชื่อนามสกุลผู้รับทราบ&ยินยอม <18ปีมีผู้แทน	มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน ชื่อ นามสกุล และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีลายมือชื่อ ชื่อ นามสกุล และ ตำแหน่งพยาน จนท. รพ. 1 คน	มีเหตุผลในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษา การใช้ยาระงับความรู้สึก	มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือก	มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลา ผล ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน	มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และ เวลา ที่รับทราบ และยินยอม
4	History				chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือ ปัญหาที่มารพ.	present illness: 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) มี ≥3 ข้อ	present illness ประวัติการรักษา - ไม่ได้รักษามาก่อนระบุ "ไม่ได้รักษาจากที่ใด"	past illness ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา - ไม่มี ต้องระบุว่าไม่มี	มีประวัติการแพ้ยา ระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (ไม่ทราบชื่อระบุ "ไม่ทราบ") - ไม่มี ระบุ "ปฏิเสธ"	1)FHx/Personal/Social 2) ผู้หญิง 11-60 ปี มีประวัติประจำเดือน 3) เด็ก 0-14 ปี มี vaccine & growth dev	review of system ทุกระบบ	สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก	ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล
5	Physical exam				V/S: BT, PR, RR, BP (BP ยกเว้นในเด็ก <5 ปี)	- น้ำหนัก ทุกวัย - ส่วนสูง (1) เด็ก ทุกวัย (2) ผู้ใหญ่ กรณีที่ต้องใช้ BMI/BSA	บันทึกการตรวจจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยซึ่งมิใช่เขียน "ปกติ/WNL"	วาดรูปสิ่งที่ตรวจ - ไม่พบความผิดปกติ หรือไม่สามารถแสดงกราฟฟีกได้ = NA	บันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมีไข้เขียน "ปกติ" หรือ "ทุกระบบ WNL"	มี problem list	มี provisional Dx	มีรายละเอียดแผนการรักษาใน admission นี้ - บันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่าน	สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

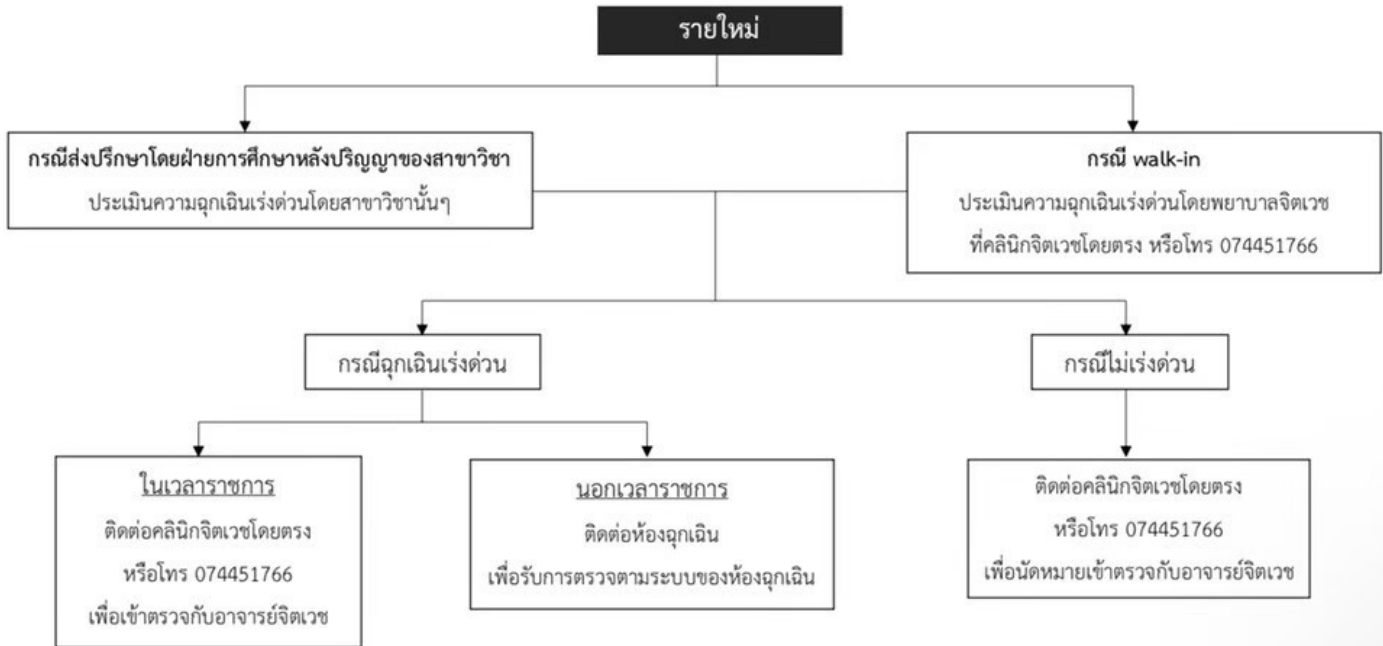
No	Contents	NA	M	No	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เกณฑ์ข้อ 8	เกณฑ์ข้อ 9
6	Progress note				วันเดือนปี และ เวลา ทุกครั้งที่ บันทึก	บันทึกทุกวันใน 3 วันแรก	SOAP ใน 3 วันแรก	บันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง - อาการ - การรักษา ให้ยา invasive procedure - แพทย์ผู้ดูแล	SOAP ทุกครั้ง ถ้ามี เกณฑ์ข้อที่ 4	บันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัย การวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ	progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก	ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก	ลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา
7	Consultation record หลายใบ ใช้ที่สมบูรณ์ น้อยที่สุด				วันเดือนปี เวลา ความจำเป็น รับผิดชอบ และหน่วยงานที่ขอปรึกษา	ระบุปัญหาที่ ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน	ประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อของแพทย์ผู้ขอปรึกษา	ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา	บันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา	บันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ	บันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย	ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการให้คำปรึกษา	แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลลงตรงตำแหน่งที่กำหนด
8	Anesthetic record				บันทึก status ผู้ป่วยก่อน ให้ยา ระงับความรู้สึก และวิธีให้ยา	มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด	มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด	pre anesthetic evaluation ระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก	บันทึกสัญญาณชีพ และการติดตามเคา์ระวัง ระหว่างดมยาทุก 5 นาที	บันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output	บันทึกการดูแลป. หลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง - on ETT กลับ ward = NA	post anesthetic round ปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกครั้งนี้ - ไม่มี ระบุ "ไม่พบปัญหา"	สืบค้น log in ได้ว่า วิทยุแพทย์/พญ. ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
9	Operative note หลายใบ ใช้ที่สมบูรณ์ น้อยที่สุด				มีการบันทึกชื่อสกุล อายุ HN AN เพศ	มี pre& post-op Dx - post-op Dxบันทึกเป็นชื่อโรคเท่านั้น ไม่ใช่ "same" "ปีกกา" หรือ "----"	ชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน	มีรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ post-op Dx	บันทึก position incision สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจ	Complications & blood loss (minimal blood loss ได้) - ไม่มีระบุ "ไม่มี"	วัน เวลา ที่เริ่มต้น และสิ้นสุดการทำหัตถการ	ชื่อ นามสกุลแพทย์ วิทยุแพทย์ และ scrub nurse และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
10	Nurse's note หักคะแนน ถ้าบันทึกไม่ต่อเนื่องทุก วันและทุก เวร				ประเมินแรกรับ - อาการสำคัญ - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีต - อาการ และเวลาแรกรับ	ปัญหาทางการพยาบาล ระบุ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	กิจกรรมการ พยาบ - ระบุกิจกรรม - มีการประเมินซ้ำ - ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยม (ถ้ามี)	การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล - การเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วย - บันทึกการตรวจรักษา (ถ้ามี): วัน เดือนปี เวลา อาการก่อน ขณะหลังทำ ผลที่ได้	การให้ข้อมูลระหว่างการรักษา - ให้ข้อมูลที่จำเป็น และการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ อารมณ์ จิตใจ และ คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว	Discharge plan - ปัญหาของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลัง D/C - ให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อดูแลตนเอง - ระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้	การประสานการดูแลต่อเนื่อง - ระบุปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง - บันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมา รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ (ถ้ามี)	การจำหน่ายผู้ป่วย - สรุปอาการ อาการแสดง V/S ผลประเมินความพร้อมผ. และกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกัน - ระบุข้อมูลสรุปเพื่อส่งต่อ (ถ้ามี)	วันเดือนปี เวลา - แกรรับ - ระหว่างadmit- มีการ เป.ป. การรักษา & ใบบให้ยา - ก่อน D/C การลงลายมือชื่อ - ทุกครั้ง (ใบบให้ยา ลงเฉพาะชื่อได้)

แนวทางการเพิ่ม/แก้ไขข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน หลังสิ้นสุดการรักษา

(มีผล 1 มีนาคม 2566 เป็นต้นไป)

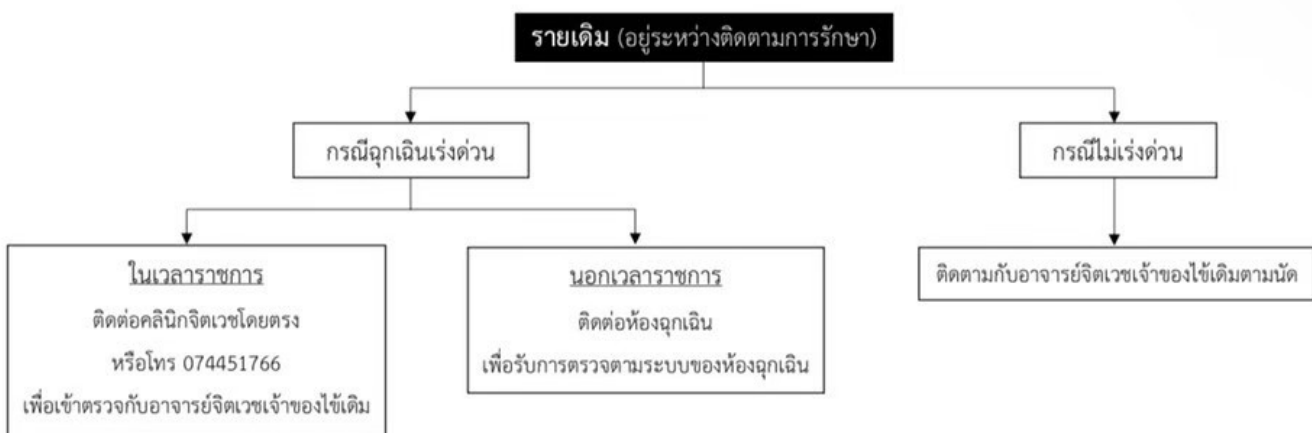


ระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
ของสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำหรับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด



ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2565

ระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
ของสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำหรับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (ต่อ)



ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2565

ระเบียบการขอเบิกจ่ายการเข้าร่วมประชุมวิชาการสำหรับแพทย์ฝึกอบรม

สาขาวิชามีนโยบายสนับสนุนการเข้าร่วมประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาความรู้และเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของแพทย์ฝึกอบรม โดยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการเข้าประชุมจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดไว้ที่ 12,000 บาท ต่อคน ต่อปีการศึกษา โดยกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายดังนี้

1. การประชุมภายในประเทศ

- เมื่อมีความประสงค์จะเข้าร่วมงานประชุมที่จัดภายในประเทศ ขอให้ติดต่อเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปของสาขาวิชา (พีศรี) พร้อมยื่นเอกสารดังต่อไปนี้ **อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนวันประชุม**
 - หนังสือขอเชิญประชุม หรือ มติของสาขาวิชาที่อนุญาตให้ไปร่วมประชุมได้
 - กำหนดการประชุมที่ระบุวัน เวลา และสถานที่การประชุม
 - เอกสารการเดินทางที่ระบุ วัน-เวลาเดินทาง ไปและกลับที่แน่นอน
 - วัตถุประสงค์การขอเบิกค่าใช้จ่าย
 - เอกสารประกอบการขอเบิกค่าใช้จ่าย
- การขออนุมัติลาราชการเพื่อเดินทางไปร่วมประชุม
 - สามารถยื่นขอลาราชการเพื่อเดินทางได้ในช่วงบ่าย 1 วันก่อนวันประชุม และเดินทางกลับทันทีที่ประชุมเสร็จ ยกเว้นการประชุมเสร็จสิ้นช้าจนไม่สามารถเดินทางกลับได้ จะอนุโลมให้เดินทางกลับในวันถัดไปได้
- การเบิกค่าลงทะเบียน
 - สามารถเบิกได้ตามค่าลงทะเบียนการประชุมตามจริง
 - เอกสารประกอบการเบิกจ่าย: ใบรับรองการลงทะเบียน พร้อมหลักฐานการชำระเงิน
- การเบิกค่าที่พัก
 - เบิกค่าที่พักได้ 1 คืนก่อนเริ่มประชุมจนถึงวันที่สิ้นสุดการประชุม
 - เอกสารประกอบการเบิกจ่าย
 - ใบเสร็จค่าห้องพักที่ระบุชื่อสถานที่พัก ผู้เข้าพัก วันที่เข้าพัก วันที่สิ้นสุดการเข้าพัก และราคา
 - เงื่อนไขการเบิกจ่าย
 - ในกรณีประสงค์ขอพักคนเดียว เบิกได้คืนละไม่เกิน 600.-
 - ในกรณีจำเป็นต้องพักเดี่ยว (ไม่มีคู่ หรือคู่เป็นคนละเพศสถานะ) เบิกได้คืนละไม่เกิน 1,500 บาท
 - ในกรณีพักคู่ สามารถเบิกได้ตามจริง แต่ไม่เกินคืนละ 900.- และใบเสร็จต้องระบุชื่อผู้เข้าพักอย่างน้อย 1 คน
- การเบิกค่าเดินทาง
 - เอกสารประกอบการเบิกจ่าย:
 - ตัวเครื่องบินที่ระบุ ชื่อผู้เดินทาง เที่ยวบิน และราคาตั๋ว พร้อมเอกสารหลักฐานการชำระเงิน (ภาพที่ถ่ายจากหน้าจอมือถือไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานได้)

2. การประชุมต่างประเทศ

1. เมื่อมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมงานประชุมหรือ elective ณ ต่างประเทศ ให้แพทย์ฝึกอบรมติดต่อบริษัทที่รับผิดชอบเพื่อนำเรื่องเข้าพิจารณาในสาขาวิชา
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากสาขาวิชาแล้ว ให้เตรียมเอกสารยื่นเรื่องขออนุญาตไปทางคณะ โดยติดต่อเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปของสาขาวิชา (พี่ศรี) พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้ **อย่างน้อย 3 เดือนก่อนวันประชุม**
 - หนังสือตอบรับการเข้าประชุม
 - มติของสาขาวิชาที่อนุญาตให้ไปร่วมประชุมได้
 - กำหนดการประชุมที่ระบุวัน เวลา และสถานที่การประชุม
 - เอกสารการเดินทางที่ระบุ วัน-เวลา เดินทาง ไปและกลับที่แน่นอน
 - วัตถุประสงค์การขอเบิกค่าใช้จ่าย
 - เอกสารประกอบการขอเบิกค่าใช้จ่าย
3. ขอให้ปฏิบัติตามระเบียบการเดินทางไปต่างประเทศของทางสาขาวิชา และคณะแพทยศาสตร์โดยเคร่งครัด ทั้งนี้สามารถติดต่อขอรับระเบียบการเดินทางและการเบิกจ่ายกรณีประชุมต่างประเทศของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ที่เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปของสาขาวิชา
4. คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติการเข้าร่วมประชุม วันลา ราชการและการเบิกจ่ายเงิน โดยให้ออมติของคณบดี คณะแพทยศาสตร์เป็นที่สิ้นสุด

หมายเหตุ ในกรณีชำระเงินเป็นสกุลเงินต่างประเทศ หรือใช้บัตรเครดิตในการชำระ ขอให้แนบใบเรียกเก็บจากธนาคารมาประกอบการเบิกจ่ายทุกครั้ง

หลักเกณฑ์การให้เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการประชุม อบรม สัมมนาในประเทศ ดังนี้

1. ทูสนับสนุนประชุมวิชาการ และ elective ในประเทศมีวงเงินต่าง ๆ ดังนี้
 - แพทย์ใช้ทุน ปีละ 12,000 บาท เบิกได้ไม่เกิน 60,000 บาท ตลอดหลักสูตร 5 ปี
 - แพทย์ประจำบ้านปีละ 12,000 บาท จะเบิกได้ไม่เกิน 36,000 บาท ตลอดหลักสูตร 3 ปี
 - แพทย์ต่อยอดตลอดหลักสูตรเบิกได้ไม่เกิน 12,000 บาท (เบิกเฉพาะการไปประชุมวิชาการเท่านั้น)
2. กรณีแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานไม่ครบตามระยะเวลาฝึกอบรมและเบิกจ่ายเงินสนับสนุนเต็มจำนวนแล้ว จะต้องขอใช้เงินสนับสนุนคืนคณะปีละ 12,000 บาท ตามจำนวนปีที่ปฏิบัติงานไม่ครบ และหากปีใดปฏิบัติงานไม่ครบ 1 ปีให้นับระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปเป็น 1 ปี
3. การนับปี กำหนดดังนี้
 - แพทย์ใช้ทุน ให้นับตั้งแต่ 1 มิถุนายน - 31 พฤษภาคม ปีถัดไป
 - แพทย์ประจำบ้าน ให้นับตั้งแต่ 1 กรกฎาคม - 30 มิถุนายน ปีถัดไป
4. วงเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่อครั้งดังนี้
 - ค่าเดินทาง

- i. กรณีที่แพทย์มีเงินเดือนจากคณะแพทย์ต่ำกว่า 20,000 บาท เช่น แพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัด จะเบิกค่าเดินทางจ่ายตามจริงไม่เกิน 1,086 บาท
 - ii. กรณีที่แพทย์มีเงินเดือนจากคณะแพทย์มากกว่า 20,000 บาท จะเบิกได้ตามจริงของค่าตัวเครื่องบินชั้นประหยัดที่ไม่สามารถเปลี่ยนตัวได้
- ค่าลงทะเบียนประชุม
 - ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกได้ 240 บาทต่อวัน กรณีที่มีเลี้ยงอาหารตอนเที่ยงจะหักค่าเบิกรื้อละ 80 บาท
 - การไป elective ที่มากกว่า 20 วัน สามารถเหมาจ่ายเบิกรื้อค่าที่พักและค่าเบี้ยเลี้ยง ไม่รวมค่าเดินทาง รื้อละ 12,000 บาท
 - การนำเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศทั้ง oral and poster สามารถเบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขดังนี้
 - i. สามารถเบิกรื้อค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียน ค่าทำ visa (สอบถามรายละเอียดได้ที่ธุรการภาค)
 - ii. 60% ของการเบิกจ่ายจะได้หลังจากทำเรื่องเบิก
 - iii. 40% ของการเบิกจ่ายจะได้ในกรณีที่แพทย์ได้ submit paper แล้วภายในระยะเวลาที่อบรม (30 มิถุนายน)
5. รายละเอียดอาจมีการเปลี่ยนแปลง สอบถามรายละเอียดและเกณฑ์การเบิกจ่ายได้ที่ธุรการสาขาวิชา



คู่มือสำหรับแพทย์ฝึกอบรม

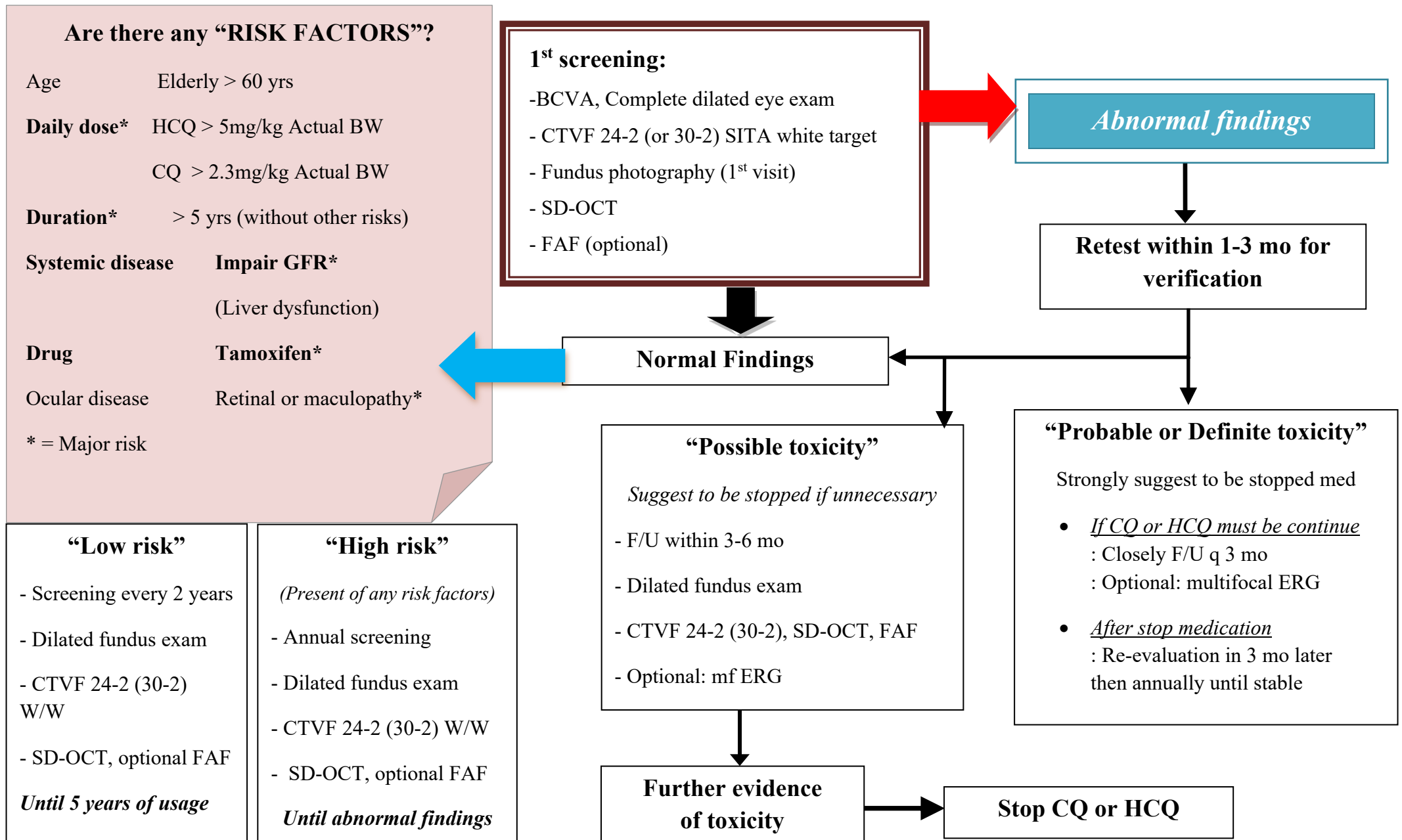
PSU-Ophthalmic Clinical practice guidelines

สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Recommendation on Screening for CQ and HCQ retinopathy in PSU

Version: 2016

When should screening be done? Within the first year after start CQ, HCQ

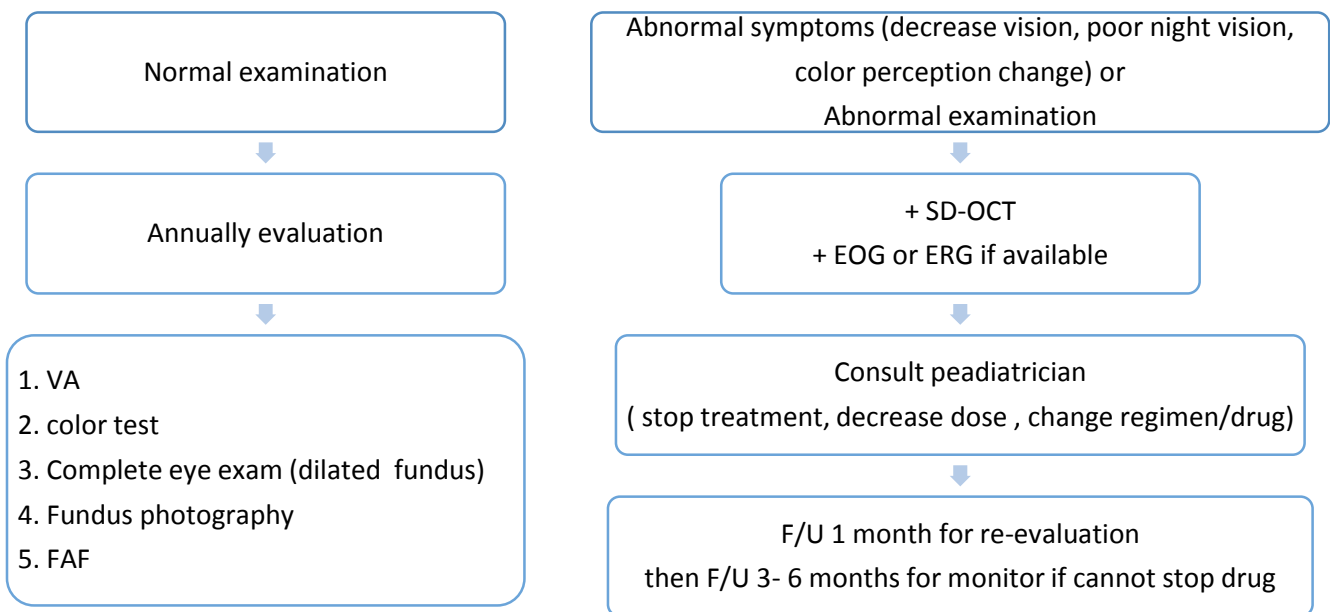


Iron chelators ophthalmology screening : Desferosamine, Deferasirox , Deferiprone

Should be evaluated before start treatment

1st Screening

- VA
- color test : Ishihala & AO HRR plate
 - If childred : Pseudoisochromatic plate made easy
- Complete eye exam (dilated fundus) for detect RPE change
- Fundus photography
- FAF : detected early RPE change



Thalassemia recommendation : start on deferosamine SC infusion after receiving 10-12 blood transfusions or serum ferritin > 1000 mcg/L

Desferosamine* (Desferol, DFO)	SC, IV	20-50 mg/kg/day infusion for 8-15 hrs, 5-7 days/week High dose : 50 - 100 mg/kg/day , Maximum dose : 6 gm/day
Deferasirox (Exjade)	oral	20-30 mg/kg/day (OD dose)
Deferiprone *(L1)	oral	75 -100mg/kg/day (TID dose)

*PSU

Ocular toxicity

1. Visual loss , blurred vision
2. Night blindness , poor night vision
3. Color vision defect , poor color vision : tritan axis
4. Cataract
5. Pigmentary retinopathy, maculopathy : Bull's eye maculopathy , pattern dystrophy , vitelliform maculopathy
6. Optic neuropathy (retrobulbar optic neuritis)

Symptoms : acute or chronic (week-months) , Acute visual loss → from high dose deferoxamine

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ROP ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาวะของผู้ป่วยเด็ก ROP ที่ส่งตัวมารับการรักษาต่อ

1. ต้องการ O₂ supplement
2. อยู่ใน incubator
3. คุณคนมองไม่ได้
4. น้ำหนักตัวแรกรับ $\leq 1,800$ g.
5. ยังไม่ discharge จากโรงพยาบาลต้นสังกัด



ถ้ามีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง

ติดต่อกุมารแพทย์

NICU (074-451260)

นัดมา Admit NICU

Notify จักษุแพทย์

ไม่มีภาวะดังกล่าว

ติดต่อจักษุแพทย์

- ในเวลาราชการ 074-451770-1 เวลา 09.00 – 15.30

หัวหน้าสาย OPD.

- วันหยุดและนอกเวลาราชการ

แพทย์เวร 074-451700-1

นัดมาตรวจ OPD (หรือ ER)

หมายเลขติดต่อจักษุแพทย์

- ในเวลาราชการ 074-451770-1 เวลา 09.00 – 15.30

ติดต่อหัวหน้าสาย OPD.

- วันหยุดและนอกเวลาราชการ ติดต่อแพทย์เวรจักษุ

074-451700-1

แนวทางการดูแลผู้ป่วย ROP ที่ OPD ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แรกรับ

1. ชั่งน้ำหนักเด็ก
2. ประเมินอายุ
3. หยอดยาขยายม่านตา cycloplegic ROP 1 หยด ทุก 15 นาที x 3 ครั้ง
หรือหยอดเพิ่มในกรณีที่มีม่านตาไม่ขยาย
4. monitor O₂ saturation และ pulse ถ้า PMA < 40 wk (GA + อายุเด็ก)
ก่อนและหลังหยอดยาครบ

ROP ที่ต้องการรักษา

ROP ที่ยังไม่ต้องการรักษา

ภาวะเด็กของเด็กก่อนกลับบ้าน

เด็กแข็งแรงดี

เด็กภาวะไม่น่าวางใจ

1. O₂ sat < 90% room air
2. Distress เช่น หายใจเร็ว, เหนื่อย

ดี

Admit หอผู้ป่วยตา/เด็ก 1

ปรึกษากุมารแพทย์

นัด F/U

จองเตียง เพื่อ post-op care

- NICU นน. < 2,500 g
- เด็ก 1 ventilator \geq 2,500 g
- PICU/เด็ก 1 > 2,500 g

post-op care

- Stable \rightarrow ย้ายกลับหอผู้ป่วยตา
- แผนการรักษา
- Discharge planning

การดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตา Elective case

(Revised 3 พค. 66)

โรคประจำตัว	ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับแพทย์ครั้งแรกจนถึงวันผ่าตัด			วัน admit หรือ 1 วันก่อนผ่าตัด
	ก่อนผ่าตัด ≥6 เดือน	ก่อนผ่าตัด 3-6 เดือน	ก่อนผ่าตัด ภายใน 1 เดือน	
1. เบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึก FBS/DTX (±HbA1c) ล่าสุด หาก FBS/DTX ≥150 mg% แนะนำ consult Med ○ เน้นย้ำการคุมเบาหวานก่อนผ่าตัด ○ นัดตรวจที่ 3-4 เดือนก่อนผ่าตัด แนะนำเจาะ FBS (ต้องงดอาหาร) และ/หรือ HbA1c (ไม่ต้องงดอาหารได้) ณ วันนัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึก FBS/DTX (±HbA1c) ล่าสุด หาก FBS/DTX ≥150 mg% แนะนำ consult Med ○ Routine pre-op lab + HbA1c ณ วันที่มาตรวจ ○ แนะนำเจาะ FBS ช่วง 1 เดือนก่อนผ่าตัด ○ เลือก IOL โดยระบุลงในช่องหมาย เหตุของตาราง set ผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึก FBS/DTX (±HbA1c) ล่าสุด หาก FBS/DTX ≥150 mg% แนะนำ consult Med ○ Routine pre-op lab (±HbA1c) ณ วันที่มาตรวจ ○ เลือก IOL โดยระบุลงในตาราง set ผ่าตัด (หากวันผ่าตัดมีระยะ <15 วัน ให้แจ้งห้องเลนส์โดยตรง) ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ดูผล FBS หาก ≥200 mg% พิจารณายกเลิกผ่าตัด ○ Complete informed consent
2. HT	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin และแนะนำหยุดยาตั้งกล่าวก่อนผ่าตัด ○ เลือก IOL โดยระบุลงในตาราง set ผ่าตัด (หากวันผ่าตัดมีระยะ <15 วัน ให้แจ้งห้องเลนส์โดยตรง) ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ดูผล BP หาก >200/100 mmHg อาจพิจารณายกเลิกผ่าตัดใน case LA ที่ไม่ฉุกเฉิน ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin ○ Complete informed consent

<p>3. โรคไตที่ต้อง on hemodialysis (HD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึกโรคประจำตัว 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แจ้งผู้ป่วยเพื่อช้วันฟอกไตให้เหมาะสมก่อนผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แจ้งผู้ป่วยเพื่อช้วันฟอกไตให้เหมาะสมก่อนผ่าตัด ○ Consult Nephro. Med เพื่อแจ้งความประสงค์ฟอกไต หากต้องมีการฟอกไตในช่วงที่ผู้ป่วย admit ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consult Nephro. Med เพื่อแจ้งความประสงค์ฟอกไต หากต้องมีการฟอกไตในช่วงที่ผู้ป่วย admit อยู่* ○ Complete informed consent
---	---	--	--	--

*ตาม CPG: ผู้ป่วยฟอกไต (แนวทางการรักษาอายุรแพทย์อนุสาขารโรคไตสำหรับการดูแลผู้ป่วยไตวายเพื่อเตรียมผ่าตัดตา elective case)

การดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตา (แบบ swab Covid ก่อน admit)

(Revised 1 กย. 64)

โรคประจำตัว	ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับแพทย์ครั้งแรกจนถึงวันผ่าตัด			วัน admit หรือ 1 วันก่อนผ่าตัด
	ก่อนผ่าตัด ≥6 เดือน	ก่อนผ่าตัด 3-6 เดือน	ก่อนผ่าตัด ภายใน 1 เดือน	
1. เบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึก FBS/DTX (±HbA1c) ล่าสุด หาก FBS/DTX ≥150 mg% แนะนำ consult Med ○ เน้นย้ำการคุมเบาหวานก่อนผ่าตัด ○ นัดตรวจที่ 3-4 เดือนก่อนผ่าตัด แนะนำเจาะ FBS (ต้องงดอาหาร) และ/หรือ HbA1c (ไม่ต้องงดอาหารได้) ณ วันนัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึก FBS/DTX (±HbA1c) ล่าสุด หาก FBS/DTX ≥150 mg% แนะนำ consult Med ○ Routine pre-op lab + HbA1c ณ วันที่มาตรวจ ○ สั่งเจาะ FBS ณ วัน admit หรือ 1 วันก่อนผ่าตัด ○ เลือก IOL โดยระบุลงในช่องหมายเหตุของตาราง set ผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ดูผล HbA1c (ถ้ามี) ○ Routine pre-op lab (±HbA1c) ณ วันที่มาตรวจ (ถ้ายังไม่มี lab) ○ สั่งเจาะ FBS ณ วัน admit หรือ 1 วันก่อนผ่าตัด ○ เลือก IOL โดยระบุลงในตาราง set ผ่าตัด (หากวันผ่าตัดมีระยะ <15 วัน ให้แจ้งห้องเลนส์โดยตรง) ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ดูผล FBS หาก ≥200 mg% พิจารณายกเลิกผ่าตัด ○ ส่ง swab Covid-19 ○ Complete informed consent
2. HT	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สังเกตค่า BP จากบันทึกล่าสุด ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin และแนะนำหยุดยาตั้งกล่าวก่อนผ่าตัด ○ เลือก IOL โดยระบุลงในตาราง set ผ่าตัด (หากวันผ่าตัดมีระยะ <15 วัน ให้แจ้งห้องเลนส์โดยตรง) ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ดูผล BP หาก >200/100 mmHg อาจพิจารณายกเลิกผ่าตัดใน case LA ที่ไม่ฉุกเฉิน ○ ตรวจสอบการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin / Plavix (clopidogrel) / Pletaal (cilostazol) / Warfarin ○ ส่ง swab Covid-19 ○ Complete informed consent

<p>3. โรคไตที่ต้อง on hemodialysis (HD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ บันทึกโรคประจำตัว 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แจ้งผู้ป่วยเพื่อช้วันฟอกไตให้เหมาะสมก่อนผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แจ้งผู้ป่วยเพื่อช้วันฟอกไตให้เหมาะสมก่อนผ่าตัด ○ Consult Nephro. Med เพื่อแจ้งความประสงค์ฟอกไต หากต้องมีการฟอกไตในช่วงที่ผู้ป่วย admit ○ Complete informed consent 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consult Nephro. Med เพื่อแจ้งความประสงค์ฟอกไต หากต้องมีการฟอกไตในช่วงที่ผู้ป่วย admit อยู่* ○ Complete informed consent
---	---	--	--	--

*ตาม CPG: ผู้ป่วยฟอกไต (แนวทางการปรึกษาอายุรแพทย์อนุสาขาโรคไตสำหรับการดูแลผู้ป่วยไตวายเพื่อเตรียมผ่าตัดตา elective case)

แนวทางการปรึกษาอายุรแพทย์อนุสาขาโรคไตสำหรับการดูแลผู้ป่วยไตวายเพื่อเตรียมผ่าตัดตา **elective case**
(CPG: ผู้ป่วยฟอกไต)

