

HA

ha

ha

ha

ha

ha

ha

ha

HA



ระบบเอกสารคุณภาพ

วัตถุประสงค์



1. เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในหลักการหรือแนวทางในการจัดทำเอกสารที่จำเป็นในองค์กร
2. สามารถจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เข้าใจและทราบประโยชน์ในการควบคุมเอกสารและวิธีการควบคุมเอกสาร



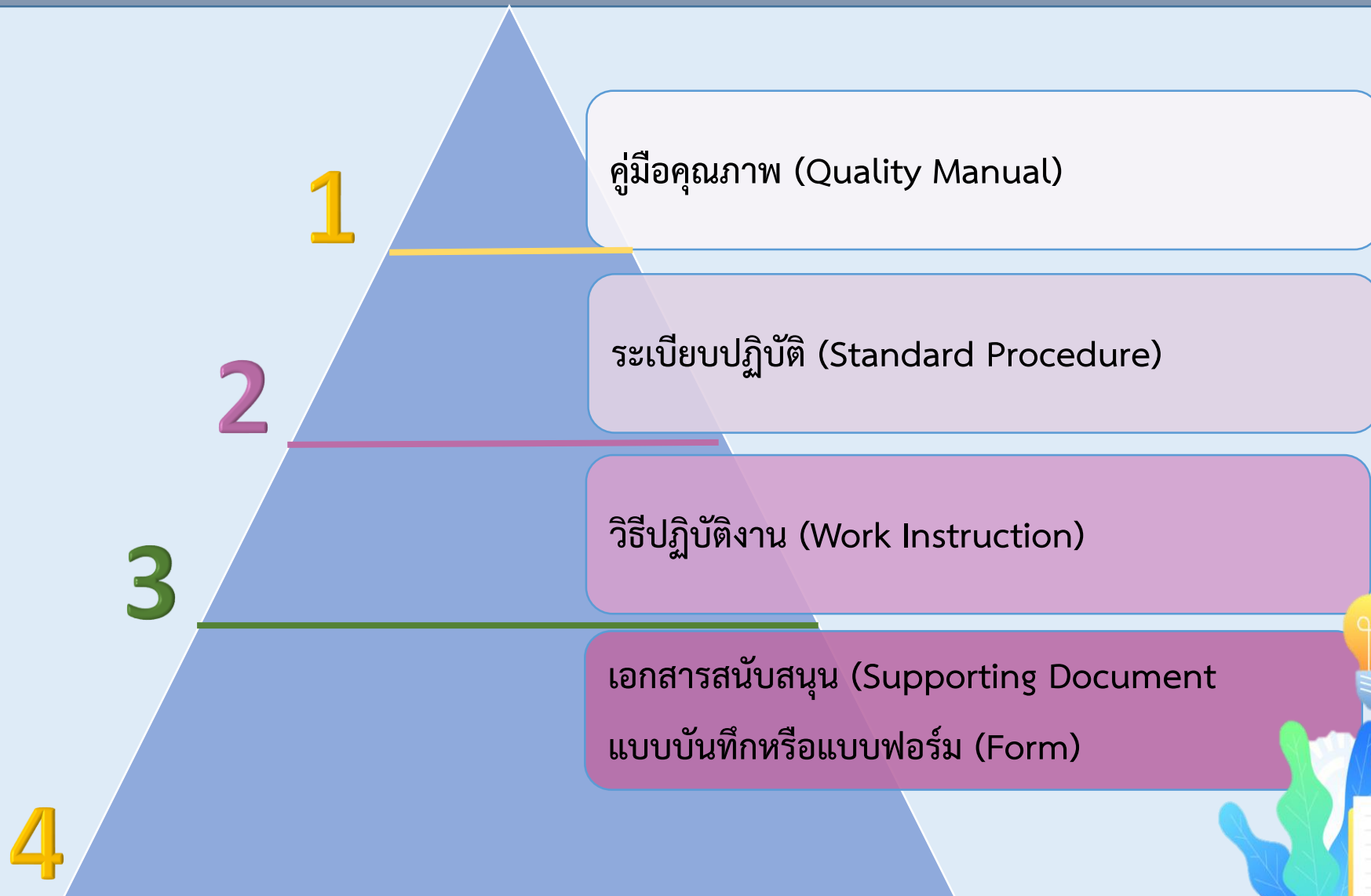
ขอบเขตเนื้อหา

ภาพรวมของระบบเอกสารคุณภาพภายในองค์กร โครงสร้างของระบบเอกสารคุณภาพ ประเภทของเอกสารต่าง ๆ วัตถุประสงค์และประโยชน์ของเอกสารแต่ละประเภท รวมถึงขั้นตอนในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เมื่อใดต้องปรับปรุงคู่มือ และปรับปรุงอย่างไร

โดยเอกสารคุณภาพประกอบด้วย ดังนี้

1. คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)
2. ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)
3. วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)
4. เอกสารสนับสนุน (Supporting Document)
5. แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (Form)

โครงสร้างของระบบเอกสารคุณภาพในองค์กร





คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

- ระบุรายละเอียดของสถาบันฯ และนโยบาย วิสัยทัศน์ ภารกิจ ของสถาบันฯ
- ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถาบันฯ
- อ้างอิงถึงระเบียบปฏิบัติที่สนับสนุนนโยบาย และกระบวนการของสถาบันฯ
- อธิบายปฏิสัมพันธ์ของแต่ละกระบวนการภายในสถาบันฯ



โครงสร้างของคู่มือคุณภาพ



ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์/ขอบเขตขององค์กร
- ข้อมูลแนะนำ องค์กร ประวัติองค์กร
- โครงสร้างองค์กร หน้าที่ความรับผิดชอบ
- นโยบายขององค์กร (นโยบาย วิสัยทัศน์ ภารกิจ)
- ผังกระบวนการภายในองค์กร
- รายละเอียดของแต่ละกระบวนการโดยสังเขป



ประโยชน์ของคู่มือคุณภาพ

- เป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทราบถึงนโยบาย วิสัยทัศน์ ภารกิจ ขององค์กร
- ใช้อธิบายจุดประสงค์และโครงสร้างองค์กร
- ใช้อธิบายรายละเอียดของกระบวนการ
- เป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและ ตรวจสอบติดตามระบบบริหารคุณภาพภายใน





ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)

ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)



- เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และสิ้นสุดของกระบวนการ
- ระบุถึงขั้นตอนและรายละเอียดของกระบวนการต่างๆ ขององค์กร และวิธีควบคุมกระบวนการนั้น
- มักจัดทำขึ้นสำหรับลักษณะงานที่ซับซ้อน มีหลายขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับคนหลายคน
- สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์ของการจัดทำ



- เพื่อให้การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรทำอะไรก่อนและหลัง
- ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร
- เพื่อให้การปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบาย วิสัยทัศน์ ภารกิจ และเป้าหมายขององค์กร
- เพื่อให้ผู้บริหารติดตามงานได้ทุกขั้นตอน
- เป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม
- ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงาน
- ใช้เป็นสื่อในการประสานงาน



โครงสร้างของระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)



ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์
- ขอบเขต
- คำนิยาม
- ความรับผิดชอบ
- รายละเอียดการปฏิบัติ (ขั้นตอน)
- เอกสารอ้างอิง
- แบบฟอร์มที่ใช้
- บันทึกที่ควบคุม




ประโยชน์ของการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure)

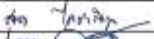




- ได้งานที่มีคุณภาพตามที่กำหนด
- ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความสับสน
- แต่ละหน่วยงานรู้งานซึ่งกันและกัน
- บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สามารถทำงานแทนกันได้
- สามารถเริ่มปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วเมื่อมีการโยกย้ายตำแหน่งงาน
- ลดขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อน
- ลดข้อผิดพลาดจากการทำงานที่ไม่เป็นระบบ
- ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงาน
- ช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน
- ช่วยลดเวลาในการสอนงาน
- ช่วยในการออกแบบระบบงานใหม่และปรับปรุงงาน


ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ระเบียบปฏิบัติที่ : NS- SP-01 Standard Procedure (SP)	ชื่อเรื่อง รับใหม่ผู้ป่วย (IPD)
	แก้ไขครั้งที่ ๐ วันที่ประกาศใช้ 6 มกราคม 2563	หน้าที : 1 / 11

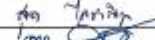

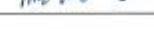
เอกสารควบคุม

ชื่อหน่วยงานที่จัดทำ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล			
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หอผู้ป่วย			
เอกสารฉบับ <input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม			
	ชื่อ-สกุล/คณะกรรมการ/หน่วยงาน	ลายมือชื่อ	วันเดือนปี
ผู้จัดทำ	นางสาวสุธา โลชาติกุล		6 ม.ค. 63
ผู้ทบทวน	นางเพลิน เสียงโขคออยู่		6 ม.ค. 63
ผู้อนุมัติ	นางเพชร คันธสายบัว		6 ม.ค. 63

กันฉบับ

 กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ระเบียบปฏิบัติที่ : NS- SP-01 Standard Procedure (SP)	ชื่อเรื่อง รับใหม่ผู้ป่วย (IPD)
	แก้ไขครั้งที่ ๐ วันที่ประกาศใช้ 6 มกราคม 2563	หน้าที : 1 / 11

เอกสารควบคุม

ชื่อหน่วยงานที่จัดทำ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล			
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หอผู้ป่วย			
เอกสารฉบับ <input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม			
	ชื่อ-สกุล/คณะกรรมการ/หน่วยงาน	ลายมือชื่อ	วันเดือนปี
ผู้จัดทำ	นางสาวสุธา โลชาติกุล		6 ม.ค. 63
ผู้ทบทวน	นางเพลิน เสียงโขคออยู่		6 ม.ค. 63
ผู้อนุมัติ	นางเพชร คันธสายบัว		6 ม.ค. 63



การกำหนดรหัสเอกสาร

1 การกำหนดรหัสเอกสารทุกประเภท กำหนดให้ใช้ระบบ XXX-YY-ZZ โดย

XXX แสดงเป็นรหัสย่อของกลุ่มงาน / ฝ่าย / หน่วยงาน / คณะกรรมการ

YY แสดงเป็นประเภทของเอกสาร

ZZ แสดงลำดับที่ของเอกสารโดยเริ่มจาก 01,02,03,.....99

ยกเว้นเอกสารอ้างอิงจากภายนอกและแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกจากหน่วยงานภายนอก

การกำหนดรหัสเอกสาร (ต่อ)

2.รหัส XXX = อักษรย่อประจำกลุ่มงาน / ฝ่าย หน่วยงาน / คณะกรรมการที่รับผิดชอบดูแลรหัสย่อของหน่วยงานในหัวข้อที่ 6.3 รหัสย่อของหน่วยงาน

3.รหัส YY = ประเภทของเอกสาร โดยกำหนดรหัสย่อตามประเภทเอกสารดังนี้

- | | | |
|---|---------------|----|
| - คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) | ใช้รหัสย่อว่า | QM |
| - ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure) | ใช้รหัสย่อว่า | SP |
| - วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) | ใช้รหัสย่อว่า | WI |
| - เอกสารสนับสนุนภายใน (Supporting Document) | ใช้รหัสย่อว่า | SD |
| - แบบฟอร์มหรือแบบบันทึก | ใช้รหัสย่อว่า | FR |

การกำหนดรหัสเอกสาร (ต่อ)



ตัวอย่าง ระเบียบปฏิบัติ QC-SP-01 เรื่อง ระบบควบคุมเอกสารคุณภาพ

QC หมายถึง กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

SP หมายถึง ระเบียบปฏิบัติ

01 หมายถึง เป็นลำดับของเอกสารสำหรับใช้ในงานของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ โดยเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเป็นฉบับแรก

เรื่อง หมายถึง ชื่อเรื่องระบบเอกสารคุณภาพ

การกำหนดรหัสเอกสาร (ต่อ)



5. การแสดงสถานะของเอกสาร

ใช้คำว่า “ แก้ไขครั้งที่ ” หมายถึง ลำดับครั้งที่มีการแก้ไขเอกสารบางส่วน บอกด้วยรหัสตัวเลขตั้งแต่ 0-10

(ใช้รหัส 0 สำหรับจัดทำครั้งแรกหรือการพิมพ์ใหม่ทั้งฉบับ)

ตัวอย่าง QC-SP-01 **แก้ไขครั้งที่ 1** หมายถึง สถานะของเอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารที่จัดพิมพ์ครั้งแรกคือ 01 และมีการแก้ไขเอกสารเป็นครั้งที่ 1

ตัวอย่าง



วิธีปฏิบัติที่ : RD-WI-01
 Work Instruction (WI)
 แก้ไขครั้งที่ 0
 วันที่ประกาศใช้ : 24 ธันวาคม 2562

ชื่อเรื่อง : การจัดเตรียมใบส่งต
 ให้แพทย์แปลผล
 หน้าที่ : 2 / 5


เอกสารควบคุม

บันทึกการแก้ไข					
ลำดับที่	แก้ไขครั้งที่	วันที่	รายละเอียดการแก้ไข/เหตุผล	ชื่อผู้แก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	0	24 ธันวาคม 2562	ประกาศใช้	นางปราณี ทองพรรณ	นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล

เอกสารควบคุม

บันทึกการแก้ไข					
ลำดับที่	แก้ไขครั้งที่	วันที่	รายละเอียดการแก้ไข/เหตุผล	ชื่อผู้แก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	0	24 ธันวาคม 2562	ประกาศใช้	นางปราณี ทองพรรณ	นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล

ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	ระเบียบปฏิบัติที่ : NS- SP-01 Standard Procedure (SP)	ชื่อเรื่อง รับใหม่ผู้ป่วย (IPO)
	แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ ๒ เมษายน 2563	หน้าที่ : 3 / 11

- ### 1. วัตถุประสงค์
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
 2. ปฏิบัติตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

- ### 1. วัตถุประสงค์
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
 2. ปฏิบัติตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

เอกสารควบคุม

2. ขอบเขตเนื้อหา


ใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยจิตเวชและระบบประสาทจิตเวชศาสตร์ โดยเริ่มตั้งแต่รับแจ้งข้อมูลรับใหม่จาก เวชระเบียน/ER หน่วยงานจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ ชุดรับใหม่ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมุดทะเบียน สมุดจ่ายคิวแพทย์ สมุดยอดผู้ป่วย สมุดการเงิน รับผู้ป่วยใหม่เข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย ดำเนินการชักประวัติ ประเมินอาการ จนกระทั่งสิ้นสุดขั้นตอนการจัดเรียงเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ MIS

- ### 3. คำนิยาม
- การรับใหม่** หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพทางจิตและร่างกาย จากจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ มีความเห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือประสาทจิตเวชศาสตร์ จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เรียกว่า "ผู้ป่วยใน" โดยมีระยะเวลาตั้งแต่กระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย
- ผู้ป่วยใน** หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางระบบประสาท หลังจากแพทย์ได้ทำการวินิจฉัยในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถานจิตเวช**
1. ผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรับไว้รักษาในสถานจิตเวช
 2. ผู้ป่วยเก่า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรับไว้รักษาในสถานจิตเวช
- สมุดทะเบียน** หมายถึง เวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย
- MSO-FR-03 (ร.พ.จ.8)
 - MSO-FR-04 (ร.พ.จ.5)
 - MSO-FR-05 (ร.พ.จ.6)
 - MSO FR 06 (ร.พ.จ.7)
 - MSO-FR-07 (ร.พ.จ.13)
 - MR-FR-03 (OPD Card)
 - NS-FR-05 (ร.พ.จ.26)

2. ขอบเขตเนื้อหา

ใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยจิตเวชและระบบประสาทจิตเวชศาสตร์ โดยเริ่มตั้งแต่รับแจ้งข้อมูลรับใหม่จาก เวชระเบียน/ER หน่วยงานจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ ชุดรับใหม่ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมุดทะเบียน สมุดจ่ายคิวแพทย์ สมุดยอดผู้ป่วย สมุดการเงิน รับผู้ป่วยใหม่เข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย ดำเนินการชักประวัติ ประเมินอาการ จนกระทั่งสิ้นสุดขั้นตอนการจัดเรียงเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ MIS

ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต Ministry of Health Thailand	ระเบียบปฏิบัติที่ : NS- SP-01 Standard Procedure (SP)	ชื่อเรื่อง :
	แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ 6 มิถุนายน 2563	หน้าที่ :

1. วัตถุประสงค์

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
2. ปฏิบัติตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2. ขอบเขตเนื้อหา

ใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยจิตเวชและระบบประสาทจิตเวชศาสตร์ โดยเริ่มตั้งแต่ เวชระเบียน/ER หน่วยงานจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ ชุดรับใหม่ และเอกสารต่างๆ ที่มี สมุดจ่ายคิวแพทย์ สมุดยอดผู้ป่วย สมุดการเงิน รับผู้ป่วยใหม่เข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย ส่วน อาหาร จนกระทั่งสิ้นสุดขั้นตอนการจัดระเบียบเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ และบันทึกข้อมูล

3. คำนิยาม

การรับใหม่ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพทางจิตและร่างกาย แพทย์ มีความเห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือประสาทจิตเวชศาสตร์ จำเป็นต้อง เรียกว่า "ผู้ป่วยใน" โดยมีระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งข้อมูลจากเวชระเบียน หรือแผนกจิต กระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางจิตที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และทางระบบประสาท หลังจากแพทย์ได้ทำการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้ว มีความเห็นรับ ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลนี้
2. ผู้ป่วยเก่า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้

ชุดเวชระเบียน หมายถึง เวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ ที่ประกอบด้วย เอกสารแบบ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ตามระเบียบขั้นตอนการบริหารงานเวชระเบียน (MR-SP-01) มีดังนี้

- MSO-FR-03 (ร.พ.จ.8)
- MSO-FR-04 (ร.พ.จ.5)
- MSO-FR-05 (ร.พ.จ.6)
- MSO-FR-06 (ร.พ.จ.7)
- MSO-FR-07 (ร.พ.จ.13)
- MR-FR-03 (OPD Card),
- NS-FR-05 (ร.พ.จ.26)

3. คำนิยาม

การรับใหม่ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพทางจิตและร่างกาย จากจิตแพทย์หรือประสาท แพทย์ มีความเห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือประสาทจิตเวชศาสตร์ จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เรียกว่า "ผู้ป่วยใน" โดยมีระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งข้อมูลจากเวชระเบียน หรือแผนกจิตเวชฉุกเฉิน จนกระทั่งเข้าสู่ กระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางจิตที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และผู้ป่วยที่มีอาการของโรค ทางระบบประสาท หลังจากแพทย์ได้ทำการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้ว มีความเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล


ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลนี้
2. ผู้ป่วยเก่า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้

ชุดเวชระเบียน หมายถึง เวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ ที่ประกอบด้วย เอกสารแบบฟอร์มที่จัดเตรียมไว้ใช้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ตามระเบียบขั้นตอนการบริหารงานเวชระเบียน (MR-SP-01) มีดังนี้

- MSO-FR-03 (ร.พ.จ.8)
- MSO-FR-04 (ร.พ.จ.5)
- MSO-FR-05 (ร.พ.จ.6)
- MSO-FR-06 (ร.พ.จ.7)
- MSO-FR-07 (ร.พ.จ.13)
- MR-FR-03 (OPD Card),
- NS-FR-05 (ร.พ.จ.26)

ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต www.moph.go.th	ระเบียบปฏิบัติที่ : NS- SP-01 Standard Procedure (SP)	ชื่อเรื่อง รับใหม่ผู้ป่วย (IPD)
	แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ 6 มกราคม 2563	หน้าที่ : 4 / 11

เอกสารควบคุม

- MR-FR-04 (ร.พ.จ.4)
 - MR-FR-05 (แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการรักษา)
 - MR-FR-12 (ร.พ.จ.12)
 - MR-FR-14 (ร.พ.จ.14)
 - NS-FR-06 (ร.พ.จ.9/1)
 - NS-FR-08 บันทึกประวัติทางการแพทย์
 - NS-FR-09 แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยง SVEF ภาวะแทรกซ้อนประเภทผู้ป่วย
- ชุดรับใหม่ หมายถึง เอกสารแบบฟอร์มที่มณฑลสาธารณสุขทางโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วย ได้แก่
- แบบฟอร์มรายงานผู้ป่วยรับใหม่
 - NS-FR-03 (ร.พ.จ. 15/1 สำรับจิตเวช)
 - NS-FR-04 (ร.พ.จ. 15/2 สำรับระบบประสาท)
 - NS-FR-07 (ร.พ.จ. 9/2)
 - NS-FR-10 (KARDEX)
 - NS-FR-11 (ยารับประทาน)
 - NS-FR-12 (ยาฉีด)
 - NS-FR-13 (ยาอื่นๆ)
 - NS-FR-14 (การให้สารน้ำ)
 - แบบฟอร์มการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ (ECT-FR-06)

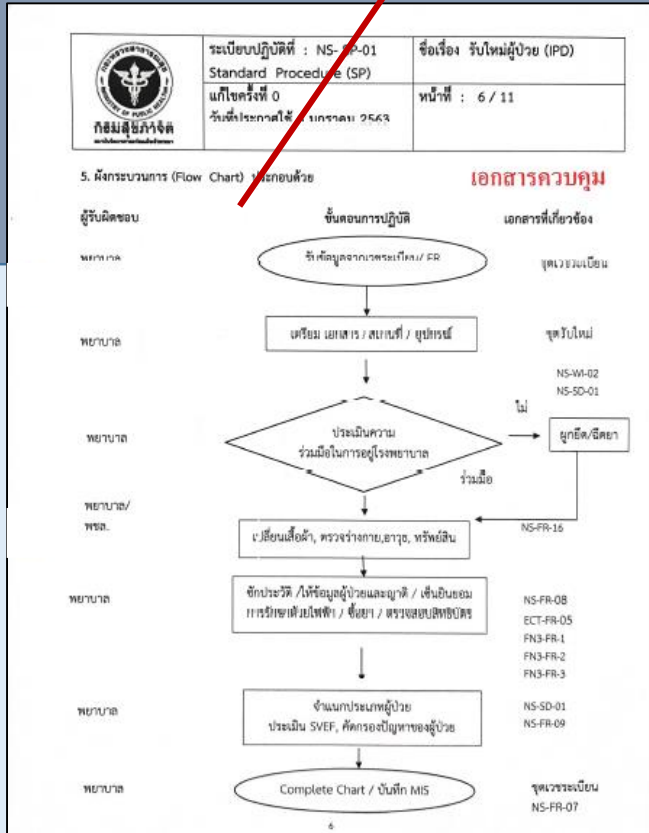
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องหรือเอกสารอ้างอิง

- 1 ชุดเวชระเบียน
- 2 ชุดรับใหม่
- 3 NS-WI-02 การจับและผูกยึดผู้ป่วย
- 4 NS-FR-15 แบบบันทึกการผูกมัด
- 5 NS-SD-01 แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องหรือเอกสารอ้างอิง

- 1 ชุดเวชระเบียน
- 2 ชุดรับใหม่
- 3 NS-WI-02 การจับและผูกยึดผู้ป่วย
- 4 NS-FR-15 แบบบันทึกการผูกมัด
- 5 NS-SD-01 แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย

ตัวอย่าง



5. ผังกระบวนการ (Flow Chart) ประกอบด้วย

เอกสารควบคุม

ผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

พยาบาล

รับข้อมูลจากเวชระเบียน/ ER

จุดเวชระเบียน

พยาบาล

เตรียม เอกสาร / สถานที่ / อุปกรณ์

จุดรับใหม่

NS-WI-02
NS-SD-01

พยาบาล

ประเมินความพร้อมในการอยู่โรงพยาบาล

ไม่

ยุกยัด/จิตยา

ร่วมมือ

พยาบาล/
พรต.

เปลี่ยนเสื้อผ้า, ตรวจร่างกาย, อาวุธ, ทรัพย์สิน

NS-FR-16

พยาบาล

ซักประวัติ / ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ / เสนอยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้า / ซ้อมยา / ตรวจสอบสิทธิบัตร

NS-FR-08
ECT-FR-05
FN3-FR-1
FN3-FR-2
FN3-FR-3

พยาบาล

จําแนกประเภทผู้ป่วย ประเมิน SVEF, คัดกรองปัญหาของผู้ป่วย


NS-SD-01
NS-FR-09

พยาบาล

Complete Chart / บันทึก MIS

จุดเวชระเบียน
NS-FR-07

ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต www.mh.go.th	ระเบียบปฏิบัติที่ NS-SP-01 Standard Procedure (SP) แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ 6 มกราคม 2563	ชื่อเรื่อง รับใหม่ผู้ป่วย (IPD) หน้าที่ : 7 / 11
	เอกสารควบคุม	

6. รายละเอียดการปฏิบัติ

1. พยาบาลหอผู้ป่วย รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรับใหม่จากเวรระเบียน หรือแผนกผู้ป่วยนอก (OPD/ER) ได้แก่ ชื่อ -นามสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ข้อควรระวัง สิทธิการรักษา คิว/โซน แพทย์ (ตนเอง/จ่ายคิว) มีญาติ/ไม่มีญาติ
2. เตรียมเอกสารชุดรับใหม่ แจ้งบุคลากรอื่นในทีม เตรียมห้อง และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ เช่น เสื้อผ้าชุดผู้ป่วย ผ้าผุกยัด ปอทหวัดใช้ เครื่องวัดความดันโลหิต ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของกลุ่มการพยาบาล
3. ประเมินความร่วมมือในการอยู่โรงพยาบาล โดยแจ้งข้อมูลการอยู่รักษา ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก วัดรอบเอว เมื่อผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือดี พยาบาลเซ็นชื่อรับผู้ป่วยในสมุดบันทึกการรับผู้ป่วย ที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ของแผนกผู้ป่วยนอกนำมาพร้อมกับการส่งผู้ป่วย
5. กรณีผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการอยู่โรงพยาบาล แจ้งญาติผู้ป่วยให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง และอาจต้องพิจารณาจำกัดพฤติกรรม และพยาบาลเตรียมยาฉีดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในร.พ.จ.8 (MSO-FR-03) เพื่อฉีดยา prn พนักงานช่วยเหลือคนไข้เตรียมเชือกผูกยัด เพื่อใช้ผูกยัดผู้ป่วย
6. ให้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจร่างกาย ตรวจการพกพาอาวุธ ทรัพย์สิน และสารเสพติด

กรณีที่มีทรัพย์สิน ให้ญาติเซ็นรับทรัพย์สินกลับ ระบุรายละเอียดสิ่งของที่ญาติรับคืนใน ร.พ.จ.4

กรณีไม่มีญาติ ให้ลงรายการทรัพย์สินที่ไม่มีค่า เช่น เสื้อผ้า รองเท้า ใน NS-FR-16 (ใบบันทึกรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วย) และเก็บใบบันทึกรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วยไว้ในเวรระเบียน สำหรับทรัพย์สินที่มีค่า เช่น แหวน สร้อยคอสร้อยเงิน หรือ ทอง ให้บันทึกใน NS-FR-16 (ใบรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วย) เช่นเดียวกัน แล้วนำส่งต่อแผนกการเงินเป็นผู้จัดเก็บ มีการส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนรับทราบ เพื่อติดตามญาติมาเซ็นรับทรัพย์สินกลับคืนไป

7. ชักประวัติและสอบถามอาการของผู้ป่วย และการดูแลของญาติตามแบบบันทึกประวัติทางการแพทย์พยาบาล (NS-FR-08) ถ้าญาตินำยาทางกายมาด้วย ให้ประสานงานกับแพทย์ และเภสัชกร เพื่อประเมินการใช้ยาทางกายร่วมด้วย

8. เมื่อซักประวัติเสร็จ พยาบาลประเมินผู้ป่วยรับใหม่อย่างละเอียดอีกครั้ง ถ้าตรวจพบว่าไม่พบและรอยพักเข้า มีรูป หรือมีอาการแสดงของโรคทางกาย สัญญาณชีพผิดปกติ ให้ส่งบันทึกใน NS-FR-06 (ร.พ.จ.9/1) และรายงานแพทย์ทันที แจ้งญาติและให้ญาติเซ็นรับทราบข้อมูลเรื่องบาดแผล ฟันซี่ ที่ตรวจพบใน NS-FR-06

6. รายละเอียดการปฏิบัติ

1. พยาบาลหอผู้ป่วย รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรับใหม่จากเวรระเบียน หรือแผนกผู้ป่วยนอก (OPD/ER) ได้แก่ ชื่อ -นามสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ข้อควรระวัง สิทธิการรักษา คิว/โซน แพทย์ (ตนเอง/จ่ายคิว) มีญาติ/ไม่มีญาติ

2. เตรียมเอกสารชุดรับใหม่ แจ้งบุคลากรอื่นในทีม เตรียมห้อง และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ เช่น เสื้อผ้าชุดผู้ป่วย ผ้าผุกยัด ปอทหวัดใช้ เครื่องวัดความดันโลหิต ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของกลุ่มการพยาบาล

3. ประเมินความร่วมมือในการอยู่โรงพยาบาล โดยแจ้งข้อมูลการอยู่รักษา ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก วัดรอบเอว เมื่อผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือดี พยาบาลเซ็นชื่อรับผู้ป่วยในสมุดบันทึกการรับผู้ป่วย ที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ของแผนกผู้ป่วยนอกนำมาพร้อมกับการส่งผู้ป่วย

5. กรณีผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการอยู่โรงพยาบาล แจ้งญาติผู้ป่วยให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง และอาจต้องพิจารณาจำกัดพฤติกรรม และพยาบาลเตรียมยาฉีดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในร.พ.จ.8 (MSO-FR-03) เพื่อฉีดยา prn พนักงานช่วยเหลือคนไข้เตรียมเชือกผูกยัด เพื่อใช้ผูกยัดผู้ป่วย


6. ให้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจร่างกาย ตรวจการพกพาอาวุธ ทรัพย์สิน และสารเสพติด

กรณีที่มีทรัพย์สิน ให้ญาติเซ็นรับทรัพย์สินกลับ ระบุรายละเอียดสิ่งของที่ญาติรับคืนใน ร.พ.จ.4

กรณีไม่มีญาติ ให้ลงรายการทรัพย์สินที่ไม่มีค่า เช่น เสื้อผ้า รองเท้า ใน NS-FR-16 (ใบบันทึกรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วย) และเก็บใบบันทึกรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วยไว้ในเวรระเบียน สำหรับทรัพย์สินที่มีค่า เช่น แหวน สร้อยคอสร้อยเงิน หรือ ทอง ให้บันทึกใน NS-FR-16 (ใบรายการสิ่งของที่ติดตัวผู้ป่วย) เช่นเดียวกัน แล้วนำส่งต่อแผนกการเงินเป็นผู้จัดเก็บ มีการส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนรับทราบ เพื่อติดตามญาติมาเซ็นรับทรัพย์สินกลับคืนไป

7. ชักประวัติและสอบถามอาการของผู้ป่วย และการดูแลของญาติตามแบบบันทึกประวัติทางการแพทย์พยาบาล (NS-FR-08) ถ้าญาตินำยาทางกายมาด้วย ให้ประสานงานกับแพทย์ และเภสัชกร เพื่อประเมินการใช้ยาทางกายร่วมด้วย

ตัวอย่าง


 ระเบียบปฏิบัติที่ : NS-SP-01
 Standard Procedure (SP)
 แก้ไขครั้งที่ 0
 วันที่ประกาศใช้ 6 มกราคม 2563

15. บันทึกเชื่อมโยงในแบบฟอร์มของการวางแผนจำหน่าย Care Map Schi
 FR-02 , CLT-FR-03, C-T-FR-04) โดยเลือกบันทึกในแบบฟอร์มตามปัญหาที่พบ
 16. กรณีผู้ป่วยมีปัญหาทางคลินิก ที่ต้องได้รับการดูแลตามปัญหา ต้องบัน
 หนักรายงานผู้ป่วย โฉมที่ ชื่อยา HAD (สติ๊กเกอร์สีส้ม) , ชื่อยาที่แพ้ (สติ๊กเกอร์สี
 หนา OPD card ในเรื่องการแพ้ยา และผู้ป่วยที่มีภาวะ MS , PIP , Care map (สติ
 card รวมทั้งบันทึกการพยาบาล Case manager (สติ๊กเกอร์สีเขียวอ่อน) ในรายที่
 หลังจำหน่าย (HHC) ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานจัดเวชระเบียน ที่หน้ารายงานผู้

7. บันทึกที่ควบคุม

ลำดับ	ชื่อบันทึก/ฟอร์ม	สถานที่จัดเก็บ	วิธีการจัดเก็บ
1	NS-FR-01 แบบบันทึกประวัติ ทางการพยาบาลผู้ป่วยใหม่	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
2	NS-FR-02 ร.พ.จ.15	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
3	NS-FR-03 ร.พ.จ.15/1	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
4	NS-FR-04 ร.พ.จ.15/2	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
5	NS-FR-05 ร.พ.จ.26	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
6	NS-FR-06 ร.พ.จ.9/1	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
7	NS-FR-07 ร.พ.จ.9/2	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
8	NS-FR-08 บันทึกประวัติทางการ พยาบาล	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
9	NS-FR-09 แบบประเมินผู้ป่วย เพื่อค้นหาความเสี่ยง SVEF ภาวะแทรกซ้อนทางกาย และ จำแนกประเภทผู้ป่วย	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
10	NS-FR-10 KARDEX	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร
11	NS-FR-11 ยารับประทาน	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร

7. บันทึกที่ควบคุม

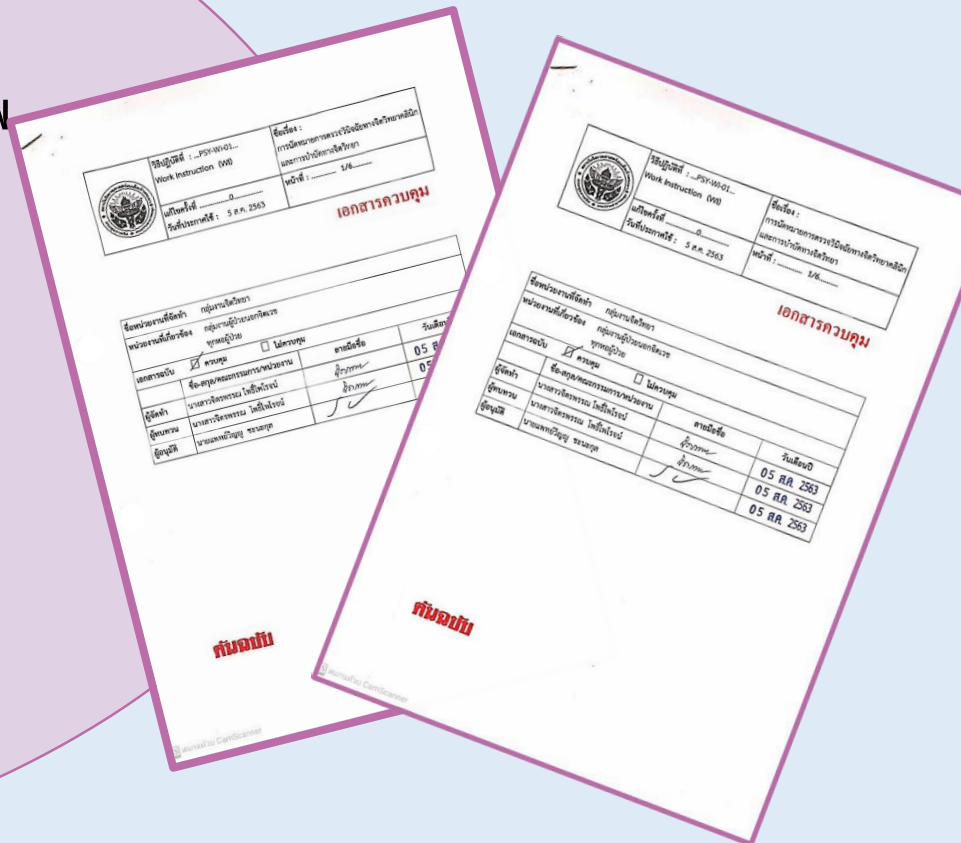
ลำดับ	ชื่อบันทึก/ฟอร์ม	สถานที่จัดเก็บ	วิธีการจัดเก็บ	ระยะเวลา จัดเก็บ	วิธีทำลาย
1	NS-FR-01 แบบบันทึกประวัติ ทางการพยาบาลผู้ป่วยใหม่	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
2	NS-FR-02 ร.พ.จ.15	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
3	NS-FR-03 ร.พ.จ.15/1	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
4	NS-FR-04 ร.พ.จ.15/2	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
5	NS-FR-05 ร.พ.จ.26	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
6	NS-FR-06 ร.พ.จ.9/1	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
7	NS-FR-07 ร.พ.จ.9/2	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
8	NS-FR-08 บันทึกประวัติทางการ พยาบาล	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
9	NS-FR-09 แบบประเมินผู้ป่วย เพื่อค้นหาความเสี่ยง SVEF ภาวะแทรกซ้อนทางกาย และ จำแนกประเภทผู้ป่วย	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
10	NS-FR-10 KARDEX	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย
11	NS-FR-11 ยารับประทาน	เวชระเบียน	ตู้เอกสาร	10 ปี	เผาทำลาย



วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

- เอกสารสำคัญที่ประกาศใช้อย่างเป็นทางการของหน่วยงาน เพื่อแสดงวิธีการทำงานแต่ละขั้นตอนของบุคคลหรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งในแต่ละกิจกรรมว่าทำอย่างไร
- มีรายละเอียดวิธีการทำงานเฉพาะ หรือแต่ละขั้นตอนย่อยของกระบวนการ
- เป็นข้อมูลเฉพาะ คำแนะนำในการทำงาน
- รวมทั้งวิธีที่หน่วยงานใช้ในการปฏิบัติงานโดยละเอียด





โครงสร้างของวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์ที่ต้องมีวิธีการปฏิบัติงานนี้
- ผู้รับผิดชอบ หรือผู้ที่ต้องปฏิบัติงานนั้นๆ
- อุปกรณ์ที่ใช้ การแสดงรายละเอียดของสิ่งของหรืออุปกรณ์ที่ใช้งานนั้นๆ
- Flow Chart วิธีปฏิบัติ โดยระบุว่าเริ่มต้นที่จุดไหนและสิ้นสุดที่จุดไหน
- รายละเอียดของวิธีปฏิบัติงาน
- เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ของการจัดทำวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)




- ผู้ปฏิบัติงานทราบรายละเอียดและทำงานได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงตำแหน่งงานที่ต้องรับผิดชอบ
- ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงเทคนิควิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ




WI

WI

ตัวอย่าง

 กรมสุขภาพจิต สถาบันโรงพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่	วิธีปฏิบัติที่ : RAD-WI-01 Work Instruction (WI)	ชื่อเรื่อง : การจัดเตรียมใบส่งตรวจเอกซเรย์ ให้แพทย์แปลผล
	แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ : 22 เมษายน 2562	หน้าที่ : 1 / 5

เอกสารควบคุม

 กรมสุขภาพจิต สถาบันโรงพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่	วิธีปฏิบัติที่ : RAD-WI-01 Work Instruction (WI)	ชื่อเรื่อง : การจัดเตรียม ให้แพทย์แปลผล
	แก้ไขครั้งที่ 0 วันที่ประกาศใช้ : 22 เมษายน 2562	หน้าที่ : 1 / 5

เอกสารควบคุม

ชื่อหน่วยงานผู้จัดทำ : กลุ่มงานรังสีวิทยา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง :-

เอกสารฉบับ ควบคุม ไม่ควบคุม


	ชื่อ-สกุล/คณะกรรมการ/หน่วยงาน	ลายมือชื่อ	วันเดือนปี
ผู้จัดทำ	กลุ่มงานรังสีวิทยา	ปรานี	3 ม.ค. 2563
ผู้ทบทวน	นางสาวสุจิตรา คงเทพ	สุจิตรา	3 ม.ค. 2563
ผู้อนุมัติ	นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล	วิญญู	3 ม.ค. 2563

ค้นฉบับ

ตัวอย่าง

เอกสารควบคุม

1. วัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้รับผิดชอบ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค /เจ้าพนักงานธุรการ
3. เครื่องมืออุปกรณ์
 - 3.1 ใบบ่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01
 - 3.2 ตรายางวันที่

 กรมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ชื่อปฏิบัติงาน : RD-WI-01	ชื่อผู้ ให้
	Work Instruction (WI)	หน้า
	แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า
	วันที่ประกาศใช้ : 24 ธันวาคม 2562	

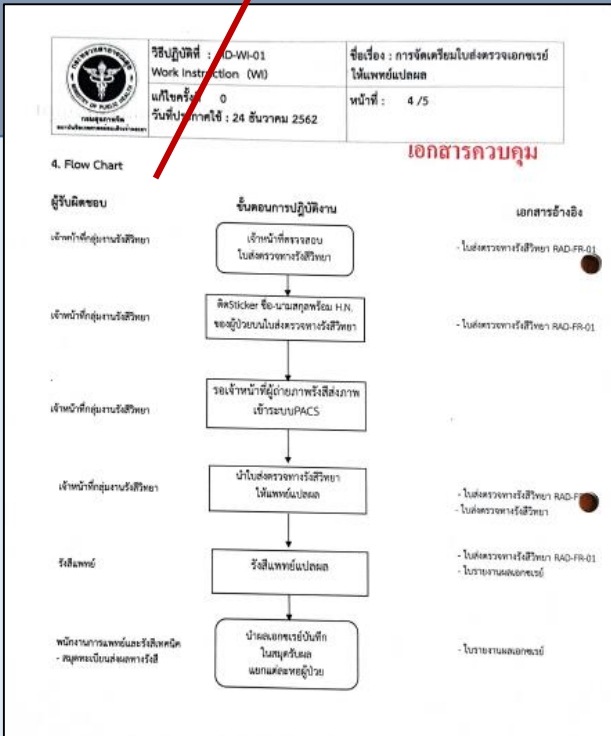
1. วัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง **เอกสารควบคุม**

2. ผู้รับผิดชอบ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค /เจ้าพนักงานธุรการ

3. เครื่องมืออุปกรณ์

- 3.1 ใบบ่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01
- 3.2 ตรายางวันที่

ตัวอย่าง



4. Flow Chart

ผู้รับผิดชอบ

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา

รังสีแพทย์

พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค
- สมุดทะเบียนส่งผลทางรังสี

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



เอกสารอ้างอิง

- ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01

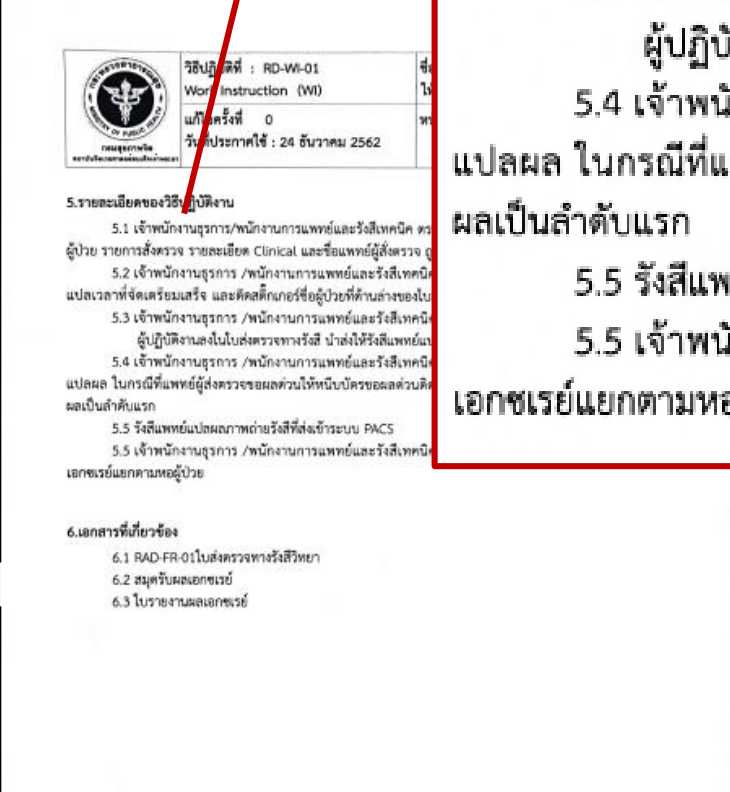
- ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01

- ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01
- ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา

- ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา RAD-FR-01
- ใบรายงานผลเอกซเรย์

- ใบรายงานผลเอกซเรย์

ตัวอย่าง



5.รายละเอียดของวิธีปฏิบัติงาน

- 5.1 เจ้าพนักงานธุรการ/พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค ตรวจสอบข้อมูลในใบส่งตรวจรังสีวิทยา ชื่อ-สกุล HN. ผู้ป่วย รายการสั่งตรวจ รายละเอียด Clinical และชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่
- 5.2 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค ลงชื่อผู้ถ่ายภาพรังสี ผู้จัดใบส่งตรวจให้แพทย์ แปลเวลาที่จัดเตรียมเสร็จ และติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยที่ด้านล่างของใบส่งตรวจ
- 5.3 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค รอเจ้าหน้าที่ผู้ถ่ายภาพรังสีส่งภาพเข้าระบบ PACS ผู้ปฏิบัติงานลงในใบส่งตรวจทางรังสี นำส่งให้รังสีแพทย์แปลผล
- 5.4 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค นำใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาจัดเรียงให้รังสีแพทย์ แปลผล ในกรณีที่แพทย์ผู้ส่งตรวจขอผลด่วนให้หนีบบัตรขอผลด่วนติดที่ด้านหน้าใบส่งตรวจ และจัดเรียงให้รังสีแพทย์แปลผลเป็นลำดับแรก
- 5.5 รังสีแพทย์แปลผลภาพถ่ายรังสีที่ส่งเข้าระบบ PACS
- 5.5 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค นำผลเอกซเรย์ของผู้ป่วยบันทึกในสมุดรับผลเอกซเรย์แยกตามหอผู้ป่วย

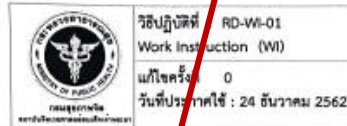
ตัวอย่าง

6.เอกสารที่เกี่ยวข้อง

6.1 RAD-FR-01ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา

6.2 สมุดรับผลเอกซเรย์

6.3 ใบรายงานผลเอกซเรย์



5.รายละเอียดของวิธีปฏิบัติงาน

- 5.1 เจ้าพนักงานธุรการ/พนักงานการแพทย์และรังสีเิงผู้ป่วย รายการส่งตรวจ รายละเอียด Clinical และชื่อแพทย์ผู้ส่ง
- 5.2 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค ลงชื่อผู้ถ่ายภาพรังสี ผู้จัดใบส่งตรวจให้แพทย์ แปลเวลาที่จัดเตรียมเสร็จ และติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยที่ด้านหลังของใบส่งตรวจ
- 5.3 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค รอเจ้าหน้าที่ผู้ถ่ายภาพรังสีส่งภาพเข้าระบบ PACS ผู้ปฏิบัติงานส่งใบใบส่งตรวจทางรังสี นำส่งให้รังสีแพทย์แปลงผล
- 5.4 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค นำใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาจัดเรียงให้รังสีแพทย์ แปลผล ในกรณีที่แพทย์ผู้ส่งตรวจขอผลด่วนให้หมั้นบัตรขอผลด่วนคิดที่ด้านหลังใบส่งตรวจ และจัดเรียงให้รังสีแพทย์แปลผลเป็นลำดับแรก
- 5.5 รังสีแพทย์แปลงภาพถ่ายรังสีที่ส่งเข้าระบบ PACS
- 5.5 เจ้าพนักงานธุรการ /พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค นำผลเอกซเรย์ของผู้ป่วยบันทึกในสมุดรับผลเอกซเรย์แยกตามห้องผู้ป่วย

6.เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 RAD-FR-01ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 6.2 สมุดรับผลเอกซเรย์
- 6.3 ใบรายงานผลเอกซเรย์



เอกสารสนับสนุน (Supporting Document)



เอกสารสนับสนุน (Supporting Document)

SD

SD

SD

SD



1.เอกสารสนับสนุนภายใน

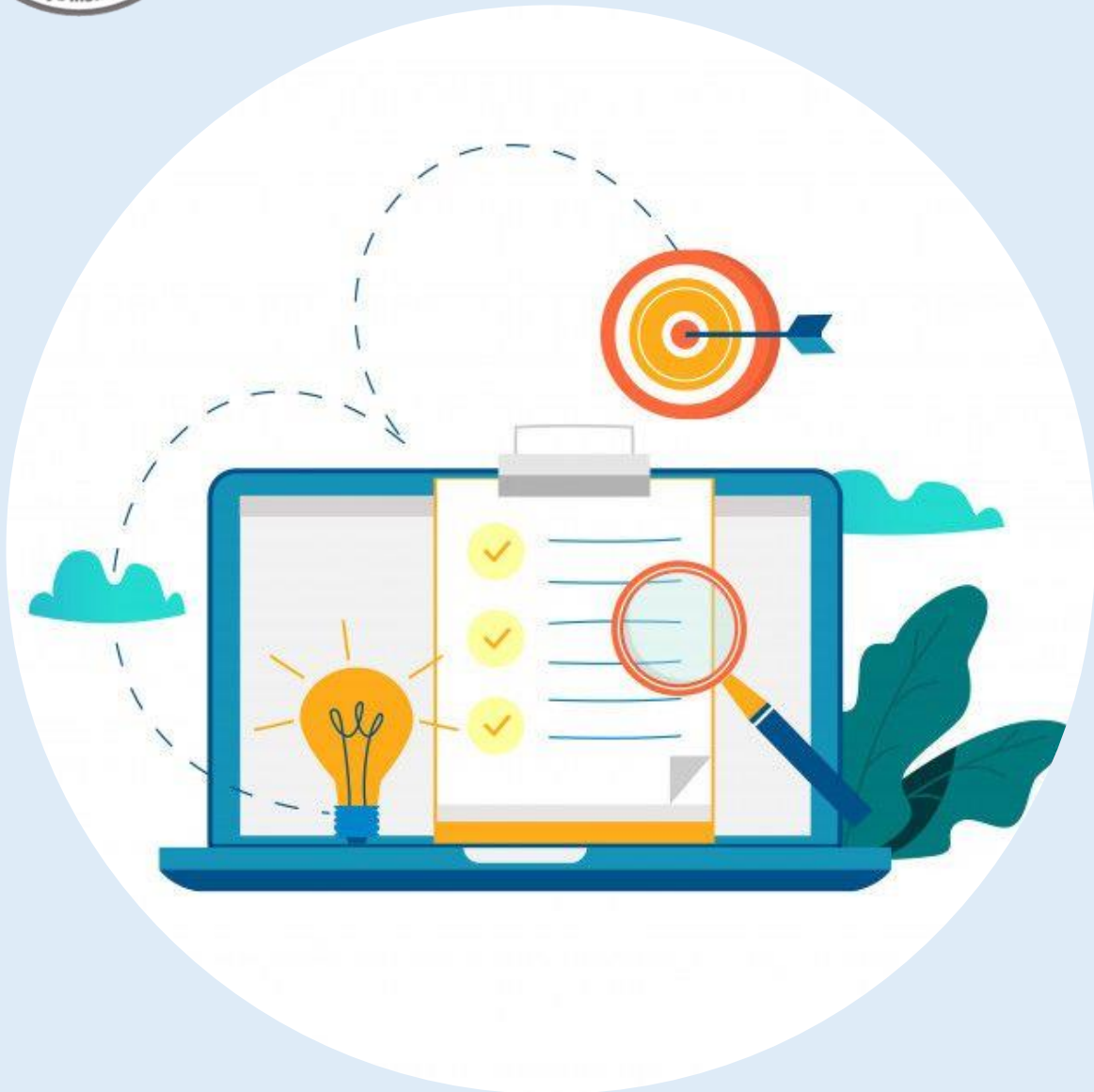
: เอกสารที่หน่วยงานจัดทำขึ้นเอง เช่น มาตรฐานการทำงาน (Standard) หรือคู่มือต่างๆ การกำหนดคุณสมบัติเฉพาะ (Specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) สัญญาหรือข้อตกลง (Contract) คำสั่งแต่งตั้ง ระเบียบ/คู่มือในการทำงาน เป็นต้น

2.เอกสารสนับสนุนภายนอก

: เอกสารที่หน่วยงานรับมาจากภายนอกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับระบบบริหารคุณภาพในหน่วยงาน เช่น พระราชบัญญัติต่างๆ กฎหมาย ข้อบังคับ หนังสือแจ้งมาตรฐานรวมถึงคู่มือการใช้งาน เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น



ประโยชน์ของการจัดทำเอกสารสนับสนุน (Supporting Document)



- เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงาน
- ช่วยให้การดำเนินงานนั้นๆ มีความสมบูรณ์ครบถ้วน
- ช่วยให้มีไม่ทำงานผิดขั้นตอน
- ช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ทำงานได้อย่างปลอดภัย



แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (Form)

แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (Form)



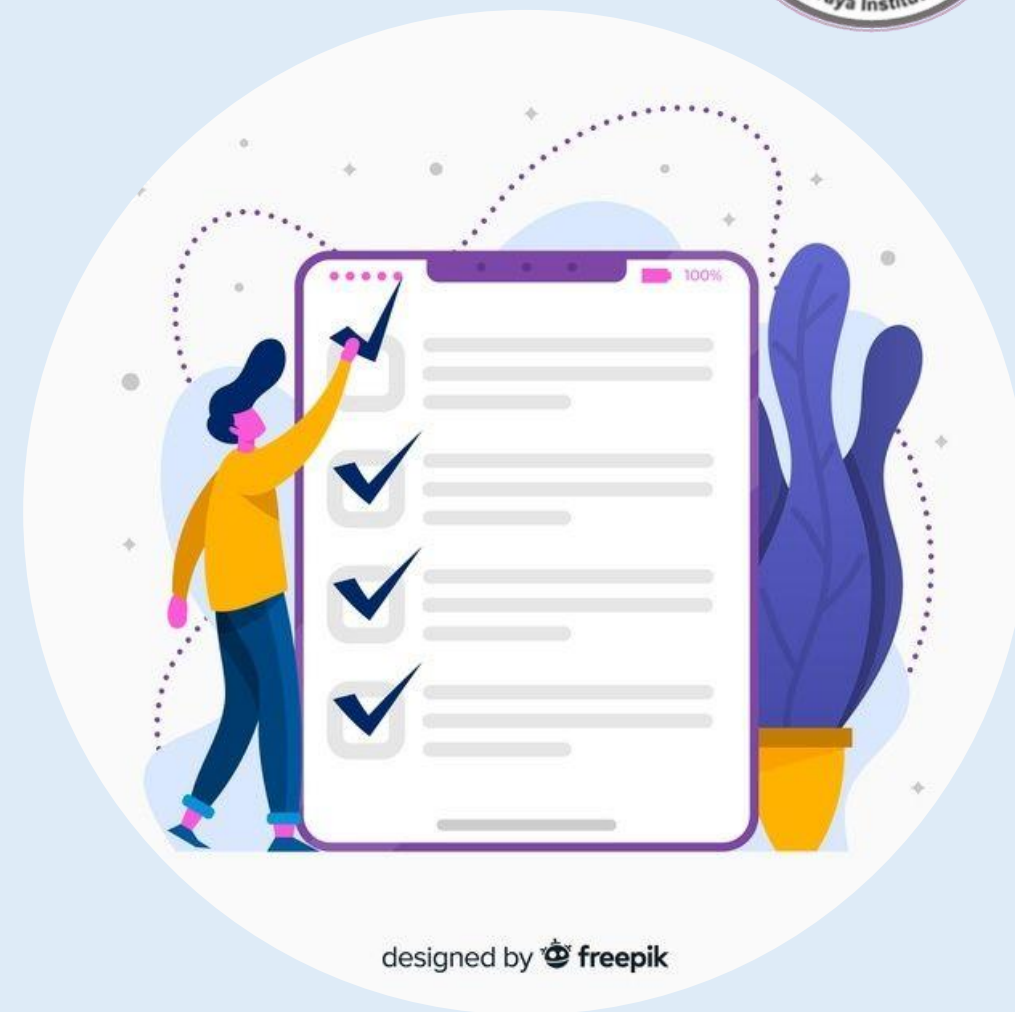
- แบบฟอร์มหรือแบบบันทึกต่างๆหรือสมุดบันทึก หรือไฟล์ดิจิทัล ที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นเองหรือมาจากภายนอก



ประโยชน์ของการจัดทำแบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (Form)



- เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงาน
- ช่วยให้ไม่ทำงานผิดขั้นตอน
- ช่วยให้การทำงานนั้นๆ มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน
- ช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ทำงานได้อย่างปลอดภัย





กรณีเป็นแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกที่จัดทำขึ้นเองในหน่วยงาน

- ให้ใช้รูปแบบตามฟอร์มที่กำหนดขึ้นของสถาบันฯ และกำหนดรหัสแบบฟอร์มทุกประเภท
- สำหรับฟอร์มที่เป็นลักษณะของสมุดบันทึก ให้มีการบ่งชี้รหัสของบันทึกพร้อมวันที่ประกาศใช้ อาจเป็นสติ๊กเกอร์หรือพิมพ์ชื่อสมุด รหัสและวันที่ประกาศใช้ ปิดที่หน้าสมุด ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน โดยสแกนเฉพาะหน้าปก
- เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ นำแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกต้นฉบับ ที่ลงรหัสเอกสารและวันประกาศใช้เรียบร้อยแล้ว ลงทะเบียนในแบบฟอร์มรายชื่อเอกสาร (QC-FR-03) และนำต้นฉบับประทับตรา “เอกสารควบคุม” สำเนาต้นฉบับที่ประทับตราแล้ว ให้หน่วยงานเจ้าภาพนำไปดำเนินการแจกจ่ายต่อไป และนำไปสำเนา พร้อมเก็บต้นฉบับไว้ที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

กรณีเป็นแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกจากหน่วยงานภายนอก



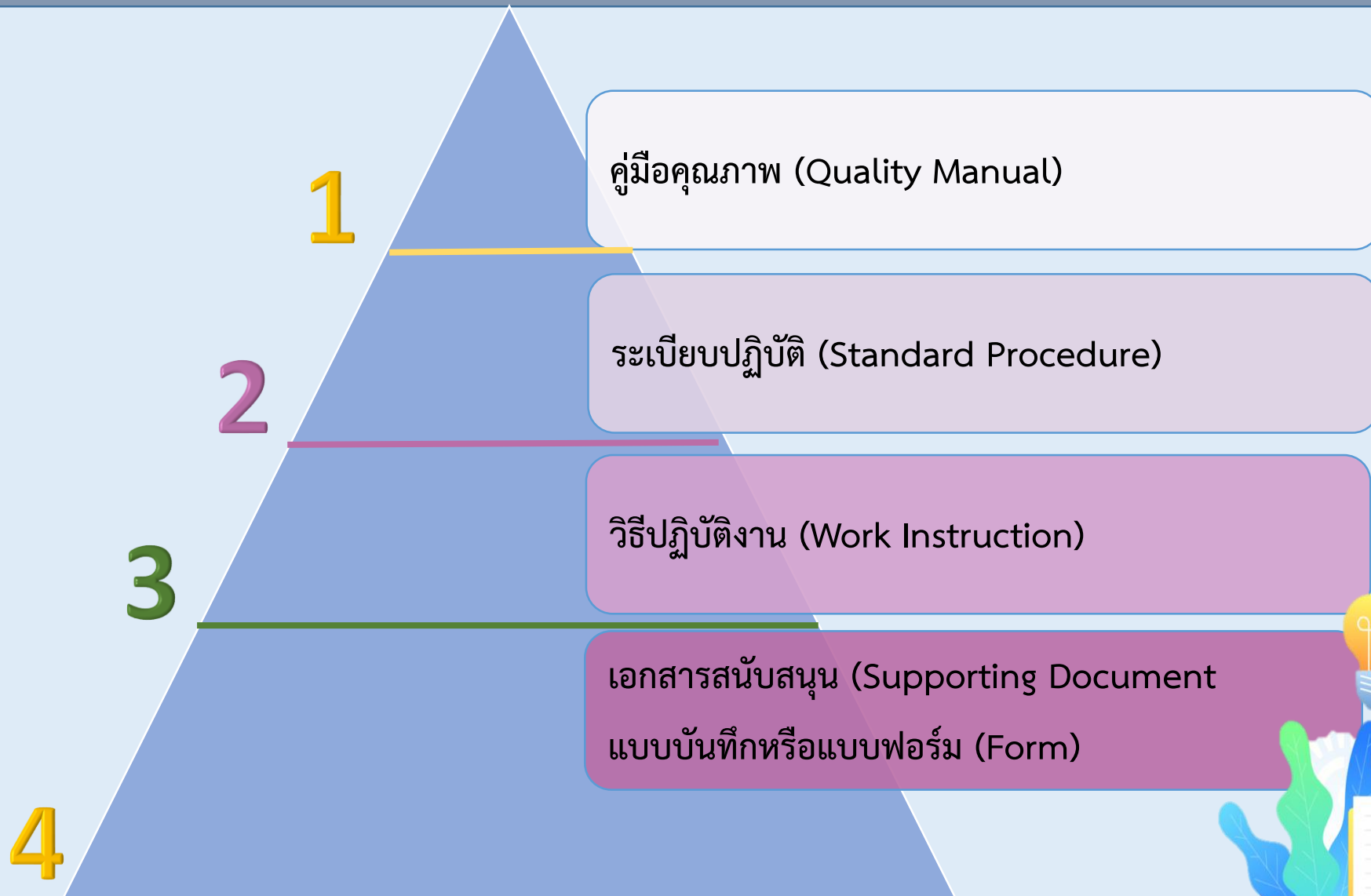
ให้หน่วยงานนำมาขึ้นทะเบียน โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ จะนำแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกต้นฉบับ ลงทะเบียนในแบบฟอร์มรายชื่อเอกสาร (QC-FR-03) และนำต้นฉบับประทับตรา “เอกสารควบคุม” และสำเนาต้นฉบับที่ประทับตราแล้ว ให้หน่วยงานผู้จัดทำไปดำเนินการต่อไป พร้อมเก็บต้นฉบับไว้ที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ลักษณะของเอกสารการปฏิบัติงานที่ดี



- กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย
- เป็นประโยชน์สำหรับการทำงานและฝึกอบรม
- เหมาะสมกับองค์กรและผู้ใช้งานแต่ละกลุ่ม
- มีความน่าสนใจน่าติดตาม
- มีความเป็นปัจจุบัน (Update) ไม่ล้าสมัย
- แสดงหน่วยงานที่จัดทำ วันที่บังคับใช้
- มีตัวอย่างประกอบ

โครงสร้างของระบบเอกสารคุณภาพในองค์กร





ขั้นตอนการจัดทำเอกสารคุณภาพ



12 ขั้นตอนการจัดทำเอกสารการปฏิบัติงาน

1. ศึกษารายละเอียดของงานจากเอกสาร
2. สังเกตการปฏิบัติงานจริง
3. จัดทำขั้นตอนการทำงาน (Work Flow) อย่างง่าย
4. จัดทำรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน
5. มีการทดสอบโดยให้ผู้ปฏิบัติงานอ่าน และผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานอ่าน
6. ตรวจสอบกับหัวหน้างาน หรือผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไป ว่ามีประเด็นใดขัดต่อกฎหมาย หรือกฎระเบียบของทางหน่วยงานหรือไม่ หากมีให้แก้ไขปรับปรุง



12 ขั้นตอนการจัดทำเอกสารการปฏิบัติงาน (ต่อ)

7. ขออนุมัติ
8. บันทึกเข้าระบบการควบคุมและแจกจ่ายเอกสาร
9. ดำเนินการแจกจ่ายหรือเผยแพร่
10. ดำเนินการฝึกอบรมหรือชี้แจงวิธีการใช้
11. มีการทดสอบความเข้าใจของผู้ใช้งาน
12. รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคู่มือให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ผู้มีอำนาจในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารของสถาบันฯ จะต้องมีการระบุดังนี้

ประเภทเอกสาร	ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
1. คู่มือคุณภาพ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศ	ผู้อำนวยการสถาบันฯ
2. ระเบียบปฏิบัติ 3. วิธีปฏิบัติงาน	หมายถึง ชื่อบุคคล/ คณะกรรมการหรือ หน่วยงาน โดยต้องมี	หัวหน้าฝ่าย กลุ่มงาน/งาน/ ศูนย์	รองผู้อำนวยการแต่ละกลุ่ม งาน/กลุ่มภารกิจ
4. แบบฟอร์ม/บันทึก 5. เอกสารสนับสนุนภายใน หน่วยงาน 6. เอกสารสนับสนุน ภายนอกหน่วยงาน	ลายมือชื่อบุคคลใดคนหนึ่ง หรือเป็นตัวแทนของ หน่วยงานหรือ คณะกรรมการชุดนั้นๆ	รองประธานที่มนำคุณภาพ	ประธานที่มนำคุณภาพ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน/แก้ไข/สำเนา/ยกเลิก/ทำลายเอกสาร

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน/เปลี่ยนแปลงแก้ไข/สำเนา/ยกเลิก

ลงทะเบียน/ประทับตรา

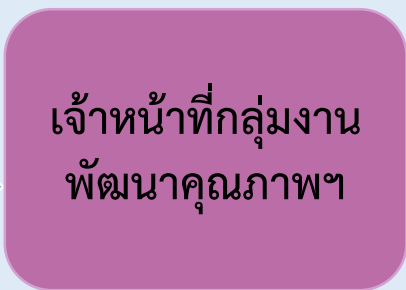
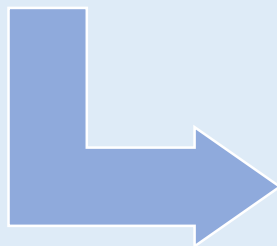
แจกจ่าย /ยกเลิกเอกสาร

จัดเก็บ /ทำลาย

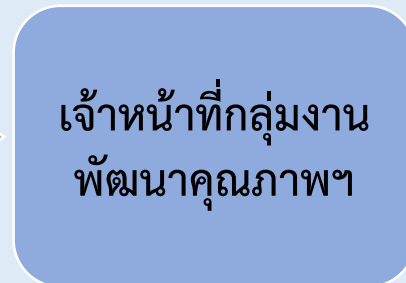
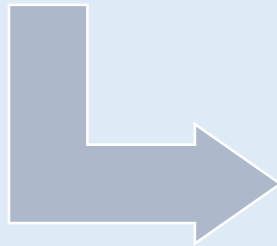
การขอขึ้นทะเบียนเอกสาร



- แจ้างความจำนงโดยการเขียนใบคำขอจัดทำเอกสารและรายชื่อผู้ถือครองเอกสาร (QC-FR-01)
- นำเอกสารพร้อมไฟล์ที่จะขอขึ้นทะเบียน ซึ่งมีการลงนามด้วยลายมือชื่อของผู้จัดทำ ผู้ทบทวน และผู้อนุมัติลงนามเรียบร้อยแล้ว ให้แก่เจ้าหน้าที่กลุ่ม



- ลงทะเบียนควบคุมเอกสาร (QC-FR-02)
- ออกหมายเลขใบคำขอจัดทำเอกสาร และตรวจสอบรายชื่อผู้ถือครองเอกสาร พร้อมสำเนาแจกจ่าย



- ลงทะเบียนรายชื่อเอกสาร (QC-FR-03)
- นำเอกสารต้นฉบับไปดำเนินการจัดเก็บเข้าแฟ้มเอกสารควบคุมภายในหน่วยงาน

การขอดำเนินการเปลี่ยนแปลง/แก้ไขเอกสาร

หน่วยงานปรับแก้ พร้อมระบุ
ลำดับครั้งที่แก้ไข (Revision)
วันที่ประกาศใช้และระบุผู้ที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานผู้จัดทำนำเสนอ
ให้ผู้ทบทวนและผู้อนุมัติ
พิจารณา

ผู้ทบทวนและผู้อนุมัติ
เห็นชอบ

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนา
คุณภาพฯ นำใบคำขอจัดทำ
เอกสาร บันทึกลงทะเบียน

หน่วยงานกรอกแบบฟอร์ม
ใบคำขอจัดทำเอกสาร
(QC-FR-01)



การขอยกเลิกเอกสาร

ผู้ทบทวนและ
ผู้อนุมัติลงนาม
ยกเลิกเอกสาร



หน่วยงานเขียนใบคำ
ขอจัดทำเอกสาร
(QC-FR-01) ส่งให้ผู้
ทบทวนลงชื่อทบทวน
การยกเลิก



เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน
พัฒนาคุณภาพฯ
ประทับตราเป็นอักษร
คำว่า “ยกเลิก”



เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน
พัฒนาคุณภาพฯรับ
สำเนากลับคืนทุก
ฉบับที่ทำการสำเนา
แจกจ่าย



ท่านสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม
เอกสารคุณภาพได้ที่นี้

HA



Thank
you!