



คู่มือ

พิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
โรงพยาบาลศิริราช

สารบัญ

หน้า

● การลงนามยินยอมรับการรักษเป็นผู้ป่วยใน / ตรวจวินิจฉัย / ทำหัตถการ / เข้าร่วมโครงการวิจัย / บันทึกภาพหรือเสียง / การแสดง เจตนาไม่สมัครใจรับ การตรวจรักษาพยาบาล / ผ่าตัด / ทำหัตถการ	4
● แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิและการติดตามค่าประกาศสิทธิผู้ป่วย	6
● การเฝ้าระวังปัญหาสิทธิผู้ป่วย	8
● การให้ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษา	10
● การขอและให้คำปรึกษาของแพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา	11
● การเลือกแพทย์ / ทันตแพทย์และการเปลี่ยนผู้รักษา	12
● การรักษาความลับผู้ป่วยและการดูแลเวชระเบียน	13
● แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือ เด็ก สตรีที่ถูก กระทบรุนแรง	15
● การเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้	19
● การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	21
● การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพหรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย	25
● การผูกมัดผู้ป่วย	26
● การแยกผู้ป่วย	28
● การจัดการข้อร้องเรียน	30
● แนวทางการให้การปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี	34

ภาคผนวก

- แบบบันทึกทำให้บริการพยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพก่อน/หลังตรวจเลือดเอชไอวี
- แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทบรุนแรงและผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้
- แนวทางการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศอายุ <12 ปี
- แบบบันทึกเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์
- ใบยินยอมรับการรักษ เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิทธิ
- ใบยินยอมรับการตรวจ รักษา ผ่าตัด การทำหัตถการในโรงพยาบาลสิทธิ
- ใบแสดงเจตนาไม่สมัครใจรับการตรวจรักษาพยาบาล ผ่าตัด ทำหัตถการ
- แบบฟอร์มการยืนยันปฏิเสธการรักษา

คู่มือการปฏิบัติงานพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
โรงพยาบาลสิชล

ฉบับที่	4
วันที่	30 กันยายน 2565
จัดทำโดย	คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
ทบทวนโดย	คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
อนุมัติโดย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 4	ฉบับที่ 1
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่	WI-ETH-001	
เรื่อง การลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน / ตรวจวินิจฉัย / ทำหัตถการ / เข้าร่วมโครงการวิจัย / บันทึกภาพหรือเสียง / การแสดงเจตนาไม่สมัครใจรับ การตรวจรักษาพยาบาล / ผ่าตัด / ทำหัตถการ		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตรวจวินิจฉัย ทำหัตถการ เข้าร่วมในการเรียนการสอน เข้าร่วมโครงการวิจัย บันทึกภาพและ/หรือเสียง

2. ขอบข่าย

ครอบคลุมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล

3. คำนิยามศัพท์

- 3.1 ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษา โดยมีการลงทะเบียนรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิชล
- 3.2 “หัตถการ” หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อของผู้ป่วย มีการสูญเสียโลหิต มีการเจ็บปวดทุกข์ทรมานและอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตและทุพพลภาพ
- 3.3 บุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน และบุคลากรของโรงพยาบาลสิชล
- 3.4 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย หมายถึง ผู้มีสิทธิตามกฎหมายที่จะตัดสินใจหรือยินยอมลงนามแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีอาจให้ความยินยอมตามปกติ

4. เอกสารอ้างอิง

- 4.1 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรมและทันตแพทยสภา พ.ศ. 2541
- 4.2 ขอบบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2516
- 4.3 ธรรมนูญองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสิชล

5. นโยบาย

- 5.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรงพยาบาลสิชลทุกคน ได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดและลงนามก่อนเข้ารับการรักษา การตรวจวินิจฉัย การเข้าร่วมโครงการวิจัย และการทำหัตถการ
- 5.2 เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลสิชลทุกคน ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและข้อที่ต้องปฏิบัติในการรักษาสิทธิผู้ป่วย

6. ความรับผิดชอบ

6.1 แพทย์/ทันตแพทย์ มีหน้าที่ให้ข้อมูลแผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลของโรครวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียง และ/หรือผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง อีกทั้งทางเลือกอื่นๆ แก่ผู้ป่วยทุกรายพร้อมทั้งลงนาม

6.2 พยาบาลมีหน้าที่ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยและตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและ ลงนามรับทราบเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งลงนามเป็นพยาน

6.3 นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล มีหน้าที่ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขต การควบคุมของแพทย์ และพยาบาล

6.4 บุคลากรอื่นๆ มีหน้าที่ช่วยเหลือร่วมมือให้มีการปฏิบัติในแนวทางที่ครบถ้วนและลงนามเป็นพยานก็ได้

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

7.1 เมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายจะอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิทธิ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยลงนามรับทราบยินยอมรับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสิทธิพร้อมทั้งแพทย์ลงนามเป็นหลักฐาน

7.2 เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการอย่างใดอย่างหนึ่ง แพทย์/ทันตแพทย์เจ้าของไข้ที่ได้รับมอบหมาย ต้องอธิบายแผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลของโรค การผ่าตัด การทำหัตถการรวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียง และ/หรือผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง อีกทั้งทางเลือกอื่นๆ แก่ผู้ป่วยทุกราย และให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือการทำหัตถการในโรงพยาบาลสิทธิ พร้อมทั้งแพทย์ลงนามเป็นหลักฐานก่อนทำหัตถการ

7.3 ในกรณีที่จำเป็นต้องให้บริการทางวิสัญญี วิสัญญีพยาบาล หรือแพทย์ผู้ทำหัตถการ ต้องอธิบายรายละเอียดพร้อมทั้งลงนามเป็นหลักฐาน

7.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีอาจได้รับความยินยอมได้ตามปกติ ต้องให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามยินยอม ส่วนพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพต้องร่วมมือกันติดตามความครบถ้วนของการปฏิบัติและลงนามเป็นพยาน แต่ถ้าในภาวะฉุกเฉินที่จะต้องทำผ่าตัด ผู้ป่วยและผู้แทนโดยชอบธรรมไม่สามารถลงนามได้ ให้รายงานแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์อาวุโสตามขั้นตอนและอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบภายหลังและลงนามเป็นหลักฐาน

7.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาลหรือไม่สมัครใจรับการตรวจรักษาพยาบาล / ผ่าตัด / ทำหัตถการ แพทย์เจ้าของไข้ ต้องอธิบายอาการของโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการตรวจรักษา / ผ่าตัดทำหัตถการให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบและลงนาม พร้อมทั้งแพทย์ลงนามเป็นหลักฐาน

7.6 เมื่อคณะแพทย์ / ทันตแพทย์ และทีมบุคลากรสุขภาพ ต้องการรับผู้ป่วยเข้าในโครงการวิจัยหรือการบันทึกภาพหรือเสียง ต้องจัดทำใบยินยอมของผู้ร่วมการศึกษา หรือการบันทึกภาพหรือเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม โดยต้องอธิบายวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย ผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และโครงการศึกษาวิจัยต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการซึ่งรับผิดชอบเรื่องจริยธรรมของโรงพยาบาลสิทธิแล้วเท่านั้น

8. ภาคผนวก

8.1 ใบยินยอมรับการรักษ เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิทธิ

8.2 ใบยินยอมรับการตรวจ รักษา ผ่าตัด การทำหัตถการ

8.3 ใบแสดงเจตนาไม่สมัครใจรับการตรวจรักษาพยาบาล ผ่าตัด ทำหัตถการ

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 6	ฉบับที่ 2
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-002		
เรื่อง แนวทางปฏิบัติ เรื่องการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิและการตีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วย		
ฝ่าย/แผนก	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้	
คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิและตีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วย

2. ขอบข่าย

ครอบคลุมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลสิชล

3. คำนิยามศัพท์

สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงได้รับจากการบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย หมายถึง คำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ออกประกาศวันที่ 12 สิงหาคม 2558 และลงนามรับรองร่วมกันโดยผู้แทนจากแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และ คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

4. เอกสารอ้างอิง

4.1 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ

5. นโยบาย

บุคลากรทีมสุขภาพทุกคน มีหน้าที่ธำรงไว้ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ตั้งอยู่บนรากฐานของการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

6. ขั้นตอนปฏิบัติ

6.1 เมื่อมีผู้ป่วยรับใหม่ พยาบาล แนะนำตัวโดยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับชื่อ ตำแหน่ง บทบาท ของผู้ให้บริการรักษาผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

6.2 พยาบาลประเมินความพร้อมที่จะรับฟังและความเข้าใจของผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ ก่อนการแจ้งสิทธิของผู้ป่วย

6.3 พยาบาลอธิบาย แจ้งสิทธิของผู้ป่วย และ/หรือ แสดงเอกสารคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ ให้แก่ผู้ป่วยทราบทุกราย (คำประกาศสิทธิผู้ป่วยฉบับนี้ ไม่มีสถานะเป็นกฎหมาย เป็นแต่เพียงข้อตกลงร่วมกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

ปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจอันดีและแสดงถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ดี)

6.4 ประกาศคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ผ่านจอ LCD บริเวณคลินิกผู้ป่วยนอก และหน่วยงานอื่นๆที่มีจอ LCD ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีจอประชาสัมพันธ์ ให้ติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ตรงบริเวณที่เห็นได้ง่าย เช่น หน้าลิฟต์, ทางเดินหน้าห้องผู้ป่วย เป็นต้น

6.5 ในกรณีไม่สามารถแจ้งสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยได้ ให้รายงานพยาบาลหัวหน้าทีม เพื่อบันทึกไว้เป็นข้อมูล สำหรับผู้มาปฏิบัติงานต่อได้ดำเนินการต่อไป

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 8	ฉบับที่ 3
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่	WI-ETH-003	
เรื่อง การเฝ้าระวังปัญหาสิทธิผู้ป่วย		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม องค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสิทธิผู้ป่วย

2. ขอบข่าย

ครอบคลุมผู้ป่วยที่ใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสิชล

3. คำนยามศัพท์

การเฝ้าระวังปัญหาสิทธิผู้ป่วย หมายถึง การติดตามในเรื่องการตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

4. เอกสารอ้างอิง

4.1 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บุคลากรภาพรวมระดับ
โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทไธโร จำกัด 2543

4.2 ธรรมนูญองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสิชล

5. นโยบาย

ทุกหน่วยงานต้องจัดระบบค้นหาการตอบสนองสิทธิผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6. ความรับผิดชอบ

บุคลากรของโรงพยาบาลสิชล

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

7.1 ให้บริการรักษาพยาบาลโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางภายใต้วิชาชีพมาตรฐาน

7.2 จัดให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสแสดงความคิดเห็น เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางป้องกัน

7.3 หน่วยงานเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองผู้ป่วยตามสิทธิ

7.4 หน่วยงานจัดระบบการค้นหาผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว, อายุต่ำกว่า 18 ปี, ผู้ป่วยที่บกพร่องทางกายหรือจิต เป็นต้น

7.5 ดำเนินการตอบสนองสิทธิผู้ป่วย

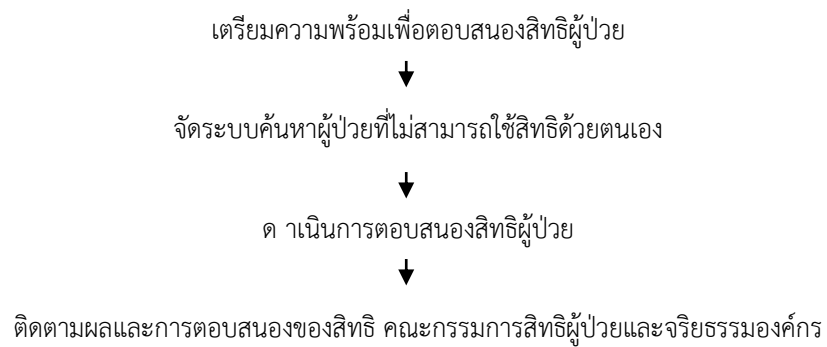
7.6 ติดตามผลการตอบสนองสิทธิผู้ป่วย

7.7 บุคลากรของโรงพยาบาลสิทธิลที่จะกระทำการวิจัยหรือทดลองต่อผู้ป่วย ต้องได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสิทธิล

7.8 ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมต้องได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีจนถึงการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลสิทธิล

8. ภาคผนวก

Flow การเฝ้าระวังปัญหาสิทธิผู้ป่วย



โรงพยาบาลสิชล	หน้า 10	ฉบับที่ 4
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-004		
เรื่อง การให้ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษา		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ 1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษา

2. ขอบข่าย

การให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการรักษาของผู้ป่วยกับผู้ป่วย หรือตัวแทนที่ได้รับสิทธิการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย ก่อน ระหว่างและภายหลังการรักษา

3. คำนิยามศัพท์

ตัวแทนที่ได้รับสิทธิการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา ของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับมอบสิทธิเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิแทนกรณีผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจได้

4. เอกสารอ้างอิง

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ

5. นโยบาย

แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้เป็นเจ้าของผู้ป่วย ผู้บังคับบัญชาของแพทย์ / ทันตแพทย์ที่เป็นเจ้าของผู้ป่วย สามารถรับผิดชอบได้ในกรณีที่แพทย์/ทันตแพทย์ผู้เป็นเจ้าของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

6.1 ผู้รับผิดชอบต้องให้ข้อมูล แผนการวินิจฉัย และการรักษาในเวลาที่เหมาะสม และพร้อมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินรีบด่วนที่ต้องให้การรักษาก่อน

6.2 เมื่อได้รับคำร้องขอจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย แพทย์ / ทันตแพทย์เจ้าของผู้ป่วยต้องเปิดเผยข้อมูลการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรตามที่ได้รับคำร้องขอโดยไม่ปิดบังข้อมูลตามคำร้องขอนั้น

6.3 ในกรณีผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบร้ายแรงด้านปัญหาสุขภาพและสังคมจากการเปิดเผย ข้อมูลและญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรมต้องการให้แจ้งข้อมูลกับผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้

6.3.1 แจ้งรายละเอียดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการรักษาพร้อมแจ้งความจำเป็นที่ต้องรักษาแก่ญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

6.3.2 ผู้รับผิดชอบต้องบอกรายละเอียด ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสมซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วย

6.4 ในกรณีผู้เอาประกันให้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลสิชล

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 11	ฉบับที่ 5
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-005		
เรื่อง การขอและให้คำปรึกษาของแพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ 1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิทธิรับทราบความเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนจากแพทย์ / ทันตแพทย์ ที่อาจแตกต่างกันออกไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกรับการบริการ

2. ขอบข่าย

- 2.1 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสิชล
- 2.2 แพทย์/ ทันตแพทย์ ของโรงพยาบาลสิชล ผู้ให้บริการโดยตรง
- 2.3 แพทย์/ ทันตแพทย์ ของโรงพยาบาลสิชล ที่แพทย์/ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรงหรือผู้ป่วยขอคำแนะนำ

3. คำนิยามศัพท์

แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรง หมายถึง แพทย์/ทันตแพทย์ผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกหรือในขณะนั้น

แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา หมายถึง แพทย์/ ทันตแพทย์ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกหรือในขณะนั้น แต่เป็นอีกผู้หนึ่งซึ่งให้คำปรึกษา หรือผู้ป่วยขอคำปรึกษา

4. เอกสารอ้างอิง

- มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

5. ความรับผิดชอบ

- 5.1 แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรง
- 5.2 แพทย์ / ทันตแพทย์ที่ผู้ป่วยขอคำปรึกษา

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ/นโยบาย

เมื่อผู้ป่วยร้องขอคำปรึกษาจากแพทย์ /ทันตแพทย์อื่น และขอให้แพทย์ /ทันตแพทย์อื่นให้คำปรึกษาแก่ตน แพทย์ /ทันตแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง ต้องยินยอมให้ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์/ทันตแพทย์อื่นที่ผู้ป่วยต้องการปรึกษาด้วย หรือจัดหาแพทย์ / ทันตแพทย์ใดๆ ที่มีความรู้ความสามารถมาให้คำปรึกษา และแพทย์ /ทันตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาควรให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 12	ฉบับที่ 6
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-006		
เรื่อง การเลือกแพทย์ / ทันตแพทย์และการเปลี่ยนผู้รักษา		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ 1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกการบริการของแพทย์ / ทันตแพทย์อื่นตามที่ผู้ป่วยต้องการ

2. ขอบข่าย

2.1 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสิชล

2.2 แพทย์/ ทันตแพทย์ ของโรงพยาบาลสิชล ผู้ให้บริการโดยตรง

2.3 แพทย์/ ทันตแพทย์ ของโรงพยาบาลสิชล ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเพื่อเป็นผู้ให้บริการ

3. คำนิยามศัพท์

การเลือกแพทย์ / ทันตแพทย์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจจะให้แพทย์ / ทันตแพทย์ใดมาเป็นผู้ให้บริการ

การเปลี่ยนแพทย์ / ทันตแพทย์ หมายถึง การที่ผู้ป่วย ได้มีแพทย์/ ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรงที่จะให้บริการ หรือได้บริการแล้ว แต่ต้องการเปลี่ยนให้แพทย์/ ทันตแพทย์อื่นมาให้บริการแทน

4. เอกสารอ้างอิง

มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

5. ความรับผิดชอบ

5.1 แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรงหรือแพทย์ / ทันตแพทย์ที่กำลังจะให้บริการ ควรยินยอมที่จะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบริการ

5.2 แพทย์ / ทันตแพทย์อื่นที่ผู้ป่วยเลือก หรือต้องการเปลี่ยน

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

6.1 ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามระบบการบริการของโรงพยาบาลสิชล ภายใต้ความรับผิดชอบโดยตรงของหัวหน้าฝ่าย

6.2 ในกรณีผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ / ทันตแพทย์ใดมาให้บริการแทน หรือต้องการเปลี่ยนแพทย์ / ทันตแพทย์ที่ให้บริการแทน ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกหรือเปลี่ยนได้ โดยแพทย์ / ทันตแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง หรือแพทย์ / ทันตแพทย์ที่ให้บริการไปแล้วยินยอมให้เปลี่ยน และแพทย์ / ทันตแพทย์ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเพื่อเป็นผู้ให้บริการ ยอมรับเป็นแพทย์ / ทันตแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรง

7. ภาคผนวก

- การแจ้งข้อมูลแก่บุคคลที่สาม เพื่อคุ้มครองสิทธิที่อาจเกิดขึ้นแก่บุคคลที่สามนั้นได้โดยตรง

7.2 พยาบาลเป็นผู้ดูแลในการจัดทำแฟ้มประวัติเวชระเบียน ผู้บันทึกสัญญาณชีพ กระบวนการพยาบาล Nurse's note และเก็บรักษาในแฟ้มประวัติเวชระเบียน

7.3 แพทย์ / ทันตแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้บันทึกข้อมูลผลการตรวจ การรักษาและเก็บรักษาในแฟ้มประวัติเวชระเบียน

7.4 เก็บเวชระเบียนไว้ในสถานการณ์ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีสิทธิ์เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะนำออกไปได้

7.5 บุคลากรทางการแพทย์ไม่นำเวชระเบียนออกภายนอกตึกรักษาพยาบาล นอกจากเพื่อการตรวจวินิจฉัย และส่งปรึกษา

7.6 การขอยืมเวชระเบียนออกนอกตึกรักษาพยาบาลกระทำได้โดยการกรอกแบบฟอร์มเป็นลายลักษณ์อักษร

7.7 การส่ง – คืนเวชระเบียนระหว่างตึกรักษาพยาบาลและหน่วยเวชระเบียนกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

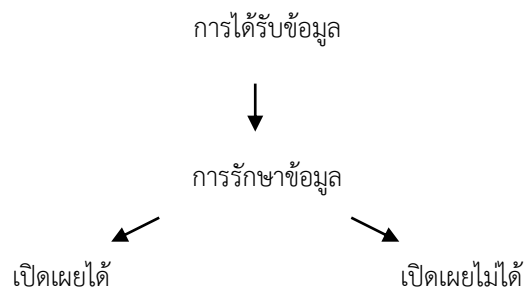
7.8 ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายสามารถขอประวัติหรือขอสำเนาเวชระเบียนได้ โดยปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล และติดต่อที่งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสิชล

8. ภาคผนวก

8.1 Flow การรักษาความลับผู้ป่วย

8.2 Flow การดูแลเวชระเบียนผู้ป่วย

8.1 Flow การรักษาความลับผู้ป่วย



8.2 Flow การดูแลเวชระเบียนผู้ป่วย



โรงพยาบาลสิชล	หน้า 15	ฉบับที่ 8
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI- MTH – 009 - 05		
เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือ เด็ก สตรีที่ถูก กระทำรุนแรง		
ฝ่าย/แผนก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (สุขภาพจิต/จิตเวช/ยาเสพติด)	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ องค์กรแพทย์, องค์กรพยาบาล, หอผู้ป่วยใน ,ICU,ER,OPD, Lab ,ห้องยา, กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, งานรักษาความปลอดภัย	
ผู้จัดทำ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 มิถุนายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ

2. ขอบข่าย

ให้การช่วยเหลือ เด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล ตลอดทั้งติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน ในรายที่จำเป็น

3. นิยามศัพท์

เด็ก หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส(ตาม พ.ร.บ คุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546

สตรี หมายถึง ผู้รับบริการหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส ในที่นี้หมายถึง การสมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

บุคคลในครอบครัว หมายถึง คู่สมรส คู่สมรสเดิม ผู้ที่อยู่กินหรือเคยอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส บุตร บุตรบุญธรรม สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลใดๆที่ต้องพึ่งพาอาศัยและอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

การกระทำรุนแรง แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

การกระทำรุนแรงทางกาย หมายถึง การใช้กำลังหรืออุปกรณ์ใดๆ เป็นอาวุธ ทำร้ายร่างกาย เกินกว่าเหตุ มีผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต

การกระทำรุนแรงทางเพศ หมายถึง การกระทำที่มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับความเสียหายเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ได้แก่ การข่มขืนกระทำชำเรา และอนาจาร เป็นต้น

การกระทำรุนแรงทางจิตใจ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ หรือเสียสิทธิเสรีภาพ ได้แก่ การดูถูกเหยียดหยาม ดุด่า กักขังหน่วงเหนี่ยว เป็นต้น

การทอดทิ้ง หมายถึง การถูกทอดทิ้งผู้ที่ไม่สามารถ พึ่งพาตนเองได้ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีจิตฟั่นเฟือน เป็นต้น

ล่อลวง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ การใช้ผู้หญิงในกิจกรรมซึ่งสนองประโยชน์แก่คนอื่น ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ด้านการเงิน ด้านเพศ หรือด้านอำนาจทางการเมือง โดยเป็นกิจกรรมซึ่ง บั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีทาง

ร่างกายและจิตใจผู้หญิง และร้ายแรงถึงขั้นคุกคามต่อความปลอดภัยของผู้หญิงด้วย กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การใช้แรงงานการค้าประเวณี การผลิตสื่อลามกที่เกี่ยวกับผู้หญิง

หมายเหตุ การทารุณกรรมทางเพศในเด็ก หมายถึง กระทำการใดๆ ให้เด็กมีกิจกรรมทางเพศหรือไปเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ โดยก่อให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ หรือมีพัฒนาการทางเพศที่ไม่สอดคล้องกับวุฒิภาวะของเด็กและเป็นการกระทำที่ขัดต่อกฎหมาย จารีตประเพณี วัฒนธรรม หรือศีลธรรม

แบ่งตามกลุ่มผู้ถูกระทำ ได้แก่

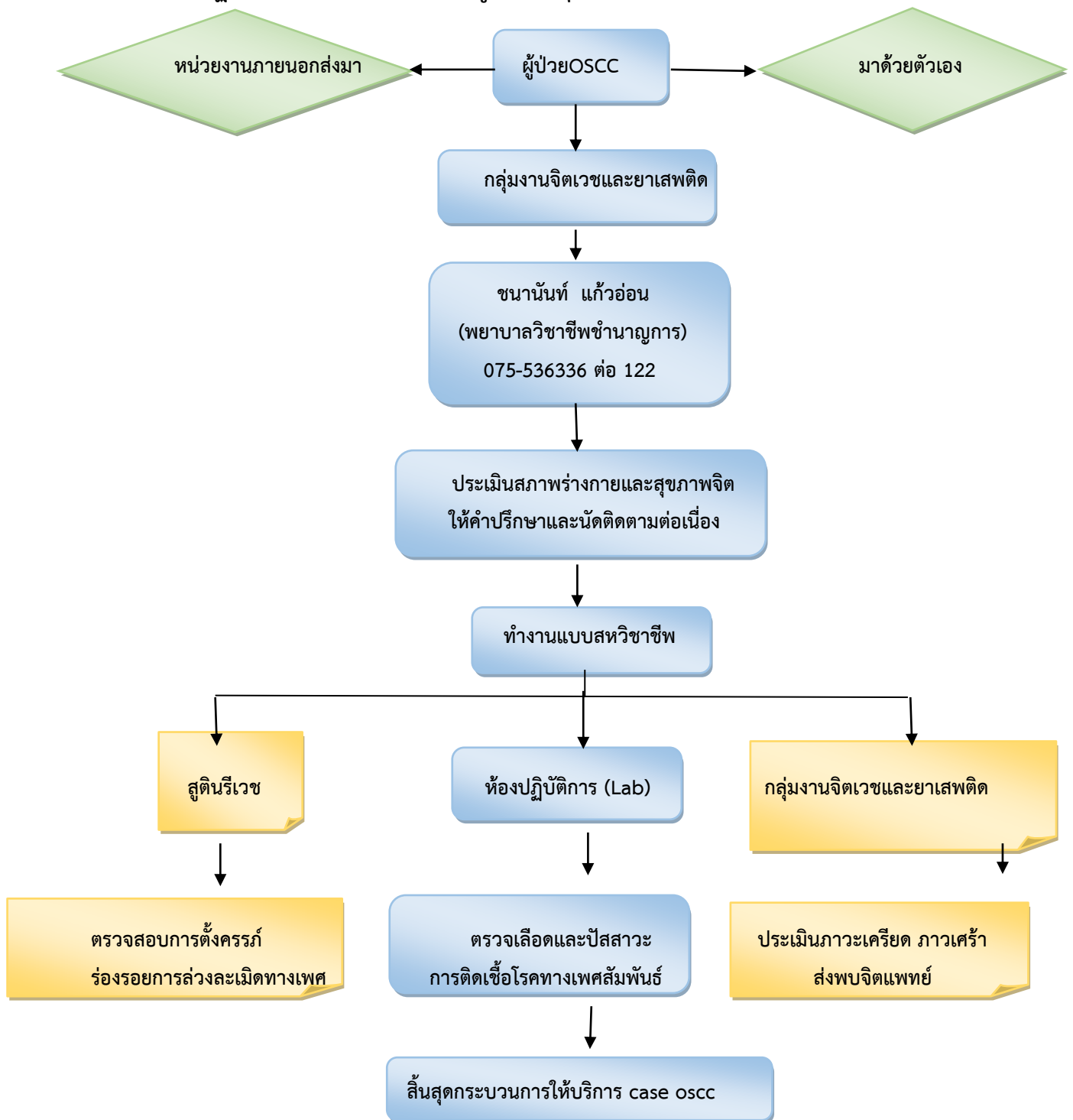
ความรุนแรงต่อเด็ก หมายถึง การกระทำหรือการละเว้นการกระทำ (โดยเจตนา) ด้วยประการใดๆ จนเป็นเหตุให้เด็กเสื่อมเสียเสรีภาพหรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ การกระทำความผิดทางเพศต่อเด็ก การใช้เด็กให้กระทำหรือประพฤตินลักษณะที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจหรือขัดต่อกฎหมาย หรือศีลธรรมอันดีทั้งนี้ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546)

ความรุนแรงต่อสตรี หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีความรุนแรงต่อสตรี ซึ่งเป็นผลหรืออาจจะเป็นผลให้เกิดการทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ เป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่สตรี รวมทั้งการ ขู่ คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและในชีวิตส่วนตัว (ปฎิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อ สตรี 2536: 2 จากที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2536)

ความรุนแรงในครอบครัว หมายถึง การกระทำใดๆ โดยมีมุ่งประสงค์ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ หรือการกระทำโดยเจตนาในลักษณะอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ ของบุคคลใน ครอบครัว หรือบังคับหรือใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรมให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำ ไม่กระทำ หรือ ยอมรับการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ แต่ไม่รวมการกระทำโดยประมาท (พ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550)

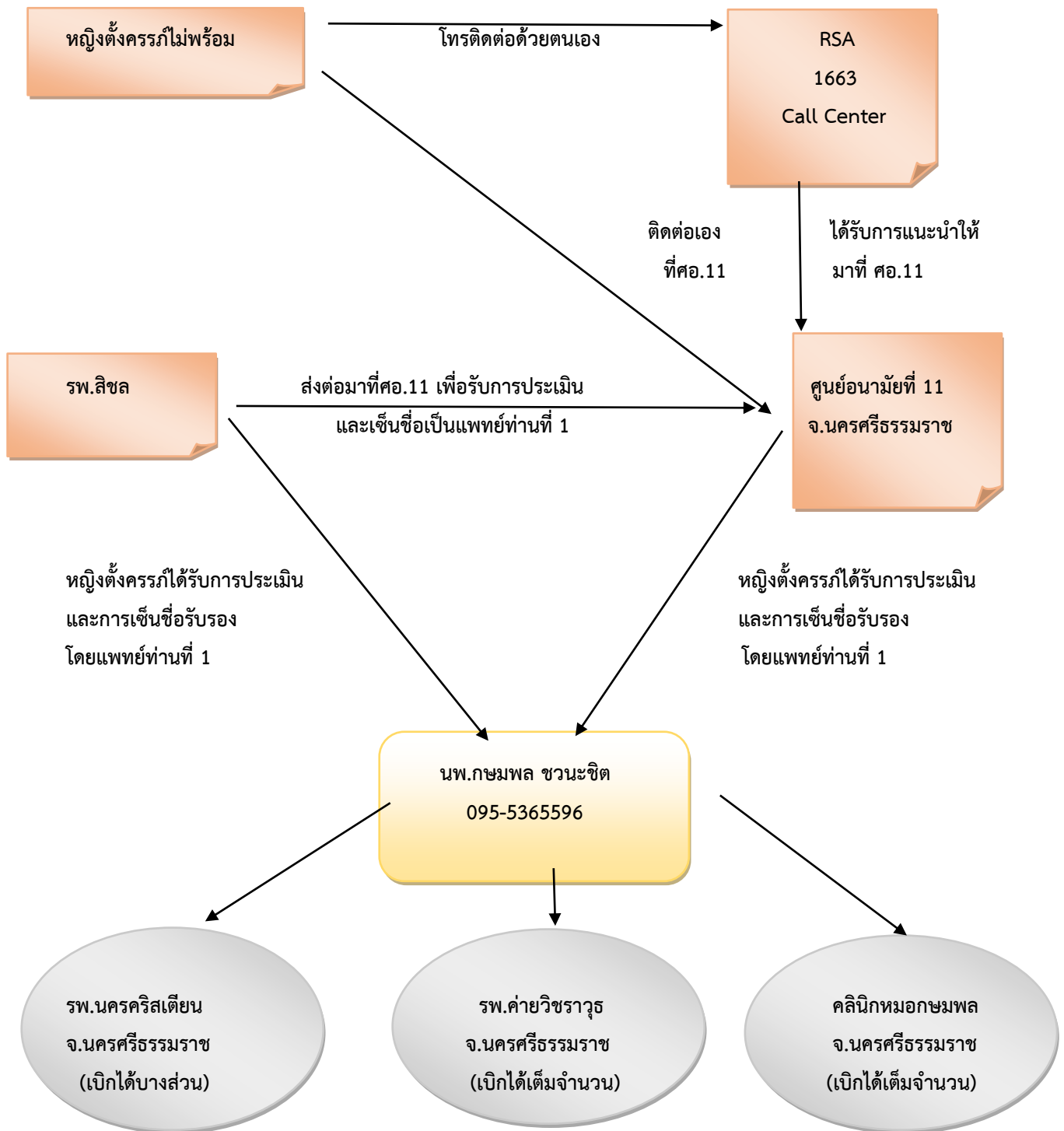
4. รายละเอียด

แนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือ เด็ก สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) โรงพยาบาลลิซล



หมายเหตุกรณี มีใบคดีความจากโรงพัก จะเก็บใบคดีไว้หลังจากผลการตรวจครบแล้วจะส่งเอกสารให้แพทย์เวรสรุปใบคดี หลังจากสรุปเสร็จแล้วทางรพ. จะโทรประสานให้ร้อยเวรเจ้าของคดีมารับผลสรุปใบคดี

แนวทางการดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลลิซล



โรงพยาบาลสิชล	หน้า 19	ฉบับที่ 9
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-009		
เรื่อง การเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและ / หรือญาติรับรู้อัตราค่าบริการพยาบาล และระเบียบการใช้สิทธิประโยชน์ พร้อมกับเงื่อนไขและข้อตกลงระหว่างองค์กร

2. ขอบข่าย

ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจ รักษาในโรงพยาบาลสิชล ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

3. คำนยามศัพท์

การเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้ คือ การแจ้งให้ผู้รับบริการรับรู้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ตนเองต้องรับผิดชอบในการใช้บริการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งที่มาใช้บริการรักษา และผู้รับบริการต้องชำระค่าใช้จ่ายตามอัตราที่โรงพยาบาลกำหนด

4. เอกสารอ้างอิง

อัตราค่าบริการ กรมบัญชีกลาง ประกาศโรงพยาบาลสิชล

5. ความรับผิดชอบ

คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทุกฝ่ายทุกงาน ที่ให้บริการผู้ป่วย

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

การเงินผู้ป่วยนอก

6.1 การชำระเงินผู้ป่วยนอก

6.1.1 พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆที่ต้องแจ้งเก็บเงินผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบอัตราค่าใช้จ่าย

6.1.2 ผู้ป่วยหรือญาติ ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ณ จุดเก็บเงิน “การเงิน”

6.1.3 ผู้ป่วยรับยาและ/หรือ รับการตรวจจากห้องตรวจทางปฏิบัติการ ห้องตรวจเอ็กซเรย์หรือห้องตรวจทางรังสีรักษาอื่นๆ

6.1.4 สิ้นสุดขั้นตอนการชำระเงินผู้ป่วยนอก

การเงินผู้ป่วยใน

6.2.1 การชำระเงินผู้ป่วยในห้องพิเศษ

6.2.2 มีเจ้าหน้าที่การเงิน แจกใบแจ้งเก็บค่าห้องพิเศษ ทุกห้อง พร้อมเก็บเงิน และนำใบเสร็จรับเงินมาให้ในภายหลัง

6.2.3 หากเป็นนอกเวลาราชการ ให้ญาติผู้ป่วยนำใบแจ้งไปจ่ายเงินที่ห้องเก็บเงินด้วยตนเอง

6.2.4 ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายา ฯลฯ ข้อมูลนี้จะถูกส่งจากจุดบริการโดยระบบ Hos.xp มายังห้องเก็บเงินผู้ป่วยใน

6.2.5 พยาบาลหอผู้ป่วยแจ้งยอดค่าใช้จ่าย ส่วนที่เกินสิทธิ ให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อมาชำระเงินค่าเกินสิทธิ ที่ห้องเก็บเงิน ก่อนออกจากโรงพยาบาล

6.2.6 ในกรณีผู้ป่วยเงินเชื่อ มีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ให้ผู้ป่วยชำระส่วนเกินสิทธิเป็นเงินสด ส่วนค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ งานประกันสุขภาพจะรวบรวมข้อมูลแล้วปิดบัญชีชั่วคราว เมื่อผู้ป่วย Discharge แล้วงานประกันสุขภาพจะทำการตรวจสอบค่าใช้จ่ายภายใน 14 วัน จึงปิดบัญชีถาวรและดำเนินการเรียกเก็บเงินจากต้นสังกัด

6.2.7 ในกรณีผู้ป่วยย้ายจากห้องพิเศษมาเตียงสามัญ เนื่องจากมีปัญหาทางการเงิน หอผู้ป่วยจะส่งปรึกษา งานประกันสุขภาพ สรุปค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษและตัดบัญชีเรียกเก็บเงิน

6.3.8 ซึ่แจ้งเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและสิทธิด้านสวัสดิการของผู้ป่วย

6.3.9 ถ้าผู้ป่วยรายใดเกิดปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล พยาบาลจะส่ง ปรึกษาจนท.กลุ่มงานประกันสุขภาพ เป็นรายๆไป โดยบันทึกข้อมูลผลการปรึกษาก่อน ระบบ Hos.xp

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 21	ฉบับที่ 10
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0010		
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการดำเนินของโรคจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายอย่างสงบ

2. ขอบข่าย

การได้รับการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็น

- ระยะเฉียบพลัน (Active phase)
- ระยะการรักษาเพื่อประคับประคอง (Palliative care)
- ระยะสุดท้าย (Terminal illness)
- ระยะใกล้ตาย (Dying)

3. คำนิยามศัพท์

โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ โรคที่มีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ คือ มี permanent, residual disability, พยาธิสภาพที่เกิดเปลี่ยนแปลงไปแล้วไม่กลับคืน, ต้องการการฝึกหัดพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหรือต้องการการดูแลรักษาเนิ่นนานระยะยาวนาน

4. เอกสารอ้างอิง

1. Cassem, N.H. The Dying Patient. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 4th edition, Mosby-Year Book, Inc., 1997.
2. Kaplan & Sadock. Thanatology : Death and Bereavement, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences,, Clinical Psy, 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1998
3. Marguerite S. Lederberg, Jimmie C. Holland. Psychoon coly in Benji J” Sadock, Virginia Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000
4. Stedeford, A. (1988) “Terminal Illness”, Essential Psychiatry, Oxford : Blackwell.

5. นโยบาย

โรงพยาบาลมีนโยบายให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ภายใต้การดูแลรักษาแบบองค์รวม จริยธรรมที่ดีงาม และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษา โดยผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสารที่ดี

6. ผู้รับผิดชอบ

แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกสายงานที่เกี่ยวข้อง

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

7.1 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ป่วยพึงมีสิทธิได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิต-สังคม และจิตวิญญาณ โดยได้รับการดูแลช่วยเหลือทุกระดับทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

7.2 ผู้ป่วยพึงได้รับการดูแลรักษาภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาโดยผ่าน กระบวนการติดต่อสื่อสารที่ดี พึงมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอต่ออาการของโรค วิธีการ รักษา การพยากรณ์โรค ฯลฯ เพื่อตัดสินใจในการเลือกการรักษา และร่วมมือในการรักษา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

7.3 ผู้ป่วยพึงได้รับการดูแลรักษาภายใต้จริยธรรมที่ดีในการดูแลจากผู้ให้บริการ อยู่ในหลักการ ของการลดอันตรายต่อผู้ป่วยให้น้อยที่สุด และอยู่ในความสมดุล ระหว่างภาระและประโยชน์ที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ โดยผู้ดูแลรักษาต้องยอมรับในเรื่องต่อไปนี้

- ยอมรับในเรื่อง “ชีวิต” ของผู้ป่วย
- ยอมรับในความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย
- ความยุติธรรมในการดูแลรักษา
- สิทธิมนุษยชน และ สิทธิผู้ป่วย
- การรักษาผู้ป่วยไม่ใช่การรักษาอาการหรือการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว
- การยินยอมในการตัดสินใจของผู้ป่วย
- การเลือกหรือสิทธิของการตาย
- การปล่อยให้สิ้นชีวิต

8. ภาคนว

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย

มอบน้ำใจ ให้ยอมรับ จิตใจที่กุศล ฝึกฝนใจให้สงบ ละวางสิ่งค้างคา นำพาสู่การปล่อยวาง ชี้นำแห่งสุขคติ

แนวทางการปฏิบัติ

1. คัดกรองผู้ป่วยวาระสุดท้ายตามcriteria
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถเข้าถึงบริการรับคำปรึกษาได้
3. ทีมสุขภาพให้ข้อมูลการเจ็บป่วย และแนวทางการดูแลรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม และให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ
4. เมื่อญาติและผู้ป่วยยอมรับต่อภาวะคุกคาม ให้การดูแลแบบประคับประคองตามอาการโดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดให้น้อยที่สุด
5. เปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง และเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย
6. จัดสัดส่วนให้ผู้ป่วยและญาติโดยการกั้นม่านบริเวณข้างเตียง ทั้ง2ด้าน และ ปลายเตียง
7. เมื่อผู้ป่วยมี sign of dying (ดังภาคนว) ให้ญาติใช้บทพุดนำทาง (ดังภาคนว)
8. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแผ่เมตตาให้แก่ผู้ป่วย (ดังภาคนว)
9. ดูแลหลังความตาย (ดังภาคนว)
10. สอบถามความพึงพอใจของญาติเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

แผนการประเมิน

1. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย
2. มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายในแนวทางเดียวกัน
3. อุบัติการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อยืดชีวิตลดลง
4. ญาติมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี หรือตายดี

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. คัดกรองผู้ป่วยในวาระสุดท้ายตาม criteria โดยแบ่งเป็น

- 1.1 Pre – Dying
- 1.2 Dying
- 1.3 Post – Dying

Pre – dying

ให้การดูแลตอบสนองด้านร่างกาย โดย

1. ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ไม่ทรมาน บรรเทาอาการเจ็บปวดจากโรค
2. ดูแลให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน เช่น การได้รับออกซิเจน อาหาร น้ำ การประกอบกิจกรรมที่สามารถทำได้ และการพักผ่อน

ให้การดูแลตอบสนองด้านจิตใจ โดย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการรับคำปรึกษาได้โดยสะดวก
2. ทีมสุขภาพให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม และให้เวลากับผู้ป่วย และญาติในการซักถามข้อสงสัยต่างๆรวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษา
3. ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ญาติอยู่ข้างเตียง

Dying

ดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดย

1. อนุญาตให้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อตามศาสนา เช่น ถวายสังฆทาน นิมนต์พระ
2. เปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง , ให้ญาติอ่านธรรมะ, อ่านคัมภีร์กล่าวน
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ค้างใจ
4. ส่งเสริมให้ญาติพูดคุยสรรเสริญความดีที่ผ่านมาของผู้ป่วย
5. เมื่อผู้ป่วยมี sign of dead ให้ญาติใช้บทพุดนำทาง
6. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแผ่เมตตาให้แก่ผู้ป่วย

Post – Dying

1. ให้ญาติอยู่กับผู้เสียชีวิตจนกระทั่งทุกคนยอมรับการสูญเสียได้
2. ถอดอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ออกจากตัวผู้เสียชีวิต
3. ดูแลอาบน้ำชำระร่างกายศพร่วมกับญาติ แต่งศพและเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ที่ญาติเตรียมไว้
4. ขอโทษสิกรรมศพ
5. ประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดขั้นตอนการรับศพ เช่น ติดต่อรถรับศพ อำนวยความสะดวกในการจอดรถ การรับใบแจ้งตาย

บทพูดนำทาง

คุณพยายามหายใจเข้าออกช้าๆ อย่างมีสติ (นะคะ/ครับ) สติจะทำให้คุณ.....รู้สึกสบายและมั่นใจ ขอให้คุณ.....
ระลึกถึง (สิ่งที่เคารพบูชา) ให้ท่านมาอยู่ตรงหน้า เปลี่ยนรัศมีสีทองอาบร่างกายคุณ.....
รัศมีของท่านเปรียบดังแสงสว่างที่จะช่วยนำทางให้คุณ.....เดินทางไปสู่จุดหมาย คุณ.....ไม่ต้องกลัว(นะคะ/ครับ) ขอให้
เดินทางอย่างมีสติ ในทางที่เดินอาจมีความมืด อาจรู้สึกอึดอัดอาจมีบางครั้งที่คุณรู้สึกวูบเหมือนตกจากที่สูงแต่คุณ.....ไม่ต้อง
กลัว (นะคะ/ครับ) สติจะช่วยให้คุณ.....ผ่านความรู้สึกนั้นไปได้ ความทุกข์และความอึดอัดกระสับกระส่ายจะแปร
เป็นความรู้สึกสงบอย่างที่คุณ.....ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน.....

บทขอโอฬารกรรม

ในนามของเจ้าหน้าที่ ICU ทุกคน ขอกล่าว ขอขมาต่อ คุณ.....โดยหากพวกเราได้กระทำสิ่งหนึ่ง
สิ่งใดที่เป็นการล่วงเกิน คุณ.....ในระหว่างการดูแลด้วยความตั้งใจอย่างสูงสุดของพวกเราแล้วนั้น
ขอให้คุณโอฬารกรรมให้แก่พวกเราด้วย
พวกเราทุกคนขอให้คุณ.....หลับให้สบายและไปสู่สุขคตินะค่ะ.

บทแผ่เมตตา

สัตว์ สัตตา

สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น

อะเวรา โหนตุ

จงเป็นสุข เป็นสุขเถิด อย่าได้มีเวรแก่กันและกันเลย

อัปยาปิขมา โหนตุ

จงเป็นสุข เป็นสุขเถิด อย่าได้เบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย

อนิมา โหนตุ

จงเป็นสุข เป็นสุขเถิด อย่าได้มีความทุกข์กายทุกข์ใจเลย

สุชี อัตตานัง ปะริหะรันตุ

จงมีความสุขกายสุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยทั้งสิ้นเถิด

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยวาระสุดท้าย

1. แพทย์ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่าผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นคืนชีพและได้รับการรักษาจนถึงที่สุดแห่งความเจ็บป่วย โดยในความเห็นของแพทย์นั้นมีหลักฐานยืนยัน
2. ญาติขอให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยไม่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ และไม่ให้อาหารฟื้นคืนชีพ
3. ญาติขอยุติการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดและขอนำผู้ป่วยกลับบ้าน

Signs of Dying

อาการที่บ่งบอกว่าร่างกายไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป

1. อ่อนเพลีย ง่วงซึม สติสัมปชัญญะลดลง
2. มือเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ การไหลเวียนเลือดลดลง
3. ปัสสาวะออกน้อยลง สีเข้มขึ้น
4. การหายใจผิดปกติ
5. กินดื่มลดลง กลืนลำบาก น้ำลายสอ Secretion ในลำคอมีจำนวนมากขึ้น
6. กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ประสาทหลอน
7. สติสัมปชัญญะช่วงสุดท้าย

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 25	ฉบับที่ 11
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0011		
เรื่อง การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพหรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติตัดสินใจการช่วยฟื้นคืนชีพและการแก้ไขปัญหาการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในแต่ละรายอย่างถูกต้อง ตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพคุณธรรมและกฎหมายที่สัมพันธ์กัน

2. ขอบข่าย

ในโรงพยาบาลสิชล

3. คำนิยามศัพท์

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) หมายถึง การปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ การช่วยหายใจ และการกระตุ้นหัวใจ โดยวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ

Mercy Killing (Eutanasia) หมายถึง การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เสียชีวิตไปอย่างสงบ

4. เอกสารอ้างอิง

ประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 (ความผิด) ลักษณะ 10 (ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย) หมวด 1 (ความผิด) มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่ 15-20 ปี

5. ผู้รับผิดชอบ

แพทย์พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

แจ้งแผนการรักษากับญาติและ หาข้อยุติร่วมกัน และปฏิเสธ Mercy Killing กับญาติทุกคนโดยอ้างประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ในกรณีผู้ป่วยเข้าข่ายสมองตาย ให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ของแพทยสภา แต่ทั้งนี้ต้องแจ้งให้ญาติทราบ

แพทย์ปฏิบัติการด้วยดุลยพินิจที่เหมาะสมแต่ละรายดังนี้

1. แจ้งแผนการรักษากับญาติและหาข้อยุติร่วมกันพร้อมทั้งบันทึกเวชระเบียน
2. ปฏิเสธ Mercy Killing กับญาติทุกคนโดยอ้างประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288
3. ในกรณีผู้ป่วยเข้าข่ายสมองตายให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ของแพทยสภา แต่ทั้งนี้ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ
4. ต้องเข้าใจการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน โดยไม่เขียน DNR (DO NOT RESUCITATION) ในใบสั่งการรักษา
5. ในกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรักษาต่อ หรือจะขอนำผู้ป่วยกลับบ้านให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามในใบแสดงเจตนาไม่สมัครใจรับการรักษาพยาบาล

ภาคผนวก

1. แบบฟอร์มการยืนยันปฏิเสธการรักษา

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 26	ฉบับที่ 12
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0012		
เรื่อง การผูกมัดผู้ป่วย		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัยและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
- 1.2 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด
- 1.3 เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ขอบข่าย

ครอบคลุมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลสิชล

3. คำนยามศัพท์

การผูกมัดร่างกาย หมายถึง การใช้อุปกรณ์ วัสดุ และเครื่องมือผูกมัดร่างกายผู้ป่วย เพื่อจำกัด การเคลื่อนไหวได้ อย่างเป็นอิสระที่จำเป็นต่อการรักษา หรือ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

4. เอกสารอ้างอิง

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อการผูกมัด และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิชล
(Evidence Base Practice Guideline Restraint Use : Implication for the Nurses. ฝ่ายการ พยาบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ 2551)

5. นโยบาย

ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้รับการผูกมัดทุกคนต้องได้รับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด

6. ความรับผิดชอบ

6.1 แพทย์มีหน้าที่ด้าน

- พิจารณาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการผูกมัด และเขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- อธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วย /ญาติทราบ

6.2 พยาบาลมีหน้าที่ด้าน

- ร่วมพิจารณาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการผูกมัด
- อธิบายเหตุผลการผูกมัดให้ผู้ป่วย / ญาติทราบ
- ปฏิบัติตามแนวทางการผูกมัด

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

7.1 ด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย

7.1.1 ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความจำเป็นในการผูกมัด เพื่อป้องกันความเสี่ยง ต่อการเกิดอันตรายจากการเลือกใช้วิธีการผูกมัด

7.1.2 ผู้ป่วยและญาติทุกรายต้องได้รับข้อมูลในการพิจารณาการใช้การผูกยึดและเซ็นยินยอมจากผู้ป่วย หรือญาติทุกราย (Consent form) อาจยกเว้นในกรณีเร่งด่วน จึงขอความยินยอมจากผู้ป่วย หรือ ญาติภายหลัง

7.2 ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการผูกยึด

7.2.1 อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการผูกยึด

7.2.2 อธิบายวิธีการปฏิบัติเพื่อการผูกยึด

7.2.3 อธิบายวิธีการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผูกยึด

7.3 ด้านการประเมินผู้ป่วยที่ต้องการ การผูกยึด (Physical Restraint)

7.3.1 วางแผนกำหนดระยะเวลาของการผูกยึดที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระยะเวลาของการผูกยึดครั้งละไม่เกิน 1 ชม.

7.3.2 เลือกชนิด และขนาดของอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ในการผูกข้อมือ/ ข้อเท้า/เอว ควรใช้วัสดุที่อ่อนนุ่ม พันรอบข้อมือ/ข้อเท้า/เอว ของผู้ป่วยก่อนที่จะใช้ ผ้าผูกยึดเพื่อลดการระคายเคือง และลดแรงกดทับผิวหนัง

7.4 การปฏิบัติการพยาบาลขณะผูกยึด ปฏิบัติดังต่อไปนี้

7.4.1 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที – 2 ชม.โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย แต่ละราย ตลอดเวลาที่มีการผูกยึดผู้ป่วย หากไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงตรวจเยี่ยม เพื่อประเมินอย่างน้อยระยะเวลา 1 ครั้ง

7.4.2 ต้องไม่ผูกแน่นหรือหลวมเกินไป สามารถตรวจสอบได้โดยการใช้สองนิ้ว คือ นิ้วชี้ และนิ้วกลาง สอดใต้ผ้าก่อนการผูกยึด และหากผูกแน่นเกินไปจะขัดขวางการ ไหลเวียนเลือดบริเวณอวัยวะส่วนที่ถูกผูกยึด และหากผูกหลวมเกินไปจะทำให้ อวัยวะที่ถูกผูกยึดเคลื่อนไหวเสียดสีกับอุปกรณ์ซึ่งอาจทำให้เกิดผิวหนังถลอกได้

7.4.3 คลายการผูกยึดผู้ป่วยทุก 2 ชม.ในเวลากลางวันและทุก 4 ชม.ในเวลากลางคืนอย่างน้อยครั้งละ 15-20 นาที เพื่อให้อวัยวะส่วนที่ถูกยึดได้มีการเคลื่อนไหวป้องกัน การเกิดกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง

7.4.4 ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ถูกยึดผู้ป่วยกับเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

7.4.5 เมื่อผู้ป่วยสงบลง หรือจากการประเมินของทีมผู้ดูแลทุก 2 ชม. ควรพิจารณาผูกยึด ต่อเนื่องหรือยกเลิกการผูกยึดผู้ป่วย

7.4.6 ให้การประคับประคองด้านจิตใจเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วย เข้าถึงความจำเป็นที่ต้องผูกยึด

7.4.7 ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่จะผูกยึด เพื่อให้ทราบลักษณะของผิวหนัง และการ ไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนนั้นภายหลังการผูกยึด

7.5 จัดบันทึกประเภท เหตุผลของการผูกยึด ขั้นตอน เวลาการผูกยึด เวลาที่ยกเลิกการผูกยึด โดยลงบันทึกใน Nurse's Note หรือ Patient care plan

8. ภาคผนวก

- Flow ขั้นตอนการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการผูกยึด
- แบบประเมินอาการแทรกซ้อนจากการผูกยึด

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 28	ฉบับที่ 13
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0013		
เรื่อง การแยกผู้ป่วย		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
- 1.2 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล

2. ขอบข่าย

- 2.1 ครอบคลุมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาลสิชล

3. ค นิยามศัพท์

การแยกผู้ป่วย หมายถึง วิธีการในการป้องกันการติดเชื้อโดยแยกตามลักษณะการแพร่กระจายของเชื้อโรคในโรงพยาบาล ได้แก่ ทางอากาศ (Airborne) ทางฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ (Droplet) และทางสัมผัส (Emtaet) ทั้งโดยตรงและทางอ้อม

4. เอกสารอ้างอิง

- 4.1 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : มาตรฐาน HA และ เกณฑ์พิจารณา : บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล กรุงเทพฯ : บริษัทไชร์ จำกัด, 2543
- 4.2 คู่มือ การควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลสิชล 2556

5. นโยบาย

- 5.1 ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้รับการแยกทุกคนต้องได้รับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด

6. ความรับผิดชอบ

6.1 แพทย์มีหน้าที่

- พิจารณาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องแยก
- อธิบายเหตุผลการแยกให้ผู้ป่วย /ญาติทราบ

6.2 พยาบาลมีหน้าที่

- ร่วมพิจารณาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องแยก
- อธิบายเหตุผลการแยกให้ผู้ป่วย /ญาติทราบ

- ดำเนินการแยกให้เป็นไปตามแนวทางในการแยกผู้ป่วยตามคู่มือ การควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสิชล 2556

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

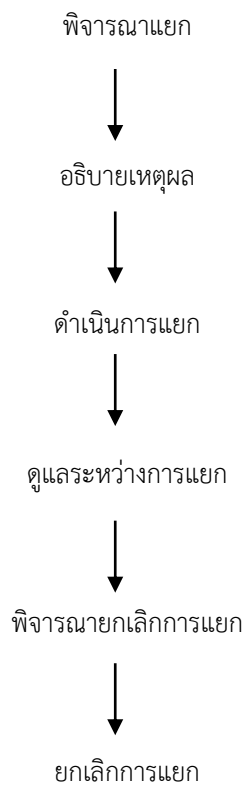
7.1 แพทย์และพยาบาลร่วมกันพิจารณาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการแยก พร้อมกับอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นบันทึกไว้ในเวชระเบียน และอธิบายวิธีการดูแลอย่างเหมาะสมของเจ้าหน้าที่ เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการแยกให้แก่ผู้ป่วย /ญาติผู้ป่วยทราบ

7.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการแยกยัต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ตามมาตรฐานการแยกผู้ป่วยตามคู่มือ การควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลสิชล 2556

7.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยถึงความพร้อมของการยกเลิกการแยก อย่างต่อเนื่องและเมื่อผู้ป่วยมีสภาพความพร้อมที่จะยกเลิกการแยก จะได้รับการยกเลิกจากเจ้าหน้าที่ทันที

8. ภาคผนวก

Flow ของการแยกผู้ป่วย



โรงพยาบาลสิชล	หน้า 30	ฉบับที่ 14
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0014		
เรื่อง การจัดการข้อร้องเรียน		
ฝ่าย/แผนก คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ บุคลากรโรงพยาบาลสิชลทุกระดับ	
ผู้จัดทำ คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม องค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน ขอเสนอแนะ ฟ้องร้อง จากการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือ การปฏิบัติงาน ของวิชาชีพต่างๆ มีการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อเป็นแนวทางขั้นตอนในการเจรจาต่อรองไกลเกลี่ย เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง
3. เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้สนใจและทบทวนข้อร้องเรียน ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

2. ขอบข่าย

การจัดการข้อร้องเรียนทั้งจากผู้รับบริการ และผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลสิชล อย่างเป็นระบบ

3. คำนิยามศัพท์

2.1 ข้อร้องเรียน หมายถึง คำร้องเรียนจาก ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ทั้งบุคลากรภายนอกหน่วย และภายใน ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งขอ ให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ

2.2 ขอเสนอแนะ หมายถึง คำร้องเพื่อแจ้งให้ทราบ หรือแนะนำ เพื่อการปรับปรุงระบบการบริการ สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

2.3 ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ, ประชาชนทั่วไป, องค์กรภาครัฐ, ภาคเอกชน, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้ติดต่อมายังโรงพยาบาล ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ ครอบคลุม การร้องเรียน/การให้ขอเสนอแนะ / การให้ข้อคิดเห็น / การชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล

2.4 ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน หมายถึง ช่องทางที่สามารถรับ/ส่งเรื่องร้องเรียนได้ ประกอบด้วย ทุรับเรื่องร้องเรียน ร้องเรียนด้วยตนเองที่ศูนย์รับเรื่องราວร้องทุกข์ ทางโทรศัพท์ผ่านประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาล หนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้องเรียนผ่านทาง web site และช่องทางอื่นๆ เช่น ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

2.5 การจัดการขอร้องเรียน หมายถึง การจัดการในเรื่อง ขอร้องเรียน /ขอเสนอแนะ / ขอดูความเห็น / คำชมเชย / การสอบถามหรือร้องขอข้อมูล

2.6 การเจรจาต่อรอง ไกลเกลี้ย ขึ้นตน หมายถึง การที่ทีมเจรจาต่อรองของหน่วยงาน เจรจาไกลเกลี้ย เฉพาะหน้า ก่อน เมื่อพบเหตุการณ์ที่มีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน

4. เอกสารอ้างอิง

5. นโยบาย

5.1 จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียน /ฟ้องร้อง ,บริหารจัดการขอ ร้องเรียน รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ ประสานงานดำเนินการ ตรวจสอบข้อมูล ข อเท็จจริงเบื้องต้น และจัดทำรายงานเสนอคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำเสนอพิจารณาใน การปรับปรุงเชิงระบบต่อไป

5.2 จัดตั้งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยด้านสาธารณสุขด้วยสันติวิธี มีหน้าที่ กำหนดนโยบายใน การเจรจาไกล่เกลี่ยด้านสาธารณสุขด้วยสันติวิธี กำกับ และติดตามประเมินผล รวมทั้งไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท/ ข้อขัดแย้ง ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

5.3 กำหนดให้มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน

1) ร้องเรียนผ่านทาง Internet ผ่าน QR code ของโรงพยาบาล และให้ผู้ดูแลระบบ รวบรวมข้อมูลมาที่ งานสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร เสนอต่อคณะกรรมการความเสี่ยงและงาน พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2) ร้องเรียนทางจดหมายถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3) ร้องเรียนด้วยตนเอง กรณีที่ไม่มีหนังสือร้องเรียน ให้มีการบันทึกรายละเอียดการร้อง เรียน พร้อมให้ ลงลายมือชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ รวบรวมข้อมูลมาที่งานสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

4) ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ให้มีการบันทึกรายละเอียด การร้องเรียน พร้อมให้บันทึกชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ รวบรวมข้อมูลมาที่งานสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร งาน พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

5) ตูรับเรื่องราวร้องเรียน ซึ่งติดตั้งอยู่หน้าหน่วยงานที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุก อาคารในโรงพยาบาล และให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการเก็บข้อมูลทุกสัปดาห์

6) ร้องเรียน ทางสื่อ สิ่งพิมพ์ / สื่อมวลชน ในงานประชาสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูลมาที่งาน สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

5.4 ทุกหน่วยงาน นำมาตรฐานเชิงนโยบาย เรื่อง “การจัดการขอร้องเรียน/ ขอเสนอแนะ / ฟ้องร้อง ของผู้รับบริการที่มีต่องานบริการ” ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ควบคุม กำกับ ติดตาม ในหน่วย งาน

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

6.1 ระดับหน่วยงาน

1) หัวหน้าหน่วยงานที่ได้รับเรื่องร้องเรียน จากทุกช่องทาง

1.1) ในกรณีทั่วไป แก้ปัญหาทันทีเพื่อลดการฟ้องร้องและให้ผู้รับบริการรู้สึกดีขึ้น

1.2) กรณีที่เกิดขึ้นซ้ำๆกัน บ่อยครั้ง และมีจำนวนมาก ให้วิเคราะห์สาเหตุสำคัญ และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดซ้ำ

1.3) กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง มีแนวโน้มที่จะมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น เช่น มีอุบัติการณ์ทางคลินิกที่รุนแรง เหตุการณ์ไม่พึงพอใจ เหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นต้น ให้ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในหน่วยงาน ประสานไปที่คณะกรรมการความเสี่ยง เพื่อประสานคณะกรรมการใกล้เคียงของโรงพยาบาล ให้มาดำเนินการเจรจาเพื่อยุติข้อขัดแย้ง และไกล่เกลี่ยเพื่อลดการฟ้องร้อง

2) มีการทบทวนคำร้องเรียน เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

3) รายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการ ภายในเวลาที่กำหนด ผ่านงานพัฒนาคุณภาพ

6.2 คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร งานพัฒนาคุณภาพ

6.2.1) รับและส่งข้อมูล/เรื่องร้องเรียน ให้คณะกรรมการความเสี่ยง เพื่อดำเนินการตามระบบการจัดการความเสี่ยงแต่ละระดับ

6.2.2) คณะกรรมการความเสี่ยง ประสานงานระหว่างผู้ร้องเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อลดความขัดแย้ง หรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ให้เกิดความเข้าใจที่ดี

6.2.3) คณะกรรมการความเสี่ยง ดำเนินการพิจารณา แบ่งระดับความรุนแรง คัดแยกข้อมูลประเภทเรื่อง ตรวจสอบข้อมูล ขอเท็จจริง

6.2.4) บันทึก/สรุปข้อมูลการร้องเรียน ผลการปรับปรุงที่ได้รับจากหน่วยงาน และจัดทำรายงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

6.3 คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย

6.3.1) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทันที กรณีที่มีปัญหาข้อขัดแย้ง และหรือมีแนวโน้มจะเกิดข้อร้องเรียน / ฟ้องร้อง เพื่อหาช่องทางประนีประนอม แก้ไขปัญหา หรือยุติข้อขัดแย้ง

6.3.2) ดำเนินการเจรจาไกล่เกลี่ย ตามขั้นตอนและกระบวนการ จนสามารถยุติได้

4.3.3) จัดทำรายงานความเห็น และขอเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องที่ร้องเรียนเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และรายงานผู้อำนวยการต่อไป

8. ภาคผนวก

- Flow chart การบริหารข้อร้องเรียน โรงพยาบาลสิชล

- แบบฟอร์มการรายงานข้อร้องเรียนในระดับต่างๆ

โรงพยาบาลสิชล	หน้า 34	ฉบับที่ 15
คู่มือปฏิบัติงานเลขที่ WI-ETH-0015		
เรื่อง แนวทางการให้การรักษาก่อนและหลังตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี		
ฝ่าย/แผนก งานสุขภาพจิต/เอดส์/ยาเสพติด, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ องค์กรแพทย์, องค์กรพยาบาล, หอผู้ป่วยใน, ICU, ER, OPD, Lab, ห้องยา, กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	
ผู้จัดทำ งานสุขภาพจิต/เอดส์/ยาเสพติด และคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ผู้อนุมัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล	
วันที่จัดทำ 30 กันยายน 2565	ทบทวนครั้งที่ 3	

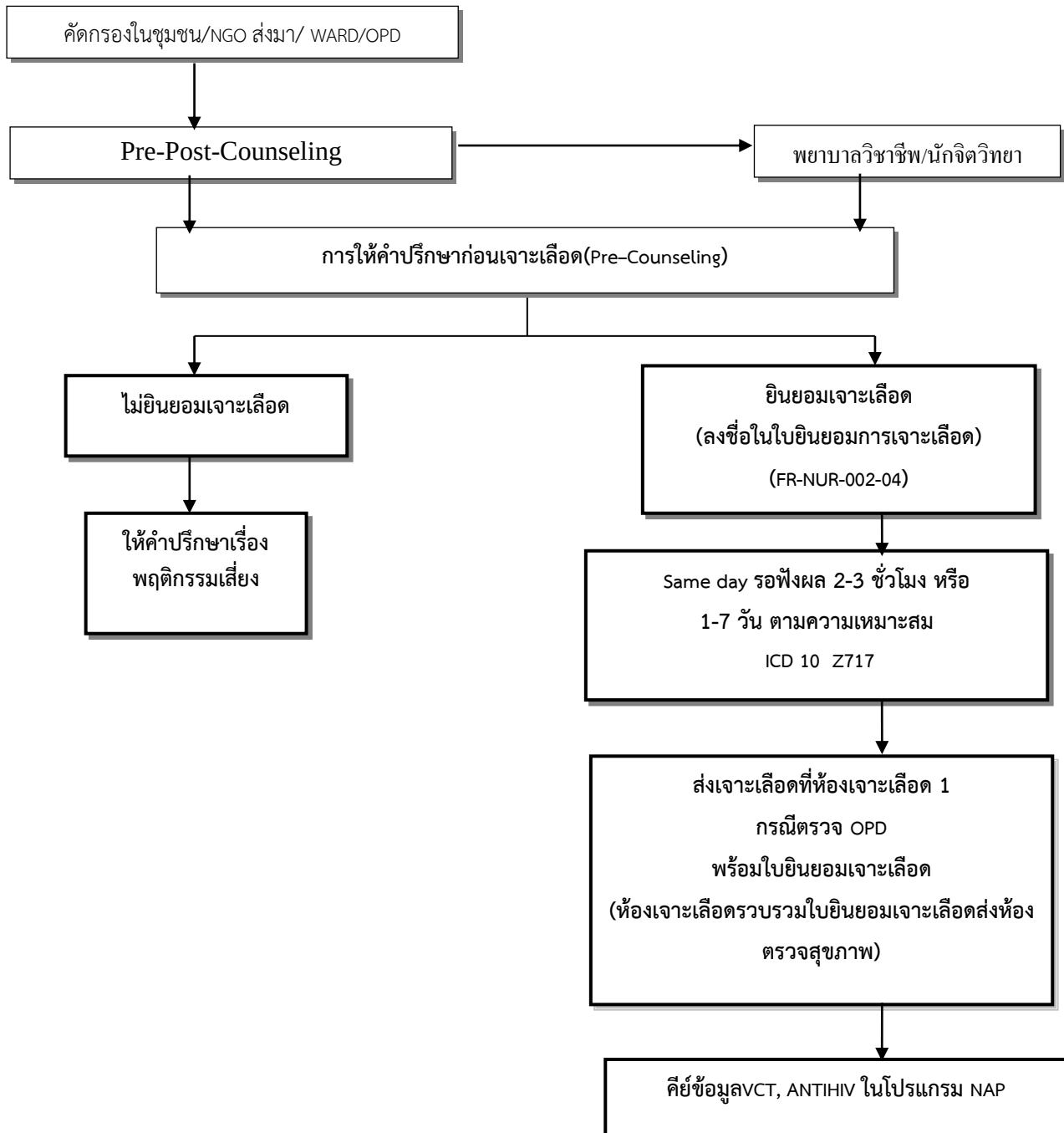
1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม เคารพสิทธิผู้ป่วย
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการให้การปรึกษาแต่ละหน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องและเป็นไปในทางเดียวกัน

2. วิธีปฏิบัติ

1. ขั้นตอนการให้การรักษาก่อนและหลังตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

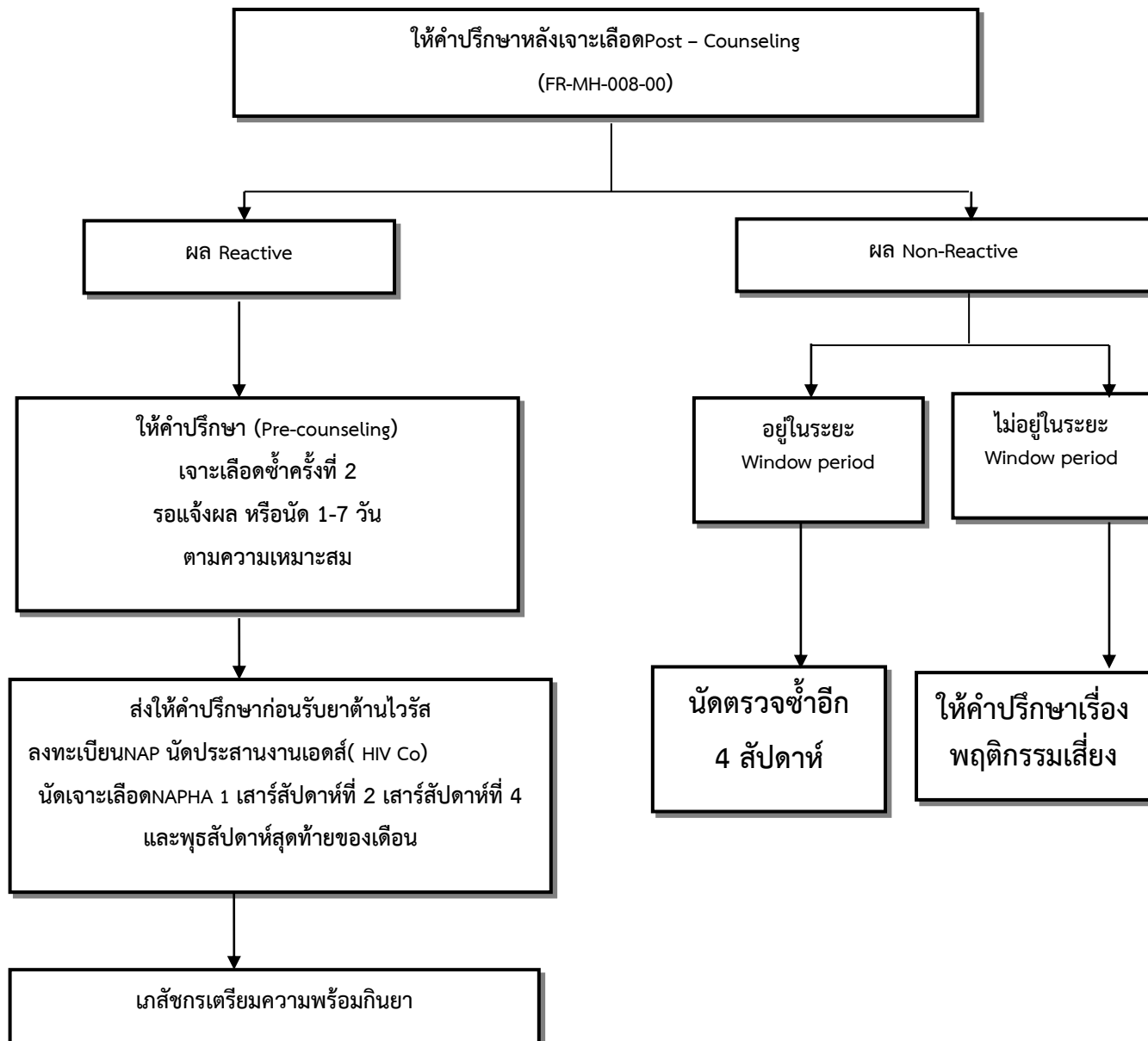
ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอ วี
(ตามแนวทางการให้คำปรึกษา)



หมายเหตุ

* การรายงานผล สามารถดูได้ใน Hosxp เฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาต

*Pre-Post counseling ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาคนเดียวกัน ยกเว้นกรณีจำเป็น หรือแพทย์



หมายเหตุ

- * การรายงานผล สามารถดูได้ใน Hosxp เฉพาะผู้ที่ได้อนุญาต
- * Pre-Post counseling ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาคนเดียวกัน ยกเว้นกรณีจำเป็น หรือแพทย์

ภาคผนวก

แบบบันทึกการให้บริการพยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพก่อน/หลังตรวจเลือดเอชไอวี

หน่วยบริการปรึกษาสุขภาพโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัน/เดือน/ปี.....

เริ่มให้บริการเวลา..... สิ้นสุดการให้บริการ.....

ข้อมูลทั่วไป ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. HN.....

เลข ปชช.....ที่อยู่.....โทร. โรคประจำตัว.....

อาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส/อยู่ด้วยกัน ☐ สมรส/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ อื่น ๆ ระบุ.....การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช. ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรีขึ้นไปศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ..... เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ พม่า ☐ อื่น ๆประเภทผู้รับบริการ ☐ OPD ☐ IPD ☐ ER ☐ สามีหญิงตั้งครรภ์ ☐ MSM ☐ ในเครือข่าย ☐ นอกเครือข่ายประเด็นปัญหาที่มารับการปรึกษา ☐ ต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ☐ แพทย์ส่งตรวจหาเชื้อเอชไอวีประวัติการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ☐ ไม่เคย ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อ..... ผลการตรวจ.....

การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด	การให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือด
ประเมินความเสี่ยง ☐ มีภาวะเสี่ยง ☐ MSM ☐ เพศสัมพันธ์ homo/hetcro..... ☐ ใช้/เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ☐ คลอดจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ☐ ไม่มีภาวะเสี่ยง ☐ ตรวจสอบแผนการรักษา/ก่อนทำหัตถการ ☐ อื่น ๆ ประเมินความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ☐ มีความรู้/มีความเข้าใจ ☐ ไม่มีความรู้/ความเข้าใจ ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ/อารมณ์/การยอมรับต่อผลการตรวจ ☐ พร้อมฟังผล ☐ ยังลังเล /วิตกกังวล ☐ อื่น ๆ	ผลการตรวจ ☐ Negative/Non reactive (ประเมินwindow period เข้า) ☐ Positive/Reactive (วิธี ☐ rapid test ☐ GPA ☐ Elisa) ประเมินด้านจิตใจ/อารมณ์/การยอมรับ การเข้าใจปัญหา วางแผนการดูแลช่วยเหลือ/รักษา การเปิดเผยผลเลือดต่อสมาชิกในครอบครัว ☐ พร้อมเปิดเผย.....(ระบุชื่อ-สกุล) (ความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องเป็น.....) ☐ ไม่พร้อมเปิดเผย ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การออกกำลังกาย ☐ โภชนาการ ☐ การจัดการความเครียด ☐ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ☐ แจกถุงยางอนามัย ☐ อื่น ๆ
ลงชื่อ..... (ลายมือชื่อผู้ป่วยยินยอมตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี) ลงชื่อ..... (ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยยินยอมตรวจเลือดเอชไอวี) (เกี่ยวข้องเป็น.....)	ประเมินผลหลังให้การปรึกษา ☐ ผ่อนคลาย ☐ ยังวิตกกังวล ☐ มีแนวทางในการดูแลตนเอง ☐ ยังไม่มีแนวทางในการดูแลตนเอง ลงชื่อ..... (ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้แทนรับทราบผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแล้ว)
วันนัดฟังผลการตรวจเลือด/...../.....	การดูแลต่อเนื่อง ☐ นัดตรวจซ้ำวันที่/...../..... ☐ ยุติการบริการ ☐ ส่งต่อ.....
พยาบาลผู้ให้บริการ..... หน่วยงาน.....	พยาบาลผู้ให้บริการ..... หน่วยงาน.....

หน่วยงานให้บริการ.....รหัสสถานบริการ.....

การขอรับบริการ ☐ ๑. ความรุนแรง ☐ ๒. ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

(7)

การตรวจประเมินทางสังคม ตามบัญชีปัญหาทางสังคม(Social problem list).....

การช่วยเหลือ

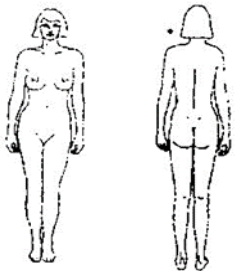
การติดตามเยี่ยมบ้าน

แผนที่เยี่ยมบ้าน

ผู้บันทึก(ตัวบรรจง).....วันเดือนปี...../...../.....

Medical record

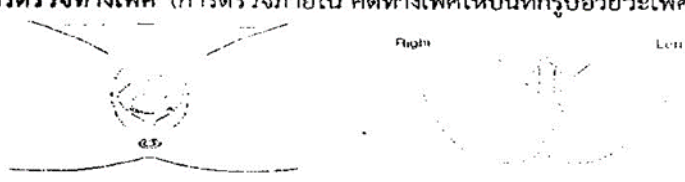
การตรวจร่างกาย



น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ประวัติ LMP

การตรวจร่างกาย.....

การตรวจทางเพศ (การตรวจภายใน ศติทางเพศให้บันทึกรูปอวัยวะเพศ)



Labia minora.....Introitus.....

Hymen ☐ myrtiform ☐ intact ☐ tear (old/new)o'clock

ตรวจภายใน(ถ้าใส่ speculum)Vagina ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

Cervix ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

Discharge ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

PV (ถ้าทำ) Uterus ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

การรักษา

ยาป้องกันการตั้งครรภ์.....

ยาป้องกันการติดเชื้อ.....

ยาป้องกันการติดเชื้อ HIV.....

ความคิดเห็นของแพทย์.....

.....

.....

.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....วัน/เดือน/ปี...../...../.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Pregnancy test	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
Sperm	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
Acid phosphates	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
HIV Ab	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
Vag.SmearGram Strain	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
VDRL	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
HBV Ab,Ag	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
HCV Ab	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ
อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บวก	☐ ลบ	☐ ไม่ตรวจ

บันทึกการติดตามผล

.....

.....

.....

ผู้บันทึก(ตัวบรรจง).....วัน/เดือน/ปี...../...../.....

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพ (ตอบเฉพาะสตรี) ☐ ปัญหาความพิการ ☐ ปัญหาโรคเรื้อรัง ☐ ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	ข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์
ข้อมูลด้านสุขภาพเด็ก (ตอบเฉพาะเด็ก) ☐ ปัญหาความพิการ ☐ ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ☐ ปัญหาโรคเรื้อรัง ☐ ได้รับการดูแลสุขภาพ (กรณีเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง) ☐ การได้รับวัคซีน ☐ สภาวะทางโภชนาการ ☐ ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ..... ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	
ข้อมูลด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล (ตอบเฉพาะเด็ก) ☐ ปัญหาความพิการทางกาย ☐ ปัญหาโรคเรื้อรัง ☐ ปัญหาทางจิตเวช ☐ ปัญหาทางเศรษฐกิจ/มีหนี้สิน ☐ ปัญหาด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล ☐ ติดสุรา ☐ การใช้ยาเสพติด ☐ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	
ปัจจัยเสี่ยงด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (ตอบเฉพาะเด็ก) ☐ ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการเล่นการพนัน/มีหนี้สิน ☐ ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ☐ ในชุมชนมีร้านเกม คาราโอเกะ ผับ บาร์ ☐ เด็กหญิงนอนรวมในห้องเดียวกันกับญาติพี่น้องผู้ชาย ☐ ในชุมชนหรือในครอบครัวมีพฤติกรรมทำสิ่งผิดกฎหมาย ☐ ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการใช้แรงงานเด็ก	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	
ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของเด็ก (ตอบเฉพาะเด็ก) ☐ เกเรหรือซ่มเซงรังแกผู้อื่น ☐ มั่วสุมก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ☐ เล่นการพนันหรือมั่วสุมในวงการเล่น ☐ เสพสุรา สูบบุหรี่ เสพยาเสพติดให้โทษ หรือของมีเมา ☐ ซื้อหรือขายบริการทางเพศ ☐ ประพฤติตนไปในทางชั่วช้า หรือลามกอนาจาร ☐ ต่อต้านหรือท้าทายคำสั่งสอนของผู้ปกครอง ☐ ไม่เข้าเรียนในโรงเรียน หรือสถานศึกษา	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	

๓. ข้อมูลทางสังคม

4

สถานภาพครอบครัว

- ☐ พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ☐ พ่อแม่แยกกันอยู่ ☐ พ่อแม่หย่าร้าง ☐ พ่อ/แม่เสียชีวิต
☐ พ่อ/แม่มีครอบครัวใหม่ ☐ พ่อแม่ไปทำงานที่อื่น ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ขณะนี้อาศัยอยู่กับใคร

- ☐ พ่อแม่ ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ คู่สมรส ☐ คู่สมรสและบุตร ☐ เฉพาะบุตร
☐ อยู่คนเดียว ☐ เพื่อน ☐ แฟน ☐ ญาติ ☐ พ่อเลี้ยง ☐ แม่เลี้ยง
☐ นายจ้าง ☐ พ่อแม่บุญธรรม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๔. ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรง

๔.๑ ประวัติการถูกกระทำรุนแรง

ครั้งแรก (ระบุ วัน เดือน ปี)..... เคยถูกกระทำมาก่อน จำนวน..... ครั้ง (ในรอบปีที่ผ่านมา)

๔.๒ ความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ พี่น้อง ☐ ญาติ ☐ พ่อบุญธรรม
☐ แม่บุญธรรม ☐ พ่อเลี้ยง ☐ แม่เลี้ยง ☐ ลูกสาว/ลูกชาย/ลูกเลี้ยง ☐ ผู้ดูแล/ผู้อุปการะ
☐ แฟน ☐ สามิ/ภรรยา/คู่เพศทางเลือก ☐ เพื่อน ☐ เพื่อนร่วมงาน
☐ เพื่อนบ้าน ☐ ครู ☐ นายจ้าง ☐ ลูกจ้าง ☐ พระ/นักบวช
☐ คนไม่รู้จัก/คนแปลกหน้า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๔.๓ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ผู้กระทำ	ผู้ถูกกระทำ
☐ สิ่งกระตุ้น ☐ สุรา ☐ เสพยาบ้า/สารเสพติด ☐ สื่อลามก	☐ สิ่งกระตุ้น ☐ สุรา ☐ เสพยาบ้า/สารเสพติด ☐ สื่อลามก
☐ สัมพันธภาพในครอบครัว ☐ นอกใจ/หึงหวง ☐ ทะเลาะวิวาท ☐ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	☐ สัมพันธภาพในครอบครัว ☐ นอกใจ/หึงหวง ☐ ทะเลาะวิวาท ☐ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว
☐ สภาพแวดล้อม ☐ พื้นที่เสียง/เปลี่ยว ☐ ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย	☐ สภาพแวดล้อม ☐ พื้นที่เสียง/เปลี่ยว ☐ ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย
☐ ปัญหาเศรษฐกิจ ☐ ว่างาน ☐ ยากจน ☐ หนี้สิน ☐ การพนัน	☐ ปัญหาเศรษฐกิจ ☐ ว่างาน ☐ ยากจน ☐ หนี้สิน ☐ การพนัน
☐ ปัญหาสุขภาพกาย ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ พิกัด	☐ ปัญหาสุขภาพกาย ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ พิกัด
☐ ปัญหาสุขภาพจิต ☐ ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ☐ ปัญหาทางพฤติกรรม ☐ ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ	☐ ปัญหาสุขภาพจิต ☐ ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ☐ ปัญหาทางพฤติกรรม ☐ ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ
☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ อื่นๆ ระบุ.....

๔.๔ สาเหตุหลักของการกระทำรุนแรง

- ☐ ทางร่างกาย ☐ ทางเพศ ☐ ทางจิตใจ ☐ การละเลยทอดทิ้ง ☐ ล้อลวง/บังคับแสวงหาประโยชน์ (ค้ำมนุษย์)

๔.๕ ลักษณะของการกระทำรุนแรงที่นำมาสู่การขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ทางร่างกาย
- ☐ ใช้กำลัง
 - ☐ ใช้อาวุธ/สิ่งของ/อุปกรณ์/สารเคมี
 - ☐ มอมยา/มอมสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ทางเพศ
- ☐ มีการสัมผัสร่างกาย
 - ☐ มีการกระทำชำเรา
 - ☐ โดยสมัครใจ
 - ☐ โดยไม่สมัครใจ
 - ☐ กระทำอนาจารโดยไม่มีการกระทำชำเรา
- ☐ ไม่มีการสัมผัสร่างกาย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ให้เด็กแสดงหรือดูภาพ/วิดีโอลามก
 - ☐ การให้เด็กเปิดเผยของสงวน
 - ☐ การเปิดเผยของสงวนให้เด็กดู
 - ☐ อื่นๆ
- ☐ ทางจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ กักขังหน่วงเหนี่ยว/จำกัดอิสรภาพ
 - ☐ ปฏิเสธ ดูถูกเหยียดหยาม ทำให้ไม่มีคุณค่า
 - ☐ ช่มชู้ทำให้หวาดกลัวทะเลาะ
 - ☐ การเจตนาไม่สนใจ
 - ☐ ทะเลาะ/ทำร้ายร่างกายกันต่อหน้าเด็ก
 - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ การละเลยทอดทิ้ง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ละเลยในการจัดสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกาย/สุขภาพ
 - ☐ ละเลยในการดูแลอารมณ์ความรู้สึกหรือขาดการให้ความสนใจอย่างพอเพียง
 - ☐ การทิ้งไว้ในที่สาธารณะ
 - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ล้อลวง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ ใช้แรงงานเด็ก
 - ☐ ค้ำมนุษย์
 - ☐ การค้าประเวณี
 - ☐ การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น
 - ☐ การนำคนมาขอทาน
 - ☐ การบังคับต่อวัยวุฒิเพื่อการค้า
 - ☐ การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือสื่อลามก
 - ☐ การเอาคนมาเป็นทาส
 - ☐ การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ
 - ☐ การขูดรีดบุคคลไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

๕. บริการทางการแพทย์

การประเมินและการช่วยเหลือ

หัวข้อ	ร่างกาย	จิตใจ	เพศ	สังคม
การประเมิน	☐ การตรวจลักษณะการบาดเจ็บกรณีถูกทำร้ายร่างกาย ☐ การตรวจประเมินอายุ	☐ ตรวจประเมินด้านจิตใจ ☐ ประเมิน PTSD ☐ Psycho test ☐ IQ test	☐ การตรวจทางเพศ	☐ ประเมินครอบครัว ☐ ประเมินปัญหาทางสังคม ☐ ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำ ☐ ประเมินความพร้อมกลับสู่สังคม
การช่วยเหลือ	☐ การดูแลการบาดเจ็บทางด้านร่างกายทั่วไป ☐ การส่งพบแพทย์เฉพาะทาง	☐ Counseling ☐ Psycho Therapy ☐ รักษาด้วยยา ☐ Family Therapy ☐ บำบัดความคิดและพฤติกรรม (CPT) ☐ อื่นๆระบุ.....	☐ การได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์ ☐ การได้รับยาป้องกันการไวรัสเอดส์ ☐ การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	☐ ให้คำปรึกษาด้านสวัสดิการสังคม ☐ ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ☐ Family counseling ☐ Psycho – Social Support ☐ Psycho – Social Education ☐ ประสานการประชุมทีมสหวิชาชีพ ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ ส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ ประสานส่งต่อ ระบุ.....

☐ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB)

☐ การช่วยเหลืออื่นๆ โปรดระบุ.....(เช่น ในรับรองแพทย์)

๖. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๖.๑ ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
๖.๓ แท้งมาแล้ว.....ครั้ง

๖.๒ จำนวนบุตรตลอดชีวิต.....คน
๖.๔ อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์

๗. สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๗.๑ สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

☐ ปัญหาจากการคุมกำเนิด

- ☐ ยาเม็ดคุมกำเนิด
- ☐ ยาฝังคุมกำเนิด
- ☐ ใส่ห่วงอนามัย
- ☐ หลังข้างนอก

☐ ยาฉีดคุมกำเนิด

☐ ถุงยางอนามัย

☐ ทำหมัน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ปัญหาการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการกระทำความผิดทางกฎหมาย

☐ กระทำชำเราเด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี

☐ กระทำชำเราบุคคลอายุเกินกว่า ๑๕ ปี

๗.๒ ปัจจัยประกอบการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ปัญหาสุขภาพกาย

- ☐ การตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมารดา
- ☐ โรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายต่อแม่และเด็ก

☐ ปัญหาสุขภาพจิต

- ☐ มารดามีความเครียดจากการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- ☐ มารดามีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญา

☐ ปัญหาครอบครัว/สังคม/เศรษฐกิจ

- ☐ ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ
- ☐ มีประวัติหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว
- ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ☐ อาชีพไม่เหมาะกับการเลี้ยงดูเด็ก
- ☐ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อการเลี้ยงดูบุตร

☐ ครอบครัวไม่ยอมรับ

☐ ปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตร

☐ เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

☐ ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อสังคมได้

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ปัญหาอื่นๆ ระบุ.....

๘. การให้การปรึกษาทางเลือก

☐ ให้ ☐ ไม่ให้

๙. ผลการตัดสินใจของผู้รับบริการหลังให้การปรึกษาทางเลือก

ตั้งครรภ์ต่อ ฝากครรภ์ ระบุสถานที่.....	☐ ไม่ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน ☐ ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ต้องการบ้านพักระหว่างการตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด ☐ ต้องการยกบุตรให้ผู้อื่นอุปการะ ☐ ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ ระบุ..... ☐ ต้องการฝากบุตรไว้ชั่วคราวหลังคลอด ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
ยุติการตั้งครรภ์ ☐ ยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล ☐ ส่งต่อ/แนะนำเครือข่ายยุติการตั้งครรภ์	☐ ไม่ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน ☐ ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ ให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ ☐ ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิด ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๐. ผลการรักษา

- ☐ สิ้นสุดการบริการ
☐ เสียชีวิต

- ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ
☐ ติดตามไม่ได้

- ☐ ปฏิเสธการรับบริการ
☐ ส่งต่อไปรักษายังหน่วยงานอื่นๆ ระบุ.....

๑๑. ผลการวินิจฉัยจำแนกตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-๑๐ TM, ICD-๙ CM)

- ๑๑.๑ Principal Diagnosis.....
๑๑.๓ Complication.....
๑๑.๕ External cause of injury.....

- ๑๑.๒ Co-morbidity.....
๑๑.๔ Other Diagnosis.....
๑๑.๖ Operation room procedure.....

๑๒. การช่วยเหลือและการวางแผนดูแล

๑๒.๑ การได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์

☐ ได้รับ

☐ ไม่ได้รับ

๑๒.๒ การได้รับยาป้องกันไวรัสเอดส์

☐ ได้รับ

☐ ไม่ได้รับ

๑๒.๓ การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

☐ ได้รับ

☐ ไม่ได้รับ

๑๒.๔ Psychological Record ☐ จิตแพทย์

☐ นักจิตวิทยา

๑๒.๕ Social Record ☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ พยาบาล

ผู้บันทึก(ตัวบรรจง).....วันเดือนปี...../...../.....

๑๓. ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาผู้ถูกกระทำรุนแรงครั้งนี้

โรงพยาบาล ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด.....บาท

๑๔. ข้อมูลด้านกฎหมาย

☐ ไม่ได้แจ้งความ

☐ แจ้งความ

วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....

สถานีตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ร้อยเวร ชื่อ.....

แนวทางการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยที่ถูกกลืนละเมิดทางเพศอายุ < 12 ปี

แรกรับ วันที่ _____	การรักษา
<u>ส่งตรวจ</u> - CBC with platelet - BUN, Cr, LFT - UPT - HBsAg, VDRL, Anti HIV PV - wet smear, gram strain - Acid phosphatase * กรณีมีภาวะเร่งด่วนหรือภาวะทางจิตเวชให้ admit หรือนัดห้องให้คำปรึกษาวันถัดไป	- Ceftriaxone 125 mg IM stat - Azithromycin 20 mg/kg oral single dose (max 1gm) (อายุมากกว่า 8 ปี ให้ Doxycycline 100 mg oral bid 7 วัน) - Metronidazole 15 mg/kg/day oral tid 7 วัน - HBV vaccine 0-2-6 mo. (กรณีประวัติรับวัคซีนไม่ครบหรือไม่แน่ชัด) - Levonorgestrel (0.75mg) 1 tab stat ภายใน 72 ชม then 1 tab หลังจากนั้น 12 ชม (กรณีเด็กมีประวัติประจำเดือนแล้ว) - AZT200mg/m ² /dose q 12 ชม+Lamivudine 4 mg/kg/dose q12ชม + LPV/r (กรณีอายุ < 3ปี) หรือ Efavirenze (กรณีอายุ >3ปี) × 28 วัน (การให้ต้าน HIV ให้พิจารณาตามความเสี่ยงของแหล่งสัมผัส)
นัดติดตาม 2 สัปดาห์ วันที่ _____ <u>ส่งตรวจ</u> - CBC with platelet - BUN, Cr, LFT - UPT, VDRL (พิจารณาตามความเสี่ยงของแหล่งสัมผัสและผู้ป่วย)	- ส่งคลินิกให้คำปรึกษา - พบกุมารแพทย์ - พังผล lab
นัดติดตาม 1 เดือน วันที่ _____ <u>ส่งตรวจ</u> - Anti HIV - UPT, HBsAg, VDRL (พิจารณาตามความเสี่ยงของแหล่งสัมผัสและผู้ป่วย)	- ส่งคลินิกให้คำปรึกษา - พบกุมารแพทย์ - พังผล acid phosphatase
นัดติดตาม 3 เดือน วันที่ _____ <u>ส่งตรวจ</u> - Anti HIV	- ส่งคลินิกให้คำปรึกษา + พบกุมารแพทย์
นัดติดตาม 6 เดือน วันที่ _____ <u>ส่งตรวจ</u> - Anti HIV	- ส่งคลินิกให้คำปรึกษา + พบกุมารแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล _____

แบบบันทึกเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ (ห้ามทิ้งเพื่อการรักษา)

ตามพรบ. แก่ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28)

และข้อบังคับแพทยสภาตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2564 (เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานที่สถานบริการ)

➤ จงเติมคำหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ข้อมูลนี้จะมีผลต่อการพิจารณาในการรักษา และจะเก็บเป็นความลับ

ชื่อ-สกุล (ผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม) _____ อายุ _____ ปี เลขที่บัตรประชาชน / HN (กรณีต่างตัว) _____

อายุครรภ์ _____ (สัปดาห์) ☐ LMP ☐ U/S ☐ ตรวจภายใน G_P_A Alive _____ เคยทำแท้ง _____

การคุมกำเนิด ☐ กินยาคุม ☐ ฉีดยาคุม ☐ ผังยา ☐ ทำหมัน ☐ ใส่ห่วงคุมกำเนิดอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

ประวัติสุขภาพ อดีต : ☐ ไม่มี ☐ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ☐ โรคอื่นๆ (ระบุ) _____

เคยผ่าตัดทางสูติรีเวช ☐ C/S ☐ myomectomy (ผ่าตัดที่ตัวมดลูก) ☐ ท่อนอกมดลูก ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

ปัจจุบัน : ☐ โรคทางอายุรศาสตร์ ระบุ _____ (thyroid, SLE, หิด, โด) ☐ โรคหัวใจ ระบุ _____

☐ โรคเลือด/ หรือโรคที่ทำให้เลือดหยุดยาก ☐ โรคอื่น ระบุ _____

ยาที่ใช้อยู่: ระบุ _____ (เช่น ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น aspirin, warfarin)

ประวัติการแพ้ยา ระบุ _____

ข้อห้ามในการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ มีประวัติแพ้ยา Mifepristone/Misoprostol ☐ Inherited Porphyria

☐ โรคไตเรื้อรัง ☐ ท่อนอกมดลูก

ข้อพึงระวังในการใช้ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ ☐ ใช้ยา corticosteroid นาน, โรคหืด ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคไต

☐ ภาวะโลหิตจางรุนแรง ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ มีห่วงอนามัยในมดลูก ☐ มีแผลเป็นที่มดลูก

การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เคยพยายามทำแท้งมาก่อน: ☐ ไม่มี ☐ มี (วิธีการ _____)

ได้รับคำปรึกษา/ส่งตัวมาจาก _____

ระบุเหตุผลของหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ (แพทย์สรุป) ☐ ปัญหาสุขภาพกาย ☐ ปัญหาสุขภาพจิต ☐ พารกติการ

☐ ความผิดทางเพศ ☐ ต้องการยุติ ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

T _____ P _____ R _____ BP _____ มี/ไม่มี ซีดมี/ไม่มี เหลือง ☐ อื่นๆ ระบุ _____

Heart ☐ ปกติ ☐ ถ้าผิดปกติ ระบุ _____ Lungs ☐ ปกติ ☐ ถ้าผิดปกติ ระบุ _____

Abdomen ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ _____ คลำพบ _____ (ยอดมดลูก หรือก้อน) แผลผ่าตัดเก่า ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) _____

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ระบุความผิดปกติ) _____

เลือกช่องที่ตรงกับ มาตรา 305

อนุ 1 สุขภาพหญิง ☐ สุขภาพทางกาย ระบุโรค _____

☐ สุขภาพทางจิต ผลตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q _____ คะแนน (โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีคะแนน > 19 คะแนน)

☐ อนุ 2 พารกติอย่างง่ายที่มีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง ระบุความผิดปกติ _____

☐ อนุ 3 การกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ ☐ อนุ 4 อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

☐ อนุ 5 อายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์

แพทย์คนที่สองที่เห็นชอบ กรณี อนุ 1-สุขภาพทางจิต หรือ อนุ 2 ชื่อ _____

บันทึกข้อเท็จจริงกรณีความผิดเกี่ยวกับเพศ (เช่น วันที่เกิดเหตุ) _____

หลังการ Counseling แล้วหญิงเลือกยุติการตั้งครรภ์โดย

☐ ใช้ยา Mifepristone/Misoprostol, Medabon ☐ ใช้ยา Misoprostol ☐ MVA ☐ EVA ☐ อื่นๆ

(ระบุ) _____

การคุมกำเนิดที่ได้ _____

การติดตามผลการรักษา

☐ แท้งครบ ☐ แท้งไม่ครบ

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) _____

ระบุ (ว.ศ.ป.) (ระบุ) _____

ชื่อ/ ลงนามแพทย์ผู้ให้บริการ _____ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____



ใบยินยอมรับการยุติการตั้งครรภ์

ข้าพเจ้า ค.ณ./นางสาว/นาง (ชื่อ-สกุล)..... เบอร์โทรศัพท์.....
 สนใจที่จะรับบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้ทราบข้อมูลและทำความเข้าใจ กระบวนการ วิธีการยุติการตั้งครรภ์ ผลข้างเคียงที่
 อาจเกิดขึ้น แล้ว และได้สอบถามพร้อมทั้งได้รับคำอธิบายจากผู้ให้บริการ เป็นที่พอใจแล้ว
 ยินยอมยุติการตั้งครรภ์ ☐ ด้วยยา ☐ เครื่องสูดสุญญากาศ ☐ อื่น ๆ เช่น.....

ลงนามผู้รับบริการ.....
 กรณีที่ผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปี อาจได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองดูแลด้วยก็ได้
 ลงนาม..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล
 ลงนาม..... พยาน
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงนามแพทย์ผู้ยุติการตั้งครรภ์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
 รพ. / คลินิก..... จังหวัด.....

(ส่วนนี้ใช้) เฉพาะกรณีมีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศ

ข้าพเจ้าประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดทางเพศจริง ตามข้อเท็จจริงที่ให้กับแพทย์
 ลงนาม ค.ณ./นางสาว/นาง (ชื่อ-สกุล).....
 พยาน.....
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หนังสือยินยอมรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลิซล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตัวเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือ ศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายชื่อแทน)

ชื่อผู้ป่วย เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)

เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลิซลเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. หอผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น/ปัญหา/อาการป่วยที่เป็นอยู่

เหตุผล/ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษ ☐ สังเกตอาการ ☐ ให้การรักษาโดยยา/สารน้ำ

☐ ทำหัตถการ (ระบุ)..... ☐ วินิจฉัยเพิ่มเติม (ระบุ).....

☐ อื่นๆ (ระบุ)

รายละเอียดแนวทางการรักษาโดยสังเขป

ระยะเวลาในการรักษา (โดยประมาณ) วัน

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบาย จากบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลลิซล ถึงปัญหาและโรค รวมถึงเหตุผลหรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลลิซล หรือส่งต่อไปรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันควร และ ข้าพเจ้าได้ซักถามโดยปราศจากข้อสงสัยและเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลลิซลสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการตรวจวินิจฉัย หรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการรักษาครั้งต่อไปของข้าพเจ้า ในการนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานในวันเดือนปีที่กล่าวข้างต้น

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถตัดสินใจแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ

(.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเกี่ยวข้องกับของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ (ระบุ)

(.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

(.....) ตำแหน่ง (.....) เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เวลา น.

ชื่อ.....	ageปี
HN.....	AN สิทธิ
W	P :

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนารับการรักษาโดยการผ่าตัด/ผ่าตัด โรงพยาบาลสิชล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตัวเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือ ศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายชื่อแทน)

ชื่อผู้ป่วย เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)

เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสิชลเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. หอผู้ป่วย

ชื่อหัตถการ/การผ่าตัด :

ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการหรือผ่าตัด

เหตุผล/ความจำเป็นในการทำหัตถการ/ผ่าตัด : ☐ เพื่อการรักษา ☐ วินิจฉัยเพิ่มเติม ☐ อื่นๆ (ระบุ)

รายละเอียดแนวทางการรักษาโดยสังเขป

ทางเลือกของการรักษา/ข้อดี/ข้อเสีย.....

ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน.....

ระยะเวลาในการรักษา (โดยประมาณ) วัน

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม จากบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสิชล ถึงการเปลี่ยนแปลงการตรวจวินิจฉัย หรือแผนการรักษา และ ข้าพเจ้าได้ซักถามโดยปราศจากข้อสงสัยและเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสิชลสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานแห่งวิชาชีพ

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถตัดสินใจแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ

(.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ (ระบุ)

(.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

(.....) ตำแหน่ง (.....) เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เวลา น.

ชื่อ.....	age	ปี
HN.....	AN	สิทธิ
W	P :	

แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป โรงพยาบาลสิชล

Pre-operative evaluation and preparation

แพทย์	พยาบาลที่เตรียมผู้ป่วย	ทีมผ่าตัด/วิสัญญีพยาบาล	สหวิชาชีพ
☐ History taking ☐ Physical exam ☐ Investigation ☐ CBC ☐ U/A ☐ CXR ☐ BUN,Cr,LFT ☐ EKG ☐ Other ☐ Electrolyte อื่นๆ <u>Diagnosis</u> <u>Advice</u> ☐ Indication for surgery ☐ Choice of treatment ☐ Counselling risks <u>Antibiotic prophylaxis</u> ☐ Ampicillin ☐ Metronidazole ☐ Gentamycin ☐ Non	☐ V/S T=..... P=..... BP=..... RR=..... ☐ BW=.....Kgs ☐ IV ชนิด.....Rate..... ☐ Lab (ที่ได้ผลแล้ว)..... ☐ G/M Bl.gr..... ☐ NPO เวลา..... ☐ Other Pre-counselling ☐ แจ้งห้องผ่าตัดเพื่อ Set OR. ☐ Ward Orentation ☐ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด ☐ เซ็นต์ใบยินยอมผ่าตัด ☐ เก็บของมีค่า ☐ ถอดฟันปลอม (ถ้ามี) ☐ ทำความสะอาดร่างกาย ☐ Prep skin ☐ SSE ☐ Unison ☐ Vg douch ☐ Retained Fowley cath ☐ Retained NG Tube ☐ Pre-Medication ☐ Pre-op antibiotic ☐ Void ก่อนไป OR. ☐ ติดป้ายชื่อ ☐ อื่นๆ..... ☐ สิ่งที่ให้มากับผู้ป่วย ได้แก่.....	☐ ประวัติการผ่าตัด / รับ ยาระงับความรู้สึก ☐ โรคประจำตัว ☐ สูบบุหรี่,สารเสพติด ☐ ประวัติการใช้ยา/แพ้ยา ☐ ประเมิน Air way ☐ ประเมินระบบไหลเวียน ☐ ระบบทางเดินหายใจ ☐ ASA.classification ☐ ให้ข้อมูลและคำแนะนำ เกี่ยวกับการดมยาสลบ ☐ Pre-anesthetic Problem	☐ Bl. gr..... ☐ G/M จำนวน.....Unit Signature..... ☐ ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ สิทธิการรักษา Signature..... ☐ ให้คำปรึกษากรณีมีปัญหา เรื่องการใช้ยา Signature..... <u>สิทธิการรักษา</u> ☐ UC ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคม ☐ พ.ร.บ. ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
Signature.....	Signature.....	Signature.....	Signature.....

Pre-operative problem and plan of management.....

.....

Intra-operative problem.....

operative period

แพทย์	ทีมผ่าตัด/เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	วิสัญญีพยาบาล
☐ Operative note (finding , procedure) ☐ Intra-op complication ☐ yes ☐ no ☐ Drainage ☐ Primary Closure ☐ Delay Suture ☐ Post-op diag..... ☐ Specimen for pathology.....	☐ เตรียมความพร้อมเครื่องมือ ☐ จัดทำผู้ป่วย ☐ เตรียมผิวหนัง ☐ ตรวจสอบ เครื่องมือ อุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต ก่อนและหลังผ่าตัด ☐ เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ	<u>Anesthetic</u> ☐ GA ☐ SA ☐ LA ☐ Other Anesthetic Problem ☐ No ☐ Yes

หนังสือไม่ยินยอมรับการตรวจรักษาพยาบาล ทำหัตถการ ผ่าตัด โรงพยาบาลสิชล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน

ในฐานะ: ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตัวเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือ ศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายชื่อแทน)

ชื่อผู้ป่วย เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)

เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสิชลเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. หอผู้ป่วย

ปัญหา/อาการป่วยที่เป็นอยู่

แนวทางการรักษา.....

ผลเสีย/ผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ยินยอมตรวจรักษาพยาบาล ทำหัตถการ ผ่าตัด รักษา.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับปัญหา/อาการของโรคที่เป็นอยู่ แนวทางให้การรักษา ตลอดจนผลเสีย/ผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ยินยอมตรวจรักษาพยาบาล ทำหัตถการ ผ่าตัดจากบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสิชล และได้พิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้วโดยปราศจากข้อสงสัย ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา

☐ ไม่สมัครใจรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่สมัครใจให้ผู้ป่วยรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

☐ ไม่สมัครใจผ่าตัด หรือ ทำหัตถการ ☐ ไม่สมัครใจให้ผู้ป่วยผ่าตัด หรือ ทำหัตถการ

อนึ่ง หากมีความเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ/หรือ ความบกพร่องของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสิชล ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ (ระบุ)

(.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

(.....) ตำแหน่ง (.....) เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เวลา น.

ชื่อ.....	age	ปี
HN.....	AN	สิทธิ
W	P :	