

แผนการดำเนินงานกรณีระบบสารสนเทศล่ม  
โรงพยาบาลกลาง (Business Continuity Plan : BCP)

จัดทำโดย

กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

# งานเทคโนโลยีสารสนเทศและพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

## คำนำ

ด้วย โรงพยาบาลกลาง ได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริการจัดการภายในองค์กรและสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อความสะดวกในการใช้งานและความสะดวกในการสร้างข้อมูลสารสนเทศ อันมีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาองค์กร การบริหารจัดการองค์กร และการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งข้อมูลสารสนเทศต่างๆ จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นองค์กรจึงจำเป็นต้องมีการจัดการฐานข้อมูล การเฝ้าระวัง การจัดเก็บและการดูแลรักษาข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้ เกิดความมั่นคงปลอดภัย และมีความพร้อมในการที่จะนำข้อมูลสารสนเทศดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง “Business Continuity Plan : BCP” ในการนำไปใช้งานต่อไป และคาดหวังว่าแผนบริหารความต่อเนื่องเล่มนี้ จะเป็นแนวทางในการบริหารความต่อเนื่องของการปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤต และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แผนการดำเนินการกรณีระบบสารสนเทศล่ม โรงพยาบาลกลาง.....	๑
๑. วัตถุประสงค์ .....	๑
๒. นิยาม ระดับเหตุการณ์.....	๒
๓. โครงสร้างการบังคับบัญชาแผนบริหารงานต่อเนื่องระบบสารสนเทศ.....	๓
๔. Time Line แผน BCP .....	๔
๕. จุดรับแจ้งเหตุ .....	๕
๖. ขั้นตอนประกาศแผน BCP .....	๕
๗. แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน.....	๖
งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก.....	๖
ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD).....	๖
ห้องจ่ายยา.....	๗
ห้องการเงิน.....	๗
ห้องตรวจพยาธิวิทยาคลินิก (Lab).....	๗
ห้องตรวจเอกซเรย์ (X-Ray) .....	๘
ผู้ป่วยใน (ward) .....	๘
ศูนย์คอมพิวเตอร์ .....	๘
๘. การทดสอบแผนความต่อเนื่อง (Testing The Plan) .....	๑๘
๙. การรายงานผล บันทึกข้อความสรุปรายงาน .....	๑๘
<b>เอกสารประกอบ</b>	
เอกสาร ๑ ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่.....	๒๑
เอกสาร ๒ ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และใบนำทาง .....	๒๒
เอกสาร ๓ แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา ผ่าตัด หัตถการ.....	๒๓
เอกสาร ๔ แบบบันทึกยินยอมให้การรักษา หัตถการ โรงพยาบาลกลาง.....	๒๔
เอกสาร ๕ แบบบันทึกทางการพยาบาล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน.....	๒๕
เอกสาร ๖ แบบประเมินคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลกลาง.....	๒๖
เอกสาร ๗ ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT) .....	๒๗
เอกสาร ๘ แบบบันทึกคำรับรองต่างๆ โรงพยาบาลกลาง.....	๒๘
เอกสาร ๙ แบบบันทึกคำสั่งแพทย์(IPD) .....	๒๙

## แผนการดำเนินการกรณีระบบสารสนเทศล่มโรงพยาบาลกลาง (Business Continuity Plan : BCP)

แผนบริหารงานความต่อเนื่อง Business Continuity Plan : BCP จัดทำขึ้น เพื่อให้หน่วยงานภายในโรงพยาบาลกลาง สามารถนำไปใช้ในการตอบสนอง และปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤติ หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร โดยไม่ให้การดำเนินงานต้องหยุดลง หรือไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง การที่หน่วยงานไม่มีกระบวนการรองรับให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อหน่วยงานในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการให้บริการทางระบบงานคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย ด้านการพัฒนาสารสนเทศ ด้านการเข้าช่วยเหลือเพื่อซ่อมบำรุงอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์ ด้านการให้บริการระบบอินเทอร์เน็ตกับ ดังนั้นการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้หน่วยงานสามารถรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่คาดคิดและทำให้กระบวนการสำคัญ สามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างปกติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

กรอบแนวทางการดำเนินการเตรียมความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต ๔ ขั้นตอน คือ

๑. การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาลกลาง
๒. การเตรียมความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดทำแผนรองรับการดำเนินภารกิจการให้บริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP)
๓. การซักซ้อมแผนและนำไปปฏิบัติได้จริง
๔. การจัดการหลังเกิดภัย

โดยแนวคิดการบริหารความต่อเนื่องของหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ คือ การควบคุมดูแลและป้องกันทรัพยากรที่สำคัญต่อการดำเนินงานหรือการให้บริการ เพื่อสร้างประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้รับบริการ

### ๑. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารความต่อเนื่อง
- ๒.๒ เพื่อให้หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสภาวะวิกฤตตามแผนที่ได้กำหนดไว้
- ๒.๓ เพื่อลดผลกระทบจากการหยุดชะงักในการดำเนินงานหรือการให้บริการ
- ๒.๔ เพื่อบรรเทาความเสียหายให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

## ๒. นิยาม ระดับเหตุการณ์

ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วย ไม่สามารถใช้งานได้ แบ่งเป็น ๓ รหัสปฏิบัติการ ได้แก่

๑. รหัส “IT THalang ๑” หมายถึง ระบบสารสนเทศหลักขัดข้องชั่วคราวสามารถแก้ไขได้ภายใน ๑๕ นาที ให้ User ทุกระดับหยุดการบันทึกข้อมูลเข้าระบบ และรอประกาศ ต่อไป

๒. รหัส “IT Thalang ๒” หมายถึง ระบบสารสนเทศหลักขัดข้องไม่สามารถแก้ไขภายใน ๑๕ นาที ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานในกรณีระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานได้

๓. รหัส “IT Thalang cancel” หมายถึง ยกเลิกรหัสปฏิบัติการ IT Thalang ๑ และ IT Thalang ๒ ระบบสามารถใช้งานได้ปกติ

กรณีสามารถแก้ไขปัญหาได้ภายใน ๑๕ นาที รายงานสถานการณ์ต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับทราบในโอกาสแรกถึงการประเมินความรุนแรงในเบื้องต้นและแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังนี้

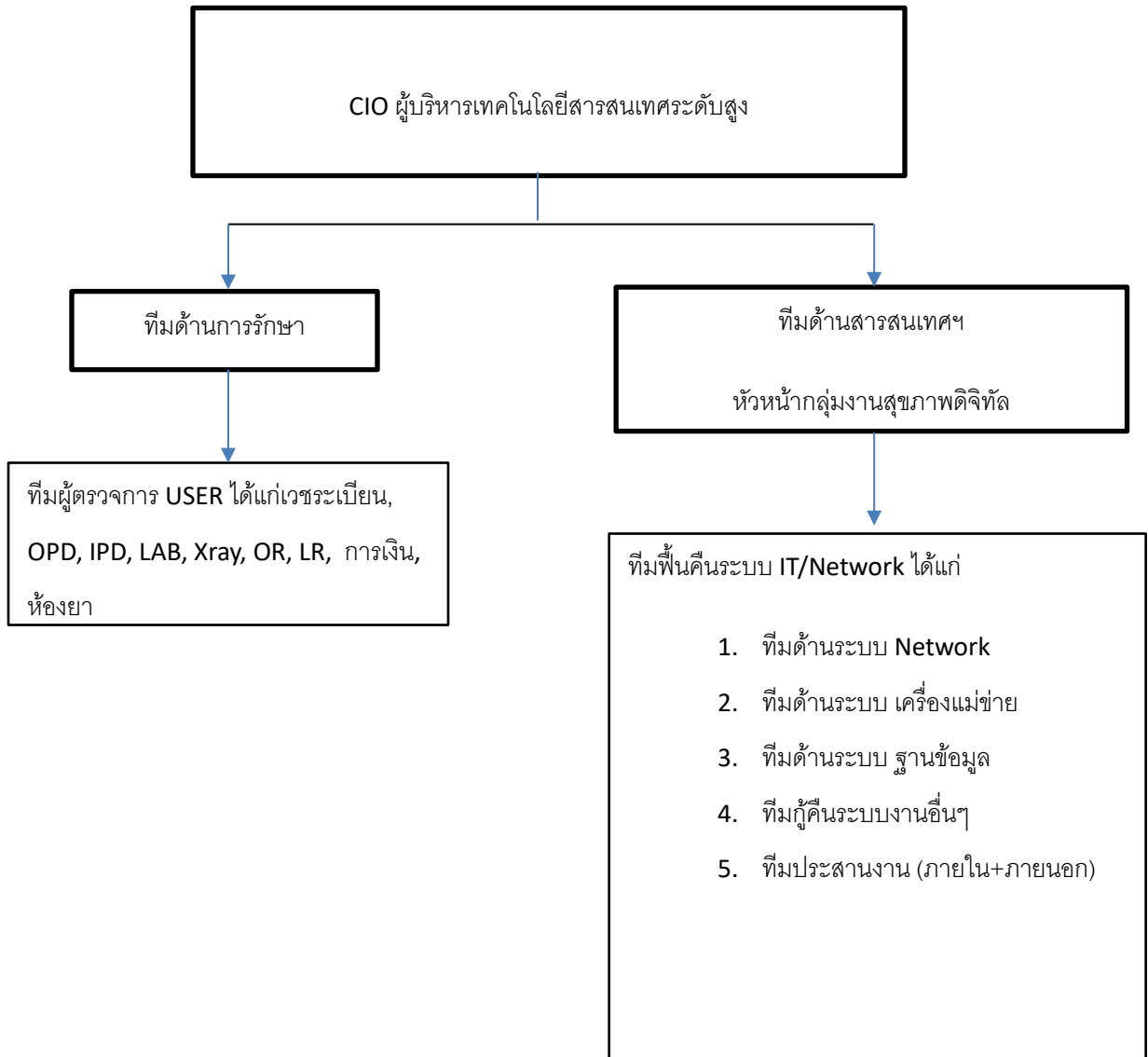
๑. แจ้งผู้ใช้งานทราบ โดยประชาสัมพันธ์ประกาศเสียงตามสาย

- กรณีปัญหาเกิดจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้งโรงพยาบาล/บางจุด/ บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ ๑๕ นาที” (ตัวอย่าง)

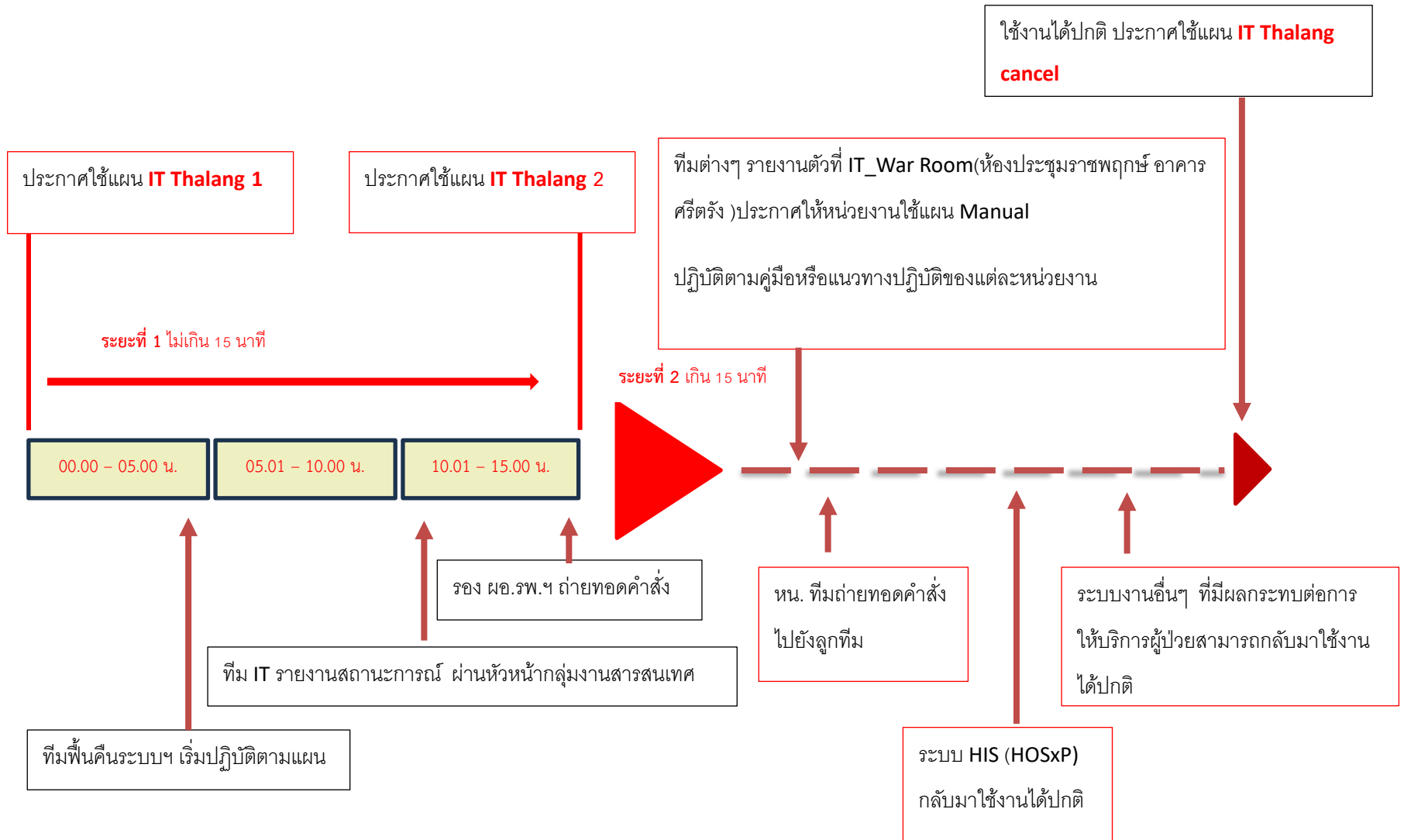
๒. ประเมินสถานการณ์เป็นระยะ

๓. หน่วยงานต่างๆ ยังสามารถปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยได้ตามปกติ โดยจะรอใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเมื่อใช้งานได้ หรือใช้ระบบ Manual ก็ได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วย (กรณี Manual หากมีค่าใช้จ่ายใดเกิดขึ้น ต้องนำข้อมูลการให้บริการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง)

๓. โครงสร้างการบังคับบัญชาแผนบริหารงานต่อเนืองระบบสารสนเทศ



#### ๔. Time lime



## ๕. จุดแจ้งเหตุ

๑. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานที่เกิดเหตุแจ้ง เจ้าหน้าที่งานศูนย์คอมพิวเตอร์ (Help Desk) ติดต่อ โทรศัพท์ ภายใน ๒๒๒

๒. เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์วิเคราะห์เหตุการณ์เบื้องต้นพร้อมประเมินระยะเวลาในการแก้ไข รายงาน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล หรือผู้อำนวยการด้านสารสนเทศ (Chief Information Officer ; CIO) รับทราบและ รายงานสถานการณ์เบื้องต้น

๓. กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล ประกาศใช้แผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบสารสนเทศล่ม ดำเนินการตามแผน ฉุกเฉินระบบ

๔. ศูนย์คอมพิวเตอร์แจ้ง/สื่อสารและประชาสัมพันธ์ ประกาศแจ้งให้ผู้มาใช้บริการและเจ้าหน้าที่รับทราบ ความปัญหาและการดำเนินการแก้ไขของระบบสารสนเทศล่ม อาจได้รับความล่าช้าหรือได้รับความสะดวกน้อยลง ขออภัยมา ณ ที่นี้ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

๕. ภายหลังจากสิ้นสุดแผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบสารสนเทศล่ม ให้แต่ละจุดบริการดำเนินการลง บันทึกรายงานข้อมูลย้อนลงเข้าสู่ระบบตามแผน กลุ่มงานสารสนเทศร่วมประเมินความเสียหาย และสรุปเพื่อ รายงานต่อ ผู้บริหาร

## ๖. ขั้นตอนประกาศแผน BCP

๑. เมื่อระบบสารสนเทศเกิดขัดข้อง ทางศูนย์คอมพิวเตอร์ตรวจสอบ หรือได้รับแจ้งจากหน่วยงาน ต่างๆ (User) ที่ใช้งาน ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์เร่งตรวจสอบสาเหตุอย่างเร่งด่วน

๒. เมื่อพบสาเหตุแล้ว ให้วิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และประเมินระยะเวลาที่จะต้อง ดำเนินการแก้ไขระบบ จากนั้นให้แจ้งหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ (CEO) เพื่อประกาศแผนรหัสปฏิบัติการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม

a. หากพบว่าปัญหาหรือสาเหตุนั้นต้องใช้ระยะเวลาภายใน ๑๕ นาที ให้ประกาศใช้

รหัส “IT Thalang ๑” โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทาง เสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้ง โรงพยาบาล/บางจุด/ บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ ๑๕ นาที” (ตัวอย่าง)

b. หากพบว่าปัญหาหรือสาเหตุนั้นต้องใช้ระยะมากกว่า ๑๕ นาที ให้ประกาศใช้

รหัส “IT Thalang ๒” โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทาง เสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ ให้แจ้งว่า “ขณะนี้ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขัดข้องใช้งานไม่ได้ (ทั้ง โรงพยาบาล/บางจุด/ บริเวณ.....) เจ้าหน้าที่กำลังดำเนินการแก้ไข ใช้เวลาในการดำเนินการแก้ไข ประมาณ ... นาที” (ตัวอย่าง)



๓. หลังจากที่ประกาศ รหัส “IT Thalang ๒” เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์แก้ไขปัญหา และระบบสามารถใช้งานได้ตามปกติ แล้วให้ประกาศใช้ รหัส “IT Thalang ๓” (เข้าสู่ภาวะปกติ) ” โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ แจ้งงานงานประชาสัมพันธ์ ให้ ออกประกาศประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายให้ประชาชนรับทราบ “ .....

๔. ให้ทุกหน่วยงานหลังจากประกาศ รหัส “IT Thalang ๒” ปฏิบัติตามแนวทางของแต่ละหน่วยงาน พร้อมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องย้อนหลังในระหว่างระบบสารสนเทศล่มไม่สามารถใช้งานได้ ให้ครบถ้วนในของการให้บริการภายใน ๒๔ ชั่วโมง

#### ๗. แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน กรณีระบบสารสนเทศล่ม งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. กรณีบัตรใหม่ : ให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรทำการชั่งประวัติผู้ป่วยใหม่ตามแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลให้ครบถ้วน
๓. กรณีบัตรเก่า : คำนประวัติผู้ป่วยเก่าตามหมายเลข HN ของบัตรประจำตัวโรงพยาบาลผู้ป่วย
๔. ออกใบสั่งยาชั่วคราวพร้อมกรอกรายละเอียดของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ชื่อ-สกุล, เลข HN, เลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก, ลงสิทธิการรักษาผู้ป่วย (ในกรณีที่ทำประวัติ) (ในกรณีที่ทราบข้อมูล)
๕. ส่งประวัติผู้ป่วยพร้อมใบสั่งยาชั่วคราวส่งห้องตรวจต่างๆ
๖. ห้องบัตรลงทะเบียน HN ผู้ป่วยที่ส่งห้องตรวจต่างๆ ในสมุดทะเบียน
๗. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรลงทะเบียนผู้ป่วยส่งตรวจรักษาในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนที่ลงบันทึกไว้

#### ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD)

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. พยาบาลหน้าห้องตรวจชั่งประวัติผู้ป่วย และเขียนบันทึกลงในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยให้มีรายละเอียดครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย
๓. แพทย์บันทึกการรักษาในแฟ้มเวชระเบียน โดยให้มีรายละเอียดครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย
๔. ในกรณีมีการสั่ง Lab, X-ray ให้แพทย์เขียนรายละเอียดการสั่งในแฟ้มเวชระเบียน และใบสั่งตรวจ
๕. แพทย์บันทึกคำวินิจฉัยโรค และรายการสั่งยา ลงในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และใบสั่งยา

๖. พยาบาลหน้าห้องตรวจลงทะเบียนผู้ป่วยที่มีมารับบริการในคลินิก ในสมุดทะเบียน
๗. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้พยาบาลหน้าห้องตรวจลงรายละเอียดการตรวจรักษาผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนที่ลงบันทึกไว้ และเพิ่มเวชระเบียนที่ลงบันทึกการตรวจรักษาไว้ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

### ห้องจ่ายยา

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. เกสซ์กรจัดยา และจ่ายยาตามใบสั่งยา ของแพทย์
๓. แยกใบสั่งยาไว้ลงข้อมูลย้อนหลัง
๔. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่เกสซ์กรห้องจ่ายยาลงรายละเอียดการสั่งยาในโปรแกรม HOSxP จากใบสั่งยาที่แยกเก็บไว้ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

### ห้องการเงิน

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. เจ้าหน้าที่การเงินเก็บเงินค่าบริการตามใบสั่งยา โดยอ้างอิงค่าใช้จ่ายจากราคาการให้บริการของกรมบัญชีกลาง และออกใบเสร็จโดยเขียนรายละเอียดให้ครบถ้วนให้ผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่การเงินลงทะเบียนรับเงิน และออกใบเสร็จในสมุดทะเบียนการเงิน
๔. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่การเงินลงรายละเอียดการรับเงินในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการเงิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

### ห้องตรวจพยาธิวิทยาคลินิก (Lab)

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยาคลินิกรับรายการส่งตรวจ Lab จากใบส่งตรวจ หรือในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
๓. ลงทะเบียนการส่ง Lab พร้อมรายละเอียดการส่ง ในสมุดทะเบียนการส่ง Lab
๔. คำนวณ และบันทึกค่าบริการทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานราคากรมบัญชีกลางทั้งหมดลงในใบส่งตรวจ
๕. ดำเนินการเจาะเก็บตัวอย่าง Speciment ของผู้ป่วย จากนั้นดำเนินการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการ LIS
๖. พิมพ์รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ พร้อมรับรองผลการตรวจวิเคราะห์ จากนั้นส่งให้แพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยส่ง Lab มา

๗. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่พยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุข Lab ในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการสั่ง Lab จากนั้นให้ตรวจสอบดูว่ามี การโอนข้อมูลผล Lab จากระบบ LIS กลับเข้ามาในระบบ HOSxP ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

### ห้องตรวจเอกซเรย์ (X-Ray)

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์รับรายการสั่งตรวจ X-Ray จากใบสั่งตรวจ หรือในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย
๓. ลงทะเบียนการสั่งตรวจ X-Ray พร้อมรายละเอียดการสั่ง ในสมุดทะเบียนการสั่ง X-Ray
๔. คำนวณ และบันทึกค่าบริการทางห้องเอกซเรย์ตามมาตรฐานราคากรมบัญชีกลางทั้งหมดลงใน ใบสั่งตรวจ
๕. ส่งผู้ป่วยเข้าเครื่องถ่ายภาพเอกซเรย์
๖. เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ตรวจสอบคุณภาพฟิล์ม พร้อมรายงานส่งภาพถ่ายเอกซเรย์ในระบบ Pack หรือส่งฟิล์มเอกซเรย์ให้ผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ดูประกอบการวินิจฉัย
๗. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ ลงทะเบียนการสั่งเอกซเรย์ในโปรแกรม HOSxP จากสมุดทะเบียนการสั่ง ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

### หอผู้ป่วยใน (Ward)

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP ไม่สามารถใช้งานได้
๒. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงรายละเอียดการตรวจรักษาตามมาตรฐานและให้ครบถ้วนในแฟ้ม เวชระเบียนผู้ป่วยใน
๓. ในกรณีมีผู้ป่วย Admit ใหม่ในระหว่างโปรแกรม HOSxP ใช้งานไม่ได้ เมื่อระบบโปรแกรม HOSxP ใช้งานได้ปกติ ให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยในให้ศูนย์ Admit ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง
๔. ในกรณีผู้ป่วยมีการสั่ง Lab, X-Ray, Set ผ่าตัด ให้เขียนลงในใบ Order แล้วจึงส่งผู้ป่วยไปตรวจ ตามคำสั่งแพทย์
๕. เมื่อระบบโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วย HOSxP สามารถใช้งานได้ปกติ ให้พยาบาลประจำหอ ผู้ป่วยลงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยย้อนหลังในโปรแกรม HOSxP จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

## หน่วยงานศูนย์คอมพิวเตอร์

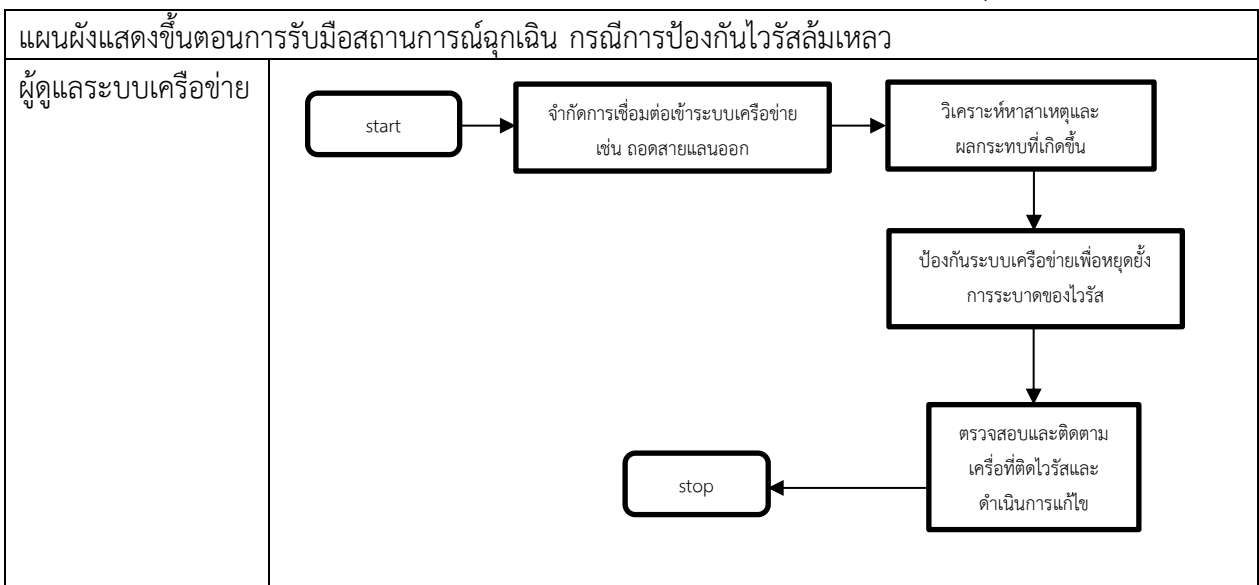
๑. การตรวจสอบหาสาเหตุของระบบสารสนเทศล่ม เพื่อให้ทราบถึงการใช้ที่ไม่สามารถใช้งานได้ ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เกิดเมื่อไหร่และประเมินระยะเวลาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขระบบอย่างไรแล้วใช้เวลาเท่าไร จากนั้นให้ศูนย์คอมพิวเตอร์แจ้งหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามลำดับ เพื่อประกาศแผนรหัสแผน รหัส “IT Thalang ๑” หรือ รหัส “IT Thalang ๒” และรหัส “IT Thalang ๓”

## ๒. แผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์

### ๒.๑ สถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์ที่เกิดจากความขัดข้องด้านเทคนิค

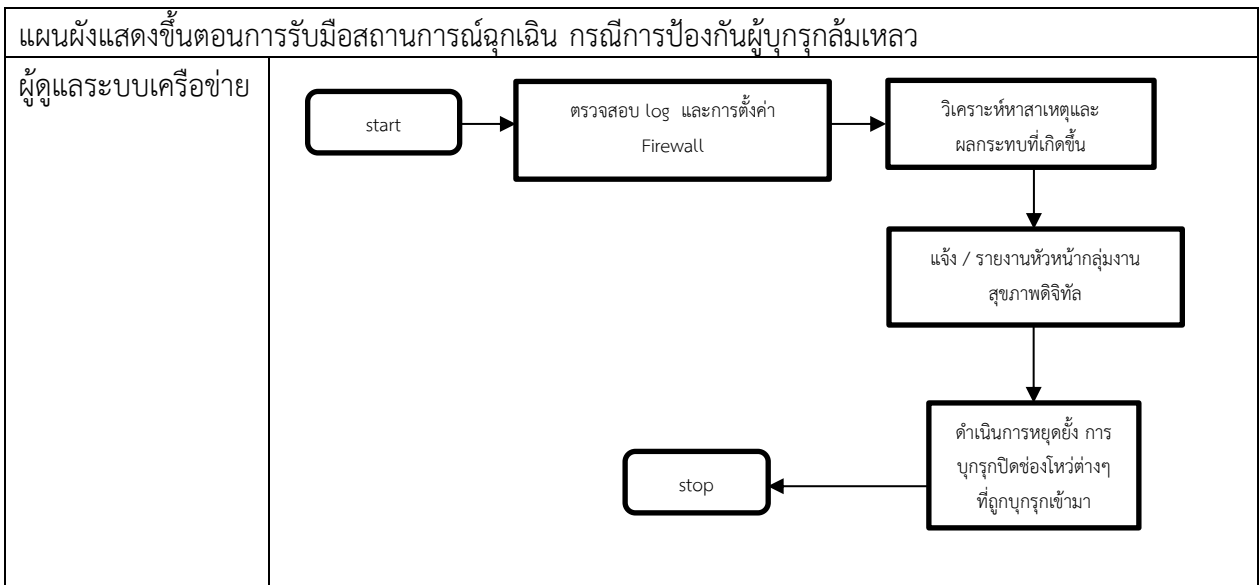
#### ๒.๑.๑ กรณีการป้องกันไวรัสล้มเหลว

- กรณีถูกไวรัสหรือผู้บุกรุก เพื่อจำกัดความเสียหายที่อาจแพร่กระจายไปยังเครื่องอื่นในระบบเครือข่ายให้ทำการจำกัดการเชื่อมต่อเข้าระบบเครือข่าย
- วิเคราะห์หาสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากไวรัสที่ระบาด
- ดำเนินการป้องกันระบบเครือข่ายเพื่อหยุดยั้งการระบาดของไวรัส
- ตรวจสอบและติดตามเครื่องที่ติดไวรัสและดำเนินการแก้ไข
- กรณีที่ทำให้เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถดำเนินการใช้ได้ตามปกติให้แจ้งเหตุเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ทราบ หรือกรณีมีเหตุอื่นทำให้ศูนย์คอมพิวเตอร์ไม่สามารถดำเนินการให้บริการด้านระบบเครือข่ายได้ก็จะต้องประกาศให้ทุกหน่วยงานได้รับทราบ



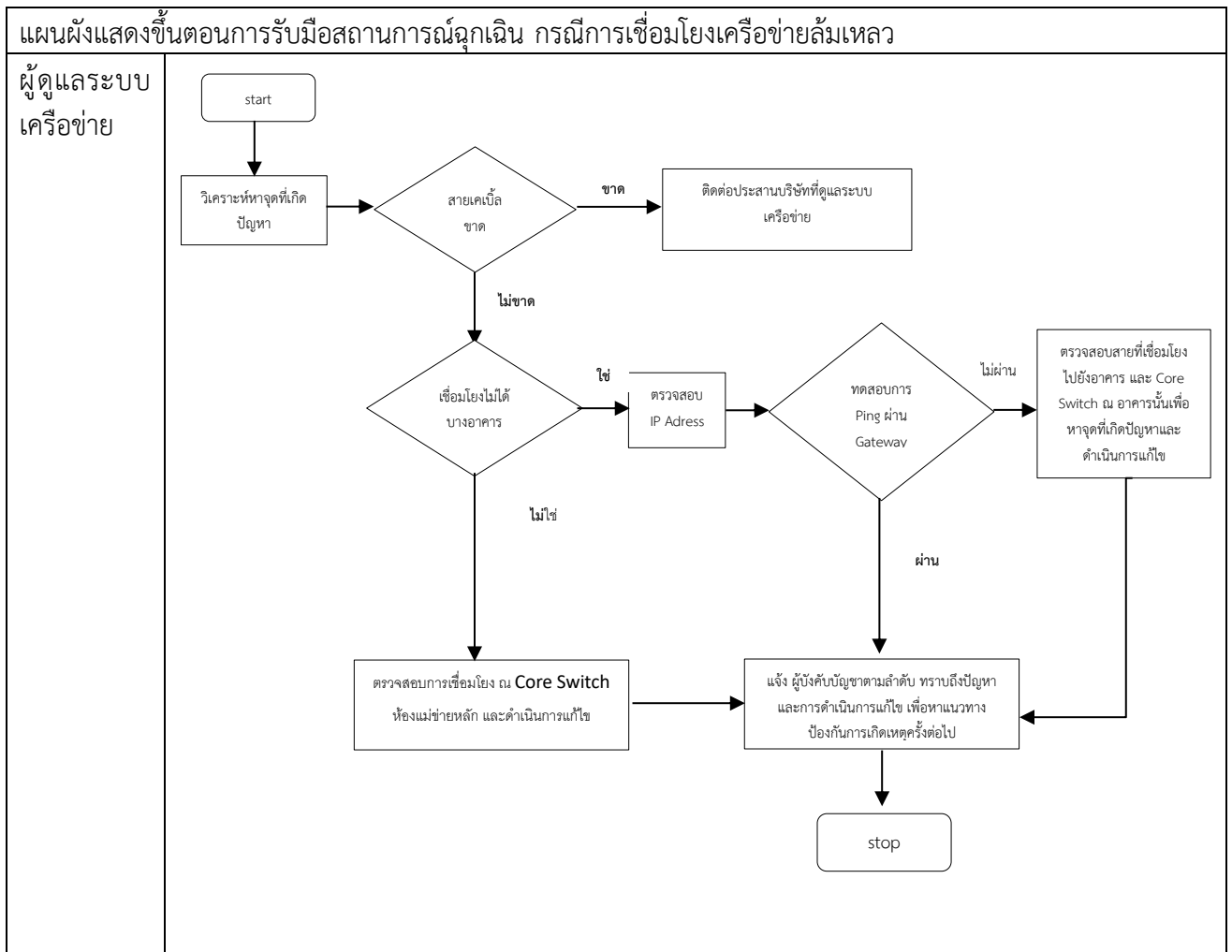
### ๒.๑.๒ กรณีการป้องกันผู้บุกรุกล้มเหลว

- กรณีที่มีผู้บุกรุก ผู้ดูแลระบบต้องวิเคราะห์หาสาเหตุของการเข้ามาในระบบและผลของความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยตรวจสอบจาก Log และตรวจสอบการตั้งค่าของ Firewall
- ผู้ดูแลระบบแจ้งผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศให้ทราบโดยด่วน
- ดำเนินการหยุดยั้งการบุกรุก ปิดช่องโหว่ต่างๆที่ทำให้ผู้บุกรุกเข้ามาได้



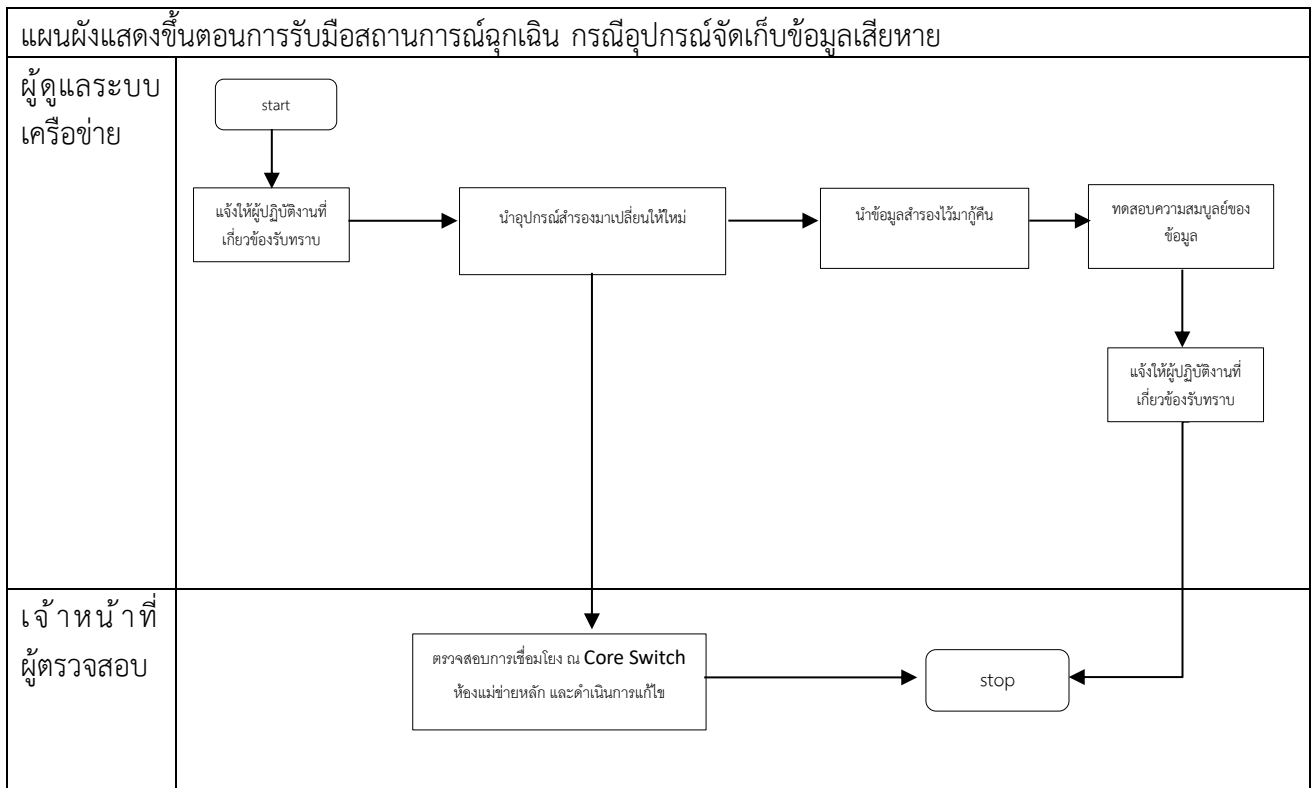
### ๒.๑.๓ กรณีการเชื่อมโยงเครือข่ายล้มเหลว

- รับผิดชอบการวิเคราะห์หาจุดที่ทำให้เกิดปัญหา
- หากสายเคเบิลขาด ให้รับผิดชอบเจ้าหน้าที่บริษัทที่ดูแลบำรุงรักษาระบบเครือข่าย เพื่อดำเนินการซ่อมแซมสายเคเบิลให้เสร็จเรียบร้อยโดยเร็ว
- หากเชื่อมโยงเครือข่ายไม่ได้เฉพาะบางอาคาร ให้ดำเนินการตรวจสอบสายที่เชื่อมต่อไปยังอาคาร และ Core Switch ที่ติดตั้งอยู่ ณ อาคารนั้น ๆ



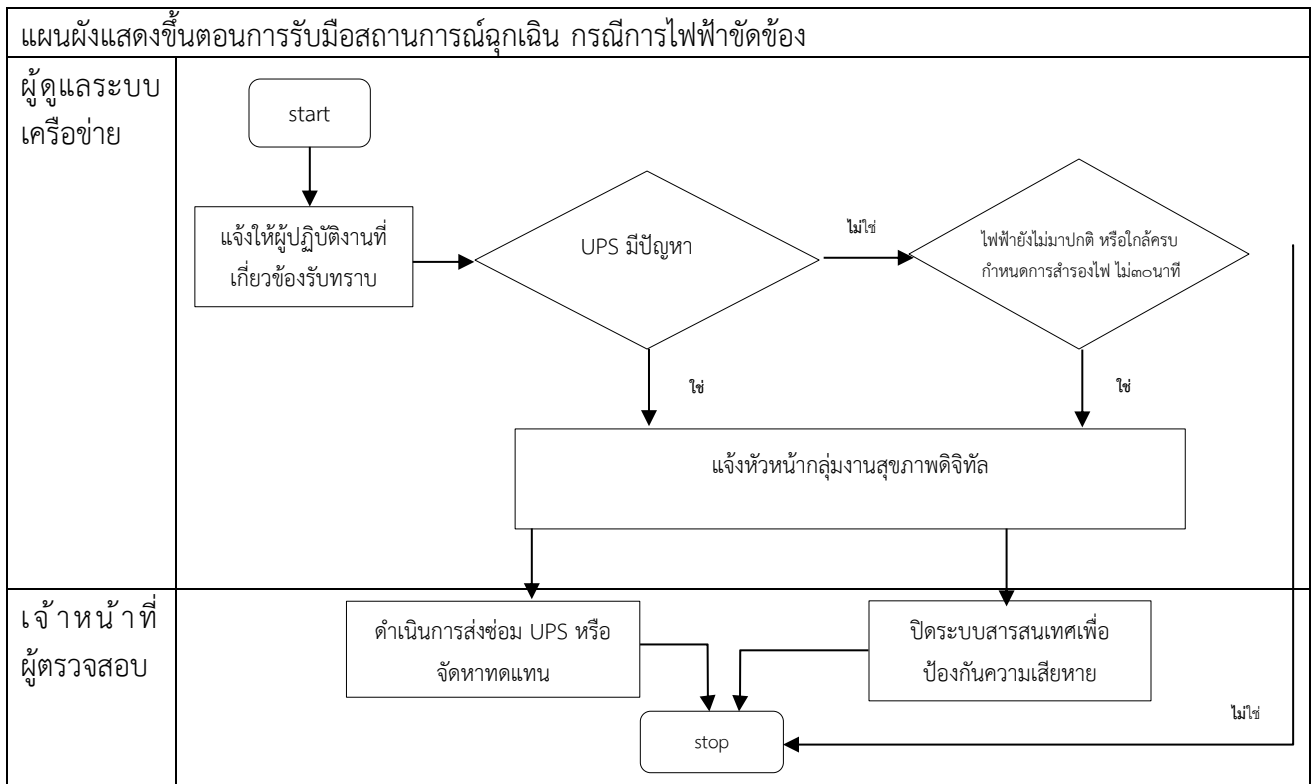
### ๒.๑.๔ กรณีอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลเสียหาย

- แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทราบ
- รับผิดชอบการจัดหาอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลมาเปลี่ยนใหม่ และนำข้อมูลที่ได้สำรองไว้ มา กู้คืนข้อมูลโดยเร็ว
- ทดสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทราบ



#### ๔.๑.๕ กรณีไฟฟ้าขัดข้อง

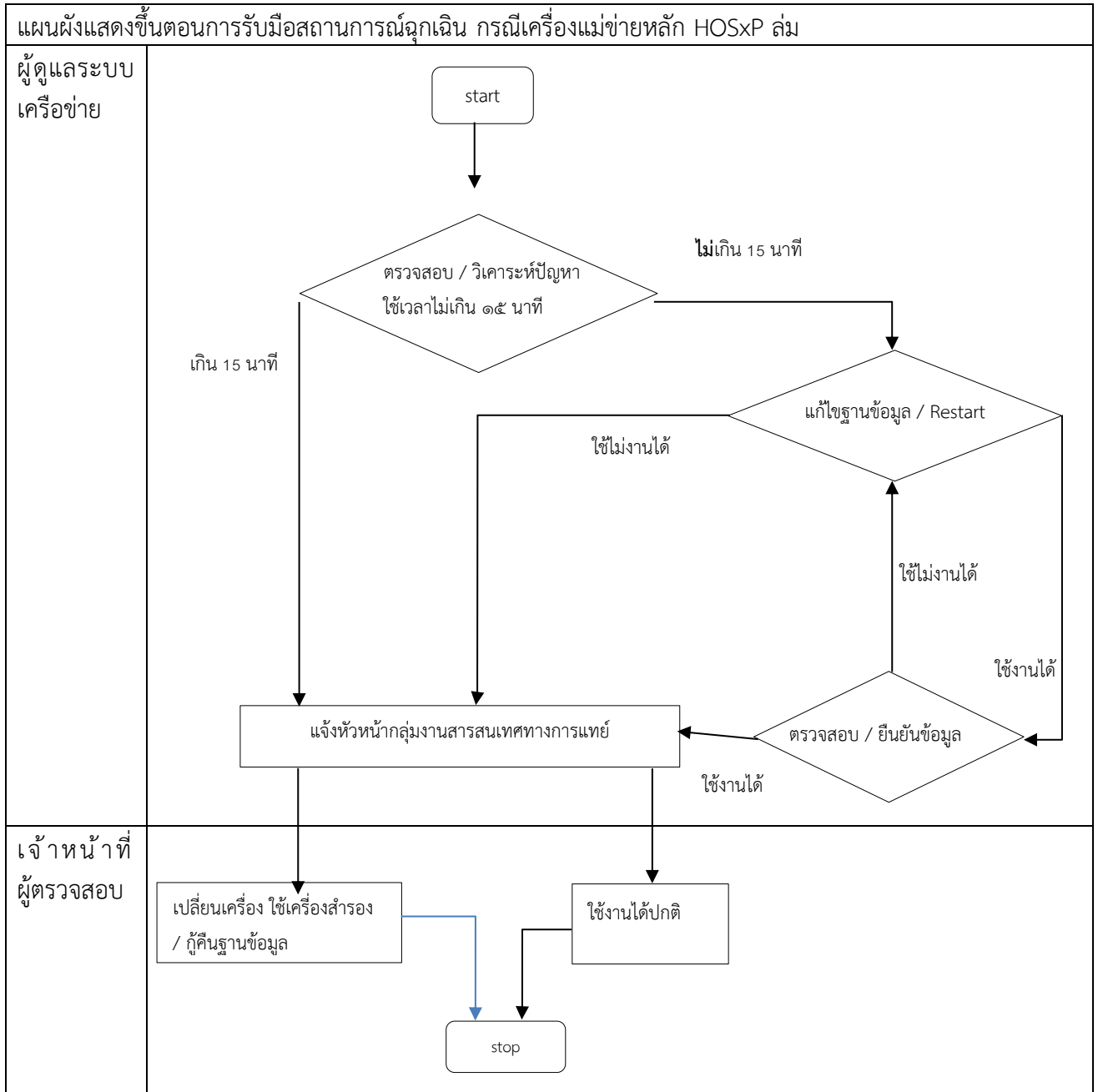
- ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศมี UPS ซึ่งสามารถสำรองกระแสไฟฟ้าได้ ๓๐ นาที
- หากใกล้ครบ ๓๐ นาทีแล้ว ระบบไฟฟ้ายังไม่ปกติ ให้มีการแจ้งเตือนไปยังผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
- ผู้ดูแลดำเนินการปิดระบบเพื่อป้องกันความเสียหาย
- หากเครื่องสำรองไฟฟ้ามีปัญหา แจ้งผู้บังคับบัญชา เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หรือจัดหาเครื่องสำรองไฟฟ้าทดแทน



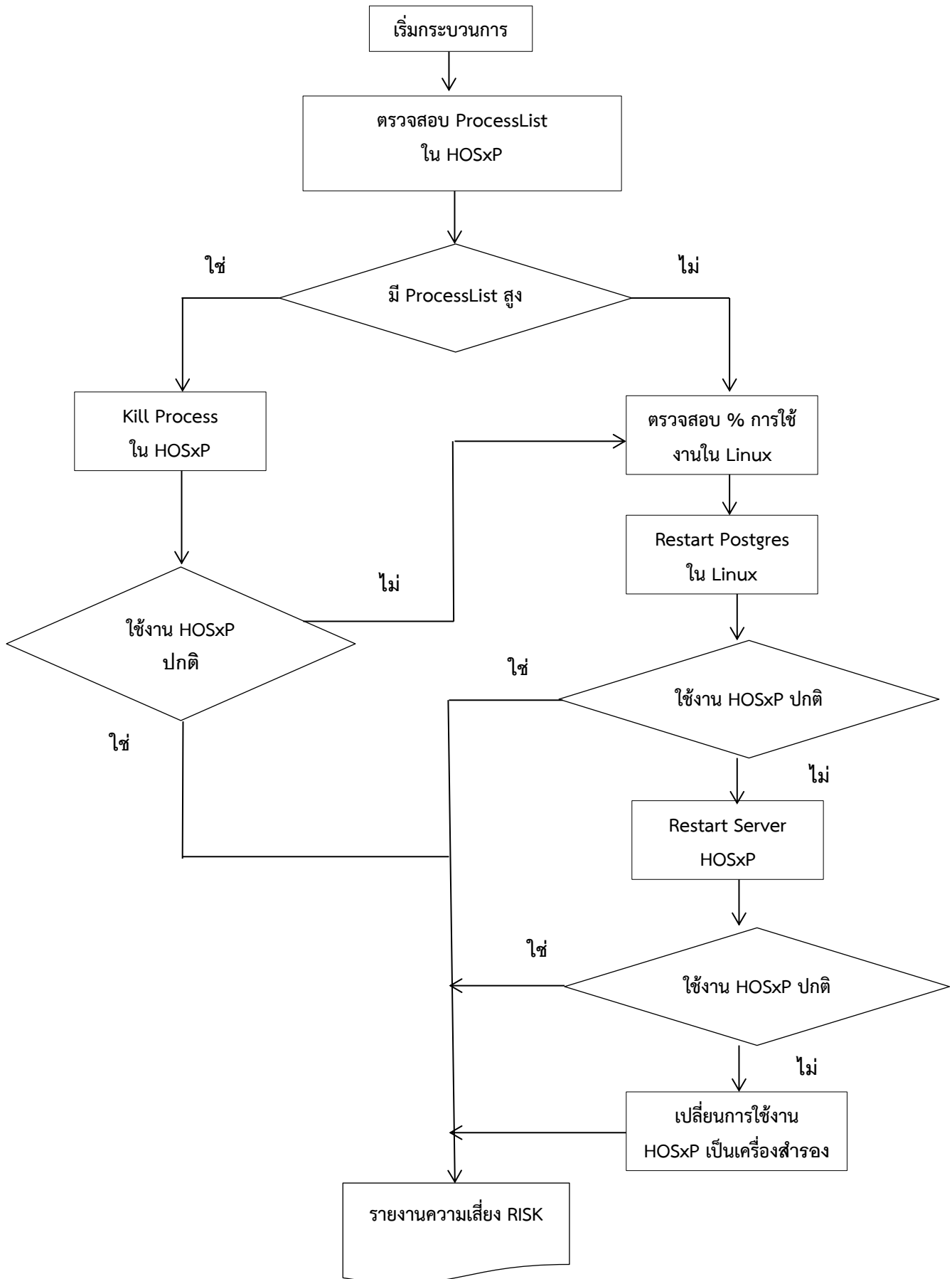


๔.๑.๖ กรณีเครื่องแม่ข่ายหลัก HOSxP ล่ม ไม่สามารถใช้งานได้ ให้ดำเนินการใช้เครื่องแม่ข่าย

สำรอง HOSxP และดำเนินการซ่อมแซมเครื่องแม่ข่ายหลัก HOSxP ให้สามารถใช้งานได้ปกติโดยเร็ว



๔.๑.๗ กรณีฐานข้อมูล HOSxP ติดขัดหรือใช้งานไม่ได้



## ๒.๒ สถานการณ์ฉุกเฉินศูนย์คอมพิวเตอร์ที่เกิดจากภัยต่างๆ

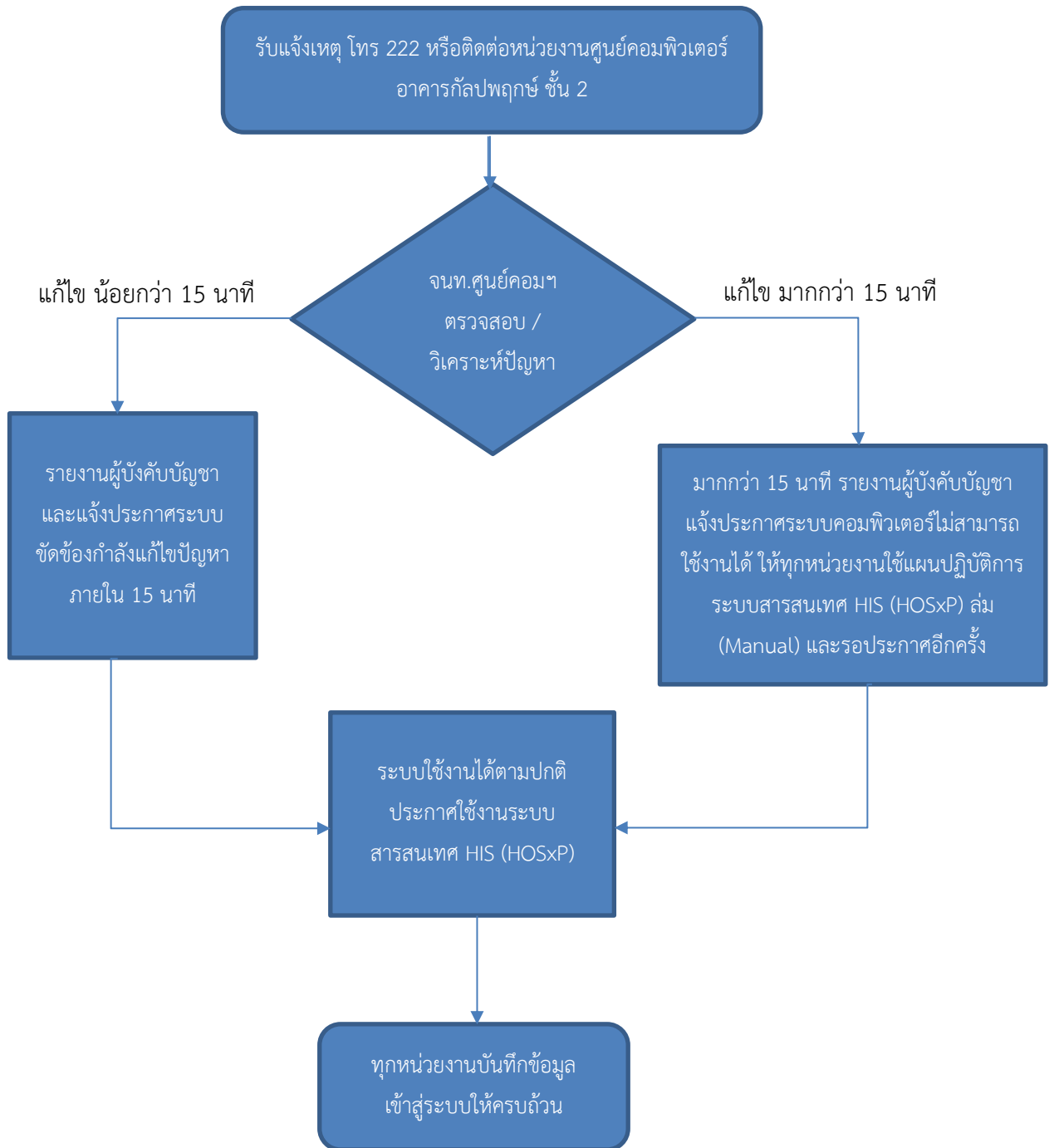
### ๒.๒.๑ กรณีไฟไหม้

- หากเกิดไฟไหม้ขณะปฏิบัติงานอยู่ ให้ผู้ปฏิบัติงานรีบเคลื่อนย้ายออกภายนอกตัวอาคาร ให้ผู้ที่สามารถการใช้เครื่องดับเพลิงได้ ใช้เครื่องดับเพลิงที่ติดตั้งอยู่ ทำการดับไฟ
- หากไม่สามารถควบคุมไฟได้ ผู้ดูแลระบบต้องรีบเคลื่อนย้ายอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลสำรองออกภายนอกตัวอาคาร ผู้ติดต่อประสานงานโทรแจ้งงานอาคาร สถานที่ สำนักงานเบอร์ โทร ๓๓๘
- หากเกิดไฟไหม้ขณะที่ไม่มีผู้ปฏิบัติงาน แล้วปรากฏว่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ชำรุดเสียหาย ให้รีบดำเนินการจัดซ่อมหรือจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ มาเพื่อให้การปฏิบัติงานดำเนินต่อไปได้ และออกแบบติดตั้งระบบตรวจจับไฟ และดับไฟอัตโนมัติ
- อบรมวิธีการใช้งานเครื่องดับเพลิงและการหนีไฟให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

### ๔.๒.๒ กรณีน้ำท่วม

- ผู้ดูแลระบบปิดระบบและทำการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ยังสามารถใช้งานได้ไปติดตั้ง ณ ห้องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ ๒ ชั้น ๒ อาคารตึกใหม่ ๕ ชั้น หรือสถานที่เหมาะสมต่อไป
- ผู้ดูแลระบบนำข้อมูลสำรองที่ได้จัดเก็บไว้มากู้คืน ในส่วนที่เกิดความเสียหาย
- เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ตรวจสอบรายการทรัพย์สิน สำนวณความชำรุดเสียหาย จัดส่งซ่อมหรือจัดหาเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ต่อไป

**แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงานศูนย์คอมพิวเตอร์เมื่อระบบสารสนเทศล่ม**



## ๘. การทบทวนและติดตามการซ้อมแผนความต่อเนื่อง (Testing The Plan)

๑ มีการทดสอบแผนบริหารความต่อเนื่องฯ บางส่วนหรือทั้งหมดเป็นประจำทุกปี เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีการเตรียมตัวและมีความสามารถในการกู้คืนระบบสำคัญภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

๒ ทดสอบแผนบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulation Exercises) เป็นประจำทุกปี โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียนสถานการณ์จำลอง เพื่อให้แน่ใจว่าได้มีการทดสอบความสูญเสีย/เสียหายของปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องทุกๆ ๑ ปี

๓ ข้อบกพร่องใด ๆ (GAP) ที่เกิดจากการทดสอบบริหารความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะต้องมีการติดตามให้เสร็จสิ้นภายใน ๓ เดือน นับตั้งแต่วันที่ทดสอบ ถ้าไม่สามารถดำเนินการติดตามได้ตามเวลาที่กำหนดให้ หัวหน้าทีมบริหารและผู้ประสานงานความต่อเนื่องด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้แจ้งผู้บริหารระดับสูงเพื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องนั้น ๆ ให้หมดไปโดยเร็ว

การทบทวนการดำเนินงาน การจัดการกับเหตุการณ์เพื่อเตรียมการป้องกันของการเกิดเหตุในครั้งนี้อาจจะต้องปรับปรุงอย่างไรต่อไป

## ๙. การรายงานผล บันทึกข้อความสรุปรายงาน มีเนื้อหาประเด็นดังนี้

- ระบุสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- ประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น
- ประเมินผลกระทบต่อระบบสารสนเทศ
- ระบุแนวทางการดำเนินการแก้ไข เพื่อป้องกันการเกิดขึ้นซ้ำอีกของเหตุการณ์นี้ในอนาคต
- ประเมินความเหมาะสมในการตัดสินใจดำเนินการ เพื่อรับมือและจัดการกับเหตุที่เกิดขึ้น
- ประเมินความเหมาะสมด้านระยะเวลาในการแก้ไข กระบวนการสำคัญและระบบสำคัญ เพื่อให้กลับคืนมาให้บริการได้
- ประเมินความเหมาะสมด้านสิ่งต่างๆ ที่ได้เตรียมการไว้ก่อนล่วงหน้า
- ทบทวนจากข้อมูลที่บันทึกไว้ระหว่างการเกิดเหตุ ว่ามีสิ่งใดที่มองข้ามไป คาดการณ์ผิด หรือเป็นข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไข
- ทบทวนแผนการบริหารจัดการกับเหตุการณ์ความมั่นคงปลอดภัยนี้ ควรปรับปรุงให้ครอบคลุมในจุดไหนมากขึ้น หรือเพื่อให้ใช้งานหรือรับมือในสถานการณ์ได้ดีขึ้น
- ทบทวนว่าจำเป็นต้องมีการอบรม ฝึกฝน หรือสร้างความตระหนักเพิ่มเติมหรือไม่
- ระบุสิ่งที่ต้องดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไขเพิ่มเติม เช่น นโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติหรืออื่นๆ

แบบรายงานการทบทวนและติดตาม (ตัวอย่าง)

การซ้อมแผนความต่อเนื่อง BCP (Testing the Plan) โรงพยาบาลกลาง

หน่วยงานที่ซ้อมแผน.....จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน..... คน

๑. รายงานการฝึกซ้อมแผน

๑.๑ วันที่ทำการฝึกซ้อมแผน.....

๑.๒ สถานที่ฝึกซ้อม.....

๑.๓ จำนวนเจ้าหน้าที่ ที่เข้าร่วมฝึกซ้อมแผน.....คน

(ให้แนบรายชื่อผู้เข้าร่วมการฝึกซ้อมแผนในครั้งนี้อด้วย)

๑.๔ ผลการดำเนินการฝึกซ้อมแผน

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

๑.๕ ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินการฝึกซ้อม

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

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

( )

ตำแหน่ง .....

..... / ..... / .....

แบบประเมิน Checklist ของการกู้คืนบริการระบบสารสนเทศ

ลำดับที่	งานที่ต้องดำเนินการปฏิบัติ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ	ระยะเวลาที่ทำได้จริง	ลายมือชื่อผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ ๑	ประเมินสาเหตุของปัญหา				
ขั้นตอนที่ ๒	แนวทางการแก้ไข การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์รายงาน สถานการณ์				
ขั้นตอนที่ ๓	ประเมินสถานการณ์หลังจากการแก้ไขการเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงานและการรายงานผล				
ขั้นตอนที่ ๔	สรุปการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคที่พบ รายงานผู้บังคับบัญชา				

เอกสารประกอบ

เอกสาร ๑ ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

แบบฟอร์มใบกรอกประวัติ ผู้ป่วยรายใหม่ / ลิ้มบัตร

นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ. / ยศ..... ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า คู่ปเล็ด.....

เชื้อชาติ..... ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อาชีพ..... ระดับการศึกษา.....

เลขที่บัตรประชาชน  แพ้ยา.....(กรุณาระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน (ในภูเก็ต) บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

บิดา ผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....

มารดา ผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....

คู่สมรส ผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....

ผู้ที่ติดต่อได้ กรณีฉุกเฉิน ชื่อ.....นามสกุล.....

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... (กรุณาระบุ) เบอร์โทรศัพท์.....



โรงพยาบาลถลาง

จังหวัดภูเก็ต



## เอกสาร ๒ ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ใบนำทาง

**บัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วย (แผ่นต่อ)**

แบบ นน. 1 ก. ๕2  
(แก้ไขที่.....)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... เลขที่ทวีป.....

(พลิก)

GN	HN :	
ตรวจสอบประวัติ	ชื่อ : สถานที่รักษา เลขที่ประวัติ	อายุ สถานพยาบาลหลัก ไม่ได้ระบุ
<b>จุดรับบริการ</b>		
วันที่ <input type="checkbox"/> ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อ่าวต๋อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
แพทย์..... <input type="radio"/> Admit <input type="radio"/> Refer		
จัดการค่าแล/ศัลยา <input type="radio"/> รับ/Follow up		
***กรุณาใช้น้ำหนัก วัดความดัน วัดส่วนสูง ก่อนพบพยาบาล ชักประวัติ***		
***หากท่านต้องการใบรับรองแพทย์ กรุณาแจ้งแพทย์ผู้ตรวจให้ทราบด้วย***		
ส่งต่อแผนก <input type="checkbox"/> วิชาญา <input type="checkbox"/> การรับ	<input type="checkbox"/> LAB เจาะเลือด <input type="radio"/> ขอตัว	
<input type="checkbox"/> ห้องฉุกเฉิน (ER0123) ส่งผู้รับ แพทย์ผู้ส่งประวัติ	.....	
<input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัด (OP123)	.....	
<input type="checkbox"/> แผนก.....	Lab Dept.....	
<input type="checkbox"/> Auth code.....	Sample code.....	
.....		
<input type="checkbox"/> ต้องเอกซเรย์ X-Ray	<input type="radio"/> Emergency <input type="radio"/> หนัก	Pregnancy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Part to be examination		Diagnosis / History
.....		.....
.....		.....
ชื่อ นามสกุล	GN	HN
.....	.....	.....

## เอกสาร ๓ แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต

แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา ผ่าตัด/หัตถการ

ข้าพเจ้า.....  ผู้ป่วย  ผู้เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย.....  
หรือลายนิ้ว..... นิ้ว.....  ดัน  ขวา  ซ้าย ของผู้ป่วย

1. ข้าพเจ้า  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้แพทย์รักษาพยาบาลตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล คำอธิบาย ดังนี้

2.1 การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

2.2 วิธีการรักษา / ผ่าตัด / หัตถการ  ผ่าตัดก้อน, ลู่งน้ำ  ผ่าทึและใส่สายระบายหนอง

เปิดแผลแผลให้กว้างและใส่สายระบาย  ผ่าตัดกะบังน้ำ  อื่นๆ(ระบุ).....

2.3 เหตุผล ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด / หัตถการ  เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ  อื่นๆ(ระบุ).....

2.4 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  พยาธิสภาพขยายใหญ่  เกิดการติดเชื้อ  อื่นๆ(ระบุ).....

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลการรักษา คำอธิบายและอ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้เข้าใจ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

(.....)

ผู้ป่วยมาคนเดียว

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติผู้ป่วย)

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)

(.....)

(.....)

ความสัมพันธเป็น..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

วัน / เดือน / ปี .....

## เอกสาร ๔ แบบบันทึกยินยอมให้การรักษา หัตถการ โรงพยาบาลกลาง

แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมในการให้การรักษา / หัตถการ โรงพยาบาลกลาง



๑. ชื่อผู้ป่วย (นาย, นาง, นางสาว, ต.ช., ต.ญ., อื่นๆ).....นามสกุล.....

ได้รับการวินิจฉัยโรค :  ภาวะอาหารและลำไส้อักเสบ (AGE)  ติดเชื้อทางเดินหายใจ  ไข้เลือดออก (Dengue fever)

ไข้เฉียบพลัน (Acute febrile illness)  อื่น (โปรดระบุ).....

๒. เหตุผล / ความจำเป็นในการรักษา / วิธีการรักษา :  เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ  ตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุ  เสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว  เสี่ยงต่อภาวะช็อคต่อเนือง  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

วิธีการรักษา :  ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเก็บเลือดส่งตรวจ → อาจมีภาวะแทรกซ้อนบวม น้ำหรือเส้นเลือดอักเสบได้

จัดยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อฆ่าเชื้อไวรัส / แบคทีเรีย → อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาจเกิดการแพ้ยาได้

ให้ยาลดไข้ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ร่วมกับเช็ดตัวลดไข้  ให้ออกซิเจนเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายเพียงพอ  ตรวจดูภาวะหรือหระเชื้อหาสาเหตุ

แยกแยะปอดเพื่อหารอยโรค  สังเกตอาการทางระบบประสาท  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๓. ทางเลือก / ข้อดี / ข้อเสีย / ผลการรักษา :  แพทย์อาจจะให้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากเป็นการติดเชื้อไวรัส / แบคทีเรีย ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการแพ้ยาได้

ในกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดแพทย์จะต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ป้องกันภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๔. ระยะเวลาในการรักษาคาดว่าจะน่าจะรักษาในโรงพยาบาลกลางประมาณ  ๓ - ๖ วัน  ๓ - ๔ วัน  ๕ - ๗ วัน  อื่นๆ.....วัน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น :  ขาดสารน้ำอย่างรุนแรงจนเกิดไตวายและช็อคถึงแก่ชีวิตได้

ภาวะช็อคจากสารน้ำที่รั่วออกจากหลอดเลือด  ภาวะติดเชื้อสู่กระแสเลือด  ชักช้าและสมองถูกทำลาย

อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว  น้ำท่วมปอด อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ในการรับทราบข้อมูลการรักษาในครั้งนี้แพทย์/จนท.ที่เกี่ยวข้องได้อธิบายถึงการรักษาทางเลือกอื่นในการรักษา ข้อดีข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผลจากการไม่ได้รับการรักษาแม้ว่าแพทย์/จนท.ที่เกี่ยวข้องจะไม่สามารถอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้แต่แพทย์/จนท.ที่เกี่ยวข้องได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจรวมทั้งข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้วข้าพเจ้าของลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

๕. ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลตามรายการข้างต้นเรียบร้อยแล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

☆ ผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปี...../...../.....

• ในกรณีผู้รับทราบข้อมูลไม่ใช่ผู้ป่วยโปรดระบุความสัมพันธ์  บิดา  มารดา  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

• ในกรณีที่ไม่สามารถเขียนได้ให้ใช้ลายนิ้วมือ.....(ระบุว่ามีนิ้วใด).....ลายนิ้วมือของใคร.....

๖. พยานฝ่ายผู้ป่วย ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....สกุล.....ระบุความสัมพันธ์

บิดา  มารดา  อื่นๆ (โปรดระบุ).....ของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างว่า  ผู้ป่วยมาคนเดียว

๗. พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ผู้ให้คำอธิบาย ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

๑. ให้อธิบายรายละเอียดข้อแตกต่างก่อนให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อ ได้แก่ ผู้ป่วยกรณีบรรเทาและฉีดสลับผู้ป่วยสมบูรณ์, ส่วนใหญ่ผู้ติดตามกฎหมายกรณีผู้ป่วยไม่ไว้ (ไม่รู้สึกตัว), ศีรษะโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยอยู่ในรถฉุกเฉิน, ผู้ป่วยนอกกรณีเป็นรถหรือคนไร้ความสามารถ, ผู้ที่ทำการฉีดยาในคนไร้ความสามารถ, กรณีผู้ให้คำยินยอมกลางใจมือไม่ได้ให้มอบหมายอำนาจในข้อละข้อ โดยต้องระบุว่ามีใครและได้ชื่อของพยานด้วย



เอกสาร ๖ แบบประเมินคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลกลาง

แบบประเมินคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลกลาง	
SCREENING Date: _____ Time: _____	BW _____ kg, Ht _____ cm
ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____	V/S: BT _____, PR _____
HN _____ U/D: _____ แพทย์ _____	RR _____ BP _____
อาการ: _____	SpO2 _____ %, PS _____
<input type="checkbox"/> ส่ง OPD <input type="checkbox"/> ส่ง ER <input type="checkbox"/> ส่ง ER (GA _____ wk)	ผู้คัดกรอง _____
TRIAGE Date: _____ Time: _____	<input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/> Trauma สถานที่เกิดเหตุ _____
<input type="checkbox"/> คัดเจ็บเท้า <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> ทะเบียนรถ _____	<input type="checkbox"/> สวม/คาด <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> จมน้ำ <input type="checkbox"/> ตกจากที่สูง <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า <input type="checkbox"/> ถวายร้อน
มาโดย <input type="checkbox"/> มาเอง <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> พลเมืองดี <input type="checkbox"/> EMS _____	รับโดย <input type="checkbox"/> เต็ม <input type="checkbox"/> อิ่ม <input type="checkbox"/> เปล่ง <input type="checkbox"/> เปลนอห
V/S: BT _____ °C, PR _____, RR _____, BP _____	mmHg, SpO2 _____ %RA
GCS: E _____ V _____ M _____, pupil Rt _____, Lt _____, PS _____, DTX _____, LMP _____	
อาการแรกพบ: _____	
PI: _____	
Triage level. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ผู้คัดแยก _____	

# เอกสาร ๗ ใบส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT)

## ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลกลาง

358 หมู่ที่ 1 ตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต 83110

โทรศัพท์ 076-311033-4 มือถือ. 09-2248-4855

### CT. REQUEST FORM

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ชื่อ - สกุล.....เพศ.....อายุ.....มี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.  
โรงพยาบาล.....H.N.....WARD.....โทรศัพท์.....  
สิทธิการรักษา  ข้าราชการ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พรบ.  ชำระเงินเอง  
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าว  อื่นๆ.....  
เรียกเก็บ  โรงพยาบาล.....  ผู้ป่วย (สำรองจ่าย).....  อื่นๆ.....  
ความเร่งด่วน  ELECTIVE  URGENT  EMERGENT      วันตรวจ OPD ครั้งถัดไป .....

<b>HEAD&amp;NECK</b> <input type="checkbox"/> BRAIN WITHOUT CM <input type="checkbox"/> BRAIN WITH CM <input type="checkbox"/> FACIAL BONE <input type="checkbox"/> ORBITS <input type="checkbox"/> TEMPORAL BONE + IAC <input type="checkbox"/> PNS WITHOUT CM <input type="checkbox"/> PNS WITH CM <input type="checkbox"/> NECK + NASOPHARYNX <input type="checkbox"/> NECK + LARYNX	<b>BODY</b> <input type="checkbox"/> CHEST <input type="checkbox"/> HRCT LUNG FOR INTERSTITIAL LUNG DISEASE <input type="checkbox"/> UPPER ABDOMEN <input type="checkbox"/> TRIPLE PHASE OF LIVER <input type="checkbox"/> LOWER ABDOMEN <input type="checkbox"/> WHOLE ABDOMEN <input type="checkbox"/> COLONOGRAPHY <input type="checkbox"/> PERITONEOGRAPHY <input type="checkbox"/> KUB NC FOR STONE <input type="checkbox"/> KUB WITH CONTRAST <input type="checkbox"/> CYSTOGRAPHY	<b>CTA</b> <input type="checkbox"/> CTA BRAIN <input type="checkbox"/> CTA NECK <input type="checkbox"/> CTA THORACIC AORTA <input type="checkbox"/> CTA ABDOMINAL AORTA <input type="checkbox"/> CTA WHOLE AORTA <input type="checkbox"/> CTA PULMONARY ARTERY <input type="checkbox"/> CTA UPPER EXTREMITIES <input type="checkbox"/> CTA LOWER EXTREMITIES <input type="checkbox"/> OTHER.....
<b>SPINE&amp;MSK</b> <input type="checkbox"/> C-SPINE <input type="checkbox"/> T-SPINE <input type="checkbox"/> L-SPINE <input type="checkbox"/> 3D RECONSTRUCTION <input type="checkbox"/> EXTREMITY/JOINT (PART) .....	<b>CARDIAC</b> <input type="checkbox"/> CORONARY CALCIUM SCORE <input type="checkbox"/> CTA CORONARY ARTERIES	<b>CTV</b> <input type="checkbox"/> CTV BRAIN <input type="checkbox"/> CTV NECK <input type="checkbox"/> CTV CHEST <input type="checkbox"/> CTV ABDOMEN <input type="checkbox"/> CTV UPPER EXTREMITIES <input type="checkbox"/> CTV LOWER EXTREMITIES <input type="checkbox"/> OTHERS .....

ผู้ป่วยมีประวัติ  การแพ้ยา.....  แพ้อาหารทะเล.....  ตั้งครรภ์.....  ทอมทิต.....

ผล BUN.....Creatinine.....(mg/dl)eGFR.....(ml/min/173m<sup>2</sup>)BP.....(mmHg)วันที่ตรวจ.....

กรณี eGFR<60ml/min/173m<sup>2</sup> มีความเสี่ยง NEPHROTOXICITY : CONSULT NEPHROLOGIST

ประวัติผู้ป่วย.....

IMPRESSION : .....

แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....โทร.....โรงพยาบาล/คลินิก.....

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณาโทรนัดล่วงหน้า \*\*\*เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ\*\*\*

## เอกสาร ๘ แบบบันทึกคำรับรองต่างๆ โรงพยาบาลกลาง

แบบบันทึกคำรับรองต่างๆ โรงพยาบาลกลาง อังพัทธ์กุลเลิศ

### 1. แบบบันทึกไม่ยินยอมรับการรักษา / ไม่ยินยอมนอนโรงพยาบาล

วันที่ ..... ข้าพเจ้าชื่อ..... เป็น ( ) ผู้ป่วย ( )ญาติ

ไม่ยินยอมรับการรักษา

ไม่ยินยอมนอนโรงพยาบาล

โดย เจ้าหน้าที่ได้อธิบายข้อมูลดังนี้ รายละเอียดเหตุผล ความจำเป็น ในการรักษา หรือ การทำหัตถการการใช้ยา ระบุความรู้สึกลทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

ข้าพเจ้าได้รับฟังการอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม..... ผู้ให้คำยินยอม

ลงนาม..... แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

( )

( )

ผู้ป่วย  ญาติ..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงนาม..... พยานฝ่ายผู้ป่วย

ลงนาม..... พยาน(เจ้าหน้าที่)

( )

( )

ความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

### 2. แบบบันทึกยินยอมทำหัตถการ / ไม่ยินยอมทำหัตถการ

วันที่ ..... ข้าพเจ้าชื่อ..... เป็น ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ

ยินยอมทำหัตถการ.....

ไม่ยินยอมทำหัตถการ.....

- ความจำเป็นในการทำหัตถการ.....

- การใช้ยาระงับความรู้สึกทางเลือก.....

- ข้อดี / ข้อเสีย จากการทำหัตถการ.....

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....

ลงนาม..... ผู้ให้คำยินยอม

ลงนาม..... แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

( )

( )

ผู้ป่วย  ญาติ..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงนาม..... พยานฝ่ายผู้ป่วย

ลงนาม..... พยาน(เจ้าหน้าที่)

( )

( )

ความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

เอกสาร ๙ แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ (IPD)

โรงพยาบาลกลาง ภูเก็ต DOCTOR'S ORDER SHEET

Progress record	Date/ Time	Order for one day	Order for continuation
วันที่..... Name..... HN.....AN..... แพทย์..... S :..... O :..... A :..... P :..... แพทย์..... WARD/BED.....			
วันที่..... Name..... HN.....AN..... แพทย์..... S :..... O :..... A :..... P :..... แพทย์..... WARD/BED.....			
วันที่..... Name..... HN.....AN..... แพทย์..... S :..... O :..... A :..... P :..... แพทย์..... WARD/BED.....			
Name	Age	HN	
Department	Ward	Attending Physician	