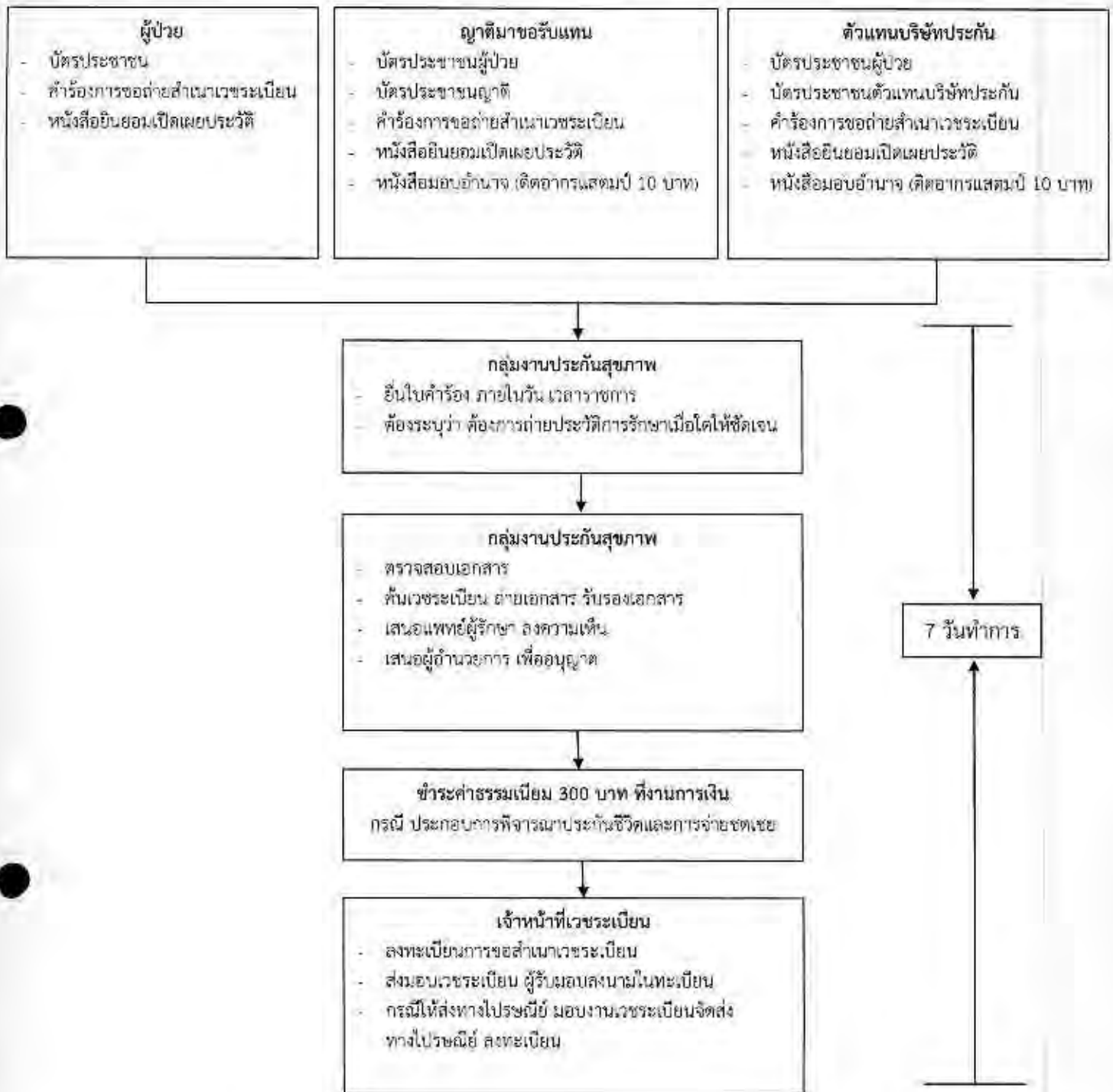


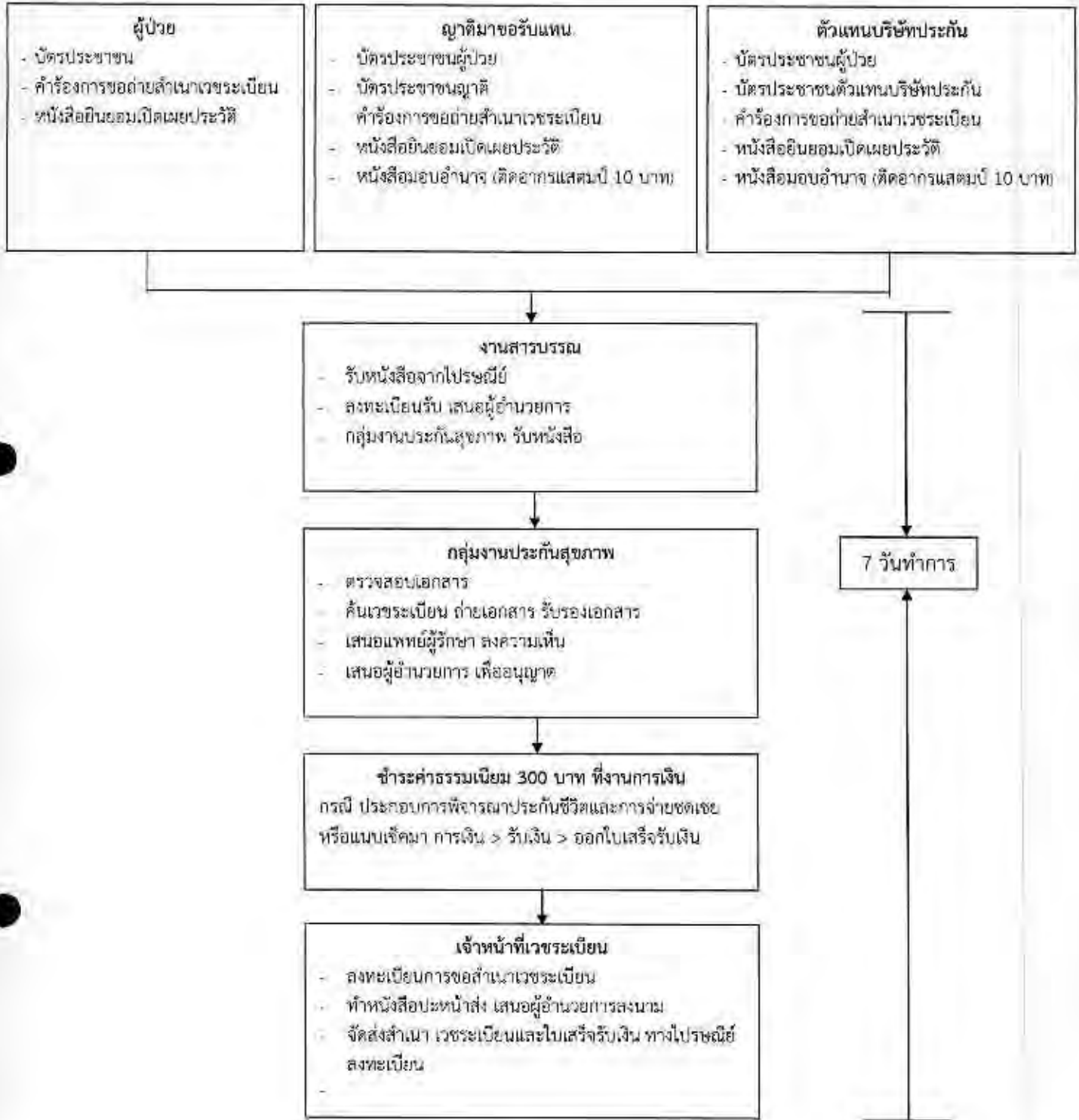
ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล
ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้



หมายเหตุ ตามเว็บไซต์ ที่ www.wangpoonghospital.go.th

1. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
3. หนังสือมอบอำนาจ

**ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีส่งมาทางไปรษณีย์
ขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้**



หมายเหตุ ดาวน์โหลด ที่ www.wangponghospital.go.th

4. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
5. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
6. หนังสือมอบอำนาจ

คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังโป่ง

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

ซึ่งเป็น ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... ตัวแทน ผู้รับมอบอำนาจ

ของผู้ป่วยชื่อ.....เลขที่ HN.....AN.....

ซึ่งได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวังโป่ง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เพื่อใช้ในการ

- ประกอบการรักษาพยาบาล
- ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ประกอบการพิจารณาประกันชีวิตและจ่ายค่าชดเชย ฯ

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐาน

- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาขอด้วยตัวเอง)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจสำเนา
- บัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

ทั้งนี้ โดยยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา หากเกิดความเสียหาย เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังโป่ง

- อนุญาตให้ข้อมูลได้
- ไม่อนุญาตให้ข้อมูลได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังโป่ง

มารับด้วยตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

นำส่งไปรษณีย์

ที่อยู่.....

.....

.....

แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....

บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกี่ยวข้องกับ ()ผู้ป่วย

()ผู้แทนผู้ป่วยชื่อสกุล.....ในฐานะเป็น.....

(บุตร,บิดา,มารดา,สามี,ภรรยาหรือบุคคลอื่นๆต้องมีใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐาน ทางราชการแนบมา)

ยินยอมให้โรงพยาบาลวังโป่งเปิดเผยประวัติการรักษาระบุชื่อผู้ป่วย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประเภท ()ผู้ป่วยนอก

()ผู้ป่วยใน

เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

() เพื่อนำไปรักษาต่อเนื้อที่อื่นๆ ระบุ.....

() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล

() การเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

() อื่นๆระบุ.....

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจในการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

ติดอากรแสตมป์

10 บาท

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขประชาชน.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

ขอมอบอำนาจให้.....เลขประชาชน.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....เป็นผู้มี

อำนาจในการ ขอสำเนาเวชระเบียน

ขอใบรับรองแพทย์

ขอสำเนาคำรักษาพยาบาล

การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดี และเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

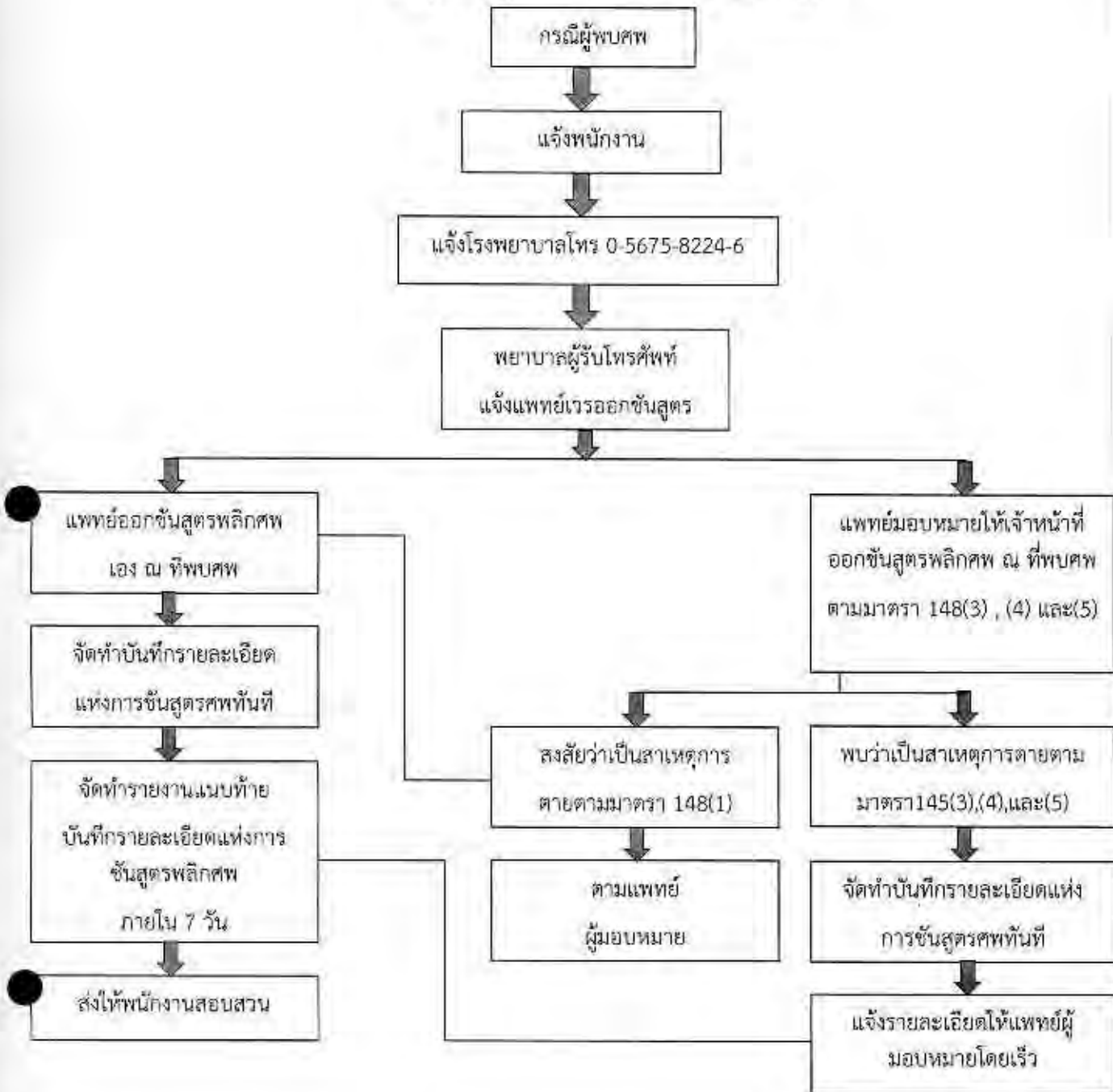
ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

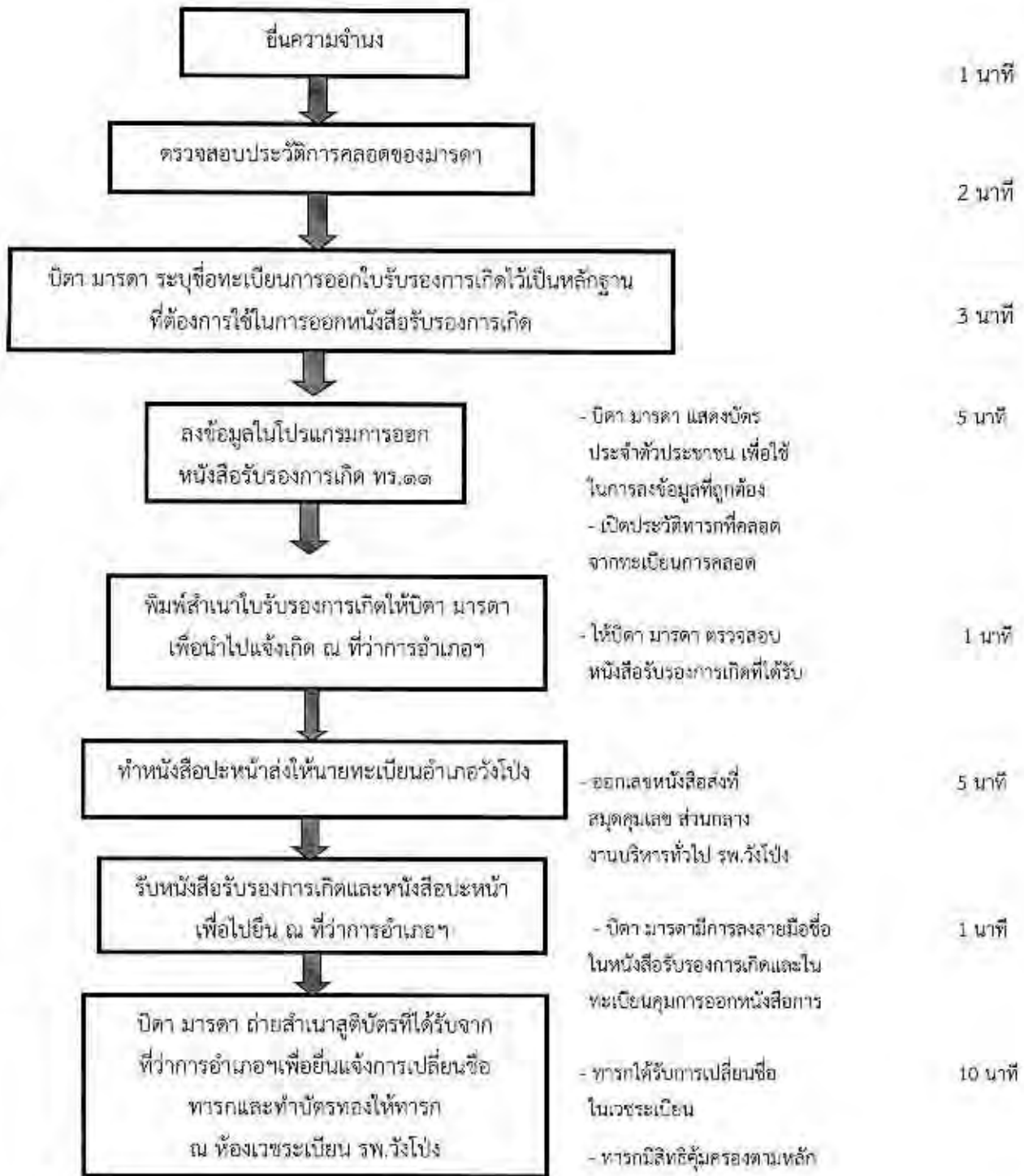
(.....)

กระบวนการให้บริการชั้นสุตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังโป่ง

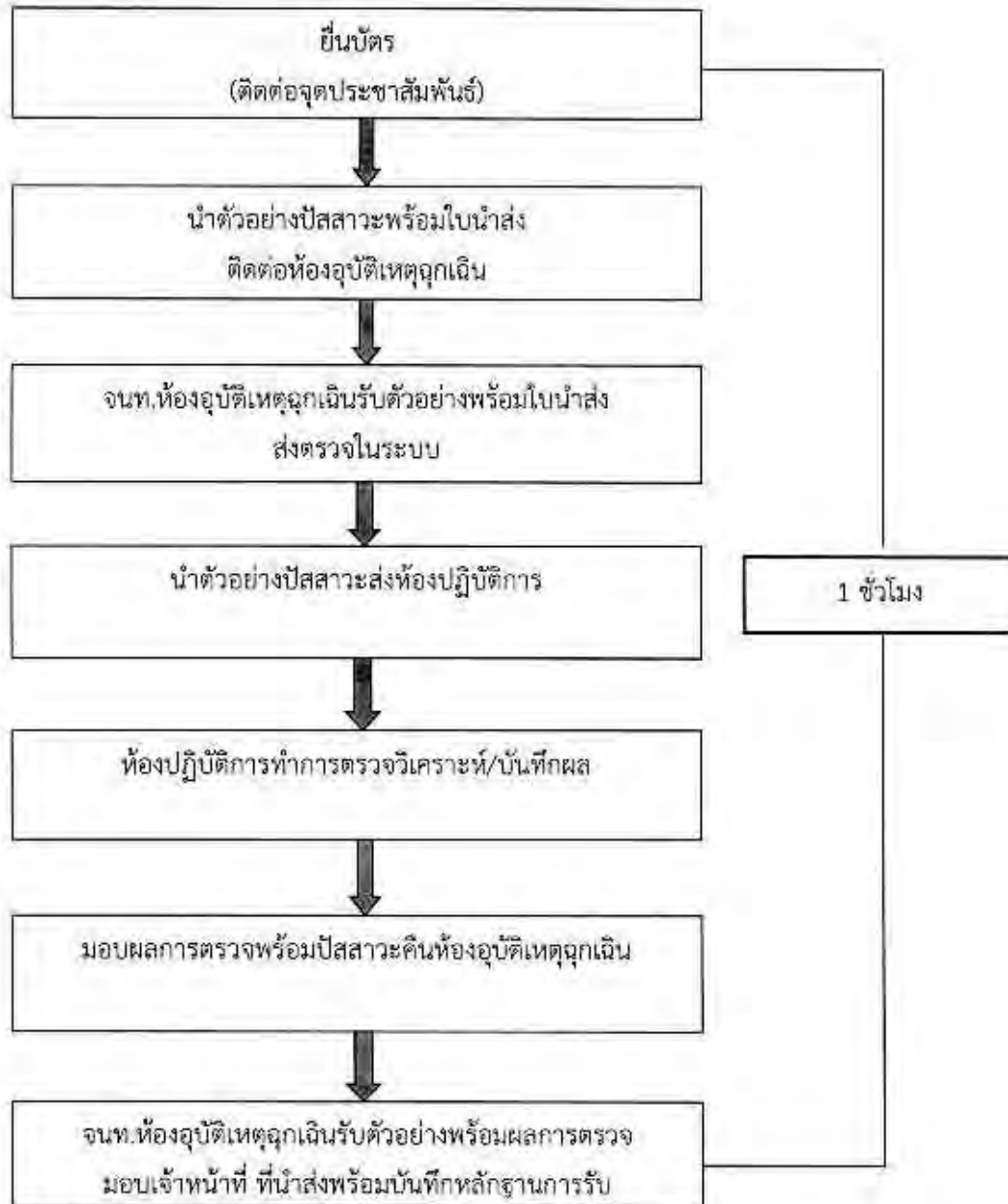


หมายเหตุ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กำหนดสาเหตุการตายตามมาตรา 148 คือ การตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานและการตายโดยผิดธรรมชาติ ได้แก่(1)ฆ่าตัวตาย (2)ถูกผู้อื่นทำให้ตาย (3)ถูกสัตว์ทำร้ายตาย (4)ตายโดยอุบัติเหตุและ (5)ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

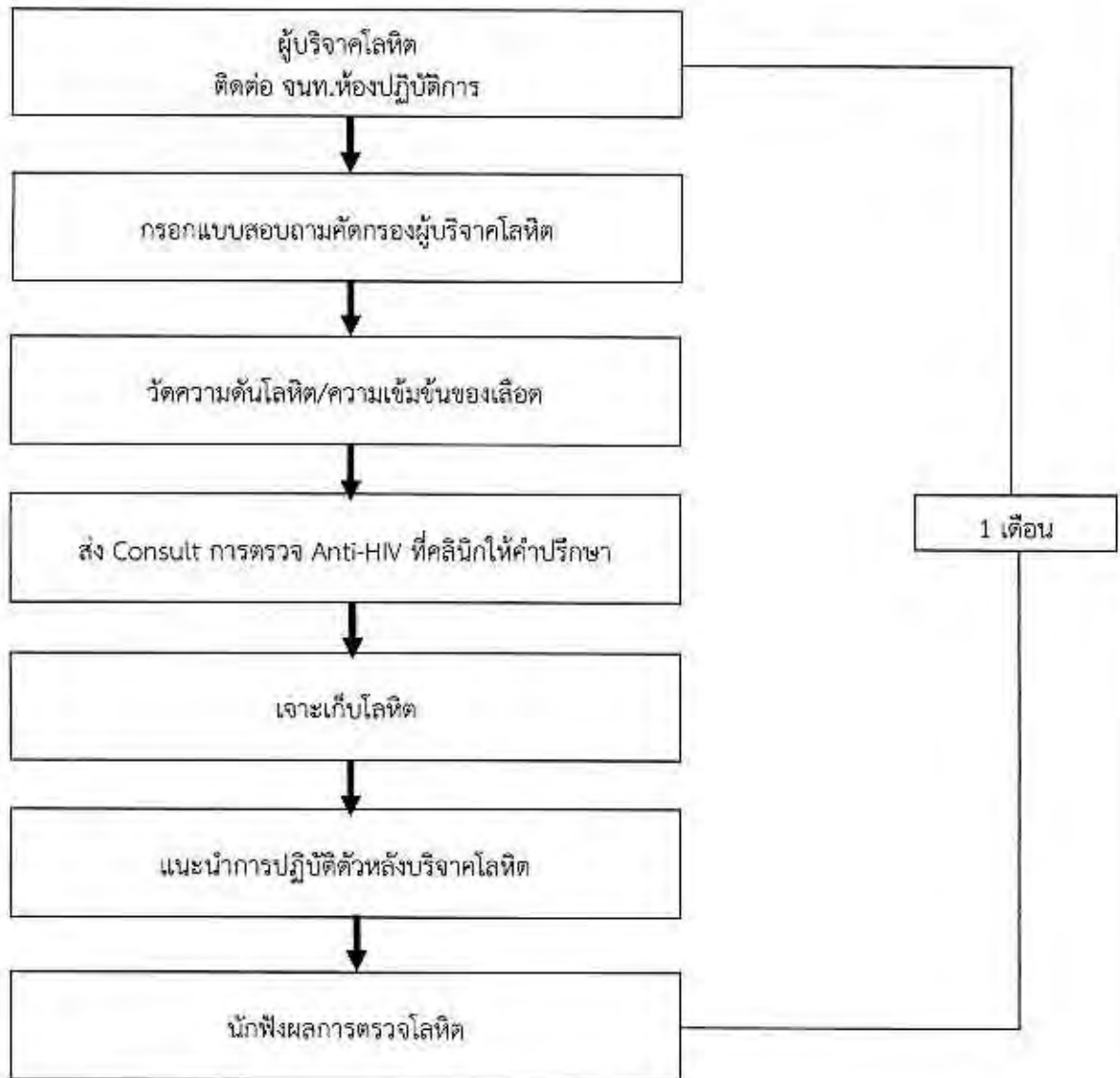
การออกหนังสือรับรองการเกิด



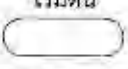
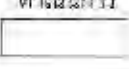


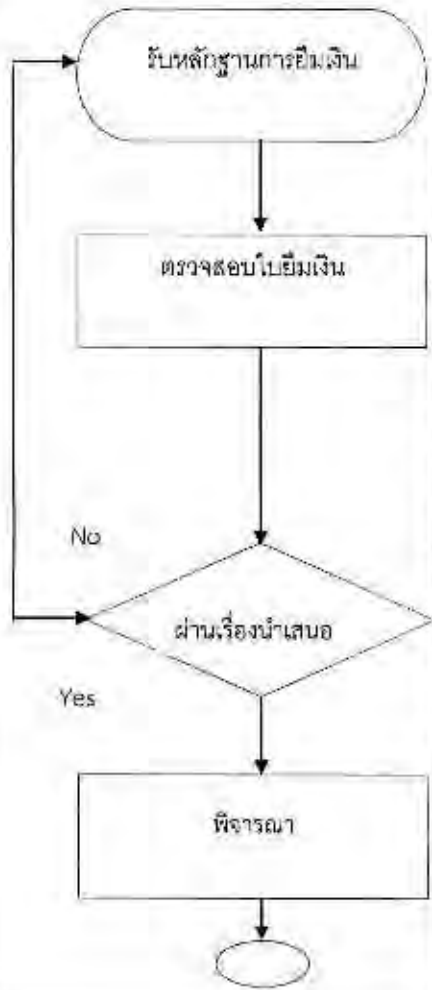
ขั้นตอนการส่งปัสสาวะตรวจสอบสารเสพติด



ขั้นตอนการรับบริจาคโลหิตโรงพยาบาลวังโป่ง



ชื่อหน่วยงานของรัฐ	งานการเงินโรงพยาบาลวังโป่ง	ฉบับที่ : ๑
กระบวนงานที่ : ๑		ประกาศใช้ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑
เรื่อง : การยืมเงินทตรงราชการ		หน้าที่ : ๑

ผังกระบวนงาน (Flowchart)			
วัตถุประสงค์ของงาน : เพื่อให้ระบบการยืมเงินทตรงราชการเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของทางราชการและถูกต้องตามระเบียบกฎหมายที่กำหนด			
สัญลักษณ์	เริ่มต้น 	ดำเนินการ 	พิจารณา 
			จุดเชื่อมโยง 
ผู้รับผิดชอบ	Flowchart	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
งานการเงิน	 <pre> graph TD Start([]) --> A[รับหลักฐานการยืมเงิน] A --> B[ตรวจสอบใบยืมเงิน] B --> C{ผ่านเรื่องนำเสนอ} C -- No --> A C -- Yes --> D[พิจารณา] D --> End([]) </pre>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้เบิกแยกประเภทการยืมเงินทตรงราชการให้ชัดเจน 	๕ นาที
งานการเงิน		<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้แนะนำแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องและวางแผนการขอยืมเงินทตรงราชการไว้ล่วงหน้า เพื่อความรวดเร็ว ได้รับเงินทตรงราชการทันกำหนดเวลา - แจ้งให้ผู้ยืมทราบในการคืนเงินในเวลาที่กำหนด 	๓๐ นาที
งานการเงิน		<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบใบยืมเงินก่อนนำใส่แฟ้มเพื่อนำเสนอผู้มีอำนาจเห็นชอบและมีการติดตามเพื่อให้ผู้เบิกได้รับเงินยืมทตรงทันกำหนดเวลา 	๕ นาที
งานการเงิน		<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจตรวจสอบการยืมเงินให้สอดคล้องกับระเบียบของทางราชการ 	๕ นาที

ชื่อหน่วยงานของรัฐ	งานการเงินโรงพยาบาลวังโป่ง	ฉบับที่ : ๑
กระบวนงานที่ : ๑		ประกาศใช้ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑
เรื่อง : การยืมเงินทรองราชการ		หน้าที่ : ๒

ผังกระบวนงาน (Flowchart)

วัตถุประสงค์ของงาน : เพื่อให้ระบบการยืมเงินทรองราชการเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของทางราชการและถูกต้องตามระเบียบกฎหมายที่กำหนด

สัญลักษณ์	เริ่มต้น	ดำเนินการ	พิจารณา	จุดเชื่อมโยง

ผู้รับผิดชอบ	Flowchart	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
งานการเงิน		- ติดตามผู้เบิกมาเซ็นรับสำเนาใบยืมพร้อมรับเช็คเงินยืมทรองราชการ	๕ นาที
งานการเงิน		- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารประกอบการยืมเงินให้ถูกต้องครบถ้วน - หากผู้เบิกมีการคืนหลักฐานเพื่อล้างเงินยืมเงินเกินกว่าระเบียบกำหนดเจ้าหน้าที่การเงินจะต้องมีการติดตามทวงถามเป็นลายลักษณ์อักษร	๒๐ นาที
งานการเงิน		- เจ้าหน้าที่มีการรับเลขที่ใบยืมเงินและเก็บใส่แฟ้มโดยเรียงตามเลขที่ใบยืมเงินเพื่อสะดวกต่อการค้นหา - เจ้าหน้าที่คอยตรวจสอบในการยืมเงินว่าครบกำหนดใบยืมเงิน	๑๐ นาที

รวมเวลา ๖๐ นาที

ชื่อหน่วยงานของรัฐ งานหัตถุ โรงพยาบาลวังโป่ง	ฉบับที่ : ๓
กระบวนงานที่ : ๑	ประกาศใช้ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑
เรื่อง : หลักการจัดหาหัตถุ	หน้าที่ : ๑

ผังกระบวนงาน (Flowchart)

วัตถุประสงค์ของงาน : เพื่อให้การจัดหาหัตถุมีความถูกต้องตรงตามความต้องการ โดยพิจารณาถึงประโยชน์และคำนึงถึงคุณภาพต่อผู้มารับบริการ

สัญลักษณ์	เริ่มต้น	ดำเนินการ	พิจารณา	จุดเชื่อมโยง

ผู้รับผิดชอบ	Flowchart	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
งานหัตถุ	<pre> graph TD Start([กำหนดหัตถุที่ต้องการ]) --> Process[จัดทำแผนการจัดซื้อ] Process --> Decision{ขออนุมัติแผนการจัดซื้อ} Decision -- No --> Start Decision -- Yes --> Process2[ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง] Process2 --> End(()) </pre>	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลหัตถุที่ต้องการ กำหนดรายละเอียดเฉพาะของหัตถุ 	๑๐ นาที
งานหัตถุ		<ul style="list-style-type: none"> - ทารือกับผู้เกี่ยวข้อง - นำเสนอแผนการจัดซื้อ(ขอใบเสนอราคา,รายละเอียดของหัตถุ รุ่นหรือยี่ห้อที่ต้องการ)และพิจารณาแล้วให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ 	๒๐ นาที
งานหัตถุ		<ul style="list-style-type: none"> - เสนอผู้มีอำนาจให้ลงนามความเห็นชอบ 	๑๐ นาที
งานหัตถุ		<ul style="list-style-type: none"> - รายงานขออนุมัติจัดซื้อ - ขออนุมัติจัดซื้อ - จัดทำใบสั่งซื้อให้แก่บริษัท - รอรับหัตถุตามข้อตกลง 	๑๐ นาที

ชื่อหน่วยงานของรัฐ งานพัสดุ โรงพยาบาลวังโป่ง	ฉบับที่ : ๑
กระบวนการงานที่ : ๑	ประกาศใช้ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑
เรื่อง : หลักการจัดหาพัสดุ	หน้าที่ : ๒

ผังกระบวนการงาน (Flowchart)

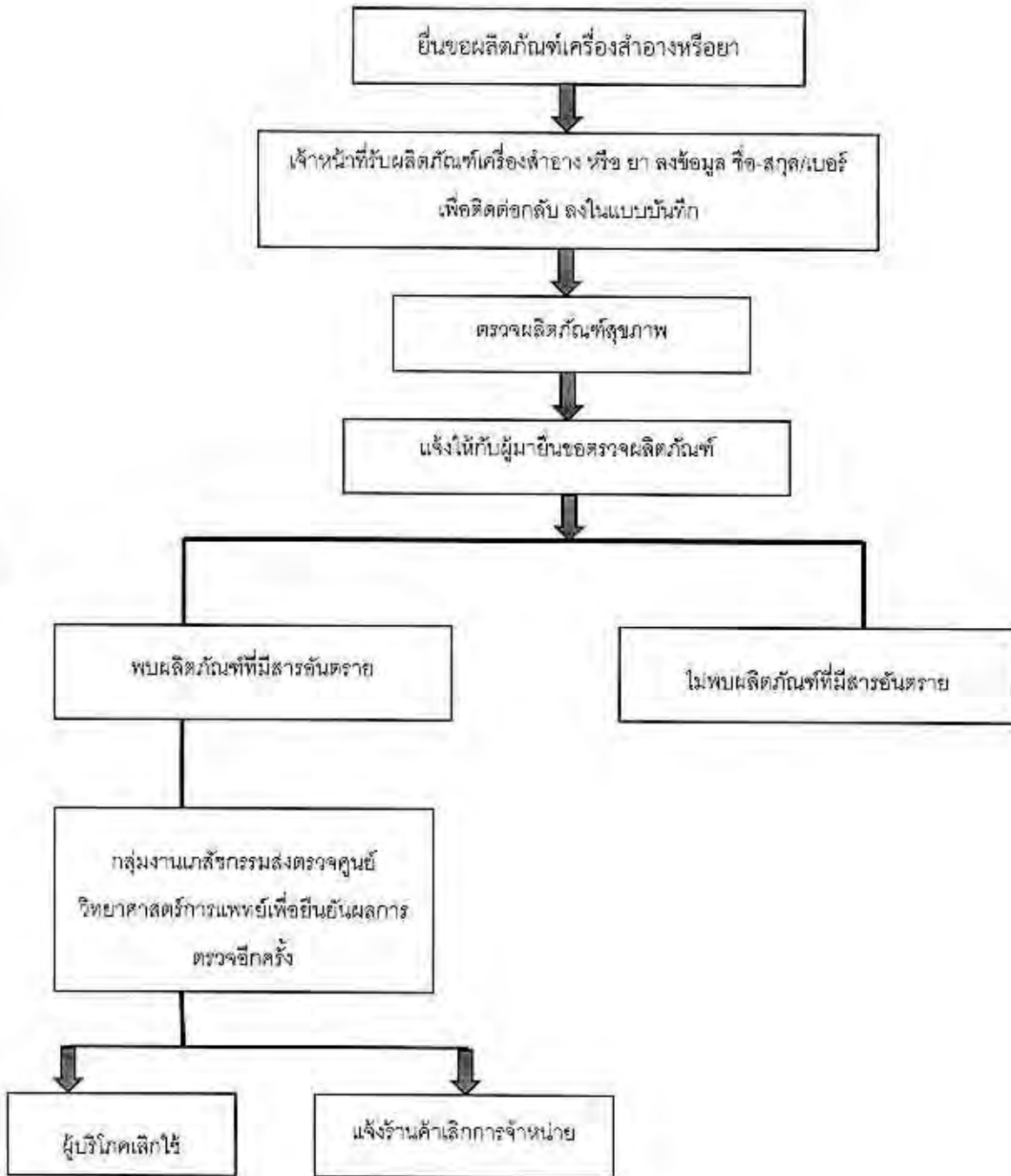
วัตถุประสงค์ของงาน : เพื่อให้การจัดการพัสดุมีความถูกต้องตรงตามความต้องการ โดยพิจารณาถึงประโยชน์และคำนึงถึงคุณภาพต่อผู้มารับบริการ

สัญลักษณ์	เริ่มต้น/สิ้นสุด	ดำเนินการ	พิจารณา	จุดเชื่อมโยง

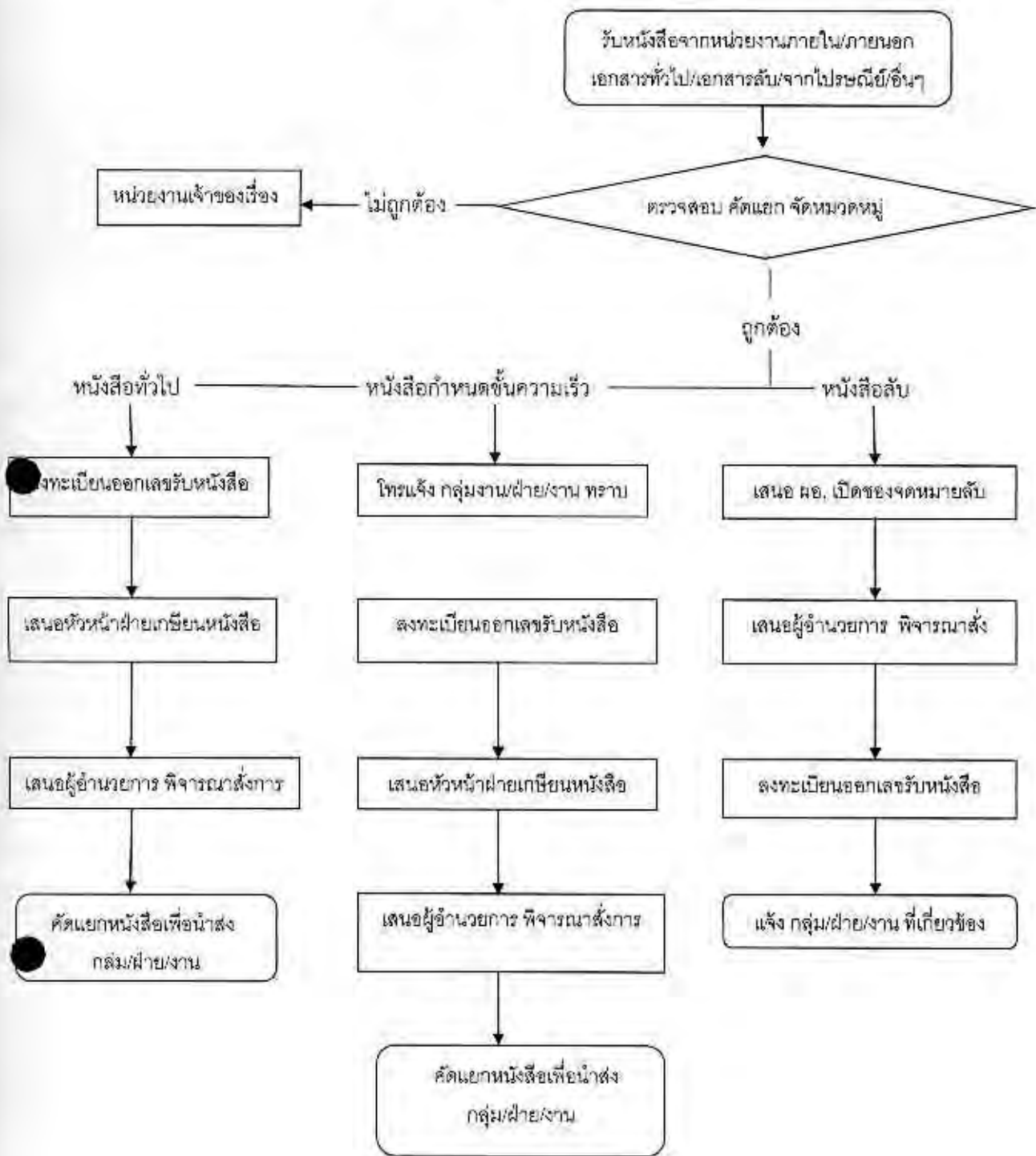
ผู้รับผิดชอบ	Flowchart	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา
งานพัสดุ		<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความถูกต้อง, สภาพความชำรุด - คณะกรรมการตรวจรับพัสดุให้ตรงกับคุณลักษณะเฉพาะ 	๑๐ นาที
งานพัสดุ		<ul style="list-style-type: none"> - ส่งมอบพัสดุให้แก่ผู้ต้องการใช้งาน - ลงทะเบียนหมายเลขครุภัณฑ์ (ลงทะเบียนทรัพย์สิน) 	๕ นาที

รวมเวลา ๑๐๕ นาที

ขั้นตอนการขอตรวจผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง และ ยา



Flow chart ขั้นตอนการรับหนังสือ



Flow chart การตรวจรับพัสดุ



Flow chart

วัตถุประสงค์ เพื่อการรับรู้เจ้าหน้าที่เป็นปัจจุบัน ระหว่างงานพัสดุและงานบัญชี เป็นไปแนวทางเดียวกันครบถ้วน ถูกต้อง ทันท่วงเวลา

ผู้รับผิดชอบ (งานพัสดุ)

ขั้นตอนการปฏิบัติงานบัญชี

- งานเภสัชกรรม (ยา)
- งานฝ่ายการพยาบาล (วัสดุ การแพทย์,เวชภัณฑ์มีไชยา ,X-ray,แม็กนีسيومออกซิเจน, ค่าใช้จ่ายอื่นๆ)
- งานทันตกรรม (วัสดุทันตกรรม)
- วัสดุชั้นสูง (วัสดุ วิทยาศาสตร์,ค่าใช้จ่ายอื่นๆ)
- งานพัสดุ (วัสดุสำนักงาน, วัสดุงานบ้าน, วัสดุอื่น ฯลฯ ,ค่าใช้จ่ายอื่นๆ)



๑. ขั้นตอน การให้บริการฝากครรภ์รายใหม่

วัตถุประสงค์ : แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการฝากครรภ์รายใหม่ อย่างมีประสิทธิภาพ ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามแนวทางที่กำหนดไว้

การให้บริการฝากครรภ์รายใหม่ ประกอบด้วย ๘ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ยืนยันบัตรประจำตัวหญิงตั้งครรภ์

๒. ตรวจสอบสภาวะหน้าตาและอัลบูมิน, ชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต บันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ถ้าผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองเพิ่มเติม เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด หรือ ตรวจ U/A

๓. ให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือด ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด HIV (สมัครใจ) และให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด Thalassemia

๔. เจาะเลือดเพื่อหาเชื้อโรค ตรวจเลือด Hct, VDRL, HBsag, Rh typing, Blood group, Thalassemia screening (OF/DCIP), HIV ตรวจปัสสาวะหน้าตา, เชื้อขาวและ Multiple dipstick

๕. ตรวจครรภ์/ตรวจเต้านม/พบแพทย์/ตรวจฟัน พบอาการผิดปกติ ส่งพบแพทย์และทันตแพทย์ โดยการตรวจวัดชีพจร การหายใจ ฟังปอด/หัวใจ ตรวจเต้านม ผิวหนัง ประเมินสุขภาพทั่วไป ดูเรื่องจิตใจ เช่น ดูเปลือกตา ประเมินและบันทึกรายละเอียด ตรวจและบันทึกสุขภาพปากและฟัน ตรวจครรภ์ลงบันทึกผลการตรวจครรภ์ในสมุดบันทึกการฝากครรภ์

๖. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก กรณีไม่เคยรับวัคซีนและนัดรับวัคซีนเข็มที่ ๒ รับวัคซีนบาดทะยักเข็มที่ ๒ และลงบันทึกในสมุดบันทึกการฝากครรภ์ เอกสารอ้างอิงเป็นคู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

๗. ส่งยาบำรุงครรภ์หรือยาเฉพาะโรคของหญิงตั้งครรภ์ กรณีหญิงตั้งครรภ์ปกติ ส่งยา Triferdine (๑๕๐) ๑x๑=๓๐เม็ด และ CaCO₃ ๑x๑=๓๐เม็ด ถ้า Hct ต่ำกว่า ๑๑ % ให้ FBC ๑x๑=๓๐เม็ด หรือ ๑x๒=๖๐เม็ด หรือถ้าซีดมากส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาการให้เลือด

๘. ออกใบนัด ใบรับยา ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน นัดหมายการฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก ๑ เดือน กรณีอายุครรภ์ต่ำกว่า ๑๒ สัปดาห์ ตามเกณฑ์การฝากครรภ์ ๕ ครั้งของกรมอนามัย หรือตาม Order แพทย์ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน

เอกสารประกอบการให้บริการฝากครรภ์รายใหม่

๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสีชมพู

๒. บัตรนัด

๓. คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กรมควบคุมโรค)

๔. ขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

๕. ขั้นตอนการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบิน ผิดปกติ

๒. ขั้นตอนการฝากครรภ์รายเก่า

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการฝากครรภ์รายเก่าให้มีประสิทธิภาพ และครบถ้วน

