เขียนที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น ☐ เจ้าของข้อมูลเวชระเบียน (อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)

☐ ผู้แทนผู้ป่วยที่มีอำนาจตามกฎหมาย (บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์)

☐ อื่น ๆ (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย).....

มีความประสงค์ขอปกปิดข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย HN. ..... ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....

โดยแสดงเจตนาขอ ☐ **1. ปกปิดประวัติการรักษา**

☐ **2. ปกปิดชื่อ**

☐ **3. ไม่ประสงค์ให้เข้าเยี่ยม**

คำนิยาม :

1. ปกปิดประวัติการรักษา หมายถึง การปกปิดข้อมูลประวัติการรักษาทั้งหมดที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไม่ให้เข้าถึงได้ โดยอนุญาตให้เข้าถึงได้เฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น

2. ปกปิดชื่อ หมายถึง การปกปิดข้อมูลประวัติการรักษาและข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไม่ให้สืบค้นและเข้าถึงได้ ในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยอนุญาตให้เข้าถึงได้เฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น

3. ไม่ประสงค์ให้เข้าเยี่ยม หมายถึง การไม่ประสงค์ให้ผู้ใดเข้าเยี่ยมในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เงื่อนไขการปกปิดข้อมูลเวชระเบียน :

ประเภทการปกปิด	**ระยะเวลาการปกปิด**
1. ปกปิดประวัติการรักษา	1. ปกปิดตลอดไป นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2. สิ้นสุดการปกปิดเมื่อยกเลิกความยินยอม
2. ปกปิดชื่อ (ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)	1. ปกปิดเฉพาะครั้งที่กำลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. สิ้นสุดการปกปิดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ไม่ประสงค์ให้เข้าเยี่ยม (ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)	1. แจ้งเตือนเฉพาะครั้งที่กำลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. สิ้นสุดการแจ้งเตือน เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

☐ ข้าพเจ้า รับทราบนโยบายและเงื่อนไขเกี่ยวกับการขอปกปิดข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยข้าพเจ้ามีสิทธิขอให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปกปิดข้อมูลเวชระเบียน ได้แก่ ปกปิดประวัติการรักษา ปกปิดชื่อไม่ให้สืบค้นได้ งดการเข้าเยี่ยมในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว และเพื่อความปลอดภัยจากภัยคุกคามต่าง ๆ ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

☐ ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้อ่านรายละเอียด และได้ซักถามทำความเข้าใจเนื้อหาและผลของการแสดงเจตนาครบถ้วนแล้ว จึงขอให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ดำเนินการตามเจตนาของข้าพเจ้าที่ให้ไว้ในหนังสือฉบับนี้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานไว้ครบถ้วนถูกต้องแล้ว และยินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....) วันที่ ...../...../..... เวลา.....

เรียน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

☐ ตรวจสอบข้อมูลแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

☐ อื่น ๆ .....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่เวชระเบียน หัวหน้างานเวชระเบียน

วันที่ ..... วันที่ .....

☐ อนุมัติ

☐ อื่น ๆ.....

ลงชื่อ..... วันที่ .....

(รศ.พญ.อุษณีย์ บุญศรีรัตน์)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน **(ด้านหลังแบบฟอร์ม)**

ตอนที่ 1 ตรวจสอบหลักฐานประกอบคำร้อง

กรณีผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย ยื่นคำร้อง

ผู้ป่วย/เจ้าของข้อมูล **(อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)**	**ผู้แทนผู้ป่วยที่มีอำนาจตามกฎหมาย** **(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์)**
☐ บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ☐ หนังสือแสดงเจตนาขอปกปิดข้อมูลเวชระเบียน ลงลายมือชื่อเจ้าของข้อมูล	☐ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทน (ตัวจริง) ☐ เอกสารแสดงความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สูติบัตร/ทะเบียนบ้าน/คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้อนุบาลหรือผู้พิทักษ์) ☐ บัตรประชาชนของผู้ป่วย/เจ้าของข้อมูล (ถ้ามี) ☐ หนังสือแสดงเจตนาขอปกปิดข้อมูลเวชระเบียน ลงลายมือชื่อผู้แทนผู้ป่วยที่มีอำนาจตามกฎหมาย

กรณีหอผู้ป่วย/หน่วยบริการผู้ป่วย ยื่นคำร้อง

☐ รายการคำร้องขอปกปิดข้อมูลเวชระเบียนในระบบ HIS

HN..... AN..... วันที่ admit ...../...../.....

ชื่อหอผู้ป่วย..... วันที่บันทึก ...../...../..... เวลา.....

ประเภทการปกปิด

☐ ปกปิดประวัติการรักษา

☐ ปกปิดชื่อ (ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)

☐ ไม่ประสงค์ให้เข้าเยี่ยม (ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)

วัตถุประสงค์/เหตุผลประกอบคำร้อง(ถ้ามี)

.....

.....

ตอนที่ 2 บันทึกผลการตรวจสอบ และความเห็นประกอบการพิจารณา

ตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน.....

ซักประวัติ.....

.....

.....

.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่.....

.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง ..... วันที่ ...../...../.....

ตอนที่ 3 บันทึกการดำเนินการ

☐ 1. เสนอผู้บริหาร รพ. พิจารณา วันที่ ...../...../.....

☐ 2. บันทึกอนุมัติคำร้องในระบบ HIS วันที่ ...../...../..... เวลา..... ผู้บันทึก.....

☐ 3. แจ้งผล แก่ผู้ยื่นคำร้อง วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุเพิ่มเติม .....

.....

.....

.....