



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.10571, 1050

ที่ มอ 104.2639150/ 65-00718

วันที่ 07 ก.ค. 2565

เรื่อง แบบฟอร์มรายงานการเตรียมผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุง

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เวชวิวัฒน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มรายงานการเตรียมผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

อ้างถึงมติที่ประชุมคณะกรรมการเวชระเบียน ครั้งที่ 1/2565 วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 พิจารณาวาระ 4.1 ปรับปรุง Informed consent กลาง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในประเด็นการพิจารณาปรับจำนวนหน้าของ Informed consent กลางฯ ดังนี้

(1) ปรับปรุง Informed consent กลางฯ โดยถอดหน้าที่ 3 “รายงานการเตรียมผ่าตัด” ของพยาบาล ออกจาก Informed consent กลางฯ

(2) มอบหมายให้งานเวชระเบียน ปรับปรุง Informed consent กลางฯ หน้าที่ 1 - 2 สำหรับหน้าที่ 2 ให้ยกเลิกใช้ฟอร์มบันทึก “การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือการรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วฯ” สำหรับฟอร์มบันทึก “คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด” ยังคงมีไว้ใน Informed consent กลางฯ เช่นเดิม และให้นำวาระเข้าพิจารณาในที่ประชุมรอบถัดไป

ในการนี้ งานเวชระเบียน จึงขอส่งแบบฟอร์ม “รายงานการเตรียมผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” ฉบับปรับปรุงตามมติฯ ดังข้อ (1) ให้แก่ฝ่ายบริการพยาบาล และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เวชวิวัฒน์ โดยสามารถนำไปใช้งานแทนแบบฟอร์มฉบับเดิมได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวชฎานันท์ นาคสมพงษ์)

หัวหน้างานเวชระเบียน

สำนักงานเวชระเบียน

ผู้ประสานงาน : นางสาวกัญต์ติชา แก้วมหากาฬ

โทร. 10571 อีเมล: kkantich@medicine.psu.ac.th

เว็บไซต์งานเวชระเบียน : <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec>

รายงานการเตรียมผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (รหัส รพ. 13779)

Songklanagarind Hospital Pre-Operative Preparation Record

(ติดสติ๊กเกอร์ HN.)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

เตรียมทำ.....วันที่.....

	การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และหลักการพยาบาล	ชื่อผู้ปฏิบัติ	ชื่อผู้ปฏิบัติ
1.	อาหาร <input type="checkbox"/> งด..... <input type="checkbox"/> ไม่งด.....	.....	.....
2.	เตรียมบริเวณ <input type="checkbox"/> อาบน้ำด้วยสบู่พิเศษที่โรงพยาบาลเตรียมก่อนผ่าตัด 1 คืน โกนขนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> โกน เวลา.....น. <input type="checkbox"/> ไม่โกน	.....	.....
3.	S.S.E <input type="checkbox"/> เวลา.....น.	.....	.....
4.	G/M .....	.....	.....
5.	การปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง เวลา.....น. <input type="checkbox"/> Retain Foley's catheter No. เวลา.....น.	.....	.....
6.	Gastric lavage and retaining gastric tube เวลา.....น.	.....	.....
7.	Douche and paint cervix เวลา.....น.	.....	.....
8.	การถอดเก็บรักษา เลนส์สัมผัส ฟันปลอม แว่นตา แหวน นาฬิกา เครื่องประดับ แขนหรือขาปลอม ฯลฯ <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....	.....	.....
9.	การตรวจความสะอาดผม และเครื่องประดับผม การล้างเครื่องสำอาง ยาทาเล็บ ฯลฯ <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....	.....	.....
10.	Pre-medication .....	.....	.....
11.	ยาหรือเครื่องมือส่งไปพร้อมกับผู้ป่วย .....	.....	.....

1. ชิดเครื่องหมาย / ในช่อง ที่ต้องการ

2. เขียนชื่อในสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้วและต้องได้รับการตรวจสอบจากพยาบาล