



# คู่มือแผนรองรับกรณี HIS ขัดข้อง

ฝ่ายบริการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ. 2564

## คำนำ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ในการบันทึกข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมานานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลของระบบ Hospital Information System (HIS) แต่ในกรณีที่เกิด HIS ชัดข้อง ระบบ Back Up เป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นทางฝ่ายบริการพยาบาล จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญและได้จัดทำระบบ Back Up ในปี พ.ศ. 2557 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถนำข้อมูลที่สำรองไว้มาใช้งานได้ทันที มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ดังนั้นเพื่อให้มีแนวปฏิบัติในกรณี HIS ชัดข้อง ทางคณะกรรมการด้านสารสนเทศ จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น

กรรมการด้านสารสนเทศ ฝ่ายบริการพยาบาล

กุมภาพันธ์ 2564

## สารบัญ

1. คำจำกัดความ	1
2. วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ	1
3. ระบบสำรองข้อมูลกรณี HIS ชัดข้อง	1
3.1 วัตถุประสงค์ของการสำรองข้อมูล	1
3.2 ข้อมูลที่ระบบทำการสำรอง (Back Up)	1
3.3 รอบเวลาของการสำรองข้อมูล	2
3.4 รูปแบบวิธีการสำรองข้อมูล (Back Up)	2
3.5 วิธีการสำรองข้อมูล (Back Up)	3
3.6 การ Set/ยกเลิกเครื่อง Back Up	4
4. วิธีการใช้ข้อมูลจากโปรแกรมสำรองข้อมูล (Back Up)	7
5. การตรวจสอบการสำรองข้อมูล	12
6. แผนการบำรุงรักษา	13
7. การจัดการเมื่อ HIS ชัดข้อง	13
7.1 การจัดการเรื่องยา	13
7.2 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	19
7.3 การส่งตรวจ Blood gas	23
7.4 การขอ X-Rays	24
7.5 การบันทึกทางการแพทย์	25
7.6 การย้ายหอผู้ป่วย	27
7.7 การจำหน่าย	27
8. การจัดการเรื่องเอกสาร	28
9. การรายงานเมื่อเกิด HIS ชัดข้อง	30
10. ภาคผนวก	31

## คู่มือแผนรองรับ HIS ขัดข้อง ฝ่ายบริการพยาบาล

### 1. คำจำกัดความ

HIS ขัดข้อง หมายถึง ระบบเกิดความขัดข้องในบางส่วน

### 2. วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ

เพื่อให้มีแนวปฏิบัติเมื่อเกิดกรณี HIS ขัดข้อง

### 3. ระบบการสำรองข้อมูลกรณี HIS ขัดข้อง

การสำรองข้อมูล เป็นการคัดลอกเพิ่มข้อมูลเพื่อทำสำเนาและสามารถนำข้อมูลที่สำคัญมาใช้ งานเมื่อเกิดความขัดข้องกับระบบ การสำรองข้อมูลเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2557 จากปัญหา หากระบบใช้ งานไม่ได้ จะทำให้ไม่มีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

#### 3.1 วัตถุประสงค์ของการสำรองข้อมูล

เพื่อให้มีข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อเกิด HIS ขัดข้อง

#### 3.2 ข้อมูลที่ระบบทำการสำรอง (Back Up)

Program	แสดงที่ Tab
1. Admission Note, Progress Note	Admission Note
2. Graphic Sheet	Graphic Sheet
3. Lab	HisPrnLab
4. Doctor's order sheet	HisPrnOrderSheet
5. Nursing Progress Notes	Intervention *
6. Kardexs	KardexBackup
7. แสดงรายการยา	Med_card
8. แสดงรายการจ่ายยา	Med_prn
9. Medication Profile	Med_Profile

### 3.3 รอบเวลาของการสำรองข้อมูล

โปรแกรมเมอร์ จะเขียนโปรแกรมให้มีการ Back Up ข้อมูลไว้ที่ server กลางตามรอบเวลาที่กำหนด โดยจะมีการ Back Up ข้อมูล 7 รอบต่อวัน ใช้เวลาในการ Back Up ต่อรอบประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นระบบอัตโนมัติ

- เวลา 02.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 03.00 น.
- เวลา 06.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 07.00 น.
- เวลา 10.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 11.00 น.
- เวลา 14.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 15.00 น.
- เวลา 18.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 19.00 น.
- เวลา 20.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 21.00 น.
- เวลา 22.00 น. สร้าง Pdf file Back up ตามรอบเวลา เสร็จ เวลา 23.00 น.

### 3.4 รูปแบบการสำรองข้อมูล (Back Up) ของหอผู้ป่วยใน

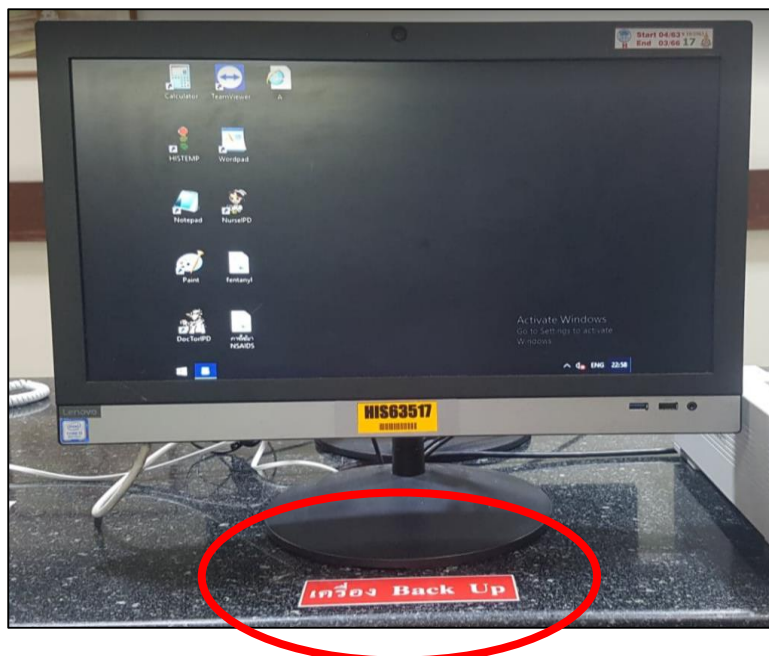
3.4.1 เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ได้รับการกำหนดให้เป็นเครื่อง Back Up จะเริ่มสำรองข้อมูลเมื่อมีการ Log in เข้าใช้งาน Nurse IPD ในครั้งแรกหลังจากมีการเปิดเครื่อง

3.4.2 การนับเวลาการสำรองข้อมูลในหอผู้ป่วยจะดำเนินการทุก ๆ ครั้งชั่วโมง นับจากการ Log in เข้าใช้งานโปรแกรม Nurse IPD ในครั้งแรก เช่น หอผู้ป่วย A เริ่มมีการ Log in เข้าใช้งาน Nurse IPD ด้วยเครื่องที่กำหนดเป็นเครื่อง Back Up เวลา 7.20 น. โปรแกรมจะเริ่มทำการ copy ข้อมูลและจะมีรอบของการ copy ถัดไปคือ เวลา 7.50 น.

3.4.3 ข้อมูลการ copy ของหอผู้ป่วยจะเป็นปัจจุบัน ตามข้อมูลรอบ Back Up จาก server กลาง เช่น หอผู้ป่วย A log in เวลา 9.40 น. เครื่องจะ copy ข้อมูลจาก server กลางรอบ 6.00 น. เนื่องจาก server กลาง สร้าง Pdf. file Back Up รอบ 10.00 น. ไม่แล้วเสร็จ (เสร็จเวลา 11.00 น.)

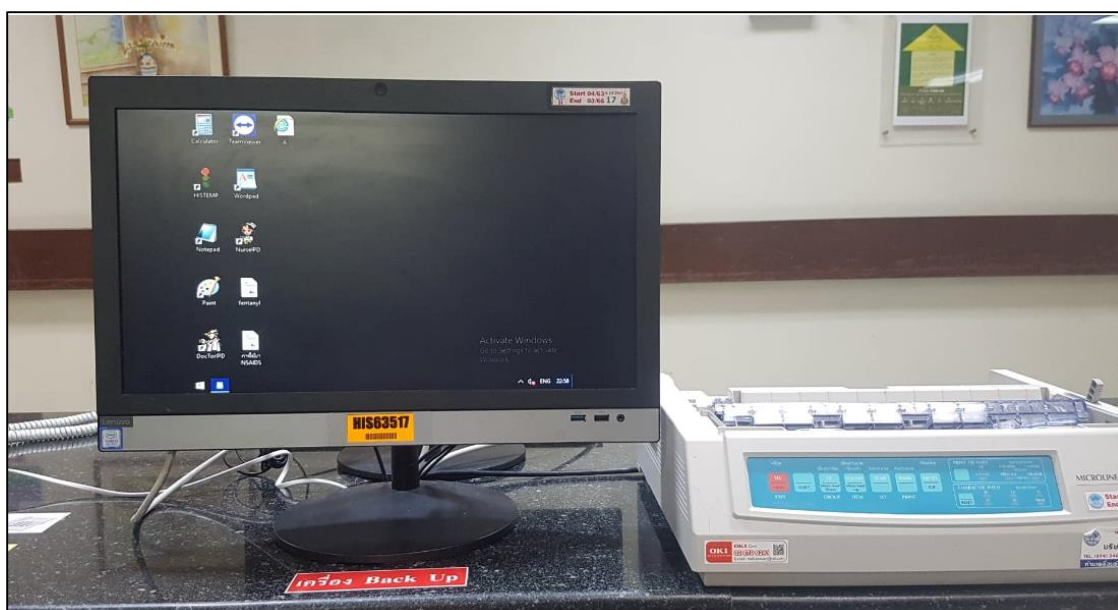
### 3.5 วิธีการสำรองข้อมูล (Back Up)

การกำหนดเครื่องคอมพิวเตอร์ Back Up ข้อมูล



1) กำหนดเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (PC) ที่ต่อในระบบ LAN หอผู้ป่วยละไม่เกิน 4 เครื่อง พร้อมติดสัญลักษณ์ที่เครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (PC) ว่าเป็นเครื่อง Back Up ข้อมูล

2) เครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (PC) ที่เป็นเครื่อง Back Up ข้อมูลควรมีเครื่องที่เป็น printer อย่างน้อย 1 เครื่อง และ printer ควรต่อกับไฟฉุกเฉินอย่างน้อย 1 เครื่อง เพื่อสามารถใช้ข้อมูลสำรองได้กรณี HIS และไฟฟ้าหลักขัดข้อง (หากหอผู้ป่วยใด มี printer ไม่ครบ 4 เครื่อง ให้กำหนดเครื่องที่มี เป็น Back Up ทั้งหมด)





### 3.6 การ Set/ยกเลิกเครื่อง Back Up

โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล SRCU ฝ่ายพยาบาล : ทรัพย์สิน, วิศวกรรมศาสตร์

**\*\* ไม่ใช่เครื่อง BackUp ข้อมูล \*\***      Set/ยกเลิก เครื่อง BackUp

เตียง	HN	ชื่อผู้ป่วย	แพทย์ Staff	หมายเหตุ (สีแดง=
ต01				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต02				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต03				
ต04				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต05				ใช้สิทธิ์ไม่ส่งตัว (ก
ต06				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต07				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต08				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ต09				ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วน
ย01				
ย02				

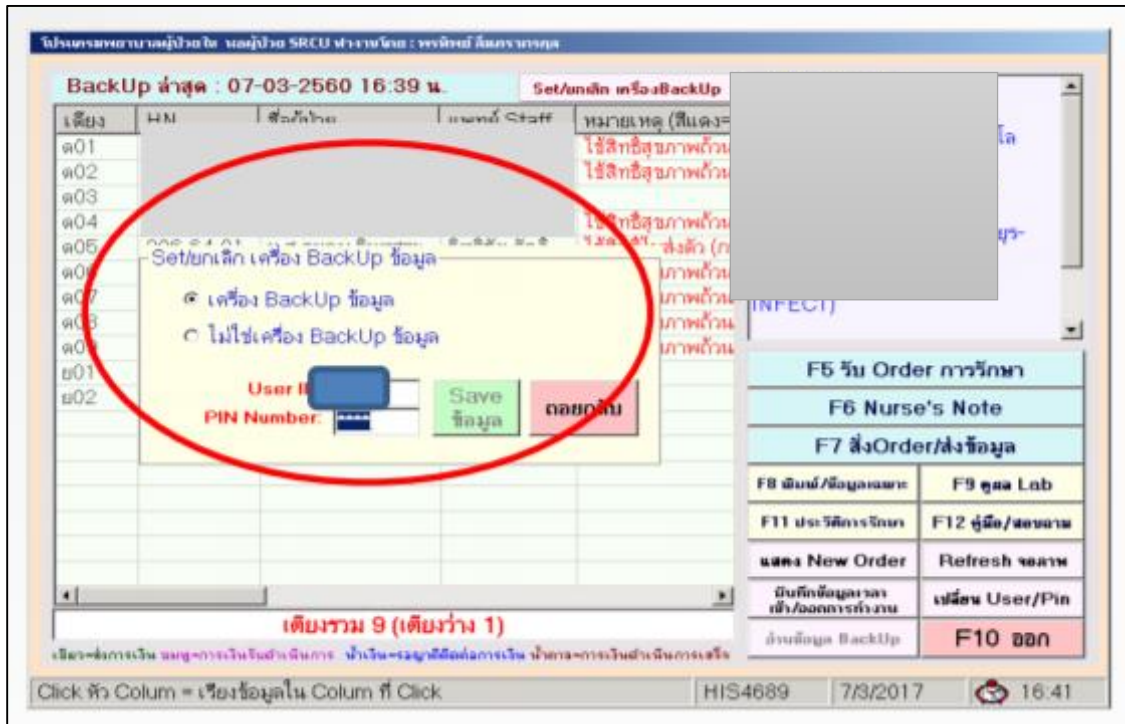
เตียงรวม 9 (เตียงว่าง 1)

เตียง-ส่งการรับ    นนชช-การรับเงินต้น/เงินคง    ฝั่งเงิน-รวมญาติ/ส่งการรับ    ฝั่งการรับเงินต้น/เงินคง

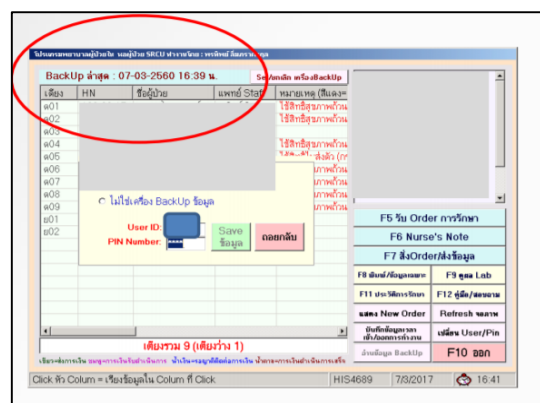
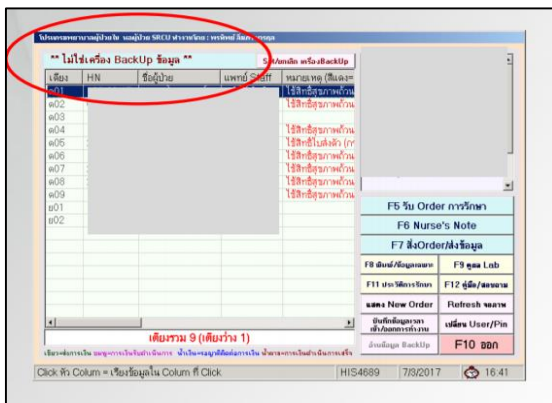
Click หัว Column = เขียนข้อมูลใน Column ที่ Click.

HIS4689    7/3/2017    16:41

F5 รับ Order การรักษา  
 F6 Nurse's Note  
 F7 ส่ง Order/ส่งข้อมูล  
 F8 พิมพ์/ลบเอกสาร    F9 ชุด Lab  
 F11 ประสิทธิภาพการ    F12 คู่มือ/สอบถาม  
 แลกร New Order    Refresh จดหมาย  
 ยืนยันข้อมูลการ    เปลี่ยน User/Pin  
 ย้ายเตียง BackUp    F10 ออก



- 1) กำหนดเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับ Back Up ข้อมูล
- 2) ติดตั้งโปรแกรม Back Up โดยเปิดเข้า HIS หน้าแรก ที่แถบบนขวาจะพบข้อความ “Set/ยกเลิก Back Up” ให้ click ที่ข้อความดังกล่าว และเลือก พร้อมใส่รหัสผู้กำหนด
- 3) วิธีสังเกตว่าคอมพิวเตอร์ใช้/ไม่ใช่ เครื่อง Back Up โดยเปิดเข้า HIS หน้าแรก ที่แถบบนซ้าย จะมีข้อความแสดง หากเป็นเครื่อง Back Up จะแสดงว่า Back Up ล่าสุด วันที่ เวลา

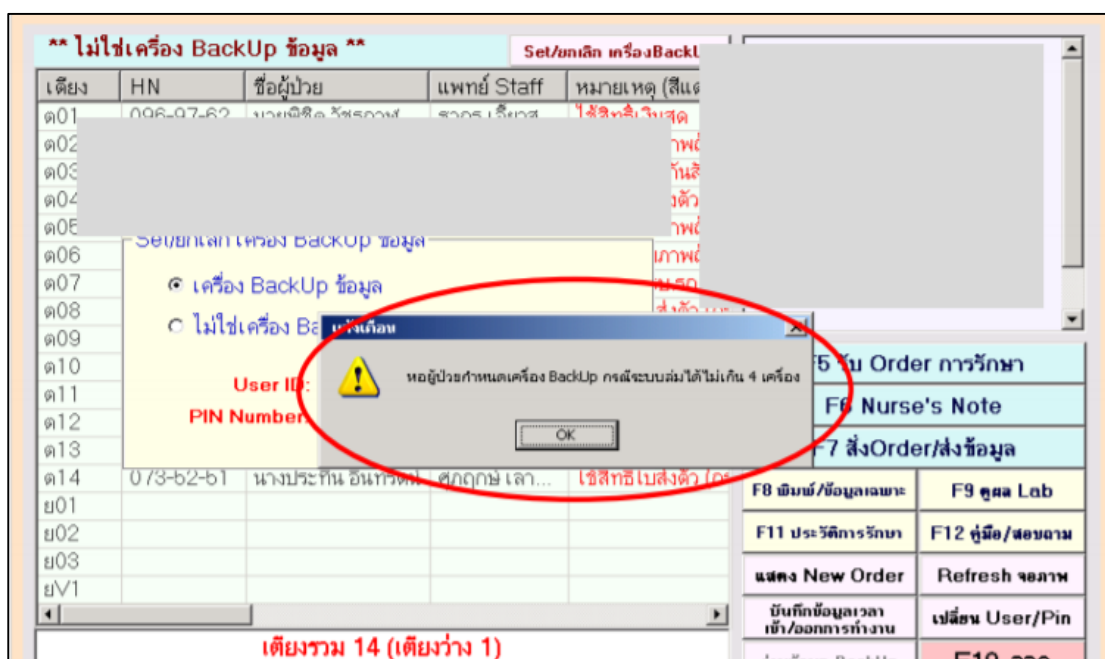


- 4) เมื่อ set เครื่อง Back Up เรียบร้อย เครื่องจะดำเนินการ copy ข้อมูล ใช้เวลา 30-45 นาที และเมื่อปิดโปรแกรมจะปรากฏ Icon HISTEMP สัญลักษณ์คัสต้ายไฟจราจรแดง เหลือง เขียว ที่บริเวณหน้า Desktop หากไม่มี Icon HISTEMP ปรากฏ ให้รอประมาณ 30 นาที เพื่อรอรอบการดึงข้อมูล แต่หากครบ 30 นาทีแล้วยังไม่ปรากฏให้โทรแจ้งฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ





5) กรณี Set เครื่อง Back Up มากกว่า 4 เครื่อง (มากกว่าที่กำหนด) จะปรากฏข้อความ “หออผู้ป่วยกำหนดเครื่อง Back Up กรณีระบบล้มได้ไม่เกิน 4 เครื่อง”



6) กรณีเปลี่ยนเครื่องคอมพิวเตอร์ ในการ Back Up ข้อมูล ควรลบ Icon HISTEMP ที่บริเวณหน้า Desktop ออกจากเครื่องเดิม เพื่อป้องกันความสับสนในการใช้งาน โดยใช้ Mouse click ที่ Icon HISTEMP และกด delete จากแป้นพิมพ์เท่านั้น (จะใช้วิธี click mouse ขวาไม่ได้)

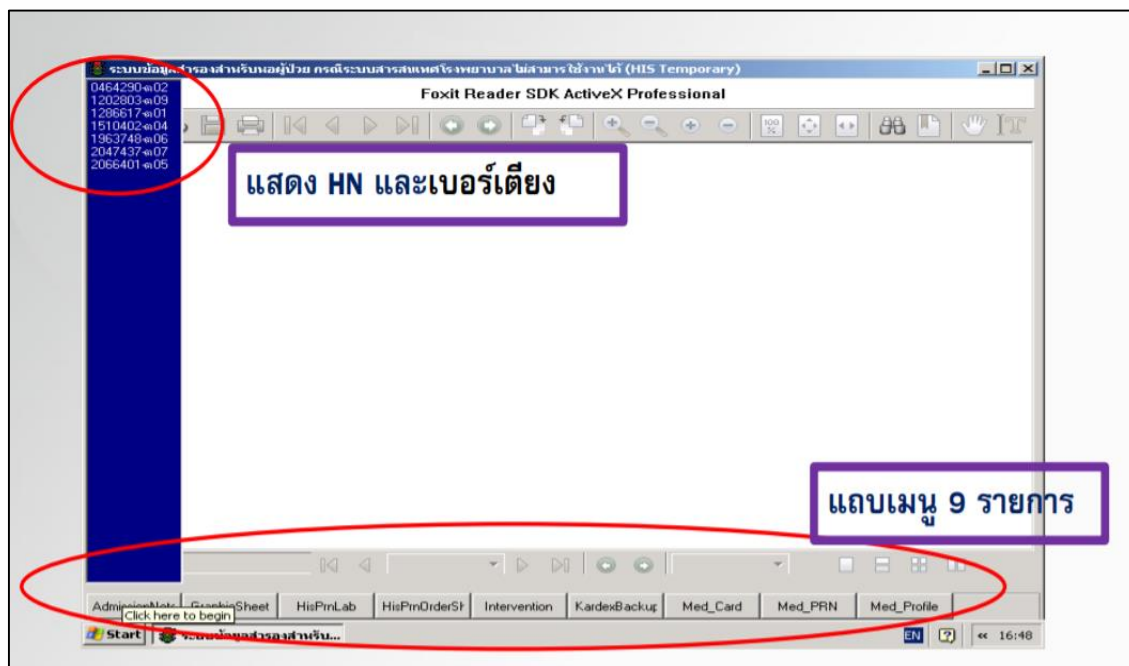


#### 4. วิธีการใช้ข้อมูลจากโปรแกรมสำรองข้อมูล (Back Up)

4.1 เมื่อเกิด HIS ชัดข้อง ให้ออกจากโปรแกรม HIS IPD มาใช้งานที่ Icon HISTEMP



4.2 คัดเลือกข้อมูลที่ต้องการดู จากแถบเมนูด้านล่าง (แถบเมนู 9 รายการ) ส่วนแถบด้านซ้าย จะแสดง HN (เรียงตามลำดับหมายเลข HN) ด้านหลัง HN เป็นเบอร์เตียง โดย

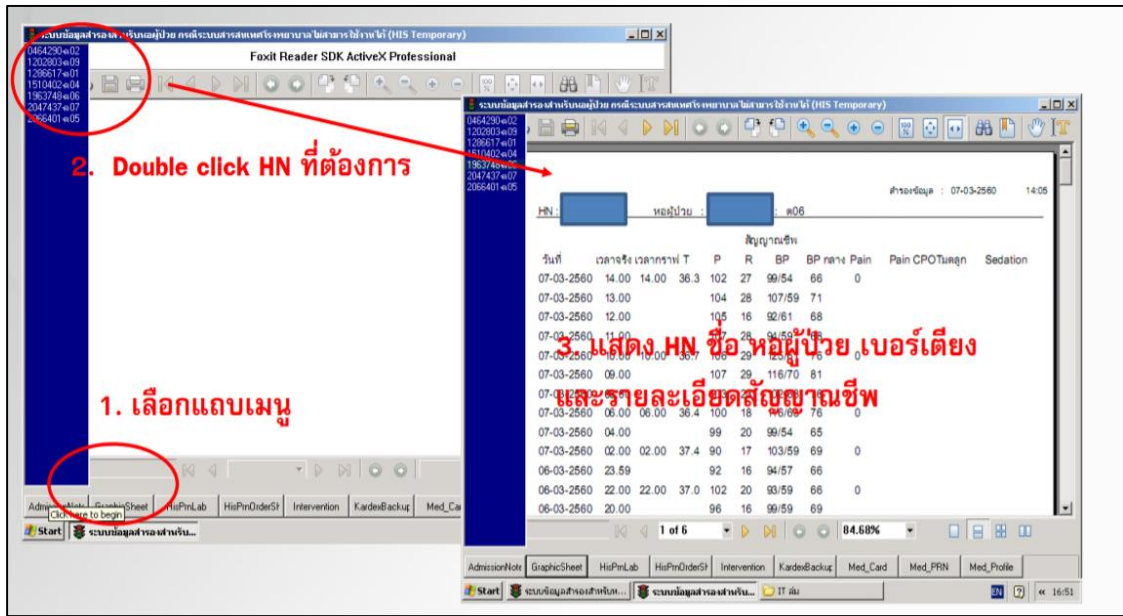


- 1) เลือกแถบเมนูด้านล่างที่ต้องการดูข้อมูล
- 2) Double click HN ที่ต้องการดูข้อมูล
- 3) จะแสดงข้อมูล HN ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย เบอร์เตียง และรายละเอียด

ข้อมูลที่ต้องการดู เช่น

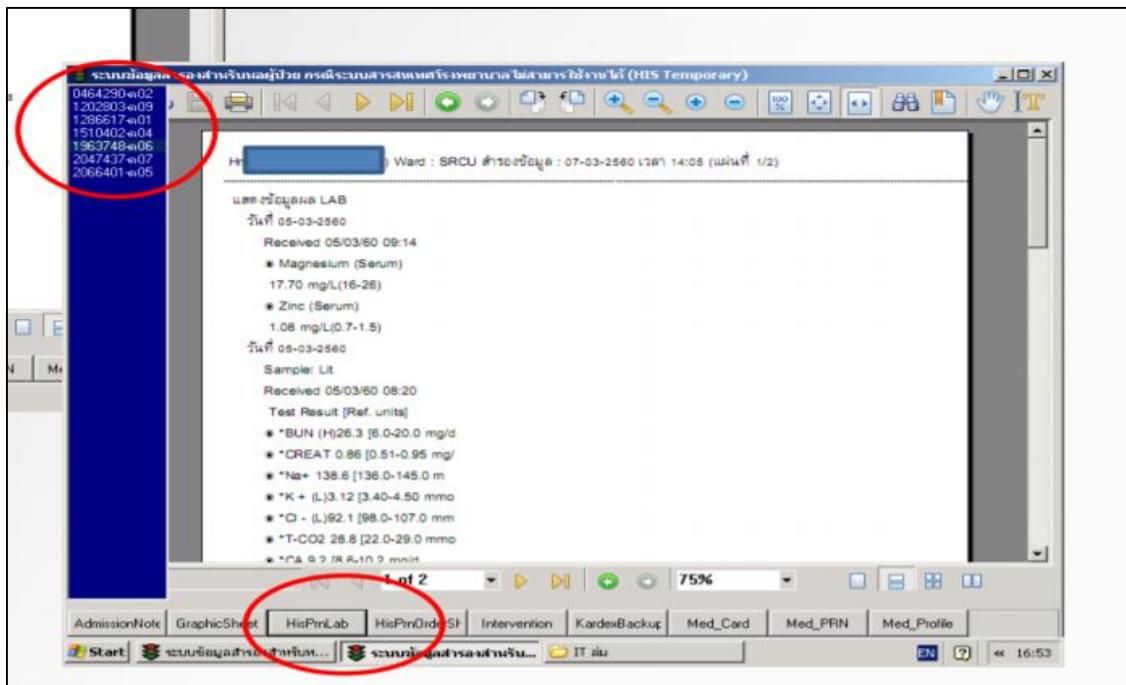
**กรณีที่ต้องการดู Graphic Sheet ให้ดำเนินการดังนี้**

- 1) เลือกแถบเมนูด้านล่าง “Graphic Sheet”
- 2) Double click HN ที่ต้องการ
- 3) จะแสดงข้อมูล HN ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย เบอร์เตียง และรายละเอียด  
สัญญาณชีพ



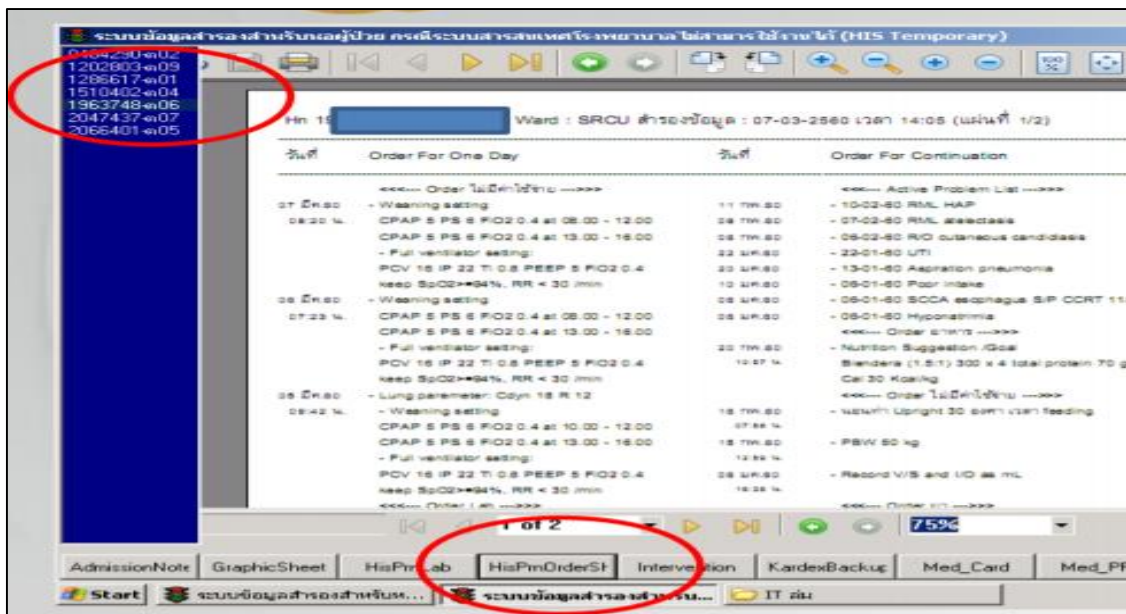
กรณีต้องการดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ดำเนินการดังนี้

- 1) เลือกแถบเมนูด้านล่าง “HisPmLab”
- 2) Double click HN ที่ต้องการ
- 3) จะแสดงข้อมูล HN ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย เบอร์เตียง และรายละเอียด



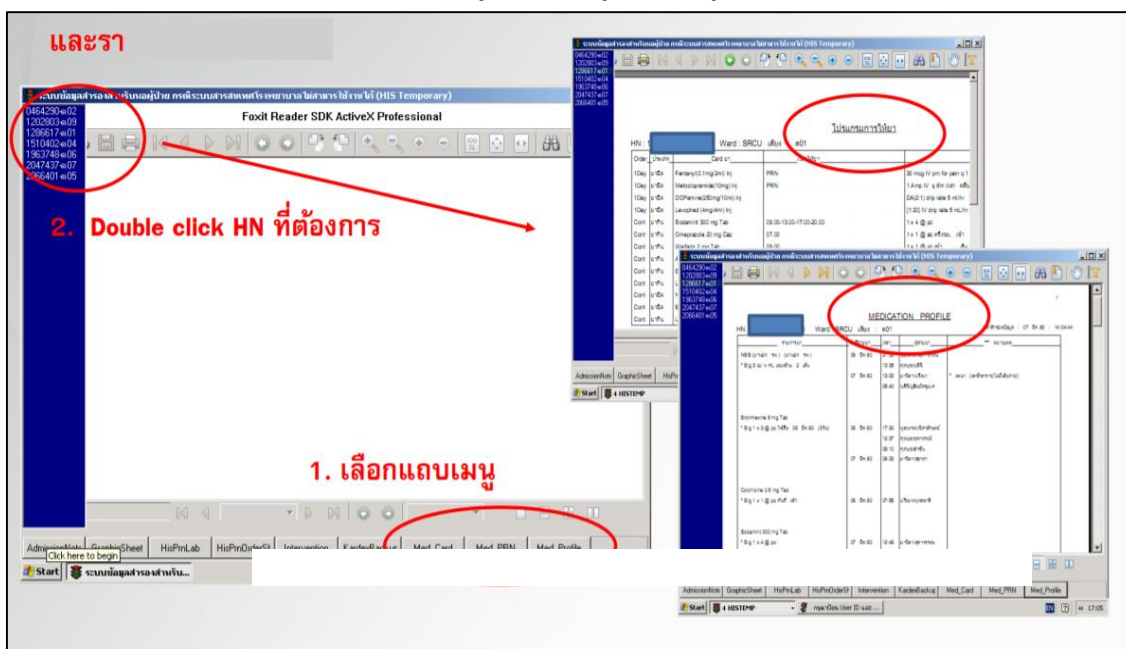
กรณีต้องการดู Doctor's order sheet ให้ดำเนินการดังนี้

- 1) เลือกแถบเมนูด้านล่าง “HisPmOrderSheet”
- 2) Double click HN ที่ต้องการ
- 3) จะแสดงข้อมูล HN ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย เบอร์เตียง และรายละเอียด

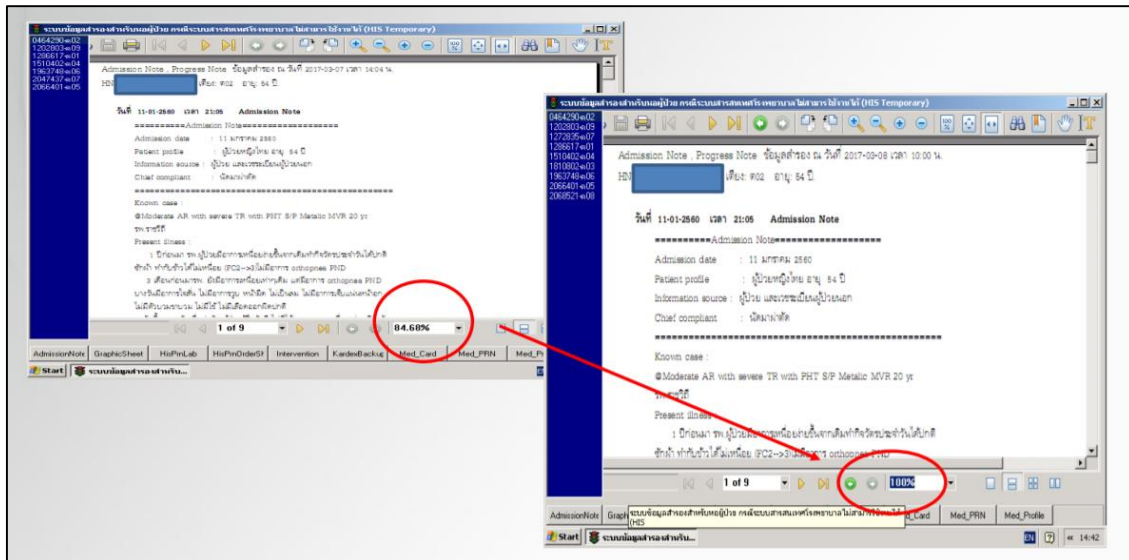


กรณีที่ต้องการดู รายการยา รายการจ่ายยา Medication Profile ให้ดำเนินการดังนี้

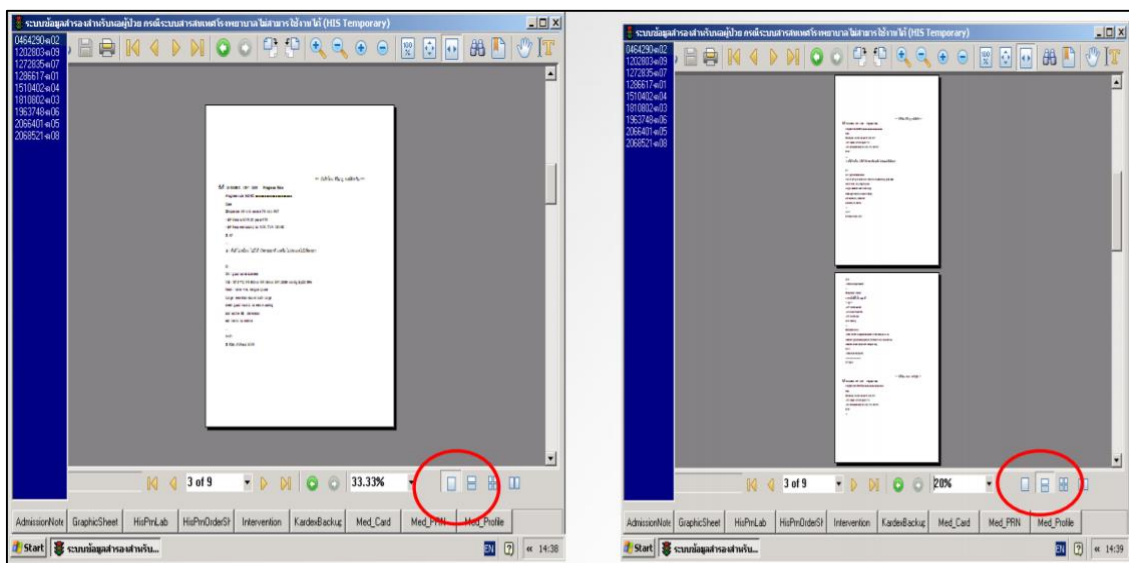
- 1) เลือกแถบเมนูด้านล่าง “Med\_card, Med\_pm, Med\_Profile”
- 2) Double click HN ที่ต้องการ
- 3) จะแสดงข้อมูล HN ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย เบอร์เตียง และรายละเอียดยา

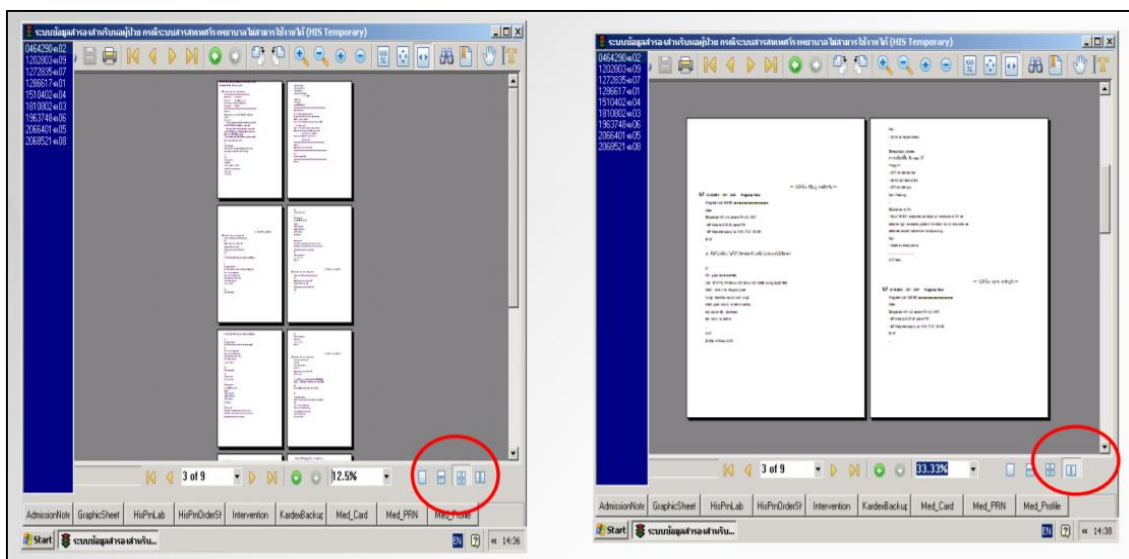


### 4.3 กรณีต้องการปรับเปลี่ยนขนาดภาพให้มีขนาดใหญ่หรือเล็กสามารถ Zoom โดยเปลี่ยนจำนวน %



### 4.4 กรณีต้องการปรับเปลี่ยน View แบบต่าง ๆ สามารถเลือกจากมุมมองล่างขวา

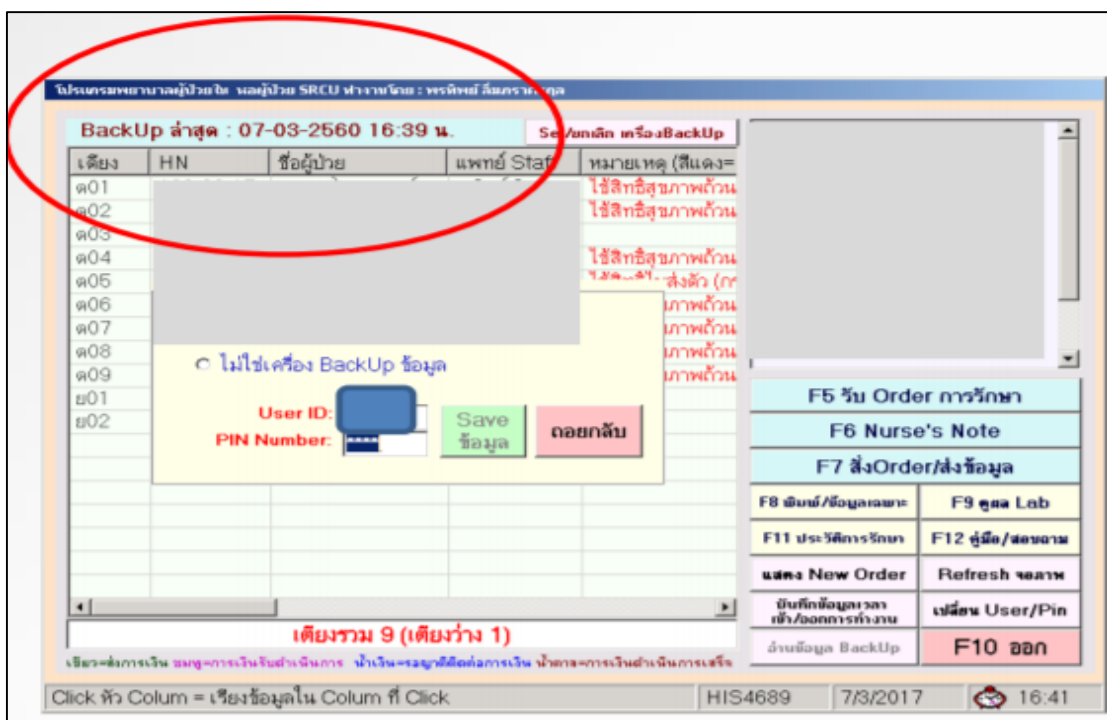




4.5 กรณีต้องการการดู Film X-Rays ไม่มีระบบการสำรองข้อมูลแต่สามารถดูได้จากระบบ PAC ตามปกติ

### 5. การตรวจสอบการสำรองข้อมูล

ขอผู้เกี่ยวข้องกำหนดให้มีแผนการตรวจสอบข้อมูล Back Up ของเครื่องอย่างน้อยผลัดละครั้ง เพื่อติดตามการ Back Up ข้อมูลให้ใกล้เคียงกับรอบเวลา Back Up มากที่สุด เพื่อประโยชน์ในการดูข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเกิด HIS ชัดข้อง หากพบว่าข้อมูลการ Back Up ต่ำช้า ควรประสานงานกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อปรับปรุงแก้ไข



## 6. แผนการบำรุงรักษา

หอผู้ป่วยต้องกำหนดเวลาในการปิดเครื่อง เพื่อพักเครื่อง อย่างน้อยวันละครั้ง แต่ไม่ควรปิดเครื่อง Back Up ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (เนื่องจากหากเกิด HIS ชัดข้องในเวลาทีปิดเครื่อง จะยังมีเครื่อง Back Up ที่สามารถใช้งานได้) และเมื่อเปิดเครื่องใช้งานอีกครั้ง ต้อง Log in ใช้งาน Nurse IPD เพราะระบบจะทำการ Back Up ในครั้งแรกหลังจากมีการ Log in ใช้งานเท่านั้น

## 7. การจัดการเมื่อเกิด HIS ชัดข้อง

เมื่อ HIS ชัดข้องหากแก้ไขไม่ได้ภายใน 10 นาที ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศจะประกาศแจ้งสาเหตุและประมาณการแก้ไขเบื้องต้น (ระหว่างนี้งดรับโทรศัพท์) หากแก้ไขไม่ได้ภายใน 30 นาที ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศจะประสานงานกับโรงพยาบาลหรือรอง ๆ ประกาศ code เพื่อใช้กระดาษ (ยกเว้น ER ให้ดำเนินการรักษาได้เลย โดยบันทึกกระดาษ) การดำเนินการเมื่อ HIS ชัดข้อง ในกรณีดังต่อไปนี้

1. การจัดการเรื่องยา
2. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. การส่ง Blood gas
4. การส่ง X-Rays
5. การบันทึกทางการแพทย์
6. การย้ายหอผู้ป่วย
7. การจำหน่าย

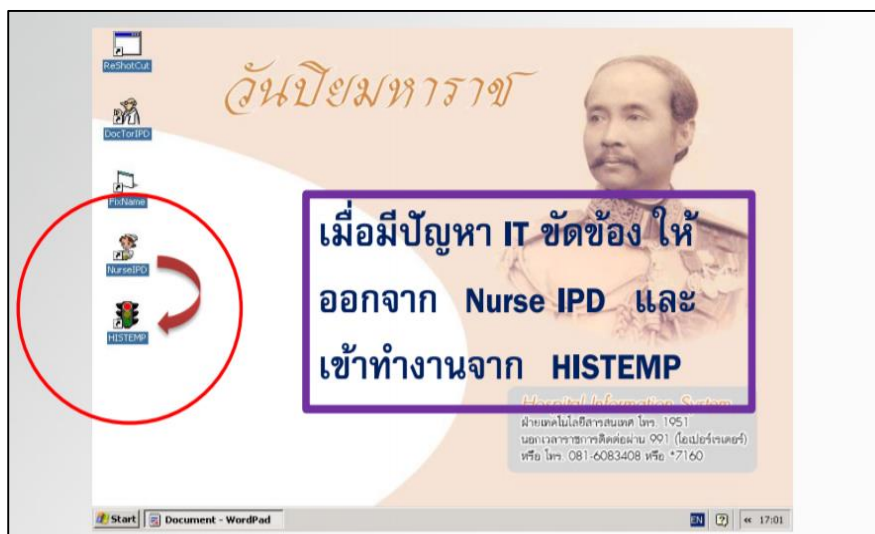
### 7.1 การจัดการเรื่องยา

แบ่งออกเป็น 2 กรณีดังต่อไปนี้

- 1) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับยาเดิม ก่อนเกิด HIS ชัดข้อง การจ่ายยาตามเวลา และยา PRN

**ขั้นตอนที่ 1** เข้าสู่หน้าจอ HISTEMP





ขั้นตอนที่ 2 Print Med Card (แสดงรายการยา) เพื่อดูประวัติยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ณ เวลาล่าสุดที่เครื่องได้มีการ Back up ข้อมูลไว้ (เครื่อง Back Up แต่ละเครื่อง มีเวลา Back Up ล่าสุดที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรเลือก print จากเครื่องที่มีเวลาใกล้เคียงกับปัจจุบันมากที่สุด)

Card no.	เตียง	ประวัติยา	รายการใช้ยา
Calcium polystyrene 5gm	09.00-18.00		1 ขอบเขตยา 50 ซีซี เข้า เว็...
Prograf 1 mg Cap	08.00-20.00		5 x 2 @ ac 1 ชม. ส: 8.00 20.00
Calcium carbonate 1250 mg	14.00		1 x 1 @ pc เกือบ ห่างจากมื้ออาหาร 2 ชั่วโมง
Celcept 500 mg Tab	09.00-18.00		2 x 2 @ pc
Sodium chloride 300mg Tab	09.00-13.00-18.00-22.00		3 x 4 @ pc
Diltiazem XR Cap 120 mg	09.00		1 x 1 @ pc เข้า
Folic acid 5 mg Tab	09.00		1 x 1 @ pc เข้า
Sodamint 300 mg Tab	09.00-13.00-18.00-22.00		4 x 4 @ pc
Vitamin D2 20.000 u Cap	09.00		1 x 1 @ pc เข้า เว้นจวันหยุดพัก
Prednisolone 5 mg Tab	08.00		3 x 1 @ pc วันกิน เข้า
Amikacin 500 mg	14.00		500 mg IV q 48hr
Cotrimox inj TMP80 /SMI D5 W 50 ML	08.00-14.00-22.00		3 Amp IV q 8hr + 5%D/W 300 ml IV drip in 1 hr ใส่ลงในยา Bacrim

Med Card → โปรแกรมการให้ยา

HN :                      Ward :                      เตียง :

Order	ประเภท	Card ยา	เวลาให้ยา	
Cont	ยาเกิน	Calcium polystyrene 5gm	09.00-18.00	1 ซองละลายน้ำ 50 ซีซี
Cont	ยาเกิน	Prograf 1 mg Cap	08.00-20.00	5 x 2 @ ac 1 ชม. at 8.00
Cont	ยาเกิน	Calcium carbonate 1250 mg	14.00	1 x 1 @ pc ตื่นง ห่างจาก
Cont	ยาเกิน	Celicept 500 mg Tab	09.00-18.00	2 x 2 @ pc
Cont	ยาเกิน	Sodium chloride 300mg Tab	09.00-13.00-18.00-22.00	3 x 4 @ pc
Cont	ยาเกิน	Diltiazem XR Cap 120 mg	09.00	1 x 1 @ pc เช้า
Cont	ยาเกิน	Folic acid 5 mg Tab	09.00	1 x 1 @ pc เช้า
Cont	ยาเกิน	Sodamint 300 mg Tab	09.00-13.00-18.00-22.00	4 x 4 @ pc
Cont	ยาเกิน	Vitamin D2 20,000 u Cap	09.00	1 x 1 @ pc เช้า เฉพาะวัน
Cont	ยาเกิน	Prednisolone 5 mg Tab	08.00	3 x 1 @ pc วันละ 1 เช้า
Cont	ยาฉีด	Amikacin 500 mg	14.00	500 mg IV q 48hr
Cont	ยาฉีด	Cotrimox Inj TMP 80 /5ml	06.00-14.00-22.00	3 Amp IV q 8hr + 5%D/W
Cont	น้ำเกลือ	D 5 W 50 ML		ใส่สายยา Bactrim

1 of 1      100%

โปรแกรมการให้ยา

เตียง : ต15

Update Time

เวลาสำรองข้อมูล : 09 ก.ย. 63 : 11:09:14

เวลาให้ยา	วิธีการใช้ยา
	1 ซองละลายน้ำ 50 ซีซี เช้า เย็น
	5 x 2 @ ac 1 ชม. at 8.00 20.00
	1 x 1 @ pc ตื่นง ห่างจากมื้ออาหาร 2 ชั่วโมง
	2 x 2 @ pc
09.00-18.00-22.00	3 x 4 @ pc
	1 x 1 @ pc เช้า
	1 x 1 @ pc เช้า
09.00-18.00-22.00	4 x 4 @ pc
	1 x 1 @ pc เช้า เฉพาะวันพฤหัสบดี
	3 x 1 @ pc วันละ 1 เช้า
	500 mg IV q 48hr
06.00-14.00-22.00	3 Amp IV q 8hr + 5%D/W 300 ml IV drip in 1 hr
	ใส่สายยา Bactrim

ขั้นตอนที่ 3 Print Med\_Profile (Medication Profile) เพื่อดูเวลาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับยา ณ เวลาที่เครื่องทำการ Back Up ข้อมูล เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับ Med Card เพื่อดูเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับยา

1

Med Profile → MEDICATION PROFILE

HN :                      Ward :                      เตียง :                      เวลาสารงนัฒน : 09 กน.63 : 11:09:24

รายการยา	วันที่จ่ายยา	เวลา	ผู้จ่ายยา	*** หมายเหตุ
Folic acid 5 mg Tab * Sig 1 x 1 @ pc ะษา	08 กน.63	08:31		
	09 กน.63	08:42		
Prednisolone 5 mg Tab * Sig 3 x 1 @ pc ะษา	08 กน.63	07:55		
	09 กน.63	07:37		
Sodamint 300 mg Tab * Sig 4 x 4 @ pc	08 กน.63	21:53		
		17:39		
	09 กน.63	13:17		
		08:42		

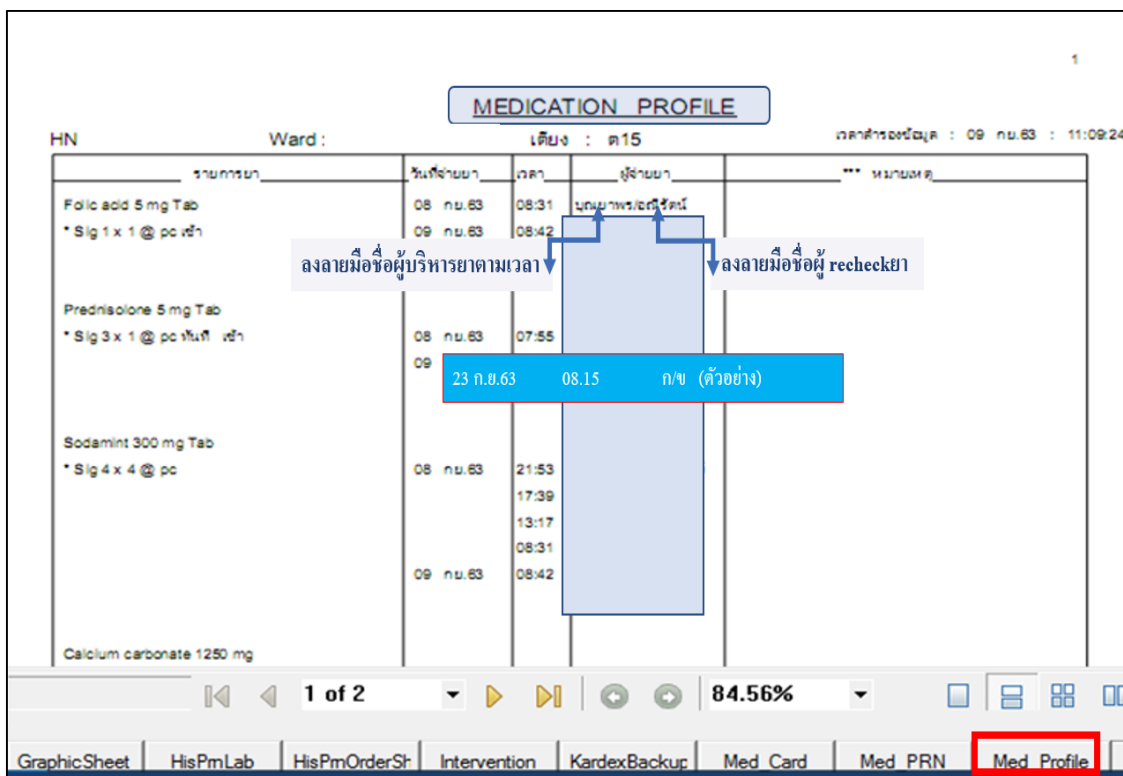
1

Med PRN → MEDICATION PROFILE

HN :                      Ward :                      เตียง : ๓37                      เวลาสารงนัฒน : 09 กน.63 : 11:10:03

รายการยา	วันที่จ่ายยา	เวลา	ผู้จ่ายยา	*** หมายเหตุ
Heparin(5,000 U/ml) 5 ml * Sig (100:1)Heparin 10000 U+ Nss 100 ccl drip rate 830 U/hr rate 8.3 cc	30 สค.63	22:30		* จ่ายเวลา 21.00 น.
Dipotassium phosphate Inj * Sig add In 0.45% NaCl 40 mEq	07 กน.63	08:52		
Fentanyl(0.1mg/2ml) Inj * Sig 40 mcg IV prn for pain q 4 h	02 กน.63	08:30		

ขั้นตอนที่ 4 จ่ายยา และบันทึกการจ่ายยาใน Med Profile ทั้งผู้ recheck ผู้จ่ายยา และเวลาในการจ่ายยาไว้เป็นหลักฐาน ดังรูป



2) กรณีที่แพทย์ต้องการสั่งยาใหม่ ในระหว่างที่เกิด HIS ชัดข้อง เมื่อเกิด HIS ชัดข้อง แต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขโดยการให้ยา แต่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาชนิดนั้นมาก่อน สามารถดำเนินการได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แพทย์สั่งยาในใบ Doctor's order sheet พร้อมทั้งเขียนใบสั่งยาผู้ป่วย (ใบสั่งยาควรมีใบ Copy ให้ห้องยา 1 ใบเก็บไว้ที่หอผู้ป่วย 1 ใบ

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลรับ order โดยการลงลายมือชื่อวันที่และเวลาที่รับได้คำสั่งการรักษา



### 7.2 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถดำเนินการได้ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1

Print ใบ request การส่งสิ่งส่งตรวจ จาก Intranet

#### ขั้นตอนที่ 2

- ให้แพทย์ Order การตรวจทางห้องปฏิบัติการใน Doctor's order sheet
- พยาบาลรับ order และเซ็นชื่อกำกับ

#### ขั้นตอนที่ 3 กรอกข้อมูล lab ที่ต้องการส่งตรวจ ในใบ Request

#### Lab หน่วยเคมีคลินิก

#### Lab หน่วยจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก



## แบบฟอร์มส่งตรวจห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์

แบบฟอร์มส่งตรวจ (Request Form) ส่งปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
โทรศัพท์ 074 - 451 - 522 ; โทรสาร 074 - 451 - 528

Name.....H.N.....Gender.....Age.....Hospital/Clinic.....  
Requested by.....Diagnosis.....Collected date/time.....

Type of Specimen

( ) Serum ( ) Other.....

สารเคมีที่นิยมใช้ในห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์

( ) Free T4	( ) Progesterone
( ) Free T3	( ) Testosterone
( ) TSH	( ) Estradiol
( ) Thyroglobulin	( ) ACTH (EDTA Blood)
( ) Anti-Thyroglobulin	( ) B-CrossLaps (EDTA Blood) (รวม crossmatch 0.10 0.20 ml)
( ) Anti-TPO	( ) Total P1NP (EDTA Blood)
( ) β-HCG	( ) Rinsin (EDTA Blood)
( ) Cortisol	( ) Aldosterone
( ) Parathyroid Hormone	( ) 17 OH Progesterone
( ) Insulin	( ) IGF-1
( ) FSH	( ) hGH
( ) LH	( ) Urine Free Cortisol (เก็บเวลา 24 ชม. ไม่ถ่ายปัสสาวะ)
( ) Prolactin	( ) TRAb
	( ) AMH

## การจงดเลือดและส่วนประกอบของเลือด

<p><b>คลังเลือด 1</b> โทร : 5577</p> <p><b>หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต ภาควิชาอายุรวิทยา</b> คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p> <p>ชื่อผู้รับ : ..... อายุ ..... ปี วันเดือนปีเกิด .....</p> <p>H.N. .... M F</p> <p>WARD/CLINIC ..... โรงพยาบาล .....</p> <p><b>วินิจฉัยและประวัติของเลือดที่จะขอครั้งนี้</b></p> <p><input type="checkbox"/> Typing and Screening (T &amp; S)</p> <p><input type="checkbox"/> Packed Red Cell (PRC) .....</p> <p><input type="checkbox"/> Leukocyte poor packed red cell (LPKC) .....</p> <p><input type="checkbox"/> Leukocyte depleted packed red cell (LDPRC) .....</p> <p><input type="checkbox"/> Platelet concentrate .....</p> <p><input type="checkbox"/> Leukocyte depleted plateletpheresis .....</p> <p><input type="checkbox"/> Fresh Frozen Plasma .....</p> <p><input type="checkbox"/> Plasma Cryo. Reduced (PCR) .....</p> <p><input type="checkbox"/> Cryoprecipitate AHF .....</p>	<p>ชื่อผู้รับ : ..... อายุ ..... ปี วันเดือนปีเกิด .....</p> <p>H.N. .... M F</p> <p>WARD/CLINIC ..... โรงพยาบาล .....</p> <p><b>Diagnosis &amp; Clinical Indication</b> (โปรดใช้เครื่องหมาย □ และ ⊗ ระบุอย่างชัดเจน) .....</p> <p><b>สารให้เลือด</b> E e C c Jka Jkb Fya Fyb</p> <p><b>สารให้เกล็ดเลือด</b> ...</p> <p><b>Cell grouping</b> ...</p> <p><b>ABO gr.</b> ...</p> <p><b>Requested by</b> .....</p> <p><b>Approved by</b> .....</p> <p><b>วันที่</b> .....</p> <p style="text-align: right;">41149</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DONOR NAME</th> <th rowspan="2">DONOR NO.</th> <th colspan="2">BI Group</th> <th rowspan="2">Blood Group</th> <th colspan="3">CROSS - MATCH</th> <th colspan="2">ISSUE</th> <th colspan="2">RETURN</th> <th rowspan="2">REMARK</th> </tr> <tr> <th>ABO</th> <th>Other</th> <th>RT</th> <th>37°C</th> <th>IAT</th> <th>RESULT</th> <th>BY</th> <th>DATE</th> <th>BY</th> <th>DATE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p><b>Ab. screening</b></p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td></td><td>RT</td><td>37°C</td><td>IAT</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sub</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OutNet</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p><b>Ab. Identification</b> <input type="checkbox"/> ทำ by .....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทำเพราะ Result .....</p> <p>Identify ID No. ....</p> <p>NGE ราชบัณฑิตยสถาน/พันธุกรรม ๑๗๒</p> <p>action ๑๗๒</p> <p>ราชบัณฑิตยสถาน ๑๗๒</p> <p>action ๑๗๒</p>	DONOR NAME	DONOR NO.	BI Group		Blood Group	CROSS - MATCH			ISSUE		RETURN		REMARK	ABO	Other	RT	37°C	IAT	RESULT	BY	DATE	BY	DATE	1.													2.													3.													4.													5.													6.													7.													8.													9.													10.													11.													12.													13.													14.													15.														RT	37°C	IAT	<input type="checkbox"/> Sub				<input type="checkbox"/> OutNet			
DONOR NAME	DONOR NO.	BI Group			Blood Group	CROSS - MATCH			ISSUE		RETURN		REMARK																																																																																																																																																																																																																											
		ABO	Other	RT		37°C	IAT	RESULT	BY	DATE	BY	DATE																																																																																																																																																																																																																												
1.																																																																																																																																																																																																																																								
2.																																																																																																																																																																																																																																								
3.																																																																																																																																																																																																																																								
4.																																																																																																																																																																																																																																								
5.																																																																																																																																																																																																																																								
6.																																																																																																																																																																																																																																								
7.																																																																																																																																																																																																																																								
8.																																																																																																																																																																																																																																								
9.																																																																																																																																																																																																																																								
10.																																																																																																																																																																																																																																								
11.																																																																																																																																																																																																																																								
12.																																																																																																																																																																																																																																								
13.																																																																																																																																																																																																																																								
14.																																																																																																																																																																																																																																								
15.																																																																																																																																																																																																																																								
	RT	37°C	IAT																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Sub																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> OutNet																																																																																																																																																																																																																																								



## ตรวจหมู่เลือด และการแตกตัวของเม็ดเลือด

<b>คำสั่งเลือด 2</b> โทร. 1577		<b>หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริบาลเลือด ภาควิชาพยาธิวิทยา</b> คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์		SD-FO-BB-72 BB. No.
REQUEST BY _____ รหัสแพทย์ _____ อาพาذىผู้อยู่แ่ _____ DATE _____ โทรศัพท _____	NAME _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ H.N. _____ AGE _____ SEX <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F WARD/CLINIC _____ โทร. _____ DIAGNOSIS _____	* BLOOD GROUP <input type="checkbox"/> ABO - RhD - GROUP _____ <input type="checkbox"/> RhD - GROUP _____ <input type="checkbox"/> Other (by consultation) _____	<b>สำหรับคลังเลือด</b> anti-A anti-B anti-A-B Cell grouping _____ cell-A cell-B cell-O serum grouping _____	ABO gr. _____ Approved by _____ Rh _____
* ANTIGLOBULIN TEST (Coombs' test) <input type="checkbox"/> DIRECT ANTIGLOBULIN TEST (DAT) _____ By <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Tube method <input type="checkbox"/> INDIRECT ANTIGLOBULIN TEST (IAT) _____ RT _____ 37°C _____ AHG _____ By <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Tube method				
* OTHER TEST <b>Antenatal screening โปรดให้ชื่อยุ่</b> * Gestation age _____ weeks. <input type="checkbox"/> ตรวจที่ _____ * วันกำหนดคลอด วันเดือนปี _____ ลงรับโดย _____ * Anti-D prophylaxis เมื่อ วันเดือนปี _____ วันที่ _____				
Note _____		REPORTED BY _____ DATE _____		
411608		แพทย์ Transfusion Medicine		

ขั้นตอนที่ 4 เจาะเลือด ส่ง specimen พร้อมใบ request ไปยังห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 5 เมื่อผลการตรวจเสร็จสำเร็จ ทางห้องปฏิบัติการ จะโทรแจ้งให้ทางหอผู้ป่วยไปรับใบรายงานผลที่ห้องปฏิบัติการ

เมื่อระบบกลับมาใช้งานได้ปกติ

1. ให้แพทย์ Order ย้อนหลัง (ระบุ HIS จัดซื้อ)
2. พยาบาลรับ Order
3. โทรประสานงานห้องปฏิบัติการ
4. Patch barcode และส่ง barcode ไปยังห้องปฏิบัติการ
5. เจ้าหน้าที่รายงานผลใน HIS พร้อมคิดเงิน

### 7.3 การส่งตรวจ Blood gas ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แพทย์ Order ในใบ Doctor's order sheet

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลรับ order พร้อมเซ็นชื่อกำกับ

ขั้นตอนที่ 3 โทรประสานงานห้อง Blood gas

ขั้นตอนที่ 4 ส่ง specimen ไปพร้อมกับ Label ชื่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 ให้เจ้าหน้าที่ของห้องผู้ป่วยรอรับผล Blood gas ได้เลย

เมื่อระบบสามารถกลับมาใช้ได้ตามปกติ

1. ให้แพทย์ Order ย้อนหลัง (ระบบ HIS ชัดข้อง)
2. พยาบาลรับ Order
3. โทรประสานงานห้อง blood gas
4. ส่ง Barcode ไปยังห้อง blood gas (กรณีที่มีเพียง Order เดียว ทางห้อง blood gas สามารถลงผลได้ โดยไม่จำเป็นต้องส่ง Barcode แต่หากมีมากกว่า 1 Order เจ้าหน้าที่ห้อง blood gas ไม่สามารถทราบได้ว่าเป็น specimen จาก Order ใด ซึ่งข้อบ่งชี้อาจจะไม่เหมือนกัน ส่งผลให้การแปลผลผิดพลาดได้)
5. เจ้าหน้าที่รายงานผลใน HIS พร้อมคิดเงิน

RADIOMETER ABL800 FLEX			
ABL800 Blood gas Room		15:04	28-Sep-20
PATIENT REPORT		Blood gas & Electrolyte	Sample # 14405
		+ Lac - 5 195uL	
Identifications			
Patient ID	00594089	แสดงเฉพาะ HN	
Patient Last Name			
Patient First Name			
Sample type	Not specified		
T	37.0 °C		
PEEP	cmH2O		
CFAP	cmH2O		
Chemistry Values			
etHb	12.0	g/dL	
Hct	37.1	%	
Hct/cb	1.4	%	
sO <sub>2</sub>	98.6	%	
Blood Gas Values			
T pH	7.461		[ 7.350 - 7.450 ]
pCO <sub>2</sub>	41.3	mmHg	[ 32.0 - 48.0 ]
T pO <sub>2</sub>	112	mmHg	[ 83.0 - 108 ]
Acid Base Status			
etHCO <sub>3</sub> -P,Altig	29.1	mmol/L	
etCO <sub>2</sub> P,Altig	30.3	mmol/L	
ABE <sub>c</sub>	5.2	mmol/L	
SBE <sub>c</sub>	5.2	mmol/L	
sO <sub>2</sub>	98.6	%	
Electrolyte Values			
± K <sup>+</sup>	3.0	mmol/L	[ 3.4 - 4.5 ]
T etNa <sup>+</sup>	145	mmol/L	[ 136 - 145 ]
± etCa <sup>2+</sup>	1.09	mmol/L	[ 1.15 - 1.33 ]
T etCl <sup>-</sup>	111	mmol/L	[ 98 - 107 ]
Metabolite Values			
T Lac	1.8	mmol/L	[ 0.4 - 0.8 ]
Notes			
T	Value(s) above reference range		
±	Value(s) below reference range		
c	Calculated value(s)		
Printed 15:29:09 28-Sep-20			







## 7.6 การย้ายหอผู้ป่วย

กรณีเร่งด่วนที่มีความจำเป็น หน่วยงานต้นทางส่งเวรและ print เอกสารจาก HISTEMP ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ส่งไปให้หน่วยงานที่รับย้ายผู้ป่วย ดังนี้

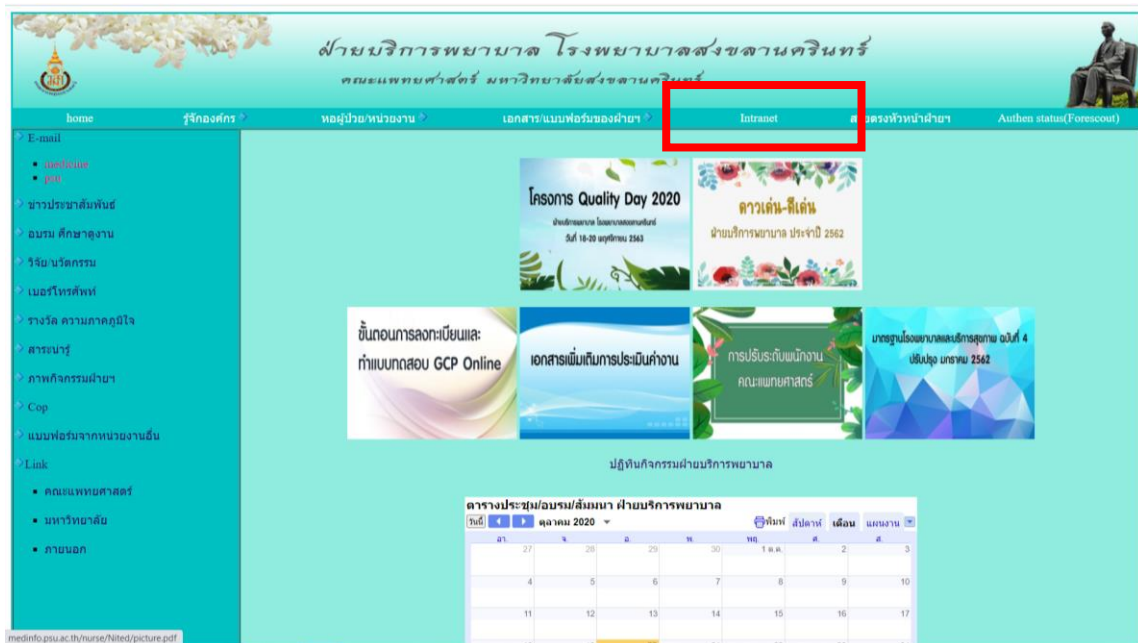
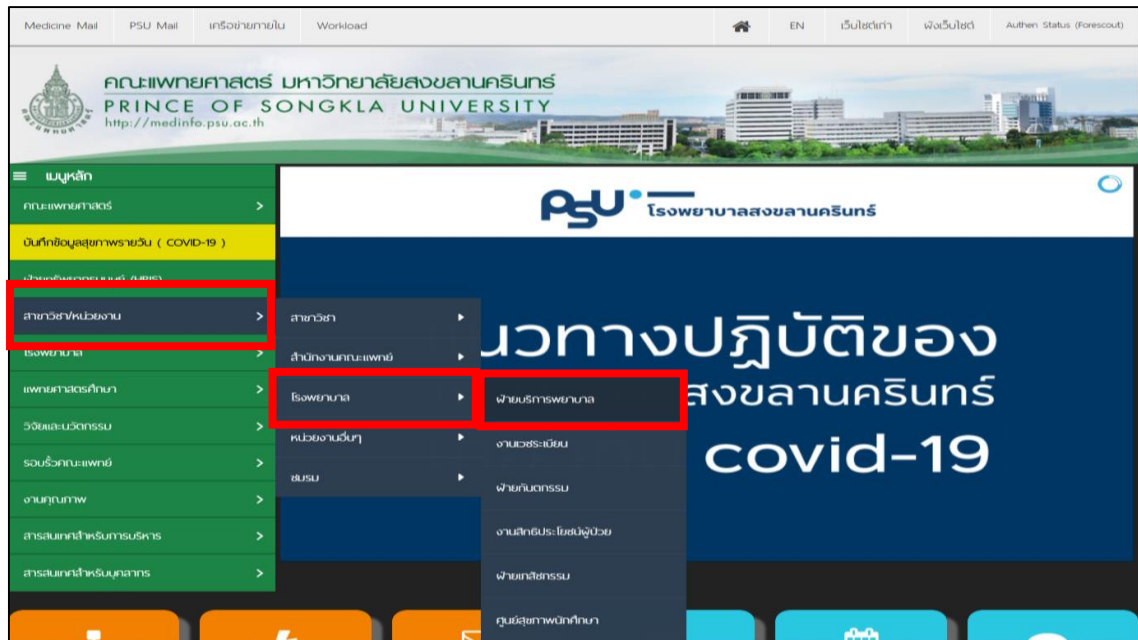
Program	แสดงที่ Tab
1. Admission Note, Progress Note	Admission Note
2. Graphic Sheet	Graphic Sheet
3. Lab	HisPrnLab
4. Doctor's order sheet	HisPrnOrderSheet
5. Nursing Progress Notes	Intervention *
6. Kardexs	KardexBackup
7. แสดงรายการยา	Med_card
8. แสดงรายการจ่ายยา	Med_prn
9. Medication Profile	Med_Profile

## 7.7 การจำหน่าย

ในเบื้องต้นยังต้องใช้ Service recovery process ยังไม่สามารถดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยได้

## 8. การจัดการเรื่องเอกสาร

เมื่อเกิด HIS ชัดข้อง สามารถ print เอกสารที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จาก <http://medinfo.psu.ac.th/nurse/> ดังนี้



**เครือข่ายภายใน ฝ่ายบริการพยาบาล**  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

รายงานตัวชี้วัด รายงานการประเมิน การสนทนา 56-63 มาตรฐาน/แนวปฏิบัติ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา แผนฟอร์มการพยาบาล/แบบประเมิน และสรุป QA

**ข่าวประชาสัมพันธ์**

- เอกสารประกอบโครงการสานแนวปฏิบัติ ฝ่ายบริการพยาบาล วันที่ 30 ก.ย. 63
  - แบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการจัดการความปวดเดือนพฤษภาคม ปี 2563
  - แบบเก็บตัวชี้วัดการจัดการความปวด(เมแรง) ปี 2563
  - แบบฟอร์มตัวชี้วัดการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก ปี 2563
- แบบฟอร์มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี 2563
  - VDO แนะนำผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อมะเร็งทางเดินหายใจ
- แผนยัดราคาส่งผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อมะเร็ง 5 อากาศ 100 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563
  - แนวปฏิบัติ COVID-19
  - คู่มือการดูแลผู้ป่วย COVID-19
- Flow Chart การเปิดผู้ป่วยควบคุมการติดเชื้อ ชั้น 4 ตึก 100 ปี ในเวลาราชการ/นอกเวลาราชการ (ปรับปรุง เมษายน 2563)
  - มาตรการเฝ้าระวังการระบาดโรคติดต่อ
  - รายงาน SAR ฉบับปรับปรุง ธันวาคม 2562
  - การรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านระบบ HIS
    - การประเมินค่างาน

เมนูจุดเด่น: บันทึกข้อมูล คนลา ปลดอัตรา กำลังทำงานเกิน, Competency, Palliative care, อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์, เสนอแนะโปรแกรม HIS เสนอแนะเว็บไซต์ Intranet ฝ่ายฯ, สันทนาการ

**เครือข่ายภายใน ฝ่ายบริการพยาบาล**  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

**ระบบ HIS ผู้ป่วยใน ชัดช่อง**

- ใบรายงานระบบ HIS ชัดช่อง
- รายงานระบบ HIS ชัดช่อง ออนไลน์
- สารสำรวจข้อมูลการดำเนินงาน HIS ผู้ป่วยใน ชัดช่อง
- เอกสารประกอบการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย กรณีระบบ HIS ผู้ป่วยใน ชัดช่อง
  - แบบบันทึก I/O
  - แบบบันทึก Nursing Process Note
  - แบบบันทึก ดุลเคมี มีพร ขนาดใจ ความดันโลหิต
  - Doctor Order sheet
  - ใบรายงานการเตรียมตัวผ่าตัด
  - Neurological Observation Sheet
- เอกสารประกอบการทำงาน กรณีระบบ HIS ผู้ป่วยใน ชัดช่อง
  - ใบส่งตรวจหน่วยจุลชีววิทยา
  - แบบฟอร์มรายงานทดสอบ ทนยาลดไข้ตัวหนาว
  - แบบฟอร์มใบรายงานทดสอบหน่วยเคมีคลินิก
  - แบบบันทึกการทดสอบหน่วยภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา
  - ใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์หน่วยจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
  - ใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการพันธุศาสตร์
  - แบบฟอร์มส่งตรวจ (Request Form) ห้องปฏิบัติการศาสตร์นิวเคลียร์
  - แบบฟอร์มจองเลือดและส่วนประกอบของเลือด
  - แบบฟอร์มตรวจหาเลือดและภาวะแยกตัวของเม็ดเลือด
  - ใบสั่งยา
  - ใบส่งตรวจเอกซเรย์ (Request X-ray)

กดส่งไปรษณีย์

หมายเหตุ หอผู้ป่วยควร print เอกสาร เก็บสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ชุด เพื่อสามารถเรียกใช้  
ได้ทันที เมื่อเกิด HIS ชัดช่อง



## 9. การรายงานเมื่อเกิด HIS ขัดข้อง

การบันทึกข้อมูลการเกิด HIS ขัดข้อง ทั้งในส่วนของ หน่วยงานที่เกิด ความถี่ และปัญหาหน้างานจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรง จะช่วยให้สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อเกิด HIS ขัดข้องได้ในอนาคตดังนั้นเพื่อให้แต่ละหน่วยงานบันทึกไปในทิศทางเดียวกันจึงได้กำหนดแบบฟอร์มไว้ดังนี้

1. หอผู้ป่วย/หน่วยงาน
  - แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ระบุ.....
  - แผนกผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ระบุ..... (ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด 1-3, ห้องผ่าตัดเล็ก, ห้องฉุกเฉินและหน่วยสังเกตอาการ)
  - แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยงาน ระบุ.....
2. หน้าที่รายงาน HIS ขัดข้อง
  - วันที่เกิด HIS ขัดข้อง .....
  - เวลาที่เริ่มใช้งานไม่ได้.....
  - เวลาที่ประกาศ HIS ขัดข้อง (กรณีที่ไม่มีการประกาศแจ้ง HIS ขัดข้องให้ลงเวลาเป็น 00:00) .....
  - เวลาที่เริ่มใช้งานได้.....
  - เวลาที่สามารถใช้งานได้เป็นปกติ.....
3. เวลา Back Up ล่าสุด (กรอกข้อมูลเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีระบบ Back Up)
  - เครื่องที่ 1 วันที่.....เวลา.....
  - เครื่องที่ 2 วันที่.....เวลา.....
  - เครื่องที่ 3 วันที่.....เวลา.....
  - เครื่องที่ 4 วันที่.....เวลา.....
4. ปัญหา ข้อเสนอแนะ.....

หมายเหตุ กรุณารายงานภายใน 24 ชั่วโมง  
หลังเกิด HIS ขัดข้อง ผ่านทาง  
QR Code นี้เท่านั้น



# ภาคผนวก



4 1 1 3 0 8

## SONGKLANAGARIND HOSPITAL

รายงานการเตรียมผ่าตัด-ใบอนุญาตผ่าตัด 411308

NAME..... AGE..... H.N. .... WARD .....

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 cath No. .... เวลา ..... น.		
6.	Gastric lavage and retaining gastric tube เวลา ..... น.		
7.	Douche and paint cervix เวลา ..... น.		
8.	การถอดเก็บรักษา เลนส์สัมผัส ฟันปลอม แวนตา แหวน นาฬิกา เครื่องประดับ แขนหรือขาปลอม ฯลฯ <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....		
9.	การตรวจความสะอาดผม และเครื่องประดับผม การล้างเครื่องสำอางค์ ยาทาเล็บ ฯลฯ <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....		
10.	Pre-medication .....		
11.	ยาหรือเครื่องมือส่งไปพร้อมกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> Film x-ray <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		

1. ชีตเครื่องหมาย / ในช่อง  ที่ต้องการ

2. เขียนชื่อในสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้วและต้องได้รับการตรวจสอบจากพยาบาล

## คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมควรใจที่จะให้ข้าพเจ้า หรือ.....

ผู้เป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตราย  
อย่างไรก็ตามเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม)

เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง  อื่นๆ.....ของผู้ป่วย

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย .....	อายุ .....	ปี .....
H.N. .... Ward/OPD .....		

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย .....

รหัสแพทย์ ..... วันที่ .....

## แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา.....

.....

.....

.....

- ยา .....
- ผ่าตัด .....
- วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย.....
- อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง .....

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยให้คำยินยอม	ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม
(.....)	(.....)
เกี่ยวข้องกับ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....ของผู้ป่วย	
ลงชื่อ.....พยาน	ลงชื่อ.....พยาน
(.....)	(.....)

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ ข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... “ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ ลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 2 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 3 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 4 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ลายเซ็น
.....
.....
.....
.....

# SONGKLANAGARIND HOSPITAL

กรณีประกาศระบบ HIS ชัดข้อง

## DOCTOR'S ORDER SHEET

NAME.....AGE.....H.N.....WARD.....

<u>Date</u> <u>Hour</u>	Order For One Day	Nurse's Signature	<u>Date</u> <u>Hour</u>	Order For Continuation	Nurse's Signature	<u>Date</u> off <u>Hour</u> Nurse's Signature





ชื่อ..... Diag..... HN..... Ward..... เตียง.....

วันที่

เวลา

Score

Coma Scale

การลืมตา (สังเกตดูหนังตาบน) (C-ตาบวมปิด)	ลืมตัวเอง	4
	ลืมเมื่อเรียก	3
	ลืมเมื่อเจ็บ	2
	ไม่ลืมเลย	1
การพูดที่ดีที่สุด (T-ใช้ tube)	พูดคุยได้ไม่สับสน	5
	พูดคุยได้แต่สับสน	4
	พูดเป็นคำๆ	3
	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2
	ไม่ออกเสียงเลย	1
การเคลื่อนไหว ที่ดีที่สุด	ทำตามคำสั่ง	6
	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
	ชักแขนขวาหนี	4
	แขนมี ab.Flex	3
	แขนมี ab.ext	2
ไม่เคลื่อนไหวเลย	1	

Coma score

Total

Vital Signs

<p>pupil Scale (mm.)</p>	1	40	230
	1.5	39	210
	2	38	190
	3	37	170
	4	36	150
	5	35	130
	6	34	110
	7	33	90
	8	32	70

PUPILS

R

ขนาด

ปฏิกิริยา

L

ขนาด

ปฏิกิริยา

Motor Power

แขน  
(F=fracture)

ขา  
(F = fracture)

- กำลังปกติ
- อ่อนแรงเล็กน้อย
- อ่อนแรงมาก
- ab.flexion
- ab,extension
- ไม่มีการเคลื่อนไหว









# ใบส่งตรวจเอกซเรย์ (Request X-ray)

## โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

HN.....

OPD/Ward:.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....

AN.....

อายุ.....ปี

ลงวันที่.....

### X-ray Request

Plain film

- Organ.....
- Organ.....
- Organ.....

### Clinical Detail

.....

.....

แพทย์ผู้ส่ง.....รหัสแพทย์.....

คำแนะนำ -- ให้ผู้ป่วยผ่านสิทธิ์ที่การเงินก่อนส่งตรวจเอกซเรย์ทุกครั้ง

\*\*\*\*\* เจ้าหน้าที่การเงิน กรุณาประทับตรา กรณีได้ผ่านการเงินเรียบร้อยแล้ว

คลังเลือด 1

โทร. 1577

หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต ภาควิชาพยาธิวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรณีประกาศระบบ HIS จัดซื้อ SD-FO-BB-Xm-01

BB. No.

ขอจองเพื่อ

ใช้วันนี้/ วันที่...../...../.....  ใช้ในการผ่าตัดวันที่...../...../.....

ประวัติการได้รับเลือด

ไม่เคยได้รับเลือดมาก่อน  เคยได้รับเลือด group.....Rh.....เมื่อวันที่...../...../.....

เฉพาะขอเลือดฉุกเฉินเท่านั้น

Uncrossmatched PRC gr.O.....

Partially crossmatched PRC (ใช้เวลา 10-15 นาที).....

Urgent complete crossmatched PRC (ใช้เวลา 1 ชม.).....

ชนิดและปริมาณของเลือดที่ขอจองครั้งนี้

Typing and Screening (T&S)

Packed Red Cell (PRC) .....

Leukocyte poor packed red cell (LPRC) .....  Irradiated

Leukocyte depleted packed red cell (LDPRC) .....  Irradiated

Platelet concentrate .....  Filtration  Irradiated

Leukocyte depleted plateletpheresis .....  Irradiated

Fresh Frozen Plasma .....

Plasma Cryo. Reduced (PCR) .....

Cryoprecipitate AHF .....

แพทย์ผู้ขอ.....(ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....

โทรศัพท์..... อาจารย์แพทย์ผู้ดูแล.....

วันที่..... เวลา.....

พยาบาลผู้เจาะ.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

H.N. ....  M  F

WARD/CLINIC.....โทรศัพท์.....

ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ,  บัตรสุขภาพถ้วนหน้า,  ประกันสังคม,  อื่นๆ ระบุ.....

Diagnosis & Clinical indication (โปรดให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยทุกครั้ง: ชนิดการผ่าตัด, Status หรือปัญหาผู้ป่วย)

สำหรับคลังเลือด  
ประวัติเดิม

E	e	C	c	Jka	Jkb	Fya	Fyb

สำหรับคลังเลือด

anti-A anti-B anti-A,B

Cell grouping \_\_\_\_\_

cell-A cell-B cell-O

serum grouping \_\_\_\_\_

ABO gr.

Reported by

Rh

Approved by

ผล Screening Ab.

Negative  Positive by  CAT

01.....  gel

02.....

03.....

ลงรับโดย.....

วันที่.....

411409

DONOR NAME	DONOR NO.	Bl.Group		Blood component	CROSS - MATCH						ISSUE		RETURN		REMARK
		ABO	OTHER		RT	37 °C	IAT	RESULT	METHOD	BY	DATE	BY	DATE	BY	
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															

Ab. screening

- tube     ortho  
 DiaMed     อื่นๆ.....

	RT	37 °C	IAT
01			
02			
03			
Oe			

Ab. Identification

- ทำ by.....  
 ไม่ทำเพราะ.....

Identify ID No..... Result.....

NOTE รายงานหัวหน้างาน/หัวหน้าเวร..... วดป.....  
 action..... วดป.....  
 รายงานแพทย์..... วดป.....  
 action..... วดป.....

แบบบันทึกรายการทดสอบหน่วยโลหิตวิทยา

วันที่ประกาศใช้ 1 ธ.ค. 2562

SD-Fo-HM003/B

กรณีรพ.สงขลานครินทร์ ประกาศระบบ IT ชัดข้อทั้งโรงพยาบาล (ใช้เวลาแก้ไข ไม่เกิน 24 ชั่วโมง)

HN .....	แบบฟอร์มรายการทดสอบ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา			Lab No.	
ชื่อ/สกุล .....	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร 074-451562				
อายุ ..... เพศ .....	Requested by..... Date/Time requested .....			Diagnosis.....	
Ward/OPD .....					
<b>**เนื่องจากห้องปฏิบัติการต้องปฏิบัติงานด้วยระบบ manual จึงขอความร่วมมือส่งตรวจเฉพาะกรณีจำเป็น เร่งด่วนเท่านั้น**</b>					
รายการทดสอบ Tests	ผลการทดสอบ Results	ราคา Price	รหัสเบิกจ่าย Code		ชนิดของสิ่งส่งตรวจ Specimen
			บัญชีกลาง	TMLT	
<input type="checkbox"/> CBC + diff	(รายงานผลตามใบแนบ)	90	30101	300034	EDTA blood 2 มล. (ฝาสีม่วง)
<input type="checkbox"/> Retic	%	50	30103	300026	
<input type="checkbox"/> PTT	Sec	85	30202	308033	3.2% sodium citrate 2.7 มล. (ฝาสีฟ้า)
PTT Control	Sec				
PTT ratio					
<input type="checkbox"/> PT	Sec	75	30201	308038	
PT Control	Sec				
PT INR					
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	mg/dL	200	30214	308024	
Reported by .....					Date reported .....

.....(ชวตี นพรัตน์) ผู้จัดทำ

.....(จุฬาลักษณ์ คงกัน) ผู้ตรวจสอบ

.....(ชวตี นพรัตน์) ผู้อนุมัติ

แบบบันทึกรายการทดสอบหน่วยโลหิตวิทยา

วันที่ประกาศใช้ 1 ธ.ค. 2562

SD-Fo-HM003/B

กรณีรพ.สงขลานครินทร์ ประกาศระบบ IT ชัดข้อทั้งโรงพยาบาล (ใช้เวลาแก้ไข ไม่เกิน 24 ชั่วโมง)

HN .....	แบบฟอร์มรายการทดสอบ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา			Lab No.	
ชื่อ/สกุล .....	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร 074-451562				
อายุ ..... เพศ .....	Requested by..... Date/Time requested .....			Diagnosis.....	
Ward/OPD .....					
<b>**เนื่องจากห้องปฏิบัติการต้องปฏิบัติงานด้วยระบบ manual จึงขอความร่วมมือส่งตรวจเฉพาะกรณีจำเป็น เร่งด่วนเท่านั้น**</b>					
รายการทดสอบ Tests	ผลการทดสอบ Results	ราคา Price	รหัสเบิกจ่าย Code		ชนิดของสิ่งส่งตรวจ Specimen
			บัญชีกลาง	TMLT	
<input type="checkbox"/> CBC + diff	(รายงานผลตามใบแนบ)	90	30101	300034	EDTA blood 2 มล. (ฝาสีม่วง)
<input type="checkbox"/> Retic	%	50	30103	300026	
<input type="checkbox"/> PTT	Sec	85	30202	308033	3.2% sodium citrate 2.7 มล. (ฝาสีฟ้า)
PTT Control	Sec				
PTT ratio					
<input type="checkbox"/> PT	Sec	75	30201	308038	
PT Control	Sec				
PT INR					
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	mg/dL	200	30214	308024	
Reported by .....					Date reported .....

.....(ชวตี นพรัตน์) ผู้จัดทำ

.....(จุฬาลักษณ์ คงกัน) ผู้ตรวจสอบ

.....(ชวตี นพรัตน์) ผู้อนุมัติ

Type of infection :  Nosocomial infection

Community infection:

โทร. 074-451582 Fax : 074-451553

Specimen :  Blood  Body fluid from.....  
 CSF  Pus from.....  Rectal  
 Tissue from.....  Sputum  Bronchial wash  
 Throat  Urine.....  Other.....

Name.....HN.....  
 Age.....Ward/Clinic.....Date.....  
 Diagnosis.....Antibiotic Rx.....  
 Requested by.....Code.....

Test (ราคา): Stain  Acid fast (75)  Modified acid fast (85)  
 Gram stain (80)  India ink (70)  KOH (75)  
 Test (ราคา): Culture  Aerobe (250)  Anaerobe (480)  
 Aerobe: blood (350)  Fungus (300)  Fungus Nocardia (300)  
 Mycobacterium culture : blood (720)  Mycobacterium culture (820)  
 Fungus culture: blood (350)  B. pertussis(250)  B. pseudomallei (250)  
 C. diphtheriae (250)  C. jejuni (480)  CRE Culture (250)  
 VRE Culture (250)  C. difficile Toxin A/B (720)  
 Test (ราคา): Special  Automated MIC (570)  MIC เชื้อ.....ยา..... (360)  
 TB Ag MPT64 (480)  PCR for TB (1,800)  PCR for MDR TB (1,800)  
 PCR for 7 bacterial gastroenteritis (2,500)

ORG				ORG			
AN				IPM			
AM				NA			
AMC				NET			
CTX				NX			
FOX				OX			
CAZ				P			
CRO				SPZ			
CXM				TE			
CR				VA			
C				MEM			
CIP				TZP			
SXT				ETP			
DA				CL			
E				TGC			
FO							
FU							
GM							

Report .....

Note.....

Reported by.....Date.....Time..... Verified by.....Date.....Time.....

ผู้จัดทำ  (ทพญ.ศรัญญา ศศิธร) ผู้ตรวจสอบ   (ทพญ.สุวิรัตน์ เจาะและ) ผู้อนุมัติ  (ดร.ทพญ.มิ่งขวัญ ยิ่งทรง)

แบบฟอร์มใบรายการทดสอบหน่วยเคมีคลินิก กรณีรพ.สงขลานครินทร์ ประกาศระบบ IT ขัดข้อง

หน่วยเคมีคลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา

แก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ประกาศใช้ 16 สิงหาคม 2562

หน้า 1 จาก 1 หน้า

หน่วยเคมีคลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา รพ.สงขลานครินทร์ โทร 074-451563

ชื่อ.....อายุ.....ปี		วันที่ส่งตรวจ.....		Lab No.	
HN.....เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		โดย.....			
Ward/OPD .....		Diagnostic.....			
NaF blood		Random Urine		Lithium heparin	
<input type="checkbox"/> Glucose (50u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Creatinine (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Calcium (60u.)	mg/dL
<input type="checkbox"/> FBS (50u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Protein (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Phosphorus (70u.)	mg/dL
GTT 50g(60u.), GTT 75g(170u.), GTT 100g(300u.)		<input type="checkbox"/> Microalbumin (325u.)	mg/g Creat.	<input type="checkbox"/> Uric acid (75u.)	mg/dL
<input type="checkbox"/> fasting	mg/dL	<input type="checkbox"/> Urea N (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> GGT (160u.)	U/L
<input type="checkbox"/> 1 hr.	mg/dL	<input type="checkbox"/> Calcium (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Amylase (120u.)	U/L
<input type="checkbox"/> 2 hr.	mg/dL	<input type="checkbox"/> Phosphorus (70u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Lipase (300u.)	U/L
<input type="checkbox"/> 3 hr.	mg/dL	<input type="checkbox"/> Uric acid (75u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> LDH (75u.)	U/L
<input type="checkbox"/> L-Lactic (445u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Osmolality (145u.)	mOsm/kgH <sub>2</sub> O	<input type="checkbox"/> CPK (110u.)	U/L
<input type="checkbox"/> D-Lactic (2400u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Na <sup>+</sup> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> Serum iron (SI) (100u.)	μmol/L
EDTA blood		<input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> TIBC (100u.)	μmol/L
<input type="checkbox"/> HbA1c (180u.)	%	<input type="checkbox"/> Cl <sup>-</sup> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> Ferritin (375u.)	ng/mL
<input type="checkbox"/> Ammonia (360u.)	μg/dL	<input type="checkbox"/> VMA (360u.)	μg/mg Creat.	<input type="checkbox"/> Osmolality (145)	mOsm/kgH <sub>2</sub> O
<input type="checkbox"/> Vit.B1* (1500u.)	μg/L	Hct tube		<input type="checkbox"/> Ketone (50u.)	
Citrate blood		<input type="checkbox"/> Microbilirubin (75u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> pH (25u.)	
<input type="checkbox"/> D-Dimer (360u.)	μg/mL(FEU)	<input type="checkbox"/> Hematocrit (40u.)	%	Cardiac enzymes/ Biomarkers	
Clotted blood		Lithium heparin		<input type="checkbox"/> CK-MBmass (400u.)	ng/mL
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis (PEP) (360u.)		<input type="checkbox"/> BUN (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Troponin T (480u.)	ng/L
<input type="checkbox"/> Vit.D2/3* (4200u.)	μg/L	<input type="checkbox"/> Creatinine (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> NT-pro BNP (1800u.)	pg/mL
<input type="checkbox"/> Vit.A* (1200u.)	μg/L	Electrolytes (100u.)		<input type="checkbox"/> hs-CRP (250u.)	mg/L
<input type="checkbox"/> Vit.E* (1200u.)	mg/L	<input type="checkbox"/> Na <sup>+</sup> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> CRP (135u.)	mg/L
<input type="checkbox"/> Quad test (1200u.-สปสช.)		<input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> PCT (1200u.)	ng/mL
CSF		<input type="checkbox"/> Cl <sup>-</sup> (50u.)	mmol/L	Tumor markers	
<input type="checkbox"/> Glucose (85u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (50u.)	mmol/L	<input type="checkbox"/> AFP (325u.)	ng/mL
<input type="checkbox"/> Protein (85u.)	mg/dL	Lipid (240u.)		<input type="checkbox"/> CEA (360u.)	ng/mL
Body fluid		<input type="checkbox"/> Cholesterol (75u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Total PSA (360u.)	ng/mL
<input type="checkbox"/> Glucose (85u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Triglyceride (75u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Free PSA (480u.)	ng/mL
<input type="checkbox"/> Protein (85u.)	g/dL	<input type="checkbox"/> HDL-c (120u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> CA 19-9 (720u.)	U/mL
24 hr Urine volume.....mL		<input type="checkbox"/> LDL-c (180u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> CA 125 (720u.)	U/mL
<input type="checkbox"/> 5-HIAA (720u.)	mg/day	<input type="checkbox"/> VLDL (75u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> HE4 (1200u.)	pmol/L
<input type="checkbox"/> VMA (360u.)	μg/mg Creat	Liver Function Test (LFT) (420u.)		<input type="checkbox"/> CA 153 (480u.)	U/mL
<input type="checkbox"/> Citrate (360u.)	mg/day	<input type="checkbox"/> Direct Bilirubin (60u.)	mg/dL	Special tests	
<input type="checkbox"/> Creatinine (110u.)	g/day	<input type="checkbox"/> Total Bilirubin (60u.)	mg/dL	<input type="checkbox"/> Ceruloplasmin (360u.)	mg/dL
<input type="checkbox"/> Protein (110u.)	g/day	<input type="checkbox"/> AST (SGOT) (60u.)	U/L	<input type="checkbox"/> Transferrin (300u.)	μmol/L
<input type="checkbox"/> Urea N (60u.)	g/day	<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) (60u.)	U/L	<input type="checkbox"/> β <sub>2</sub> -Microglobulin (480u.)	mg/L
<input type="checkbox"/> Calcium (60u.)	mg/day	<input type="checkbox"/> ALP (60u.)	U/L	<input type="checkbox"/> Aldolase (180u.)	U/L
<input type="checkbox"/> Phosphorus (70u.)	g/day	<input type="checkbox"/> Total protein (60u.)	g/dL	<input type="checkbox"/> Vitamin B12 (240u.)	pg/mL
<input type="checkbox"/> Uric acid (75u.)	mg/day	<input type="checkbox"/> Albumin (60u.)	g/dL	<input type="checkbox"/> Folate (240u.)	ng/mL

\* Lab ส่งต่อ

Note.....

Report by .....Date.....Time..... Approve by .....Date.....Time.....

ผู้จัดทำ .....  
(เพ็ญศิริ ชูสงแสง)ผู้ตรวจสอบ.....  
(อโนทัย โภคาธิกรณ)ผู้อนุมัติ.....  
(เพ็ญศิริ ชูสงแสง)



HN. .... หน่วยจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ Lab.No. ....  
 ชื่อ-สกุล..... โทร 074-451566 ภายใน 1566  
 อายุ ..... เพศ  ชาย  หญิง REQUESTED BY (แพทย์)..... DATE .....  
 WARD/CLINIC..... DIAGNOSIS..... TIME .....

<input type="checkbox"/> ROUTINE URINALYSIS (60บาท)		<input type="checkbox"/> STOOL EXAM (75บาท)	SPECIAL STOOL TEST
Clarity.....	Microscopic exam Result: RBC.....	Character.....	<input type="checkbox"/> STOOL FOR OCCULT BLOOD (40บาท)
Color .....	Dysmorphic RBC .....	Color.....	<input type="checkbox"/> STOOL FOR pH (25บาท)
Sp.gr.....	WBC.....	Mucous.....	<input type="checkbox"/> STOOL FOR GLUCOSE (25บาท)
pH .....	Bacteria.....	Fat .....	<input type="checkbox"/> Cryptosporidium in stool (75 บาท)
Leucocyte.....	Squamous epithelial.....	WBC.....	<input type="checkbox"/> Campylobacter in stool (40 บาท)
Nitrite.....	Transitional epithelial.....	RBC.....	<input type="checkbox"/> Others
Protein.....	Renal epithelial.....	Yeast.....	
Glucose.....	Mucous.....	Pseudohyphae.....	
Ketone.....	Budding yeast.....	Fungus.....	
Urobilinogen.....	Pseudohyphae.....	Parasite/Protozoa.....	
Bilirubin.....	Hyaline cast.....		
Blood.....	Granular cast.....		
Others.....	Fatty cast.....		
<input type="checkbox"/> SPECIFIC : GRAVITY IN URINE (25บาท)	Oval fat body.....		
	Fat globuie.....		
	Uric crystal.....		
	Calcium oxalate crystal.....		
	Others.....		
<input type="checkbox"/> PREGNANCY TEST (UPT) (85บาท)	<input type="checkbox"/> BODY FLUID EXAM (75บาท)	<input type="checkbox"/> SEMEN ANALYSIS (145 บาท)	
	Specimen.....	Liquefaction time.....	
	Character.....	Consistency.....	
<b>SPECIAL URINE TEST</b>	WBC.....	Volume.....	
<input type="checkbox"/> Bence-Jone protein (50 บาท)	Mono cell.....	pH.....	
	PMN.....	Sperm concentration.....	
<input type="checkbox"/> Hemosiderin (50 บาท)	Eosinophil.....	WBC.....	
	RBC.....	Viability.....	
<input type="checkbox"/> Others	Others.....	Agglutination.....	
	Note.....	Morphology.....	
	<input type="checkbox"/> Body fluid for crystal	Motility.....	

REPORT BY ..... VERIFY BY ..... DATE ..... TIME .....

*พิชชะ เอียดสกุล* (พิชชะ เอียดสกุล)  
 ผู้จัดทำ

*วาสนา นวลละออง* (วาสนา นวลละออง)  
 ผู้ตรวจสอบ

*นันทน์ภัส ทองบุญ* (นันทน์ภัส ทองบุญ)  
 ผู้อนุมัติ

ใบส่งตรวจหน่วยจุลชีววิทยา กรณี รพ.ส่งขลามครินทร์ประกาศระบบ IT ชัดข้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภาควิชาจุลชีววิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภูเก็ต โทร. 0 76 211111 3 ตุลาคม 2562		SD-Fo-MB-SP-001/2 หน้า 1 จาก 1 หน้า	Lab No. กรณีประกาศระบบ HIS ชัดข้อ โทร. 074-451582 Fax : 074-451553																																																																																																																																																																																				
Type of infection : <input type="checkbox"/> Nosocomial infection <input type="checkbox"/> Community infection:																																																																																																																																																																																							
Specimen : <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Body fluid from..... <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Pus from..... <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Tissue from..... <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchial wash <input type="checkbox"/> Throat <input type="checkbox"/> Urine..... <input type="checkbox"/> Other.....		Name.....HN..... Age.....Ward/Clinic.....Date..... Diagnosis.....Antibiotic Rx..... Requested by.....Code.....																																																																																																																																																																																					
Test (ราคา): Stain <input type="checkbox"/> Acid fast (75) <input type="checkbox"/> Modified acid fast (85) <input type="checkbox"/> Gram stain (80) <input type="checkbox"/> India ink (70) <input type="checkbox"/> KOH (75) Test (ราคา): Culture <input type="checkbox"/> Aerobe (250) <input type="checkbox"/> Anaerobe (480) <input type="checkbox"/> Aerobe: blood (350) <input type="checkbox"/> Fungus (300) <input type="checkbox"/> Fungus Nocardia (300) <input type="checkbox"/> Mycobacterium culture : blood (720) <input type="checkbox"/> Mycobacterium culture (820) <input type="checkbox"/> Fungus culture: blood (350) <input type="checkbox"/> <i>B. pertussis</i> (250) <input type="checkbox"/> <i>B. pseudomallei</i> (250) <input type="checkbox"/> <i>C. diphtheriae</i> (250) <input type="checkbox"/> <i>C. jejuni</i> (480) <input type="checkbox"/> CRE Culture (250) <input type="checkbox"/> VRE Culture (250) <input type="checkbox"/> <i>C. difficile</i> Toxin A/B (720) Test (ราคา): Special <input type="checkbox"/> Automated MIC (570) <input type="checkbox"/> MIC เชื้อ.....ชา..... (360) <input type="checkbox"/> TB Ag MPT64 (480) <input type="checkbox"/> PCR for TB (1,800) <input type="checkbox"/> PCR for MDR TB (1,800) <input type="checkbox"/> PCR for 7 bacterial gastroenteritis (2,500)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr><td>ORG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ORG</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>IPM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>NA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AMC</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>NET</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CTX</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>NX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOX</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>OX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAZ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>P</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CRO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>SPZ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CXM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>VA</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>MEM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CIP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TZP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SXT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ETP</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>CL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TGC</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FU</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		ORG					ORG					AN					IPM					AM					NA					AMC					NET					CTX					NX					FOX					OX					CAZ					P					CRO					SPZ					CXM					TE					CR					VA					C					MEM					CIP					TZP					SXT					ETP					DA					CL					E					TGC					FO										FU										GM									
ORG					ORG																																																																																																																																																																																		
AN					IPM																																																																																																																																																																																		
AM					NA																																																																																																																																																																																		
AMC					NET																																																																																																																																																																																		
CTX					NX																																																																																																																																																																																		
FOX					OX																																																																																																																																																																																		
CAZ					P																																																																																																																																																																																		
CRO					SPZ																																																																																																																																																																																		
CXM					TE																																																																																																																																																																																		
CR					VA																																																																																																																																																																																		
C					MEM																																																																																																																																																																																		
CIP					TZP																																																																																																																																																																																		
SXT					ETP																																																																																																																																																																																		
DA					CL																																																																																																																																																																																		
E					TGC																																																																																																																																																																																		
FO																																																																																																																																																																																							
FU																																																																																																																																																																																							
GM																																																																																																																																																																																							
Report .....																																																																																																																																																																																							
Note.....																																																																																																																																																																																							
Reported by.....Date.....Time.....		Verified by.....Date.....Time.....																																																																																																																																																																																					
ผู้จัดทำ  (ทพญ.ศรินทร์ภา ศศิธร)		ผู้ตรวจสอบ  (ทพญ.สุวิรัตน์ เจาะและ)																																																																																																																																																																																					
		ผู้อนุมัติ  (ดร.ทพญ.มิ่งขวัญ ชิงขจร)																																																																																																																																																																																					

แบบบันทึกรายการทดสอบหน่วยภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา  
กรณีรพ.สงขลานครินทร์ ประกาศระบบ IT ชุดข้อ

หน่วยภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา รพ. สงขลานครินทร์ โทร 1585-6

ชื่อ.....อายุ.....ปี วันที่ส่งตรวจ.....  
HN.....เพศ  ชาย  หญิง โดย.....  
Ward/ OPD..... Diagnostic.....

Infectious disease

Test	Price	Result	Test	Price	Result
<input type="checkbox"/> HIV screening test	170		<input type="checkbox"/> VDRL for CSF	60	
<input type="checkbox"/> HIV rapid test	240		<input type="checkbox"/> Rotavirus Ag (ICT)	300	
<input type="checkbox"/> HIV second sample	0		<input type="checkbox"/> VCA IgM Ab (CMIA)	360	
<input type="checkbox"/> RPR	60		<input type="checkbox"/> VCA IgG Ab (CMIA)	360	
<input type="checkbox"/> T.pallidum Ab (CMIA)	240		<input type="checkbox"/> Measles IgM (CLIA)	500	
<input type="checkbox"/> FTA-ABS / FTA-IgM	240		<input type="checkbox"/> Measles IgG (CLIA)	500	
<input type="checkbox"/> Influenza Ag rapid test (FIA)	720		<input type="checkbox"/> Chikungunya IgM (IFA)	300	
<input type="checkbox"/> RSV Ag rapid test (ICT)	220		<input type="checkbox"/> Chikungunya IgG (IFA)	300	
<input type="checkbox"/> Dengue Ag/Ab rapid test (ICT)	600		<input type="checkbox"/> Melioid total Ab (IHA)	100	
<input type="checkbox"/> Dengue IgM/IgG (ELISA)	600		<input type="checkbox"/> Melioid IgM (IFA)	145	
<input type="checkbox"/> JE IgM profile (ส่งต่อ)	300		<input type="checkbox"/> Melioid IgG (IFA)	145	
<b>Hepatitis (CMIA)</b>			<input type="checkbox"/> Leptospira Ab (IFA)	240	
<input type="checkbox"/> HBs Ag	160		<input type="checkbox"/> Rickettsia Ab (IFA)	240	
<input type="checkbox"/> HBs Ab	220		<input type="checkbox"/> Salmonella Ab (IHA)	120	
<input type="checkbox"/> HBc Ab	280		<input type="checkbox"/> Anti streptolysin O (ASO)	135	
<input type="checkbox"/> HCV Ab	360		<input type="checkbox"/> Cold hemagglutinin	50	
<input type="checkbox"/> HBs Ag Quantitative	600		<input type="checkbox"/> E.hist Ab.(IHA)	160	
<input type="checkbox"/> HBc IgM Ab	360		<input type="checkbox"/> Crypto titer Ag (Quanti)	325	
<input type="checkbox"/> HBe Ag	360		<input type="checkbox"/> Brucella IgG Ab (ELISA)	240	
<input type="checkbox"/> HBe Ab	420		<input type="checkbox"/> Mycoplasma IgM (CLIA)	400	
<input type="checkbox"/> HAV IgM Ab	600		<input type="checkbox"/> Mycoplasma IgG (CLIA)	550	
<input type="checkbox"/> HAV IgG Ab	600		<input type="checkbox"/> Galactomannan Ag(ELISA)	1200	
<b>Molecular biology (PCR)</b>			<b>TORCH (CLIA)</b>		
<input type="checkbox"/> HIV viral load	2400		<input type="checkbox"/> Toxoplasma IgM	400	
<input type="checkbox"/> HBV viral load	2640		<input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG	300	
<input type="checkbox"/> HCV viral load	3000		<input type="checkbox"/> Rubella IgM	360	
<input type="checkbox"/> CMV viral load	3000		<input type="checkbox"/> Rubella IgG	360	
<input type="checkbox"/> HCV genotypes	5640		<input type="checkbox"/> CMV IgM	360	
<input type="checkbox"/> HHV type 1-6	2880		<input type="checkbox"/> CMV IgG	360	
<input type="checkbox"/> Chikungunya virus	1380		<input type="checkbox"/> VZV IgG	360	
<input type="checkbox"/> Influenza virus A/B & RSV	2500				
<input type="checkbox"/> Influenza virus A/B	1600				
<input type="checkbox"/> RSV	1400				
<input type="checkbox"/> MERs-CoV	2640				
<input type="checkbox"/> Zika virus (blood)	2000				
<input type="checkbox"/> Zika virus (urine)	2000				
<input type="checkbox"/> Epstein Barr virus	1600				
<input type="checkbox"/> Varicella Zoster	1500				
<input type="checkbox"/> HIV drug resistance (ส่งต่อ)	6700				
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 (ส่งต่อ)	1100				

หมายเหตุ : การรายงานผล

: รายงานผลได้ภายในวันที่ส่งตรวจ  
ตาม TAT ในคู่มือส่งตรวจ

: ไม่สามารถรายงานผลได้  
ภายในวันที่ส่งตรวจ

หน่วยภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา รพ. สงขลานครินทร์ โทร 1585-6

ชื่อ.....อายุ.....ปี วันที่ส่งตรวจ.....  
 HN.....เพศ  ชาย  หญิง โดย.....  
 Ward/ OPD..... Diagnostic.....

Non-Infectious disease

Test	Price	Result	Test	Price	Result
<b>Autoimmune</b>			<b>Specific IgE to Allergens (ImmunoCAP)</b>		
<input type="checkbox"/> Anti nuclear factor (IFA)	540		<input type="checkbox"/> Egg white	600	
<input type="checkbox"/> Anti ds DNA (ELISA)	280		<input type="checkbox"/> Cow milk	600	
<input type="checkbox"/> Rheumatoid factor (Turbidity)	100		<input type="checkbox"/> Wheat	600	
<input type="checkbox"/> Anti Citrulinated protein Ab (CMIA)	555		<input type="checkbox"/> Soya bean	600	
<input type="checkbox"/> C3c (Nephelometry)	300		<input type="checkbox"/> Shrimp	600	
<input type="checkbox"/> ANCA (IFA)	360		<input type="checkbox"/> Fish	600	
<input type="checkbox"/> Anti MPO (ELISA)	550		<input type="checkbox"/> Peanut	600	
<input type="checkbox"/> Anti PR3 (ELISA)	550		<input type="checkbox"/> Egg yolk	600	
<input type="checkbox"/> Anti Myositis IgG (16 Ag)	2500		<input type="checkbox"/> Omega-5 gliadin	600	
<input type="checkbox"/> Anti-ENA profile (Anti nRNA, Sm SS-A, SS-B, Ro-52, Scl70, Jo-1)	1560		<input type="checkbox"/> D.pteronyssinus	600	
<input type="checkbox"/> Anti-Sm (ELISA)	420		<input type="checkbox"/> American Cockroach	600	
<input type="checkbox"/> Anti nRNA (ELISA)	420		<input type="checkbox"/> Cat dander	600	
<input type="checkbox"/> Anti SS-A (ELISA)	400		<input type="checkbox"/> Bermuda grass	600	
<input type="checkbox"/> Anti SS-B (ELISA)	480		<input type="checkbox"/> Dog dander	600	
<input type="checkbox"/> Anti Scl70 (ELISA)	270		<input type="checkbox"/> D.farinae	600	
<input type="checkbox"/> Anti Centromere (IFA)	300		<input type="checkbox"/> Fire ant	600	
<input type="checkbox"/> Anti-Beta 2 Glycoprotein IgM (ELISA)	500		<b>Immunoglobulin (Nephelometry)</b>		
<input type="checkbox"/> Anti-Beta 2 Glycoprotein IgG (ELISA)	500		<input type="checkbox"/> IgG level	420	
<input type="checkbox"/> Anti Cardiolipin IgM (ELISA)	480		<input type="checkbox"/> IgA level	420	
<input type="checkbox"/> Anti Cardiolipin IgG (ELISA)	480		<input type="checkbox"/> IgM level	420	
<b>Lymph subpopulation</b>			<input type="checkbox"/> IgE (total) level	480	
<input type="checkbox"/> CD3/CD4	600		<input type="checkbox"/> Free light chain : Kappa	2280	
<input type="checkbox"/> CD3/CD8	600		<input type="checkbox"/> Free light chain : Lamda	2280	
<input type="checkbox"/> CD3/CD19	1680		<input type="checkbox"/> ImmunoFixation-Electrophoresis (IFE)	2160	
<b>Miscellaneous</b>			<b>หมายเหตุ : การรายงานผล</b>		
<input type="checkbox"/> Cryoglobulin	25		<input type="checkbox"/>	: รายงานผลได้ภายในวันที่ส่งตรวจ ตาม TAT ในคู่มือส่งตรวจ	
<input type="checkbox"/> Heterophile Ab	240		<input checked="" type="checkbox"/>	: ไม่สามารถรายงานผลได้ ภายในวันที่ส่งตรวจ	
<input type="checkbox"/> TB-IGRA	2500				
<input type="checkbox"/> Vitamin D total	900				
<input type="checkbox"/> Chromoganin A	120				

ผู้จัดทำ.....  
 (ไพวรรณ ชันติกิจ)

ผู้ตรวจสอบ.....  
 ( ว่าที่ ร.ต.ท.(ญ) ณัฐธรากร วุฒิภูมิ )

ผู้อนุมัติ.....  
 ( อนุชิต บุรณถาวรสม )

ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา (TOXICOLOGY) หน่วยนิติเวชศาสตร์และพิษวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทร 074-451570 ภายใน 1570		
HN. ....	REQUESTED BY (แพทย์).....	LAB NO.
ชื่อ-สกุล.....	DIAGNOSIS.....	
อายุ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	DATE..... TIME.....	
WARD/CLINIC.....		

CLOTTED BLOOD	NaF	URINE <input type="checkbox"/> Random <input type="checkbox"/> 24 hr.
<input type="checkbox"/> Amikacin.....mg/L (220 u.)	<input type="checkbox"/> Blood Alcohol.....mg% (300 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Arsenic (Screening)..... (600 u.)
<input type="checkbox"/> Benzodiazepines.....µg/L (300 u.)		<input type="checkbox"/> Ur. Benzodiazepine.....µg/L (300 u.)
<input type="checkbox"/> Carbamazepine.....mg/L (300 u.)	<b>GASTRIC LAVAGE</b>	
<input type="checkbox"/> Cholinesterase.....U/L (435 u.)	<input type="checkbox"/> G. Arsenic (Screening)..... (200 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Copper.....mg/L (420 u.)
<input type="checkbox"/> Copper (serum).....mg/L (420 u.)	<input type="checkbox"/> G. Benzodiazepine.....µg/L (300 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Cyanide (Screening)..... (170 u.)
<input type="checkbox"/> Digoxin.....mg/L (240 u.)	<input type="checkbox"/> G. Cyanide (Screening)..... (170 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Magnesium.....mg/L (85 u.)
<input type="checkbox"/> Gentamicin.....mg/L (220 u.)	<input type="checkbox"/> G. Paraquat..... (300 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Marijuana..... (145 u.)
<input type="checkbox"/> Lithium.....mmol/L (420 u.)	<input type="checkbox"/> G. Parathion..... (120 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Methamphetamine..... (360 u.)
<input type="checkbox"/> Magnesium (serum).....mg/L (85 u.)	<input type="checkbox"/> G. Strychnine..... (170 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Opiate..... (450 u.)
<input type="checkbox"/> Paracetamol.....mg/L (300 u.)	<input type="checkbox"/> G. Zinc phosphide..... (120 u.)	<input type="checkbox"/> Ur. Paraquat..... (300 u.)
<input type="checkbox"/> Paraquat..... (300 u.)	<b>EDTA</b>	
<input type="checkbox"/> Phenobarbital.....mg/L (240 u.)	<input type="checkbox"/> Cyclosporine.....µg/L (1,200 u.)	
<input type="checkbox"/> Phenytoin.....mg/L (300 u.)	<input type="checkbox"/> DNA Chimerism test (buccal buffy coat,	<b>UNKNOWN</b>
<input type="checkbox"/> Salicylate (ASA).....mg% (360 u.)	buccal cell)..... (3,600 u.)	<input type="checkbox"/> Unknown sample
<input type="checkbox"/> Theophylline.....mg/L (300 u.)	<input type="checkbox"/> Lead (P) (EDTA ชนิด Trace Element Free)	..... (480 u.)
<input type="checkbox"/> Valproic acid.....mg/L (300 u.)	.....µg% (480 u.)	<b>SWAB</b>
<input type="checkbox"/> Vancomycin.....mg/L (300 u.)	<input type="checkbox"/> Tacrolimus.....µg/L (1,200 u.)	<input type="checkbox"/> Acid phosphatase & Spermatozoa
<input type="checkbox"/> Voriconazole (P).....mg/L (1,240 u.)		..... (325 u.)
<input type="checkbox"/> Zinc (serum).....mg/L (420 u.)		

ผู้จัดทำ กมลวดี อี๋ดวงฉัตร  
 (นางสาวณฎวดี อี๋ดวงฉัตร)

ผู้ตรวจสอบ พรณีร์ อู่มาโร  
 (นางสาวพรณีร์ อู่มาโร)

ผู้อนุมัติ [Signature]  
 (อ.นพ.กิตติศักดิ์ ศรีพนธ์)

แบบฟอร์มส่งตรวจ (Request Form) ห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โทรศัพท์ 074 – 451 – 522 ; โทรสาร 074 – 451 - 528

.....  
 Name.....HN.....Gender.....Age.....Hospital/Clinic.....  
 Requested by.....Diagnosis.....Collected date/time.....  
 .....

**Type of Specimen**

( ) Serum            ( ) Other.....  
 .....

**ขอรับบริการทางห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| ( ) Free T4             | ( ) Progesterone  |
| ( ) Free T3             | ( ) Testosterone  |
| ( ) TSH                 | ( ) Estradiol   |
| ( ) Thyroglobulin       | ( ) ACTH (EDTA Blood)   |
| ( ) Anti-Thyroglobulin  | ( ) β-CrossLaps (EDTA Blood)(NPO 12 ชม.ภาวะเฉียบพลัน 07.00-09.00น.) |
| ( ) Anti-TPO            | ( ) Total P1NP (EDTA Blood)   |
| ( ) β-HCG               | ( ) Renin (EDTA Blood)  |
| ( ) Cortisol            | ( ) Aldosterone   |
| ( ) Parathyroid Hormone | ( ) 17 OH Progesterone  |
| ( ) Insulin             | ( ) IGF-1   |
| ( ) FSH                 | ( ) hGH   |
| ( ) LH                  | ( ) Urine Free Cortisol (เก็บปัสสาวะ 24 ชม.ไม่ใส่สารกันบูด)         |
| ( ) Prolactin           | ( ) TRAb  |
|                         | ( ) AMH   |

**คลังเลือด 1**  
โทร. 1577

**หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต ภาควิชาพยาธิวิทยา**  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรณีประกาศระบบ HIS ขัดข้อง  
SD-FO-BB-Xm-01  
BB. No.

**ขอจองเพื่อ**

ใช้วันนี้ / วันที่.....  ใช้ในการผ่าตัดวันที่.....

**ประวัติการได้รับเลือด**

ไม่เคยได้รับเลือดมาก่อน  เคยได้รับเลือด group.....Rh.....เมื่อวันที่.....

**เฉพาะขอเลือดฉุกเฉินเท่านั้น**

Uncrossmatched PRC gr.O.....

Partially crossmatched PRC (ใช้เวลา 10-15 นาที).....

Urgent complete crossmatched PRC (ใช้เวลา 1 ชม.).....

**ชนิดและปริมาณของเลือดที่ขอจองครั้งนี้**

Typing and Screening (T & S)

Packed Red Cell (PRC) .....

Leukocyte poor packed red cell (LPRC) .....  Irradiated

Leukocyte depleted packed red cell (LDPRC) .....  Irradiated

Platelet concentrate .....  Filtration  Irradiated

Leukocyte depleted plateletpheresis .....  Irradiated

Fresh Frozen Plasma .....

Plasma Cryo. Reduced (PCR) .....

Cryoprecipitate AHF .....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....

H.N. ....  M  F

WARD/CLINIC.....โทรศัพท.....

ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ,  บัณฑิตสหภาพแรงงาน,  ประกันสังคม,  อื่นๆ ระบุ.....

**Diagnosis & Clinical indication** (โปรดให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยทุกครั้ง: ชนิดการผ่าตัด, Status หรือปัญหาผู้ป่วย)

สำหรับคลังเลือด ประวัติเดิม	E	e	C	c	Jka	Jkb	Fya	Fyb

สำหรับคลังเลือด	anti-A	anti-B	anti-A,B	ABO gr.	Reported by
	Cell grouping	.....	.....	.....	.....
serum grouping	cell-A	cell-B	cell-O	Rh	Approved by
	.....	.....	.....	.....	.....

แพทย์ผู้ขอ.....(ตัวบรรจง) รหัสแพทย์.....

โทรศัพท์.....อาจารย์แพทย์ผู้ดูแล.....

วันที่.....เวลา.....

พยาบาลผู้เจาะ.....

**ผล Screening Ab.**

Negative  Positive by  CAT  gel

01.....  
02.....  
03.....

ลงรับโดย.....  
วันที่.....

411409

DONOR NAME	DONOR NO.	BI.Group		Blood component	CROSS - MATCH				ISSUE		RETURN		REMARK	
		ABO	OTHER		RT	37°C	IAT	RESULT	METHOD	BY	DATE	BY		DATE
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														

**Ab. screening**

tube  ortho

DiaMed  อื่นๆ.....

	RT	37°C	IAT
01			
02			
03			
Oe			

**Ab. Identification**  ทำ by.....  ไม่ทำเพราะ.....

Identify ID No..... Result.....

**NOTE** รายงานหัวหน้างาน/หัวหน้าเวร..... วัตถุประสงค์.....  
action..... วัตถุประสงค์.....  
รายงานแพทย์..... วัตถุประสงค์.....  
action..... วัตถุประสงค์.....

คลังเลือด 2  
โทร. 1577

หน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต ภาควิชาพยาธิวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรณีประกาศระบบ HIS ชัดข้อ

BB. No.

REQUEST BY..... รหัสแพทย์.....  
อาจารย์ผู้ดูแล.....  
DATE.....  
โทรศัพท์.....  
NAME..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....  
H.N. .... AGE..... SEX  M  F  
WARD/CLINIC..... โทร.....  
DIAGNOSIS.....

• BLOOD GROUP

- ABO - RhD - GROUP.....  
 RhD - GROUP.....  
 Other (by consultation).....

สำหรับคลังเลือด	anti-A	anti-B	anti-A,B	ABO gr.	Approved by
Cell grouping	—	—	—		
	cell-A	cell-B	cell-O	Rh	
serum grouping	—	—	—		

• ANTIGLOBULIN TEST (Coombs' test)

- DIRECT ANTIGLOBULIN TEST (DAT)..... By  CAT  Gel  Tube method  
 INDIRECT ANTIGLOBULIN TEST (IAT).....  RT.....  37 °C.....  AHG..... By  CAT  Gel  Tube method

• OTHER TEST

Antenatal screening โปรดให้ข้อมูล

- Gestation age..... weeks,  คราวที่..... • วันกำหนดคลอด วัน/เดือน/ปี.....  
• Anti-D prophylaxis เมื่อ วัน/เดือน/ปี.....

ลงรับโดย.....  
วันที่.....

REPORTED BY..... DATE.....

Note.....

ลงชื่อ.....

411426

แพทย์ Transfusion Medicine