

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ 12 ต.ค.

คณะกรรมการ/หน่วยงาน วิชาการ

เรื่อง

๑. การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ๒. การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ
๓. การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ

- คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)
 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เอกสารสนับสนุน (Support Document)
 แบบฟอร์ม (Form)

เอกสารคุณภาพเรื่อง แนวทางจัดการข้อบกพร่อง

รหัสเอกสารคุณภาพ FR-ITM-00614.1

เหตุผลการจัดทำ วัตถุประสงค์ปรับปรุง

- กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย
 กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ ๒๒ ผู้เสนอขอ
ตำแหน่ง วิศวกรอาวุโส

ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ

เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ

ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ ดร. ธีรศักดิ์ ผู้ตรวจสอบ
ตำแหน่ง วิศวกรอาวุโส
วันที่ 25/10/62

ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ (หัวหน้ากลุ่มภารกิจ นสอ.)
ตำแหน่ง ๒๐1๗๕
วันที่ ๒๐/๑๐/๖๒

- หมายเหตุ : ๑) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.
๓) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.
๔) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน
๕) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ /วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา เข้ารับการขูดมดลูกเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง

เขียนที่

วันที่

เวลา

ข้าพเจ้า อายุ ปี HN

เลขที่บัตรประชาชน ในฐานะเป็น

ผู้ป่วย

ผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง ในฐานะเป็น

ของ ด.ญ./นาง/นางสาว

เลขที่บัตรประชาชน - - - - -

ซึ่งเข้ารับการขูดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้ คือ

ท้องลม

แท้งไม่ครบ

แท้งค้าง

ครรภ์ไข่ปลาอุก

อื่น ๆ

ได้รับทราบคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การขูดมดลูก ใช้เพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ภาวะการแท้งค้างหรือแท้งไม่ครบ ในช่วงอายุครรภ์ไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สอง
2. วิธีการขูดมดลูก เริ่มจากการให้ยาแก้ปวดหรือยาระงับความรู้สึกหลังจากนั้นอาจใช้เครื่องมือขยายปากมดลูก แล้วจึงดูดหรือขูดชิ้นเนื้อภายในโพรงมดลูก
3. ข้อจำกัดของการตรวจ บางกรณีอาจไม่สามารถผ่านเครื่องมือเข้าไปขูดมดลูกได้จึงต้องยุติการขูดมดลูกหรือบางกรณีไม่สามารถนำชิ้นเนื้อออกมาได้หมด
4. ภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปการขูดมดลูกมีความเสี่ยงน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น การติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ และพังผืดในโพรงมดลูก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการระงับความรู้สึก

ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและได้อ่านเอกสารทั้งหมดเกี่ยวกับการขูดมดลูกแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี

โดยปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอมเข้ารับการขูดมดลูก

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ แพทย์

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาบาล

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 18 ปีและยังไม่ได้สมรสถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีผู้ปกครองลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน

FR-IMM-001.14.1 (ฉบับ B ประกาศใช้ 27 มิ.ย. 61)