

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ..... 12/06/22

คณะกรรมการ/หน่วยงาน..... ฉุกเฉิน

เรื่อง ๑. การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ๒. การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ
๓. การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

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

เอกสารคุณภาพเรื่อง..... ทศ 501 (๓) มท/ทพ/๓๐๒๒๐๒ (๓) (๓) ๓๐๒๒๐๒ PCT/๓๐๒๒๐๒ (๓) (๓) ๓๐๒๒๐๒

รหัสเอกสารคุณภาพ..... FR-TQMR-๐๐๑-14-3

เหตุผลการจัดทำ..... ขาดการปรับปรุง

กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย
 กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ..... ผู้เสนอขอ
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ

เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ
 ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ..... (หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.)
ตำแหน่ง..... ผู้อนุมัติ
วันที่.....

- 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

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและแสดงความยินยอมรับการฝากครรภ์และการตรวจรักษา

หน่วยฝากครรภ์ คลินิกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย) ผู้รับบริการ อายุ ปี HN

ข้าพเจ้า ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์พยาบาล ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษาและรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีแล้ว ซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับบริการ	วันที่ให้ข้อมูล
การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ครั้งตามเกณฑ์			
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี กามโรค ตับอักเสบ บี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย			
การได้รับการฉีดวัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่เพียงพอมาก่อน			
การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกและได้รับทราบว่า <input type="checkbox"/> ไม่พบความเสี่ยง <input type="checkbox"/> พบความเสี่ยง			
การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูลและข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และลงลายมือชื่อรับทราบข้อมูลในเอกสารแสดงความเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังจากอ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว			
การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจะมีข้อบ่งชี้อื่น โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่น ได้แก่ การเจาะเลือด ข้อดี และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังจากอ่านหรืออธิบายแล้ว			
การทำหัตถการ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่น ได้แก่ การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และลงลายมือชื่อรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังจากอ่านหรืออธิบายแล้ว			
ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์ครบ 7 เดือนขึ้นไป			