

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ..... 20 มี.ค. ๖๓

OR

คณะกรรมการ/หน่วยงาน.....

เรื่อง ๑.  การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ๒.  การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ  
๓.  การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

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

เอกสารคุณภาพเรื่อง..... หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ หน่วยงานที่ขอ

รหัสเอกสารคุณภาพ..... FR. VQR - 001

เหตุผลการจัดทำ..... วัตถุประสงค์ในการจัดทำเอกสารคุณภาพ

- กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย  
 กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

\* ลงชื่อ..... (นายวิเศษ นนทกุล) ผู้เสนอขอ  
ตำแหน่ง..... หัวหน้ากลุ่มงาน

ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ

- เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ  
 ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ  
เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (นายวิเศษ นนทกุล) ผู้ตรวจสอบ  
ตำแหน่ง.....  
วันที่..... 26 มี.ค. 63

ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ..... (นายวิเศษ นนทกุล) ผู้อนุมัติ  
ตำแหน่ง.....  
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

## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลทุ่งสง

วันที่ส่องกล้อง.....เวลามาถึง .....น. เข้าห้อง.....น. เริ่มผ่าตัด.....น. เสร็จสิ้น.....น.

ออกจากห้อง .....น. รวมเวลา.....นาที ชนิดยาระงับความรู้สึก.....  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน

Diagnosis..... Procedure.....

อาการแรกรับ .....

อาการปัจจุบัน.....

### ตรวจสอบพร้อมและส่งต่อข้อมูลการส่องกล้อง

1. ชื่อ- นามสกุล  ถูกต้อง
2. ชนิดการส่องตรวจ  ถูกต้อง
3. ประวัติผ่าตัด/ส่องกล้อง  ไม่เคย  เคยผ่าตัด.....
4. ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  มี.....
5. ประวัติแพ้ยา/อาหาร  ไม่แพ้  แพ้.....
6. ความพร้อม  Film  EKG  อื่นๆ.....

7. ผลการตรวจ Lab.....

8. การ Prep bowel  ไม่ต้องเตรียม  Swiff  PEG

9. ผลการ Prep bowel  Excellent  Good

Fair  Poor

10. สิ่งส่งตรวจ Patho  ไม่ส่ง  ส่งด่วน  ส่งไม่ด่วน

ชนิด Specimen .....

Post - OP. Diagnosis.....

Procedure 1 ..... รหัส ICD - 9 CM ..... จำนวน.....ราคา.....บาท

Procedure 2 ..... รหัส ICD - 9 CM ..... จำนวน.....ราคา.....บาท

ค่าเวชภัณฑ์และอื่นๆ 1 ..... จำนวน.....ราคา.....บาท

2 ..... จำนวน.....ราคา.....บาท

### บันทึกทางการพยาบาล

เวลา	Focut / Assessment	Intervention	ผู้บันทึก

ข้อมูลส่งต่อ .....

ทีม แพทย์ส่องกล้อง ..... วิสัญญีแพทย์.....วิสัญญีพยาบาล.....

ผู้ช่วยส่องกล้อง.....ช่วยเหลือรอบนอก.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN..... AN.....หอผู้ป่วย.....