

คู่มือการให้บริการ : การให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเล็กแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล

ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : การกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเล็กแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	กลุ่มผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอก จำนวนผู้รับบริการ:เฉลี่ยประมาณ 100 คน /ปี

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเล็กแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ ห้องผ่าตัด ชั้น 3 อาคาร 7 สถาบันโรคทรวงอก	<input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์
2. ให้บริการในเวลาราชการ	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
3. โทรศัพท์ 02-5470999 ต่อ 30205	<input checked="" type="checkbox"/> 08.00 - 09.00 น.

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการรับบริการ (ถ้ามี)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากอายุรแพทย์ และลงความเห็นว่ามี การทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยและได้รับใบนัดทำผ่าตัดเล็ก 2. กรณีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ ประกันสังคมต้องมีหนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด 3. ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะเลือดตรวจ HIV ในวันที่มาตรวจและมีการนัดผ่าตัด 4. ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ PCR ก่อนเข้ารับการผ่าตัด 72 ชั่วโมงและผล Not Detect 5. ผู้ป่วยต้องนำญาติมาด้วย 1 คน 6. ผู้ป่วยต้องมาถึงห้องผ่าตัดก่อนเวลา 08.00 น. <p>หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยมาไม่ทันเวลา 08.00-09.00 น. ติดต่อเจ้าหน้าที่ โทรศัพท์ 02-5470999 ต่อ 30205</p>

7.ระดับการให้บริการ (ส่วนที่เพิ่มเติม)	
1. ระยะเวลา ใช้ระยะเวลา ≤ 3 ชั่วโมง โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่การยื่นเอกสารครบถ้วน เช็किनที่ห้องผ่าตัดจนถึงรับยากลับบ้าน	
2. คุณภาพ ผู้รับบริการได้รับบริการตั้งแต่ลงทะเบียนที่ห้องผ่าตัดจนถึงรับยากลับบ้านไม่เกิน 2 ชั่วโมง ≥ 90% ผลการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการได้คะแนนความพึงพอใจดีเยี่ยม ≥ 85 %	

8. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ผู้ป่วยยื่นเอกสารนัดหมาย/ บัตรประชาชน อาคาร 8 ชั้น 1	ตู้ KIOSK	5	นาที	หน่วยงานเวชระเบียน	
2.	ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยนอก ห้องเบอร์ 1- 2 อาคาร 8 ชั้น 1		30	นาที	งานตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย	
3.	ยื่นเอกสารรับแท้มประวัติที่งานเวชระเบียน ห้องเบอร์ 29 อาคาร 8 ชั้น 1		30	นาที	หน่วยงานเวชระเบียน	
4.	นำแท้มประวัติมาที่ห้องผ่าตัด อาคาร 7 ชั้น 3 4.1 ตรวจสอบเอกสารและเซ็นใบยินยอมการทำผ่าตัด 4.2 วัดสัญญาณชีพ 4.3 เปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อเข้าห้องผ่าตัด 4.4 ทำหัตถการ / ทำผ่าตัด 4.5 รับคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด		45	นาที	ห้องผ่าตัด	ประกันเวลา ลำดับที่ 4 ไม่เกิน 45 นาที
5.	นำเอกสารไปติดต่อชำระเงิน อาคาร 7 ชั้น 1 5.1 กรณีมียา - ยื่นใบสั่งยา ช่องเบอร์ 37 - 40 - ชำระเงิน ช่องเบอร์ 41 - 43 - รับยา ช่องเบอร์ 34 - 36 5.2 กรณีไม่มียา - ยื่นเอกสารชำระเงิน ช่องเบอร์ 41 - 43		15 15 15 15	นาที นาที นาที นาที	ห้องยา การเงิน ห้องยา การเงิน	
6.	นำเอกสารการชำระเงินมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด		5	นาที	ห้องผ่าตัด	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						2 ชั่วโมง 55 นาที

9. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
<input type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย, ถ้าเป็นงานใหม่ข้ามข้อนี้ไป)

10. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
10.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานของภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงานผัดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวประชาชน	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	1	1	ฉบับ	
2	ใบรับรองสิทธิจากโรงพยาบาลต้นสังกัด		1	2	ฉบับ	
3	ใบนัดทำผ่าตัด		1	-	ฉบับ	
10.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						
ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงานผัดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	-	-	-	-	-	
2	-	-	-	-	-	

11. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ เดือน กุมภาพันธ์ 2564)	
รายละเอียดค่าบริการ :	1. ค่าบริการผ่าตัดเล็ก 2,500 บาท (กรณีชำระเงินเอง) 2. ค่าส่งชิ้นเนื้อตรวจพยาธิ ประมาณ 500 - 1,000 บาท
หมายเหตุ :	สิทธิบัตรที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว จะไม่เสียค่าใช้จ่าย (ต้นสังกัด, บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม)

12. ช่องทางการชำระค่าบริการ	
1	ชำระด้วยเงินสด หรือบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1
2	-

13. ช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ ดิชม ร้องเรียน	
1	กล่องรับความคิดเห็น สถาบันโรคทรวงอก
2	ช่องทางแสดงความคิดเห็นออนไลน์ (Scan QR Code ที่กล่องรับความคิดเห็น)
3	สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน 02 547 0999 ต่อ 30048

14. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	-

15.หมายเหตุ :
-