

คู่มือการให้บริการ : การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและทรวงอก
 (คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก)
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

| ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน | |
|-----------------------------|---|
| 1. ชื่อกระบวนการงาน : | การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก |
| 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล |
| 3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ | |
| กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ : | จำนวนผู้ป่วยรับบริการ 1,500 คน / เดือน |

| ส่วนของคู่มือการให้บริการ | |
|---|---|
| 4. ชื่องานบริการ/กระบวนการงาน : การให้บริการผู้ป่วยนอกศัลยกรรม | |
| 5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ : | |
| 5.1 ประเภทช่องทาง : | 5.2 วันที่เปิดให้บริการ : |
| 1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงานคลินิกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 8 ชั้น 3 ที่อยู่ เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 | <input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ |
| 3. รูปแบบการให้บริการ : ในเวลาราชการ | 5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : |
| 4. เว็บไซต์ www.ccit.go.th | <input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> 07.00-12.00 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น. |
| 5. โทรศัพท์ 02-547-0883 | |
| 6. อีเมลล์ - | |
| หมายเหตุ : เปิดให้บริการสแกนคิวอาร์โค้ดอัตโนมัติ เวลา 06.00-11.00 น. อาคาร 7 ชั้น 1 และ อาคาร 8 ชั้น 1 | |

| |
|---|
| 6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการรับบริการ (ถ้ามี) |
| - ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอกหลังผ่าตัดหัวใจและปอด ของสถาบันโรคทรวงอก - เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกที่ไม่ Admit |

| 7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ | | | | | | |
|--|-----------------------|---|------------------------------|---|----------------------------------|----------|
| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลา การ ให้บริการ | หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/เดือน/ปี) | ส่วนงาน/หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| 1. | สแกนคิวอาร์และใบนำทาง | 1. ใช้บัตรนัด/บัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรประชาชน | 5 | นาที | กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก | |

| | | | | | | |
|------------------------|--|---|-----|------|---|--|
| 2. | ตรวจสอบสิทธิการรักษา | 1. เอกสารใบส่งตัว 2. บัตรประชาชน | 5 | นาที | งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย | ยกเว้นสิทธิเบิก กรมบัญชีกลาง |
| 3. | ทำหัตถการ /ตรวจพิเศษ ตามนัด | 1. เจาะเลือด/ฟังผล 2. เอกซเรย์ 3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4. ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ 5. รังสีวิทยา 6. ตรวจสมรรถภาพปอด | 180 | นาที | 1. จุดบริการเจาะเลือด 2. กลุ่มงานรังสีวิทยา 3-5. หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ 6. COPD Clinic | ทำหัตถการ / ตรวจพิเศษ เฉพาะกรณี แพทย์สั่งตรวจ เพิ่มเติมในบาง รายการ |
| 4. | ลงทะเบียน (Check in) ที่คลินิก และคัดกรอง ประเมินอาการ | 1. ตรวจสอบเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วย 2. แนะนำขั้นตอนบริการ 3. ลงทะเบียนผู้ป่วยเพื่อออกใบสั่งยา 4. วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก 5. พยาบาลซักประวัติใช้ระบบ EMR 6. ให้คำแนะนำด้านสุขภาพขณะรอตรวจ | 40 | นาที | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมฯ | ประกันระยะเวลา ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 4-7 ภายใน 4 ชม. |
| 5. | พบแพทย์ | 1. พบแพทย์รับการตรวจรักษาใช้ระบบ EMR | 120 | นาที | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมฯ, | |
| 6. | รับนัดตรวจครั้งต่อไป | 1. รับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป 2. รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังตรวจ | 20 | นาที | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมฯ | |
| 7. | รับยา | 1. ยื่นใบสั่งยา 2. ชำระเงิน 3. รับยา 4. พบเภสัชกร (กรณีมีปัญหากในการใช้ยา) | 60 | นาที | 1., 3., 4. ห้องยาผู้ป่วยนอก อาคาร 8 ชั้น 1 2. ห้องการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1 | |
| ระยะเวลาในการดำเนินการ | | | | | | 7ชม.10นาที |

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | ส่วนงาน/หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ | จำนวน เอกสารฉบับจริง | จำนวน เอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|----------|
| 1 | บัตรประจำตัวประชาชน | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก | 1 | - | ฉบับ | |

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | จำนวน เอกสารฉบับจริง | จำนวน เอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
|-----|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|----------|
| 1 | ใบนัดตรวจ | คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก | 1 | | ฉบับ | |
| 2 | ผลการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง | | | 1 | ชุด | |
| 3 | ใบส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา | งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย | 1 | | ฉบับ | |

10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2565)

| | |
|--|--|
| รายละเอียด ค่าบริการ โดยประมาณ : | 1. ค่าตรวจ Lab = 60-4,860 บาท 2. ค่า X-Ray = 220 บาท 3. ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ = 200 บาท 4. ค่าตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ = 2,000 บาท 5. ค่าตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน = 1,500 บาท 6. ค่าตรวจสมรรถภาพปอด = 400-1,000 บาท 7. ค่าทำแผล = 90-200 บาท 8. ค่า Block slide = 100 บาท 9. ค่าบริการทางการแพทย์ = 50 บาท |
|--|--|

| | |
|------------|--|
| | 10. ค่ายา (คำนวณจากการนัดตรวจครั้งต่อไปในช่วงระยะเวลา 3 เดือน) = 0-14,410 บาท (ค่าเฉลี่ยต่อคน = 1,700 บาท) |
| หมายเหตุ : | - ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ที่ส่งตัวมารักษาพยาบาลตามระบบ ไม่มีค่าใช้จ่าย (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ) - ค่าบริการ ข้อ 1-7 เฉพาะกรณีแพทย์สั่งเพิ่มเติม - ค่าบริการ ข้อ 8 เฉพาะกรณีส่งต่อไปรับการรักษาเคมีบำบัด - อัตราค่าบริการมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ในผู้ป่วยแต่ละราย |

| | |
|-----------------------------|---|
| 11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ | |
| 1. | ชำระด้วยเงินสด หรือบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1 |
| 2. | - |

| | |
|--|---|
| 12. ช่องทางการร้องเรียน | |
| 1. | กล่องรับความคิดเห็น สถาบันโรคทรวงอก |
| 2. | ช่องทางแสดงความคิดเห็นออนไลน์ (Scan QR Code ที่กล่องรับความคิดเห็น) |
| 3. | สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน 02 547 0999 ต่อ 30048 |
| 13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี) | |
| ชื่อเอกสาร : | - |
| ขอรับเอกสาร : | - |

| | |
|--------------|--|
| 14. หมายเหตุ | |
| - | |

กรมการแพทย์
สถาบันโรคทรวงอก