

คู่มือการให้บริการ : คลินิกโรคการนอนหลับ  
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : หน่วยงานตรวจพิเศษปอด (Sleep Lab)  
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การให้บริการคลินิกโรคการนอนหลับ
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	หน่วยงานตรวจพิเศษปอด งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	จำนวนผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ย 200 คน / เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการคลินิกโรคการนอนหลับ	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคการนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 8 ชั้น 2 ที่อยู่ เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	<input type="checkbox"/> วันจันทร์ <input type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
2. รูปแบบการให้บริการ : ในเวลาราชการ	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
3. โทรศัพท์ 02-547-0999 ต่อ 30416	<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.
หมายเหตุ : เปิดให้บริการสแกนตู้ควิอัติโนมิติ เวลา 06.00-11.00 น. อาคาร 7 ชั้น 1 และ อาคาร 8 ชั้น 1	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการรับบริการ (ถ้ามี)
-

7. ระดับการให้บริการ (ส่วนที่เพิ่มเติม)	
1. ระยะเวลา	ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 3 ชั่วโมง 20 นาที โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับนัด/บัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรประชาชน สแกนรับคิวและไต่ถามทางจนถึงชำระเงินค่าตรวจและรับยากลับบ้าน

2.	<b>คุณภาพ</b> 1. ผู้รับบริการได้รับบริการตั้งแต่สแกนรับคิวและไบนำทางจนถึงชำระเงินค่าสิ่งส่งตรวจและรับยากลับบ้านภายใน 3 ชั่วโมง 20 นาที $\geq 90\%$ 2. ผลการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการได้คะแนนความพึงพอใจระดับดี $\geq 80\%$
----	---

8. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ (โดยประมาณ)	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	สแกนรับคิวและไบนำทาง	1. ใช้บัตรนัด/บัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรประชาชน	5	นาที	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
2.	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	1. เอกสารใบส่งตัว 2. บัตรประชาชน	5	นาที	งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย	ยกเว้นสิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง, รัฐวิสาหกิจ, ชำระเงินเอง
3.	ทำหัตถการตามนัด	1. เจาะเลือด/ฟังผล 2. เอกซเรย์ 3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4. ตรวจสอบสมรรถภาพปอด	85 30	นาที นาที	1. จุดบริการเจาะเลือด 2. กลุ่มงานรังสีวิทยา 3. หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ 4. หน่วยงานตรวจสอบสมรรถภาพปอด	ทำเฉพาะผู้ป่วยเก่าครบ 1 ปี หรือผู้ป่วยนัดตรวจการนอนหลับที่ยังไม่เคยเจาะเลือดภายใน 4 เดือน
4.	การคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วย	1. วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก จุดบริการเบอร์ 11 ตึก 8 ชั้น 2 2. พยาบาลซักถามประเมินอาการที่ผิดปกติ วัดรอบคอ/เอว/สะโพก/ดัชนีมวลกาย กรอกแบบประเมินความง่วงนอน 3. โหลดผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (เฉพาะผู้ป่วยที่ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก/ทดลองใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก)	5 10 10	นาที นาที นาที	คลินิกโรคการนอนหลับ	
5.	พบแพทย์	1. พบแพทย์รับการตรวจรักษา	10	นาที	คลินิกโรคการนอนหลับ	
6.	รับนัดตรวจครั้งต่อไป	1. รับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป 2. รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังตรวจ 3. ทดลองใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (เฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้ใช้) 4. ส่งปรึกษากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 5. ส่งปรึกษางานโภชนาการ	30	นาที	1. คลินิกโรคการนอนหลับ 2. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 3. โภชนาการ	
7.	ชำระเงิน	1. ชำระเงิน	10	นาที	งานการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1	

ระยะเวลาในการดำเนินการ 3ชม. 20 นาที

9. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

10. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

10.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวผู้ป่วย	- คลินิกโรคการนอนหลับ	1	-	ฉบับ	

2	บัตรประจำตัวประชาชน		1	-	ฉบับ	กรณีไม่มีหรือไม่ได้นำบัตรประจำตัวผู้ป่วยมา
---	---------------------	--	---	---	------	--

## 10.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ใบนัดตรวจ	- คลินิกโรคการนอนหลับ	1		ฉบับ	
2	ผลการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง					
3	ใบส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา	งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย	1	1	ฉบับ	

## 11. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 14 เมษายน 2563)

รายละเอียดค่าบริการโดยประมาณ :	1. ค่าเจาะเลือด (13 รายการ) = 1,680 บาท 2. ค่าเอ็กซเรย์ = 250 บาท 3. ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ = 200 บาท 4. ค่าตรวจสมรรถภาพปอด = 400 บาท 5. ค่าบริการทางการแพทย์ = 50 บาท
หมายเหตุ :	- ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ที่ส่งตัวมารักษาพยาบาลตามระบบ ไม่มีค่าใช้จ่าย (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ)

## 12. ช่องทางรับชำระค่าบริการ

1.	ชำระด้วยเงินสด และบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน ตึก 8 ชั้น 1
2.	-

## 13. ช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ ตีชม ร้องเรียน

1	อธิบดีกรมการแพทย์
2	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองจริยธรรม กรมการแพทย์
3	ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
4	เว็บไซต์ <a href="http://www.ccit.go.th">http://www.ccit.go.th</a>
5	งานคุ้มครองจริยธรรม สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 7 ชั้น 5 โทรศัพท์ 02-547-0999 ต่อ 30046, 30912

## 14. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)

ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	-

## 15. หมายเหตุ



กรมการแพทย์  
สถาบันโรคทรวงอก