

คู่มือการให้บริการ : การให้บริการตรวจพิเศษหัวใจ (ECHO, EST, ECG, MRI)
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

| ส่วนของการสร้างกระบวนการ | |
|-----------------------------|---|
| 1. ชื่อกระบวนการ : | การให้บริการตรวจพิเศษหัวใจ (ECHO, EST, ECG, MRI) |
| 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล |
| 3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ | |
| กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ : | จำนวนผู้ป่วยรับบริการ 350 คน / เดือน |

| ส่วนของคู่มือการให้บริการ | |
|---|---|
| 4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการตรวจพิเศษหัวใจ (ECHO, EST, ECG, MRI) | |
| 5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ : | |
| 5.1 ประเภทช่องทาง : | 5.2 วันที่เปิดให้บริการ : |
| 1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ ห้องตรวจพิเศษหัวใจ (ECHO, EST, ECG, MRI) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 7 ชั้น 1 ที่อยู่ เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 | วันจันทร์-วันศุกร์ ในและนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 07.00น.-16.00น. และ 16.30น.-20.30น. วันเสาร์ นอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 07.00น.-12.00น. (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) (เปิดรับคิวอัตโนมัติ ตั้งแต่ 06.00น.-11.00น.) |
| 3. รูปแบบการให้บริการ : ในและนอกเวลาราชการ | 5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : |
| 4. เว็บไซต์ www.ccit.go.th | |
| 5. โทรศัพท์ 02-547-0999 ต่อ 30982, 30969, 30408 | <input checked="" type="checkbox"/> 07.00-16.00 น. ในเวลาราชการ (จันทร์ - ศุกร์) <input checked="" type="checkbox"/> 16.30-20.30 น. นอกเวลาราชการ (จันทร์ - ศุกร์) <input checked="" type="checkbox"/> 07.00-12.00 น. นอกเวลาราชการ (เสาร์) |
| 6. อีเมล - | |
| หมายเหตุ : เปิดให้บริการสแกนตู้คิวอัตโนมัติ อาคาร 7 ชั้น 1 และ อาคาร 8 ชั้น 1 1. ในเวลาราชการ เวลา 06.00-11.00น. 2. นอกเวลาราชการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 14.00-18.00น. วันเสาร์ เวลา 06.00-11.00น. | |

| |
|---|
| 6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการรับบริการ (ถ้ามี) |
| - ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจพิเศษหัวใจ (ECHO, EST, ECG, MRI) เป็นผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคัดกรองโดยแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาอายุรกรรมหัวใจ |

| 7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ | | | | | | |
|--|--|--|-------------------|--|---|--|
| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี) | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| 1. | สแกนรับคิวและใบนำทาง | 1. ใช้บัตรนัด/บัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรประชาชน | 5 | นาที | กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก | |
| 2. | ตรวจสอบสิทธิการรักษา | 1. เอกสารใบส่งตัว 2. บัตรประชาชน | 5 | นาที | งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย | ยกเว้นสิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง |
| 3. | ทำหัตถการตามนัด | 1. เจาะเลือด 2. เอกซเรย์ 3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4. หัตถการอื่น ๆ | 85 | นาที | 1. จุดบริการเจาะเลือด 2. กลุ่มงานรังสีวิทยา 3. หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ | เฉพาะรายตามแพทย์ส่งตรวจตามนัด |
| 4. | ลงทะเบียนรับคิวตรวจที่หน่วยบริการ และคัดกรองประเมินอาการ | 1. ตรวจสอบเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วย 2. แนะนำขั้นตอนบริการ 3. วัตถุประสงค์ 4. พยาบาลซักถามประเมินอาการที่ผิดปกติก่อนพบแพทย์ 5. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ/ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการตรวจ | 15 | นาที | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | ประกันระยะเวลา ตั้งแต่ลำดับที่ 4-7 ภายใน 2 ชม. 15 นาที |
| 5. | ทำหัตถการเพิ่มเติม | 1. เจาะเลือด/ฟังผล 2. เอกซเรย์ 3. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | 45 | นาที | 1. จุดบริการเจาะเลือด 2. กลุ่มงานรังสีวิทยา 3. งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | เฉพาะกรณีแพทย์สั่งตรวจเพิ่มเติมในบางรายงาน |
| 6. | พบแพทย์ผู้ตรวจ | 1. พบแพทย์รับการตรวจรักษา 2. แพทย์สรุปผลการตรวจและออกใบรายงานผล | 60 | นาที | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | |
| 7. | รับนัดตรวจครั้งต่อไป | 1. รับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป 2. รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังตรวจ 3. ประสานการส่งต่อหน่วยงานอื่น ๆ | 15 | นาที | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | |
| 8. | รับยา | 1. ยื่นใบสั่งยา 2. ชำระเงิน 3. รับยา 4. พบเภสัชกร (กรณีมีปัญหาในการใช้ยา) | 60 | นาที | 1. ห้องยาผู้ป่วยนอก อาคาร 7 ชั้น 1 2. ห้องการเงิน อาคาร 7 ชั้น 1 | |
| ระยะเวลาในการดำเนินการ | | | | | | 4ชม. 50นาที |

| |
|---|
| 8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว |
| <input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย) |

| 9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|----------|
| 9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ | | | | | | |
| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
| 1 | ใบนัดผู้ป่วย/ ใบเจาะเลือด/ เอกซเรย์ ใบนัดตรวจพิเศษ | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | 1 | 2 | ฉบับ | |
| 2 | บัตรประจำตัวประชาชน | | 1 | | ฉบับ | |
| 9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม | | | | | | |
| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
| 1 | ผลการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง | งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ | | 1 | ฉบับ | |
| 2 | ใบส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา | งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย | 1 | 1 | ฉบับ | |

| | |
|--|--|
| 10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2563) | |
| รายละเอียด ค่าบริการ โดยประมาณ : | <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจ Lab = 40-3,150 บาท 2. ค่า Chest X-Ray = 220 บาท 3. ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ = 200 บาท 4. ค่าตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหน้าอก = 2,000-3,000 บาท 5. ค่าตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านหลอดอาหาร = 2,000-3,000 บาท 6. ค่าตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงโดยการใช้อากาศดัน = 4,000 บาท 7. ค่าตรวจคลื่นสนามแม่เหล็ก = 8,000-14,500 บาท 8. ค่าตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน = 1,500 บาท 9. ค่าตรวจสมรรถภาพปอด = 400-1,000 บาท 10. CT Chest = 5,000 บาท 11. CT A = 9,000 บาท 12. ค่าบริการทางการแพทย์ = 50 บาท 13. ค่ายา (คำนวณจากการนัดตรวจครั้งต่อไปในช่วงระยะเวลา 3 เดือน) = 300-1,500 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ยต่อคน = 1,000 บาท/เดือน) |
| หมายเหตุ : | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ที่ส่งตัวมารักษาพยาบาลตามระบบ ไม่มีค่าใช้จ่าย (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ) - ค่าบริการ ข้อ 1-8 เฉพาะกรณีแพทย์สั่งตรวจเพิ่มเติม - อัตราค่าบริการมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ในผู้ป่วยแต่ละราย |
| 11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ | |
| 1. | ชำระด้วยเงินสด หรือบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน อาคาร 7 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 | |
| - | |