



คู่มือสำหรับประชาชนของสถาบันโรคทรวงอก การให้บริการคลินิกโรคการนอนหลับและการให้บริการตรวจการนอนหลับ

๑. ช่องทางการให้บริการ

ยื่นด้วยตนเอง : คลินิกโรคการนอนหลับ (Sleep Disorders Clinic) อาคาร ๘ ชั้น ๒
สถาบันโรคทรวงอก ที่อยู่ ๗๔ ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๕๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๕๑๒, ๓๐๔๑๖
หมายเหตุ : เปิดให้บริการจองคิวออนไลน์ ผ่าน Application CCIT connect

๑. คลินิกโรคการนอนหลับ

ในเวลาราชการ : วันจันทร์และวันพุธ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. อาคาร ๘ ชั้น ๒
นอกเวลาราชการ : วันพุธ เวลา ๑๖.๐๐-๒๐.๐๐ น., วันเสาร์ เวลา: ๐๗.๐๐-๑๒.๐๐ น. อาคาร ๗ ชั้น ๑

๒. การให้บริการตรวจการนอนหลับ (sleep test)

ในเวลาราชการ : วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๑๘.๐๐ น. อาคาร ๒ ชั้น ๓
นอกเวลาราชการ (SMC) : วันเสาร์ เวลา: ๑๙.๐๐ น. อาคาร ๒ ชั้น ๓

ยื่นทางอิเล็กทรอนิกส์ :-

๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๒.๑ หลักเกณฑ์

- (๑) ผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้/สงสัยความผิดปกติของการนอนหลับ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินโดยแพทย์โรคจากการนอนหลับ
- (๒) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษา หรือส่งต่อภายในสถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลในเครือข่าย หรือโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยและดูแลรักษาต่อเนื่องด้านโรคการนอนหลับ
- (๓) การตรวจการนอนหลับเป็นบริการเฉพาะทางที่ให้ตามระบบนัดหมาย
- (๔) ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนตรวจ ทั้งด้านอาการทางคลินิก ความเสี่ยง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และความพร้อมด้านเอกสาร/สิทธิการรักษา เพื่อให้การตรวจเป็นไปอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐาน

๒.๒ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- (๑) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อขอรับบริการผ่านคลินิกโรคการนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก ด้วยตนเองตามวันเวลาราชการ หรือผ่านช่องทางที่หน่วยงานกำหนด เช่น โทรศัพท์ และช่องทางสื่อสารของหน่วยงาน เพื่อรับคำแนะนำและนัดหมายเข้ารับบริการ
- (๒) การพิจารณาอนุญาตให้เข้ารับการตรวจการนอนหลับ เป็นดุลยพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาจากข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นในการตรวจ

๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ขั้นตอน	รายละเอียด	ระยะเวลาพิจารณา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. สแกนตู้คิวอัตโนมัติ รับคิวและใบนำทาง อาคาร ๘ ชั้น ๑	๑. ใช้บัตรประชาชน สแกนที่ตู้คิว อัตโนมัติ	๕ นาที	กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก
๒. ตรวจสอบสิทธิการรักษา เบอร์ ๒๘ อาคาร ๘ ชั้น ๑	๑. เอกสารหนังสือส่งตัว ๒. บัตรประชาชน	๕ นาที	งานสิทธิและสวัสดิการ ผู้ป่วย
๓. ทำหัตถการตามนัด (ทำเฉพาะผู้ป่วยเก่า ครบ ๑ ปี หรือผู้ป่วย นัดตรวจการนอนหลับ ที่ยังไม่เคยเจาะเลือด ภายใน ๔ เดือน)	๑. เจาะเลือด/ฟังผล ๒. เอกซเรย์ ๓. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๔. ตรวจสมรรถภาพปอด	๘๕ นาที ๓๐ นาที	๑. จุดบริการเจาะเลือด ๒. กลุ่มงานรังสีวิทยา ๓. หน่วยงานตรวจ รักษาพิเศษ ๔. หน่วยงานตรวจ สมรรถภาพปอด
๔. การคัดกรองประเมิน อาการผู้ป่วย อาคาร ๘ ชั้น ๒	๑. วัดความดันโลหิต/ชั่งน้ำหนัก คลินิกโรคการนอนหลับ ๒. พยาบาลซักถามประเมินอาการ สำคัญวัดรอบคอ/เอว/สะโพก/ดัชนี มวลกาย กรอกแบบประเมินผู้ป่วย ๓. โหลดผลการใช้เครื่องอัดอากาศ แรงดันบวก (เฉพาะผู้ป่วยที่มีใช้ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก/ทดลอง ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก)	๒๕ นาที	คลินิกโรคการนอนหลับ
๕. พบแพทย์	พบแพทย์รับการตรวจรักษา	๑๐ นาที	คลินิกโรคการนอนหลับ
๖. รับนัดตรวจครั้งต่อไป	๑. รับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป ๒. รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังตรวจ ๓. ทดลองใช้เครื่องอัดอากาศแรงดัน บวก (เฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำ ให้ใช้) ๔. ส่งปรึกษากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ๕. ส่งปรึกษางานโภชนาวิทยา	๓๐ นาที	๑. คลินิกโรคการ นอนหลับ ๒. กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฟื้นฟู ๓. โภชนาวิทยาการ (ส่งปรึกษางานโภชนาวิทยา ในรายที่มี BMI>๓๐)
๗. รับยา อาคาร ๘ ชั้น ๑	๑. ยื่นใบสั่งยา ๒. ชำระเงิน ๓. รับยา ๔. พบเภสัชกร (กรณีมีปัญหาในการใช้ยา)	๒๐ นาที	๑. ห้องยาผู้ป่วยนอก ๒. ห้องการเงิน

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ๓ ชั่วโมง ๕๐ นาที

๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสาร	หมวดเอกสาร	ประเภทการใช้เอกสาร	หมายเหตุ
๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)	เอกสารราชการ	แสดงตัวตน	ฉบับจริง
๒. บัตรนัด	เอกสารทางการแพทย์	ติดตามการรักษา	ถ้ามี
๓. เอกสารใบส่งตัว เพื่อรับรองการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล	เอกสารหน่วยงาน	รับบริการ	ถ้ามี

๕. ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๙)

รายละเอียดค่าบริการ โดยประมาณ :	๑. ค่าเจาะเลือด (๑๓ รายการ) = ๑,๕๑๐ บาท ๒. ค่าเอ็กซเรย์ = ๒๕๐ บาท ๓. ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ = ๒๐๐ บาท ๔. ค่าตรวจสมรรถภาพปอด = ๔๐๐ บาท ๕. ค่าบริการทางการแพทย์ = ๕๐ บาท ๖. ค่าบริการตรวจการนอนหลับ = ๗,๐๐๐ บาท (ในเวลา)
หมายเหตุ :	๑. ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ที่ส่งตัวมารักษาต่อเนื่องไม่เสียค่าบริการ (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ) ๒. ค่าบริการตรวจการนอนหลับ สำหรับนอกเวลามีค่าบริการ ๓,๕๕๐ บาท (เบิกไม่ได้)

๖. ใบอนุญาต

-

๗. การใช้ดุลยพินิจ

ชื่อกระบวนการ : การให้บริการคลินิกโรคการนอนหลับและการให้บริการตรวจการนอนหลับ

ขั้นตอน	การใช้ดุลยพินิจ	มาตรฐานที่ใช้	Link กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๑. การประเมินคัดกรอง อาการก่อนตรวจ - ลงทะเบียนที่หน่วยงาน - ประเมินสัญญาณชีพ, ค่าออกซิเจนในร่างกาย, ดัชนีมวลกาย, วัดรอบ คอ เอว สะโพก - คัดกรองอาการสำคัญและ ทำแบบประเมิน ดังนี้ ESS, STOP-Bang, แบบฟอร์มซักประวัติและ ตรวจร่างกายโรคการนอน หลับ - โหลดผลการใช้เครื่อง CPAP/BPAP	- ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ รุนแรง หายใจ > ๒๒ ครั้ง/ นาที, $SpO_2 < 90\%$ ส่งห้อง ฉุกเฉิน	- แนวทาง Triage การประเมิน คัดกรอง กลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก - คู่มือคำแนะนำสำหรับการ วินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะ หยุดหายใจขณะหลับจากการอุด ก้นในประเทศไทย สำหรับ ผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๑ - Patient Safety Goals เช่น (Identification, early detection) - American Academy of Sleep Medicine (AASM)	
๒. การประเมินขณะตรวจ - แพทย์ตรวจร่างกาย - ประเมินผลการตรวจ เช่น เอกซเรย์ปอด, ผลการ ตรวจสมรรถภาพปอด, ผลเลือด, ผลการตรวจการ นอนหลับจากรพ.อื่น (ถ้ามี) เป็นต้น - การวินิจฉัยโรค - ให้คำแนะนำการวางแผน แนวทางการรักษาต่อเนื่อง	- การปรับยาเฉพาะราย - พิจารณาความเสี่ยงในการ ทำหัตถการ เช่น การตรวจ สมรรถภาพปอด, การทำ ส่องกล้องตรวจหลอดลม, การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ - การตัดสินใจ Admit/Refer	- มาตรฐานวิชาชีพแพทย์/ พยาบาล - คู่มือคำแนะนำสำหรับการ วินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะ หยุดหายใจขณะหลับจากการอุด ก้นในประเทศไทย สำหรับ ผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๑ - American Academy of Sleep Medicine - Patient Safety Goals	
๓. การประเมินหลังตรวจ - การให้คำแนะนำก่อน กลับบ้าน - การทดลองใช้เครื่อง CPAP/BPAP - การนัดหมายติดตามผล - การส่งต่อ หรือการดูแล ต่อเนื่อง	- ประเมินความพร้อมผู้ป่วย/ ญาติ/คนดูแล	- Discharge Planning - กระบวนการดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care	

๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑	แบบฟอร์มส่งตรวจการนอนหลับ (PSG)
๒	แบบฟอร์มซักประวัติและตรวจร่างกายโรคการนอนหลับ (sleep clinic)

๙. ช่องทางการร้องเรียน

๑. เว็บไซต์สถาบันโรคทรวงอก <https://www.ccit.go.th/>
๒. ผู้รับความคิดเห็นภายในสถาบันโรคทรวงอก
๓. สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๘๑
๔. งานคุ้มครองจริยธรรม กลุ่มงานบริหารทั่วไป ภารกิจด้านอำนวยการ สถาบันโรคทรวงอก อาคาร ๗ ชั้น ๕ โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๑๒
๕. ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก อาคาร ๗ ชั้น ๕ โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๐๐

๑๐. ผู้ประสานงานการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน

ชื่อผู้ประสานงาน หน่วยงานโรคการนอนหลับ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ๐-๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๕๑๒, ๓๐๔๑๖