



คู่มือการให้บริการประชาชน (Work Manual)

คู่มือที่ 2 คู่มือบริการรับยาต่อเนื่อง

ของโรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	1
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	3
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	3
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	4
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	4
ภาคผนวก	5
- ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรจ่ายตรง	6
- ตัวอย่างหนังสือส่งต่อการรักษาจากสถานพยาบาลต้นสังกัด	7
- รายชื่อผู้จัดทำ	8

1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

<p>ผู้รับบริการหลัก : ผู้ป่วยจิตเวชที่จิตแพทย์ประเมินให้รับการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยนอกในครั้งต่อไป ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่ต้องพบแพทย์</p>	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
<p>งานรักษาต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยนอก โทร 025287800 ต่อ 57147-8</p>	<p>วันจันทร์- วันศุกร์ เวลา 8.00 น.- 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)</p>

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
1)	<p>ยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วย ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย) ยื่นบัตร ประจำตัวผู้ป่วยที่ช่อง 03 ระบุรับยาต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ เวชระเบียน ตรวจสอบว่ามีแพทย์อนุญาตให้รับยาต่อเนื่อง เป็นลายลักษณ์อักษร</p>	8	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
2)	<p>รับบัตรคิว ผู้รับบริการรับบัตรคิวจากเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เมื่อ ตรวจสอบพบว่ามีแพทย์อนุญาตให้รับยาต่อเนื่องเป็น ลายลักษณ์อักษร และอยู่ในกำหนดเวลา หากตรวจสอบไม่พบว่ามีแพทย์อนุญาตให้รับ ยาต่อเนื่องเป็นลายลักษณ์อักษร จะให้บัตรคิวพบพยาบาลที่ งานคัดกรอง</p>	2	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
3)	<p>ตรวจสอบสิทธิการรักษา</p> <p>ผู้รับบริการตรวจสอบสิทธิการรักษาที่ช่อง 07 โดยใช้เอกสารตามสิทธิการรักษา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้ สำเนาบัตรประชาชน และหนังสือส่งต่อการรักษา <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ) จังหวัดนนทบุรี ใช้สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ) ยกเว้นจังหวัดนนทบุรี แสดงบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสังคมใช้หนังสือส่งต่อการรักษาและสำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สิทธิข้าราชการจ่ายตรง ยื่นบัตรจ่ายตรงพร้อมแสดงบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สิทธิเบิกได้ (ข้าราชการ กทม. รัฐวิสาหกิจหรือเอกชน) แสดงบัตรประชาชน 	6	เจ้าหน้าที่งานสิทธิประโยชน์
4)	<p>ประเมินอาการ</p> <p>พบพยาบาลที่งานรักษาต่อเนื่องตามบัตรคิว</p> <p>ถ้ามีผู้ป่วยมา ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ</p> <p>พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยตามระเบียบปฏิบัติ : SP-SCLT-001 เรื่องบริการยาต่อเนื่อง</p> <p>หากพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยพบว่า ไม่ผ่านตามเกณฑ์รับยาต่อเนื่อง พยาบาลจะให้คำแนะนำและให้พบแพทย์ซึ่งเกณฑ์รับยาต่อเนื่อง มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นผู้ที่แพทย์อนุญาตให้รับยาต่อเนื่องเป็นลายลักษณ์อักษร - เป็นผู้ที่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีอาการทางจิตสงบและไม่มีอาการข้างเคียงจากยา - เป็นผู้ที่มาตามกำหนดเวลา (มาก่อนกำหนดได้ไม่เกิน 5 วันทำการ) 	8	พยาบาล

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
5)	รับใบสั่งยา พยาบาลตรวจสอบยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ให้ ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ในแฟ้มเวชระเบียน และปฏิบัติตาม ระเบียบปฏิบัติ : SP-SCLT-001 เรื่องบริการยาต่อเนื่อง พิมพ์ใบสั่งยา ผู้รับบริการรับใบสั่งยา พยาบาลให้คำแนะนำ/ สุขภาพจิตศึกษาตามระเบียบปฏิบัติ : SP-SCLT-001 เรื่อง บริการยาต่อเนื่อง	5	พยาบาล
6)	ยื่นใบสั่งยาและรับบัตรคิวรับยา ผู้รับบริการยื่นใบสั่งยาที่ช่อง 28 และรับบัตรคิวรับยา	1	เจ้าพนักงานเภสัชกร
7)	ชำระเงิน /จ่ายตรง (ถ้ามี) ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษาหรือจ่ายตรง ให้ รอเจ้าหน้าที่งานการเงินเรียก เพื่อชำระเงินหรือเซ็นชื่อ รับทราบค่าใช้จ่าย	10	เจ้าหน้าที่งานการเงิน
8)	รับยา ผู้รับบริการรับยา ตามลำดับคิว เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายยา และให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	20	เภสัชกร
รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น		60	

3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	บัตรประจำตัวผู้ป่วยหรือบัตรจ่ายตรง	1
2)	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (สำหรับผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ) เฉพาะ จังหวัดนนทบุรี และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม)	1
3)	บัตรประจำตัวประชาชน (ใช้แสดงเพื่อใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ)สิทธิเบิกได้และสิทธิจ่ายตรง)	1
4)	หนังสือส่งต่อการรักษา จากสถานพยาบาลต้นสังกัด (สำหรับผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม)	1

4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ (ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกได้และสิทธิจ่ายตรง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้)	50
2)	ค่ายา (ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกได้และสิทธิจ่ายตรง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนนี้ตามสิทธิการรักษา <ul style="list-style-type: none"> - สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้พิการ) เบิกค่ายาในบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริง - สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้พิการ) จังหวัดนนทบุรี เบิกค่ายาในบัญชียาหลักและค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการได้รวมแล้วไม่เกินครั้งละ 700 บาท) - สิทธิประกันสังคม เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริง และอยู่ในการกำหนดของสถานพยาบาลต้นสังกัด - สิทธิจ่ายตรง เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามระเบียบการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ) - สิทธิเบิกได้ (ข้าราชการ กทม. รัฐวิสาหกิจหรือเอกชน) เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริงและอยู่ในระเบียบของหน่วยงานต้นสังกัด 	ตามที่เกิดขึ้นจริง

5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	อัตราการรับยาต่อเนื่องได้ตามเกณฑ์กำหนด (เป้าหมาย > 85%)
2)	อัตราการได้รับบริการภายใน 60 นาที (เป้าหมาย >80%)
3)	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับดีขึ้นไป (เป้าหมาย > 85%)

6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	กล่องรับข้อคิดเห็น/ข้อร้องเรียน
2)	โทรศัพท์ 025287800 ต่อ 57143
3)	www.srithanya.go.th

ภาคผนวก

ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้ป่วย/บัตรจ่ายตรง

บัตรประจำตัวผู้ป่วย



บัตรจ่ายตรง



ตัวอย่างหนังสือส่งต่อการรักษาจากสถานพยาบาลต้นสังกัด

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่...../..... วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....มาเพื่อโปรด :-

รับไว้รักษาต่อ ตรวจชั้นสูตร คุมไว้สังเกต ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....
.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

.....
.....

๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

.....
.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....
.....

๖.สาเหตุที่ส่ง.....

๗. รายละเอียดอื่น ๆ

.....
.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แจ้งความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง)

ลงชื่อ

...../...../.....

รายชื่อผู้จัดทำ

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------------|
| 1) นางสาวรุ่งทิวา | เกิดแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2) นางสุจินต์ | ฐิติพิเชษฐกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3) นายเขมชาติ | อิมรัตน์ะ | พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน |