

ชื่อเรื่องขั้นตอนให้บริการขอประวัติการรักษา

ผู้เขียน

1. นางพิกุล ศรีบุตรดี
2. นางเพ็ญศรี สุขสวัสดิ์
3. นางสาวนภัสนันท์ พิทักษ์กุล
4. นางอัญชลี ภู่บุดผากาญจน
5. นางกชพรรณ เรืองอุไร
6. นางสาวกิงแก้ว เอี่ยมโอษฐ์
7. นางทิพา เรืองฤทธิ์
8. นางสุธิมา ทานาค
- 9.. นางสาวเพ็ญภา เริงพงษ์พันธ์
10. นายกานต์ ชำนาญเมธี

เนื้อหาองค์ความรู้

การให้บริการขอประวัติการรักษามีระบบการทำงานซับซ้อน มีหลายขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานเอกสาร ตั้งแต่ การลงทะเบียนขอประวัติการรักษา การทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่ออนุมัติ และสั่งการ มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ จนถึงการติดตาม การตอบกลับ การรายงาน ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินงานทางด้านเอกสารทั้งสิ้น จากปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา มีความยุ่งยาก เอกสารสูญหาย ส่งผลให้การรายงานผลการดำเนินงานล่าช้า และคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้น กลุ่มงานคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพะ จึงคิดพัฒนางานเพื่อลดขั้นตอนการดำเนินงาน สะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ จึงคิดพัฒนาการพัฒนารูปแบบขั้นตอนให้บริการขอประวัติการรักษา ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานการขอประวัติการรักษาของสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองต่อไป

แนวทางปฏิบัติการขอประวัติผู้ป่วยเพื่อการรักษา

1. ขอบเขตความรับผิดชอบ

- 1) รับคำร้องขอประวัติการรักษา
- 2) ตรวจสอบหลักฐานประกอบคำขอ
- 3) ติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามคำขอ
- 4) จัดเก็บหลักฐานการขอประวัติการรักษา
- 5) ประสานผู้รับบริการเพื่อรับเอกสาร

2. หลักฐานประกอบการยื่นขอประวัติการรักษา

- 1) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ฉบับปัจจุบัน (มีเลข 13 หลัก)
- 2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทน (กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเอง)
- 3) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเอง)
- 4) เอกสารอื่นๆ เช่น หนังสือจดหมายจากผู้เกี่ยวข้อง

3. ขั้นตอนการขอประวัติเพื่อการรักษา (แพทย์สรุป)

- 1) ผู้ป่วยหรือผู้แทน ติดต่อห้องเวชระเบียน แจ้งความประสงค์
- 2) ห้องเวชระเบียน สร้าง visit ส่งห้องตรวจแต่ละแผนก
- 3) ห้องตรวจแต่ละแผนกเตรียมเอกสาร ใบสรุปประวัติ
- 4) แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ผู้แทน สรุปประวัติเพื่อการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติ

4. ขั้นตอนการขอประวัติเพื่อการรักษา (สำเนาประวัติ)

- 1) ผู้ป่วยติดต่อจุดคัดกรองแจ้งความประสงค์และกรอกแบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาพร้อมแนบหลักฐาน
- 2) ห้องเวชระเบียน ตรวจสอบเอกสารและติดต่อธุรการเพื่อยื่นแบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติการรักษาพร้อมหลักฐาน
- 3) งานธุรการแนบบแบบฟอร์มคำขอสำเนาประวัติการรักษาเสนอรองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองเพื่อพิจารณา
- 4) เวชระเบียนลงทะเบียนและสำเนาเวชระเบียนตามเอกสารอนุญาตจากรองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
- 5) งานเวชระเบียนประสานผู้ป่วยมารับเอกสารหรือจัดส่งไปรษณีย์

แนวทางปฏิบัติการขอประวัติผู้ป่วยเพื่อการรักษา

ผู้รับบริการ	ส่วนราชการ (ตัวแทนหรือผู้แทน)
- แจ้งความประสงค์รายละเอียดที่ต้องการ เบอร์โทรศัพท์ที่ต้องการให้ติดต่อกลับ	- หนังสือถึงผู้อำนวยการ
- บัตรประชาชน (๑๓ หลัก)	- หนังสืออนุมัติ และสั่งการ
	- มอบผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ
	- หนังสือมอบอำนาจ มอบฉันทะ

แบบคำขอ และขอสำเนาเวชระเบียน

สถาบันพัฒนาสุขภาพระเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ผู้ป่วย อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... มีความ
ประสงค์

- () ขอดูแลและใช้ผู้ป่วยในเวชระเบียนเป็นเวลา.....จำนวน.....แฟ้ม
- () ขอสำเนาเวชระเบียนที่มีข้อมูลผู้ป่วย
- () ขอดูแลและขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... ตามบัตรประจำตัว

ผู้ป่วยเลขที่.....พร้อมกับคำขอของข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานประกอบคำขอ คือ

- (1.) สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอ
- (2.) หนังสือยินยอมของผู้ป่วย ให้ดูหรือใช้สำเนาข้อมูลในเวชระเบียนและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ผู้ป่วย
- (3.) หลักฐานแสดงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องขอ ดู ใช้หรือขอสำเนาเวชระเบียน
- (4.) สำเนาบัตรประชาชนผู้แทน หรือ สำเนาบัตรประจำตัว (กรณีผู้แทน/ตัวแทนประกันชีวิต)
- (5.) คือ.....หลักฐานอื่นๆ(ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็น อนุญาต
 ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)ลงชื่อผู้อำนวยการ/แพทย์

(.....) ตัวบรรจง

ความเห็น อนุญาต
 ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)ลงชื่อหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก

(.....) ตัวบรรจง

แบบหนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน

เขียนที่ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย

() ผู้แทนผู้ป่วยชื่อสกุล.....ในฐานะ

เป็น.....(บุตร,บิดา,มารดา,สามี,ภรรยาหรือบุคคลอื่น ๆต้องมีใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานทางราชการ
แนบมา)ยินยอมให้สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เปิดเปิดเผยประวัติการรักษาระบุชื่อผู้ป่วย

(นาย/นาง/นางสาว).....ตามบัตรประจำตัว

ผู้ป่วยเลขที่.....เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือมีส่วนได้เสีย ซึ่งได้เข้ารับรักษาในสถาบันพัฒนา
สุขภาพเขตเมือง เมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....

ประเภท () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน

เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

() เพื่อนำไปรักษาต่อเนื้อที่อื่นๆ ระบุ.....

() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล

() การเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

() อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ใช้กรณีไม่มีใบยินยอมมายื่นให้ เวชระเบียน

กลุ่มงานคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพ