

แนวทางการปฏิบัติงานด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย  
ในเขตสุขภาพที่ 11  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



## คำนำ

กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นหนึ่งในกระบวนการหลักของการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มักขาดศักยภาพและความพร้อมในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมที่สูงกว่า การส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับผลประโยชน์สูงสุด ลดการสูญเสีย มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงบริการตรวจรักษาที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และเหมาะสม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จึงได้จัดทำเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากการทำข้อตกลงแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 เป็นแนวทางเดียวกัน มีคุณภาพ ไม่เกิดความสับสน ลดความซ้ำซ้อน และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ

แนวทางการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับขอบเขตของกระบวนการ ความหมาย คำจำกัดความที่สำคัญ รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 สามารถใช้ประโยชน์จาก “แนวทางการปฏิบัติงานกระบวนการการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย” ในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

## สารบัญ

ที่	รายการ	หน้า
1	คำนำ	2
2	สารบัญ	3
3	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
4	วัตถุประสงค์	4
5	ขอบเขตของงานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	4
6	คำจำกัดความ	4
7	ขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการวางระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	5
8	ขั้นตอนการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล	5
9	ผังไหลแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	7
10	คำอธิบายผังไหลการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	8
11	ผังไหลขั้นตอนการประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินก่อนการส่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	11
12	คำอธิบายผังไหลขั้นตอนการประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินก่อนการส่งผู้ป่วยจาก สถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	12
13	ภาคผนวก ก แบบฟอร์มบันทึกที่สำคัญในการรับ-ส่งต่อ	13
14	ภาคผนวก ข แบบประเมิน/คัดกรองที่เกี่ยวข้อง	22
15	ภาคผนวก ค แบบฟอร์มเอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	26
16	ภาคผนวก ง การลงชื่อในเอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์	31

## แนวทางการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

### ความเป็นมาและความสำคัญ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้มีการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยตามข้อตกลงแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ แต่ยังคงพบปัญหาจากการดำเนินการในด้านต่างๆ จากศักยภาพที่แตกต่างกันในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อัตรากำลัง จำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วย หอผู้ป่วยในการรับผู้ป่วย ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนาน ความซับซ้อนของโรค ความต้องการที่มากขึ้นของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ระบบสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการรับ-ส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการประเมินโรคร่วมทางกายพร้อมกันได้รับการวางแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง ลดภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ญาติ บุคลากร และทรัพย์สิน ผู้รับบริการพึงพอใจ ลดความขัดแย้งและข้อร้องเรียนจากการดูแล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จึงได้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน จัดทำเอกสารการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้อ้างอิง ไม่ให้เกิดความคาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน โดยเนื้อหาประกอบด้วยแผนผังกระบวนการ ข้อกำหนดในการปฏิบัติงาน

เอกสารการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ได้จัดทำขึ้น โดยมีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

### วัตถุประสงค์

การจัดทำเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อพัฒนากระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ

### ขอบเขตของงานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

เอกสารการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 เล่มนี้มีรายละเอียดเนื้อหาครอบคลุมทั้งการรับผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น (Refer In) ซึ่งเป็นการรับ-ส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพ โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการรับแจ้ง กระบวนการตรวจสอบข้อมูล กระบวนการประสานงานและกระบวนการรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

### คำจำกัดความ

1 ระบบการรับส่งต่อ (Referral system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ และการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกันตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center)

2 การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง

3 การรับย้ายผู้ป่วย (Refer In) หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต้นทางเพื่อมารับรักษาต่อ หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

4 สถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ได้แก่จังหวัด กระบี่ พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต ระนอง ชุมพร และสุราษฎร์ธานี

### ขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการวางระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Referral system)

1 ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด

2 ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งคณะกรรมการของจังหวัดร่วมพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับเขตบริการสุขภาพที่ 11

3 ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งแนวทางระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัด กรณีมีการเปลี่ยนแปลงหรือทบทวน

4 หากมีข้อเสนอที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขในเชิงระบบให้ผู้รับผิดชอบงานระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เลขานุการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาและนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล เพื่อพิจารณาและประกาศเป็นนโยบายระดับจังหวัดตามลำดับต่อไป

### ขั้นตอนการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

#### 1. ก่อนส่งต่อ (Pre Transfer)

1.1 เมื่อสถานพยาบาลต้นทางประเมินผู้ป่วยแล้วมีความจำเป็นต้องส่งต่อแพทย์หรือสถานพยาบาลประสานงานกับสถานพยาบาลปลายทาง โดยประเมินระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกันตามเกณฑ์เพื่อเตรียมทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยและอาการผู้ป่วย

1.2 มีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทาง และขั้นตอนตาม แนวปฏิบัติของระบบ Service plan หรือข้อตกลงของสถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 11

1.2.1 กรณีสถานพยาบาลต้นทางประสานสำเร็จ ให้เลือกวิธีการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและเตรียมความพร้อมต่างๆ เช่น การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เอกสารตามข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทาง ของระบบ Service plan หรือข้อตกลงของสถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 11 รวมทั้งการบริหารทีมส่งต่อและทรัพยากร

1.2.2 กรณีสถานพยาบาลต้นทางประสานไม่สำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแจ้งสถานพยาบาลต้นทางเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อ ณ สถานพยาบาลนั้น หรือประสานส่งผู้ป่วยสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแลรักษาต่อไป

1.3 ศูนย์ส่งต่อประสานข้อมูลผู้ป่วยต่อแผนกคลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในการบริหารทรัพยากร (บุคลากร ยานพาหนะ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ยา และเวชภัณฑ์) ให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยอาการของผู้ป่วย

1.4 เตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติ เอกสารก่อนออกเดินทาง และรายงานสถานพยาบาลปลายทางเมื่อเริ่มออกเดินทาง

#### 2. ระหว่างส่งต่อ (During Transfer)

2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพ และรายโรค

2.3 ดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในแต่ละระดับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

2.3 บันทึกข้อมูลการดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ

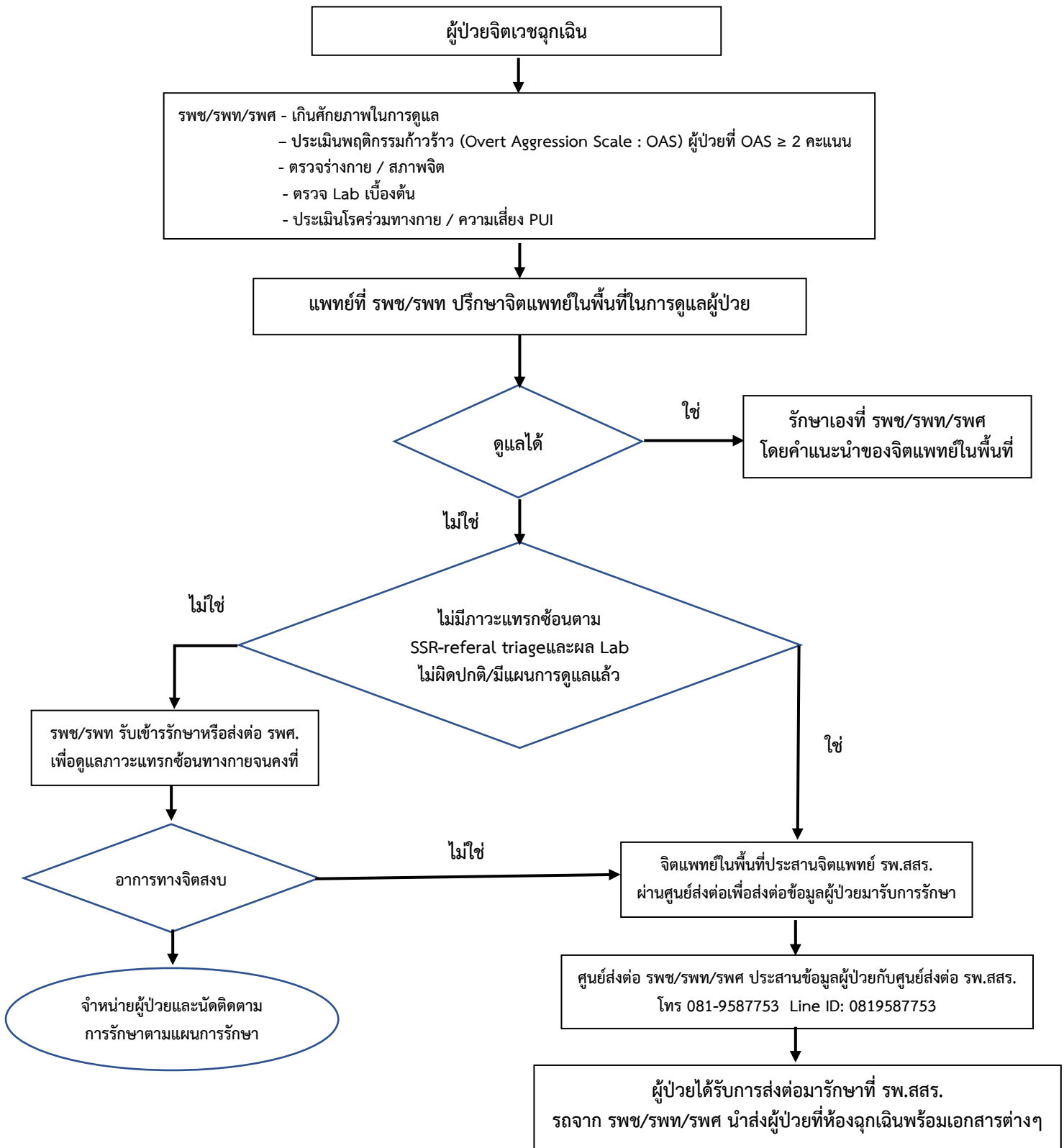
2.4 หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อให้รายงานแพทย์/จิตแพทย์ในพื้นที่ หรือจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ผ่านเบอร์โทรศูนย์ส่งต่อ (โทร 081-9587753)

- 2.5 รายงานโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เมื่อใกล้ถึงตามความเหมาะสม
- 2.6 นำส่งผู้ป่วยที่คลินิกฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- 2.7 ประเมินความพร้อม และความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถ

### 3 หลังส่งต่อ (Post Transfer)

- 3.1 เมื่อนำส่งผู้ป่วยถึงคลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ให้ส่งมอบผู้ป่วย พร้อมเอกสารแก่คลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตามแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ณ คลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และตรวจเช็คอุปกรณ์เพื่อนำกลับ
- 3.2 คลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์รับมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน และเอกสารตามแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
- 3.3 คลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประเมินคุณภาพการส่งต่อ
- 3.4 กรณีผู้ป่วยที่รับส่งมอบแพทย์ประเมิน/ตรวจร่างกายพบภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ศูนย์ส่งต่อประสานสถานพยาบาลต้นทางประเมินศักยภาพในการดูแลเพื่อส่งผู้ป่วยกลับรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาลต้นทาง หรือแจ้งประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผังไหลแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉิน  
จากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์



## คำอธิบายผังไหลการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

### 1. ข้อตกลงก่อนส่งต่อผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยโรคจิตเวชต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่เพื่อพิจารณาในการส่งต่อหรือให้เข้ารับการรักษาต่อในสถานพยาบาลต้นทาง

1.2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชต้องได้รับการประเมินภาวะโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายได้รับการรักษาและการวางแผนการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

1.3 ผู้ป่วยโรคจิตเวชต้องได้รับเข้ารับการรักษา Acute care ในสถานพยาบาลต้นทางที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ก่อนพิจารณาส่งต่อโดยจิตแพทย์ในพื้นที่

1.4 จิตแพทย์ในพื้นที่ประสานกับจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในกรณีจิตแพทย์ในพื้นที่ไม่สามารถประสานได้ให้แพทย์ของสถานพยาบาลต้นทางเป็นผู้ประสานแทน

1.5 ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ไม่ได้ประเมินร่างกาย โรคร่วมทางกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลต้นทางตามข้อตกลงในแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉิน ให้รถและทีมส่งต่อของโรงพยาบาลต้นทางรองจนกว่าจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประเมินผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว กรณีผู้ป่วยที่รับส่งมอบจิตแพทย์ประเมิน/ตรวจร่างกายพบความผิดปกติของผลการตรวจต่างๆ หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ศูนย์ส่งต่อประสานโรงพยาบาลต้นทางประเมินศักยภาพในการดูแลเพื่อให้รถและทีมส่งต่อของโรงพยาบาลต้นทางส่งผู้ป่วยกลับรักษาพยาบาลต่อ ณ โรงพยาบาลต้นทาง หรือแจ้งประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่า

### 2. เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.1 ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในการรักษา มีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคจิตเวชได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาหรือไม่ใช้ยาเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น

2) ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีปัญหาด้านการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช

3) ผู้ป่วยโรคจิตเวชต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมหรือจิตใจด้วยวิธีการที่จำเพาะหรือเข้มข้น

4) ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีปัญหาด้านนิติจิตเวช โดยต้องได้รับการส่งต่อจากระบบกระบวนการทางยุติธรรม

5) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่อยู่ในเกณฑ์มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในการรักษาตามข้อตกลงกับหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 11 ด้วยเหตุเกินศักยภาพในการดูแล/ตามการพิจารณาของจิตแพทย์ในพื้นที่ ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

- ผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ภายใน 28 วัน

- ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน

- ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลต้องมีการเตรียมพื้นที่/ครอบครัวก่อนส่งกลับสู่ชุมชน

- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำ

- โรงพยาบาลไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร/หอผู้ป่วย/ อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์

6) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น

2.2 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตรวจประเมินอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือแผนกห้องฉุกเฉิน โดย

1) มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยคำแนะนำของจิตแพทย์ในพื้นที่

2) เกินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปรึกษาจิตแพทย์ในพื้นที่



2.3 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ปรึกษาจิตแพทย์ในพื้นที่ในการขอความช่วยเหลือและคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อในโรงพยาบาลต้นทาง หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีจิตแพทย์ หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.4 จิตแพทย์ในพื้นที่พิจารณาให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ดำเนินการดังนี้

1) ตรวจสอบประเมินสภาพจิตและตรวจร่างกายโดยใช้แบบประเมินภาวะร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (SSR-referral triage)

2) ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นตามที่กำหนด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคทางกายหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย

- กรณีฉุกเฉินหรือไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นบางอย่างได้ ให้ปรึกษาจิตแพทย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พิจารณาถึงความจำเป็นเมื่อโทรประสานส่งต่อผู้ป่วย

- กรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาถึงความรุนแรง และความจำเป็นในการรักษาโรคทางกายให้คงที่พร้อมทั้งวางแผนในการดูแลรักษาต่อเนื่องก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานและตรวจพิเศษที่สำคัญได้แก่

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป ตรวจ CBC VDRL BUN Cr Electrolyte LFT EKG U/A

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปผู้หญิง ตรวจเพิ่ม UPT

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปจากการใช้สารเสพติด ตรวจเพิ่ม Urine Substance

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปจากการใช้ Alcohol ตรวจเพิ่ม DTX/FBS Ca Mg

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปสูงอายุ ตรวจเพิ่ม DTX/FBS

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปที่ได้รับยาจิต Antipsychotic จำนวนมาก ตรวจเพิ่ม CPK

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง/เรื้อรัง/สถานพินิจ/PUI/มีข้อบ่งชี้เฉพาะ ตรวจเพิ่ม CXR

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีโรคทางกายร่วม ตรวจเพิ่ม Lab ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่มีของโรคขณะนั้น

2.5 ผู้ป่วยมีโรคทางกายหรือโรคประจำตัวรุนแรงให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่เพื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในการรักษาโรคทางกายให้คงที่พร้อมทั้งวางแผนในการดูแลรักษาต่อเนื่องก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบระหว่างรับการรักษาโรคทางกาย โรงพยาบาลต้นทางสามารถจำหน่ายและนัดติดตามการรักษาตามแผนการรักษาโดยคำแนะนำของจิตแพทย์ในพื้นที่

2.6 ถ้าผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายเตรียมข้อมูลเพื่อการส่งต่อดังนี้

1) เอกสารเกี่ยวกับการรักษา

- ใบ Refer ผู้ป่วย

- ใบ ตจ.1(แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น) กรณีไม่มีญาติ

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- บันทึกสัญญาณชีพ

- บันทึกยาากิน/ยาฉีด

- แผนการรักษาโรคทางกายต่อเนื่อง

- ยารักษาโรคทางกายของผู้ป่วย จำนวน 1 – 2 เดือน

- บันทึกประเมินภาวะร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

2) เอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรณีญาติไม่มาส่งผู้ป่วย

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย เช่นรับรองสำเนาถูกต้องโดยใช้ชื่อญาติ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนญาติ เช่นรับรองสำเนาถูกต้องโดยใช้ชื่อญาติ

- แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ (กรณีผู้ป่วยเก่าไม่มารับการรักษานานเกิน 6 เดือน)

- แบบหนังสือข้อตกลงและให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
- ใบยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.7 จิตแพทย์ในพื้นที่โทรประสานส่งต่อผู้ป่วยกับจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ผ่านศูนย์ส่งต่อ (โทร 081-9587753 Line ID: 0819587753) เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย กรณีจิตแพทย์ในพื้นที่ไม่สามารถโทรประสานส่งต่อผู้ป่วยได้ให้แพทย์โรงพยาบาลต้นทางโทรประสานส่งต่อผู้ป่วยกับจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.8 โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ประสานข้อมูลผู้ป่วยกับศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (โทร 081-9587753 Line ID: 0819587753)

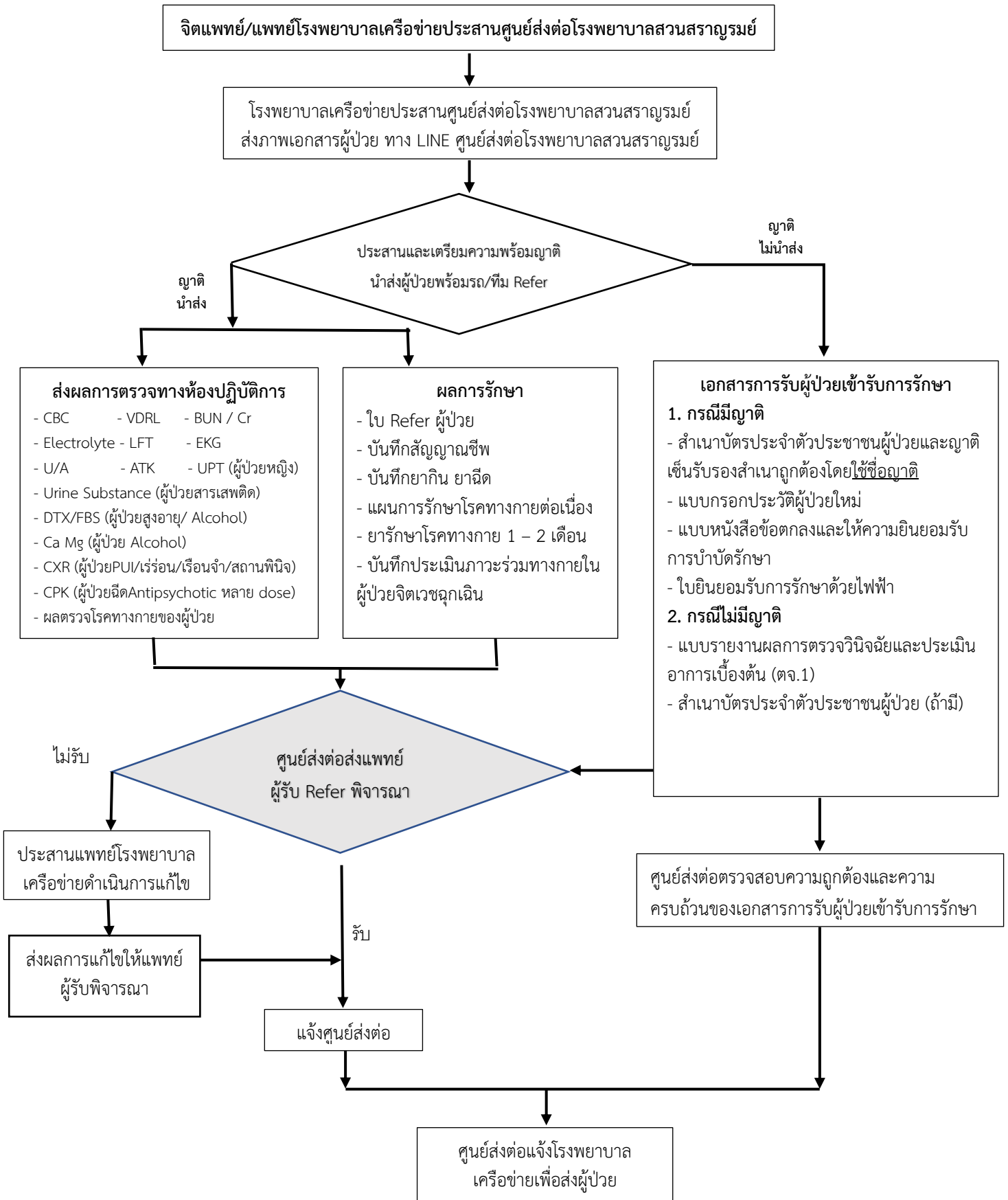
2.9 ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้จิตแพทย์พิจารณาและแจ้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ให้ส่งต่อผู้ป่วยได้เมื่อจิตแพทย์พิจารณารับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.10 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์พร้อมญาติด้วยรถโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โดยนำส่งผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉินพร้อมเอกสารต่างๆ ให้รถและทีมส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลต้นทางรอจนกว่าจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประเมินผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว กรณีผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการประเมินตามข้อตกลงของแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินจากโรงพยาบาลต้นทาง ผู้ป่วยที่รับส่งมอบ จิตแพทย์ประเมิน/ตรวจร่างกายพบความผิดปกติของผลการตรวจต่างๆหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ศูนย์ส่งต่อประสานโรงพยาบาลต้นทางประเมินศักยภาพในการดูแล เพื่อให้รถและทีมส่งต่อของโรงพยาบาลต้นทางส่งผู้ป่วยกลับรักษาพยาบาลต่อ ณ โรงพยาบาลต้นทาง หรือแจ้งประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลปลายทางที่มีศักยภาพสูงกว่า

2.11 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษา

2.12 จิตแพทย์/พยาบาลนัดติดตามอาการและส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผังไหลขั้นตอนการประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินก่อนการส่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11  
มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์



**คำอธิบายผังไหลขั้นตอนการประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกรณีฉุกเฉินก่อนการส่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

1. จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้รับการประสานส่งต่อผู้ป่วยจากจิตแพทย์/แพทย์ในพื้นที่
2. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลประสานข้อมูลผู้ป่วย ผ่านศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทางส่งภาพเอกสารผู้ป่วย ทาง LINE ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ID Line : 0819587753) ได้แก่
  - 2.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ตามเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
  - 2.2 เอกสารเกี่ยวกับการรักษา ตามเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
3. ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานโรงพยาบาลต้นทางส่งข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานและเอกสารเกี่ยวกับการรักษาให้จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์พิจารณารับส่งต่อผู้ป่วยหรือขอข้อมูลการรักษาเพิ่มเติม
4. ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานแจ้งโรงพยาบาลต้นทางเมื่อจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์พิจารณารับส่งต่อผู้ป่วย
5. กรณีญาติไม่นำส่งผู้ป่วยพร้อมรถและทีมส่งต่อของโรงพยาบาลต้นทางมายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานโรงพยาบาลต้นทางส่งข้อมูลเอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตามเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
6. ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พิจารณาความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารก่อนส่งผู้ป่วย
7. ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานแจ้งโรงพยาบาลต้นทางส่งผู้ป่วยจิตเวชมายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เมื่อเอกสารถูกต้องครบถ้วน
8. ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานแจ้งคลินิกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในการเตรียมความพร้อมในการบริหารทรัพยากร (บุคลากร ยานพาหนะ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ยา และเวชภัณฑ์) ให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยของอาการของผู้ป่วย

ภาคผนวก ก  
แบบฟอร์มบันทึกที่สำคัญในการรับ-ส่งต่อ

แบบฟอร์มการรับ Refer ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากโรงพยาบาลเครือข่ายมารับบริการที่ รพ.สวนสราญรมย์

1. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ ชาย  หญิง
2. ชื่อโรงพยาบาลที่ Refer.....จังหวัด.....ชื่อผู้ Refer.....
3. ปรึกษาจิตแพทย์ในพื้นที่  ประสานจิตแพทย์.....รพ..... **ไม่ได้ประสาน**
4. วินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....F/U ล่าสุดที่ รพ.....เมื่อ.....
5. การ Admitted ในโรงพยาบาลเครือข่าย  admitted เมื่อ... D/C เมื่อ.....**ไม่ได้Admitted**
6. ประวัติการรักษา รพ. สสร.  ใหม่  เก่าHN..... Dx..... F/U ล่าสุดที่.....
7. เหตุผลของการ Refer  Bio..... Social..... Family.....
8. อาการที่ refer.....  
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช.....  
.....
9. ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  มี.....ปัจจุบันรักษาที่.....การรักษา  
ที่ได้รับ.....
10. ภาวะแทรกซ้อนทางกาย/บาดแผล/อุบัติเหตุ  ไม่มี  มี.....  
การรักษาที่ได้รับ.....
11. Vital Sign T =.....C P =...../RPM R =...../RPM BP =...../mmHg DTX=.....mg% O<sub>2</sub> Sat .....% 12.  
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) น้ำหนัก.....Kgs ส่วนสูง.....cms

รายการตรวจ Lab	วันที่ตรวจ	ไม่ตรวจ	ผล	ผลการตรวจ		
CBC				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
VDRL/RPR				<input type="checkbox"/> NON REACTIVE	<input type="checkbox"/> REACTIVE	
BUN / Cr				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
Electrolyte				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
LFT				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
EKG				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
X-Ray				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
UPT (ผู้ป่วยหญิง)				<input type="checkbox"/> NEGATIVE	<input type="checkbox"/> POSITIVE	
Urine Analysis				<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ABNORMAL	
Urine Substance				Amphetamine: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative	Cannabis: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative	Opioid: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative
ATK				<input type="checkbox"/> NEGATIVE	<input type="checkbox"/> POSITIVE	
RT-PCR				<input type="checkbox"/> NOT DETECED	<input type="checkbox"/> DETECED	
CPK						
DTX/FBS						

13. กรณีพบสารเสพติดในปัสสาวะ  ได้มีการแจ้งความลงบันทึกประจำวัน  ไม่ได้แจ้งความ  มีคดี
14. การรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น.....  
ยาฉีด.....  
ยาทางกาย.....  
อื่นๆ.....
15. สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ประกันสังคม  ญาติยินยอม  ไม่ยินยอมจ่ายเงิน
16. ความคิดเห็นของจิตแพทย์  รับRefer  เข้าER  เข้าCOHORT WARD  เข้า AIIR  
 ไม่รับ Refer .....
17. ประเมินปัญหาที่พบ.....

18. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง/ข้อเสนอแนะ.....

19. ลงชื่อแพทย์รับ Refer.....วันที่.....เวลา.....น.

20. ผู้รับข้อมูลทางโทรศัพท์.....วันที่.....เวลา.....น.

21. ผู้ดูแลผู้ป่วย.....  มีญาติ  กรณีไม่มีญาติ  มีใบ ตจ.1  ไม่มีใบ ตจ.1

22. การนำส่ง.  รถโรงพยาบาล.....  รถญาติ.....  รถมูลนิธิ.....  รถอื่นๆ

23. เบอร์โทรโรงพยาบาลเครือข่าย.....ID LINE.....

เอกสารในการรับผู้ป่วย				เอกสารในการรับผู้ป่วย			
รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
ใบ Refer ผู้ป่วย				แบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่			
แบบ ตจ.๑				ใบยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า			
ใบบันทึกการให้ยากิน				แบบหนังสือข้อตกลงยินยอมรับการบำบัดรักษา			
ใบบันทึกการให้ยาฉีด							
แบบบันทึกสัญญาณชีพ				สำเนาบัตรประชาชน <u>ผู้ป่วย</u>			
แบบประเมินภาวะร่วมทางกาย				สำเนาบัตรประชาชน <u>ญาติ</u>			
ยาทางกาย มาให้ 2 เดือน				เงินฝากผู้ป่วย			
ประวัติการรับวัคซีน				ใบรับรองสิทธิ์การรักษา			
เวลาแพทย์โทร Refer	เวลาประสานข้อมูล			เวลาแจ้งส่งผู้ป่วย			

24. ผู้รับ Case ของ ER.....มาถึงเมื่อ วันที่.....เวลา.....น.

แบบ ตจ.๑

## แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

แหล่งที่มาของข้อมูล...(เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ).....

.....

.....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

.....

.....

ประวัติความเจ็บป่วย (ถ้ามี).....

.....

.....

.....

การตรวจทางร่างกาย.....

.....

.....

.....



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

.....

.....

.....

.....

### การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance).....

.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect).....

.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech).....

.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination).....

.....

ความคิดหลงผิด (delusion).....

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control).....

.....

.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....  
.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)...

.....  
.....

อื่น ๆ.....

.....  
.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

ความเห็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา  
(โปรดระบุสิ่งที่ตรวจพบและเหตุผล)

เห็นควรส่งต่อสถานบำบัดรักษา(ระบุชื่อหน่วยงาน)

ไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา  
การบำบัดรักษาเบื้องต้น

.....  
.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ

หมายเหตุ ๑. การประเมินอาการเบื้องต้นดังกล่าว ต้องไม่เกินสี่สิบแปด ชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

๒. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ

## แบบฟอร์มการส่งผู้ป่วยรับการรักษาต่อ

เลขที่...../.....

เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

จากโรงพยาบาล.....

ถึง โรงพยาบาล.....

ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

การรักษาพยาบาลที่ให้ไว้.....

.....

.....

.....

สาเหตุที่ส่ง.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

วันที่...../...../.....

## แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

จากโรงพยาบาล.....

ถึง จากโรงพยาบาล.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ.....

ผลการันสูตรที่สำคัญ.....

.....  
 .....  
 .....

การวินิจฉัยโรค.....

.....  
 .....

การรักษาที่ให้.....

.....  
 .....  
 .....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ข  
แบบประเมิน/คัดกรองที่เกี่ยวข้อง

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอย ขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือ มีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะตัวเองเป็น รอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เคสัด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิด การบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำ สกปรกรุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทูบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของ กระจัดกระจาย

**การแปลผลคะแนน**

การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง
2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง
3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

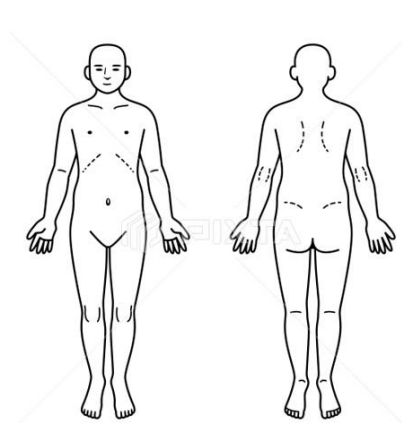
การประเมินภาวะร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนส่งต่อมายังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (SSR-referral triage)

ลำดับ ที่	Vitalsigns		ใช่	ไม่ใช่ (ระบุการตรวจ/รักษาเบื้องต้นที่ให้)	แนวทางการดูแลต่อเนื่อง (หากมี โปรดระบุ)
1.	BT	ค่าระหว่าง 35.5 – 38.0 C			
2.	PR	ค่าระหว่าง 50 – 120 bpm			
3.	BP	SBP ค่าระหว่าง 90 – 180 mmHg			
4.		DBP ค่าระหว่าง 60 – 110 mmHg			
5.	RR	ค่าระหว่าง 12 – 24 tpm			
6.	O2 sat.	ค่าสูงกว่า 95% (room air)			
7.	GCS	ค่าระหว่าง 13 - 15			

ลำดับ ที่	Physical examinations		ตรวจ ไม่พบ	ตรวจพบ (ระบุการรักษาเบื้องต้นที่ให้)	แนวทางการดูแลต่อเนื่อง กรณีตรวจพบ (หากมี โปรดระบุ)
8.	HEENT	hyphema			
9.		periorbital ecchymoses (raccoon eyes signs)			
10.		แผลเปิดที่ลึกถึง skull			
11.	Wound	แผลที่ต้องเย็บปิด (suture)			
12.		แผลที่ active bleeding			
13.		อาการบวมผิดปกติของบริเวณใด			
14.		second, third หรือ fourth- degree burn			
15.	Heart	murmur			
16.		Irregular heart beat			
17.	Lungs	Decreased breath sound			
18.		Adventitious sound (wheezing, rhonchi, crepitation)			
19.	abdomen	Pain, Guarding, rebound tenderness			
20.		ascites			
21.		Periumbilical ecchymosis (Cullen's sign)			
22.		Ecchymosis at flank (Gray-Turner's sign)			
23.	Neurological examinations	Unequal pupils' diameter			
24.		Weakness			



ลำดับที่	Investigations		ใช่	ไม่ใช่ (ระบุการตรวจ/ รักษาเพิ่มเติมที่ให้)	รายละเอียดการปรึกษา แพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม (โปรดระบุ เกณฑ์ให้ส่ง ต่อหากผลไม่ดีขึ้น)	ไม่สามารถตรวจได้ (โปรดระบุ เหตุผล)
25.	Random BS	50 – 300 mg%				
26.	BUN	5 – 20 mg/dL				
27.	Cr	0.5 – 1.5 mg/dL				
28.	Electrolyte	Na 125 – 150 mmol/L				
29.		K 3.0 – 5.0 mmol/L				
30.	CBC	Hematocrit 30 – 55 %				
31.		WBC 3,000 – 18,000 cells/mm <sup>3</sup>				
32.		Platelets 100,000 – 400,000				
33.	LFT	AST < 90				
34.		ALT < 90				
35.	Chest X-rays อ่านผลโดยรังสีแพทย์	ไม่พบ pulmonary infiltration				
36.	Urine substances (กรณีอายุน้อยกว่า 50 ปี)	ได้ตรวจ				
37.	UPT (เพศหญิงอายุน้อยกว่า 50 ปี)	ผลเป็น negative				
38.	UA (กรณีอายุมากกว่า 50 ปี)	WBC น้อยกว่า 5 cells/HPF ในเพศชาย หรือ น้อยกว่า 10 cells/HPF ในเพศหญิง				
39.	EKG  (กรณีอายุมากกว่า 50 ปี หรือ มี ประวัติเสพยาบ้า ไอซ์ ยาไอ้ ไม่เกิน 1 เดือนก่อนมารพ.)	QTc prolong < 460 ms				
40.		ไม่มี Arrhythmic pattern				
41.		ไม่มี ST-T segment change				



pixtastock.com - 18840759

A : Abrasion  
 B : Burn  
 C : Contusion  
 E : Ecchymosis  
 H : Hematoma  
 L : Laceration  
 M : Mass  
 P : Petechiae  
 PS : Pressure Sore Stage.....  
 R : Rash  
 O ..... ostomy

(.....)

แพทย์ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

โรงพยาบาล.....

จิตแพทย์ที่รับปรึกษา.....

ภาคผนวก ค  
แบบฟอร์มเอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์



## ใบยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

**คำชี้แจง:** โปรดอ่านข้อมูลรายละเอียดวิธีรักษาด้วยไฟฟ้า ก่อนลงลายมือชื่อในใบยินยอมรับการรักษา  
การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy )

เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยให้กระแสไฟฟ้าที่มีความเข้มข้นต่ำผ่านสมองบริเวณขมับทั้งสองข้างและกระตุ้นทำให้เกิดการชักในระยะเวลาสั้นๆประมาณ 25 – 60 วินาที เชื่อว่ากระแสไฟฟ้าจะช่วยปรับสารสื่อประสาทในสมองที่เสียสมดุลให้กลับมาสู่ภาวะปกติ และทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น

### จุดมุ่งหมายของการรักษา

รักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตายและอาการดังกล่าวรุนแรงมากจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล

**วิธีการรักษา** มี 2 วิธี คือ รักษาโดยใช้ยาระงับความรู้สึกและไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

### จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษาของแต่ละคนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับอาการตอบสนองต่อการรักษา และดุลยพินิจของแพทย์ ส่วนใหญ่จะทำ 6 – 12 ครั้ง โดยรักษา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

### ประโยชน์ของการรักษา

เพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันความเสี่ยงซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

### ผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการรักษา

**ผลข้างเคียง**ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสนในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังรักษา หลงลืมช่วงขณะและความทรงจำจะค่อยๆปกติภายใน 2-6 สัปดาห์ กระตุกหัก ข้อเคลื่อนหรือเสียชีวิต ผลข้างเคียงรุนแรง อาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจโรคทางสมอง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

### การรักษาพยาบาล

การรักษาโดยวิธีใดก็ตามล้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงได้ การรักษาด้วยไฟฟ้าแพทย์จะตรวจประเมินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด ขณะรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจะได้รับการดูแลโดยทีมที่มีความเชี่ยวชาญตลอดเวลา

ข้าพเจ้าชื่อ .....นามสกุล.....ในฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูล

ข้างต้นทั้งหมดแล้ว  ยินยอม  ไม่ยินยอม

ให้ผู้ป่วยชื่อ .....นามสกุล.....ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ลงชื่อผู้ยินยอม ..... ลงชื่อผู้ไม่ยินยอม .....  
(.....) (.....)

พยาน(ญาติผู้ป่วย) ..... พยาน (พยาบาลวิชาชีพ) .....  
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน.....

แบบหนังสือข้อตกลงและให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ชื่อผู้รับบริการ นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ. ชื่อ.....นามสกุล.....

HN.....AN.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้ป่วย

เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน เนื่องด้วยผู้ป่วยอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถ การตัดสินใจในการรักษา โดยเกี่ยวข้องกับ

- |                                  |                                       |   |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> บุพการี | <input type="checkbox"/> ผู้สืบสันดาน | <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย) |
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> ผู้พิทักษ์   | <input type="checkbox"/> ผู้อนุบาล            |

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบวัตถุประสงค์ กระบวนการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นของการบำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจนเข้าใจแล้ว

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/หน้าที่ผู้ป่วย

3. ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อตกลงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น ตารางเวลาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระเบียบการอยู่โรงพยาบาล ระเบียบการเยี่ยมของญาติและการติดต่อญาติโดยยินดีจะปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

4. ข้าพเจ้าได้รับทราบเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน หรืออาการทุเลาและแพทย์พิจารณาแล้วให้กลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ญาติต้องมารับผู้ป่วยกลับเมื่อได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล

5. ข้าพเจ้าได้รับทราบกรณีเกิดความเสียหายต่อบุคคลหรือทรัพย์สินของโรงพยาบาล เมื่อพิสูจน์แล้วว่ามิสาเหตุมาจากผู้ป่วย/ญาติจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

6. ข้าพเจ้าได้รับทราบ เหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา ประโยชน์ของการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้ารวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้และยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้าตามดุลพินิจของแพทย์

7. ข้าพเจ้าได้รับทราบเหตุผลความจำเป็นและยินยอมให้จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึดผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่นๆที่อยู่ระหว่างการรักษาร่วมกัน

8. ข้าพเจ้าได้รับทราบเหตุผลความจำเป็นและยินยอมตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์ในกรณีที่แพทย์ขอตรวจเพิ่มเติม

9. กรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมแทรกซ้อนทางกาย ญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น นำยาทางกายที่ผู้ป่วยรับประทานมอบให้เจ้าหน้าที่ภายใน 24 ชั่วโมง

10. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช กรณีผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินทางกายหรือภาวะผิดปกติที่เกินศักยภาพ และต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่นหรือหน่วยงานอื่น ญาติยินยอมและสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล

11. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลติดต่อและส่งข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาผ่านทางโทรศัพท์/ อินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ (Line) ชูม (Zoom) หรือโปรแกรมอื่น ๆ ให้กับสถานบริการทางสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

12. ข้าพเจ้าได้รับทราบกรณีที่ครบกำหนดการรักษาและผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ญาติไม่สะดวกมารับผู้ป่วย ญาติยินยอมให้โรงพยาบาลบริหารจัดการจำหน่าย ทั้งนี้อาจมีค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาเป็นรายบุคคล

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว และจะปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....(ผู้ให้ความยินยอม)  
(.....)

ลงนาม.....(แพทย์)  
(.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย)  
(.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายโรงพยาบาล)  
(.....)

**ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**

- บุพการี    ผู้สืบสันดาน    ผู้ปกครอง (ตามกฎหมาย)  
 คู่สมรส    ผู้พิทักษ์    ผู้อนุบาล  
 กรณีผู้ป่วยแยกคนเดียว (ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย)

**ตำแหน่ง**

- พยาบาลวิชาชีพ  
 ผู้ช่วยเหลือคนใช้  
 อื่น ๆ ระบุ.....

## แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เลขที่ทั่วไป.....

วันที่ทำบัตร.....

มาตรวจรักษาครั้งแรก  มาตรวจรักษาครั้งที่สอง

เลขบัตรประชาชน.....วัน เดือน ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี

ชื่อ(นาย/นาง/น.ส./ดช./คณ.).....สกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ภูมิลำเนา.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....สิทธิการรักษา

สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หย่า  ร้าง  ม่าย การศึกษา.....อาชีพ.....

ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....จำนวนพี่น้อง.....คน เป็นคนที่.....

ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....

ชื่อผู้นำส่ง.....เกี่ยวข้องเป็น.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ผู้บันทึก.....

QF-PLA-02.01

Rev.02.0at925/11/51

ภาคผนวก ง  
การลงชื่อในเอกสารการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

# การลงชื่อในใบยินยอมการรักษา

11. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลติดต่อและส่งข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาผ่านทางโทรศัพท์/ อินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ (Line) ซูม (Zoom) หรือโปรแกรมอื่น ๆ ให้กับสถานบริการทางสาธารณสุขที่บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

12. ข้าพเจ้าได้รับทราบกรณีที่ครบกำหนดการรักษาและผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ญาติไม่สะดวกรับผู้ป่วย ญาติยินยอมให้โรงพยาบาลบริหารจัดการจำหน่าย ทั้งนี้อาจมีค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาเป็นรายบุคคล

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว และจะปฏิบัติตามข้อแนะนำดังกล่าว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดแห่งนี้คือหน้าพยาน

<p style="text-align: center;"><b>ญาติเป็นผู้ เซ็น</b></p>	➔	ลงนาม.....(ผู้ให้ความยินยอม) (.....)	ลงนาม.....(แพทย์) (.....)  ลงนาม.....(พยาบาล) (.....)	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center; color: red;"><b>เจ้าหน้าที่ รพ.สวนสราญรมย์ เป็นผู้เซ็น</b></p> </div>
<p style="text-align: center;"><b>ถ้าไม่มีญาติ ให้พยาบาล รพ.เครือข่าย เซ็นแทน</b></p>	➔	ลงนาม.....(พยาบาลผู้ป่วย) (.....)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บุพการี <input type="checkbox"/> ผู้สืบสันดาน <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย) <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> ผู้พิทักษ์ <input type="checkbox"/> ผู้อุปการะ <input type="checkbox"/> กรณีผู้ป่วยจนคนเดียว (ไม่มีพยาบาลผู้ป่วย)	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยเภสัชกร <input type="checkbox"/> อื่น ๆระบุ.....



## การลงชื่อในใบยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้า

### การรักษาพยาบาล

การรักษาโดยวิธีใดก็ตามล้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงได้ การรักษาด้วยไฟฟ้าแพทย์จะตรวจประเมินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด ขณะรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจะได้รับการดูแลโดยทีมที่มีความเชี่ยวชาญตลอดเวลา

ข้าพเจ้าชื่อ .....นามสกุล..... ในฐานะเป็น..... ขอผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูล

ข้างต้นทั้งหมดแล้ว  ยินยอม  ไม่ยินยอม

ให้ผู้ป่วยชื่อ .....นามสกุล..... ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ญาติเป็นผู้  
เซ็น

ลงชื่อผู้ยินยอม ..... ลงชื่อผู้ไม่ยินยอม .....  
(.....) (.....)

พยาน (ญาติผู้ป่วย) ..... พยาน (พยาบาลวิชาชีพ) .....  
(.....) (.....)

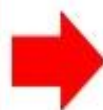
วันที่.....เดือน.....ปี

เจ้าหน้าที่  
รพ.สวนสราญรมย์  
เป็นผู้เซ็น

## การลงชื่อนำเนาบัตรผู้ป่วย



ญาติผู้ที่เซ็นยินยอม  
 การรักษาเป็นผู้เซ็น  
 รับรองสำเนาให้ผู้ป่วย

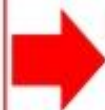


สำเนาถูกต้อง  
 ชื่อและ นามสกุลของคุณ

## การลงชื่อนำเนาบัตร **ญาติผู้ป่วย**



**ญาติผู้**ที่ **เซ็นยินยอม**  
**การรักษา**เป็นผู้ **เซ็น**  
**รับรอง**สำเนา



**สำเนาถูกต้อง**  
**ชื่อและ นามสกุลของคุณ**