

1

## แฟ้มสะสม

**แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง  
ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1  
ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยเขียนทะเบียน หรือมี  
การปรับปรุงแก้ไข ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุง  
ข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ  
มีจำนวน 12 แฟ้ม**

2



## แฟ้มสะสม 12 แฟ้ม

PERSON	VILLAGE
ADDRESS	DISABILITY
DEATH	PROVIDER
CHRONIC	WOMEN
CARD	DRUGALLERGY
HOME	PREGNATAL

3

## แฟ้มบริการ

แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกรายที่มา  
 รับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน  
**28 แฟ้ม**

4



## แฟ้มบริการ 28 แฟ้ม

FUNCTIONAL	SURVEILLANC	PROCEDURE_IPD	CARE_REFER
ICF	ACCIDENT	CHARGE_IPD	CLINICAL_REFER
SERVICE	LABFU	APPOINTMENT	DRUG_REFER
DIAGNOSIS_OPD	CHRONIC	DENTAL	INVESTIGATION_REFER
DRUG_OPD	ADMISSION	FP	PROCEDURE_REFER
PROCEDURE_OPD	DIAGNOSIS_IPD	COMMUNITY_ACTIVITY	REFER_HISTORY
CHARGE_OPD	DRUG_IPD	COMMUNITY_SERVICE	REFER_RESULT

5

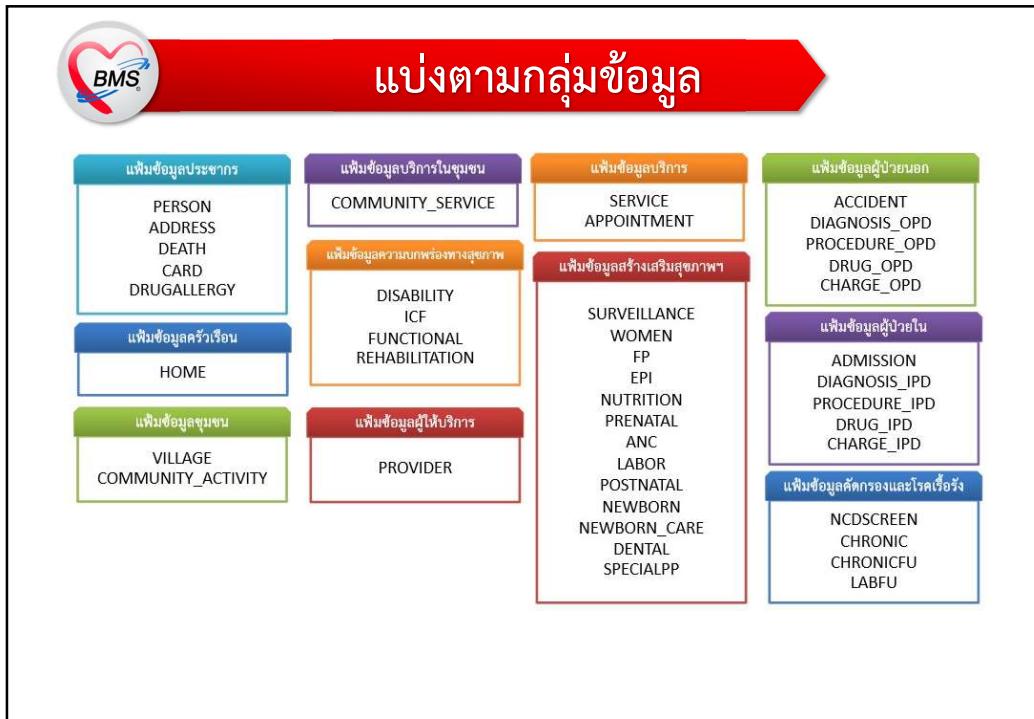
## แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

**แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูล  
 ทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่  
 อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึก  
 ข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ  
 มีจำนวน 10 แฟ้ม**

6



7



8

# การบันทึกข้อมูล เพิ่มข้อมูลประชากร

9

## PERSON

นิยาม : ข้อมูลที่ว่าไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ

ลักษณะแฟ้ม : เพิ่มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2. ประชาชนทุกคนที่มีเชื้ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ
3. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยเขียนทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

10



## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PERSON

## 1. เวชระเบียน ใช้เมนู OPD Registry >> OPD Card

ข้อมูลประชาชนเบื้องต้น

HN 123123123

Front Office → เวชภัณฑ์ → OPCard

ผลการค้นหา [F2] Finger Identify [F3] สมัคร [F4] Admit [F5] พิมพ์บัตร [F7] เครื่องอ่าน [F9]

ผู้ดูแลผู้ป่วย ประวัติการเข้ารับบริการ การ Admit แพทย์ผู้รับ托 นักพยาบาล ค่าธรรมเนียม การบันทึก Visits

บัญชีพื้นฐาน สำหรับผู้ใช้บริการ บันทึก ออกบ้าน นามสกุล ระบบ  
บัตร ป.ช. 1309900509639 ใบอนุญาต 10/05/2553 บันทึก 27 ปี 5 เดือน 12 วัน  
เวลา 10:00 : เพศ หญิง อายุ แพทช์  
เมืองที่อยู่ ไทย อำเภอขะนียง ศาลาฯ จังหวัดพัทลุง 0 :  
หมู่บ้าน O - RH - การพำนัช ไทย ศาสนา ไทย บุตรคนที่ 0 :  
สถานภาพ โสด Filter ผู้มีเจ้า ที่อยู่ ความสัมพันธ์

ที่อยู่บ้าน  
บ้านเลขที่ 11 หมู่ 1 ถนน ซอย  
รหัสไปรษณีย์ 64000 ที่อยู่บ้านเลขที่บ้าน ถนนบ้านเมือง โรงพยาบาลเมืองลาว

โทรศัพท์ 99 โทร  
บัญชีบุคคล บัญชีคงเหลือเงิน ประมาณรายเดือน บุคลากรส่วนตัว ห้องมานาการเก็บ ภาระเดือนนี้ บัญชีเดือนที่/เดือนต่อไป

บัญชีบุคคล บัญชีคงเหลือเงิน ประมาณรายเดือน บุคลากรส่วนตัว ห้องมานาการเก็บ ภาระเดือนนี้ บัญชีเดือนที่/เดือนต่อไป

สถานที่ในครอบครัว เจ้าบ้าน สถานที่บุคคล ที่อาศัยอยู่บ้านหรือบ้านแฝด -  
ภาระเดือนนี้ ช่องบันทึกผู้ญาติ ออกใบเรื่องที่บ้าน  
ช่องบันทึกคดล่างค้าง บุคคลที่ไว้ปี ออกใบเรื่องที่บ้าน

ผู้ดูแลผู้ป่วย บันทึก บันทึก F8 บันทึก F9

11



## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PERSON

## 1. เวชระเบียน ใช้เมนู OPD Registry >> OPD Card

12

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแพ้ม PERSON**

**2. เมนู PCU >> Account 1**

The screenshot shows the 'HOSxPPCUAccount1PersonEntryForm' window. Key fields highlighted in red include:  
 - 'ชื่อสกุลคนดูแล' (Name of Caregiver) with 'นาย.  
สกุล' (Mr. Surname)  
 - 'เบอร์โทรศัพท์' (Phone Number) with '1101500240513'  
 - 'วันเดือนปีเกิด' (Date of Birth) with '2/11/2529'  
 - 'เพศ' (Gender) with 'ชาย' (Male)  
 - 'สถานภาพ' (Marital Status) with 'โสด' (Single)  
 - 'สัญชาติ' (Nationality) with 'ไทย'  
 - 'เชื้อชาติ' (Ethnicity) with 'ไทย'  
 - 'บ้านเลขที่' (House Number) with '3 หมู่บ้านดินแดง'

Fields highlighted in green include:  
 - 'ชื่อเล่น' (Nickname) with 'น้อง'  
 - 'อาชีพ' (Occupation) with 'นักเรียน นักศึกษาแม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน)'  
 - 'สถานะ' (Status) with 'โสด'  
 - 'โทรศัพท์' (Phone Number) with '089123499'  
 - 'CID' (Identification Number) with '1102515842312'  
 - 'CID' (Identification Number) with '1110164564546'  
 - 'CID' (Identification Number) with '11194 ราช. ราช. พัฒนา'  
 - 'วันเดือนปีเกิด' (Date of Birth) with '11/11/2559'  
 - 'วันเดือนปีเกิด' (Date of Birth) with '10/10/2599'  
 - 'CID' (Identification Number) with '11194 ราช. ราช. พัฒนา'

13

## ADDRESS

**นิยาม :** ข้อมูลที่อยู่ของบุคคลนักเขียน

**ลักษณะแพ้ม :** แพ้มสะสม

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตตัวบ้าน แต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตตัวบ้าน
2. ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตตัวบ้าน

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

14

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ADDRESS**

**1. เวชระเบียน ใช้เมนู OPD Registry >> OPD Card >> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

The screenshot shows two windows. The main window is 'PatientIPDCardForm' with patient ID 123123123. It displays basic patient information like name, gender, date of birth, and address. A yellow arrow points from the bottom-left of this window to the right, where the 'PatientRelationAddressEditForm' window is open. This edit form has fields for 'ที่อยู่บ้านเดิม' (old home address) and 'ที่อยู่บ้านใหม่' (new home address), both of which are highlighted with red boxes.

15

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PERSON**

**2. เมนู PCU >> Account 1 >> ค้นหาชื่อบุคคล**

The screenshot shows the 'HSxPPCUAccount1PersonEntryForm' window. It contains various input fields for personal information such as first name, last name, gender, date of birth, and identification numbers (CID). A red box highlights the 'ชื่อพ่อแม่' (Father/Mother's Name) field, which is labeled as a required field. Below the form, there is a note in parentheses: '(กรอกชื่อพ่อแม่ของคนไข้ก่อนและรีบบันทึก)'.

16

# DEATH

**นิยาม :** ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มารับบริการ  
**ลักษณะเพิ่ม :** แฟ้มสะสม

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตตัวรับผิดชอบ แต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตตัวรับผิดชอบ
- ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตตัวรับผิดชอบ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
- กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม

17

## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม DEATH

### 1. เวชระเบียน ใช้เมนู OPD Registry >> OPD Card >> ข้อมูลการเสียชีวิต

The screenshot shows the BMS software interface for managing patient records. The main title bar indicates the user is in the 'OPD Card' section. The interface is divided into several panels:

- Top Panel:** Shows the patient ID (HN 123123123), date (10/10/2559), time (10:00), and room number (52).
- Middle Left Panel:** A navigation menu with icons for various medical departments like Internal Medicine, Surgery, etc.
- Middle Right Panels:** Four sections labeled A, B, C, and D, each containing a table for ICD-10 codes and descriptions. For example, Section A lists 'C701 Malignant neoplasm of meninges Spinal meninges malignant neoplasm' and 'O107 Benign neoplasm of mouth and pharynx Hypopharynx benign neoplasm'.
- Bottom Panel:** A summary section with fields for 'Last Death Record' (ID 11201), 'Last Death Date' (10/10/2559), and 'Last Death Reason' (ICD-10 O138). It also includes buttons for saving changes and exiting.

18



## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม DEATH

**2. เมนู PCU >> Account 1 >> ค้นหาข้อมูลบุคคล >> การเสียชีวิต**

HOSxPPCU/Account/PersonEntryForm  
รหัสบุคคล 1000000000 ๐ หมู่ ๐ ช. ชุมชนคลองตัน ๒ แม่จ้ำ ๖ ราชบูรณะ

ชื่อผู้ป่วย  
วันที่เก็บตัวอย่าง 22/10/2560 - เวลาเก็บตัวอย่าง 10:00 : สถานที่เก็บตัวอย่าง โรงพยาบาล แหล่งเก็บตัวอย่าง แพทย์ผู้ดูแล ผู้เดินทางมาด้วย ไม่เดินทางมาด้วย  
หมายเหตุ ให้ทราบถึงอาการเสียชีวิต

สาขากลาง A  
รหัส ICD 10 C761 วันที่รับปั๊มนิ่ง 12/10/2559 - Malignant neoplasm of meninges Spinal meninges malignant neoplasm

สาขากลาง B  
รหัส ICD 10 D107 วันที่รับปั๊มนิ่ง 17/10/2560 Benign neoplasm of mouth and pharynx Hypopharynx benign neoplasm

สาขากลาง C  
รหัส ICD 10 A020 วันที่รับปั๊มนิ่ง 16/10/2560 Other salmonella infections Salmonella enteritis

สาขากลาง D  
รหัส ICD 10 วันที่รับปั๊มนิ่ง

หมายเหตุการรักษาและการเสียชีวิต  
 ผู้สูญเสียชีวิต และยังคงหายใจ  ศพ  ไม่มีความต้องการที่จะขอศพกลับไป 42 วัน ศัลยแพทย์ผู้ดูแล

หมายเหตุ  
รหัสบันทึกการเสียชีวิต 11201 วันที่เสียชีวิต โรงพยาบาลชุมชน แม่จ้ำ หมายเหตุบันทึก 0138 วันที่เสียชีวิต ผู้ดูแล

บันทึก | ลบ | บันทึกใหม่ | บันทึกทั้งหมด | บันทึกทั้งหมดที่เสียชีวิต

19

## CARD

นิยาม : ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตตัวบ้านพัก

และผู้ป่วยที่มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

- ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตตัวบ้านพัก
- ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตตัวบ้านพัก

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 พฤษภาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยเขียนทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ : 1 หลังการเรื่อง จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตตัวบ้านพักที่ทำให้หลังการเรื่องนั้นอยู่นอกเขตตัวบ้านพัก ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขตตัวบ้านพัก

20

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CARD**

**1. เวชระเบียน ใช้เมนู OPD Registry >> OPD Card >> สิทธิการรักษา**

21

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CARD**

**2. เมนู PCU >> Account 1 >> ค้นหาชื่อบุคคล**

22

# การบันทึกข้อมูล แฟ้มข้อมูลครัวเรือน

23

## HOME

นิยาม : ข้อมูลที่ตั้งและสุขกิบາລของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

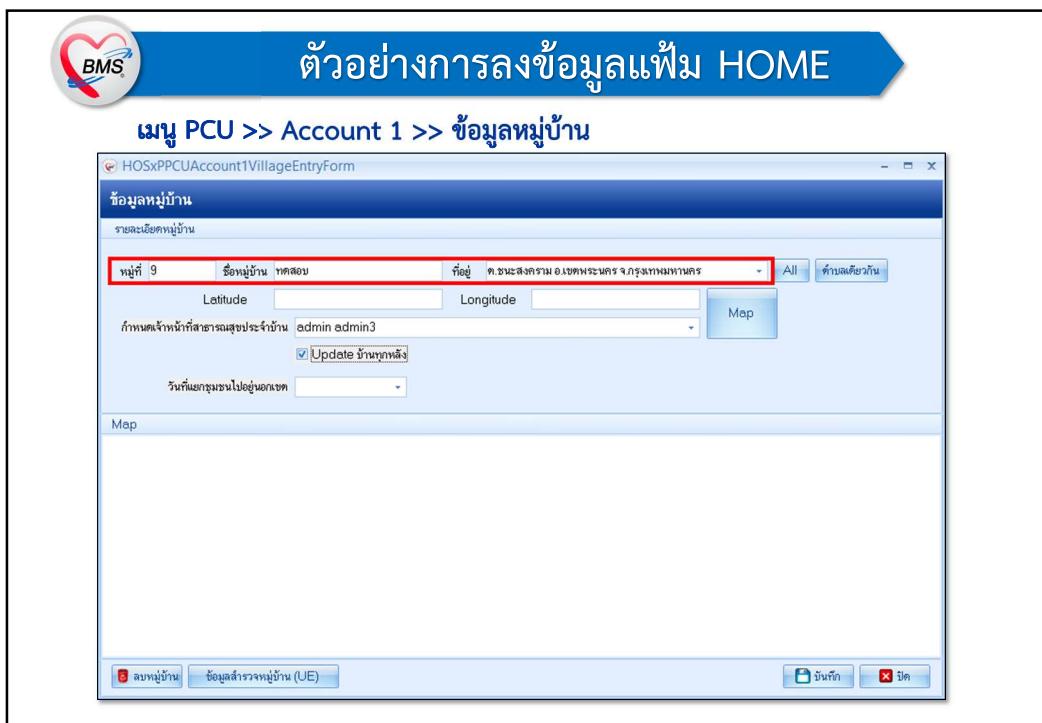
1. หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

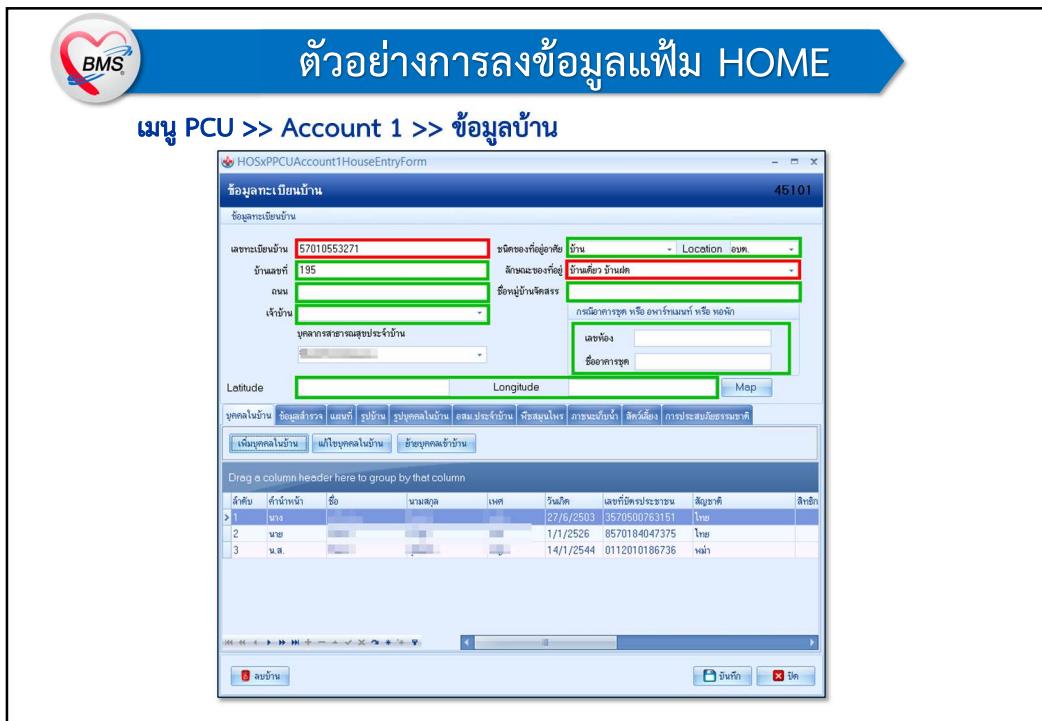
1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม

หมายเหตุ : 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบที่ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขต\_rับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขต\_rับผิดชอบ

24



25



26

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม HOME**

**เมนู PCU >> Account 7 >> ข้อมูลสำรวจบ้าน**

The screenshot shows two identical windows side-by-side. Each window has a title bar 'HOSxPPCUAccount7HouseSurveyEntryForm' and a date field 'วันที่เดินทาง 11/10/2559'. The main area contains several dropdown menus under 'Information' sections. Two specific dropdowns are highlighted with red boxes: one in the middle-left section and another in the middle-right section. These highlighted dropdowns appear to be the ones mentioned in the accompanying text.

27

28

## การบันทึกข้อมูล แฟ้มข้อมูลชุมชน

# VILLAGE

**นิยาม :** ข้อมูลที่นำไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

## ลักษณะเพ้ม : เพ้มสะสม

### ขอบเขตข้อมูล :

- ## 1. ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

29

# ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม VILLAGE

ເມນຸ PCU >> Account 8

ระบบบันทึกบัญชี 3 (ส่องประมวลผลบัญชีรายรับรายจ่าย)				
ลำดับรายการ	รายการ	จำนวน	วันที่บันทึกบัญชี	
1	เงินเดือน	0	11/10/2559 20:30:04	
2	ค่าเช่าห้องพัก	0	11/10/2559 20:30:04	
3	ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	0	11/10/2559 20:30:04	
4	ค่าเดินทาง	0	11/10/2559 20:30:04	
5	ค่าโทรศัพท์	0	11/10/2559 20:30:04	
6	ค่าอาหาร	0	11/10/2559 20:30:04	
7	ค่าน้ำประปาและไฟฟ้า	0	11/10/2559 20:30:04	
8	ค่าเสื้อผ้า	0	11/10/2559 20:30:04	
9	ค่าเชื้อเพลิง	0	11/10/2559 20:30:04	
10	ค่าเชื้อเพลิง	0	11/10/2559 20:30:04	
11	ค่าเชื้อเพลิง	0	11/10/2559 20:30:04	
12	ค่าเชื้อเพลิง ห้องเรียนของครู	0	11/10/2559 20:30:04	
13	ค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์	0	11/10/2559 20:30:04	
14	ค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์	0	11/10/2559 20:30:04	
15	ค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์	0	11/10/2559 20:30:04	
16	ค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์	0	11/10/2559 20:30:04	
17	มีค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์/อุปกรณ์	0	11/10/2559 20:30:04	
18	มีค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์/อุปกรณ์	0	11/10/2559 20:30:04	
19	มีค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์/อุปกรณ์	0	11/10/2559 20:30:04	
> 20	ค่าเชื้อเพลิงครุภัณฑ์	0	11/10/2559 20:30:04	

30

# COMMUNITY\_ACTIVITY

**นิยาม :** ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตตัวบ้านพื้นที่

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการบันทึก

**หมายเหตุ :** กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

31

ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม COMMUNITY\_ACTIVITY

เมนู PCU >> Screen >> Community Activity

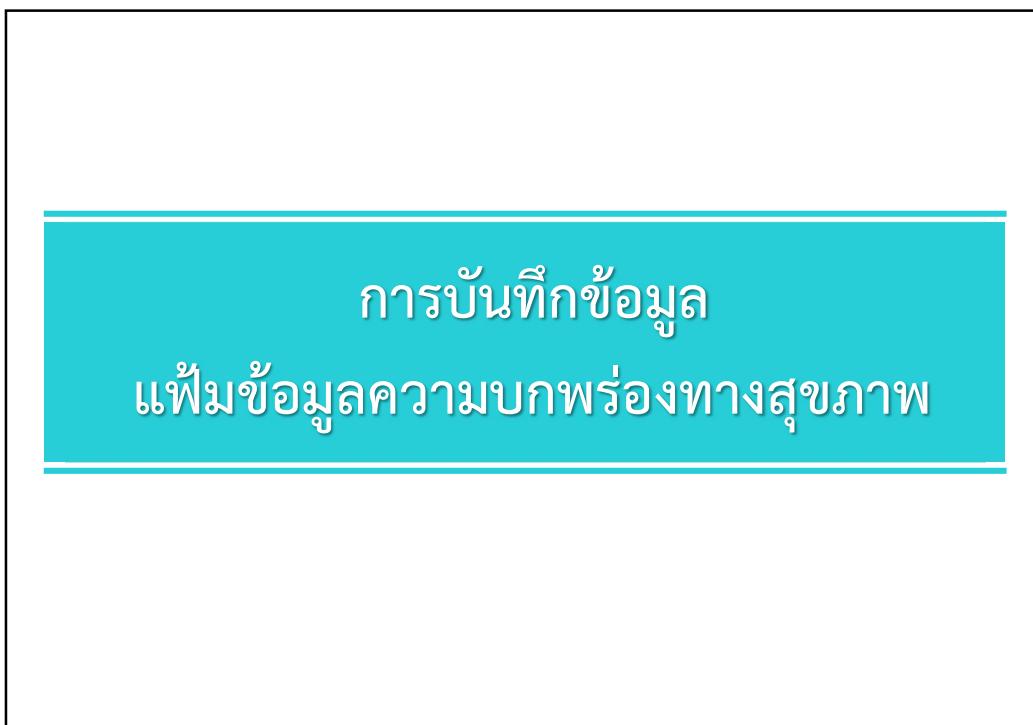
ลำดับ	ชื่อสก	ที่อยู่บ้าน	รายการกิจกรรมที่อยู่บ้านที่บันทึก	วันที่บันทึก	วันที่บันทึก	นัก
1	ทั่วไป	ทั่วไป	ตรวจสอบที่อยู่บ้านที่บันทึก	1/6/2562	1/6/2562	นาย อาทิตย์
2	ทั่วไป	ทั่วไป	บันทึกอธิบายที่อยู่บ้านที่บันทึก	22/5/2562	22/5/2562	นาย อาทิตย์
3	ทั่วไป	ทั่วไป	ตรวจสอบที่อยู่บ้านที่บันทึก	26/3/2562	26/3/2562	นาย อาทิตย์
4	ทั่วไป	ทั่วไป	การขอค่าธรรมเนียมที่บ้านที่บันทึก	13/5/2562	13/5/2562	นาย อาทิตย์
5	ทั่วไป	ทั่วไป	บันทึกอธิบายที่อยู่บ้านที่บันทึก	27/5/2562	27/5/2562	นาย อาทิตย์
6	ทั่วไป	ทั่วไป	บันทึกอธิบายที่อยู่บ้านที่บันทึก	6/6/2562	6/6/2562	นาย อาทิตย์
7	ทั่วไป	ทั่วไป	บันทึกอธิบายที่อยู่บ้านที่บันทึก	13/6/2562	13/6/2562	นาย อาทิตย์
8	ทั่วไป	ทั่วไป	ตรวจสอบที่อยู่บ้านที่บันทึก	15/7/2562	15/7/2562	นาย อาทิตย์
9	ทั่วไป	ทั่วไป	ตรวจสอบที่อยู่บ้านที่บันทึก	18/7/2562	18/7/2562	นาย อาทิตย์
10	ทั่วไป	ทั่วไป	ตรวจสอบที่อยู่บ้านที่บันทึก	04/12/2562	04/12/2562	น.ส. อรุณรัตน์

รายละเอียดของบันทึก : บันทึกอธิบายที่อยู่บ้านที่บันทึก (จำนวน 30-70 บรรทัด)

Community Activity

กดปุ่ม **บันทึก** หรือ **ยก**

32



33

**DISABILITY**

**นิยาม :** ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

**ลักษณะแฟ้ม :** แฟ้มสะสม

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

**เอกสาร/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง
3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

**หมายเหตุ :**

- ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น
- การบันทึกแฟ้ม DISABILITY ต้องบันทึกคู่กับแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

34

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม DISABILITY**

**เมนู PCU >> Account 1 >>**  
**ค้นหาชื่อ >> ແບນຄວາມພິກາຣ**

**1 ຂໍ້ມູນຫຼັກສົດ** **2 ຂໍ້ມູນຜູ້ພິກາຣ** **3 Task** **4 ຂໍ້ມູນຄວາມພິກາຣ**

35

**ICF**

**นิยาม :** ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกพร้อมกับการประเมินประเภทความพิการในไฟล์ DISABILITY

**หมายเหตุ :**

- บันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

36

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม ICF**

ระบบผู้ป่วยนอก >> งานป้องกันโรค >> ประเมินระดับความพิการ

37

## FUNCTIONAL

**นิยาม :** ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกรังสีที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

- กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ 20 กลุ่มโรค sub-acute, non-acute
- การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 วิธีการประเมิน จะมี 1 record
- หากมีการใช้วิธีการประเมินความบกพร่องหลายวิธีในการประเมินครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

38

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม FUNCTIONAL**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> งานป้องกันโรค >> ประเมินภาวะสุขภาพ**

The screenshot shows the BMS software interface with the following details:

- Top Bar:** Includes icons for patient management, lab tests, X-ray, tasks, and a search bar.
- Patient Information:** Shows patient ID (11/5/2532), name (PACUTAVEL), gender (Male), date of birth (11/10/2559), and other demographic details.
- Toolbar:** Includes buttons for 'functional', 'functional', 'functional', 'functional', 'functional', and 'functional'.
- Left Sidebar:** Titled 'Section' with categories like 'คลังยา', 'คลังยา', 'คลังยา', 'คลังยา', 'คลังยา', and 'คลังยา'.
- Main Content Area:** Titled 'functional' with a sub-section 'functional'. A red box labeled '2' is over the 'functional' link in the sidebar. A red box labeled '3' is over the 'functional' button in the toolbar. A red box labeled '4' is over the 'functional' entry form.
- Bottom Bar:** Includes buttons for 'functional', 'functional', and 'functional'.

39

## REHABILITATION

**นิยาม :** ข้อมูลการให้บริการพื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้)

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ที่ได้รับบริการพื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการพื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
- กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

**หมายเหตุ :**

- การให้บริการพื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการพื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

40

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม REHABILITATION**

**การบันทึกข้อมูลกิจกรรมงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ**  
**( Physic Registry / Physic Workbench )**

**ข้อมูลที่บันทุณงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ต่อระบุ F43 Rehab Code)**

**HOSxPPhysicalItemsManagerEntryForm**

**บันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา**

กิจกรรมการรักษา

ชื่อรายการ: OT-Assistive device (Free size)  เปิดใช้งาน  
 ลักษณะการรักษา: Assistive Device (Free Size)  
 กองทุน: กิจกรรมนี้เบ็ดเตล็ด กองการรักษา กิจกรรมรองรับ  
 ระยะเวลาการรักษา: 60 นาที สถานะ: คลังการรักษา 0 ชั่วโมง 0 นาที เท่านั้น  
 ราคา: 600.00 บาท  ใช้รหัส ICD9 หักค่าใช้จ่าย  
 ICD10: ICD9: 9323 Fitting of orthotic device  
 ICD10TM: ICD10: 9371600  ใช้รหัส ICD9 หักค่าใช้จ่ายใน F43 Rehab Code  
**F43 Rehab Code: 9371600**  ใช้รหัส ICD9 หักค่าใช้จ่ายใน F43 Rehab Code  
**\*\*\* กรุณาระบุตามมาตรฐานแพทย์รายการที่ถูกกำหนดไว้เท่านั้น**

**HOSxPPhysicPlanDetailEntryForm**

**บันทึกข้อมูลการรักษา**

วันที่รักษา: 5/12/2562  สั่งรีบ  ปี๊ด  จัดยา  หินปู  
 กิจกรรม: OT-Assistive device (Free size)  
 ราคา: 200.00 จำนวนครั้ง: 1  หน่วยน้ำหนัก  
 เวลาที่รักษา: 00:37:10 เวลาที่สิ้นสุด: 01:37:10  Clear Time  
 ICD9: 9442 Family therapy  
 ICD10:  
 ผู้รักษา: BMS  
 คำอธิบาย:  
 วันที่รักษา: 5/12/2562  วันที่สิ้นสุด:  จำนวนครั้งที่: 0   
 ผู้รักษา:  
 เลือกห้องที่ให้บริการ:  
 ลําดับ: รายการ: ห้อง ชั้น  
 > 1 ห้อง ชั้น ผู้รักษา:

41

## การบันทึกข้อมูล เพิ่มข้อมูลผู้ให้บริการ

42

# PROVIDER

หมายมูล : ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล

ลักษณะเพิ่ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

1. แพทย์และทันตแพทย์ผู้ดูแลรักษาสูบป่วย
2. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ที่ให้บริการ
4. บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ
5. อาสาสมัครสาธารณสุข

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 คุณภาพ ของทุกปี
2. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้องส่งออกมาทุกครั้ง

43

## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PROVIDER

เมนู Tool >> OPD >> บุคลากรทางการแพทย์

The screenshot shows the 'HOSxP DoctorEntryForm' window with the following details:

- รหัส:** 0283 (highlighted in red)
- ชื่อ:** พากดอน ธนาคมั่นไกร (highlighted in green)
- เพศ:** ชาย (highlighted in green)
- วันเกิด:** 12/8/2532 (highlighted in green)
- ชื่อแบบภาษาไทย (สำเนา หรือ สกุล):** พากดอน ธนาคมั่นไกร (highlighted in red)
- เลขที่ใบประวัติพยาบาล:** 999999 (highlighted in red)
- Short Name:** (empty)
- วันหมดอายุใบอนุญาต:** (empty)
- สำเนาไฟล์ลักษณะ:** พากดอน (highlighted in red)
- เลขที่บัตรประจำตัว:** 130990099999 (highlighted in red)
- รหัสผ่าน:** (empty)
- วันที่รับใบงาน:** 2017/05/05 (highlighted in red)
- รหัสผู้ดูแล:** (empty)
- ชื่อผู้ดูแล:** (empty)
- Provider Type:** แพทย์ (highlighted in red)
- ประเภทบุคลากร:** (empty)

At the bottom left, there is a checkbox labeled 'Active Doctor' which is checked. Below it are four unchecked checkboxes:

- บังคับบอนไว้ใช้จ่ายก่อนสิ่งท้า
- สามารถขอรับบุคลากรรวมนี้เมื่อตรวจสอบได้เอง
- แพทย์ต้องมีกิจกรรม

44

# การบันทึกข้อมูล แฟ้มข้อมูลบริการในชุมชน

45

## COMMUNITY\_SERVICE

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ประชาชั�กสู่群 เป้าหมายที่สำคัญในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่สำคัญในเขตรับผิดชอบ (CUP เดียววัน) ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก : 1. บันทึกข้อมูลทุกรายที่ให้บริการในชุมชน

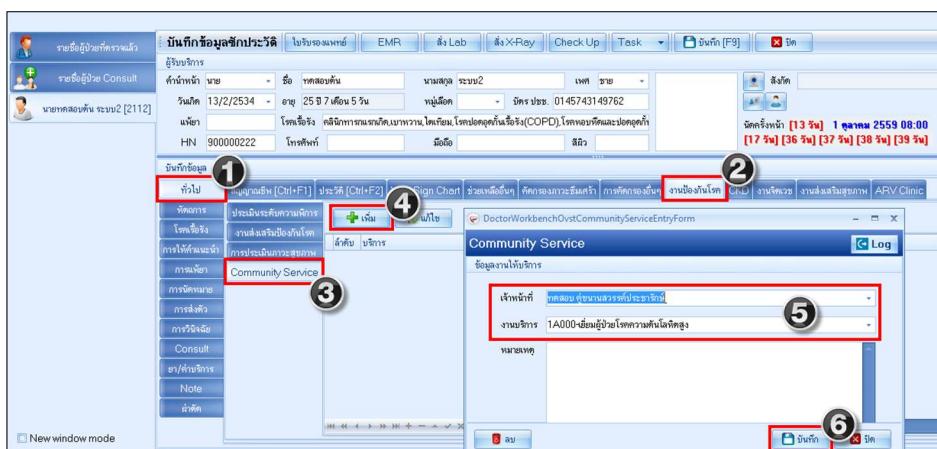
หมายเหตุ :

1. การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่สำคัญในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สำคัญอยู่นอกเขต
2. การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

46

 ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม COMMUNITY\_SERVICE

ระบบผู้ป่วยนอก >> ແບທ້ວ່າໄປ >> งานป้องกันโรค >> Community Service



47



48

# SERVICE

นิยาม : ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการ และการให้บริการนอกสถานพยาบาล

ลักษณะเพิ่ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการทุกรังสี
2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสภาพทุกรังสี
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

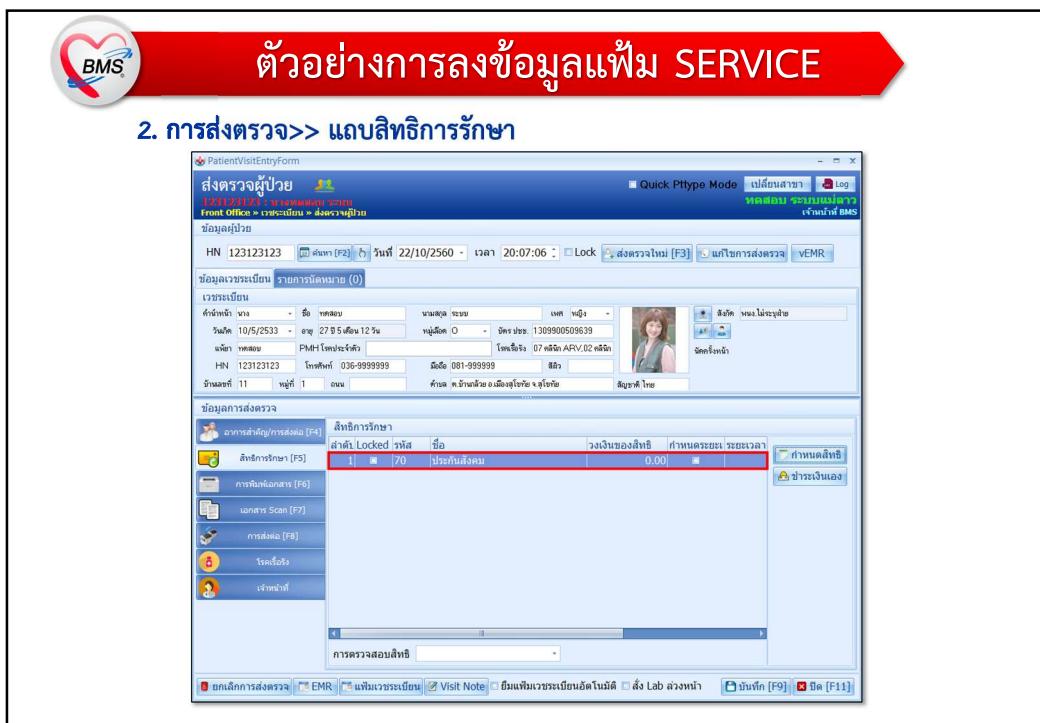
1. บันทึกข้อมูลทุกรังสีที่มารับบริการ

49

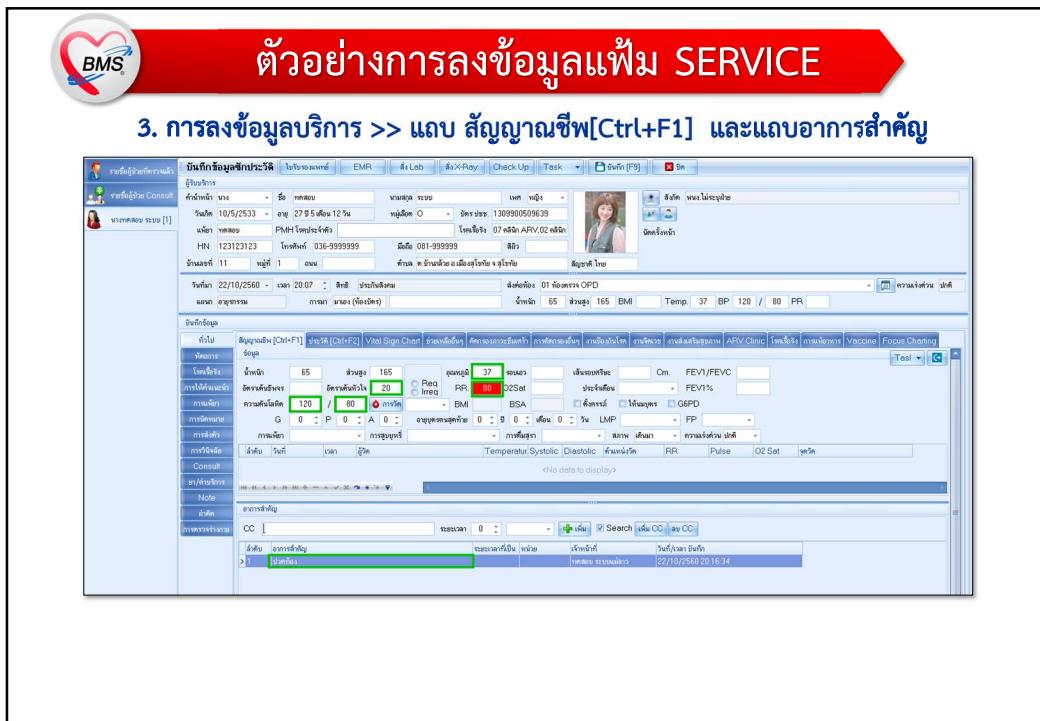
## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE

### 1. การส่งตรวจ>> OPD Registry >> Patient Visit

50



51



52

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE**

**4. การลงข้อมูลค่าบริการ >> แบบยา/ค่าบริการ หรือ แบบใบสั่งยา**

ลำดับ	ชื่อยา	รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
1	ยา FL	99 ก้อนขัน	55021 ยาทึบไข้หวัด (ยาแก้ไข้หวัด)	1	50.00
2	ยา FL	99 ก้อนขัน	PARACETAMOL TAB 500 MG 500 MG TAB	30	0.50
3	ยา FL	99 ก้อนขัน	VITAMIN B1-6-12 TAB (NED) 65 mcg + 5 mg + 100	30	0.50
4	ยา FL	99 ก้อนขัน	พรมแอลกอฮอล์ Wet Dressing	1	140.00

53

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE**

**5. สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ**

54

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE**

**6. การส่งตัว จะอยู่ที่ Refer Registry >> Refer Out หรือที่ແນບส่งตัว ในหน้า Nurse ,Doctor**

The screenshot shows a Windows application window titled "HOSxPReferOutEntryForm". At the top left is the BMS logo. The main area displays patient information: นามสกุล ราชอนัน, เลข อายุ 25 ปี 9 เดือน 12 วัน, หมู่บ้าน A, บัตรประชาชน 0111942339576, แพทย์ CLARITHROM โรคซึ่งรักษาด้วยยาเดี่ยวที่มีผลทางการแพทย์ที่ต้องห้าม, HN 321321321, โทรศัพท์ -, มือถือ 082, สีผิว ขาว, อายุ 99 หนูๆ 1 กะนัค, ลักษณะผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รุนแรง. Below this is a date and time entry field: วันที่ปัจจุบัน 24/1/2560 - เวลา 09:02 - สถานะ ผู้ป่วยเรื้อรัง. A red box highlights the "Refer" tab in the navigation bar.

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE**

**7. การลงข้อมูล REFER จะอยู่ที่ Refer Registry >> Refer In หรือหน้าส่งตรวจ >> ແນບการส่งต่อ**

The screenshot shows a Windows application window titled "PatientOPDVisitReferEntryForm". At the top left is the BMS logo. The main area displays patient information: นามสกุล ราชอนัน, เลข อายุ 25 ปี 9 เดือน 12 วัน, หมู่บ้าน A, บัตรประชาชน 0111942339576, แพทย์ CLARITHROM โรคซึ่งรักษาด้วยยาเดี่ยวที่มีผลทางการแพทย์ที่ต้องห้าม, HN 321321321, โทรศัพท์ -, มือถือ 082, สีผิว ขาว, อายุ 99 หนูๆ 1 กะนัค, ลักษณะผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รุนแรง. Below this is a date and time entry field: วันที่ปัจจุบัน 24/1/2560 - เวลา 09:02 - สถานะ ผู้ป่วยเรื้อรัง. A red box highlights the "Refer" tab in the navigation bar.

55

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SERVICE**

**7. การลงข้อมูล REFER จะอยู่ที่ Refer Registry >> Refer In หรือหน้าส่งตรวจ >> ແນບการส่งต่อ**

The screenshot shows a Windows application window titled "PatientOPDVisitReferEntryForm". At the top left is the BMS logo. The main area displays patient information: นามสกุล ราชอนัน, เลข อายุ 25 ปี 9 เดือน 12 วัน, หมู่บ้าน A, บัตรประชาชน 0111942339576, แพทย์ CLARITHROM โรคซึ่งรักษาด้วยยาเดี่ยวที่มีผลทางการแพทย์ที่ต้องห้าม, HN 321321321, โทรศัพท์ -, มือถือ 082, สีผิว ขาว, อายุ 99 หนูๆ 1 กะนัค, ลักษณะผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รุนแรง. Below this is a date and time entry field: วันที่ปัจจุบัน 24/1/2560 - เวลา 09:02 - สถานะ ผู้ป่วยเรื้อรัง. A red box highlights the "Refer" tab in the navigation bar.

56

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแฟ้ม SERVICE**

**8. การลงทะเบียนข้อมูลวินิจฉัย**

ลำดับ	ICD10	ชื่อโรค	ลำดับ ICD10	รหัสใบอนุญาต	License No.
> 10	110	Essential (primary) hypertension	1	Principal Diagnosis	0283 หัวใจวาย 99999

57

**สิ่งที่ควรรู้**

- การมารับบริการ 1 ครั้ง จะต้องบันทึกผลการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ผลการวินิจฉัย ผลที่ได้คือ จะได้ข้อมูลส่งออก แฟ้ม SERVICE และแฟ้มอื่นๆ ด้วย
- กรณีรับบริการมากกว่า 1 Visit ในวันเดียวกัน ระบบจะส่งออก ทุก Visit โดยข้อมูลที่ได้ จะได้ค้นลง (Record) เมื่อตรวจสอบใน โปรแกรม OP-PP ไม่ติด Error

58

# APPOINTMENT

**นิยาม :** ข้อมูลการนัดหมายรับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว)ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่การนัดหมายรับบริการ

**หมายเหตุ :**

1. ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดหมายรับบริการหลายประเภท ในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record

59

## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม APPOINTMENT

60

# การบันทึกข้อมูล เพื่อข้อมูลผู้ป่วยนอก

61

## ACCIDENT

นิยาม : ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต.

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- บันทึกข้อมูลทุกรังสีที่มารับบริการ

หมายเหตุ :

1. ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ

62

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT**

**1. ER Register List >> ห้องฉุกเฉิน**

63

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT**

**2. ER Register List >> ข้อมูลอุบัติเหตุ**

64

# DIAGNOSIS\_OPD

**นิยาม :** ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

65

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD**

หน้าจอที่ใช้บันทึกข้อมูล Diag เช่น หน้าจอ Visit List, หน้าจอห้องตรวจแต่ละแผนก เป็นต้น

ลำดับ	ICD10	ชื่อโรค	Diag Type	รหัสบันทึก	License No.
>	110	Essential (primary) hypertension	1 Principal Diagnosis	0283	ทดสอบ ระบบผลิตภัณฑ์

Diagnosis Text

No data to display

66

# PROCEDURE\_OPD

**นิยาม :** ข้อมูลการให้บริการที่ตัดการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้ป่วยนอกรหัสบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกตัวยรหัสรหัสตัดการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

1. หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

67

## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม PROCEDURE\_OPD

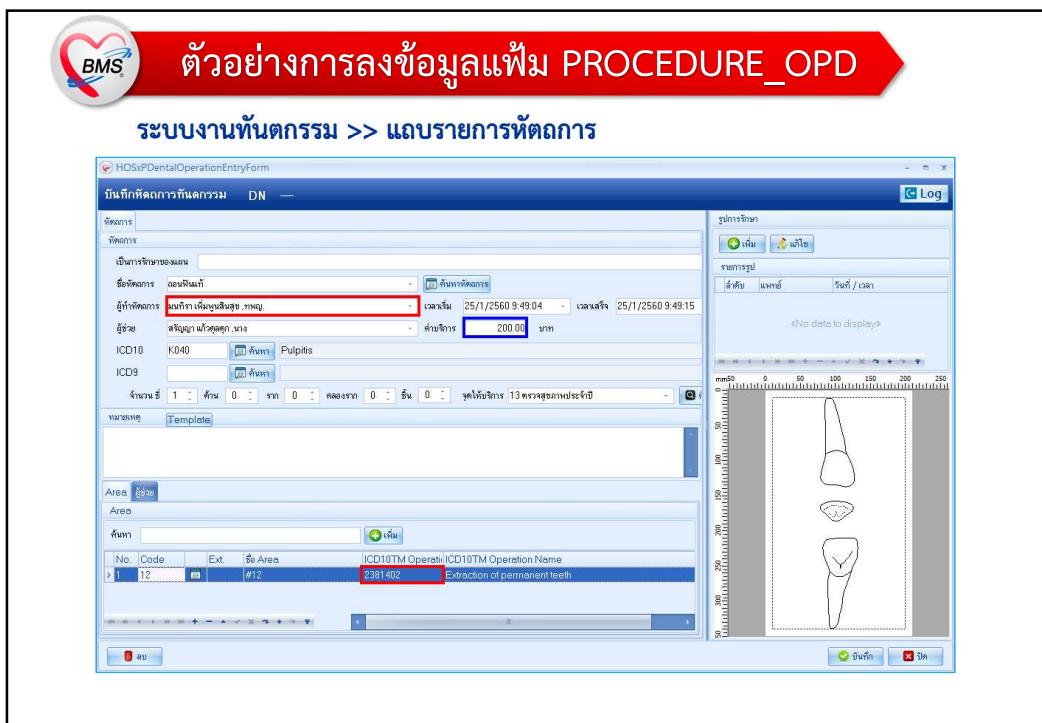
**ระบบงานซักประวัติ , ห้องตรวจแพทย์ แบบหัตถการ**

The screenshot shows a Windows application window titled "DoctorWorkBenchOperationEntryDetailForm". The main title bar has a red arrow pointing right with the text "ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม PROCEDURE\_OPD". The window contains several input fields and dropdown menus. The visible data includes:

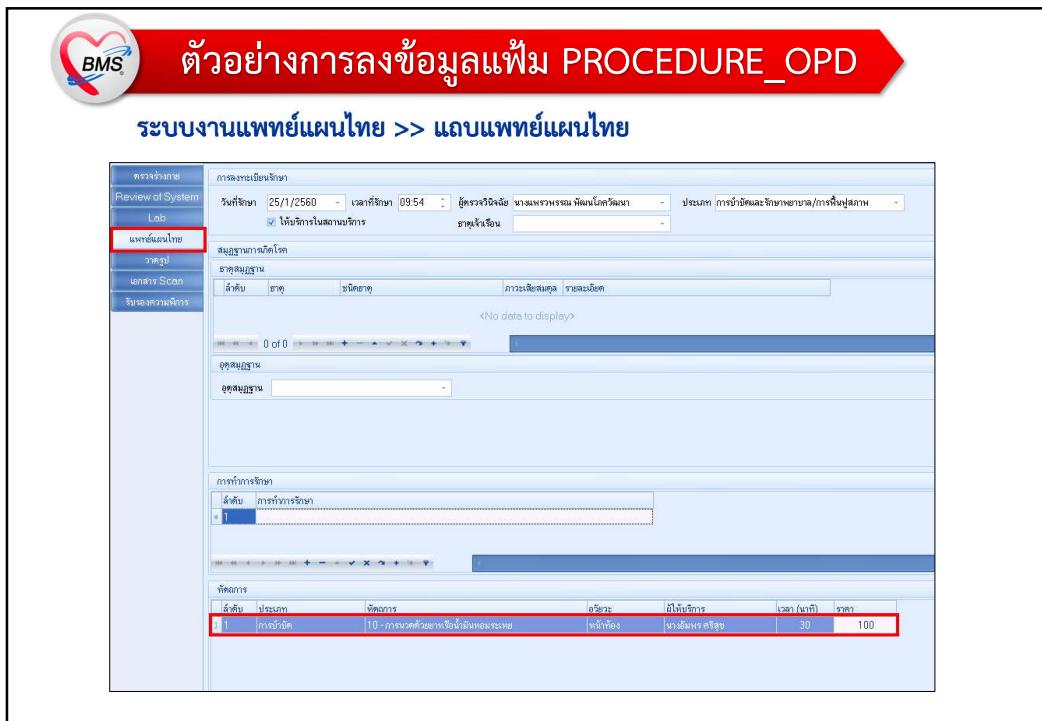
- ชื่อหัตถการ: การรักษาแผลทึบ/เนลล์ชิบ
- วันที่/เวลา เริ่ม: 24/1/2560 20:53:38
- วันที่/เวลา เสร็จ: 24/1/2560 21:03:38
- ผู้รับ: ภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย
- ผู้ที่ทำหัตถการ: 13 ครัวเรือนกษาประจักษ์
- ICD9: 9357 Application of other wound dressing
- ราคา: 70.00 บริษัทที่ทำหัตถการ: ห้องฉีด

Below the form, there is a list box labeled "ผู้รับ" containing the entry "ภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย". At the bottom of the window, there are buttons for "บันทึก" (Save) and "ยกเลิก" (Cancel).

68



69



70

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PROCEDURE\_OPD**

**ระบบงานกายภาพ**

The screenshot shows a software interface for entering physical therapy procedures. The main window title is 'HOSxPPhysicalPlanDetailEntryForm'. It displays a procedure code '9339' and description 'Other physical therapy'. A red box highlights the ICD9 code '9339' and its description. Below the procedure details, there is a list of treatment items, with one item 'กินยา ยาสูบ ดื่มน้ำอัดลม' highlighted by a red box.

71

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PROCEDURE\_OPD**

**หน้าจอบันทึกหัตถการ ระบบงานห้องผ่าตัด**

The screenshot shows a software interface for recording operations. The main window title is 'HOSxPOperationReportDoctorTeamEntryForm'. It displays an operation code '4709' and description 'Other appendectomy'. A red box highlights the ICD9 code '4709' and its description. Below the operation details, there is a table showing surgeon information and fees, with one row 'surgeon 1' highlighted by a red box.

72

# CHARGE\_OPD

**นิยาม :** ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

1. ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ

2. หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในกรอบบริการครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย

73

## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHARGE\_OPD

### หน้าจอ Visit List

The screenshot shows a software interface titled "Patient OPD Visit Diagnosis Entry Form". The main area displays a table of medical items with columns for item ID, name, quantity, price, total amount, and remarks. The table is titled "MORPHINE = อาเจียน". The total amount at the bottom is 2,567.50.

รายการ	จำนวน	ราคา	รวมทั้งหมด	หมายเหตุ	วิธีการจ่าย	จำนวนเงิน
003 ผลิตภัณฑ์ยาหัวใจชนิดเม็ด(55020) 50 顆	1	50.00	50.00	12 กล่องยาหัวใจ	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	50.00
003 ผลิตภัณฑ์ V-คอลเลกต์ อัลจิเมน(55822)	1	20.00	20.00	11 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	20.00
003 ผลิตภัณฑ์ Antacid tab ALUMINUM HYDROXIDE 3 กล่อง/ราชา 1 เม็ด/เม็ด 3 เม็ด	20	1.00	20.00	03 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	20.00
003 ผลิตภัณฑ์ PARACETAMOL 500 MG TAB 500 mg เม็ด/ราชา 1 เม็ด/เม็ด 3 เม็ด	15	0.50	7.50	03 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	7.50
003 ผลิตภัณฑ์ AMOX-C 500 MG 500 mg เม็ด/ราชา 1 เม็ด/เม็ด 3 เม็ด	30	2.00	60.00	03 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	60.00
003 ผลิตภัณฑ์ ASPIRIN (300 mg) 300 mg เม็ด/ราชา 1 เม็ด/เม็ด 3 เม็ด	10	1.00	10.00	03 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	10.00
003 ผลิตภัณฑ์ ยาปฏิ treff ทุกชนิด(62101)	1	200.00	200.00	13 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	200.00
003 ผลิตภัณฑ์ ยาปฏิ treff ทุกชนิด(62102)	1	120.00	120.00	15 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	120.00
003 ผลิตภัณฑ์ ยาปฏิ treff ทุกชนิด(62103)	1	80.00	80.00	14 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	80.00
003 ผลิตภัณฑ์ Appendectomy	1	2,000.00	2,000.00	11 กล่องยาหัวใจและวิตามิน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน แพทย์ชี้แจง	2,000.00

Total Amount: 2,567.50

74

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแฟ้ม CHARGE\_OPD**

**แบบการสั่งยา -> รายละเอียดค่าใช้จ่าย**

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	วิธีการจ่าย	วันที่/เวลา
ยาชาชาท้อง (55020) 50 มล.	1	50.00	50.00	12 ชั่วโมงยาหยอด	11/9/2560 9:32:18
ยาชาชาท้อง (55022)	1	20.00	20.00	11 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 9:32:56
Antacid tab ALUMINIUM HYDROXIDE 3	20	1.00	20.00	03 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 9:32:56
PARACETAMOL 500 MG TAB 500 mg เม็ด	15	0.50	7.50	03 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 9:32:56
AMOKY-500 MG 500 mg แคปซูล	30	2.00	60.00	03 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 9:32:56
ASPRIN (300 mg) 300 mg เม็ด	10	1.00	10.00	03 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 9:32:56
ยาชาชาท้อง (62101)	1	200.00	200.00	13 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 11:34:06
การผ่าตัดอุจจาระเพื่อทราบสาเหตุโรค หรือเชื้อโรค	1	120.00	120.00	15 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 11:35:04
การผ่าตัดอุจจาระเพื่อทราบสาเหตุโรค หรือเชื้อโรค	1	80.00	80.00	14 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 11:40:44
Appendectomy	1	2,000.00	2,000.00	11 ชั่วโมงยาหยอดและรินบูต	11/9/2560 11:50:55

75

## DRUG\_OPD

**นิยาม :** ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในกรอบบริการครั้งเดียวกัน

76

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแฟ้ม DRUG\_OPD**

หน้าจอที่ใช้บันทึกข้อมูล Drug ลงข้อมูลที่ແນบยา/ค่าบริการ หรือ ใบสั่งยาแต่ละแผนก

ลำดับ	เบอร์ FL	ยาเม็ด	ชื่อยา	จำนวน	ราคา	ส่วนลด	รวมราคา
1	007	007 ห้องฉีด	ยาปฏิชีวนะ (ไม่ว่าคราวใด)	1 เม็ด	50.00		50.00
2	002	002 ห้องฉีด	Amoxicillin 250mg cap	30 เม็ด	1.50		45.00
3	002	002 ห้องฉีด	Ibuprofen 200mg tab	30 เม็ด	1.00		30.00
4	002	002 ห้องฉีด	Aspirin enteric coated 81mg tab	30 เม็ด	0.50		15.00

77

## DRUG ALLERGY

นิยาม : ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

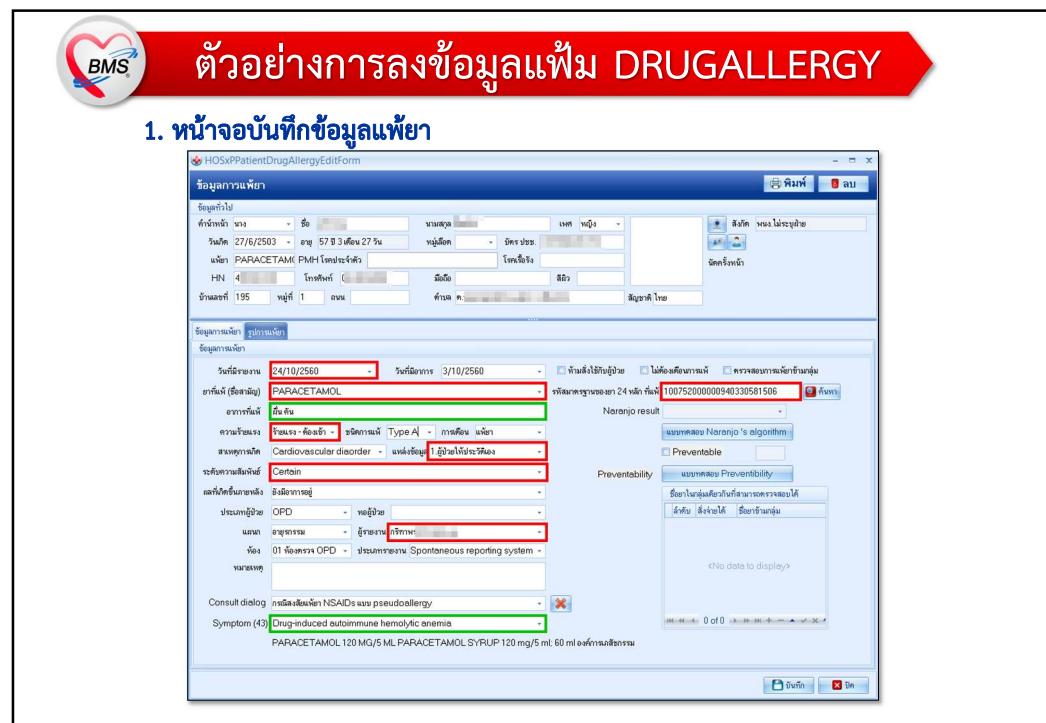
ขอบเขตข้อมูล :

- ผู้ป่วยที่มารับบริการ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยเขียนทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

78



79

# DENTAL

**นิยาม :** ข้อมูลการตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพของพื้นทุกชิ้นและข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มารับบริการ

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของทันทุกชี้ อายุตั้งแต่ 1 ครั้ง
  - 2) เด็กในโรงเรียนที่อายุไม่เกินเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของทันทุกชี้
  - 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการ

## ระดับปฐมภูม

ଶାରୀରିକ

- การใช้เงื่อนไขการตรวจสอบความเข้ากันของ 1 纪录 ละ 1 record

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม DENTAL**

**1.ระบบงาน Dental >> Dental Workbench >> ตรวจสุขภาพฟัน**

81



82

# SURVEILLANCE

**หมายเหตุ:** ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มารับบริการ

**ลักษณะเพิ่ม:** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล:**

- ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก:**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ:**

- การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record
- หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

83

### ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SURVEILLANCE

OPD Registry >> EPIDEM

\*\*\* วันที่เสียชีวิตในโครงสร้างফื้นฟื้น  
จะถูกซึมมาจากหน้าจอข้อมูลการเสียชีวิต

84

# WOMEN

**นิยาม :** ข้อมูลหนิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตตัวผิดชอบ

**ลักษณะแฟ้ม :** แฟ้มสะสม

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตตัวผิดชอบ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

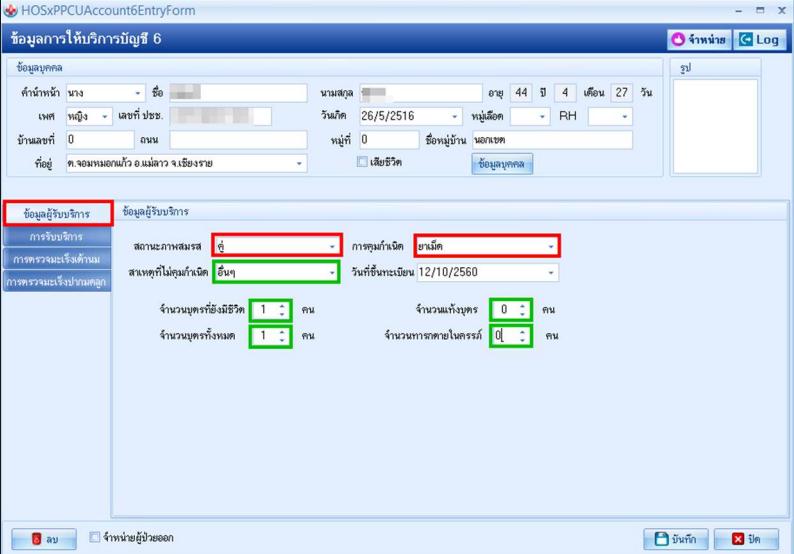
**หมายเหตุ :**

1. หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม

85

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม WOMEN**

**เมนู PCU >> Account 6 หรือ หน้า Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 6 >> ข้อมูลผู้รับบริการ**



86

# FP

หมายมหันต์ : ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้ที่มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ชายที่มารับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกรายที่มารับบริการ

หมายเหตุ :

1. การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถมีได้มากกว่า 1 record

87


**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม FP**

เมนู PCU >> Account 6 หรือ หน้า Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 6 >> การรับบริการ

**HOSIPPCUAccount6EntryForm**

ข้อมูลการให้บริการบัญชี 6

ชื่อบุคลิก	นางสาว	ชื่อ	ทดสอบ
เพศ	ชาย	เลขที่บัตรฯ	0106756075445
วันเดือนปี	0	ถนน	
ที่อยู่	ต.ป่าตอง อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่		

ข้อมูลการรับบริการ

การรับบริการ	เพิ่ม	แก้ไข		
การรับบริการ	ลักษณะ	วันที่	เวลา	จำนวน
การวางแผนครอบครัว	ลักษณะ	วันที่	เวลา	จำนวน
การวางแผนครอบครัว	ลักษณะ	วันที่	เวลา	จำนวน

**HOSIPPCUAccountPersonWomenServiceEntryForm**

บันทึกการให้บริการวางแผนครอบครัว

การให้บริการ การรับบริการ

คงเหลือ	รวมมูลค่าบริการ	บริการที่ให้ อุปกรณ์อนามัย
<input checked="" type="checkbox"/> ให้ความรู้การวางแผนครอบครัว	<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลและแนะนำการวางแผนครอบครัว	
เจ้าหน้าที่: เจ้าหน้าที่ BMS HOSIP		

88

FP

**นิยาม :** ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้ที่มารับบริการ

## ลักษณะเพิ่ม : บริการ

### ขอบเขตข้อมูล :

1. หยุ่นที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาผิงคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

2. ผู้ชายที่มารับบริการอปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย

เวลา/รอบที่ทำการนับทีก :

- #### 1. นับทึกข้อมูลทุกริ้งที่มารันนิริการ

ພາກພາບ

1. การใช้งานเรียกว่างแผนกรอบเครื่องแต่งกายรังสี สามารถป้อนได้มากกว่า 1 record

89

## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม FP

เมนู PCU >> Account 6 หรือ หน้า Nurse >> แบบงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 6

ห้องมุนการให้บริการบัญชี 6

ก. ก้าวหน้า | C Log

บันทึกการให้บริการวางแผนครอบครัว

การให้บริการ | การใช้บริการ

ตรวจสอบ | รายงาน | บริการที่ได้ | อุปกรณ์อนามัย

ให้ความรู้การวางแผนครอบครัว

ให้รับการแนะนำบริการครอบครัว

เจ้าหน้าที่

บันทึก | ลบ | บันทึก | ลบ

บัญชี | จัดการบัญชี

วันที่: 13/10/2559 เวลา: 10:48 ผู้ใช้งาน: ผู้ดูแลระบบ

90

# EPI

**นิยาม:** ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้ที่มารับบริการ และประชาชัชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ

**ลักษณะแฟ้ม:** บริการกึ่งสำราญ

**ขอบเขตข้อมูล:**

1. ผู้รับบริการวัคซีนทั้งใน และนอกสถานพยาบาล

**เวลา/รอบการทำงานที่:**

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกรายที่มีผู้รับบริการ

2. กรณีของภาระ ให้บันทึกข้อมูลทุกรายที่ทำการสำรวจสำรวจนักประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

**หมายเหตุ:**

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความ

ครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record

91

## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม EPI

1. เม뉴 PCU >> Account 2, 3, 4, 5, 6 หน้าจอการให้วัคซีน

2. Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 2, 3, 4

92

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแพ็ม EPI**

**3. กรณีรับวัคซีนจากที่อื่นมา ที่ได้ข้อมูลสำรวจแล้วต้องการลงทะเบียนเพื่อเก็บความครอบคลุม**

เมนู PCU >> Account 3, 4, 5 หรือ Nurse >> ແບບงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3, 4, 5

93

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแพ็ม EPI**

**4. กรณีคนไข้ทั่วไปที่รับการฉีดวัคซีน เช่น บาดทะยัก, พิษสุนัขบ้า, ไข้หวัดใหญ่ ลงที่หน้าจอ Nurse, Doctor, ER >> ที่ແນบ vaccine**

94

# NUTRITION

**นิยาม :** ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการ

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการกึ่งสำราจ

**ขอบเขตข้อมูล :**

ประชากรที่ได้รับการวัดระดับโภชนาการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. กรณีของการให้บริการวัดระดับโภชนาการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

95

## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NUTRITION

1. เม뉴 PCU >> Account 3

2. Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3

ลำดับ	เกณฑ์	ค่าทางการแพทย์	จำนวน	หน่วย	หมายเหตุ
1	1 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	8.50	kg.	72	cm.
2	1 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
3	1 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	0	kg.	0	cm.
4	1 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
5	1 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	0	kg.	0	cm.
6	2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
7	2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	0	kg.	0	cm.
8	2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
9	2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	0	kg.	0	cm.
10	2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
11	4 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (M)	0	kg.	0	cm.
12	4 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (F)	0	kg.	0	cm.

96

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NUTRITION**

1. เมนู PCU >> Account 4

2. Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 4

97

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NUTRITION**

1. เมนู PCU >> Account 5

2. Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 5

98

## PRENATAL

นิยาม : ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกรังสีที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิม ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ :

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

99



### สิ่งที่ควรรู้

- แฟ้มที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการบันทึกข้อมูลในหน้าจ่องานบัญชี 2 ได้แก่

1. ANC \*
2. LABOR \*\*
3. POSTNATAL \*

- การตีกับบังคับส่งออกข้อมูล ควรเลือกไว้เมื่อมีการคลอดและข้อมูลการคลอดครบถ้วนแล้ว (Labor) และลงข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ (Prenatal)

100

101

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PRENATAL**

2. แบบตรวจก่อนคลอด >> แบบผลการตรวจ Lab

ลำดับ	รายการตรวจ	ผลตรวจ	ผลลัพธ์
1	ตรวจ VDRL ครั้งที่ 1	neg	✓
2	ตรวจ VDRL ครั้งที่ 2	neg	✓
3	ตรวจ HIV ครั้งที่ 1	neg	✓
4	ตรวจ HIV ครั้งที่ 2	neg	✓
5	ตรวจ OF	neg	✓
6	ตรวจ HCT ครั้งที่ 1	34	✓
7	ตรวจ HCT ครั้งที่ 2	31	✓

102

ANC

**นิยาม :** ข้อมูลการให้บริการฝ่ายครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ และประวัติการฝ่ายครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

### ลักษณะเพ้ม : บริการกึ่งสำรวจ

ຂອບເຂດຂໍ້ມູນ :

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
  2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตดันพิเศษของ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น

## เวลา/รอบที่ทำการนันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
  2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่เปลี่ยนรับบริการที่สถานบริการนั้น

**หมายเหตุ :** 1. ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตตั้งของ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม PRENATAL

2. การให้บริการฝากรถรภัณฑ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record

103

## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ANC

1. เมนู PCU >> Account 2 หรือ Nurse >> ແກບຈານສົງເສີມສຸຂພາບ >> ບັນຊີ 2

104

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ANC**

**2. แบบตรวจก่อนคลอด >> แบบตรวจครรภ์**

105

## LABOR

**นิยาม :** ข้อมูลประวัติการคลอด หรือการลื้นสุดการตั้งครรภ์ ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการกึ่งสำรวจ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือลื้นสุดการตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือลื้นสุดการตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด

**หมายเหตุ :**

1. ข้อมูลประวัติการคลอด หรือลื้นสุดการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
2. การคลอด 1 ครั้ง หรือลื้นสุดการตั้งครรภ์จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการคลอดครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของการคลอดครั้งนั้น

106

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม LABOR**

**1. IPD >> แบบข้อมูลการคลอด**

107

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม LABOR**

**2. IPD >> แบบข้อมูลการฝ่าครรภ์**

108

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม LABOR**

**3. IPD >> แบบข้อมูลการวินิจฉัย**

HOSIPD Patient Admit Entry Form

ข้อมูลการรับป่วย  
ผู้เข้ารักษา IPD

วันเดือนปีเกิด: 27/3/2530 อายุ: 30 ปี 5 เดือน 18 วัน หมู่บ้าน: 0 บัตรประจำตัวประชาชน: 12345678901234567890

แพทย์: PMH โพรงช่องท้อง (hollowed abdomen), nephrotic syndrome โรคประจำตัว:

HN: 00000000 โทรศัพท์: 00000000 ผู้ติดต่อ: ลูกสาว ลูกสาว

วันเดือนปีเก็บ: 18/7/2560 อายุ: 16.59 วัน เส้นรอบวงท้อง: 12-59 ซม. ความดันโลหิต: 042 น้ำหนัก: 42.5 กก. ความสูง: 157 ซม. BMI: 17.242 Temp: 37.2 BP: 148 / 59 PR: 88

ข้อมูลการ Admit

ICD10 ICD9CM Diag Text DRGs

การเขียนบันทึกข้อมูล

Progress note: 1 รหัส ICD10: 008.0 รหัส ICD: O08.0 Principal Diagnosis: Genital tract and pelvic infection following abortion and ectopic and molar pregnancy.

รายการยา/บริการ: ยาพิเศษ Admit, ยาพิเศษ Scan, EMR, ไม่มีข้อมูล, ไม่ต้องปรับเปลี่ยน, No Resync Data

109

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม LABOR**

**4. PCU >> Account 2 >> แบบการคลอด**

HOSPPCUA Account 2 Entry Form

ข้อมูลการคลอด / คลอดบุตร / เรียนเหลืองคลอด

ข้อมูลการคลอด

วันที่คลอด: 6/12/2562 สถานที่คลอด: โรงพยาบาล ผู้รักษา: แพทย์ ชื่อพยาบาล: 00001 ผู้คลอด: NORMAL จำนวนศีรษะคลอด: 1 จำนวนศีรษะไข่ปลา: 0 จำนวนศีรษะไข่ปลา: 0 คิดถือเวลาการเข้ามูลคลอด

ต้องตัด และระบุวันที่ต้องการส่งออก Labor

รายการคลอด: รายการคลอด, สรุปผลคลอด, ตรวจสอบคลอด, การคลอด, ตรวจสอบคลอด, การคลอด, ตรวจสอบคลอด, การคลอด, ตรวจสอบคลอด, Vaccine ชื่อ:

รายการคลอด: รายการคลอด, บันทึกสั่งซ้อม (Prenatal) วันที่: 5/12/2562, รับสมัครเข้ามูล (Labor) วันที่: 5/12/2562

\*\*\* หากพบว่าข้อมูลไม่ส่งออกแฟ้ม Labor ให้สังเกตว่า ได้ตัด และระบุวันต้องการส่งออกแฟ้ม Labor หรือยัง

110

## POSTNATAL

**หมายเหตุ :** ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ  
ลักษณะแฟ้ม : บริการกึ่งสำราญ

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อ้าคายอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อ้าคายอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกรั้งที่มารับบริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกรั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อ้าคายในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถาน

**บริการอื่น :**

- หมายเหตุ :
1. ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อ้าคัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
  2. การให้บริการหลังคลอดแต่ละครรภ์ จะมี 1 record

111

### ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม POSTNATAL

1. เม뉴 PCU >> Account 2 หรือ Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 2 >> การฝ่ากครรภ์

The screenshot shows the HOSIPPCUAccount2EntryForm window. At the top, it says 'ข้อมูลการฝ่ากครรภ์ / คลอดบุตร / เก็บหลังคลอด'. Below that is a grid of input fields. The first row contains patient details like Name, Date of Birth, and Delivery date (highlighted in red). The second row contains delivery details like EDC (Estimated Due Date) and birth weight. The third row contains medical parameters like Blood type and Hb Typing. At the bottom, there are buttons for 'Save' and 'Print'.

112

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม POSTNATAL**

1. เม뉴 PCU >> Account 2 หรือ Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 2 >> ตรวจหลังคลอด

113

## NEWBORN

**นิยาม :** ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการเก็บสำรอง

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขต\_rับผิดชอบ
2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขต\_rับผิดชอบ
2. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ

**หมายเหตุ :**

1. ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีซึมมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด

114

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม NEWBORN**

1. เมนู PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แผนภาระคลอด

\*\*\* หากพบว่าข้อมูลไม่ส่งออกแฟ้ม Newborn ให้สังเกตว่า ได้ติ๊ก และระบุวันที่ต้องการส่องออกแฟ้ม Newborn หรือยัง

115

## NEWBORN\_CARE

นิยาม : ข้อมูลการดูแลறรากหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ  
ลักษณะแฟ้ม : บริการที่จำจำรัว

ขอบเขตข้อมูล :

1. ทรานส์ฟอร์มคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกรายที่มารับบริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกรายที่ทำการสำรวจประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทรานส์ฟอร์มที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
2. การให้บริการดูแลறรากหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

116

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NEWBORN\_CARE**

**1. เม뉴 PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แบบการคลอด**

117

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NEWBORN\_CARE**

**1. เม뉴 PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แผนงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แบบตรวจหลังคลอด**

118

# SPECIALPP

**นิยาม :** ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้ที่มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการที่สำคัญ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่สถานพยาบาลอื่น เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกรายที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายใต้รอบของเดือนนั้นๆ
- การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกรายที่ทำการสำรวจสำหรับผู้ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานพยาบาลอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ภายใต้รอบของเดือนนั้นๆ

119

## ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลแฟ้ม SPECIALPP

ระบบศูนย์ป่วยนัก >> Nurse Workbench >> งานป้องกันโรค >> งานส่งเสริมป้องกันโรค

1 บันทึกข้อมูลคุณภาพ

2 รายงาน

3 รายงานป้องกันโรค

4 เพิ่ม

5 บันทึก

6 บันทึก

120

## การบันทึกข้อมูล เพิ่มข้อมูลคัดกรองและโรคเรื้อรัง

121

## NCDSCREEN

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

ลักษณะเพิ่ม : บริการกึ่งสำรวจ

ขอบเขตข้อมูล :

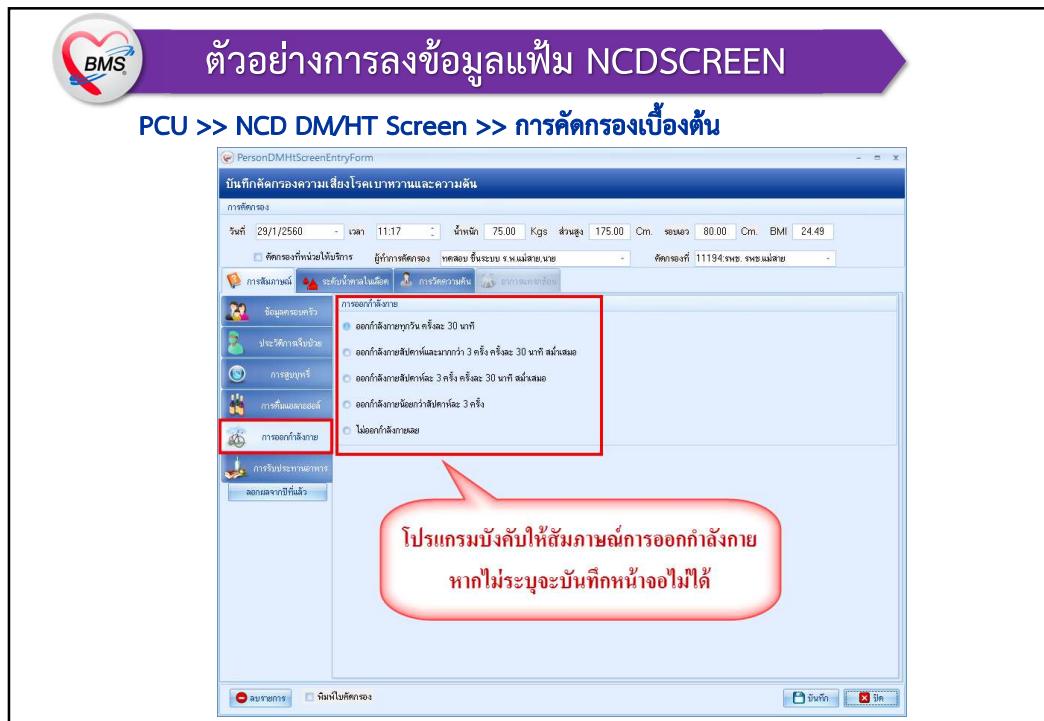
1. ผู้ที่ได้รับบริการพื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการพื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

122



123



124

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NCDSCREEN**

**PCU >> NCD DM/HT Screen >> แบบรับดับน้ำตาลในเลือด**

Section	Measurement	Value
Fasting Capillary Blood Glucose (FCG)	mg/dL	120
Fasting Plasma Glucose (FPG)	mg/dL	125
Postprandial blood sugar	mg/dL	77.00

125

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NCDSCREEN**

**PCU >> NCD DM/HT Screen >> การวัดความดัน**

Reading	Systolic	Diastolic
1	135	90
2	120	80

126

## CHRONIC

**นิยาม :** ข้อมูลสูญเสียไปเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ

**ลักษณะแฟ้ม :** แฟ้มสะสม

**ขอบเขตข้อมูล :**

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อเมื่อผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

127

### ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONIC

Nurse >> Nurse Workbench >> โรคเรื้อรัง

The screenshot shows the 'PatientNCDRegistryEditForm' window with the following details:

- Section 1: ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**
  - ชื่อผู้ดูแล: นาย ชื่อ: เสนิน นามสกุล: ใจดี อายุ: 47 ปี 1 เดือน 30 วัน เพศ: ชาย
  - แพทย์: PMH โภคทรัพย์ โรคเรื้อรัง: กลิ่นโภคทรัพย์
  - HN: 0002021, โทรศัพท์: 0987654321, อีเมล: สมมิล@ymail.com, สถานะ: โสด
  - วัยเด็กที่: 30, วัยผู้成年: 05, อาชญากรรม: ดื่มเหล้า
- Section 2: ข้อมูลการเข้า院**
  - การเข้า院: ผู้ป่วยที่เข้า院
  - แพทย์ที่รับผู้ป่วย: ดร. พลนิธิภานุวนิช (DM Type I)
  - วันที่รับผู้ป่วย: 30/9/2562, สถานะผู้ป่วย: 106
  - สถานะปัจจุบัน: ต้องรักษาตัว, แพทย์ผู้รักษา: พญ. น้ำฝน นามสกุล
  - checkboxes: Pre register, เป็นผู้ป่วยรายใหม่, Pregnancy, จำนำที่อยู่บ้านของพยาบาลเบื้องต้น
- Section 3: ข้อมูลเบื้องต้น**
  - วันเดือนปี: 0, วันเดือนปี: 30/9/2562, วันเดือนปี: 5/12/2562
  - checkbox: ห้ามเข้าบ้านของพยาบาลเบื้องต้น

128

**ตัวอย่างการลงทะเบียนข้อมูลเพิ่ม CHRONIC**

**ต้องกำหนดข้อมูลคลินิกเพื่อส่งออก ดังนี้ เข้าที่เมนู Tool >> OPD >> ประเภทคลินิก**

The screenshot shows the 'Clinic Entry Form' window with the title 'HOSxPS System Setting Clinic Entry Form'. It displays various input fields and dropdown menus. A green box highlights the 'บันทึก' (Save) button at the bottom left. Another green box highlights the 'เป็นเบรนช์รัง' (Branch) checkbox in the top right corner.

129

## CHRONICFU

นิยาม : ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบ ในแฟ้มข้อมูล DIAG\_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย
2. การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

130

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONICFU**

**Nurse >> Nurse Workbench >> การนัดหมาย ต้องระบุคลินิกที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น**

The screenshot shows the HOSxAppointmentEntryForm interface. At the top, there's a logo for 'BMS' with a heart icon. The main title is 'ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONICFU'. Below it, the sub-title is 'Nurse >> Nurse Workbench >> การนัดหมาย ต้องระบุคลินิกที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น'. The form contains fields for patient information (name, date of birth, gender, ID), appointment details (date, time, doctor), and medical history (chronic condition). A red box highlights the 'คลินิก' (Clinic) dropdown menu, which is set to 'พิเศษ' (Specialist). A yellow arrow points to the 'ดูแลรักษา' (Treatment) section where 'โรคเรื้อรัง' (Chronic Disease) is selected.

131

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONICFU**

The screenshot shows the PatientVisitEntryForm interface. At the top, there's a logo for 'BMS' with a heart icon. The main title is 'ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONICFU'. Below it, the sub-title is 'PatientVisitEntryForm'. The form contains fields for patient information (name, date of birth, gender, ID), visit details (date, time, doctor), and medical history (chronic condition). A red box highlights the 'รายการที่ดูแล' (Treatment) dropdown menu, which is set to 'โรคเรื้อรัง' (Chronic Disease). A yellow arrow points to the 'รายการที่ดูแล' (Treatment) section where 'โรคเรื้อรัง' (Chronic Disease) is selected. A callout bubble says 'ระบุประเภทการมาของคลินิกพิเศษ ชงข้าราชการ clinic\_visit เท่านั้น' (Specify the type of visit for specialized clinics, only for government officials).

132

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

ลำดับ	รหัสผู้ป่วย	แพทย์ผู้รักษา	วันที่ตั้งคิ้ด	นัดหมายที่	เวลา	ประวัติการตรวจ	หมายเหตุ	ห้องรับ病室
1	โภชนาพาน	ไม่ระบุแพทย์	8/11/2559	31/1/2560	08:00	มาพบแพทย์ด้วยตนเอง	ตาขาวและตาดำ 10-12 ชั่วโมง	ห้องน้ำเงินพาน (DM)
2	พันธุ์ธรรม	นางสาวอรุณรัตน์ พันธุ์ธรรม	8/11/2559	31/1/2560	08:50	มาเข้ารับยาซึ่งคราวก่อนได้รับยาโดยแพทย์		กุญแจพันธุ์ธรรม

1. ถ้าเลือก "มาดามนัดของคลินิกพิเศษ" จะเข้าตาราง clinic\_visit จะส่งออก chronicfu  
2. ถ้าเลือก "มารับบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานคลินิกพิเศษ" จะไม่ส่งออก chronicfu

133

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

Nurse >> Nurse Workbench >> โรคเรื้อรัง >> หน้าจอบันทึกข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา

การคัดกรองโรคเรื้อรัง

การศึกษาทางการแพทย์

พนักงานทางการแพทย์

ประวัติการตรวจ

Fundus Camera

ผลประสาทตาด้านซ้าย NO DR

ผล Visional acuity ตาซ้าย 1

ผล Intra ocular ตาซ้าย 3

Macular Edema โนตี / โนบิน

瞳孔 ขนาด瞳孔 3 mm

การรักษาที่ได้

หมายเหตุ

134

135

## LABFU

**นิยาม :** ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macro albumin หรือ micro albumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

136

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม LABFU**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> ห้องปฏิบัติการ**

137

# CHRONICFU

**นิยาม :** ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

**ลักษณะเพิ่ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**หมายเหตุ :**

- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบ ในแฟ้มข้อมูล DIAG\_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย
- การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

138

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

**Nurse >> Nurse Workbench >> การนัดหมาย ต้องระบุคลินิกที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น**

The screenshot shows the BMS Nurse Workbench interface. At the top, there's a logo and the title "ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU" and "Nurse >> Nurse Workbench >> การนัดหมาย ต้องระบุคลินิกที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น". The main window is titled "HOSsPAppointmentEntryForm". It contains fields for patient information (name, date of birth, gender, etc.), appointment details (date, time, duration), and treatment notes. A red box highlights the "คลินิก" (Clinic) field, which is set to "ห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัด" (Operating Room). The bottom right corner of the window shows the date and time: "25/1/2017 21:08:46".

139

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

The screenshot shows the BMS Patient Visit Entry Form interface. At the top, there's a logo and the title "ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU". The main window is titled "PatientVisitEntryForm". It contains fields for patient information (name, date of birth, gender, etc.) and visit details. A red box highlights the "คลินิก" (Clinic) field, which is set to "ห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัด". A callout box with the number "2" points to this field, containing the text: "ระบุประเภทการมาของคลินิกพิเศษ จะเข้าตาราง clinic\_visit เมื่อันดับ". A red box with the number "1" points to the "คลินิก" button in the left sidebar. The bottom right corner of the window shows the date and time: "25/1/2017 21:08:46".

140

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

ลำดับ	ลิสต์	แพทย์ผู้รักษา	วันที่ตั้งคิท	วันที่รับเชิง	เวลาเดินทาง	ประวัติการมา	หมายเหตุ	ห้องรับ病人
1	โรงพยาบาล	ไม่วัฒนาพานิช	8/11/2559	31/1/2560	08:00	มาด้วยความต้องการดูแลสุขภาพ	待ちเข้าชมและออกตรวจ 10-12 ชั่วโมง (DM)	ห้องรับ病人
2	ภารกิจธรรม	ภารกิจธรรมวงศ์วิจิตร	8/11/2559	31/1/2560	08:50	มาด้วยความต้องการดูแลสุขภาพ	ไม่มีเชิงทางการแพทย์	ห้องรับ病人

1. ถ้าเลือก "มาด้วยความต้องการดูแลสุขภาพ" จะเข้าค่าร่าง clinic\_visit จะส่งออก chronicfu  
2. ถ้าเลือก "มาด้วยบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานคลินิกพิเศษ" จะไม่ส่งออก chronicfu

กดปุ่ม ยืนยัน ②

141

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONICFU**

Nurse >> Nurse Workbench >> โรคเรื้อรัง >> หน้าจอบันทึกข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา

รายการ	ผล	หมายเหตุ
ตา	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการติดตามและการตรวจเชิงทางตา	<input checked="" type="checkbox"/> หมุนกระบวนการรักษาตา
หู		
ไต		
หลอดเลือดหัวใจ		
หลอดเลือดสมอง		
ระบบถ่ายสารอาหาร		
กระเพาะปัสสาวะ		
ฟัน		
กล่องใส่ยา		

การติดตามตา

ประเภทกล้อง Fundus Camera

ผลประสาทตาด้านซ้าย NO DR

ผล Visual acuity ตาซ้าย 1

ผล Intra ocular ตาซ้าย 3

Macular Edema ไม่มี / ไม่เป็น

瞳孔散大 ขนาด瞳孔 ขนาด瞳孔

การใช้อุปกรณ์

หมายเหตุ

142

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONICFU**

Nurse >> Nurse Workbench >> โรคเรื้อรัง >> หน้าจอบันทึกข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเท้า

143

## LABFU

**นิยาม :** ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macro albumin หรือ micro albumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :**

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

**หมายเหตุ :**

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

144

**ตัวอย่างการลงทะเบียนเพิ่ม LABFU**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> ห้องปฏิบัติการ**

Lab Report for Lab Order Number: 2932072  
HN 000929382 วันที่ 13/10/16 14:52<sup>ก</sup> ชื่อ น.ส.กอบกาญจน์ นน. 2 ผู้ส่งตรวจเชิงลึก

Lab Report Image Result Text Print Scan Doc PDF Note UE Doc Log

รายการ	ค่าที่รายงาน	หน่วย	ค่าปกติ	วินัยผล
Sodium	137	mmol/L	136-145	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
Potassium	3.5	mmol/L	3.4-4.5	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
Chloride	100	mmol/L	98-107	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
CO2	25	mmol/L	22-29	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
<b>[IBUN, Creatinine, eGFR]</b>				
BUN	18	mg/dL	18-60y:6-20, 60-90y:8-23	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
Creatinine	0.7	mg/dL	M:0.67-1.17, F:0.51-0.95	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
eGFR	20	mL/min/1.73m <sup>2</sup>		<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock
<b>Glucose - OPD</b>				
Glucose - OPD	80	mg/dL	70-100	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก UnLock

Doctor Note Lab Note วันที่รายงาน 13/10/2559 ผู้รายงานผล ผู้ส่งตรวจเชิงลึก สถานะรายงานผล รายงานผลแล้ว

เข้าสู่ Lab 00:00  บันทึก Lab  ส่งแบบดิจิทัล  พิมพ์ Auto IPD  ส่งแบบ Mobile  
ออก Lab 00:00  พิมพ์ใบรายงานผล Lab  Auto Lock  ใช้รหัสผ่านทึบ

unlocked  บันทึกรายการ  บันทึก  ยก

145

**การบันทึกข้อมูล  
เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน**

146

# ADMISSION

นิยาม : ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้วัสดุในโรงพยาบาล

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยในที่รับไว้วัสดุในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ :

1. การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้วัสดุ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูล เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม

147

## สิ่งที่ควรรู้

ข้อมูลจะส่งออกในกลุ่มแฟ้ม IPD เมื่อบันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย และวันที่จำหน่าย จะมีผลกับช่วงวันที่ ที่เลือกการส่งออกข้อมูล

- การบันทึกข้อมูลหน้าจอ Admit จะมีผลเชื่อมโยงไปยังแฟ้มต่อไปนี้ ได้แก่

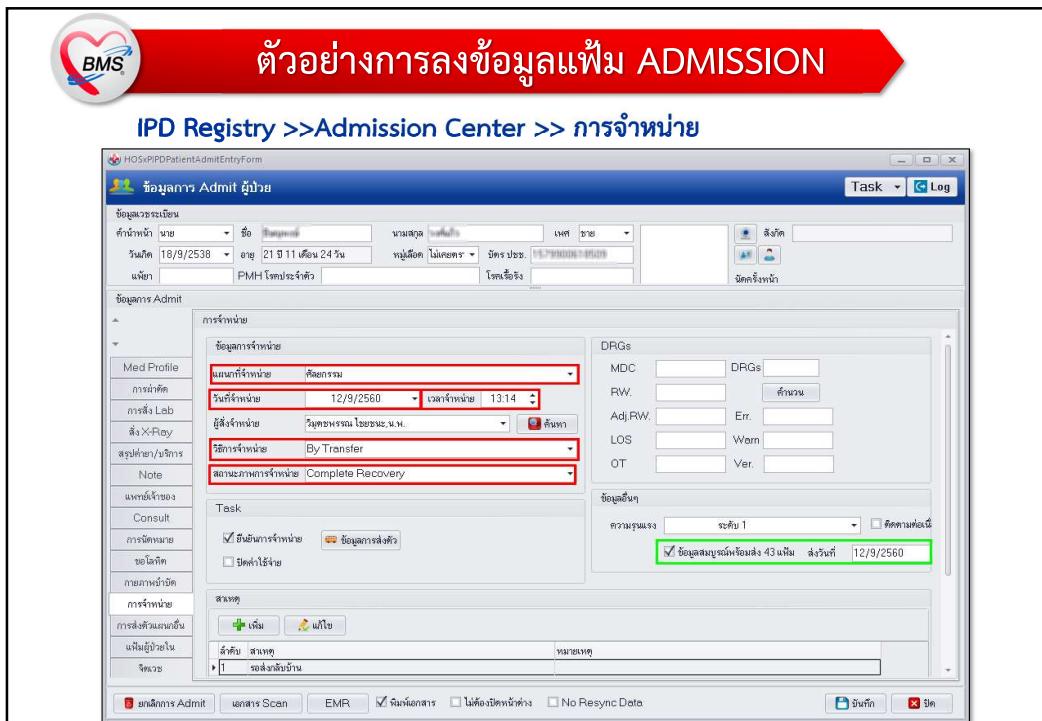
1. drug\_ipd
2. procedure\_ipd
3. diagnosis\_ipd
4. charge\_ipd

ซึ่งนำข้อมูล แผนก, AN, วันที่และเวลา Admit, สิทธิ ไปส่งออกแฟ้มดังกล่าว

148



149



150

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ADMISSION**

### IPD Registry >> Admission Center การจำหน่าย กรณี Refer

151

# DIAGNOSIS IPD

นิยาม : ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน

### ลักษณะเพิ่ม : บริการ

## ขอบเขตข้อมูล :

- ## 1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

### เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- ## 1. บันทึกข้อมูลทุกรังที่มารับบริการ

## หมายเหตุ :

1. วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

2. ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

152

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม DIAGNOSIS\_IPD**

**IPD Registry >> Admission Center >> การวินิจฉัย**

**\*ข้อมูลจะส่งออกได้เมื่อลงข้อมูลการจำหน่าย**

The screenshot shows a software interface for entering patient admissions. It has tabs for 'บันทึกผลการรักษา' (Treatment Record) and 'ข้อมูลผลการรักษา' (Treatment Data). Under 'ข้อมูลผลการรักษา', there are dropdown menus for 'รหัสแพทย์ผู้รักษา' (Physician Code) containing 'J03' and 'รหัส ICD10' containing 'J00'. Below these, a list box displays 'Acute nasopharyngitis [common cold]'. A dropdown menu for 'ประเภทการรักษา' (Treatment Type) is set to 'Principal Diagnosis'. At the bottom, there are buttons for 'สมรรถภาพ' (Functionality), 'บันทึก' (Record), and 'ปิด' (Close).

153

## **DRUG\_IPD**

นิยาม : ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. 耶ที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. 耶ที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ต่อที่บ้าน

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

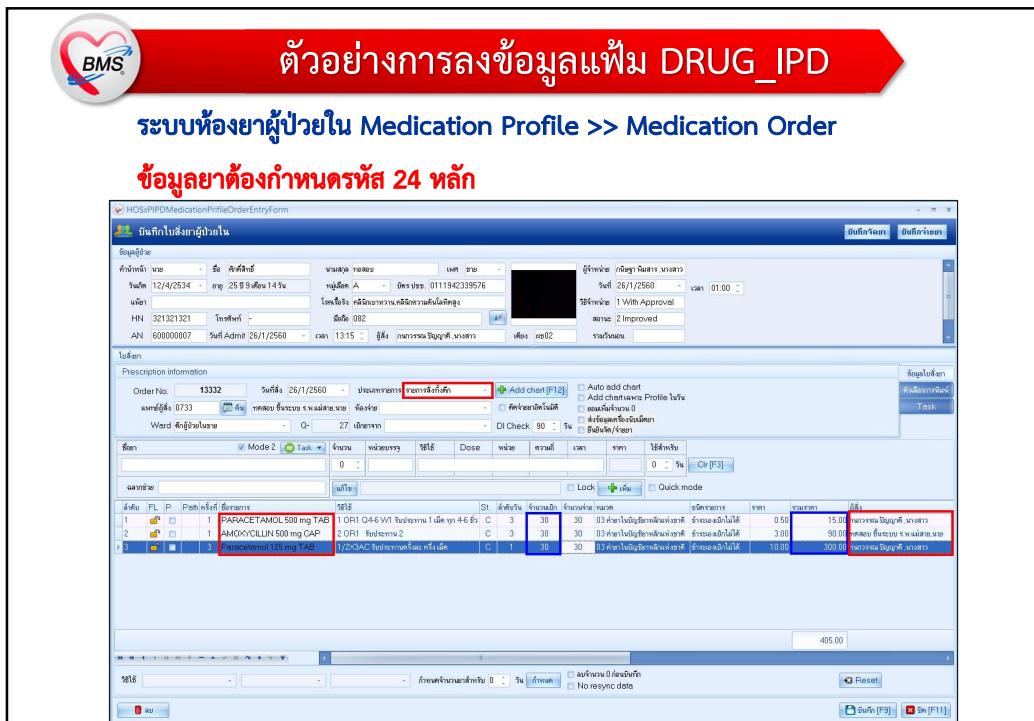
1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน

หมายเหตุ :

1. สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ โดยระบุวันที่เริ่มให้ และวันที่สิ้นสุดการให้
2. สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ต่อที่บ้าน 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ

154

155



156

## PROCEDURE\_IPD

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการทัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยในที่รับไว้วัสดุในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ :

1. รหัสทัตถการ 1 รหัส จะมี 1 record ถ้าหากมีมากกว่า 1 รหัส จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้วัสดุในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

2. ข้อมูลการรับไว้วัสดุในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

157

### ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม PROCEDURE\_IPD

IPD Registry >> Admission Center >> การวินิจฉัย >> ICD9CM

\*ข้อมูลจะส่งออกได้เมื่อลงข้อมูลการจำหน่าย

The screenshot shows a Windows application window titled "HOSxIPDPatientAdmitNurseOperationEntryForm". The main title bar has the BMS logo. The window displays a form for "บันทึกหัตถการผู้ป่วยใน" (Patient Admission Record). The form includes fields for "ชื่อหัตถการ" (Procedure Name) set to "การรับและหัตถการ/แมลงเขี้ยง", "ผู้รักษาพยาบาล" (Physician) set to "พญ.ชนวน ธนา แม่ลักษณ์", and "เวลาเริ่ม" (Start Time) set to "26/1/2560 15:40:17". Below the form, a message box says "<No data to display>". At the bottom right are buttons for "บันทึก" (Save) and "ปิด" (Close).

158



ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม PROCEDURE\_IPD

IPD Registry >> Admission Center >> ข้อมูลการผ่าตัด

HOSiP Operation Report Doctor Team Entry Form

ชื่อผู้รักษาพยาบาล	ผู้ช่วยผู้รักษาพยาบาล								
รายการผ่าตัด	abdominoperineal pull-through								
แผนก	ห้องผ่าตัด								
ICD9 Code	484.9	ผู้รักษาพยาบาล	Other pull-through resection of rectum						
ราคา	6,000.00	จำนวนรายการ	- การจัดการ						
Ext. code	Diagnosis text								
ประเภท	Oper Type	ชนิด							
เบอร์									
เจ้าหน้าที่	สำนักงาน	ใช้ห้องทำงาน	3002891						
ผู้รักษาพยาบาล	แพทย์	ผู้ช่วยผู้รักษาพยาบาล							
เจ้าหน้าที่รับของรพ. LIS	circulate Nurse	วันที่รักษา	เวลาเข้า	วันที่ออก	เวลาออก	ประเภทงาน	จำนวน	ค่า DF	รวม DF
> 1		26/1/2560	00:00:00	26/1/2560	00:00:00		0		0.00
ก้มหน้าเข้าสู่ห้อง									
คลิกเพื่อแก้ไข Note Nursing Record									
<input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ยกเลิก"/> <input type="button" value="ลบ"/>									

159

# CHARGE IPD

นิยาม : ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน

### ลักษณะเพิ่ม : บริการ

### ขอบเขตข้อมูล :

- ## 1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

### เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- ## 1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

## หมายเหตุ :

1. ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ

2. หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย

3. ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม

## ADMISSION

160



## ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHARGE\_IPD

IPD Registry >> Admission Center >> สรุปค่ายา/บริการ >> ค่าใช้จ่ายทั้งหมด

\*ข้อมูลจะส่งออกได้เมื่อลงข้อมูลการจำหน่าย

ຂໍ້ມູນການ Admin ດັ່ງນີ້																																																																																																																																																																																																																																																																							
ລົງທະບຽນ																																																																																																																																																																																																																																																																							
ຫຼັກສິນ	ເພດ	ເລກທີ	ນາມສະກຳ	ກະລຸນາບູນຢືນໃຈ	ເລກ	ລາຍລີງ		ເລີກ	ລົບ	ບັນທຶກ																																																																																																																																																																																																																																																													
ໜົດ	-	ເລກທີ	ໝາຍເລີກ	ລາຍລີງ	ເລກ	ລາຍລີງ		ເລີກ	ລົບ																																																																																																																																																																																																																																																														
ວັນທີ	11/11/2556	ເວລາ	22:01:11	ເລື່ອນໄຕ	໨ວັນ	ນຸ້ມເລີກ	-	ເລີກ	ປັບປຸງ																																																																																																																																																																																																																																																														
ລົງທະບຽນ ໂດຍບໍ່ໄດ້ໃຫ້										ບັນທຶກ																																																																																																																																																																																																																																																													
HN	987897887	ຫຼັກສິນ	11125411515	ນາມສະກຳ	ເລີກ	ລົບ		ເລີກ	ລົບ	ບັນທຶກ																																																																																																																																																																																																																																																													
ນັ້ນຄົດ	5	ໜຸ່ງປົກ	ຕາມ	ຫຼັກສິນ	ນາມສະກຳ	ເລີກ	ລົບ	ເລີກ	ລົບ	ບັນທຶກ																																																																																																																																																																																																																																																													
ວັນທີ	10/9/2559	ເວລາ	08:26	ຫຼັກສິນ	10	ຮ່ວມເງິນ	ຫຼັກສິນ	ການຄ່າຮ່ວມເງິນ	ການຄ່າຮ່ວມເງິນ																																																																																																																																																																																																																																																														
ພາກ	ຊາຍເກມ	ການຄ່າ	(ລົງທະບຽນ)	ການຮ່ວມເງິນທີ່ໄປ	ຫຼັກສິນ	ສ່ວນຫຼັກສິນ	BMI	0	Temp.	BP	/	PRI																																																																																																																																																																																																																																																											
ລົງທະບຽນ Admin																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ລົງທະບຽນ</th> <th>ລາຍເນັດ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ການຄ່າ Admin</td> <td>ດີນີ້</td> <td>ເວລາ</td> <td>ສະຖານະ</td> <td>ໂຄສະນາ</td> <td>ດີນີ້</td> <td>ການຄ່າ</td> <td>ຈົດການ</td> <td>ຈົດການ</td> <td>ຈົດການ</td> <td>ຈົດການ</td> <td>ຈົດການ</td> </tr> <tr> <td>ດີນີ້</td> <td>1</td> <td>10/8/2559</td> <td>18:26</td> <td>1001932</td> <td>30</td> <td>13:00</td> <td>398.00</td> <td>Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott</td> <td>03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>Progress</td> <td>2</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:26</td> <td>1000440</td> <td>20</td> <td>1:00</td> <td>28.00</td> <td>Amoxicillin A 2500mg 1/2 cap</td> <td>03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການຈົດການ</td> <td>3</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:26</td> <td>1001418</td> <td>30</td> <td>2:00</td> <td>6.00</td> <td>Amoxicillin 500mg cap</td> <td>03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>4</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:26</td> <td>1001932</td> <td>10</td> <td>13:00</td> <td>130.00</td> <td>Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott</td> <td>03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ດີນີ້</td> <td>5</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:26</td> <td>1000999</td> <td>30</td> <td>0:50</td> <td>15.00</td> <td>Paracetamol 500 mg tab</td> <td>03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>Med Profile</td> <td>6</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3011228</td> <td>1</td> <td>65:00</td> <td>65.00</td> <td>Gram Stein Pus</td> <td>07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>7</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3011227</td> <td>1</td> <td>65:00</td> <td>65.00</td> <td>Gram Stein Fluid</td> <td>07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>8</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3011229</td> <td>1</td> <td>65:00</td> <td>65.00</td> <td>Gram Stein Sputum</td> <td>07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>9</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3011228</td> <td>1</td> <td>65:00</td> <td>65.00</td> <td>Gram Stein Pus</td> <td>07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>10</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3011225</td> <td>1</td> <td>65:00</td> <td>65.00</td> <td>Gram Stein CSF</td> <td>07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>11</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:27</td> <td>3018236</td> <td>1</td> <td>17:00:00</td> <td>1,700.00</td> <td>Mammography+US</td> <td>08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>Note</td> <td>12</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:27</td> <td>3027537</td> <td>1</td> <td>1,700.00</td> <td>1,700.00</td> <td>Mammography+US(Discharge)</td> <td>08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ພາກພົມ</td> <td>13</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:27</td> <td>3027536</td> <td>1</td> <td>1,700.00</td> <td>1,700.00</td> <td>Mammography+US(Breast pain)</td> <td>08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>Consult</td> <td>14</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:27</td> <td>3027538</td> <td>1</td> <td>1,700.00</td> <td>1,700.00</td> <td>Mammography+US(Ultrasound)</td> <td>08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>15</td> <td>10/8/2559</td> <td>19:27</td> <td>3027535</td> <td>1</td> <td>1,700.00</td> <td>1,700.00</td> <td>Mammography+US(Mass)</td> <td>08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>16</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3018155</td> <td>1</td> <td>0:00</td> <td>0.00</td> <td>0.00 Gastro Sust Culexaneous (Gen SC)</td> <td>11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>17</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3016440</td> <td>1</td> <td>0:00</td> <td>0.00</td> <td>0.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ (IT)</td> <td>11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>18</td> <td>10/8/2559</td> <td>00:00</td> <td>3019218</td> <td>1</td> <td>360.00</td> <td>350.00</td> <td>95.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ ທີ່ມີກຳນົດຫຼັກສິນ ເຊີ່ງ</td> <td>11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> <tr> <td>ການປັບປຸງ</td> <td>19</td> <td>10/8/2559</td> <td>17:54</td> <td>3019199</td> <td>1</td> <td>13:00</td> <td>17,00.00</td> <td>Gastritis, Sores, Ulcer</td> <td>12.7 ອົບອົນຫຼາຍ ແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ</td> <td>ລູ້ນິ້ນິ້ນ</td> <td>36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ</td> </tr> </tbody> </table>												ລົງທະບຽນ	ລາຍເນັດ	ການຄ່າ Admin	ດີນີ້	ເວລາ	ສະຖານະ	ໂຄສະນາ	ດີນີ້	ການຄ່າ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ	ດີນີ້	1	10/8/2559	18:26	1001932	30	13:00	398.00	Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	Progress	2	10/8/2559	19:26	1000440	20	1:00	28.00	Amoxicillin A 2500mg 1/2 cap	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການຈົດການ	3	10/8/2559	19:26	1001418	30	2:00	6.00	Amoxicillin 500mg cap	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	4	10/8/2559	19:26	1001932	10	13:00	130.00	Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ດີນີ້	5	10/8/2559	19:26	1000999	30	0:50	15.00	Paracetamol 500 mg tab	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	Med Profile	6	10/8/2559	00:00	3011228	1	65:00	65.00	Gram Stein Pus	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	7	10/8/2559	00:00	3011227	1	65:00	65.00	Gram Stein Fluid	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	8	10/8/2559	00:00	3011229	1	65:00	65.00	Gram Stein Sputum	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	9	10/8/2559	00:00	3011228	1	65:00	65.00	Gram Stein Pus	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	10	10/8/2559	00:00	3011225	1	65:00	65.00	Gram Stein CSF	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	11	10/8/2559	19:27	3018236	1	17:00:00	1,700.00	Mammography+US	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	Note	12	10/8/2559	19:27	3027537	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Discharge)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ພາກພົມ	13	10/8/2559	19:27	3027536	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Breast pain)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	Consult	14	10/8/2559	19:27	3027538	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Ultrasound)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	15	10/8/2559	19:27	3027535	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Mass)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	16	10/8/2559	00:00	3018155	1	0:00	0.00	0.00 Gastro Sust Culexaneous (Gen SC)	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	17	10/8/2559	00:00	3016440	1	0:00	0.00	0.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ (IT)	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	18	10/8/2559	00:00	3019218	1	360.00	350.00	95.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ ທີ່ມີກຳນົດຫຼັກສິນ ເຊີ່ງ	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ	ການປັບປຸງ	19	10/8/2559	17:54	3019199	1	13:00	17,00.00	Gastritis, Sores, Ulcer	12.7 ອົບອົນຫຼາຍ ແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ										
ລົງທະບຽນ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ	ລາຍເນັດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການຄ່າ Admin	ດີນີ້	ເວລາ	ສະຖານະ	ໂຄສະນາ	ດີນີ້	ການຄ່າ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ	ຈົດການ																																																																																																																																																																																																																																																												
ດີນີ້	1	10/8/2559	18:26	1001932	30	13:00	398.00	Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
Progress	2	10/8/2559	19:26	1000440	20	1:00	28.00	Amoxicillin A 2500mg 1/2 cap	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການຈົດການ	3	10/8/2559	19:26	1001418	30	2:00	6.00	Amoxicillin 500mg cap	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	4	10/8/2559	19:26	1001932	10	13:00	130.00	Perse Drop 60 mg/0.6ml, bott	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ດີນີ້	5	10/8/2559	19:26	1000999	30	0:50	15.00	Paracetamol 500 mg tab	03 ລາຍເນັດອິນໄຕທີ່ໄດ້ໃຫ້	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
Med Profile	6	10/8/2559	00:00	3011228	1	65:00	65.00	Gram Stein Pus	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	7	10/8/2559	00:00	3011227	1	65:00	65.00	Gram Stein Fluid	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	8	10/8/2559	00:00	3011229	1	65:00	65.00	Gram Stein Sputum	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	9	10/8/2559	00:00	3011228	1	65:00	65.00	Gram Stein Pus	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	10	10/8/2559	00:00	3011225	1	65:00	65.00	Gram Stein CSF	07 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	11	10/8/2559	19:27	3018236	1	17:00:00	1,700.00	Mammography+US	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
Note	12	10/8/2559	19:27	3027537	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Discharge)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ພາກພົມ	13	10/8/2559	19:27	3027536	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Breast pain)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
Consult	14	10/8/2559	19:27	3027538	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Ultrasound)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	15	10/8/2559	19:27	3027535	1	1,700.00	1,700.00	Mammography+US(Mass)	08 ວິທີທີ່ມີການອົບອົນຫຼາຍແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	16	10/8/2559	00:00	3018155	1	0:00	0.00	0.00 Gastro Sust Culexaneous (Gen SC)	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	17	10/8/2559	00:00	3016440	1	0:00	0.00	0.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ (IT)	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	18	10/8/2559	00:00	3019218	1	360.00	350.00	95.00 ດຳເນີນຫຼັກສິນ ທີ່ມີກຳນົດຫຼັກສິນ ເຊີ່ງ	11 ສັນກິດຕາ ແລະ ເຊີ່ງ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												
ການປັບປຸງ	19	10/8/2559	17:54	3019199	1	13:00	17,00.00	Gastritis, Sores, Ulcer	12.7 ອົບອົນຫຼາຍ ແລະ ຢູ່ນິ້ນິ້ນ	ລູ້ນິ້ນິ້ນ	36 ພົມ ສູງລົງລົງຄະນາດ																																																																																																																																																																																																																																																												

161

# การบันทึกข้อมูล เพิ่มข้อมูลการ Refer

# CARE REFER

นิยาม : ข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ หรือส่งกลับ

## ลักษณะแฟ้ม : บริการ

## ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการนับทีก :

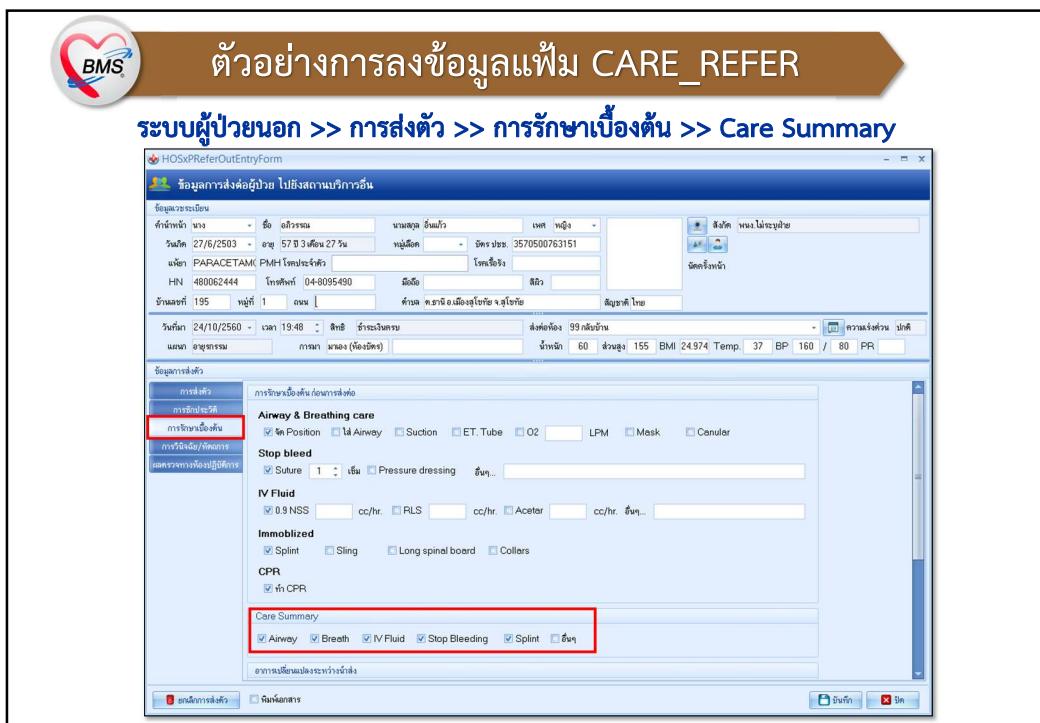
- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยหมายเหตุ :
    - ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
    - การให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมากกว่า 1 อย่าง จะมีมากกว่า 1 record
    - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

163

ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CARE\_REFERER

## ระบบผู้ป่วยนอก >> การส่งตัว

164



165

# CLINICAL REFER

นิยาม : ข้อมูลการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

ลักษณะแฟ้ม : บริการ, บริการกึ่งสำรวจ

### ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

#### 1. บันทึกข้อมูลทุกรังสีที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

## หมายเหตุ :

1. ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
  2. การประเมินทางคลินิก 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การประเมินทางคลินิก หลายครั้ง ใน การประเมินแต่ละอย่าง หรือมีการประเมินทางคลินิกหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record
  3. เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER HISTORY โดย REFERID

166

**ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CLINICAL\_REFERER**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> การส่งตัว**

The screenshot shows a Windows application window titled "HOSxPReferOutEntryForm". The main area displays patient details: Name (นาย ชัย), ID (HN 4567890123456789), Age (57 ปี 3 เดือน 27 วัน), Gender (ชาย), Address (บ้านเลขที่ 195 หมู่ 1 ถนน รัชดาภิเษก แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110), Date (24/10/2560), Time (19:48), Temperature (37), Pulse (160), Blood Pressure (BP) (180/80), and Respiratory Rate (PR) (24). Below this is a section for "症狀及疾病" (Symptoms and Diseases) with a dropdown menu showing "C148 Overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx malignant neoplasm". Other fields include "病史" (Medical History), "体检" (Physical Examination), and "治疗方案" (Treatment Plan).

167

## DRUG\_REFERER

**นิยาม :** ข้อมูลประวัติการได้รับยา ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

**ลักษณะแฟ้ม :** บริการ

**ขอบเขตข้อมูล :**

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

  - บันทึกข้อมูลทุกรึ่งที่มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

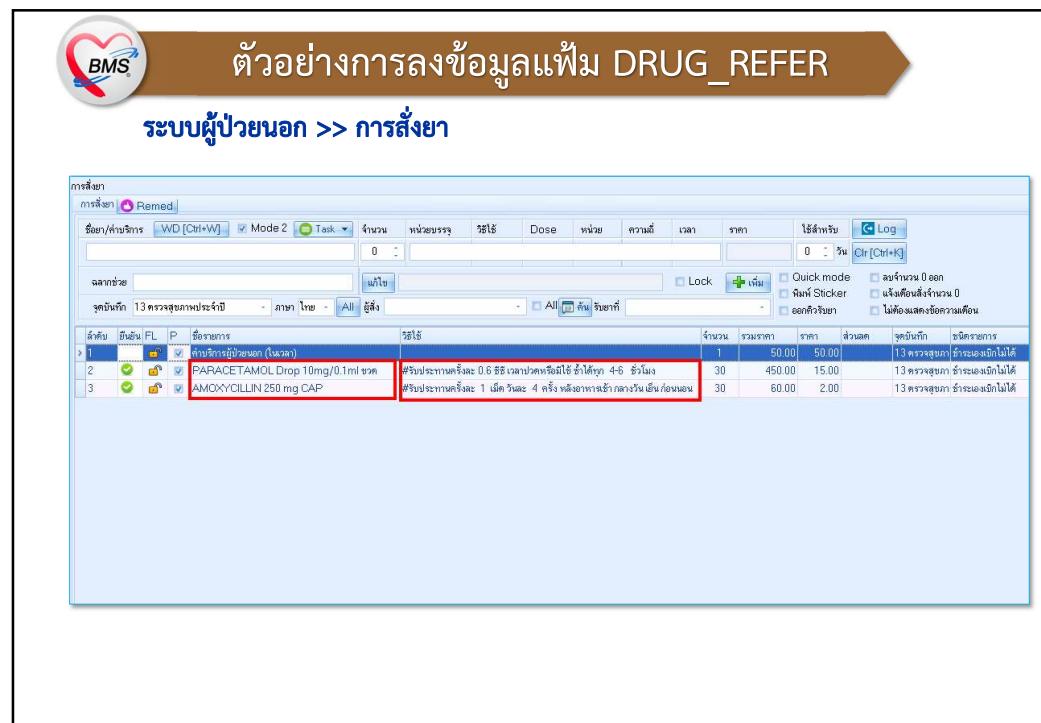
**หมายเหตุ :**

  - ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
  - การได้รับยา 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้ยาหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record หากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาในยาตัวเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
  - ประวัติการให้ยาในແນנקผู้ป่วยนอก เป็นยาที่ให้ในปัจจุบัน รวมถึงยาบางตัวที่เคยให้แล้วหยุดไป หากมีความสำคัญต่อประวัติการรักษา
  - ประวัติการให้ยาในແນנקผู้ป่วยใน เป็นยาที่ให้ระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น
  - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

168



169



170

# INVESTIGATION REFER

นิยาม : ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

### ลักษณะเพิ่ม : บริการ

## ขอบเขตข้อมูล :

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :
    - ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
    - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ หลายครั้ง หรือมีการตรวจหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record
    - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

171



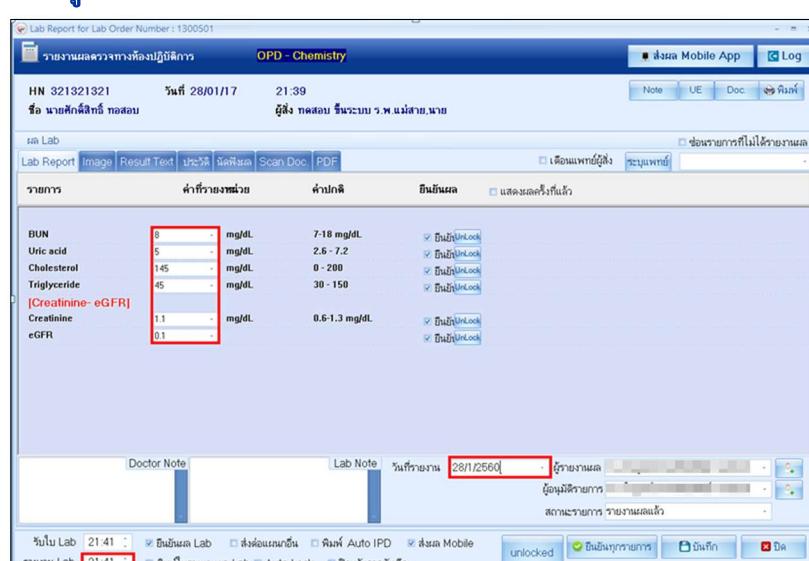
## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม INVESTIGATION\_REFER

## ระบบผู้ป่วยนอก >> การส่งตัว

172

 ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม INVESTIGATION\_REFER

ระบบผู้ป่วยนอก >> รายงานผล Lab



รายการ	ค่าที่รายงาน	ค่าปกติ	สถานะ
BUN	8 mg/dL	7-18 mg/dL	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock
Uric acid	5 mg/dL	2.6 - 7.2	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock
Cholesterol	145 mg/dL	0 - 200	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock
Triglyceride	45 mg/dL	30 - 150	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock
[Creatinine- eGFR]			
Creatinine	1.1 mg/dL	0.6-1.3 mg/dL	<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock
eGFR	0.1		<input checked="" type="checkbox"/> บันทึก/UnLock

Doctor Note: Lab Note: วันที่รับงาน: 28/1/2560 ผู้รายงานผล: ผู้ดูแลรายการ สถานะรายการ: รายงานผลแล้ว

รายงาน Lab: 21:41 |  บันทึก Lab |  ส่งผลโดยอัตโนมัติ |  พิมพ์ Auto IPD |  ส่งผล Mobile |  อัตโนมัติ |  บันทึกทุกรายการ |  บันทึก |  ลบ

173

## PROCEDURE\_REFER

นิยาม : ข้อมูลประวัติการได้รับการทำหัตถการและผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ  
ลักษณะเพิ่ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

- บันทึกข้อมูลทุกรายที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ :

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับปัจจุบัน

- การได้รับการทำหัตถการ 1 อย่าง แต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้หัตถการหลายอย่าง หรือหัตถการซ้ำ ก็จะมีมากกว่า 1 record

- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นหัตถการที่ทำในการรับบริการครั้งนี้ และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยใน เป็นหัตถการที่ทำระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

174

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PROCEDURE\_REFERER**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> การส่งตัว**

HOSxReferOutEntryForm

ข้อมูลการส่งตัว病人 ไม่มีสถานะเรียบร้อย

ผู้ป่วย 27/6/2503 อายุ 57 ปี เพศหญิง  
พื้นที่ PARACETAMOL 500 mg/5ml  
HN 45 XXXX โทรศัพท์ 04 XXXXXXXX  
ชื่อพ่อ 195 นามสกุล คุณ พลเอก วิเศษชัยชาญ ชื่อ娘 ลักษณ์

วันที่ 24/10/2560 เวลา 19:48 สถานะ รักษาพยาบาล ผู้ดูแล 99 กลับบ้าน แพทย์ ลักษณ์ แพทย์ ลักษณ์  
เพศ ชาย อายุ 57 ปี ความสูง 155 BMI 24.974 Temp. 37 BP 160 / 90 PR

ข้อมูลการส่งตัว

การส่งตัว

การส่งตัวครั้งที่ 1/61 วันที่ 24/10/2560 เวลา 20:29 ประเภท Refer ทาง Ambulance  
สถานที่ไป 11204 โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ทางเดินหายใจ diag  
แพทย์ผู้รับผิดชอบ C148 Overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx malignant neoplasm  
แพทย์ผู้ส่ง OPD

ผู้ดูแล 99 กลับบ้าน ผู้ดูแล ลักษณ์  
สถานที่ป่วย สถานที่ป่วย  
ประเภทห้องพักรักษาพยาบาล ห้องพักรักษาพยาบาล/ห้อง  
ผู้ดูแลที่ไป ผู้ดูแล ลักษณ์  
แพทย์ผู้รับผิดชอบ Level of acuity OPD-New case  
วันที่รับส่ง ระยะเวลาของพักรักษาพยาบาล 0 วัน 0 ชั่วโมง 0 นาที  
สถานะผู้รับส่ง ใน途 สถานะผู้รับส่ง ไม่ทราบ  
กรณีผู้ป่วย Non ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง Cancer  
สถานะห้องพักรักษาพยาบาล ห้องพักรักษาพยาบาล  
วันพักผ่อน ผู้ดูแลในประเทศ สถานะ ประมาณเดือน  
บัญชีการแพทย์

บันทึกการเปลี่ยนแปลง บันทึกการเปลี่ยนแปลง

175

**ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PROCEDURE\_REFERER**

**ระบบผู้ป่วยนอก >> หัตถการ**

บันทึกการหัตถการ

บันทึกการหัตถการ Suction ชุมชน 99 กลับบ้าน

วันที่/เวลา เริ่ม 24/10/2560 20:46:44 วันที่/เวลา เสร็จ 24/10/2560 20:51:44 +5 ผู้ดูแล ลักษณ์ แพทย์ ลักษณ์ ผู้รับผิดชอบ Me ผู้ดูแล ลักษณ์ 99 กลับบ้าน ICD9 9653 รายการ ลavage of nasal passage ราคา 120.00 บริการหัตถการ

รายละเอียด

ผู้ดูแล ลักษณ์ ผู้รับผิดชอบ Me  
<No date to display>

จำนวน 1 บันทึก ปิด

176

# REFER HISTORY

## นิยาม : ข้อมูลประวัติการส่งต่อผู้ป่วย

## តារាងនេះផ្តល់ : បរិភាគ

ขอบเขตข้อมูล :

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
  - ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับ ไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา
  - การตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา เมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

## หมายเหตุ :

- #### 1. ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

2. การได้รับการทำให้ติดกัน 1 อาย่าง แต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้ติดกันหลายอย่าง หรือหลายครั้ง ก็จะมีมากกว่า 1 record

3. ประวัติการท้าทักการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นหัวข้อการที่ทำในการรับบริการครั้งนี้ และประวัติหัวข้อการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

177



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม REFER\_HISTORY

## ระบบผู้ป่วยนอก >> การส่งตัว

178

# REFER\_RESULT

นิยาม : ข้อมูลผลการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย

ลักษณะแฟ้ม : บริการทั่วไป

ขอบเขตข้อมูล :

1. การตอบรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ มาจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. ส่งข้อมูลเมื่อมีการรับหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยส่งต่อ/ส่งกลับ

2. การตอบรับการส่งต่อ 1 ครั้ง จะมีการตอบรับ 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม

179

## ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม REFER\_RESULT

### ระบบ Referin และระบบส่งตรวจ

The screenshot shows a Windows application window titled "PatientOPDVisitReferEntryForm". The main title bar has a logo with a heart and the letters "BMS". The window contains several input fields and dropdown menus. A red box highlights the "สถานะยาเสพติด" field which is set to "37878" and the "สถานะยาเสพติด" dropdown menu which also lists "37878". Another red box highlights the "เลขที่รับตัว" field which is set to "14" and the "เลขที่รับตัว" dropdown menu which also lists "14". A third red box highlights the "สถานะการขอรับ" dropdown menu which is set to "รับใช้". The bottom right corner of the window has two buttons: "บันทึก" (Save) and "ยก" (Cancel).

180