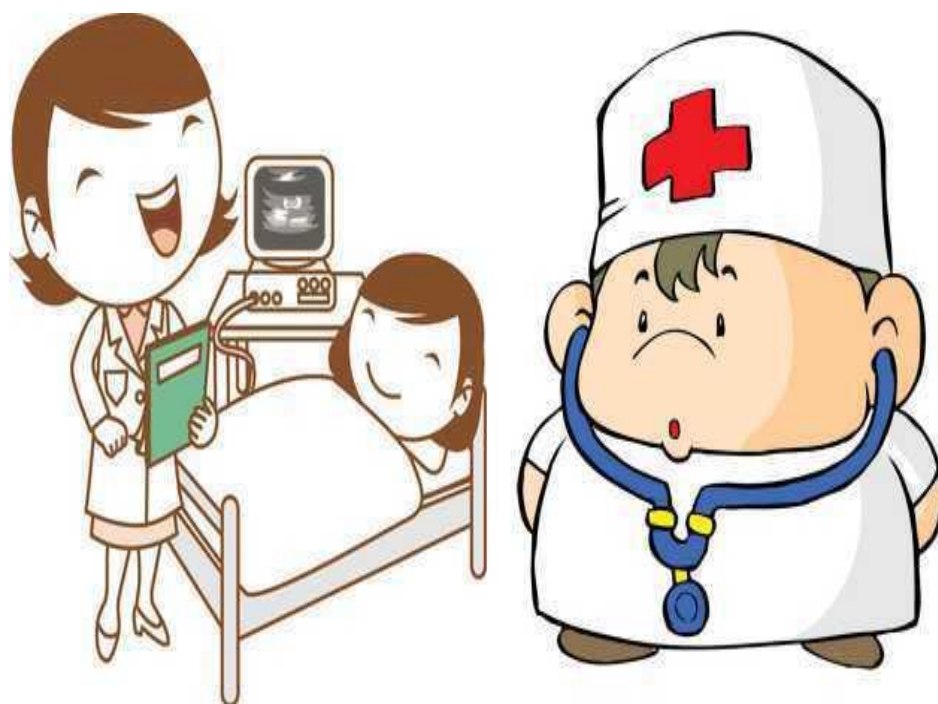




สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE

คู่มือการให้บริการประชาชน
การรักษาด้วยไฟฟ้า สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สารบัญ	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	2
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	5
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	6
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	7
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	7
ภาคผนวก	
1. แบบฟอร์มใบนัดการรักษา	8
2. แบบฟอร์มใบนัดการรักษา	9
3. แบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ	10
4. รายชื่อผู้จัดทำ	12

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) หมายถึง การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช โดยใช้กระแสไฟฟ้าในปริมาณที่ต้องการจากเครื่อง ECT ผ่านเข้าสู่สมองตรงบริเวณที่กำหนด ในระยะเวลาที่จำกัด เพื่อทำให้เกิดอาการเกร็ง ชักกระตุกทั้งตัว (Generalized Seizure) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง ส่งผลให้ความผิดปกติทางจิตบางชนิดทุเลาหรือลดลง รวมถึงสภาวะทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ก็จะกลับสู่ภาวะปกติ ภายใต้ยาระงับความรู้สึก หรือไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาชนิดหนึ่ง

การรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 ชนิด ได้แก่

1. การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ Unmodified หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ได้ใช้ยาสลบ
2. การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ Modified หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาสลบ

ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยไฟฟ้า

- ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
- ผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้
- ผู้ป่วยที่ต้องการผลรักษาที่รวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง /มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีความคิดหรือพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษาของแต่ละคนไม่เท่ากัน ส่วนใหญ่จะทำการรักษา 6-12 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งอาจมากกว่า หรือน้อยกว่า 6-12 ครั้ง ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ ผู้รับบริการหลัก : ผู้ป่วยทางจิตเวช

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทุกวันจันทร์-พุธ- ศุกร์ เวลา 8.00น. – 12.00 น. หรือกรณีฉุกเฉินตามแผนการรักษาของแพทย์

สถานที่ให้บริการระยะเวลาเปิดให้บริการ

อาคารตึกนายแพทย์ยรรยง โปธารามิก ชั้น 1 งานการพยาบาลบำบัดพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 23 ม.8 ถนน พุทรมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ : 02-4416139

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
1.	ซักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจร่างกาย ระบบประสาทการตรวจพิเศษและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า	10-15	จิตแพทย์
2.	ตรวจพิเศษต่าง ๆ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ	120-180	เทคนิคการแพทย์
3.	ตรวจสอบสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า	10	ทันตแพทย์
4.	อ่านผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยและญาติ	10-15	จิตแพทย์
5.	อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยและญาติ จุดมุ่งหมาย จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา ประโยชน์ของการรักษา ผลของการรักษา ผลข้างเคียง การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดผลข้างเคียง โรคที่ควรระวังขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า อัตราค่าบริการการรักษาด้วยไฟฟ้า การให้เซ็นยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้าในแบบความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีที่ผู้รักษามีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจในการรักษาด้วยไฟฟ้า ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสกุล พิตักซ์ ผู้อนุบาล เป็นผู้ให้ความยินยอมให้การรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติให้คณะกรรมการสถานบำบัดลงความเห็นเกี่ยวกับการรักษา	10-15	พยาบาลวิชาชีพ
6.	ประเมิน และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยที่รับการรักษาครั้งแรก	10	เภสัชกร
7.	เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อลดความวิตกกังวลร่วมด้วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติซักถามหากมีข้อสงสัย	15-30	พยาบาลวิชาชีพ
8.	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า - ดูแลความสะอาดร่างกาย โกนหนวด สระผม ตัดเล็บและไม่ทาเล็บมือเล็บเท้า - งดน้ำ และอาหาร และยาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง (ยกเว้นยาที่ให้ก่อนการรักษา อย่างน้อย 1 ชม.+ น้ำ 30 cc	10	พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือ คนไข้

การดูแลขณะรักษาด้วยไฟฟ้า

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
	ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยานำสลบ(Modified) / ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยานำสลบ(Unmodified)	15-20	-จิตแพทย์ -วิสัญญีพยาบาล -พยาบาลวิชาชีพ

การดูแลระยะพักฟื้น

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
1.	ประเมินภาวะแทรกซ้อนและให้การดูแลระยะพักฟื้น โดย <ul style="list-style-type: none"> - วัดสัญญาณชีพ - สังเกตอาการข้างเคียงหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น - ให้การพยาบาลดูแลตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในห้องพักฟื้นนานอย่างน้อย 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละคน - ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ/น้ำหวาน - ประเมินความพร้อมในการกลับบ้านของผู้ป่วย/กลับบ้าน (Discharge score 9 คะแนน) 	45-60	-จิตแพทย์ -พยาบาล วิชาชีพ/ ผู้ช่วยพยาบาล
2.	ประสานส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำตึกให้ทราบเกี่ยวกับการรักษา ปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข และแนวทางการดูแลสังเกตอาการผิดปกติต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยพร้อมนำผู้ป่วยส่งกลับตึก	5-15	-พยาบาลวิชาชีพ ประจำงาน รักษาด้วยไฟฟ้า
	กรณีผู้ป่วยนอก แนะนำญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า และนัดหมายการรักษาครั้งต่อไป	10	-พยาบาลวิชาชีพ ประจำงาน รักษาด้วยไฟฟ้า -วิสัญญีพยาบาล

การติดตามเยี่ยมหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนมารักษาครั้งต่อไปโดยติดตามเยี่ยมช่วงป่วยหลังรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีผู้ป่วยนอกมีการดูแลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์		
รวมระยะเวลาดำเนินงานทั้งสิ้น		270 – 375 นาที (4 ชั่วโมง 30 นาที - 6 ชั่วโมง 15 นาที)	

3.เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1.	บัตรประจำตัวประชาชน	1
2.	ใบนัดการรักษาด้วยไฟฟ้าของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	1
3.	แบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อจากต้นสังกัด (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า / ประกันสังคม)	1
4.	แบบบันทึกความยินยอมให้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	1

4.ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1.	ค่ารักษาด้วยไฟฟ้าโดยวิธีใช้ยานำสลบ (Modified)	1,000 บาท/ครั้ง
2.	ค่ารักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยานำสลบ (Unmodified)	300 บาท/ครั้ง
3.	CXR	200
4.	EEG	200
5.	EKG	300
6.	CBC	90
7.	Electrolyte	160
8.	FBS	40
9.	BUN	40
10.	Creatinine	40
11.	ค่าบริการทั่วไป/ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก(กรณีผู้ป่วยนอก)	50
12.	ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยใน (กรณีผู้ป่วยใน) วันละ	300
13.	ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา(ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง)	

5.การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ	เป้าหมาย
1.	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	85 %
2.	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุการณภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า (E-H)	≤ 2 ราย
3.	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุการณภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า (I)	0 ราย
4.	ร้อยละของการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	95 %
5.	ร้อยละของการติดตามเยี่ยมประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	95 %



6.ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1.	Website : www.galya.go.th
2.	E-mail : galyains@gmail.com
3.	โทรศัพท์ : 02-4416139
4.	โทรสาร : 02-4416111
5.	ที่อยู่: 23 ม.8 ถนน พุทธมณฑลสาย4 แขวง ทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพฯ 10170
6.	กล่องรับฟังความคิดเห็น โดยสามารถแสดงความคิดเห็นได้ที่ - ตึกอำนวยการ ชั้น1

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

1.ใบนัด

 บัตรนัดผู้ป่วยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์		
ชื่อ : ██████████	อายุ : ██████████	เลขที่ รพ. (HN) : ██████████
คลินิก : ECT	แพทย์ผู้นัด : ██████████	เหตุที่นัด : ulyaต่อเนอง ติดต่อที่ : ตุ้ลงทะเลเบียง
วันที่นัดพบแพทย์ : ศุกรี 19 มีนาคม 2564 เวลา : 8:00:00 - 10:00:00		สิทธิการรักษาคั้งต่อไป ผู้พิการ (นอกเขต)
หมายเหตุ : เพื่การรักษไฟฟ้าต่อเนอง		LAB ที่ตรวจ:
สิ่งที่ต้องปฏิบัติก่อนพบแพทย์ กรุณานำบัตรโรงพยาบาลและใบรับรองสิทธิมาด้วย กรุณานำใบส่งตัวมาด้วย (ถ้ามี) งดน้ำ งดอาหาร หลังเที่ยงคืน พาญาติมาด้วย สระผม ตัดเล็บและโกนหนวด ช่วงเย็นก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า อาบน้ำและแปรงฟันตอนเช้า ก่อนมารักษาด้วยไฟฟ้า ถอดฟันปลอม		
ผู้ทำการนัด : ██████████		
เลื่อนนัดโทรเลื่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วัน 0-2441-6100 ต่อ 58212 เวลา 13.30-15.30 น.		
ผู้พิมพ์ : ██████████ วันที่พิมพ์ : 05 มีนาคม 2564 11:25:51		
*** โปรดนำยาเดิมมาพบแพทย์ทุกคั้ง ***		
**กรุณานำบัตรประชาชนมาด้วยทุกคั้ง เพื่ระบุตัวตนและลงทะเบียนรับบัตรี		
ชื่อแบบฟอร์ม : XE-FORM-Appointment-ECT		

ผศดร. สอมสิทธิ์ วัฒน ร้องคร
 19 มี.ค. 63

2.หนังสือให้ความยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า

แบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

สถาบัน/พ.....

การรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2481 ให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจมาตลอดโดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็วเช่นมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและ ผู้อื่นสูงมีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้ามีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษาแบบอื่นไม่สามารถทนผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาได้ต้องการทางเลือกในการรักษาเพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด

ข้าพเจ้าว..... (แพทย์)

ได้แนะนำนาย/นาง/นางสาว เกี่ยวข้องเป็น.....

ให้รับทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

สำหรับผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาวตามรายละเอียดดังนี้

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำการรักษาประมาณครั้ง

วันเวลาและจำนวนครั้งที่ทำอาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทราบก่อนล่วงหน้า

การรักษาดำเนินการในห้องที่มีความพร้อมทางเครื่องมือแพทย์ ซึ่งผู้ให้การดูแลรักษาประกอบด้วยทีมแพทย์ และทีมพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ไฟฟ้าขนาดอ่อนผ่านเข้าสู่สมอง และกระตุ้นทำให้เกิดการชักประมาณ 20 - 60 วินาที หลังจากนั้นผู้ให้การดูแลรักษาจะสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนกว่าผู้ป่วยตื่นรู้ตัว

ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หลงลืม และชักต่อเนื่อง สำหรับความเสี่ยงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นคือการเสียชีวิตซึ่งพบได้น้อยมาก (ประมาณ 4 รายใน 1 แสนราย) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและป้องกันความเสี่ยงอย่างเต็มที่จากผู้ให้การดูแลรักษา หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้

การรับฟังคำชี้แจง

ก. กรณีผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้ปกครอง ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดได้อ่านรายละเอียดของการรักษาและรับทราบคำชี้แจงจากทีมผู้รักษาเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยคือ

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

โดยขอให้ความยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม) ลงชื่อ..... (แพทย์)
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย) ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(.....) (.....)
ตำแหน่ง.....

ข. กรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพที่จะรับรู้เข้าใจต่อการรักษาและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเองได้

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี


เลขประจำตัวประชาชน

ได้อ่านรายละเอียดของการรักษาและรับทราบคำชี้แจงจากทีมผู้รักษาเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโดยขอให้ความยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย) ลงชื่อ..... (แพทย์)
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย) ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(.....) (.....)
ตำแหน่ง.....

3.หนังสือส่งตัว


กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

แบบสำหรับผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่ใบส่งตัว : _____ วันที่ 16 เดือนธันวาคม พ.ศ.2563
จาก : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (โทรศัพท์ 0-2441-6100)
ถึง : โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ : _____ อายุ : _____
HN : _____ เลขที่บัตรประชาชน : _____ เพศ : _____
สิทธิการรักษา : _____
อยู่บ้านเลขที่ : _____ หมู่ที่ : - ถนน : _____ ซอย _____
ตำบล : _____ อำเภอ : _____ จังหวัด : _____ รหัสไปรษณีย์ : _____
เบอร์โทรศัพท์บ้าน : _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : _____ เบอร์โทรศัพท์ผู้ติดต่อ : _____
มาเพื่อโปรด : _____ สถานที่ใกล้เคียง คือ : _____

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว
๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน
๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ
๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น
F322 Sever depressive episode without psychotic symptoms
๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว
ยกกลับบ้าน
 1. NSS คัดเงิน ผสมยา/20 ml0.9% w/v : ฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งละ 1 amp ทั้งนี้ 1 bottleทันที. # 1
 2. Succinyl Choline คัดเงินต่อ10 mg50 mg : ฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งละ 1 amp ทั้งนี้ 1 Ampทันที. # 6
 3. Propofol 200 mg/20 ml inj200 mg/20 ml : ฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งละ 1 amp ทั้งนี้. # 1
 4. NSS 0.9 % 500 ml0.9 g : IV drip rate 100cc/hr. # 1
๖. สาเหตุที่ส่ง
เนื่องจากเป็นผู้ป่วยประกันสังคม
 นัด Follow Up 22 ธันวาคม 2563
๗. รายละเอียดอื่น ๆ
ขอใช้สิทธิการรักษาที่สถาบันต่อเนื่องตามวันนัด

รับยาต่อเมื่อ ให้ HM.....wksF/U.....wks รับยาใกล้บ้าน
(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แจ้งความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง)
ลงชื่อ _____
.....25 / มีนาคม / 2564.....
ชื่อแบบฟอร์ม XE-FORM-REFER-OUT-IPD

รายชื่อผู้จัดทำ

1. นายแพทย์ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ
2. นางสุดสาคร จำมัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นางพรินทร ปิ่นสุภา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาวศิริพรรณ ธนนชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นายวิชัย หล้าธรรม พนักงานผู้ช่วยพยาบาล