

- คู่มือการให้บริการ :** การเข้ารับบริการทางการแพทย์ของศูนย์บริบาลระยะยาว  
( Long term care, LTC) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ :** กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
- ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ :** โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
๑. ชื่อกระบวนการ	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ของศูนย์บริบาลระยะยาว ( Long term care, LTC) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
๓. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการประชาชน	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ	ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริบาลระยะยาว ปริมาณผู้ป่วยนอนเฉลี่ย ๑๑ รายต่อเดือน ๑๓๐ ราย/ปี (๒๕๕๙)

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
๔. ชื่องานบริการ/กระบวนการ: การเข้ารับบริการทางการแพทย์ของศูนย์บริบาลระยะยาว ( Long term care, LTC) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	
๕. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ: ญาติพาผู้ป่วยมาติดต่อเพื่อขอเข้ารับบริการ	
๕.๑ ประเภทช่องทาง ๑. ติดต่อด้วยตนเอง ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ๒. กรณีที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่ ให้แจ้งความประสงค์แก่ เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย	๕.๒ วันที่เปิดให้บริการเพื่อขอเข้ารับบริการ (พบแพทย์): <input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์
	๕.๓ เวลาที่เปิดให้บริการเพื่อขอเข้ารับบริการ (พบแพทย์): <input type="checkbox"/> บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. <input type="checkbox"/> ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. <input type="checkbox"/> ๑๖.๓๐ - ๒๐.๐๐ น.

๖. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ
<p>เพื่อให้การดูแลทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ที่ผ่านการรักษาโรครณีเฉียบพลัน ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่ญาติไม่พร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน</p> <p>ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการมี ๒ ลักษณะ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รับการดูแลทางการแพทย์ระยะยาว</li> <li>- รับการดูแลทางการแพทย์ชั่วคราว มีวันกำหนดกลับ เช่น ๒ สัปดาห์ เป็นต้น</li> </ul>

<p>๖. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ</p> <p>เกณฑ์การรับเข้า</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้รับบริการเป็นโรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกในสมอง โรคระบบประสาทไขสันหลัง โรคความจำเสื่อม โรคลมชัก เป็นต้น</li> <li>๒. ผู้รับบริการมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker)</li> <li>- ไม่ต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา หรือสามารถให้ออกซิเจนได้ในกรณีพญา</li> <li>- สัญญาณชีพคงที่ คือ ผู้รับบริการไม่มีไข้ หัวใจเต้นสม่ำเสมอ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และไม่มีการใช้เครื่องวัดติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา</li> <li>- สิ้นสุดการรักษาโดยการให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ</li> </ul> </li> <li>๓. ไม่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ เช่น หิด งูสวัด วัณโรค</li> <li>๔. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น</li> </ol>
--

๗. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	การทำเวชระเบียนผู้ป่วย	ญาติให้ข้อมูล ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ ชื่อ บิดา มารดา การศึกษา สิทธิการรักษาเบอร์โทรศัพท์ ชื่อที่สามารถติดต่อได้สะดวก พร้อมหลักฐานประกอบ เช่น บัตรประชาชน	๑๐ นาที	นาที	งานเวชระเบียน	
๒.	๒.๑. <u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> : ญาติหรือผู้ป่วยติดต่อเจ้าหน้าที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลคัดกรอง ชัก ประวัติ ประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ</li> <li>- ส่งญาติติดต่อศูนย์บริการระยะยาวให้คำแนะนำแก่ญาติ เกี่ยวกับการให้บริการ</li> <li>- ส่งพบแพทย์ตามอาการ</li> </ul>	<p>๑๕ นาที</p> <p>๑๐ นาที</p> <p>๑๐ นาที</p>	นาที	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลผู้ป่วยนอก</li> <li>- พยาบาลศูนย์บริการระยะยาว</li> <li>- แพทย์</li> </ul>	

๗. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การ ให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
	๒.๒. <u>กรณีผู้ป่วยอยู่ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ประสาธเชียงใหม่</u>	<p>และสาขาของโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติให้ข้อมูลแก่แพทย์เกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน, ประวัติการ รักษาพยาบาล หรือผ่าตัด, โรคร่วม/โรคประจำตัว, การรับประทานยาประจำ</li> <li>- แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติ</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติแจ้งความจำนงแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย</li> <li>- ส่งญาติติดต่อศูนย์บริการระยะยาวให้คำแนะนำแก่ญาติ เกี่ยวกับการให้บริการ</li> <li>- แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติ</li> <li>- ติดต่อทำเรื่องจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยใน</li> </ul>	-  ๑๐ นาที  ๑๐ นาที  ๓๐ นาที	นาที่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลผู้ป่วยใน</li> <li>- พยาบาลศูนย์บริการระยะยาว</li> <li>- แพทย์</li> </ul>	
๓.	เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่หอบริบาลระยะยาว (Long term care)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิด</li> </ul>	๕ - ๑๐ นาที	นาที่	<p>พยาบาลผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลหอผู้ป่วยใน(กรณีผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยใน)</p>	
<b>ระยะเวลาดำเนินการรวม :</b>						<b>๔๕</b>

๗. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การ ให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ ชั่วโมง/วัน/ วันทำการ/ เดือน/ปี)	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
						นาที่

๘. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว	
<input type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย, ถ้าเป็นงานใหม่ข้ามช่องนี้ไป)	

๙. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
๙.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ ชุด)	หมายเหตุ
๑	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน ๑. บัตรประจำตัวประชาชน (จำเป็นต้องนำมาทุกครั้ง)  ๒. หนังสือเดินทาง(โดยเฉพาะ ผู้รับบริการชาวต่างประเทศ (ต้องนำมาทุกครั้ง)	{ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย  กระทรวง ต่างประเทศ	๑  ๑	๑  ๑	ฉบับ  ฉบับ	
๙.๒ เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						
ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ ชุด)	หมายเหตุ
๑	กรณีมาจากโรงพยาบาลอื่น เอกสารประวัติการรักษาจาก โรงพยาบาลเดิม ที่ให้การรักษา	โรงพยาบาลเดิมที่ ประสานติดต่อเพื่อ การดูแลที่ศูนย์	๑	๑	ชุด	

การเจ็บป่วยครั้งนี้ พร้อมผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ถ้ามี)	บริหารระยะยาว				
--	---------------	--	--	--	--

๑๐. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๙)	
รายละเอียดค่าบริการ	ค่าทำบัตรโรงพยาบาล ค่าบริการพบแพทย์ตรวจ อัตราบริการทางการแพทย์ และค่าบริการ
ค่าบริการ	- ค่าทำบัตรบริการผู้ป่วยนอก (สิทธิข้าราชการ) ๑๐ บาท ค่าทำบัตรบริการผู้ป่วยนอก (สิทธิเบิกได้ และทำบัตรจ่ายตรง) ๕๐ บาท - ค่าบริการพบแพทย์ตรวจรักษา (ค่าบริการผู้ป่วยนอก) ๕๐ บาท/ครั้ง - อัตราค่าบริการของศูนย์บริหารระยะยาว (เบิกไม่ได้) และกำหนดชำระเมื่อครบ ๑ เดือน หรือก่อนกลับบ้าน อัตราค่าบริการ ๑๘,๐๐๐ - ๓๖,๐๐๐ บาท /เดือน ** ไม่รวมค่าของใช้ส่วนตัว ** ค่ามัดจำแรกเข้า ๑ เดือน - ค่าทำกายภาพบำบัด ๑๖๐ บาทต่อครั้งขึ้นไป (กรณีต้องการทำกายภาพบำบัด) - ค่ากิจกรรมบำบัด ๑๖๐ บาทต่อครั้งขึ้นไป (ถ้าต้องการฝึกกิจกรรมบำบัด)
หมายเหตุ	ช่องทางการชำระเงิน - ในวันเวลาราชการ ชำระเงินที่ห้องบริการฝ่ายการเงิน ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ - วันหยุดราชการและนอกเวลาราชการ ชำระเงินที่ห้องบริการฝ่ายการเงิน ชั้น ๑ อาคาร ๓

๑๑. ช่องทางรับชำระค่าบริการ
- ชำระด้วยตนเอง ที่ห้องบริการฝ่ายการเงิน ชำระได้ทั้งเงินสด และบัตรเครดิต

๑๒. ช่องทางการแสดงความคิดเห็นตามประกาศของโรงพยาบาล	
๑.	เว็บไซต์โรงพยาบาล กระตุ้ร้องเรียน/ร้องทุกข์: ( <a href="http://www.cmneuro.go.th/Webnew/Complaint.php">http://www.cmneuro.go.th/Webnew/Complaint.php</a> )
๒.	กล่องรับความคิดเห็น ติดตั้งบริเวณหน้าหอผู้ป่วยLTC และจุดให้บริการที่สำคัญภายในโรงพยาบาลฯ

๓.	จดหมาย/ไปรษณีย์ ส่งตรงถึง หัวหน้าศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เลขที่ ๒ ถนนสุเทพ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐
๔.	โทรศัพท์ ๐๕๓-๙๒๐-๒๐๐ ต่อ ๒๖๘ หัวหน้าศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โทรศัพท์ ๐๕๓-๙๒๐-๒๐๐ ต่อ ๓๓๗ หัวหน้าศูนย์บริหารระยะยาว
๕.	โทรสาร ๐๕๓-๙๒๐-๒๐๒ ส่งถึงหัวหน้าศูนย์รับเรื่องร้องเรียน
๖.	ติดต่อด้วยตนเองที่ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ฝ่ายสวัสดิการสังคมและประกันสุขภาพ ชั้น ๑ อาคาร ๑

๑๓. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	ไม่มี
ขอรับเอกสาร :	-

๑๔. หมายเหตุ
- แผ่นพับ
- หนังสือกรมบัญชีกลาง

