



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ภาคผนวก ก

เอกสาร เลขที่ ๑๓/๒๕๕๕.....



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลแม่สอด

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลแม่สอด ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบ  
แลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการระดับปฐมภูมิ  
ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดย นางสาวบุณฑริกา ไทยกกล้า เกษิขรชำนาญการ สังกัดหน่วยงาน  
กลุ่มงาน เกษิขกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่มีการละเมิดสิทธิ สวัสดิการ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย  
แก่ผู้ถูกวิจัย

จึงเรียนสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออก  
หนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖

หนังสือออกวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕

ลงนาม.....  
(นายสมยศ กรินทรานันต์)  
นายแพทย์ เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)

ลงนาม.....  
(นายรณไตร เรืองวีรยุทธ)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม) รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรม) ปฏิบัติหน้าที่  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด

All rights reserved



## ภาคผนวก ก แบบสำรวจการใช้ข้อมูลทางการแพทย์

### คำชี้แจง

แบบสำรวจการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จัดทำขึ้นโดย เกษัชกรหญิงบุญทริกา ไทยกล้า นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการทางเภสัชกรรม ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอาจารย์ที่ปรึกษาหลักคือ อาจารย์ ดร.ภก.สกันธ์ สุภากุล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโปรแกรมระบบการจัดการข้อมูลที่แตกต่างกัน ให้สามารถนำข้อมูลทางการแพทย์มาใช้งานร่วมกันได้ และประเมินผลการใช้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system), การเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เช่น การรายงานอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ (Repeated drug allergies) การรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction/adverse drug event) ในกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ทำให้ได้ข้อมูลทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสามารถนำมาวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน และการทำรายงานส่งไปยังหน่วยงานส่วนกลางได้ นอกจากนี้ยังนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เป็นระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในวงกว้างต่อไปได้

ผู้ที่ตอบแบบสำรวจข้อมูลนี้ควรจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ใช้ข้อมูลทางการแพทย์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ ในโรงพยาบาลแม่สอด และเครือข่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์มายังท่านให้ช่วยตอบแบบสำรวจนี้

แบบสำรวจข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการใช้ข้อมูลในการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์

อนึ่ง ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสำรวจในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือองค์กรแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจจะไม่เปิดเผยว่าเป็นคำตอบของผู้ใด หน่วยงานใด การเผยแพร่จะทำในลักษณะภาพรวม และจะนำผลมาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการตอบแบบสำรวจฉบับนี้

เกศัชกรหญิงบุณชริกา ไทยกล้า



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจข้อมูล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หน้าคำตอบ หรือ เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ  ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี  21-30 ปี  
 31-40 ปี  41-50 ปี  
 51-60 ปี
3. ระดับการศึกษา (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ต่ำกว่าปริญญาตรี  ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาโท  ปริญญาเอก  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. อาชีพ  แพทย์  เกษัตริกร  
 พยาบาลเวชปฏิบัติ  นักวิชาการสาธารณสุข  
 เจ้าพนักงานเกษตรกรรม  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการปฏิบัติงาน  
 ผู้บริหารองค์กร  หัวหน้าหน่วยงาน  
 หัวหน้างาน  ผู้ปฏิบัติงาน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. สถานที่ปฏิบัติงาน  
 โรงพยาบาลแม่สอด  PCU แม่สอด  
 PCU แม่กุ  PCU แม่กิดหลวง  
 PCU ห้วยไม้แป้น  PCU ท่าสายลวด  
 PCU ปางล้าน

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์  
คำชี้แจง โปรดวาดแผนภูมิแสดงลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานของท่าน

1. ในการปฏิบัติงานจริง ท่านมีลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Workflow processing)อย่างไรบ้าง

2. ในการปฏิบัติงานจริง ท่านมีลำดับขั้นการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน (Data workflow processing) อย่างไรบ้าง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการใช้ข้อมูลในการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หน้าคำตอบ หรือ เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

3. ท่านใช้ข้อมูลทางการแพทย์อะไรบ้าง ที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานประจำวัน

1. ประวัติทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่

ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ, วันเดือนปีเกิด, เลขประจำตัวประชาชน, ที่อยู่ปัจจุบัน

ข้อมูลญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อ : ชื่อ-สกุล, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ที่อยู่ติดต่อได้, หมายเลขโทรศัพท์

ข้อมูลโรงพยาบาล : ชื่อโรงพยาบาล, HN, AN, วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge, จำนวนวันนอน

2. ประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย ได้แก่

Chief complaint : อาการ/ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

Present illness : what, where, when, why, who, how, how many การรักษาที่ได้มาแล้ว

Past illness ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

History : ประวัติการแพ้ยา (กรณีแพ้ยา ควรจะมีบันทึกข้อความไว้ทุกหน้าของเวชระเบียน), family history, personal history, social history, growth and development/vaccination (กรณีผู้ป่วยเป็นเด็ก), ประวัติประจำเดือน (กรณีผู้ป่วยเป็นผู้หญิง) และประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง

Review of system : ศีรษะ ถึง เท้า

3. ผลการตรวจร่างกาย (Physical exam)

บันทึก vital signs ครบถ้วน (T, P, R, BP)

การบันทึก BP พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

การตรวจร่างกายตำแหน่งที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยละเอียด

การตรวจร่างกายทุกระบบ (ดู คลำ เคาะ ฟัง) กรณีที่บันทึกผลการตรวจไม่ครบทุกระบบ แต่มีการ

สรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) ได้แก่

- ผลตรวจเลือด : CBC, Glucose, Cholesterol, Electrolyte
- ผลตรวจปัสสาวะ (Urine analysis)
- ผลตรวจเสมหะ (Sputum culture)
- ผลตรวจอุจจาระ (Stool examination)
- การตรวจการทำงานของไต (Kidney function)
- การตรวจการทำงานของตับ (Liver function)
- การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function)
- การตรวจตั้งครรภ์ (Pregnancy Test)

5. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (Radiology)

- ผลตรวจ X-ray
- ผลตรวจ Ultrasound
- ผลตรวจคลื่นหัวใจ (EKG)

6. ผลการวินิจฉัยโรค (Diagnostic)

- 6.1 Principal diagnosis : การวินิจฉัยโรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา หรือเข้ารับการรักษานั้น และถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน

- 6.2 การวินิจฉัยอื่น (ถ้ามี) โดยแบ่งออกเป็น

- 1) Comorbidity หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมกพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

- 2) Complication หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วและเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมกพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

**3) Other diagnosis** หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

**4) External cause** หมายถึง สาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี

**6.3 Admission and discharge record**

**1) Procedure/Operation** (ถ้ามี) หมายถึงหัตถการที่ทำในขณะที่ผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในครั้งนั้นรวมถึงกรณีที่โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการที่หน่วยบริการอื่นและโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น โดยระบุรายละเอียด อวัยวะ ตำแหน่ง ข้างที่ทำ ครั้งที่ทำ วันเวลาที่ทำ และถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน

**2) Clinical summary** หมายถึง การสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาการ investigation การรักษา (การดำเนินของโรค) ผลการรักษา แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยโดยย่อ ซึ่งอาจจะสรุปไว้ในส่วนใดของเวชระเบียนก็ได้ (ส่วนใหญ่สรุปไว้ใน OPD card)

**3) Discharge status / type** หมายถึง สถานภาพผู้ป่วยขณะจำหน่าย/ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย **Discharge status:**complete recovery, improved, not improved, normal delivery, un-delivery, dead และ **Discharge type :**with approval, against advice, by escape, by transfer, other (specify), dead(autopsy), dead(no autopsy)

**4) การลงลายมือชื่อแพทย์** หมายถึง ลายมือชื่อแพทย์ที่รักษา/แพทย์ที่สรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา ทั้งนี้จะต้องมีชื่อแพทย์ที่สรุปกำกับด้วย

- 5) การสรุปการวินิจฉัยโรคและการทำหัตถการโดยใช้ตัวย่อที่เป็นสากล คือ ตัวย่อที่มีอยู่ในหนังสือ ICD-10, ICD-9-CM, Standard coding guidelines เท่านั้น
- 6) Cause of death (ถ้ามี) หมายถึงข้อมูลในส่วนของการสรุปสาเหตุการตาย
- 6.4 Consultation record: บันทึกการส่งปรึกษา, บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ (หลังจากรับ consult ครั้งแรก)
- 6.5 Operative notes : บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ นั้น โดยระบุรายละเอียดการผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด จำนวนเลือดที่สูญเสีย
7. ประวัติการรักษาด้วยยา (Pharmacy data) ได้แก่
- การแพ้ยา (Allergies)
  - ความเหมาะสมระหว่างการให้ยากับผลการวินิจฉัยโรค (Drug-diagnosis match)
  - ความเหมาะสมของขนาดและวิธีใช้ยา (Doses)
  - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction)
  - การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ หรือยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตามผลการรักษาเป็นพิเศษ (Pharmacy counselling)
  - ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug-related problem)
8. ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (Labour record) :บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด
- 8.1 การประเมินผู้คลอดแรกกับ : Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, GA), ANC history, complication, risk monitoring, PE)
  - 8.2 การประเมินผู้คลอดระยะระลอกคลอด : วัน เวลา ชีพจร ความดันโลหิต progress of labor (uterine contraction, cervical dilation & effacement, status of membrane), fetal assessment (FHR , movement, station), การให้ยา, complication
  - 8.3 การประเมินระยะคลอด : วันที่, ระยะเวลาการคลอดแต่ละ stage (เด็ก, รก), วิธีการคลอด, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การให้ยา, episiotomy, complication
  - 8.4 การประเมินระยะหลังคลอด :

- 1) มารดา : การให้ยา, placenta checked, complication, blood loss, VS. หลังคลอด 2 ชม.
- 2) ทารก : เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1? 5? 10?), complication, PE (head to toe assessment)

9. ประวัติการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up)

10. ประวัติการรักษาเพื่อการฟื้นฟู (Rehabilitation record) : บันทึกการดูแลผู้ป่วยเพื่อการแก้ไข ฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหวประกอบด้วย

1. บันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต
2. ตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
3. การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด ปัญหาหลักของผู้ป่วย
4. เป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด /หัตถการ และจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)
5. การรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง : ระบุวิธี/ตำแหน่งที่ทำการบำบัด ชนิดของการบำบัด หัตถการระยะเวลาที่ใช้ดูความก้าวหน้าทางการรักษา
6. การประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด
7. สรุปผลและการจำหน่ายผู้ป่วย
8. การให้ home program, การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ( patient/family education)

11. ประวัติการให้การพยาบาล (Nurses note) : เอกสารบันทึกการให้การพยาบาล, เอกสารบันทึกสัญญาณชีพ, เอกสารบันทึกการให้ยา ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วยเช่น การปวดแผล วิตกกังวล โอกาสติดเชื้อ โอกาสตกเลือด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มา ประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค
2. กิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสังเกตมดลูก การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ

คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย

3. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนด และอย่างต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน

4. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยไม่มีความผิดปกติอาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อ สถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การสอบกลับความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปี เวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ผู้นัดตรวจ

5. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อการฝึกหายใจ การไอ การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น

12. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. กรุณาแจ้งแจ้งรายการทำรายงานการปฏิบัติงานใดบ้าง เพื่อส่งรายงานการปฏิบัติงานไปยังส่วนกลาง

รายงาน 12 แฟ้ม

รายงาน 18 แฟ้ม

รายงานอุบัติการณ์การเกิด Medication Error

รายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction/Adverse drug event)

อื่นๆ (โปรด

ระบุ).....

5. ท่านต้องใช้ข้อมูลทางการแพทย์ใดบ้างประกอบการทำรายงานดังกล่าว (ตามนิยามและรายละเอียดในข้อ 3)

1. ประวัติทั่วไปของผู้ป่วย

2. ประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย : Chief complaint, Present illness, Past illness, History, family history, personal history, social history, growth and development/vaccination, Review of system
3. ผลการตรวจร่างกาย (Physical exam) : vital signs, BP, RR, ตำแหน่งที่มีอาการผิดปกติ, ตรวจร่างกายทุกระบบ (ดู คำ เคาะ ฟัง)
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) : ผลตรวจเลือด (=CBC, Glucose, Cholesterol, Electrolyte), ผลตรวจปัสสาวะ (Urine analysis), ผลตรวจเสมหะ (Sputum culture), ผลตรวจอุจจาระ (Stool examination), การตรวจการทำงานของไต (Kidney function), การตรวจการทำงานของตับ (Liver function), การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function), การตรวจตั้งครรภ์ (Pregnancy Test)
5. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (Radiology) : ผลตรวจ X-ray, ผลตรวจ Ultrasound, ผลตรวจคลื่นหัวใจ (EKG)
6. ผลการวินิจฉัยโรค (Diagnostic)
- Principal diagnosis : การวินิจฉัยโรคหลัก
  - การวินิจฉัยอื่น (ถ้ามี) โดยแบ่งออกเป็น Comorbidity, Complication, Other diagnosis, External cause
  - Admission and discharge record
  - Consultation record
  - Operative notes
7. ประวัติการรักษาด้วยยา (Pharmacy data)
- การแพ้ยา (Allergies)
  - ความเหมาะสมระหว่างการให้ยากับผลการวินิจฉัยโรค (Drug-diagnosis match)
  - ความเหมาะสมของขนาดและวิธีใช้ยา (Doses)
  - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction)
  - การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ หรือยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตามผลการรักษาเป็นพิเศษ (Pharmacy counselling)
  - ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug-related problem)
8. ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (Labour record)
9. ประวัติการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up)
10. ประวัติการรักษาเพื่อการฟื้นฟู หรือ กายภาพบำบัด (Rehabilitation record)

11. ประวัติการให้การพยาบาล (Nurses note)

12. อื่นๆ (โปรด

ระบุ).....

6. ท่านพบปัญหาจากระบบการปฏิบัติงานและการจัดทำรายงานการปฏิบัติงานดังกล่าว (ในข้อ 1 และ 3) อย่างไรบ้าง

มีการลงข้อมูลในระบบที่ซ้ำซ้อน ทำให้เพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

มีโปรแกรมระบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่หลากหลายและไม่สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้

ข้อมูลสำคัญบางอย่างเกิดการสูญหายจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่มีความคุณภาพ และนำข้อมูลผิดพลาดเข้าสู่ระบบ

ความต้องการใช้ข้อมูลในแต่ละปีของแต่ละหน่วยงาน มีการปรับเปลี่ยนไปทุกๆปี ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาไปในการจัดการข้อมูลรายงานมากกว่าการทำงานสาธารณสุข และการให้บริการแบบเชิงรุก

ข้อมูลที่ถูกส่งเข้าสู่ส่วนกลาง ไม่สะท้อนภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ส่งผลให้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสร้างนโยบายระดับชาติ ไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชน

อื่นๆ โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ในการปฏิบัติงานจริง ท่านมีลำดับขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยปฐมภูมิไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลแม่สอด หรือการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่สอดไปยังหน่วยปฐมภูมิอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
7.1. ท่านมีการให้ข้อมูลอะไรบ้างในการส่งต่อการรักษาผู้ป่วย(ตามนิยามและรายละเอียด  
ในข้อ 3)

- 1. ประวัติทั่วไปของผู้ป่วย
- 2. ประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย : Chief complaint, Present illness, Past illness, History, family history, personal history, social history, growth and development/vaccination, Review of system
- 3. ผลการตรวจร่างกาย (Physical exam) : vital signs, BP, RR, ตำแหน่งที่มีอาการผิดปกติ, ตรวจร่างกายทุกระบบ (ดู คอ ลำ เคาะ ฟัง)
- 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) : ผลตรวจเลือด (=CBC, Glucose, Cholesterol, Electrolyte), ผลตรวจปัสสาวะ (Urine analysis), ผลตรวจเสมหะ (Sputum culture), ผลตรวจอุจจาระ (Stool examination), การตรวจการทำงานของไต (Kidney function), การตรวจการทำงานของตับ (Liver function), การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function), การตรวจตั้งครรภ์ (Pregnancy Test)
- 5. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (Radiology) : ผลตรวจ X-ray, ผลตรวจ Ultrasound, ผลตรวจคลื่นหัวใจ (EKG)
- 6. ผลการวินิจฉัยโรค (Diagnostic)
  - Principal diagnosis : การวินิจฉัยโรคหลัก
  - การวินิจฉัยอื่น (ถ้ามี) โดยแบ่งออกเป็น Comorbidity, Complication, Other diagnosis, External cause
  - Admission and discharge record
  - Consultation record
  - Operative notes
- 7. ประวัติการรักษาด้วยยา (Pharmacy data)
  - การแพ้ยา (Allergies)
  - ความเหมาะสมระหว่างการใช้ยากับผลการวินิจฉัยโรค (Drug-diagnosis match)
  - ความเหมาะสมของขนาดและวิธีใช้ยา (Doses)
  - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction)

การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ หรือยาความเสี่ยงสูงที่ต้อง  
ติดตามผลการรักษาเป็นพิเศษ (Pharmacy counselling)

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug-related problem)

8. ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (Labour record)

9. ประวัติการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up)

10. ประวัติการรักษาเพื่อการฟื้นฟู หรือ กายภาพบำบัด (Rehabilitation record)

11. ประวัติการให้การพยาบาล (Nurses note)

12. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7.2. พบปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

การส่งต่อข้อมูลด้วย “จดหมายส่งตัว” ที่ให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย นำส่งเอง อาจทำให้เกิด  
การสูญหายของข้อมูล ส่งผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง และอาจต้องเริ่มให้การรักษากับ  
ผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง

มีการลงข้อมูลในระบบที่ซ้ำซ้อน ทำให้เพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ข้อมูลสำคัญบางอย่างเกิดการสูญหาย เนื่องจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้  
ข้อมูลที่ได้ไม่มีคุณภาพ และนำข้อมูลผิดพลาดเข้าสู่ระบบ

อื่นๆ โปรด  
ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.3. ท่านอยากให้ระบบการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณที่ให้ความอนุเคราะห์ค่ะ

## ภาคผนวก ง

### แบบสอบถามความพึงพอใจในการทดลองใช้โปรแกรมแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ (Health Information Exchange : HIE)

ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

\* Required

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

##### 1. เพศ \*

- ชาย
- หญิง

##### 2. อายุ \*

- ต่ำกว่า 20 ปี
- 20-30 ปี
- 31-40 ปี
- 41-50 ปี
- 51-60 ปี
- มากกว่า 60 ปี

##### 4. อาชีพ/วิชาชีพ \*

- แพทย์
- ทันตแพทย์
- เภสัชกร
- พยาบาล
- เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม
- นักวิชาการสาธารณสุข
- Other:

3. การศึกษาสูงสุด \*

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ปริญญาตรี
- ปริญญาโท
- ปริญญาเอก
- Other:

6. สถานที่ทำงาน \*

- โรงพยาบาลแม่สอด
- หน่วยปฐมภูมิ (PCU)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.)
- คลินิกอบอุ่น
- Other:

7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานดังกล่าว \*

- น้อยกว่า 1 ปี
- 1-5 ปี
- 6-10 ปี
- 11-15 ปี
- มากกว่า 15 ปี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

ตอนที่ 2 ประเมินทักษะการใช้งานคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต \*

ประเมินตนเองว่ามีความรู้/ความเข้าใจ/ความเชี่ยวชาญ ในหัวข้อต่อไปนี้อยู่ในระดับใด โดยให้ระดับคะแนนดังนี้

ไม่ สามารถ ใช้ได้เลย/ ไม่เข้าใจ/ ไม่รู้จัก	ใช้ได้เพียง เล็กน้อย/ เข้าใจเพียง เล็กน้อย	พอใช้ได้/ พอเข้าใจ	สามารถ ใช้ได้ดี/มี ความ เข้าใจเป็น อย่างดี	สามารถ ใช้ได้ดี มาก/มี ความ เข้าใจดี มาก	สามารถ ใช้ได้ อย่าง เชี่ยวชาญ/มี ความเข้าใจ อย่าง แตกฉาน
--	---	-----------------------	--	---	--

8. ทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ชนิดตั้งโต๊ะ และอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เมาส์ แป้นพิมพ์ เครื่องพิมพ์ เป็นต้น

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. ทักษะในการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ชนิดพกพาต่างๆ เช่น แท็บเล็ต ไอแพด ไอโฟน เป็นต้น

<input type="radio"/>					
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

ไม่ สามารถ ใช้ได้เลย/ ไม่เข้าใจ/ ไม่รู้จัก	ใช้ได้เพียง เล็กน้อย/ เข้าใจเพียง เล็กน้อย	พอใช้ได้/ พอเข้าใจ	สามารถใช้ดี/มี ความ เข้าใจเป็น อย่างดี	สามารถใช้ดี มาก/มี ความ เข้าใจดี มาก	สามารถใช้ ได้อย่าง เชี่ยวชาญ/มี ความเข้าใจ อย่าง แตกฉาน
--	---	-----------------------	---	--	--

10. ทักษะ ในการใช้ โปรแกรม HosXP	<input type="radio"/>					
11. ทักษะ ในการใช้ โปรแกรม JHCIS	<input type="radio"/>					
12. ทักษะ ในการใช้ งาน อินเทอร์เน็ต เช่น การใช้ อีเมลล์ การ ค้นหาข้อมูล จาก ฐานข้อมูล ใน อินเทอร์เน็ต ต่างๆ เป็น ต้น	<input type="radio"/>					

ตอนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจจากการทดลองใช้โปรแกรม HIE \*

ท่านมีความพึงพอใจหลังจากได้ทดลองใช้โปรแกรม HIE มาก/น้อยเพียงใด

	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
13. ง่ายต่อ การใช้งานไม่ ซับซ้อน	<input type="radio"/>				
14. การ ออกแบบ หน้าจอคู่มือ เหมาะสม	<input type="radio"/>				
15. โปรแกรมมี ความเสถียร เข้าใช้งานได้ ตลอด	<input type="radio"/>				
16. ข้อมูลที่ ได้มีความ ถูกต้อง ครบถ้วน	<input type="radio"/>				
17. ภาษาที่ใช้ ตรงและง่าย ต่อการใ้ งาน	<input type="radio"/>				
18. มีการ จัดการข้อมูล ให้เป็น ปัจจุบันอยู่ เสมอ	<input type="radio"/>				
19. มีการ	<input type="radio"/>				

น้อยที่สุด      น้อย      ปานกลาง      มาก      มากที่สุด

กำหนดรหัส  
ผู้ใช้และ  
รหัสผ่าน

20. มีการ

ตรวจสอบ

สิทธิ์ก่อนการ

ใช้งาน



21.

โปรแกรมทำ

ให้การ

ทำงานมี

ประสิทธิภาพ

และ ลด

ขั้นตอนใน

การ

ปฏิบัติงาน



22.

โปรแกรม

สามารถช่วย

แก้ปัญหา

เรื่องการส่ง

ต่อข้อมูลของ

ผู้ป่วยได้



ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรม ระบบแลกเปลี่ยนทางการแพทย์ (Health Information

Exchange : hEX)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

100%: You made it.

Powered by

Google Forms

This content is neither created nor endorsed by Google.

[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ภาคผนวก จ

### แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์เชิงคลินิก

#### คำชี้แจง

แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์เชิงคลินิกฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จัดทำขึ้นโดย เกษัชกรหญิงบุญทริกา ไทยกล้า นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการทางเภสัชกรรม ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอาจารย์ที่ปรึกษาหลักคือ อาจารย์ ดร.ภก.สกันต์ สุภากุล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโปรแกรมระบบการจัดการข้อมูลที่แตกต่างกัน ให้สามารถนำข้อมูลทางการแพทย์มาใช้งานร่วมกันได้ และประเมินผลการใช้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system), การเพิ่มการรายงานอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เช่น การรายงานอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ (Repeated drug allergies) การรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction/adverse drug event) ในกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในผู้ให้บริการทางการแพทย์ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ทำให้ได้ข้อมูลทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสามารถนำมาวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานและการทำรายงานส่งไปยังหน่วยงานส่วนกลางได้ นอกจากนี้ยังนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เป็นระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในวงกว้างต่อไปได้

ผู้ที่ลงข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลนี้ควรจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ใช้ข้อมูลทางการแพทย์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ ในโรงพยาบาลแม่สอด และเครือข่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขและผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์มายังท่านให้ช่วยตอบแบบสำรวจนี้ โดยแบบสำรวจข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction/Adverse drug event)

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการใช้ข้อมูลในการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ (Referral system Problem)

อนึ่ง ข้อมูลที่ท่านบันทึกในแบบเก็บข้อมูลในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือองค์กรแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจจะไม่เปิดเผยว่าเป็นคำตอบของผู้ใด หน่วยงานใด การเผยแพร่จะทำในลักษณะภาพรวม และจะนำผลการวิเคราะห์มาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการตอบแบบสำรวจฉบับนี้

เกษัชกรหญิงบุญทริกา ไทยกล้า  
เบอร์ติดต่อ 085-0367727

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## คำนิยาม

**อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ( Medication error )** ในงานวิจัยนี้หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลกระทบต่อสุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึง การสั่งจ่าย การสื่อสารคำสั่งจ่าย การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา ( Prescribing error : PE )
2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งจ่ายยา ( Transcribing error : TE )
3. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา ( pre-Dispensing error & Dispensing error : DE )
4. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาหรือบริหารยา ( Administration error : AE )

**อาการหรือเหตุการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ( Adverse drug reaction/adverse drug event )** ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ( WHO )

**อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ( Adverse drug reaction : ADR )** หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาในขนาดปกติ แต่ไม่รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการใช้ยาในทางที่ผิด

**เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ( Adverse drug event: ADE )** หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้ยาและอาจมีสาเหตุมาจากยา

**ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ( Referral system )** ในงานวิจัยนี้หมายถึงระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งจากโรงพยาบาลแม่สอด ไปยังหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ( Primary Care Unit : PCU ) และระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยจากหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ( PCU ) ไปยังโรงพยาบาลแม่สอด

**Clinical Data Collecting : Medication Error**

(แบบเก็บข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา) ประจำเดือน.....ปี พ.ศ.....

วันที่	HN/PN ของผู้ป่วย	สถานที่เกิด เหตุการณ์	ประเภทของ Medication Error				สรุปเหตุการณ์โดยย่อ	หมายเหตุ
			PE	TE	DE	AE		
	<input type="checkbox"/> HN..... <input type="checkbox"/> PN.....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่ สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่ สอด						
	<input type="checkbox"/> HN..... <input type="checkbox"/> PN.....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่ สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่ สอด						

**Clinical Data Collecting : Adverse drug reaction/Adverse drug event (ADR/ADE)**  
 (แบบเก็บข้อมูลรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา) ประจำเดือน.....ปี พ.ศ.....

วันที่	HN/PN ของผู้ป่วย	สถานที่เกิด เหตุการณ์	ประเภทของ ADR/ADE				สรุปเหตุการณ์โดยย่อ	หมายเหตุ
			แพ้ยา รายใหม่	แพ้ยาซ้ำ	S/E* จากยา	อื่นๆ		
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่ สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่ สอด						
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่ สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่ สอด						
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่ สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่ สอด						

หมายเหตุ \*S/E= Side Effect หมายถึง ผลข้างเคียงจากยา

**Clinical Data Collecting : Referral System Problem**

(แบบเก็บข้อมูลรายงานการเกิดปัญหาในการส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาล) ประจำเดือน.....ปี พ.ศ.....

วันที่	HN/PN ของผู้ป่วย	สถานที่เกิด เหตุการณ์	ประเภทของ Referral System Problem				สรุปเหตุการณ์โดยย่อ	หมายเหตุ
			ข้อมูลสูญ หาย	ลงข้อมูล ไม่ สมบูรณ์	ลงข้อมูล ซ้ำซ้อน กัน	อื่นๆ		
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่สอด						
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่สอด						
	<input type="checkbox"/> HN..... ..... <input type="checkbox"/> PN..... .....	<input type="checkbox"/> รพ.แม่สอด <input type="checkbox"/> PCUแม่สอด						

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล นางสาวบุณชริกา ไทยกล้า

วัน เดือน ปี เกิด 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2523

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2547 เกษศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### ประสบการณ์

พ.ศ.2547-พ.ศ.2548 เกษชกรปฏิบัติการ งานบริการเกษชกรรมผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานเกษชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

พ.ศ.2548-2555 เกษชกรปฏิบัติการ งานบริการเกษชกรรมผู้ป่วยใน

กลุ่มงานเกษชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

พ.ศ.2555-ปัจจุบัน เกษชกรชำนาญการ หัวหน้างานบริการเกษชกรรมผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานเกษชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

### ผลงานตีพิมพ์

บุณชริกา ไทยกล้า, สกนธ์ สุภากุล. (2557). “การพัฒนาระบบ

แลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ในผู้ให้บริการทางการแพทย์

ของเครือข่ายคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ”. วารสารสมาคม

เกษชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 24 (1) (มกราคม-

เมษายน)

