|  |  |
| --- | --- |
| **คู่มือการให้บริการ :** | การให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย Bone scan |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ :** | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภารกิจวิชาการและการแพทย์ |
| **ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ :** | โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ |
|  | |
| **ส่วนของการสร้างกระบวนงาน** | | |
| 1. ชื่อกระบวนงาน : | การให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย Bone scan | |
| 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ กลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภารกิจวิชาการและการแพทย์ | |
| 3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ | | |
| กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ : | ผู้ป่วยที่ถูกส่งตรวจ Bone scan จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 200 ราย | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ส่วนของคู่มือการให้บริการ** | |
| 4. ชื่องานบริการ/กระบวนงาน : การให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย Bone scan | |
| 5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ : | |
| 5.1 ประเภทช่องทาง :   1. งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ อาคารสิริกิติยสมบูรณ สวางควัฒน์   2. โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี 139 หมู่ 4 ตำบลบังสั่น อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี  3. http://192.168.250.200/mcc/  4. 02-5461960 ต่อ 1315, 1302  5. ton\_ahs@hotmail.com  6. รหัสไปรษณีย์ 12110 | 5.2 วันที่เปิดให้บริการ : |
| วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ วันพฤหัสบดี วันศุกร์  วันเสาร์ วันอาทิตย์  ไม่เว้นวันหยุดราชการ |
| 5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : |
| บริการตลอด 24 ชั่วโมง  08.30-16.30 น. พักเที่ยง 12.00-13.00 น.  16.30-20.00 น. อื่น ๆ |
| หมายเหตุ : |  |

|  |
| --- |
| 6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี) |
| 1. ใบส่งตรวจ (Request Form) จำนวน 1 ฉบับ  2. บัตรประชาชน  2. เอกสารใบนัดตรวจตัวจริง จำนวน 1 ชุด  3. เอกสารใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด จำนวน 1 ชุด  4. น้ำดื่มขนาด 1500 CC จำนวน 1 ขวด |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ | | | | | | |
| **ที่** | **ขั้นตอน** | **รายละเอียดของ**  **ขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลา**  **การให้บริการ** | **หน่วยเวลา** | **ส่วนงาน/หน่วยงาน**  **ที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| 1. | กระบวนการนัดระบบนัดออนไลน์ E-Appointment | ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และต้องเข้าสู่ระบบนัด โดยจะนัดในระบบนัดออนไลน์ของโรงพยาบาล e-Appointment ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับใบนัดตรวจที่ระบุวันเวลา และการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจ | 10 | นาที | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์/งานพยาบาลผู้ป่วยนอก |  |
| 2. | ตรวจสอบเอกสารสิทธิ์ ใบส่งตัว ชำระการเงิน | ยื่นใบนัดและเอกสารสิทธิ์ ใบส่งตัว ตามวันและเวลาที่ปรากฏในใบนัด ณ จุดรับบริการตรวจสอบสิทธิ์ จากนั้นนำใบนัดไปยื่นที่แผนกการเงินเพื่อชำระค่าใช้จ่าย และเจ้าหน้าที่การเงินจะคืนใบนัดแก่ผู้ป่วยพร้อมประทับตราที่ใบนัด แสดงถึงการชำระเงินแล้ว | 30 | นาที | งานตรวจสอบสิทธิ์  และการเงิน |  |
| 3. | ยื่นใบนัดตรวจ | นำใบนัดที่ได้ ไปยื่นต่อเจ้าหน้าที่ที่งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ อาคารสิริกิติยสมบูรณ สวางควัฒน์ | 5 | นาที | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ |  |
| 4. | การบริหารสารเภสัชรังสี | รอเรียกชื่อเพื่อทำการอธิบายขั้นตอนการตรวจและบริหารสารเภสัชรังสี Tc-99m-MDP โดยนักรังสีการแพทย์ หลังการบริหารสารเภสัชรังสีเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยต้องรอประมาณ 3-4 ชั่วโมงเพื่อให้สารเภสัชรังสีที่ฉีดเข้าไปในตัวผู้ป่วยจับกับกระดูก และระหว่างที่รอนั้น ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำให้หมดประมาณ 1 ลิตรขึ้นไป เพื่อขับสารเภสัชรังสีที่จับกับเนื้อเยื่อออกและปัสสาวะออกบ่อยๆ ผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้ตามปกติ | 195 | นาที | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ |  |
| 5. | การตรวจสแกนกระดูก | เมื่อครบเวลาตามที่กำหนดผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าเครื่องตรวจ เพื่อทำการสแกนกระดูก ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที | 45 | นาที | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ |  |
| 6. |  | ผู้ป่วยกลับบ้านและมาพบแพทย์ตามวันและเวลาในใบนัดตรวจ |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| **ระยะเวลาดำเนินการรวม :** | | | | | | **285 นาที** |

|  |
| --- |
| 8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว |
| **ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ | | | | | | | | |
| 9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ | | | | | | | | |
| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | | **ส่วนงาน/หน่วยงาน**  **ที่รับผิดชอบ** | **จำนวน**  **เอกสารฉบับจริง** | **จำนวน**  **เอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร**  **(ฉบับ/ชุด)** | **หมายเหตุ** | |
| 1 | บัตรประจำตัวประชาชน | |  | 1 |  | ชุด |  | |
| 2 | เอกสารสิทธ์ใบส่งตัว | | โรงพยาบาลต้นสังกัด | 1 | 1 | ชุด |  | |
| 3 | ใบนัดตรวจ | | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์/งานพยาบาลผู้ป่วยนอก/โรงพยาบาลต้นสังกัด | 1 |  | ชุด |  | |
| 9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี) | | | | | | | | |
| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | | **ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **จำนวนเอกสารฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร**  **(ฉบับ/ชุด)** | **หมายเหตุ** | |
| 1 | ใบส่งตรวจ (Request Form) | | งานพยาบาลผู้ป่วยนอก/โรงพยาบาลต้นสังกัด | 1 |  | ฉบับ |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
| 10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ 4,000 บาท | | | | | | | |
| รายละเอียดค่าธรรมเนียม : | |  | | | | | |
| ค่าธรรมเนียม : | | 4,100 บาท | | | | | |
| หมายเหตุ : | | ค่าตรวจ 4,000 บาท ค่าบริการผู้ป่วยนอก 100 บาท | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม | |
| 1. | ฝ่ายการเงิน อาคารกาญจนบารมี ชั้น 1 |
| 2. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12. ช่องทางการร้องเรียน | |
| 1. | งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ หรือ โทร 02-5461960 ต่อ 1302,1315 |
| 2. | กล่องรับความคิดเห็น ทุกหน่วยงาน |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี) | |
| ชื่อเอกสาร : |  |
| ขอรับเอกสาร : |  |

|  |
| --- |
| 14. หมายเหตุ |
| 1) การมาติดต่อควรมาในช่วงเวลาที่นัดหมาย  2) ถ้าไม่สามารถมาติดต่อได้ตามกำหนดนัด ให้โทรแจ้งเลื่อนนัดล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วันทำการ  3) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ จำเป็นต้องพาผู้ปกครองมาด้วย |