|  |  |
| --- | --- |
| **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, 13025. ton\_ahs@hotmail.com6. 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 ฉบับ2. บัตรประชาชน 2. เอกสารใบนัดตรวจตัวจริง จำนวน 1 ชุด3. เอกสารใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด จำนวน 1 ชุด4. 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 | งานตรวจสอบสิทธิ์และการเงิน |  |
| 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) การมาติดต่อควรมาในช่วงเวลาที่นัดหมาย2) ถ้าไม่สามารถมาติดต่อได้ตามกำหนดนัด ให้โทรแจ้งเลื่อนนัดล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วันทำการ3) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ จำเป็นต้องพาผู้ปกครองมาด้วย |