

คู่มือการปฏิบัติงานการขอสำเนาเวชระเบียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานการขอสำเนาเวชระเบียน
2. เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการขอสำเนา
3. เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการอย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว
4. เพื่อป้องกันประวัติผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยผู้อื่น

ขอบเขตความรับผิดชอบ

1. ตรวจสอบเอกสารแบบคำขอสำเนาเอกสารเวชระเบียน
2. ให้บริการจัดทำสำเนาเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
3. จัดเก็บหลักฐานการขอสำเนาเวชระเบียน
4. ติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความ

จัดทำสำเนาเอกสารเวชระเบียนและเอกสารอื่นๆ เช่น ผลเจาะเลือด พยาธิวิทยา EKG X-ray ผลส่งกล้อง และ เอกสารอื่นๆ ตามแบบเอกสารคำขอ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้มีสิทธิขอถ่ายสำเนา

1. เจ้าของเวชระเบียน
2. ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีเจ้าของเวชระเบียนเสียชีวิต หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ

หลักฐานประกอบการยื่นขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อการรักษา

1. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
2. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทน (กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเอง)
3. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่อด้วยตนเอง)
4. เอกสารอื่นๆ เช่น หนังสือจดหมายจากผู้เกี่ยวข้อง

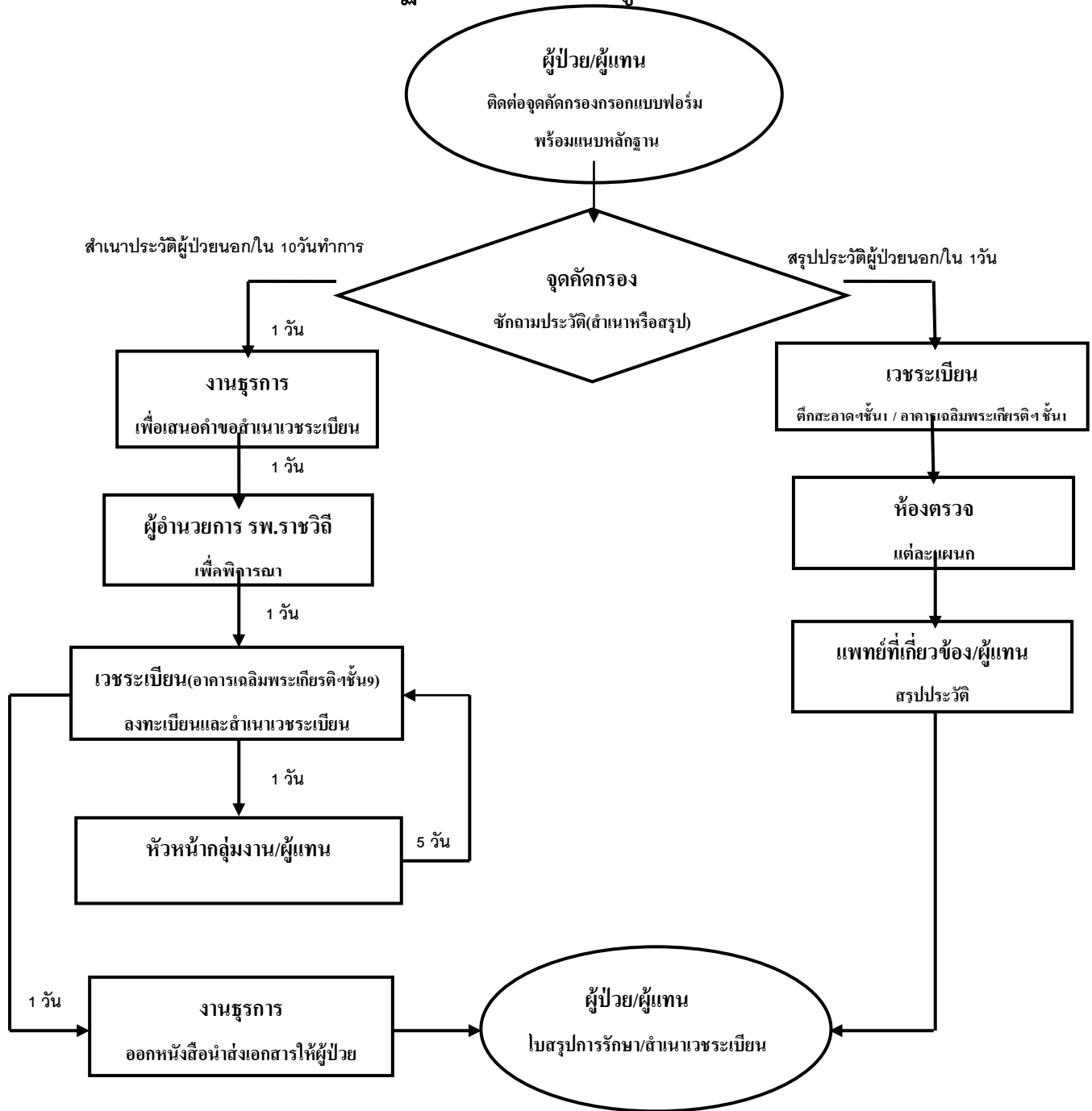
ขั้นตอนการขอประวัติเพื่อการรักษา (แพทย์สรุป)

1. ผู้ป่วยหรือผู้แทน ติดต่อจุดคัดกรอง แจ้งความประสงค์
2. ห้องบัตร สร้าง visit ส่งห้องตรวจแต่ละแผนก
3. ห้องตรวจแต่ละแผนกเตรียมเอกสาร ใบสรุปประวัติ
4. แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ผู้แทน สรุปประวัติเพื่อการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติ

ขั้นตอนการขอประวัติเพื่อการรักษา (สำเนาประวัติ)

- 1.ผู้ป่วยติดต่อจุดคัดกรองแจ้งความประสงค์และกรอกแบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาพร้อมแนบหลักฐาน
- 2.จุดคัดกรองตรวจสอบเอกสารและแนะนำผู้ป่วยติดต่อธุรการเพื่อยื่นแบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติการรักษาพร้อมหลักฐาน
- 3.งานธุรการแนบบแบบฟอร์มคำขอสำเนาประวัติการรักษาเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อพิจารณา
- 4.เวชระเบียนลงทะเบียนและสำเนาเวชระเบียนตามเอกสารอนุญาตจากผู้อำนวยการ รพ.ราชวิถี
- 5.หัวหน้ากลุ่มงานหรือแพทย์ผู้แทนพิจารณาเอกสารสำเนาเวชระเบียน
- 6.งานธุรการประสานผู้ป่วยมารับเอกสารหรือจัดส่งไปรษณีย์

แนวทางปฏิบัติการขอประวัติผู้ป่วยเพื่อการรักษา



หมายเหตุ ผู้ขอถ่ายเอกสารจะต้องเสียค่าธรรมเนียมในการถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนในอัตราที่กำหนดไว้ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่องการเรียกค่าธรรมเนียมการขอสำเนา หรือขอสำเนาที่มีค่ารับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารทางราชการ

แนวทางปฏิบัติการขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อการรักษา (สรุประวัติผู้ป่วยนอก/ใน)

อุปกรณ์ / เอกสาร	ขั้นตอน	ผู้ปฏิบัติ
<ul style="list-style-type: none"> - สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย - สำเนาบัตรประชาชนผู้แทน - หนังสือมอบอำนาจ - ใบคัดกรองผู้ป่วยเก่า - ใบกำกับสิทธิการรักษา - ใบคัดกรองผู้ป่วยเก่า - ใบสรุประวัติการรักษา/ OPD Card A4 - ใบคัดกรองผู้ป่วยเก่า - ใบสรุประวัติการรักษา/OPD Card A4 - ใบสรุประวัติการรักษา/OPD Card A4 - ใบสรุประวัติการรักษา 	<pre> graph TD A([ผู้ป่วย/ผู้แทน ติดต่อจุดคัดกรองกรอกแบบฟอร์มพร้อมหลักฐาน]) --> B[จุดคัดกรอง ติ๊กสอาดฯชั้น1 / อาคารเฉลิมพระเกียรติฯชั้น1] B --> C[เวชระเบียน ติ๊กสอาดชั้น1/อาคารเฉลิมพระเกียรติฯชั้น1] C --> D[ห้องตรวจ แต่ละแผนก] D --> E[แพทย์ที่เกี่ยวข้อง/ผู้แทน สรุประวัติ] E --> F([ผู้ป่วย/ผู้แทน รับใบสรุประวัติการรักษา]) </pre>	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วย/ผู้แทน - พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรอง - เจ้าหน้าที่เวชระเบียน - พยาบาลวิชาชีพ - แพทย์เจ้าของไข้/ผู้แทน - ผู้ป่วย / ผู้แทน

หมายเหตุ	<p>**กรณีเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น บิดา มารดา ต้องเตรียมเอกสารดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่ทางราชการออกให้ ของเจ้าของเวชระเบียนและผู้แทนโดยชอบธรรม รับรองสำเนาถูกต้อง 2. หลักฐานทะเบียนบ้าน ของผู้แทน
-----------------	--

แนวทางปฏิบัติการขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อการรักษา (สำเนาประวัติผู้ป่วยนอก/ใน)

อุปกรณ์ / เอกสาร	ขั้นตอน	ผู้ปฏิบัติ
<ul style="list-style-type: none"> - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย - สำเนาบัตรประชาชนผู้แทน - หนังสือมอบอำนาจ - เอกสารผู้แทนโดยชอบธรรม(**) - ใบคัดกรองผู้ป่วยเก่า - แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษา - แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษา พร้อมหลักฐาน - แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาพร้อมหลักฐาน - แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาพร้อมหลักฐาน - สำเนาเวชระเบียน เช่น <ol style="list-style-type: none"> 1.Discharge Summary Note 2.Operative Note 3.doctor order 4.ผลตรวจพิเศษต่างๆ -หนังสือนำส่งเอกสาร -สำเนาเวชระเบียน -สำเนาเวชระเบียน 		<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วย/ผู้แทน - พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรอง -เจ้าหน้าที่งานธุรการ - ผู้อำนวยการ รพ.ราชวิถี - เจ้าหน้าที่เวชระเบียน - แพทย์เจ้าของไข้/ผู้แทน - เจ้าหน้าที่งานธุรการ - ผู้ป่วย / ผู้แทน
หมายเหตุ	<p>**กรณีเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น บิดา มารดา ต้องเตรียมเอกสารดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่ทางราชการออกให้ ของเจ้าของเวชระเบียนและผู้แทนโดยชอบธรรม รับรองสำเนาถูกต้อง 2. หลักฐานทะเบียนบ้าน ของผู้แทน 	

แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษา

โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มีความประสงค์จะขอทราบข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....HN.....

ระหว่าง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อใช้ในการ.....พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานประกอบ ดังนี้

สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย หนังสือมอบอำนาจของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้ยื่นคำขอด้วยตนเอง

สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ หลักฐานแสดงเหตุผลและความจำเป็นในการขอสำเนาเวชระเบียน (ระบุ).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการสำเนาประวัติการรักษาเรียบร้อยแล้ว ตามใบเสร็จ เล่มที่.....เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับสำเนาประวัติการรักษาในรูปแบบ เอกสาร ซีดี (CD) อีเมลล์ (Email).....

(ที่อยู่ส่งกลับ.....)

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำร้อง

<p>สรุปประวัติการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> สรุปประวัติผู้ป่วยใน AN..... ของแพทย์ชื่อ.....นัดมารับวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> สรุปประวัติผู้ป่วยนอกของแพทย์ชื่อ..... วันที่.....ถึงวันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้แทน (.....)</p>	<p>สำเนาประวัติการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต สำเนาประวัติผู้ป่วยในAN..... ของแพทย์ชื่อ.....นัดมารับวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาตสำเนาประวัติผู้ป่วยนอกของแพทย์ชื่อ..... วันที่.....ถึงวันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ผู้แทน (.....)</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงาน.....</p>
--	---

งานเวชระเบียนและสถิติ

ได้สำเนาเวชระเบียนแล้วจำนวน.....แผ่น

ลงชื่อ.....ผู้ถ่ายสำเนา

(.....)

วันที่.....