



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
กรมการแพทย์

คู่มือการให้บริการ : การบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและเครื่องมือพิเศษ
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
๑. ชื่อกระบวนการ:	การบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
๓. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้รับบริการเฉลี่ย ๕๐ ราย/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
๔. ชื่องานบริการ/กระบวนการ:การบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	
๕. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
๕.๑ ประเภทช่องทาง	๕.๒ วันที่เปิดให้บริการ :
๑. ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน ที่อยู่ ๔๓๑ ถ.สุราษฎร์-นาสาร หมู่ ๕ ต.ขุนทะเล อ. เมืองฯ จ. สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๐๐	<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 <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
๒. ติดต่อทางโทรศัพท์ ๐๗๗-๒๗๗๕๕๕ ต่อ ๗๕๘๖ หรือ ๐๘ ๖๔๗๑ ๑๐๐๘	๕.๓ เวลาที่เปิดให้บริการ : <input type="checkbox"/> บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. <input type="checkbox"/> ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น.

๖. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต (ถ้ามี)
๖.๑ วันที่มารับบริการส่งตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้รับบริการต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติตัวในการเตรียมการส่งกล้องลำไส้ใหญ่ให้ครบทุกขั้นตอนในวันมารับบริการ
๖.๒ กรณีที่ได้ปฏิบัติตัวทุกขั้นตอนตามคำแนะนำแล้ว ยังถ่ายอุจจาระไม่หมด อาจพิจารณาสวนอุจจาระที่หอผู้ป่วยใน
๖.๓ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ อาจจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลก่อน ๑ วัน ก่อนการส่งกล้องตรวจ

๗. ขั้นตอนการบริการ

ที่	ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	ครั้งที่ ๑ ขั้นตอนการนัดส่งกล้อง ผู้ป่วยใหม่ - กรอกประวัติในแบบฟอร์ม ผู้ป่วยเก่า - ยืนยันบัตรโรงพยาบาล	๑๐ นาที ๕ นาที	งานเวชระเบียน งานเวชระเบียน	
๒.	ตรวจสอบสิทธิ	๕ นาที	งานตรวจสอบสิทธิ	
๓.	ซักประวัติ/ประเมินสภาพร่างกาย/ วัดสัญญาณชีพ	๕ นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เฉพาะทางโรคมะเร็ง	
๔.	พบแพทย์	๑๐ นาที	ภารกิจด้านวิชาการ และการแพทย์	
๕.	เตรียมร่างกาย - EKG - เจาะเลือด - X - ray	๑๐ นาที ๖๐ นาที ๒๐ นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เฉพาะทางโรคมะเร็ง พยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย	
๖.	พบแพทย์ให้การรักษา	๑๐ นาที	ภารกิจด้านวิชาการ และการแพทย์	
๗.	นัดคิวและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ในการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	๑๐ นาที	พยาบาลผู้ป่วยนอก	คิวนัดไม่เกิน ๓ สัปดาห์
๘.	ชำระเงิน	๕ นาที	ฝ่ายการเงินและบัญชี	
๙.	รับยา	๕ นาที	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
๑๐.	ติดตามผู้รับบริการล่วงหน้า ๔ วัน เพื่อยืนยันวันที่นัดตรวจ/เลื่อนนัด/ ยกเลิกนัด	๕ นาที/ราย	พยาบาลผู้ป่วยนอก	กรณีเลื่อนนัดหรือยกเลิก คิว จะนำรายชื่อ ผู้รับบริการคิวถัดไปมาลง ในคิวที่ว่าง เพื่อลดระยะ รอคอยบริการ
	รวมเวลาทุกขั้นตอนในการให้บริการ	๑๖๐ นาที (๒ ชม. ๔๐ นาที)		

ที่	ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา การให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	ครั้งที่๒ ขั้นตอนการส่งกล้อง ผู้ป่วยยื่นบัตรโรงพยาบาล/ตรวจสอบ สิทธิ	๕ นาที	งานเวชระเบียน/ งานตรวจสอบสิทธิ	
๒.	ซักประวัติ/ประเมินสภาพร่างกายและ การเตรียมลำไส้ก่อนการส่งกล้อง/ วัดสัญญาณชีพ	๑๐ นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ	
๓.	ให้บริการตรวจสอบส่งกล้องและรายงาน ผลการตรวจ	๔๕-๖๐ นาที	ภารกิจด้านวิชาการ และการแพทย์/ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ	ระยะเวลาการตรวจ ส่งกล้องอาจเพิ่มขึ้น แล้วแต่ความยากง่าย ในการส่งกล้องของ แต่ละบุคคล
๔.	ให้ข้อมูลการรักษา/แจ้งผลการตรวจ/ สั่งยา	๑๐ นาที	ภารกิจด้านวิชาการ และการแพทย์	
๕.	ให้คำแนะนำหลังการส่งกล้อง วันนัดและใบสั่งยา	๑๐ นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ	
๖.	ชำระเงิน	๕ นาที	ฝ่ายการเงินและบัญชี	
๗.	รับยา	๕ นาที	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
	รวมเวลาทุกขั้นตอนในการให้บริการ	๙๐-๑๐๕ นาที (๑ ชม. ๓๐ นาทีถึง ๑ ชม. ๔๕ นาที)		

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

๙. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ
๙.๑ แบบฟอร์มประวัติผู้รับบริการหรือบัตรประจำตัวผู้ป่วยจำนวน ๑ ฉบับ
๙.๒ บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประกันสังคมตัวจริง พร้อมสำเนาที่มีการลงนามรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน ๑ ฉบับ
๙.๓ เอกสารใบส่งตัว/ใบรับรองสิทธิ์(ถ้ามี)ตัวจริง พร้อมสำเนา กรณีบัตรทอง/ประกันสังคม เอกสารใบส่งตัว/ใบบันทึกข้อความตัวจริง พร้อมสำเนา กรณีเบิกต้นสังกัด หรือ ชำระเงินสด จำนวน ๑ ชุด

๑๐. ค่าธรรมเนียม (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑)
๑๐.๑ ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ ๕๐ บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)
๑๐.๒ ค่าบริการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscope) ๒,๓๐๐ บาท (สองพันสามร้อยบาทถ้วน)
๑๐.๓ ค่าบริการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscope) และตัดชิ้นเนื้อส่องตรวจ ๒,๕๐๐ - ๓,๓๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน - สามพันสามร้อยบาทถ้วน)
๑๐.๔ ค่าส่องตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ๒๔๐ - ๕๐๐ บาท (สองร้อยสี่สิบบาทถ้วน - ห้าร้อยบาทถ้วน)
หมายเหตุ : ค่าบริการใช้ระบบบัญชีกลาง เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาของพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ที่ กค ๐๔๑๗/ว๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

๑๑. ช่องทางการชำระค่าธรรมเนียม
๑๑.๑ ชำระเงินที่ฝ่ายการเงินและบัญชี อาคารอำนวยการและผู้ป่วยนอก ชั้น ๑ ห้องเบอร์ ๗ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน
๑๒.๑ เว็บไซต์ของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี www.suratcancer.go.th
๑๒.๒ โทรศัพท์หรือโทรสารโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๗๗๕๕๕ โทรสาร ๐๗๗-๒๗๗๕๕๖
๑๒.๓ ผู้รับเรื่องร้องเรียนตามจุดต่างๆภายในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
๑๒.๔ ทางไปรษณีย์ ที่อยู่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
๑๒.๕ เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ อาคารอำนวยการและผู้ป่วยนอก ชั้น ๑

๑๓. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	แบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็ง
ขอรับเอกสาร :	ที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี หรือ Download แบบฟอร์มกรอกประวัติโรงพยาบาลมะเร็งที่ www.suratcancer.go.th



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
กรมการแพทย์

* เพื่อประโยชน์ของท่านในการตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง หากลืมบัตร หรือบัตรหาย โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ *

แบบกรอกข้อมูล <u>สำหรับผู้ป่วยใหม่</u> โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	วันที่
---	--------------

โปรดกรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ให้ชัดเจน ในช่อง ตามความเป็นจริง

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....
(PATIENT'S NAME) (SURNAME)

วัน-เดือน-ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปีสถานที่เกิด (ระบุจังหวัด).....
(DATE OF BIRTH)(AGE)

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
(IDENTIFICATION NO)

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
(NATIONALITY) (RACE) (RELIGION)

ชื่อ-นามสกุล บิดา..... ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

สถานภาพสมรส (MARITAL STATUS): โสด(SINGLE) สมรส (MARRIED) หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (DIVORCED, WIDOW, SEPARATE)

ชื่อ-นามสกุลคู่สมรส(MARRIEDNAME):

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
(PLACE OF BIRTH) ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

การศึกษา: ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพปัจจุบัน : (OCCUPATION).....ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....ปี
(เช่น อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ลักษณะงานที่ทำ ดำรวจจราจร)

สถานที่ทำงาน / ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้: ชื่อ-นามสกุลเกี่ยวข้องเป็น.....
(CURRENT ADDRESS) ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

สิทธิการรักษา

<input type="checkbox"/> ชำระเองโดยไม่มีสิทธิ์เบิกคืน <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิ์เบิกหน่วยงานต้นสังกัด <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิ์เบิกประกันสังคม <input type="checkbox"/> อื่นๆ ลงชื่อ (ผู้มารับบริการ)	กรณีส่งตัวมารักษาต่อและมีบัตรทอง หรือบัตรประกันสังคมกรุณากรอก ข้อมูลนี้ เลขที่บัตร วันที่เริ่มมีสิทธิ์ วันหมดอายุ..... สถานพยาบาล 1..... 2.....	ตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ลงชื่อ..... (ผู้ตรวจสอบ) วันที่
--	---	---

ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

 ไม่มี

 มี

- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....ตอนอายุ.....ปี
- เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....ตอนอายุ.....ปี

ผู้ให้ข้อมูล : ตัวผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ข้อมูลเฉพาะสตรี

ประวัติการมีประจำเดือน

- เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
- การที่ประจำเดือนรอบสุดท้ายก่อนมาตรวจ วันที่.....ถึง.....
- หากท่านอยู่ในวัยหมดประจำเดือน ท่านหมดประจำเดือนเมื่ออายุ.....ปี
สาเหตุของการหมดประจำเดือน ตามธรรมชาติ ผ่าตัด

ประวัติการคุมกำเนิดและการใช้ฮอร์โมน

- ท่านอยู่ระหว่างการคุมกำเนิด ไม่ใช่ ใช่ เป็นเวลา.....ปี
 ยากิน ยาฉีด ใส่ห่วง ถุงยางอนามัย ทำหมัน ธรรมชาติ
- ท่านใช้ฮอร์โมนเสริม / ทดแทน ไม่ใช่ ใช่ ระบุ.....นาน.....ปี

ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดบุตร

- ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่เคย เคย
- ท่านเคยตั้งครรภ์ ไม่เคย เคย
ตั้งครรภ์ทั้งหมด.....ครั้ง คลอดครบกำหนด.....ครั้ง คลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง แท้ง.....ครั้ง
- ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุ.....ปี

ประวัติการผ่าตัดต่ออวัยวะในเชิงกรานหรือช่องท้อง ไม่เคย เคย ระบุ.....