



คู่มือ บริการประชาชน โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
(One Day Surgery : ODS)





DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการให้บริการ :

การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ :

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ส่วนของการสร้างกระบวนการ

1. ชื่อกระบวนการ :

การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ

กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :

ผู้ป่วยที่รับการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

ปริมาณผู้รับบริการเฉลี่ย 10 รายต่อเดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ

4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :

5.1 ประเภทช่องทาง :

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เลขที่ 431 ม.5 ถ. สุราษฎร์ฯ-นาสาร

ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100

เว็บไซต์: www.Suratcancer.go.th

เฟสบุ๊ค : <https://www.facebook.com/SCHSurat/>

โทร. 077 277555 ต่อ 7587

0987427554

5.2 วันที่เปิดให้บริการ :

/ วันจันทร์ / วันอังคาร / วันพุธ / วันพฤหัสบดี / วันศุกร์

วันเสาร์ วันอาทิตย์

วันหยุดราชการ

5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :

บริการตลอด 24 ชั่วโมง

08.00 -16.00

16.30 - 20.30 น.

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แล้วว่า สามารถเข้ารับการผ่าตัดรักษาในรูปแบบของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ ตามข้อกำหนด

แนวทางการเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน One Day Unit

1. ผู้ป่วย ASA Class 1-2 (ASA Class 3 ขึ้นอยู่กับหัตถการและดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด/หัตถการ)

2. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ดี

3. สะดวกในการเดินทางมาและกลับจากโรงพยาบาล

4. มีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มีการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

5. ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด

6. ผู้ป่วยและญาติเต็มใจรับการรักษาในรูปแบบของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้



กระทรวงสาธารณสุข
กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	การรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการ ลงทะเบียนในระบบ SCH DMS HIS โรงพยาบาล	◆ ขั้นตอนการรับบริการครั้งที่ 1 ผู้ป่วยรายใหม่ - ยืนยันบัตรประชาชนเพื่อทำประวัติ/ลงทะเบียนที่ห้องเวชระเบียนหมายเลข 1 และรับใบนำทาง ผู้ป่วยรายเก่า - ลงทะเบียนที่เวชระเบียน เพื่อรับใบนำทาง	5-10	นาที	งานเวชระเบียน	มีการลงทะเบียนนัดล่วงหน้าในระบบ HIS
2	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	ตรวจสอบสิทธิการรักษาและยืนยันตัวตน (กรณีบัตรประกันสุขภาพ)	5	นาที	งานตรวจสอบสิทธิ์	
3	พยาบาลซักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินสภาพร่างกาย และเตรียมข้อมูลผู้ป่วย	1.ประเมินสภาพร่างกาย/ตรวจวัดสัญญาณชีพ บันทึกในระบบ SCH DMS HIS โรงพยาบาล 2. เตรียมข้อมูล/เอกสารแนบของผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการรักษา	5	นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
4	การตรวจร่างกายและกำหนดแผนการรักษาของแพทย์	1.พบแพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย พิจารณาเข้า ODS	15-30	นาที	กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์	
5	เตรียมความพร้อมเข้า ODS	1. ส่งตรวจเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS - X-Ray - EKG (กรณีอายุ ≥ 45 ปี หรือมีความเสี่ยงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด) - lab	30 10 60	นาที	กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และเทคนิคการแพทย์	
6	พบแพทย์ให้การรักษา	พบแพทย์หลังได้ผลการตรวจต่างๆ	10	นาที	กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์	
7	การนัดคิวและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมารับบริการ ODS	1.พบพยาบาลผู้ป่วยนอกทวนสอบข้อมูลการรักษาให้ตรงกับผู้ป่วย 2.นัดคิวและส่งศูนย์ประสานงานบริการ ODS ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมารับบริการ ODS	15	นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
8	ชำระเงิน	1.ติดต่อกำเงิน ชำระเงิน (กรณีไม่มีใบส่งตัว)	5	นาที	ฝ่ายการเงินและบัญชี	
9	รับยาและกลับบ้าน	1.พบเภสัชกร เพื่อระบุตัวตน ตรวจสอบการแพ้ยา ยาที่ได้รับ แนะนำการรับประทาน/การใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ 2.รับยากลับบ้าน	5	นาที	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
10	โทรติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนมารับการผ่าตัด/หัตถการ	พยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ผู้รับบริการ 1 วันก่อนผ่าตัด/หัตถการ เพื่อเน้นย้ำการปฏิบัติตัว/ เตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัด/หัตถการ	5-10	นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						170-195 นาที



ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ (ต่อ)						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	<u>การมารับบริการผ่าตัด/ทำหัตถการในโรงพยาบาล</u> ลงทะเบียนในระบบ SCH DMS HIS โรงพยาบาล	◆ ขั้นตอนการรับบริการครั้งที่ 2 ยื่นบัตรประชาชนพร้อมลงทะเบียนที่เวชระเบียนหรือตู้ Kiosk เพื่อรับใบนำทางการบริการตามจุดต่างๆตามระบบนัดของโรงพยาบาล	5-10	นาที	งานเวชระเบียน	มีการลงทะเบียนนัดล่วงหน้าในระบบ HIS
2	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	ตรวจสอบสิทธิการรักษาและยืนยันตัวตนด้วยระบบ Authen (กรณีบัตรประกันสุขภาพ)	5	นาที	งานตรวจสอบสิทธิ์	
3	พยาบาลซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย/ตรวจวัดสัญญาณชีพ และเตรียมความพร้อมก่อนทำผ่าตัด/หัตถการ	1.สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย 2.ซักประวัติ/ประเมินสภาพร่างกาย/ตรวจวัดสัญญาณชีพ บันทึกในระบบ SCH DMS HIS โรงพยาบาล 3.ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ถ้ามีถอดเครื่องประดับให้ถอดฝากญาติ 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 5.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก	30	นาที	งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
4	การเข้ารับการทำผ่าตัด/หัตถการ	1.สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยกับแฟ้มประวัติ การเซ็นยินยอม 2.เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด/ห้องทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล 3. จัดท่า / ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังการวัดสัญญาณชีพ 4.สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย การทำผ่าตัด/หัตถการ ตำแหน่ง ข้างที่ ทำหัตถการ ร่วมกับทีมผ่าตัด 5.ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกและทำการผ่าตัด/หัตถการ โดยมีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดระหว่างทำผ่าตัด/ หัตถการ	15-30	นาที	กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์ งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
5	การดูแลหลังทำผ่าตัด/หัตถการ	1.เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด/ห้องทำหัตถการไปห้องสังเกตอาการด้วยความนุ่มนวล 2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ ดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด/หัตถการอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) <u>เกณฑ์การให้ผู้ป่วยกลับบ้าน</u> - รู้จักบุคคล สถานที่ และเวลา - สามารถดื่มน้ำได้ - สามารถปัสสาวะเองได้ - สามารถแต่งตัวเองได้ - สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย และต้องไม่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียนมาก /ปวดแผลมาก/มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมาก 3.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ	120	นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ (ต่อ)						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
6	พบแพทย์หลังทำผ่าตัด/หัตถการ	1.พบแพทย์หลังทำผ่าตัด/หัตถการเพื่อรับทราบข้อมูลการรักษา/ยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน/การมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป	10	นาที	กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์	
7	การให้คำแนะนำหลังทำผ่าตัด/หัตถการ การนัด	1.พบพยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัด/หัตถการ ขณะอยู่ที่บ้าน 2.ออกใบนัดหลังทำผ่าตัด/หัตถการ	15	นาที	งานการพยาบาลเครื่องมือพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
8	รับยาและกลับบ้าน	1.พบเภสัชกร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของบุคคล ประวัติการแพ้ยา ยาที่ได้รับและแนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วย และญาติ 2.รับยากลับบ้าน	5	นาที	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
9	โทรติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลัง การผ่าตัด/หัตถการ	พยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรติดตามเยี่ยมผู้รับบริการหลังทำผ่าตัด/หัตถการ 1-2 วัน เพื่อซักถามอาการ	5-10	นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						210-235 นาที

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว						
<input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว						
9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงานรับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน - บัตรประจำตัวประชาชน	งานทะเบียน งานตรวจสอบสิทธิ์	1	-	ชุด	ตรวจสอบสิทธิการ รักษา



9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงานรับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด	งานเวชระเบียน งานตรวจสอบสิทธิ์	1	-	ชุด	
2	ใบนัดการรับบริการผ่าตัด/หัตถการ	งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	1	-	ชุด	นัดทำผ่าตัด/หัตถการ ล่วงหน้าในระบบ HIS
3	ผลตรวจ ATK ภายใน 72 ชั่วโมงก่อนมารับ บริการผ่าตัด/หัตถการ	งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	1	-	ชุด	

10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่.....)

รายละเอียดค่าบริการ :	<ol style="list-style-type: none"> เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการให้บริการเป็น One Day Surgery หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จำนวนอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต กรณีมารับบริการส่งกล้อง จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่ม (ค่ารูปส่งกล้องแผ่นละ 28 บาท)
ค่าบริการ :สิทธิการรักษา	เฉพาะสิทธิบัตรประกันสุขภาพ
หมายเหตุ :	อัตราค่าบริการเบิกจ่ายได้ตั้งแต่วันที่ผ่านการรับรอง 26 ตุลาคม 2561

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ

1.	ชำระด้วยตนเองที่ห้องฝ่ายการเงิน ตึกอำนวยการชั้น 1 ห้องเบอร์ 7 โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
----	---

12. ช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ ดิชม ร้องเรียน

1.	เว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี : www.Suratcancer.go.th
2.	เฟซบุ๊กโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี : https://www.facebook.com/SCHSurat/
3.	จดหมายร้องเรียนผ่านผู้บริหาร ที่อยู่ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เลขที่ 431 ม.5 ถ. สุราษฎร์ฯ-นาสาร ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100
4.	ผู้รับเรื่องร้องเรียน แสดงความคิดเห็น ณ จุดบริการต่างๆ ในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
5.	โทรศัพท์ 077-277-555 หรือโทรสาร 077-277-556
6.	ด้วยตนเอง งานบริหารทั่วไป ชั้น 2 อาคารอำนวยการ

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)

--	--



เอกสารเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยในโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ชื่อ..... สกกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี

HN..... AN.....

เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย..... ญาติ

อาการสำคัญ.....

Diagnosis

Operation

แพทย์

วันทำผ่าตัด

วันที่...../...../..... ให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนและหลังการทำหัตถการพร้อมให้แผ่นพับ

ผู้ให้คำแนะนำ

วันที่...../...../..... โทรติดตามเยี่ยมก่อนทำหัตถการ 1 วัน

ติดต่อได้

ติดต่อไม่ได้

ผู้เยี่ยม

วันที่...../...../..... โทรติดตามเยี่ยมหลังทำหัตถการ 1 วัน

อาการ

ผู้เยี่ยม

วันที่...../...../..... โทรติดตามเยี่ยมหลังทำหัตถการ 2 วัน

อาการ

ผู้เยี่ยม

หมายเหตุ

.....



เอกสารกำกับการทำหัตถการของผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ชื่อ..... สกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี

HN..... ODS AN

เลขประจำตัวประชาชน..... สิทธิการรักษา

วันเข้ารับบริการ เวลา น. วันจำหน่ายเวลา.....น.

อาการสำคัญ

การวินิจฉัยโรค

รหัสโรคหลัก รหัสโรครอง

หัตถการที่ทำ

โดยแพทย์

รายละเอียดสิ่งตรวจพบ และหัตถการโดยสรุป (finding and short procedure note)

.....

.....

รหัสหัตถการ เวลาเริ่ม น. เวลาสิ้นสุดน.

วิธีการทางวิสัญญี

Local Regional General

IV sedation with โดยแพทย์

การดูแลหลังการทำหัตถการที่ห้องพักฟื้น

เวลาเริ่มต้น น. เวลาสิ้นสุดน.

ปกติ มีปัญหาด้าน

สถานะผู้ป่วยหลังออกจากห้องพักฟื้น/กลับบ้าน

นัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่..... เวลา แพทย์.....

รับไว้สังเกตอาการที่หอผู้ป่วย

ค่าใช้จ่ายจริง..... บาท

สำหรับผู้ป่วย

คำแนะนำเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ ได้รับ..... ไม่ได้รับ

ยกเลิกการทำหัตถการ เตรียมตัวไม่พร้อม มีปัญหาใหม่ เปลี่ยนการตัดสินใจ

คำแนะนำเตรียมตัวหลังการทำหัตถการ ได้รับ ไม่ได้รับ



ชื่อผู้ดูแล/ผู้ที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้อง โทร

ความพึงพอใจต่อการบริการแบบวันเดียวกลับ

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

เอกสารกำกับการทำหัตถการของผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(One Day Surgery : ODS) (ภายใน 24 ชั่วโมง)

ข้าพเจ้า.....

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการการผ่าตัด ทำหัตถการแบบวันเดียวกลับ (ภายใน 24 ชั่วโมง)

หลังจากได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโรค ของข้าพเจ้า

ด้วยการทำหัตถการหรือผ่าตัดวิธี.....

โดยแพทย์.....

และการใช้วิธีการวิสัญญีด้วยวิธี.....

โดยแพทย์.....

และทราบถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการทำหัตถการ

โดยมี (ชื่อ-สกุล) เป็นผู้ดูแลเมื่อข้าพเจ้ากลับบ้าน

และเข้าใจว่าหากมีปัญหาใดๆที่สงสัยเกี่ยวกับการทำหัตถการ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางช่องทาง ดังนี้

นอกเวลาราชการ 16.00 น.- 08.00 น. โทร 098-7427554

ในเวลาราชการ 08.00 น.- 16.00 น. โทร 077-277555 ต่อ 7587

สายด่วน ODS 098-7427554

.....
(.....)

ผู้ป่วยผู้ให้ความยินยอม

.....
(.....)

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

.....
(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่/...../.....

เวลา