

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก่อน – หลังที่มารับการทำหัตถการ สกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	หน้า : 1 / 22
		รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 ทบทวนครั้งที่ : - วันที่ทบทวน : -
ชื่อหน่วยงาน : หน่วยระงับปวดเรื้อรัง ภาควิชาวิสัญญีวิทยา		วันที่อนุมัติ : 06-05-2565
ผู้ตรวจสอบ : คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา		ผู้อนุมัติ : หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เป็นแนวทางปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วย
- 1.2 เพื่อความปลอดภัย และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ขอบข่าย

- 2.1 ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาได้รับการทำหัตถการ Celiac plexus block, Celiac plexus neurolysis, Splanchnic nerve block หรือ Splanchnic nerve neurolysis
- 2.2 ระยะเวลาขอบคลุมตั้งแต่แพทย์พิจารณาทำหัตถการ จนกระทั่ง 24 ชั่วโมงหลังทำหัตถการ

3. อุปกรณ์/เครื่องมือ

- 3.1 อุปกรณ์ขั้นพื้นฐานใช้สำหรับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค ได้แก่ เข็มเจาะไขสันหลัง (Spinal needle) ขนาด 22G ยาว 120 มิลลิเมตร และ/หรือ ขนาด 22G ยาว 180 มิลลิเมตร กระบอกฉีดยา (Syringe) ชนิดธรรมดาและชนิดหัวล็อก (luer lock) ขนาด 3 มิลลิลิตร, 5 มิลลิลิตร และ 10 มิลลิลิตร เครื่องติดตามสัญญาณชีพ (Monitor) เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีแบบซีอาร์เอ็ม (Fluoroscopy) ชุดเครื่องมือปลอดเชื้อสำหรับฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Set block)
- 3.2 ยาที่จำเป็น ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ 2% Lidocaine without adrenaline ขนาด 20 ml ยาชา 0.5% Bupivacaine ขนาด 10 ml ยาที่ฉีดเพื่อทำลายเส้นประสาท (Neurolytic agent) เช่น Absolute Alcohol และ/หรือ 5% Phenol
- 3.3 เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ คอมพิวเตอร์สำหรับออกใบนัดปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ และบันทึกอาการภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ โทรศัพท์สำหรับยืนยันนัดหมายผู้ป่วยและประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ

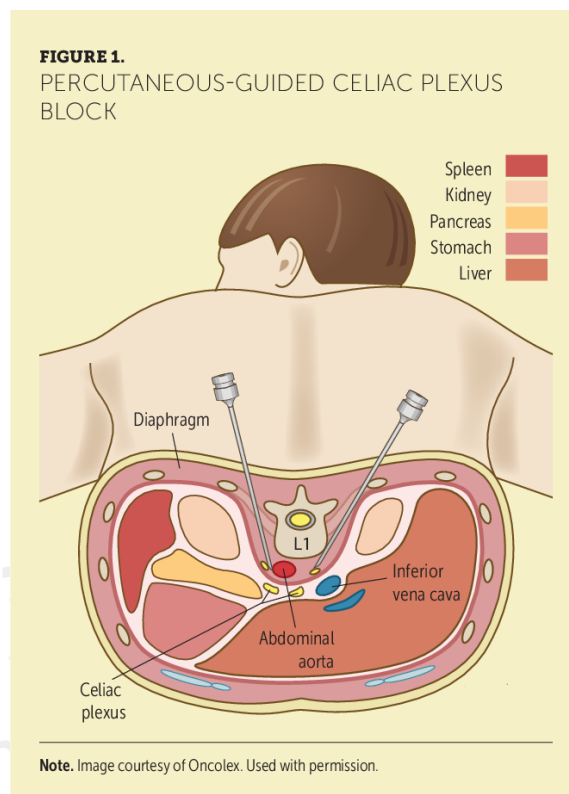
4. ความรับผิดชอบ

- 4.1 แพทย์ผู้ทำหัตถการ
- 4.2 แพทย์และพยาบาลหน่วยระงับปวดที่มีหน้าที่เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการทำหัตถการ
- 4.3 แพทย์และพยาบาลประจำหน่วยพักฟื้นดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงหลังทำหัตถการ

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 2 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

5. คำจำกัดความ

5.1 หัตถการสกัดประสาทอัตโนมัติซิติแอคบริเวณหลัง (Celiac plexus block) หมายถึง การกระทำโดยใช้เทคนิคหรือวิธีการใด ๆ เพื่อยับยั้งการส่งกระแสประสาทผ่านข่ายประสาทซิติแอค (Celiac plexus) โดยแพทย์จะพิจารณาทำการหัตถการนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน โดยเฉพาะในอาการปวดจากโรคมะเร็งตับอ่อน หรือตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่ประสบผลสำเร็จจากการรักษาด้วยยา หรือมีผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ โดยทั่วไปแล้วสามารถทำได้โดยการฉีดยาชา และ/หรือ Steroid และ/หรือ สารที่มีฤทธิ์ทำลายเส้นประสาท (Neurolytic agent) เช่น 90% alcohol บริเวณข่ายประสาทซิติแอค (Celiac plexus)



ภาพที่ 1 ภาพตำแหน่งเข็มที่เข้าไปบริเวณประสาทอัตโนมัติซิติแอคและอวัยวะใกล้เคียง

หมายเหตุ : Korinne Ashlock. Celiac Plexus Block: Management of Abdominal pain in Patients With Late-Stage Cancer. CJON. 2018; 22(6), p663-665

5.2 ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการกระทำโดยเทคนิค หรือวิธีการใด ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย

5.3 อันตราย หมายถึง เหตุที่อาจนำมาซึ่งความตายหรือความสูญเสียที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและสรีระภาพ

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 3 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสัปดาห์กระแสน้ำในมดลูก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

6. เอกสารอ้างอิง

- 6.1 Naiyarat Prasongsook,. Cancer pain management. 2559. (cites 20 เมษายน 2563). Available from: www.thethaicancer.com/Webdocument/GP_article_003.html
- 6.2 หน่วยระงับปวดเรื้อรัง อาคาร 10 ชั้น 1. แนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการหัตถการสัปดาห์กระแสน้ำในมดลูก. 2556. (cites 10 เมษายน 2563). Available form: <http://www.si.mahdol.ac.th/anesth/KM/> (cites 10 เมษายน 2563)
- 6.3 Thai Association for the Study of Pain [TASP]. Recommendation of pain intervention for chronic low back pain. Thailand: TASP. (2020).

7. รายละเอียด

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
1. แพทย์พิจารณาผู้ป่วยที่เหมาะสมในการทำการหัตถการ Celiac plexus block และผู้ป่วยยินยอมในการทำการหัตถการ	แพทย์	แพทย์พิจารณาเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการทำการ Celiac plexus block และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีโรคและอาการปวดที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ หน่วยระงับปวดเรื้อรัง และได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการทำการหัตถการ Celiac plexus block เพื่อบรรเทาอาการปวด 2. อธิบายให้ความรู้ถึงโรคและหัตถการที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ รวมถึงวิธีการทำ ผลลัพธ์ที่ได้ และภาวะแทรกซ้อนหลังทำที่อาจจะเกิดขึ้น 3. ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล มีความประสงค์ยินยอมทำการหัตถการและเซ็นใบยินยอมการทำการหัตถการ (Consent from) 4. ตรวจภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยและยาที่เคยได้รับ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelet), ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) เป็นต้น 5. แจ้งผู้ป่วยงดยาต้านเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาอื่น ๆ ที่แพทย์พิจารณาให้งด เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออกหลังทำการหัตถการโดยระยะเวลาหยุดยากับชนิดของยาและโรคประจำตัวของผู้ป่วย

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 4 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิดิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		6. ในกรณีจำเป็น อาจต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ เช่น พบแพทย์แผนกอายุรศาสตร์ เพื่อพิจารณาการหยุดยาด้านเกร็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำหัตถการ เป็นต้น 7. แพทย์พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคู่มือในภาคผนวก (หน้า 14/22)
2. พยาบาลให้ใบคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการและ 24 ชั่วโมงหลังทำหัตถการแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตามที่แพทย์พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	พยาบาล	พยาบาลให้ใบนัดหมายและเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ (ภาคผนวก 8.1.2) พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนี้ 1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ ดังนี้ - งดอาหาร เครื่องดื่มที่มีกากใยและเครื่องดื่มที่มีนมผสม 6 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ และงดน้ำเปล่า กาแฟดำ น้ำหวาน ที่ไม่มีกากใย 2 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ - ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาโรคประจำตัวที่แพทย์ไม่ได้แจ้งงดก่อนทำหัตถการ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาโรคหัวใจ มือเข้าร่วมกับน้ำเปล่า โดยจำเป็นต้องทานยามือเข้าพร้อมน้ำเปล่า 20-30 มิลลิลิตร ให้เสร็จภายใน 2 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ เช่น ผู้ป่วยเริ่มทำหัตถการ 09:00 น. ดังนั้นควรรับประทานยามือเข้าพร้อมน้ำเปล่าก่อนเวลา 07:00 น. เป็นต้น - ในกรณีที่รับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ให้งดยาก่อนทำหัตถการตามคำแนะนำของอายุรแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์ และกรณีที่รับประทาน warfarin ต้องมีการเจาะเลือดยืนยันอีกครั้งในเช้าวันทำหัตถการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลก่อนทำหัตถการอย่างน้อย 2 ชม. เนื่องจากผลเลือดต้องรอผลค่าเลือดประมาณ 1-2 ชม.

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 5 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิมิลีแอด บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		- งดยาเบาหวานทั้งรูปแบบกินและฉีด งดยาลดความดันในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) เช่น Lisinopril หรือกลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARB) เช่น Losartan มื้อเช้าวันที่ทำการหัตถการ 2. ในวันทำการหัตถการผู้ป่วยจำเป็นต้องตรวจสอบและเปิดสิทธิการรักษาก่อนทำการหัตถการ 3. วันทำการหัตถการต้องพยานาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยมาด้วยเพื่อช่วยดูแลของมีค่า กระเป๋าเงิน เครื่องประดับ โทรศัพท์มือถือ ฟันปลอม อุปกรณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกของผู้ป่วยรอหัตถการในห้องพัก โดยญาติจะมีบทบาทในการดำเนินการค่าใช้จ่ายการรักษา ซ้ำยา และยื่นเอกสารการเข้ารับเป็นผู้ป่วยใน 4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำการหัตถการอาจจะต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการ เป็นเวลา 1 คืน 5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในคู่มือภาคผนวก (หน้า 14/22)
3. พยาบาลให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว การตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ก่อนทำการหัตถการในสถานการณณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	พยาบาล	1. อธิบายผู้ป่วยและญาติในสถานการณณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จำเป็นต้อง Nasopharyngeal swab (NP swab) ตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ก่อนทำการหัตถการตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้ - ผู้ป่วยต้อง NP swab 24 – 48 ชั่วโมง ก่อนวันทำการหัตถการ - ค่าใช้จ่าย/ครั้ง สำหรับประชาชนที่มีเลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลัก ค่าใช้จ่ายฟรี

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 6 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิดิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		- ค่าใช้จ่าย/ครั้ง สำหรับชาวต่างชาติ อัตรา ค่าใช้จ่ายตรวจ PCR ราคา 2,750 บาท ตรวจ Rapid Ag ราคา 1,038 บาท ตรวจ Rapid Ag + PCR ราคา 3,788 บาท 2. แจ้งสถานที่และเวลาการมา Swab พร้อมทั้งให้ผู้ป่วย นำไปปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ (ภาคผนวกหน้า 15/22) มาในวันที่ Swab เพื่อใช้ในการยืนยันตัวตน 3. พยาบาลเตรียมแบบขอตรวจ NP Swab ตรวจ Covid- 19 (ภาคผนวกหน้า 17/22) และเอกสารขอส่งตรวจ เชื้อไวรัสโควิด-19 ทางห้องปฏิบัติการ (ภาคผนวก หน้า 18/22) พร้อมทั้งสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย 5 ใบ ยื่นแจ้ง ขอตรวจ 1-2 วันล่วงหน้าก่อนวันที่ผู้ป่วยมา Swab 4. เมื่อทราบผลตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ให้พยาบาล โทรศัพท์แจ้งผลผู้ป่วย 5. กรณีที่ผู้ป่วยขอตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่โรงพยาบาล ใกล้บ้านทั้งแบบ PCR หรือ ATK ภายใน 24 – 48 ชั่วโมงก่อนวันทำการหัตถการ ให้พยาบาลรายงานแพทย์- เจ้าของไข้ให้รับทราบและให้ผู้ป่วยนำไปรับรองแพทย์ หรือผลตรวจจากโรงพยาบาลอื่นมายืนยันในวันที่มา ทำการหัตถการ
4. พยาบาลประสานการจองเตียงกับแผนก บริหารเตียง ภาควิชาอายุรศาสตร์ (ในกรณี ที่แพทย์เจ้าของไข้เห็นสมควรว่า ควรนอน สังเกตอาการหลังทำการหัตถการ เช่น ผู้ป่วย มะเร็งตับอ่อนที่มีภาวะทุพโภชนาการมาก มะเร็งชั้นลูกกลมหรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมด้วย มาก	พยาบาล	พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อรับทราบและให้การ ยินยอมในการทำการหัตถการของผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่แพทย์ พิจารณา หลังจากนั้นให้พยาบาลดำเนินการเรื่องประสาน การจองเตียงหลังทำการหัตถการ ดังนี้ 1. เตรียมข้อมูลที่สำคัญในการส่งต่อข้อมูล ได้แก่ - ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย และ HN - เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย - สิทธิการรักษา - โรคประจำตัว และชื่อการทำการหัตถการ - แพทย์เจ้าของไข้

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 7 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		2. โทรประสานการจองเตียงได้ที่เบอร์ 97767 ต่อ 104 และส่งข้อมูลผู้ป่วย พร้อมทั้งประมาณเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการเป็นผู้ป่วยในตึกกวนมินทร 17 ได้ 3. กรณีวันที่วางแผนทำการหัตถการไม่สามารถรับเป็นผู้ป่วยในหลังทำการหัตถการได้ เนื่องจากเตียงเต็ม ให้พยาบาลสอบถามแผนกบริหารเตียงหาวันอื่นที่มีเตียงนอนสังเกตอาการหลังทำการหัตถการได้ พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์ผู้ทำการหัตถการ เพื่อพิจารณาการย้ายวันทำการหัตถการ รวมทั้งสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง 4. เมื่อได้วันทำการหัตถการ ให้เขียนข้อมูลผู้ป่วยในใบเสนอการจองเตียงตามคู่มือในภาคผนวก (หน้า 16/22) และนำไปยื่นแผนกบริหารเตียง ภาควิชาอายุรศาสตร์
5. ก่อนทำการหัตถการ 1 วัน	แพทย์ พยาบาล	1. พยาบาลโทรสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งเวลาที่ต้องมาถึงโรงพยาบาลและยืนยันการปฏิบัติตัว 2. แพทย์วางแผนการรักษา โดยประเมินสภาวะทางร่างกายจากประวัติการรักษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะช็อค หรือภาวะขาดน้ำ เป็นต้น 3. ทีมการรักษาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้การรักษาก่อนทำการหัตถการ เพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ เป็นต้น
6. วันทำการหัตถการ 6.1 ก่อนทำการหัตถการ	แพทย์ พยาบาล	1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ตรวจสอบของมีค่าแลฟลิป-ปลอมฝากไว้กับญาติที่มาด้วย 2. ตรวจสอบเอกสารการยินยอมทำการหัตถการ 3. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันเลือด ชีพจร การหายใจ

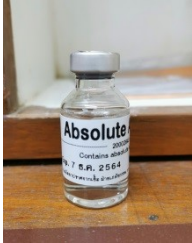
 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 8 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิดิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		ระดับออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิกาย และระดับความปวด 4. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดดำ เพื่อให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ชักประวัติการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ ดังนี้ - เวลาที่ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำดื่มทุกประเภท - ตรวจสอบการใช้ยาประจำของผู้ป่วย โดยตรวจสอบชื่อยาและการรับประทานยามื้อเช้า ตรวจสอบการดยาตามที่แพทย์สั่ง โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรืออาหารเสริมต่าง ๆ เช่น โสม เป็นต้น และถ้าจำเป็นอาจต้องตรวจสอบระดับการแข็งตัวของเลือด - ตรวจสอบประวัติแพ้ยาและสารต่าง ๆ เช่น ยาชา ยาสลบ สารทึบแสง อาหารทะเล เป็นต้น 6. ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบายและเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วยก่อนการทำการหัตถการ เพื่อลดความกังวลใจ 7. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ และสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ป่วยดังนี้ ชื่อ – นามสกุล ข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ พร้อมทั้งลักษณะตำแหน่งอาการปวด ณ ปัจจุบัน 8. จัดท่านอนที่เหมาะสมสำหรับการหัตถการ เพื่อป้องกันความปลอดภัย จัดท่านอนคว่ำ หนุนหมอนบริเวณท้องของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำให้ผู้ป่วยนอนให้สุขสบายระหว่างการทำการหัตถการ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาแก้ปวดหรือยากล่อมประสาทจากวิสัญญีแพทย์เพื่อความสะดวกสบายขณะทำการหัตถการ จึงต้องรัดผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 9 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการผ่าตัดการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิวแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		 ภาพที่2 แสดงท่านอนของผู้ป่วยขณะทำ Celiac plexus block ที่มา: https://www.getinge.com/me/clinical-insights/operating-room/patient-positioning-in-the-or/ 9. เตรียมยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้สำหรับการทำ การผ่าตัด เช่น  Set block  Spinal needle 22G x 120 mm  Spinal needle 22G x 180 mm  Syringe ชนิดธรรมดา และ syringe ชนิด luer lock ขนาด 3 ml, 5 ml และ 10 ml  2% Lidocaine With adrenaline 20 ml  0.5% Bupivacaine 10 ml

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 10 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิดิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		 Absolute Alcohol 20 ml  5% Phenol พร้อมทั้งเตรียมยาและอุปกรณ์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ตลอดเวลา 10. การเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างทำการหัตถการ (Monitoring) มีการติดตามและบันทึก Pulse oximetry, EKG และ NIBP อย่างน้อยทุก 5 นาที ตามคู่มือในภาคผนวก (หน้า 20/22) ระหว่างการทำการหัตถการ หรืออาจบ่อยกว่านี้ถ้ามีข้อบ่งชี้ของการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
6.3 หลังทำการหัตถการทันที จนถึง 1 ชั่วโมง หลังทำการหัตถการ		11. หลังทำการหัตถการให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าจะให้ผู้ป่วยนอนหงานได้ทันที หรือจำเป็นต้องนอนคว่ำประมาณ 30 นาที เพื่อให้ยาอยู่บริเวณตำแหน่งเส้นประสาทซิดิแอค 12. ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ถ้าพบความผิดปกติของสัญญาณชีพต้องตรวจสัญญาณชีพถี่ขึ้นและรีบแจ้งแพทย์ผู้ทำการหัตถการ 13. กรณีพบความผิดปกติ เช่น ความดันเลือดผู้ป่วยมีระดับต่ำลงเรื่อย ๆ ต้องแจ้งความผิดปกติให้แพทย์รับทราบ และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนตามคำสั่งการรักษา และสังเกตอาการผู้ป่วยจนสัญญาณชีพ สภาวะร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 11 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิดิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		14. กรณีผู้ป่วยนอนคว่ำหลังทำการหัตถการครบ 30 นาทีแล้วสามารถให้ผู้ป่วยกลับมานอนหงาย หรือนอนในท่าที่สุขสบายหรือมีความปลอดภัยได้ 15. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนครบ 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า 1 ชั่วโมงในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติ โดยให้สังเกตอาการจนสัญญาณชีพ สภาวะร่างกายตำแหน่งที่ทำหัตถการอยู่ในเกณฑ์ปกติและผู้ป่วยสุขสบาย จากนั้นเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าไปนอนพักพื้นที่หอผู้ป่วยนมินทร์ฯ ชั้น 17 ได้ เพื่อสังเกตอาการต่อ
7. เตรียมเอกสารและอธิบายญาติในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ พร้อมทั้งแจ้งอาการผู้ป่วยขณะสังเกตอาการอยู่ที่ห้องพักรักษา และคาดการณ์ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล	พยาบาล	ระหว่างที่สังเกตอาการผู้ป่วยหลังทำการหัตถการภายใน 1 ชั่วโมง หากอาการผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร ติดต่อญาติ และอธิบายการยื่นเอกสารต่าง ๆ ดังนี้ 1. ใบบันทึกการใช้อุปกรณ์ในห้องทำการหัตถการ (ภาคผนวกหน้า 21/22) และระยะเวลาการทำการหัตถการจะถูกคำนวณโดยเจ้าหน้าที่แผนกการเงิน และได้เป็นใบสรุปค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยเปิดสิทธิก่อนขึ้นมาทำการหัตถการ 2. นำใบค่าใช้จ่าย ใบยา และใบนัดติดตามอาการครั้งต่อไปให้ญาติแจ้งอาการผู้ป่วยขณะปัจจุบันให้ญาติทราบ พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ แล้วให้ญาติยื่นชำระค่าใช้จ่ายที่แผนกการเงิน และนำใบเสร็จที่ชำระค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้วกลับมายื่นให้พยาบาลอีกครั้ง 3. เมื่อญาติยื่นใบเสร็จชำระค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว พยาบาลนำใบเอกสารที่มีข้อมูลกรอกครบถ้วนในใบการยื่นจองเตียงเป็นผู้ป่วยใน (ภาคผนวกหน้า 22/22) และอธิบายญาติให้นำใบยื่นจองเตียงไปติดต่อแผนกจองเตียงรับเข้าใจโรงพยาบาล เพื่อออกรหัสเลขที่

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 12 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และเวลารับเข้าในโรงพยาบาล 4. เมื่อเจ้าหน้าที่แผนกเตียงนำข้อมูลเข้าระบบภายในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะให้เอกสารที่ระบุรหัสเลขที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และเวลารับเข้าในโรงพยาบาลกับญาติผู้มาติดต่อ ซึ่งญาติจะต้องนำเอกสารดังกล่าวมายื่นให้กับพยาบาล
8. พยาบาลโทรประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมดูแลหลังทำการหัตถการ 24 ชั่วโมง	พยาบาล	พยาบาลหน่วยระงับปวดที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังทำการหัตถการจนครบ 1 ชั่วโมง และอาการผู้ป่วยหลังทำการหัตถการจนครบ 1 ชั่วโมง อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมทั้งช่วยจัดการให้ญาติดำเนินเอกสารจนครบถ้วน จากนั้นให้โทรประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้ 1. ติดต่อหอผู้ป่วยนวมินทร 17 ได้ เบอร์โทรศัพท์ 97377, 97338 2. แจ้งชื่อ – นามสกุล HN อายุ และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย 3. แจ้งข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม หัตถการที่ทำและอาจารย์เจ้าของไข้ 4. รายงานกระบวนการทำการหัตถการ สัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อน และคำสั่งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด ตั้งแต่ก่อนทำการหัตถการ ระหว่างทำการหัตถการ และหลังทำการหัตถการจนถึงขณะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และแจ้งวันนัดหมายมาติดตามอาการ 1 – 2 สัปดาห์ เพื่อดูอาการหลังทำการหัตถการ 5. แจ้งแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยในช่วง 24 ชั่วโมง หลังทำการหัตถการที่แพทย์ระบุในใบคำสั่งการรักษา (Doctor order Sheet) ซึ่งโดยทั่วไปมีรายละเอียดดังนี้

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 13 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอด บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		- ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ต่อไปทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และต่อไปทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ - การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - สังเกตผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำการหัตถการระงับปวด - ระงับการปวดตกหล่น - ยากลับบ้านและวัน – เวลา พบแพทย์หน่วยระงับปวดครั้งต่อไป 6. แจ้งรหัสเลขที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และเวลาที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล
9. ติดต่อประสานเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่ตึก- นวมินทรชั้น 17	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่- เคลื่อนย้าย	1. พยาบาลหน่วยระงับปวด ส่งข้อมูลผู้ป่วยพร้อมทั้งเตรียมเอกสารใบคำสั่งการรักษา (Doctor order Sheet) ใบนัด OPD หน่วยระงับปวดครั้งถัดไป ใบรหัสเลขที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และใบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล 2. แจ้งขอเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย และอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพิ่มเติม เช่น ถังออกซิเจน เป็นต้น 3. เมื่อทีมเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายพร้อม ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีจากเตียงประจำห้องผ่าตัดไปยังเตียงเคลื่อนย้าย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย 4. ตรวจสอบอุปกรณ์ของผู้ป่วย และเอกสารต่าง ๆ ให้พร้อม จากนั้นญาติติดตามผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วย นวมินทรชั้น 17
10. การนัดติดตามอาการ	แพทย์ พยาบาล	1. แพทย์เยี่ยมผู้ป่วยที่นอนพักค้างดูอาการ 2. แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยอาการปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3. แพทย์และพยาบาลโทรประเมินติดตามอาการ 3 – 5 วัน หลังทำการหัตถการ โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังทำ

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 14 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซีกแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		หัตถการ หากพบอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์ ผู้ทำหัตถการให้รับทราบ 4. นัดติดตามอาการผู้ป่วยที่หน่วยระงับปวด

8. ภาคผนวก

8.1 เอกสารเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ดังนี้

8.1.1 การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเภทผู้ป่วย	CBC	FBS	E'lyte	LFT	BUN Cr	Coag	CXR	EKG	หมายเหตุ
อายุ < 45 ปี No underlying disease	✓						✓		ถ้ามีผลตรวจไม่เกิน 6 เดือน ก่อนทำหัตถการไม่ต้องทำซ้ำ
อายุ > 45 ปี No underlying disease	✓				✓		✓	✓	
HT,IHD,โรคไต ไม่จำกัดอายุ	✓	✓	✓		✓		✓	✓	ถ้ามีผลตรวจไม่เกิน 3 เดือน ก่อนทำหัตถการไม่ต้องทำซ้ำ ยกเว้นอาการของผู้ป่วยมี การเปลี่ยนแปลง
โรคตับ ไม่จำกัดอายุ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
โรคเบาหวาน ไม่จำกัดอายุ	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
ได้รับยา Anticoagulant ไม่จำกัดอายุ	✓		✓		✓	✓	✓	✓	
สำหรับการทำCeliac plexus block	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Lumbar sympathetic block	✓		✓		✓	✓	✓	✓	
Superior hypogastric block	✓		✓		✓	✓	✓	✓	

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 15 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสัปดาห์กระแสน้ำในมดิลก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

8.1.2 ใบนัดหมายและคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ

หน่วยรับปวด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ใบนัดทำการหัตถการที่ ห้องผ่าตัด ดึกสยามินทร์ชั้น4	
ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... HN..... เบอร์โทร..... สิทธิการรักษา.....	วินิจฉัยโรค..... หัตถการที่ทำ..... แพทย์.....
นัดมาทำการหัตถการวันที่..... เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล..... น. ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ..... บาท ค่าส่วนเกิน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์พิเศษที่เบิกไม่ได้ประมาณ..... บาท <u>กรุณาปฏิบัติตัวตามคำแนะนำดังต่อไปนี้ มิฉะนั้นท่านอาจมิได้รับการทำการหัตถการ</u> โทรศัพท์ยืนยันเข้ารับการรักษา ที่เบอร์02-4197842 วันที่..... เวลา13.30-15.00น. <u>การปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล</u>	
.....1. ***งดอาหารและน้ำที่มีกากใยเช่น น้ำผลไม้ปั่น หรือน้ำที่มีนมผสม หลังเวลา..... น.(ต้องงด6ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ) ของวันที่..... แต่ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำเปล่า น้ำที่ไม่มีกากใย และนมผสม เช่น กาแฟดำ และน้ำหวานได้ ***ต่อจากนั้นต้องงดน้ำเปล่า น้ำที่ไม่มีกากใยและนมผสม หลังเวลา..... น.(ต้องงด2ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ) ของวันที่..... 2. รับประทานยาตามด้นยาโรคหัวใจ มือเข้าร่วมกับน้ำเปล่าไม่เกิน 30มล. ก่อน 6.00น. 3. งดยาเบาหวานทั้งรูปแบบกินและฉีด มือเข้าร่วมกับน้ำเปล่าไม่เกิน 30มล. ก่อน 6.00น. 4. หยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือดชื่อ..... เป็นเวลา..... วัน ตั้งแต่วันที่..... 5. งดทาเล็บ, ใส่คอนแทคเลนส์ ไม่ใส่ของมีค่าและเครื่องประดับ อุปกรณ์โลหะทั้งหมด รวมทั้งกระเป๋ากรุณาน้ำของมีค่าทั้งหมด, ในรายที่ใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ ต้องถอดก่อนทำการหัตถการ และฝากไว้กับญาติ 6. ต้องนำญาติที่สามารถดูแลท่านได้มาด้วย และห้ามผู้ป่วยขับขียานพาหนะหลังทำการหัตถการเจ็ดวันเป็นเวลา 12 ชั่วโมง 7. กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องเสีย มีไข้ เวียนศีรษะ ก่อนทำการหัตถการ	
สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ได้ในวันและเวลาราชการ โทร 02-4197842 เวลา 9.00 -15.00 น.	
<u>ข้อปฏิบัติเมื่อถึงโรงพยาบาล</u> นำใบส่งตัว บัตรประชาชน ตรวจสอบสิทธิ และ นำใบนัดติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ดึกสยามินทร์ ชั้น4 เซ็นรับทราบการปฏิบัติตัว.....ผู้ป่วย/ญาติ.....ผู้ให้คำแนะนำ	

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 16 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสัปดาห์แรกประสาทอัตโนมัติซีเลียค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

8.1.3 แบบฟอร์มใบขอใช้เตียงภาควิชาอายุรศาสตร์

ติ๊กอักษฎางค์ แบบฟอร์มใบขอใช้เตียงภาควิชาอายุรศาสตร์

****ใช้สำหรับเตียงสาขา และ เตียงสำหรับหัตถการ/การตรวจพิเศษ หอผู้ป่วยนมินทร์ฯชั้น17****

วันที่จะรับไว้ใน รพ.

ชื่อผู้ป่วย..... HN.....

ผู้ที่สามารถติดต่อได้..... โทร.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	☐ รพ.ศิริราช	☐ รพ.อื่น(ระบุ).....
☐ ประกันสังคม	☐ รพ.ศิริราช	☐ รพ.อื่น(ระบุ).....
☐ เบิกกรมบัญชีกลาง/รัฐวิสาหกิจ		
☐ ประกันชีวิต		
☐ ชำระเงินเอง		
☐ อื่นๆระบุ.....		

ประเภทเตียงที่ต้องการจอง ☐ เตียงสาขา ติ๊กอักษฎางค์ (ยกเว้นhematology and oncology)

☐ เตียงหัตถการ/ตรวจพิเศษ นมินทร์ฯ ชั้น17 (ระยะวันนอน รพ.ไม่เกิน3วัน)

การวินิจฉัยโรค.....

วัตถุประสงค์ของการใช้เตียง ☐ การเรียนการสอน

☐ หัตถการ(ระบุ).....

☐ ตรวจพิเศษ/รักษา(ระบุ).....

จำนวนวันที่คาดว่าจะรับไว้ใน รพ.วัน ถ้ามากกว่า7วัน ระบุเหตุผล.....

แพทย์..... รหัสแพทย์..... วันที่.....

สาขาวิชา.....(โปรดระบุชื่ออาจารย์เจ้าของไข้ประจำสาขาคด้วย)

สำหรับเจ้าหน้าที่ประสานงานจากหน่วยตรวจ

วันที่ติดต่อเจ้าหน้าที่ Bed manager

.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ประสานงานจากหน่วยตรวจ

สำหรับเจ้าหน้าที่Bed manager

-รับไว้ในหอผู้ป่วย.....

-วันที่.....

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่Bed manager

หมายเหตุ: สามารถเบิกแบบฟอร์มได้ที่งานพัฒนาคุณภาพ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ติ๊กอักษฎางค์ชั้น4 หรือโทร97767-9ต่อ104,109

ส่งแบบฟอร์มคืนที่ สำนักงานภาควิชาอายุรศาสตร์ ติ๊กอักษฎางค์ ชั้น4

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 17 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 ทบทวนครั้งที่ : -

8.1.4 แบบขอตรวจ NP Swab ตรวจ Covid-19

แบบขอตรวจ NP Swab ตรวจ Covid-19		วันที่บันทึก	
1. เลขที่บัตรประชาชน 2. ที่อยู่ติดต่อได้ 3. เบอร์โทรศัพท์ 4. แพทย์เจ้าของไข้ เลข 2. 5. การวินิจฉัยโรค 6. การผ่าตัด 7. ผ่าตัดวันที่ Swab วันที่ 8. ข้อบ่งชี้ในการตรวจ NP Swab		ติดสติ๊กเกอร์	
☐ ผ่าตัด/หัตถการ (operation/procedure) ☐ ผู้ป่วยอื่นๆ (non-operation/non-procedure)			
☐ Elective:	☐ Emergency/Urgency:	มีปัจจัยในข้อต่อไปนี้ ☐ ARI clinic decision ☐ Unknown Fever ☐ Community acquired/ Unexplained pneumonia ☐ Hot Spot/Contact Confirm case ☐ ไม่สามารถได้ประวัติจากผู้ป่วย หรือผู้นำส่ง ☐ Refer to other hospital	☐ ไม่มีปัจจัยในข้อทางซ้ายมือ
↓	↓	↓	↓
PCR	Rapid Ag+PCR	Rapid Ag + PCR	Rapid Ag
			หมายเหตุ สามารถ Request ทำ PCR โดยใช้ Specimen เดิม ได้ภายใน 1 อาทิตย์ **รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 1-2 วัน ไม่ ต้องทำ Rapid Ag
9. ประวัติการเคยตรวจ NP swab for Covid-19 ☐ ไม่เคยรับการตรวจ ☐ เคยรับการตรวจ ครั้งล่าสุด			
10. Condition ผู้ป่วย ☐ เดินได้ ☐ รกนั่ง ☐ แปลนอน			

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 18 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการผ่าตัดการสักระแสประสาทอัตโนมัติซิลิแอด บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 ทบทวนครั้งที่ : -

8.1.5 เอกสารขอส่งตรวจเชื้อ Covid-19 ทางห้องปฏิบัติการ

สปสข./ID

Siriraj Microbiology Laboratory Request Form
Department of Microbiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Tel. 97055
website: <http://www.siriraj.ac.th/vivdepartment/microbiology/LabManual/index.html>

หน่วยรับปอด Tel. 97842
SD-00-2/013-F01-03

For laboratory use only (place order label)

Date received _____
Time received _____
Acceptable ☐ Yes ☐ No
Checked by _____
Comment _____

For official use only

ข้อมูลการส่งตรวจ (กรุณากรอกให้ชัดเจน)
Please fill in ordering information
Physician: Name _____
ID _____ Tel. _____ Signature _____
ส่งส่งตรวจชนิดอื่นๆ (other specimen)
Type _____
Site _____ [R][L]

ข้อมูลผู้ป่วย (กรุณากรอกให้ชัดเจนหรือติดฉลาก) Please fill in patient information clearly or place label here

NAME _____ AGE yr/ mo Sex ☐ Male ☐ Female
HN _____ AN _____ SOURCE ☐ OPD/Clinic ☐ IPD Ward _____

ข้อมูลส่งตรวจตรวจ (กรุณากรอกให้ชัดเจน) Please fill in specimen type/information clearly

<U> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ <V> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ <W> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ <X> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ <Y> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ <Z> ไม่กรอกเชื้อเฉพาะ

ชนิดที่ส่งตรวจ Common specimen types	ชนิดที่ส่งตรวจ Less common specimen types
☐ Blood U ☐ Clotted ☐ EDTA ☐ Blood culture U *Bottle No. of _____ (total) ☐ Central ☐ Peripheral ☐ CSF ☐ Feces ☐ Pus* *Site _____ [R][L]	☐ Sputum ☒ Swab U *Site _____ [R][L] ☐ NP4-Throat [R][L] ☐ Urine U ☐ Midstream ☐ Indw. catheter ☐ In/out catheter ☐ Other _____ *Site _____ [R][L]
☐ Aspirate U *Site _____ [R][L] ☐ Autopsy* *Site _____ [R][L] ☐ Bone marrow ☐ Body fluid U *Site _____ [R][L] ☐ Respiratory secretion U *Site _____ [R][L]	☐ Scrape U *Site _____ [R][L] ☐ Tissue/biopsy *Site _____ [R][L] ☐ Wash U ☐ Lavage U ☐ Broncho-alveolar ☐ Gastric ☐ Nasopharynx ☐ Other _____ *Site _____ [R][L]

ชนิดอื่นๆ โปรดกรอกช่องว่างขวา Other type, fill Rt. Box ☐

เชื้อแบคทีเรีย, มัยโคแบคทีเรีย และรา (Bacteria, Mycobacteria and Fungi)

General Bacteria	Special Bacteria	Fungi
☐ 201101 Gram stain -BA>	☐ 201803 <i>Clostridium difficile</i> Toxin gene -BA>	☐ 203102 KOH preparation -MY>
☐ 201102 Modified acid-fast stain -BA>	☐ 201301 <i>Chlamydia trachomatis</i> Ag -VI>	☐ 203103 India ink preparation -MY>
☐ 201201 Culture (aerobic) ^A -BA>	☐ 201204 <i>C. trachomatis</i> Isolation -VI>	☐ 203104 Gram stain -MY>
☐ 201215 Culture (anaerobic) ^{A,B} -BA>	☐ 201503 <i>C. trachomatis</i> DNA -MO>	☐ 203201 Culture ¹ -MY>
Mycobacteria	☐ 201516 <i>Chlamydia pneumoniae</i> DNA -MO>	☐ 203701 AST (MIC for yeasts) ² -MY>
☐ 202101 Acid-fast stain -MB>	☐ 201517 <i>C. pneumoniae</i> : DNA quantitative -MO>	☐ 203702 AST (MIC for molds) ¹ -MY>
☐ 202601 Culture PROFILE 1 ^C -MB>	☐ 201512 <i>E. coli</i> (enteroaggregative): DNA -MO>	☐ 203301 <i>Aspergillus</i> : Galactomannan Ag -MY>
☐ 202602 Culture PROFILE 2 ^D -MB>	☐ 201513 <i>E. coli</i> (enterohemorrhagic): DNA -MO>	☐ 203302 <i>Cryptococcus</i> : Ag -MY>
☐ 202603 Culture PROFILE 3 ^E -MB>	☐ 201511 <i>E. coli</i> (enteroinvasive): DNA -MO>	☐ 203303 <i>Cryptococcus</i> : Ag titer -MY>
☐ 202502 MTB: Direct PCR ^F -MO>	☐ 201509 <i>E. coli</i> (enteropathogenic): DNA -MO>	Bacterial Antigen in CSF Only
☐ 202505 MTB: PCR for R resistance ^F -MO>	☐ 201510 <i>E. coli</i> (enterotoxigenic): DNA -MO>	☐ 201302 <i>Haemophilus influenzae</i> type b: Ag -BA>
☐ 202701 MTB: AST (1 st line) -MB>	☐ 201223 <i>Helicobacter pylori</i> : Culture -BA>	☐ 201304 <i>Neisseria meningitidis</i> Gr. A: Ag -BA>
☐ 202702 MTB: AST (2 nd line) -MB>	☐ 201514 <i>Legionella pneumophila</i> : DNA -MO>	☐ 201305 <i>N. meningitidis</i> Gr. B/E: Ag -BA>
☐ 202704 MTB: AST (automate LR,S,E) -MB>	☐ 201303 <i>L. pneumophila</i> : Ag in urine -BA>	☐ 201306 <i>N. meningitidis</i> Gr. C: Ag -BA>
☐ 202705 MTB: AST (automate Z) -MB>	☐ 201506 <i>Leptospira</i> spp.: DNA -MO>	☐ 201307 <i>N. meningitidis</i> Gr. Y/W: Ag -BA>
☐ 202708 MTB: AST (MIC 12 drugs) ^G -MB>	☐ 201405 <i>Mycoplasma pneumoniae</i> : Ab -SE>	☐ 201308 <i>Streptococcus agalactiae</i> : Ag -BA>
☐ 202506 MTB: AST (Mol. for I, R) -MB>	☐ 201515 <i>M. pneumoniae</i> : DNA quantitative -MO>	☐ 201309 <i>Streptococcus pneumoniae</i> : Ag -BA>
☐ 202504 NTM: Direct PCR ^F -MO>	☐ 201507 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : DNA -MO>	
☐ 202709 NTM (rapid grower): AST ² -MB>	☐ 201508 <i>Rickettsia</i> spp.: DNA -MO>	
☐ 202707 NTM (slow grower): AST ² -MB>		
Special DNA/RNA detection panel	Special Tests¹	
☐ 204581 Meningitis panel ¹ -MO>	☐ 201501 Bacteria: Mol. identification -BA>	
☐ 204584 Rash panel ¹ -MO>	☐ 201502 Bacteria: Mol. epidemiology -BA>	
☐ 204585 Gastroenteritis panel ¹ -MO>	☐ 203504 <i>Candida</i> Mol. identification -MY>	
☐ 204589 Eye viruses panel ¹ -MO>	☐ 203505 Fungi: Mol. identification -MY>	
☐ 204582 Encephalitis viruses panel ¹ -MO>	☐ 205806 Sterility test -BA>	
☐ 204580 Respiratory viruses panel Set 1* -MO>	☐ 204519 Viruses: Mol. epidemiology -MO>	
☐ 204590 Respiratory viruses panel Set 2* -MO>		

Footnotes: ^A Include Gram stain, iden. and AST (if applicable). ^B Must also order test 201201: Culture (aerobic).
^C Include AFB, culture, conventional AST for MTB. ^D Include direct PCR, AFB, culture, automate AST for MTB. ^E Include direct PCR & AST genotype, AFB, culture, automate AST for MTB. ^F Not include culture. ^G Report as MIC for a set of drugs.
¹ Identification only (no AST). Report as MIC for 1 drug (please contact for drug available). ² Please contact laboratory before ordering. ³ Set 1: Include adenovirus, human metapneumovirus, enterovirus, RSV (type A, B), influenza viruses (A (H1, H1pdm09), H3) & B, parainfluenza viruses (type 1-4), coronavirus (OC43, 229E, NL63), human rhinovirus, human bocavirus. ⁴ Set 2: Include Set 1 viruses and these bacteria: *Bordetella parapertussis*, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*.

Abbreviations: Ab = Antibody, Ag = Antigen, AST = Antimicrobial susceptibility testing, Mol. = Molecular-based method, MTB = *Mycobacterium tuberculosis* or *M. tuberculosis* complex, NTM = Non-tuberculous mycobacteria (rapid/slow growers), conv. = conventional, For MTB: I = Isoniazide, R = Rifampicin, S = Streptomycin, E = Ethambutol, Z = Pyrazinamide, MIC = minimum inhibitory concentration

Contact : Specimen center: 97055
 Laboratory: <BA> 97372, <MB> 97062, <MY> 97063, <VI> 97064, <SE> 97066, <MO> 98969, 98433

Special comments: _____

SAR-CoV-2
Covid19RNA
รหัส 204592

****For Viruses & Toxoplasma, see back page**

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 19 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการผ่าตัดการสักระแสประสาทอัตโนมัติซิวแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 ทบทวนครั้งที่ : -

8.2 เอกสารเตรียมความพร้อมผู้ป่วยวันทำการผ่าตัด

8.2.1 แบบฟอร์ม Perioperative nursing record

 PERIOPERATIVE NURSING RECORD SIRIRAJ HOSPITAL		DATE...../...../..... OR.NO. WARD.....																
NAME.....AGE.....SEX..... HN...../.....AN...../.....																		
PREOPERATIVE NURSING RECORD																		
CONSENT SIGNED ☐ No ☐ Yes NPO ☐ No ☐ Yes, Since..... PREMEDICATION ☐ No ☐ Yes		ALLERGY ☐ No ☐ Yes List :																
<table border="1"> <tr> <td> VITAL SIGNS: Temp. =.....°C Pulse =...../min Resp. =...../min BP =.....mmHg. </td> <td> CONSCIOUSNESS: ☐ Awake/Oriented ☐ Calm/Relaxed ☐ Sedated ☐ Confused ☐ Unresponsive </td> <td> RESPIRATORY STATUS: ☐ Normal ☐ Distress ☐ O2.....L/min. via..... ☐ Tracheostomy ☐ Ambu Bag ☐ Other..... </td> <td> LIMITATION: ☐ NONE ☐ Visual..... ☐ Auditory..... ☐ Mobility..... ☐ Loss of Limb (s)..... ☐ Prosthesis..... ☐ Speech..... ☐ Other..... </td> </tr> </table>				VITAL SIGNS: Temp. =.....°C Pulse =...../min Resp. =...../min BP =.....mmHg.	CONSCIOUSNESS: ☐ Awake/Oriented ☐ Calm/Relaxed ☐ Sedated ☐ Confused ☐ Unresponsive	RESPIRATORY STATUS: ☐ Normal ☐ Distress ☐ O2.....L/min. via..... ☐ Tracheostomy ☐ Ambu Bag ☐ Other.....	LIMITATION: ☐ NONE ☐ Visual..... ☐ Auditory..... ☐ Mobility..... ☐ Loss of Limb (s)..... ☐ Prosthesis..... ☐ Speech..... ☐ Other.....											
VITAL SIGNS: Temp. =.....°C Pulse =...../min Resp. =...../min BP =.....mmHg.	CONSCIOUSNESS: ☐ Awake/Oriented ☐ Calm/Relaxed ☐ Sedated ☐ Confused ☐ Unresponsive	RESPIRATORY STATUS: ☐ Normal ☐ Distress ☐ O2.....L/min. via..... ☐ Tracheostomy ☐ Ambu Bag ☐ Other.....	LIMITATION: ☐ NONE ☐ Visual..... ☐ Auditory..... ☐ Mobility..... ☐ Loss of Limb (s)..... ☐ Prosthesis..... ☐ Speech..... ☐ Other.....															
OR ARRIVAL TO OR. : ☐ NG Tube ☐ Foley's Catheter Urine=.....ml : Color..... ☐ Chest Tube ☐ Drain from.....ml. : color..... ☐ Other		☐ NONE ☐ CVP Line ☐ Art. Line ☐ IV Infusionmlml.ml.																
☐ Pre op. Routine Explained		Done by.....RN. Time.....																
NOTE																		
INTRAOPERATIVE NURSING RECORD																		
PT RECEIVED FROM : ☐ OPD ☐ WARD ☐ WR ☐ ICU ☐ OTHER.....		TIME: Room In..... Room Out..... Incision.....Closure.....																
Pre op. Diagnosis:..... Post op. Diagnosis:..... Operation : Surgeon : 1 st Assistant : 2 nd Assistant :		<table border="1"> <tr> <td colspan="3">ANESTHETIC TECHNIQUE</td> </tr> <tr> <td>☐ GEN/ET</td> <td>☐ GEN/Mask</td> <td>☐ Caudal Block</td> </tr> <tr> <td>☐ Epidural</td> <td>☐ Spinal</td> <td>☐ Brachial Block</td> </tr> <tr> <td>☐ Retrobulbar Block</td> <td>☐ Topical</td> <td>☐ Local</td> </tr> <tr> <td colspan="3">☐ Other</td> </tr> </table>		ANESTHETIC TECHNIQUE			☐ GEN/ET	☐ GEN/Mask	☐ Caudal Block	☐ Epidural	☐ Spinal	☐ Brachial Block	☐ Retrobulbar Block	☐ Topical	☐ Local	☐ Other		
ANESTHETIC TECHNIQUE																		
☐ GEN/ET	☐ GEN/Mask	☐ Caudal Block																
☐ Epidural	☐ Spinal	☐ Brachial Block																
☐ Retrobulbar Block	☐ Topical	☐ Local																
☐ Other																		
GOAL : ASEPSIS MAINTENANCE																		
SHAVE IN OR. ☐ NO ☐ YES																		
PREP SITE CONDITION ☐ Normal ☐ Reddened ☐ Other																		
PREP SOLUTION : Scrub ☐ None ☐ Betadine Scrub ☐ Hibiscrub ☐ Other																		
Paint: ☐ Betadine solution ☐ Alcohol 70% Iodine in Alc ☐ Hibitane in water ☐ Other																		
URINARY CATHETER: Inserted in OR ☐ NO ☐ YES																		
NG TUBE: Inserted in OR ☐ NO ☐ YES																		

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 20 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน - หลัง ที่มารับการผ่าตัดการสักระแสประสาทอัตโนมัติซีเลียค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

8.2.2 ใบบันทึก Anesthesia Record for Ambulatory siriraj Hospital

Anesthesia Record for Ambulatory Siriraj Hospital		AN ambulatory	
Service Units: ☐ Cath ☐ CVT ☐ DEN ☐ ENT ☐ EYE ☐ GEN (☐ HPB ☐ MIS ☐ Colo ☐ VAS) ☐ H&N ☐ LR ☐ MRI ☐ NEU ☐ OBG ☐ ORT ☐ PED ☐ PLA ☐ PSY ☐ RAD ☐ Scope ☐ TRA ☐ URO ☐ Other:	Staff License No from to Nurse License No from to Res/Fellow License No N Student Med student	Name: Age d / m / y Sex M F HN AN Ward: Date Location/Room ASA 1 2 3 4 5 6 E Wt kg Ht cm	
Pre-Anesthesia Evaluation Physical Examination / Systemic reviews Vital signs T °C Pulse bpm RR /min BP / mmHg Dentures ☐ N ☐ Y Potential dental damage ☐ N ☐ Y Patient informed ☐ N ☐ Y Cardiovascular ☐ NAD ☐ Others Gastrointestinal ☐ NAD ☐ Others Endocrine ☐ NAD ☐ Others CXR EKG			
Summary of medical history Lab Hct/Hb Chemistry		Time Total O ₂ N ₂ O/Air Iso/Sevo/Des Thio/Prop/Eto/Ket MO/Peth/Fen Suc/Roc Atra/Cis/Vec/Pan	
Anesthesia Plan Premedications Risks, benefits, alternatives discussed with patient/parent who agrees with anesthesia plan ☐ YES ☐ NO Summarized by Anesthesia Techniques ☐ Topical ☐ GA ☐ TIVA ☐ MAC ☐ RA ☐ GA+RA ☐ N Block Airway Type ☐ Under mask ☐ LMA size ☐ ETT Nasal/Oral size Depth cm cuffed uncuffed ☐ Tracheostomy Airway Management ☐ Mask ventilation easy Y N ☐ LMA Insertion easy Y N ☐ Intubation easy Y N DL attempt Blade LV grade ☐ Rapid sequence ☐ Cricoids pressure Confirmed by: ☐ BBS ☐ CO ₂ ☐ FOB ☐ X-ray Monitors ☐ ECG ☐ NIBP ☐ SpO ₂ ☐ ETCO ₂ ☐ Temp (site) ☐ ABP ☐ CVP ☐ PAP ☐ PNS ☐ TEE ☐ BIS ☐ Other Position ☐ Supine ☐ Prone ☐ Sitting ☐ Kidney ☐ Lithotomy ☐ Lateral ☐ Ltl ☐ Ort ☐ Jackknife ☐ Trendelenberg ☐ LUD ☐ Other		Monitor: SpO ₂ EKG ETCO ₂ PIP x BP • Pulse x Start anesth T Intubation @ Start Op. @ Finish anesth	
Events/Symbols Fluids Blood Urine EBL Remarks		Dispatch ☐ PACU ☐ ward ☐ ICU ☐ HDU BP HR RR SpO₂ % ☐ unexpected hospital admission Types of Patient: ☐ คลินิกพิเศษ ☐ Surgical site identified ☐ Admit ☐ Patient identified Page of	
Line access eg. IV, a-line (site & size) 1. 2.		1398 Time Pt. In Start anes Anes ready Start Op Op finish Anes finish 1) Atropine/glyco mg } time 2) Neostigmine mg } ☐ Spontaneous breathing ☐ Eyes opened ☐ Follow commands ☐ Strong grip/head lift ☐ Extubated ☐ Remains intubated	

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 21 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสัปดาห์กระแสน้ำในมดิลลิลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

8.2.3 เอกสารบันทึกค่าบริการ

เอกสารบันทึกค่าบริการวิสัญญี-หน่วยระงับปวด ห้อง 421 ลักษณะผู้ป่วย ☐ OPD ☐ IPD อ.วิสัญญี..... รหัส..... Fellow...../Resident..... ☐ RN.สกวรัตน์ 10005968 ☐ พริศา 10021904 ☐ RN.อิสราภรณ์ 10029117 ☐ PN.นาวัน 10004386 ☐ จันท.อนุชา 10020944 เริ่ม.....น. เสร็จ.....น.			STICKER ชื่อผู้ป่วย PAIN CLINIC		
รหัส	ห้องผ่าตัด	เลือกใช้	รหัส	ยาที่ใช้ทำการหัตถการ	เลือกใช้
600 00 255	สำหรับห้องผ่าตัด Minor	✓	100 011 061	Marcaïn 0.5% 10ml (113B)	
ค่าบริการ			100 011 111	Xylocain 2% 20ml (63B)	
600 00 005	ค่าบริการแพทย์ทำการหัตถการ	1	100 01 778	Xylocain 2% 2 ml (11B)	
600 00 006	ค่าบริการแพทย์ผู้ช่วย	1	100 01 404	Kanalone-F (58B)	
600 00 007	ค่าบริการพยาบาล		100 010 901	Dexamethasone (6B)	
600 00 008	ค่าบริการผู้ช่วยพยาบาล		100 01 421	Ultravist (380B)	
600 00 459	TIVA < 30 นาที (1,400 บาท)		100 017 541	Ketorolac 30mg (196B)	
600 00 437	an-9 : MAC 30-60 นาที (1,700 บาท)				
Package			Package		
PAIN 1	CESI,TFESI,MBB Celiac block *ไม่ใช่ Depo		PAIN 1	CESI,TFESI,MBB Celiac block *ไม่ใช่ Depo *ไม่ใช่ Fluoroscopy	
PAIN 2	Radiofrequency (RF) Cryo analgesic *ไม่ใช่ Fluoroscopy		600 00 228	Ultrasound (1,000B)	
			300 00 087	X-ray Flu (1,880B)	
อุปกรณ์ที่ใช้บ่อย			อื่นๆ		
100 00 760	Spinal Needle no.22,25		100 010 851	Morphine 10 mg (6B)	
100 010 301	เข็ม Epidural 16,18 (121B)		100 011 921	Fentanyl 100 mcg (38B)	
100 01 029	สาย Epidural 16 (171B)		100 010 951	Ondansetron 8mg (10B)	
100 01 493	สาย Epidural 18 (171B)		100 010 781	Dormicum (36B)	
200 11 051	Epidural set(disposable) (370B)		100 012 381	Piricoxib 40 mg (41B)	
100 01 669	Camera Sleeve (77B)		100 011 461	Acetar/LRS 500ml (52.5B)	
200 11 053	เข็ม Stimuplex/Uniplex (380B)		100 011 941	NSS,NSS/2 500ml (30B)	
100 006 111	3way with extension (22B)		100 011 931	NSS 1000ml (35B)	
100 006 541	T connector extension (17B)		100 011 991	D5N2 500ml (31B)	
100 008 711	Tegaderm 1624 (6x7)		100 011 971	D5N2 1000ml (35B)	
100 008 721	Tegaderm 1626 (10x12)				
100 007 711	Oxygen cannular (18B)				
100 007 721	Oxygen mask (37B)				
200 11 831	Surgical skin mark site (63B)		200 13 874	St.Reed Plus (30,650B)	

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 22 / 22
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-00 บททวนครั้งที่ : -

8.2.4 แบบฟอร์มการรับเป็นผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ผ่านการจองเตียง

แบบฟอร์มการรับเป็นผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ผ่านการจองเตียง ประเภทผู้ป่วยในปกติ กรณีไม่ใช่อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	
ชื่อ สกุลผู้ป่วย _____ * สิทธิ _____ ☐ พักรอจำหน่าย HN _____ * วันที่รับเข้ารักษาตัวใน รพ. _____ * เวลา _____ *	
Specialty(ภาควิชา)*	
☐ กุมารเวชศาสตร์(Pediatrics) 0201	☐ ศัลยศาสตร์(Surgery) 1901
☐ จิตเวชศาสตร์(Psychiatry) 0401	☐ ออร์โธปิดิกส์(Orthopedics) 2001
☐ จักษุวิทยา(Ophthalmology) 0301	☐ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา(Obstetrics and Gynaecology) 2201
☐ ตจวิทยา(Dermatology) 0701	☐ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา(Otorhinolarygology) 2301
☐ รังสีวิทยา(Radiology) 1301	☐ อายุรศาสตร์ (Medicine) 2401
☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู(Rehabilitation) 1801	☐ อื่นๆ(Others)
หอผู้ป่วย _____ * รหัส _____ * เบอร์โทร _____ * Service(สาขาวิชา) _____ * Bed Class(ประเภทเตียง/ห้อง) _____ * Bed Type(ราคาเตียง/เตียง) _____ * Bed No(หมายเลขเตียง) _____	
Admission Type*	
☐ Elective	☐ Observation
☐ Post Anesthesia	
Admitting Practitioner (แพทย์ผู้รับไว้ในโรงพยาบาล) _____ * ๖ _____ * ผู้แจ้ง _____ ตำแหน่ง _____ SAP ID _____ เบอร์โทร _____	
Health Benefit Department (สำหรับเจ้าหน้าที่งานสิทธิประกันสุขภาพ)	
Encounter ID (AN) _____ วันที่เข้ารักษาตัวใน รพ. _____ เวลา _____ ผู้บันทึก _____	
หมายเหตุ ช่องที่มีเครื่องหมาย " * " ต้องบันทึกข้อมูลให้ครบ ส่วนช่องที่ไม่มีเครื่องหมาย " * " จะบันทึกหรือไม่ก็ได้ Specialty(ภาควิชา): เช่น ศัลยศาสตร์ , อายุรศาสตร์, สูติ-นรีเวช, จิตเวช, โสตนาสิก ลาริงซ์, จักษุ Service(สาขาวิชา): เช่น Surg Ped, Med Cardio Bed Class (ประเภทห้อง/เตียง): เช่น พิเศษ, สามัญ, ICU, Deluxe, Smp3bed Bed Type (ราคาห้อง/เตียง): เช่น Private-1500, Private-3000, Smp2 bed-600, Ordinary Type Admission Type (ประเภทของการเข้ารักษาตัว): เช่น Elective, Observation, Labour/Delivery Admitting Practitioner : ชื่อแพทย์ผู้สั่ง Admit	