

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก่อน – หลังที่มารับการทำหัตถการ สกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	หน้า : 1 / 19
		รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : - วันที่ทบทวน : -
ชื่อหน่วยงาน : หน่วยระงับปวดเรื้อรัง อาคาร 10 ชั้น 1		วันที่อนุมัติ : 29-05-2569
ผู้ตรวจสอบ : คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา		ผู้อนุมัติ : หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เป็นแนวทางปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วย
- 1.2 เพื่อความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย
- 1.3 ป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. ขอบข่าย

- 2.1 ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการทำการหัตถการ Celiac plexus block, Celiac plexus neurolysis, Splanchnic nerve block หรือ Splanchnic nerve neurolysis
- 2.2 ระยะเวลาขอบคลุมตั้งแต่แพทย์พิจารณาทำการหัตถการ จนกระทั่ง 24 ชั่วโมงหลังทำการหัตถการ

3. อุปกรณ์/เครื่องมือ/วิธีการ

- 3.1 เอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย
- 3.2 ติดตามอาการผู้ป่วยก่อนและ 24 ชั่วโมงหลังทำการหัตถการ
- 3.3 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดหลังทำการหัตถการ
- 3.4 กำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

4. ความรับผิดชอบ

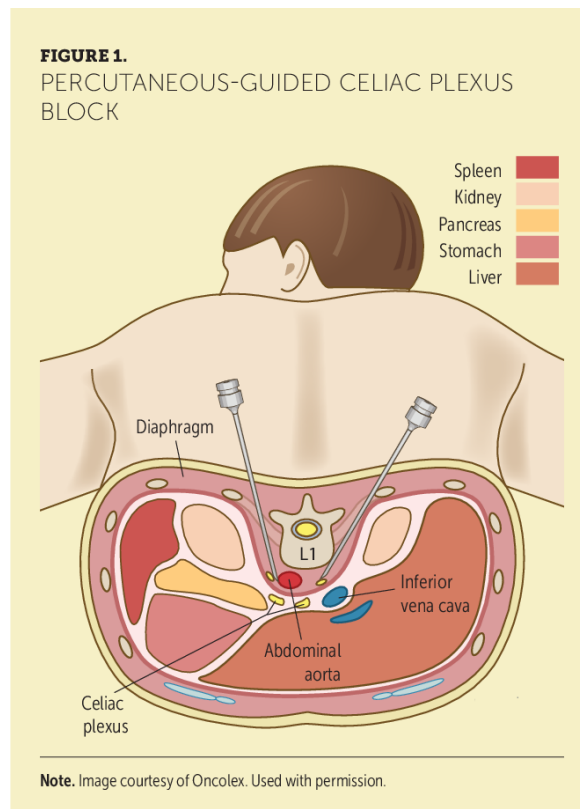
- 4.1 แพทย์ผู้ทำการหัตถการ
- 4.2 แพทย์และพยาบาลหน่วยระงับปวดที่มีหน้าที่เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการทำการหัตถการ
- 4.3 แพทย์และพยาบาลประจำหน่วยพักฟื้นดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงหลังทำการหัตถการ

5. คำจำกัดความ

- 5.1 หัตถการสกัดประสาทอัตโนมัติซิติลแอคบริเวณหลัง (Celiac plexus block) หมายถึง การกระทำโดยใช้เทคนิคหรือวิธีการใด ๆ เพื่อยับยั้งการส่งกระแสประสาทผ่านข่ายประสาทซิติลแอค (celiac plexus) โดยแพทย์จะพิจารณาทำการหัตถการนี้จะพิจารณาทำการหัตถการนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน โดยเฉพาะในอาการปวดจากโรคมะเร็งตับอ่อน หรือตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ที่ได้รับการประเมินแล้วว่า

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 2 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

ไม่ประสบผลสำเร็จจากการรักษาด้วยยา หรือมีผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ โดยทั่วไปแล้วสามารถทำได้ โดยการฉีดยาชา และ/หรือ Steroid และ/หรือ สารที่มีฤทธิ์ทำลายเส้นประสาท (Neurolytic agent) เช่น 90% alcohol บริเวณข่ายประสาทซิติแอค (celiac plexus)



ภาพที่ 1 แสดงตำแหน่งเข็มที่เข้าไปบริเวณข่ายประสาทซิติแอคและอวัยวะใกล้เคียง
 (อ้างอิงจาก 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 สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการกระทำโดยเทคนิคหรือวิธีการใด ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย
- 5.3 อันตราย หมายถึง เหตุที่อาจนำมาซึ่งความตายหรือความสูญเสียที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและสรีระภาพ

6. เอกสารอ้างอิง

- 6.1 Naiyarat Prasongsook. Cancer pain management. 2559. (cites 20 เมษายน 2563). Available from: www.thethaicancer.com/Webdocument/GP_article/GP_article_003.html

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 3 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซีกแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

6.2 หน่วยระงับปวดเรื้อรัง อาคาร 10 ชั้น 1. แนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการหัตถการสกัด
กระแสนประสาท. 2556. (cites 10 เมษายน 2563). Available form:
<http://www.si.mahdola.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. แพทย์พิจารณาผู้ป่วยที่เหมาะสม ในการทำการหัตถการ Celiac plexus block และผู้ป่วยยินยอมในการ ทำการหัตถการ	แพทย์	แพทย์พิจารณาเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการทำ Celiac plexus block และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีโรคและอาการปวดที่ได้รับการตรวจจากแพทย์หน่วยระงับปวด เรื้อรัง และได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการทำการหัตถการ Celiac plexus block เพื่อบรรเทาอาการปวด 2. อธิบายให้ความรู้ถึงโรคและหัตถการที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ รวมถึงวิธีการทำ ผลลัพธ์ที่ได้ และภาวะแทรกซ้อนหลังทำที่อาจจะ เกิดขึ้น 3. ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล มีความประสงค์ยินยอมทำการหัตถการและ เซ็นใบยินยอมทำการหัตถการ (Consent from) 4. ตรวจภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยและยาที่เคยได้รับ เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet), ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เป็นต้น 5. แจ้งผู้ป่วยงดยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ ยาอื่น ๆ ที่แพทย์พิจารณาให้งด เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออก หลังทำการหัตถการ โดยระยะเวลาหยุดยาลขึ้นกับชนิดของยาและโรค- ประจำตัวของผู้ป่วย 6. ในกรณีจำเป็น อาจต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ เช่น พบแพทย์แผนกอายุรศาสตร์ เพื่อพิจารณาการหยุดยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำการหัตถการ เป็นต้น 7. แพทย์พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคู่มือในภาคผนวก (หน้า 13/20)
2. พยาบาลให้ใบคำแนะนำการ ปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการและ	พยาบาล	พยาบาลให้ใบคำแนะนำและเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ (ภาคผนวก 8.1.2) พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนี้ 1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ ดังนี้

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 4 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสน้ำในหลอดเลือด บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
24 ชั่วโมงหลังทำการหัตถการแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตามที่แพทย์พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		- งดอาหาร เครื่องดื่มที่มีกากใย และเครื่องดื่มที่มีนมผสม 6 ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ และงดน้ำเปล่า กาแฟดำ น้ำหวานที่ไม่มีกากใย 2 ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ - ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาโรคประจำตัวที่แพทย์ไม่ได้แจ้งให้งดก่อนทำการหัตถการ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาโรคหัวใจ มือเข้ร่วมกับน้ำเปล่า โดยจำเป็นต้องทานยามือเข้พร้อมน้ำเปล่า 20-30 มิลลิลิตร ให้เสร็จภายใน 2 ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ เช่น ผู้ป่วยเริ่มทำการหัตถการ 09:00 น. ดังนั้นควรรับประทานยามือเข้พร้อมน้ำเปล่า ก่อนเวลา 07:00 น. เป็นต้น - ในกรณีที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด ให้งดยาก่อนทำการหัตถการตามคำแนะนำของอายุรแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ และกรณีที่รับประทาน warfarin ต้องมีการเจาะเลือดยืนยันอีกครั้งในเช้าวันทำการหัตถการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลก่อนทำการหัตถการอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เนื่องจากผลเลือดต้องรอประมาณ 1-2 ชั่วโมง - งดยาเบาหวานทั้งรูปแบบกินและฉีดมือเข้วันทำการหัตถการ 2. ในวันทำการหัตถการผู้ป่วยจำเป็นต้องตรวจสอบและเปิดสิทธิการรักษา ก่อนทำการหัตถการ 3. วันทำการหัตถการต้องพาดูแลผู้ป่วยมาด้วย เพื่อช่วยดูแลของมีค่า กระเป๋าตังค์ เครื่องประดับ โทรศัพท์มือถือ ฟันปลอม และอุปกรณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกของผู้ป่วย ขณะผู้ป่วยรอดูอาการในห้องพักฟื้น โดยญาติจะมีบทบาทในการดำเนินการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการรักษา ซ้อยา และยื่นเอกสารการเข้ารับเป็นผู้ป่วยใน 4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำการหัตถการโดยอาจจะต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการ เป็นเวลา 1 คืน 5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคู่มือภาคผนวก (หน้า 13/20)
3. พยาบาลให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ก่อนทำการหัตถการในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	พยาบาล	1. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจว่าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจ Nasopharyngeal swab (NP swab) เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 ก่อนทำการหัตถการตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 5 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลลิแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ NP swab 24-48 ชั่วโมง ก่อนวันทำการหัตถการ - ค่าใช้จ่าย/ครั้ง สำหรับประชาชนที่มีเลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลัก ค่าใช้จ่ายฟรี - ค่าใช้จ่าย/ครั้ง สำหรับชาวต่างชาติ - อัตราค่าใช้จ่ายตรวจ PCR ราคา 2,750 บาท - ตรวจ Rapid Ag ราคา 1,038 บาท - ตรวจ Rapid Ag + PCR ราคา 3,788 บาท 2. แจ้งสถานที่และเวลาการมา swab พร้อมทั้งให้ผู้ป้อนำใบปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ (ภาคผนวก หน้า 14/20) มาในวันที่ swab เพื่อใช้ในการยืนยันตัวตน 3. พยาบาลเตรียมแบบขอตรวจ NP swab ตรวจ covid-19 (ภาคผนวก หน้า 16/20) และเอกสารขอส่งตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ทางห้องปฏิบัติการ (ภาคผนวก หน้า 17/20) พร้อมทั้งสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย 5 ใบ ยื่นแจ้งขอตรวจ 1-2 วันล่วงหน้าก่อนวันที่ผู้ป่วยมา swab 4. เมื่อทราบผลตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ให้พยาบาลโทรแจ้งผลผู้ป่วย 5. กรณีที่ผู้ป่วยขอตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งแบบ PCR หรือ ATK ภายใน 24-48 ชั่วโมงก่อนวันทำการหัตถการ ให้พยาบาลรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้รับทราบและให้ผู้ป้อนำใบรับรองแพทย์หรือผลตรวจจากโรงพยาบาลอื่นมายืนยันในวันทำการหัตถการ
4. พยาบาลประสานงานการจดทะเบียน กับแผนกบริหารเตียง ภาควิชา- อายุรศาสตร์ (ในกรณีที่แพทย์ เจ้าของไข้ เห็นสมควรว่าควร นอนสังเกตอาการหลังทำการหัตถการ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่มี ภาวะทุพโภชนาการมาก มะเร็ง ชั้นลูกกลม หรือผู้ป่วยที่มีโรค ร่วมด้วยมาก)	พยาบาล	พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรับทราบและให้การยินยอมในการทำ หัตถการของผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่แพทย์พิจารณาหลังจากนั้นให้พยาบาล ดำเนินเรื่องประสานงานเกี่ยวกับการจดทะเบียนหลังทำการหัตถการ ดังนี้ 1. เตรียมข้อมูลที่สำคัญในการส่งต่อข้อมูล ได้แก่ - ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยและ HN - เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย - สิทธิการรักษา - โรคประจำตัว และชื่อหัตถการ - แพทย์เจ้าของไข้ 2. โทรศัพท์ประสานงานการจดทะเบียนได้ที่เบอร์ 97767 ต่อ 104 และส่ง ข้อมูลของผู้ป่วย พร้อมทั้งประมาณเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการเป็นผู้ป่วยในที่ ตึกนวมินทร์ฯ 17 ได้

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 6 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		3. ในกรณีที่วันที่วางแผนทำการหัตถการไม่สามารถรับผู้ป่วยในหลังทำการหัตถการได้เนื่องจากเตียงเต็ม ให้พยาบาลสอบถามแผนกบริหารเตรียมเพื่อหาวันอื่นที่มีเตียงนอนสังเกตอาการหลังทำการหัตถการได้ พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์ผู้ทำการหัตถการเพื่อพิจารณาย้ายวันทำการหัตถการ รวมทั้งสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง 4. เมื่อได้วันทำการหัตถการให้เขียนข้อมูลผู้ป่วยในใบเสนอการจองเตียงตามคู่มือในภาคผนวก (หน้า 15/20) และนำไปยื่นแผนกบริหารเตียง ภาควิชาอายุรศาสตร์
5. ก่อนทำการหัตถการ 1 วัน	แพทย์ พยาบาล	1. พยาบาลโทรสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งเวลาที่ต้องมาถึงโรงพยาบาล และยืนยันการปฏิบัติตัว 2. แพทย์วางแผนการรักษา โดยประเมินสภาวะทางร่างกายจากประวัติการรักษา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด หรือภาวะขาดน้ำ เป็นต้น 3. ทีมการรักษา ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้การรักษาก่อนทำการหัตถการเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ เป็นต้น
6. วันทำการหัตถการ 6.1 ก่อนทำการหัตถการ	แพทย์ พยาบาล	1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมฝากไว้กับญาติที่มาด้วย 2. ตรวจสอบเอกสารการเซ็นยินยอมทำการหัตถการ 3. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ความดันเลือด ชีพจร การหายใจ ระดับออกซิเจนในเลือด และระดับความปวด 4. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ชักประวัติการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ ดังนี้ - เวลาที่ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำดื่มทุกประเภท - ตรวจสอบการใช้ยาประจำของผู้ป่วย โดยตรวจสอบชื่อยาและการรับประทานยามื้อเช้า ตรวจสอบการงดยาตามที่แพทย์สั่ง โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรืออาหารเสริมต่าง ๆ เช่น โสม เป็นต้น และถ้าจำเป็นอาจต้องตรวจสอบระดับการแข็งตัวของเลือด

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 8 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
6.3 หลังทำหัตถการทันที จนถึง 1 ชั่วโมงหลังทำ หัตถการ		Spinal needle 22G x 180 mm Syringe ชนิดธรรมดา และ Syringe ชนิด luer lock ขนาด 3ml, 5ml และ 10 ml  
		2% Lidocaine without adrenaline 0.5% Bupivacaine 10 ml 20 ml  
		Absolute alcohol 20 ml 5% Phenol  
		เป็นต้น พร้อมทั้งเตรียมยาและอุปกรณ์ฉุกเฉินเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพให้ พร้อมใช้ตลอดเวลา 10. การเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างทำหัตถการ (Monitoring) มีการติดตาม Pulse oximetry, EKG และ NIBP อย่างน้อยทุก 5 นาที ระหว่าง การทำหัตถการหรืออาจบ่อยกว่านี้ ถ้ามีข้อบ่งชี้ของการติดตาม อาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 11. หลังทำหัตถการให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าจะให้ผู้ป่วยนอนหงาย ได้ทันทีหรือจำเป็นต้องนอนคว่ำประมาณ 30 นาที เพื่อให้ยาอยู่บริเวณ ตำแหน่ง celiac plexus

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 9 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		12. ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ถ้าพบความผิดปกติของสัญญาณชีพต้องตรวจสัญญาณชีพถี่ขึ้นและรีบแจ้งแพทย์ผู้ทำหัตถการ 13. กรณีพบความผิดปกติ เช่น ความดันเลือดผู้ป่วยมีระดับต่ำลงเรื่อย ๆ ต้องแจ้งความผิดปกติให้แพทย์รับทราบและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนตามคำสั่งการรักษา และสังเกตอาการผู้ป่วยจนสัญญาณชีพ สภาพร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 14. กรณีผู้ป่วยนอนคว่ำหลังทำหัตถการครบ 30 นาทีแล้วสามารถให้ผู้ป่วยกลับมานอนหงายหรือนอนในท่าที่สุขสบายและมีความปลอดภัยได้ 15. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนครบ 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า 1 ชั่วโมง ในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติ โดยให้สังเกตอาการจนสัญญาณชีพ สภาพร่างกายตำแหน่งที่ทำหัตถการอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้ป่วย สุขสบาย จากนั้นเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าไปนอนพักฟื้นที่หอผู้ป่วยนวมินทรา 17 ได้ เพื่อสังเกตอาการต่อ
7. เตรียมเอกสารและอธิบายญาติในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ พร้อมทั้งแจ้งอาการผู้ป่วยขณะสังเกตอาการอยู่ที่ห้องพักฟื้นและคาดการณ์ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล	พยาบาล	ระหว่างที่สังเกตอาการผู้ป่วยหลังทำหัตถการภายใน 1 ชั่วโมง หากอาการผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร ติดต่อญาติ และอธิบายวิธีการยื่นเอกสารต่าง ๆ ดังนี้ 1. ใบบันทึกการใช้อุปกรณ์ในห้องทำหัตถการ (ภาคผนวกหน้า 19/20) และระยะเวลาการทำหัตถการจะถูกคำนวณ โดยเจ้าหน้าที่แผนกการเงิน และได้เป็นใบสรุปค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยเปิดสิทธิ์ก่อนขึ้นมาทำหัตถการ 2. นำใบค่าใช้จ่าย ใบยา และใบนัดติดตามอาการครั้งต่อไปให้ญาติ แจ้งอาการผู้ป่วยขณะปัจจุบันให้ญาติทราบ พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ แล้วให้ญาติยื่นชำระค่าใช้จ่ายที่แผนกการเงิน และนำใบเสร็จที่ชำระค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้วกลับมายื่นให้พยาบาลอีกครั้ง 3. เมื่อญาติยื่นใบเสร็จชำระค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว พยาบาลนำใบเอกสารที่มีข้อมูลรอกครบถ้วนในใบการยื่นจองเตียงเป็นผู้ป่วยใน (ภาคผนวก หน้า 20/20) และอธิบายญาติให้นำใบยื่นจองเตียงไปติดต่อแผนกจองเตียงรับเข้าในโรงพยาบาล เพื่อออกรหัสเลขที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และเวลารับเข้าในโรงพยาบาล

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 10 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		4. เมื่อเจ้าหน้าที่แผนกจองเตียงนำข้อมูลเข้าระบบภายในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะให้เอกสารที่ระบุรหัสเลขที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล (AN) และเวลารับเข้าในโรงพยาบาลกับญาติผู้มาติดต่อ ซึ่งญาติจะต้องนำเอกสารดังกล่าวมายื่นให้กับพยาบาล
8. พยาบาลโทรประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมดูแลหลังทำการหัตถการ 24 ชั่วโมง	พยาบาล	พยาบาลหน่วยระงับปวดที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังทำการหัตถการจนครบ 1 ชั่วโมง และอาการผู้ป่วยหลังทำการหัตถการอยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมทั้งช่วยจัดการให้ญาติดำเนินการเอกสารจนครบถ้วน จากนั้นให้โทรประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยดังนี้ 1. ติดต่อหอผู้ป่วยนวมินทราฯ 17 ไต่ เบอร์ 97337, 97338 2. แจ้งชื่อ-นามสกุล HN อายุ และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย 3. แจ้งข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม หัตถการที่ทำ และอาจารย์เจ้าของไข้ 4. รายงานกระบวนการทำการหัตถการ สัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อน และคำสั่งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด ตั้งแต่ก่อนทำการหัตถการ ระหว่างทำการหัตถการ และหลังทำการหัตถการจนถึงขณะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และแจ้งวันที่นัดหมายมาติดตามอาการในช่วง 1-2 สัปดาห์ เพื่อดูอาการหลังทำการหัตถการ 5. แจ้งแผนการรักษาการดูแลผู้ป่วยในช่วง 24 ชั่วโมงหลังทำการหัตถการที่แพทย์ระบุในคำสั่งการรักษา (Doctor order sheet) ซึ่งโดยทั่วไปมีรายละเอียด ดังนี้ - ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 2 ครั้ง ต่อไปทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และต่อไปทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ - การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - สังเกตผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำการหัตถการระงับปวด - ระวังการพลัดตกหกล้ม - ยากลับบ้านและวัน-เวลาที่นัดหมายพบแพทย์ระงับปวดครั้งต่อไป 6. แจ้งรหัสเลขที่รับเข้าในโรงพยาบาล (AN) และเวลาที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล
9. ติดต่อประสานเจ้าหน้าที่ผู้ช่วย-พยาบาลและเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตึกนวมินทราฯ ชั้น 17	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ เคลื่อนย้าย	1. พยาบาลหน่วยระงับปวด ส่งข้อมูลผู้ป่วยพร้อมทั้งเตรียมเอกสารใบคำสั่งการรักษา (Doctor order sheet), ใบนัด OPD หน่วยระงับปวดครั้งถัดไป ใบรหัสเลขที่รับเข้าในโรงพยาบาล (AN) และใบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 11 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอก บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

กระบวนการ	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการปฏิบัติ
		2. แจ้งขอเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพิ่มเติม เช่น ถังออกซิเจน เป็นต้น 3. เมื่อทีมเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายพร้อม ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี จากเตียงประจำห้องผ่าตัดไปยังเตียงเคลื่อนย้าย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย 4. ตรวจสอบอุปกรณ์ของผู้ป่วยและเอกสารต่าง ๆ ให้พร้อม จากนั้นแจ้งญาติติดตามผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยนวมินทรฯ ชั้น 17
10. การนัดติดตามอาการ	แพทย์ พยาบาล	1. แพทย์เยี่ยมผู้ป่วยที่นอกพักค้างดูอาการ 2. แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยอาการปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3. พยาบาลโทรประเมินติดตามอาการ 3-5 วันหลังทำหัตถการ โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ หากพบอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์ผู้ทำหัตถการให้รับทราบ 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 เดือนก่อนทำ หัตถการไม่ต้องทำซ้ำ
อายุ > 45 ปี No underlying disease	✓				✓		✓	✓	
HT, IHD, โรคไต ไม่จำกัดอายุ	✓	✓	✓		✓		✓	✓	ถ้ามีผลตรวจไม่เกิน 3 เดือน ก่อนทำ หัตถการไม่ต้อง ทำซ้ำ ยกเว้น อาการของผู้ป่วยมี การเปลี่ยนแปลง
โรคตับ ไม่จำกัดอายุ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
โรคเบาหวาน ไม่จำกัดอายุ	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
ได้รับยา Anticoagulant ไม่จำกัดอายุ	✓		✓		✓	✓	✓	✓	

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 12 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

ประเภทผู้ป่วย	CBC	FBS	E'lyte	LFT	BUN Cr	Coag	CXR	EKG	หมายเหตุ
สำหรับการทำ Celiac plexus block	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Lumbar sympathetic block	✓		✓		✓	✓	✓	✓	
Superior hypogastric block	✓		✓		✓	✓	✓	✓	



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 13 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซีกแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

8.1.2 ใบัดหมายและคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการ



หน่วยรับปวด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ใบนัดทำการหัตถการที่ ห้องผ่าตัด ตึกสยามินทร์ชั้น4

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....
 HN.....เบอร์โทร.....
 สิทธิการรักษา.....

วินิจฉัยโรค.....
 หัตถการที่ทำ.....
 แพทย์.....

นัดมาทำการหัตถการวันที่..... เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล.....น.

ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท

ค่าส่วนเกิน/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์พิเศษที่เบิกไม่ได้ประมาณ.....บาท

กรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำดังต่อไปนี้ มิฉะนั้นท่านอาจมิได้รับการทำการหัตถการ

โทรศัพท์ยืนยันเข้ารับการรักษา ที่เบอร์02-4197842 วันที่.....เวลา13.30-15.00น.

การปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล

-1. ***งดอาหารและน้ำที่มีกากใย เช่น น้ำผลไม้ปั่น หรือน้ำที่มีนมผสม หลังเวลา.....น.(ต้อง
งด6ชั่วโมงก่อนทำการหัตถการ) ของวันที่..... แต่ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำเปล่า น้ำที่ไม่มีกากใย
และนมผสม เช่น กาแฟดำ และน้ำหวานได้
***ต่อจากนั้นต้องงดน้ำเปล่า น้ำที่ไม่มีกากใยและนมผสม หลังเวลา.....น.(ต้องงด2ชั่วโมง
ก่อนทำการหัตถการ) ของวันที่.....
-2. รับประทานยาความดัน, ยาโรคหัวใจ เมื่อเข้าร่วมกับน้ำเปล่าไม่เกิน 30มล. ก่อน 6.00น.
-3. งดยาเบาหวานทั้งรูปแบบกินและฉีด เมื่อเข้าวันที่ทำการหัตถการ
-4. หยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือดชื่อ.....เป็นเวลา.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
-5. งดทาเล็บ, ใส่คอนแทคเลนส์ ไม่ใส่ของมีค่าและเครื่องประดับ อุปกรณ์โลหะทั้งหมด รวมทั้งกระเป๋
กรุณานำของมีค่าทั้งหมด, ในรายที่ใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ ต้องถอดก่อนทำการหัตถการ
และฝากไว้กับญาติ
-6. ต้องนำญาติที่สามารถดูแลท่านได้มาด้วย และห้ามผู้ป่วยขับขียานพาหนะหลังทำการหัตถการผิดยา
เป็นเวลา 12 ชั่วโมง
-7. กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องเสีย มีไข้ เวียนศีรษะ ก่อนทำการหัตถการ

สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ได้ในวันและเวลาราชการ โทร 02-4197842 เวลา 9.00 -15.00 น.

ข้อปฏิบัติเมื่อถึงโรงพยาบาล

นำใบส่งตัว บัตรประชาชน ตรวจสอบสิทธิ และ นำใบนัดติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ตึกสยามินทร์ ชั้น4
 เซ็นต์รับทราบการปฏิบัติตัว.....ผู้ป่วย/ญาติ.....ผู้ให้คำแนะนำ

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 14 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

8.1.3 แบบฟอร์มใบขอใช้เตียงภาควิชาอายุรศาสตร์

ติกอักษฎางค์ แบบฟอร์มใบขอใช้เตียงภาควิชาอายุรศาสตร์

****ใช้สำหรับเตียงสาขา และ เตียงสำหรับหัตถการ/การตรวจพิเศษ หอผู้ป่วยนมินทร์ฯ ชั้น17****

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 ติกอักษฎางค์ (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.....(โปรดระบุชื่ออาจารย์เจ้าของไข้ประจำสาขาด้วย)

สำหรับเจ้าหน้าที่ประสานงานจากหน่วยตรวจ

วันที่ติดต่อเจ้าหน้าที่ Bed manager
เวลา.....น.

ลงชื่อ.....
 เจ้าหน้าที่ประสานงานจากหน่วยตรวจ

สำหรับเจ้าหน้าที่Bed manager

-รับไว้ในหอผู้ป่วย.....
 -วันที่.....

ลงชื่อ.....
 เจ้าหน้าที่Bed manager

หมายเหตุ: สามารถเบิกแบบฟอร์มได้ที่งานพัฒนาคุณภาพ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ติกอักษฎางค์ชั้น4 หรือโทร97767-9ต่อ104,109

ส่งแบบฟอร์มคืนที่ สำนักงานภาควิชาอายุรศาสตร์ ติกอักษฎางค์ ชั้น4

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 15 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

8.1.4 แบบขอตรวจ NP Swab ตรวจ covid-19

แบบขอตรวจNP Swab ตรวจCovid-19

วันที่บันทึก.....

1.เลขที่บัตรประชาชน.....

2.ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....

.....

3.เบอร์โทรศัพท์.....

4.แพทย์เจ้าของไข้..... เลข ว.

5.การวินิจฉัยโรค.....

6.การผ่าตัด.....

7.ผ่าตัดวันที่..... Swab วันที่.....

8.ข้อบ่งชี้ในการตรวจ NP Swab

ติดสติกเกอร์

☐ 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 โดยใช้Specimenเดิมได้ภายใน 1อาทิตย์ **รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 1-2 วัน ไม่ ต้องทำRapid Ag

9.ประวัติการเคยตรวจNP swab for Covid-19

☐ ไม่เคยรับการตรวจ

☐ เคยรับการตรวจ ครั้งล่าสุด.....

10.Conditionผู้ป่วย

☐ เดินได้

☐ รกนั่ง

☐ เพลื่อนอน

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 16 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัดการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซัลแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 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/th/departement/microbiology/LabManual/Index.html>

หน่วยรับปาด 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

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

☒ U. โปรดเลือกข้อเพิ่มเติม <-> โปรดระบุตำแหน่งที่เก็บ และด้านขวา [R] ซ้าย [L] ขวา

ชนิดที่ส่งบ่อย Common specimen types	ชนิดที่ส่งน้อย 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 _____ ☐ NP+Throat [R][L] ☐ Urine U ☐ Midstream ☐ Indw. catheter ☐ In/out catheter ☐ Other ☐ 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 โปรดกรอกช่องด้านขวา 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 ^{II} <MY>	
Mycobacteria			
☐ 202101 Acid-fast stain <MB>	☐ 201516 <i>Chlamydia pneumoniae</i> : DNA <MO>	☐ 203701 AST (MIC for yeasts) ^{II} <MY>	
☐ 202601 Culture PROFILE 1 ^C <MB>	☐ 201517 <i>C. pneumoniae</i> : DNA quantitative <MO>	☐ 203702 AST (MIC for molds) ^I <MY>	
☐ 202602 Culture PROFILE 2 ^D <MB>	☐ 201512 <i>E. coli</i> (enteroaggregative): DNA <MO>	☐ 203301 <i>Aspergillus</i> : Galactomannan Ag <MY>	
☐ 202603 Culture PROFILE 3 ^E <MB>	☐ 201513 <i>E. coli</i> (enterohemorrhagic): DNA <MO>	☐ 203302 <i>Cryptococcus</i> : Ag <MY>	
☐ 202502 MTB: Direct PCR ^F <MO>	☐ 201511 <i>E. coli</i> (enteroinvasive): DNA <MO>	☐ 203303 <i>Cryptococcus</i> : Ag titer <MY>	
☐ 202505 MTB: PCR for R resistance ^F <MO>	☐ 201509 <i>E. coli</i> (enteropathogenic): DNA <MO>	Bacterial Antigen in CSF Only	
☐ 202701 MTB: AST (1 st line) <MB>	☐ 201510 <i>E. coli</i> (enterotoxigenic): DNA <MO>	☐ 201302 <i>Haemophilus influenzae</i> type b: Ag <BA>	
☐ 202702 MTB: AST (2 nd line) <MB>	☐ 201223 <i>Helicobacter pylori</i> : Culture <BA>	☐ 201304 <i>Neisseria meningitidis</i> Gr. A: Ag <BA>	
☐ 202704 MTB: AST (automate I,R,S,E) <MB>	☐ 201514 <i>Legionella pneumophila</i> : DNA <MO>	☐ 201305 <i>N. meningitidis</i> Gr. B/E. coli K1: Ag <BA>	
☐ 202705 MTB: AST (automate Z) <MB>	☐ 201303 <i>L. pneumophila</i> : Ag in urine <BA>	☐ 201306 <i>N. meningitidis</i> Gr. C: Ag <BA>	
☐ 202708 MTB: AST (MIC 12 drugs) ^G <MB>	☐ 201506 <i>Leptospira</i> spp.: DNA <MO>	☐ 201307 <i>N. meningitidis</i> Gr. Y/W: Ag <BA>	
☐ 202506 MTB: AST (Mol. for I, R) <MB>	☐ 201405 <i>Mycoplasma pneumoniae</i> : Ab <SE>	☐ 201308 <i>Streptococcus agalactiae</i> : Ag <BA>	
☐ 202504 NTM: Direct PCR ^F <MB>	☐ 201515 <i>M. pneumoniae</i> : DNA quantitative <MO>	☐ 201309 <i>Streptococcus pneumoniae</i> : Ag <BA>	
☐ 202709 NTM (rapid grower): AST ^G <MB>	☐ 201507 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : DNA <MO>		
☐ 202707 NTM (slow grower): AST ^G <MB>	☐ 201508 <i>Rickettsia</i> spp.: DNA <MO>		
Special DNA/RNA detection panel			
☐ 204581 Meningitis panel ^I <MO>	Special Tests^I		
☐ 204584 Rash panel ^I <MO>	☐ 201501 Bacteria: Mol. identification 		
☐ 204585 Gastroenteritis panel ^I <MO>	☐ 201502 Bacteria: Mol. epidemiology 		
☐ 204589 Eye viruses panel ^I <MO>	☐ 203504 <i>Candida</i> : Mol. identification <MY>		
☐ 204582 Encephalitis viruses panel ^I <MO>	☐ 203505 Fungi: Mol. identification <MY>		
☐ 204580 Respiratory viruses panel Set 1 ⁺ <MO>	☐ 205806 Sterility test 		
☐ 204590 Respiratory viruses panel Set 2 ⁺ <MO>	☐ 204519 Viruses: Mol. epidemiology <MO>		

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 = Isoniazid, 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

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, ^H Identification only (no AST), ^I Report as MIC for 1 drug (please contact for drug available), ^J Please contact laboratory before ordering ⁺ Set 1: Include adenovirus, human metapneumovirus, enterovirus, RSV (type A, B), influenza viruses (A (H1N1), H1pdm09, H3) & B, parainfluenza viruses (type 1-4), coronavirus (OC43, 229E, NL63), human rhinovirus, human bocavirus, ² Set 2: Include Set 1 viruses and these bacteria: *Bordetella pertussis*, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*

Special comments: _____
SAR-CoV-2
Covid19RNA
รหัส 204592

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

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 17 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการผ่าตัดการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 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 :	
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. : ☐ NONE ☐ NG Tube ☐ CVP Line ☐ Foley's Catheter Urine=.....ml : Color..... ☐ Art. Line ☐ Chest Tube ☐ IV Infusion ☐ Drain from.....ml : color..... ☐ Otherml.		
☐ 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 :	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% Hibitane in Alc ☐ Hibitane in water ☐ Other		
URINARY CATHETER: Inserted in OR ☐ NO ☐ YES NG TUBE: Inserted in OR ☐ NO ☐ YES		

 มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 18 / 19
	เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มารับการทำการหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซีกแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -

8.2.2 เอกสารบันทึกค่าบริการ

เอกสารบันทึกค่าบริการวิสัญญี-หน่วยระงับปวด ห้อง 421 ลักษณะผู้ป่วย ☐ OPD ☐ IPD อ.วิสัญญี..... รหัส..... Fellow...../Resident..... ☐ RN.สกวรัตน์ 10005968 ☐ จันทระวี 10017905 ☐ 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	ค่าห้องผ่าตัด Minor	✓	100 011 061	Marcain 0.5% 10ml (113B)	
ค่าบุคลากร			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 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อน – หลัง ที่มีการรับการทำหัตถการสกัดกระแสนประสาทอัตโนมัติซิติแอค บริเวณหลัง (Celiac plexus block)	หน้า : 19 / 19 รหัสเอกสาร : AS-09-3-002-01 ทบทวนครั้งที่ : -
--	--	---

8.2.3 แบบฟอร์มการรับเป็นผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ผ่านการจองเตียง

แบบฟอร์มการรับเป็นผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ผ่านการจองเตียง ประเภทผู้ป่วยในปกติ กรณีไม่ใช่อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน																					
ชื่อ สกุลผู้ป่วย _____ * สิทธิ _____ ☐ พักรอจำหน่าย HN _____ * วันที่รับเข้ารักษาตัวใน รพ. _____ * เวลา _____ *																					
Specialty(ภาควิชา)* <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">☐ กุมารเวชศาสตร์(Pediatrics) 0201</td> <td style="width: 33%;">☐ ศัลยศาสตร์(Surgery) 1901</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>☐ จิตเวชศาสตร์(Psychiatry) 0401</td> <td>☐ ออร์โธปิดิกส์(Orthopedics) 2001</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ จักษุวิทยา(Ophthalmology) 0301</td> <td>☐ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา(Obstetrics and Gynaecology) 2201</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ ตจวิทยา(Dermatology) 0701</td> <td>☐ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา(Otorhinolarygology) 2301</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ รังสีวิทยา(Radiology) 1301</td> <td>☐ อายุรศาสตร์ (Medicine) 2401</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู(Rehabilitation) 1801</td> <td>☐ อื่นๆ(Others)</td> <td></td> </tr> </table>				☐ 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)	
☐ 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) _____ * ว _____ * 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 : ชื่อแพทย์ผู้ส่ง Admit																					

Expiry date : 29-05-2572