

**ระเบียบการรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างภาควิชา
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

เพื่อให้การบริการรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างภาควิชา ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์จึงขอวางระเบียบเกี่ยวกับการบริการรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างภาควิชาจิตเวชศาสตร์ดังนี้

1. ขอบข่ายการบริการรับปรึกษา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์มีบริการรับปรึกษาผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยรับปรึกษาในกรณีต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช โดยไม่มีโรคทางกายอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการทางจิตนั้น ๆ
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือโรคทางกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ที่เกิดจากความผิดปกติ ของการทำงานของสมอง (Organic brain syndrome) หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และมีอาการทางจิตเวช หรือการแสดงออกเชิงพฤติกรรมที่แพทย์ผู้ดูแลต้องการให้จิตแพทย์ช่วยควบคุมหรือให้การช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการวินิจฉัย หรือวางแผนการรักษาต่อไป
4. ผู้ป่วยที่ต้องการส่งทดสอบทางจิตวิทยา เช่นการตรวจเชาว์ปัญญา (IQ Test) หรือการตรวจทางจิตวิทยา (Psychological testing) อื่น ๆ

2. วิธีการส่งปรึกษาผู้ป่วย

2.1 ผู้ป่วยนอก (OPD)

ให้แพทย์ผู้ดูแลส่งผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ซึ่งมีเวลาทำการทุกวันราชการ ในเวลา 8.00-11.00 น. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมานอกเวลาทำการดังกล่าวจะได้รับการนัดตรวจในวันถัดไปที่มีการเปิดทำการของแผนกฯ ยกเว้นกรณี que ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น เอะอะ ก้าวร้าวมาก หรือผู้ป่วยมีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่เป็นฉุกเฉิน ตามแพทย์เวรจิตเวชประจำวันนั้น มารับปรึกษาต่อไป

2.2 ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

1. ในเวลาราชการ การส่งปรึกษาผู้ป่วยของภาควิชาต่าง ๆ (รวมทั้งหอสังเกตอาการหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน) ให้ส่งใบปรึกษาไปยังแผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โดยระบุความเร่งด่วนของปัญหาตามที่กำหนดไว้ในใบปรึกษา ถ้าเป็นกรณีเร่งด่วน แพทย์ผู้รับปรึกษา

โดยเร็วที่สุด ในกรณีทั่วไปแพทย์ผู้รักษาจะไปปรับปรักษาผู้ป่วยและเขียนแนะนำขึ้นต้นภายใน 24 ชั่วโมง และตอบใบปรึกษาภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากภาควิชาฯ ได้รับใบปรึกษา

2. นอกเวลาราชการ ให้โทรศัพท์ตามแพทย์เวรจิตเวช ตามรายชื่อและหมายเลขที่ทางภาควิชาฯ ได้แจ้งแก่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พร้อมกับเขียนใบปรึกษาตามปกติและส่งใบปรึกษาไปยังภาควิชาฯ ตามเวลาราชการในวันต่อไป

2.3 ผู้ป่วยที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ในเวลาราชการให้ติดต่อตามแพทย์เวรจิตเวชที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (1235, 1245)

2. นอกเวลาราชการ ให้โทรศัพท์ตามแพทย์เวรจิตเวชตามรายชื่อและหมายเลขที่ทางภาควิชาฯ ได้แจ้งแก่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

หมายเหตุ ในการปรึกษานอกเวลาราชการ ให้ตามแพทย์ประจำบ้านที่เป็น first call ก่อน ถ้าตามไม่พบจึงตามแพทย์ประจำบ้านที่เป็น second call

3. ขั้นตอนการส่งปรึกษาและการรับปรึกษาผู้ป่วย

3.1 ในการส่งผู้ป่วยปรึกษาภาควิชาจิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนว่าจะส่งปรึกษาจิตแพทย์ พร้อมทั้งให้เหตุผลในการส่งปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อน

3.2 เมื่อแพทย์ผู้รับปรึกษาได้รับใบปรึกษาแล้ว จะติดต่อกับแพทย์ผู้ดูแลเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมก่อนไปตรวจผู้ป่วย

3.3 เมื่อแพทย์ผู้รับปรึกษาได้ตรวจผู้ป่วยแล้ว จะเขียนสรุปความเห็นและข้อแนะนำต่าง ๆ ในขั้นต้นลงในแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย และตอบใบปรึกษาเป็นทางการต่อไป โดยทั่วไปแพทย์ผู้รับปรึกษาจะติดต่อกับแพทย์ผู้ดูแลโดยตรงเพื่อสรุปความเห็นและอภิปรายเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปด้วย

3.4 แพทย์ผู้รับปรึกษาจะร่วมคิดตามอาการและให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะเห็นว่าได้แก้ปัญหาที่ปรึกษาแล้ว หรือเห็นว่าแพทย์ผู้รับปรึกษาไม่มีบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยต่อไปแล้ว จึงจะยุติการติดตามอาการ

3.5 ในกรณีผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เมื่อแพทย์ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กรุณาแจ้งให้แพทย์ผู้รับปรึกษาทราบด้วย เพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องร่วมคิดตามอาการหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกต่อไปหรือไม่

หมายเหตุ สำหรับผู้ป่วยในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้ดูรายละเอียดใน “ระเบียบการปฏิบัติงานใน หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี” ประกอบด้วย

4. บุคลากรของภาควิชาที่ให้บริการรับปรึกษา

บุคลากรของภาควิชาที่ให้บริการรับปรึกษา ได้แก่

4.1 แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เป็นแพทย์เวรจิตเวช first call ที่รับปรึกษานอกเวลาราชการ ทั้งผู้ป่วยที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน และรับการตรวจผู้ป่วยที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

4.2 แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2,3 มีหน้าที่ต่าง ๆ คือ

- เป็นแพทย์เวรจิตเวช second call นอกเวลาราชการ
- เป็นแพทย์เวรจิตเวช ที่รับปรึกษาจากหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินในเวลาราชการ
- เป็นแพทย์ผู้รับปรึกษาผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยในของภาควิชาต่าง ๆ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการรับปรึกษาผู้ป่วย
- รับตรวจผู้ป่วยนอก ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

4.3 อาจารย์ที่ปรึกษา มีหน้าที่ต่าง ๆ คือ

- เป็นที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชอาวุโสที่อยู่เวร (second call)
- เป็นประธานใน daily emergency report ทุกวันราชการ ซึ่งนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 และแพทย์ประจำบ้านจิตเวช ที่อยู่เวรในคืนวันก่อนจะรายงานผู้ป่วยที่ตนได้ให้การดูแลรักษา เพื่อให้คำแนะนำและประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์เวรทั้งหมด
- เป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบรับปรึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจิตเวชจากภาควิชาต่าง ๆ
- รับตรวจผู้ป่วยนอก ที่แผนกตรวจผู้ป่วยจิตเวช

4.4 นักจิตวิทยา

- รับทำการทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ

**ระเบียบการปฏิบัติงานในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และนอกเวลาราชการ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

เพื่อให้การบริการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มารับการรักษาในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และนอกเวลาราชการ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์จึงขอวางระเบียบเกี่ยวกับการประสานงานระหว่างหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและภาควิชาอื่นๆ กับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ดังนี้

1. เนื่องจากอาการทางจิต อาจเกิดจากสาเหตุทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วยจิตเวช จึงควรหมายถึงผู้ป่วยต่อไปนี้
 - 1.2 สามารถพิสูจน์สาเหตุทางคลินิกหรือห้องปฏิบัติการว่าอาการทางจิตนั้นมีสาเหตุทางด้านจิตใจ (functional disorders)
 - 1.3 ถ้าไม่สามารถพิสูจน์สาเหตุทางจิตใจได้ อย่างน้อยก็สามารถพิสูจน์ได้ว่าไม่มีโรคทางกายที่จะทำให้เกิดอาการทางจิตนั้นๆ หรือไม่มีอาการทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง (organic brain syndrome)
 - 1.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางกายอยู่ด้วย ต้องพิสูจน์ได้ว่าโรคทางกายมิได้เป็นสาเหตุโดยตรงของอาการทางจิต พบเสมอว่าโรคทางสมองเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและมีประสาทหลอนได้
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่
 - 2.6 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่เคยรับการตรวจจากภาควิชาฯมาก่อนและมาถึงโรงพยาบาลหลังจากที่แผนกตรวจโรคทั่วไปไปรับผู้ป่วยแล้ว หรือนอกเวลาราชการ แต่มีอาการเฉียบพลันจำเป็นต้องมารับการรักษาจากหน่วยเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน
 - 2.7 ผู้ป่วยเก่าของภาควิชาฯ ซึ่งมาถึงโรงพยาบาลหลังจากที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ปิดแล้ว และมีอาการเฉียบพลัน (เวลาทำการของแผนกตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คือ ทุกวัน ราชการเวลา 8.30-12.00 น.)
 - 2.8 ผู้ป่วยเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งมีอาการทางจิตและได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรของภาควิชากุมารเวชศาสตร์แล้ว

2.9 ผู้ป่วยในข้อ 2 นี้ ให้รวมผู้ป่วยของภาควิชาต่างๆ ในหอสังเกตอาการ ซึ่งมีอาการทางจิตเฉียบพลัน และได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรของหอสังเกตอาการแล้ว

สำหรับแพทย์ที่ส่งปรึกษาภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จากแผนกตรวจโรคทั่วไปและภาควิชาต่างๆในเวลาราชการจะได้รับการตรวจรักษาตามขั้นตอนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของภาควิชาฯแต่หาก ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจในวันนั้นและอาการไม่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยติดต่อการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของภาควิชาฯ

3. แพทย์เวรหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและหอสังเกตอาการควรจะต้องสามารถให้การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตได้ และให้การรักษาเบื้องต้นที่สำคัญตามหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตของแพทยสภาได้พอสมควร ในกรณีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ให้แพทย์เวรปรึกษาแพทย์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่มีหน้าที่ทำงานประสานกับหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของคุณสมบัติของผู้ปรึกษาและผู้รับปรึกษา

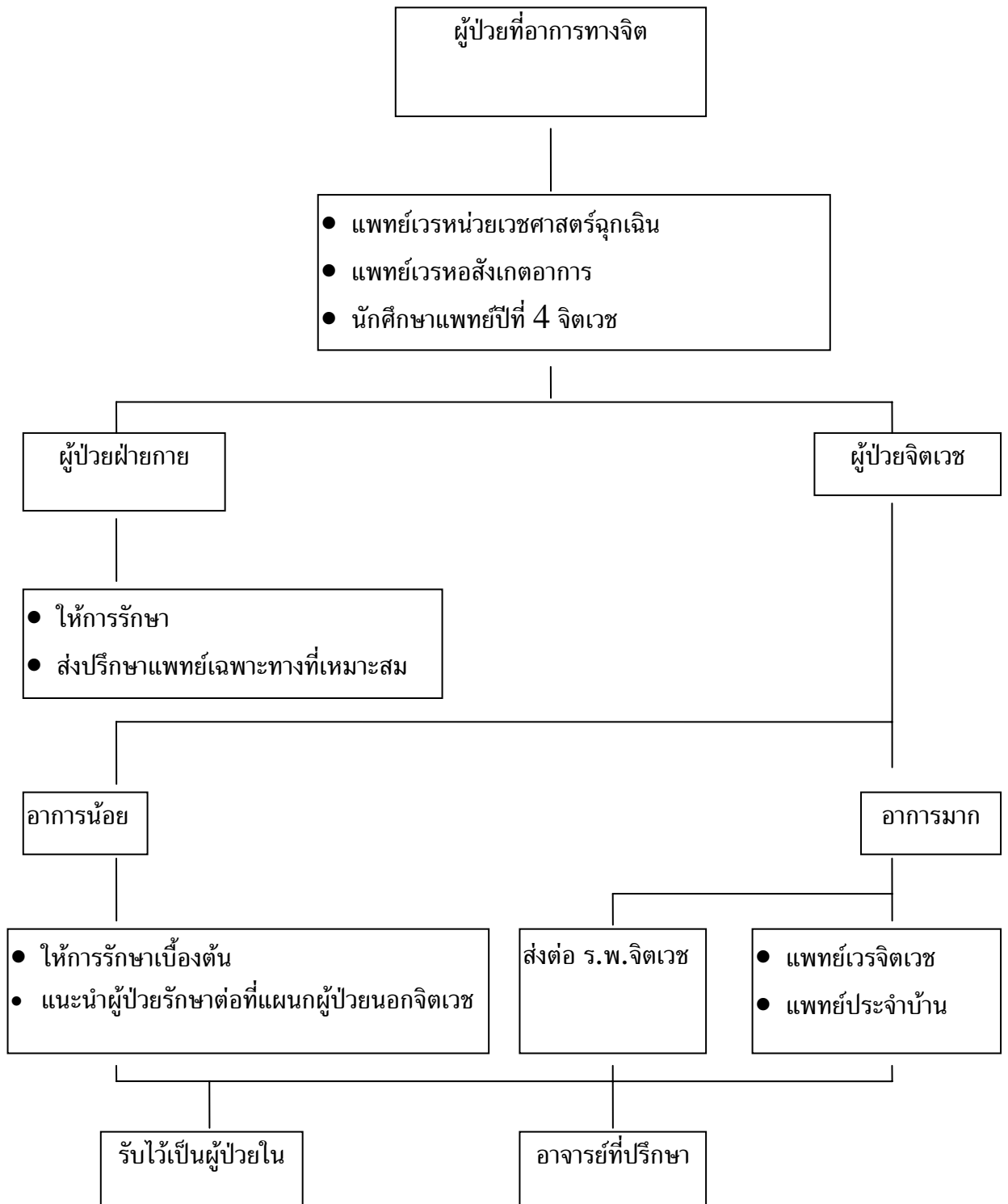
4. บุคลากรของภาควิชาฯ ที่ทำงานประสานกับหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่

4.1 นักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาปฏิบัติงานที่ภาควิชาฯ ทำหน้าที่สังเกตการณ์ตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ซึ่งเจ้าหน้าที่กรองแยกผู้ป่วย (screening counter) ได้แยกจากผู้ป่วยฝ่ายกายไว้ ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชที่อยู่เวรในวันนั้น ในช่วงเวลา 16.30-23.00 น. ของวันราชการ และตั้งแต่ 8.00-23.00 น. ในวันหยุดราชการ

แพทย์ประจำบ้านจิตเวช ทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ปรึกษาโดยแพทย์เวรหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 4 จิตเวชที่อยู่เวรร่วมกัน ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำบ้านปีที่อาวุโสกว่าขึ้นไปตามลำดับและอาจารย์ที่ปรึกษา

4.2 อาจารย์ที่ปรึกษา ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชอาวุโสที่อยู่เวรและเป็นประธานใน Noon report ทุกวันราชการ ซึ่งนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชที่อยู่เวรในคืนวันก่อนจะรายงานผู้ป่วยที่ตนได้ให้การดูแลรักษาเพื่อให้คำแนะนำและประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ทั้งหมด

5. ขั้นตอนในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและหอสังเกตอาการแผนกการตรวจรักษา



- 5.1 ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเฉียบพลันในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและหอสังเกตอาการต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยแพทย์เวรหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เวรหอสังเกตอาการและนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 จิตเวช ถ้าพบว่ามีโรคฝ่ายกายก็ให้การรักษาและส่งปรึกษาตามความเหมาะสม
- 5.2 ถ้าให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชอันใดแก่ผู้ป่วยในข้อ 1.1, 1.2, 1.3 ก็ให้การรักษาตามความเหมาะสมจนอาการทุเลา แล้วแนะนำให้ผู้ป่วยไปติดต่อรับการรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่จะให้การแนะนำดังกล่าวนี้ได้ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้
- 5.2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางกาย อาการทางจิตเฉียบพลันต้องทุเลาลงจนผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองและควบคุมตนเองได้ดี
- 5.2.2 ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายอยู่ด้วย อาการของโรคทางกายจะต้องได้รับการรักษาจนผู้ป่วยผู้ในขั้นปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากภาควิชาฯ ไม่มีบุคลากรที่ชำนาญและเครื่องมือที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย (resuscitation) ไม่ควรส่งผู้ป่วยที่หมดสติ (unconscious) และผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงจนต้องนอนเปลเข็นขึ้นไปแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
- 5.3 ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีโรคทางกาย และไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นให้อาการทุเลาลงได้โดยเร็วหรืออาการยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ จำเป็นต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาล ให้แพทย์เวรจิตเวชที่ดูแลรักษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วย ในกรณีดังต่อไปนี้
- 5.3.1 เติญจิตเวชของโรงพยาบาลไม่ว่าง
- 5.3.2 ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยในทางจิตเวชของภาควิชาฯ ไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้
- 5.4 การปรึกษาแพทย์เวรจิตเวชให้ไปร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและหอสังเกตอาการ จะกระทำในกรณีดังนี้
- 5.4.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง แพทย์เวรไม่อาจตัดสินใจให้การ รักษาได้
- 5.4.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการเฉียบพลันสงบลงแล้ว แต่อาการยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ กรณีนี้รวมทั้งผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและได้รับการช่วยเหลือจนพ้นขีดอันตรายจากวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ฆ่าตัวตาย แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง
- 5.4.3 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคทางกายและอาการของโรคทางกายยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ

5.5 วิธีการปรึกษา ให้โทรศัพท์ตามแพทย์เวรจิตเวชตามรายชื่อและหมายเลขที่ทางภาควิชาฯ ได้แจ้ง
แก่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยอื่นที่มีไข้ จิตเวชหรือภาควิชาอื่นๆในกรณีที่ ผู้ป่วยราย
นั้นเป็นผู้ป่วยในที่กำลังพักรักษาตัวอยู่ในหอสังเกตอาการหรือหอผู้ป่วยรายนั้น เป็นการด่วนนอก
เวลาราชการ ให้ติดต่อหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อขอหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อแพทย์เวรจิตเวช และ
ให้ส่งใบปรึกษาไปยังแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชอีกครั้งเมื่อเข้าเวลาราชการ

5.6 แพทย์เวรจิตเวชที่ได้รับการปรึกษา จะให้การตรวจรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ที่
หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือหอสังเกตอาการในทำนองเดียวกับที่ได้กล่าวไว้ใน ข้อ 5.2 ส่งต่อ
ผู้ป่วยทำนองเดียวกับข้อ 5.3 รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่
สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้แต่ไม่มากจนเกินความสามารถเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยในจะดูแลได้

5.7 เติงรับผู้ป่วยในจิตเวชประกอบด้วย เติงทั้งหมด 12 เติง นอกจากนี้ หอสังเกตอาการยังรับ
ผู้ป่วยจิตเวชได้ครั้งเดียวโดย แบ่งใช้กับภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา

ระเบียบปฏิบัติการรับปรึกษาผู้ป่วย (Consultation)

ผู้รับผิดชอบการรับปรึกษาผู้ป่วย ประกอบด้วย

- อาจารย์แพทย์ 1 คน
- แพทย์ประจำบ้าน 2 คน
- พยาบาล 1 คน

ขั้นตอนการรับปรึกษาผู้ป่วย

1. ใบบ Consult จากหอผู้ป่วยต่าง ๆ ส่งมายัง OPD จิตเวช ในช่วงเวลาราชการไม่เกิน 15.30 น.
 2. เจ้าหน้าที่พยาบาลลงทะเบียนผู้ป่วย Consult และจัดทำเพิ่มจิตเวช
 3. เจ้าหน้าที่พยาบาล แจ้งแพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบให้ทราบทันที และแพทย์ประจำบ้านตอบกลับการรับทราบว่า มีผู้ป่วยใหม่ภายใน 30 นาที
 4. แพทย์ประจำบ้านรับผู้ป่วยใหม่และให้การรักษาผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับใบบ consult
 5. มีการประชุม Consultation Service Round ในวันจันทร์และวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. โดยมีการรายงานผู้ป่วยใหม่ทุกราย ร่วมกันสรุปการวินิจฉัย และวางแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามการรักษาผู้ป่วยเก่าทุกราย
 6. มีการประชุม Consultation Planning Conference สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ เวลา 8.00 – 12.00 น. ประกอบด้วย
 - อาจารย์แพทย์ในทีม Consult ทั้งหมด
 - แพทย์ประจำบ้าน
 - พยาบาล
 - นักจิตวิทยา
 - นักสังคมสงเคราะห์

} → เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยเกี่ยวข้อง
- Consultation Planning Conference ประกอบด้วย
- การรายงานผู้ป่วยใหม่ในสัปดาห์ที่ผ่านมาทุกราย ร่วมกันสรุปการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา
 - ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเก่าทุกราย
 - อาจารย์แพทย์ ตรวจสอบความเรียบร้อย การบันทึกเพิ่มจิตเวชของแพทย์ประจำบ้าน

- พยาบาลเป็นผู้บันทึก Consultation Plan ในใบบันทึกผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีสรุปแผนการรักษา และผลการรักษาเป็นระยะ ๆ

7. แพทย์ประจำบ้าน เขียนตอบใบ Consult ส่งคืนหอผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับใบ Consult
8. แพทย์ประจำบ้านบันทึกการเปลี่ยนแปลง อาการของผู้ป่วยทุกรายในแฟ้มจิตเวช สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
9. ผู้ป่วยที่กลับบ้าน และ off service แพทย์ประจำบ้าน รับผิดชอบสรุปผลการรักษาและเขียนการรักษาในแฟ้มจิตเวชทุกราย

หลักเกณฑ์การรับใบปรึกษาผู้ป่วย (Consult)

1. ใบ Consult จากหอผู้ป่วยต่าง ๆ ส่งมายัง OPD จิตเวช ในช่วงเวลาราชการ ไม่เกิน 15.30 น.
 - ถ้าเกินเวลา 15.30 น. ส่งใบคืนหอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเร่งด่วน แจ้งให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยตามแพทย์เวรจิตเวชได้
 2. ผู้รับใบ Consult ลงบันทึกวัน, เวลา และชื่อผู้รับใบ ไว้ที่ส่วนบนของใบ Consult
 3. ผู้ช่วยพยาบาลประจำโต๊ะรับใหม่ มีหน้าที่
 - ลงทะเบียนผู้ป่วย Consult และจัดทำแฟ้มจิตเวช บันทึกเวลา/วันที่ รับใบ Consult ในใบ Consult และสมุดทะเบียน
 - แจ้งแพทย์ประจำบ้าน โดย
 - แจ้งทันทีเมื่อได้รับใบ Consult และให้แพทย์ประจำบ้านตอบกลับมารับทราบภายใน 30 นาที
 - ถ้าไม่ติดต่อกลับ ตามซ้ำ พร้อมลงบันทึกเวลา
 - บันทึกการรับทราบของแพทย์ไว้ที่หน้าแฟ้ม
- * งดจ่าย case ให้นักศึกษาแพทย์ ในกรณีที่ เป็นเจ้าหน้าที่, ญาติสายตรง ถ้านอกเหนือจากนี้ ให้แพทย์ผู้รับผิดชอบในช่วงนั้น เป็นผู้ตัดสินใจ

แนวทางการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน ประจำวอร์ดจิตเวช

Chief Resident (Ward)

1. บริหารหอผู้ป่วยใน ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชใน อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ดูแลและทราบความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกราย
3. ดูแลและให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 – 2 ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย
4. เป็นผู้นำกลุ่มใน Group therapy
5. ทำจิตบำบัด 1 – 2 รายอย่าง intrusive
6. สอนและประเมินนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4

Resident 1,2

1. ขึ้นปฏิบัติงาน (Ward Round) เพื่อเตรียม Kadex round
2. รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในแบบ Holistic
3. ดูแลและสอนนักศึกษาแพทย์ปี 4 ระหว่าง ward round ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ (7.00-8.00 น.)
4. รับผิดชอบ ECT ร่วมกับ Chief Ward
5. รับผิดชอบแบบประเมินต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย

* หากไม่สามารถปฏิบัติได้ จะเชิญชี้แจงเหตุผลในที่ประชุมอาจารย์แพทย์

แนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน ประจำหอผู้ป่วยในจิตเวช
เพื่อให้การบริการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจิตเวชให้เป็นไปด้วย
ความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จึงขอวางแนวทางการปฏิบัติงาน ดังนี้

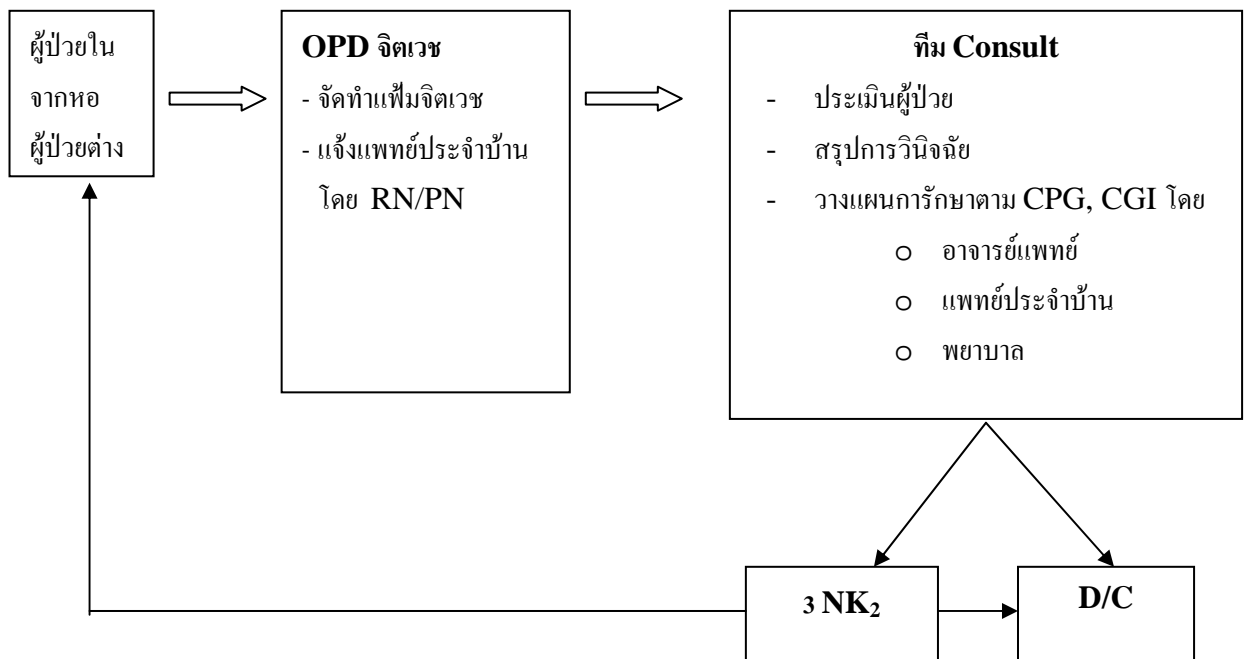
1. ผู้ป่วยที่จะรับการรักษาในวอร์ดจิตเวช มีข้อบ่งชี้ ดังนี้
มีความผิดปกติทางจิตเวช เป็นปัญหาของโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง อาจเกิดอันตรายต่อ
ตนเอง หรือผู้อื่น
รับไว้รักษาเพื่อสืบค้นหา การวินิจฉัยที่ชัดเจน หรือแสวงหาแนวทางการรักษาที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย
รับต่อจากหน่วยอื่น ในกรณีมีปัญหาทางจิตเวชที่ยังคงต้องดูแลต่อไป
2. หอผู้ป่วยในจิตเวช มีแนวนโยบายเป็น Acute ward จึงไม่ควรรับผู้ป่วยที่เรื้อรังหรือต้องรับการรักษา
ระยะยาว
3. แพทย์ประจำบ้านประจำ ward มีหน้าที่ในการจัดการบริหารงานในวอร์ด ให้เป็นไปตามตารางเวลา
งานประจำวอร์ด (ตารางที่ 1) โดยอยู่ภายใต้การดูแลของ ward staff
4. แพทย์ประจำบ้าน พึงต้องเขียนรายงานรับผู้ป่วย ให้การดูแลรักษา เขียน Progress note รายงานสรุป
เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากวอร์ดจิตเวช และให้การนัดพบแพทย์ที่จะทำการติดตามการรักษาในแผนก ผู้ป่วย
นอกต่อไป
5. แพทย์ประจำบ้านมีฐานะเป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาแพทย์ที่ร่วมปฏิบัติงานบนวอร์ด โดยร่วม ward
round ในช่วงเวลา 7.00-8.00 น. และเข้า noon report เวลา 8.00-9.00 น. ในวันเวลาราชการ
6. เกี่ยวกับปฏิบัติการ ECT ให้แพทย์ประจำบ้าน เป็นผู้รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยจาก OPD และ ward ที่จะ
รับการรักษาด้วย ECT ในอาทิตย์ถัดไปเพื่อส่งหน่วยวิสัญญี ภายในวันศุกร์ก่อนบ่ายโมง
 - ในกรณี case emergency ต้องส่งรายชื่อก่อนทำ 1 วัน ก่อนเวลาบ่ายโมง
 - การให้การรักษา ECT จะเริ่มเวลา 9.00 น. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ที่ห้องผ่าตัด ชั้น 4 ศูนย์การแพทย์
ศิริกิติ์
7. ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านไม่อยู่ประจำวอร์ด ควรแจ้งหมายเลขที่ติดต่อกลับได้ แก่ nurse station
เพื่อสามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน
8. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือต้องให้รับการดูแลเฉพาะ แพทย์ประจำบ้านที่ประจำอยู่ที่ ward
ควรส่งเวรให้แพทย์อยู่เวรนอกเวลาทราบรวมทั้งแจ้งถึงแนวทางการปฏิบัติตลอดจนให้เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน
ที่ติดตามได้
9. ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาจารย์ดูแลเฉพาะแพทย์ประจำบ้าน ควรปรึกษาอาจารย์เจ้าของเกี่ยวกับแนว
ทางการรักษากรณีไม่มีจะอยู่ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ประจำ ward

10. แพทย์ประจำบ้านช่วยรับผิดชอบการจัดตารางของนักศึกษาแพทย์ และจ่ายผู้ป่วยในแก่นักศึกษาในการดูแลนักศึกษา

11. กรณี มีข้อขัดข้องหรือปัญหาเกิดขึ้น แพทย์ประจำบ้านควรรายงานให้ ward staff ทราบเพื่อเป็นขั้นตอนในการแก้ปัญหาต่อไป

12. แพทย์ประจำบ้าน มีหน้าที่เข้าประชุม ward staff meeting

กระบวนการหลักของทีมรับปรึกษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางจิตเวช



แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์

จัดทำโดย แพทยสภา

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ป่วยและประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

๑. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรารถนาในเวชระเบียนได้แก่

- ๑.๑ อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ๑.๒ ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ
- ๑.๓ บันทึกสัญญาณชีพ (vital sign)
- ๑.๔ ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการรักษาแก่ผู้ป่วย
- ๑.๕ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- ๑.๖ การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชีวิตของยาและจำนวน
- ๑.๗ ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการหัตถการ
 - ใบบินยอมของผู้ป่วย หรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
- ๑.๘ คำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรารถนาในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

- ๒.๑ อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ๒.๒ ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ
- ๒.๓ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจจะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- ๒.๔ บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs)
- ๒.๕ ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- ๒.๖ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

๒.๗ เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๓. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักในสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

๓.๑ บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

๓.๒ บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

๓.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ

๓.๔ ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควรมี

- บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของหัตถการ
- ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังได้รับทราบ และเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

๔. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

๔.๑ การวินิจฉัยโดยขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค

๔.๒ สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญ ระหว่างการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

๔.๓ สรุปผลการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ

๔.๔ ผลลัพธ์จากการรักษา

๔.๕ สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล

๔.๖ คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ

๕. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่ลักษณะชัดเจนพอที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์ และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามการเพิกงำกับท้ายคำสั่ง หรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายชื่อไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจง่ายประกอบด้วย

๖. การรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย

ทุกครั้งที่มีการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง

โดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังจากสั่งการรักษาดังกล่าว

๗. แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ

บันทึกเวชระเบียน ควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน ๑๕ วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ

เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนไว้อย่างน้อยที่สุด ๕ ปี จากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้ายและก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนดังกล่าว ควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จำใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าว สามารถคัดค้านการทำลายหรือการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป