
 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )	รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
		หน้าที่ 1 จาก 26

## ระเบียบปฏิบัติงาน

เลขที่ : WP-INB-LAB-012


เรื่อง : การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ  
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	วัน / เดือน / ปี
ผู้จัดทำ	นางแสงทอง บางเขียว	แสงทอง	15/03/2563
ผู้ทบทวน	นางประภัสสรี รัตนบุญกาญจน์ ผู้จัดการคุณภาพ	ประภัสสรี	10/04/2563
ผู้อนุมัติ	นางนุชรินทร์ อักษรดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี	นุชรินทร์	20/04/2563

	ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )	รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
		หน้าที่ 2 จาก 26

สารบัญ

ลำดับ	หัวข้อ
1	วัตถุประสงค์
2	ขอบเขต
3	หน้าที่ความรับผิดชอบ
4	คำจำกัดความ
5	ขั้นตอนหรือกิจกรรม
6	ตัวชี้วัดคุณภาพ
7	เอกสารอ้างอิง
8	การบันทึก /การเก็บเอกสาร
9	ภาคผนวก


 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )	รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
		หน้าที่ 3 จาก 26

บันทึกการประกาศใช้

F-INB-LAB-007

ฉบับที่	การแก้ไข			รายละเอียดการแก้ไข	ว / ต / ป ประกาศใช้
	วันที่แก้ไข	แก้ไข ครั้งที่	หน้าที่ แก้ไข		
0	20/06/2548			จัดทำเอกสารตาม มาตรฐาน LA100ข้อ	20/08/2548
1	20/06/2549	0		แก้ไขเนื้อหา ปรับหัวข้อเอกสาร	27 /07/2549
2	20/05./2550	1		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	27 /06/2550
3	27 /06/2551	2		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	31/10/2551
4	30/09./2552	3		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	1/10/ 2552
5	1/01/2553	4		ออกเอกสารใหม่ ปรับหัวข้อ ตามISO15189	1 /04 /2553
6	01/05/2554	5		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	30/06/2554
7	01/01/2555	6		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	24/02/2555
8	01/01/2556	7		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	24/02/2556
9	15/01/2559	8		แก้ไข เนื้อหา ปรับหัวข้อเอกสารตามมาตรฐานสภาเทคนิค การแพทย์ 2555	30/01/2559
10	15/01/2560	9		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	10/02/2560
10	15/01/2561	10		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	10/02/2561
10	15/01/2562	11		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	10/02/2562
10	15/01/2563	12		ทบทวนเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาคงเดิม	20/04/2563




 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 5 จาก 26</p>

## 1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บส่งตรวจ ใช้เป็นระเบียบปฏิบัติในการปฏิบัติงานในการเก็บส่งตรวจการเก็บรักษา การนำส่งส่งตรวจ มายังห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรค ซึ่งจะทำให้ได้ส่งตรวจที่มีคุณภาพ
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ได้ปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันโดยยึดตามมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ สำหรับการวางแผน ควบคุมกำกับดูแล การปฏิบัติงานให้ชี้คุณภาพและประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้มั่นใจว่าระบบคุณภาพของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์จะได้รับการทบทวนโดยคณะกรรมการบริหารของกลุ่มงานและทบทวนระบบคุณภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้จัดการด้านวิชาการตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อการปรับปรุงระบบคุณภาพและการพัฒนาต่อเนื่อง

## 2. ขอบเขต

1. ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของผู้มีหน้าที่ในการเตรียมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจะครอบคลุมถึงวิธีปฏิบัติงานของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์สำหรับเก็บส่งตรวจ การเตรียมผู้ป่วย การเก็บส่งตรวจ การรักษาและการนำส่งส่งตรวจ การลงบันทึกส่งส่งตรวจและการรับรายงานผลซึ่งผ่านการตรวจสอบถูกต้อง
2. เป็นการวางแผนการควบคุมคุณภาพตั้งแต่กระบวนการหลักของกลุ่มงานและกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละขบวนการหลัก มีจุดมุ่งหมาย ตัวชี้วัด, ความเสี่ยง ความต้องการของลูกค้าเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งการบันทึกคุณภาพ เอกสารคุณภาพและผู้รับผิดชอบในการทำงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลัก / กิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ
3. ใช้ในการทบทวนระบบคุณภาพของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
4. เพื่อใช้เป็นเอกสารสำหรับการตรวจประเมินมาตรฐานสมาคมเทคนิคการแพทย์และมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 6 จาก 26</p>

### 3. หน้าที่ความรับผิดชอบ


- 3.1 ผู้จัดการคุณภาพมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้มีการทบทวนระบบคุณภาพ เตรียมการประชุมทบทวน สรุปผล บันทึกผลและติดตามผลการประชุม
- 3.2 หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกรับผิดชอบในการดำเนินการประชุมตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3.3 ผู้จัดการด้านวิชาการ มีหน้าที่รับผิดชอบในการเข้าร่วมประชุม นำเสนอข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพหัวหน้างานมีหน้าที่รับผิดชอบในการเข้าร่วมประชุมและดำเนินการเรื่อง ต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

### 4. คำจำกัดความ นิยาม คำย่อ

- 4.1 สิ่งส่งตรวจหมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นได้จากผู้ป่วยเพื่อเป็นตัวอย่าง ในการตรวจวิเคราะห์ เช่น เลือด ปัสสาวะ อูจจาระ สารคัดหลั่งต่างๆ รวมถึงสิ่งอื่นที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้
- 4.2 request หมายถึงการที่แพทย์มีคำสั่งให้ผู้ใช้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์มาประกอบคำวินิจฉัย ติดตามการรักษา
- 4.3 ค่าวิกฤต หมายถึง ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ที่จำเป็นจะต้องแจ้งโดยด่วน
- 4.4 ระยะเวลารายงานผลด่วน (turnaround time) หมายถึง เวลาตั้งแต่สิ่งส่งตรวจอยู่ในกระบวนการเตรียมสิ่งส่งตรวจ, การวิเคราะห์ และการรายงานผล
- 4.5 Quality plan =แผน คุณภาพ ได้แก่ แผนปฏิบัติการประจำปีกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แผนการพัฒนาคูคลากร , แผนการสอบเทียบเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ ,แผนการตรวจติดตามภายในหน่วยงาน

### 5. วิธีการปฏิบัติงานการบริหารจัดการกระบวนการ (Process Management)

การบริหารจัดการกระบวนการ (Process Management) ซึ่งจะต้องมีรายละเอียดดังนี้

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 7 จาก 26</p>

### 5.1ระบบบริหารคุณภาพ


การบริหารจัดการของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ดำเนินการในลักษณะการประสานงานแนวราบด้วยความสมัครใจของห้องปฏิบัติการในทีม และสมาชิกทีม ส่วนการบริหารจัดการตามสายบังคับบัญชาตามระเบียบของทางราชการ ดำเนินการตาม แนวตั้งขึ้นตรงต่อกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และกำหนดผู้รักษาการแทนกรณีหัวหน้ากลุ่มงานลาป่วย/ ลา กิจ/ลาพักผ่อน/ติดราชการนอกสถานที่ (อ้างหนังสือแต่งตั้งหัวหน้างานและการปฏิบัติราชการแทน เมื่อเกิดกรณีดังกล่าวมาแล้วข้างต้น)ทีมพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้รับการสนับสนุน จากโรงพยาบาลอินทร์บุรีให้จัดทะเบียนทีมพัฒนาคุณภาพเพื่อปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาภายในหน่วยงาน หรือระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการประสานงานกับทีมดูแลผู้ป่วย สหวิชาชีพ การประชุมกิจกรรม พัฒนาคุณภาพของทีมฯ ทุกครั้ง ได้รับการสนับสนุนเงินเป็นค่าดำเนินการประชุมโดยผ่านการจัดการ ของศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และได้รับการสนับสนุนด้านการจัดทำเอกสารคุณภาพ การ อบรมบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ เช่น หลักสูตรผู้เยี่ยมสำรวจภายใน หลักสูตรผู้ประสานงาน คุณภาพ หลักสูตรการจัดทำเอกสารคุณภาพหลักสูตรกิจกรรม 5 ส. เป็นต้น

-การจัดทำQuality plan ประชุม /ชี้แจง รวบรวมทำเขียนแผนคุณภาพตามขบวนการหลัก ของการปฏิบัติงานให้ได้กิจกรรมแต่ละชั้นตอน มีวัตถุประสงค์การทำ,ชี้แจงเรื่องวัดความเสี่ยงความ ต้องการของผู้รับบริการและหน่วยงาน, หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, เอกสารคุณภาพและบันทึกคุณภาพ ผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม นำกิจกรรมแต่ละชั้นตอนของกระบวนการหลักบรรจุลงในแผนคุณภาพ ติดตาม / ควบคุม / กำกับดูแลตัวชี้วัดให้ได้ตามที่กำหนดตามแผนคุณภาพ

- กำหนดการประชุมของทีมพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ อย่างน้อยเดือนละครั้ง

- องค์ประกอบของทีมฯ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างานห้องปฏิบัติการ 7

ห้องปฏิบัติการตามที่ระบุในข้อที่ 1 หัวหน้าทีมได้รับการมอบหมายจากสมาชิกทีม ให้เป็นผู้นำทีม มี หน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพโดยความเห็นชอบของสมาชิก กำหนดวาระการประชุม นำ การประชุม และสรุปความเห็นร่วม รวมทั้งประสานงานกับผู้บริหารกลุ่มงาน หัวหน้าศูนย์พัฒนา คุณภาพ และผู้บริหารโรงพยาบาล สำหรับหน้าที่ของสมาชิกทีมที่เป็นหัวหน้างาน มีหน้าที่ร่วมกำหนด กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และสื่อสารไปยังบุคลากรทุกระดับภายในห้องปฏิบัติการที่รับผิดชอบ และ ตอบสนองต่อนโยบายคุณภาพฉบับนี้ กำหนดให้หัวหน้าทีมพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานพยาธิวิทยาเป็น ผู้จัดการคุณภาพและหัวหน้างานธนาคารเลือดเป็นผู้จัดการวิชาการ และหัวหน้างานต่างๆ ในสาขา ห้องปฏิบัติการที่รับผิดชอบในงานประจำระบุในระเบียบปฏิบัติกาควบคุมคุณภาพภายในเป็นสมาชิก ทีมพัฒนา

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 8 จาก 26</p>

ทีมพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ประกอบด้วย

นางประภัสสรี	รัตนบุญกาญจน์	ผู้จัดการคุณภาพ
นายธนาพร	แสงวิไลสาร	ผู้จัดการวิชาการ / หัวหน้างานธนาคารเลือด
นายกิตติพิชญ์	ลิ้มเมธากุล	หัวหน้างานเคมีคลินิก
นางชุตินา	วงษ์แก้ว	หัวหน้างานภูมิคุ้มกันวิทยา
นางโสภิต	ทองอ่อน	หัวหน้างานจุลทรรศน์
น.ส.ลักขมล	สุวรรณพุ่ม	หัวหน้างานโลหิตวิทยา
นางประภัสสรี	รัตนบุญกาญจน์	หัวหน้างานจุลชีววิทยา
น.ส.ยุวดี	ริ้วตระกูล	หัวหน้างานเซลล์วิทยา
นางแสงทอง	บางเขียว	หัวหน้างานธุรการ / ผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ และเลขาทีม


## 5.2 การบริหารทรัพยากรบุคคลในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

### 5.2.1 อัตรากำลังและช่วงเวลาปฏิบัติงาน

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลอินทร์บุรี กำหนดอัตรากำลังและช่วงเวลาในการปฏิบัติงานประจำวัน ดังนี้

1. การบริหารจัดการ ควบคุม กำกับ ดูแล ปฏิบัติงาน เวลาราชการ อัตรากำลัง 1 คน
2. งานบริการเจาะเก็บส่งตรวจ ปฏิบัติงาน เวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
3. งานบริการช่วงพักเที่ยง ปฏิบัติงาน เวลา 12.00-13.00 น. อัตรากำลัง 2 คน  
( เจาะเก็บส่งตรวจและทำการตรวจวิเคราะห์ทั่วไป 1คน และงานธนาคารเลือด 1 คน )
4. งานตรวจรับส่งตรวจ / ปรี้นบาร์โค้ด ปฏิบัติเวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
5. งานโลหิตวิทยา ปฏิบัติงาน เวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
6. งานเคมีคลินิก ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
7. งานจุลทรรศน์ศาสตร์ ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 1 คน
8. งานภูมิคุ้มกันวิทยา ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 1 คน
9. งานจุลชีววิทยา ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
10. งานธนาคารเลือด ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
11. งานเซลล์วิทยา ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 1 คน



 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 9 จาก 26</p>

12. งานธุรการของกลุ่มงาน ปฏิบัติงานเวลาราชการ อัตรากำลัง 2 คน
13. งานทำความสะอาดหน่วยงานและล้างเครื่องมืออุปกรณ์ ปฏิบัติงานเวลาราชการ 1 คน
14. นอกเวลาราชการ เวรเช้า ( เสาร์ –อาทิตย์ ) วันหยุดนักขัตฤกษ์ ปฏิบัติงาน อัตรากำลัง 3 คน
15. นอกเวลาราชการเวรบ่าย และ ดึก ปฏิบัติงาน อัตรากำลัง 2 คน (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการช่วยเจาะเลือดและเตรียมส่งตรวจ,เตรียมอุปกรณ์เก็บส่งตรวจช่วงเวลา 16.00-20.00นของวันเวลาราชการ อัตรากำลัง 1 คน )

หน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละงาน

1. การบริการจัดการ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติงานเวลา 8.00-16.00 น.


ปฏิบัติงานดังนี้

- บริหารจัดการ / ควบคุม / กำกับดูแล ระบบงานตรวจวิเคราะห์ต่างๆในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
- สนับสนุน / ส่งเสริม / ช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทุกด้านในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพ / ศักยภาพเพื่อให้งานในกลุ่มงานพยาธิวิทยามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- ประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา / ปรับปรุง / พัฒนางานต่างๆ ทั้งในเชิงรับและแนวเชิงรุก
- จัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุ / ครุภัณฑ์ของ LAB
- ดำเนินการจัดซื้อวัสดุตามระเบียบ พัสดุ และแผนการใช้งบโรงพยาบาล
- ดำเนินการให้แต่งตั้ง คณะกรรมการ / ตรวจรับวัสดุ, ครุภัณฑ์
- ประสานงานด้านการจัดซื้อและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากวัสดุที่จัดซื้อจากบริษัท

2. งานบริการเจาะเก็บส่งตรวจทุกวันจันทร์ – ศุกร์

2.1 นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปฏิบัติงานเวลา 06.30-8.00 น. เป็นผู้ปฏิบัติงาน เวนดิก

- รับผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยต้องงดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ก่อนเจาะเก็บเลือดตรวจ, เจาะเก็บเลือดตามประเภทการตรวจวิเคราะห์

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )	รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
	หน้า ที่	10 จาก 26

- แนะนำผู้ป่วยในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจแต่ละประเภทที่ต้องใช้ในการตรวจวิเคราะห์

## 2.2 พนักงานห้องทดลอง / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

- ปฏิบัติงาน เวลา 7.30 – 16.00 น.
- ปฏิบัติงานเจาะเก็บเลือด ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติ โดยต้องงดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ก่อนเจาะ เก็บเลือด ตามประเภทการตรวจวิเคราะห์
- แนะนำผู้ป่วยในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจแต่ละประเภทที่ต้องใช้ในการตรวจวิเคราะห์
- ลงทะเบียน / ลงรับสิ่งส่งตรวจทางระบบ Hos Xp และ ระบบ LIS
- คัดกรองคุณภาพ ตามมาตรฐานสิ่งส่งตรวจ (รับ / ปฏิเสธ) ก่อนจัดส่งไปตรวจวิเคราะห์แต่ละงาน
- จัดเก็บข้อมูลและบันทึกสถิติต่างๆ รวมถึงตัวชี้วัดต่างๆ
- ค้นหาผลการตรวจถ้าผู้ป่วยตามนัด / แจกผลการตรวจวิเคราะห์ให้ผู้ป่วย
- ชื่องานจุลทรรศน์ / งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย


## 2.3. พนักงานห้องฯ / เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ / นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

- ปฏิบัติงาน 7.00-16.00 น.
- ปฏิบัติงาน -รับสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน
- ตรวจสอบความถูกต้อง / คัดกรองคุณภาพตามมาตรฐานสิ่งส่งตรวจ (รับ/ปฏิเสธ) ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ ก่อนตัดสินใจไปยังห้องตรวจวิเคราะห์แต่ละงาน


## 2.4. งานบริการ ช่างแพ็กเทียบ เวลา 12.00-13.00 น.

นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ / เจ้าพนักงานปฏิบัติหน้าที่

- รับผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องผู้เจาะเก็บเลือดตามประเภทการตรวจวิเคราะห์
- รับการเจาะเลือด VCT ตาม Ward ER
- ตรวจรับสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากผู้ป่วยนอกและที่ส่งมาจากผู้ป่วยใน / ลงทะเบียน ลงเวลารับ

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563 วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
	<p>หน้าที่ 11 จาก 26</p>	

- รับประสานการแก้ไขปัญหาต่างๆ เบื้องต้นที่พบในช่วงปฏิบัติงาน
  - ให้ความรู้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดเก็บที่ส่งตรวจ / วันเวลาตรวจและรายงานผล / ตรวจติดตามผลต่างๆ
  - เตรียมตัวอย่าง / ตรวจวิเคราะห์ / ตรวจสอบความถูกต้องผลการตรวจในใบส่งตรวจ / ลงทะเบียนในคอมพิวเตอร์ (เฉพาะรายที่ขอผลด่วน) และส่งเลือดยังหอผู้ป่วย
4. งานธนาคารเลือด - ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  5. งานคัดกรองสิ่งส่งตรวจ – รับ-ตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ คัดแยกสิ่งส่งตรวจ , เตรียมสิ่งส่งตรวจ
  6. งานโลหิตวิทยา - ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  7. งานจุลทรรศน์ศาสตร์ -ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  8. งานเคมีคลินิก -ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  9. งานภูมิคุ้มกัน -ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  10. งานจุลชีววิทยา - ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  11. งานเซลล์วิทยา - ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ , รับรองผล , ตรวจสอบผล , แก้ไขปัญหา
  12. ทำความสะอาด – ทำความสะอาดห้องปฏิบัติการทุกห้อง , ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ ตรวจวิเคราะห์
  13. งานธุรการ -ทำงานเอกสาร ,หนังสือราชการ , ส่งขึ้นเนื้อ , ส่งซีร็ม, วัสดุวิทย์ฯ , ฯลฯ
  14. เวรบ่ายนอกเวลาราชการ เวรเช้า ( เสาร์ –อาทิตย์ ) ปฏิบัติงาน เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ , รับสิ่งส่งตรวจ , ตรวจสอบความถูกต้อง , เตรียมสิ่งส่งตรวจและเตรียมเครื่องมือ , ทำ IQC , ตรวจวิเคราะห์ สิ่งส่งตรวจ , รับรองผลการตรวจวิเคราะห์ , ส่งผลการตรวจวิเคราะห์ ในงาน โลหิตวิทยา , งานเคมีคลินิก , งานจุลทรรศน์ศาสตร์ , งานจุลชีววิทยา, งานธนาคารเลือด (วันหยุดนักขัตฤกษ์ เพิ่มตรวจวิเคราะห์งานเคมีคลินิก ทุกการทดสอบ )
  15. นอกเวลาราชการเวรบ่าย และ ดึก ปฏิบัติงาน งานโลหิตวิทยา , งานเคมีคลินิก , งานจุลทรรศน์ศาสตร์ , งานจุลชีววิทยา, งานธนาคารเลือด , เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจตอนเช้า (เวลา06.00-08.00น.) (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการช่วยเจาะเลือดและเตรียมสิ่งส่งตรวจ,เตรียมอุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจช่วงเวลา 16.00-20.00นของวันเวลาราชการ 1 คน )
  16. ปฏิบัติงานตอนเช้า เวลา06.30 -08.00 น. ปฏิบัติงานเคมีคลินิก OPD ,เจาะเลือดผู้ป่วย, ทำการตรวจวิเคราะห์ Routine LAB ,งานธนาคารเลือดที่ด่วน

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 12 จาก 26</p>

### 5.3 การแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

#### 1. การแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

เมื่อเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ พบข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ให้ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นไปก่อน (ในกรณีที่สามารถแก้ไขได้) แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ให้ปรึกษาวิธีการแก้ไขกับหัวหน้างานในสาขานั้นๆ พร้อมลงบันทึก วันที่พบ ลำดับที่ เวลา ข้อบกพร่อง/สิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด รวมทั้งวิธีการแก้ไข ผู้แก้ไข และสาเหตุ ในแบบบันทึกข้อบกพร่อง หรือ สิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด


กรณี ถ้าข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดเกี่ยวข้องกับเฉพาะงานสาขาใดสาขาหนึ่ง ให้ส่งเรื่องข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดไปยังหัวหน้างานในสาขานั้นๆ เป็นผู้ดำเนินการหาวิธีการป้องกันเมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ลงบันทึกวิธีการป้องกันลงในแบบบันทึก แล้วส่งให้กรรมการนำเข้าที่ประชุมเพื่อรับทราบและ/หรือเสนอแนะเพิ่มเติม

กรณี ถ้าข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดเกี่ยวข้องกับกลุ่มงานฯ โดยตรงหรือไม่สามารถแก้ไขได้โดยหัวหน้างาน ให้ส่งเรื่องหัวหน้ากลุ่มงานฯ เพื่อดำเนินการแก้ไขและหาแนวทางป้องกัน เมื่อแก้ไขได้เรียบร้อยแล้วให้ลงบันทึกการแก้ไขลงใน แบบบันทึกข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและนำเข้า ที่ประชุมเพื่อรับทราบและ/หรือเสนอแนะเพิ่มเติม

กรณี ถ้าข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดมีความรุนแรงมากและเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ทุกคน หัวหน้ากลุ่มงานฯ จะนำเรื่องเข้าที่ประชุมเพื่อลงมติในการดำเนินการแก้ไข พร้อมลงบันทึกในแบบฟอร์ม บันทึกข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

#### 2. การส่งบันทึกแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

ผู้รายงานจะเป็นผู้ส่งบันทึกการแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดให้กรรมการรับเรื่องผู้รายงานจะเป็นผู้ส่งบันทึกการแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดให้กรรมการรับเรื่องแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดรวบรวมเพื่อดำเนินงานนำเข้า ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเพื่อรับทราบและ/หรือเสนอแนะเพิ่มเติมมาตรฐานการปฏิบัติงาน สามารถดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและหาทางป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำได้

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 13 จาก 26</p>

แบบบันทึกสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในการตรวจวิเคราะห์ FM-INB-LAB-026

#### 5.4 การควบคุมกระบวนการวิเคราะห์ทั้งระบบ ประกอบด้วย


##### 5.4.1 การควบคุมกระบวนการก่อนการวิเคราะห์

กรณีที่เก็บตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย จะต้องปฏิบัติดังนี้

1. เขียนชื่อ – สกุล, HN, test ที่ตรวจ, วันที่, เวลาเจาะเก็บ, การวินิจฉัย, อายุผู้ป่วย
2. เก็บสิ่งส่งตรวจตามความเหมาะสมกับชนิดการตรวจวิเคราะห์วิธีปฏิบัติ (WP-INB-LAB-003) หากไม่สามารถเก็บได้ตามเกณฑ์ ให้ระบุสาเหตุในใบนำส่ง
3. นำส่งสิ่งตรวจที่แพทย์แจ้งความประสงค์ในการขอตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การลงแจ้งความประสงค์ขอตรวจ ให้ request ในใบ order แพทย์แล้วพยาบาลหอผู้ป่วยในเป็นผู้ลงรายละเอียดในใบนำส่งตรวจในกรณีส่ง เพิ่มรายการตรวจทางโทรศัพท์ให้ส่งใบนำส่งตามไปที่
4. เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนำมาส่งที่ห้อง LAB เบอร์ 6 เจ้าหน้าที่ LAB ตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเกณฑ์ปฏิเสธตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (WP-INB-LAB-009)
5. เจ้าหน้าที่การนำส่งสิ่งตรวจจากห้องเจาะเลือดชั้นล่างเบอร์ 6 ให้นำสิ่งส่งตรวจ และใส่ใน Rack แยกหน่วยตรวจวิเคราะห์ต่าง เพื่อป้องกันการแตก กระเด็นของสิ่งส่งตรวจและใส่ในลิฟต์ สิ่งส่งตรวจเพื่อส่งยังหน่วยวิเคราะห์ห้องต่างๆ โดยมีคนงานช่วยส่งสิ่งส่งตรวจไปยังหน่วยตรวจวิเคราะห์ห้องต่างๆ โดยวางไว้ในจุดรับสิ่งส่งตรวจที่ยังไม่ได้ตรวจวิเคราะห์ เมื่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเสร็จแล้วจะนำผลการตรวจวิเคราะห์มาใส่ ลิฟต์เอง และส่งผลการตรวจไปยังห้องเจาะเลือดเบอร์ 6 เพื่อคัดแยกตามตึกต่างๆ
6. งานที่เชื่อมต่อกับระบบ LIS รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ไปยังหอผู้ป่วย ส่งใบรายงานผลการตรวจไปยังหอผู้ป่วยด้วยระบบทอล์ม

##### เกณฑ์การรับสิ่งส่งตรวจ

1. ตัวอย่างส่งตรวจทุกชนิดต้องมีฉลากติดไว้ที่ภาชนะสิ่งส่งตรวจ โดยระบุชื่อ – สกุล HN ของผู้ป่วย วัน เดือน ปีที่เจาะรายการทดสอบ
2. มีใบนำส่งตรวจซึ่งกรอกรายละเอียดครบถ้วน ดังนี้ ชื่อ- สกุล HN อายุผู้ป่วย แพทย์ผู้ส่งตรวจ การวินิจฉัย เบื้องต้น วันเวลาที่เจาะเก็บ ผู้เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ ชนิดสิ่งส่งตรวจ รายการทดสอบ โดยแสดงรายการทดสอบที่ต้องการตรวจโดยทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยม ในกรณีรายการตรวจไม่มี

 <p>โรงพยาบาลอินทร์นารี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นมิตร</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 14 จาก 26</p>

ในใบส่งตรวจให้เขียนในช่องว่างหรือที่ว่างให้ชัดเจนว่าต้องการตรวจอะไร ส่วนรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี) โดยคำสั่งแพทย์ต่อการทดสอบนั้นๆ ให้ระบุลงในใบส่งตรวจด้วยทุกครั้ง

3. ปริมาณของตัวอย่างต้องมีจำนวนเพียงพอ
4. ชนิดของสิ่งส่งตรวจถูกต้อง
5. วิธีการนำส่งถูกต้อง
6. วิธีการเก็บรักษาก่อนการนำส่งถูกต้อง
7. สภาพของตัวอย่างเหมาะสมเช่น กรณีเป็นเลือด ไม่มีการแตกของเม็ดเลือดแดง


เกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

1. กรอรายละเอียดในใบนำส่งไม่ครบถ้วน หรือไม่มีใบนำส่ง
2. ตัวอย่างส่งตรวจไม่ได้ระบุชื่อ – สกุล HN ผู้ป่วย วันที่เจาะ รายการทดสอบ
3. ชนิดสิ่งส่งตรวจไม่ตรงกับรายการทดสอบ
4. ปริมาณน้อยกว่าที่กำหนด
5. วิธีการนำส่งไม่ถูกต้อง
6. ส่งตรวจล่าช้าเกินกำหนดหลังเก็บตัวอย่าง
7. อื่นๆ เช่น มี micro clot / มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง (hemolysis)/ serum ชุ่ม (lipimic) การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

จะต้องบันทึกลงใน แบบบันทึกการปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจของกลุ่มงานฯ ดังแสดงดังต่อไปนี้

เกณฑ์การปฏิเสธ ตัวอย่างที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้

1. ไม่ได้บ่งรายละเอียดในใบส่งตรวจ (request) และสิ่งส่งตรวจ (specimen)
2. ใบ request กับสิ่งส่งตรวจ (specimen) รายละเอียดไม่ตรงกัน
3. ที่ใส่สารกันเลือดแข็งตัวแล้วพบก้อน clot ปฏิเสธ ไม่รับสิ่งส่งตรวจ เช่น
  - EDTA เช่น CBC, OF, DCIP, Reticulocyte, Inclusion body, G-6PD, HbA1 C, Hb typing , 3.2 % sodium citrate (PT, PTT)
  - K3 (CD4/CD8)
4. ภาชนะที่เก็บสิ่งส่งตรวจอยู่ในสภาพไม่เหมาะสมหรือผิดประเภท
5. สิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอในการตรวจวิเคราะห์ (น้อยมาก)
6. สิ่งส่งตรวจมีการปนเปื้อน (contaminate) เช่น งานจุลชีววิทยา, งานจุลทรรศน์


 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563 วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
	<p>หน้า หน้า</p>	<p>15 จาก 26</p>

เกณฑ์การรับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจอย่างมีเงื่อนไข

1. NAF blood มี clot เจาะไม่เกิน 1 ชั่วโมง สามารถตรวจวิเคราะห์ได้
2. มีการแตกของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) เลือดที่เก็บมีความขุ่นมาก (Lipemia) ถ้าจำเป็นต้องทำการตรวจวิเคราะห์ต้องระบุสภาพสิ่งส่งตรวจในการรายงานผล และเขียนในใบรายงานความเสี่ยง
3. มีระยะเวลาการเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนนำส่งนาน เกินกว่าที่กำหนดไว้สำหรับการทดสอบบางอย่าง เช่น urine culture ไม่ทำ colony countแบบบันทึกการปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

#### การรับทำการวิเคราะห์ด้วยวาจา/โทรศัพท์ (WP-INB-LAB-012)

1. เจ้าหน้าที่พยาบาล/แพทย์ มีคำสั่งในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
  - 1.1 เจ้าหน้าที่โทรศัพท์แจ้งรายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
    - 1.1.1 เจ้าหน้าที่ LAB ผู้รับแจ้งให้เจ้าหน้าที่ ตึก/พยาบาล โทรแจ้งที่ศูนย์รับสิ่งส่งตรวจเบอร์ 215
    - 1.1.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์รับคำสั่งการตรวจวิเคราะห์
    - 1.1.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์โทรแจ้งมายังหน่วยวิเคราะห์มีสิ่งส่งตรวจเหลือพอที่จะทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มอีกหรือไม่ถ้าสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ โทรศัพท์แจ้งตึกที่ส่งตรวจเพิ่ม รายการตรวจวิเคราะห์ให้เก็บสิ่งส่งตรวจเพิ่ม รายการตรวจวิเคราะห์ให้เก็บสิ่งส่งตรวจเพิ่มเติมและส่งมายังศูนย์ฯ รับสิ่งส่งตรวจ
    - 1.1.4 ถ้าสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ รับลงทะเบียน
    - 1.1.5 เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เขียนใบ Request ตามคำสั่งตรวจวิเคราะห์ส่งไปยังหน่วยวิเคราะห์
  - 1.2 มีคำสั่งตรวจแบบปกติเป็นลายลักษณ์อักษร มีใบ Request และรายการตรวจวิเคราะห์และสิ่งส่งตรวจถูกต้อง
    - 1.2.1 เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ รับสิ่งส่งตรวจปฏิบัติตาม WP-INB-LAB-009 ในการรับ-ปฏิเสธตัวอย่าง
    - 1.2.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ตรวจสอบและส่งยังหน่วยวิเคราะห์

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 16 จาก 26</p>

กรณีผู้เก็บสิ่งส่งตรวจภายในกลุ่มงานฯ ปฏิบัติดังนี้


1. ผู้ป่วยวางใบนัดคิวที่หน้าห้องเจาะเลือดเบอร์ 6
2. เจ้าหน้าที่เขียนใบนัดและเจาะเลือด วิธีปฏิบัติ ตามคู่มือ  
การรับสิ่งส่งตรวจ โดยให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ รับสิ่งส่งตรวจและบันทึกสาเหตุการปฏิเสธลงในใบแจ้ง  
เหตุผล การปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจและแบบบันทึกการปฏิเสธการรับสิ่งส่งตรวจ แล้วส่งคืนสิ่งส่ง  
ตรวจพร้อมใบ Request แก่เจ้าหน้าที่ที่นำส่งสิ่งส่งตรวจ
2. เจ้าหน้าที่ ตรวจวิเคราะห์เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ น้ำยา ซึ่งปฏิบัติตามแผนการบำรุงรักษา  
เครื่องมือใบบันทึกผลการทดสอบ (Work sheet) และเตรียมสิ่งส่งตรวจ ตามวิธีปฏิบัติ (WP-INB-  
LAB-005)
3. ตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจแต่ละงานปฏิบัติตามและบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ลงใน work sheet  
ของแต่ละการทดสอบและรายงานผลลงในใบ report พร้อมเซ็นชื่อผู้รายงานผล และวันเดือนปีที่  
รายงานผล (ปฏิบัติงานตามระเบียบปฏิบัติงาน WP-INB-LAB-006, WP-INB-LAB-015
4. หัวหน้างานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบความถูกต้องของผลการตรวจวิเคราะห์อีกครั้ง พร้อม  
ทั้งเซ็นชื่อ และวันเวลา

#### 5.4.2 การรายงานผล

ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการรายงานผล (WP-INB-LAB-004)

1. รายงานเป็นลายลักษณ์อักษรดังนี้
  - ใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์
  - บันทึกผลในแบบบันทึกแต่ละงานโดยได้รับมอบหมายและตรวจสอบผลวิเคราะห์
  - ส่งผลให้ผู้รับบริการ กรณีเป็นความลับให้ปฏิบัติตาม WP-INB-LAB-006 เรื่องนั้น ส่งใบรายงานผล  
การตรวจวิเคราะห์ ทางระบบท่อลม
  - ผู้ป่วยใน รายงานในใบรายงานผลที่มีการลงลายมือชื่อของผู้ตรวจวิเคราะห์ วัน-เวลาการตรวจ  
วิเคราะห์ พร้อมทั้งลายมือของผู้ตรวจสอบรายงานผล พร้อมกับลงทะเบียนในสมุดทะเบียนหลังจาก  
นั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบตรวจจะต้องนำใบ report ที่สมบูรณ์แล้วส่งผลตามหอผู้ป่วยด้วยระบบท่อ  
ลม หรือคูผลจากคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบ HosXp



 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563 วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
	<p>หน้าที่ 17 จาก 26</p>	

- ผู้ป่วยนอก การรายงานผล บันทึกผลลงในใบรายงานผลที่มีการลงลายมือชื่อของผู้ตรวจวิเคราะห์ วัน-เวลาการตรวจวิเคราะห์ พร้อมทั้งลายมือชื่อของผู้ตรวจสอบรายงานผล เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เรียกชื่อผู้ป่วย รับผลการตรวจและผู้ป่วยชานชื่อรับผล และรายงานผลระบบ HOS xp

-ผล LAB ภายนอก บันทึกผล LAB ในสมุดบันทึกภายนอกส่งผลให้ผู้รับบริการ ถ้าเป็นผลด่วน ส่ง Fax และส่งตัวจริงตาม กรณีปกติ ส่งตัวจริงเก็บใบสำเนาไว้

- รายงานผลการโทรศัพท์ ในกรณี ขอผลด่วน และ พบว่าวิกฤต รายงานผลการตรวจวิเคราะห์แล้ว ทบทวนผลการรายงานทุกครั้ง และบันทึกตามแฟ้มการรายงาน ผู้รับ ผู้แจ้ง และส่งใบรายงานตาม ถ้า มีความผิดพลาดเกิดขึ้นให้ยึดถือใบรายงานผลเป็นหลัก ห้องปฏิบัติการจะรายงานเฉพาะกรณีค่าวิกฤต หรือได้รับการร้องขอจากตึก หรือจากแพทย์ เมื่อรายงานผลแล้วส่งใบรายงานผลตามทันที พร้อมกับมีการบันทึกการรายงานผลทางโทรศัพท์ลงในบันทึกการรับโทรศัพท์ เพื่อทวนสอบกรณีเกิดปัญหาการ รับข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด (ดูผลจากคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบ Hosxp)

**- การรายงานค่าวิกฤต**


เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวิเคราะห์ของแต่ละงานจะโทรศัพท์แจ้งพยาบาลประจำตึก แล้วส่งใบรายงานผลตามทันที พร้อมกับมีการบันทึกการรายงานผลค่าวิกฤตลงในบันทึกการรับโทรศัพท์ เพื่อทวนสอบกรณีเกิด ปัญหาการรับข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด

แนวทางการแก้ไขใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ภายในและภายนอกโรงพยาบาล

- โทรศัพท์แจ้งค่าที่ถูกต้อง รายงานผลตรวจวิเคราะห์ค่าใหม่โดยกำหนดผู้มีหน้าที่แก้ไข ในเวลา ราชการให้ หัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้าหน่วยงาน นอกเวลาราชการให้หัวหน้าเวรแก้ไขหรือผู้พบ ให้ผู้ พบว่าผลผิดพลาดแจ้งผู้มีหน้าที่แก้ไขโดยแจ้งผลทางโทรศัพท์แล้วขอใบรายงานผลเก่าคืนและออกไป รายงานผลใหม่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ใหม่

**5.4.3 การควบคุมกระบวนการหลังการวิเคราะห์**

หลังการตรวจวิเคราะห์ มีการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามชนิดของสิ่งส่งตรวจเพื่อการ ทดสอบซ้ำหรือการตรวจสอบการขึ้นบ่ง หากต้องการหรือกรณีมีปัญหา ดังแสดงในตาราง

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 18 จาก 26</p>

ดังแสดงในตาราง

ชนิดของสิ่งส่งตรวจ	จำนวนวันที่เก็บรักษา	อุณหภูมิที่เก็บ
Clotted blood	7 วัน	2-8 C
EDTA blood	7 วัน	2-8 C
Fluid	7 วัน	อุณหภูมิห้อง
Slide CBC	7 วัน	อุณหภูมิห้อง
Slide sputum AFB	60 วัน	อุณหภูมิห้อง
ตลับเสมหะ	3 วัน	อุณหภูมิห้อง
อาหารเพาะเชื้อ	7 วัน	อุณหภูมิห้อง
Specimen ที่เพาะเชื้อ	7 วัน	อุณหภูมิห้อง
Tube cross-match	30 วัน	2-8 C

1. ข้อปฏิบัติในการใช้ห้องปฏิบัติการ

1.1 ห้ามนำของกินและของใช้ส่วนตัวมาไว้ปะปนกับอุปกรณ์ที่ใช้ปฏิบัติงาน หรือมาไว้ในบริเวณที่ใช้ปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์

1.2 ห้ามนำของกินมาแช่ในตู้เย็นเก็บรักษาตัวอย่าง, ผลิตรกัณฑ์ของเลือด และตู้เย็นเก็บน้ำยาตรวจวิเคราะห์

1.3 ห้ามนำอุปกรณ์ที่เปื้อนตัวอย่างวางบนโต๊ะ เช่น แผ่น slide ที่ใช้ smear เลือด, pipette หรือ อุปกรณ์อื่นๆ

1.4 ห้ามทิ้งของแหลมหรือของมีคมลงในถังขยะหรือถุงขยะ

1.5 ห้ามรีดคันขยะในถุงขยะหรือถังขยะ


2. การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกัน

2.1 สวมเสื้อคลุมและถุงมือทุกครั้งขณะปฏิบัติงานที่ต้องการสัมผัสกับตัวอย่างส่งตรวจ


2.2 ขณะสวมถุงมือปฏิบัติงาน

- ห้ามสัมผัสวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ นอกเหนือจากอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

- ห้ามจับต้องอวัยวะต่างๆ เช่น ปาก ตา จมูก หรือส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นคุณบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน ( Work Procedure )	รหัสเอกสาร : WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
		หน้าที่ 19 จาก 26

- 2.3 เมื่อถุงมือเปื้อนตัวอย่างส่งตรวจหรือถุงมือขาด ต้องถอดถุงมือออก ล้างมือให้สะอาดแล้วเปลี่ยนถุงมือใหม่
- 2.4 ถอดเสื้อคลุม ถุงมือ และล้างมือ ด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนออกจากห้องปฏิบัติการหรือเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน
- 2.5 ผู้ที่ใส่ contact lens ต้องใส่แว่นตาป้องกันในขณะปฏิบัติงาน เพราะหากเกิดอุบัติเหตุตัวอย่างส่งตรวจกระเด็นเข้าตา อาจแสบตา ไม่สามารถถอด contact lens ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ตาได้ง่ายขึ้น
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับตัวอย่าง
- 3.1 ตัวอย่างส่งตรวจทุกชนิด ต้องบรรจุอยู่ในภาชนะที่มีฝาปิด
- 3.2 การปั่นตกตะกอนตัวอย่างตรวจให้ปิดฝาหลอดทุกครั้งหรือปั่นในเครื่องปั่นที่มีฝาปิด
- 3.3 ถ้าตัวอย่างส่งตรวจหกเปื้อนผิวหนังด้านนอกของภาชนะบรรจุ ให้ทำความสะอาดด้วย 70% alcohol ก่อนจึงนำมาตรวจตามปกติ
- 3.4 ถ้าภาชนะตัวอย่างแตกในถุงพลาสติก และจำเป็นต้องตรวจตัวอย่างนี้ให้ถ่ายตัวอย่างลงในภาชนะใหม่ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
- 3.5 ถ้าตัวอย่างส่งตรวจตกแตกหรือหกหล่นลงพื้นห้องหรือพื้นโต๊ะ ให้สวมถุงมือยางหนา ใช้กระดาษเช็ดสิ่งเปื้อนออกให้มากที่สุด หรือใช้กระดาษแฉ้. ตักสิ่งเปื้อนหรือเศษแก้วออก และทิ้งลงในภาชนะที่เป็น plastic แข็ง เติม 1 % Sodium Hypochlorite ลงไป ราวบริเวณที่เปื้อนด้วย 1% Sodium Hypochlorite โดยราดจากด้านบนมาสู่ด้านใน ทิ้งไว้ประมาณ 30 นาที แล้วเช็ดถูตามปกติ
- 3.6 ถ้าหลอดบรรจุตัวอย่างแตกในเครื่องปั่นตกตะกอน ให้ปิดเครื่องเมื่อเครื่องปั่นหยุดหมุนแล้วรอประมาณ 10 นาที ก่อนเปิดฝาเครื่องปั่นให้สวมหน้ากาก-จมูก และแว่นตา เพื่อป้องกันการหายใจเอาวัสดุจากตัวอย่างส่งตรวจที่กำลังฟุ้งกระจายเข้าไป
- 3.7 ตัวอย่างที่อาจแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจ ต้องทำใน Biohazard safety cabinet
- 3.8 ในกรณีที่มีอาการกระเด็นของตัวอย่างส่งตรวจขณะปฏิบัติงานต้องสวมแว่นตาและผ้า
- 3.9 เมื่อมีการเคลื่อนย้ายตัวอย่างส่งตรวจออกนอกห้องปฏิบัติการ ต้องใช้ภาชนะหรืออุปกรณ์ที่แข็งแรงรองรับภาชนะบรรจุตัวอย่าง ก่อนการเคลื่อนย้าย

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 20 จาก 26</p>

#### 4. การปฏิบัติเกี่ยวกับของ มีคม

4.1 เข็มที่ใช้แล้วห้ามสวมปลอกเข็ม ให้ทิ้งลงไปในภาชนะที่เป็นแก้วหนา หรือภาชนะพลาสติกอย่างหนาที่มีฝาปิดมิดชิด เพื่อนำไปเผาทำลาย ในกรณีที่ต้องสวมปลอกเข็ม ให้ใช้วิธีสวมมือเดียว (ดูภาพในภาคผนวก) หรือใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยจับปลอกเข็มให้ตรงกับที่ เพื่อสะดวกต่อการใส่เข็มเข้าไปในปลอกอย่างปลอดภัยไม่เปรอะเปื้อนและไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ

4.2 ไข่มดที่ใช้แล้วห้ามถอดไข่มดออกจากด้ามมีด ให้แช่ไข่มดพร้อมด้ามมีดในภาชนะบรรจุ 70% alcohol

4.3 ห้ามส่งของมีคมจากมือคนหนึ่งไปสู่มืออีกคนหนึ่งโดยตรง ให้ส่งโดยการวางในภาชนะรองรับแล้วจึงหยิบ ทั้งนี้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในระหว่างส่งเครื่องมือ

4.4 ห้ามวางของมีคมให้ส่วนแหลมคมยื่นออกนอกภาชนะรองรับ

#### 5. ข้อปฏิบัติอื่นๆ

5.1 ในการทำ Hematocrit ห้ามสัมผัสกับตัวอย่างเลือด โดยตรงทั้งที่เปื้อนอยู่ด้านนอกของหลอดและที่เปื้อนอยู่บนดินน้ำมัน

5.2 เมื่อจะใช้เครื่องปั่นตกตะกอน ต้องเลือกหลอดที่ไม่มีรอยแตกร้าวและก่อนกดปิดฝาเครื่องปั่นต้องตรวจให้แน่ใจว่ามีหลอดที่มีน้ำหนักที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันอยู่ตรงกันข้ามครบทุกคู่


5.3 เมื่อใช้อุปกรณ์ต่างๆ ลงในน้ำยาทำลายเชื้อ ต้องใช้อุปกรณ์นั้นสัมผัสกับน้ำยาทำลายเชื้ออย่างทั่วถึง โดยเฉพาะส่วนที่มีการเปื้อนตัวอย่างส่งตรวจ ต้องไม่ให้ส่วนที่เปื้อนตัวอย่างอยู่นอกริมของน้ำยาทำลายเชื้อ

5.4 การเปิดฝา Ampule ต้องใช้สำลีพันรอบหลอดก่อนเปิด ถ้าเป็น Ampule ที่บรรจุเชื้อโรค ต้องใช้สำลีชุบ 70% alcohol

5.5 เมื่อเสร็จการปฏิบัติงานแล้ว ให้ทำความสะอาดโต๊ะปฏิบัติงานด้วย 70% alcohol

5.6 เมื่อมีบาดแผลบริเวณผิวหนังนอกร่มผ้า ต้องปิดแผลด้วย พลาสเตอร์ ในขณะที่ปฏิบัติงาน

5.7 การเตรียม 1% Sodium Hypochlorite ต้องใช้น้ำกรองหรือน้ำกลั่นภาชนะต้องสะอาดมีฝาปิดสนิท ปิดปาก-จมูก ป้องกันด้วย


 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน ( Work Procedure )	รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012
		ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12
	เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	จัดทำเมื่อ : 15/03/2563
		วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563
		หน้าที่ 21 จาก 26

## 6.การทำลายตัวอย่างหลังการตรวจวิเคราะห์แล้ว

- ตัวอย่างเลือด, สารน้ำต่าง ๆ และอุจจาระ ซึ่งต้องทำลายทิ้งพร้อมทั้งภาชนะบรรจุเมื่อเมื่อตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้ว รวบรวมใส่ไว้ในถุง plastic หรือใส่ rack หรือภาชนะอื่นแยกไว้ คนงานทำหน้าที่เก็บรวบรวมใส่ถุงแดง และนำไปยังเรือนพักขยะของโรงพยาบาลเพื่อทำการเผาทำลายต่อไป
- เลือดบริจาคที่ต้องทำการจำหน่าย ให้คนงานรวบรวมใส่ถุงแดง และนำไปยังเรือนพักขยะของโรงพยาบาลเพื่อทำการเผาทำลายต่อไป
- ปัสสาวะเมื่อตรวจเสร็จแล้ว ผู้ปฏิบัติงานรวบรวมส่งมายังห้องล้าง คนงานทำการล้างโดยปฏิบัติดังนี้
  - เทปัสสาวะทิ้งลงในท่อน้ำทิ้งซึ่งต่อเข้ากับระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลและรดน้ำตามหลังมากๆ
  - แช่ภาชนะบรรจุปัสสาวะลงใน 1% Sodium Hypochlorite ทิ้งไว้อย่างน้อย 30 นาที ทำการล้างโดยทำตามข้อ 6.7.2.2
- ตัวอย่างเลือดที่ต้องล้างภาชนะบรรจุมาใช้ใหม่ ให้คนงานปฏิบัติดังนี้
  - เทเลือดใส่ในถุง Plastic และแช่ภาชนะบรรจุลงใน 1% Sodium Hypochlorite ทิ้งไว้อย่างน้อย 30 นาที
  - ล้างภาชนะตามวิธีในข้อ 6.7.2.2

## 7. การจัดเก็บและขนย้ายขยะ

- จัดเก็บขยะโดยแยกขยะติดเชื้อใส่ถุงแดง ขยะไม่ติดเชื้อใส่ถุงดำ ขยะที่เป็นของมีคมและถุงมืออย่างให้แยกออกจากขยะติดเชื้ออื่นๆ
- ต้องใส่ถุงมืออย่าง ผ้ายางกันเปื้อน ในขณะที่จัดเก็บหรือขนย้ายขยะ
- การขนย้ายไปยังสถานที่พักขยะของโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติดังนี้
  - นำถุงขยะใส่ในภาชนะที่มีฝาปิด ใช้รถเข็นภาชนะที่บรรจุ
- หลักปฏิบัติงานต้องทำความสะอาดบริเวณล้างอุปกรณ์ทุกวัน

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563 วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
	<p>หน้าที่ 22 จาก 26</p>	

## 8. การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุถูกเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยเข้าทางบาดแผลหรือเยื่อเมือก

### 8.1 ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทันทีดังนี้

- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายทิ้งให้เร็วที่สุด และล้างปากกลั้วคอด้วยน้ำทันที
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา ให้ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำยาล้างตาทันที
- ถ้าถูกของมีคมที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทิ่มหรือตำหรือบาดผิวหนัง หรือผิวหนังที่มีบาดแผล สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยให้รีบเค้นเลือดออกและชำระล้างบาดแผลด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำและสบู่ หรือ 70% alcohol ทันที

8.2 ทำการเจาะเลือดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจ Anti-HIV, HIV-Ag, HBsAg, Anti-HBs และ Anti-HCV ในกรณีที่ไม่ทราบผลเลือดผู้ป่วยต้องขอความร่วมมือเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อตรวจหา Anti-HIV, HIV-Ag, HBsAg และ Anti-HCV

8.3 ปรีกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรับการรักษา ภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ต้องรับประทานยา ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ให้กรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มที่ 3 ของหนังสือเรื่องแนวทางการปฏิบัติ เมื่อบุคลากรถูกของมีคมที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิมพ์ครั้งที่ 2 แก้ไขครั้งที่ 1 กันยายน 2542

8.4 รายงานผู้บังคับบัญชาโดยกรอกรายละเอียดลงในแบบบันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุ

8.5 ตรวจเลือดซ้ำในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ในกรณีที่รับประทานยาให้ตรวจเลือดซ้ำใน


สัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12

8.6 หลังจากได้รับอุบัติเหตุแล้วต้องปฏิบัติดังนี้

- งดบริจาคโลหิต
- ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
- ป้องกันการตั้งครรภ์

จนกว่าจะทราบผลการตรวจเลือดครั้งสุดท้าย

8.7 ในกรณีที่ผู้ประสบอุบัติเหตุติดเชื้อโรคเอดส์ และมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ให้ปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ.2540

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 23 จาก 26</p>

## 6. การประกันคุณภาพวิเคราะห์

กลุ่มงานฯ มีนโยบายเกี่ยวกับการประกันคุณภาพ ของห้องปฏิบัติการในทีม ดังนี้

### 6.1 การประกันคุณภาพวิเคราะห์ ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์

- จัดทำคู่มือการเก็บตัวอย่าง (WP-INB-LAB-003) มีรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับผู้ส่งตรวจ เช่น รายการทดสอบ ราคากำหนดเวลารายงานผล สถานที่ส่งตรวจ แจกจ่ายให้ผู้ส่งตรวจ ได้แก่หอผู้ป่วย ห้องตรวจโรค ได้ใช้เป็นแนวทางในการส่งตรวจ และมีปรับปรุงคู่มือส่งตรวจนี้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างน้อยทุก ๆ 1 ปี


- ใบส่งตรวจและการนำส่ง มีการปรับปรุงใบส่งตรวจให้เหมาะสมตามความสะดวกของผู้ใช้บริการ และผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ โดยยึดหลักความสะอาดของผู้ส่งตรวจให้มีจำนวนของใบส่งตรวจให้น้อยที่สุด แต่ต้องเพียงพอต่อการนำส่งการทดสอบที่มีจำนวนมากและเหมาะสมกับชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ มีการขึ้นใบส่งตรวจและสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม ตามวิธีปฏิบัติการจัดเตรียม หลอดเลือดและการขึ้นบ่ง และการนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อการส่งตรวจตามวิธีปฏิบัติการเจาะเลือดผู้ป่วยนอก

- การรับสิ่งส่งตรวจ กำหนดเกณฑ์การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในระเบียบปฏิบัติงาน (WP-INB-LAB-009, WP-INB -LAB-003) สำหรับแจ้งให้หน่วยงานที่ส่งตรวจรับทราบและให้บุคลากรในห้องปฏิบัติการตรวจการรับ/ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจในแนวทางเดียวกัน ตามความเหมาะสมของการทดสอบ และสิ่งส่งตรวจแต่ละชนิด

### 6.2 การประกันคุณภาพวิเคราะห์ ขั้นตอนการวิเคราะห์

- กำหนดให้มีการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการ และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามเทคโนโลยีและหลักฐานทางวิชาการที่ทันสมัย และแจ้งแก่ผู้รับบริการทราบถึงวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ในปัจจุบัน หรือมีการปรับเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์ รวมทั้งมีการทบทวนค่าอ้างอิงในช่วงเวลาทุกๆ 1 ปีหรือน้อยกว่านี้

- มีการทดสอบทวน (validation) วิธีวิเคราะห์ ที่ใช้ในปัจจุบัน โดยปฏิบัติการสอบทวนเองภายในห้องปฏิบัติการ หรือสอบทวนวิธีวิเคราะห์โดยผู้ผลิตน้ำยาสำเร็จรูปและเก็บเอกสารบันทึกไว้ หรือใช้วัสดุอ้างอิง ได้แก่ เชื้อมาตรฐาน Calibrator สารมาตรฐาน หรือวัสดุอ้างอิงอื่นๆ ที่มีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ว่ามีที่มา หรือจัดเตรียมมาอย่างดีเชื่อถือได้ หรือมีการทวนสอบ (Verification) วิธีการวิเคราะห์ที่ใช้ในปัจจุบันกับวิธีวิเคราะห์ที่เป็นวิธีอ้างอิงหรือวิธีมาตรฐาน หรือวิธีดั้งเดิมที่เคยใช้ และบันทึกไว้ หากพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์จากการควบคุมคุณภาพภายในหรือ

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 24 จาก 26</p>

จากการเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ หรือจากการรายงานผลของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ ต้องมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์ที่เหมาะสมต่อไป การทบทวนดังกล่าวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (Standard Operating Procedure, SOP) หรือคู่มือการวิเคราะห์จากเอกสารอ้างอิงหรือเอกสารจากผู้ผลิต ตามความเหมาะสมของแต่ละห้องปฏิบัติการ โดยมีหลักการร่วมของการเขียนคู่มือการวิเคราะห์ คือ มีจำนวนของเอกสารเพียงพอต่อการใช้งาน ครอบคลุมการทดสอบที่ให้บริการ ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียน มีการอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคู่มือวิเคราะห์นั้น เพื่อการนำมาใช้ตามที่กำหนดไว้ และการประเมินคู่มือเพื่อการปรับปรุงเอกสารในช่วงเวลาอย่างน้อยทุก 1 ปี สอดคล้องกับระบบการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาล กรณีมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของการปฏิบัติ ต้องมีการแก้ไขเอกสารคุณภาพตามระบบการแก้ไข ในคู่มือการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ”

- ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการวิเคราะห์ในคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแจ้งแก่ผู้ใช้บริการทราบตามวิธีปฏิบัติ


### 6.3 การประกันคุณภาพวิเคราะห์ ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์

- ระบุผู้รับผิดชอบซึ่งมีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสม เช่น นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และลงนามในใบรายงานผลและสำเนา ก่อนรายงานผล เพื่อให้สามารถทวนสอบผู้รับผิดชอบในการรายงานผลใบนั้นได้
- เก็บสิ่งส่งตรวจหลังจากวิเคราะห์ไว้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ เพื่อการทดสอบซ้ำ หรือตรวจสอบการซีบ่ง หากต้องการ หรือกรณีมีปัญหา และมีวิธีการทำลายสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้องโดยไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในด้านการแพร่กระจายเชื้อ และปฏิบัติตามหลักการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล กำหนดวิธีปฏิบัติ (SOP) สำหรับขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ ตามความเหมาะสมของงานในห้องปฏิบัติการ

### 6.4 การประกันคุณภาพวิเคราะห์ การรายงานผล

- กำหนดวิธีรายงานผล ใบรายงานผล ที่ชัดเจน มีรายละเอียดของข้อมูลครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย หน่วยงานที่ส่งตรวจ ผลของการทดสอบ หน่วยวัด(ถ้ามี) ชื่อผู้ตรวจสอบผล มีวิธีป้องกันรายงานผลหรือสำเนารายงานผลไม่ให้เข้าถึงโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเพื่อปกป้องความลับของข้อมูลผู้ป่วย “บุคลากรทุกระดับในห้องปฏิบัติการของทีมฯ มีหน้าที่รักษาสิทธิของผู้ป่วยในการไม่เปิดเผยข้อมูลผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย”



 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563</p>
		<p>วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 25 จาก 26</p>

- กรณีที่มีการรายงานผลผิดพลาด หรือมีการแก้ไขรายงานผล มีการตรวจสอบก่อนออกผล และเปลี่ยนใบรายงานผลใหม่ หรือหากรายงานผลออกไปแล้วและตรวจสอบว่าต้องมีการแก้ไขผล ให้เรียกเก็บใบรายงานผลเดิมกลับคืนมา และขีดรายงานเก่าทิ้ง เขียนรายงานใหม่และเซ็นชื่อกำกับ บันทึกรายละเอียดของการแก้ไขไว้ เช่น ชื่อผู้ป่วย วันที่แก้ไข ชื่อผู้แก้ไข ปัญหาของการรายงานผลผลิต เป็นต้น เพื่อการแก้ไขที่สาเหตุต่อไป

### 7. การควบคุมคุณภาพภายในและภายนอก


- มีการควบคุมคุณภาพภายในตามระเบียบปฏิบัติการควบคุมคุณภาพภายใน ที่ห้องปฏิบัติการในทีมยึดถือปฏิบัติและใช้ข้อมูลของผลการควบคุมคุณภาพภายในเพื่อการแก้ไขปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (external quality assessment) ระดับประเทศ หรือสากล ในกรณีที่มีการทดสอบนั้นไม่มีโครงการสอบเทียบระดับประเทศ และระดับสากล ห้องปฏิบัติการที่รับผิดชอบการทดสอบนั้นมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนตัวอย่างระหว่างห้องปฏิบัติการเก็บบันทึกไว้ และใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

-การเปรียบเทียบวิธีวิเคราะห์/เครื่องมือ (Correlation test)

กรณีที่มีการทดสอบชนิดเดียวกันแต่ใช้เครื่องมือวิธีวิเคราะห์ที่แตกต่างกันภายในห้องปฏิบัติการเดียวกัน หรือต่างห้องปฏิบัติการ หรือต่างช่วงเวลา ห้องปฏิบัติการภายในทีมฯ มีกลไกการเปรียบเทียบผลที่ใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่ต่างกัน ในตัวอย่างสิ่งส่งตรวจรายเดียวกันนั้น เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยที่ส่งมาวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการต่างๆ ของทีมพัฒนาพยาธิคลินิกในช่วงเวลาเดียวกัน มีการรายงานผลอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน หากพบปัญหาในการเปรียบเทียบผล มีการแก้ไขและบันทึกผลการแก้ไขไว้เพื่อใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

### 8. การส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น

การประเมินผู้รับเหมาช่วง ห้องปฏิบัติการได้ยึดหลัก การเก็บตัวอย่างและคัดเลือดห้องปฏิบัติการรับเหมาช่วงทดสอบ ตามระเบียบปฏิบัติ เกณฑ์พิจารณาความสามารถของห้องปฏิบัติการส่งต่อ (WP-INB-LAB-009) การคัดเลือดและประเมินผู้ขาย/ผู้รับจ้างช่วง เพื่อให้มั่นใจว่าห้องปฏิบัติการรับจ้างช่วงมีความสามารถและเป็นไปตาม

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุณคู่อบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน( Work Procedure )</p>	<p>รหัสเอกสาร :WP-INB-LAB-012</p>
		<p>ฉบับที่ : 10 แก้ไขครั้งที่ 12</p>
	<p>เรื่อง การควบคุมกระบวนการบริการห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก</p>	<p>จัดทำเมื่อ : 15/03/2563 วันที่ประกาศใช้ : 20/04/2563</p>
		<p>หน้าที่ 26 จาก 26</p>

## 6. ตัวชี้วัดคุณภาพ

- 6.1 จำนวนครั้งที่ ตรวจติดตามตัวชี้วัดตามแผนคุณภาพ
- 6.2 ครบถ้วนของตัวชี้วัดตามแผนคุณภาพแต่ละกิจกรรมได้ถูกตรวจ

## 7. เอกสารอ้างอิง

-

## 8. การบันทึก /การเก็บเอกสาร

- 8.1 แผนควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการ
- 8.2 บันทึกการทบทวนตามแผนคุณภาพ

## 9. ภาคผนวก

- แผนปฏิบัติการประจำปีกลุ่มงานฯQP -INB-LAB-001
- แผนการพัฒนาบุคลากร QP -INB-LAB-002
- แผนการสอบเทียบเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ QP -INB-LAB-003
- แผนการตรวจติดตามภายในหน่วยงาน QP -INB-LAB-004



















ผู้จัดทำ

(.....)

ผู้ทบทวน

(.....)

ผู้อนุมัติ

(.....)

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------



 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------



 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

 <p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร :QP-00-00-013
		ฉบับที่ : 0
	เรื่อง	วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51
		หน้าที่ จาก

ผู้จัดทำ (.....)	ผู้ทบทวน (.....)	ผู้อนุมัติ (.....)
---------------------	---------------------	-----------------------

<p>โรงพยาบาลอินทร์บุรี</p>  <p>อบอุ่นดูจบ้าน บริการเป็นเลิศ</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน</p>	<p>รหัสเอกสาร :QP-00-00-013</p>
		<p>ฉบับที่ : 0</p>
	<p>เรื่อง</p>	<p>วันที่ประกาศใช้ : 3 มิ.ย 51</p>
		<p>หน้าที่            จาก</p>

Blank area for content.



