แผนรับมือ Business Continuity Plan (BCP)
ห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้รับผิดชอบ : นางมุกดา นาผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจสวนหัวใจ เบอร์โทรศัพท์ภายใน 4605

บทนำ

ห้องตรวจสวนหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษได้ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ โรงพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและให้ประชาชนได้รับความสะดวก ในขณะเดียวกัน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอาจได้รับความเสียหายจากการถูกโจมตีจากไวรัสคอมพิวเตอร์จากการ ransomware attack เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2566 ดังนั้น ห้องตรวจสวนหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ จึงได้จัดทำแผนป้องกันภัยพิบัติระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

หลักการและเหตุผล

การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการให้บริการในด้านการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ ข้อมูลสารสนเทศมีความสำคัญต่อข้อมูลของโรงพยาบาลและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับการสำรองข้อมูลที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอโดยใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การสำรองข้อมูลในระบบคลาวด์ การสำรองข้อมูลในอุปกรณ์ภายนอกหรือวิธีอื่นๆที่เหมาะสมกับการทำงานของโรงพยาบาล การใช้โปรแกรมต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพและอัปเดตอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต อัปเดตซอฟแวร์ และระบบปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอเพื่อปิดช่องโหว่ที่อาจถูกใช้โดยผู้ ไม่ประสงค์ดี การจัดการวิกฤติการณ์ โดยการกำหนดและฝึกฝนบุคลากรในการตอบสนองต่อการโจรกรรมข้อมูล สร้างแผนการกระทำฉุกเฉินที่ชัดเจนเพื่อรับมือกับการโจรกรรมข้อมูลและการเกิดข้อบกพร่องในการรักษาความลับของข้อมูล การฟื้นฟูระบบ ให้บริการให้สามารถกลับไปทำงานได้โดยมีความพร้อมดูแลรักษาเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย เป็นประโยชน์ต่อการบริหารโรงพยาบาลและระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำแนวทางแผนรองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ปัญหา

- **ระบุบทเรียนปัญหาจากเหตุการณ์ ransomware attack**

- ผลกระทบด้านวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์ได้ จากการที่ไม่ได้สำรองข้อมูล ทำให้สูญเสียโปรแกรมการตรวจตา และโปรแกรมประเมินความเสี่ยง หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล อีกทั้งผลของการตรวจ ด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆ ในการวินิจฉัย ต้องตรวจใหม่
- ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลที่สำคัญ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ระบบงานเทคโนโลยี ระบบคอมพิวเตอร์และระบบ LAN หรือข้อมูลที่สำคัญ สูญหาย ไม่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน ได้ตามปกติ
- ผลกระทบด้านผู้รับบริการ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้รับบริการไม่ทราบข้อมูลการเกิดเหตุการณ์ ผู้รับบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่มีสมุดประจำตัวหรือไม่ได้นำยาเดิมมาทำให้ระยะเวลารอคอยและ ความแออัดมากกว่าปกติ
- ผลกระทบด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถส่งรายงาน บันทึกข้อมูลผู้ป่วย หรือการให้บริการตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้งานในโปรแกรมระบบสุขภาพต่างๆที่มีความจำเป็นต้องใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ตได้

• **วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา**

- ไม่มีการสำรองข้อมูลโปรแกรมการตรวจ
- ไม่มีการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลล่ม

• ระบุแนวทางการแก้ไขปัญหา

- สำรองข้อมูลโปรแกรมการตรวจสุขภาพ โปรแกรมประเมินความเสี่ยง ไว้ใน server อื่น
- ผลการตรวจสุขภาพที่ตรวจแล้วเก็บในรูปแบบ Excel และ update ทุกวัน

- ผลตรวจของผู้มาตรวจสุขภาพที่คลินิกเมื่อผลออกแล้วให้พิมพ์เก็บไว้ เพื่อรวบรวบให้แพทย์สรุปผลตรวจ อุปสรรค

• ระบุอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการรับมือกับ ransomware attack

- บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรับมือกับ ransomware attack

• วิเคราะห์สาเหตุของอุปสรรค

- ขาดมาตรฐาน มาตรการในการปฏิบัติงาน สำหรับผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ
- ขาดการสื่อสาร

• ระบุแนวทางการแก้ไขอุปสรรค

- จัดทำคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานและมาตรการความปลอดภัย สำหรับผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ

- จัดอบรมบุคลากรทุกระดับในการปฏิบัติงานและมาตรการความปลอดภัย สำหรับผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ

แนวทางปฏิบัติกรณีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม Ransomware

ห้องตรวจสวนหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี

จุดแจ้งเหตุ

1. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน แจ้งเจ้าหน้าที่ IT ทราบทันทีเพื่อเริ่มการประเมินและยืนยันเหตุการณ์ ติดต่อเบอร์โทรภายใน 4605

2. เจ้าหน้าที่ IT รายงานหัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ หรือผู้อำนวยการด้านสารสนเทศรับทราบและรายงานสถานการณ์เบื้องต้น

3. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ประกาศใช้แผนปฏิบัติการฉุกเฉิน กรณีเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม ให้ดำเนินการตามแผน BCP 4. ศูนย์สื่อสารและประชาสัมพันธ์ประกาศแจ้งผู้มาใช้บริการ และเจ้าหน้าที่ทราบว่าระบบเครือข่าย คอมพิวเตอร์

โรงพยาบาลอุดรธานีล่ม อาจได้รับความล่าช้าหรือได้รับความสะดวกน้อยลงขออภัยมา ณ ที่นี้ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฉุกเฉิน กรณีเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม

5. ภายหลังการสิ้นสุดแผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม แต่ละจุดบริการดำเนินการบันทึกข้อมูลย้อนหลังเข้าสู่ระบบตามแผนศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมประเมินความเสียหายและสรุปเพื่อรายงานต่อผู้บริหาร

<u>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u>:

ห้องเวชระเบียน

1. กรณีคนไข้ใหม่ลงทะเบียนผู้ป่วยโดยการใช้บัตรประชาชน ลงข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน ในรูปแบบแฟ้มกระดาษ (เอกสารหมายเลข 1) ข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ เลขประจำตัวประชาชน ชื่อ บิดา-มารดา ชื่อผู้ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้ สำเนาใบส่งตัว แนบลงในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อประกอบสิทธิการรักษา การเรียกเก็บภายหลัง แนบใบบันทึกการตรวจรักษาห้องตรวจสวนหัวใจ (เอกสารหมายเลข 2) ลงในแฟ้ม พร้อมข้อมูลคัดกรองเบื้องต้น สิทธิการรักษา โรงพยาบาลที่ส่งตัวมารักษา รวมทั้งสัญญาณชีพเบื้องต้น และใบสั่งยาระบุสิทธิการรักษา งานเวชระเบียนจะดำเนินการออกเลขประจำตัวผู้ป่วยตามลำดับ

2. กรณีคนไข้เก่า ประสานสิทธิการรักษาโดยใช้ข้อมูลบัตรประชาชนโดยฐานข้อมูล e-claim สปสช. (เครือข่ายนอกโรงพยาบาล) ทำแฟ้มเวชระเบียนรูปแบบแฟ้มกระดาษ (ชั่วคราว) ระบุชื่อ เลขประจำตัว ผู้ป่วย (HN) สิทธิการรักษา ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบกำกับแนบใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยห้องตรวจสวนหัวใจ

ห้องตรวจสวนหัวใจ

ในกรณีผู้ป่วยมานัดนอนโรงพยาบาล

1. แจ้งผู้ป่วยทราบว่าเกิดเหตุระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม อาจให้บริการล่าช้าบางจุด

2. ซักประวัติ ประเมินอาการสำคัญ วัดสัญญาณชีพ และลงบันทึกประวัติทางการพยาบาลที่สำคัญ ลงในแบบฟอร์มบัตรห้องตรวจสวนหัวใจ (เอกสารหมายเลข 1) โรงพยาบาลอุดรธานี ลงชื่อกำกับการบันทึก เอกสารทุกครั้ง

3. แนบใบสั่งยาพร้อมระบุสิทธิการรักษาผู้ป่วยและคิดค่าบริการ ค่าตรวจสวนหัวใจและหัตถการต่างๆ ลงในแบบ ง01 (เอกสารหมายเลข 2)

4. แนะนำผู้ป่วยลงทะเบียนนอนโรงพยาบาลที่ชั้น 1 อาคารเชี่ยวชาญ (หน้าลิฟท์)

5. แนะนำผู้รับบริการไปตรวจสอบสิทธิการรักษา ชั้น 1 ช่องเบอร์ 5 ห้องประกันสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอกเก่า

6. ลงทะเบียน X-ray เพื่อทำการ Chest X-ray ก่อนทำการขึ้นไปตึกนอนที่ชั้น 1 อาคารเชี่ยวชาญ

7. แนะนำผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจชั้น 3 /หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 3 อาคารเชี่ยวชาญ เพื่อนอนโรงพยาบาล

ในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและมาทำหัตถการที่ห้องสวนหัวใจ

1. แจ้งผู้ป่วยทราบว่าเกิดเหตุระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม อาจให้บริการล่าช้าบางจุด

2. พยาบาลซักประวัติ ประเมินอาการ ลงในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลของห้องตรวจสวนหัวใจ วัดสัญญาณชีพแรกรับ พิมพ์ Sticker ชื่อผู้ป่วย

3. นำผู้ป่วยเข้าห้องทำหัตถการ

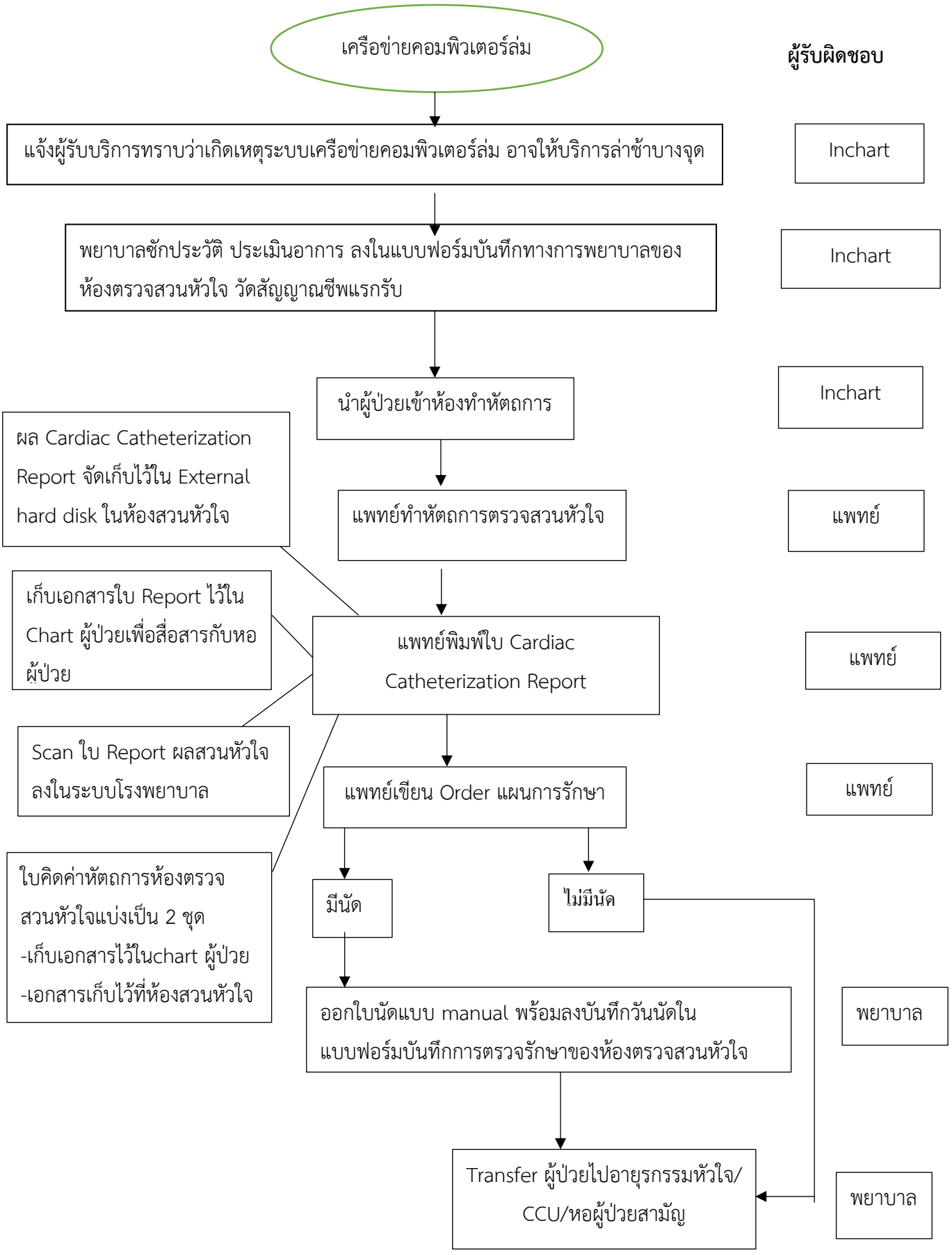
4. แพทย์ทำหัตถการตรวจสวนหัวใจหลังจากเสร็จแพทย์พิมพ์ใบ Cardiac Catheterization Report แพทย์เขียน Order แผนการรักษา ในกรณีมีนัดให้ทำการลงนัดให้ผู้ป่วยโดยการออกใบนัดแบบ manual (เอกสารหมายเลข 3) พร้อมลงบันทึกวันนัดในแบบฟอร์มบันทึกการตรวจรักษาของห้องตรวจสวนหัวใจ (เอกสารหมายเลข 4)

5. Transfer ผู้ป่วยไปอายุรกรรมหัวใจ/CCU/หอผู้ป่วยสามัญ

สรุปประเด็นที่ควรดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
การป้องกัน - ไม่ใช้ Internet เครื่องที่ใช้ OP Serve - กำหนด User name ในการเข้าถึงข้อมูลตามความรับผิดชอบ รายบุคคล - จัดประชุมให้ความรู้บุคลากรด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล สำหรับผู้ใช้งานในระบบทุกคน	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100
การเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์เมื่อ เกิดเหตุ - จัดเตรียมแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกโดยการเขียน ให้ครอบคลุม - จัดทำแผนรองรับสถานการณ์ - สำรองข้อมูล สถิติที่จำเป็นในรูปแบบ Excel หรืออื่นๆไว้ในระบบ Cloud	- มีแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกในรูปแบบเอกสารร้อยละ 100 - มีแผน BCP - มีการดำเนินการสำรองข้อมูล	- มีแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกในรูปแบบเอกสารร้อยละ 100 - มีแผน BCP - มีการดำเนินการสำรองข้อมูล
การปฏิบัติหลังระบบกลับสู่ปกติ - เตรียมจัดทำเอกสารใหม่เพื่อให้ IT ลงในระบบ OP Serve	- เตรียมจัดทำเอกสารใหม่เพื่อให้ IT ลงในระบบ ร้อยละ 100	- ยังไม่แล้วเสร็จ (กำลังดำเนินการ)

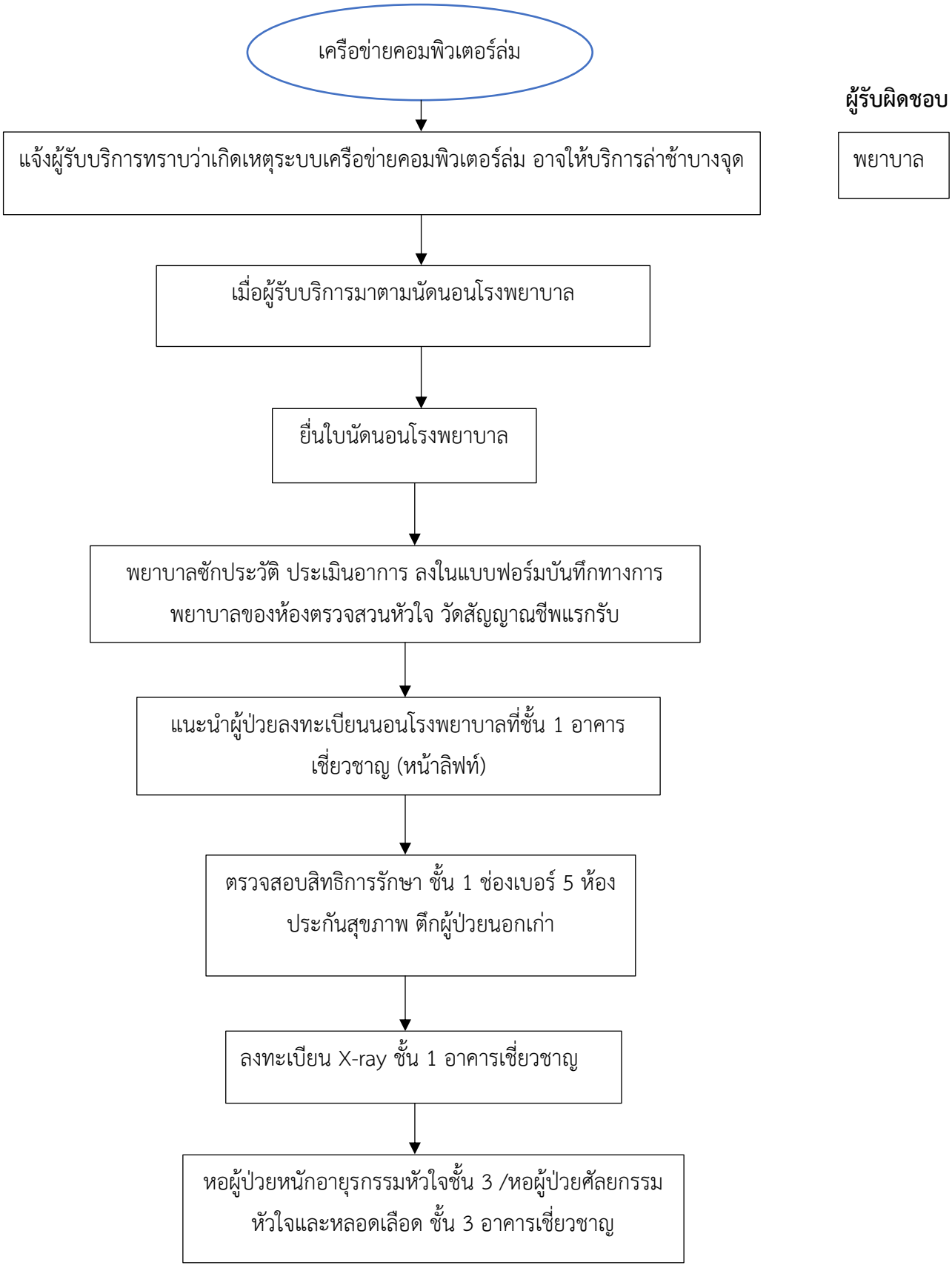
Flow chart แผน BCP งานห้องตรวจสวนหัวใจ

งานห้องหัตถการตรวจสวนหัวใจ



Flow chart แผน BCP งานห้องตรวจสวนหัวใจ

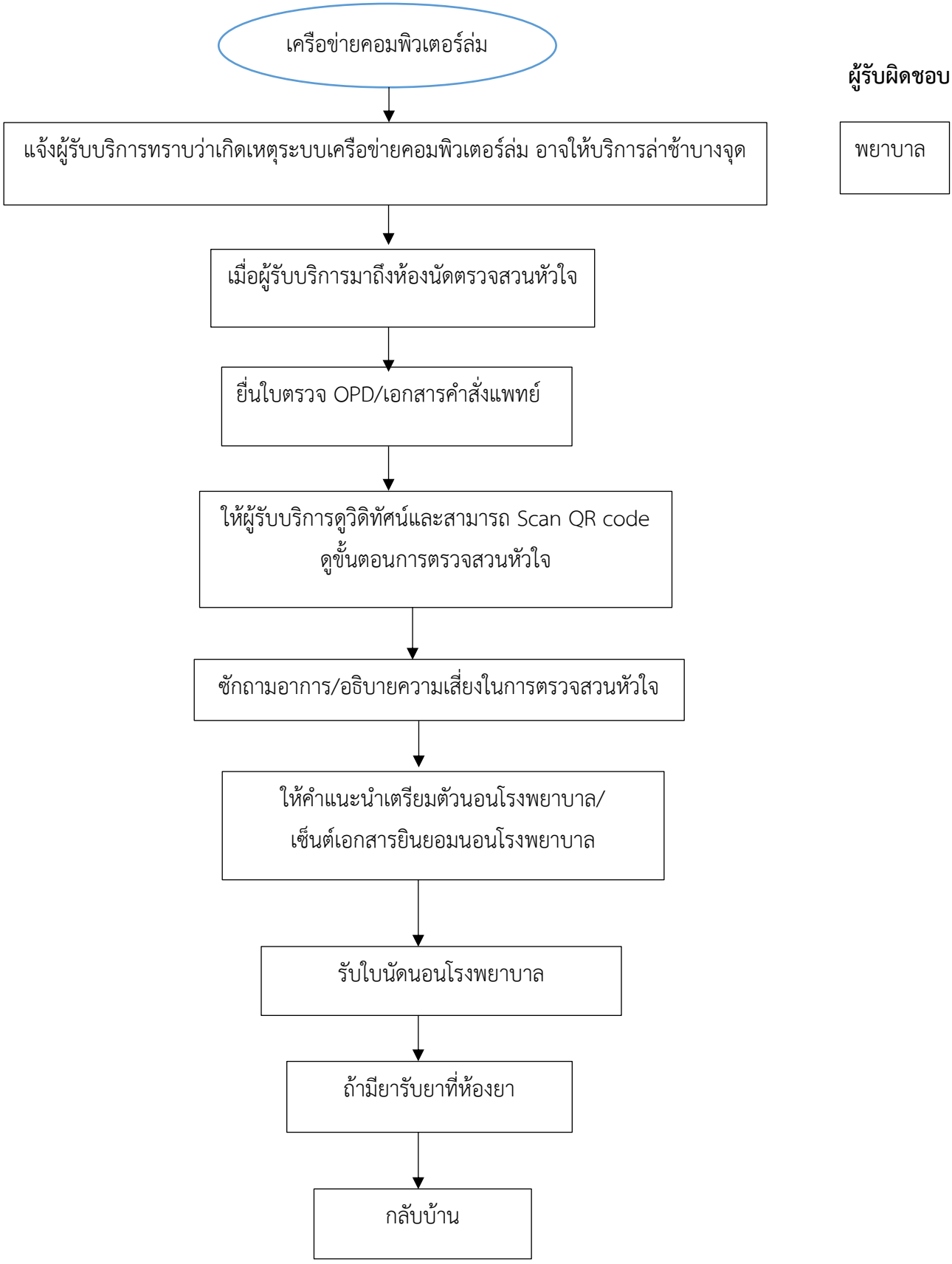
ในกรณีนัดมานอนโรงพยาบาล



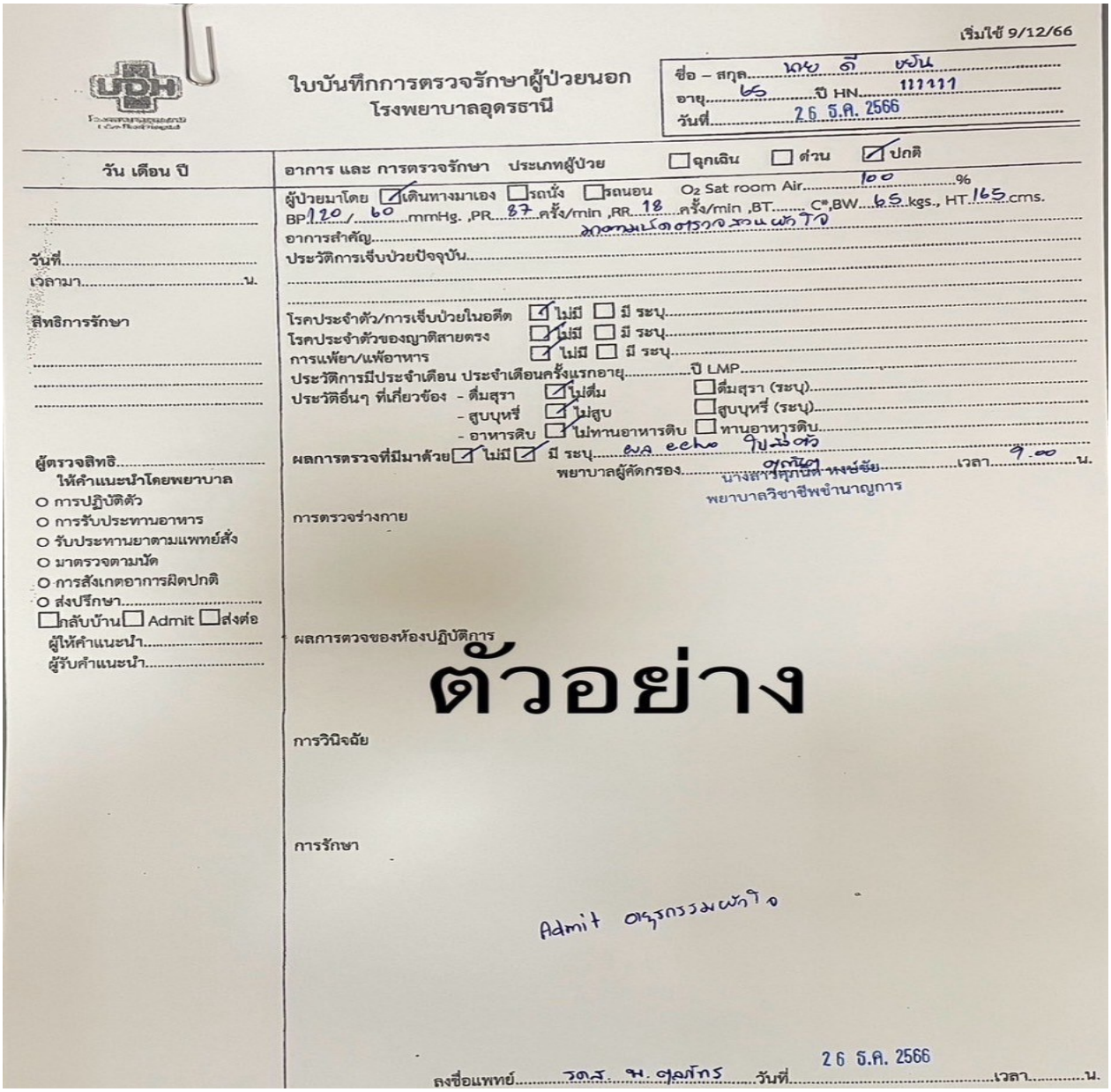
**** วันหยุด/นอกเวลาราชการ ยื่นใบนัดนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ ชั้น 3 อาคารเชี่ยวชาญ ****

Flow chart แผน BCP งานห้องตรวจสวนหัวใจ

ในกรณีมานัดตรวจสวนหัวใจ



เอกสารหมายเลข 1



เริ่มใช้ 9/12/66

ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลอุดรธานี

ชื่อ – สกุล นาย ดี ชัยนิ
อายุ 65 ปี HN 111111
วันที่ 26 ธ.ค. 2566

วัน เดือน ปี	อาการ และ การตรวจรักษา ประเภทผู้ป่วย ☐ฉุกเฉิน ☐ด่วน ☑ปกติ
วันที่ เวลามา น. สิทธิการรักษา ผู้ตรวจสิทธิ ให้คำแนะนำโดยพยาบาล O การปฏิบัติตัว O การรับประทานอาหาร O รับประทานยาตามแพทย์สั่ง O มาตรวจตามนัด O การสังเกตอาการผิดปกติ O ส่งปรึกษา ☐กลับบ้าน ☐Admit ☐ส่งต่อ ผู้ให้คำแนะนำ ผู้รับคำแนะนำ	ผู้ป่วยมาโดย ☑เดินทางมาเอง ☐รถนั่ง ☐รถนอน O_2 Sat room Air 100 % BP 120/60 mmHg. ,PR 87 ครั้ง/min ,RR 18 ครั้ง/min ,BT C°,BW 65 kgs., HT 165 cms. อาการสำคัญ ขอตรวจสอบสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ☑ไม่มี ☐มี ระบุ โรคประจำตัวของญาติสายตรง ☑ไม่มี ☐มี ระบุ การแพ้ยา/แพ้อาหาร ☑ไม่มี ☐มี ระบุ ประวัติการมีประจำเดือน ประจำเดือนครั้งแรกอายุ ปี LMP ประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง - ดื่มสุรา ☑ไม่ดื่ม ☐ดื่มสุรา (ระบุ) - สูบบุหรี่ ☑ไม่สูบ ☐สูบบุหรี่ (ระบุ) - อาหารดิบ ☑ไม่ทานอาหารดิบ ☐ทานอาหารดิบ ผลการตรวจที่มีมาด้วย ☑ไม่มี ☑มี ระบุ ผล echo 1ใบ พยาบาลผู้คัดกรอง อุดมพร หงษ์ชัย เวลา 9.00 น. นางสาวอุดมพร หงษ์ชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การรักษา Admit อายุรกรรมผู้ป่วย ลงชื่อแพทย์ รต.ร. พ. ศุลโภร วันที่ 26 ธ.ค. 2566 เวลา น.

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มการขออนุมัติใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคและชำระเงินมัดจำเกินสิทธิรักษา

แบบ ง. 01

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ด้วยโรงพยาบาลอุดรธานี มีความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ในการรักษาโรค

ของผู้ป่วย (ชื่อ-สกุล) .....อายุ.....ปี HN..... AN.....

การวินิจฉัยโรค .....

สิทธิการรักษา.....หัตถการ .....

การใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคนี้ มีราคาบางส่วนเกินสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน ทางโรงพยาบาลอุดรธานี จึงมีจำเป็นต้องเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธินี้จากท่าน หรือบุคคลในครอบครัวของท่าน ดังรายละเอียดต่อไป

หัตถการ	รายการ/รุ่น/บริษัท	รหัสรายการ	บัตรทอง	ต้นสังกัด	ปกส	ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	รวมราคา (บาท)	เกินสิทธิ (บาท)
CAG	1. Introducer Sheath	4701	600	800	800	800	1		
	2. Diagnostic Guidewire	4406	475	/	500	500	1		
	3. Diagnostic Guidewire	4711	/	800	/	/	1		
	4. Exchange Guidewire	4712	770	2,500	2,500	/	1		
	5. Diagnostic coronary catheter	4407	600	/	1,000	800	2		
	6. Vascular diagnostic catheter	4823	/	700	/	/	2		
PCI	7. Guiding catheter	4301	2,500	4000	4000	3,500	1		
	8. PTCA guide wire	4302	2,300	4000	4000	3,200	2		
	9. Coronary Balloon dilatation catheter	4303	4,370	10,000	10,000	8,000	4		
	10. Drug Eluting Stent	4305	0	35,000	35,000	27,000			
	11. CTO PTCA guide wire	4319	7,000	5,000	/	/			
	12. CTO balloon	4313	32,000	34,000	34,000	34,000			
	13. Multipurpose/microcatheter	4316	13,500	/	18,000	15,000			
	14. Microcatheter	4807	/	15,000	15,000	/			
	15. Cutting balloon	4309	22,000	25,000	25,000	25,000			
	16. Rota wire	4320	9,000	8,000	/	/			
	17. Rota Burr	4307	28,000	30,000	30,000	30,000			
	18. Rota advancer	4308	29,000	30,000	30,000	30,000			
	19. Transradial kit	4720	/	25,000	2,500	/			
	20. TR band	4721	500	/	/	/			
	21. Drug coated balloon	4836	26,000	/	/	/			
	22. Intravascular ultrasound	4313	32,000	34,000	34,000	34,000	1		
	23. Coronary pressure wire	4314	21,000	27,000	27,000	27,000			
ยอดรวมทั้งสิ้น(บาท)									

ขอยืนยันว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา.....

(.....)

ข้าพเจ้า ผู้ป่วย/ญาติ (ชื่อ-สกุล).....ได้รับทราบ มีความเข้าใจในเหตุผลที่ต้องใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และยินยอมชำระเงินเกินสิทธิรักษา

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ ญาติ.....

(.....)

☐ เกินสิทธิการรักษา

☐ ไม่เกินสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 1 เจ้าหน้าที่ห้องสวัสดิการด้านการรักษา

รวมค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษา

จำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....)

รวมชำระเงินเกินสิทธิการรักษา

จำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

.....

(.....)

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่การเงิน

ผู้ป่วยได้จ่ายเงินเกินสิทธิการรักษา ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการรักษาไว้เรียบร้อยแล้ว

จำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....)

เลขที่ใบเสร็จ .....

เจ้าหน้าที่การเงิน/ผู้รับเงิน

.....

(.....)

.....

(.....)

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ใช้ภายในโรงพยาบาลอุดรธานีเท่านั้น / แก้ไขปรับปรุงวันที่ 29 เม.ย. 2567

เอกสารหมายเลข 3

แผนกสวนหัวใจ

โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธา

ใบนัดนอนโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อ-สกุล.....

อายุ.....ปี HN.....

วันนัดนอนโรงพยาบาล.....

ผู้นัด

☐ นพ.สุมน ☐ นพ.วิธียุทธ์

☐ พญ.จารุวรรณ ☐ พญ.ธิดาพร

☐ นพ.อนุชิต ☐ นพ.ตุลภัทร

เพื่อ

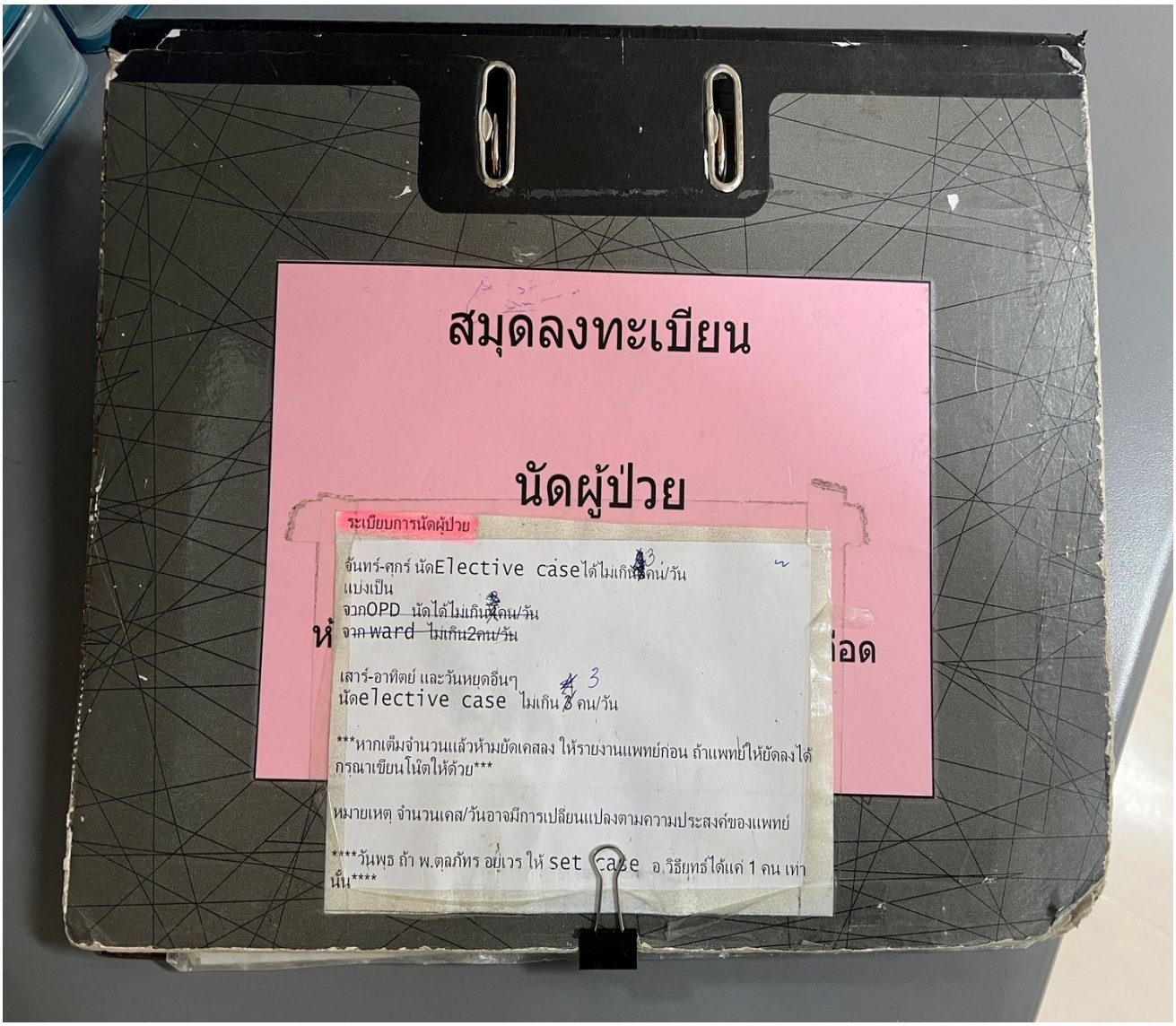
☐ ตรวจสวนหัวใจ ☐ ขยายหลอดเลือดหัวใจ

☐ อื่นๆ.....

- ○ กรุณามาถึงห้องสวนหัวใจชั้น 6 ตึกเชี่ยวชาญ เวลา 9.00-12.00 น. (วันราชการ)
- ○ วันหยุดกรุณาติดต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ ชั้น 3 ตึกเชี่ยวชาญ เวลา 9.00-12.00 น.

พยาบาลผู้นัด.....วันที่.....

เอกสารหมายเลข 4



ใบประสานงานห้องตรวจสวนหัวใจ

ใบประสานงานห้องตรวจสวนหัวใจ(cath lab)

1. ลงทะเบียนนอนโรงพยาบาล ที่ชั้น1 หน้าลิฟท์ ตึกเชี่ยวชาญ
2. ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา ที่ห้องประกันสุขภาพ ช่องเบอร์5
3. เอกซเรย์(X-ray) ที่ห้องเอกซเรย์(X-ray)ตึกเชี่ยวชาญชั้น1
4. ขึ้นหอผู้ป่วย อายุรกรรมหัวใจ ชั้น3 ตึกเชี่ยวชาญ

ผู้ประสานงาน.....โทร4607