

แผนรับมือ Business Continuity Plan (BCP) กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มงาน

รังสีวิทยา

ผู้รับผิดชอบ

หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา, หัวหน้างานรังสีวิทยา, หัวหน้าเวร

บทนำ

จากการที่ระบบ network ของโรงพยาบาลไม่ค่อยเสถียร ล่มบ่อย และจากการโดน ransomware attack ในวันที่ 9 ธันวาคม 2566 กลุ่มงานรังสีวิทยาได้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางการรับมือ ransomware attack ดังนี้

ปัญหา

1. ปัญหาจากระบบ network ของโรงพยาบาลไม่ค่อยเสถียร ล่มบ่อย และปัญหาจากเหตุการณ์ Ransomware attack ส่งผลกระทบต่อการทำงานของคอมพิวเตอร์ในงานเวชระเบียน ไม่สามารถใช้งานโปรแกรมต่างๆ ในการลงทะเบียน และสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้ จึงส่งผลทำให้ระบบการลงทะเบียนเอกซเรย์ ไม่สามารถดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมาใช้ในการลงทะเบียนเอกซเรย์ได้ และยังส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา อาทิเช่น ปัญหาผู้ป่วย HN ไม่ตรงกับชื่อ, ปัญหาผู้ป่วยมีหลาย HN, ปัญหาค่าเอกซเรย์ไม่เกิด, ปัญหาการส่งภาพเข้าระบบ PACS ไม่ได้, ปัญหาการดูภาพเอกซเรย์ไม่ได้, ปัญหาการลงทะเบียนย้อนหลัง, ปัญหาการรวมภาพย้อนหลัง, ปัญหาข้อมูลภาพเอกซเรย์สูญหาย

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

1. การดูแลความปลอดภัยของระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่ได้มาตรฐาน
2. เจ้าหน้าที่ใช้งานคอมพิวเตอร์ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดและระเบียบของการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล

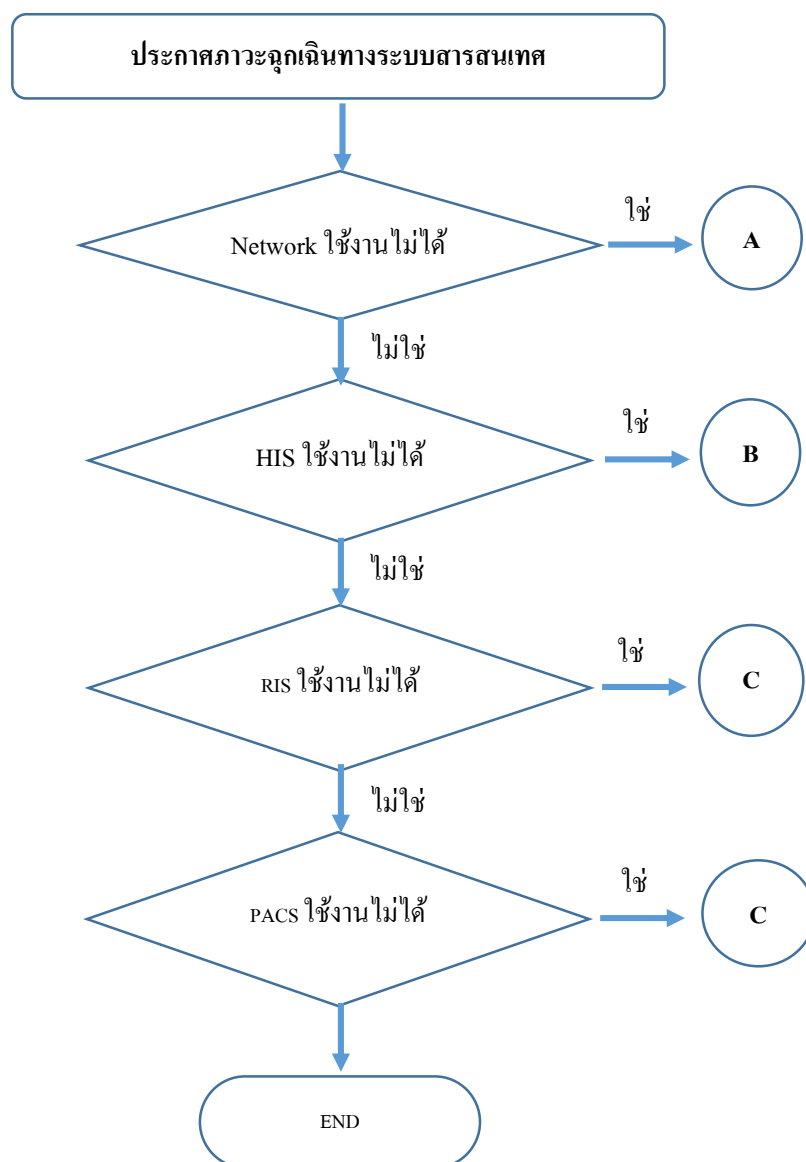
แนวทางการแก้ไขปัญหา

1. รายงานหัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา, หัวหน้างานรังสีวิทยา
2. ใช้แผนฉุกเฉินสำหรับระบบสารสนเทศของงานรังสีวิทยา เมื่อเกิดเหตุการณ์
3. แจ้งบุคลากรในองค์กร หน่วยงาน ให้ปฏิบัติตามแผนฉุกเฉินที่โรงพยาบาลประกาศใช้
4. สื่อสารให้ผู้มารับบริการทราบถึงปัญหาและระยะเวลาการรอคอยในการเข้ารับบริการ
5. จัดอบรมกำลังเสริม เพื่อรับมือกับการปฏิบัติงานแบบ Manual
6. จัดอบรมกำลังเสริม เมื่อระบบปกติ เพื่อลงทะเบียนย้อนหลังและรวมภาพ (Merge)

แนวทางปฏิบัติการระบบสารสนเทศของงานรังสีวิทยา

- เกิดเหตุการณ์ ผู้เห็นเหตุการณ์ แจ้งหัวหน้ากลุ่มงาน แจ้งหัวหน้างาน
- ประกาศภาวะฉุกเฉินทางระบบสารสนเทศ
 - ระบบ Network ใช้งานไม่ได้ ใช้แผน A
 - ระบบ HIS ใช้งานไม่ได้ ใช้แผน B
 - ระบบ RIS ใช้งานไม่ได้ ใช้แผน B
 - ระบบ PACS ใช้งานไม่ได้ ใช้แผน C
- Flow chart แผนปฏิบัติการระบบสารสนเทศ งานรังสีวิทยา

Flow chart แผนปฏิบัติการระบบสารสนเทศ งานรังสีวิทยา



แผนปฏิบัติการฉุกเฉิน ระบบสารสนเทศ งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี

1.แผน A คือ ระบบ Network ใช้งานไม่ได้ ระบบ PACS ใช้งานได้

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งเอกซเรย์

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบ request ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมี HN)
- เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนเอกซเรย์ ที่คอมพิวเตอร์เครื่องเอกซเรย์ (Modality) และเก็บใบ Request ไว้
- ถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วย โดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
- ตรวจสอบคุณภาพของภาพรังสี
- ส่งผู้ป่วยกลับห้องตรวจ
- แพทย์ดูภาพผ่านโปรแกรม mRay หรือมาดูภาพที่แผนกเอกซเรย์
- เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนย้อนหลังเมื่อระบบปกติ
- นักรังสีการแพทย์รวมภาพ (Merge) ย้อนหลัง

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งนัดตรวจพิเศษทางรังสี

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบนัดตรวจ ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมีชื่อและHN)
- เจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง ตรวจสอบใบนัดและซักประวัติ รอเข้านัดตามคิว
- เจ้าหน้าที่ห้องนัดตรวจ
 - เปิดโปรแกรม Envision สำหรับนัดตรวจ
 - พิมพ์ HN และชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
 - เลือกรายการนัดตรวจ
 - กด Save และปริ้นใบนัดให้ผู้ป่วย

2.แผน B คือ ระบบ HIS หรือ RIS ใช้งานไม่ได้ ระบบ PACS ใช้งานได้

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งเอกซเรย์

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบ request ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมี HN)
- เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนเอกซเรย์ ที่คอมพิวเตอร์เครื่องเอกซเรย์ (Modality) และเก็บใบ Request ไว้
- ถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วย โดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
- ตรวจสอบคุณภาพของภาพรังสี
- ส่งผู้ป่วยกลับห้องตรวจ
- แพทย์ดูภาพผ่านโปรแกรม mRay หรือดูภาพผ่านระบบ PACS (UDHPACS)
- เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนย้อนหลังเมื่อระบบปกติ
- นักรังสีการแพทย์รวมภาพ (Merge) ย้อนหลัง

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งนัดตรวจพิเศษทางรังสี

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบนัดตรวจ ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมีชื่อและHN)
- เจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง ตรวจสอบใบนัดและซักประวัติ รอเข้านัดตามคิว

- เจ้าหน้าที่ห้องนัดตรวจ
 - เปิดโปรแกรม Envision สำหรับนัดตรวจ
 - พิมพ์ HN และชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
 - เลือกรายการนัดตรวจ
 - กด Save และปริ้นใบนัดให้ผู้ป่วย

3.แผน C คือ ระบบ PACS ใช้งานไม่ได้ ระบบ Network, HIS, RIS ใช้งานได้

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งเอกซเรย์

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบ request ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมี HN)
- เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนเอกซเรย์ ที่คอมพิวเตอร์ห้องทะเบียน (RIS) และเก็บใบ Request ไว้
- ถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วย โดยตรวจสอบชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
- ตรวจสอบคุณภาพของภาพรังสี
- ส่งผู้ป่วยกลับห้องตรวจ
- แพทย์ดูภาพที่แผนกเอกซเรย์
- นักรังสีการแพทย์ส่งภาพเข้าระบบ PACS ย้อนหลัง

แนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ สำหรับการส่งนัดตรวจพิเศษทางรังสี

- ผู้ป่วยส่งเอกสารหรือใบนัดตรวจ ที่แผนกเอกซเรย์ (ต้องมีชื่อและ HN)
- เจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง ตรวจสอบใบนัดและซักประวัติ รอเข้านัดตามคิว
- เจ้าหน้าที่ห้องนัดตรวจ
 - เตรียมใบนัดตรวจไว้
 - เลือกใบนัดตรวจให้ตรงกับรายการตรวจ
 - เขียน HN และชื่อ-สกุล และรายละเอียดอื่นๆ ลงในใบนัดตรวจ
 - บันทึกการตรวจลงในสมุดนัดตรวจแล้วค่อยให้ใบนัดตรวจกับผู้ป่วย
 - ลงรายการนัดในระบบย้อนหลัง

ผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอน

ลำดับ ผู้เกี่ยวข้อง	หน้าที่
- ผู้ปฏิบัติงาน ณ ขณะนั้น - หัวหน้าเวร	1.แจ้งเหตุ หรือรายงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่พบ หรือสงสัยว่ามีภัยคุกคามเกิดขึ้น
หัวหน้ากลุ่มงาน, หัวหน้างาน	1.รับแจ้งเหตุ หรือรับรายงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
ผู้รับแจ้งเหตุ - หัวหน้ากลุ่มงาน - หัวหน้างาน	1.รับมือและตอบสนองต่อเหตุการณ์ผิดปกติทางไซเบอร์ 2.ให้คำแนะนำปรึกษานักวิชาการเกี่ยวกับการป้องกัน จุดอ่อน ข้อควรระมัดระวัง และเตือนภัยคุกคามที่เกิดขึ้นใหม่ให้เจ้าหน้าที่

- หัวหน้าเวร - คณะกรรมการสารสนเทศ	ในหน่วยงาน 3.มีส่วนร่วมกับหน่วยงานภายนอกองค์กร เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านภัยคุกคามทางไซเบอร์เพื่อป้องกัน และตอบสนองภัยคุกคามได้เร็วขึ้น
คณะกรรมการสารสนเทศ - หน่วยงาน IT ของโรงพยาบาล	1.เฝ้าระวังและวิเคราะห์การแจ้งเตือนภัยคุกคามอุปกรณ์ตรวจจับ 2.ให้คำแนะนำปรึกษานุเคราะห์เกี่ยวกับจุดอ่อน การป้องกันข้อควรระมัดระวังและแจ้งเตือนภัยคุกคามที่เกิดขึ้นใหม่ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 3.มีส่วนร่วมกับหน่วยงานภายนอกองค์กร เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านภัยคุกคามทางไซเบอร์เพื่อป้องกัน และตอบสนอง
ผู้บริหารของโรงพยาบาล	1.รับผิดชอบกำหนดนโยบาย ให้ข้อเสนอแนะ คำปรึกษาจัดหา และสนับสนุนงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่าย ตลอดจนติดตาม กำกับ ดูแล ควบคุมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

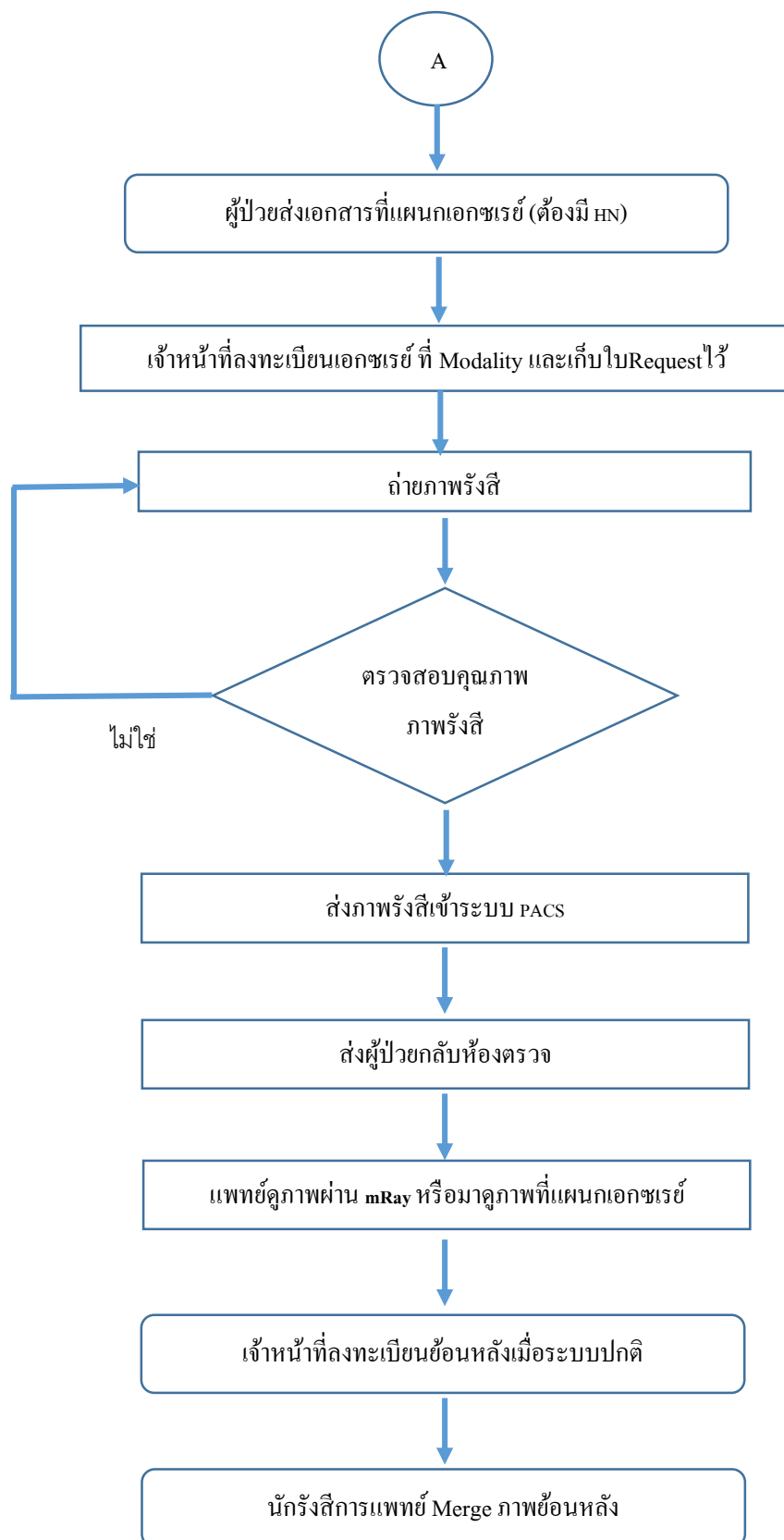
หมายเหตุ คณะกรรมการสารสนเทศ ควรเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ผ่านการอบรมด้าน Cyber security ที่มีการรับรอง Certification และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยไซเบอร์

รายชื่อผู้ติดต่อ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางระบบสารสนเทศ

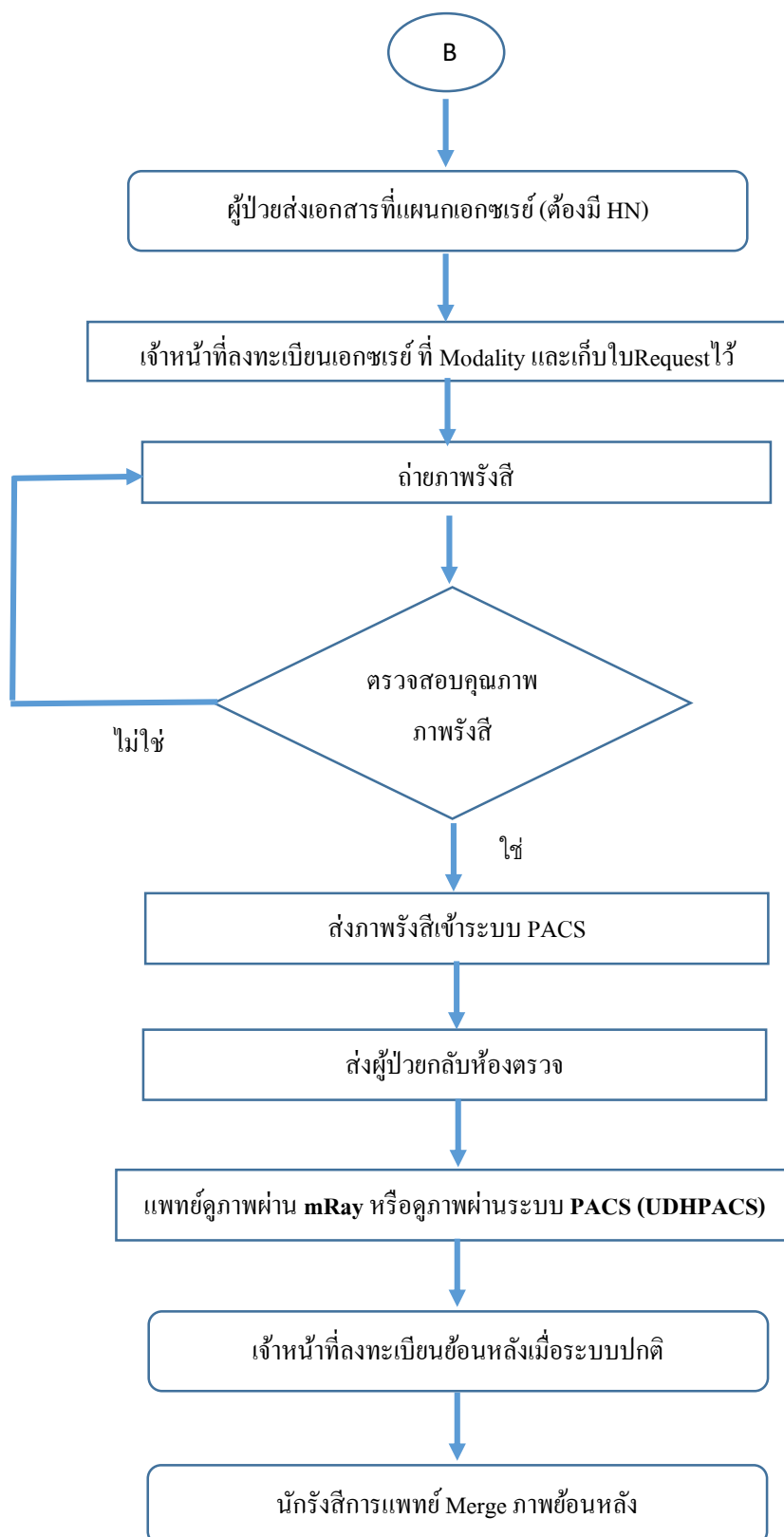
ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์
นพ.นิพันธ์ ทองบ่อ	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์	
พญ.จักรินทร์ โชติกลาง	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	089 742 0993, *7528
นายอุทิศ กันธิยะ	หัวหน้างานรังสีวิทยา	086 221 8675
นายณัฐวัฒน์ คำชาย	นักรังสีการแพทย์	098 654 3435
นายธนพล ธนอำพนสกุล	หัวหน้างานสารสนเทศทางการแพทย์	098 488 1998

Flow chart แผนปฏิบัติการฉุกเฉิน ระบบสารสนเทศ งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี

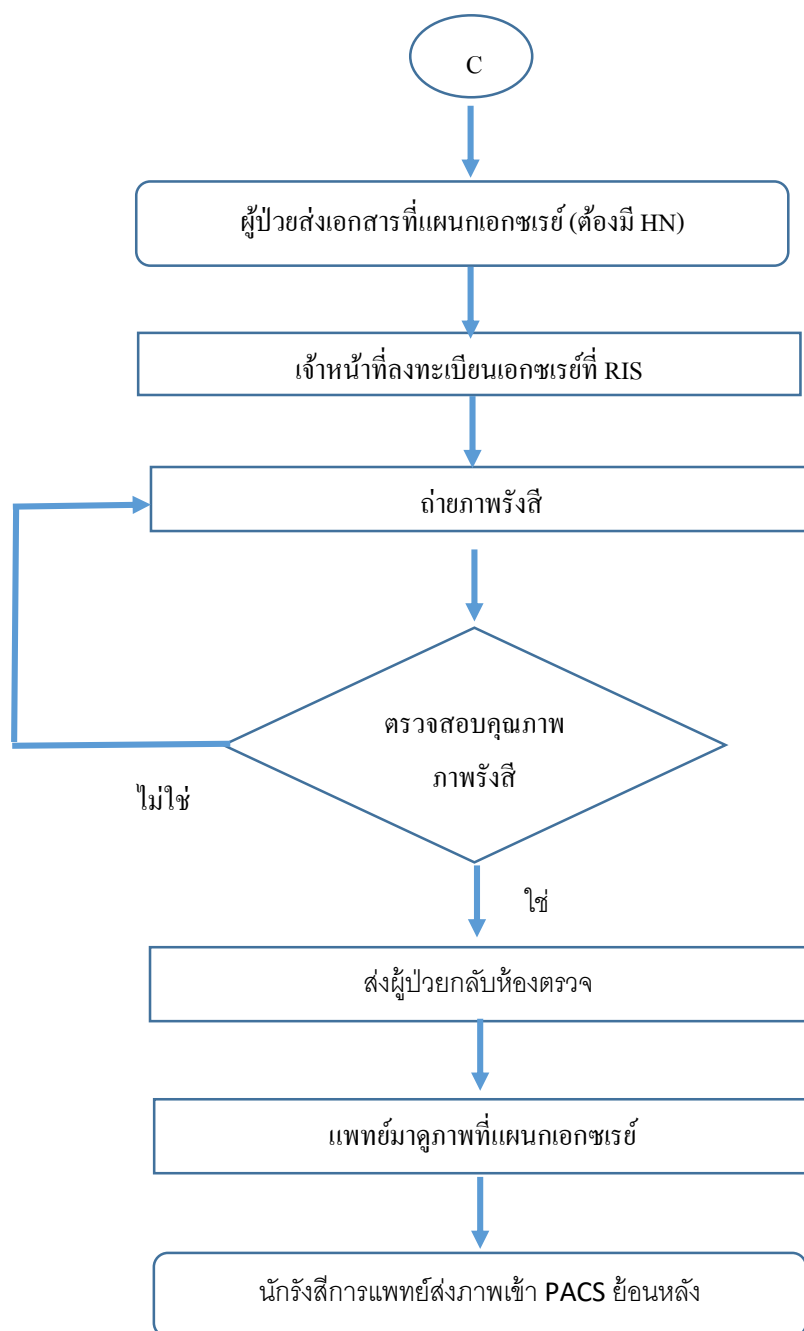
1. ระบบ Network ใช้งานไม่ได้ ระบบ PACS ใช้งานได้ ใช้แผน A



2. ระบบ HIS หรือ RIS ใช้งานไม่ได้ และ PACS ใช้งานได้ ใช้แผน B



3. ระบบ PACS ใช้งานไม่ได้ ระบบ Network, HIS, RIS ใช้งานได้ ใช้แผน C



ภาคผนวก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) NC โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ไม่ต้องงดน้ำ-งดอาหาร รับประทานได้ตามปกติ
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 ดึกเช้าชาย ชั้น 1 พร้อมยื่นใบนัดตรวจ
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือสารไอโอดีน โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนตรวจ
3. กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) จ่ายตรง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน.....บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน.....บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ (CT Scan)

1. ลงทะเบียนเข้าใช้บริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 - (.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 - (.....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
2. ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นสีส้ม)
3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1188
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกวันนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่

(.....)

ผู้พิมพ์บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) with CM โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 24.00 น. ให้ผู้ป่วยงดน้ำ-งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด จนกว่าจะเอกซเรย์เสร็จ
- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 คือแถวชาย ชั้น 1 หรือชั้น 2 ในนัดตรวจ
- ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือสารไอโอดีน โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนตรวจ
- กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพถ่ายมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (....) จำลอง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท
 (....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ (CT Scan)

- ลงทะเบียนเข้าใช้บริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 (....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นทางสีส้ม)
- รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่ / /

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Whole Abdomen) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....

วันที่นัดตรวจ วันที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- เวลา 18.00 น. ให้รับประทานอาหารอ่อน อ่อนย่อย จำพวกโจ๊ก ข้าวต้ม
- เวลา 20.00 น. ให้รับประทานยาระบาย 1 ขวด ตามด้วยน้ำ 2-3 แก้ว
- เวลา 24.00 น. ให้ผู้ป่วยงดน้ำ-งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด จนกว่าจะเอกซเรย์เสร็จ

2. วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ให้กินน้ำเปล่า 1000 ซีซี ตามเวลาดังนี้

- เวลา 06.00 น. กิน 500 ซีซี
- เวลา 07.00 น. กิน 250 ซีซี
- เวลา 08.00 น. กิน 250 ซีซี
- เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 ตึกเชี่ยวชาญ ชั้น 1 พร้อมยื่นใบนัดตรวจ

3. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรือสารทึบหรือสารไอโอดีน โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนตรวจ

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

(.....) อายุทธ / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)

(.....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท

(.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ (CT Scan)

1. ลงทะเบียนเข้ารับบริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ

(.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (123) (.....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....

2. ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นสีส้ม)

3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้

ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155

ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.

จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

.....
(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Colonography) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วันที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. ให้รับประทานอาหารเหลว ก่อนวันนัดตรวจ 2 วัน (ดื่มชา กาแฟได้แต่ต้องไม่ใส่นมหรือครีมเทียม)
2. งดรับประทาน เมล็ดผลไม้ ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง นม เนอ นำนมอ้วนเหลือง ผลิตภัณฑ์ของนมทุกชนิด
3. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ให้รับประทานยา ADMC CTC Tagging Agent ครึ่งละ 15 ml. หลังอาหาร 3 เวลา เช้า-กลางวัน-เย็น
 - ให้รับประทานยาระบาย (Swifit) ครึ่งละ 30 ml. ห่างกันทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง
 โดยเริ่มที่เวลา 17.00 น. 19.00 น. และ 21.00 น. ในแต่ละครั้งให้ดื่มน้ำตาม 4-8 แก้ว
 - เวลา 24.00 น. ให้งดน้ำ-งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด จนกว่าจะตรวจเอกซเรย์เสร็จ
4. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 ชั้น 1 พร้อมยื่นใบนัดตรวจ

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) จำหน่าย / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน.....บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน.....บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ (CT Scan)

1. ลงทะเบียนเข้ารับบริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128) (.....) ขอใบส่งยาและตัวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
2. ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นสีส้ม)
3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Coronary arteries) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....

วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. ให้งดอาหารและเครื่องดื่มอย่างเคร่งครัด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนของมีนเมา บุหรี่ ยาไวอากร้า ก่อนมาตรวจ 5-7 วัน
2. ให้ดื่มน้ำเปล่าได้
3. ให้พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ออกกำลังกายหนักๆ
4. ให้กินยาที่กินประจำได้ตามปกติ และให้มาติดตัวมาด้วยในวันนัดตรวจ
5. ให้งดอาหาร ตั้งแต่เวลา..... น. ของวันที่.....
6. ให้กินยา Metoprolol (50 mg) 1 tab ก่อนตรวจ CT Scan 12 ชม.
กินยา วันที่..... เวลา..... น.
7. ให้รีบประทานยา ตามวันเวลาที่ระบุอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมการเต้นของหัวใจ
หากมีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา ให้รีบกลับมาพบแพทย์
8. ให้ฝึกซ้อมกลืนหายใจ โดย "หายใจเข้า แล้วกลืนลิ้นแข็ง" หน้าท้องต้องไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่เกร็งหน้าท้อง
9. วันที่เข้ารับการตรวจ ควรมาติดตัวมาด้วย
- เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 ตึกเชี่ยวชาญ ชั้น 1 พร้อมยื่นใบนัดตรวจ

หลักฐานและเอกสารอื่นที่ใช้ในการรักษา

(.....) ถ่ายตรง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)

(.....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท

(.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ (CT Scan)

1. ลงทะเบียนเข้ารับบริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
(.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128) (.....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
2. ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบอร์ 10 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นสีส้ม)
3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า MRI โรงพยาบาลอุดรธานี
โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4107, 0616953332, 042-217544

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วันที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ผู้ป่วยไม่ต้องงดน้ำ-งดอาหาร รับประทานได้ตามปกติและมาก่อนเวลาตรวจ 30 นาที
 - ให้ผู้ป่วยไปยื่นใบนัดตรวจ MRI ที่ห้องบัตร เพื่อขอใบส่งยาและตรวจสุขภาพการรักษา
 - เวลา..... น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องตรวจ MRI เบอร์ 11 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 หรือยื่นใบนัดตรวจ
 2. ผู้ป่วยต้องฝึกทำสมาธิ เพราะขณะตรวจต้องนอนนิ่งๆ เป็นเวลานาน
 3. ผู้ป่วยสุขภาพสตรีต้องงดการแต่งหน้าในวันมาตรวจ
 4. ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกระดูกหัก หรือเคยมีเศษโลหะกระเด็นเข้าตา หรือใช้เครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจ
 กรุณาแจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ หรือแจ้งรังสีแพทย์ทราบทันทีหลังได้รับใบนัดตรวจ MRI
 เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยขณะเข้ารับการตรวจ
 5. กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) ออครง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

- 1.ลงทะเบียนเข้าใช้บริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (123) (.....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- 2.ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เบอร์ 11 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นทางสีขาว)
- 3.รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้อง ไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100 ต่อ 4107, 061 695 3332, 042-217544
 ถ้าท่าน ไม่มาแสดงตัวคนที่ห้องตรวจ MRI ตามเวลานัดหมาย ขอยกเลิกวันนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วย
 รายต่อไป ท่านต้องมานัดตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) (NPO) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4107, 0616953332, 042-217544

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....

วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ให้ผู้ป่วยงดน้ำ-งดอาหาร ก่อนตรวจ 4-6 ชั่วโมง และมาก่อนเวลาตรวจ 30 นาที
 - ให้ผู้ป่วยไปนอนบนเตียงตรวจ MRI ที่ห้องบัตร เพื่อขอใบสั่งยาและตรวจสอบสิทธิการรักษา
 - เวลา..... น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่ห้องตรวจ MRI เบอร์ 11 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 หรืออื่นในนัดตรวจ
2. ผู้ป่วยต้องฝึกทำสมาธิ เพราะขณะตรวจต้องนอนนิ่งๆ เป็นเวลานาน
3. ผู้ป่วยสุขภาพสตรีต้องงดการแต่งหน้าในวันมาตรวจ
4. ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกระดูกหัก หรือเคยมีเศษโลหะกระเด็นเข้าตา หรือใช้เครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจ กรุณาแจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ หรือแจ้งรังสีแพทย์ทราบทันทีหลังได้รับ ใบนัดตรวจ MRI เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยขณะเข้ารับการตรวจ
5. กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (....) จ่ายตรง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
- (....) ชำระเงินเอง จำนวน.....บาท
- (....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน.....บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

- 1.ลงทะเบียนเข้าใช้บริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ

(....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128) (....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- 2.ยื่นใบนัดตรวจที่ห้องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเบอร์ 11 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ชั้น 1 (เดินตามเส้นสีขาว)
- 3.รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้ ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4107, 0616953332, 042-217544

ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่ห้องตรวจ MRI ตามเวลานัดหมาย ขอลงเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรอต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ (US) โรงพยาบาลอุดรธานี
โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ไม่ต้องงดน้ำ-งดอาหาร รับประทานได้ตามปกติ
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่แผนกเอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ พร้อมยื่นใบนัดตรวจ
2. กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (...) ถ่ายตรง / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (...) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท
 (...) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์

1. ลงทะเบียนเข้ารับบริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (...) ขอใบสั่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 (...) ขอใบสั่งยาและตัวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
2. ยื่นใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ ที่จุดรับใบนัดหรือเคาน์เตอร์เอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ
3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดตรวจใหม่

รับผลวันที่/...../.....

.....
 (.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ (US) NPO โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 24.00 น. ให้ผู้ป่วยงดน้ำ-งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด จนกว่าจะอัลตราซาวด์เสร็จ
2. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่แผนกเอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ หรือชั้น 1 นัดตรวจ
3. กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) อายุดร / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน.....บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน.....บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์

1. ลงทะเบียนเข้ารับบริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (.....) ขอใบสั่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 (.....) ขอใบสั่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
2. ยื่นใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ ที่จุดรับใบนัดหรือเคาน์เตอร์เอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ
3. รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
 ถ้าท่าน ไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับขอวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ (US KUB) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ไม่ต้องงดน้ำ-งดอาหาร รับประทานได้ตามปกติ
 - เวลา 07.00 น. ให้กลืนบัสสาวะ จนกว่าจะตรวจอัลตราซาวด์เสร็จ
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่แผนกเอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ หรือยื่นใบนัดตรวจ
- กรณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) อายุทธฯ / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน.....บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน.....บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์

- ลงทะเบียนเข้ารับบริการโรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 - (.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 - (.....) ขอใบส่งยาและตัวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- ยื่นใบนัดตรวจอัลตราซาวด์ ที่จุดรับใบนัดหรือเคาน์เตอร์เอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ
- รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 4100, 1155
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่/...../.....

.....
 (.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์พิเศษ (Fluoroscopy) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753

HN..... ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 24.00 น. ให้ผู้ป่วยงดน้ำ-งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด จนกว่าจะเอกซเรย์เสร็จ
- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - เวลา 08.00 น. ให้ผู้ป่วยตรงไปที่แผนกเอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ หรือยื่นใบนัดตรวจ
- กรุณานำประวัติและข้อมูลภาพรังสีมาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) อายัด / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์พิเศษ (Fluoroscopy)

- ลงทะเบียนเข้าใช้บริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 (.....) ขอใบสั่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 (.....) ขอใบสั่งยาและตัวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- ยื่นใบนัดตรวจเอกซเรย์พิเศษ ที่จุดรับใบนัดหรือเคาน์เตอร์เอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ
- รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 0628480753
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 11.00 น.
 จะขอยกเลิกคิวนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก

ใบนัดตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) โรงพยาบาลอุดรธานี

โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 062 848 0753

HN..... ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ.....
 วันที่นัดตรวจ วัน..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.
 ส่วนที่ตรวจ..... แผนกส่งตรวจ.....

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

- วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 - ไม่ควรงดน้ำ-งดอาหาร รับประทานได้ตามปกติ
 - ทำความสะอาดเต้านมและรักแร้ทั้งสองข้าง
 - ห้ามทาแป้งหรือยาระงับกลิ่นที่เต้านมและรักแร้
 - เวลา 11.00 น. ให้ตรงไปที่แผนกเอกซเรย์ชั้น 1 หรือชั้น 2 ในนัดตรวจ
- กรุณานำประวัติและข้อมูลทางการแพทย์มาด้วยทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

หลักฐานและเอกสารสิทธิที่ใช้ในการรักษา

- (.....) อายุครุฑ / เบิกได้ / ประกันสังคม (รพ.อุดรธานี)
 (.....) ชำระเงินเอง จำนวน..... บาท
 (.....) ถ้าสิทธิการรักษาไม่ผ่าน หรือ ใบส่งตัวหมดอายุ ต้องชำระเงินเองจำนวน..... บาท

ขั้นตอนการรับบริการตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram)

- ลงทะเบียนเข้ารับบริการ โรงพยาบาล ที่ห้องบัตรตามจุดที่ให้บริการ
 - (.....) ขอใบส่งยาห้องเอกซเรย์ (เอกซเรย์) (128)
 - (.....) ขอใบส่งยาและคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก.....
- ยื่นใบนัดตรวจเอกซเรย์เต้านม ที่จุดรับใบนัดหรือเคาน์เตอร์เอกซเรย์ ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ
- รอเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับคิว

หมายเหตุ กรุณามาตรวจตามวัน-เวลาที่นัดหมาย ถ้ามีเหตุขัดข้องไม่สามารถมาตรวจตามวันเวลาที่นัดได้
 ให้โทรติดต่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โทร. 042-215100, 042-243363-7 ต่อ 4103, 062 848 0753
 ถ้าท่านไม่มาแสดงตัวคนที่เอกซเรย์ชั้น 1 อาคารศูนย์เชี่ยวชาญ ภายในเวลา 14.00 น.
 จะขอออกใบนัดตรวจท่านให้ผู้ป่วยรายต่อไป ท่านต้องมานัดคิวตรวจใหม่

รับผลวันที่...../...../.....

(.....)

ผู้พิมพ์/บันทึก