

แบบฟอร์มสำหรับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนปรุง

- 1.แบบบันทึกข้อมูลสำหรับส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลสวนปรุง
- 2.เกณฑ์การพิจารณารับการ refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น
- 3.แบบประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายก่อนส่งต่อโรงพยาบาลสวนปรุง
4. ตารางการส่งตรวจที่จำเป็น สำหรับส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลสวนปรุง

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่.....เวลา.....โรงพยาบาล.....เบอร์โทร.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

ญาติ ☐ ญาติสายตรง (อายุ ≥ 20 ปี บริบูรณ์) ความสัมพันธ์.....ชื่อญาติ.....เบอร์โทร.....☐ ไม่มีญาติ (**ต้องแนบ ตจ.1 มาด้วย**)สิทธิบัตร ☐ ประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกได้/จ่ายตรง ☐ ชำระเอง ☐ อื่น ๆวิธีการนำส่ง ☐ รถพยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ☐ ญาติพามาเอง

2. อาการ/ปัญหาที่ต้องการส่งต่อ

Vital Sign : T..... $^{\circ}$ C HR.....bpm RR.....bpm BP...../.....mm.Hg. SPO₂.....%RA E.....V.....M.....

โรคประจำตัว/การรักษที่ได้รับ.....

ประวัติอุบัติเหตุ/บาดแผล.....

ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ☐ สุรา ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....☐ สารเสพติด(ชนิด).....ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....ประวัติ SMI-V ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

- ☐ มี
- ☐ 1. มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
 - ☐ 2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
 - ☐ 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง
 - ☐ 4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ลำดับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การรักษาที่ได้รับ/การจัดการจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อ (การให้ยา/สารน้ำ/หัตถการอื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ CBC, BUN, Creatinin, Electrolyte, LFT, Urine substance (Ca, Mg, P ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

- **หมายเหตุ**
- กรณีผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน หรือ R/O Delirium ให้พิจารณา work up organic cause ก่อน
 - พิจารณาส่งทำ CT-brain กรณี 1) มีประวัติ Head injury 2) New case หรือ Behavior change
 - กรณีผู้ป่วย Alcohol และ สูงอายุ เจาะ CBC, BUN, Creatinin, Electrolyte, LFT, CXR, EKG ทุกราย
 - **กรณีผู้ป่วยไม่มีประวัติทำ CXR > 3 เดือน ให้ส่ง CXR ก่อนทุกราย
 - **ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 45 ปี ให้ส่งทำ CXR, EKG ก่อนทุกราย

☐ ผ่าน Consult จิตแพทย์ จาก รพศ./รพท./รพ.แม่ข่าย..... จิตแพทย์	ความต้องการของการส่งต่อครั้งนี้ ☐ เพื่อ Consult แพทย์/ปรับแผนการรักษา ☐ เพื่อส่งตรวจวินิจฉัย/รักษาแบบผู้ป่วยนอก ☐ เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง
--	---

เกณฑ์การพิจารณารับการ refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น

- 1) รับ refer ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนรุนแรง ตามเกณฑ์ 3S และ SMI-V
 - 2) กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิต อาการยังไม่คงที่ มีภาวะสัญญาณชีพยังไม่คงที่ หรือยังไม่สิ้นสุดกระบวนการรักษาทางกาย ให้โรงพยาบาลนั้นรักษาภาวะทางร่างกายให้คงที่ก่อน หรือพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายที่ศักยภาพสูงกว่า ตาม Service Plan หากมีปัญหาในการรักษาโรคทางจิตเวชสามารถโทรปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุงได้ตามระบบ
 - 3) กรณีผู้ป่วยมีภาวะเพ้อ สับสน (Delirium, Acute Confusional State หรือ Alteration of consciousness) ควรปรึกษาแพทย์อายุรกรรม หรือแพทย์อายุรกรรมประสาท หรือแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ และควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุม เพื่อหาสาเหตุทางกายก่อน
 - 4) ผู้ป่วยโรคทางจิตที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์และผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทุกราย ต้องได้รับการตรวจประเมินทางกายเบื้องต้น และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุม และครบถ้วน ได้แก่ CXR, EKG, CBC, Electrolyte, BUN, Creatinine, LFT, Blood sugar หรือ CT Brain กรณีจำเป็น
 - 5) ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตนเอง จนได้รับบาดเจ็บ ต้องได้รับการดูแลบาดแผล และอาการบาดเจ็บเบื้องต้น รวมถึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องก่อน Refer กรณีรับประทานยาเกินขนาด ต้องได้รับการรักษาและสังเกตอาการจนพ้นระยะอันตราย (48 ชั่วโมง)
 - 6) ผู้ป่วยติดสารเสพติดหรือสุราที่ไม่ได้มีอาการก้าวร้าวอันตรายรุนแรง และประสงค์จะบำบัดแบบผู้ป่วยใน ต้องประเมินแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษา ตกลงยินยอมการบำบัดแบบผู้ป่วยในก่อนส่งตัว
 - 7) ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีญาติ/เร่ร่อนต้องได้รับการตรวจประเมินทางกายเบื้องต้น และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างครบถ้วน เช่น CXR, EKG, CBC, Electrolyte, BUN, Creatinin, LFT, Blood sugar และหากไม่ยินยอมรักษาให้ดำเนินการตามระเบียบของผู้ป่วยที่ต้องบังคับบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551
 - 8) กรณีผู้ป่วยบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอันตรายหรือมีความจำเป็นในการรักษาเพื่อไม่ให้อาการทางจิตแย่ลง โดยผู้ป่วยดังกล่าวไม่ยินยอมรับการรักษา หรือไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทนตามกฎหมาย รวมถึงเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่มีผู้ปกครองให้ความยินยอม
- โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้เป็นแห่งแรกต้องประเมินผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมง โดยแพทย์และพยาบาลอย่างละ 1 คน และบันทึกในแบบการบันทึกการตรวจตามกฎหมาย (แบบ ตจ.1)
- การ Refer จาก รพช./รพท./รพศ. ต้องมีเอกสาร Refer และ ตจ.1
- หากไม่มี ตจ.1 ให้แจ้ง รพช./ รพท./ รพศ. ส่งตามมาโดยเร็วที่สุด (ไม่สามารถเขียนย้อนหลังเนื่องจากเป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมาย)
- 9) กรณีผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ต้องการส่งต่อ ขอให้แจ้งผู้ปกครองรับทราบ ให้ปรึกษาจิตแพทย์หรือกุมารแพทย์จังหวัดเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและแยกโรคทางกาย
 - 10) กรณีผู้ป่วยซับซ้อนทางสังคม มีแนวโน้มญาติทอดทิ้ง มีปัญหาในชุมชน ขอความร่วมมือพื้นที่วางแผนในการดูแลต่อเนื่องโดยการจัดการรายกรณี เพื่อรองรับการจำหน่ายกลับบ้านทุกราย

แบบประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายก่อนส่งต่อโรงพยาบาลสวนปรง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี โรงพยาบาล.....วันที่.....

มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Emergency Criteria (Critical Phase)	มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Urgency Criteria (Severe Phase)
☐	☐	☐	1. T ≥ 38.5 °C หรือ ≤ 35 °C	☐	☐	☐	1. Blood sugar < 80 mg/blหรือ > 250 mg/bl
☐	☐	☐	2. P ≥ 130 /min หรือ ≤50 /min	☐	☐	☐	2. Sodium < 130 mmol/l หรือ > 150 mmol/l
☐	☐	☐	3. RR ≥ 26 /min หรือ <16 /min	☐	☐	☐	3. Potassium < 3 mmol/l หรือ > 5 mmol/l
☐	☐	☐	4. SBP > 180 mmHg หรือ < 90 mmHg	☐	☐	☐	4. Hemoglobin < 10 mg% หรือ > 16 mg%
☐	☐	☐	5. ภาวะขาดออกซิเจน (Oxygen Sat < 93%RA)	☐	☐	☐	5. Hematocrit < 30 mg% หรือ > 50 mg%
☐	☐	☐	6. ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงและมีภาวะ Life threatening	☐	☐	☐	6. White blood cell < 5,000 Cells/Cu.mm. หรือ > 15,000 Cells/CU.mm.
☐	☐	☐	7. Head injury ในระดับที่น่าจะเป็นอันตราย ถึงชีวิต เช่น สลบ	☐	☐	☐	7. Platelets < 100,000 Cells/Cu.mm. หรือ > 400,000 Cells/CU.mm.
☐	☐	☐	8. ผู้ป่วยทานยาเกินขนาดหรือรับประทาน สารพิษ ในระดับที่น่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	☐	☐	☐	8. Lithium level > 2.0 mEq/L
☐	☐	☐	9. ชักช้าๆหรือรุนแรงอย่างต่อเนื่อง (Status epilepticus)	☐	☐	☐	9. EKG ที่มีผลผิดปกติ.....
☐	☐	☐	10. หืดรุนแรง (Severe Asthma)	☐	☐	☐	10. CPK > 200 U/L
☐	☐	☐	11. ระดับการรู้ตัวลดลงผิดปกติ (Impairment of Consciousness)	☐	☐	☐	11. SCr > 1.5 mg/dl หรือ GFR < 60 cc/hr
☐	☐	☐	12. เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนของทับนานเกิน 10 นาทีขึ้นไป เป็นขณะออกแรง พักแล้วดีขึ้น (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)	☐	☐	☐	12. SGOT (AST) > 300 U/L หรือ SGPT (ALT) > 300 U/L
☐	☐	☐	13. ปวดท้องรุนแรงซึ่งไม่ทราบสาเหตุ (Acute abdomen)	☐	☐	☐	13. Total bilirubin > 1.5 mg/dl หรือ Direct bilirubin > 0.5 mg/dl
☐	☐	☐	14. ภาวะเลือดออกรุนแรง (Active bleeding) เช่น UGIB	☐	☐	☐	14. Magnesium < 1.8 mg/dl หรือ > 2.5 mg/dl
☐	☐	☐	15. มี Dislocation/Fracture ของข้อและ กระดูก	☐	☐	☐	15. PT < 10.2 sec. หรือ
☐	☐	☐	16. อื่นๆ ระบุ.....	☐	☐	☐	16. อื่นๆ ระบุ.....

มีอย่างน้อย 1 ข้อ



ส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทางก่อนทุกครั้ง

ตารางการส่งตรวจที่จำเป็น สำหรับส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลสวนปรุง

	Lab CBC, BUN, Cr, E'lyte, LFT, U/A	Urine substance Urine Met, THC, Morphine	EKG	CXR	CT-brain
อายุ < 45 ปี	✓				
อายุ ≥ 45 ปี	✓		✓	✓	
อายุ 60 ปีขึ้นไป	✓		✓	✓	
มีประวัติดื่มสุรา	✓	✓	✓	✓	
มีประวัติใช้สารเสพติด /ไม่แน่ใจ	✓	✓			
มีประวัติ Head injury /Behavior change	✓	✓	✓	✓	✓

****หมายเหตุ**

- กรณีผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน หรือ R/O Delirium ให้พิจารณา work up organic cause ก่อน

- พิจารณาส่งทำ CT-brain กรณี

1) มีประวัติ Head injury (ตามแนวทางประสาทศัลยศาสตร์)

2) New case หรือ Behavior change ปรีกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพิจารณาการทำ CT-brain

- กรณีผู้ป่วย Alcohol และ สูงอายุ เจาะ CBC, BUN, Creatinin, Electrolyte, LFT, CXR, EKG ทุกราย

**กรณีผู้ป่วยไม่มีประวัติทำ CXR > 3 เดือน ให้ส่ง CXR ก่อนทุกราย

**ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 45 ปี ให้ส่งทำ CXR, EKG ก่อนทุกราย