

# ข้อตกลงระดับการให้บริการ

## งานที่ให้บริการ

ทางด่วนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Fast Track ACS)

## หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

## ขอบเขตการให้บริการ

### สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

1. สายด่วน 1668
2. สายตรง 02-547-0991
3. โทรศัพท์ 02-547-0800 -0999 ต่อ 30991
4. โทรสาร 02-547-0992, 02-547-0990
5. E-mail add. : [Refer\\_CDI@hotmail.com](mailto:Refer_CDI@hotmail.com)
6. What's App : 081-9064589
7. Line : 081-9064589
8. สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ที่อยู่: 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ

อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

หมายเหตุ ช่องทางนี้ใช้กับทุกโรงพยาบาล แต่ที่จะ

นำมาคิดเป็นผลงานในข้อตกลงนี้ คิดเฉพาะ

โรงพยาบาลในเขต 4

### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ให้บริการทุกวันตลอด 24 ชม

## ข้อกำหนดการให้บริการ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. แบบฟอร์ม A-E  | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. เอกสาร_แบบบันทึกปรึกษาเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย Refer Fast Track STEMI ___ตัว<br>จริง         | จำนวน _1 ชุด |
| 3. เอกสาร_การส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยก<br>สูง___ตัวจริง | จำนวน _1 ชุด |

### ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## ระดับการให้บริการ

### ระยะเวลา

การตอบกลับการรับผู้ป่วย STEMI ภายใน 15 นาทีหลังรับข้อมูลที่ได้ทำความตกลงไว้ครบ  $\geq 80\%$

### คุณภาพ

การรับผู้ป่วย STEMI จากโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 4 ได้  $\geq 70\%$  (ขอปรับเนื่องจากดูข้อมูลพื้นฐานแล้วไม่  
เอื้อต่อการตั้ง 80%ค่ะ)

## ขั้นตอนการให้บริการ

### ขั้นตอน

- 1.โรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 4 ติดต่อมาเพื่อ refer ผู้ป่วย STEMI
- 2.รับข้อมูลตามข้อตกลง (แบบบันทึกปรึกษาเพื่อรับส่งต่อฯ) และเอกสารข้อมูล (ตาม แบบการส่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันฯ) ตามช่องทางการสื่อสารที่ผู้ส่งสะดวกที่สุด
- 3.รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยเป็น STEMI ที่ได้รับแก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ (Cardiologist)
- 4.ตอบกลับว่า รับ/ไม่รับ ไปยังโรงพยาบาลที่ขอ refer ผู้ป่วย STEMI (กรณีไม่รับ ให้คำแนะนำแนวทางการรักษา)

### หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- พยาบาล/เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในเขต 4 (8 จังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี อยุธยา นครนายก สิงห์บุรี สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง)
- พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์ refer ของสถาบันโรคทรวงอก
- พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์ refer ของสถาบันโรคทรวงอก ตลอด 24 ชั่วโมง
- พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์ refer ของสถาบันโรคทรวงอก ตลอด 24 ชั่วโมง

## การรับเรื่องร้องเรียน

1. สายด่วนร้องเรียน 02-547-0990 ต่อ 30048
2. สายด่วนโรคหัวใจ 1668
3. สายตรงศูนย์ refer 02-547-0991
4. E-mail add. : [Refer\\_CDI@hotmail.com](mailto:Refer_CDI@hotmail.com)
5. What's App :081 906 4589
6. Line : 081 906 4589
7. สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ที่อยู่: 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-547-0800 -0999 ต่อ 30991

โทรสาร 02-547-0992, 02-547-0990

## สถาบันโรคทรวงอก

## แบบบันทึกปรึกษาเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย Refer Fast track STEMI

โทร.02-5470800-0999 ต่อ 30991 สายตรง : 02-5470991 Fax.02-5470990,02-5470992

Email : Refer\_cdi@hotmail.com , LINE:081-9064589

## ข้อมูลรพ.ที่ขอ Refer

 ในเครือข่าย

วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา ..... น.โรงพยาบาล ..... จังหวัด .....

 นอกเครือข่ายผู้ป่วยชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... เพศ  ชาย  หญิง Dx.....รับไว้รักษาที่  ER  CCU  ICU  สามัญ  อื่นๆ.....อาการสำคัญ  เจ็บแน่นหน้าอกมาก ..... เวลา.....น. มาถึงรพ.ชุมชน/ รพ.เอกชน/รพ.....เวลา.....น. Score Pain.....อาการ.....การรักษาที่ได้รับ  ASA gr 1 tab เคี้ยว statเวลา..... น. Isordil 1 tab (S) statเวลา..... น. Clopidogrel ( 75 mg ⊕ )  4 tab  8 tabเวลา..... น. Heparin.....เวลา..... น. Fondaparinux.....เวลา..... น. Enoxaparin.....เวลา..... น. อื่นๆ .....อาการปัจจุบัน  Pain Score.....อาการ.....สัญญาณชีพ Temperature ..... °C Pulse ..... / m Respiratory Rate ..... / m BP .....mmHg O<sub>2</sub>sat ..... %สาเหตุส่งต่อ  Thrombolytic  Primary PCI  อื่นๆ.....

LAB Trop - T ..... CKMB ..... BUN .....Cr ..... HCT..... %อื่นๆ.....

EKG  แกร็บ ผล...../ปัจจุบัน.....โรคร่วม  DM  HT  CKD  CVA  GI  HIV  Post  TB  มี  อื่นๆ..... Neg  ไม่มี ไม่ได้ตรวจ  ไม่ได้ตรวจสิทธิการรักษา  เบิกได้  ประกันสังคม  บัตรทอง  อื่นๆ.....

ผู้ขอ Refer ชื่อ ..... แพทย์/พยาบาล โทร..... ผู้รับเรื่อง..... พยาบาล Refer

## ข้อมูลของสถาบันโรคทรวงอก

ข้อมูลเตียง (ระบบ Fast Track STEMI) - Ward CCU  เต็มว่าง.....เตียง  เต็มเต็ม ผู้แจ้ง.....

รับข้อมูล เวลา.....น. รับเอกสาร Fax, Email เวลา.....น. รายงานแพทย์ ER/ Intervention เวลา.....น.

ตอบกลับเวลา.....น.ผู้ป่วยถึงสรอ. เวลา.....น. ถึง CCU/ CPL เวลา.....น.

อื่นๆ.....

## ผลการรักษา

Diagnosis แกร็บ.....ครั้งสุดท้าย..... ผล CAG.....

Revascularization  Thrombolytic  PCI  CABG Result.....

Complication.....

Plan..... Follow up.....

ความคิดเห็นของแพทย์	บันทึกของพยาบาล
	วดป...../...../.....เวลา.....น.
	แจ้งผลการขอ Refer : ศูนย์ Refer ประสานกับรพ.ที่ขอ Refer
	<input type="checkbox"/> รับ Refer
	<input type="checkbox"/> ให้รพ.ที่ขอ Referแจ้งความเสี่ยงผู้ป่วย/ ญาติ
	<input type="checkbox"/> Plavix (75 mg).....tab
	<input type="checkbox"/> Ok. Case CCU
	<input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยมาพร้อมญาติที่สามารถตัดสินใจในการรักษา
	<input type="checkbox"/> อาการเปลี่ยนแปลง แจ้งศูนย์ Refer
	<input type="checkbox"/> ส่งสำเนาบัตรประชาชน เขียนชื่อบิดา/ มารดาผู้ป่วย ที่ศูนย์ Refer
	<input type="checkbox"/> ส่งผู้ป่วยที่ CCU/ CPL
	<input type="checkbox"/> ระยะเวลาเดินทาง.....
	<input type="checkbox"/> เพิ่มเติม.....
	.....
	.....
	<input type="checkbox"/> ไม่รับ Refer ศูนย์ Refer ประสานรพ.ที่ขอ Refer
	<input type="checkbox"/> F/U EKG, Cardiac Enzym
	<input type="checkbox"/> แจ้งการรักษาตาม Order แพทย์
	<input type="checkbox"/> อาการเปลี่ยนแปลงติดต่อศูนย์ Refer
	<input type="checkbox"/> ขณะนี้เตียง CCU เต็ม เนื่องจาก.....
	.....
	<input type="checkbox"/> เพิ่มเติม.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

ผู้ให้ข้อมูล (สรอ) แพทย์/พยาบาล.....

ผู้รับข้อมูล (รพ.ที่ขอ Refer) แพทย์/พยาบาล.....

สถาบันโรคทรวงอก  
การส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง

รพ.ที่ขอส่งต่อ  
ผู้ป่วยSTEMI

สถาบันโรคทรวงอก  
Tel. 02-5470800-0999 ต่อ 30991  
สายตรง : 02-5470991  
Call Center : 1668  
Fax. 02-5470990, 02-5470992  
Email. Refer\_CDI@hotmail.com  
What'App/Line : 081-9064589

ส่งต่อข้อมูล

1. อาการสำคัญ (อาการเจ็บแน่นหน้าอก วัน-เวลา)
2. อาการปัจจุบัน สัญญาณชีพ
3. การรักษาที่ได้รับ เช่น ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เวลาและขนาด
4. เหตุผลการขอส่งรักษาต่อ
5. ประวัติโรคร่วมอื่นๆ
6. ส่ง Fax/ Email/ What'App/ Lineคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะ STEMI
7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Trop-T, Cr. (ถ้ามี)
8. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ

สถาบันโรคทรวงอก  
ติดต่อกลับภายใน 15 นาที  
หลังได้รับข้อมูลเอกสาร

รับส่งต่อ

ให้ข้อมูลรพ.เพื่อดำเนินการ ดังนี้

- ส่งข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยก่อนออกจากรพ. (สำเนาบัตรประชาชน/ หน้าเวชระเบียนของรพ. ที่ส่งต่อ) เพื่อทำเวชระเบียนและรับเป็นผู้ป่วยในของสถาบันโรคทรวงอก
- นำข้อมูลเอกสารฉบับจริงมาพร้อมผู้ป่วย
- แจ้งข้อมูลให้ญาติผู้ป่วยรับทราบ และให้ญาติมาพร้อมผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งศูนย์ Refer สถาบันโรคทรวงอก
- นำส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจหรือห้องสวนหัวใจ

ไม่รับส่งต่อ

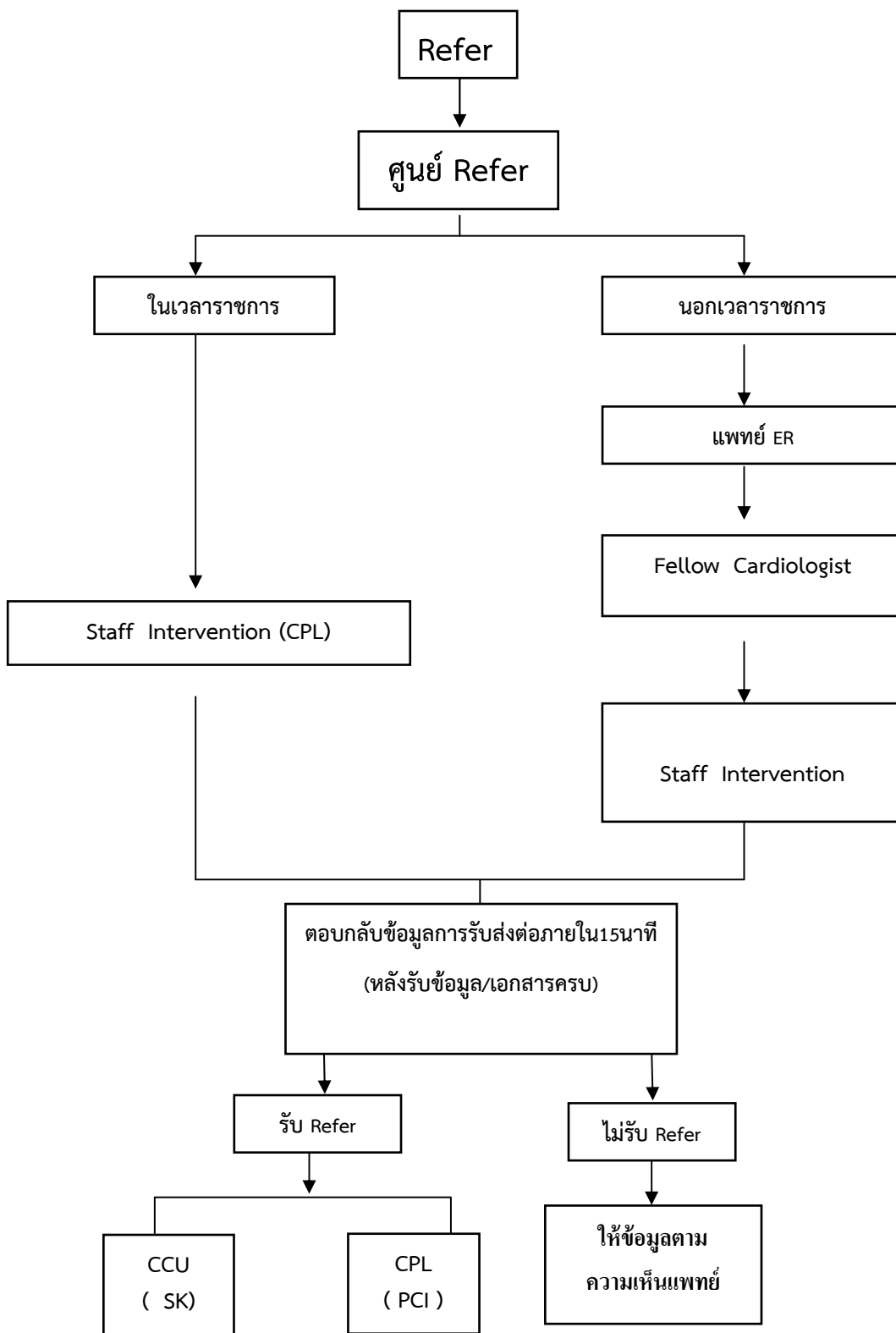
- ให้ข้อมูลแนวทางการรักษา

หมายเหตุ : 1.ติดต่อส่งต่อ (Refer) ให้เร็วที่สุด  
2.ส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอื่นๆ ที่ได้หลังจากการส่งผู้ป่วยเบอร์ Fax.02-5470990, 02-5470992

## การรับส่งต่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจสูง (Refer Fast Track STEMI)

Fast Track STEMI คือ ช่องทางด่วนรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากอย่างรวดเร็วที่สุด ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง

### 1. Flow Refer Fast Track STEMI



## 2. ขั้นตอนการรับ Refer Fast Track Acute STEMI

1. แจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยและให้คำปรึกษา โทรศัพท์ 02-5470800-0999 ต่อ 30991 / โทรศัพท์มือถือ : 081-9064589 / Call Center : 1668 / Email Refer\_CDI@hotmail.com /What'App,Line : 081-9064589
2. ส่งเอกสารข้อมูลผู้ป่วย Fax.02-5470990, 02-5470992/ Email : Refer\_CDI@hotmail.com
3. ข้อมูลและเอกสารสำคัญ
  - 1) ใบส่งตัวผู้ป่วย
    - อาการสำคัญ (on set) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก วัน-เวลา
    - อาการปัจจุบัน สัญญาณชีพ
    - การรักษาที่ได้รับ เช่น ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เวลาและขนาด
    - เหตุผลการขอส่งรักษาต่อ
    - ประวัติโรคร่วมอื่นๆ
  - 2) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads จำนวน 2 แผ่น (ระบุวันที่ และเวลา)
    - แผ่นที่ 1 ที่พบครั้งแรก
    - แผ่นที่ 2 ปัจจุบัน / อาการเปลี่ยนแปลง
  - 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Cardiac Enzyme BUN, Creatinine,CBC, HIV , AFB(TB) (ถ้ามี)
  - 4) ช่องทางสื่อสารติดต่อกลับ เช่น เบอร์โทรศัพท์, โทรสาร, E-mail ให้ชัดเจน
- 4.การปรึกษาแพทย์ Cardiologist
  - 1) ในเวลาราชการ
    1. ปรึกษาแพทย์ Staff Intervention ที่ห้องสวนหัวใจ
  - 2) นอกเวลาราชการ (16.30 – 08.30 น.)
    1. ปรึกษาแพทย์เวร ER ตามระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ
    2. แพทย์ ER ปรึกษาแพทย์ Fellow Cardiologist
    3. แพทย์ Fellow ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
5. ศูนย์ Refer แจ้งข้อมูลตอบกลับภายใน 15 นาที หลังรับข้อมูล/ เอกสาร
6. การรับผู้ป่วยมารักษาต่อ
  1. ศูนย์ Refer แจ้งข้อมูล หน่วยงาน CCU, CPL และศูนย์เปล
  2. ศูนย์ Refer แจ้งข้อมูลกับโรงพยาบาลขอ Refer
    - 2.1 สถานที่ เวลา รับผู้ป่วย
    - 2.2 นำเอกสารการรักษา, หนังสือรับรองสิทธิ์ และญาติที่สามารถตัดสินใจการรักษามาพร้อมกับผู้ป่วย
    - 2.3 ขณะนำส่งผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แจ้งกลับศูนย์ Refer สถาบันโรคทรวงอก