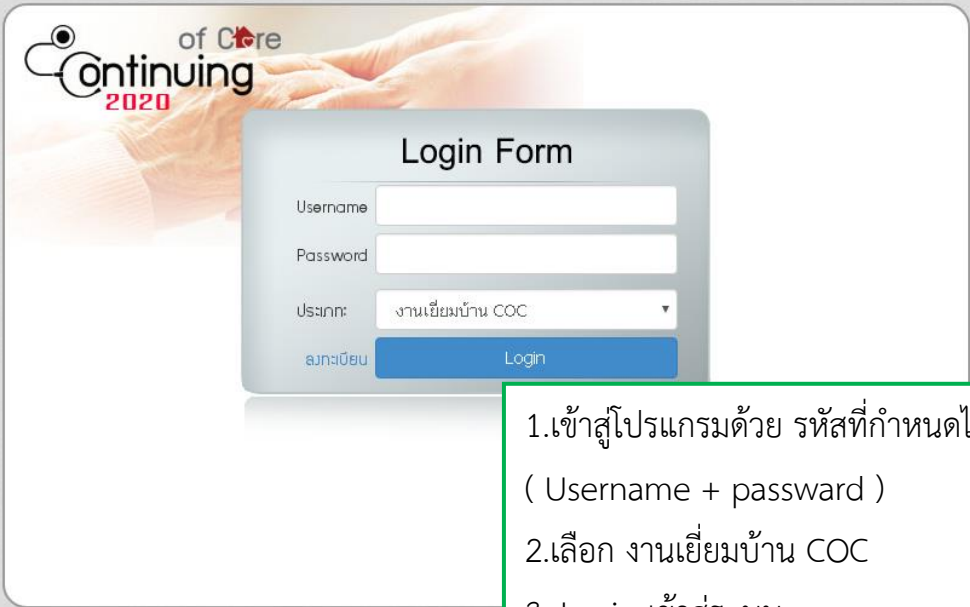


การส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (หน้าหน่วยส่ง)



of Core
Continuing
2020

Login Form

Username

Password

ประเภท: งานเยี่ยมบ้าน COC

ลงทะเบียน Login

- 1.เข้าสู่โปรแกรมด้วย รหัสที่กำหนดไว้ (Username + password)
- 2.เลือก งานเยี่ยมบ้าน COC
3. Login เข้าสู่ระบบ

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขาน 1 ตำบลหัวเวียง อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง
โทร 054-237400 ต่อ 4667 แฟกซ์ 054-237444
คู่มือการใช้งาน คู่มือการใช้งานAdmin

Continuity Of Care

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศัลยกรรม เบอร์ 3 {หน่วยส่ง}
(สถานบริการ: รพศ./รพท. ลำปาง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

of Core
Continuing
2020

Status : opd

HN เลขที่บัตรประชาชน CreateNewCase

รายชื่อที่ยังไม่ได้ส่งcoc รายชื่อผู้ป่วยที่ส่งcoc รายการตอบกลับ

แสดงจำนวน 10 แถว

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	VN	HN
ไม่พบข้อมูลในตารางนี้			

จำนวน 0 แถว

- 1.ผู้ป่วยใน(IPD)ใช้ AN ในการเลือกส่งข้อมูล
- 2.ผู้ป่วยทั่วไป ใช้ HN หรือ ID
- 3.เลือก Create New Case จะมีรายละเอียดของผู้ป่วยขึ้นเพื่อเลือก
- 4.เลือกรายละเอียดที่ต้องการและกดบันทึกยืนยันข้อมูล
- 5.ระบบจะ run หน้าส่งต่อเพื่อให้เติมข้อมูล

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

Continuing of Care 2020

Status : opd

HN เลขที่บัตรประชาชน Search

กรุณาเลือกประวัติการมารับรักษา

เลือก	วันที่รับการรักษา	VN	HN	ชื่อ - สกุล	อายุ	คลินิก	ใบยา	แพทย์ผู้รักษา	การวินิจฉัย
☒	2 เมษายน 2563				59	ศัลยกรรม เบอร์ 3	1	นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์	C509 : Malignant meoplasm of breast, unspe
☐	2 เมษายน 2563				59	ศัลยกรรม เบอร์ 3	1	นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์	Z511 : Chemotherapy session for neoplasm
☐	2 เมษายน 2563				59	หน่วยให้ยาเคมีบำบัด	2	นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์	C509 : Malignant meoplasm of breast, unspe
☐	2 เมษายน				59	หน่วยให้ยาเคมีบำบัด	2	นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์	Z511 : Chemotherapy session for

ข้อมูลการมารับรักษา

HN : Postcode : 10672

ประเภทผู้ป่วย: ☒ OPD ☐ IPD

Visitdate: 2020-04-02 VN: A1784

รหัสโรค: C509 ชื่อโรค:

แพทย์ผู้รักษา: นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์ หอผู้ป่วย:

1.แสดงรายละเอียดประวัติการมารับรักษาที่โรงพยาบาล

2.เลือก Create New User

ข้อมูลพื้นฐาน [ssb]

ID	เพศ	2 : หญิง
คำนำหน้าชื่อ	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----	ชื่อ - สกุล
อายุ	69	วตป เกิด
อาชีพ	503 : ทานา	เชื้อชาติ
สัญชาติ	99 : ไทย	ศาสนา
การศึกษา	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----	สถานะบุคคล
ชื่อบิดา	นาย จันทรรดา	ชื่อมารดา
ชื่อคู่สมรส (ถ้ามี)		นาง จันทรรดา

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	ชุมชน	หมู่	บ้านเลขที่
----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----		

ที่อยู่ติดต่อได้

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	ชุมชน	หมู่	บ้านเลขที่	เบอร์โทรฯ
ลำปาง	เถิน	แม่ปะ	----- กรุณาเลือก -----	8	12 บ.ส.	

+ CreateNewUser

Continuity Of Care

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศัลยกรรม เบอร์ 3 {หน่วยส่ง} (สถานบริการ: รพศ./รพท. ลำปาง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

Continuing of Care 2020

Status : opd

ชื่อ-สกุล : เลขที่บัตรประชาชน :
 วันที่รับการรักษา 2 เมษายน 2563 VN A1784
 เพศ : หญิง วตป. เกิด : 7 กันยายน 2494 อายุ : 68 ปี
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ต. อ. จ.
 ที่อยู่ปัจจุบัน: 12 บ.สันทราย ม.8 ต.แม่ปะ อ.เถิน จ.ลำปาง เบอร์โทรศัพท์ : 0833220552
 หอผู้ป่วย ศัลยกรรม เบอร์ 3 แพทย์ผู้รักษา : นพ. วรุตม์ หอมพูลทรัพย์
 การวินิจฉัย : C509 : Malignant meoplasm of breast, unспе
 >> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC

แบบฟอร์มการส่งต่อการดูแลต่อ

รายชื่อ

1.เติมข้อมูลที่จะส่งต่อให้พื้นที่ติดตามเยี่ยม
 2.ประวัติการส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้าน COC

แบบฟอร์มการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลลำปาง

พิมพ์แบบฟอร์ม

ลำดับ	หัวข้อ	รายการประเมิน																																																
1	Vital sign	BP= / mmHg P= ครั้ง/นาที R= ครั้ง/นาที T= °C น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. รอบเอว ซม. BMI NaN																																																
2	ผู้ป่วยกลุ่มสี	☒ เขียว ☐ เหลือง ☐ แดง เกณฑ์ <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12-20 (1)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>น้อย (1)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>ปานกลาง (2)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>0-3</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบทั้งหมด (2)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>ปานกลาง (2)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>รุนแรง (3)</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>7-9</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)	1	2	3	12-20 (1)	●	●	●	ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)	●	●	●	น้อย (1)	●	●	●	ปานกลาง (2)	●	●	●	0-3	●	●	●	พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบทั้งหมด (2)	●	●	●	ปานกลาง (2)	●	●	●	4-6	●	●	●	พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)	●	●	●	รุนแรง (3)	●	●	●	7-9	●	●	●
กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)	1	2	3																																															
12-20 (1)	●	●	●																																															
ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)	●	●	●																																															
น้อย (1)	●	●	●																																															
ปานกลาง (2)	●	●	●																																															
0-3	●	●	●																																															
พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบทั้งหมด (2)	●	●	●																																															
ปานกลาง (2)	●	●	●																																															
4-6	●	●	●																																															
พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)	●	●	●																																															
รุนแรง (3)	●	●	●																																															
7-9	●	●	●																																															

ค่าคะแนนรวม

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

1.เติม vital sign นน. ส่วนสูงเพื่อดู BMI

2.ประเมินประเภทผู้ป่วยกลุ่มสีตามเกณฑ์ หรือเลือกประเภทผู้ป่วยกลุ่มสีได้เลย

3

ผู้ป่วยกลุ่มโรค
(สามารถเลือก
ได้หลายโรค)

- ☐ สูงอายุ (ประเมิน ADL)
- ☐ ผู้พิการ (ประเมิน ADL)
- ☐ Stroke (ประเมิน ADL)
- ☐ IMC (ประเมิน ADL)
- ☐ มะเร็ง (ประเมิน ADL)
- ☐ Palliative Care (ประเมิน Palliative Care)
- ☐ กุมภาพันธ์
- ☐ จักษุ
- ☐ จิตเวช (ประเมิน 9Q/8Q)
- ☐ ยาเสพติด
- ☐ ศัลยกรรม
- ☐ ศัลยกรรมและการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
- ☐ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- ☐ สูติรีเวชกรรม
- ☐ หัวใจ
- ☐ หูคอจมูก

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

3.ผู้ป่วยกลุ่มโรค (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินเฉพาะกลุ่มโรคไว้)

☒ สูติรีเวชกรรม

☐ ANC

☐ ANC ปกติ

☐ ANC High risk

☐ อายุรกรรม

☐ Preeclampsia

☐ GDM

☐ Anemia

☐ อื่นๆ ระบุ

☐ Twins

☐ Preterm

☐ Previous C/S

☐ อื่นๆ ระบุ

☐ ได้รับการฝังยาคุม

☐ ไม่ได้รับการฝังยาคุม

☐ คุมกำเนิด

☐ ไม่คุมกำเนิด

☐ สูติกรรม

☐ มารดาอายุน้อย

☐ มารดาอายุมาก

☐ มารดาหลังคลอด

☐ คลอดปกติ

☐ คลอดมีภาวะ

☐ Premature labor

☐ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ☐ สูติรีเวชกรรม ☐ หัวใจ ☐ นุคอจุมก ☐ อายุรกรรม ☐ Sepsis ☒ COVID-19 ☐ TB ☐ โรคไต ☐ COPD ☐ NCD	☐ ผลการตรวจ (Lab) ☐ ผู้ที่สงสัย Covid-19 ☐ มีไข้และมีอาการระบบทางเดินหายใจร่วม	☐ Negative ☐ Positive ☐ PUI ☐ ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ กทม. ☐ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ Covid-19 อยู่ร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ☐ อื่นๆ ระบุ ☐ มี วันที่ --543 ☐ ไม่มี
--	---	--

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง
โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

3.ผู้ป่วยกลุ่มโรค (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินเฉพาะกลุ่มโรคไว้)

☐ TB ☐ โรคไต ☐ COPD ☐ NCD ☐ ทันตกรรม ☐ อุบัติเหตุ ☐ ป่วยถ่ายยวาระและรับบริจาค ☐ ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ☐ แพทย์แผนไทย + การแพทย์ผสมผสาน ☐ กลุ่มพิเศษ ☐ กลุ่มโรคอื่นๆ ระบุ	4	การส่งต่อ	☐ กลับบ้าน ☐ ส่งกลับ รพช. เลือก รพช. ☐ ส่งกลับ โรงพยาบาลอื่นๆ ระบุ เลือก รพช.
--	---	-----------	---

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง
โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

4	การส่งต่อ	☐ กลับบ้าน ☐ ส่งกลับ รพช. เลือก รพช. ☐ ส่งกลับ โรงพยาบาลอื่นๆ ระบุ เลือก ร ☐ เรือนจำกลางลำปาง ☐ ทันทสถานบำบัดพิ ☐ อื่นๆ ระบุ	ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ 4.การส่งต่อ 5.สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (ต้องกรอกถึงจะบันทึกส่งต่อได้) 6.การวินิจฉัยโรค (ต้องกรอกถึงจะบันทึกส่งต่อได้) 7.สถานะผู้ป่วย 8.ผู้ดูแล (ต้องยืนยันที่อยู่ถึงจะบันทึกส่งต่อ)
5	สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	☐ ระบุ *	
6	การวินิจฉัยโรค	☐ โรค * ☐ การผ่าตัด	
7	สถานะผู้ป่วย	☐ ผู้ป่วย New case ☐ ผู้ป่วย Re-Admit (ภายใน 28 วัน)	
8	ผู้ดูแล	☐ ชื่อ เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เบอร์โทรศัพท์ ☐ ยืนยันที่อยู่เดิมผู้ป่วย(ตามSSB) ☐ ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน *	
9	ส่งต่อการดูแล เรื่อง มีอุปกรณ์/ หัตถการ	☐ TT ☐ Suction ☐ Feeding ☐ F/C/SPC/Cystosmy โรคไต ☐ การบำบัดทดแทนไต ☐ CAPD ☐ HD ☐ PTBD/PCNT-tube ☐ Colostomy ☐ ทวารเทียม (UT) ☐ เชื้อดื้อยา ☐ อื่นๆ ระบุ	

9	ส่งต่อการดูแล เรื่อง มี อุปกรณ์/ หัตถการ	☐ TT ☐ Suction ☐ Feeding ☐ F/C/SPC/Cystosmy โรคไต ☐ การบำบัดทดแทนไต ☐ CAPD ☐ HD ☐ PTBD/PCNT-tube ☐ Colostomy ☐ ทวารเทียม (UT) ☐ เชื้อดื้อยา ☐ อื่นๆ ระบุ	ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ 9.ส่งต่อการดูแล - ส่งต่อการดูแล เรื่องอุปกรณ์/ หัตถการ (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมิน เฉพาะอุปกรณ์/หัตถการไว้) - ส่งต่อการดูแล เรื่องออกซิเจน - ส่งต่อการดูแล เรื่องแผล (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินเฉพาะแผลไว้)
	ส่งต่อการดูแล เรื่อง ออกซิเจน	☐ O2 home therapy ☐ พนยา ☐ อื่นๆ ระบุ	
	ส่งต่อการดูแล เรื่อง แผล	☐ แผลกดทับ ☐ แผลผ่าตัด บ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ แผลเรื้อรัง บ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ CWS ☐ ค ☐ อื่นๆ ระบุ	

ส่งต่อการดูแล ต่อ เรื่อง ระบบ กระดูก	☐ On skin traction ☐ Hip spica ☐ External fixation ☐ ผ่าเปิดบริเวณแขนขา ☐ อื่นๆ ระบุ
ส่งต่อการดูแล เรื่อง มีปัญหา ด้านสังคม	☐ ไม่มีคนดูแล ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ มีปัญหาด้าน ☐ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ
ส่งต่อการ ดูแล เรื่อง ยา	☐ ยาฉีด ☐ ยา Ins ☐ ยากิน ☐ ยา Warfarine ☐ อื่นๆ ระบุ
ส่งต่อการ ดูแล เรื่อง ติดตาม กายภาพบำบัด	☐ อ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก (Hemi paresis) ☐ อ่อนแรงแขนขาสองข้าง (Tetra paresis) ☐ อ่อนแรงครึ่งท่อนล่าง (Para paresis) ☐ มี ☐ มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ ☐ อื่นๆ ระบุ
ส่งต่อการดูแล เรื่อง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม	☐ การเคลื่อนไหว ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ ด้านจิตใจ

ศูนย์ COC โรงพยาบาลสาปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท 2
โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

9.ส่งต่อการดูแล

- ส่งต่อการดูแล เรื่องระบบกระดูก
- ส่งต่อการดูแล เรื่องมีปัญหาด้านสังคม
- ส่งต่อการดูแล เรื่องยา

(ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินการฉีดไว้)

- ส่งต่อการดูแล เรื่องการติดตามกายภาพบำบัด
- ส่งต่อการดูแล เรื่องการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิการ

	☐ มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ ☐ อื่นๆ ระบุ										
ส่งต่อการดูแล เรื่อง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม พิการ	☐ การเคลื่อนไหว ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ ด้านจิตใจ ☐ ด้านพฤติกรรม ☐ ด้านสติปัญญา ☐ ออทิสมิก										
ส่งต่อการ ดูแล เรื่อง อื่นๆ	☐ อื่นๆ ระบุ										
10	การสนับสนุน อุปกรณ์การ แพทย์ ☐ ยืมจากโรงพยาบาล/หน่วยบริการ ☐ ไม่ได้ยืม										
แนบไฟล์ภาพ :	<table border="1"> <tr><td>เลือกไฟล์</td><td>ไม่ได้เลือกไฟล์ใด</td></tr> <tr><td>เลือกไฟล์</td><td>ไม่ได้เลือกไฟล์ใด</td></tr> <tr><td>เลือกไฟล์</td><td>ไม่ได้เลือกไฟล์ใด</td></tr> <tr><td>เลือกไฟล์</td><td>ไม่ได้เลือกไฟล์ใด</td></tr> <tr><td>เลือกไฟล์</td><td>ไม่ได้เลือกไฟล์ใด</td></tr> </table>	เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด	เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด	เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด	เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด	เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด										
เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด										
เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด										
เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด										
เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด										

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

10.การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์
(สามารถแนบไฟล์ภาพทั้งหมด 5 ไฟล์)

11.ต้องการส่งต่อดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านให้ก
บันทึกข้อมูลและส่ง COC

12.ต้องการบันทึกไว้ในหน่วยส่งของตนเอง
ให้บันทึกฉบับร่าง (สามารถบันทึกฉบับร่าง
ก่อนแล้วมาแก้ไขข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูล
และส่ง COC ได้)

ศูนย์ COC โรงพยาบาลสาปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท อำเภอเมืองสาปาง สาปาง
โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

Continuity Of Care

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์ COC (ผู้บริหาร) (ศูนย์ coc)
(สถานบริการ: รพต./รพท.ลำปาง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

ประวัติการส่งCOC

- 1.สรุปการตอบกลับ
- 2.รายละเอียดที่ส่ง (สามารถพิมพ์รายงานเพื่อดูรายละเอียดได้)

Status : coc

ชื่อ-สกุล : เลขที่บัตรประชาชน :
วันที่รับการรักษา 2 เมษายน 2563 VN 746
เพศ : หญิง ว.ด.ป. เกิด : 4 มิถุนายน 2539 อายุ : 23 ปี
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ต. อ. จ.
ที่อยู่ปัจจุบัน : 127 ม.7 ต.สันดอนแก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง เบอร์โทรศัพท์ : -
หอผู้ป่วย ตรวจสุขภาพสวัสดิการประกันตน แพทย์ผู้รักษา : พญ.เบญจมาศ เขียวขุ่ม
การวินิจฉัย : 2017 : Laboratory examination
>> [คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา](#)

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC

ประวัติการส่ง COC

ลำดับ	Visitdate/Admitdate	VN	AN	ชื่อ-สกุล	คลินิก	กลุ่มสี	วันที่ส่ง coc	
1	2 เมษายน 2563	746		น.ส.ปภัสนร์ กันทะ	ตรวจสุขภาพสวัสดิการประกันตน	เหลือง	7 เมษายน 2563 เวลา 08:26 น.	สรุปการตอบกลับ รายละเอียด OPD

ประวัติการส่ง COC

ลำดับ 1

**แบบฟอร์มการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง OPD
โรงพยาบาลลำปาง**

ชื่อ-สกุล อายุ 23 ปี HN
หอผู้ป่วย ตรวจสุขภาพสวัสดิการประกันตน แพทย์ผู้รักษา พญ.เบญจมาศ เขียวขุ่ม
การวินิจฉัย Laboratory examination
ที่อยู่ 127 ม.7 ต.สันดอนแก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน : 280 ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง
ชื่อผู้ดูแล : พี่สาว ปวีณา เบอร์โทรศัพท์ 098548165

แบบส่งต่อผู้ป่วย IPD	แบบประเมิน ADL
เป็นผู้ป่วยกลุ่มสี = เหลือง BP1 = 120 /80mmHg, P = 80ครั้ง/นาที R = 20 /นาที T = 37 C น้ำหนัก = 50กก. ส่วนสูง = 150ซม. รอบเอว = 80ซม. ผู้ป่วยกลุ่มโรค	

การส่งต่อ = กลับบ้าน :
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย = ระบุ : ปวดฟัน
การวินิจฉัยโรค = โรค : -
ผู้ดูแล = ชื่อผู้ดูแล : พี่สาว,ปวีณา,,1 : 098548165,ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน
การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ = ไม่ได้ยื่น

[Print](#)

สามารถพิมพ์รายงานเพื่อดูรายละเอียดได้หลังจากบันทึกและส่ง COC

พิมพ์

รวม: หน้ากระดาษ 1 หน้า

พิมพ์

ยกเลิก

ปลายทาง

HP LaserJet Pro MFP M1...

เปลี่ยน...

หน้า

ทั้งหมด

เช่น 1-5, 8, 11-13

จำนวนชุด

1

+

-

รูปแบบ

แนวตั้ง

ตัวเลือก

ลดความซับซ้อนของหน้า

สองด้าน

+

การตั้งค่าเพิ่มเติม

พิมพ์โดยใช้ช่องโต้ตอบของระบบ... (Ctrl+Shift+P)

แบบฟอร์มการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง OPD
โรงพยาบาลลำปาง

ชื่อ-สกุล

หอผู้ป่วย ตรวจสุขภาพสดการระกนคน แพทย์มรภกษา พญ.เบญจมาศ เขียวขลุ้ม

การวินิจฉัย Laboratory examination

ที่อยู่ 127 ม.7 ต.สันดอนแก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

ยื่นยื่นที่อยู่ปัจจุบัน : 280 ต.วังเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง

ชื่อผู้ดูแล : ที่สาว ปวีณา เบอร์โทรศัพท์ 098548165

แบบส่งต่อผู้ป่วย IPD

แบบประเมิน ADL

เป็นผู้ควบคุมทีม = เหลือง

BP1 = 120 /80mmHg. P = 80ครั้ง/นาที R = 20 /

นาที T = 37 C

น้ำหนัก = 50กก. ส่วนสูง = 150ซม. รอบเอว = 80ซม.

ผู้ควบคุมโรค

การส่งต่อ = กลับบ้าน :

สภาพผู้ป่วยก่อนเข้าบ้าน = ระบุ :: ปวดฟัน

การวินิจฉัยโรค = โรค :-

ผู้ดูแล = ชื่อผู้ดูแล : ที่สาว,ปวีณา,1 :

098548165,ยื่นยื่นที่อยู่ปัจจุบัน

การสนับสนุน อุปกรณ์การแพทย์ = ไม่ได้ยื่น

Print

สามารถพิมพ์รายงานเพื่อดูรายละเอียดได้

หลังจากบันทึกและส่ง COC

อุปกรณ์การแพทย์

ชื่ออุปกรณ์

เครื่องผลิตออกซิเจน

เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องดูดเสมหะ

เครื่องพ่นยา

เตียงพร้อมเบาะ

ที่นอนลม

รถเข็น

แท่งคอ

อื่นๆ ระบุ

ไม่ได้ยื่น

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

แนบไฟล์ภาพ :

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์

จังหวัด

อำเภอ

ตำบล

กรุณาเลือกข้อมูล

กรุณาเลือกข้อมูล

กรุณาเลือกข้อมูล

โรงพยาบาลปลายทาง :

เลือกข้อมูล

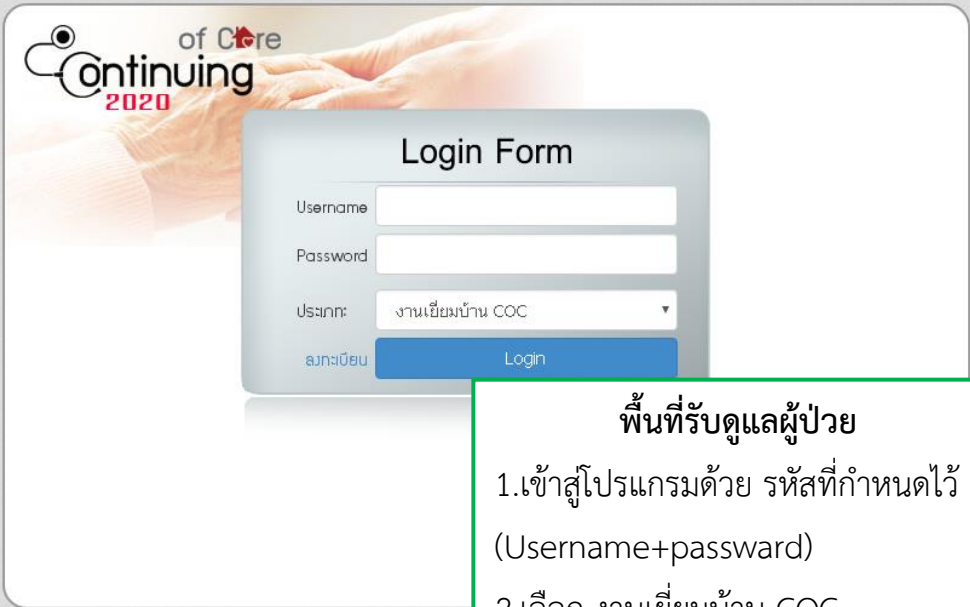
บันทึกข้อมูลและส่ง

หลังจากหน่วยส่ง OPD/IPD บันทึกข้อมูล และส่ง COC ทางศูนย์ COC จะส่งข้อมูล ไปยังพื้นที่รับผิดชอบ

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง

โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

พื้นที่รับดูแลผู้ป่วย (หน่วยรับ)



พื้นที่รับดูแลผู้ป่วย

- 1.เข้าสู่โปรแกรมด้วย รหัสที่กำหนดไว้ (Username+password)
- 2.เลือก งานเยี่ยมบ้าน COC
3. Login เข้าสู่ระบบ

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ปีข
โทร 054-237400 ต่อ
คู่มือการใช้งาน คู่มือการใช้งานAdmin

Continuity Of Care เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวเวียง (หน่วยรับ)
(สถานบริการ: รพ. ลำปาง สาขาหัวเวียง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

of Care
2020 Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	วันที่ COC ส่ง	เลขที่บัตร	หน่วย	หมายเหตุ
1	7 เมษายน 2563			

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด

Previous 1 Next

เปลี่ยนสถานบริการ
ตอบกลับ

1.ตรวจสอบรายชื่อที่รับเข้ามา
2.ตรวจสอบรายการตอบกลับเพื่อดูผลการดูแล
3.ตรวจสอบรายการนัดครั้งต่อไป
4.ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยปิด Case
5.ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
6.ระบบ FCT
7.สามารถพิมพ์ชื่อเพื่อเรียกดูข้อมูลเดิมได้

หน้าแรก

รายชื่อผู้ป่วย

รายงาน

ติดต่อเรา

Continuing of Care 2020

Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา

รายการตอบกลับ

รายการนัดครั้งต่อไป

รายชื่อผู้ป่วยปิด Case

เสียชีวิต

FCT

แสดงจำนวน 10 แถว

Search:

ลำดับ	วันที่ COC ส่ง	Visitdate	VN	AN	HN	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	หน่วยส่ง	หมายเหตุ
1	7 เมษายน 2563	2 เมษายน 2563	746					ตรวจสุขภาพ สวัสดิการ ประกันตน (รพศ./ รพท.ลำปาง)	เปลี่ยนสถานบริการ ตอบกลับ

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ

Previous 1 Next

1.เปลี่ยนสถานบริการ (สามารถเปลี่ยนสถานบริการไปยังพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอยู่จริงหรือถ้าไม่ทราบสถานบริการปลายทางให้ส่งมาที่ศูนย์ COC)

2.ตอบกลับ

ชื่ออุปกรณ์แพทย์

ชื่ออุปกรณ์

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

จังหวัด

อำเภอ

ตำบล

ลำปาง

เมืองลำปาง

..... กรุณาเลือกข้อมูล

โรงพยาบาลปลายทาง :

4667 - ศูนย์ COC รพ.ลำปาง

บันทึกข้อมูลและส่ง

เปลี่ยนสถานบริการ เลือก จังหวัด อำเภอ และตำบล จะแสดงสถานบริการในเขตพื้นที่นั้น หรือถ้าไม่ทราบสถานบริการปลายทางให้ส่งมาที่ศูนย์ COC

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขาม 1 ตำบล พระบาท อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง

โทร 054-237400 แฟกซ์ 054-237444

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

Continuing of Care 2020

Status : pcu
ชื่อ-สกุล :

วันที่รับการรักษา 2 เมษายน 2563 VN 746
เพศ : หญิง ว.ค. เกิด : 4 มิถุนายน 2539 อายุ : 23 ปี
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ต. อ. จ.
ที่อยู่ปัจจุบัน : 127 ม.7 ต.สันดอนแก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง เบอร์โทรศัพท์ : -
หมอป่วย ตรวจสอบสุขภาพสวัสดิการประกันตน แพทย์ผู้รักษา : พญ.เบญจมาศ เขียวขุ่ม
การวินิจฉัย : 2017 : Laboratory examination
>> [คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา](#)

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC **ตอบกลับ**

การตอบกลับเยี่ยมบ้าน

- 1.แบบส่งต่อผู้ป่วย (รายละเอียดการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจากหน่วยส่ง)
- 2.ประวัติการส่ง COC
- 3.ตอบกลับ

การวินิจฉัย : 2017 : Laboratory examination
>> [คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา](#)

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC **ตอบกลับ**

รายการประเมิน

ลำดับ	หัวข้อ	รายละเอียด											
1	Vital sign	BP= 121 / 80 mmHg P= 80 ครั้ง/นาที R= 20 ครั้ง/นาที T= 37 C น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 151 ซม. รอบเอว 80 ซม. BMI 22.22											
2	ผู้ป่วยกลุ่มสี	เขียว เหลือง แดง เกณฑ์ <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ฟ้าผ่าผู้ดูแลบางกิจกรรม/เกือบทั้งหมด (2) ปานกลาง (2) </td> <td> > 5-11 (2) </td> <td> > 0-4 (3) ฟ้าผ่าผู้ดูแลทั้งหมด (3) รุนแรง (3) </td> </tr> <tr> <td>คะแนนรวม</td> <td>0-3</td> <td>4-6</td> <td>7-9</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)	1	2	3	ฟ้าผ่าผู้ดูแลบางกิจกรรม/เกือบทั้งหมด (2) ปานกลาง (2)	> 5-11 (2)	> 0-4 (3) ฟ้าผ่าผู้ดูแลทั้งหมด (3) รุนแรง (3)	คะแนนรวม	0-3	4-6	7-9
กลุ่มผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)	1	2	3										
ฟ้าผ่าผู้ดูแลบางกิจกรรม/เกือบทั้งหมด (2) ปานกลาง (2)	> 5-11 (2)	> 0-4 (3) ฟ้าผ่าผู้ดูแลทั้งหมด (3) รุนแรง (3)											
คะแนนรวม	0-3	4-6	7-9										

แบบส่งต่อผู้ป่วย (รายละเอียดการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจากหน่วยส่ง ตามแบบฟอร์มส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง)

แบบส่งข้อมูลบ้าน ประวัติการส่ง COC **ตอบกลับ**

การแจ้งเตือน ::
 >> คลังข้อมูลประวัติการรักษา

แบบตอบกลับการเฝ้าบ้าน


1.แบบตอบกลับการเฝ้าบ้าน


2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค


 ตอบกลับการเฝ้า หญิงตั้งครรภ์	 มารดาหลังคลอด และทารกหลังคลอด	 เด็กกลุ่มเสี่ยง พัฒนาการ
 วัณโรค TB	 โรคหัวใจ	 โรคไต
 Palliative	 ผู้ป่วยจิตเวช	 เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)
	 PUI (COVID-19)	

การตอบกลับการเฝ้าบ้าน

1. แบบตอบกลับการเฝ้าผู้ป่วยทั่วไป
2. แบบตอบกลับเฉพาะโรค
 - ตอบกลับการเฝ้าหญิงตั้งครรภ์
 - มารดาหลังคลอด และทารกหลังคลอด
 - เด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการ
 - วัณโรค TB
 - โรคหัวใจ
 - โรคไต
 - Palliative
 - ผู้ป่วยจิตเวช
 - เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)
 - PUI (COVID-19)

แบบส่งข้อมูลบ้าน ประวัติการส่ง COC **ตอบกลับ**

การแจ้งเตือน ::
 >> คลังข้อมูลประวัติการรักษา

แบบตอบกลับการเฝ้าบ้าน


1.แบบตอบกลับการเฝ้าผู้ป่วยทั่วไป


2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค


3.แบบบันทึกการเฝ้าบ้านเฉพาะสหสาขา


 ตอบกลับการเฝ้า หญิงตั้งครรภ์	 มารดาหลังคลอด และทารกหลังคลอด	 เด็กกลุ่มเสี่ยง พัฒนาการ	 แบบบันทึกการเฝ้า โดยนักกายภาพบำบัด	 แบบบันทึกการเฝ้า โดยเภสัชกร
 วัณโรค TB	 โรคหัวใจ	 โรคไต		
 Palliative	 ผู้ป่วยจิตเวช	 เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)		
	 PUI (COVID-19)			

การตอบกลับการเฝ้าบ้าน

3. แบบบันทึกการเฝ้าบ้านเฉพาะสหสาขา
 - แบบบันทึกการเฝ้าโดยนักกายภาพบำบัด
 - แบบบันทึกการเฝ้าโดยเภสัชกร

coc.lampanghospital.com นานกว่า: 1.5299008291311 มนจ 0190004

กรุณาทําแบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไปก่อนถึงจะทําแบบประเมินได้ !!

กดลง

หอผู้ป่วย ตรวจสุขภาพสวัสดิการประกันตน เขตย้งรักษา : พญ.เบญจมาศ เขียวขุ่น

การวินิจฉัย : Z017 : Laboratory examination

>> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC คอมนกกลับ

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

หมายเหตุ แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป
ต้องตอบทุกราย ในการเยี่ยมครั้งแรก

แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยต่อเคื่องที่บ้าน โรงพยาบาลลำปาง

===== เลือกครั้งที่เยี่ยม ===== ค้นหา

วันที่เข้ารับบริการ :	วันที่เยี่ยม :	07-04-2563	1
วันที่ COC ส่ง Case :			
ระดับความรู้สึกตัว	☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว		
ประเภทผู้ป่วยหลังเยี่ยม	☒ เขียว ☐ เหลือง ☐ แดง		
เกณฑ์	กลุ่มผู้ป่วย/ (		
1. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)	1		
2.ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล	ช่วยเหลือตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1) พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบทั้งหมด (2) พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)		
3.อาการทางคลินิก/สภาพปัญหา	น้อย (1) ปานกลาง (2) รุนแรง (3)		
ค่าคะแนนรวม	0-3 4-6 7-9		
การสูบบุหรี่	☐ ไม่สูบ ☐ สูบหรี่ ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ☐ สูบอยู่ : วันละ ☐ มวน ☐ สูบมานาน		

แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

- 1.ระดับความรู้สึกตัว
- 2.ประเมินประเภทผู้ป่วยหลังเยี่ยมตามเกณฑ์ หรือเลือกประเภทผู้ป่วยกลุ่มสีได้เลย
- 3.เติมข้อมูลพื้นฐาน INHOMESS

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities Of Daily Living :)
หัวข้อ

ชื่อผู้ป่วย และ ... แล้ว ...

บันทึกแบบประเมิน

ลำดับ	กิจกรรม	การประเมิน
1	Feeding (รับประทานอาหาร)	☐ (0) ไม่สามารถดื่ก ☐ (1) ดื่กอาหารเอง ☐ (2) ดื่กอาหารและ ปกติ
2	Grooming (ล้างหน้า หวีผม)	☐ (0) ต้องการความช่วยเหลือ ☐ (1) ทำเองได้
3	Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน)	☐ (0) ไม่สามารถนั่งได้ ☐ (1) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงนั่งได้ ☐ (2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ☐ (3) ทำได้เอง
4	Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	☐ (0) ช่วยตัวเองไม่ได้ ☐ (1) ทำเองได้บ้าง ☐ (2) ช่วยตัวเองได้ดี
5	Mobility (การเคลื่อนไหว)	☐ (0) เคลื่อนไหวไปไหนไม่ได้ ☐ (1) เดินได้บ้าง

แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

3.เติมข้อมูลพื้นฐาน INHOMESS

(ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ

Link แบบประเมินเฉพาะไว้)

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

ชื่อผู้ป่วย และ ... แล้ว ...

ผู้ดูแล

ชื่อ ... ปี ... เพศ ...

ที่อยู่ปัจจุบัน ... เบอร์โทรศัพท์ ...

ประเมินการเยี่ยมบ้านตามหลัก (IN-HOME-SSS)*

การเคลื่อนไหว (I: Imobility)

☒ ดูแลตัวเองได้
☐ ดูแลตัวเองได้บางส่วนมีญาติ/เพื่อนบ้านช่วยเหลือ
☐ ดูแลตัวเองได้บางส่วนและไม่มีใครช่วยเหลือ
☐ ดูแลตัวเองไม่ได้ ไม่มีใครดูแล
☐ ดูแลตัวเองไม่ได้ มีคนดูแล

ภาวะโภชนาการ (N: Nutrition)

☐ การควบคุมอาหาร ... ☐ ไม่มีการควบคุม ...
☐ การออกกำลังกาย ... ☐ ไม่มี ...

การช่วยเหลือ (O: Other people)

☐ ขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
☐ ก้าวร้าวกันมากเกินไป
☐ มี ... ☐ ไม่มี ... ☐ ชัดแจ้ง

การใช้ยา (M: Medication)

☐ ทานยาตามแผนการรักษา
☐ สนุน/พร้ออาหารเสริม ...
☐ ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง (ชื่อเอง/คนอื่นมา) ...

แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

INHOMESS ในส่วนการเคลื่อนไหว จะ Link แบบประเมิน ADL ไว้

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

	Heart ☐ N ☐ A Abdomen ☐ N ☐ A Extremity ☐ N ☐ A Neuro ☐ N ☐ A Breast ☐ N ☐ A Other ☐ N ☐ A
	ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมากรณีนี้ ท่านมีอาการ 2Q หดใจ หอบเหนื่อย สิ้นหวังหรือไม่ ☐ ไม่มี ☒ มี รู้สึกเบื่อ ทานอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ☐ ไม่มี ☒ มี
ความปลอดภัย (S : Safety)	☐ มีความปลอดภัย ☐ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรุนแรง
ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม	☐ ทราบ/รับทราบเจ็บป่วย ☐ รับรู้ ☐ ไม่รับรู้ ☐ เชื่อในแผนการรักษาและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป คำถาม 2 Q หากตอบว่า มี ทั้งสอง จะ Link ไปแบบประเมิน 8Q, 9Q สามารถเห็นการประเมินของหน่วยส่งได้	
เรื่อง นฤภรณ์ นิลดการ	☐ Suction ☐ Feeding ☐ F/CSPC/Cystostomy โรคไต ☐ การบำบัดทดแทนไต ☐ CAPD

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

พิมพ์แบบประเมิน

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา	หัวข้อ	ประเมินที่ รพ.		ประเมินที่บ้าน	
			ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0 คะแนน	2 คะแนน	0 คะแนน	2 คะแนน
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0 คะแนน	6 คะแนน	0 คะแนน	6 คะแนน
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0 คะแนน	8 คะแนน	0 คะแนน	8 คะแนน
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0 คะแนน	9 คะแนน	0 คะแนน	9 คะแนน
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำใหตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะฆ่าให้เสียชีวิต	0 คะแนน	4 คะแนน	0 คะแนน	4 คะแนน
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวังตั้งใจที่จะให้ตาย	0 คะแนน	10 คะแนน	0 คะแนน	10 คะแนน
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0 คะแนน	4 คะแนน	0 คะแนน	4 คะแนน
รวม						

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

	☒ ระดับความพึงพอใจในการรับบริการเยี่ยมบ้าน ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ น้อย
การดูแล เรื่อง มีอุปกรณ์ หัตถการ	☐ TT ☐ Suction ☐ Feeding ☐ P/CSPC/Cystosmy โรคไต ☐ การบำบัดทดแทนไต ☐ CAPD ☐ HD ☐ PTBD/PCNT-tube ☐ Colostomy ☐ ทวารเทียม (UT) ☐ เชื้อดื้อยา ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง ออกซิเจน	☐ O2 home therapy ☐ พ่นยา ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง เผล	☐ แผลกดทับ ☐ เผลผิวหนัง บริเวณ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ เผลเรื้อรัง บริเวณ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ CWS ☐ กระเน่น ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล	☐ On skin

แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป
 เรื่องการดูแลต่างๆ ตัวเลือกไหนที่มีสีฟ้าจะLink แบบประเมิน
 เฉพาะ และสามารถเห็นการประเมินของหน่วยส่งได้

	☐ ทวารเทียม (UT) ☐ เชื้อดื้อยา ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง ออกซิเจน	☐ O2 home therapy ☐ พ่นยา ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง เผล	☐ แผลกดทับ ☐ เผลผิวหนัง บริเวณ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ เผลเรื้อรัง บริเวณ ☐ ทำแผลวันละ ครั้ง ☐ CWS ☐ กระเน่น ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง ระบบกระดูก	☐ On skin traction ☐ Hip spica ☐ External fixation ☐ เพื่อกับบริเวณแขนขา ☐ อื่นๆ ระบุ
การดูแล เรื่อง ยา	☐ ยาฉีด ☐ ยา Insulin ☐ ยา Enoxaparin ☐ ยากิน ☐ ยา Warfarine ☐ อื่นๆ ระบุ
การเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	☐ มี ☐ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ☐ มีแผลกดทับ ☐ หกล้ม ☐ มีภาวะข้อติดแข็ง ☐ Pneumonia ☐ อื่นๆ ☐ ไม่มี
ทักษะการดูแลของ	☐ ดูแลได้

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

ภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	☐ ไม่มีผลกดทับ ☐ หกล้ม ☐ มีภาวะข้อติดแข็ง ☐ Pilonidal ☐ อื่นๆ
ทักษะการดูแลของ ผู้ดูแล	☐ ดูแลได้ ☐ ดูแลไม่ได้แก้ไข ☐ ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน
การทำ Care Plan	☐ ทำ (รายการประเมิน Care Plan) ☐ ไม่ทำ
สภาพผู้ป่วยที่บ้าน	ระบุ
สรุปผลการดูแล	☐ ปิด Case หายป่วย ☐ อาการทุเลา ☐ อาการคงเดิม ☐ อาการทรุดลง ☐ ถึงแก่กรรม ☐ Re-Admit ภายใน 28 วัน ☐ ติดตามเยี่ยมไม่ได้ ☐ ไม่อยู่ในพื้นที่ ☐ ย้ายที่อยู่ ☐ ไม่สนใจให้เยี่ยม ☐ อื่นๆ
Note (บันทึกสิ่งที่ต้องการ)	สภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ต้องกรอก ถ้าไม่กรอกไม่สามารถบันทึกได้)
แบบประเมินคุณภาพชีวิต (ร่าวี)	
การติดตามเยี่ยมโดย	
บุคลากรทาง แพทย์	☐ แพทย์ ชื่อ ☐ เภสัชกร ชื่อ ☐ นักสังคมสงเคราะห์ ชื่อ ☐ นักวิชาการสาธารณสุข ชื่อ
	☐ พยาบาล ชื่อ ☐ โสตศอนาสิก ชื่อ ☐ นักกายภาพ ชื่อ ☐ อื่นๆ ระบุ

การทำ Care Plan

(หากเลือกทำ จะ Link แบบประเมิน Care Plan)

สภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ต้องกรอก ถ้าไม่กรอกไม่สามารถบันทึกได้)

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

- ต้องการบันทึกข้อมูลลงเยี่ยมบ้านให้กดบันทึกข้อมูลลงเยี่ยม (หน่วยส่งจะสามารถเห็นการตอบกลับนั้น)
- ต้องการบันทึกไว้ในหน่วยรับของตนเองให้บันทึกฉบับร่าง (สามารถบันทึกฉบับร่างก่อนแล้วมาแก้ไขข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูลลงเยี่ยม)

ผลการเปลี่ยนแปลงระดับสังคม	☐ มีการแก้ไขข้อมูลการเยี่ยมบ้านไปจัดทำนโยบาย ☐ มีนโยบายสาธารณะในชุมชน ☐ อื่นๆ ระบุ
ผลการเปลี่ยนแปลงระดับองค์กร	☐ บุคลากรมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ☐ มีนโยบาย
หน่วยงานที่ต้องการประสาน	☐ FCT อำเภอ ☐ FCT ตำบล ☐ พชอ.
Special PP	
Community Service	
รูปภาพเยี่ยม	☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์
บันทึกฉบับร่าง บันทึกข้อมูลการลงเยี่ยม	

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC ดอนกลับ

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

coc.lampanghospital.com/coc2020/print_report/print_reportReply.php?type_data=opd&case_id...
coc.lampanghospital.com/coc2020/print_report/print_reportReply.php?type_

แบบสรุปการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ชื่อ-สกุล isidate 2 เมษายน 2563 VN 746
คลินิก ตรวจสุขภาพสวัสดิการประกันตน แพทย์ผู้รักษา พญ.เบญจมาศ เขียวขลุ้ม
การวินิจฉัย Laboratory examination
อายุ 127 ม.7 ต.สันดอนแก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

แบบส่งต่อผู้ป่วย OPD แบบประเมิน ADL

ประเภทผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเยี่ยม = เชื้อยา
ครั้งที่เยี่ยม : 1
วันที่เยี่ยม : 7 เมษายน 2563
การส่งต่อ = ไม่ส่งต่อ
การส่งต่อ = ไม่เคยดื่ม
ผู้ดูแล = ผู้ดูแล, ปรีดา, พี่สาว, 280 ต.หัวเวียง อ.เมือง
จ.ลำปาง, 085925788

สภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม = สิ่งแวดล้อมในบ้าน, เป็น
ระเบียบ, สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน, สะอาด, การถ่ายเทอากาศดี
เพื่อนบ้าน = ผู้ดูแลผู้ป่วย, มีผู้ดูแลการดูแลเอาใจใส่ในของ
ครอบครัว, ดูแลเอาใจใส่ดี, สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน, มี
การใช้ยา = ทานยาตามแผนการรักษา, ความสม่ำเสมอ
ของการรักษา, สม่ำเสมอ, การรับประทานยา, ครบถ้วน, ถูก
ต้อง, การจัดเก็บยา, เหมาะสม

การตรวจร่างกาย และค่าห้อง = BP, 110, 80 mmHg,
P = 80 ครั้ง/นาที, R = 20 ครั้ง/นาที, T = 37 C, น้ำหนัก 50
กก., ส่วนสูง 150 ซม., รอบเอว 75 ซม., หดอยู่ เติร์รา หือแท้ สี
เหงื่อหรือไอน้ำ ไม่มีมีกลิ่นคาวหรืออะไรก็ไม่ผิดปกติ ไม่มีไม่มี
ความปลอดภัย = มีความปลอดภัย
ความเชื่อ ที่คนคิด คำนิยม = ทราบ/รับทราบเจ็บป่วย =
รับรู้

สามารถพิมพ์รายงานตอบกลับ
เพื่อดูรายละเอียดได้

0-4 (3)
ผู้ดูแลทั้งหมด (3)
รุนแรง (3)
7.9

แบบส่งต่อผู้ป่วย ประวัติการส่ง COC ดอนกลับ

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

1 แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

2 แบบตอบกลับเฉพาะโรค

3 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉพาะสาขาวิชา

ตอบกลับการเยี่ยม หญิงตั้งครรภ์	มารดาหรือทารก และทารกหลังคลอด	เด็กกลุ่มเสี่ยง พัฒนาการ
วัณโรค TB	โรคหัวใจ	โรคไต
Palliative	ผู้ป่วยจิตเวช	เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)
	PUI (COVID-19)	

แบบตอบกลับเฉพาะโรค คือ หญิงตั้งครรภ์,
มารดาและทารกหลังคลอด, เด็กกลุ่มเสี่ยง
พัฒนาการ, TB, โรคหัวใจ, โรคไต, Palliative
จิตเวช กายภาพ และ PUI (COVID-19)
ตัวเลือกไหนในแบบตอบกลับที่มีสีฟ้าจะLink
แบบประเมินเฉพาะ และสามารถเห็นการ
ประเมินของหน่วยส่งได้

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน TB

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย: _____

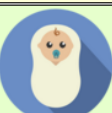
ที่อยู่ 127 หมู่ที่ 7 ตำบล สันตอนแก้ว อำเภอ เขมราฐ จังหวัด สิบปาง

เยี่ยมครั้งที่: ===== เลือกครั้งที่เยี่ยม ===== ค้นหา

+ การเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ครั้งที่เยี่ยม : 1	วันที่เยี่ยม : _____
ช่วงเวลา การเยี่ยม	วันที่: _____ เลือกวันที: _____ สัปดาห์ที่: _____ เลือกสัปดาห์ที่: _____ เดือนที่: _____ เลือกเดือน: _____
ชื่อพี่เลี้ยง	_____
ประเภทพี่เลี้ยง	☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อสม. ☐ ญาติ ☐ ผู้นำชุมชน ☐ อื่นๆ ระบุ _____
ยา	☐ ไม่ขาด ☐ ขาด : จำนวน _____ วัน ☐ กินยา
อาการข้างเคียง	☐ ไม่มีอาการ ☐ หูอื้อ ☐ ปวดข้อ ☐ ผื่นคัน ☐ ตาแดง ☐ อื่นๆ ระบุ _____
การกินอาหาร	☐ กินได้ดี ☐ กินได้น้อย ☐ กินไม่ได้ ☐ อื่นๆ ระบุ _____
การประเมิน	☐ TB Risk Score to death _____ คะแนน
ผู้เยี่ยม	ชื่อ _____ ตำแหน่ง _____
เยี่ยมโดย	☐ เยี่ยมเอง ☐ โทรศัพท
หน่วยเยี่ยม	☐ รพศ. ☐ รพท. ☐ รพช. ☐ ศสม. ☐ รพ.สต.
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	☐ Contact case _____ คน ☐ ศักดิ์รองแล้ว _____ คน
ไฟล์ภาพที่แนบมา	เลือกไฟล์: ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด เลือกไฟล์: ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

แบบตอบกลับเฉพาะโรคที่มีการ
Link แบบประเมินเฉพาะโรคไว้

2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค			3.แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉพาะสหสาขา	
 ตอบกลับการเยี่ยม หญิงตั้งครรภ์	 มารดาหลังคลอด และทารกหลังคลอด	 เด็กกลุ่มเสี่ยง พัฒนาการ	 แบบบันทึกการเยี่ยม โดยนักกายภาพบำบัด	 แบบบันทึกการเยี่ยม โดยเภสัชกร
 วัณโรค TB	 โรคหัวใจ	 โรคไต	การนัดหมาย/การตอบกลับ แบบบันทึกเยี่ยมบ้านเฉพาะสหสาขา คือ แบบบันทึกเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพ และ แบบบันทึกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร	
 Palliative	 ผู้ป่วยจิตเวช	 เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)		

การยืนยันการตอบกลับ

1. **มีการนัดเยี่ยม** ให้เลือกวันที่นัดหมายและกดยืนยันการตอบกลับ
2. **ไม่มีนัดเยี่ยม** ให้ยืนยันไม่นัดเยี่ยม และกดยืนยันการตอบกลับ



แบบบันทึกการเยี่ยม
โดยนักกายภาพบำบัด



แบบบันทึกการเยี่ยม
โดยเภสัชกร

การนัดหมาย/การตอบกลับ

นัดเยี่ยม นัดหมาย

☐ ยืนยันไม่นัดเยี่ยม

ยืนยันการตอบกลับ

ประวัติการนัดเยี่ยม



Palliative



ผู้ป่วยจิตเวช



เวชกรรมฟื้นฟู
(กายภาพ)

Continuity Of Care
เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวเวียง (หน่วยรับ)
(สถานะบริการ: รพ. ลำปาง สาขาหัวเวียง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก
รายชื่อผู้ป่วย
รายงาน
ติดต่อเรา


Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา
รายการตอบกลับ
รายการนัดครั้งต่อไป
รายชื่อผู้ป่วยปิด Case
เสียชีวิต
FCT

รายการนัดครั้งต่อไป

แสดงจำนวน 10 แถว
Search:

ลำดับ	วันที่ COC ส่ง	Visit date	นัด ครั้ง ต่อไป	VN	AN	HN	เลขที่บัตร ประชาชน	ชื่อ-สกุล	หน่วยส่ง	หมายเหตุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน
1	7 เมษายน 2563	2 เมษายน 2563	8 เมษายน 2563	746					ตรวจสุขภาพ สวัสดิการ ประกัน (รพช./ รพพ. ลำปาง)	จับเคส	127 หมู่ 7 ต.สันดอน แก้ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ
Previous 1 Next

การยืนยันการตอบกลับ

หากมีนัดเยี่ยมรายชื่อจะมาอยู่ในรายการ
นัดครั้งต่อไป เพื่อง่ายต่อการเยี่ยมครั้งต่อไป

พื้นที่ดูแลผู้ป่วย (ขาขึ้น)

Continuity Of Care

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครราชสีมา (หน่วยรับ)
(สถานบริการ: รพ.ลำปาง สาขาม่อนกระต๊อง) (ออกจากระบบ)

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงานงาน ติดต่อเรา

of Core
Continuing
2020

Status : pcu

รายชื่อรับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต **FCT**

Status : pcu
3521200302371 CreateNewCase
HN เลขที่บัตรประชาชน New Case

รายชื่อผู้ป่วยปิด Case (FCT)

1. ใช้ HN หรือ ID ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง
2. ให้เลือก New Case ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง
เพื่อทำการบันทึกประวัติใหม่
3. เลือก Create New Case จะมีรายละเอียดของผู้ป่วยขึ้นเพื่อเลือก

HN เลขที่บัตรประชาชน New Case

Search

ข้อมูลพื้นฐาน [coc]

ID	3521200302371	เพศ	2 : หญิง
ตำแหน่งหน้าชื่อ	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----	ชื่อ - สกุล	จิตนา แก้วประเสริฐ
อายุ	45	วตปี เกิด	1975-06-04
ประเภทสิทธิการรักษา	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----	เป็นผู้รับบริการ	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----
อาชีพ	201 : รับราชการ (ข้าราชการพลเรือน)	เชื้อชาติ	99 : ไทย
สัญชาติ	99 : ไทย	ศาสนา	1 : พุทธ
การศึกษา	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----	สถานบุคคล	2 : สมรส
ชื่อบิดา	นาย ใจมา	ชื่อมารดา	นาง เพ็ญ
ชื่อคู่สมรส (ถ้ามี)			

ข้อมูลตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	ชุมชน	หมู่	บ้านเลขที่
----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----	----- กรุณาเลือก -----		

ข้อมูลติดต่อได้

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	ชุมชน	หมู่	บ้านเลขที่	เบอร์โทรฯ
ลำปาง	เมืองลำปาง	พระบาท	----- กรุณาเลือก -----		18 ซอย 3 ถนน	081-0213102

ข้อมูลบุคคล

วันเกิด		ตายที่	----- กรุณาเลือกข้อมูล -----
สาเหตุการตาย		รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย	

+ CreateNewUser

Continuity Of Care

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครราชสีมา (หน่วยรับ)
(สถานบริการ: รพ.ลำปาง สาขาม่อนกระสัง) (ออกจากระบบ)

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน งาน ติดต่อเรา

of Core
Continuing
2020

Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

ชื่อ-สกุล :
เพศ : หญิง ว.ป. เกิด : 4 มิถุนายน 2518 อายุ : 44 ปี
ประเภทสิทธิการรักษา : อาชีพ : รับราชการ (ข้าราชการพลเรือน) การศึกษา : เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ต. อ. จ.
ที่อยู่ปัจจุบัน : 18 ซอย 3 ถนนพหลโยธิน อ.เมืองลำปาง จ.ลำปาง เบอร์โทรศัพท์ : 081-0213102
วันที่ตาย : - ลายที่ : -
สาเหตุการตาย : - รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย : -
>> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบฟอร์ม FCT ประวัติการส่ง FCT ประวัติการเยี่ยม FCT ตอบกลับ FCT

รายการประเมิน

ลำดับ	หัวข้อ	ประเมิน
1		☐ C น้ำหนัก ☐ กก. ส่วนสูง ☐ ซม.
2		ผู้ป่วย/ (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)

2 3

- 1.เติมข้อมูลที่จะส่งต่อของผู้ป่วย
- 2.ประวัติการส่ง FCT
- 3.ประวัติการเยี่ยม FCT
- 4.การตอบกลับ FCT

แบบฟอร์ม FCT ประวัติการส่ง FCT ประวัติการเยี่ยม FCT ตอบกลับ FCT

รายการประเมิน

ลำดับ	หัวข้อ	ประเมิน																
1	Vital sign	BP= / mmHg P= ครั้ง/นาที R= ครั้ง/นาที T= °C น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. รอบเอว ซม. BMI																
2	ผู้ป่วยกลุ่มสี	เขียว เหลือง แดง เกณฑ์ <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)</td> <td>12-20 (1)</td> <td>> 5-11 (2)</td> <td>> 8-4 (3)</td> </tr> <tr> <td>2.ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล</td> <td>ช่วยเหลือตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)</td> <td>พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบพึ่งพา (2)</td> <td>พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)</td> </tr> <tr> <td>3.อาการทางคลินิก</td> <td>ไม่มี (1)</td> <td>ปานกลาง (2)</td> <td>รุนแรง (3)</td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	1. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)	12-20 (1)	> 5-11 (2)	> 8-4 (3)	2.ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล	ช่วยเหลือตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)	พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบพึ่งพา (2)	พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)	3.อาการทางคลินิก	ไม่มี (1)	ปานกลาง (2)	รุนแรง (3)
	1	2	3															
1. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)	12-20 (1)	> 5-11 (2)	> 8-4 (3)															
2.ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล	ช่วยเหลือตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา (1)	พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/ เกือบพึ่งพา (2)	พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (3)															
3.อาการทางคลินิก	ไม่มี (1)	ปานกลาง (2)	รุนแรง (3)															

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ
(รายละเอียดเหมือนหน้าส่งต่อของหน่วยส่ง)

- 1.เติม vital sign นน. ส่วนสูงเพื่อดู BMI
- 2.ประเมินประเภทผู้ป่วยกลุ่มสีตามเกณฑ์ หรือเลือกประเภทผู้ป่วยกลุ่มสีได้เลย

วันที่ตาย: - ตายที่: -
 สาเหตุการตาย: - รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย: -
 >> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบฟอร์ม FCT **ประวัติการส่ง FCT** **ประวัติการเยี่ยม FCT** **ตอบกลับ FCT**

		0-3: ■ 4-6: ■ 7-9: ■
3	ผู้ป่วยกลุ่มโรค (สามารถเลือกได้หลายโรค) + ☐ สูงอายุ (ประเมิน ADL) ☐ ผู้พิการ (ประเมิน ADL) ☐ Stroke (ประเมิน ADL) ☐ IMC (ประเมิน ADL) ☐ มะเร็ง (ประเมิน ADL) ☐ Palliative Care (ประเมิน Palliative Care) ☐ กุมภาพันธ์ ☐ จิตเวช (ประเมิน 9Q/8Q)	
	☐ ศัลยกรรม ☐ ศัลยกรรมและการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ☐ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ☒ สูติเวชกรรม ☐ ANC ☐ ANC ปกติ ☐ ANC High risk ☐ อายุรกรรม ☐ Preeclampsia ☐ สูติกรรม ☐ GDM ☐ Anemia ☐ อื่นๆ ระบุ ☐ มารดาอายุน้อย ☐ Twins ☐ Preterm ☐ Previous CS ☐ อื่นๆ ระบุ ☐ มารดาอายุมาก ☐ ได้รับการฝังยาคุม ☐ ไม่ได้รับการฝังยาคุม ☐ คุมกำเนิด ☐ ไม่คุมกำเนิด ☐ มารดาหลังคลอด ☐ คลอดปกติ ☐ คลอดมี ☐ Cesarean delivery	

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

3.ผู้ป่วยกลุ่มโรค (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินเฉพาะกลุ่มโรคไว้)

☐ โรคทาง
 นรีเวช
☐ อื่นๆ ระบุ

☐ หัวใจ
☐ หูดจมูก
☐ อายุรกรรม
☐ Sepsis
☒ TB ☐ รายใหม่
☐ TB Risk Score to
☐ รายเก่า
☐ MDR

☐ โรคไต
☐ COPD
☒ NCD ☒ DM ☐ Uncontrolled
☒ HT ☐ New case
☐ Uncontrolled
☐ New case

☒ หันต
 กรรม

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

3.ผู้ป่วยกลุ่มโรค (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ Link แบบประเมินเฉพาะกลุ่มโรคไว้)

		☐ กลุ่มโรคอื่นๆ ระบุ	
4	การส่งต่อ	☐ กลับบ้าน ☐ ส่งกลับ รพช. ----- เลือก รพช. ----- ☐ ส่งกลับ โรงพยาบาลอื่นๆ ระบุ ----- เลือก รพช. ----- ☐ เรือนจำกลางลำปาง ☐ หันตสถานบำบัดพิเศษลำปาง ☐ อื่นๆ ระบุ	ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ 4.การส่งต่อ 5.สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 6.การวินิจฉัยโรค 7.สถานะผู้ป่วย 8.ผู้ดูแล
5	สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	☒ ระบุ 1	
6	การวินิจฉัยโรค	☒ โรค 1 ☐ การผ่าตัด	
7	สถานะผู้ป่วย	☐ ผู้ป่วย New case ☐ ผู้ป่วย Re-Admit (ภายใน 28 วัน)	
8	ผู้ดูแล	☐ ชื่อ เกี่ยวข้องเป็น ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เบอร์โทรศัพท์ ☐ ยืนยันที่อยู่เดิมผู้ป่วย(ตามSSB) ☒ ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน *	

แบบฟอร์ม FCT		ประวัติการการส่ง FCT	ประวัติการการเยี่ยม FCT
9	ส่งต่อการดูแล เรื่อง มี อุปกรณ์/ หัตถการ	☐ TT ☐ Suction ☐ Feeding ☐ F/C/SPC/Cystosmy ☐ โรตไต ☐ การบำบัดทดแทนไต ☐ CAPD ☐ HD ☐ PTBD/PCNT-tube ☐ Colostomy ☐ ทวารเทียม (UT) ☐ เชื้อดื้อยา ☐ อื่นๆ ระบุ	☐ O2 home therapy ☐ พ่นยา ☐ อื่นๆ ระบุ
	ส่งต่อการดูแล เรื่อง ออกซิเจน	☐ แผลกดทับ ☐ แผลผ่าตัด ☐ บริ ☐ ทำแผลวันละ ☐ ครั้ง ☐ แผลเรื้อรัง ☐ บริ ☐ ทำแผลวันละ ☐ ครั้ง ☐ CWS ☐ คะแนน ☐ อื่นๆ ระบุ	

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

9.ส่งต่อการดูแล

- ส่งต่อการดูแล เรื่องอุปกรณ์/
หัตถการ (ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า
คือ มีการ Link แบบประเมิน
เฉพาะอุปกรณ์/หัตถการไว้)
- ส่งต่อการดูแล เรื่องออกซิเจน
- ส่งต่อการดูแล เรื่องแผล
(ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ
Link แบบประเมินเฉพาะแผลไว้)

แบบฟอร์ม FCT		ประวัติการการส่ง FCT	ประวัติการการเยี่ยม FCT
	เรื่อง แผล	☐ แผลผ่าตัด ☐ บริ ☐ ทำแผลวันละ ☐ ครั้ง ☐ แผลเรื้อรัง ☐ บริ ☐ ทำแผลวันละ ☐ ครั้ง ☐ CWS ☐ คะแนน ☐ อื่นๆ ระบุ	
	ส่งต่อการดูแล ต่อ เรื่อง ระบบ กระดูก	☐ On skin traction ☐ Hip spica ☐ External fixation ☐ เฟื่อกระดูกแขนขา ☐ อื่นๆ ระบุ	
	ส่งต่อการดูแล เรื่อง มีปัญหา ด้านสังคม	☐ ไม่มีคนดูแล ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ☐ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ	
	ส่งต่อการ ดูแล เรื่อง ยา	☐ ยาฉีด ☐ ยา Insulin ☐ ยา Enox ☐ ยาอื่น ☐ ☐ ยา Warfarine ☐ อื่นๆ ระบุ	
	ส่งต่อการดูแล เรื่อง ติดตาม	☐ อ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก (Hemi paresis) ☐ อ่อนแรงแขนขา ☐ อ่อนแรงครึ่งท่อนล่าง (Para paresis) ☐ มีปัญหาด้านการพูดการกลืน (Dysphasia)	

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

9.ส่งต่อการดูแล

- ส่งต่อการดูแล เรื่องระบบกระดูก
- ส่งต่อการดูแล เรื่องมีปัญหาด้าน
สังคม
- ส่งต่อการดูแล เรื่องยา
(ในตัวหนังสือที่เป็นสีฟ้า คือ มีการ
Link แบบประเมินการฉีดไว้)
- ส่งต่อการดูแล เรื่องการติดตาม
กายภาพบำบัด
- ส่งต่อการดูแล เรื่องการติดตาม
ดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิการ

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

- 10.การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์
(สามารถแนบไฟล์ภาพทั้งหมด 5 ไฟล์)
- 11.ต้องการส่งต่อดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านให้กด **บันทึกข้อมูลและส่ง COC**
- 12.ต้องการบันทึกไว้ในหน่วยส่งของตนเอง ให้ **บันทึกฉบับร่าง** (สามารถบันทึกฉบับร่างก่อนแล้วมาแก้ไขข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูลและส่ง COC ได้)

	ส่งต่อการดูแลเรื่อง ติดตาม กายภาพบำบัด	☐ อ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก (Hemi p ☐ อ่อนแรงครึ่งท่อนล่าง (Para p ☐ มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ ☐ อื่นๆ ระบุ
	ส่งต่อการดูแลเรื่อง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม พิการ	☐ การเคลื่อนไหว ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ ด้านจิตใจ ☐ ด้านพฤติกรรม ☐ ด้านสติปัญ ☐ ออทิสติก
	ส่งต่อการดูแลเรื่อง อื่นๆ	☐ อื่นๆ ระบุ
10	การสนับสนุน อุปกรณ์การ แพทย์	☐ ยืมจากโรงพยาบาล/หน่วยบริ ☐ ไม่ได้ยืม
	แนบไฟล์ภาพ :	☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์
		บันทึกและลงเยี่ยม บันทึกข้อมูลและส่งCOC

ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ

ในส่วนของ FCT มี 2 กรณี ดังนี้

- 1.บันทึกลงเยี่ยม คือ การบันทึกเพื่อลงเยี่ยมใน
สถานบริการของตนเอง
- 2.บันทึกข้อมูลและส่ง COC คือ การบันทึกข้อมูล
และส่งให้ศูนย์ COC ส่งต่อไปยังสถานบริการ
ปลายทางตามที่อยู่ หรือ เพื่อให้ทีมสหสาขา
งลงเยี่ยมใน Case นั้น

	ส่งต่อการดูแลเรื่อง ติดตาม กายภาพบำบัด	☐ อ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก (Hemi p ☐ อ่อนแรงครึ่งท่อนล่าง (Para p ☐ มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ/ปัส ☐ อื่นๆ ระบุ
	ส่งต่อการดูแลเรื่อง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม พิการ	☐ การเคลื่อนไหว ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ ด้านจิตใจ ☐ ด้านพฤติกรรม ☐ ด้านสติปัญ ☐ ออทิสติก
	ส่งต่อการดูแลเรื่อง อื่นๆ	☐ อื่นๆ ระบุ
10	การสนับสนุน อุปกรณ์การ แพทย์	☐ ยืมจากโรงพยาบาล/หน่วยบริ ☐ ไม่ได้ยืม
	แนบไฟล์ภาพ :	☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์ ☐ เลือกไฟล์ ☐ ไม่ได้เลือกไฟล์
		บันทึกและลงเยี่ยม บันทึกข้อมูลและส่งCOC

Continuing of Care 2020 Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอนกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

Status : pcu

CreateNewCase

HN เลขที่บัตรประชาชน New Case

รายชื่อที่ส่ง (COC) รายการตอนกลับ (COC) รายชื่อที่ลงเยี่ยม (FCT)

รายการนัดครั้งต่อไป (FCT)

รายชื่อที่ส่ง (COC)

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	HN	CID	ชื่อ-สกุล	หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล	วันที่บันทึกข้อมูล	ส่งต่อปลายทาง	หมายเหตุ
1				ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ประเท	7 เมษายน 2563 เวลา 13:16 น.	ศูนย์ COC	รายละเอียด

บันทึกข้อมูลและส่ง COC รายชื่อจะไปอยู่ในช่อง รายชื่อที่ส่ง (COC)

บันทึกและลงเยี่ยม รายชื่อจะไปอยู่ในช่อง รายชื่อลงเยี่ยม (FCT)

Continuity Of Care เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวเวียง (หน่วยรับ) (สถานบริการ: รพ. ลำปาง สาขาหัวเวียง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงาน ติดต่อเรา

Continuing of Care 2020 Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอนกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	วันที่ COC ส่ง	Visitdate	VN	AN	HN	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	หน่วยส่ง	หมายเหตุ
1	7 เมษายน 2563							ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ประเท (รพ. ลำปาง สาขาเมือง ประเท)	เปลี่ยนสถานบริการ ตอนกลับ

กรณี บันทึกข้อมูลและส่ง COC

- ข้อมูลจะส่งมาที่ ศูนย์ COC
- ศูนย์ COC ส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลปลายทาง หรือประสานทีมสหสาขาเพื่อลงเยี่ยม

Continuity Of Care เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครเทিং (หน่วยรับ)
(สถานบริการ: รพ.ลำปาง สาขาม่อนกระตัง) (ออกจากระบบ)

หน้าแรก รายชื่อผู้ป่วย รายงานงาน ติดต่อเรา

of Core
Continuing
2020

Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

Status : pcu
CreateNewCase
HN เลขที่บัตรประชาชน New Case

รายชื่อที่ส่ง (COC) รายการตอบกลับ (COC) รายชื่อที่ส่งเยี่ยม (FCT) รายการนัดครั้งต่อไป (FCT)

รายชื่อที่ส่ง (COC)

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	HN	CID	ชื่อ-สกุล	หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล	วันที่บันทึกข้อมูล	ส่งต่อปลายทาง	หมายเหตุ
1				ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครเทিং (รพ.ลำปาง สาขาม่อนกระตัง)	7 เมษายน 2563 เวลา 13:16 น.	99002 รพ.ลำปาง สาขาหัวเวียงศูนย์ COC	รายละเอียด

ตั้งแต่ 18 previous 1 Next

กรณี บันทึกข้อมูลและส่ง COC
3.สถานบริการต้นทางที่ส่งผู้ป่วยมาให้ ศูนย์ COC สามารถดูรายละเอียดการตอบกลับได้

Continuing
2020

Status : pcu

ชื่อ-สกุล :

เพศ : หญิง ว.ป. เกิด : 4 มิถุนายน 2518 อายุ : 44 ปี

ประเภทหลังการรักษารักษา : อาชีพ : รับราชการ (ข้าราชการพลเรือน) การศึกษา : เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ต. อ. จ.

ที่อยู่ปัจจุบัน : 18 ซอย 3 ถนนพหลโยธิน ม. ต.พหลโยธิน อ. เมืองลำปาง จ.ลำปาง เบอร์โทรศัพท์ : 081-0213102

วันที่ตาย : - สถานที่ตาย : -

สาเหตุการตาย : - รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย : -

>> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบฟอร์ม FCT ประวัติการส่ง FCT ประวัติการเยี่ยม FCT **ตอบกลับ FCT**

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

1.แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค

3.แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉพาะสาขา

 ตอบกลับการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	 มารดาหลังคลอดและทารกหลังคลอด	 เด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการ	 แบบบันทึกการเยี่ยมโดยนักกายภาพบำบัด	 แบบบันทึกการเยี่ยมโดยเภสัชกร
--	---	--	---	---

Continuing of Care 2020 Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

Status : pcu
CreateNewCase
HN เลขที่บัตรประชาชน New Case

รายชื่อที่ส่ง (COC) รายการตอบกลับ (COC) รายชื่อที่ลงเยี่ยม (FCT)
รายการนัดครั้งต่อไป (FCT)

กรณี บันทึกข้อมูลและลงเยี่ยม

- 1.หลังจากบันทึกหน้าส่ง รายชื่อจะมาอยู่ในช่อง รายชื่อที่ลงเยี่ยม
- 2.เลือกตอบกลับ เพื่อเข้าไปตอบกลับรายชื่อนั้น

วันที่บันทึกข้อมูล 7 เมษายน 2563 เวลา 13:59 น.

หมายเหตุ

ตอบกลับ ลบข้อมูล

วันที่ตาย : - ตายที่ : -
สาเหตุการตาย : - รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย : -
>> คลิกเพื่อดูประวัติการรักษา

แบบฟอร์ม FCT ประวัติการการส่ง FCT ประวัติการการเยี่ยม FCT **ตอบกลับ FCT**

แบบตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

1.แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค

3.แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉพาะสาขา

ตอบกลับการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และทารกหลังคลอด เด็กกลุ่มเสี่ยง พัฒนาการ

แบบบันทึกการเยี่ยมโดยนักกายภาพบำบัด

แบบบันทึกการเยี่ยมโดยเภสัชกร

กรณี บันทึกข้อมูลและลงเยี่ยม

- 3.ตอบกลับการเยี่ยมบ้าน (รายละเอียดหน้าตอบกลับเหมือนแบบตอบกลับหน่วยรับที่เคยกล่าวมาในข้างต้น)

ตอบกลับ
เยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป
บันทึกข้อมูล



1.แบบตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทั่วไป

2.แบบตอบกลับเฉพาะโรค



ตอบกลับการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์



มารดาหลังคลอดและทารกหลังคลอด



เด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการ

3.แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเฉพาะสาขา



แบบบันทึกการเยี่ยมโดยนักกายภาพบำบัด



แบบบันทึกการเยี่ยมโดยเภสัชกร

การยืนยันการตอบกลับ

1.มีการนัดเยี่ยมให้เลือกว่าวันไหนนัดหมายและกดยืนยันการตอบกลับ

2.ไม่มีนัดเยี่ยมให้ยืนยันไม่นัดเยี่ยม และกดยืนยันการตอบกลับ

การนัดหมาย/การตอบกลับ

นัดเยี่ยม นัดหมาย

☐ ยืนยันไม่นัดเยี่ยม

ยืนยันการตอบกลับ

ประวัติการนัดเยี่ยม	
1	08/04/2563

Palliative
ผู้ป่วยจิตเวช
เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพ)


Status : pcu

รายชื่อที่รับเข้ามา รายการตอบกลับ รายการนัดครั้งต่อไป รายชื่อผู้ป่วยปิด Case เสียชีวิต FCT

Status : pcu

CreateNewCase

☐ HN ☒ เลขที่บัตรประชาชน ☐ New Case

รายชื่อที่ส่ง (COC)
รายการตอบกลับ (COC)
รายชื่อที่ลงเยี่ยม (FCT)

รายการนัดครั้งต่อไป (FCT)

รายการนัดครั้งต่อไป (FCT)

แสดงจำนวน แถว

Search:

ลำดับ	HN	CID	ชื่อ-สกุล	หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล	วันที่นัดครั้งต่อไป	วันที่บันทึกข้อมูล	ทม
					08/04/2563	7 เมษายน 2563 เวลา	ดู ลบ

การยืนยันการตอบกลับ

หากมีนัดเยี่ยมรายชื่อจะมาอยู่ในรายการนัดครั้งต่อไป (FCT) เพื่อง่ายต่อการเยี่ยมครั้งต่อไป

รายงานเยี่ยมบ้าน COC

ลำดับที่	ชื่อรายงาน	หมายเหตุ
1	กราฟความครอบคลุมของการติดต่อเยี่ยม	[ดูรายงาน]
2	กราฟสรุปภาพรวมกลุ่ม FCT หลัก	[ดูรายงาน]
3	ข้อมูลรายงาน FCT (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
4	กราฟความทันเวลาของการติดตามเยี่ยม	[ดูรายงาน]
5	ข้อมูลรายงาน FCT (จำแนกตามข้อมูลเยี่ยม)	[ดูรายงาน]
6	รายงานเคสผู้ป่วยที่ส่งผ่านศูนย์coc ในสถานบริการตนเอง (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
7	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
8	รายงานเคสผู้ป่วยที่ตอบกลับศูนย์coc ในสถานบริการตนเอง (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]
9	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]
10	รายงานหน่วยรับ	[ดูรายงาน]
11	รายงานหน่วยส่ง	[ดูรายงาน]
12	รายงานหน่วยส่ง (รายชื่อผู้ป่วยที่ส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
13	รายงานหน่วยรับ (รายชื่อผู้ป่วยที่ตอบกลับมา)	[ดูรายงาน]
14	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
15	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์

- 1.เข้าสู่โปรแกรมด้วย รหัสที่กำหนดไว้
(Username + password)
- 2.เลือก ศูนย์เครื่องมือทางการแพทย์
3. Login เข้าสู่ระบบ

ศูนย์ COC โรงพยาบาลลำปาง 280 ป่าขนาน 1 ตำบลหัวเวียง อำเภอเมืองลำปาง ลำปาง
โทร 054-237400 ต่อ 4667 แฟกซ์ 054-237444
☎ คู่มือการใช้งาน ☎ คู่มือการใช้งานAdmin

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์ COC (ผู้บริหาร) (ศูนย์ coc)
(สถานบริการ, รพศ./รพท. ลำปาง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายงาน ติดต่อเรา

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ Status : coc

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

แสดงจำนวน 10 แถว

ลำดับ	วันที่ ยืม	วันที่ คืน	HN	CID
1	12 มีนาคม 2563	10 มิถุนายน 2563	0944860	1528900032

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ

- 1.รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์
- 2.รายชื่อที่คืนอุปกรณ์
- 3.รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ
- 4.ทะเบียนอุปกรณ์
- 5.ทะเบียนรับบริจาค

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ Status : coc

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

+ ลงทะเบียนอุปกรณ์

ทะเบียนอุปกรณ์เครื่องจักร

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	ประเภทอุปกรณ์	รหัสครุภัณฑ์	รหัสครุภัณฑ์	สถานที่	ปี	ราคา	สถานะ	รายละเอียด/แก้ไข
1	เครื่องผลิตออกซิเจน	ครุภัณฑ์						
2	เครื่องผลิตออกซิเจน	ครุภัณฑ์	6515-003-4428/0076/59	โรงพยาบาลสาป่าง	17 ธันวาคม 2558	16,700.00	พร้อมใช้	รายละเอียด/แก้ไข

ทะเบียนอุปกรณ์ เลือกลงทะเบียนอุปกรณ์ ในการเพิ่มอุปกรณ์ในสถานบริการตนเอง

ทะเบียนอุปกรณ์

1.กรอกรายละเอียดการลงทะเบียนอุปกรณ์

1.1 รหัสครุภัณฑ์

1.2 ประเภทอุปกรณ์

1.3 ขนาด

1.4 สถานบริการ

1.5 วันที่ซื้อ

1.6 ราคา

1.7 สถานะ

ได้แก่ พร้อมใช้งาน มีผู้ใช้งาน

ทะเบียนอุปกรณ์การแพทย์

<<< กลับรายการลงทะเบียนอุปกรณ์

รหัสครุภัณฑ์COC

ประเภทอุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจน

ขนาด

สถานบริการ

โรงพยาบาลสาป่าง

รพ.สต.

รพช.

เลือก รพช.

วันที่ซื้อ

ราคา

พร้อมใช้ มีผู้ใช้งาน ชำรุด

ราคา

บันทึก

2.กดบันทึก

[รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์](#)
[รายชื่อที่ดินอุปกรณ์](#)
[รายชื่อที่ดินอุปกรณ์ไม่ครบ](#)
[ทะเบียนอุปกรณ์](#)
[ทะเบียนรับบริจาค](#)

แสดงจำนวน แถว
 Search:

ลำดับ	ประเภทอุปกรณ์	ประเภทรหัสครุภัณฑ์	รหัสครุภัณฑ์COC	สถานบริการ	วันที่ซื้อ	ราคา	สถานะอุปกรณ์	หมายเหตุ
1	เครื่องผลิตออกซิเจน	ครุภัณฑ์	6515-003-4428/0075/59	โรงพยาบาลลำปาง	17 ธันวาคม 2558	16,700.00	มีผู้ใช้งาน	รายละเอียด/แก้ไข ลบ
2	เครื่องผลิตออกซิเจน	ครุภัณฑ์	6515-003-4428/0076/59	โรงพยาบาลลำปาง	17 ธันวาคม 2558	16,700.00	พร้อมใช้	รายละเอียด/แก้ไข ลบ
			-003-077/59	โรงพยาบาลลำปาง	17 ธันวาคม 2558	16,700.00	พร้อมใช้	รายละเอียด/แก้ไข ลบ
			-003-071/59	โรงพยาบาลลำปาง	21 เมษายน 2563	15,000.00	พร้อมใช้	รายละเอียด/แก้ไข ลบ

ทะเบียนอุปกรณ์

หลังจากบันทึกเรียบร้อยแล้วจะขึ้นรายชื่อในหน้าทะเบียนอุปกรณ์

[รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์](#)
[รายชื่อที่ดินอุปกรณ์](#)
[รายชื่อที่ดินอุปกรณ์ไม่ครบ](#)
[ทะเบียนอุปกรณ์](#)
[ทะเบียนรับบริจาค](#)

+ ลงทะเบียนรับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์

ทะเบียนอุปกรณ์บริจาค

แสดงจำนวน แถว
 Search:

ลำดับ	ประเภทอุปกรณ์	ประเภทรหัสครุภัณฑ์	รหัสครุภัณฑ์	สถานะ	วันที่รับ	สถานะ
1	เครื่องผลิตออกซิเจน	บริจาค	0158			

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ

ทะเบียนรับบริจาค

เลือกลงทะเบียนรับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์ในการเพิ่มอุปกรณ์ในสถานบริการตนเอง

ทะเบียนรับบริจาค

1.กรอกรายละเอียดการลงทะเบียน
อุปกรณ์

1.1 รหัสครุภัณฑ์
(จะขึ้นรหัสอัตโนมัติ)

1.2 ประเภทอุปกรณ์

1.3 ขนาด

1.4 สถานบริการ

1.5 วันที่ซื้อ

1.6 ราคา

1.7 สถานะ

ได้แก่ พร้อมใช้งาน มีผู้ใช้งาน ชำรุด

อุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

<<< กลับรายการลงทะเบียนอุปกรณ์

ลงทะเบียนรับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์

รหัสครุภัณฑ์COC Dev-63-1587540875

ประเภทอุปกรณ์ ----- เลือกประเภทอุปกรณ์ -----

ขนาด

สถานบริการ ☐ โรงพยาบาลสาป่าง ☐ ตสม. ----- เลือก ตสม. ----- ☐ รพ.สต. รพสต.บุญนาถพัฒนา นิคม 16 หมู่ที่ 07 ☐ รพช. ----- เลือก รพช. -----

วันที่ซื้อ

ราคา

☒ พร้อมใช้ ☐ มีผู้ใช้งาน ☐ ชำรุด

บันทึก

2.กดยืนยัน

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์

Status : coc

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

+ ลงทะเบียนรับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์

ทะเบียนอุปกรณ์บริจาค

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	ประเภทอุปกรณ์	ประเภทรหัสครุภัณฑ์	รหัสครุภัณฑ์COC	สถานบริการ	รับบริจาค	ราคา	สถานะอุปกรณ์	หมายเหตุ
1	เครื่องผลิตออกซิเจน	บริจาค	Dev-63-1583986108		12 มีนาคม 2563	500.00	พร้อมใช้	รายละเอียด/แก้ไข

Previous 1 Next

ทะเบียนรับบริจาค

หลังจากบันทึกเรียบร้อยแล้วจะขึ้น
รายชื่อในหน้าทะเบียนรับบริจาค

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

+ ยืมอุปกรณ์

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์

แสดงจำนวน 10 แถว Search:

ลำดับ	วันที่ ยืม	วันที่ คืน	ชื่อ ผู้ป่วย	ชื่อ อุปกรณ์	ยืม โดย
1	12 มีนาคม 2563		มี...		

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ Previous 1 Next

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์

เลือกยืมอุปกรณ์ ในการยืมอุปกรณ์ในสถานบริการตนเอง

<<< กลับ

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์

1. กรอก HN CID หรือ NEW CASE

ดำเนินการ

☐ HN ☒ CID ☐ NEW CASE

ยืมอุปกรณ์การแพทย์

HN 0195564 CID 1529900829151 ชื่อ-สกุล ปกัสสร กันทะ อายุ 24

ประเภทอุปกรณ์ เลขครุภัณฑ์/รหัสครุภัณฑ์
ที่ใดลงทะเบียนไว้ เขตรับผิดชอบ

เครื่องผลิตออกซิเจน	เลือกอุปกรณ์	☐ ศสม.	เลือก ศสม.
O2 Tank	เลือกอุปกรณ์	☐ รพ.สต.	เลือก รพ.สต.
เกยออกซิเจน	เลือกอุปกรณ์	☐ รพช.	เลือก รพช.
เครื่องช่วยหายใจ	เลือกอุปกรณ์	☐ เรือนจำ	☐ ทนทสสถาน
เครื่องพ่นยา	เลือกอุปกรณ์		
เครื่องดูดเสมหะ	เลือกอุปกรณ์		
เตียงพร้อมเบาะ	เลือกอุปกรณ์		
ที่นอนลม	เลือกอุปกรณ์		
รถเข็น	เลือกอุปกรณ์		

ชื่อผู้ยืม Phone ผู้ให้ยืม

วันที่ยืม ที่อยู่ปัจจุบัน กลุ่มโรค Asthma

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์

2.กรอกรายละเอียดการลงทะเบียนอุปกรณ์

2.1 เลขครุภัณฑ์ที่ได้ลงทะเบียนไว้

2.2 เขตรับผิดชอบ

2.3 ชื่อผู้ยืม

2.4 Phone

2.5 ผู้ให้ยืม

2.6 วันที่ยืม

2.7 ที่อยู่ปัจจุบัน

2.8 กลุ่มโรค

รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ

ทะเบียนอุปกรณ์

ทะเบียนรับบริจาค

ดำเนินการ

☐ HN
☒ CID
☐ NEW CASE

ยืมอุปกรณ์การแพทย์

529900829151

ชื่อ-สกุล

ปภัสสร กันทะ

อายุ

24

เลขครุภัณฑ์/รหัสครุภัณฑ์

ที่ได้ลงทะเบียนไว้

น : 6515-003-4428/0076/5

น : 6515-003-4428/0077/5

น : Dev-63-1583986108

น : 6515-003-4428/0071/5

เขตรับผิดชอบ

☐ ศสม.

----- เลือก ศสม. -----

☐ รพ.สต.

----- เลือก รพสต. -----

☐ รพช.

----- เลือก รพช. -----

☐ เรือนจำ
☐ หันตสถานที่

name

ผู้ให้ยืม

ที่อยู่ปัจจุบัน

บันทึกข้อความ เรื่อง การขอยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ - Google Chrome

coc.lampanghospital.com/coc2020/medequip_center/note_lend_p3.php?mceq_code=mceq_63158754114

พิมพ์
รวม: หน้ากระดาษ 1 หน้า

พิมพ์ ยกเลิก

ปลายทาง HP LaserJet Pro MFP ...
เปลี่ยน...

หน้า ☒ ทั้งหมด
☐ เช่น 1-5, 8, 11-13

จำนวนชุด 1 + -

รูปแบบ แนวตั้ง

ตัวเลือก ☐ ลดความซับซ้อนของหน้า
☐ สองด้าน

+ การตั้งค่าเพิ่มเติม

พิมพ์โดยใช้ช่องโต้ตอบของระบบ... (Ctrl+Shift+P)

เมื่อสิ้นสุดการใช้งาน ขอให้เสียบ/ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์

ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ทั้งหมด 4 รายการ

บันทึกข้อความ
เรื่อง การขอยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์
เรียน เจ้าหน้าที่งานดูแลต่อเนื่องและศูนย์อุปกรณ์ (COC) โรงพยาบาลลำปาง

ชื่อผู้ยื่น ขาด อายุ ปี ที่อยู่ 128 ถนนพหลโยธิน อ.เมือง จ.ลำปาง เบอร์โทร 05862947

มีความประสงค์ขอยืมอุปกรณ์ใช้สำหรับผู้ป่วยที่บ้านดังนี้
เครื่องมือผลิตออกซิเจน หมายเลขชุดที่ 6515-003-4428/0076/59

เพื่อใช้กับผู้ป่วยชื่อ ปรีดีพร กัมพะ อายุ 24 ปี HN 0195564 พอลิโวย

ที่อยู่ 128 ถนนพหลโยธิน อ.เมือง จ.ลำปาง

ขอรับผลิตออกซิเจนของรพศ/รพม

ข้าพเจ้ามีสิทธิใช้ตามสัญญา หากอุปกรณ์ที่ขอยืมไปใช้กับผู้ป่วยเกิด ชำรุด เสียหาย หรือใช้งานไม่ได้ อันเนื่องจากการใช้งาน ข้าพเจ้ายินยอมเสียค่าบำรุงรักษาให้แก่โรงพยาบาลตามความเป็นจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ชื่อ/สกุลผู้ยื่น(ตัวบรรจง).....
เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม

วันเดือนปีที่ยื่น 22-04-2563

หมายเหตุ 1. ส่งคืนเมื่อวันที่ สถานะ ☐ คาย ☐ หุเลา ☐ ชำรุด

2. กรณีรักษาความสะอาดอุปกรณ์ที่ยืม

3. กรณีพบปัญหาการใช้งาน แจ้งได้ที่ 054-237-400 ต่อ 4667

4. เมื่อสิ้นสุดการใช้งาน ขอให้เสียบ/ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ให้เรียบร้อยและนำมาคืน

ด้วย เพื่อผู้ป่วยคนต่อไปจะได้มีใช้ต่อไป

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์
สามารถพิมพ์ การขอยืมอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ได้

เข้าสู่ระบบโดย Username: ศูนย์ COC (ผู้บริหาร) (ศูนย์ coc)
(สถานบริการ: รพต./รพท. ลำปาง) [ออกจากระบบ]

หน้าแรก รายงาน ติดต่อเรา

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ Status : coc

รายชื่อที่ยืมอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ รายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

+ ยืมอุปกรณ์

แสดงจำนวน 10 แถว

ลำดับ	วันที่ ยืม	วันที่ คืน	HN	CID	ชื่อ-สกุล	กลุ่มโรค	รายละเอียด	หมายเหตุ
1	0 543	1 เมษายน 2513	0195564	1529900829151	ปรีดีพร กัมพะ	Asthma	บันทึกข้อความ	คืน ลบ

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ

Previous 1 Next

การคืนอุปกรณ์
1. กดคืน ในช่องหมายเหตุ

คินอุปกรณ์การแพทย์

HN CID
 ชื่อ-สกุล อายุ

เขตรับผิดชอบ

ประเภทอุปกรณ์	เลขครุภัณฑ์/รหัสครุภัณฑ์ ที่คลังของนิยมนำไว้
เครื่องผลิตออกซิเจน	6515-003-4428/0076
O2 Tank	
แก๊สออกซิเจน	
เครื่องช่วยหายใจ	
เครื่องพ่นยา	
เครื่องดูดเสมหะ	
เตียงพร้อมเบาะ	
ที่นอนลม	
รถเข็น	

ชื่อผู้ยืม Phone

วันที่ยืม ที่อยู่ปัจจุบัน กลุ่มโรค

วันที่คืน

เหตุผลการคืน
☐ เสียชีวิต ☐ ทูเลา ☐ ชำรุด
 สถานะการคืน ☒ คืนครบ ☐ คืนไม่ครบ

บันทึก

การคืนอุปกรณ์

- เช็คช่องคืน ในรายการอุปกรณ์ที่มาคืนนั้น
- เหตุผลการคืน
- สถานะการคืน คือ คืนครบ คืนไม่ครบ
- กดบันทึก

ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ Status : coc

รายชื่อกู้ยืมอุปกรณ์ รายชื่อกู้คืนอุปกรณ์ รายชื่อกู้คืนอุปกรณ์ไม่ครบ ทะเบียนอุปกรณ์ ทะเบียนรับบริจาค

รายชื่อที่คืนอุปกรณ์

แสดงจำนวน แถว Search:

วันที่	วันที่	ชื่อ-	กลุ่ม	รายละเอียด	หมายเหตุ
2563	2563	วงศ์	Asthma	รายละเอียด	บันทึกข้อความ
4	13	ปัทมา เจริญทรัพย์	Asthma	รายละเอียด	บันทึกข้อความ

การคืนอุปกรณ์

หากคืนครบจะขึ้นในรายชื่อที่คืนอุปกรณ์
 และคืนไม่ครบจะขึ้นในรายชื่อที่คืนอุปกรณ์ไม่ครบ

รายงานศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์

ลำดับที่	ชื่อรายงาน	หมายเหตุ
1	กราฟความครอบคลุมของการติดต่อเยี่ยม	[ดูรายงาน]
2	กราฟสรุปภาพรวมกลุ่ม FCT หลัก	[ดูรายงาน]
3	ข้อมูลรายงาน FCT (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
4	กราฟความถี่ในเวลาของการติดตามเยี่ยม	[ดูรายงาน]
5	ข้อมูลรายงาน FCT (จำแนกตามข้อมูลเยี่ยม)	[ดูรายงาน]
6	รายงานเคสผู้ป่วยที่ส่งผ่านศูนย์coc ในสถานบริการตนเอง (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
7	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
8	รายงานเคสผู้ป่วยที่ตอบกลับศูนย์coc ในสถานบริการตนเอง (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]
9	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]
10	รายงานหน่วยรับ	[ดูรายงาน]
11	รายงานหน่วยส่ง	[ดูรายงาน]
12	รายงานหน่วยส่ง (รายชื่อผู้ป่วยที่ส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
13	รายงานหน่วยรับ (รายชื่อผู้ป่วยที่ตอบกลับ)	[ดูรายงาน]
14	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลส่งต่อ)	[ดูรายงาน]
15	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL (จำแนกตามข้อมูลตอบกลับ)	[ดูรายงาน]

Thai Refer To COCLINK2020

ในกรณีที่ต้องการส่งผู้ป่วยเข้ายังโปรแกรม COCLINK2020 ผู้ใช้สามารถทำได้โดยการเลือกตัวเลือก “COC Case” ในหน้าส่งต่อทั่วไป ก่อนที่จะทำการ Send To Data Center ดังในรูปภาพ

เมื่อต้องการส่งผู้ป่วยเข้าในระบบ COCLINK2020 ด้วย

เมื่อทำการเลือกเพื่อส่งผู้ป่วยจากต้นทางมายังโปรแกรม COCLINK2020 รายชื่อผู้ป่วยจะไปยังปลายทาง และผู้ใช้สามารถเข้าไปจัดการข้อมูลผู้ป่วยได้โดยผ่านทางหัวข้อ FCT จะปรากฏรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้ส่งมาจากโปรแกรม Thai Refer และจะมีข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยตามต้นทางได้ส่งมา ให้ผู้ใช้สังเกตปุ่มสีส้มและมีข้อความว่า “รายละเอียด (Thai Refer)” ดังภาพด้านล่าง

Status : pcu

[CreateNewCase](#)

☐ HN ☒ เลขที่บัตรประชาชน ☐ New Case

[รายชื่อที่ส่ง \(COC\)](#) [รายการตอบกลับ \(COC\)](#) [รายชื่อที่ลงเยี่ยม \(FCT\)](#) [รายการนัดครั้งต่อไป \(FCT\)](#)

รายชื่อที่ส่ง (COC)

แสดงจำนวน แถว Search:

ลำดับ	HN	CID	ชื่อ-สกุล	หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล	วันที่บันทึกข้อมูล	ส่งต่อปลายทาง	หมายเหตุ
1		1529900119081	คุณเบรณ ถาวรสม เอกรัฐ	(รพช.เกาะคา)	27 พฤษภาคม 2563 เวลา 10:56 น.	10999	รายละเอียด (Thai Refer)

ตั้งแต่ 1 ถึง 1 ทั้งหมด 1 รายการ

Previous **1** Next

ผู้ใช้สังเกตปุ่มสีส้มและมีข้อความว่า “รายละเอียด (Thai Refer)” จะเป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโปรแกรม Thai Refer