



คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ประจำบ้าน

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า

จัดทำโดย :

ฝ่ายงานการศึกษาแพทย์หลังปริญญา

แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ครั้งที่

4/2566

พันธกิจของการฝึกอบรม/หลักสูตร

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีสัดส่วนผู้ป่วยอายุรกรรมเพิ่มขึ้น แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จึงมีนโยบายการผลิตอายุรแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับเขต ระดับประเทศ โดยสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตาม การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลสุขภาพของชุมชนและสังคม โดยมุ่งเน้นฝึกฝนให้แพทย์ประจำบ้านเมื่อสำเร็จ การศึกษาแล้วมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาอายุรศาสตร์ทั่วไป โดยเฉพาะโรควิกฤตทางอายุรกรรม สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองโดยมีความมั่นใจตามหลักวิชาชีพนิยมอย่างอิสระและเหมาะสม โดยไม่ต้อง กำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสมเข้ากับระบบสุขภาพของประเทศ
2. มีความเอื้ออาทรและใส่ใจในความปลอดภัยเพื่อแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพ โดยยึดถือ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม ทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการรักษาโรคในระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายอย่างมีความเป็นมืออาชีพ และรักษาความลับของ ผู้ป่วยได้
3. สามารถปฏิบัติงานด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม มีเจตนาที่ดี ให้ เกียรติต่อเพื่อนร่วมงาน อาจารย์ สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ
4. มีความใฝ่รู้ และพร้อมที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต เรียนรู้จากปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถ สืบค้นข้อมูลที่ทันสมัยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้วิจารณญาณและใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมกับบริบท ของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศ
5. มีความสามารถด้านวิจัย สามารถทำงานวิจัยทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามหลักการและ หลักจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ เป็นผู้ชำนาญการในสาขาอายุรศาสตร์ ให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูล กับผู้ป่วย ประชาชน นิสิตแพทย์ และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ตลอดจนเป็นผู้ชี้แนะสังคมที่ถูกต้องทางระบบ สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทางวิชาการ
6. เป็นอายุรแพทย์ที่ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข สนุกกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้สภาพการ ทำงานที่เหมาะสมและสามารถรักษาสุขภาพได้อย่างสมดุล

การปฏิบัติงานของแพทย์จะต้องปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานหลายท่าน โดยผู้ร่วมงานหลายท่านมี วิทยุที่สูงกว่าแพทย์ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ ดังนั้นเพื่อให้การปฏิบัติงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ร่วมงานทุกฝ่ายมีความเข้าใจและความร่วมมืออันดีในการช่วยกันดูแล ผู้ป่วย จึงขอความร่วมมือแพทย์ในการปฏิบัติงานดังนี้

1. ปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานทุกท่านด้วยกัลยาณมิตร รับฟังคำแนะนำของผู้ร่วมงาน พุดจาสุภาพ และให้ เกียรติซึ่งกันและกัน

2. ระบบของโรงพยาบาล แพทย์ห้องฉุกเฉินเป็นผู้ประเมินการ admit ดังนั้นแพทย์ในหอผู้ป่วยในต้องเคารพและไม่มีการขอเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจใด ๆ ทั้งสิ้นของแพทย์ห้องฉุกเฉิน ถ้ามีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ให้ปรึกษาประธาน การศึกษาหลังปริญญา

กติกาสำคัญอื่น ๆ ที่ขอให้แพทย์ร่วมมือในการปฏิบัติคือ

1. แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย ไม่ใส่กระโปรงสั้น และใส่รองเท้าสุภาพ
2. แพทย์เพิ่มพูนทักษะให้บันทึกข้อมูลการทำหัตถการในใบบันทึก และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ
3. การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รพ.พระปกเกล้า ให้ระบุชื่ออาจารย์ที่ให้ refer ไปใบส่งต่อให้ชัดเจน โดย สปสช.กำหนดให้รพ.พระปกเกล้า ส่งต่อไปรพ.จุฬาเป็นหลัก กรณีส่งต่อไป รพ.อื่น สามารถทำได้ตามความเหมาะสม โดยมีการประสานงาน สื่อสารข้อมูลผู้ป่วย กับหน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม มีมารยาทอันดี
4. การสั่งยาให้ส่งยาอย่างสมเหตุสมผลโดยใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน ยกเว้นกรณีที่ต้องใช้ยานอกบัญชียาให้ปรึกษาอาจารย์ทุกครั้ง เพื่อเซ็นกำกับ (กรณีออกตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์ต้องเดินไปหาอาจารย์เพื่อเซ็นกำกับใบใบสั่งยาทุกครั้ง)
5. การสั่งยาทุกชนิด ขอให้สั่งชื่อเต็ม ยกเว้นมีชื่อย่อที่เป็นมาตรฐานสากล
6. การสั่ง lab นอกโรงพยาบาล แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยและญาติ เรื่องการชำระค่าตรวจเอง
7. การขอส่ง lab ฉุกเฉิน ขอให้ส่งเมื่อมีความจำเป็น
8. การสั่ง US, CT (ยกเว้น CT brain ฉุกเฉิน chief ward สั่งเองได้) และ MRI ต้องปรึกษาอาจารย์เพื่อเซ็นกำกับ (กรณีผู้ป่วยนอก แพทย์ต้องเดินไปหาอาจารย์เพื่อเซ็นกำกับทุกครั้ง)
9. การสั่ง lab และสั่งยาทุกชนิด ขอให้พิจารณาสิ่งเฉพาะมีความจำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงหลักสิทธิผู้ป่วยและผลประโยชน์ของโรงพยาบาลในภาพรวม
10. การปรึกษาแพทย์นอกแผนก ต้องแจ้งอาจารย์รับทราบและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งก่อนส่งปรึกษา (ยกเว้นกรณีปรึกษาแผนกกายภาพ) กรณีมีความเห็นอยากให้นำออกแผนกรับย้าย ให้โทรคุยเพิ่มเติม
11. ใช้อุปกรณ์ในหอผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง เช่น เครื่องวัด O₂ sat และจัดเก็บอุปกรณ์ในหอผู้ป่วยให้เรียบร้อยหลังการใช้งานทุกครั้ง
12. หลีกเลี่ยงใช้อุปกรณ์ IT ทุกชนิด (ทั้งเครื่องมือการวินิจฉัยและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์) ให้ทำการสำรวจและปิดทุกครั้งหรือเปิดให้อยู่ใน Sleep Mode
13. ขอความร่วมมือในการใช้ห้อง lab bed side (IM1 GM2 ตึกแยกโรคและ ICU) โดยช่วยดูแลความสะอาด เก็บอุปกรณ์ที่ใช้แล้วตามจุดที่จัดไว้ และการทิ้งสิ่งส่งตรวจหลังใช้ทุกครั้งในภาชนะที่จัดเตรียม นอกจากนี้ มีการจัดเวรดูแลห้อง lab โดยให้ช่วยดูแลทุกเช้าวันทำการ (จัดสลับคนละ 1 สัปดาห์)
14. ดูแล รักษาความสะอาดและช่วยกันประหยัดพลังงาน ปิดพัดลมและปิดแอร์ทุกครั้งที่ออกจากห้องพักแพทย์

15. กรณีขอข้อมูลประวัติและฟิล์มจากนอกโรงพยาบาล เมื่อดูเสร็จแล้วให้ส่งคืนให้ผู้ป่วยเป็นคนเก็บรักษาทุกครั้ง หรือให้ขอ Xerox (เก็บไว้ในแฟ้มประวัติเฉพาะส่วนที่สำคัญ)
16. สอนและดูแลนิสิตแพทย์และ Extern ที่ขึ้นปฏิบัติงานในนอร์ด เช่นชื่อกำกับ การขึ้นนอร์ดช่วงเช้า ช่วงบ่าย และการทำหัตถการของนิสิตแพทย์ และเช่นชื่อกำกับนิสิตแพทย์และ Extern ในการบันทึกเวชระเบียนทุกส่วนด้วยลายมือแพทย์พร้อมเลข ว. ที่อ่านออก หรือใช้ตรายางมีชื่อ กรณีนิสิตแพทย์หรือ Extern ไม่ขึ้นปฏิบัติงานให้แจ้งอาจารย์ staff ward
17. ออกตรวจผู้ป่วยนอกและปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามตารางที่กำหนด กรณีแลกรอกตรวจหรือแลกรว ต้องแจ้งหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้อง กรณีไม่มีผู้ตรวจหรืออยู่เวรแพทย์ที่มีชื่อออกตรวจหรืออยู่เวรต้องรับผิดชอบดูแล
18. Chief สาย มีหน้าที่ดูแลงานในนอร์ดและแพทย์ประจำสาย โดยทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ปฏิบัติงานให้เรียบร้อยทุกด้าน รวมทั้งการลาของแพทย์ประจำสาย กรณีทำหัตถการพิเศษ ต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และเน้นเรื่อง Universal precaution หรือพิจารณาทำเองและให้แพทย์ประจำสายช่วยทำ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน กรณี chief สาย ลาต้องมีผู้ปฏิบัติงานแทน
19. Chief med มีหน้าที่ประสานการดูแลการปฏิบัติงานทุกด้าน ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านทุกคน ร่วมกับอาจารย์ในแผนก และประสานการศึกษาหลังปริญญา
20. ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยและญาติมีความต้องการด้านการดูแลรักษาสูง ขอให้แพทย์ระมัดระวังในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ด้านการดูแลกรณีไม่แน่ใจการดูแลรักษาให้ปรึกษาแพทย์รุ่นพี่หรืออาจารย์ หรือประสานการศึกษาหลังปริญญา (ทั้งในและนอกเวลาราชการ) และขอให้ระมัดระวังการดูแลอื่น ๆ เช่น การยกที่กั้นเตียงลง ต้องไม่ล้มยกที่กั้นเตียงขึ้น การทำหัตถการต่าง ๆ ขอให้มีการปรึกษารุ่นพี่กำกับ กรณียังไม่มั่นใจหรือไม่เคยทำควรศึกษาวิธีการทำจากแพทย์รุ่นพี่และอาจารย์ก่อนทำจริง
21. กรณีที่แพทย์ประจำสายมีการเจ็บป่วยกะทันหัน ทางคณะกรรมการ Post grad จะพิจารณาจัดแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน ที่อยู่ใน Loop elective มาปฏิบัติหน้าที่แทนตามความเหมาะสม
22. แผนกทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อย เพื่อให้แพทย์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเปิดดูที่ intranet รพ. -> ppk document -> พญ.มาลี
23. แผนกได้รวบรวมวีดิทัศน์ E-learning ไว้สำหรับแพทย์ประจำบ้านจะได้เรียนซ้ำได้ด้วยตนเอง ไว้ที่ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 7 สำนักงานอายุรกรรม ตึกอายุรศาสตร์
ทั้งนี้ขอให้แพทย์ศึกษาคู่มือการปฏิบัติงานทั้งหมดอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอก (OPD)

แพทย์ทุกคน (ยกเว้นแพทย์ประจำ ICU และ CCU งดออกตรวจ)

1. ออกตรวจผู้ป่วยให้ตรงตามเวลาคือ 10.00 น โดยตรวจผู้ป่วยนัดให้ครบและตรวจอย่างน้อย 15 ราย (ผู้ป่วยที่ตรวจยังไม่เสร็จ เช่นส่งตรวจเลือดเพิ่มเติม ไม่สามารถนำมานัดเป็นเคสที่ตรวจได้ และต้องส่งเวรให้แพทย์ประจำหอผู้ป่วยนอกทราบพร้อมทั้งแจ้งแผนการดูแลรักษา) ยกเว้นผู้ป่วยที่คลินิกโรคให้ตรวจตามเวลาให้ครบคือ 10.00-12.00 น (ตรวจ 2 ชม.)
2. มีหน้าที่ส่งผู้ป่วยนอกเขตที่อาการคงที่ กลับรักษาที่รพ.ชุมชนตามสิทธิ์ ครั้งละอย่างน้อย 1 คน โดยสรุปประวัติในโปรแกรม Thai refer

แพทย์ประจำหอผู้ป่วยนอก มีหน้าที่เพิ่มเติม

1. ปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น. ช่วงบ่ายสามารถเข้ากิจกรรมวิชาการได้ ถ้าไม่มีผู้ป่วยรอตรวจ หรือพักรับประทานอาหารเวลา 13.00-14.00 น. แทน
2. มีหน้าที่ตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยส่งต่อ ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษามาจากนอกแผนกและผู้ป่วยทั่วไป
3. บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่ควร admit ให้ได้รับการดูแลรวดเร็ว (กรณีคิดว่าควร admit ให้รีบดำเนินการ admit ตั้งแต่เช้า)

ระบบงานที่แผนกผู้ป่วยนอก

1. จัดให้มีการตรวจ OPD สัปดาห์ละ 2 วัน อย่างน้อย 15 รายต่อวัน โดย
 - 1.1 จัดให้มี OPD fix day (ตามตารางด้านล่าง) 1 วัน เพื่อตรวจเคสนัดติดตามอาการ ซึ่งจะเป็นวันเต็มตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม ยกเว้นเดือนที่ออก Elective นอกโรงพยาบาล และ เดือนที่แพทย์ปฏิบัติงานเป็น chief ICU, CCU (หากยังอยู่ในช่วงที่มีเคสหนักยังไม่ครบ 15 เคส ให้ตรวจเคสทั่วไปจนครบ 15 เคส รวมเคสนัดและเคสทั่วไป)
 - 1.2 จัดให้มี OPD กลางเพื่อตรวจเคสทั่วไป อย่างน้อย 15 รายต่อวัน หรือ TB clinic 1 วัน/สัปดาห์
 - 1.3 หากต้องการนัดผู้ป่วยมา OPD วันกลางของตัวเอง สามารถทำได้ แต่จะต้องตรวจเพิ่มจากเคสทั่วไป 15 ราย ที่กำหนด (เคสนัด add on ไปจาก 15 เคส)
 - 1.4 Intern ตรวจ OPD เคสทั่วไปอย่างน้อย 15 รายต่อวัน

(Intern ไม่ตรวจเคสปรึกษาจากนอกแผนก)

1.5 การนัดเคสของ Intern ให้นัดเคสเป็นแบบ “ไม่ระบุแพทย์” และวงเล็บชื่อแพทย์ Intern เป็นผู้นัด

2. การนัดหมายตรวจ OPD จะจัดให้มีแจ้งยอดนัดให้แพทย์ทราบในแต่ละวัน และเคสนัดติดตามอาการให้ผู้ที่มิหน้าทีออกบัตรนัด ทำนัดระบุชื่อแพทย์ที่นัดหมายให้ชัดเจน โดยให้ทำนัดในวันที่เป็น OPD fix day (เฉพาะแพทย์ประจำบ้าน , แพทย์ใช้ทุน ไม่รวม Intern)

3. Chief OPD มีหน้าที่ตรวจเคสทั่วไปและเคสปรึกษาในวันทำการทุกวัน ส่วนในวันที่เป็น OPD fix day ของแพทย์ท่านนั้น ๆ ให้ตรวจเคสที่นัดติดตามอาการก่อน และเมื่อตรวจเคสนัดครบ ให้ตรวจเคสทั่วไปและเคสปรึกษาตามปกติ ส่วนการนัดเคสทั่วไปจาก Chief OPD ให้ Chief เป็นผู้พิจารณาว่าจะนัดติดตามอาการเข้าวัน Fix day ของตัวเอง หรือ จะนัดเป็นเคสทั่วไปตามความเหมาะสม ให้ระบุใน OPD card ให้ชัดเจน

4. กรณีมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยให้เดินไปปรึกษาอาจารย์หรือโทรปรึกษา (กรณีอาจารย์ไม่ได้ออกตรวจในวันนั้น)
5. ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ให้ตรวจรักษาวัณโรคที่ TB clinic (ห้อง 203) จนกว่าจะหยุดยา กรณีรักษาโรคอื่น ถ้ากินยามากกว่า 2 สัปดาห์ และแพทย์ประเมินว่าพ้นระยะแพร่เชื้อ ให้ตรวจผู้ป่วยที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปได้ กรณีมีปัญหาในการดูแลให้ดูแนวทางการรักษาใน PPK document ->พญ. มาลี หรือปรึกษาอาจารย์
6. การสั่ง lab ต่าง ๆ ให้แพทย์ช่วยเช็คใบเจาะ lab เอง เพื่อป้องกันความผิดพลาด
7. การเขียนใบสั่งยา ห้ามใช้คำย่อที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น E5=enalapril 5 mg
8. การสั่งการรักษาเร่งด่วนให้แจ้งเจ้าหน้าที่ด้วยวาจาทุกครั้ง
9. บันทึกเวชระเบียนให้ชัดเจน โดยเฉพาะการสั่ง lab การสั่งยาและเขียนชื่อแพทย์ให้อ่านออก
10. ให้แพทย์ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ โดยตรวจผู้ป่วยตามลำดับความเหมาะสมและความพร้อมที่เจ้าหน้าที่จัดให้ และ admit ผู้ป่วยตามระบบ ไม่อนุญาตให้เลือก admit เข้าหอผู้ป่วยเอง

การปฏิบัติงานของแพทย์ในหอผู้ป่วยสามัญ (GM) และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (IM)

1. การดูแลผู้ป่วยใน (IPD)

1.1 การดูแลผู้ป่วยในเป็นระบบ 8 สาย ดูแลผู้ป่วย GM / IM โดยไม่ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยมีการย้ายหอผู้ป่วย โดยปรับเป็นสาย A, B, C, D, W, X, Y, Z

สาย A และ B ดูแลผู้ป่วย GM1 (อช.1) / IM1

สาย C และ D ดูแลผู้ป่วย GF1 (อญ.1) / IM1

สาย W และ X ดูแลผู้ป่วย GM2 (อช.2) / IM2

สาย Y และ Z ดูแลผู้ป่วย GF2 (อญ.2) / IM2

หมายเหตุ ถ้ามีเคสของสายย้ายไป ตึกพิเศษ , แยกโรค , ตึกสงฆ์ ให้สายเดิมตามไป round เคส (ICU, CCU มีแพทย์ round ประจำ แพทย์ประจำสายไม่จำเป็นต้องตามไป round)

แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำบ้านปี 1

1. ขึ้นปฏิบัติงาน round ward เวลา 7.00 น. โดย round ward GM ของสายตนเองก่อน โดยเป็น primary physician เขียนประวัติรับผู้ป่วยใน เขียน problem list บันทึก progress note และสรุปเวชระเบียนให้ครบตามแบบฟอร์ม (กรณีให้นิสิตแพทย์หรือ Extern ช่วยเขียน แพทย์ต้องเซ็นกำกับทุกครั้งด้วยลายมือตัวเอง)

2. Round ward ช่วงเช้าและบ่าย โดยสั่งการรักษาผู้ป่วย เขียนใบปรึกษาอาจารย์ และใบส่งตรวจพิเศษ ต่างๆ ให้เรียบร้อยภายใน 11.00 น. (ช่วงเช้า) และภายใน 18.00 น. (ช่วงบ่าย) เพราะพยาบาลจะได้รับ order และให้การรักษาได้รวดเร็ว

3. ทำหัตถการต่างๆ ในช่วง 10.00-12.00 น. และเตรียมเข้ากิจกรรมวิชาการภาคบ่าย

4. การ admit หรือขอย้ายผู้ป่วยเข้า ICU, CCU และหอผู้ป่วยแยกโรค ให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับหอผู้ป่วยแยกโรค กรณีตรวจ sputum AFB negative x III ครั้งแล้ว ให้ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญ (รวมทั้งกรณี sputum inadequate)

5. ผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาในการดูแลนอกเวลาราชการ ให้แพทย์เจ้าของผู้ป่วยสรุปปัญหาและแนวทางการดูแลในหน้าป้ายและส่งเคสให้แพทย์เวรรับทราบ

Chief ward (แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านปี 3)

1. ขึ้นปฏิบัติงาน round ward เวลา 7.30 น. **โดย round ward IM ของสายตนเองก่อน**
2. กำกับการทำงานและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยของแพทย์รุ่นน้อง กรณีมีผู้ป่วยหนัก ต้องรีบให้การดูแล ต้องแบ่งให้มีแพทย์ round ผู้ป่วยเก่า และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยหนัก เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยเก่า
3. ช่วยสรุปเวชระเบียน และกำกับให้แพทย์รุ่นน้องบันทึกประวัติผู้ป่วยในใบประวัติทุกส่วน
4. บริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นให้พิจารณาจำหน่าย และนัดมาติดตามผลตรวจหรือนัดมาตรวจพิเศษเพิ่มเติมในภายหลัง (ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยลากลับบ้านเพื่อมาตรวจพิเศษในภายหลัง) หรือ ส่งต่อกลับรพช. โดยต้องรายงานให้ staff ward ทราบ
5. ให้สรุปแผนการดูแลผู้ป่วยทุกรายทุกวันตามระบบที่จัดไว้
6. กรณีผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินอัตราเตียง ผู้ป่วยที่อาการคงที่จะย้ายไปที่ ward อื่น โดยพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ และแพทย์ตามไป round ผู้ป่วยตามปกติ โดยให้แจ้งเบอร์โทรศัพท์แพทย์ ไว้ในหน้าป้ายผู้ป่วย เพื่อจะได้ติดต่อแพทย์ได้

การปฏิบัติงานของแพทย์ในหอผู้ป่วย ICU, CCU

1. ขึ้นปฏิบัติงาน round ward เวลา 7.30 น. โดยต้องปฏิบัติงานอยู่ใน ICU, CCU ตลอดในเวลาราชการ ถ้าต้องไปดูดูแลผู้ป่วยที่ขอย้ายหรือเข้ากิจกรรมวิชาการ ต้องแจ้งหอผู้ป่วยและให้เบอร์โทรติดตามได้
2. ตรวจรักษาผู้ป่วย โดยส่งตรวจ lab เท่าที่มีความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วไม่ควรตรวจเลือดหรือ X-ray ติดตามทุกวัน
3. วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้สามารถเปิดเตียงรับผู้ป่วยใหม่ได้ทุกวันทั้งในและนอกเวลาราชการอย่างน้อย 1 เตียง โดยกรณีนอกเวลาราชการ ให้ส่งเวรแพทย์เวรว่าสามารถย้ายผู้ป่วยเตียงไหนลงหอผู้ป่วยสามัญได้ ถ้ามีผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
4. รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญตามเกณฑ์การเข้าหอผู้ป่วยหนัก

การเขียน medical record

- บันทึก Admission note ในแบบฟอร์มโดยบันทึกข้อมูลให้ครบทุกช่อง และลงลายมือชื่อให้อ่านออก
- บันทึก Problem list
- บันทึก Progress note 3 วันแรกของการ admit ทุกวัน และทุกครั้งที่มีปัญหาใหม่หรือปรับเปลี่ยนการรักษา
- บันทึกผลการตรวจพิเศษ และผลการทำหัตถการต่างๆ
- บันทึก off service note ในแบบฟอร์ม สำหรับการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย และกรณีแพทย์เปลี่ยน ward
- การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ให้เขียน DDx และเหตุผลในการปรึกษาให้ชัดเจน เช่น เพื่อการวินิจฉัยโรค for gastroscopie (สามารถถ่ายสำเนาใบปรึกษาได้กรณีปรึกษาหลายหน่วย)

- บันทึก Summary d/c โดยสรุปการวินิจฉัยโรค การดำเนินโรคใน รพ. ของแต่ละปัญหาเป็นข้อ ๆ ระบุแผนการรักษาให้ชัดเจนและชื่อแพทย์ที่นัดผู้ป่วยติดตามอาการ
- กรณีส่งต่อกลับ รพช. ให้สรุปประวัติในโปรแกรม Thai refer
- สรุปเวชระเบียน (รง 501) หลังจำหน่ายผู้ป่วย 24-48 ชม. จะมีเจ้าหน้าที่เก็บเวชระเบียน นำเวชระเบียน แจกให้แพทย์ทุกคนในสายช่วยกันสรุปทุกวัน เวชระเบียนที่สรุปแล้วเจ้าหน้าที่จะส่งให้อาจารย์ ตรวจสอบและส่งต่อให้ฝ่ายสถิติดำเนินการเพื่อเรียกคืนค่าใช้จ่ายภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหายและโรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ทัน จึงขอให้แพทย์สรุปเวชระเบียนให้หมดเรียบร้อยโดยทยอยสรุปทุกวันหรือสรุปให้เรียบร้อยทุกวันเสาร์อาทิตย์

ระบบงานดูแลผู้ป่วยใน

- แพทย์สมควรมา Round ในช่วงเช้าก่อนเวลา 8.00 น. แต่สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาได้ตลอดวัน เพื่อให้ทันกับการรับ Order ของพยาบาลในช่วงเวลา คือ ประมาณ 8.30-11.00 น. และช่วง 14.00-18.00 น. ถ้าต้องการให้รับ Order นอกช่วงเวลาหรือผู้ป่วยรับใหม่ หรือกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้แพทย์ถือหน้าป้ายไปแจ้งพยาบาลที่เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้มีการรับ Order ของแพทย์ทันต่อการดูแลผู้ป่วย
- แพทย์ประจำหอผู้ป่วยรับผู้ป่วยใหม่ เวลา 8.00-16.30 น. Ward Work ของผู้ป่วยเก่า แพทย์ประจำหอผู้ป่วยต้องทำให้ เรียบร้อย กรณีต้องรอการตรวจนอกเวลาเพิ่มเติมและถ้ามีผู้ป่วยที่คิดว่าต้องดูแลต่อเนื่อง ในช่วงนอกเวลา ให้ส่งเวรแพทย์เวรช่วยประสานทำต่อและแจ้งแนวทางการดูแล ในขณะที่เดียวกันกรณีที่แพทย์เวรที่ดูแลผู้ป่วยในเวลา 16.30-8.00 น. (วันรุ่งขึ้น) ถ้ามีเคสที่ต้องดูแลต่อเนื่องต้องประสานแพทย์ประจำหอผู้ป่วยด้วย
- การส่งยากลับบ้าน ส่งยาได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือมูลค่าไม่เกิน 2,000 บาท
- กรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ คือมี SOS score > 4 พยาบาลจะรายงานแพทย์ แพทย์ต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษและปรึกษาแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ระดับสูงต่อไป
- อาจารย์ประจำหอผู้ป่วย จะเปลี่ยนทุก 2 สัปดาห์ แพทย์จะเปลี่ยนทุก 4 สัปดาห์
- การรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะเป็นผู้จัดผู้ป่วยสลับสายแพทย์ให้ทั้งในและนอกเวลาราชการ ไม่อนุญาตให้แพทย์จัดผู้ป่วยเอง (ยกเว้นถ้าเป็นผู้ป่วยเก่า Readmit)
- การส่งการรักษาทางโทรศัพท์ ขอให้แพทย์ลงชื่อกำกับกับการส่งการรักษาทางโทรศัพท์ในหน้าป้ายภายใน 24 ชม.
- ให้เขียน Review Treatment ทุก 1 สัปดาห์ (วอร์ดจะใส่ใบ Order สีชมพูเพื่อช่วยเตือนให้)
- การส่งจ่ายยาฆ่าเชื้อ ที่อยู่ในการควบคุม ต้องบันทึกข้อมูลในใบเก็บข้อมูลการใช้ยาทุกครั้ง
- การส่ง CXR portable, CXR emergency และ CT brain ฉุกเฉิน แพทย์ส่งเองได้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด นอกเงื่อนไขให้ปรึกษาแพทย์ Ward Staff
- การทำหัตถการที่เป็น Invasive Procedure ให้ใช้หลักการ Universal Precaution ทุกครั้ง (ให้ใส่ชุดเขียว หมวก แว่นตา และ mask ทุกครั้ง)

- การทำ US+Echo bedside ให้แพทย์ศึกษาการใช้เครื่องจากคู่มือของเครื่อง ลงชื่อบันทึกการใช้ในสมุดบันทึก และ Order การส่งตรวจ US+Echo Bedside ในหน้าป้ายและลงผลตรวจในหน้าป้าย หลังใช้เสร็จให้เช็ดทำความสะอาด
- การย้อม Slide/Lab Bedside สามารถทำเองได้ตามความเหมาะสม เร่งด่วน เพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็ว lab ดู cell ต่าง ๆ ใน CSF, Ascites และ pleural fluid เพื่อการวินิจฉัยโรค แพทย์ต้องดูเอง แพทย์ต้องช่วยเก็บรักษา counting chamber
- การส่ง PRC ให้ส่งให้ใน 3 hr
 - ถ้าอายุ > 60 ปี หรือมี CHF หรือ Renal failure แนะนำให้ lasix หลังให้เลือด
 - ถ้าอายุ < 60 ปี และส่ง PRC > 2 unit จึงจะจำเป็นต้องให้ lasix
- การจำหน่ายผู้ป่วย ให้ระบุวันที่นัด และชื่อแพทย์ที่นัด ไม่ควรนัด US/CT ในวันนัดเพราะผลอาจจะออกไม่ทันแพทย์ตรวจ กรณีแพทย์ย้าย ให้ส่งต่อให้แพทย์ที่มาอยู่ต่อเป็นผู้ติดตามอาการ
- ผู้ป่วยที่มีแพทย์เฉพาะทางนัดประจำคลินิกเฉพาะโรคอยู่แล้ว เมื่อจำหน่ายกรุณานัดกลับเข้าคลินิกเฉพาะโรคของแพทย์ท่านเดิม

DRUG	ส่งยาภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด นอกเงื่อนไขต้องปรึกษา staff หน่วย
Human albumin (GI, Nephro)	มี Liver failure จาก Hepatorenal syndrome
	มี cirrhosis ที่จะทำ large volume paracentesis (>5 litre)
	Nephrotic syndrome ที่จะ induce diuresis in diuretic-resistance patients
Octreotide (Sandostatin) (GI)	มี UGIB และมี varix alarm คือ Child-Pugh class C liver cirrhosis/ Previous endoscopic - EV or rupture varix/ Chronic liver disease & PHT/ varix Post EV endoscopic intervention/ Gastric varix
Pamidronate (Aredia) (endo)	มี Ca ²⁺ > 12 ร่วมกับอาการทางสมองเช่น ชีม หรือ hypercalcemia ที่มี Ca ²⁺ > 14
Zoledronic acid (Zometa) (endo)	Bone metastasis และเบิกค่ารักษาได้

ยาต่อไปนี้ต้องปรึกษา Staff หน่วยก่อนสั่ง

1. Antibiotic IV นอกกรพ. และส่งจ่ายยามากกว่า 1 สัปดาห์ (ID)
2. Lamivudine for HBV therapy (GI)
3. Neupogen (Hemato)

การปรึกษาหน่วย Subspecialty

กรณีผู้ป่วยหนัก/ผู้ป่วยไม่แน่ใจการดูแลรักษา/วันหยุดยาว/ผู้ป่วยเยอะมากล้นหอผู้ป่วย แพทย์สามารถโทรปรึกษาอาจารย์ได้ทุกหน่วย โดยไม่ต้องรอรระบบปรึกษาปกติ (โดยเฉพาะถ้าแพทย์คิดว่ามีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย)

ผู้ป่วยในต่อไปให้ปรึกษาอาจารย์ประจำหน่วยทุกราย	หน่วย
HIV	โรคติดเชื้อ
ส่งจ่ายยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดออกนอกโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน	โรคติดเชื้อ
New diagnostic Stroke	โรกระบบประสาท
New diagnostic DM	โรคต่อมไร้ท่อ
DM c DKA, c hyperosmolar coma, c hyperglycemia, c hypoglycemia	โรคต่อมไร้ท่อ
UGIB ที่ต้อง investigation	โรคทางเดินอาหาร
COPD และ Asthma	โรคปอด ฯ
ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกคน	โรคปอด ฯ
ผู้ป่วยที่วางแผนการดูแลแบบ palliative care	Palliative care

หน่วยโรคหัวใจ

- มี Fast Tract STEMI : โดยห้องฉุกเฉินหรือ รพ. ที่ส่งต่อผู้ป่วย จะส่ง EKG ผ่านทาง Line ให้แพทย์ CCU โทรสอบถามอาการผู้ป่วยและพิจารณา Admit CCU โดยตรง เพื่อให้ streptokinase หรือทำ intervention โดยให้โทรปรึกษาอาจารย์เวร STEMI ทุกสาย
- มี Fast Tract NSTEMI High Risk ปรึกษาผ่านทาง Line มาจาก รพ. ลูกข่าย ให้แพทย์ CCU โทรสอบถามอาการและปรึกษาอาจารย์เวร CCU ทุกสาย
- Cardiac cath. lab. ทำ CAG และใส่ stent ในกรณี STEMI เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์
- ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการทำ CAG ให้แพทย์ ward ประเมินความพร้อมในการทำ ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจความเสี่ยงในการทำและยินยอม ทำให้ติดต่อหน่วยโรคหัวใจเพื่อประสานการส่งตรวจ CAG (เอกสารคำแนะนำการส่งตรวจ CAG ให้ดูที่ intranet รพ. -> ppk document -> พญ.มาลี)
- ผู้ป่วย STEMI ทุกสายให้ส่งติดตามอาการกับอาจารย์หน่วยโรคหัวใจที่รับปรึกษา กรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคหัวใจ ให้ติดตามโรคร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง หากโรคร่วมอื่นๆที่สามารถนัดกลับมายังแพทย์โรคหัวใจได้เลย
- กรณีขอย้ายขึ้น CCU ให้บันทึกประวัติการขอย้ายในใบ request (ขอได้จากหอผู้ป่วย) และโทรคุยกับแพทย์ประจำ CCU เพื่อให้แพทย์ CCU ลงไปประเมินและปรึกษาอาจารย์ประจำ CCU เพื่อพิจารณารับย้ายคนไข้
- ผู้ป่วย IPD ให้กรอกใบ consult cardio ตามแบบฟอร์มทุกสาย (โดยคนไข้ 1 คนไม่ควรปรึกษาอาจารย์ซ้ำซ้อน ถ้ามีปัญหาสามารถ renotify มาในใบ Consult เดิมได้) พร้อมประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในการทำ CAG หากผู้ป่วยจำเป็นเร่งด่วนในการดูแล ให้นำประวัติมาปรึกษาอาจารย์ที่รับผิดชอบที่หน่วยโรคหัวใจ
- กรณีที่จะส่งคนไข้มาทำหัตถการ ให้แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านคุยความเสี่ยงเบื้องต้นกับคนไข้และญาติก่อน รวมทั้ง inform consent ให้เรียบร้อยพร้อมประสานส่งเวรที่ห้องสวนหัวใจหรือศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 7 ด้วย
- ถ้าเป็น case MI หรือต้องการปรึกษาเร่งด่วน ให้นำ chart ไปปรึกษาอาจารย์ที่ศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 7 หรือโทรปรึกษาอาจารย์ที่รับ Consult ได้ตลอดเวลา
- คนไข้ที่อาจารย์พิจารณาส่งต่อผ่าตัดหัวใจ (ปัจจุบันมี 2 Tract คือ รพ.จุฬารัตน์ 3 รับผิดชอบสิทธิและ รพ.กรุงเทพพญา รับผิดชอบสิทธิประกันสุขภาพ) กรณีส่งแบบ Elective case ให้แพทย์เจ้าของไข้เตรียมข้อมูลคนไข้และใบส่งตัวและให้เจ้าหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 7 ประสาน Refer หากต้องส่งผ่าตัดเร่งด่วนเป็น IPD ให้แพทย์เจ้าของไข้เตรียมข้อมูลคนไข้และใบส่งตัวและให้พยาบาล Ward โทรประสาน Refer เอง
- กรณีผู้ป่วยจาก OPD อายุรกรรมที่แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านต้องการปรึกษาทางด้านโรคหัวใจ ให้เดินไปปรึกษาอาจารย์ Cardio ที่ออกตรวจ OPD ในวันนั้นๆ หรือถ้าเป็นคนไข้เก่าให้โทรปรึกษาแพทย์ท่านเดิมได้

หน่วยโรคปอดและเวชบำบัดวิกฤต

- การส่ง lung function test ต้องเขียนใบ request และ check list แล้วไม่มีข้อห้าม จึงจะส่งตรวจได้ และแพทย์ต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการตรวจได้ เพราะเป็น Effort Dependent โดยส่งตรวจได้เลยไม่ต้องปรึกษาหน่วยก่อน
- การส่ง Bronchoscope ต้องประเมินว่าผู้ป่วยอาการคงที่ดีและสามารถร่วมมือในการตรวจได้ และส่ง lab เตรียมไว้สำหรับการตรวจคือ CBC, PT, PTT, creatinine และ Anti-HIV (ส่งแบบธรรมดา ไม่ส่งแบบด่วน ยกเว้น set bronchoscope urgency)
- Cope's pleural Bx มีวิธีทำอยู่ใน Intranet ของ รพ. โดยเข้าไปในห้องสมุด -> CAI

หน่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ

- ผู้ป่วยที่ admit ด้วย hypoglycemia แต่ไม่เป็นเบาหวานให้ส่ง plasma glucose confirm hypoglycemia และเก็บ clotted blood ขณะที่มี hypoglycemia 2 tube
- ก่อนให้ steroid ในผู้ป่วยที่สงสัยมี adrenal insufficiency ให้เก็บเลือดส่ง cortisol ก่อน

หน่วยโรคทางเดินอาหาร

- ผู้ป่วยที่ปรึกษาเรื่อง anemia ให้แจ้งผลการอ่าน PBS และ MCV+RDW ในใบ consult
- ผู้ป่วยที่มีปัญหา overt GI bleed ทุกราย ให้โทรรายงาน staff ที่รับปรึกษาในช่วงเวลา 8.00 – 8.30 น. ของวันราชการ โดยเตรียมข้อมูลให้พร้อม NPO+คุยกับญาติให้พร้อมด้วย

หน่วยโรคเลือด

- ให้ส่งใบปรึกษาพร้อมแนบ slide PBS
- ให้ส่ง Reticulocyte count ในรายที่ปรึกษาปัญหา anemia
- สามารถขอตรวจ BMBx & BMA ได้โดยไม่ต้องรอปรึกษาหน่วยก่อน โดยการนำ BM ให้ประธานเจ้าหน้าที่ BM ช่วงเช้าเพื่อนัดเวลาทำ (เจ้าหน้าที่จะนัดให้ทำช่วงเช้า ไม่เกินเวลา 15.00 น. เพื่อจะได้ย้อม slide ทันทีให้อาจารย์ดู slide ภายในวันนั้น) และให้ทำที่หน่วยตรวจโรคพิเศษ ชั้น 4 (ยกเว้นผู้ป่วยอาการหนัก ให้ทำที่ หอผู้ป่วย) กรณีไม่เคยทำหรือไม่มั่นใจ ให้ปรึกษาแพทย์รุ่นพี่ช่วยกำกับการทำ หรือปรึกษาอาจารย์ รายละเอียดการส่งตรวจ BM ให้ดูข้อมูลใน ppk document
- ผู้ป่วย HIV ที่ขอทำ BM และสงสัยมี opportunistic infection ให้ order ส่งตรวจเพิ่มเติมให้ครบดังนี้ : BM c/s for TB/fungus, ย้อม AFB, MAFB, wright stain

หน่วยโรคติดเชื้อ

- การส่งตรวจ anti-HIV ถ้าผลผิดปกติ เจ้าหน้าที่ห้อง lab จะประสาน ward ให้ส่งเลือดซ้ำเอง แพทย์ไม่ต้อง order ส่งตรวจซ้ำ
- การส่งตรวจ anti-HIV ในผู้ป่วยนอก คลินิกปรึกษาจะให้ pre-post counseling, เจาะ screening lab ทั้งหมด และส่งทำคิวนัด อ.มาลี กรณี CD4 ต่ำจะส่งให้พบแพทย์ทั่วไปดูแลก่อนระหว่างรอถึงคิวนัด
- การส่งตรวจ anti-HIV ในผู้ป่วยใน ให้แพทย์ผู้ดูแลให้ pre-post counseling เอง และต้องมีการเซ็นชื่อ ยินยอมก่อนการส่งตรวจทุกครั้ง กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นชื่อได้ ให้ญาติสายตรงหรือแพทย์เซ็นชื่อกำกับความจำเป็นทางการแพทย์ ในการส่งตรวจแทน ทั้งนี้ต้องมีการ order การให้ pre-post counseling ในหน้าป้ายด้วย และให้ส่งนัดพบคลินิกปรึกษาหลัง d/c เพื่อให้ post counseling เพิ่มเติม และคำแนะนำการดูแลรักษา (เอกสาร counseling ดูได้ที่ intranet รพ. -> ppk document -> พญ. มาลี
- การส่งเจาะ CD4 และ HIV viral load ในผู้ป่วยใน ต้องปรึกษาหน่วยก่อนส่งทุกครั้ง
- ผู้ป่วย HIV ที่อยู่เขต อ.เมือง ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้ทำนัด f/u อ.มาลี ในวันจันทร์ช่วงเช้า โดยให้ส่ง chart ลงทะเบียนนัดที่ตึกประชาธิปไตย 3 คิวนัดประมาณ 3-4 เดือน ระหว่างรอคิวนัด ให้ f/u กับแพทย์ทั่วไปก่อน สำหรับผู้ป่วยนอกเขตอ.เมือง ให้ส่งกลับตามสิทธิ์ ยกเว้นรายที่จำเป็นต้อง f/u อ.มาลี จะระบุเป็นรายๆ
- แพทย์สามารถขอข้อมูลการตรวจ CD4, HIV viral load และประวัติกินยาต้านไวรัส ได้ที่เจ้าหน้าที่งาน HIV ตึกประชาธิปไตย 3 (โทรประสานและแจ้งเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก จะสามารถค้นข้อมูลใน NAP program)
- OPD card ผู้ป่วย HIV ที่ อ.มาลีรักษา จะมีใบสรุป summary history (สีเขียว/สีชมพู) & laboratory history (สีเหลือง) ด้านหน้า แพทย์สามารถดูบันทึกประวัติเก่าได้เพื่อช่วยลดเวลาในการ review ประวัติ

หน่วยโรคไต

- ผู้ป่วยที่ทำ hemodialysis แล้วมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำ hemodialysis ให้ติดต่ออาจารย์หน่วยโรคไต กรณีติดต่อไม่ได้ให้แพทย์ ICU หรือ CCU ช่วยดูแลก่อน (กรณีนอกเวลาราชการให้แพทย์ ICU ช่วยดูแลก่อน) ถ้าไม่ใช่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำ hemodialysis ให้แพทย์ที่ตรวจรักษาเป็นผู้ดูแล

หน่วยโรคระบบประสาท

- มี Fast tract stroke : Acute stroke ที่มาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 4.5 ชม. และอยู่ใน criteria (ดูรายละเอียดจากเอกสารที่ ER) แพทย์เวรห้องฉุกเฉินจะประสานตามอาจารย์หน่วยโรคระบบประสาทมาดูแลผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้ rt-PA ที่ห้องฉุกเฉินและ admit เข้า ICU

1. แพทย์เวร 1st call หอผู้ป่วย GM และหอผู้ป่วย IM พักในหอผู้ป่วย แพทย์เวร 1st call ICU,CCU พักใน ICU แพทย์เวร 2nd call พักใน CCU ไม่อนุญาตให้แพทย์เวรทุกระดับนอนพักที่อื่น
2. แพทย์เวร 1st call ทุกคน ต้องรายงานผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายและผู้ป่วยเก่าที่มีปัญหาแก่ แพทย์เวร 2nd call เพื่อร่วมให้การดูแลรักษาผู้ป่วย กรณีตามแพทย์ 2nd call ไม่ได้ ให้โทรปรึกษา staff 3rd call หรือประธาน การศึกษาหลังปริญญา
3. แพทย์เวร 1st call ICU,CCU มีหน้าที่ประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกเวลาราชการ กรณีตัดสินใจไม่ได้ให้ปรึกษา 2nd call หรือ 3rd call หรือประธานการศึกษาหลังปริญญา
4. แพทย์เวร 1st call ทุกคนต้องเขียน progress note ทุกครั้งที่ได้รับรายงานปัญหาการดูแลผู้ป่วยและต้องไปดูผู้ป่วยด้วยตัวเองทุกครั้ง (ไม่อนุญาตให้ Extern ไปดูผู้ป่วยเองตามลำพัง)
5. แพทย์เวร 2nd call มีหน้าที่รับปรึกษาและให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยกับแพทย์เวร 1st call โดย ต้องไปช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเองทุกครั้ง
6. แพทย์เวร 2nd call มีหน้าที่รับปรึกษาผู้ป่วยนอกแผนก โดยต้องโทรรายงาน staff 3rd call ทุกราย และ order ให้ส่งหน้าป้ายลงทะเบียนที่สำนักงานอายุรกรรมในวันรุ่งขึ้นที่เป็นวันราชการ เพื่อให้ staff 3rd call ดูแลต่อในเวลาราชการ กรณีติดต่อ staff 3rd call ไม่ได้ ให้ติดต่อประธานการศึกษาหลังปริญญา

ระบบงานนอกเวลาราชการ

1. ขึ้นปฏิบัติงานและรับผู้ป่วยใหม่เวลา 16.30 - 8.00 น. และวันหยุด 8.30-8.30 น. ของวันถัดไป โดยให้มีการสลับการลงเวรดังนี้ เวลา 6.00-7.00 น. ให้แพทย์เวร 1st call ICU + CCU และ IM1 ลงเวรก่อน และเวลา 7.00-8.00 น. ให้แพทย์เวร 2nd call และ IM2 ลงเวร
2. ห้ามไม่ให้มีการแลกเวรเพื่ออยู่ควบ ward ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น
3. เวร 1st call ICU + CCU และแพทย์เวร 2nd call รับเวรเวลา 16.30 น. (09.00 น. กรณีวัน น ห ยู ด)
ที่ ICU วอร์ด GM และ IM ให้รับส่งเวรผู้ป่วยที่มีปัญหาเวลา 16.30 น. (9.00 น. กรณีวันหยุด)
4. กรณีมีแพทย์เวร 2nd call 2 คน แพทย์สายหนึ่ง มีหน้าที่หลักรับปรึกษาจากหอผู้ป่วย ICU, CCU, IM1 และ IM 2 และแพทย์สายสอง มีหน้าที่หลักรับปรึกษาจากหอผู้ป่วยสามัญและนอกแผนก ทั้งนี้ แพทย์ 2nd call ทั้ง 2 คน ต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้เรียบร้อยด้วย
5. แพทย์เพิ่มพูนทักษะ, แพทย์ใช้ทุนปี 1 และแพทย์ประจำบ้านปี 1 อยู่ 9-10 เวร/4 wk (เวร 1st call GM และ IM โดยครึ่งปีหลังแพทย์ใช้ทุนปี 1 และแพทย์ประจำบ้านปี 1 จะขึ้นเวร 1st call ICU, CCU คนละ 1 เวร) แพทย์ใช้ทุนปี 2 อยู่ 8-9 เวร/4 wk (เวร 1st call ICU, CCU และ เวร 2nd call กรณีรุ่งนไฟไปสอบหรือประชุม) แพทย์ใช้ทุนปี 3 อยู่ 7-8 เวร/4 wk และแพทย์ประจำบ้านปี 3 อยู่ 6-7 เวร/4 wk (เวร 2nd call) โดยปรับตามจำนวนแพทย์
6. แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ใช้ทุน ให้ส่งใบเบิก OT ในวันรุ่งขึ้นที่เป็นวันราชการ และต้องส่ง หลังวัน
สิ้นเดือนไม่เกิน 2 วัน ถ้าส่งช้าเกินกำหนด เจ้าหน้าที่จะทำเบิก OT ให้ในอัตราเหมาจ่ายแทน

กิจกรรมวิชาการ (ห้องประชุมสำนักงานอายุรกรรม ชั้น 7)

- ภาควิชาอายุรศาสตร์สนับสนุนให้มีการจัดงาน หรืองานประชุมวิชาการโดยมีอิสระเสรี
- เริ่มเวลา 13.00-14.00 น. ให้เข้ากิจกรรมให้ตรงเวลา และแพทย์ต้องเข้าร่วม > 60% ของกิจกรรม จึงจะผ่านเกณฑ์
- การนำเสนอให้ทำเป็น slide power point (1 หน้าควรมี 6 - 7 บรรทัด) โดยให้เตรียมฟิล์มต่าง ๆ หน้าป้ายและ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อประกอบการนำเสนอ ยกเว้น admission round
- Admission round : จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - เตรียมผู้ป่วยที่ admit และสรุปประเด็นการเรียนรู้หลักคือการวินิจฉัยหรือการรักษา
 - เวลาในการนำเสนอ 30 นาทีต่อ case (วันละ 2 case)
 - การนำเสนอใช้ admission note (ฉบับจริง) และเขียนสรุปผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกระดาษ
 - ผู้นำเสนอเป็นผู้ตั้ง problem list และอภิปราย
- Interesting case : จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - เน้น case ที่น่าสนใจ (ไม่จำเป็นต้องเป็น case ใหม่ และเคสอาจยังไม่ได้คำตอบชัดเจนได้)
 - นำเสนอข้อมูลและอภิปราย 55 นาที และสรุปประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญ 5 นาที
- Topic review : แพทย์ใช้ทุนปี 2 เป็นผู้นำเสนอ คนละ 2- 3 เรื่อง โดยเลือกหัวข้อที่สนใจตามหน่วยที่จัดไว้ให้
- Chest conference : จัด 2 ครั้ง/4 สัปดาห์ เตรียม CXR +/- CT chest พร้อมประวัติย่อของผู้ป่วยที่น่าสนใจ
- Journal club : จัด 1-2 ครั้ง/4 สัปดาห์ โดยเลือก paper ที่สนใจตามหน่วยที่จัดไว้ให้ เรื่องละครั้ง ชม.
- MM conference : จัด 1 ครั้ง/4 สัปดาห์ เน้น case ที่มี Pitfall เพื่อนำมาเรียนรู้และแก้ไขป้องกัน
- CCU conference : จัดเวลา 14.00 ที่ห้องประชุม CCU จัด 1 ครั้ง/4 สัปดาห์ นำเสนอ case ที่มีปัญหาทางด้านหัวใจ
- ICU conference : จัด 6 ครั้ง/ปี นำเสนอผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
- Interdepartment conference : จัด 4 ครั้ง/ปี ให้นำเสนอผู้ป่วยที่มีการดูแลร่วมกันระหว่างแผนก ที่มีประเด็นที่น่าสนใจในการวินิจฉัยและดูแลรักษา
- CPC : จัด 4 ครั้ง/ปี นำเสนอผู้ป่วยที่มี autopsy, necrosy, biopsy หรือ FNA
- Ethnic & end of life conference : จัด 4 ครั้ง/ปี
- trainee meeting แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน จะมีการพบปะพูดคุยกับ อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นประจำทุก 3 เดือน เพื่อสอบถามปัญหาต่าง ๆ จากการทำงาน ทั้งในเชิงระบบ และบุคคล

trainee	อาจารย์ที่ปรึกษา
พชท.1 / Dent 1	อ.พุทฺธ / อ.วราภรณ์
พชท.2 / Dent 2	อ.ธีรยา / อ.บัญญัติ
พชท.3 / Dent 3	อ.มาลี / อ.นวิรัฐ

ในปีการศึกษา 2566 จะเปลี่ยนวิธีการจัด ดังนี้

ในแต่ละชั้นปีจะมีอาจารย์ประจำปีชั้นการศึกษา 1 ชั้นปี/ 1 คน

และมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มย่อย อาจารย์ 1 คน/แพทย์ประจำบ้าน 3-4 คน

- Post grade meeting จัดการประชุมระหว่างแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุน กับทีมอาจารย์ post grade ทุก 3 เดือน เพื่อรับฟังปัญหา และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอในที่ประชุมแผนกต่อไป

Team Post grade

อ.วิวัฒน์ } แพทย์ประจำบ้านปี 1 ทุกเดือนในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นทุก 3 เดือน
 อ.วรภรณ์ } แพทย์ประจำบ้านปี 2, ปี 3 ทุก 3 เดือน
 อ.พุทธ
 อ.ธีรยา

wk	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
1	Staff Lecture	Staff Lecture	Admission Round สาย A, C	Topic Review	Staff Lecture
2	Staff Lecture	Chest X-ray Conference	Admission Round สาย B, D	MM Conference	Interesting Case Conference
3	ICU Conference (L 2,4,6,8,10,12)	Admission round สาย W , Y	Staff Lecture	CCU conference (L 1,3,5,7,19,11)	Interesting Case Conference
4	Journal Club	Chest X-ray Conference	Admission Round สาย X, Z	CPC (L3,9) IDC (L6,12)	Postgrad meeting
			Ethnic-Palliative care (L 2,5,8,11)	Admission Round สาย X, Z	

- Activity จะมีการกำหนดผู้นำเสนอ ผู้อภิปราย และอาจารย์ที่ดูแล โดยแพทย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบนำเสนอต้องจัดกิจกรรมวิชาการตามตารางและเชิญอาจารย์หน่วยที่เกี่ยวข้องล่วงหน้า ถ้าจำเป็นต้องเลื่อนให้ปรึกษา chief med หรืออาจารย์ที่ดูแลกิจกรรมวิชาการนั้น และต้องเลื่อนจัดภายใน rotation นั้นเป็นหลัก
- ผู้นำเสนอต้องส่งข้อมูลผู้ป่วย (ประวัติและการตรวจร่างกาย) ให้ผู้อภิปรายล่วงหน้า 2 วัน เพื่อเตรียมการอภิปราย
- MM conference, Inter department conference, CPC, Ethnic ให้ปรึกษาอาจารย์ที่ดูแลกิจกรรมวิชาการนั้น ทุกครั้ง
- Basic Science Lecture จัดเพื่อเพิ่มความรู้สำหรับแพทย์ประจำบ้านปี 1 ดังแสดงในเอกสารภาคผนวก ที่ 2

รายชื่ออาจารย์ที่ดูแลกิจกรรมวิชาการ

Staff lecture	: อาจารย์ประจำหน่วย
Admission round	: อ.ธีรภัทร์
Interesting case	: อ.พุทท
Topic review	: อาจารย์ประจำหน่วย
Chest conf.	: อ.ภัทร
Journal club	: อาจารย์ประจำหน่วย
MM conf./ CPC	: อ.นวรรัฐ
CCU conf.	: อ.วิวัฒน์, อ.โพธิ์
ICU conf.	: อ.สุรัชต์ / อ.บัญชา
Interdepartment conf.	: อ.มาลี
End of life/ Palliative care conf.	: อ.จักรินทร

- **Autopsy/necropsy** : ให้แพทย์ทุกท่านช่วยกันทำ ควรคุยกับญาติทุกราย ในกรณีที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนั้นได้ โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านปี 1 มีหน้าที่ขอทำ autopsy/necropsy อย่างน้อย 1 ราย และแพทย์ใช้ทุนปี 1 มีหน้าที่ขอทำ autopsy/necropsy อย่างน้อย 2 ราย โดยให้แจ้งข้อมูลการทำที่ประธานการศึกษาหลังปริญญาเพื่อติดตามผลตรวจ
- แผนกจะจัดสอบ long case สำหรับแพทย์ประจำบ้านปี 1 ปี 3 และแพทย์ใช้ทุนปี 1-3 ปีละ 1 ครั้ง และจัดสอบการเผชิญสถานการณ์ สำหรับแพทย์ประจำบ้านปี 3 และแพทย์ใช้ทุนปี 3 ปีละ 1 ครั้ง
- แผนกร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์ รพ.จุฬา จัดสอบ MCQ สำหรับแพทย์ประจำบ้านปี 1 และแพทย์ใช้ทุนปี 1 และ 2 ปีละ 1 ครั้ง

การทำงานวิจัย

- ภาควิชาสนับสนุนให้มีการทำงานวิจัยตามหลักงานวิจัยที่เป็นสากล และสนับสนุนให้ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์อย่างเป็นอิสระ
- แพทย์ใช้ทุนต้องทำงานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง โดยต้องมีการนำเสนอความก้าวหน้าในการทำวิจัย อย่างน้อย 1 ครั้ง ตามตารางที่กำหนด
- แพทย์ประจำบ้าน สามารถเลือกทำงานวิจัยกับอาจารย์ที่พระปกเกล้าหรืออาจารย์ที่จุฬา โดยต้องมีการนำเสนอความก้าวหน้าในการทำวิจัย อย่างน้อย 1 ครั้ง ตามตารางที่กำหนด
- การทำวิจัยที่ รพ.พระปกเกล้า ต้องทำเรื่องขอผ่านคณะกรรมการวิจัย ของรพ.พระปกเกล้าเสมอ
- กรณีต้องการปรึกษาวิธีการทำวิจัยหรือปัญหาการวิจัยอื่นๆ สามารถปรึกษาได้ที่สำนักวิจัย รพ.พระปกเกล้า
- กรณีต้องการค้นหาวารสารทางการแพทย์ ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ห้องสมุด ซึ่งจะช่วย search หาวารสารให้ได้อย่างกว้างขวาง

- สำหรับแพทย์ใช้ทุน กำหนดส่งงานวิจัยภายในเดือนธันวาคม และให้เตรียมนำเสนอในการประชุมวิชาการพระปกเกล้าเดือนพฤษภาคม (ส่ง abstract งานประชุมวิชาการภายในสิ้นเดือนมกราคม)
- แพทย์ที่ทำงานวิจัยที่พระปกเกล้าทุกคน เมื่องานวิจัยทำเสร็จแล้ว ให้ส่งงานวิจัย 1 เล่ม ที่เจ้าหน้าที่ การศึกษาหลังปริญญา และส่งงานวิจัยลงตีพิมพ์ในวารสารพระปกเกล้า

ปฏิทินการทำวิจัยและนำเสนอการวิจัยของแพทย์ใช้ทุน/ Resident
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า

เดือน	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
พชท.1 และ Dent 1												
พชท.2 และ Dent 2												
พชท.3 และ Dent 3												

	นำเสนอโครงร่างงานวิจัย (Research proposal)
	รายงานความก้าวหน้างานวิจัย (Research progression)
	นำเสนอผลงานวิจัย (Research presentation)
	แก้ไขและจัดทำรายงานการวิจัยเพื่อส่งราชวิทยาลัยฯ
	ศึกษาหาหัวข้องานวิจัย ติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
	ดำเนินงานการทำวิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา
	ผลงานฉบับสมบูรณ์พร้อมส่งราชวิทยาลัยฯ
	ศึกษาพื้นฐานงานวิจัย GCP/ IRB

กฎระเบียบและสวัสดิการต่าง ๆ

แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ให้การสนับสนุนต่างๆ จากทางโรงพยาบาลในหลายๆ

ด้าน

- ในเวลาราชการ หากแพทย์มีความจำเป็นต้องไปติดต่อธุระส่วนตัว ให้แจ้งอาจารย์ประจำหอผู้ป่วยทุกครั้ง
- การลาทุกชนิดต้องขออนุญาตอาจารย์ประจำหอผู้ป่วย ทำหนังสือลาที่เจ้าหน้าที่การศึกษาหลังปริญญา และต้องมีผู้ปฏิบัติงานแทน ถ้ามีออกตรวจผู้ป่วยนอก และหรืออยู่เวรต้องแลกให้เรียบร้อย ยกเว้นกรณีป่วยฉุกเฉินให้แลกเวร
- ส่วน OPD ให้ off
- ไม่อนุญาตให้ลาภักในช่่วงปฏิบัติงาน ICU และ CCU
- แพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน จะมีอาจารย์ที่ปรึกษา หากมีปัญหาการทำงานต่างๆให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา (รายชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาจะประกาศต้นปีการศึกษา) หรือประธานการศึกษาหลังปริญญา

- การประชุมราชวิทยาลัยประจำปี (เดือนเม.ย.ของทุกปี) อนุญาตให้แพทย์ใช้ทุนปี 3 และแพทย์ประจำบ้านปี 3 ลาเข้าประชุมได้
- ให้แพทย์ทุกท่านติดต่อทำเรื่องเบิกจ่ายตรง เพื่อใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลตามสิทธิ สำหรับแพทย์ประจำบ้านโครงการร่วมจุฬาฯ ซึ่งเป็น free training จะใช้สิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาล และแจ้งประธานการศึกษาหลังปริญญาเพื่อช่วยในการดูแลรักษา
- กรณีสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือสงสัยติดเชื้อ HIV ให้แจ้งอาจารย์และทำบันทึกประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และให้เบิกจ่ายยาป้องกันจากแผนกเวชกรรมหรือที่ห้องฉุกเฉิน (กรณีนอกเวลาราชการ)
- แพทย์ประจำบ้านจะจัดให้พักในหอพัก 48 unit (หอใหม่ปี 2557) ห้องละ 2 คน ในห้องมีเครื่องปรับอากาศ (เสียบค่าไฟเพิ่ม) แพทย์เตรียมผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนและปลอกหมอนมาเอง
- มีคอมพิวเตอร์ให้ใช้งานได้ที่ตึกผู้ป่วย สำนักงานอายุรกรรม และห้องสมุดโดยทางโรงพยาบาลและแผนก ได้ให้การสนับสนุนด้าน internet และ search paper ได้ (ผ่านทาง web ห้องสมุด) ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัย ได้ตลอดเวลา
- มีการจัดห้องพักแพทย์ สำหรับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่ชั้น 3 ตึกอายุรศาสตร์ โดยจัดหาสัญญาณ internet ให้เพื่อใช้ในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (active and continuous learning)
- กรณีที่แพทย์ประจำสายนีมีการเจ็บป่วยกะทันหัน ทางคณะกรรมการ Post grad จะพิจารณาจัดแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน ที่อยู่ใน Loop elective มาปฏิบัติหน้าที่แทนตามความเหมาะสม
- แผนกทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อย เพื่อให้แพทย์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเปิดดูที่ intranet รพ. -> ppk document -> พญ.มาลี
- แผนกได้รวบรวมวีดิทัศน์ E-learning ไว้สำหรับแพทย์ประจำบ้านจะได้เรียนซ้ำได้ด้วยตนเอง ไว้ที่ห้องประชุมใหญ่ชั้น 7 สำนักงานอายุรกรรม ตึกอายุรศาสตร์

การประเมินการฝึกอบรมและการปฏิบัติงาน

- การประเมินการฝึกอบรมของแผนก : แพทย์เพิ่มพูนทักษะ, แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน ประเมินเมื่อครบเวลาปฏิบัติงาน
- สำหรับแพทย์ประจำบ้าน เกณฑ์การผ่านการประเมินสำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

การประเมินการปฏิบัติงาน

3. ใช้การประเมิน EPA 360 องศา
4. เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการที่แผนกจัด มากกว่า ร้อยละ 60 ในแต่ละปีการศึกษา
5. เตรียมงานวิจัย และนำเสนอผลงาน ตามตารางงานวิจัยที่กำหนด และส่งงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยฯ ก่อนจบการฝึกอบรม

การสอบวัดผลการเรียนรู้

- 1) การประเมินสำหรับชั้นปีที่ 1

สอบ formative Examination (MCQ) ภายในสภานัน โดยผ่านเกณฑ์การสอบ MPL อย่างน้อยร้อยละ 50

2) การประเมินสำหรับชั้นปีที่ 2

-สอบผ่าน MCQ และ OSCE / Spot diagnosis ที่จัดภายในสถาบัน (ผ่าน : > ร้อยละ50)

-สอบผ่านการสอบ MCQ ที่จัดสอบโดยราชวิทยาลัย ฯ

3) การประเมินสำหรับชั้นปีที่ 3

-ผ่านการสอบ long case 2 case ที่จัดสอบภายในสถาบัน (ผ่าน : > ร้อยละ60)

- ผ่านการสอบ ASCE ที่จัดภายในสถาบัน (ผ่าน : > ร้อยละ60)

- สอบผ่านการสอบ Long case and ASCE ที่จัดโดยราชวิทยาลัย ฯ

กรณีสอบภายในสถาบัน หากไม่ผ่านเกณฑ์การสอบ สามารถสอบแก้ตัวได้ไม่เกิน 2 ครั้ง

กรณีแพทย์ประจำบ้านต้องการอุทธรณ์ผลการสอบ สามารถ ยื่นแบบอุทธรณ์ มาที่ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยใช้แบบฟอร์มตามเอกสารภาคผนวก 1

- การปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน : Extern แพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยและผู้ป่วย ประเมินตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัย โดยเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง
- การปฏิบัติงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามเกณฑ์แพทยสภา โดยเฉลี่ย เดือนละ 1 ครั้ง

หากแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ถูกร้องเรียนจากการปฏิบัติงานหรือได้รับการประเมินว่าไม่ผ่านเกณฑ์การฝึกอบรม จะมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ประธานหรือรองประธานการศึกษาหลังปริญญา อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์กรรมการการศึกษาหลังปริญญา หรืออาจารย์ประจำหอผู้ป่วยร่วมประเมินวินิจฉัย โดยในครั้งที่ 1 ตักเตือนด้วยวาจา ครั้งที่ 2 ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร ครั้งที่ 3 จะพิจารณาลงโทษ โดยผ่านมติที่ประชุมของแผนกอายุรกรรม และแจ้งให้แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบ ในกรณีนี้แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถอุทธรณ์ผลการวินิจฉัย (ภาคผนวกที่1) ของมติที่ประชุมแผนกอายุรกรรมได้

ประธานการศึกษาหลังปริญญา

Revise version 03/07/2023

เอกสารภาคผนวกที่ 1

แบบอุทธรณ์ผลการตัดสินการประเมินผลการเลื่อนชั้นของแพทย์ประจำบ้าน

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

อ้างถึงผลการตัดสินการประเมินผลการเลื่อนชั้นปีที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.

.....

ที่อยู่.....

ปฏิบัติงานอยู่ชั้นปีที่..... อาจารย์ที่ปรึกษา

.....

เบอร์โทรศัพท์..... e-mail

.....

เนื่องจากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับผลการตัดสินของคณะกรรมการเกี่ยวกับการประเมินการเลื่อนชั้น จึงขอใช้สิทธิ์ในการยื่นการอุทธรณ์ โดยยื่นแบบ ไม่เกิน สิบสี่วันจากทราบผล โดยข้าพเจ้าขอชี้แจงรายละเอียดดังนี้

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

แพทย์ผู้ยื่นคำร้อง

ภาคผนวกที่ 2

BASIC SCIENCE in INTERNAL MEDICINE (B-SIM Course) 2022

	Subject	Division	Staff	Months
1.	Pathophysiologic changes in Cirrhosis	GI	อ.พุกท	ส.ค.
2.	Rational uses of Antimicrobial agents	ID	อ.มาดี	ต.ค.
3.	Principle of Infectious controls	ID	อ.มาดี	ก.ย.
4	Gas exchanges and ABG	Pulmo	อ.บัญญัติ	ส.ค.
5	Basic Hematomorphology	Hemato	อ.ธิรยา	ก.ค.
6	Principle of Coagulation system	Hemato	อ.ศิลาปชัย	ต.ค.
7	Hormonal Regulations	Endoc	อ.นวรรัฐ	พ.ย.
8	Overview of Medical Research	Endoc	อ.นวรรัฐ	ก.ค.
9	Neuroanatomy	Neuro	อ.ปรีดี	พ.ย.
10	Basic nutritional assessment	Nutrition	อ.จันจิรา	ก.ย.
11	Principle of Cancer treatment	Onco	อ.ภาสกร	ธ.ค.
12	Cardiac Electrophysiology	Cardio	อ.วิวัฒน์	ก.ย.
13	Structure and Physiology of CVS	Cardio	อ.โพธิ์	ธ.ค.

สรุปการภารงานการดูแลนอกเวลาราชการ/ในเวลาราชการ

	คนแรก	คนที่สอง	คนที่สาม	การรับใหม่ในเวลาราชการ
ICU/CCU	เวร ICU/CCU	2nd call	3rd call	น้องในสาย
IM	เวร IM	2nd call	3rd call	น้องในสาย
GM	เวร GM	3rd call		น้องในสาย
นอกแผนก	3rd call	*ถ้ามีกรณีเร่งด่วน อาจขอให้ 2nd call ไปประเมินก่อนได้		-
Stroke	รับใหม่/notify เวร GM ตามเพศ	3rd call		น้องในสาย
พิเศษ	ถ้าไม่มีสาย: หน้าป้าย แต่ถ้าต้องให้ช่วยดูตาม 2nd call	3rd call		ถ้ามีหน้าป้าย: หน้าป้ายรับ แต่ถ้าจะรับสาย staff สายรับ ดังนั้นต้องโทรตกลงกันก่อนระหว่างผู้ admit และ staff สาย
	ถ้ามีสาย: ตาม 2nd call	3rd call		
มะเร็งชั้น 6	หน้าป้าย แต่ถ้าต้องให้ช่วยดูตาม 2nd call	3rd call		ปกติจะเป็นหน้าป้าย onco hemato อยู่แล้ว
สงฆ์	ถ้าไม่มีสาย: หน้าป้าย แต่ถ้าต้องให้ช่วยดูตามเวร GM ชาย	3rd call		ถ้ามีหน้าป้าย: หน้าป้ายรับ แต่ถ้าจะรับสาย staff สายรับ
	รับใหม่/ถ้ามีสาย: เวร GM ชาย			
แยกโรค	ตามสายที่รับและความหนักเบา (IM/GM)	ถ้าเป็นเคส IM 2nd call ถ้าเป็นเคส GM 3rd call		น้องในสาย

ตารางออกตรวจ OPD พชท.1-3 / Resident 3

ตารางออกตรวจ OPD พชท.1 - 3 ปีการศึกษา 2566				
ลำดับที่	ชื่อแพทย์	OPD Fix	OPD Gen	Loop ที่เปลี่ยนวันกลาง
1	พ. สันติ	จันทร์	พุธ	ไม่มี
2	พ. พลธิษฐ์	อังคาร	พฤหัสบดี	Loop 7 Gen วันศุกร์
3	พ. ทยากร	ศุกร์	อังคาร	Loop 12 Gen วันพุธ
4	พ. ธนัชชา	พฤหัสบดี	จันทร์	Loop 2 , 4 Gen วันอังคาร
5	พ. อนุรักษ์	จันทร์	พุธ	ไม่มี
6	พ. พันธกานต์	พุธ	ศุกร์	ไม่มี
7	พ. วสุพร	พฤหัสบดี	จันทร์	ไม่มี

8	พ.กรกช	อังคาร	พฤหัสบดี	ไม่มี
9	พ.อภิญา	พุธ	ศุกร์	Loop 2 Gen วันจันทร์
10	พ.บุญยานุช	พฤหัสบดี	จันทร์	ไม่มี
11	พ.เมธิรา	ศุกร์	อังคาร	Loop 2 Gen วันพุธ

ตาราง OPD R3

R3	ชื่อแพทย์	OPD หนด (วันfix)	OPD กลาง (เปลี่ยนได้ตาม rotation)
2	พ.กมลภัทร	จันทร์	พุธ
4	พ.ณัษพล	อังคาร	พฤหัสบดี
1	พ.กรรวี	พุธ	ศุกร์
3	พ.ทศพล	พฤหัสบดี	จันทร์
5	พ. อภิสรา	ศุกร์	อังคาร
7	พ.กรรทอง	จันทร์	พุธ
8	พ. ณัฐวุฒิ	อังคาร	พฤหัสบดี
10	พ. จิตภา	พุธ	ศุกร์
9	พ.วรดา	พฤหัสบดี	จันทร์
6	พ.ชันทกมล	ศุกร์	อังคาร
11	พ.ปัญญาพร	จันทร์	พุธ

ตาราง Staff ในการประเมิน EPA ที่ OPD ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน ประจำบ้าน 2566

วัน	อาจารย์ที่รับผิดชอบ
จันทร์	อ.นารัฐ, อ.โพธิ์, อ.วิวัฒน์, อ.ธิรยา, อ.วีระศักดิ์, อ.มาลี, อ.อร อนงค์ อ.จิตรอนงค์, อ.จตุรงค์

อังคาร	อ.ภัทร, อ.จุมพล, อ.ภาสกร, อ.อรอนงค์, อ.ธีรภัทร์
พุธ	อ.จักรินทร์, อ.จันจิรา, อ.ธีรยุทธ, อ.สุรางคณา, อ.วีระพงศ์, อ.ปรีดี อ.จตุรงค์, อ.อลัน
พฤหัสบดี	อ.วราภรณ์, อ.สุรัชต์, อ.จารุวรรณ, อ.ธันวา, อ.มาเรียม, อ.เจริญศักดิ์
ศุกร์	อ.ราม, อ.ศิลป์ชัย, อ.บัญญัติ, อ.พุทธ, อ.ปรัชญา, อ.เจริญศักดิ์, อ.อลัน