



แบบฟอร์มเยี่ยม – คั่นเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่เยี่ยม.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรภายใน.....มือถือ.....

มีความต้องการเยี่ยมเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อ

☐ ประกอบการรักษา (1 วัน) ☐ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย (7 วัน) ☐ Trigger Tool (7 วัน)

☐ ตรวจสอบ MRA (15 วัน) ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

กำหนดรับ.....เดือน.....พ.ศ..... กำหนดคืน.....เดือน.....พ.ศ.....

จำนวน.....ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	AN	ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ระเบียบการยืมเวชระเบียน

1. เพื่อประกอบการรักษา 1.1 ผู้มีสิทธิ์ยืม คือ แพทย์ ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย 1.2 ผู้ยืมต้องกรอกแบบฟอร์มยืมเวชระเบียน (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาล) ตามที่กำหนดให้ชัดเจน (กรณีเร่งด่วนขอทางโทรศัพท์) และนำมายื่นด้วยตนเอง หรือ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่นำมายื่นที่กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ 1.3 ส่งคืนภายใน 1 วัน 1.4 ยืมและคืนเวชระเบียนได้ในเวลา 8.30 – 15.30 น. ทุกวันทำการ 2. เพื่อประกอบการทบทวนดูแลผู้ป่วย 2.1 ผู้มีสิทธิ์ยืม คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 2.2 แพทย์ กรอกแบบฟอร์มยืมเวชระเบียนตามแบบฟอร์ม (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาล) และนำมายื่นด้วยตนเอง หรือ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่นำมายื่นที่กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ 2.3 เภสัชกร พยาบาล ต้องกรอกแบบฟอร์มยืมเวชระเบียนตามแบบฟอร์ม (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาล) และให้หัวหน้าหน่วยงานลงชื่อรับรอง นำมายื่นด้วยตนเอง หรือ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่นำมายื่นที่กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ	2.4 เวชระเบียนผู้ป่วยในยืมได้ครั้งละไม่เกิน 20 ฉบับ และส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด กรณีถึงกำหนดคืน และประสงค์จะยืมเวชระเบียนต่อ ให้แจ้งกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ 2.5 ต้องนำเวชระเบียนมาคืนทันทีเมื่อมีการเรียกคืน หรือเมื่อใช้เสร็จแล้ว หรือครบกำหนดคืน 2.6 กรณีต้องการยืมมากกว่า 20 ฉบับ ต้องยื่นแบบฟอร์มยืมก่อนมารับเวชระเบียนอย่างน้อย 2 วันทำการ 2.7 ยืมและคืนเวชระเบียนได้ในเวลา 8.30 – 15.30 น. ทุกวันทำการ <u>2.8 ผู้ยืมต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณีเวชระเบียนชำรุด สูญหาย หรือข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเป็นความลับถูกเปิดเผย</u> 3. กรณีต้องการยืมเวชระเบียน นอกเหนือจากเหตุผลในข้อ 1 และ 2 ให้ติดต่อผู้รับผิดชอบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นกรณีพิเศษ หมายเหตุ 1. ยืมเพื่อประกอบการรักษา กำหนดคืนภายใน 1 วัน 2. ยืมเพื่อประกอบการทบทวนดูแลผู้ป่วย กำหนดคืนภายใน 7 วัน
--	---

ข้าพเจ้าได้อ่านและยอมรับระเบียบการยืมเวชระเบียนทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้ยืม
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (หัวหน้าหน่วยงาน)
(.....)
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้าได้รับเวชระเบียนตามรายการข้างต้นแล้ว จำนวนฉบับ ณ วันที่.....
และจะนำมาส่งคืนภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเวชระเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 3

ข้าพเจ้าได้นำเวชระเบียนมาส่งคืนตามรายการที่ยืมไปข้างต้น จำนวนฉบับ ณ วันที่

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน
(.....)