

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บันทึกข้อความ

ฝ่ายเลขานุการ

จพ.....ผลข.....2156...../2564.....ลก.....63.../2564.....วันที่ 21 มกราคม 2564

สภากาชาดไทย	
ฝ่ายจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
สภากาชาดไทย	76
รับเลขที่.....	
วันที่.....	25 ม.ค. 2564

โทร.02-256-4999 ต่อ 204

เรื่อง ขั้นตอนการขออนุมัติเปิดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการรายการใหม่

เรียน หัวหน้าฝ่ายจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ขั้นตอนการเปิดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.แบบฟอร์มขอข้อมูลรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการของฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

เพื่อให้การขออนุมัติเปิดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการรายการใหม่ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ที่ประชุมคณะกรรมการระบบห้องปฏิบัติการ ครั้งที่1/2564 เมื่อวันอังคารที่ 12 มกราคม 2564 ได้สรุปขั้นตอนการเปิดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และขอแจ้งให้ทุกฝ่าย/ศูนย์ทราบและดำเนินการตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ปิยะพันธ์ พงกษพานิช)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านระบบห้องปฏิบัติการ

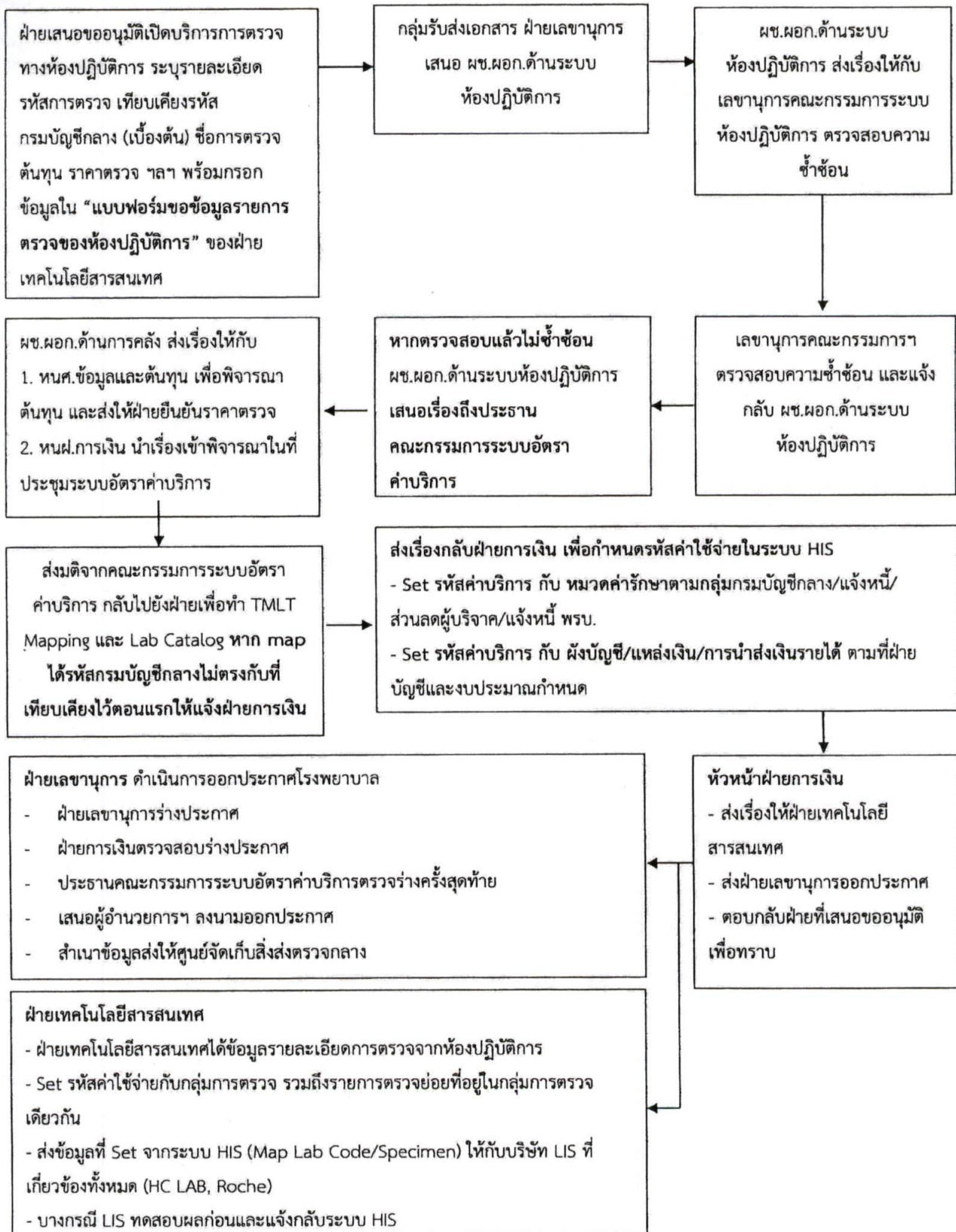
สำเนาเรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านการคลัง

หัวหน้าฝ่ายการเงิน

หัวหน้าฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ฉีก, นศ๗.๗

ขั้นตอนการเปิดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



แบบฟอร์มขอข้อมูลรายการตรวจของห้องปฏิบัติการ

โปรดกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม ให้กับทางฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้วย เพื่อนำข้อมูลจากหน่วยงานของท่านมาเพิ่มเติมและแก้ไขลงในระบบฐานข้อมูลกลางระบบ HIS (ระบบคอมพิวเตอร์ On-Line ของ รพ.)

1. รหัส HIS รหัสค่าใช้จ่าย
2. ชื่อรายการตรวจ
 - 2.1 ชื่อย่อ
 - 2.2 เป็นรายการตรวจที่ต้องการ ☐ ☐ ☐ เพิ่มใหม่ ☐ ขอแก้ไข/ เปลี่ยนแปลงจากรายการเดิมที่มีข้อมูลอยู่แล้ว
3. ใบ Request ที่ใช้.....บ.6321..... กลุ่ม / ประเภทการตรวจ (TYPE)
4. บริการตรวจให้กับ ☐ คลินิกในเวลา ☐ คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ☐ อื่น ๆ
5. คิดราคาค่าตรวจ ☐ แบบราคาเดียว ☐ ค่าตรวจตามจำนวน Specimen ☐ อื่น ๆ
6. รหัสการตรวจนี้ มีรายการตรวจย่อยที่ต้องรายงานผลการตรวจหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
 - 6.1 ถ้าหาก ไม่มี รายการย่อย จะมีการรายงานผล เป็นแบบ ☐ ตัวเลข ☐ ตัวอักษร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - 6.2 ถ้าหาก มี รายการย่อย จะมีการรายงานผล เป็นแบบ ☐ ตัวเลข ☐ ตัวอักษร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. หน่วย ที่ใช้ในการรายงานผล คือ.....
8. ค่าปกติ ในการรายงานผล เพศชาย เด็กชาย (0-15 ปี)
 เพศหญิง เด็กหญิง (0-15 ปี)
9. Specimen ที่ใช้ในการตรวจ(เทียบรหัส Specimen กลางของรพ.ควรระบุรหัสมีผลกับการออกบาร์โค้ดสำหรับเครื่องตรวจอัตโนมัติ)
ตัวอย่าง 24 - EDTA blood ลำดับความสำคัญ ☐ แสดงเป็นรายการแรก ☐ แยกเลขการตรวจ(Lab No) ตามจำนวน Specimen09-Blood.....
10. ชื่อห้องปฏิบัติการที่รับตรวจ คือ.....
11. ระยะเวลาในการรายงานผล (วันที่ได้รับผล)วันชม.
12. คุณลักษณะพิเศษ ☐ ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15189 ☐ ปกปิดรายการ(HIV) ออกผลที่ ☒ HIS ☒ LIS ระบุ.....
☐ การตรวจวัดระดับยาในเลือด
13. แจ้งเตือนแพทย์ผู้ส่งตรวจ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
 วิธีการตรวจ/ขอควรทราบก่อนการส่งตรวจ
 1.....
 2.....
14. ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....หน่วยงาน ฝ่ายจุลชีววิทยา หน่วย.....โทร.....ต่อ.....

เมื่อท่านกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว กรุณาส่งคืนกลับมายัง :ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ รพ. จุฬาลงกรณ์ ดิโกอาคารจอตต 3 ชั้นที่ 14
 โทร 5463/3237 พัชณิษา / ธัญญา

แบบฟอร์มขอข้อมูลรายการตรวจของห้องปฏิบัติการ

15. ฟอร์มสำหรับแพทย์ส่งตรวจออนไลน์

07.2.15.บันทึกปรับปรุงฟอร์ม Order หน้าแพทย์

07.2.16.บันทึกปรับปรุงฟอร์ม Order หน้าแพทย์(L)

FORM ORDER

1 Dep. Central Lab
2 Immunology
3 Virology
4 Bacteriology
5 Mycology
6 Dep. Pediatrics
7 Parasitology
8 Forensic (Serology)
9 (Lab. 2) Mycology
10 Blood Bank
11 Special Lab MED
12 (Hematology) Hb typing
13 (Lab. 2) Renal Unit
14 (Lab. 2) Endocrine

15.1) ชื่อฟอร์ม

07.2.16.บันทึกปรับปรุงฟอร์ม Order หน้าแพทย์(L)

Dep. Central Lab
Immunology
Virology
Bacteriology
Mycology

1 HIV-1
2 HIV-2
3 HIV-1/2
4 HIV-1/2
5 HIV-1/2
6 HIV-1/2
7 HIV-1/2
8 HIV-1/2
9 HIV-1/2
10 HIV-1/2
11 HIV-1/2
12 HIV-1/2
13 HIV-1/2
14 HIV-1/2
15 HIV-1/2
16 HIV-1/2
17 HIV-1/2
18 HIV-1/2
19 HIV-1/2
20 HIV-1/2
21 HIV-1/2
22 HIV-1/2
23 HIV-1/2
24 HIV-1/2

15.2) ชื่อกลุ่มย่อยในฟอร์ม

15.1 อยู่ในฟอร์มชื่อ/หมายเลข (มี 16 หมายเลข).. Bacteriology / 4..... อื่น ๆ

15.2 อยู่ในกลุ่มย่อยในฟอร์ม (หรืออ้างอิงกลุ่มในใบขอตรวจ ถ้ามี).....

16. รายละเอียดภาชนะบรรจุ (เป็นข้อมูลสำหรับการเตรียม Tube เลือก/ภาชนะที่ใช้)

07.2.11.บันทึกปรับปรุงข้อมูลภาชนะบรรจุ(LAB_M_LABSPECCONTAIN)

ประเภทภาชนะบรรจุ : VIROLOGY

ลำดับ	ชื่อภาชนะบรรจุ	ชนิดภาชนะบรรจุ	จำนวน	ปริมาตรที่ใช้	ใช้ Tube ร่วม	คำบรรยายเสริม
15	MV018 CMV-infected cell Ag	สไลด์สเตรีย/หลอดแก้ว	1	6		
16	MV020 HSV- isolation	HSV transport medium	1	2		
17	MV025 Parvo B19 IgG	หลอดแก้วแดง	1	3		
18	MV026 Parvo B19 IgM	หลอดแก้วแดง	1	3		
19	MV029 EBV-IgA	หลอดแก้วแดง	1	3		
20	MV030 VZV-IgG	หลอดแก้วแดง	1	3		
21	MV031 VZV-IgM	หลอดแก้วแดง	1	3		
22	MV032 Measles-IgG	หลอดแก้วแดง	1	3		
23	MV033 Measles-IgM	หลอดแก้วแดง	1	3		
24	MV034 HIV-DNA (qualitative)	หลอดแก้วแดง	1	6		
25	MV035 HIV-viral load (UltraseNSE)	หลอดแก้วแดง	1	6		
26	MV037 HBV-viral load (PCR)	หลอดแก้วแดง	1	6		
27	MV038 HCV-RNA (qualitative)	หลอดแก้วแดง	1	6		
28	MV039 HCV-viral load (PCR)	หลอดแก้วแดง	1	6		
29	MV041 CMV-viral load (PCR)	หลอดแก้วแดง	1	6		
30	MV042 CMV-DNA qualitative	หลอดแก้วแดง/ภาชนะใส	1	6		
31	MV051 EBV (EBNA) - IgG	หลอดแก้วแดง	1	3		
32	MV052 HSV-DNA qualitative	หลอดแก้วแดง/ภาชนะใส	1	6		
33	MV053 RSV - isolation	RSV transport medium	1	2		

ตัวอย่าง

ชื่อภาชนะ/Tube	คำอธิบาย	จำนวน/ Tube	ปริมาตรที่ใช้	ใช้ Tube ร่วม (1-ใช่, 0-ไม่ใช่)	คำบรรยายเสริม

เมื่อท่านกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว กรุณาส่งคืนกลับมายัง :ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ รพ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจอร์จ 3 ชั้นที่ 14
โทร 5463/3237 แฟกซ์ 5463/3237