

การส่งถ่ายเอกสารที่มีทะเบียน และไม่มีทะเบียน

โดย นางสาวศศิภา มณีขวัญ

เอกสารที่มีทะเบียน

- หมายถึง เอกสารที่มีเลขลงทะเบียน ซึ่งจะอยู่บริเวณมุมล่างซ้ายของเอกสาร เช่น F – DEN - 017

วันที่.....

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลการรักษา การผ่าตัดถอนฟันคุด/ฟันฝัง
(removal of impaction/embedded tooth by surgical) และความยินยอมของผู้ป่วย
แบบกึ่งใบกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชา

การให้ข้อมูล/ยินยอมแก่ผู้รับบริการ โดยทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

1. ข้าพเจ้า (ทันตแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูล/ยินยอมแก่ผู้รับบริการ เหตุผลที่ผู้รับบริการต้อง
ได้รับการรักษาเนื่องจากตรวจพบฟันซี่..... เอียงกับฟันข้างเคียงและมีส่วนหัวส่วนโคนหรือซี่งอกออกมาจากเหงือก ฟันที่ไม่
สามารถขึ้นได้ในช่องปากหรือในตำแหน่งปกติ นอกจากนี้อันตรายที่ฟันซี่นี้ก่อการ.....

2. ขั้นตอนการผ่าตัดถอนฟันคุด/ฟันฝัง จะดำเนินการดังนี้

2.1 ซักประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การแพ้ยา และอื่น ๆ ตามมาตรฐาน ซึ่งผู้รับบริการควรให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2 ศึกษาภาพการเอ็กซเรย์ (x-ray) เพื่อวางแผนการรักษาและแจ้งผลการรักษาให้ผู้รับบริการทราบ

2.3 อธิบายเฉพาะที่และระบอบความเจ็บปวด เป็นผลึก การระงับปวดและการระงับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่

2.4 ดังกล่าวความสะอาด แขนและ

2.5 ให้ความรู้และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

2.6 จ่ายยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาฆ่าเชื้อ ที่อยู่ในดุลยพินิจของทันตแพทย์ที่ทำการผ่าตัดและได้แจ้งให้ผู้รับบริการทราบแล้ว

3. ทันตแพทย์ได้อธิบายความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการรักษา ซึ่งได้แก่ การปวด การ
บวม การระคายเคือง การอักเสบของกระดูกขากรรไกร การติดเชื้อในโพรง ฟันซี่ข้างเคียงโยก การขาดเหงือก การขาดฟันซี่ข้าง
เคียงซี่งอกหรือชานขึ้นขึ้นกับตำแหน่งของฟัน อาจเกิดการเคลื่อนตัวของฟันซี่ข้างเคียง หรือการหักของกระดูกขากรรไกรได้ ความเสี่ยง
ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น และระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับภาวะและโรคประจำตัวของผู้รับบริการด้วย ซึ่งอาจทำให้ต้องได้รับการรักษา
ต่อไปในอนาคต

4. ในกรณีที่ได้รับบริการใบเอกสาร อาจเกิดการปวดบวม การติดเชื้อรุนแรงจนอาจมีไข้หรือปวดต่าง ๆ ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ กลืน
อาหารลำบาก อ่อนเพลียตามปกติ ซักประวัติหรือปิดกั้นการหายใจ หากมีอาการเจ็บปวดหรือมีอาการอื่น ๆ ผู้รับบริการสามารถแจ้งให้
ทันตแพทย์ทราบได้

.....

ข้อความแสดงความยินยอม

5. ข้าพเจ้า (ผู้ป่วย) อายุ ปี เพศ..... หากข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน
ได้ ขอให้ผู้อื่น..... บัญชีชื่อ..... กับข้าพเจ้า เป็นผู้ตัดสินใจแทน

ข้าพเจ้าขอรับทราบข้อมูลและยินยอมและยินยอมที่จะเข้ารับการรักษาฟันคุด/ฟันฝัง และข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ
ผลการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและรับทราบว่าจะเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าทันตแพทย์จะพยายามให้การรักษาดูแล
มาตรฐานอย่างเต็มที่ จึงขอแสดงความประสงค์

.....ยินยอม.....ไม่ยินยอม

ชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน.....ชื่อ.....ทันตแพทย์

.....พยาน

F-DEN-017 (แก้ไขครั้งที่ 03-01/03/64)

ข้าพเจ้าขอรับทราบข้อมูลและยินยอมและยินยอมที่จะเข้ารับการรักษาฟันคุด/ฟันฝัง และข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ

ผลการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและรับทราบว่าจะเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าทันตแพทย์จะพยายามให้การรักษาดูแล

มาตรฐานอย่างเต็มที่ จึงขอแสดงความประสงค์

.....ยินยอม.....ไม่ยินยอม

ชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน.....ชื่อ.....ทันตแพทย์

.....พยาน

F-DEN-017 (แก้ไขครั้งที่ 03-01/03/64)

เอกสารที่ไม่มีทะเบียน

- หมายถึง เอกสารที่มีแบบฟอร์มที่ถูกจัดทำขึ้นภายในฝ่ายงาน โดยไม่ได้นำไปขึ้นเลขทะเบียน

[illegible]

การส่งถ่ายเอกสาร

เขียนใบส่งถ่ายเอกสารร้านวรรณ

** โดยนำใบเขียนถ่ายเอกสารจากบริเวณ
ฝ่ายพัสดุ

กรอกรายละเอียด ดังนี้

1. รายการชื่อเอกสารที่จะส่งถ่าย
2. จำนวนแผ่น
3. หากต้องการให้ทางร้านถ่ายเอกสารทำอะไรเพิ่มเติม ให้ลงรายละเอียดไว้ในช่องหมายเหตุ เช่น ตัดครึ่ง , ตัดแบ่งเป็น 3 แผ่น เป็นต้น

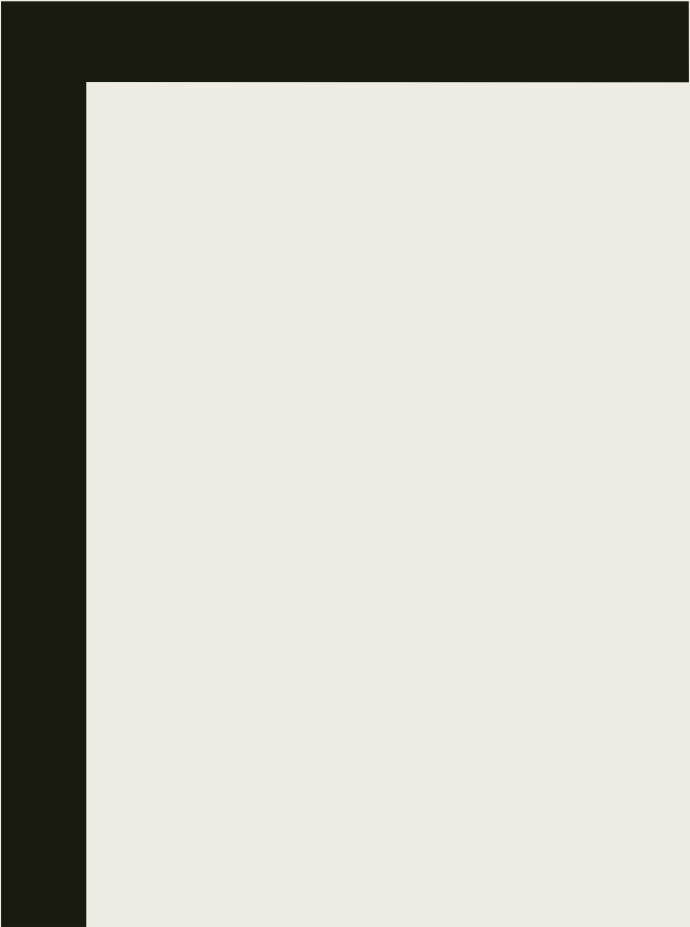
แบบฟอร์มถ่ายเอกสารร้านวรรณ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เจ้าของร้านวรรณ
ขอความกรุณาถ่ายเอกสารงานราชการ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนแผ่น	แผ่นละ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
รวมเงิน					

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....
(.....)
เจ้าของเอกสาร

พักรม
(นางสาวกัญจรมน โฉมศรี)
นักบัญชีอาวุโส
หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย



ขอบคุณค่ะ

