**แบบบันทึกการปฏิเสธการประสานส่งกลับ ( Refer back ) ฉบับที่........../ward……………..**

วันที่ ........................................................Refer back โรงพยาบาล ....................................................................

ชื่อผู้ป่วย.....................................................................HN………………………………………………………………………….

การวินิจฉัยโรคแรกรับ...........................................................................................................................................

ระดับการคัดกรอง (ของ IPD) 1  2  3  4  5

การวินิจฉัยโรคก่อนส่งกลับ .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ระดับการคัดกรอง (ของ IPD) 1  2  3  4  5

รายละเอียดการประสานงาน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่ | วัน/เดือน/ปี | เวลา  ( นาที ) | problemlist | เหตุผลการปฏิเสธ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ผู้รายงาน……………………………………………………

ตำแหน่ง............................................................... วันที่.....................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่ | วัน/เดือน/ปี | เวลา  ( นาที ) | problemlist | เหตุผลการปฏิเสธ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

รายงาน……………………………………………………

ตำแหน่ง............................................................... วันที่.....................................................................

ข้อสั่งการ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อสั่งการให้เลขาแต่ละ PCTรวบรวมข้อบ่งชี้ Refer back

แพทย์ Intern เลือก case

Ward ทำ Discharge plan

Staff ward ตัดสินใจ

และอนุมัติการ Refer back

Intern ward รพศ. ประสาน แพทย์ รพ.ปลายทาง

-เขียนแบบบันทึกปฏิเสธ Refer back

(ตามเอกสารแนบท้าย)ส่งศูนย์ Refer

-ติดต่อใหม่

รับ Refer back

ไม่รับ

รับ

-พยาบาล Ward รพศ. ประสาน พยาบาล Ward รพช

-แพทย์พิมพ์แบบตอบกลับใน Thai refer/เขียนใบ Refer back

-เภสัชกรเตรียมยา และครุภัณฑ์ทางการแพทย์

-พยาบาล Ward รพศ. ประสานศูนย์ Refer เพื่อเตรียมส่งกลับ

-พยาบาล Refer ทำ Triageก่อนส่งกลับ หากพบว่า เป็นผู้ป่วยระดับการคัดกรอง 1และ 2 ( 4และ5 ของ IPD ) ยุติการส่งกลับ/Re-admission