

คู่มือแพทย์ประจำบ้าน

สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

(ฉบับปรับปรุง ปี 2566)

โดย

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รายนามคณาจารย์และอาจารย์ที่ปรึกษา
กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูและภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พล.ต.หญิง เพ็ญฟ้า คุณาคร
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พล.ต.ผศ. ไกรวัชร ชีรเนตร
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.รศ. ภัทรารุช อินทรกำแหง
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.ธง พงษ์หาญยุทธ
รองผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ท. ชาญวิทย์ โพธิ์งามวงศ์
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลา

พ.ต.กมลทิพย์ บุรณรัช
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลา

ร.อ.หญิง ณีฎฐา ว่องชนะวิโมกษ์
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลา

พล.ท.หญิง วิไล ชินสกุล
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พล.ต.ผศ. อารมย์ ขุนภามิ
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.รศ.วิภู กำเหนิดดี
ผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.ชนศักดิ์ หทัยอารีย์รักษ์
ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ต.เฉลิมพงษ์ ชิวชุดิรุ่งเรือง
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลา

พ.ต.ภัทร มีสุขสบาย
อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเต็มเวลา

ปรัชญา

คุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ ใส่ใจคุณภาพชีวิต

วิสัยทัศน์

องค์กรชั้นนำด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูทวาร ในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรมและบุคลากรที่มีคุณภาพ

พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ ทวาร ครอบคลุมประชาชนทั่วไป ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและความประทับใจของผู้รับบริการ ตลอดจนให้การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความรู้คู่จริยธรรม และผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อตอบสนองการบริการและการฝึกอบรม

แนะนำกองและภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประวัติความเป็นมา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ซึ่งในขณะนั้นใช้ชื่อว่า กองเสนารักษ์ มณฑลทหารบกที่ 1) ได้เริ่มการก่อตั้งแผนกกายภาพบำบัดครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2478 โดย พล.ต.ขุนประทุมโรคนะหาร ซึ่งเป็นรังสีแพทย์ ต่อมาในภายหลังท่านได้ชื่อว่าเป็น “บิดาเวชศาสตร์ฟื้นฟูประเทศไทย” พล.ต.ขุนประทุมโรคนะหารท่านได้มีโอกาสศึกษาวิชา Physical medicine ที่ North Western University เมือง Chicago ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งภายหลังจากที่ท่านศึกษาจบแล้ว ได้กลับมาได้ก่อตั้ง “ทูมอร์คลินิกและแผนกกายภาพบำบัด” ขึ้นที่บริเวณชั้นล่างของตึกรังสี (พระตำหนักอุดมวนาภรณ์ ในพระราชวังพญาไท) ท่านมีบทบาทอย่างมากในการฟื้นฟูผู้พิการ อาทิเช่น ท่านเป็นผู้ก่อตั้งหน่วยแขน – ขาเทียมขึ้น เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้พิการในช่วงสงครามเกาหลี และได้ผลิตถ้ำน้ำอุ่นสำหรับการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูเด็กพิการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโปลิโอ เป็นต้น

งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้มีการพัฒนาขึ้นอีกครั้งเมื่อได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานสระน้ำ เพื่อการออกกำลังกายและศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ซึ่งตั้งอยู่บริเวณด้านล่างของตึกลิ้นจี่ กิตติขจร

- | | |
|-----------|---|
| พ.ศ. 2513 | มีหอผู้ป่วยกายภาพบำบัดเป็นครั้งแรก ที่ตึกลิ้นจี่ กิตติขจร |
| พ.ศ. 2518 | วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า (วพม.) เปิดรับนักเรียนแพทย์ทหาร (นพท.) รุ่นแรก
พ.อ.หญิงเรณู วิชยานนท์ เป็นผู้ร่างหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งทำให้ วพม. เป็นสถาบันผลิตแพทย์แห่งแรกของประเทศไทย ที่มีหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นเอกเทศ |
| พ.ศ. 2523 | ได้ย้ายจากตึกลิ้นจี่ กิตติขจร มายังตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในปัจจุบัน |
| พ.ศ. 2524 | ได้ยกฐานะจากแผนกกายภาพบำบัด เป็นกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู |

นโยบายของ กวฟ.รพ.รร6

1. กวฟ.รพ.รร.6 ปฏิบัติต่อแพทย์ประจำบ้านทุกคนอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นความเสมอภาค ปราศจากการแบ่งแยกด้วยความแตกต่างด้านลัทธิความเชื่อทางศาสนา การเมือง เพศ หรือชาติพันธุ์
2. แพทย์ประจำบ้าน กวฟ.รพ.รร.6 ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล และมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีจริยธรรม
3. แพทย์ประจำบ้านทุกคนมีเสรีภาพในการแสดงออกถึงความเชื่อในลัทธิ ศาสนาของตนเอง เช่น การถือศีลอด การละหมาด และการแต่งกายตามความเชื่อทางศาสนาของตน ทั้งนี้ต้องไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น และการปฏิบัติตามความเชื่อต้องไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
4. เนื่องจาก กวฟ.รพ.รร.6 เป็นเขตทหาร แพทย์ประจำบ้านจึงต้องเคารพกฎระเบียบของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องการแต่งกาย (เสื้อแพทย์ประจำบ้าน, กางเกงขายาว [ชาย/หญิง], กระโปรงคลุมเข่า, รองเท้าหุ้มส้น สีสุภาพ) และการแสดงความเคารพต่อผู้อาวุโส นอกจากนี้ รพ.รร.6 ตั้งอยู่ในเขตพระราชวังพญาไท แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ดูแลรักษาโบราณสถาน และไม่แสดงกิริยาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่ออยู่ในเขตพระราชวัง

การบริการ

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู [Department of Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) หรือ Rehabilitation Medicine] เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้การบริการด้านการตรวจวินิจฉัย รักษา ตลอดจนจนถึงการฟื้นฟู (Rehabilitation) ให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กจนถึงผู้ป่วยสูงอายุ และมีการบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ดังรายละเอียดที่แพทย์ประจำบ้านควรทราบดังนี้:-

การบริการผู้ป่วยนอก (OPD)

1. OPD PM&R (แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

วันเวลาบริการ : ทุกวัน เว้นวันหยุดหัตสบัติ เวลา 09.00 – 12.00 น.

สถานที่ : อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (physiatrist) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiatric evaluation), การให้โปรแกรมออกกำลังกาย (Therapeutic exercise) ที่เหมาะสม, การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ, การพิจารณาให้อุปกรณ์และเครื่องช่วยเดินต่าง ๆ (assistive devices, orthoses/prostheses, gait aid) สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ได้รับการประเมินแล้วและแพทย์เห็นสมควรว่าควรได้รับการรักษา ด้านกายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, เวชศาสตร์การกีฬา หรือฝึกพูด จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การกีฬา หรือนักแก้ไขการพูด เป็นต้น

ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้แก่ :-

- Musculoskeletal pain: myofascial pain syndrome, cervical/lumbar spondylosis, etc.
- Other musculoskeletal conditions e.g., post - operative orthopedic conditions, sports injuries, rheumatological conditions, burns etc.
- Neurological rehabilitation (stroke, spinal cord injury, peripheral nerve injury, traumatic brain injury, movement disorders and other brain dysfunction)
- Pediatric rehabilitation (e.g., floppy infant, birth's palsy, various neuromuscular disease, cerebral palsy, etc.)
- Geriatric rehabilitation
- Cardiac/pulmonary rehabilitation
- Amputee rehabilitation

โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2 จะออกตรวจ OPD พร้อมอาจารย์ ในขณะที่ชั้นปีที่ 3 จะออกตรวจ OPD ด้วยตนเอง แต่หากมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาอาจารย์ประจำสายได้

2. SPECIAL CLINICS (คลินิกเฉพาะทาง)

2.1 SPASTICITY CLINIC (คลินิกลดเกร็ง)

วันเวลาบริการ: ทุกวันศุกร์ที่ 1,3, และ 4 ของเดือน (13.30 – 16.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจโรคผู้ปวยนอกและห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

ผู้ควบคุม: อ.ชนศักดิ์, อ.ชาญวิทย์, อ.เฉลิมพงษ์, อ.กมลทิพย์

ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งแบบ Spasticity โดยเฉพาะในรายที่มีการเกร็งในบางกล้ามเนื้อ ให้เข้ารับประคบแล้วไม่ได้ผล โดยลดการเกร็งด้วยวิธีการทำ Phenol Neurolysis หรือการทำ Botulinum Toxin Injection โดยการใช้ Guidance of nerve stimulation and/or ultrasonography เมื่อลดเกร็งได้เหมาะสมก็จะให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนเพื่อที่จะทำให้แขนขาบริเวณดังกล่าวใช้งานได้ หรืออย่างน้อยจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น

2.2 CARDIAC REHAB CLINIC (คลินิกฟื้นฟูหัวใจ)

วันเวลาบริการ:

1) Cardiac Rehabilitation Phase 2 ทุกวันศุกร์ เวลา 9.00-12.00

2) Cardiac Rehabilitation Phase 3 (Exercise with ECG Telemetry Monitoring) ทุกวันศุกร์ เวลา 13.30-15.00

สถานที่: คลินิกฟื้นฟูหัวใจ อาคารฯสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ชั้น 10

ผู้ควบคุม: อ.ภัทรารุช และ อ.ภัทร

ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม (ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) เพื่อการ ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL) ได้ในระยะแรก และเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายในระยะต่อมาโดยการทดสอบ (Exercise Testing) และฝึกการออกกำลังกาย (Exercise-based Cardiac Rehabilitation) ที่เหมาะสม ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานที่เกี่ยวข้องยังรวมถึงการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง การ

ปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เครียดต่อหัวใจ รวมทั้งการกลับไปสู่อาชีพเดิมของผู้ป่วยด้วยความปลอดภัยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.3 BPI CLINIC (คลินิกผู้ป่วยร่างแหประสาทแขนขา)

วันเวลาบริการ: จันทร์ที่ 3 ของเดือน เวลา 13.30-15.00

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกและห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

ผู้ควบคุม: อ.ชนศักดิ์, อ.เฉลิมพงษ์, อ.กตทิพย์, และ อ.ภัทร

เป็นคลินิกที่เป็นความร่วมมือระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู และกองออร์โธปิดิกส์ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับบาดเจ็บของแฉงประสาท Brachial Plexus โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังดูแล peripheral nerve injury ด้วย

2.4 FOOT CLINIC (คลินิกเท้า)

วันเวลาบริการ: ทุกวันจันทร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 9.00-12.00

สถานที่: อาคารมหาวชิราลงกรณ์ ชั้น 3 (แผนกกายอุปกรณ์)

ผู้ควบคุม: อ.ธง

เป็นคลินิกที่เป็นความร่วมมือระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู และแผนกแขนขาเทียม กองออร์โธปิดิกส์ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเท้า เช่น เท้าเบาหวาน กลุ่มอาการปวดบริเวณเท้า เป็นต้น โดยการใช้ foot orthosis, prosthesis และ shoe modification

2.5 PROSTHETIC & ORTHOTIC CLINIC (คลินิกกายอุปกรณ์)

วันเวลาบริการ: ทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน เวลา 13.00-15.00

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ควบคุม: อ.ชาญวิทย์

2.7 BLADDER CLINIC (คลินิกสอนการสวนปัสสาวะ)

วันเวลาบริการ: ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-15.00

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ควบคุม: พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในผู้ที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ (neurogenic bladder) จากสาเหตุต่างๆ เช่น ไขสันหลังบาดเจ็บ (spinal cord injury) เป็นต้น

2.8 ADVANCE WOUND CARE CLINIC

วันเวลาบริการ: ทุกวันจันทร์-เสาร์ เวลา 09.00-15.00

สถานที่: อาคารฯสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ชั้น 10

ผู้ควบคุม: พ.ต.หญิง จรัสพรธรรษ วงศ์วิเศษกาญจน์ (พยาบาลวิชาชีพ)

ให้การตรวจประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาบาดแผลชนิดต่างๆ โดยเฉพาะบาดแผลที่เรื้อรัง ซ้ำซ้อน เช่น แผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน เป็นต้น

3. การบริการตรวจพิเศษ

3.1 ELECTRODIAGNOSIS (การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

วันเวลาบริการ: ทุกวัน เว้นวันหยุดห้สบัติ เวลา 09.00-12.00

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

บริการที่มีได้แก่: Nerve Conduction Study, Needle EMG Examination, Visual Evoked Potential Study ตาม
คำปรึกษาของแพทย์ผู้ให้การรักษา เช่น เพื่อตรวจหา / ดู severity / localization ของ Entrapment neuropathy,
Peripheral nerve / plexus injury, Peripheral neuropathy, Radiculopathy, Neuromuscular junction diseases
(NMJ), Myopathy, Motor neuron disease เป็นต้น

3.2 PHYSICAL FITNESS TEST

วันเวลาบริการ: ทุกวัน เว้นวันหยุดห้สบัติ เวลา 09.00 – 12.00 น.

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 1 แผนกเวชศาสตร์การกีฬา

วิธีการส่งตรวจ: ให้ผู้ป่วยมานัดหมายวันตรวจล่วงหน้า ในกรณีเร่งด่วนโปรดติดต่อ โทร. 93914

ให้บริการตรวจสมรรถภาพทางกายทั่วไปเพื่อการเล่นกีฬา หรือ สมรรถภาพทางการกีฬา เช่น Muscular strength /
Torque , Agility, Flexibility, Aerobic capacity, Percent body fat, Reaction Time, Balance, Anaerobic capacity
 เป็นต้น

3.3 URODYNAMIC STUDY (ตรวจการทำงานของระบบปัสสาวะ)

วันเวลาบริการ: เดือนละ 1-2 วัน (วันพุธ)

สถานที่: อาคารฯสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ชั้น 10

ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหา Neurogenic Bladder

3.4 DIAGNOSTIC MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND

วันเวลาบริการ: ทุกวัน เว้นวันหยุดห้สบัติ เวลา 09.00-12.00

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหา musculoskeletal pain ของ shoulder, hip, knee, ankle เป็นต้น

3.5 FIBEROPTIC ENDOSCOPIC EVALUATION OF SWALLOWING (FEES)

วันเวลาบริการ: ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน เวลา 13.00-15.00

สถานที่ : อาคารฯสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ชั้น 10

ผู้ควบคุม : อ.ชนศักดิ์, อ.เฉลิมพงษ์

ให้การตรวจประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร เช่น ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia)

4. การบริการผู้ป่วยใน (IPD)

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหอผู้ป่วยสามัญ ที่ชั้น 5 (วฟ.5) และหอผู้ป่วยพิเศษ ที่ชั้น 4 (วฟ.4) ของอาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งงานอาชีพ โดยทีมงานของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วย แพทย์พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, นักแก้ไขการพูด, นักเวชศาสตร์การกีฬาและสันทนาการ, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นตัวจนถึงระดับที่พึ่งพาตนเองได้ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสอนเพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

เนื่องจากการฟื้นฟูผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็น Intensive rehabilitation program ผู้ป่วยจะต้องผ่านการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูว่าพอจะมีศักยภาพที่จะรับการฟื้นฟูได้ (Rehabilitation Potential) ก่อนที่จะรับเข้ามาในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดของระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล มักจะได้รับ Post-acute rehabilitation program ระยะสั้น ๆ หรือ Home program (ขึ้นกับความต้องการของแพทย์ผู้ดูแล) แต่ยังสามารถรับการฟื้นฟูในระยะหลังได้อีกหากญาติหรือผู้ป่วยต้องการ โดยจะต้องมาติดต่อรับบริการที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ด้วยตัวเองในภายหลัง

มีบริการ Bedside PT service สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเคลื่อนย้ายจากหอผู้ป่วยมาฝึกที่อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางการแพทย์ ทางกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ขอพิจารณาให้เฉพาะรายที่มี Rehabilitation Potential ก่อน แต่สำหรับผู้ป่วยที่มี persistent ‘Vegetative Stage’ และ Medical/Surgical Stable แต่ไม่มี Rehabilitation Potential ญาติและบุคลากรในหอผู้ป่วยนั้นๆ ต้องร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ โดยจะได้รับคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

โปรดระลึกว่า หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นหอผู้ป่วยขนาดเล็ก และผู้ป่วยมักต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนานกว่าหอผู้ป่วยอื่นโดยทั่วไป และจะต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานขึ้นอีกหลายเท่าหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก่อนรับย้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผลกดทับ ดังนั้นจึงควรป้องกันมิให้เกิดขึ้นตั้งแต่แรกที่รับผู้ป่วยเข้ามาตามหลักของการพยาบาลที่ถูกต้อง เพื่อมิให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่และทันที โดยไม่ต้องเสียเวลาแก้ไขเรื่องแผลกดทับเพิ่มขึ้นอีก

5. การรับปรึกษาจากต่างแผนก (CONSULTATION)

1. ผู้ป่วยนอก:

ใบขอคำปรึกษาจะถูกส่งที่ อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 ทุกวัน หลังจากนั้นแผนกผู้ป่วยนอกจะทำการนัดหมายคนไข้เข้าคลินิกตามคำร้องขอ

2. ผู้ป่วยใน:

ใบขอคำปรึกษาจะถูกส่งที่ อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 ซึ่งทางแผนกผู้ป่วยนอก จะทำการแจกจ่ายใบขอคำปรึกษาให้แก่แพทย์ประจำบ้าน โดยแพทย์ประจำบ้านต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง แต่อย่างไรก็ตามการให้โปรแกรมฟื้นฟู อารมณ์สอบถามอาจารย์ประจำสายที่ดูแลแพทย์ประจำบ้านก่อน หากไม่มั่นใจหรือความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนมาก หลังจากไปเยี่ยมผู้ป่วยให้แพทย์ประจำบ้านทำการลงบันทึกสมุดบันทึกของแผนกผู้ป่วยนอกภายใน 72 ชั่วโมง

หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องมีคุณสมบัติที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถขั้นต่ำตามสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย (Patient Care)

- 1.1. สามารถใช้ทักษะการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และ การตรวจจุลพยาธิศาสตร์ เพื่อให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์
- 1.2. สามารถประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยผู้พิการและสังคมรอบด้าน (Medical Knowledge and Skills)

- 2.1. มีความรู้ความสามารถและทักษะหัตถการในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 2.2. มีความเชี่ยวชาญในการประยุกต์ใช้บัญชีการจำแนกความบกพร่อง ความพิการ และ สุขภาวะขององค์กรอนามัยโลก (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) เพื่อจำแนกปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป้าหมาย วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและคนพิการได้อย่างเหมาะสม เป็นองค์รวม เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และได้ประสิทธิผล
- 2.3. มีทักษะการเป็นผู้นำทีมเวชกรรมฟื้นฟู การทำงานแบบสหวิทยาการ (interdisciplinary approach) การให้คำแนะนำ การประเมินเพื่อติดตามผลลัพธ์ตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. ทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร (Interpersonal & Communication Skills)

- 3.1. สามารถรับฟัง สรุบบัญญา ให้ข้อมูล และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย คนพิการ และครอบครัว ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แสดงถึงความเมตตา การเคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยและคนพิการตระหนักในสมรรถนะของตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพชีวิต
- 3.2. สามารถนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และให้คำปรึกษาแก่แพทย์ บุคลากร ในทีมเวชกรรมฟื้นฟู นักศึกษา และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสามารถอภิปรายปัญหาอย่าง ถูกต้องสมเหตุสมผล
- 3.3. สามารถบันทึกเวชระเบียนได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ และเขียนบทความวิชาการได้
- 3.4. สามารถใช้ระบบการบริการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกจริยธรรมและกฎหมาย
- 3.5. สามารถใช้สื่อ Social หรือสื่อสาธารณะได้อย่างเหมาะสม มีจริยธรรม และถูกกฎหมาย

4. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Practice-based Learning and Self-improvement)

- 4.1. สามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์และเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง เพิ่ม ประสบการณ์จากการปฏิบัติทางคลินิก และวิเคราะห์ข้อบกพร่องและข้อควรพัฒนาด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติของตนเองได้
- 4.2. สามารถประยุกต์ใช้หลักฐานจากงานวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการได้
- 4.3. สามารถออกแบบและดำเนินงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างองค์ความรู้ หรือนวัตกรรมทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยคนพิการหรือเพื่อพัฒนาระบบบริการเวชกรรมฟื้นฟู

5. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

- 5.1. มีคุณธรรม จริยธรรม นิตินิยม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วยผู้พิการ ครอบครัว ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพและชุมชน
- 5.2. มีความสนใจใฝ่รู้และสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญต่อเนื่องตลอดชีวิต (continuous professional development) เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ
- 5.3. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศชาติ

6. การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-based Practice)

- 6.1. สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบดูแลสุขภาพคนพิการและระบบสาธารณสุขของประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานเวชกรรมฟื้นฟู และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์
- 6.2. สามารถร่วมพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและคนพิการ
- 6.3. สามารถปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาของการอบรม 3 ปี

1. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 1 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน (วฟ.5)
 - Supervised OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINICS ตามที่กำหนด
 - ELECTROFIDAGNOSIS (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - รับปรึกษาผู้ป่วยในจากกองอื่น ๆ (BEDSIDE CONSULTATION) (ตั้งแต่ 1 พ.ย.)
 - ทำหน้าที่ 1st Call อยู่เวรนอกเวลาราชการในหอผู้ป่วยใน
 - ออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา หรือตามที่ได้รับมอบหมาย
2. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน (วฟ.4)
 - Supervised OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINICS ตามที่กำหนด
 - ELECTROFIDAGNOSIS (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - CONSULTATION FOR CARDIAC REHABILITATION
 - รับปรึกษาผู้ป่วยในจากกองอื่น ๆ (BEDSIDE CONSULTATION)
 - การฝึกอบรมหมุนเวียนในหน่วยอื่นๆ รวม 3 เดือน ดังนี้
 - หน่วยโรคสูติศาสตร์ กองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า 4 สัปดาห์
 - กองออร์โธปิดิกส์ รพ. พระมงกุฎเกล้า 2 สัปดาห์
 - หน่วยระงับปวด รพ. พระมงกุฎเกล้า 2 สัปดาห์
 - หน่วยประสาทวิทยา รพ. รามาธิบดี 2 สัปดาห์
 - ออกชุมชน รพ. นครปฐมหรือสุรินทร์หรือตรัง (เลือกอิสระ) 2 สัปดาห์
 - ทำหน้าที่ 2nd Call อยู่เวรนอกเวลาราชการในหอผู้ป่วยใน
 - ออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา หรือตามที่ได้รับมอบหมาย
3. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 3 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน (วฟ.5, กำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1)
 - OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINICS ตามที่กำหนด
 - ELECTROFIDAGNOSIS (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - รับปรึกษาผู้ป่วยในจากกองอื่น ๆ (BEDSIDE CONSULTATION)
 - การศึกษาดูงานแบบอิสระ ซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับด้านเวชกรรม ไม่เกิน 2 สัปดาห์
 - การฝึกอบรมหมุนเวียนในสถาบันด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู อื่นๆ อย่างน้อย 10 สัปดาห์ ดังนี้

สถาบันฝึกอบรม	ระยะเวลา
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ศิริราช	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.รามธิบดี	2-4 สัปดาห์
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	2 สัปดาห์
ศูนย์เวชศาสตร์กีฬารพ. กรุงเทพ (BASEM)	2 สัปดาห์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ	2 สัปดาห์
สถาบันด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยอื่นๆ	2-4 สัปดาห์
สถาบันด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในต่างประเทศ	4 สัปดาห์

- หมายเหตุ - ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเวรนอกเวลาราชการ (3rd Call)
- ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมกอง / ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทุกเดือน
 - หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ควบคุมการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพ
ในกรณีที่มีปัญหาตกลงกันเองไม่ได้ ให้รายงานอาจารย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านต่อไป

กิจกรรมวิชาการภายในภาควิชา

กิจกรรมการฝึกอบรมเพื่อตอบสนองต่อบทบาทการทำงานของบัณฑิตหลังจบการศึกษา

บทบาทหลังจบ การศึกษา	กิจกรรมการฝึกอบรม	พัฒนาด้าน		
		ความรู้	ทักษะ	เจตคติ
ดูแลรักษาผู้ป่วย	กิจกรรมวิชาการ topic, conference, การดูแลผู้ป่วยที่ OPD และหอผู้ป่วย	√	√	√
ผู้นำทีมสุขภาพ	Team meeting		√	√
ครู/วิทยากร	การนำเสนอทางวิชาการ, การสอนและเป็นพี่เลี้ยงให้ นักเรียนแพทย์ทหาร	√	√	
นักวิจัย	ทำงานวิจัย, journal club, evidence based medicine	√	√	√
ทำงานชุมชน	Community based rehabilitation, Community medicine	√	√	√
ผู้บริหารองค์กร	เป็นกรรมการ PCT, เป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน, กิจกรรม professionalism, กิจกรรมสัมพันธ์ของ รพ.ร.ร.๖ และราชวิทยาลัยฯ		√	√
แพทย์ทหาร	การดูแลผู้ป่วยราชการสนาม การเยี่ยมบ้านทหารพิการ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพทหารกล้า	√		√

การเรียนการสอน

1. MORNING TOPIC

ทุกวันอังคารและศุกร์ 8.30 – 9.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนทักษะในการถ่ายทอดความรู้, การนำเสนอในที่ประชุม ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ได้ใจความ ตรงตามวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการค้นคว้า, พัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบต่อเนื่อง (Continue medical education)

วิธีการ

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านปีเลือกหัวข้อเรื่องที่น่าสนใจ (อาจนำเสนอในเฉพาะหัวข้อย่อย) โดยอาจปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละเดือน
2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปี 1 ใช้เวลาในการนำเสนอ **ประมาณ 15 นาที** เปิดโอกาสให้ผู้อื่นซักถาม
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเพิ่มเติมความเห็น

2. ADMISSION REPORT

ทุกวันพฤหัสบดี ในช่วงประชุมองค์แพทย์ เวลา 12:00-13:00

วัตถุประสงค์

1. รายงานผู้ป่วยรับใหม่
2. ชี้แนะและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน
3. ฝึกทักษะการพูดภาษาอังกฤษของแพทย์ประจำบ้าน
4. แจ้งข่าว กิจกรรมวิชาการพิเศษอื่นๆ

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, 2 รายงานผู้ป่วยรับใหม่ (Admission Report) ทุกรายในห้วงสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งระบุปัญหา, เป้าหมายการรักษา โดยสรุปเป็นภาษาอังกฤษ
2. รายงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มี Active medical problem หรือมีปัญหาในการดูแลรักษาในขณะนั้นๆ
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน รายงานตารางกิจกรรมพิเศษ, ที่สำคัญในห้วงสัปดาห์นั้น หรือแจ้งข่าวใดๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. MORBIDITY/MORTALITY CONFERENCE

ทุก วันพฤหัสบดี ในช่วงประชุมองค์แพทย์ เวลา 12:00-13:00

วัตถุประสงค์

ทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาจเกิดความผิดพลาด ในหอผู้ป่วยกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้ นำเสนอประวัติ การดำเนินโรคและการรักษา เข้าโดยปรึกษากับหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เปิดให้มีการซักถามและอภิปราย อาจเชิญอาจารย์แพทย์จากกองอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เข้าร่วมอภิปรายด้วย
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสรุปข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุม

4. JOURNAL CLUB

เดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันพุธที่ 1, 3 ของเดือน หรือ ตามความเหมาะสม 8.30 – 9.00 น.

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้าความรู้ที่ทันสมัย และทักษะการอ่านวารสารทางการแพทย์ที่ดี
2. รู้จักวิธีวิเคราะห์ วิจัยบทความวารสารทางการแพทย์
3. กระตุ้นให้เกิดความคิดและดำเนินการวิจัยที่ได้มาตรฐาน

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 เลือกนำเสนอบทความวิจัยทางการแพทย์ 1 เรื่อง ภายในเวลา 15 นาที โดยนำเสนอสาระสำคัญเท่านั้น เปิดโอกาสให้ซักถาม 15 นาที
2. การคัดเลือกเรื่องควรปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา โดยค้นหาในวารสารทางการแพทย์ที่ควรอ่านก่อน (ภาคผนวก)

5. INTERDEPARTMENT CONFERENCE

ทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน (หรือตามความเหมาะสม) 8.00 – 9.00 น.

วัตถุประสงค์

ประชุมแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู, กองออร์โธปิดิกส์, หน่วยศัลยกรรมประสาท และกองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแผนก (Interdisciplinary approach)

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 (กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองออร์โธปิดิกส์ หรือหน่วยศัลยกรรมประสาท กองศัลยกรรม) ที่รับผิดชอบประจำสัปดาห์นั้น เตรียม CASE ที่จะนำเสนอ โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ท่านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ให้รายงานอาจารย์แพทย์ท่านอื่นทราบ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำการอภิปรายล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์
3. แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ นำเสนอประวัติ และการตรวจร่างกายผู้ป่วย
4. อภิปรายปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ออร์โธปิดิกส์ และศัลยกรรมประสาท รวมทั้งอาจเชิญอาจารย์แพทย์จากกองอื่นๆที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมอภิปราย

6. CLINICAL ANATOMY AND BIOMECHANICS

ทุกวันจันทร์ที่ 1 ของเดือน 13.00 – 14.30 น.

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและฝึกทักษะการถ่ายทอดความรู้

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เป็นผู้เลือกหัวข้อที่นำเสนอ โดยปรึกษากับแพทย์ประจำบ้านปี 3 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา
2. นำเสนอในเวลา 45 นาที
3. แพทย์ประจำบ้านปี 2, 3 comment เพิ่มเติม เน้นในส่วนที่นำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

7. TEAM MEETING

ทุกวันอังคาร ที่ 2, 4 เวลา 13.30 น. เป็นการประชุมระหว่างผู้ป่วย, ญาติ, แพทย์ และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา สืบค้นปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านเห็นความสำคัญของการประสานงาน ระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. ฝึกฝนแพทย์ประจำบ้านในด้านการเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินการอภิปราย

วิธีการ

1. เตรียม case ที่นำเข้าสู่ที่ประชุม โดยส่งรายชื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใน วฟ. 4, 5 ภายในเช้าวันศุกร์ เพื่อพิมพ์รายชื่อแจกจ่ายผู้เข้าร่วมประชุมในเช้าวันจันทร์ case ที่นำเข้าสู่ประชุมมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยรับใหม่ที่ต้องการวางแผนการรักษาาร่วมกัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทราบความก้าวหน้า หรือมีปัญหาในการดูแลรักษาหลังจากได้รับการรักษามาแล้วระยะหนึ่ง
2. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านกล่าวเปิดการประชุม
3. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้
 - แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่อที่ประชุม กรณีที่เข้าประชุมด้วย
 - นำเสนอประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยโดยสรุป พร้อมบอกปัญหา & อุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
 - บอกเป้าหมายฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระยะเวลา (set goal) ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่
4. สมาชิกผู้เข้าร่วมอภิปรายให้ความคิดเห็น
5. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้สรุปผลการประชุมและบันทึกไว้ใน chart ผู้ป่วย
6. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านกล่าวปิดการประชุม เมื่อเสร็จสิ้นการประชุม

8. EMG CONFERENCE

เดือนละ 1 ครั้ง ในวันอังคารหรือศุกร์ เวลา 13.30-15.00 น. (ตามความเหมาะสมในแต่ละเดือน)

วัตถุประสงค์

1. ฝึกทักษะการนำเสนอและการอภิปรายแก้ไขปัญหาผู้ป่วย
2. เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในรายที่น่าสนใจ, กระบวนการวิเคราะห์ และแปลผลตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เตรียม protocol ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับ case นั้น และพิมพ์แจกก่อนเข้าประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. นำเสนอประวัติและการตรวจร่างกายผู้ป่วยในที่ประชุม (โดยอาจเป็นแพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้) แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบในครั้งนั้นเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย
4. อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ comment, สรุปการอภิปรายเพิ่มเติม

9. INTERHOSPITAL GRAND ROUND

วันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.30 น. (ตามตารางที่ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูกำหนด)

วัตถุประสงค์

1. นำเสนอและอภิปรายแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่น่าสนใจ อาจเป็นโรคหรือภาวะที่พบน้อย มีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด
2. ฝึกการอภิปรายในที่ประชุม การเป็นผู้ควบคุมและดำเนินการประชุม
3. ส่งเสริมให้มีการค้นคว้าความรู้ใหม่ ที่ทันสมัย

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปี 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เตรียม protocol ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับ case นั้น และพิมพ์แจกก่อนเข้าประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. แพทย์ประจำบ้านปี 3 ที่รับผิดชอบในครั้งนั้นเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยอาจให้แพทย์ประจำบ้านปี 1 หรือ 2 นำเสนอประวัติ การตรวจร่างกาย และข้อมูลผู้ป่วยในที่ประชุม
4. ควรเตรียมผู้ป่วยนำเข้าที่ประชุมด้วย หรือถ่าย slide, VDO Clip ประกอบ
5. อภิปรายปัญหาผู้ป่วย โดยเน้นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู อาจเชิญผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องมาร่วมอภิปราย
6. นำเสนอความรู้ทางด้านทฤษฎีที่ค้นคว้ามา ควรเป็นความรู้ที่ทันสมัย ความรู้ใหม่จากวารสารวิชาการ
7. อาจารย์ที่ปรึกษาทำการ feedback หลังจบการอภิปราย หรือให้ความเห็นเพิ่มเติม

10. PEDIATRIC REHABILITATION CONFERENCE (ศรีสังวาลย์)

ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน 13.30-15.30 น.

วัตถุประสงค์

1. แพทย์ประจำบ้านสามารถซักประวัติและตรวจร่างกายเด็กพิการ เพื่อประเมินปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. วางแผนการรักษา การแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ ครู นักจิตวิทยา ฯลฯ

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้าน ซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาเด็กพิการจากโรงเรียนศรีสังวาล ก่อนเข้าที่ประชุมแพทย์
2. แพทย์ประจำบ้านปี 3 ที่รับผิดชอบ นำเสนอประวัติและตรวจร่างกาย พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา
3. ที่ประชุมอภิปรายเพิ่มเติม เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน พร้อมทั้งดำเนินการติดตามผลในคราวต่อไป

11. PROSTHETIC CONFERENCE

ทุกวันจันทร์ที่ 4 ของเดือน 13.30 - 15.30 น. ที่โรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร

วัตถุประสงค์

1. แพทย์ประจำบ้านสามารถตรวจประเมินผู้ป่วยขาขาด ที่ควรได้รับการแก้ไขโดยกายอุปกรณ์เทียม (prosthetics)
2. สามารถเลือกใช้, เขียน prescription กายอุปกรณ์เทียม ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. สามารถตรวจเช็ค ความถูกต้อง เหมาะสมของกายอุปกรณ์เทียมนั้นๆ ได้

วิธีการ

1. อาจารย์แพทย์ (อ.ปิยวิทย์) จะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยให้แพทย์ประจำบ้านอภิปราย ร่วมกับการให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม
2. หลังจากจบการตรวจประเมินผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 3 จะดำเนินการบรรยายเนื้อหาความรู้ด้านกายอุปกรณ์ในหัวข้อที่ได้รับมอบจากอาจารย์แพทย์

12. STAFF ROUND

ทุกวันอังคารที่ 4 ตอนบ่าย (หลังจากเสร็จ Team meeting)

วัตถุประสงค์

1. ฝึกการนำเสนอรายงานผู้ป่วยข้างเตียง
2. เพื่อศึกษา ทบทวน ชี้แนะ การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโดยคณาจารย์

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านนำเสนอรายงานผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่สำคัญประเด็นที่เป็นปัญหาในการรักษาฟื้นฟูในหอผู้ป่วย
2. อาจารย์แพทย์อาจซักถามเพิ่มเติมและร่วมกันทบทวน แก้ไขปัญหา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางในการรักษาผู้ป่วย

13. CLINICAL EPIDEMIOLOGY

เดือนละ 1 ครั้ง ช่วง 13.30 – 15.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสเรียนรู้ในหัวข้อระบาดวิทยา

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปี 2 นำเสนอข้อมูล
2. แพทย์ประจำบ้านปี 2, 3 อภิปราย
3. อาจารย์แพทย์ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม

14. PROFESSIONALISM

เดือนละ 1 ครั้ง ก่อน EMG conference (12:30 – 13:00)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านเรียนรู้ด้าน Non-technical skills เช่น Medical ethics, Personal values and attitude, Communication skills, Critical thinking, Time managements, etc.

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปี 1 นำเสนอข้อมูล
2. อาจารย์แพทย์ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม

การประเมินผลแพทย์ประจำบ้าน

1. การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมและการเลื่อนชั้นปี

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการฝึกอบรมในระหว่างการฝึกอบรม (formative evaluation) และเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมแต่ละปี (summative evaluation) เพื่อเลื่อนชั้นเป็นผู้เข้ารับการฝึกอบรมปีที่ 2 และปีที่ 3 โดยครอบคลุมทั้งด้านความรู้ทักษะ เจตคติ และกิจกรรมทางการแพทย์ ด้วยกิจกรรม และวิธีต่างๆ ดังนี้

วิธีการประเมิน formative

	มิติที่ประเมิน	เกณฑ์ผ่าน	ผู้ประเมิน	ความถี่ต่อปี
EPAs using WPBA	วัดและประเมินความรู้	ตาม	อาจารย์	2
	ความสามารถทางวิชาชีพ ตามผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์	ตาม milestones		
แบบประเมินการสื่อสารเชิงวิชาการ	ความสามารถในการสื่อสารเชิงวิชาการ	ระดับ 4	อาจารย์ผู้ควบคุมกิจกรรม	2
สังเกตพฤติกรรมการทำงาน และแบบประเมินเมื่อผ่านสายการปฏิบัติงาน	เจตคติ และ ความเป็นมืออาชีพ	ตาม milestones	อาจารย์ประจำสายการปฏิบัติงาน	12
แบบประเมินการปฏิบัติงาน	เจตคติ และ ความเป็นมืออาชีพ	ปานกลาง	ทีมสหสาขา	3
สัมภาษณ์	สุขภาวะทางจิต	-	อาจารย์ที่ปรึกษา	2

Summative evaluation

	มิติที่ประเมิน	เกณฑ์ผ่าน	สอบแก้ตัว
Short Essay Question	ความรู้	50% (ปี 1), 60% (ปี 2)	1 ครั้ง
EPAs using WPBA	วัดและประเมินความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ตามผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์	ปี 1 ผ่าน M1: 10/13 หัวข้อ, ปี 2 ผ่าน M1: ทุกหัวข้อ และ M2: 10/13 หัวข้อ ตามที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด	
ประชุมสรุปด้านทามติของกรรมการบริหารหลักสูตร	เจตคติ และความสามารถในการทำงาน ตามหลักวิชาชีพนิยม		

EPAs = Entrustable Professional Activities, WPBA = Workplace-based assessment

หมายเหตุ: การประเมิน EPAs ในหัวข้อ Electrodiagnosis ต้องให้อาจารย์ประเมิน 2 ท่าน โคนแยกกันประเมิน

เกณฑ์การเลื่อนชั้นปี

- ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 50 สัปดาห์ต่อปีการฝึกอบรม
- มีพฤติกรรมและเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานและการฝึกอบรม
- ผ่านเกณฑ์ EPAs/WPBA ตาม milestones ของแต่ละชั้นปี (ตามที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด)
 - เพื่อเลื่อนชั้นชั้นปีที่ 2 ต้องผ่านเกณฑ์ M1 อย่างน้อย 10/13 หัวข้อ
 - เพื่อเลื่อนชั้นชั้นปีที่ 3 ต้องผ่านเกณฑ์ M1 ทุกหัวข้อ และ M2 อย่างน้อย 10/13 หัวข้อ
- สอบ Short essay question ผ่านเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ 50% สำหรับเลื่อนเป็นระดับชั้นปี 2 และ 60% สำหรับเลื่อนเป็นระดับชั้นปี 3 (หรือปรับตามความยากง่ายของข้อสอบในแต่ละปี)

แนวทางปฏิบัติในการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชั้นปี

- หากแพทย์ประจำบ้าน “ผ่าน” เกณฑ์การเลื่อนระดับชั้น จึงเลื่อนระดับชั้น ได้ แต่หากมีสมรรถนะด้านใดต่ำกว่าความคาดหวัง คณะกรรมการบริหารหลักสูตร จะเริ่มกระบวนการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษในด้านที่ยัง “ไม่ผ่าน” เช่น ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม หรือเจตคติ โดยจะแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านรับทราบเป็นรายบุคคล พร้อมกำหนดเป้าหมายรวมถึงระยะเวลา (3-6 เดือน) ในการกำกับดูแลเป็นพิเศษ
- หากแพทย์ประจำบ้านยังมีสมรรถนะ “ไม่ผ่าน” เกณฑ์อันควรแม้มีกระบวนการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษแล้ว คณะกรรมการบริหารหลักสูตรจะทำการประชุมหารือเพื่อตัดสินใจตามแนวทาง ได้แก่ 1) พักการศึกษา หรือ 2) ยุติการฝึกอบรม โดยการตัดสินใจจะต้องเป็นมติเอกฉันท์ของคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (ภาพที่ 1)

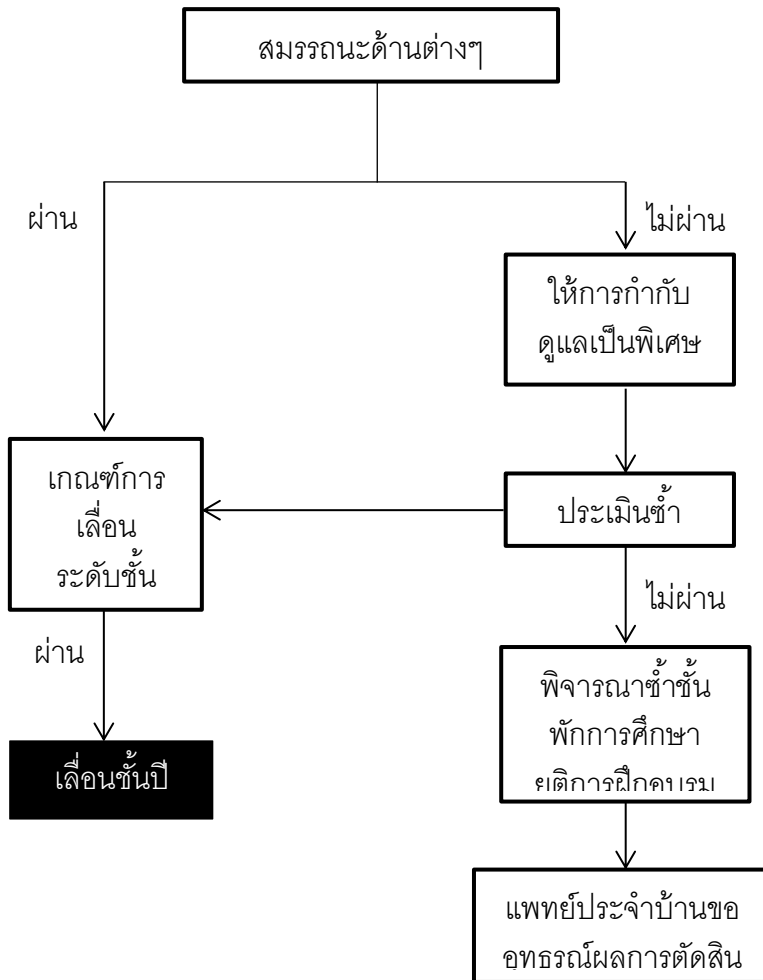
แนวทางในการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษ

ผู้เข้ารับการศึกษาที่มีปัญหาด้านความรู้ พฤติกรรมหรือเจตคติในระหว่างการฝึกอบรม กวฟ.รพ.ร.6 มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- อาจารย์ประจำสายทำการแจ้งเตือนด้วยวาจาหรือช่วยเหลือกำกับดูแลเป็นพิเศษ
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones กรรมการบริหารหลักสูตรจะทำการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยระบุพฤติกรรมที่ต้องการให้ปรับปรุง และระยะเวลาที่จะกำกับดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งผู้เข้ารับการศึกษาต้องลงนามรับทราบ
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones อาจพิจารณาให้เข้าชั้นหรือพักการศึกษาตามมติคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และ/หรือปรึกษาจิตแพทย์ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผลการตัดสินใจต้องมีมติเป็นเอกฉันท์
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones พิจารณาสิ้นสุดการฝึกอบรม ตามมติของคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ทั้งนี้ต้องมีมติเป็นเอกฉันท์
- แพทย์ประจำบ้านสามารถขออุทธรณ์ผลการสอบได้ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออุทธรณ์ที่ธุรการ กวฟ.รพ.ร.6 (จ.ศ.อ.พงศธร เวชกุล) ภายใน 7 วัน หลังทราบผลการพิจารณา

กระบวนการตัดสินใจ/ไม่เลือกระดับชั้นใช้เกณฑ์ของกรรมการบริหารหลักสูตร (ดูภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 กระบวนการตัดสินใจ/ไม่เลือกระดับชั้นปีการฝึกอบรมโดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตร



ทั้งนี้ กวพ.รพ.ร.6 ส่งผลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายในวันที่ 30 มิถุนายน ของทุกปี เพื่อเสนอที่ประชุม คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ราชวิทยาลัยฯ และแพทยสภา ตามลำดับ

ตารางที่ ๕ กำหนดการประเมินและรายงานพัฒนาการของการฝึกอบรมใน 1 ปี

กำหนดการประเมิน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
รวบรวมคะแนนเจตคติจากอาจารย์/สหสาขา				↔				↔				↔
สอบถามปัญหาทั่วไป รวมถึงสุขภาวะทางจิต							↔					↔
รายงานความก้าวหน้าของงานวิจัย							↔					↔
รายงานทักษะการสื่อสาร/นำทีมสหสาขา							↔					↔
รวบรวม EPAs/WPBA					↔	↔					↔	↔
สอบ long case (เฉพาะ ชั้นปีที่ ๓)								↔	↔			
สอบ Short Essay Question												↔

ปล. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ต้องส่งเอกสารวิจัยฉบับเต็มและเอกสาร EPA (ครั้งแรก) แก่ราชวิทยาลัยฯ ช่วง มี.ค.

2. การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรฯ

2.1. การประเมินโดยการสอบ อิงตามที่ราชวิทยาลัยกำหนดไว้ใน มคอ.1 ซึ่งบริหารจัดการโดย คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ (อฝส) ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ดังนี้
(1) การสอบภาคทฤษฎี ประกอบด้วย

การสอบวิทยาศาสตร์พื้นฐานทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Basic sciences) จัดสอบโดย ราชวิทยาลัยฯ ปลายเดือนเมษายนของทุกปี และเป็น pre-requisite สำหรับการสอบในขั้นตอน ถัดไปโดยจัดให้กับผู้รับการฝึกอบรมระดับชั้นปี 1 และระดับชั้นปีอื่นๆ ที่ยังสอบไม่ผ่าน เมื่อสอบผ่านแล้วผลการสอบมีอายุ 3 ปี

การสอบความรู้ประยุกต์ทางคลินิก (Clinical science) จัดสอบโดยราชวิทยาลัยฯ ต้นเดือน มิถุนายนของทุกปี ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบเป็นผู้รับการฝึกอบรมระดับชั้นปี 2 ขึ้นไปที่สอบผ่านข้อเขียนปรนัย basic sciences แล้ว

(2) การสอบภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การสอบ OSCE และ การสอบการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และอื่น ๆ ที่ อฝส กำหนด

(3) การสอบปากเปล่า

กำหนดการสอบตามข้อ (2) และ ข้อ (3) จะเสร็จสิ้นภายในเดือนมิถุนายนของทุกปี การฝึกอบรม ซึ่งราช วิทยาลัยฯ จะได้ประกาศล่วงหน้าในแต่ละปี โดยเป็นไปตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออก หนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.2. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ ประกอบด้วย

- ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 50 สัปดาห์ต่อปีการฝึกอบรม
- ปฏิบัติงานดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการประเภทต่างๆ ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ต้นฉบับงานวิจัยผ่านการนำเสนอและผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการ พิจารณางานวิจัยแล้ว ภายในเวลาที่กำหนด
- ผลการสอบภาคทฤษฎีพื้นฐานที่ราชวิทยาลัยฯ จัดสอบทุกปี “ผ่าน”
- ผลการประเมินกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้ (EPAs) “ผ่าน” ตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด
- กวพ.รพ.ร.6 เสนอชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบฯ พร้อมหนังสือรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติ

หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน

การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย วฟ.

- ทุกวันราชการ แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ควรขึ้นปฏิบัติงานไม่เกิน 07:45 น. และควรส่งการรักษาให้เสร็จก่อน 08:15 น.
- ตรวจรับผู้ป่วยใหม่และเขียน Admission note ให้เสร็จ ภายใน 24 ชั่วโมง
- เขียน Progress note ทุกวันในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นทุก 3 วัน หรือ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
- เขียนใบ Discharge summary ให้สมบูรณ์และถูกต้อง
- เขียนใบสั่งการรักษาและบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในใบบันทึกให้ถูกต้องและเรียบร้อย
- เมื่อเขียนคำสั่งการรักษาหรือเขียน progress note ต้องเขียน วัน เวลา ลงนาม และเลข ว. ให้ชัดเจน (แนะนำ ประทับตราชื่อและเลข ว.)
- ทบทวนคำสั่งรักษาทุก 2-4 สัปดาห์
- รายงานเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีปัญหาในขณะอยู่เวรต่ออาจารย์แพทย์ในวันรุ่งขึ้น
- แพทย์ประจำบ้านที่อยู่เวร first call ต้องพักค้างคืนที่ห้องพักแพทย์ วฟ.4
- แพทย์เจ้าของไข้ต้องรายงานผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ให้เวรทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
- รายงานการรับผู้ป่วยในใหม่ (Admission report) ในวันพฤหัสบดีช่วงเที่ยง (ประชุมมองครแพทย์)

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ consult จากต่างแผนก

- ต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากใบ consult ถึงแผนก วฟ. โดยให้บันทึกข้อมูลและการประเมินคนไข้ ที่ด้านหลังใบ consult และเขียนแจ้งให้ทางเวิร์ด scan ข้อมูลที่เขียนเข้าระบบ computer ของโรงพยาบาล
- การลงข้อมูลในสมุดบันทึกของแผนกผู้ป่วยนอกภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับใบ consult (เสียค่าปรับ 20 บาท/เคส หากเลยกำหนดเวลา)
- การให้โปรแกรมฟื้นฟู อาจรอสอบถามอาจารย์ประจำสายที่ดูแลแพทย์ประจำบ้านก่อน หากไม่มั่นใจหรือความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนมาก

การดูแลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก วฟ.

- เริ่มปฏิบัติงาน 09:00 ในช่วงเช้า และ 13:30 ในช่วงบ่าย
- แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-2 ออกตรวจพร้อมอาจารย์แพทย์ เมื่อตรวจผู้ป่วยแล้วต้องรายงานให้อาจารย์ทราบ ในขณะที่ชั้นปีที่ 3 ออกตรวจด้วยตัวเองได้ แต่หากมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาอาจารย์ประจำสายได้
- แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ที่ออกตรวจ Electrodiagnosis ต้องดูแลรักษาความสะอาดของอุปกรณ์และเก็บสายรับสัญญาณให้เรียบร้อยหลังใช้งาน
- แพทย์ประจำบ้านต้องดูแล เก็บรักษา เครื่องมือทางกายภาพบำบัด หลังใช้งานให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเสียหาย
- ต้องลงวินิจฉัยโรคในระบบคอมพิวเตอร์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันปัญหาการเบิกเงินค่าตรวจและรักษาพยาบาล

กิจกรรมวิชาการ/วิจัย

- รับผิดชอบและเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการที่ได้รับมอบหมาย เช่น การเป็นผู้ช่วยสอนนักเรียนแพทย์
- ผู้บรรยายกิจกรรมวิชาการต้องมาตรวจสอบระบบเสียงและคอมพิวเตอร์ให้พร้อมใช้ก่อนเริ่มกิจกรรม
- ผู้บรรยายต้องทำความเข้าใจและบรรยายเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญ รวมถึงรักษาเวลาบรรยายให้อยู่ภายใน 15 นาที
- ผู้ฟังการบรรยายควรเข้าห้องเรียน/ประชุม ก่อนเวลาประมาณ 5 นาที (หากเข้าเรียนสาย โดยไม่มีเหตุผลอันควรจะเสียค่าปรับ 20 บาท)
- แพทย์ประจำบ้านต้องพยายามคิดริเริ่มหัวข้อวิจัยด้วยตนเอง โดยอาจารย์แพทย์จะช่วยพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัย
- แพทย์ประจำบ้านต้องเขียนหัวข้อวิจัยและความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยในกระดานวิจัยในห้องประชุม วฟ.2
- แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟู หากมีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ ให้รีบแจ้งคณาจารย์ให้ทราบ
- หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านจัดตารางกิจกรรมวิชาการ (อาจารย์ประจำเดือนเป็นผู้ให้คำแนะนำ) และตารางเวรประจำเดือน โดยต้องประกาศตารางต่างๆ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์

การบันทึกประสบการณ์ทางการแพทย์และ EPA/WPBA

- แพทย์ประจำบ้านต้องบันทึกสิ่งที่ได้ตรวจดูแลรักษาใน application ที่ทางคณาจารย์จัดทำขึ้นและให้อาจารย์ลงนามรับรอง
- แพทย์ประจำบ้านต้องศึกษาการประเมิน EPA/WPBA ในแต่ละด้าน พยายามให้อาจารย์ประเมินเมื่อมีเคสที่เข้ากับเงื่อนไขที่ทางราชวิทยาลัยกำหนด แพทย์ประจำบ้านต้องเขียน self reflection และรายละเอียดของเคสที่ให้ผู้ประเมินของราชวิทยาลัยสามารถตรวจสอบได้
- แพทย์ประจำบ้านต้อง scan เอกสาร EPA/WPBA ที่ผ่านการประเมินแล้ว แล้ว upload เข้าระบบติดตามความก้าวหน้าทางคณาจารย์จัดทำขึ้น
- แพทย์ประจำบ้านสามารถเก็บเคสประสบการณ์ทางการแพทย์หรือขอรับการประเมิน EPA/WPBA จากอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรมอื่นได้

หมายเหตุ : แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของวิชาชีพ และมีจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงาน อาทิเช่น ในผู้ป่วยและญาติก็ต้องคำนึงถึงเรื่องของสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างมีเมตตา สำหรับการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานก็พึงให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยให้ถือว่าทุกสาขาวิชาชีพต่างก็มีความสำคัญเช่นกัน เป็นต้น

การปฏิบัติทางธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

สาย 1 (กำลังพล)

- แพทย์ประจำบ้านสังกัด พบ. การเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงาน ด้านการสาธารณสุข (พตส.) เอกสารที่ใช้ประกอบในการเบิก จำนวน 2 ชุด มีดังนี้.-
 1. ปรินต์บัตร
 2. ใบประกอบโรคศิลป์
 3. คำสั่งบรรจุครั้งแรก
 4. สำเนาบัญชีธนาคารทหารไทย สาขา รพ.พระมงกุฎเกล้า

สาย 2 (ธุรการ)

การลา ต้องแจ้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาในขณะที่นั้นทราบล่วงหน้า ยกเว้นกรณีสุดวิสัยพร้อมทั้งส่งใบลาที่ ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั้งนี้ วันลาทั้งหมดรวมกันไม่เกิน 10 วันทำการ/ปี

การเบิกค่ารักษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้านสังกัด พบ. เอกสารที่ใช้ประกอบในการเบิกของครอบครัว จำนวน 2 ชุด มีดังนี้.-

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. สูติบัตรของบุตร

การขอรอผู้ ของโรงพยาบาลเพื่อไปนอกหน่วย

- กรณีไม่เร่งด่วน แพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบ เขียนใบขออนุญาตใช้รถล่วงหน้า 2 วันทำการ ที่ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กรณีด่วน ให้แพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงรถ ของโรงพยาบาลก่อน (โทร 93656) โดยแจ้งรายละเอียดว่าจะไปเพื่ออะไร สถานที่ วัน เวลา พร้อมทั้งสอบถามนามผู้รับสายแล้วติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเขียนใบขออนุญาต ใช้รถแล้วเจ้าหน้าที่ธุรการเดินหนังสือภายนอก นำใบขออนุญาตใช้รถไป ส่งที่แผนกขนส่งของ โรงพยาบาลโดยด่วน

สาย 3 (วิชาการ)

- ตารางกิจกรรมวิชาการ ตารางเวร ผู้รับผิดชอบกรุณาส่งล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วันก่อนถึงวัน สุดท้ายของเดือน
- การส่งแบบประเมิน ควรรวบรวมและแยกมาเป็นชั้นปี โดยมีผู้รับผิดชอบนำส่งเจ้าหน้าที่สายงาน
- การส่งโครงงานวิจัยและงานวิจัย ควรเตรียมพร้อมให้เรียบร้อย ส่งชุดจริงให้เจ้าหน้าที่สายงาน แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2 ส่งโครงงานวิจัย จำนวน 2 ชุด แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 3 ส่งงานวิจัย จำนวน 18 ชุด
- การขออนุญาตไปประชุม อบรม ศึกษา ศึกษา สัมมนา ดูงานนอกหน่วย ขอความเห็นชอบ จากอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์แพทย์แล้ว ควรแจ้งเจ้าหน้าที่สายงานทราบล่วงหน้าอย่างน้อย ประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการด้านงานธุรการต่อไป

สาย 4 (ส่งกำลังบำรุง)

- การเบิกสิ่งอุปกรณ์สิ้นเปลืองรายเดือน ควรเขียนใบบันทึกข้อความเล็ก พร้อมทั้งเขียนชื่อ และ ชื่อสกุลผู้เบิก เพื่อการประสานงานต่อไป

ระเบียบปฏิบัติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2542

ว่าด้วยเรื่อง “การอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน”

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

เพื่อให้การอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สมความมุ่งหมายของทางราชการ จึงให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติ ดังนี้ :-

1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบปฏิบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2542 ว่าด้วยเรื่องระเบียบปฏิบัติการอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6”
2. ให้ใช้ระเบียบนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
3. แพทย์ประจำบ้าน 1st CALL ประจำวันนั้น (แพทย์เวร) ต้องมาประจำที่ห้องพักแพทย์ในหอผู้ป่วย สามารถตามตัวได้ตลอดเวลา
4. แพทย์เวรต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวรประจำหอผู้ป่วย (วฟ. 4, วฟ. 5) เพื่อทราบสถานการณ์ในหอผู้ป่วยประจำวันนั้น
5. กรณีที่แพทย์เวรจำเป็นต้องออกไปทำธุระนอกโรงพยาบาล ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาล (หัวหน้าเวร) ประจำวันนั้น (ทั้ง วฟ. 4, วฟ.5) ทราบและบอกวิธีตามตัวให้ชัดเจน
6. ให้ทางหอผู้ป่วยมีกระดานหรือตำแหน่งที่เห็น ได้ชัดเจนเขียนชื่อแพทย์เวร และวิธีการตามตัวประจำวันนั้น
7. กรณีตามแพทย์เวรไม่ได้
 - 7.1 ให้เจ้าหน้าที่เวรประจำหอผู้ป่วยในวันนั้น แจ้งอาจารย์แพทย์ผู้รับผิดชอบประจำเดือนนั้นทราบในวันรุ่งขึ้นทันที ให้คณะอาจารย์แพทย์พิจารณาตัดสิน
 - 7.2 แพทย์เวรผู้นั้นต้องเขียนรายงานชี้แจงเหตุผล ส่งต่ออาจารย์แพทย์
 - 7.3 หากมีความผิดจริงให้แพทย์เวรผู้นั้น อยู่เวรทดแทนในวันอื่นเพิ่ม 2 วัน
 - 7.4 กรณีมีปัญหาซ้ำซ้อน (มีความผิดซ้ำ), กรณีตัดสินไม่ได้หรือกรณีที่รุนแรงจนผู้ป่วย เข้าชั้นวิกฤติ/ถึงแก่ความตายโดยไม่สมควร ให้ รอง ผอ.กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 ตั้งกรรมการสอบสวน หากผลการสอบสวนมีความผิดจริง ให้ลงโทษตั้งแต่
 - 7.4.1 ทำทัณฑ์บน
 - 7.4.2 ชำชั้น
 - 7.4.3 ให้ออกจากการฝึกอบรม
 - 7.4.4 ไม่ส่งชื่อสอบ
8. ให้แพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 เป็นผู้ร่วมรักษาระเบียบนี้และถือเป็นแนวทางปฏิบัติ
9. ให้แพทย์กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 เป็นผู้รักษาระเบียบนี้และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด
10. การอยู่เวรจะครอบคลุม ผู้ป่วยใน 16.00-08.00 และผู้ป่วยที่กำลังฝึกกับสาขาที่จำเป็นต้องตามแพทย์ในช่วง 13.00-16.00

แนวทางในการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

กฟ.รพ.ร.ร.6 มอบหมายการกำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านผ่าน 2 แนวทาง ได้แก่ อาจารย์ในสายการปฏิบัติงาน ซึ่งจะดูแลแพทย์ประจำบ้านในอัตราส่วนประมาณ 1:1 – 1:2 และอาจารย์ที่ปรึกษาประจำชั้นปี แพทย์ประจำบ้านสามารถปรึกษาอาจารย์ทั้งสองท่านนี้ได้ตามแนวทางดังนี้

1. หากมีเหตุฉุกเฉิน หรือประสบภาวะวิกฤติ แพทย์ประจำบ้านสามารถแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา แต่หากเป็นเรื่องไม่ฉุกเฉิน แนะนำให้แพทย์ประจำบ้านนัดหมายล่วงหน้าเพื่อขอคำปรึกษากับอาจารย์
2. กฟ.รพ.ร.ร.6 กำหนดให้อาจารย์ประจำสายปฏิบัติงานรับการปรึกษาจากแพทย์ประจำบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันที่นัดตรวจผู้ป่วยใน (IPD round) สามารถปรึกษาได้
3. แพทย์ประจำบ้านสามารถปรึกษาอาจารย์ได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ ปัญหาข้อขัดข้องในการทำงาน ปัญหาทางสังคม สุขภาพร่างกาย หรือสุขภาวะทางจิต
4. เพื่อเป็นการรักษาความลับของแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ที่ปรึกษาจะไม่บันทึกปัญหาที่แพทย์ประจำบ้านไม่ต้องการให้เปิดเผย และดำเนินการช่วยเหลืออย่างเต็มที่โดยเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแพทย์ประจำบ้าน

แนวทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีจริยธรรม

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของ รพ.ร.ร.6 ด้วยความระมัดระวัง โดยต้องคำนึงถึงจริยธรรมและต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเสมอ ดังนี้

1. แพทย์ประจำบ้านต้องขออนุญาตผู้ป่วยเสมอก่อนถ่ายภาพ หรือวิดีโอของผู้ป่วย และไม่มีสิทธิถ่ายภาพหากผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม
2. ในการเผยแพร่รูปภาพของผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต ต้องปกปิดใบหน้า หรือสัญลักษณ์ใดๆที่จะทำให้ระบุถึงตัวบุคคลได้
3. แพทย์ประจำบ้านสามารถรายงานประวัติและผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยบนสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการศึกษาได้ แต่ต้องปกปิดชื่อ และหมายเลขประจำตัว หรือข้อมูลใดๆที่จะทำให้สืบไปถึงตัวบุคคลได้
4. ห้ามโพสรูปภาพ เรื่องราว หรือคำสนทนาของผู้ป่วยบนอินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงโดยเด็ดขาด

คำแนะนำในการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ

เพื่อเป็นการฝึกฝนทักษะการใช้ภาษา และสร้างความคุ้นเคยในการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ กวฟ.รพ.ร.ร.6 กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านต้องนำเสนอด้วยภาษาอังกฤษอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่อาจไม่คุ้นเคยกับการใช้ภาษาอังกฤษ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดังนี้

1. เมื่อได้เตรียมสไลด์สำหรับนำเสนอเสร็จสมบูรณ์ แพทย์ประจำบ้านควรร่างบทนำเสนอในแต่ละสไลด์เป็นภาษาอังกฤษ
2. อ่านออกเสียงทวนหลายๆครั้ง เพื่อปรับแต่งประโยคให้สั้น กระชับ และไม่ซ้ำซ้อน
3. หากมีเวลาเพียงพอ การท่องประโยคภาษาอังกฤษ และนำเสนอโดยใช้การท่องจำ จะทำให้สามารถจดจำรูปประโยคที่ใช้บ่อย จนสามารถพูดได้อย่างชำนาญเมื่อมีโอกาสได้นำเสนอหลายครั้ง
4. หากไม่มีเวลาเพียงพอที่จะท่องบทนำเสนอ แพทย์ประจำบ้านสามารถนำเสนอโดยการอ่านได้ ทั้งนี้ควรพยายามจดจำรูปประโยคที่ใช้บ่อย ที่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ และมีความสวยงามทางภาษาไว้ เพื่อให้นำเสนอในอนาคต

มาตรฐานการอภิปรายเชิงวิชาการของแพทย์ประจำบ้าน กวฟ.รพ.ร.ร.6

การร่วมอภิปรายในที่ประชุมเชิงวิชาการ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมและเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่จะต้องเตรียมข้อมูลมาเพื่ออภิปรายเสมอ การฝึกอภิปรายบ่อยๆจะช่วยให้แพทย์ประจำบ้านได้ฝึกฝนทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล ฝึกรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ ที่สำคัญคือได้ฝึกฝนทักษะในการพูดให้น่าสนใจและน่าเชื่อถือ อันจะเป็นประโยชน์ต่อชีวิตการทำงานของท่านในอนาคต กวฟ.รพ.ร.ร.6 ได้กำหนดมาตรฐานของการอภิปรายเชิงวิชาการที่ดีไว้ดังนี้

1. ต้องค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะอภิปราย
2. เลือกอภิปรายเรื่องที่น่าสนใจนำเสนอพูดได้ไม่ขัดเจน และท่านมีคำอธิบายที่น่าจะเสริมความเข้าใจได้
3. เลือกอภิปรายประเด็นที่ท่านเห็นว่าสำคัญแต่ผู้เสนอยังไม่ได้กล่าวถึง
4. ต้องอภิปรายด้วยข้อมูลที่มีเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์
5. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 สามารถอภิปรายโดยใช้ข้อมูลจากตำรามาตรฐานได้
6. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ควรอภิปรายบนพื้นฐานของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
7. สามารถแสดงความคิดเห็นส่วนตัวได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง แต่ต้องมีสัดส่วนน้อยกว่าการอภิปรายบนพื้นฐานของทฤษฎีหรือข้อมูลเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
8. สามารถเล่าประสบการณ์ส่วนตัวได้ แต่ต้องแสดงความเชื่อมโยงหรือมีการเปรียบเทียบกับทฤษฎีหรือข้อมูลเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
9. สามารถอ้างอิงความคิดเห็นส่วนตัวของอาจารย์บางท่านได้ หากเป็นอาจารย์ที่ได้รับการยอมรับนับถือโดยทั่วไปว่ามีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านกำลังอภิปราย

10. ไม่อนุญาตให้หิบบกความคิดเห็นหรือแนวทางปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านด้วยกันทั้งในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือต่างสาขา อาทิเช่น เคยเห็นเรสคีนอายุรกรรมเขาบอกว่า..., เคยเห็นเรสคีนศัลย์เขาทำแบบนี้
11. รับฟังความเห็นต่าง รวมทั้งแสดงความเห็นต่างอย่างสุภาพและให้เกียรติผู้ร่วมอภิปรายเสมอ
12. อภิปรายสั้น กระชับ ตรงประเด็น เข้าใจง่าย และมีการเรียงลำดับคำพูดที่ดี ด้วยความมั่นใจเสียงดังฟังชัด

ความปลอดภัยระหว่างปฏิบัติงาน และระหว่างพักอาศัยในโรงพยาบาล

ความปลอดภัยในการทำงาน - แพทย์ประจำบ้านควรปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังอันตรายจากการทำงาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

- 1) การถูกเข็มทิ่มตำและการถูกสารคัดหลั่งเข้าตา

แพทย์ประจำบ้านควรใส่ถุงมือเพื่อป้องกันเสมอ เมื่อจะต้องทำหัตถการที่ใช้ของมีคม เช่น การทำ EMG หรือ dry needling และควรใส่แว่นตาป้องกันเสมอหากต้องทำงานที่เสี่ยงต่อการกระเด็นเข้าตาของสารคัดหลั่ง อย่างไรก็ตาม หากมีอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ หรือสารคัดหลั่งเข้าตา ให้แจ้งอาจารย์ผู้ดูแลตามสายการปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการตรวจ anti-HIV, HBS-Ag และ anti-HBC หากผู้ป่วยไม่ยินยอม กวฟ.รพ.ร6 มีหน้าที่จัดหา ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมให้แพทย์ประจำบ้านโดยเร็วที่สุด

- 2) การถูกสารเคมีกระเด็นเข้าตา

ในการทำหัตถการ neurolysis แพทย์ประจำบ้านควรตรวจสอบเข็มฉีดยาน้ำยาฟีนอลเสมอ อย่าใช้เข็มที่อุดตัน นอกจากนั้น ควรใส่แว่นตาป้องกันที่ กวฟ.รพ.ร6 เตรียมไว้แล้วที่ห้องปฏิบัติการไฟฟ้าวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม หากเกิดอุบัติเหตุสารเคมีเข้าตา ให้ล้างตาทันทีด้วยน้ำสะอาด จากนั้นแจ้งอาจารย์ประจำสายปฏิบัติงานนำส่งกองจักษุกรรม เพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสม

- 3) การใช้เลเซอร์

แพทย์ประจำบ้านต้องใช้แว่นตากรองแสงเลเซอร์เสมอ ต้องปิดประตูห้องเลเซอร์ และเปิดสวิตซ์ไฟเพื่อแจ้งเตือนให้เพื่อร่วมงานทราบว่าท่านกำลังใช้เครื่องเลเซอร์

ความปลอดภัยระหว่างการอยู่เวร

อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นอาคารที่มีความปลอดภัยเนื่องจากมีระบบโทรทัศน์วงจรปิด ซึ่งเปิดรับสัญญาณตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้น ประตูอาคารจะปิดหลังเวลา 20.00 น ทุกวัน ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้แพทย์ประจำบ้าน เข้าออกอาคารหลังเวลา 20.00 น. เนื่องจากอาจมีมิชชันชีพแฝงตัวเข้ามาในโรงพยาบาลในเวลากลางคืน

ความปลอดภัยในการพักอาศัย

ห้องพักแพทย์ประจำบ้านอยู่ในการดูแลของคณะกรรมการหอพักแพทย์ประจำบ้าน ศูนย์บริหารงานวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า มีเจ้าหน้าที่ประจำทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบรักษาความปลอดภัย ได้แก่ คีย์การ์ด และกล้องวงจรปิด ถึงกระนั้นก็ยังมิบุคคลภายนอก แฝงตัวเข้ามาโจรกรรมทรัพย์สินของแพทย์ประจำบ้านได้ แพทย์ประจำบ้านจึงควรล็อกประตูห้องไว้เสมอ และไม่วางทรัพย์สินมีค่าไว้นอกห้อง

แนวทางปฏิบัติทั่วไปของอาจารย์แพทย์ สำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู

- อาจารย์แพทย์ทุกท่านเป็นกรรมการวิชาการ, กรรมการเวชระเบียน หมุนเวียนกันปฏิบัติหน้าที่คราวละ 1 เดือน (ตามตารางแพทย์ที่ปรึกษา กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู) รวมทั้งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน ** (ตามตารางแพทย์ที่ปรึกษา)
- อาจารย์แพทย์ปฏิบัติหน้าที่กรรมการวิชาการในแต่ละเดือนมีหน้าที่
 1. ให้คำปรึกษา, กำกับ, ตรวจสอบตารางกิจกรรมวิชาการ ซึ่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ร่างประจำเดือนที่รับผิดชอบ
 2. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้ *
 - : Admission note แรกรับต้องเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit / รับย้ายผู้ป่วย
 - : เขียน Progress note ทุกวันในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นทุก 3 วัน หรือ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - : Doctor Order, ใบ Prescription (PT / OT / RT / SPEECH)
 - กรณีผู้ป่วยมาถึงก่อน 16:00 น. ให้ส่งการรักษาเสร็จสิ้นภายในวันนั้น
 - : Doctor Order ต้องมีการทบทวน ทุก 2-4 สัปดาห์
 - : ใบ Prescription ต้องมีการทบทวน ทุก 2 สัปดาห์ให้พร้อมในเช้าวันจันทร์
 - : Discharge Summary ใน OPD card เสร็จใน 2 วัน, ทะเบียนผู้ป่วยใน ต้องเสร็จภายใน 7 วัน นับจากผู้ป่วย Discharge **
 3. เป็นผู้นำกลุ่มในการประชุม TEAM MEETING, และเข้า GRAND ROUND ที่ได้รับมอบหมาย
 4. รับผิดชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการประจำเดือนนั้น ๆ

* ให้อาจารย์แพทย์ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย รพ.ร.ร.6

** **หมายเหตุ** หากพบความบกพร่อง ให้ทำการตักเตือน ถ้าพบความบกพร่องเป็นประจำ ไม่มีการปรับปรุงแก้ไข แม้จะได้รับการตักเตือนแล้ว ให้อาจารย์ส่งเรื่องเข้าที่ประชุมคณะกรรมการอาจารย์แพทย์ เพื่อพิจารณาต่อไป

หน้าที่อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน

1. กำกับดูแลการปฏิบัติงาน ของแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในความดูแล (ตามตารางปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู) ทั้งในหอผู้ป่วย, การออกตรวจผู้ป่วยนอก, การปฏิบัติงานในห้อง EMG, การรับปรึกษาผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู (BEDSIDE CONSULTATION) รวมถึงกิจกรรมวิชาการอื่น ๆ
2. ให้คำปรึกษาในการเขียนใบ PRESCRIPTION, ADMISSION NOTE, CONSULTATION NOTE และอื่น ๆ
3. ช่วยตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเฉพาะการสรุป DISCHARGE SUMMARY และการลงรหัส ICD 10 หากพบความบกพร่องใดๆ ให้ทำการแจ้งเตือน และแจ้งแก่อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องโดยตรงด้วย ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบในขณะนั้น
4. เช่นชื่อกำกับการรับผู้ป่วยใน, การช่วยหรือทำ CASE EMG รวมถึงหัตถการอื่น ๆ ที่ได้ทำ เช่น LOCAL INJECTION, PHENOL BLOCK ใน application บันทึกประสบการณ์ทางการแพทย์
5. อนุมัติการลาป่วย, ลากิจ, ลาพักร้อน โดยเซ็นชื่อกำกับในใบลา
6. ร่วมประเมินผล, ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน ในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ โดยส่งใบประเมินผลทุก 3 เดือน
7. ให้คำปรึกษาด้านการวิจัย, กระตุ้นให้แพทย์ประจำบ้านทำงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน

ระเบียบการขอพักการศึกษา

ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีเหตุจำเป็นอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการฝึกศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีความจำเป็นจะต้องลาพักการศึกษา ให้แพทย์ประจำบ้านแจ้งต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ ตลอดจนทำหนังสือชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อที่ทางกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะได้ดำเนินการขออนุมัติการลาพักการศึกษาตามสายการบังคับบัญชาต่อไป

ระเบียบการขอ Elective ต่างประเทศ

หากแพทย์ประจำบ้านมีความประสงค์จะไปศึกษาดูงานระยะสั้น (Elective) ณ ต่างประเทศ ก็ให้ดำเนินการประสานงานกับสถาบันที่ต้องการจะไปศึกษาดูงานล่วงหน้า และให้แจ้งอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์ ตลอดจนทำหนังสือแจ้งมายังกองบังคับการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อที่ทางกองฯจะได้ดำเนินการขออนุมัติการตามสายการบังคับบัญชาต่อไป

แนวทางปฏิบัติเมื่อมีแพทย์ประจำบ้านลา หรือติดภารกิจทางราชการ

ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีความจำเป็นจะขอลาพักในกรณีต่างๆ หรือติดภารกิจทางราชการ ก็ให้ดำเนินการบริหารจัดการภาระงานของตนเองให้เรียบร้อยเสียก่อน โดยอาจจะมอบหมายให้เพื่อนร่วมสายดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยให้ชั่วคราว ตลอดจนให้แจ้งอาจารย์ประจำสายทราบ

ภาคผนวก

Milestones ของแต่ละชั้นปี

ชั้นปีที่ 1

- ความรู้** มีความรู้พื้นฐานด้าน กายวิภาคศาสตร์ ชีวกลศาสตร์ สรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง ฟิสิกส์ของเครื่องมือทางกายภาพ สามารถตั้งเป้าหมาย และสั่งการฟื้นฟูเบื้องต้นภายใต้การกำกับดูแล
- ทักษะ** มีทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกายในระบบกระดูกและข้อ และระบบประสาท จนสามารถประเมิน วินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิกที่พบบ่อย มีทักษะด้านไฟฟ้าวินิจฉัยในโรคที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การกำกับดูแล
- เจตคติ** มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา

ชั้นปีที่ 2

- ความรู้** มีความรู้เรื่องการตรวจประเมิน วินิจฉัย ไฟฟ้าวินิจฉัย ตลอดจนความรู้เรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆ สามารถสั่งการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคหรือความพิการที่มีความซับซ้อนภายใต้การกำกับดูแล
- ทักษะ** มีทักษะในการวินิจฉัยและให้การฟื้นฟูปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยและมีความซับซ้อน ได้แก่ ปัญหาในอนุสาขาต่างๆทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถทำหัตถการเบื้องต้นได้ด้วยตนเองและทำหัตถการซับซ้อน รวมถึงไฟฟ้าวินิจฉัยภายใต้การกำกับดูแล มีทักษะในการนำเสนอ และสามารถอภิปรายเชิงวิชาการได้โดยประยุกต์ใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์อย่างเหมาะสม
- เจตคติ** มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา

ชั้นปีที่ 3

- ความรู้** มีความรู้เรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆ มีความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในงานพัฒนาคุณภาพการบริการในระบบบริการสุขภาพ
- ทักษะ** มีทักษะในการวินิจฉัยและให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีทักษะในการทำหัตถการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูรวมถึงไฟฟ้าวินิจฉัยได้ด้วยตนเอง มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหสาขา มีทักษะในการนำเสนอและอภิปรายเชิงวิชาการอย่างมีคุณภาพทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีทักษะในการสอนและกำกับดูแลบุคลากรทางการแพทย์ให้มีสมรรถนะขั้นพื้นฐานทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีทักษะในการบริหารจัดการ โปรแกรมการศึกษาได้อย่างมีคุณภาพ
- เจตคติ** มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย มีเจตคติที่ดี สามารถเป็นผู้นำในงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ดีได้

1. Journal list

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION

1. [European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine](#)
2. [Archives of Physical Medicine and Rehabilitation](#)
3. [Journal of Rehabilitation Medicine](#)
4. [Clinical Rehabilitation](#)
5. [Annals of Physical and Rehabilitation Medicine](#)
6. [Spinal Cord](#)
7. [American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation](#)
8. [Disability and Rehabilitation](#)
9. [Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases](#)
10. [Topics in Stroke Rehabilitation](#)
11. [PM and R](#)
12. [Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America](#)

MISCELLANEOUS

1. Pain
2. New England journal of medicine
3. Lancet
4. Circulation
5. Geriatrics
6. Sport Medicine clinics of North America
7. Rheumatologic disease clinics of North America
8. Rheumatism

RECOMMENDED WEBSITE

www.aapmr.org www.aem.net www.freemedicaljournals.com
www.medscape.com www.rehabmed.or.th
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

หากต้องการ Full paper สามารถติดต่อบรรณารักษ์ห้องสมุด รพ.พระมงกุฎเกล้า ได้ทาง **Line AMED/PMK LIBRARY**



สามารถ add เพื่อนได้ โดย Scan QR code นี้

2. เอกสารคณะกรรมการความเสี่ยง รพ.ร.ร.6

ศูนย์บริหารคุณภาพ

1. จุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพ

หัวข้อจุดเน้น	ผู้รับผิดชอบ
1. การบริหารความปลอดภัยผู้ป่วย	
1.1 ความปลอดภัยในกลุ่มโรคและหัตถการสำคัญ	ศูนย์บริหารคุณภาพ
1.2 ความปลอดภัยของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ศูนย์บริหารคุณภาพ
2. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย	
2.1 ระบบบริการผู้ป่วยใน	IPD Committee
2.2 ระบบบริการผู้ป่วยนอก	OPD Committee
2.3 ระบบบริการผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน	Critical Care Committee
3. การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้และการใช้ทรัพยากร	ศูนย์บริหารการเงิน
4. การบริหารทรัพยากรบุคคล	
4.1 การส่งเสริมศักยภาพของผู้บริหารระดับต้น	ศูนย์บริหารทรัพยากรบุคคล
4.2 การส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร	ศูนย์บริหารงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตฯ
5. การจัดการความรู้ภายในองค์กร	ศูนย์บริหารคุณภาพ
6. การประกันคุณภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	ศูนย์บริหารงานวิชาการ

2. ประเด็นสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

1. การประสานงานและประสานความร่วมมือที่ีระหว่างโปรแกรมบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. การค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปใน**ทุกหน่วยงานและในทุกระดับ** เพื่อจัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ
3. การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม และสื่อสารอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. การมีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุงเรียนรู้ และวางแผน
5. การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นต้นตอเพื่อค้นหาปัจจัยขององค์กรที่อยู่เบื้องหลังต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

3. เป้าหมายของระบบบริหารความเสี่ยง รพ.ร.ร.๖

1. ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงประเภท ก ซ้ำ
2. เพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
3. ชำรงรักษาประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน
4. ชำรงรักษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. ชำรงรักษาโครงสร้างทางกายภาพที่ปลอดภัย ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ระบบกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย ระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัยที่มีประสิทธิผล และมีระบบสาธารณูปโภคที่พร้อมใช้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
6. ชำรงรักษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการป้องกันและระงับอัคคีภัย
7. ป้องกันการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร
8. มีระบบรักษาความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (คน อาคาร สถานที่ และทรัพย์สิน)
9. เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้

4. สถิติความเสี่ยงที่สำคัญของ รพ.ร.ร.6

1. อุบัติการณ์ของความเสี่ยงทั้งหมด
2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป (ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย)
3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (sentinel event) ทั้งนี้รวม near-miss ที่อาจเกิด sentinel event ด้วย
4. สถิติการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงประเภท ก ซ้ำ (รวม Near-miss)
5. สถิติและแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
6. สถิติการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน
8. สถิติและแนวโน้มของ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (รวมอุบัติเหตุการเกิดเหตุอัคคีภัย)
9. สถิติและแนวโน้มของการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
10. สถิติและแนวโน้มของการรักษาความปลอดภัยของคน อาคาร สถานที่ และทรัพย์สิน
11. สถิติและแนวโน้มของการจัดเก็บรายได้และยอดหนี้สูญ

5. ระบบการรายงานความเสี่ยง

1. การรายงานโดยวิธีการสื่อสารที่เร็วที่สุด กรณีความเสี่ยงรุนแรง ทั้งในและนอกเวลาราชการ
2. การรายงานตามวงรอบ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป (ความรับผิดชอบของ หน.นชต. และผู้จัดการความเสี่ยง)

6. การรายงานความเสี่ยง

1. ประเภทของโปรแกรมความเสี่ยง (8 โปรแกรม)
 - ความปลอดภัยผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ความคิดเห็น)
 - การติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)
 - อาชีวอนามัย (การป้องกันอันตรายจากการทำงาน)
 - การรักษาความปลอดภัยของคน ทรัพย์สิน
 - อัคคีภัย/ อุบัติภัย
 - บัญชีและการเงิน
2. ความเสี่ยง เรื่อง การติดเชื้อในโรงพยาบาล ใช้ระบบการรายงานของคณะกรรมการ IC
3. ความปลอดภัยผู้ป่วย มีการจำแนกเป็น
 - ความคลาดเคลื่อนทางยา (High alert drugs vs Non-HADs, chemotherapy)
 - การให้เลือด (Transfusion-related incidents)
 - การให้สารน้ำ (Fluid therapy -related incidents)
 - การผ่าตัด หัตถการ และวิสัญญี (Perioperative incidents/ peri-procedural incidents)
 - การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical equipments related incidents)
 - ความเสี่ยงอื่นๆ (Other clinical risks) โดยแยกการติดเชื้อในโรงพยาบาล (MRSA, CR-BSI, VAP, SSI [procedure-specific]) เป็นหัวข้อต่างหาก
4. เป้าหมายของการพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ประกอบด้วย
 - Surgical care improvement program
 - Prevention of MRSA infection program
 - High alert medication program
 - Blood transfusion safety program
 - Chemotherapy safety program
 - Prevention of pressure sore program
 - Prevention of central line infection program
 - Prevention of ventilator-associated program

การรายงานระดับความรุนแรงใช้ NCC MERP Index ตั้งแต่ A – I

Category A: Circumstances or events that have the capacity to cause error

Category B: An error that did not reach the patient

Category C: An error that reached the patient but did not cause harm

- Category D: An error that reached the patient and required monitoring or intervention to confirm that it resulted in no harm to the patient
- Category E: Temporary harm to the patient and required intervention
- Category F: Temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization
- Category G: Permanent patient harm
- Category H: Intervention required to sustain life
- Category I: Patient death

5. รายงานผลการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงสำหรับกรณีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

7. การทบทวนสถิติความเสี่ยง

1. รายงานสัปดาห์ โดยทีมความเสี่ยง (รอง ผอ.รพ.ร.บ (๑), ผู้จัดการความเสี่ยง ผู้จัดการความปลอดภัย และทีมงานฝ่ายเลขานุการ)
2. รายงานเดือน ในการประชุมหน่วยขึ้นตรงและสภาคุณภาพ
3. รายงานไตรมาส (พ.ค., ส.ค., พ.ย., ก.พ.) และรายปี ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และสภาคุณภาพ

8. แผนงาน

1. การจัดทำแผนดำเนินการ เรื่อง ระบบการรายงานความเสี่ยงแบบ web-based reporting system
2. การนำแนวคิด Trigger tool มาดำเนินการในลักษณะ Concurrent trigger tool เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา
3. การนำแนวคิด Medication reconciliation มาดำเนินการในลักษณะ Hospital-wide program

Resident monitoring form

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน _____ วันที่บันทึก ___/___/___

บทบาทหลังจบการศึกษา ()ตรวจรักษา ()ผู้บริหาร ()ครู/จัดการศึกษา ()นักวิจัย ()งานชุมชน ()แพทย์ทหาร

EPA/DOPS ที่ยังไม่ผ่าน	ผลการสอบครั้งล่าสุด		คะแนน	Clinical experience		จำนวนเคส	
	Long case	MCQ		ทำ	ช่วย		
				OPD			
				IPD			
				รับปรึกษา			
				Electrodiagnosis			
				MSK ultrasound			
				Laryngoscope			
				Neurolysis			
				Urodynamics			
				PO/foot			
				Cardiac rehab			
				BPI			
	Communication/attitude		คะแนน				
	Communication skills						
	Team meeting skills						
	Ward work attitude						

Research progression check

Research question	Submit proposal	IRB approved	% data collection	Statistical analysis	Developing manuscript	Final draft approved

Reflection & Coaching Note

แพทย์ประจำบ้านต้องการความช่วยเหลือในด้านใดบ้าง?

(คำนี้ถึงความรู้ ทักษะ เจตคติ ความปลอดภัย ภาระงาน สุขภาพและสุขภาพทางจิต)

ลงชื่อ

.....

อาจารย์ที่ปรึกษา

Community based rehabilitation

Evaluation form

สำหรับ นพ/พญ.....สถาบัน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
วันที่ประเมิน.....

Expected competency

แพทย์ประจำบ้านมีความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน รวมถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน สามารถอธิบายให้ความรู้กับผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเข้าใจ รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานทุกระดับ จนสามารถทำงานเป็นทีมได้อย่างราบรื่น

	Very poor	Short of expected standard	Expected standard	Better than expected standard	Much better than expected standard	Unable to evaluate
ความเข้าใจปัญหาสุขภาพในชุมชน						
ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพของชุมชน						
ความสามารถในการสื่อสารกับคนในชุมชน						
ความสามารถในการทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับ						

ลงชื่อ.....

อาจารย์ผู้ประเมิน

แบบประเมิน Team meeting

แพทย์ประจำบ้าน	นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและอภิปราย	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	ความมีเมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	ความสามารถในการเป็นผู้นำทีมสหสาขา	ความสามารถในการกระตุ้นผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต

Rating scale	1	2	3	4	5
	Poor – Multiple deficiencies and poor insight	Fair – Needs significant improvement	Good – Getting strong in this area, needs little improvement	Very Good – Meet expectation	Outstanding Role-model to other residents and students

แบบรายงานผลการกำกับดูแลเป็นพิเศษด้านสมรรถนะ เจตคติ และสุขภาวะทางจิต

สำหรับแพทย์ประจำบ้าน รหัส..... รายงานเมื่อวันที่...../...../.....

หัวข้อในการติดตาม	ผ่าน	ต้องกำกับดูแล
สมรรถนะที่ 1 Patient Care and Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> - การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวินิจฉัย - การประเมิน impairment/disability/handicap - Investigation and interpretation - Rehabilitation program - ทักษะในการทำงานเป็นทีมแบบสหวิทยาการ 		
สมรรถนะที่ 2 Medical knowledge and Skills <ul style="list-style-type: none"> - ประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อการฟื้นฟู - มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู 		
สมรรถนะที่ 3 Practice-based learning and self-improvement <ul style="list-style-type: none"> - เรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ - สามารถพิจารณาวิธีการรักษาฟื้นฟูโดยใช้ evidence-based medicine 		
สมรรถนะที่ 4 Interpersonal and Communication Skills <ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกเวชระเบียน - Case presentation and discussion - Topic presentation and teaching skill - การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับ - เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่แพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง 		
สมรรถนะที่ 5 Professionalism <ul style="list-style-type: none"> - สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในสมรรถนะของตนเอง - จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ร่วมงาน และชุมชน - ความสนใจใฝ่รู้ ค้นคว้าด้วยตนเอง - ความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย - คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม 		
สมรรถนะที่ 6 System-based Practice <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ - สามารถร่วมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย - คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม 		
เจตคติในการปฏิบัติงาน		
สุขภาวะทางจิต		
ข้อคิดเห็นของกรรมการบริหารหลักสูตร		