

**ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
ในการจัดซื้อจัดจ้างที่มีชิ้นงานก่อสร้าง**

1. ชื่อโครงการ จ้างพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) จำนวน 1 ระบบ
กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่วนราชการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 9,900,000.00 บาท
3. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) 26 เมษายน 2561
เป็นเงิน 9,900,000.00 บาท ราคา/หน่วย (ถ้ามี) บาท
4. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
 - 4.1 บริษัท ซอฟต์แวร์คอนสตรัคเตอร์ จำกัด
 - 4.2
 - 4.3
5. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
 - 5.1 นายอาคม ชัยวีระวัฒน์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
 - 5.2 นางรังสียา บัวส้ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
..... ด้านส่งเสริมพัฒนา
 - 5.3 นางสาวพรรณทิพา บุญส่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
..... ด้านการพยาบาล
 - 5.4 นายอาทิตย์ สัยวุฒิ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
 - 5.5 นายเฉลิมพล ตาคำ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์

หมายเหตุ แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ได้มาจาก ราคามาตรฐานสำนักงานงบประมาณ, ราคาซื้อครั้ง
สุดท้ายใน 2 ปี ราคาจากบริษัทฯ , ราคาจากเว็บไซต์ที่สืบราคา โดยไม่ต้องลงราคาแต่ละรายที่ไปสืบมา

รายละเอียดการจ้างพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) จำนวน ๑ ระบบ

๑. เหตุผลและความจำเป็น

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา และรับส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อนจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ที่ตอบสนองการให้บริการต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของทุกหน่วยงาน เนื่องจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) เดิมไม่สามารถรองรับการให้บริการและตอบสนองความต้องการผู้ใช้ (User) ได้เพียงพอ จึงต้องจัดหาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานใหม่ ซึ่งต้องครอบคลุมทั้ง front office และ back office อีกทั้งรองรับการขยายตัวของผู้รับบริการในอนาคตไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี โดยทุกหน่วยงานสามารถ บันทึก จัดเก็บ วิเคราะห์ และรายงานผลข้อมูล ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และทันเวลา ทั้งด้านการบริการผู้ป่วย การบริหารจัดการบุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ ด้านวิชาการ ด้านวิจัย ด้านการเรียนการสอน และด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๒. วัตถุประสงค์และเป้าหมายโครงการ

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๒.๑.๑ เพื่อใช้สำหรับการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ให้สามารถรองรับการขยายระบบสารสนเทศสำหรับให้บริการผู้ป่วยที่ขอเข้ารับบริการให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
- ๒.๑.๒ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างครบวงจร ทั้งด้านระบบคอมพิวเตอร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ๒.๑.๓ เพื่อรองรับกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารงานโรงพยาบาล ให้สามารถจัดเก็บข้อมูลของระบบงาน front office และ back office ให้เป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพกับระบบสารสนเทศของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ๒.๑.๔ เพื่อรองรับการขยายตัวของข้อมูลทั้งในส่วนการให้บริการรักษาพยาบาล งานบริหาร งานวิชาการ วิจัย และการพัฒนาคุณภาพ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ๒.๑.๕ เพื่อนำระบบคอมพิวเตอร์มาปรับปรุงโครงสร้างให้เกิดความปลอดภัยของข้อมูล และสอดคล้องกับระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๒.๒ เป้าหมาย

- ๒.๒.๑ เสริมสร้างประสิทธิภาพ และคุณภาพของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการ งานวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- ๒.๒.๒ พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่าย รองรับการทำงานของระบบสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครอบคลุมทั้ง front office และ back office
- ๒.๒.๓ พัฒนาระบบข้อมูลของโรงพยาบาล และระบบสารสนเทศสนับสนุนการปฏิบัติงานด้าน บริหาร เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บังคับบัญชาและสนับสนุนกลยุทธ์ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ๒.๒.๔ เสริมสร้างการให้บริการและการบริหารจัดการภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติให้มีคุณภาพสูงขึ้น เช่น มาตรฐานการปฏิบัติงาน ความถูกต้องและความรวดเร็ว
- ๒.๒.๕ พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่าย เพื่อป้องกันการหยุดของระบบบริการผู้ป่วย มีระบบสำรองอัตโนมัติ และบันทึกประวัติการทำงานของระบบต่างๆ ได้

๓. คุณสมบัติผู้ประสงค์จะเสนอราคา

- ๓.๑ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาต้องเป็นผู้มีอาชีพขายพัสดุที่ประกวดราคา ซึ่งด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์
- ๓.๒ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ที่ถูกระบุชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานของทางราชการ และได้แจ้งเวียนชื่อแล้ว หรือไม่เป็นผู้ที่ได้รับผลของการสั่งให้นิติบุคคลหรือบุคคลอื่นเป็นผู้ทำงานตามระเบียบของทางราชการ
- ๓.๓ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้ประสงค์จะเสนอการรายอื่น และ/หรือต้องไม่เป็นผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้ให้บริการตลาดกลางอิเล็กทรอนิกส์ ณ วันที่ประกาศประกวดราคา ซึ่งด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์ หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรม
- ๓.๔ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ได้รับเอกสารสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้เสนอราคาได้มีคำสั่งให้สละสิทธิ์และความคุ้มกันเช่นนั้น
- ๓.๕ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาที่จะเข้าเป็นคู่สัญญาต้องไม่อยู่ในฐานะเป็นผู้ไม่แสดงบัญชีรายรับรายจ่ายหรือแสดงบัญชีรายรับรายจ่ายไม่ถูกต้องครบถ้วนในสาระสำคัญ
- ๓.๖ ผู้ประสงค์จะเสนอราคาที่จะเข้าเป็นคู่สัญญากับหน่วยงานของรัฐซึ่งได้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างด้วยระบบกรมบัญชีกลางที่หน้าเว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วย
- ๓.๗ คู่สัญญาต้องรับจ่ายเงินผ่านบัญชีเงินฝากกระแสรายวัน เว้นแต่การรับจ่ายเงินแต่ละครั้งซึ่งมีมูลค่าไม่เกินสามหมื่นบาทคู่สัญญาอาจรับจ่ายเป็นเงินสดก็ได้

๔. รายละเอียดการจ้างพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)

๔.๑ ผู้รับจ้างจะต้องมีโปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) โดยมีรายละเอียดอย่างน้อย ดังนี้

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย ข้อ ๔.๑)

๔.๒ ด้านการรับประกันผลงาน

ผู้รับจ้างจะต้องรับประกันผลงานที่ดำเนินการส่งมอบแล้วเสร็จเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว หากผู้ว่าจ้างตรวจสอบและพบข้อผิดพลาดใดๆ และได้แจ้งให้ผู้รับจ้างทราบ ให้ถือเป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อผู้รับจ้างที่จะต้องดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นๆ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งปวง

๔.๓ ระยะเวลาดำเนินโครงการ

- ๔.๓.๑ ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๓๖๐ วัน โดยนับจากวันที่ลงนามในสัญญา
- ๔.๓.๒ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานการจัดเก็บเอกสารในระหว่างที่ดำเนินการในโครงการฯ และจัดเก็บต่อเป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

๔.๔ การส่งมอบงานและการจ่ายเงิน

๔.๔.๑ งวดที่ ๑ ผู้ว่าจ้างจะจ่ายเงิน ๓๐% ของค่าจ้าง เมื่อ ผู้รับจ้าง ได้ทำการ Overview การทำงานของระบบพร้อมจัดทำ Work Flow ระหว่างหน่วยงานและภายในหน่วยงาน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้ส่งมอบเอกสารดังต่อไปนี้

๔.๔.๑.๑ เอกสารสรุป Work Flow การทำงานทั้งหมด

๔.๔.๑.๒ เอกสาร System Requirement and System Design Specification (SRS and SDS) แสดงรายละเอียดการวิเคราะห์ ออกแบบ การทำงานของระบบ

๔.๔.๒ งวดที่ ๒ ผู้ว่าจ้างจะจ่ายเงิน ๓๐% ของค่าจ้าง หลังจากผู้รับจ้างได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๔.๒.๑ ทำการดำเนินการติดตั้งโปรแกรมลงเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย(Server)

๔.๔.๒.๒ พัฒนาระบบ Interface ในลักษณะของการรับ-ส่ง Text File เพื่อเชื่อมโยง

แลกเปลี่ยนข้อมูลกับโปรแกรมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ปัจจุบันใช้อยู่ภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- ระบบ LIS ของ BJC จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ PIS ของ BJC จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ PACS ของ TTNI จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบทะเบียนมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ SCAN เพิ่มเวชระเบียน จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบส่องกล้อง จำนวน ๑ ระบบ

๔.๔.๒.๓ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล (Data Collection), การแปลงข้อมูล (Data Conversion) และการโอนย้ายข้อมูล (Data Migration) จากข้อมูลระบบงานเดิมเข้าสู่ฐานข้อมูลระบบงานใหม่ในส่วนที่โอนข้อมูลได้ ตัวอย่างเช่น

ก. ข้อมูลพื้นฐานของ เช่น ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ และอื่นๆ

ข. ข้อมูลประวัติการตรวจรักษาพื้นฐาน ได้แก่ วันเวลาที่มาตรวจ แพทย์ผู้ตรวจ ผลการวินิจฉัย

ค. ข้อมูลสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ง. ข้อมูลการแพทย์ของผู้ป่วย

จ. ข้อมูลหลัก (Master Data) ต่างๆ เช่น รหัสข้อมูลค่าใช้จ่าย , รหัสข้อมูลยา , รายชื่อผู้ใช้ระบบ

๔.๔.๓ งวดที่ ๓ ผู้ว่าจ้างจะจ่ายเงิน ๒๐% ของค่าจ้าง หลังจากผู้รับจ้างได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๔.๓.๑ ทำการฝึกอบรม และส่งมอบงานด้านการฝึกอบรมการใช้งานระบบเจ้าหน้าที่แต่ละระบบงาน พร้อมส่งมอบคู่มือการใช้งานระบบ

๔.๔.๓.๒ ทำการติดตั้งระบบงาน (Client Setup) พร้อมกับจำลองการทำงาน และส่งมอบคู่มือการติดตั้งระบบงาน

๔.๔.๔ งวดที่ ๔ ผู้ว่าจ้างจะจ่ายเงิน ๒๐% ของค่าจ้าง หลังจากผู้รับจ้างได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๔.๔.๑ ส่งมอบการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานพัฒนาระบบสื่อสารและสารสนเทศ เรื่องระบบปฏิบัติการ (OS) ระบบฐานข้อมูล (Database) ระบบการใช้งาน (Application) ระบบการออกรายงาน (Report Server) ด้านการดูแลระบบและการทำรายงาน

๔.๕ การพัฒนาระบบเพิ่มเติม

การพัฒนาและปรับเปลี่ยนระบบงานตามเอกสารแนบท้ายข้อ ๔.๑ ในกรณีที่มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนระบบงานต่างๆ ตามเอกสารแนบท้ายข้อ ๔.๑ เพื่อใช้กับสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยเฉพาะ ซึ่งการพัฒนานั้นเป็นไปเพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติใช้งานโปรแกรมได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น การพัฒนาและปรับเปลี่ยนระบบงานดังกล่าว ถือเป็นลิขสิทธิ์ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติแต่เพียงผู้เดียว ห้ามผู้รับจ้างนำไปเผยแพร่ หรือให้ผู้อื่นใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติก่อน

๔.๖ ค่าปรับ

หากผู้รับจ้างไม่สามารถทำงานให้แล้วเสร็จ ตามเวลาที่กำหนดไว้ในสัญญาและผู้ว่าจ้างยังมิได้บอกเลิกสัญญาผู้รับจ้างจะต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ (ศูนย์จุดหนึ่งศูนย์) ในส่วนของค่าจ้างที่ยังไม่ได้ส่งมอบตามสัญญา นับถัดจากวันที่กำหนดแล้วเสร็จตามสัญญา หรือวันที่ผู้ว่าจ้างได้ขยายให้จนถึงวันที่ทำงานแล้วเสร็จ

เอกสารแนบท้ายข้อ ๔.๑

รายละเอียดการจ้างพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) โดยมีรายละเอียดอย่างน้อย ดังนี้

๑. คุณลักษณะพื้นฐาน

๑.๑ เป็นโปรแกรมลิขสิทธิ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) โดยทำงานที่คอมพิวเตอร์ระบบแม่ข่าย (Server) ซึ่งเป็นตัวควบคุมการทำงานและรวบรวมฐานข้อมูล และผู้ใช้งานทำงานอยู่บน คอมพิวเตอร์ลูกข่าย (Client) ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆ แต่ไม่ได้มอบสิทธิ์ของโปรแกรมพร้อม Source Code ให้หน่วยงาน แต่หน่วยงานสามารถแก้ไขแบบฟอร์มรายงานต่างๆ ภายในแผนกที่ต้องการเพิ่มเติมเองได้

๑.๒ รองรับการเชื่อมต่อเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล โดย รับ-ส่ง ข้อมูลประเภท Text File กับระบบดังนี้

- ระบบ LIS ของ BJC จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ PIS ของ BJC จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ PACS ของ TTNI จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบทะเบียนมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบ SCAN แพ้มีเวชระเบียน จำนวน ๑ ระบบ
- ระบบส่งกล้อง จำนวน ๑ ระบบ

๑.๓ มีระบบประมวลผลข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหารจัดการทาง สถิติและงานคุณภาพ

๑.๔ มีการถ่ายโอนข้อมูลที่จำเป็นจากระบบฐานข้อมูลของระบบเก่าเข้าสู่ระบบ HIS ใหม่ (Data Migration) โดยรายละเอียด ดังนี้ ประวัติทะเบียนผู้ป่วย, รหัสฐานข้อมูลอ้างอิง เช่น รหัสยา ทั้งนี้ต้องไม่ขัดกับ Structure ของฐานข้อมูล HIS ระบบใหม่

๑.๕ มีคู่มือการใช้งานภาษาไทย อย่างน้อย ๑ ฉบับ พร้อมกับการฝึกอบรม

๑.๖ มีการกำหนดระยะเวลา จำนวนบุคลากรและหน้าที่ในการติดตั้งและพัฒนาระบบ อย่างชัดเจน

๑.๗ ระบบเวชระเบียนสามารถดึงข้อมูลพื้นฐาน และ รูป จากบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ป่วย ผ่านเครื่องอ่าน SMART CARD ได้ พร้อมทั้งสามารถนำรูป และข้อมูลดังกล่าวมาใช้งานในระบบ HIS ตัวใหม่ได้

๒. คุณลักษณะทางเทคนิค

๒.๑ ระบบการจัดการและฐานข้อมูล

๒.๑.๑ เป็นโปรแกรมสิทธิ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (HIS) โดยอนุญาตให้ผู้ซื้อใช้งานโปรแกรมได้ตามความต้องการและถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะมีการเรียกเก็บค่าบำรุงรักษาและพัฒนาโปรแกรมหลังจากหมดระยะประกันสินค้าตามที่ตกลงกันได้ ประกอบด้วย

๒.๑.๑.๑ การโอนย้ายฐานข้อมูล เป็นไปตามข้อ ๑.๔

๒.๑.๑.๒ การอบรมการใช้งานระบบ

๒.๑.๑.๓ การติดตั้งระบบโปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล(HIS) จำนวน ๑ ระบบ พร้อมดูแลและแก้ไขปัญหา ณ จุดใช้งาน ในวันที่เริ่มต้นใช้งานระบบ (Go Live)

๒.๒ มีระบบรายงานสารสนเทศผู้บริหาร ไว้ใช้สำหรับงานสถิติและข้อมูลเชิงบริหารแบบ Real Time

๒.๓ ใช้ระบบปฏิบัติการฐานข้อมูล (Database and Tools) สำหรับระบบ คอมพิวเตอร์แม่ข่ายส่วนกลาง(Core Program for Server)

๒.๔ สามารถกำหนดผู้ในระบบ (Username) และรหัสผ่าน (Password) เพื่อกำหนดระดับสิทธิการใช้งาน (User Level authorization)

๒.๕ รองรับการเชื่อมต่อกับ Scanner เพื่อนำเอกสารเข้าสู่ระบบ EMR (Electronic Medical Record) คือ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยวิธีการอิเล็กทรอนิกส์

๒.๖ รองรับการเชื่อมต่อกับระบบ Smartcard เพื่อนำข้อมูลผู้ป่วย เลขบัตรประชาชน และรูปถ่าย จากบัตรประชาชน เข้าสู่ระบบ HIS โดยไม่ต้องคีย์เอง

๒.๗ มีระบบสำรองข้อมูล

อธิบายเพิ่มเติม : การทำงานระหว่าง HIS และ LIS คือ ผู้ใช้งานคีย์ Order LAB ผ่านระบบ HIS แล้วส่ง Order ให้ LIS เพื่อประมวลผล จากนั้น LIS จะส่งผล LAB กลับมายัง HIS เพื่อทำการแสดงผลต่างๆ ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้ในการคิดค่าใช้จ่าย เป็นต้น (กรณี รพ.ได้เชื่อมต่อ LIS กับ ระบบ HIS)

1. ระบบงานผู้ดูแลระบบ

1.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 1.1.1 สามารถเพิ่มข้อมูลกลุ่มผู้ใช้งาน(Application Group) ได้แก่ ชื่อกลุ่ม รายละเอียด ผู้ใช้งาน (User) ในกลุ่ม เพื่อจัดกลุ่มสิทธิในการกำหนดขอบเขตการใช้งานระบบ ซึ่งทำให้เกิดความสะดวก ในกรณีที่มีผู้ใช้งานใหม่ในระบบ โดยสามารถกำหนดกลุ่มที่สร้างไว้แล้วให้กับผู้ใช้งานใหม่ได้อย่าง สะดวกและรวดเร็ว
- 1.1.2 สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มผู้ใช้งานจากชื่อกลุ่มผู้ใช้งานได้
- 1.1.3 สามารถแก้ไขข้อมูลกลุ่มผู้ใช้งานได้
- 1.1.4 สามารถลบข้อมูลกลุ่มผู้ใช้งานได้
- 1.1.5 สามารถเพิ่มข้อมูลผู้ใช้งาน(User) ได้แก่ ชื่อผู้ใช้งาน(User Name) ชื่อที่ใช้แสดง(Display Name) รหัสผ่านผู้ใช้งาน(Password) และเพิ่มกลุ่มผู้ใช้งาน (Application Group) ให้กับผู้ใช้งานซึ่ง ผู้ใช้งานจะมีสิทธิการเข้าใช้งานระบบได้ตามสิทธิของกลุ่มผู้ใช้งาน
- 1.1.6 สามารถเข้ารหัส (Encrypts) รหัสผ่านของผู้ใช้งานได้ เพื่อป้องกันการปลอมแปลงการใช้งาน ผู้ดูแลระบบก็ไม่สามารถทราบรหัสของผู้ใช้งานแต่ละคนได้
- 1.1.7 สามารถกำหนดได้ว่าหลังจากผู้ใช้งานได้ใช้ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน Login เข้าใช้งานระบบเป็นครั้ง แรกต้องการให้เปลี่ยนรหัสผ่านเลยหรือไม่
- 1.1.8 สามารถเปลี่ยนรหัสผ่าน(Reset password) ของผู้ใช้งานได้ ในกรณีที่ผู้ใช้งานลืมรหัสผ่าน
- 1.1.9 สามารถกำหนดวันที่หมดอายุของรหัสผ่านได้ เพื่อความปลอดภัยในการใช้งานระบบ
- 1.1.10 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ใช้งานจากชื่อผู้ใช้งาน หรือชื่อที่ใช้แสดงได้
- 1.1.11 สามารถแก้ไขข้อมูลผู้ใช้งานได้
- 1.1.12 สามารถลบข้อมูลผู้ใช้งานได้
- 1.1.13 สามารถกำหนดสิทธิการเข้าใช้งาน(Permission)ให้กับผู้ใช้ ได้ 2 แบบคือ กำหนดเป็นรายบุคคล และกำหนดแบบกลุ่มผู้ใช้งาน โดยผู้ใช้งานจะเห็นเมนูการใช้งานได้ตามสิทธิที่กำหนดไว้เท่านั้น
- 1.1.14 สามารถตั้งค่าระบบได้ 3 ระดับ ได้แก่
 - 1.1.14.1 Global Configuration ข้อมูลปรับแต่งในภาพรวมทั้งระบบ เช่น ข้อมูลชื่อ โรงพยาบาล ที่อยู่โรงพยาบาล เงื่อนไขการทำงานต่าง ๆ เช่น ระบบจะยอมให้แพทย์สั่งยา ก่อนการวินิจฉัยหรือไม่ เป็นต้น
 - 1.1.14.2 Machine Configuration ข้อมูลปรับแต่งในระดับเครื่องคอมพิวเตอร์หนึ่งเครื่อง เช่น เครื่องพิมพ์ที่จะใช้ในการพิมพ์เอกสารฉบับหนึ่งของคอมพิวเตอร์เครื่องนี้ จะกำหนดให้ เป็นเครื่องพิมพ์เครื่องใด
 - 1.1.14.3 User Configuration ข้อมูลการปรับแต่งในระดับบุคคล
- 1.1.15 สามารถกำหนดรูปแบบการแสดงผลข้อมูลวันที่ เวลา ในหน้าจอการใช้งาน ดังนี้
 - 1.1.15.1 Date รูปแบบวันที่ คือ วัน/เดือน/ปี

- 1.1.15.2 ShortTime รูปแบบวันที่ คือ ชั่วโมง:นาที
- 1.1.15.3 LongTime รูปแบบวันที่ คือ ชั่วโมง:นาที:วินาที
- 1.1.15.4 DateShortTime รูปแบบวันที่ คือ วัน/เดือน/ปี ชั่วโมง:นาที
- 1.1.15.5 DateLongTime รูปแบบวันที่ คือ วัน/เดือน/ปี ชั่วโมง:นาที:วินาที
- 1.1.16 สามารถกำหนดจำนวนตำแหน่งทศนิยมที่จะแสดงของข้อมูลประเภทตัวเลขในหน้าจอการใช้งานได้
- 1.1.17 สามารถกำหนดรูปแบบเลขที่เอกสาร(Sequence) ของเอกสารต่างๆ เช่น การกำหนด Prefix, Suffix ของเลขที่ใบเสร็จรับเงิน หรือ HN ผู้ป่วย และสามารถกำหนดช่วงระยะเวลาการใช้เลข Sequence ต่างๆได้
- 1.1.18 สามารถกำหนดรูปแบบรหัสข้อมูลหลักที่สร้างจากระบบ(Suggested Code) เช่น การกำหนด Prefix, Suffix, ความยาว ของรหัสข้อมูลคำแนะนำทางการแพทย์ หรือรหัสข้อมูลอาการสำคัญที่ทำให้มาพบแพทย์
- 1.1.19 การสอบถามข้อมูล (Query) และรายงาน (Report) สามารถแก้ไข เพิ่มเติม ได้อย่างสะดวก รวดเร็วโดยผู้ดูแลระบบ

1.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 1.2.1 -ไม่มี-

1.3 รายงานจากระบบ

- 1.3.1 -ไม่มี-

2. ระบบงานประชาสัมพันธ์และการนัดหมาย

2.1 หน้าี่การทำงานจากระบบ

- 2.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการขอบริการเสียงตามสายจากหน่วยงานต่างๆ ได้
- 2.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลการใช้โทรศัพท์จากหน่วยงานต่างๆ ได้
- 2.1.3 สามารถบันทึกข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วยที่ห้องตรวจหรือหอผู้ป่วย ได้แก่ ห้องตรวจที่นัดผู้ป่วย, กิจกรรมการนัด, วันเวลาที่นัด พร้อมพิมพ์ใบนัดให้กับผู้ป่วย
- 2.1.4 สามารถคำนวณจำนวนผู้ป่วยที่ยังนัดได้ โดยคำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจได้ใน ช่วงเวลา , จำนวนผู้ป่วยที่นัดแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่เผื่อไว้สำหรับการ Walk In
- 2.1.5 สามารถสร้างคำช่วย(คำหรือข้อความที่ใส่บ่อย)เพื่อใช้ลงข้อมูลกิจกรรมการนัดได้
- 2.1.6 สามารถลงข้อมูลกิจกรรมการนัดจากคำช่วยได้
- 2.1.7 สามารถเลือกวันที่ทำการนัดในรูปแบบปฏิทินได้ แสดงวันที่ในเดือนให้เลือก 4 เดือน
- 2.1.8 สามารถแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์นัดหมายไว้แล้วในช่วงของวัน - เวลาที่เลือกได้
- 2.1.9 สามารถบันทึกข้อมูลการเลื่อนนัดได้ เช่น ประเภทการเลื่อนนัด, วัน-เวลาด้านใหม่, หมายเหตุการเลื่อนนัด

- 2.1.10 สามารถบันทึกข้อมูลการยกเลิกนัดได้ เช่น ประเภทการเลื่อนนัด, วันที่ยกเลิกนัด, หมายเหตุการยกเลิกนัด
- 2.1.11 สามารถป้องกันการนัดหมายซ้ำซ้อน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการนัดหมายอยู่ในคลินิกหนึ่งๆ อยู่แล้ว โดยหากมีการนัดหมายเพิ่มเติม ระบบจะแสดงหน้าจอให้ยืนยันนัดหมาย
- 2.1.12 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อเลือกวันที่นัดหมายผู้ป่วยซึ่งเป็นวันหยุดพิเศษ เพื่อป้องกันการนัดหมายผู้ป่วยในวันหยุด แต่หากยืนยันที่จะทำการนัดหมายต่อก็สามารถทำได้
- 2.1.13 สามารถสืบค้นข้อมูลการนัดหมายได้จาก AN, HN, ชื่อหรือนามสกุลผู้ป่วย
- 2.1.14 สามารถดูข้อมูลการนัดหมายที่ไม่สมบูรณ์ เช่น วันที่นัดผู้ป่วยเป็นวันที่แพทย์ไม่ออกตรวจ หรือห้องตรวจไม่เปิดให้บริการได้
- 2.1.15 สามารถนัดหมายผ่านทางเว็บไซต์ได้ โดยผู้ป่วยที่ขอนัดหมายสามารถกรอกประวัติพื้นฐาน และอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งมาทางเว็บไซต์ ได้

2.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 2.2.1 ไม่มี

2.3 รายงานจากระบบ

- 2.3.1 รายงานผลการปฏิบัติงานแผนกประชาสัมพันธ์

3. ระบบงานเวชระเบียนและสถิติ

3.1 หน้าการทำงานของระบบ

- 3.1.1 สามารถลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ พิมพ์ OPD Card, ใบนำทาง และบัตรประจำตัวผู้ป่วย ให้อัตโนมัติหลังจากบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
- 3.1.2 สามารถอ่านข้อมูลจากบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยแบบ Smart Card เข้าสู่ระบบได้
- 3.1.3 สามารถช่วยลดปัญหาการลงทะเบียนซ้ำซ้อนได้โดย ระบบจะแสดงข้อความเตือนกรณีที่พบว่ามีข้อมูลเลขที่บัตรประชาชนของผู้ป่วยที่กำลังจะเพิ่มใหม่มีอยู่ในระบบอยู่แล้ว
- 3.1.4 สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเลขที่บัตรประชาชน และมีข้อความแจ้งเตือนหากกรอกข้อมูลไม่ถูกต้อง
- 3.1.5 สามารถบันทึกเลขที่บัตรประจำตัวของคนต่างด้าว
- 3.1.6 สามารถพิมพ์ Opd Card หรือบัตรผู้ป่วยใหม่ได้กรณีมีการเปลี่ยนชื่อผู้ป่วย หรือบัตรประจำตัวผู้ป่วยหาย
- 3.1.7 สามารถบันทึกข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วยได้หลายประเภท เช่น ที่อยู่ที่บ้าน, ที่อยู่ที่ทำงาน
- 3.1.8 สามารถบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของเครือญาติ ได้
- 3.1.9 สามารถบันทึกข้อมูลญาติผู้มีสิทธิรักษาแทน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชน โดยแพทย์ หรือเภสัชกรสามารถดูข้อมูลผู้รับยาแทนของผู้ป่วยที่ห้องตรวจหรือห้องจ่ายยาได้
- 3.1.10 สามารถบันทึกข้อมูลบัตรสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น บัตรประจำตัวข้าราชการ, หนังสือเดินทาง, หนังสือผ่านแดน

- 3.1.11 สามารถบันทึกข้อความสำคัญเป็นข้อความเตือนเพื่อเตือนแพทย์ – พยาบาล ในหน้าจอตรวจผู้ป่วยนอก, ลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอก, ตรวจผู้ป่วยใน เช่น ยาที่ผู้ป่วยแพ้
- 3.1.12 สามารถบันทึกสื่อประกอบข้อมูลผู้ป่วยได้ 3 ลักษณะ คือ เสียง, ภาพนิ่ง และ ภาพเคลื่อนไหว
- 3.1.13 สามารถบันทึกลายนิ้วมือผู้ป่วยได้
- 3.1.14 สามารถลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยจากลายนิ้วมือได้
- 3.1.15 สามารถบันทึกสื่อประกอบข้อมูลผู้ป่วยโดยการต่อเชื่อมกับอุปกรณ์อื่นๆ ได้ เช่น Web Cam ใช้ถ่ายรูปผู้ป่วย , Scanner ใช้ scan เอกสารที่สำคัญของผู้ป่วย
- 3.1.16 สามารถจัดการสื่อประกอบข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ สามารถลบ แก้ไขปรับปรุง (เช่น ตัดภาพ, ย่อ-ขยายภาพ, หมุนภาพ)
- 3.1.17 สามารถกำหนดภาพของผู้ป่วยเพื่อใช้ระบุ(Identify)ตัวผู้ป่วย ซึ่งภาพนั้นจะถูกแสดงในทุกหน้าจอการตรวจรักษา ช่วยป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดคน
- 3.1.18 สามารถบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนชื่อ – สกุลของผู้ป่วยได้ โดยจะเก็บข้อมูลสำคัญของการเปลี่ยนชื่อ - สกุล เช่น ชื่อ - สกุล เดิม เอกสารยืนยันการเปลี่ยนชื่อ – สกุล
- 3.1.19 สามารถบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ได้
- 3.1.20 สามารถดูข้อมูลประวัติการเปลี่ยนชื่อของผู้ป่วยได้
- 3.1.21 สามารถบันทึกข้อมูลการชักประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย โดยบันทึก ชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้, รูปแบบยา, ปฏิกิริยาที่เกิดจากการแพ้ เพื่อเป็นข้อมูลแจ้งเตือนเบื้องต้นให้เภสัชกรเพื่อชักประวัติและออกบัตรแพ้ยาให้กับผู้ป่วย
- 3.1.22 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยได้จาก HN, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ + นามสกุล, ลายนิ้วมือ และ หมายเลขประจำตัวประชาชน
- 3.1.23 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยด้วยชื่อบิดา – มารดาได้
- 3.1.24 สามารถแสดงข้อความเตือนพบว่าเวชระเบียนของผู้ป่วยยังขาดข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ เมื่อมีการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยมาเพื่อแก้ไข หรือตรวจรักษา
- 3.1.25 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อบัตรประชาชนของผู้ป่วยหมดอายุ โดยจะแสดงเป็นข้อความเตือนทุกครั้ง เมื่อมีการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยมาเพื่อแก้ไข หรือตรวจรักษา
- 3.1.26 สามารถแจ้งเตือนเมื่อแฟ้มของผู้ป่วยถูกทำลายหรือผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ในกรณีที่แฟ้มเวชระเบียนถูกทำลายจะแสดงคำว่า “ทำลายแล้ว” หรือหากเป็นแฟ้มของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วจะแสดงคำว่า “เสียชีวิต”
- 3.1.27 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกได้ เช่น คลินิกที่ตรวจ, กะที่จะตรวจ, อาการที่มาพบแพทย์, ผู้ลงทะเบียน, วันเวลา ลงทะเบียน
- 3.1.28 สามารถยกเลิกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกได้
- 3.1.29 สามารถแสดงรายชื่อแพทย์ที่ลงตรวจตามห้องตรวจและกะที่เลือก พร้อมแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนตรวจกับแพทย์แล้วและจำนวนผู้ป่วยนัดที่ยังไม่มาลงทะเบียน

- 3.1.30 สามารถป้องกันการลงทะเบียนตรวจซ้ำซ้อนโดยจะมีข้อความแจ้งเตือนหน่วยบริการที่ผู้ป่วยมีการลงทะเบียนตรวจแล้วในวัน
- 3.1.31 สามารถลงทะเบียนตรวจจากข้อมูลการนัดหมายได้ หากมีการนัดหมายผู้ป่วยในวัน
- 3.1.32 สามารถเลือกยืม-ไม่ยืมเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วย(Opt Card)ไปยังห้องบัตร ในกรณีที่ผู้ป่วยมาลงทะเบียนตรวจ (Default คือ ขอยืมเพิ่ม)
- 3.1.33 สามารถลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกเพิ่มเติมได้หากผู้ป่วยต้องการตรวจมากกว่า 1 ห้องตรวจ จาก การที่โครงสร้างระบบรองรับการมาตรวจ 1 ครั้ง (Visit Number:VN) ลงทะเบียนตรวจหลาย คลินิก (Clinic Number:CN)
- 3.1.34 สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเทียบกับฐานข้อมูลกลางเรื่องสิทธิ ว่าผู้ป่วยมีสิทธิจริง หรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีสิทธิ หรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุ เจ้าหน้าที่ต้องกรอกเหตุผล และยืนยันการใช้สิทธิ จึงจะสามารถใช้สิทธินั้นได้ ได้แก่ สิทธิต้นสังกัด เบิกตรง ประกันสังคม บัตรทอง
- 3.1.35 สามารถตรวจสอบวันหมดอายุสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเทียบกับฐานข้อมูลกลางเรื่องสิทธิ หาก พบว่าวันหมดอายุสิทธิไม่ตรงกับฐานข้อมูลกลาง ระบบจะปรับปรุงวันหมดอายุให้อัตโนมัติ ได้แก่ สิทธิต้นสังกัด เบิกตรง ประกันสังคม
- 3.1.36 สามารถเลือกใช้สิทธิที่ต่างกันในแต่ละห้องตรวจได้ เช่น ผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โดยใช้สิทธิประกันสังคม และขอตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพโดยใช้สิทธิชำระเงินเอง
- 3.1.37 สามารถใช้สิทธิประกอบการตรวจการรักษาได้มากกว่า 1 สิทธิ โดยจะต้องกำหนดว่าจะใช้สิทธิใด เป็นสิทธิหลัก
- 3.1.38 สามารถสืบค้นข้อมูลการลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกได้จาก HN, ชื่อ , นามสกุลผู้ป่วย
- 3.1.39 สามารถล็อกไม่ให้แก้ไขข้อมูลการลงทะเบียนตรวจรักษาได้หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องตรวจ แล้ว
- 3.1.40 สามารถเพิ่มข้อมูลสิทธิการรักษาของผู้ป่วยในระหว่างที่ลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยได้
- 3.1.41 สามารถเปลี่ยนแปลงสิทธิที่ใช้ในการตรวจรักษาได้ เช่น เปลี่ยนจากสิทธิต้นสังกัด ให้เป็นสิทธิต้น สังกัดเบิกตรง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการคำนวณค่าใช้จ่ายในสิทธิใหม่ (Re-Calculation) ตามสิทธิที่ เปลี่ยนแปลงไป
- 3.1.42 สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยืมเพิ่มเวชระเบียน จากการยืมของห้องตรวจต่างๆ เมื่อลงทะเบียน ตรวจผู้ป่วย ได้แก่ เป็นใบแทน วัน เวลาที่ส่ง ผู้จัดส่งเพิ่ม
- 3.1.43 สามารถบันทึกข้อมูลการยืมเพิ่มเวชระเบียนเมื่อห้องตรวจหรือหน่วยงานต่างๆ ต้องการให้เพิ่ม ประวัติของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ขอยืม, วันที่ยืม, เหตุผลการยืม, เพิ่มเวชระเบียนที่ขอยืม
- 3.1.44 สามารถยกเลิกข้อมูลการขอยืมเพิ่มเวชระเบียนได้
- 3.1.45 สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยืมเพิ่มเวชระเบียนได้ ได้แก่ ผู้ให้ยืม, วันที่ให้ยืม
- 3.1.46 สามารถยกเลิกข้อมูลการให้ยืมเพิ่มเวชระเบียนได้

- 3.1.47 สามารถบันทึกข้อมูลการคืนแฟ้มเวชระเบียนไปยังห้องบัตรได้แก่ ผู้คืน, วันที่คืน, แฟ้มเวชระเบียนที่คืน
- 3.1.48 สามารถยกเลิกข้อมูลการคืนแฟ้มเวชระเบียนได้
- 3.1.49 สามารถบันทึกข้อมูลการออกไปแทน และพิมพ์ใบแทนแฟ้มเวชระเบียนกรณีค้นหาแฟ้มเวชระเบียนไม่พบ
- 3.1.50 สามารถยกเลิกข้อมูลการออกไปแทนกรณีค้นหาแฟ้มเวชระเบียนพบแล้ว
- 3.1.51 สามารถบันทึกข้อมูลการทำลายแฟ้มเวชระเบียนซึ่งจะส่งผลให้แฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเปลี่ยนสถานะเป็นถูกทำลาย และจะไม่สามารถใช้ตรวจรักษาได้
- 3.1.52 สามารถยกเลิกข้อมูลการทำลายแฟ้มเวชระเบียนได้
- 3.1.53 สามารถติดตามสถานะแฟ้มเวชระเบียนได้ว่า ณ ปัจจุบันแฟ้มเวชระเบียนอยู่ที่ห้องตรวจ หรือหน่วยงานใด
- 3.1.54 สามารถบันทึกข้อมูลบุคคลภายนอก หรือ เจ้าหน้าที่ที่เป็น ผู้ป่วย VIP ได้ เช่น ประเภท VIP, ตั้งแต่วันที่, ถึงวันที่
- 3.1.55 สามารถรวม(Merge)แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย โดยรวมข้อมูลผู้ป่วย – ข้อมูลการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีมากกว่า 1 HN เป็นข้อมูลเดียวกันได้ HN ที่ถูกรวมแล้วจะไม่สามารถใช้ในการตรวจรักษาได้อีก
- 3.1.56 สามารถบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยและออกหนังสือรับรองการเสียชีวิตจากระบบ ซึ่งจะส่งผลให้แฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเปลี่ยนสถานะเป็นเสียชีวิต และจะไม่สามารถใช้ตรวจรักษาได้
- 3.1.57 สามารถยกเลิกข้อมูลการเสียชีวิตได้ ในกรณีบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตผิด
- 3.1.58 สามารถบันทึกข้อมูลการยืมแฟ้มผู้ป่วยใน ได้แก่ AN ที่ขอยืม, วันเวลาที่ขอยืม, ประเภทการขอยืม, หน่วยบริการที่ขอยืม, เหตุผลที่ขอยืม
- 3.1.59 สามารถบันทึกข้อมูลการคืนแฟ้มผู้ป่วยในที่หน่วยบริการอื่นขอยืมไปใช้ ได้แก่ วันเวลาที่รับคืน, ผู้บันทึกรับคืน
- 3.1.60 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนตรวจมีค่าใช้จ่ายค้างชำระกับทางโรงพยาบาล และสามารถดูรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยค้างชำระได้ตามวันที่มาตรวจ(Visit)
- 3.1.61 สามารถบันทึกข้อมูล HN สมมุติที่ใช้ในวัตถุประสงค์อื่น ๆ ของทางโรงพยาบาล ซึ่ง HN เหล่านี้จะไม่ถูกนับรวมในรายงาน และส่งออกข้อมูล 12 แฟ้ม PP แฟ้ม 18 แฟ้ม หรือ OP-PP Package ให้กับ สปสช.
- 3.1.62 สามารถบันทึกข้อมูลบุคคลเข้าสู่ระบบได้ โดยไม่ต้องออก HN ในระบบ
- 3.1.63 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยใน(Admit) พร้อมพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดแฟ้มผู้ป่วยในได้
- 3.1.64 สามารถใช้สิทธิประกอบการตรวจการรักษาได้มากกว่า 1 สิทธิ โดยจะต้องกำหนดว่าจะใช้สิทธิใดเป็นสิทธิหลัก
- 3.1.65 สามารถเพิ่มสิทธิที่ใช้ตรวจรักษาในระหว่างลงทะเบียนผู้ป่วยในได้

- 3.1.66 สามารถเปลี่ยนแปลงสิทธิที่ใช้ในการตรวจรักษาได้ เช่น เปลี่ยนจากสิทธิต้นสังกัด ให้เป็นสิทธิต้นสังกัดเบิกตรง ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาเปลี่ยนไปที่สิทธิต้นสังกัดเบิกตรงให้ด้วย
- 3.1.67 สามารถดูข้อมูลเตียง – ห้องที่ยังว่างอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วยได้
- 3.1.68 สามารถบันทึกข้อมูลวันลาออกนอกโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Leave) เพื่อใช้ประกอบการคิดจำนวนวันนอน (Length of stay) ตอนจำหน่าย (Discharge)ผู้ป่วยกลับบ้าน
- 3.1.69 สามารถสืบค้นข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยใน ได้จาก AN, HN, ชื่อ – นามสกุล
- 3.1.70 สามารถดูข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตาม 16 หมวดค่าใช้จ่ายของกรมบัญชีกลางเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
- 3.1.71 สามารถยกเลิกข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยในได้
- 3.1.72 สามารถกำหนดจำนวนนาที่(Configuration)ที่สามารถแก้ไขข้อมูลการตรวจรักษาได้หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอแล้ว
- 3.1.73 สามารถติดตามสถานะผู้ป่วยในได้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยพักอยู่ที่ห้อง – หอผู้ป่วยใด
- 3.1.74 สามารถบันทึกข้อมูลการออกใบแจ้งหนี้ให้กับผู้ป่วยพร้อมพิมพ์ใบแจ้งหนี้จากระบบได้
- 3.1.75 สามารถบันทึกข้อมูลการเยี่ยมไข้ผู้ป่วยใน ได้แก่ AN ที่ขอยืม, วันเวลาที่ขอยืม, ประเภทการขอยืม, หน่วยบริการที่ขอยืม, เหตุผลที่ขอยืม
- 3.1.76 สามารถบันทึกข้อมูลการคืนแฟ้มผู้ป่วยในที่หน่วยบริการอื่นขอยืมไปใช้ ได้แก่ วันเวลาที่รับคืน, ผู้บันทึกรับคืน
- 3.1.77 สามารถบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย (Diagnosis) ทั้งรหัส ICD-10 และ ICD-O สำหรับกรณีที่ต้องการให้รหัสโรคมะเร็งได้
- 3.1.78 สามารถบันทึกข้อมูลหัตถการ ICD-9CM พร้อมบันทึกเวลาเริ่มต้น – สิ้นสุดการทำหัตถการได้
- 3.1.79 สามารถสรุปค่าจำนวนวันนอน, จำนวนวันลากกลับบ้านเพื่อใช้สำหรับคำนวณ DRG ได้
- 3.1.80 สามารถเรียงลำดับ(Re-Order)ข้อมูลหัตถการของผู้ป่วยได้
- 3.1.81 สามารถคำนวณค่า DRG (จากข้อมูล Adjusted RW ที่ระบบคำนวณได้และข้อมูล DRG Base Rate) และพิมพ์ใบสรุป DRG
- 3.1.82 สามารถบันทึกข้อมูลรหัสโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้
- 3.1.83 สามารถกำหนด – เปลี่ยนแปลงค่าฐาน (DRG Base Rate) ที่ใช้คำนวณเงินที่เบิกได้ตาม DRG ในแต่ละสิทธิการรักษาได้
- 3.1.84 สามารถเรียกดูรายงานทางเวชสถิติได้
- 3.1.85 สามารถ Export ข้อมูลในระบบเพื่อส่งออกเป็น Data File ให้กับ สปสช. คือ OP-PP Package ตามรูปแบบมาตรฐานของสปสช.
- 3.1.86 สามารถบันทึกข้อมูลการขอประวัติ ของผู้ป่วย, บริษัทประกันชีวิต, ประกันสังคมได้
- 3.1.87 สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วยจากระบบนัดหมายทางอินเทอร์เน็ตเข้าสู่ระบบงานบริการหลักได้

- 3.1.88 สามารถบันทึกข้อมูลลายนิ้วมือ(Finger Scan) ผู้ป่วยได้
- 3.1.89 สามารถลงทะเบียนผู้ป่วยได้โดยใช้เครื่องอ่านลายนิ้วมือ (Finger Scan)
- 3.1.90 สามารถบันทึกข้อมูลประวัติพื้นฐานผู้ป่วยโดยอ่านข้อมูลจาก Smart Card ได้

3.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 3.2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- 3.2.2 บัตรประจำตัวผู้ป่วย
- 3.2.3 สติกเกอร์ยืมแฟ้มประวัติผู้ป่วย (Opd Card)
- 3.2.4 ใบแทนเวชระเบียน
- 3.2.5 ใบขอยืมแฟ้มเวชระเบียน
- 3.2.6 ใบนำส่งแฟ้มเวชระเบียน
- 3.2.7 ใบส่งคืนแฟ้มเวชระเบียน
- 3.2.8 ใบทำลายแฟ้มเวชระเบียน
- 3.2.9 หนังสือรับรองการตาย
- 3.2.10 สติกเกอร์ผู้ป่วยใน
- 3.2.11 บันทึกทะเบียนผู้ป่วยใน (Admit Discharge Summary Others)
- 3.2.12 Admission Note
- 3.2.13 ใบสรุปผล DRG
- 3.2.14 แบบ รพ. 42
- 3.2.15 ใบแจ้งเลขที่อนุมัติสิทธิ กรณีผู้ป่วยใน
- 3.2.16 ใบนำทาง

3.3 รายงานจากระบบ

- 3.3.1 รายงานสรุประยะเวลารอคอย จำแนกตามสาขาโรค
- 3.3.2 รายงานสรุปการออกบัตรแทน จำแนกตามห้องตรวจโรค
- 3.3.3 รายงานสรุประยะเวลารอคอย จำแนกตามสาขาโรค ประจำปี
- 3.3.4 รายงานสรุปการออกบัตรแทน ประจำปี
- 3.3.5 รายชื่อผู้ป่วยนัด แยกตามหน่วยบริการ
- 3.3.6 รายชื่อผู้ป่วยที่ออกบัตรแทน
- 3.3.7 รายงานสรุปยอดผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- 3.3.8 ข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จำแนกตามสาขาโรค
- 3.3.9 รายงานสถิติเจ็บป่วย NN อันดับสูงสุด
- 3.3.10 ข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยนอก
- 3.3.11 รายงานรายชื่อผู้ป่วยชาวต่างชาติ ประจำปีเดือน
- 3.3.12 รายงานสรุประยะเวลาการรอคอย ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยนอก

- 3.3.13 รายงานยอดยืมเพิ่มผู้ป่วยใน
- 3.3.14 ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
- 3.3.15 รายชื่อผู้ป่วยในที่กำหนดรายวัน
- 3.3.16 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในที่กำหนด
- 3.3.17 รายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุโรค (21 กลุ่มโรค) จำแนกตามจำนวนครั้ง
- 3.3.18 รายงานสรุปการให้บริการการตรวจ จำแนกตามประเภทการตรวจ
- 3.3.19 รายงานจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทบุคคล
- 3.3.20 รายงานจำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามสาเหตุการตาย
- 3.3.21 รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ จำแนกตามสิทธิ
- 3.3.22 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในแยกตามวันที่กำหนด
- 3.3.23 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในที่เสียชีวิต
- 3.3.24 รายงานลำดับโรคผู้ป่วยในสรุปทั้งโรงพยาบาล (สรุปจาก DIAGNOSIS ทั้งหมด)
- 3.3.25 รายงานลำดับโรคผู้ป่วยนอกสรุปทั้งโรงพยาบาล (สรุปจาก DIAGNOSIS ทั้งหมด)
- 3.3.26 รายงานรายชื่อผู้ป่วยนอกประกันสังคมที่ไม่มีรหัสวินิจฉัย
- 3.3.27 รายงานอัตราการครองเตียง จำแนกตามหอผู้ป่วย ประจำปี
- 3.3.28 รายงานวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ประจำปี
- 3.3.29 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกแยกตามประเภทการรับบริการ
- 3.3.30 รายงานอัตราการตายของผู้ป่วยในอย่างหยาบ (:1000) (Crude death Rate)
- 3.3.31 ทะเบียนผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
- 3.3.32 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ยังไม่ได้ชำระเงิน
- 3.3.33 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่ยังไม่ได้ชำระเงิน
- 3.3.34 ใบสรุป Drg (กรณีที่ยังไม่ได้คำนวณ Drg)
- 3.3.35 รายชื่อผู้ป่วยในจำแนกตามสิทธิ แยกตามแพทย์
- 3.3.36 เปรียบเทียบต้นทุน/ DRG ผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิ
- 3.3.37 รายงานการบันทึกประวัติคนไข้ใหม่ของเจ้าหน้าที่ห้องบัตร
- 3.3.38 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามชื่อแพทย์ผู้ตรวจและโรค เรียงตามรหัสโรค
- 3.3.39 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ จำแนกตามภูมิภาค
- 3.3.40 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ จำแนกตามกลุ่มโรค โรค และอายุ เรียงตามลำดับกลุ่มโรค
- 3.3.41 รายงานจำนวนผู้ป่วยในกำหนด จำแนกตามโรคที่พบบ่อย เรียงตามลำดับโรคที่พบบ่อย
- 3.3.42 รายงานจำนวนผู้ป่วยในกำหนด จำแนกตามกลุ่มโรค โรค และเพศ เรียงตามลำดับกลุ่มโรค
- 3.3.43 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ จำแนกตามโรคที่พบบ่อย เรียงตามลำดับโรคที่พบบ่อย
- 3.3.44 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ จำแนกตามกลุ่มโรค โรค และเพศ เรียงตามลำดับกลุ่มโรค

4. ระบบงานสิทธิประโยชน์

4.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 4.1.1 สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจากเว็บไซต์ ที่เกี่ยวข้อง หรือตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลกลางเรื่องสิทธิ ว่าผู้ป่วยมีสิทธิจริงหรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีสิทธิ หรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุเจ้าหน้าที่ต้องกรอกเหตุผล และยืนยันการใช้สิทธิ จึงจะสามารถใช้สิทธินั้นได้ เช่นสิทธิ ประกันสังคม บัตรทอง
- 4.1.2 สามารถกำหนดวงเงินในการรักษาพยาบาลสัมพันธ์กับสิทธิการรักษาได้ เช่น สิทธิบัตรทอง ต่างจังหวัด 700 บาท/วัน , บัตรทอง ผู้พิการ/ทหารผ่านศึก 1400 บาท/วัน
- 4.1.3 สามารถบันทึกข้อมูลการอนุมัติสิทธิการรักษาของผู้ป่วยได้
- 4.1.4 สามารถบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยของนักสังคมสงเคราะห์ที่หือผู้ป่วยได้ ได้แก่ เหตุผลในการเยี่ยม ปัญหาที่พบ การดำเนินการให้ความช่วยเหลือ
- 4.1.5 สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม ได้
- 4.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลการสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลได้

4.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 4.2.1 แบบฟอร์มขออนุมัติคำรักษาผู้ป่วยในประเภทไม่คิดมูลค่า

4.3 รายงานจากระบบ

- 4.3.1 รายงานสรุปรายการแยกตามสิทธิการรักษา(ประกันสังคม, ประกันสุขภาพ)
- 4.3.2 รายงานรายการแยกประเภทเงิน ประจำวัน
- 4.3.3 รายงานรายการแยกประเภทเงิน (แจกรายชื่อผู้ป่วย)

5. ระบบงานผู้ป่วยนอก

5.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 5.1.1 สามารถกำหนดคิวการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เปลี่ยนคิว และคืนคิวการตรวจได้
- 5.1.2 สามารถดูรายชื่อผู้ป่วยในคิวตรวจได้ 2 แบบ คือ ดูรายชื่อตามแพทย์ หรือตามห้องตรวจ
- 5.1.3 สามารถแสดงระดับความสำคัญของผู้ป่วยในคิวตรวจได้ เช่น เป็นบุคคล VIP เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยนัด
- 5.1.4 สามารถดูสถานะการตรวจห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยต้องตรวจห้องปฏิบัติการก่อนเข้าพบแพทย์ ในรูปแบบของ Overview เพื่อให้ทราบผลตรวจห้องปฏิบัติการ ออกผลหรือยัง เพื่อให้พยาบาล บริหารคิวเข้าพบแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.1.5 สามารถเปลี่ยนแพทย์ - เปลี่ยนเวลาเข้าตรวจของผู้ป่วยได้
- 5.1.6 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยเข้าตรวจได้จาก HN, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ - นามสกุล, หมายเลขประจำตัวประชาชน
- 5.1.7 สามารถแจ้งเตือนเมื่อกรอกข้อมูลน้ำหนักของผู้ป่วยสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติ ตามกำหนดของสปสช.
- 5.1.8 สามารถแจ้งเตือนเมื่อกรอกข้อมูลส่วนสูงของผู้ป่วยสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติ ตามกำหนดของสปสช.

- 5.1.9 สามารถคำนวณค่า BMI ให้อัตโนมัติหลังการกรอกข้อมูลน้ำหนัก - ส่วนสูงและแสดงข้อมูลบ่งชี้หากค่า BMI สูงหรือต่ำกว่าปกติ
- 5.1.10 สามารถแจ้งเตือนเมื่อกรอกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของผู้ป่วยมากหรือน้อยกว่าปกติ เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และมีผลต่อการส่งออก 12 แพ้ม PP แพ้ม 18 แพ้ม และ OP-PP Package ให้กับสปสช.
- 5.1.11 สามารถแจ้งเตือนเมื่อค่าสัญญาณชีพ(Vital Sign) ได้แก่ SBP, DBP, Temp, PR, RR สูงหรือต่ำกว่าค่าปกติ
- 5.1.12 สามารถคัดลอกข้อมูลส่วนสูงของผู้ป่วยจากการมาตรวจครั้งที่ผ่านมาได้
- 5.1.13 สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยโดยที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา ได้แก่ เช็ดตัวลดไข้ การดูแลเรื่องความเจ็บปวด คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด
- 5.1.14 สามารถบันทึกผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ตรวจจากโรงพยาบาลอื่นเข้าสู่ระบบได้ เช่น ข้อมูลชื่อโรงพยาบาล, วันเวลาที่ตรวจ, ข้อมูลผลการตรวจ
- 5.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลการแพ้ยา(Allergy)ของผู้ป่วยได้ เช่น ชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้, รูปแบบยา, ปฏิกิริยาที่เกิดจากการแพ้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้เภสัชกรซักประวัติและออกบัตรแพ้ยาให้กับผู้ป่วย
- 5.1.16 สามารถบันทึกข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แพทย์ได้ซักประวัติและยืนยันโรคประจำตัวของผู้ป่วย
- 5.1.17 สามารถบันทึกข้อมูลการซักประวัติทางการแพทย์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ ประวัติการสัมผัสสัตว์ปีก วัตถุประสงค์การมาตรวจ ลักษณะการมา ระดับความฉุกเฉิน อาการสำคัญซึ่งเป็นสาเหตุให้มาพบแพทย์
- 5.1.18 สามารถสร้างคำช่วย(ข้อความหรือคำถามที่ใช้บ่อย) เพื่อใช้ในการซักประวัติ(HX), ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (PI)
- 5.1.19 สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกายและประเมินความรุนแรงของโรค(PASI Score)ก่อนทำการรักษาได้
- 5.1.20 สามารถบันทึกข้อมูลการซักประวัติ (HX), การเจ็บป่วยปัจจุบัน (PI) โดยเลือกจากแบบ (Template) หรือจากคำช่วยได้
- 5.1.21 สามารถบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้กับผู้ป่วย พร้อมบันทึกวันเวลาเริ่มต้น – สิ้นสุดการทำเหตุการณ์ได้
- 5.1.22 สามารถกรอกข้อมูลเหตุการณ์ที่ทำให้กับผู้ป่วยโดยเลือกจากชุดเหตุการณ์ หรือ ชุดเหตุการณ์ของแผนกได้
- 5.1.23 สามารถสร้างแบบบันทึกสำหรับลงผลเหตุการณ์และลงผลการทำเหตุการณ์จากแบบบันทึกได้ เช่น การลงผล Ultrasound การลงผล EKG เพื่อให้แพทย์ และพยาบาล สามารถลงผลการตรวจได้อย่างรวดเร็ว
- 5.1.24 สามารถสร้างคำช่วยเพื่อใช้ในการกรอกข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย (PE)

- 5.1.25 สามารถกรอกข้อมูล PE โดยเลือกจากแบบบันทึก (Template) หรือคำช่วยได้
- 5.1.26 สามารถสร้างชุดแบบการวินิจฉัยแยกโรค (DDX Template) เพื่อใช้ในการกรอกข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis: DDX) ได้
- 5.1.27 สามารถกรอกข้อมูล DDX การข้อมูลการวินิจฉัยแยกตามอาการ (Symptom) โดยระบบจะแสดงอาการและแสดงชื่อโรคตามลักษณะอาการให้เลือก หรือกรอกข้อมูล DDX จากคำช่วยได้
- 5.1.28 สามารถบันทึกรูปภาพประกอบการตรวจรักษา โดยเลือกรูปจากคลังภาพที่มีอยู่ ซึ่งสามารถใส่รายละเอียดและคำอธิบายภาพประกอบการตรวจได้
- 5.1.29 สามารถถ่ายรูปภาพผู้ป่วยขณะตรวจ เพื่อใช้ประกอบการตรวจรักษาได้
- 5.1.30 แพทย์สามารถลงความเห็นให้กับข้อมูลการสัมภาษณ์ประวัติแพทย์ได้ โดยสรุปความเห็นว่าเป็นผู้ป่วย แพทย์หรือไม่แพทย์
- 5.1.31 สามารถยืนยันข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วย ว่าแพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยมีโรคประจำตัวจริงหรือไม่
- 5.1.32 สามารถเลือกใช้สิทธิตอนส่งยา, ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ, ส่งผ่าตัด, ส่งหัตถการต่างๆ ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่ใช้ประกอบการรักษามากกว่า 1 สิทธิ
- 5.1.33 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งตรวจห้องปฏิบัติการจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกได้ โดยบันทึกข้อมูลผู้ป่วย, แพทย์ผู้ส่ง, รายการส่งตรวจ
- 5.1.34 สามารถส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ 3 วิธีคือ เพิ่มทีละรายการตรวจ, ส่งตรวจห้องปฏิบัติการแบบเป็นชุด (Set) หรือส่งตามสาขาการตรวจ(Category)
- 5.1.35 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อเลือกรายการตรวจห้องปฏิบัติการซ้ำในใบส่งตรวจเดียวกัน โดยจะแสดงข้อความเตือนว่ามีรายการซ้ำ แต่หากแพทย์ยืนยันว่าต้องการส่งตรวจจริงก็สามารถทำได้
- 5.1.36 สามารถระบุความเร่งด่วนของรายการตรวจในใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจห้องปฏิบัติการเห็นใบส่งตรวจในคิวการตรวจเป็นสีแดงเพื่อแสดงว่าในใบส่งมีรายการตรวจที่ต้องการผลโดยด่วน
- 5.1.37 สามารถยกเลิกใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 5.1.38 สามารถดูผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ห้องตรวจ ซึ่งส่งผลการตรวจมาจากเครื่อง LIS (Laboratory Information System) และสามารถพิมพ์ผลการตรวจที่ห้องตรวจได้
- 5.1.39 สามารถดูผลการตรวจห้องปฏิบัติการ (Review) ของผู้ป่วยในอดีตเทียบกับผลการตรวจครั้งปัจจุบัน
- 5.1.40 สามารถบันทึกผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ทำในห้องตรวจได้ เช่น การตรวจ hematocrit
- 5.1.41 สามารถแสดงข้อความเตือนเพื่อป้องกันการตรวจซ้ำ สำหรับรายการตรวจที่ผู้ป่วยมีผลการตรวจอยู่ในระบบอยู่แล้วและเป็นการตรวจที่ผลตรวจไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การตรวจ Blood Group

- 5.1.42 สามารถบันทึกข้อมูลการแจ้งผ่าตัดจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วย, แพทย์ผู้สั่ง, วันที่ผ่าตัด, เวลา, รายการผ่าตัด
- 5.1.43 สามารถยกเลิกใบแจ้งผ่าตัดได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 5.1.44 สามารถดูผลการผ่าตัดที่ห้องตรวจและพิมพ์ผลการผ่าตัดเองได้
- 5.1.45 สามารถดูประวัติการตรวจรักษา (Review) ของผู้ป่วยในอดีต เช่น ประวัติการตรวจรักษา, ประวัติการตรวจห้องปฏิบัติการ, การผ่าตัด ในลักษณะของแผนภูมิต้นไม้ จัดเรียงข้อมูลตามวันที่มาตรวจ สามารถดูข้อมูลได้ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพื่อให้แพทย์ติดตามผลการตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.1.46 สามารถสร้างชุด ICD-10 ส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ตอนการค้นหา ICD-10 เพื่อลงวินิจฉัยจะสามารถเลือกค้นจากชุดส่วนบุคคลหรือจากทั้งหมดก็ได้
- 5.1.47 สามารถลงข้อมูลวินิจฉัย(Diagnosis) โดยเลือกจากการวินิจฉัยซ้ำ(Re-Diag)ได้
- 5.1.48 สามารถแจ้งเตือนเมื่อรหัส ICD-10 ที่แพทย์เลือกเป็นรหัสที่ไม่ละเอียดพอ ไม่สามารถใช้ลง Diagnosis ได้ หรือเป็นรหัสที่ไม่ใช้งานแล้วและจะไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยได้
- 5.1.49 สามารถสั่งยาได้ 4 วิธีคือ เพิ่มที่ละรายการ, สั่งจาก Drug Set, สั่งยาซ้ำ(Re-Medication) หรือสั่งโดยเลือกจากกลุ่มยา(MIMS)
- 5.1.50 สามารถค้นหายาที่จะสั่งให้กับผู้ป่วยจากชื่อทางการค้า (Trade Name) หรือจากชื่อสามัญของยา (Generic Name)ได้
- 5.1.51 สามารถแจ้งเตือนเมื่อรายการยาที่แพทย์สั่งอยู่ในเงื่อนไข ดังนี้
- ยาที่ผู้ป่วยแพ้ (ADR)
 - ยาที่มีโอกาสแพ้ข้ามกัน (Cross Reaction)
 - ยาที่เป็นปฏิกิริยาต่อกัน (DI)
 - ยาที่เป็นยาติดตามการใช้ (DUE)
 - ยาความเสี่ยงสูง (HAD)
 - ยาที่อยู่ในกลุ่ม MIMS เดียวกัน
 - สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อครั้งรับประทาน
 - สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อใบสั่งยา
 - ยาอันตรายต่อสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Risk)
 - ยาหมดสต็อก (Out of Stock)
- 5.1.52 สามารถยกเลิกใบสั่งยาได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 5.1.53 สามารถแสดงข้อมูลยาที่ใช้แทน(Compatible)กันกรณียาที่แพทย์สั่งหมดสต็อก

- 5.1.54 สามารถแสดงข้อมูลยาที่ใช้แทนตามสิทธิ (Convert) เมื่อแพทย์สั่งยาให้กับผู้ป่วยแต่สิทธิผู้ป่วยไม่สามารถใช้ได้ ระบบจะช่วยเลือกยาที่ใช้แทนให้อัตโนมัติ จากฐานข้อมูล ยาที่ใช้แทนในสิทธิ (Convert Drug)
- 5.1.55 สามารถพิมพ์ใบสั่งยาที่ห้องตรวจแพทย์และพิมพ์สติ๊กเกอร์ยาที่ห้องจ่ายยาทันทีหลังจากแพทย์บันทึกข้อมูลใบสั่งยา
- 5.1.56 สามารถดูข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับในวัน เมื่อผู้ป่วยตรวจหลายสาขาในวัน
- 5.1.57 สามารถออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และพิมพ์หนังสือรับรองยานอกๆจากระบบได้
- 5.1.58 สามารถบันทึกข้อมูลเหตุผล(ข้อบ่งชี้ยา) ในกรณีที่แพทย์สั่งยาในบัญชีฯ ได้
- 5.1.59 สามารถดูข้อมูลผู้มีสิทธิรับยาแทนของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยให้ญาติมารับยาแทน
- 5.1.60 สามารถออกใบรับรองแพทย์ ได้ 3 ประเภทคือใบรับรองแพทย์ประกันสังคม, ใบรับรองแพทย์สมัครงาน, ใบรับรองแพทย์แพทย์สภา และพิมพ์ใบรับรองแพทย์จากระบบได้
- 5.1.61 สามารถสร้างชุดคำถาม (Template) เพื่อใช้เป็นแบบประเมินตัวชี้วัด (Indicator)ของห้องตรวจได้
- 5.1.62 สามารถบันทึกประเมินตัวชี้วัดของห้องตรวจได้ในลักษณะของการตอบแบบสอบถามข้อมูล
- 5.1.63 สามารถบันทึกข้อมูลการนัดหมาย ได้แก่ วันที่นัด, รายละเอียดการนัด, นัดมาที่ห้องตรวจ และพิมพ์ใบนัดจากระบบ
- 5.1.64 สามารถบันทึกข้อมูลการเลื่อนนัดกรณีผู้ป่วยเลื่อนนัด ได้แก่ ประเภทการเลื่อนนัด, วัน-เวลาดนัดใหม่, หมายเหตุการเลื่อนนัด
- 5.1.65 สามารถบันทึกข้อมูลการยกเลิกนัดได้กรณีแพทย์ หรือผู้ป่วยยกเลิกนัด ได้แก่ ประเภทการเลื่อนนัด, วันที่ยกเลิกนัด, หมายเหตุการยกเลิกนัด
- 5.1.66 สามารถบันทึกลงทะเบียนรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยใน(Admit) ที่ห้องตรวจได้
- 5.1.67 สามารถบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วยเข้ารักษาต่อ(Refer-In) ได้แก่ ข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งมา วัตถุประสงค์การส่ง แพทย์ผู้ลงนาม ประวัติการป่วยในอดีต ระดับผู้ป่วยโรคผิวหนัง(ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ, สูงกว่าตติยภูมิ) เลขที่หนังสือส่งตัว วันหมดอายุ
- 5.1.68 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer-Out) ได้แก่ ข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งไป, วัตถุประสงค์การส่ง, แพทย์ผู้ Refer และสามารถพิมพ์หนังสือส่งตัวจากระบบ
- 5.1.69 สามารถบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลแผล การออกกำลังกาย การลดไขมัน
- 5.1.70 สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องตรวจ (Discharge) พร้อมบันทึกข้อมูล วันที่จำหน่าย, ผู้จำหน่าย, ลักษณะการจำหน่าย, ผลเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาได้
- 5.1.71 สามารถยกเลิกจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องตรวจได้ ในกรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยผิดคน หรือ ผิดเวลา

- 5.1.72 สามารถกำหนดจำนวนนาฬิกา(Configuration)ที่สามารถแก้ไขข้อมูลการตรวจรักษาได้หลังจาก
จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องตรวจแล้ว
- 5.1.73 สามารถยกเลิกข้อมูลการตรวจได้ ในกรณีที่ลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยผิดคน
- 5.1.74 สามารถดูข้อมูลสรุปค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยขณะที่ตรวจ ตาม 16 หมวดของกรมบัญชีกลางได้
- 5.1.75 สามารถดูยอดผู้ป่วยที่มาตรวจในวัน โดยสามารถค้นหาตามเงื่อนไขที่ระบุได้ เช่น วันที่-เวลาที่ตรวจ,
แพทย์ผู้ตรวจ, ห้องตรวจ , สาขาการตรวจ
- 5.1.76 สามารถบันทึกข้อมูลการออกหนังสือรับรองการเสียชีวิต ได้แก่ วันที่เสียชีวิต, สถานที่เสียชีวิต, ผู้
รับรองการเสียชีวิต และพิมพ์หนังสือรับรองการเสียชีวิตจากระบบ
- 5.1.77 สามารถดูรายชื่อผู้ป่วยค้างจำหน่ายในแต่ละห้องตรวจ พร้อมกับเลือกรายชื่อไปบันทึกข้อมูลการ
จำหน่ายได้
- 5.1.78 สามารถสร้างชุดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยที่ประกอบด้วยข้อมูลชื่อผู้ป่วย และ HN และสั่งพิมพ์ชุดสติ
๊กเกอร์ผ่านทางระบบได้
- 5.1.79 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งปรึกษาผู้ป่วย(Consult)ไปยังแผนกต่างๆ ได้
- 5.1.80 สามารถบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนและหลังเจาะเลือดได้
- 5.1.81 สามารถบันทึกข้อมูลการขอเบิกสินค้าสำหรับหน่วยงานที่ไม่มีคลัง(เบิกทั่วไป) ได้แก่ เลขที่ใบเบิก,
หน่วยเบิก, หน่วยจ่าย, รายการสินค้าที่ขอเบิก พร้อมพิมพ์ใบขอเบิก
- 5.1.82 สามารถยกเลิกบันทึกเบิกทั่วไปได้
- 5.1.83 สามารถบันทึกข้อมูลเบิกสิ่งของไปยังหน่วยจ่ายกลางได้
- 5.1.84 สามารถบันทึกข้อมูลการแลกเปลี่ยนอุปกรณ์และส่งไปยังหน่วยจ่ายกลางได้
- 5.1.85 สามารถบันทึกข้อมูลการขอถ่ายภาพดิจิทัลจากระบบ และดูผลภาพถ่ายจากในระบบได้
- 5.1.86 สามารถบันทึกข้อมูลการอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้
- 5.1.87 สามารถทำงานร่วมกับระบบบัตรคิวได้
- 5.1.88 สามารถกำหนดรายการยาที่ใช้เฉพาะโรค(Diagnosis) ได้
- 5.1.89 สามารถกำหนดรายการหัตถการเฉพาะโรคได้
- 5.1.90 สามารถบันทึกข้อมูลยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน (Med Reconcile) ได้

5.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 5.2.1 ใบแจ้งผลการตรวจ
- 5.2.2 แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (Refer Out)
- 5.2.3 บัตรเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- 5.2.4 คำแนะนำผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน
- 5.2.5 แบบซักประวัติผู้ป่วย
- 5.2.6 สติกเกอร์ประวัติการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
- 5.2.7 สติกเกอร์บัตรเวชระเบียนผู้ป่วย ที่ละแฉข้อมูล

- 5.2.8 สติกเกอร์บัตรเวชระเบียนผู้ป่วย ทุกแถวข้อมูล
- 5.2.9 ใบสรุปค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 5.2.10 ใบสั่งยา
- 5.2.11 หนังสือรับรองการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 5.2.12 ใบประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี ง
- 5.2.13 ใบส่งชั้นสูตร
- 5.2.14 ใบส่งผ่าตัด
- 5.2.15 ใบนัดหมาย
- 5.2.16 ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์
- 5.2.17 ใบเบิกสิ่งของ
- 5.2.18 ใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วย (Refer Out)
- 5.2.19 แบบสำหรับผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (Refer Out)
- 5.2.20 แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ
- 5.2.21 ใบรับรองแพทย์ รับรองการมาตรวจ
- 5.2.22 ใบรับรองแพทย์ การพิเคราะห์โรค/หยุดงาน
- 5.2.23 ใบรับรองแพทย์ยืนยันไม่เป็นโรคติดต่อ/สมัครงาน
- 5.2.24 ใบรับรองแพทย์ ภาษาอังกฤษ

5.3 รายงานจากระบบ

- 5.3.1 รายงานสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการ จำแนกตามแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษา แยกตามห้องตรวจ ประจำเดือน
- 5.3.2 รายงานสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการตรวจรักษา จำแนกตามแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษา ประจำเดือน
- 5.3.3 รายงานสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการตรวจรักษา จำแนกตามแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษา ประจำปี
- 5.3.4 รายงานสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการ จำแนกตามแพทย์ แยกตามห้องตรวจ ผู้ให้การตรวจรักษา
- 5.3.5 รายงานสรุปยอดการทำหัตถการของผู้ป่วยนอก แยกตามห้องตรวจโรค ประจำเดือน
- 5.3.6 รายงานสรุปยอดการทำหัตถการของผู้ป่วยนอก แยกตามห้องตรวจโรค ประจำปี
- 5.3.7 รายงานลำดับหัตถการที่พบบ่อยในผู้ป่วยนอก แยกตามห้องตรวจโรค
- 5.3.8 รายงานสรุปยอดผลการวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยนอก แยกตามห้องตรวจโรค ประจำเดือน
- 5.3.9 รายงานสรุปยอดผลการวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยนอก แยกตามห้องตรวจโรค ประจำปี
- 5.3.10 รายงานสรุปลำดับโรคหลักผู้ป่วยนอก แยกตามสาขาโรค
- 5.3.11 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ จำแนกตามสิทธิการรักษา แยกตามห้องตรวจโรค

- 5.3.12 รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทผู้ป่วย แยกตามห้องตรวจโรค ประจำเดือน
- 5.3.13 รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทผู้ป่วย แยกตามห้องตรวจโรค ประจำปี
- 5.3.14 รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทบัตร(เก่า,ใหม่) แยกตามห้องตรวจโรค ประจำเดือน
- 5.3.15 รายงานสรุปยอดผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทบัตร(เก่า,ใหม่) แยกตามห้องตรวจโรค ประจำปี
- 5.3.16 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาตรวจรักษา จำแนกตามห้องตรวจโรคและประเภทบัตร
- 5.3.17 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาตรวจรักษา จำแนกตามห้องตรวจโรค
- 5.3.18 รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการ จำแนกตามห้องตรวจโรค ประจำปี
- 5.3.19 รายงานสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการตรวจรักษา จำแนกตามสิทธิการตรวจรักษา ประจำเดือน
- 5.3.20 รายงานจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจประจำวัน
- 5.3.21 รายงานตารางแพทย์ออกตรวจ ประจำเดือน
- 5.3.22 รายงานสถิติการอบรม, ประชุม, ลา ประจำเดือน
- 5.3.23 รายงานการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนและหลังเจาะเลือด
- 5.3.24 รายงานผลงานผู้ป่วยนอกประจำเดือน
- 5.3.25 รายงานรายชื่อผู้ป่วยที่ไม่ระบุรหัสแพทย์
- 5.3.26 รายงานการติดตามผู้ป่วยที่มีผล Lab ผิดปกติ
- 5.3.27 รายงานรายชื่อผู้ป่วยที่ไม่มารักษาตามนัด
- 5.3.28 รายงานการตรวจของแพทย์
- 5.3.29 รายงานผู้ป่วยใน ระบบส่งรักษาต่อ(Refer Out)
- 5.3.30 รายงานผู้ป่วยนัด จำแนกตามแผนก
- 5.3.31 รายงานรายชื่อยาในกลุ่มเฝ้าระวัง
- 5.3.32 รายงานการจ่ายยา(ตามชื่อยา)
- 5.3.33 รายงานประวัติการรักษาผู้ป่วย
- 5.3.34 รายงานจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามห้องตรวจ สรุปจากแพทย์
- 5.3.35 รายงานจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามผลผลิต /กิจกรรม
- 5.3.36 รายงานรายชื่อผู้ป่วย จำแนกตามแผนกตรวจ
- 5.3.37 รายงานจำนวนผู้ป่วยนัด จำแนกตามคลินิก
- 5.3.38 รายงานผู้ป่วยนอกที่มาตรวจแลป
- 5.3.39 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาตรวจแลป กรุงเทพ พยาธิ-แลป
- 5.3.40 รายงานจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรค
- 5.3.41 รายงานผู้ป่วยใน ระบบรับเข้ารักษาต่อ (Refer In)
- 5.3.42 รายงานการส่งปรึกษาผู้ป่วยไปยังสถาบันการแพทย์อื่น(Refer Out)

5.3.43 รายงานการรับปรึกษาจากสถานพยาบาลภายนอก (Refer In)

5.3.44 รายงานทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังระดับ 1, 2

6. ระบบงานทันตกรรม

6.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

6.1.1 สามารถทำงานได้เหมือนกับระบบงานผู้ป่วยนอก ทุกประการ

6.1.2 สามารถระบุประเภทของการตรวจทันตกรรม ว่าเป็นการตรวจรักษาเฉพาะทางด้านใด เช่น

6.1.2.1 ทันตกรรมวินิจฉัย

6.1.2.2 ปริทันต์วิทยา

6.1.2.3 ทันตรังสี

6.1.2.4 ทันตกรรมประดิษฐ์

6.1.2.5 ทันตกรรมป้องกัน

6.1.2.6 ทันตกรรมหัตถการ

6.1.2.7 ทันตกรรมเด็ก

6.1.2.8 ศัลยกรรมช่องปาก

6.1.2.9 ทันตกรรมจัดฟัน

6.1.3 สามารถบันทึกข้อมูลชื่อผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำการช่วยการรักษา ได้

6.1.4 สามารถบันทึกข้อมูล ชื่อและด้านของฟัน ที่ทำการรักษาได้

6.1.5 สามารถบันทึกข้อมูลรายละเอียดการรักษาด้านทันตกรรม ในรูปแบบการวาดภาพลงใน Template รูปฟัน

6.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

6.2.1 สามารถพิมพ์เอกสารได้เหมือนกับระบบงานผู้ป่วยนอก ทุกประการ

6.3 รายงานจากระบบ

6.3.1 รายงานสรุปสถิติการให้บริการห้องตรวจทันตกรรม

7. ระบบงานรังสีรักษา

7.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

7.1.1 สามารถลงบันทึกแผนการส่งฉายรังสีจากงานแพทย์

7.1.2 สามารถลงบันทึกแผนการส่งฉายรังสีจากงานห้องตรวจ

7.1.3 สามารถกำหนดรหัสเครื่องฉายรังสี

7.1.4 สามารถกำหนดกำหนดรหัสห้องฉายรังสี

7.1.5 สามารถกำหนดกำหนดรหัสด้านที่ทำการฉายรังสี

7.1.6 สามารถกำหนดข้อมูลรหัสตำแหน่งที่ทำการฉายรังสี

7.1.7 สามารถกำหนดข้อมูลรหัส Wedge การฉายรังสี

7.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

7.2.1 -- ไม่มี --

7.3 รายงานจากระบบ

7.3.1 -- ไม่มี --

8. ระบบงานเคมีบำบัด

8.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 8.1.1 สามารถลงบันทึกคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก
- 8.1.2 สามารถลงบันทึกคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน
- 8.1.3 สามารถตรวจสอบอนุมัติคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก
- 8.1.4 สามารถตรวจสอบอนุมัติคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน
- 8.1.5 สามารถตรวจสอบรายการคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดที่รอผสม
- 8.1.6 สามารถตรวจสอบรายการคำสั่งผสมยาเคมีบำบัดที่ผสมไปแล้ว
- 8.1.7 สามารถลงบันทึกตั้งสูตรยาเคมีบำบัด กับ ICD10 ของแพทย์
- 8.1.8 สามารถจัดการข้อมูลหลักสูตรยาเคมีบำบัดแทนแพทย์
- 8.1.9 สามารถกำหนดห้องผสมยาเคมีบำบัดกับ OPD
- 8.1.10 สามารถกำหนด Template Order ยาเคมีบำบัดของแพทย์
- 8.1.11 สามารถกำหนด รหัส Solution ที่จะใช้กับยาเคมีบำบัด
- 8.1.12 สามารถกำหนด กลุ่ม Template การสั่งยาเคมีบำบัด

8.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 8.2.1 สามารถพิมพ์รายงานผสมยาเคมีบำบัด
- 8.2.2 สามารถพิมพ์ใบ MAR ยาเคมีบำบัด
- 8.2.3 สามารถพิมพ์ Doctor Order Sheet ยาเคมีบำบัด

8.3 รายงานจากระบบ

- 8.3.1 รายงานสรุปสถิติการให้บริการห้องตรวจเคมีบำบัด

9. ระบบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

9.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 9.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ประเภทอุบัติเหตุ, วันเวลาที่เกิดเหตุ, ยานพาหนะของผู้ป่วย, ยานพาหนะคู่กรณี และข้อมูลที่เป็นอื่นๆ
- 9.1.2 สามารถบันทึกข้อมูล Claim Code, ข้อบ่งชี้กรณีเกิดอุบัติเหตุได้

- 9.1.3 สามารถบันทึกข้อมูลการออกให้บริการกู้ชีพ (Emergency Medical Service:EMS) ได้แก่ เลขที่ปฏิบัติการ วันเวลาที่ออกให้บริการ วันเวลาที่กลับ เจ้าหน้าที่ผู้ออกให้บริการ ผลการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยที่รับมาจากการออกให้บริการ EMS
- 9.1.4 สามารถออก HN ให้กับผู้ป่วยที่รับมาจากการออกให้บริการ EMS ได้
- 9.1.5 สามารถลงทะเบียนตรวจให้กับผู้ป่วยที่รับมาจากการออกให้บริการ EMS ได้
- 9.1.6 สามารถยกเลิกข้อมูลการออกให้บริการ EMS

9.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 9.2.1 –ไม่มี–

9.3 รายงานจากระบบ

- 9.3.1 รายงานการส่งต่อผู้ป่วย แยกตามหน่วยบริการ
- 9.3.2 ทะเบียนผู้ป่วย
- 9.3.3 รายงานการบริการผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 9.3.4 รายงานข้อมูลผู้ป่วยเด็ก Asthma ในแผนก ER

10. ระบบงานโภชนาการ

10.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 10.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการสั่งอาหาร โดยสามารถระบุรูปแบบอาหาร, ลักษณะอาหาร, อาหารเฉพาะโรค หรือการให้อาหารป้อนได้
- 10.1.2 สามารถแสดงยอดการสั่งอาหารแยกตามหอผู้ป่วยได้

10.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 10.2.1 –ไม่มี–

10.3 รายงานจากระบบ

- 10.3.1 รายงานการเบิกอาหารแยกตามหอผู้ป่วย
- 10.3.2 รายได้ของการสั่งอาหาร
- 10.3.3 สรุปยอดอาหารผู้ป่วย ประจำปี
- 10.3.4 ใบสรุปยอดอาหาร
- 10.3.5 ใบสรุปยอดอาหารเฉพาะโรค
- 10.3.6 ใบสรุปยอดอาหารตามสั่ง
- 10.3.7 ใบเช็คยอดอาหารป้อนผสม
- 10.3.8 ใบสรุปยอดอาหาร
- 10.3.9 รายงานผู้ป่วยใน ส่งเบิกค่าอาหาร

11. ระบบงานห้องปฏิบัติการ

11.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 11.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งตรวจห้องปฏิบัติการจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วย, แพทย์ผู้สั่ง, รายการส่งตรวจ
- 11.1.2 สามารถส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ 3 วิธีคือ เพิ่มทีละรายการตรวจ, ส่งตรวจห้องปฏิบัติการแบบเป็นชุด (Set), ส่งตามสาขาการตรวจ(Category)
- 11.1.3 สามารถกำหนดประเภทการบริการของรายการตรวจแต่ละรายการว่าอยู่ในประเภทใด ได้แก่ วิจัย บริการ การเรียนการสอน ซึ่งจะส่งผลต่อการคิดค่าบริการของรายการตรวจ
- 11.1.4 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อเลือกรายการตรวจห้องปฏิบัติการซ้ำในใบส่งตรวจเดียวกัน โดยจะแสดงข้อความเตือนว่ามีรายการซ้ำ แต่หากยืนยันว่าตรวจจริงก็สามารถทำได้
- 11.1.5 สามารถแสดงข้อความเตือนเพื่อป้องกันการตรวจซ้ำ สำหรับรายการตรวจที่ผู้ป่วยมีผลการตรวจอยู่ในระบบอยู่แล้วและเป็นการตรวจที่ผลตรวจไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การตรวจ Blood Group
- 11.1.6 สามารถแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 ใบในวันเพื่อป้องกันการส่งตรวจห้องปฏิบัติการซ้ำ
- 11.1.7 สามารถระบุความเร่งด่วนของรายการตรวจในใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจห้องปฏิบัติการเห็นใบส่งตรวจในคิวการตรวจเป็นสีแดงจะได้ทราบว่าใบส่งมีรายการตรวจที่ต้องการผลโดยด่วน
- 11.1.8 สามารถยกเลิกใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีชำระแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงิน)
- 11.1.9 สามารถพิมพ์ใบรับผลการตรวจห้องปฏิบัติการได้ โดยแสดงข้อมูลชื่อรายการตรวจและ เวลา รับผลการตรวจ
- 11.1.10 สามารถยกเลิกใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีชำระแล้ว ต้องยกเลิกใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ)
- 11.1.11 สามารถเรียงลำดับผลการตรวจ (Lab Output) ของรายการตรวจ (Lab Item) เพื่อให้สามารถแสดงผลการตรวจที่ใบแสดงผลการตรวจ เป็นไปตามลำดับที่ต้องการ (ช่วยให้แพทย์อ่านผลการตรวจห้องปฏิบัติการได้สะดวก รวดเร็วขึ้น)
- 11.1.12 สามารถสืบค้นข้อมูลใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้จาก HN, เลขที่ใบสั่ง, ชื่อ หรือนามสกุลผู้ป่วย
- 11.1.13 สามารถแจ้งเตือน(Alert)เมื่อมีการส่งตรวจห้องปฏิบัติการจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทราบ
- 11.1.14 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจห้องปฏิบัติการ ได้แก่ วันเวลาลงทะเบียน, หน่วยบริการที่ลงทะเบียน, ผู้ลงทะเบียน
- 11.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลการเก็บส่งตรวจ ได้แก่ สิ่งส่งตรวจที่รับ, วันเวลาที่รับส่งตรวจ, ผู้รับส่งตรวจ

- 11.1.16 สามารถออก Lab Number (LN) พร้อมพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดหลอดทดลองหลังบันทึกรับส่งตรวจ
- 11.1.17 สามารถพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดหลอดทดลองซ้ำและเลือกพิมพ์เฉพาะรายการได้
- 11.1.18 สามารถยกเลิกเก็บตัวอย่างส่งตรวจได้
- 11.1.19 สามารถเลือกไม่คิดเงินรายการตรวจห้องปฏิบัติการในใบส่งตรวจได้ ในกรณีที่เป็นการตรวจที่ต้องทำซ้ำ (Repeat) โดยการซ้ำจะต้องไม่คิดเงินจากผู้ป่วย เช่น การตรวจ Anti HIV ที่ต้องมีการตรวจซ้ำหลายรอบ
- 11.1.20 สามารถส่ง-รับผลการตรวจจากเครื่อง Laboratory Information System (LIS) ได้
- 11.1.21 สามารถสร้างค่าปกติ (Normal Result Value) ของผลการตรวจ
- 11.1.22 การบันทึกผลการตรวจห้องปฏิบัติการ สามารถเลือกจากค่า Default ได้ เพื่อให้ทันเทคนิคการแพทย์ลงผลการตรวจได้สะดวกและรวดเร็ว
- 11.1.23 สามารถจัดรูปแบบข้อความผลการตรวจได้ ในกรณีที่ผลการตรวจยาวมากๆ
- 11.1.24 สามารถบันทึกเชื้อ Bacteria และผลของเชื้อต่อสารทดสอบ (Sensitivity) สำหรับรายการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็น Sensitivity Test
- 11.1.25 สามารถดูผลการตรวจล่าสุดของรายการตรวจ เช่น ค่าผลการตรวจ วันที่ตรวจล่าสุดขณะบันทึกผลการตรวจห้องปฏิบัติการแต่ละรายการ
- 11.1.26 สามารถแจ้งเตือนเมื่อค่าผลการตรวจสูงหรือต่ำกว่าปกติโดยใช้อักษร H, L เช่นการตรวจ Hematocrit ที่มีค่าปกติอยู่ระหว่าง 36.00 – 50.80 หากค่าผลการตรวจน้อยกว่า 36 จะแสดงอักษร L
- 11.1.27 สามารถบันทึกข้อมูลการยืนยันผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ได้แก่ วันเวลายืนยันผล, เจ้าหน้าที่ผู้ยืนยันผล
- 11.1.28 สามารถเลือกยืนยันผลการตรวจห้องปฏิบัติการเฉพาะบางรายการที่อยู่ในความรับผิดชอบของนักเทคนิคการแพทย์แต่ละคน (ระบบสามารถแสดงรายการแยกตามสาขาเฉพาะทางของการตรวจห้องปฏิบัติการ) หรือยืนยันผลทั้งหมดได้
- 11.1.29 สามารถเลือกพิมพ์ผลการตรวจห้องปฏิบัติการเฉพาะรายการได้
- 11.1.30 สามารถดูสถานะการชำระเงินของใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบว่ารายการใดชำระเงินแล้ว หรือยังไม่ชำระเงิน
- 11.1.31 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยสามารถดูผลการตรวจห้องปฏิบัติการจากระบบและพิมพ์ผลตรวจเองได้
- 11.1.32 สามารถกปิดผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นความลับได้ เช่นการตรวจ Anti HIV โดยจะแสดงค่าผลการตรวจเป็น xxx เฉพาะผู้มีสิทธิผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นความลับเท่านั้น จึงจะสามารถดูผลได้
- 11.1.33 ผู้ดูแลระบบสามารถกำหนดสิทธิการดูผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นความลับให้กับเจ้าหน้าที่ได้ตามความเหมาะสม

- 11.1.34 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งตรวจห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยงานภายนอก ได้แก่ ข้อมูลผู้ส่งตรวจ, หน่วยงานภายนอกที่ส่งไป, ชื่อผู้ติดต่อ, รายการตรวจห้องปฏิบัติการที่ส่ง พร้อมพิมพ์ใบส่งตรวจ
- 11.1.35 สามารถบันทึกผลการตรวจที่ได้รับจากการส่งตรวจห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยงานภายนอกเข้าสู่ระบบได้
- 11.1.36 สามารถบันทึกข้อมูลการยืนยันผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ได้รับจากการส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกได้
- 11.1.37 สามารถบันทึกข้อมูลการยืม – คืน สิ่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในระบบได้
- 11.1.38 สามารถบันทึกภาพประกอบการอ่านผลชิ้นเนื้อในระบบได้
- 11.1.39 สามารถบันทึกผลการตรวจในลักษณะที่ผลเป็นแบบ titer ได้
- 11.1.40 สามารถบันทึกข้อมูลการขอเบิกวัสดุ และพิมพ์ใบขอเบิกวัสดุจากระบบได้
- 11.1.41 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งตรวจห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอกสถาบันฯ บันทึกรับส่งส่งตรวจ บันทึกผลการตรวจและพิมพ์ผลการตรวจให้กับหน่วยงานภายนอกสถาบันฯ ได้

11.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 11.2.1 ใบส่งตรวจห้องปฏิบัติการ
- 11.2.2 ใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค
- 11.2.3 สติกเกอร์ติดหลอดทดลอง
- 11.2.4 ใบขอส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก
- 11.2.5 ใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค เฉพาะรายการที่ต้องการ
- 11.2.6 ใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค แยกตามรายการตรวจ

11.3 รายงานจากระบบ

- 11.3.1 รายงานสถิติแสดงปริมาณงาน จำแนกตามสิทธิ
- 11.3.2 รายงานสถิติงาน จำแนกตามประเภทการตรวจ
- 11.3.3 รายงานสถิติงาน จำแนกตามรายการตรวจ แยกตามประเภทการตรวจ
- 11.3.4 แบบบันทึกการส่งตรวจภายนอกห้องปฏิบัติการ
- 11.3.5 รายงานสถิติงาน(นอกเวลา) จำแนกตามรายการตรวจ แยกตามประเภทการตรวจ
- 11.3.6 รายงานยอดผู้ป่วยและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- 11.3.7 รายงานสถิติงาน จำนวนส่ง จำแนกตามรายการตรวจ แยกตามประเภทการตรวจ
- 11.3.8 รายงานสถิติงานจำแนกตามรายการตรวจ แยกตามประเภทการตรวจ (นอกเวลา)
- 11.3.9 ปริมาณงานนอกเวลาราชการ
- 11.3.10 รายงานผลงานประจำวัน
- 11.3.11 รายงานผลงานประจำวัน (จำแนกรายชื่อเจ้าหน้าที่)

12. ระบบงานห้องผ่าตัดและงานวิสัญญี

12.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 12.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกได้ เช่น คลินิกที่ตรวจ, กะที่จะตรวจ, อาการที่มาพบแพทย์, ผู้ลงทะเบียน, วันเวลา ลงทะเบียน
- 12.1.2 สามารถยกเลิกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจผู้ป่วยนอกได้
- 12.1.3 สามารถแสดงรายชื่อแพทย์ที่ลงตรวจตามห้องตรวจและกะที่เลือก พร้อมแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนตรวจกับแพทย์แล้วและจำนวนผู้ป่วยนัดที่ยังไม่มาลงทะเบียน
- 12.1.4 สามารถป้องกันการลงทะเบียนตรวจซ้ำซ้อนโดยจะมีข้อความแจ้งเตือนหน่วยบริการที่ผู้ป่วยมีการลงทะเบียนตรวจแล้วในวัน
- 12.1.5 สามารถลงทะเบียนตรวจจากข้อมูลการนัดหมายได้ หากมีการนัดหมายผู้ป่วยในวัน
- 12.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาเหมือนกับระบบงานผู้ป่วยนอกทุกประการ
- 12.1.7 สามารถบันทึกข้อมูลการแจ้งผ่าตัดจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย, แพทย์ผู้สั่ง, วันที่ต้องการผ่าตัด, เวลา, รายการผ่าตัด
- 12.1.8 สามารถยกเลิกใบแจ้งผ่าตัดได้หากยังไม่ชำระเงิน (กรณีชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 12.1.9 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูล วันเวลาที่ลงทะเบียน, ผู้บันทึกการลงทะเบียน
- 12.1.10 สามารถบันทึกข้อมูลการทำวิสัญญี ได้แก่ เวลาเริ่มต้น-สิ้นสุด, วิธีการวิสัญญี, ASA, เจ้าหน้าที่วิสัญญี
- 12.1.11 สามารถบันทึกรายละเอียดของการผ่าตัดแต่ละรายการ ได้แก่ ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด, ตำแหน่งผ่าตัด, ระดับการปนเปื้อน, ประเภทการผ่าตัด, เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมการผ่าตัด
- 12.1.12 รองรับการทำงานในกรณีที่ 1 CASE ผ่าตัด ผ่าตัดมากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมในการผ่าตัดแยกตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดได้ โดยระบบมีหน้าจอช่วยให้บันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมได้อย่างรวดเร็วในกรณีที่แต่ละตำแหน่งใช้เจ้าหน้าที่ผ่าตัดชุดเดียวกัน
- 12.1.13 สามารถกำหนดรายการผ่าตัดในใบผ่าตัด ให้เป็นหัตถการผ่าตัดตรงเพื่อคิดค่าบริการเพียง 25% ของค่าบริการ (ค่าใช้จ่ายที่ลดลงสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราได้โดยการตั้งค่าผ่านทาง Configuration ของระบบ)
- 12.1.14 สามารถกำหนดให้รายการผ่าตัดในใบผ่าตัดเป็นหัตถการต่อเนื่องที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายได้
- 12.1.15 สามารถสร้างคำช่วย(คำหรือข้อความที่ใช้บ่อย)สำหรับผลการผ่าตัดได้ เพื่อให้ผลการผ่าตัดได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
- 12.1.16 สามารถสร้างแบบบันทึก(Template)สำหรับผลการผ่าตัดได้ เพื่อให้การลงผลการผ่าตัดทำได้ อย่างสะดวกและรวดเร็ว
- 12.1.17 สามารถบันทึกข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัดได้

- 12.1.18 สามารถบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อน(Complication)ที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดได้ เช่น การพบสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย, การติดเชื้อหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมง อวัยวะข้างเคียงได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด
- 12.1.19 สามารถบันทึกผลการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด (Pre-Operation DX) และการวินิจฉัยหลังผ่าตัด (Post-Operatoin DX) ได้
- 12.1.20 สามารถออกใบรับรองแพทย์ ได้ 3 ประเภทคือใบรับรองแพทย์ประกันสังคม, ใบรับรองแพทย์สมัครงาน , ใบรับรองแพทย์แพทย์สภา และพิมพ์ใบรับรองแพทย์ผ่านทางระบบได้
- 12.1.21 สามารถบันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดได้ เช่น ลักษณะการจำหน่าย, ผลการรักษา, เจ้าหน้าที่ผู้จำหน่าย, วันที่จำหน่าย
- 12.1.22 สามารถดูสถานะการชำระเงินของรายการผ่าตัดได้
- 12.1.23 สามารถดูผลการผ่าตัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยและพิมพ์ผลการผ่าตัดเองได้

12.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 12.2.1 ใบแจ้งการผ่าตัด

12.3 รายงานจากระบบ

- 12.3.1 รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด จำแนกตามหอผู้ป่วย ประจำปี
- 12.3.2 รายงานการผ่าตัด ประจำเดือน
- 12.3.3 รายงาน Case ผ่าตัดนอกเวลา
- 12.3.4 รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด แยกตามหน่วยบริการ ประจำปี
- 12.3.5 รายงานสถิติการผ่าตัดของแพทย์ ประจำปี
- 12.3.6 รายงานรายรับห้องผ่าตัด ประจำปี
- 12.3.7 รายงานสถิติหัตถการผ่าตัดสูงสุด 10 ลำดับแรก (Top Ten Procedure)
- 12.3.8 รายงานการติดตามสถิติห้องผ่าตัด ประจำเดือน
- 12.3.9 รายงาน Classification of Wound /Case(ผู้ป่วยนอก)
- 12.3.10 การแบ่งประเภทผู้ป่วยผ่าตัดตามระยะเวลาการผ่าตัด ประจำปี
- 12.3.11 รายงานจำนวน case งด/เลื่อน การผ่าตัด
- 12.3.12 รายงานจำนวน Classification Clean Wound
- 12.3.13 รายงานผู้ป่วยที่เกิด Complication ในการผ่าตัด
- 12.3.14 รายงานสถิติและเครื่องชี้วัด Complication ของห้องผ่าตัด
- 12.3.15 รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด แยกตามวิธีการระงับความรู้สึก ประจำปี
- 12.3.16 รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด ในเวลาและนอกเวลา ประจำปี
- 12.3.17 รายงาน Classification of Wound /Case (ผู้ป่วยใน)
- 12.3.18 รายงานผลงาน งานบริการผู้ป่วยผ่าตัด
- 12.3.19 รายงานการสอน/บรรยาย/ฝึกอบรม /ดูงาน ประจำเดือน

12.3.20 รายงานการนัดผู้ป่วย

13. ระบบงานคลินิกสุขภาพ

13.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 13.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลโปรแกรมตรวจสุขภาพ ได้แก่ รหัสโปรแกรม ชื่อโปรแกรมหน่วยงานที่มาตรวจ ตั้งแต่อายุ ถึงอายุ
- 13.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลคณะตรวจสุขภาพ ได้แก่ วันที่ตรวจ หน่วยงานที่มาตรวจ ปีที่ตรวจ ครั้งที่
- 13.1.3 สามารถสร้างเกณฑ์สำหรับประเมินผลการตรวจพยาธิของคลินิกสุขภาพ ได้แก่ ช่วงอายุของผู้ป่วย ค่าผลการตรวจต่ำสุด ค่าผลการตรวจสูงสุด ผลสรุปของค่าผลการตรวจ(ในกรณีที่ผลแลปอยู่ในช่วงที่กำหนด)
- 13.1.4 สามารถสร้างเกณฑ์สำหรับประเมินผลการทำหัตถการของคลินิกสุขภาพ ได้แก่ ชื่อหัตถการ ผลสรุปของรายการตรวจ(กรณีผลการตรวจปกติ หรือผิดปกติ) การติดตาม หมายเหตุ
- 13.1.5 สามารถประเมินผลการตรวจสุขภาพตามคณะตรวจ โดยระบบจะดึงผลการตรวจพยาธิ ผลการทำหัตถการของผู้ป่วยเทียบกับเกณฑ์การประเมินของห้องตรวจสุขภาพ แล้วสรุปเป็นผลการตรวจ ได้แก่ ปกติ, ผิดปกติเล็กน้อย ไม่ต้องพบแพทย์, ผิดปกติเล็กน้อย ปรึกษาแพทย์, ผิดปกติ ควรพบแพทย์
- 13.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ คณะตรวจ โปรแกรมตรวจสุขภาพ สรุปผลการตรวจสุขภาพ คำแนะนำ
- 13.1.7 สามารถบันทึกสรุปผลการตรวจสุขภาพ และออกรายงานผลการตรวจสุขภาพให้กับผู้ป่วย และหน่วยงานได้

13.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 13.2.1 –ไม่มี–

13.3 รายงานจากระบบ

- 13.3.1 รายงานตรวจสุขภาพ
- 13.3.2 สถิติยอดผู้รับบริการ ห้องตรวจคลินิกสุขภาพ ประจำเดือน
- 13.3.3 รายงานสถิติจำนวนผู้รับบริการและงบประมาณการรายรับที่ควรจะเป็นห้องตรวจสุขภาพ
- 13.3.4 รายงานผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่
- 13.3.5 ใบสรุปผลการตรวจสุขภาพข้าราชการ/พนักงาน
- 13.3.6 รายงานแสดงงบประมาณรายรับของหน่วยงาน
- 13.3.7 รายงานแสดงค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี(ข้าราชการ)
- 13.3.8 รายงานแสดงค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี
- 13.3.9 รายงานผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่(หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ)
- 13.3.10 รายงานแสดงค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี(เรียงลำดับตามช่วงอายุ)
- 13.3.11 รายงานผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่(หน่วยงานราชการ)

14. ระบบงานรังสีกรรม

14.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 14.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งตรวจรังสีกรรมจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย, แพทย์ผู้ส่ง, รายการส่งตรวจ
- 14.1.2 สามารถดูผลการตรวจรังสีกรรมที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วย และพิมพ์ผลการตรวจเองได้
- 14.1.3 สามารถเชื่อมโยงการทำงานของระบบกับระบบ Picture Archiving and Communication System (PACS) ในการแสดงผลภาพถ่ายรังสีกรรมได้
- 14.1.4 สามารถส่งตรวจรังสีกรรมได้ 3 วิธีคือ เพิ่มที่ละรายการตรวจ, ส่งรังสีกรรมแบบเป็นชุด (Set) หรือส่งตามสาขาการตรวจ(Category)
- 14.1.5 สามารถส่งตรวจรังสีกรรมได้ครอบคลุมประเภทการตรวจทางรังสีกรรม เช่น รังสีกรรม, Ultrasound, CT-SCAN, MRI, MAMOGRAM
- 14.1.6 สามารถระบุความเร่งด่วนของรายการตรวจในใบส่งตรวจรังสีกรรมได้ จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องรังสีเห็นใบส่งตรวจในคิวการตรวจเป็นสีแดงจะได้ทราบว่าในใบส่งมีรายการตรวจที่ต้องการผลโดยด่วน
- 14.1.7 สามารถยกเลิกใบส่งตรวจรังสีกรรมได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 14.1.8 สามารถสืบค้นข้อมูลใบส่งตรวจรังสีกรรมได้จาก HN, เลขที่ใบส่ง, ชื่อ หรือนามสกุลผู้ป่วย
- 14.1.9 สามารถแจ้งเตือน(Alert)เมื่อมีการส่งตรวจรังสีกรรมจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ห้องรังสีกรรมได้
- 14.1.10 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจรังสีกรรมได้ เช่น วัน เวลาลงทะเบียน, ผู้ลงทะเบียน, หน่วยบริการที่ลงทะเบียน
- 14.1.11 สามารถพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดของฟิล์มได้
- 14.1.12 สามารถสร้างคำช่วยสำหรับลงผลตรวจรังสีกรรมของรังสีแพทย์ เพื่อให้ลงผลได้อย่างรวดเร็ว
- 14.1.13 สามารถสร้างแบบบันทึก(Template) สำหรับบันทึกผลการตรวจรังสีกรรมของรังสีแพทย์
- 14.1.14 สามารถลงผลการตรวจรังสีกรรมจากแบบบันทึก หรือคำช่วยได้
- 14.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลฟิล์มเสีย ได้แก่ ข้อมูลฟิล์มที่เสีย, สาเหตุที่ฟิล์มเสีย, จำนวนฟิล์มที่เสีย
- 14.1.16 สามารถบันทึกค่ารังสีเทคนิคของรายการตรวจรังสีกรรม ได้แก่ กระแสฟ้า, ความต่างศักย์ และเวลาที่ใช้
- 14.1.17 สามารถกำหนดได้ว่าต้องบันทึกค่ารังสีเทคนิคของรายการตรวจรังสีกรรมหรือไม่ เพื่อรองรับกรณีรพ. ใช้ฟิล์ม Digital ของระบบ PACS จะไม่จำเป็นต้องบันทึกค่ารังสีเทคนิค
- 14.1.18 สามารถบันทึกค่า Birads Score สำหรับการตรวจ Mammogram
- 14.1.19 สามารถดูประวัติค่ารังสีเทคนิคการตรวจรังสีกรรมครั้งก่อนของผู้ป่วยได้

- 14.1.20 สามารถบันทึกประเมินข้อสังเกตทางรังสีกรรม ได้แก่ ข้อมูลอาการแพ้สารทึบรังสี, การแพ้อาหารทะเล, ประวัติแพ้ยา ว่าผู้ป่วยผ่านการประเมินหรือไม่
- 14.1.21 สามารถเลือกพิมพ์ผลการตรวจรังสีกรรมเฉพาะรายการได้
- 14.1.22 สามารถพิมพ์ผลการตรวจแบบระบุจำนวนที่จะพิมพ์ได้
- 14.1.23 สามารถบันทึกข้อมูลการยืนยันผลการตรวจรังสีกรรมได้ เช่น วันที่ยืนยันผล, ผู้ยืนยันผลการตรวจ
- 14.1.24 สามารถยกเลิกยืนยันผลการตรวจรังสีกรรมได้
- 14.1.25 สามารถบันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องรังสีกรรมได้ เช่น วันที่จำหน่าย, ผู้จำหน่าย
- 14.1.26 สามารถยกเลิกการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องรังสีกรรมได้
- 14.1.27 สามารถดูสถานะการชำระเงินของใบสั่งตรวจรังสีกรรมได้
- 14.1.28 สามารถบันทึกข้อมูลการเยี่ยมฟิล์มรังสีกรรมได้ เช่น HN ที่ขอเยี่ยม, วันเวลาที่ขอเยี่ยม, ประเภทการขอเยี่ยม, หน่วยบริการที่ขอเยี่ยม, เหตุผลที่ขอเยี่ยม เพื่อการติดตามฟิล์ม
- 14.1.29 สามารถบันทึกข้อมูลการคืนฟิล์มรังสีกรรมที่หน่วยบริการอื่นขอเยี่ยมไปใช้ได้ เช่น วันเวลาที่รับคืน, ผู้บันทึกรับคืน

14.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 14.2.1 สติกเกอร์ติดของฟิล์ม
- 14.2.2 ผลการตรวจ

14.3 รายงานจากระบบ

- 14.3.1 รายงานเวรแผนกรังสีกรรม ประจำวัน
- 14.3.2 สรุปยอดผู้ป่วยรังสีกรรม แยกตามประเภทผู้ป่วย
- 14.3.3 สรุปยอดผู้ป่วยนอกที่มาทำรังสีกรรม แยกตามประเภทผู้ป่วยและประเภทการตรวจ
- 14.3.4 รายงานการส่งคืนฟิล์ม ประจำวัน
- 14.3.5 เวชภัณฑ์คงเหลือ ประจำปี
- 14.3.6 สรุปยอดผู้ป่วยนอกที่มาทำรังสีกรรม แยกตามประเภทผู้ป่วย และสาขาการตรวจ
- 14.3.7 รายงาน birad จำแนกตามผู้ป่วยนอก-ใน
- 14.3.8 รายงานอัตราการระยะเวลารอคอยตรวจ จำแนกตามผู้ป่วยนอก-ใน
- 14.3.9 รายงานอัตราการระยะเวลารอคอยตรวจ จำแนกตามผู้ป่วยนอก-ใน ประจำปี
- 14.3.10 สรุปยอดผู้ป่วยในที่มาทำรังสีกรรม แยกตามประเภทผู้ป่วยและประเภทการตรวจ
- 14.3.11 สรุปยอดผู้ป่วยในที่มาทำรังสีกรรม แยกตามประเภทผู้ป่วยและสาขาการตรวจ
- 14.3.12 รายงาน work load ห้องรังสีกรรม(นอกเวลา)ประจำปี

15. ระบบงานกายภาพบำบัด

15.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 15.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งปรึกษากายภาพบำบัดจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย, แพทย์ผู้ส่ง, วัตถุประสงค์การส่งปรึกษา

- 15.1.2 สามารถยกเลิกใบส่งกายภาพบำบัดได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว จะต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงินก่อน)
- 15.1.3 สามารถแจ้งเตือน(Alert)เมื่อมีการส่งกายภาพบำบัดจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ห้องกายภาพบำบัดทราบ
- 15.1.4 สามารถสืบค้นข้อมูลใบส่งกายภาพบำบัดได้จาก HN, เลขที่ใบสั่ง, ชื่อ หรือนามสกุลผู้ป่วย
- 15.1.5 สามารถบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนตรวจกายภาพบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาตรวจ, วัน เวลาลงทะเบียน, ผู้ลงทะเบียน, หน่วยที่ลงทะเบียน
- 15.1.6 สามารถระบุความเชื่อมโยงได้ว่าการทำกายภาพบำบัดครั้งปัจจุบันสืบเนื่องมาจากใบตรวจกายภาพบำบัดใดซึ่งระบบจะแสดงประวัติการรักษาของครั้งก่อนให้ทราบ
- 15.1.7 สามารถบันทึกรายละเอียดการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย ได้แก่ สภาพผู้ป่วย, แนวทางการให้บริการ, ข้อระวัง/ข้อห้าม, ความก้าวหน้า (Progression) , การรักษาต่อเนื่อง, สถานที่ที่ทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยได้
- 15.1.8 สามารถสร้างคำช่วย(ข้อความที่ใช้บ่อย)สำหรับลงผลตรวจกายภาพได้ เพื่อให้ลงผลตรวจกายภาพได้อย่างสะดวกรวดเร็ว
- 15.1.9 สามารถสร้างแบบบันทึกข้อมูล(Template)สำหรับลงผลตรวจกายภาพบำบัดได้
- 15.1.10 สามารถบันทึกภาพประกอบการทำกายภาพบำบัดโดยเลือกภาพจากคลังภาพ(Library) ที่มีอยู่พร้อมทั้งสามารถเขียนคำอธิบายภาพได้
- 15.1.11 สามารถบันทึกข้อมูลการยืนยันผลการทำกายภาพบำบัด ได้แก่ วันที่ยืนยันผล ,ผู้ยืนยันผลการตรวจ
- 15.1.12 สามารถยกเลิกการยืนยันผลการตรวจกายภาพบำบัดได้
- 15.1.13 สามารถบันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องกายภาพบำบัด ได้แก่ ข้อมูลลักษณะการจำหน่าย, ผลการรักษา, ผู้จำหน่าย, วันที่จำหน่าย
- 15.1.14 สามารถยกเลิกการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องตรวจกายภาพบำบัดได้
- 15.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วย ได้แก่ ห้องตรวจที่นัด, กิจกรรมการนัด, วันเวลาที่นัดพร้อมพิมพ์ใบนัดได้
- 15.1.16 สามารถดูสถานะการชำระเงินของใบส่งกายภาพบำบัด
- 15.1.17 สามารถดูผลการส่งปรึกษากายภาพที่ห้องตรวจหรือหอผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจหรือหอผู้ป่วยสามารถพิมพ์ผลด้วยตนเองได้

15.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 15.2.1 -ไม่มี-

15.3 รายงานจากระบบ

- 15.3.1 รายงานยอดผู้ป่วยกายภาพบำบัดในเวลาราชการ แยกตามประเภทผู้ป่วย
- 15.3.2 รายงานยอดผู้ป่วยกายภาพบำบัดนอกเวลาราชการ แยกตามประเภทผู้ป่วย

- 15.3.3 รายงานสรุปจำนวนที่ผู้ป่วยมารับบริการในเวลาราชการ จำแนกตามผู้ป่วยนอก-ใน ประจำปี
- 15.3.4 รายงานสรุปจำนวนที่ผู้ป่วยมารับบริการนอกเวลาราชการ จำแนกตามผู้ป่วยนอก-ใน ประจำปี
- 15.3.5 รายงานสรุปจำนวนเหตุการณ์ที่ทำให้กับผู้ป่วย
- 15.3.6 รายงานสรุปสถิติผู้ป่วย จำแนกตามผลการรักษา
- 15.3.7 รายงานสรุปสถิติผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะการจำหน่าย
- 15.3.8 รายงานยอดผู้ป่วย จำแนกตามประเภทงานกายภาพและผลการรักษาเมื่อจำหน่าย
- 15.3.9 รายงาน 10 อันดับโรคหลัก
- 15.3.10 รายงานจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย (กราฟ)
- 15.3.11 รายงานรายได้ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย (กราฟ)
- 15.3.12 รายงานจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วยและประเภทโรคทางกายภาพ
- 15.3.13 รายงานแสดงปริมาณงาน ที่ทำโดยนักกายภาพบำบัด
- 15.3.14 รายงานแสดงปริมาณงาน ที่ทำโดยนักกายภาพบำบัด ประจำปี
- 15.3.15 รายงานจำนวนผู้ป่วยใหม่-เก่า
- 15.3.16 รายงานจำนวนผู้ป่วยใหม่-เก่า ประจำปี
- 15.3.17 รายงานจำนวนเหตุการณ์ ประจำปี

16. ระบบงานธนาคารเลือด

16.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 16.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลผู้บริจาคเลือด (Doner) ได้แก่ ชื่อ – สกุล, ที่อยู่, หมู่เลือด โดยผู้บริจาคเลือด อาจลงทะเบียนเลขประจำตัวผู้บริจาคเลือดที่โรงพยาบาลเอง หรือจากศูนย์บริจาคเลือด โรงพยาบาลอื่น
- 16.1.2 สามารถบันทึกที่อยู่ของผู้บริจาคเลือดได้มากกว่า 1 ประเภทที่อยู่ เช่น ที่อยู่ที่บ้าน ที่อยู่ที่ทำงาน เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลผู้บริจาคเลือด สำหรับใช้ติดต่อผู้บริจาคเลือดกรณีเป็นหมู่เลือดพิเศษ
- 16.1.3 สามารถพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดบัตรประจำตัวผู้บริจาคเลือดได้
- 16.1.4 สามารถลบข้อมูลผู้บริจาคเลือดได้ ในกรณีที่บันทึกข้อมูลผิดพลาด
- 16.1.5 สามารถแสดงข้อมูลการบริจาคเลือดครั้งสุดท้ายของผู้บริจาคเลือดแต่ละคนได้
- 16.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลการบริจาคเลือด (Donate) เข้าสู่ระบบ ได้แก่ ข้อมูลผู้บริจาคเลือด น้ำหนัก ผู้บริจาค วันเวลาที่บริจาค, ครั้งที่บริจาค หมู่เลือด ABO และปริมาณที่บริจาค
- 16.1.7 สามารถแจ้งเตือนเมื่อผู้บริจาคเลือดยังไม่ครบกำหนดการบริจาค หรือเป็นผู้บริจาคที่มีผลตรวจกรองถุงเลือดผิดปกติ
- 16.1.8 สามารถบันทึกข้อมูลการบริจาคเลือด โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลผู้บริจาคเลือดในฐานข้อมูล
- 16.1.9 สามารถแสดงข้อมูลการบริจาคเลือดครั้งสุดท้ายของผู้บริจาคคนนั้นได้ ณ ขั้นตอนการรับบริจาคโลหิต
- 16.1.10 สามารถแก้ไข – ลบ ข้อมูลการบริจาคเลือดได้

- 16.1.11 สามารถบันทึกข้อมูลการบริจาคเลือดโดยระบุตัวผู้รับเลือดได้ โดยสามารถกำหนดได้ว่าเลือดที่บริจาคจะจ่ายให้สำหรับผู้ใด หรือผู้ป่วยคนใด
- 16.1.12 สามารถบันทึกข้อมูลถุงเลือด (Blood Bag) เข้าสู่ระบบเพื่อเป็นสินค้าและบริการสำหรับจ่ายให้กับผู้ป่วย ได้แก่ รหัสถุงเลือด, ปริมาณ, ชนิดเลือด, หมู่เลือด ABO, วันที่หมดอายุ
- 16.1.13 สามารถบันทึกข้อมูลถุงเลือดได้ทั้งถุงเลือดที่มาจากการบินแยกเลือด (จากการบริจาคเลือด) และเลือดที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในกรณีที่เป็นเลือดที่ได้รับจากการบินแยกเลือดที่รับจากการบริจาคภายใน รพ. ออกเป็นถุงเลือด ระบบสามารถจัดเก็บความสัมพันธ์ของถุงเลือดไปยังการรับบริจาคเลือดและผู้บริจาคเลือดได้
- 16.1.14 สามารถแก้ไข ข้อมูลถุงเลือด ในกรณีที่บันทึกข้อมูลผิดพลาดได้
- 16.1.15 สามารถลบข้อมูลถุงเลือด ในกรณีที่บันทึกข้อมูลผิดพลาดได้
- 16.1.16 สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจกรองถุงเลือด ได้แก่ ผู้ตรวจกรอง, วันที่ตรวจกรอง, ผลการตรวจกรอง VDRL, HbsAg, Anti HCV, Anti HIV, Hiv Ag
- 16.1.17 สามารถดูข้อมูลถุงเลือดตามสถานะของถุงเลือด ได้แก่ รอตรวจสอบ, ตรวจสอบแล้วผ่าน, ตรวจสอบแล้วไม่ผ่าน, ทำลายแล้ว, จ่ายแล้ว
- 16.1.18 สามารถตรวจสอบได้ว่าถุงเลือดได้จ่ายให้กับผู้ป่วยคนใด
- 16.1.19 สามารถบันทึกข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ให้เลือดกับผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ โดยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่รับเลือด ถุงเลือดที่จ่ายให้กับผู้ป่วย วันเวลาที่ให้เลือด ปริมาณเลือดที่ให้ ระยะเวลาที่เกิดปฏิกิริยา และผลของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น
- 16.1.20 สามารถบันทึกข้อมูลการทำลายถุงเลือดเมื่อถุงเลือดหมดอายุ ได้แก่ วันที่ทำลาย ผู้ทำลาย
- 16.1.21 สามารถบันทึกข้อมูลการขอเลือดแบบ Online จากหน่วยงานที่มีความจำเป็นต้องใช้เลือด ในการขอเลือดสามารถบันทึกข้อมูลหน่วยงานที่ขอเลือด ปริมาณเลือดที่ให้ ระยะเวลาที่เกิดปฏิกิริยา และผลของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น
- 16.1.22 สามารถแก้ไขข้อมูลการขอเลือด ในกรณีที่บันทึกข้อมูลผิดได้หากเลือดที่ขอยังไม่ได้จ่ายออก โดยผู้แก้ไขข้อมูลการขอเลือดจะต้องอยู่หน่วยงานเดียวกับผู้บันทึกข้อมูลการขอเลือด
- 16.1.23 สามารถยกเลิกการขอเลือดในกรณีที่บันทึกข้อมูลผิดได้
- 16.1.24 ที่ธนาคารเลือดสามารถเปิดดูข้อมูลการขอเลือด (Request) โดยแสดงข้อมูลการขอเลือดในลักษณะของคิวขอเลือด แสดงข้อมูล วันเวลาที่ขอ หน่วยงานที่ขอ ชนิดเลือดที่ขอ และปริมาณถุงเลือดที่ขอ
- 16.1.25 ที่คิวการขอเลือด สามารถแสดงลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยประเภท VIP และ Fast Track ได้
- 16.1.26 สามารถแจ้งเตือน(Alert)เมื่อมีการแจ้งขอเลือดจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ห้องเลือดทราบ
- 16.1.27 สามารถสืบค้นข้อมูลใบแจ้งขอเลือดได้จาก HN, เลขที่เอกสาร, ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย

- 16.1.28 สามารถบันทึกข้อมูลการจ่ายเลือดให้หน่วยงานที่ขอเลือดได้ โดยสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จ่ายเลือดให้ ประเภทถุงเลือดที่จ่าย ปริมาณ และหมายเลขถุงเลือดที่จ่าย ในการจ่ายเลือดแต่ละครั้งได้
- 16.1.29 สามารถบันทึกข้อมูลการจ่ายเลือดให้กับโรงพยาบาลอื่นได้
- 16.1.30 สามารถดูข้อมูลใบขอเลือดที่ยังจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วยไม่ครบ โดยจะแสดงข้อมูลถุงเลือดที่ขอ และข้อมูลถุงเลือดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยไปแล้ว
- 16.1.31 สามารถดูข้อมูลสถานการณ์ตลาดเลือดแบบ Real-Time ได้ แยกตามชนิดของถุงเลือด
- 16.1.32 สามารถบันทึกวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วย พร้อมกับตัดสต็อกวัสดุสิ้นเปลืองได้ทันที

16.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 16.2.1 สติกเกอร์ติดบัตรผู้บริจาค(ด้านหน้า)
- 16.2.2 สติกเกอร์ติดบัตรผู้บริจาค(ด้านหลัง)

16.3 รายงานจากระบบ

- 16.3.1 รายงานสถานการณ์ตลาดเลือด
- 16.3.2 ประวัติผู้บริจาคโลหิต
- 16.3.3 บัญชีรายชื่อผู้บริจาคโลหิต
- 16.3.4 บัญชีรายชื่อผู้บริจาคโลหิตที่ได้รับเข็มที่ระลึกครั้งแรกและ 1 ครั้งขึ้นไป
- 16.3.5 รายงานปริมาณการรับ และการใช้โลหิต Whole blood และ PRC ประจำเดือน

17. ระบบงานผู้ป่วยใน

17.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 17.1.1 สามารถดูรายชื่อผู้ป่วยที่พักอยู่ในหอพร้อมข้อมูลสรุปผู้ป่วย เช่น ยอดยกมา, รับใหม่ในเวร, จำหน่ายในเวร, ผู้ป่วยคงพยาบาล ข้อมูลเตียง และข้อมูลประเภทผู้ป่วย
- 17.1.2 สามารถดูสถานะการตรวจห้องปฏิบัติการ ที่มีการส่งตรวจให้กับผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลสามารถทราบสถานะของการส่งตรวจห้องปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็ว โดยแสดงในลักษณะสีข้อมูล ดังนี้
 - 17.1.2.1 สีขาว คือ ไม่มีใบส่งตรวจ
 - 17.1.2.2 สีแดง คือ มีใบส่งตรวจแต่ไม่มีรายการตรวจใดเสร็จเลย
 - 17.1.2.3 สีเหลือง คือ มีใบส่งตรวจ และมีบางรายการตรวจในใบส่งตรวจเสร็จแล้ว
 - 17.1.2.4 สีเขียว คือ ตรวจเสร็จแล้วทุกใบส่ง
- 17.1.3 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยเพื่อบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาได้จาก HN, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ - นามสกุล
- 17.1.4 สามารถบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วยเข้าหอได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยตามการรักษาพยาบาล, หมายเลขเตียง, วันเวลาที่รับเข้าหอ

- 17.1.5 สามารถยกเลิกการรับผู้ป่วยเข้าหอได้ กรณีที่ Admit ผู้ป่วยผิดคนและหอผู้ป่วยได้รับผู้ป่วยเข้าหอแล้ว
- 17.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับได้ ได้แก่ ประเภทการรับ ผู้ให้ข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ฯลฯ
- 17.1.7 สามารถคำนวณค่า BMI ให้อัตโนมัติหลังการกรอกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงและหาค่า BMI สูงหรือต่ำกว่าปกติ (สามารถกำหนดค่ามาตรฐาน BMI ได้จาก Configuration ของระบบ)
- 17.1.8 สามารถบันทึกข้อมูลการซักประวัติแพทย์ของผู้ป่วย เช่น ชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้, รูปแบบยา, ปฏิกริยาที่เกิดจากการแพ้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้เภสัชกรซักประวัติและออกบัตรแพ้ยาให้กับผู้ป่วย
- 17.1.9 สามารถบันทึกข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แพทย์ได้ซักประวัติและยืนยันโรคประจำตัวของผู้ป่วย
- 17.1.10 สามารถแจ้งเตือนเมื่อค่าสัญญาณชีพ (Vital Sign) ได้แก่ SBP, DBP, Temp, PR, RR สูงหรือต่ำกว่าค่าปกติ (สามารถกำหนดค่ามาตรฐาน V/S ได้จาก Configuration ของระบบ)
- 17.1.11 สามารถสร้างคำช่วย(ข้อความที่ช่วย) สำหรับกรอกข้อมูลแผนการรักษาผู้ป่วย
- 17.1.12 สามารถกรอกข้อมูลการซักประวัติการตรวจร่างกาย (PE) โดยเลือกจากแบบซักประวัติ หรือจากคำช่วยได้
- 17.1.13 สามารถบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแพทย์เจ้าของไข้ได้
- 17.1.14 สามารถบันทึกข้อมูลแพทย์ที่ปรึกษาได้ เช่น ชื่อแพทย์ที่ปรึกษา วันที่เริ่มต้นรักษา
- 17.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลการซักประวัติสุขภาพ(HX) ของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลวันที่ซักประวัติ, หน่วยบริการที่ซักประวัติ, แบบซักประวัติ, เจ้าหน้าที่ผู้ซักประวัติ
- 17.1.16 สามารถเลือกใช้สิทธิตอนสั่งยา, สั่งตรวจห้องปฏิบัติการ, สั่งผ่าตัด, สั่งหัตถการต่างๆ ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่ใช้ประกอบการรักษามากกว่า 1 สิทธิ
- 17.1.17 สามารถบันทึกข้อมูลการสั่งตรวจห้องปฏิบัติการจากหอผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย, แพทย์ผู้สั่ง, รายการสั่งตรวจ
- 17.1.18 สามารถสั่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ 3 วิธีคือ เพิ่มที่ละรายการตรวจ, สั่งตรวจห้องปฏิบัติการแบบเป็นชุด (Set), สั่งตามสาขาการตรวจ(Category)
- 17.1.19 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อเลือกรายการตรวจห้องปฏิบัติการซ้ำในใบสั่งตรวจเดียวกัน โดยจะแสดงข้อความเตือนว่ามีรายการซ้ำ แต่หากยืนยันว่าตรวจจริงก็สามารถทำได้
- 17.1.20 สามารถระบุความเร่งด่วนของรายการตรวจในใบสั่งตรวจห้องปฏิบัติการได้ จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจห้องปฏิบัติการเห็นใบสั่งตรวจในคิวการตรวจเป็นสีแดงจะได้ทราบว่าใบสั่งมีรายการตรวจที่ต้องการผลโดยด่วน
- 17.1.21 สามารถแสดงข้อความเตือนเพื่อป้องกันการตรวจซ้ำ สำหรับรายการตรวจที่ผู้ป่วยมีผลการตรวจอยู่ในระบบอยู่แล้วและเป็นการตรวจที่ผลตรวจไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การตรวจ Blood Group

- 17.1.22 สามารถยกเลิกใบสั่งตรวจห้องปฏิบัติการได้หากยังไม่ชำระเงิน (ในกรณีที่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงิน)
- 17.1.23 สามารถดูผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่หอบุ๋ย และพิมพ์ผลการตรวจเองได้
- 17.1.24 สามารถบันทึกผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ทำในหอบุ๋ยได้ เช่น การตรวจ hematocrit
- 17.1.25 สามารถบันทึกข้อมูลการแจ้งผ่าตัดทางระบบได้ เช่น วันที่ผ่าตัด, เวลา, ลักษณะการผ่าตัด
- 17.1.26 สามารถยกเลิกใบแจ้งผ่าตัดได้หากยังไม่ชำระเงิน
- 17.1.27 สามารถดูผลการผ่าตัดที่หอบุ๋ย และพิมพ์ผลการผ่าตัดเองได้
- 17.1.28 สามารถบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้กับหอบุ๋ย พร้อมบันทึกวันเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุดการทำเหตุการณ์ได้
- 17.1.29 สามารถกรอกข้อมูลเหตุการณ์ที่ทำให้กับหอบุ๋ยโดยเลือกจากชุดเหตุการณ์ หรือ ชุดเหตุการณ์ของแผนกได้
- 17.1.30 สามารถสร้างแบบบันทึกสำหรับลงผลเหตุการณ์และลงผลการทำเหตุการณ์จากแบบบันทึกได้ เช่น การลงผล Ultrasound การลงผล EKG
- 17.1.31 สามารถบันทึกข้อมูลการสั่งอาหารหอบุ๋ย โดยสามารถระบุรูปแบบอาหาร, ลักษณะอาหาร, อาหารเฉพาะโรค, การให้อาหารป่น
- 17.1.32 สามารถคัดลอกคำสั่งอาหารที่สั่งให้หอบุ๋ยในมือเช้า มาใส่ในมือกลางวัน - เย็นได้
- 17.1.33 สามารถบันทึกข้อมูลการย้ายห้องย้ายเตียงหอบุ๋ย และสามารถดูประวัติการย้ายหอบุ๋ยย้ายเตียงของหอบุ๋ยได้
- 17.1.34 สามารถบันทึกข้อมูลวันลาออกนอกโรงพยาบาลของหอบุ๋ย เพื่อใช้ประกอบการคิดจำนวนวันนอน (Length of stay) ตอนจำหน่าย (Discharge) หอบุ๋ยกลับบ้าน
- 17.1.35 สามารถบันทึกค่าห้องและค่าอาหารของหอบุ๋ยได้
- 17.1.36 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งปรึกษา(Consult) แพทย์ท่านอื่นได้ เช่น วันเวลาที่บันทึก, ผู้บันทึก, รายละเอียดการส่งปรึกษา
- 17.1.37 สามารถสร้างชุดคำถามเพื่อใช้เป็นแบบประเมินตัวชี้วัด (Indicator) ของหอบุ๋ยได้
- 17.1.38 สามารถบันทึกประเมินตัวชี้วัดของหอบุ๋ยได้ในลักษณะของการตอบแบบสอบถามข้อมูล
- 17.1.39 สามารถลงความเห็นข้อมูลการสัมภาษณ์ประวัติแพทย์ได้ ว่า แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นหรือไม่ว่า แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นหรือไม่ว่า แพทย์หรือไม่ว่า แพทย์
- 17.1.40 สามารถยืนยันข้อมูลโรคประจำตัวของหอบุ๋ย ว่าแพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นหรือไม่ว่า หอบุ๋ยมีโรคประจำตัวจริงหรือไม่
- 17.1.41 สามารถสร้างคำช่วยเพื่อใช้ในการกรอกข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย (PE)
- 17.1.42 สามารถกรอกข้อมูล PE โดยเลือกจากแบบบันทึก หรือคำช่วยได้
- 17.1.43 สามารถสร้างคำช่วยเพื่อใช้ในการกรอกข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis: DDX) ได้

- 17.1.44 สามารถกรอกข้อมูล DDx การข้อมูลการวินิจฉัยแยกตามอาการ (Symptom) โดยระบบจะแสดงอาการและแสดงชื่อโรคตามลักษณะอาการให้เลือก หรือกรอกข้อมูล DDx จากคำช่วยได้
- 17.1.45 สามารถบันทึกรูปภาพประกอบการตรวจรักษา โดยเลือกรูปจากคลังภาพที่มีอยู่ ซึ่งสามารถใส่รายละเอียดและคำอธิบายภาพประกอบการตรวจได้
- 17.1.46 สามารถดูประวัติการตรวจรักษา (Review) ของผู้ป่วยในอดีต เช่น ประวัติการตรวจรักษา, ประวัติการตรวจห้องปฏิบัติการ, การผ่าตัด ในลักษณะของแผนภูมิต้นไม้ จัดเรียงข้อมูลตามวันที่มาตรวจ
- 17.1.47 สามารถสร้างชุด ICD-10 ส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ตอนการค้นหา ICD-10 เพื่อลงวินิจฉัยจะสามารถเลือกค้นจากชุดส่วนบุคคลหรือจากทั้งหมดก็ได้
- 17.1.48 สามารถลงข้อมูลวินิจฉัย(Diagnosis)โดยเลือกจากการวินิจฉัยซ้ำ(Re-Diag)ได้
- 17.1.49 สามารถแจ้งเตือนเมื่อรหัส ICD-10 ที่แพทย์เลือกเป็นรหัสที่ไม่ละเอียดพอ ไม่สามารถใช้ลง Diagnosis ได้ หรือเป็นรหัสที่ไม่ใช้งานแล้วและจะไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยได้
- 17.1.50 สามารถออกไปรับรองแพทย์ ได้ 3 ประเภท คือไปรับรองแพทย์ประกันสังคม ไปรับรองแพทย์สมัครงาน ไปรับรองแพทย์ตามรูปแบบของแพทย์สภา พร้อมพิมพ์ใบรับรองแพทย์จากระบบได้
- 17.1.51 สามารถบันทึกข้อมูลคำสั่งการรักษาของแพทย์(Doctor Order) ได้
- 17.1.52 สามารถบันทึกข้อมูลคำสั่งยาแบบใช้ครั้งเดียว(One-Day) และใช้ต่อเนื่องได้(Continue) ได้
- 17.1.53 สามารถบันทึกข้อมูลยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน(Med Reconcile) ได้
- 17.1.54 สามารถดูประวัติการให้ยาผู้ป่วย (Drug Profile) ได้
- 17.1.55 สามารถสั่งยาได้ 4 วิธีคือ เพิ่มที่ละรายการ, สั่งจาก Drug Set, สั่งยาซ้ำ (RE-MED) หรือสั่งโดยเลือกจากกลุ่มยา
- 17.1.56 สามารถแจ้งเตือนเมื่อรายการยาที่แพทย์สั่งอยู่ในเงื่อนไข ดังนี้
- 17.1.56.1 ยาที่ผู้ป่วยแพ้ (ADR)
 - 17.1.56.2 ยาที่มีโอกาสแพ้ข้ามกัน (Cross Reaction)
 - 17.1.56.3 ยาที่เป็นปฏิกิริยาต่อกัน (DI)
 - 17.1.56.4 ยาที่เป็นยาติดตามการใช้ (DUE)
 - 17.1.56.5 ยาความเสี่ยงสูง (HAD)
 - 17.1.56.6 ยาที่อยู่ในกลุ่ม MIMS เดียวกัน
 - 17.1.56.7 สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อครั้งรับประทาน
 - 17.1.56.8 สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อใบสั่งยา
 - 17.1.56.9 ยาอันตรายต่อสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Risk)
 - 17.1.56.10 ยาหมดสต็อก (Out of Stock)
- 17.1.57 สามารถยกเลิกใบสั่งยาได้หากยังไม่ชำระเงิน (กรณีชำระเงินแล้วต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงิน)

- 17.1.58 สามารถออกหนังสือรับรองยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และพิมพ์หนังสือรับรองยานอกจากระบบได้
- 17.1.59 สามารถดูข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตาม 16 หมวดค่าใช้จ่ายของกรมบัญชีกลาง โดยระบบแสดงข้อมูลการชำระเงินให้ทราบว่า รายการใดผู้ป่วยชำระเงินแล้ว รายการใดผู้ป่วยยังไม่ได้ชำระเงิน
- 17.1.60 สามารถบันทึกข้อมูลการนัดหมาย เช่น วันที่นัด, รายละเอียดการนัด, นัดมาที่ห้องตรวจ และพิมพ์ใบนัดจากระบบได้
- 17.1.61 สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องหอผู้ป่วย (Discharge) พร้อมบันทึกข้อมูล วันที่จำหน่าย, ผู้จำหน่าย, ลักษณะการจำหน่าย, ผลเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาได้
- 17.1.62 สามารถยกเลิกการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอ ในกรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยผิดคน หรือ ผิดเวลา
- 17.1.63 สามารถกำหนดสิทธิการยกเลิกจำหน่ายให้กับเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิได้
- 17.1.64 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer-Out) เช่น โรงพยาบาลที่ส่งไป, วัตถุประสงค์การส่ง, แพทย์ผู้ Refer และพิมพ์หนังสือส่งตัวจากระบบได้
- 17.1.65 สามารถบันทึกข้อมูลการออกหนังสือรับรองการเสียชีวิต เช่น วันที่เสียชีวิต, สถานที่เสียชีวิต, ผู้รับรองการเสียชีวิต และพิมพ์หนังสือรับรองการเสียชีวิตจากระบบได้
- 17.1.66 สามารถบันทึกข้อมูลการรับคินยา พร้อมกับปรับปรุงสต็อกจากการรับคินยาได้
- 17.1.67 สามารถยกเลิกใบรับคินยาได้หากยังไม่ได้ปรับปรุงสต็อกของใบคินยา
- 17.1.68 สามารถจัดลำดับเตียงในหอผู้ป่วยได้ตามที่ต้องการ
- 17.1.69 สามารถบันทึกข้อมูลการแพ้ระวังอาการติดเชื้อของผู้ป่วยได้
- 17.1.70 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งปรึกษาผู้ป่วย(Consult)ไปยังแผนกต่างๆ ได้
- 17.1.71 สามารถบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล(Focus Note) ได้
- 17.1.72 สามารถบันทึกข้อมูลคำสั่งแพทย์ได้โดยแยกตาม One day และ Continious ได้

17.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 17.2.1 สติกเกอร์ผู้ป่วยใน
- 17.2.2 บันทึกทะเบียนผู้ป่วยใน (Admit Discharge Summary Others)
- 17.2.3 Admission Note
- 17.2.4 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ระบบจ่ายตรง
- 17.2.5 ใบรับรองแพทย์
- 17.2.6 ใบส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ
- 17.2.7 ใบนัด
- 17.2.8 SURVEILLANCE FORM

17.3 รายงานจากระบบ

- 17.3.1 รายงานการทำหัตถการผู้ป่วยใน
- 17.3.2 รายงานการใช้ยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยใน

- 17.3.3 ใบแจ้งคำรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน
- 17.3.4 รายงานคำรักษาพยาบาลคนไข้ใน (รพ.3) แยกตามสิทธิการรักษา
- 17.3.5 ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
- 17.3.6 รายชื่อผู้ป่วยในที่จำหน่ายรายวัน
- 17.3.7 สรุปรายการคำรักษาพยาบาล
- 17.3.8 ใบแจ้งคำรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่- วันที่
- 17.3.9 รายงานค่าบริการโลหิตและห้องปฏิบัติการผู้ป่วยใน
- 17.3.10 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในที่จำหน่าย
- 17.3.11 รายงานสรุปค่าใช้จ่ายผู้ป่วย แยกตามสิทธิการรักษา (ผู้ป่วยนอก)
- 17.3.12 สรุปรายได้คำรักษาพยาบาลคนไข้ในแยกตามสิทธิการรักษา (ส่งงบประมาณ - การเงิน)
- 17.3.13 ลูกหนี้การรักษายาบาล(คนไข้ใน)ต้นสังกัดหน่วยงานต่างๆ
- 17.3.14 ใบแจ้งคำรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก
- 17.3.15 ใบแจ้งคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก-ใน
- 17.3.16 สรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยผู้รับบริการ จำแนกตามสิทธิการรักษา
- 17.3.17 รายงานตรวจสอบยอดตามหมวด กรมบัญชีกลาง ตามใบสั่งยา
- 17.3.18 รายงาน เบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลทั้งหมด จากสิทธิ
- 17.3.19 รายงานคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (รพ.3) (เฉพาะบัตรทอง - ประกันสังคม รพ.)
- 17.3.20 สรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (รพ.3) แยกตามสิทธิ (รวม รพ.รับภาระ)
- 17.3.21 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลคนไข้ในที่ได้รับการลดหย่อน
- 17.3.22 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลคนไข้ในที่ได้รับการลดหย่อน
- 17.3.23 รายงาน เบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด จากสิทธิ
- 17.3.24 รายงาน เบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมด จากสิทธิ
- 17.3.25 สรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยรับบริการแยกตามสิทธิ
- 17.3.26 สรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 17.3.27 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก จำแนกตามสาขาโรค
- 17.3.28 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก จำแนกตามห้องตรวจโรค
- 17.3.29 รายงานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย แยกตามหอผู้ป่วย ประจำปี
- 17.3.30 รายงานข้อมูลการให้บริการ
- 17.3.31 ทะเบียนผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
- 17.3.32 รายงานสรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
- 17.3.33 ใบเบิกอาหาร
- 17.3.34 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในค้างชำระ
- 17.3.35 รายงานผลงานประจำเดือน งานบริการผู้ป่วยใน

- 17.3.36 รายงานผู้ป่วยใน ระบบรับ-ส่งรักษาต่อ (Refer)
- 17.3.37 รายงานการส่งแลปห้องเชื้อรา
- 17.3.38 รายงานการส่งแลป Bacteria
- 17.3.39 รายงานการส่งแลป HEAMTO
- 17.3.40 รายงานการส่ง LAB IMMUNO
- 17.3.41 รายงานการส่งแลปนอก ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลราชวิถี
- 17.3.42 รายงานการส่งตรวจ EKG, DTX ที่หน่วยงาน IPD
- 17.3.43 รายงานผู้ป่วยส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- 17.3.44 รายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยใน

18. ระบบงานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ (CSSD)

18.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 18.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลอุปกรณ์, เครื่องมือทางการแพทย์ได้ เช่น รหัส ชื่อ หน่วยงาน
- 18.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลการเบิก /ส่งล้าง/ เปลี่ยน / ทำให้ปลอดเชื้อของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ได้
- 18.1.3 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งคืน/จ่าย อุปกรณ์, เครื่องมือให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้
- 18.1.4 สามารถตัดสต็อกอุปกรณ์, เครื่องมือในแต่ละครั้งที่มีการจ่ายให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้
- 18.1.5 สามารถตรวจสอบปริมาณการเบิก/จ่ายอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ในคลังได้

18.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 18.2.1 สติกเกอร์ติดชุดเครื่องมือ

18.3 รายงานจากระบบ

- 18.3.1 รายงานสรุปสถิติการให้บริการของหน่วยจ่ายกลาง

19. ระบบงานเภสัชกรรมและห้องจ่ายยา

19.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 19.1.1 สามารถสั่งยาจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยได้
- 19.1.2 สามารถสั่งยาได้ 4 วิธีคือ เพิ่มที่ละรายการ, สั่งจาก Drug Set, สั่งยาซ้ำ(RE-MED) , สั่งโดยเลือกจากกลุ่มยา
- 19.1.3 สามารถแจ้งเตือนเมื่อรายการยาที่แพทย์สั่งอยู่ในเงื่อนไข ดังนี้
 - 19.1.3.1 ยาที่ผู้ป่วยแพ้ (ADR)
 - 19.1.3.2 ยาที่มีโอกาสแพ้ข้ามกัน (Cross Reaction)
 - 19.1.3.3 ยาที่เป็นปฏิกิริยาต่อกัน (DI)
 - 19.1.3.4 ยาที่เป็นยาติดตามการใช้ (DUE)
 - 19.1.3.5 ยาความเสี่ยงสูง (HAD)

- 19.1.3.6 ยาที่อยู่ในกลุ่ม MIMS เดียวกัน
- 19.1.3.7 สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อครั้งรับประทาน
- 19.1.3.8 สั่งยาเกินขนาดปลอดภัยต่อใบสั่งยา
- 19.1.3.9 ยาอันตรายต่อสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Risk)
- 19.1.3.10 ยาหมดสต็อก (Out of Stock)
- 19.1.4 สามารถแสดงข้อมูลยาที่ใช้แทนกัน (Compatible Drug) กรณียาที่แพทย์สั่งหมดสต็อก
- 19.1.5 สามารถแสดงข้อมูลยาที่ใช้แทน (Convert Drug) เมื่อแพทย์สั่งยาให้กับผู้ป่วยแต่สิทธิผู้ป่วยไม่สามารถใช้ได้
- 19.1.6 สามารถแก้ไขใบสั่งยาได้ โดยระบบรองรับการบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางการให้ยาและสารน้ำ (Medication Error) เพื่อการทำสถิติ และตัวชี้วัดของหน่วยงาน
- 19.1.7 สามารถตรวจสอบระดับ (Profession) ของผู้สั่งยากับรายการยาได้
- 19.1.8 สามารถยกเลิกใบสั่งยาได้หากยังไม่ชำระเงิน (กรณีที่ยังไม่ชำระเงินแล้ว ต้องยกเลิกใบเสร็จรับเงิน)
- 19.1.9 สามารถดูคิวจัดยา คิวตรวจสอบยา คิวจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้
- 19.1.10 สามารถพิมพ์ใบสั่งยาที่ห้องตรวจแพทย์และพิมพ์สติ๊กเกอร์ติดของยาที่ห้องจ่ายยาทันทีหลังบันทึกข้อมูลใบสั่งยา
- 19.1.11 สามารถดูข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับในวัน กรณีผู้ป่วยตรวจมากกว่า 1 ห้องตรวจในวัน เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำซ้อน
- 19.1.12 สามารถออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และพิมพ์หนังสือรับรองยานอกฯจากระบบได้
- 19.1.13 สามารถจองสต็อกยาทันทีเมื่อแพทย์บันทึกใบสั่งยาเพื่อป้องกันการไม่มียาจ่ายให้กับผู้ป่วย
- 19.1.14 สามารถให้ส่วนลดค่ายาแบบระบุเป็นจำนวนเงิน หรือให้ส่วนลดเป็นเปอร์เซ็นต์ โดยระบบจะคำนวณการให้ส่วนลดของยาแต่ละรายการในใบสั่งยานั้นโดยอัตโนมัติ
- 19.1.15 สามารถกำหนดสิทธิการให้ส่วนลดให้กับเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิได้
- 19.1.16 สามารถกำหนดเปอร์เซ็นต์สูงสุดในการให้ส่วนลด ของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิให้ส่วนลดได้
- 19.1.17 สามารถสืบค้นข้อมูลใบสั่งยาได้จาก เลขที่ใบสั่งยา, HN, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย
- 19.1.18 สามารถดูสถานะการชำระเงินของใบสั่งยาได้
- 19.1.19 สามารถบันทึกเหตุการณ์การใช้ยา Drug Use Evaluation (DUE) ได้หากยาที่แพทย์สั่งให้กับผู้ป่วยเป็นยา DUE
- 19.1.20 เกสเซอร์สามารถบันทึกประเมินการใช้ยา DUE ว่าตรงตามข้อบ่งใช้หรือตรงตาม DOSE ที่แนะนำหรือไม่
- 19.1.21 สามารถใช้บาร์โค้ดในการจัดยา - จ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้
- 19.1.22 สามารถบันทึกข้อมูลการจัดยาให้กับผู้ป่วย ได้แก่ วันที่จัดยา, ผู้จัดยา

- 19.1.23 สามารถบันทึกข้อมูลการตรวจสอบยาที่เตรียมจะจ่ายให้กับผู้ป่วยว่าตรงกับข้อมูลในใบสั่งยาหรือไม่ ได้แก่ วันที่ตรวจสอบ, ผู้ตรวจสอบ
- 19.1.24 สามารถบันทึกจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ได้แก่ วันที่จ่ายยา, ผู้จ่ายยา
- 19.1.25 สามารถปรับปรุงสต็อกยาได้ทันทีหลังจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ปริมาณยาในคลังเป็นปริมาณปัจจุบันเสมอ
- 19.1.26 สามารถบันทึกข้อมูลการรับคืนยาในกรณีที่ผู้ป่วยนำยามาคืน พร้อมกับปรับปรุงสต็อกจากการรับคืนยาได้
- 19.1.27 สามารถยกเลิกใบรับคืนยาได้หากยังไม่ได้ปรับปรุงสต็อกของใบคืนยา
- 19.1.28 สามารถแจ้งเตือนเมื่อปริมาณยาและเวชภัณฑ์ในสต็อกถึงจุดต่ำสุดที่กำหนดไว้ เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้สร้างใบเบิกยาและเวชภัณฑ์

19.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 19.2.1 ใบสั่งยา
- 19.2.2 หนังสือรับรองความจำเป็นในการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 19.2.3 สติกเกอร์จ่ายยา - สติกเกอร์ติดซองยา
- 19.2.4 ใบคืนยา

19.3 รายงานจากระบบ

- 19.3.1 รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ประจำเดือน
- 19.3.2 รายงานสถิติการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ประจำปี
- 19.3.3 รายงานสถิติการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในครอบครอง ประจำปี
- 19.3.4 รายงานผลสรุป DUE
- 19.3.5 รายงานการดำเนินงานติดตามและประเมินการใช้ยา DUE
- 19.3.6 รายงานสรุปงานติดตามยาความเสี่ยงสูง (High alert drug : HAD)
- 19.3.7 รายงานการให้บริการรักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิ ผู้ป่วยนอก
- 19.3.8 รายงานการให้บริการรักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิ ผู้ป่วยใน
- 19.3.9 รายงานจำนวนผู้ป่วย แยกตามสิทธิ ผู้ป่วยนอก
- 19.3.10 รายงานจำนวนผู้ป่วย แยกตามสิทธิ ผู้ป่วยใน
- 19.3.11 รายงานรายละเอียดการใช้เวชภัณฑ์ แยกตามหน่วยบริการ
- 19.3.12 รายงานการใช้ยาระบุดัวยา
- 19.3.13 รายงานสถิติการใช้ยา 20 อันดับ
- 19.3.14 รายงานสรุปยอดวัตถุออกฤทธิ์ ประจำเดือน(บ.จ. 9)
- 19.3.15 รายงานสรุปยอดยาเสพติดที่ใช้ไป ประจำเดือน(บ.จ. 8)
- 19.3.16 รายงานการให้บริการรักษาพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยตามกระทรวงกลาโหม
- 19.3.17 รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากกองเภสัชกรรม ประจำเดือน(รายการ)

- 19.3.18 รายงาน 100 HNแรก ที่มีค่ายาสูงสุด (ผู้ป่วยนอก)
- 19.3.19 รายงานสรุปมูลค่ายาและเวชภัณฑ์คงคลัง แผนกห้องจ่ายยา
- 19.3.20 รายงานรายการยา
- 19.3.21 รายงานรายการยาที่ห้ามใช้ หรือยา Convert
- 19.3.22 รายงานรายชื่อยาและเวชภัณฑ์คงคลัง Sub Stock
- 19.3.23 รายงานผลการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรม

19.4 ข้อมูลจากระบบ (Quary)

- 19.4.1 รายงานรายชื่อยา บัญชียาหลักประเภทใด ประเภท MIMS Group
- 19.4.2 รายชื่อยาที่เป็น HAD
- 19.4.3 รายชื่อยาที่เป็น Psycho
- 19.4.4 รายชื่อยาที่เป็น Narcotic
- 19.4.5 ใบจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่ยังไม่ได้ปรับปรุงสต็อก
- 19.4.6 ราคายาและเวชภัณฑ์ (ราคาปัจจุบัน)
- 19.4.7 ยาสามัญที่มีความเสี่ยงต่อครรภ์
- 19.4.8 รายชื่อเตือนยาถึงจุดเบิก
- 19.4.9 ใบจ่ายยาผู้ป่วยในที่ยังไม่ได้ปรับปรุงสต็อก
- 19.4.10 ใบสั่งยา Narcotic ที่ถูกยกเลิก
- 19.4.11 รายการยาผู้ป่วยนอกที่ถูกยกเลิก จำแนกตามห้องยา
- 19.4.12 รายการใบสั่งยาผู้ป่วยนอกที่ถูกยกเลิก จำแนกตามห้องยา
- 19.4.13 ใบสั่งยาที่ถูกยกเลิกทั้งหมด
- 19.4.14 รายชื่อผู้ป่วยที่ได้การทำประเมินแพ้ยา ตาม Naranjo's Score Algorithm แล้ว
- 19.4.15 รายงานยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แยกตามประเภทบัญชียาหลักแห่งชาติ

20. ระบบจัดการข้อมูลการแพ้ยา (ADR)

20.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 20.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลช้กประวัติแพ้ยา (Adverse Drug Reaction) ได้ เช่น ชื่อยาที่แพ้ รูปแบบของยา ปฏิกริยาการแพ้ยา ผู้ช้ก หน่วยงานที่ช้ก
- 20.1.2 แพทย์สามารถลงความเห็นต่อข้อมูลการช้กประวัติแพ้ยาได้หลังจากที่ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยว่าผู้ป่วยแพ้ยาจริงหรือไม่
- 20.1.3 สามารถยกเลิกข้อมูลการช้กประวัติแพ้ยาได้
- 20.1.4 เภสัชกรสามารถบันทึกข้อมูลยาที่ผู้ป่วยแพ้ ได้ เช่น ชื่อสามัญของยา ระดับการแพ้ ประเภทการแพ้ รายละเอียดการแพ้ยา

- 20.1.5 สามารถประเมินความน่าจะเป็นของอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's Algorithm) ในรูปแบบของข้อความ เมื่อเลือกตอบคำถามในแต่ละหัวข้อ ระบบจะคำนวณคะแนนรวมให้
- 20.1.6 สามารถแจ้งเตือนให้เภสัชกรประเมินความน่าจะเป็นของอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's Algorithm) เมื่อมีการซักประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยใหม่
- 20.1.7 สามารถอนุมัติแพ้ยาว่าผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่แพ้ยาโดยเภสัชกร
- 20.1.8 สามารถยกเลิกผลการอนุมัติแพ้ยาของผู้ป่วย ในกรณีเภสัชกรลงผลการอนุมัติแพ้ยาผิด
- 20.1.9 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อแพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ให้กับผู้ป่วยโดยข้อมูลการแพ้ยาต้องได้รับอนุมัติแพ้ยาจากเภสัชกรแล้ว
- 20.1.10 สามารถแสดงข้อความเตือนเมื่อแพทย์สั่งยาที่มีโอกาสแพ้ข้ามให้กับผู้ป่วย (Drug Cross-Reaction)
- 20.1.11 สามารถยกเลิกข้อมูลยาที่ผู้ป่วยแพ้ได้

20.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 20.2.1 สติกเกอร์ติดบัตรแพ้ยา
- 20.2.2 สติกเกอร์ติดแฟ้มประวัติผู้ป่วย

20.3 รายงานจากระบบ

- 20.3.1 รายงานรายชื่อผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 20.3.2 รายงานสรุปการประเมินความน่าจะเป็นของการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)
- 20.3.3 รายงานรายชื่อผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

20.4 ข้อมูลจากระบบ (Query)

- 20.4.1 ผู้ป่วยที่มีข้อมูลแพ้ยา (ชื่อสามัญ) ในระบบ แต่ยังไม่ได้อนุมัติแพ้ยา
- 20.4.2 ผู้ป่วยที่มีข้อมูลการซักประวัติแพ้ยา แต่ยังไม่ได้นบันทึกข้อมูลการแพ้ยาโดยเภสัชกร

21. ระบบจัดการข้อมูลยาที่เป็นปฏิริยาต่อกัน (DI)

21.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 21.1.1 สามารถจัดการ (เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลยาที่เป็นปฏิริยาต่อกันได้
- 21.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลยาที่เป็นปฏิริยาต่อกัน ระหว่าง กลุ่มยา – กลุ่มยา, กลุ่มยา – ชื่อสามัญของยา, ชื่อสามัญของยา – ชื่อสามัญของยา, กลุ่มยา – อาหาร, ชื่อสามัญของยา – อาหาร
- 21.1.3 สามารถแสดงข้อความเตือนในกรณีที่แพทย์สั่งยาที่เป็นปฏิริยาต่อกันให้กับผู้ป่วย

21.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 21.2.1 -

21.3 รายงานจากระบบ

- 21.3.1 -

21.4 ข้อมูลจากระบบ (Query)

21.4.1 -

22. ระบบจัดการข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางการให้ยาและสารน้ำ (Med Error)

22.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 22.1.1 สามารถบันทึกความคลาดเคลื่อนทางการให้ยาและสารน้ำ (Medication Error) ได้แก่ วันที่เกิดเหตุ, ชื่อยา, จุดต้นเหตุความคลาดเคลื่อน
- 22.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อน

22.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 22.2.1 -ไม่มี-

22.3 รายงานจากระบบ

- 22.3.1 รายงานสถิติการเกิดการใช้ยาความเสี่ยง แยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อน
- 22.3.2 รายงานสถิติการเกิดความคลาดเคลื่อนทางการให้ยาและสารน้ำ แยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อน

23. ระบบงานคลังยาและเวชภัณฑ์

23.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 23.1.1 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ได้
- 23.1.2 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลผู้ผลิตได้
- 23.1.3 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลผู้จำหน่ายได้
- 23.1.4 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลงบประมาณได้
- 23.1.5 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลประเภทการรับของได้
- 23.1.6 สามารถจัดการ(เพิ่ม/แก้ไข/ลบ) ข้อมูลคลังสินค้าได้
- 23.1.7 สามารถบันทึกข้อมูลการรับสินค้า(Receive)จากภายนอก ได้แก่ เลขที่ใบส่งของ, วันที่รับของ, ผู้จำหน่าย, ประเภทเงิน, ประเภทการรับ พร้อมพิมพ์ใบรับของ
- 23.1.8 สามารถแจ้งเตือนเมื่อยาที่บันทึกรับเข้าคลังมีวันหมดอายุเหลือน้อยกว่า 356 วัน หรือสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราได้โดยการตั้งค่าผ่านทาง Configuration ของระบบ
- 23.1.9 สามารถบันทึกรับสินค้าโดยระบุล็อตสินค้ามากกว่า 1 ล็อตได้
- 23.1.10 สามารถบันทึกรับสินค้าของแถมแยกเป็นล็อตของแถม โดยสามารถบันทึกรับของแถมจากใบรับของใบอื่นหรือใบเดียวกันได้
- 23.1.11 สามารถยกเลิกบันทึกรับสินค้าได้
- 23.1.12 สามารถแจ้งเตือนเมื่อพบว่าข้อมูลขนาดบรรจุ(Package Unit) และหน่วยบรรจุ (Multiplier) ของยาและเวชภัณฑ์ที่รับเข้ามาใหม่แตกต่างจากขนาดบรรจุ และหน่วยบรรจุเดิมที่ถูกบันทึกไว้ในระบบ

- 23.1.13 สามารถเก็บประวัติข้อมูล (Logging) ในกรณีที่มีการเปลี่ยนขนาดบรรจุ และหน่วยบรรจุของยาและ
เวชภัณฑ์ โดยจะบันทึกข้อมูลขนาดบรรจุเดิม หน่วยบรรจุเดิม ขนาดบรรจุใหม่ หน่วยบรรจุใหม่
และเจ้าหน้าที่ผู้เปลี่ยนแปลงข้อมูล
- 23.1.14 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้าจากบันทึกรับได้
- 23.1.15 สามารถบันทึกข้อมูลออกใบขอซื้อยาและเวชภัณฑ์(PO) ได้แก่ เลขที่ใบสั่งซื้อ, รายการสินค้าที่
ขอซื้อ, สถานที่ส่งของ พร้อมพิมพ์ใบขอซื้อ
- 23.1.16 สามารถบันทึกข้อมูลการรับคืนยา(Return to vender) ได้แก่ เลขที่บันทึกคืน, ผู้รับสินค้าคืน,
รายการสินค้าที่คืน พร้อมพิมพ์ใบคืนสินค้า
- 23.1.17 สามารถยกเลิกบันทึกจ่ายเพื่อเปลี่ยนยาได้
- 23.1.18 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้า(จ่ายออก)บันทึกจ่ายเพื่อเปลี่ยนยาได้
- 23.1.19 สามารถรับคำสั่งขอเบิกยา – เวชภัณฑ์จากคลังต่างๆ ผ่านทางระบบ (เบิก-จ่ายระหว่างคลัง)
- 23.1.20 สามารถบันทึกข้อมูลการขอเบิกยา – เวชภัณฑ์ระหว่างคลัง (Transfer Request) ได้แก่ วันที่
เวลาที่เบิก, เลขที่ใบเบิก, หน่วยงานผู้จ่าย, ผู้ขอเบิก, รายการสินค้าที่ขอเบิก พร้อมพิมพ์ใบขอ
เบิก
- 23.1.21 สามารถยกเลิกบันทึกเบิกระหว่างคลังได้
- 23.1.22 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้า(รับเข้า)จากบันทึกเบิกระหว่างคลังได้
- 23.1.23 สามารถบันทึกข้อมูลการจ่ายยา – เวชภัณฑ์ระหว่างคลัง (Transfer) ได้แก่ วันเวลาที่จ่าย เลขที่
ใบจ่าย, หน่วยงานผู้รับ, ผู้บันทึกข้อมูลการจ่าย, รายการสินค้าที่จ่าย พร้อมพิมพ์เอกสารการจ่าย
สินค้า
- 23.1.24 สามารถยกเลิกบันทึกจ่ายระหว่างคลังได้
- 23.1.25 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้า(จ่ายออก)บันทึกจ่ายระหว่างคลังได้
- 23.1.26 สามารถรับคำสั่งขอเบิกยา - เวชภัณฑ์จากหน่วยงานที่ไม่มีคลังได้
- 23.1.27 สามารถบันทึกข้อมูลการขอเบิกสินค้าสำหรับหน่วยงานที่ไม่มีคลัง(เบิกทั่วไป) ได้แก่ เลขที่ใบเบิก,
หน่วยเบิก, หน่วยจ่าย, รายการสินค้าที่ขอเบิก พร้อมพิมพ์ใบขอเบิก
- 23.1.28 สามารถยกเลิกบันทึกเบิกทั่วไปได้
- 23.1.29 สามารถบันทึกข้อมูลการจ่ายยา - เวชภัณฑ์ให้กับหน่วยงานที่ไม่มีคลัง(จ่ายทั่วไป) ได้แก่ เลขที่ใบ
จ่าย, หน่วยบริการที่ขอเบิก, รายการสินค้าที่จ่าย พร้อมพิมพ์ใบจ่าย
- 23.1.30 สามารถยกเลิกบันทึกจ่ายทั่วไปได้
- 23.1.31 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้า(จ่ายออก)บันทึกจ่ายทั่วไปได้
- 23.1.32 สามารถบันทึกข้อมูลการผลิตยา (Production) โดยสามารถบันทึกข้อมูลวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ที่
ได้จากการผลิต พร้อมกับพิมพ์ใบผลิตสินค้าได้
- 23.1.33 สามารถยกเลิกบันทึกผลิตได้
- 23.1.34 สามารถปรับปรุงสต็อกสินค้าจากบันทึกผลิตได้

- 23.1.35 สามารถบันทึกข้อมูลการปรับปรุงยอด(Adjust) ได้ในกรณีที่ยา – เวชภัณฑ์ที่มีอยู่จริงกับในระบบไม่ตรงกัน พร้อมกับพิมพ์ใบปรับปรุงยอดได้
- 23.1.36 สามารถเลือกปรับปรุงยอดสินค้าใน Lot ที่ปริมาณสินค้าเท่ากับ 0 ได้
- 23.1.37 สามารถยกเลิกปรับปรุงยอดสินค้าได้
- 23.1.38 สามารถปรับปรุงสต็อกจากการปรับปรุงยอดสินค้าได้
- 23.1.39 สามารถบันทึกปิดงวดคลังในแต่ละเดือนแยกตามคลังได้ เพื่อจะได้ทราบปริมาณคงเหลือ ณ สิ้นเดือน โดยระบบจะบังคับให้ปรับปรุงสต็อกเอกสารที่เกิดในเดือนทุกใบก่อนปิดงวด
- 23.1.40 สามารถยกเลิกปิดงวดคลังสินค้าได้
- 23.1.41 สามารถตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนปรับปรุงสต็อกเอกสารต่างๆ เช่น ตรวจสอบเลขที่ใบส่งของๆใบรับของ ตรวจสอบเลขที่ใบเบิก ของใบเบิกระหว่างคลัง
- 23.1.42 สามารถตรวจดูจำนวนคงคลังของยา - เวชภัณฑ์ในคลังได้
- 23.1.43 สามารถตรวจดูสถานะการเบิก – จ่ายยาและเวชภัณฑ์ในคลังตามหน่วยใหญ่(หน่วยสินค้าตอนรับของเข้าคลัง) หรือหน่วยย่อย(หน่วยยา – เวชภัณฑ์ให้กับผู้ป่วย)
- 23.1.44 สามารถกำหนดจุดสั่งซื้อ, จุดต่ำสุด, จุดสูงสุด ของยาและเวชภัณฑ์แต่ละรายการได้
- 23.1.45 สามารถแจ้งเตือนเมื่อสินค้าในคลังมีต่ำกว่าจุดสั่งซื้อ
- 23.1.46 สามารถคำนวณยอดอนุมัติสั่งยาเพิ่มได้ โดยระบุปริมาณต่ำสุด ,ปริมาณสูงสุด,คำนวณย้อนหลังกี่วัน
- 23.1.47 สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรหัสมาตรฐานยา 19 หลัก และ รหัสมาตรฐานยา 24 หลักที่มีในระบบ เทียบกับไฟล์ข้อมูลรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก (Excel File) ของสปสช. ผลการตรวจสอบสามารถแสดงรายชื่อยาที่พบ หรือไม่พบในแฟ้มมาตรฐานของ สปสช. และ Export ข้อมูลเป็น File Excel ได้

23.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 23.2.1 ใบบันทึกรับยาและเวชภัณฑ์จากภายนอก (Receive)
- 23.2.2 ใบเบิกระหว่างคลัง
- 23.2.3 ใบเบิกบันทึกการจ่ายระหว่างคลัง
- 23.2.4 ใบเบิกบันทึกการเบิกทั่วไป
- 23.2.5 ใบเบิกบันทึกการจ่ายทั่วไป
- 23.2.6 ใบบันทึกจ่ายเพื่อการผลิต (Production)
- 23.2.7 ใบบันทึกปรับปรุงยอด (Adjust)
- 23.2.8 ใบรับคืนยา-เวชภัณฑ์
- 23.2.9 ใบเบิก
- 23.2.10 บัญชีรายละเอียดการจัดซื้อ
- 23.2.11 ใบขออนุมัติสั่งยาเพิ่ม

23.3 รายงานจากระบบ

- 23.3.1 ใบคุมคลังเวชภัณฑ์(แสดงหน่วยใหญ่)
- 23.3.2 รายงานรายชื่อยาตรวจนับคงคลัง หน่วยจ่ายผู้ป่วย
- 23.3.3 รายงานยาและเวชภัณฑ์ที่หมดอายุภายในวันที่
- 23.3.4 รายงานการรับยาและเวชภัณฑ์ทั่วไป
- 23.3.5 รายงานยาและเวชภัณฑ์ที่ถึงจุดสั่งซื้อ
- 23.3.6 รายงานรายชื่อยาและเวชภัณฑ์คงคลัง
- 23.3.7 รายงานการรับเวชภัณฑ์ที่ได้รับในแต่ละวัน
- 23.3.8 รายงานการจ่ายเวชภัณฑ์ไปยังแผนกต่างๆ
- 23.3.9 รายงานสรุปเวชภัณฑ์ที่ไม่มีการเบิกจ่ายในระยะเวลาที่กำหนด
- 23.3.10 รายงานยาขาดสต็อก
- 23.3.11 ใบคุมคลังเวชภัณฑ์(แสดงหน่วยย่อย)
- 23.3.12 รายงานรายชื่อยาตรวจนับคงคลัง (หน่วยใหญ่)
- 23.3.13 รายงานรายชื่อยาและเวชภัณฑ์คงคลัง Sub Stock
- 23.3.14 รายงานยากงคลัง

23.4 ข้อมูลจากระบบ (Query)

- 23.4.1 การตรวจสอบราคาซื้อล่าสุด
- 23.4.2 การตรวจสอบราคายาและเวชภัณฑ์จากการรับครั้งล่าสุด (แสดงราคาต่อหน่วยจ่าย)
- 23.4.3 รายงานสรุปยอดสินค้าคงเหลือ
- 23.4.4 รายงานยาหมดอายุ
- 23.4.5 รายงานการรับยาทั่วไป
- 23.4.6 รายงานยากงคลัง
- 23.4.7 รายงานการรับเวชภัณฑ์ สรุปเวชภัณฑ์ที่ได้รับในแต่ละวัน เป็นรายงานประจำวัน
- 23.4.8 รายงานปริมาณการจ่ายยาไปยังแผนกต่าง ๆ
- 23.4.9 สรุปเวชภัณฑ์ที่ไม่มีการเบิกจ่ายภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 23.4.10 รายงานยาขาดสต็อก
- 23.4.11 ตรวจสอบยอดซื้อรวมตามผู้จำหน่าย
- 23.4.12 ตรวจสอบยอดซื้อตามผู้ผลิต
- 23.4.13 ตรวจสอบคำสั่งซื้อตามผู้จำหน่าย
- 23.4.14 รายงานเทียบราคาขายปัจจุบันกับต้นทุน
- 23.4.15 ตรวจสอบหายอดคงเหลือที่มีเศษทศนิยม
- 23.4.16 ยาที่จ่ายโดยแพทย์
- 23.4.17 สรุปยอดรับ-จ่ายประจำเดือน(คลังใหญ่)

23.4.18 ตรวจสอบยอดคงเหลือที่เป็นทศนิยม(หน่วยจ่าย)

24. ระบบงานห้องรับชำระเงิน

24.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 24.1.1 สามารถออกใบเสร็จรับเงิน และพิมพ์ใบเสร็จรับเงินอัตโนมัติหลังบันทึกข้อมูล
- 24.1.2 สามารถยกเลิกใบเสร็จรับเงินได้
- 24.1.3 สามารถรับชำระเงินได้ 3 รูปแบบ คือ เงินสด บัตรเครดิตและเช็ค
- 24.1.4 สามารถเลือกรับชำระเงินเฉพาะใบสั่งหรือเฉพาะบางรายการในใบสั่งตรวจได้
- 24.1.5 สามารถรับชำระค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ในส่วนที่เกินสิทธิการรักษาของผู้ป่วยได้ เช่น สิทธิข้าราชการรับชำระ 50% ของค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินสิทธิ สิทธิประกันสังคม,บัตรทอง รับชำระเต็มจำนวน
- 24.1.6 สามารถแสดงยอดค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย หรือหน่วยงานเจ้าของสิทธิของผู้ป่วยค้างชำระอยู่กับโรงพยาบาล ตาม Visit ที่ป่วยมาตรวจ
- 24.1.7 สามารถแสดงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ว่าเกิดจากการตรวจผู้ป่วยนอกหรือตรวจผู้ป่วยใน โดยแยกสีเพื่อความชัดเจน
- 24.1.8 สามารถออกใบเสร็จรับเงินให้กับผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นคนชำระเงิน) หรือรับชำระจากหน่วยงาน (ในกรณีที่หน่วยงานเป็นผู้ชำระเงินให้กับผู้ป่วย) ตามสิทธิของผู้ป่วยได้
- 24.1.9 สามารถสืบค้นข้อมูลใบเสร็จรับเงินได้จาก เลขที่ใบเสร็จรับเงิน, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย
- 24.1.10 สามารถกำหนดรูปแบบเลขที่ใบเสร็จรับเงิน ได้แก่ การกำหนด Prefix, Suffix ของเลขที่ใบเสร็จรับเงิน
- 24.1.11 สามารถตัดยอดใบเสร็จรับเงินเพื่อจะส่งคลังโดยระบบจะแสดงข้อมูลสรุปเลขที่ใบเสร็จ , ยอดเงินสด, บัตรเครดิต, เช็คให้ตรวจสอบก่อนการตัดยอด ใบเสร็จรับเงินที่ถูกตัดยอดแล้วจะไม่สามารถยกเลิกได้
- 24.1.12 สามารถยกเลิกการตัดยอดใบเสร็จรับเงินเมื่อตัดยอดผิด หรือลืมนยกเลิกใบเสร็จบางใบ(เนื่องจากเมื่อตัดยอดแล้วไม่สามารถยกเลิกใบเสร็จได้) โดยต้องเป็นการตัดยอดครั้งสุดท้ายของเครื่องรับเงินนั้นๆ เท่านั้น
- 24.1.13 สามารถบันทึกข้อมูลการนำส่งเงินเข้าคลัง และพิมพ์รายงานการนำส่งเงินเข้าคลังได้
- 24.1.14 สามารถบันทึกข้อมูลการทำเรื่องคืนเงินจากคลัง (Refund) ได้
- 24.1.15 สามารถเปลี่ยนสิทธิที่ผู้ป่วยใช้ในแต่ละรายการค่าใช้จ่ายได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ชำระเงิน
- 24.1.16 สามารถบันทึกข้อมูลการรับเงินมัดจำได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีมัดจำ, จำนวนเงิน, วันหมดอายุของเงินมัดจำ
- 24.1.17 สามารถบันทึกข้อมูลการคืนเงินมัดจำได้ เช่น วันที่คืนเงินมัดจำ, ผู้รับคืนเงินมัดจำ
- 24.1.18 สามารถบันทึกข้อมูลการตัดเงินมัดจำเป็นรายได้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับเงินมัดจำคืน

- 24.1.19 สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่จะออกใบแจ้งหนี้ได้จาก HN, ชื่อ, สกุล , ชื่อ-นามสกุล
- 24.1.20 สามารถออกใบแจ้งหนี้ให้กับผู้ป่วยนอกได้ โดยใบแจ้งหนี้ใบหนึ่งจะเป็นของผู้ป่วยคนหนึ่งเท่านั้น และการที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งหนึ่งในโรงพยาบาล (VN) สามารถออกใบแจ้งหนี้ได้หลายใบ ในการออกใบแจ้งหนี้จะต้องบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอย่างน้อย
- 24.1.20.1 ข้อมูลผู้ป่วย คือ ชื่อ นามสกุล HN
- 24.1.20.2 สิทธิที่ใช้
- 24.1.20.3 หน่วยงานเจ้าของสิทธิ (ผู้ชำระเงินตามสิทธิ)
- 24.1.20.4 ค่าใช้จ่ายที่ออกใบแจ้งหนี้
- 24.1.21 สามารถออกใบแจ้งหนี้ให้กับผู้ป่วยในได้
- 24.1.22 สามารถเลือกได้ว่าจะพิมพ์ใบแจ้งหนี้หลังจากบันทึกข้อมูลหรือไม่(บันทึกและไม่พิมพ์ หรือ บันทึกและพิมพ์ใบแจ้งหนี้)
- 24.1.23 สามารถยกเลิกใบแจ้งหนี้ได้ กรณีบันทึกข้อมูลผิดพลาด
- 24.1.24 สามารถสืบค้นข้อมูลใบแจ้งหนี้ได้จาก เลขที่ใบแจ้งหนี้, ชื่อ, นามสกุล, ชื่อ – นามสกุล
- 24.1.25 สามารถออกใบแจ้งหนี้ต่อจากการออกใบเสร็จรับเงินได้ โดยจะออกได้เฉพาะใบแจ้งหนี้ของผู้ป่วยนอกเท่านั้น
- 24.1.26 สามารถออกใบแจ้งหนี้ต่อเนื่อง กรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิที่ต้องออกใบแจ้งหนี้มากกว่า 1 สิทธิ หลังจากออกใบแจ้งหนี้ผู้ป่วยในสิทธิหนึ่งๆ ไปแล้วระบบจะค้นหาข้อมูลสิทธิอื่นๆ ที่ยังไม่ได้ออกใบแจ้งหนี้ และแสดงให้ผู้ใช้งานเห็นว่าผู้ป่วยยังมีสิทธิอื่นๆ ที่ยังไม่ได้ออกใบแจ้งหนี้ และอนุญาตให้ผู้ใช้งานออกใบแจ้งหนี้ต่อเนื่องได้
- 24.1.27 สามารถกำหนดรูปแบบเลขที่ใบแจ้งหนี้ (Sequence) ได้แก่ การกำหนด Prefix, Suffix ของเลขที่ใบแจ้งหนี้
- 24.1.28 สามารถแสดงสถานะการชำระเงิน และสถานะการออกใบแจ้งหนี้ของรายการค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น รายการส่งยา รายการตรวจห้องปฏิบัติการ รายการผ่าตัด หัตถการ
- 24.1.29 สามารถสามารถล็อก (Lock) ไม่ให้แก้ไขรายการสินค้าและบริการ ต่าง ๆ ต่อไปนี้ เมื่อรายการนั้นออกใบแจ้งหนี้แล้ว เช่น รายการส่งยา รายการตรวจห้องปฏิบัติการ รายการผ่าตัด หัตถการ
- 24.1.30 สามารถแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ออกใบแจ้งหนี้ในสิทธิ ต้นสังกัดเปิดตรง ประกันสังคม บัตรทอง และเลือกรายชื่อเพื่อออกใบแจ้งหนี้ตอนสิ้นวันได้
- 24.1.31 สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยกับฐานข้อมูลกลางเรื่องสิทธิ ว่าผู้ป่วยมีสิทธิจริงหรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีสิทธิ หรือสิทธิของผู้ป่วยหมดอายุเจ้าหน้าที่ต้องกรอกเหตุผล และยืนยันการใช้สิทธิ จึงจะสามารถใช้สิทธินั้นได้ ได้แก่ สิทธิต้นสังกัดเปิดตรง ประกันสังคม บัตรทอง
- 24.1.32 สามารถตรวจสอบข้อมูลใบส่งยาที่ออกใบแจ้งหนี้แล้วแต่ยังไม่จ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้
- 24.1.33 สามารถดูข้อมูลสรุปค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ตาม 16 หมวดของกรมบัญชีกลางได้

24.1.34 สามารถดูข้อมูลสรุปค่าบริการผู้ป่วยนอกสิทธิเบิกจ่ายตรง ตาม 16 หมวดค่าใช้จ่ายของกรมบัญชีกลาง และสามารถบันทึกข้อมูลในรูปแบบของไฟล์ Excel หรือพิมพ์ข้อมูลได้

24.1.35 สามารถจัดการค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย โอนโอนย้ายจากค่าบริการผู้ป่วยนอกเป็นค่าบริการผู้ป่วยในได้ หรือ จากค่าบริการผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยนอก ได้

24.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

24.2.1 เอกสารประกอบใบเสร็จรับเงิน

24.2.2 ใบบันทึกการนำส่งเงิน

24.2.3 รายงานสรุปยอดเงิน

24.2.4 รายงานจุดตรวจสอบเงิน

24.2.5 ใบเสร็จรับเงิน

24.2.6 ใบแจ้งหนี้ค้ำรักษาพยาบาล

24.2.7 ใบแสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง ประเภทผู้ป่วยนอก

24.3 รายงานจากระบบ

24.3.1 รายงานผู้ป่วยจ่ายค้ำรักษาพยาบาล ประเภทบัตรเครดิต

24.3.2 รายงานรายละเอียดผู้ป่วยที่จ่ายค้ำรักษาพยาบาล แยกตามประเภท บัตรเครดิต/เช็ค

24.3.3 รายงานสรุปยอดเงินที่รับชำระเงินแยกตามประเภท เงินสด/บัตรเครดิต

24.3.4 รายงาน work load ห้องรับชำระเงิน(นอกเวลา)ประจำปี

24.3.5 รายงานสรุปยอดการออกใบแจ้งหนี้รายวัน

24.3.6 รายงานสรุปยอดการออกใบแจ้งหนี้ แยกตาม 16 หมวด

24.3.7 ใบแสดงรายการรักษาพยาบาล(กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

24.3.8 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในค้างชำระ (ผ.004)

24.3.9 รายงานการจ่ายยาผู้ป่วยใน

24.3.10 หนังสือขอรับเงินค้ำรักษาพยาบาล

24.3.11 ใบแสดงรายการค้ำรักษาพยาบาล (บก. ชล 2)

24.3.12 รายงานการชำระเงินส่วนเกินสิทธิค้ำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

24.3.13 รายงานยอดลูกหนี้ค้างเหลือ (จ่ายตรง)

24.3.14 รายงานการตัดลูกหนี้- สวัสดิการรักษพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณีจ่ายตรง แยกตามสิทธิ

24.3.15 รายงานลูกหนี้ - สวัสดิการรักษพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณีจ่ายตรง แยกตามสิทธิ

24.3.16 รายงานลูกหนี้(รายบุคคล) - สวัสดิการรักษพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณีจ่ายตรง แยกตามสิทธิ

24.3.17 รายงานค้ำรักษาพยาบาล แยกตามประเภทการรักษา

24.3.18 รายงานค้ำรักษาพยาบาล แยกตามประเภทเงิน

24.3.19 รายงานสรุปการรับชำระค้ำรักษาพยาบาลผู้ป่วย

25. ระบบงานเรียกเก็บรายได้

25.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 25.1.1 สามารถตรวจสอบข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย (นอก-ใน) แยกตาม 16 หมวดตามกรมบัญชีกลางได้
- 25.1.2 สามารถ Export ข้อมูลจากระบบงานบริการผู้ป่วยในรูปแบบแฟ้มมาตรฐาน เพื่อ Import เข้าสู่ระบบ E-Claim เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย กับสปสช. ได้
- 25.1.3 สามารถ Export ข้อมูลจากระบบงานบริการผู้ป่วย ในรูปแบบแฟ้มมาตรฐาน เพื่อ Import เข้าสู่ระบบ E-Claim OP Refer เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย กับสปสช. ได้

25.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 25.2.1 --ไม่มี--

25.3 รายงานจากระบบ

- 25.3.1 รายงานการทำหัตถการผู้ป่วยใน
- 25.3.2 รายงานการใช้ยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยใน
- 25.3.3 ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน
- 25.3.4 รายงานค่ารักษาพยาบาลคนไข้ใน (รพ.3) แยกตามสิทธิการรักษา
- 25.3.5 สรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
- 25.3.6 ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
- 25.3.7 รายชื่อผู้ป่วยในที่จำหน่ายรายวัน
- 25.3.8 ข้อมูลงานบริการรายเดือนงานผู้ป่วยใน
- 25.3.9 สรุปรายการค่ารักษาพยาบาล
- 25.3.10 ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล
- 25.3.11 รายงานค่าบริการโลหิตและห้องปฏิบัติการผู้ป่วยใน
- 25.3.12 รายงานรายชื่อผู้ป่วยในที่จำหน่าย
- 25.3.13 รายงานสรุปค่าใช้จ่ายผู้ป่วย แยกตามสิทธิการรักษา (ผู้ป่วยนอก)
- 25.3.14 สรุปรายได้ค่ารักษาพยาบาลคนไข้ในแยกตามสิทธิการรักษา (ส่งงบประมาณ - การเงิน)
- 25.3.15 ลูกหนี้การรักษาพยาบาล(คนไข้ใน)ต้นสังกัดหน่วยงานต่างๆ
- 25.3.16 ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก
- 25.3.17 ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก-ใน
- 25.3.18 สรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยผู้รับบริการ จำแนกตามสิทธิการรักษา
- 25.3.19 รายงานตรวจสอบยอดตามหมวด กบก ตามใบสั่งยา
- 25.3.20 รายงาน เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด แยกตามสิทธิ์
- 25.3.21 รายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (รพ.3) (เฉพาะบัตรทอง - ประกันสังคม รพ.)
- 25.3.22 สรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (รพ.3) แยกตามสิทธิ (รวม รพ.รับภาระ)

- 25.3.23 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลคนไข้นอกที่ได้รับการลดหย่อน
- 25.3.24 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลคนไข้ในที่ได้รับการลดหย่อน
- 25.3.25 รายงาน เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด จากสิทธิ
- 25.3.26 รายงาน เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมด จากสิทธิ
- 25.3.27 สรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยรับบริการแยกตามสิทธิ
- 25.3.28 สรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 25.3.29 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก จำแนกตามสาขาโรค
- 25.3.30 รายงานสรุปค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก จำแนกตามห้องตรวจโรค
- 25.3.31 รายงานการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม
- 25.3.32 ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 25.3.33 แบบรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคม

26. ระบบงานศูนย์รับส่งต่อ

26.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 26.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วยเข้ารักษาต่อ(Refer-In) ได้แก่ ข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งมา วัตถุประสงค์การส่ง แพทย์ผู้ลงนาม ประวัติการป่วยในอดีต ระดับผู้ป่วยโรคผิวหนัง(ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ, สูงกว่าตติยภูมิ) เลขที่หนังสือส่งตัว วันหมดอายุ
- 26.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer-Out) ได้แก่ ข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งไป, วัตถุประสงค์การส่ง, แพทย์ผู้ Refer และสามารถพิมพ์หนังสือส่งตัวจากระบบ
- 26.1.3 สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับระบบ Thai Refer ได้

26.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 26.2.1 ใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วย (Refer Out)
- 26.2.2 แบบสำหรับผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (Refer Out)
- 26.2.3 แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

26.3 รายงานจากระบบ

- 26.3.1 –ไม่มี–

27. ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

27.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 27.1.1 สามารถรองรับการบันทึกข้อมูลตามรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ โดยรองรับข้อมูล ลักษณะอุบัติการณ์ ระดับความเสี่ยง บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งวัน เดือน ปี ที่เกิด และสถานที่เกิดได้

- 27.1.2 สามารถเชื่อมโยงกับการทำงานในระบบอื่น ๆ เพื่อดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวิเคราะห์และสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยงได้
- 27.1.3 สามารถวิเคราะห์และสรุปผลความเสี่ยงจากข้อมูลในรายงานอุบัติการณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม
- 27.1.4 สามารถปกป้องข้อมูลที่เป็นความลับได้ โดยผู้ดูแลข้อมูลต้องได้รับสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลจากผู้ดูแลระบบเท่านั้น
- 27.1.5 สามารถออกรายงานความเสี่ยง (Risk Report)
- 27.1.6 สามารถออกรายงานการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยง (Risk Monitoring Report)

27.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 27.2.1 รายงานความเสี่ยง

27.3 รายงานจากระบบ

- 27.3.1 รายงานสถิติความเสี่ยง
- 27.3.2 รายงานการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยง

28. ระบบงานเวชสถิติและการจัดการข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรค

28.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 28.1.1 สามารถบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย (Diagnosis) ทั้งรหัส ICD-10 และ ICD-O สำหรับกรณีที่ต้องการให้รหัสโรคมะเร็งได้
- 28.1.2 สามารถบันทึกข้อมูลหัตถการ ICD-9CM พร้อมบันทึกเวลาเริ่มต้น – สิ้นสุดการทำหัตถการได้
- 28.1.3 สามารถสรุปค่าจำนวนวันนอน, จำนวนวันลากลับบ้านเพื่อใช้สำหรับคำนวณ DRG ได้
- 28.1.4 สามารถเรียงลำดับ(Re-Order)ข้อมูลหัตถการของผู้ป่วยได้
- 28.1.5 สามารถคำนวณค่า DRG (จากข้อมูล Adjusted RW ที่ระบบคำนวณได้และข้อมูล DRG Base Rate) และพิมพ์ใบสรุป DRG
- 28.1.6 สามารถบันทึกข้อมูลรหัสโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้
- 28.1.7 สามารถกำหนด - เปลี่ยนแปลงค่าฐาน (DRG Base Rate) ที่ใช้คำนวณเงินที่เบิกได้ตาม DRG ในแต่ละสิทธิการรักษาได้
- 28.1.8 สามารถเรียกดูรายงานทางเวชสถิติได้
- 28.1.9 สามารถ Export ข้อมูลในระบบเพื่อส่งออกเป็น Data File ให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ สปสช. ได้แก่

- 28.1.9.1 12 แฟ้ม
- 28.1.9.2 18 แฟ้ม
- 28.1.9.3 43 แฟ้ม

28.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 28.2.1 -- ไม่มี --

28.3 รายงานจากระบบ

28.3.1 -- ไม่มี --

29. ระบบงานทะเบียนมะเร็ง

29.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 29.1.1 สามารถ ลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง
- 29.1.2 สามารถจัดการข้อมูลหลัก กลุ่มอวัยวะที่เป็นมะเร็ง
- 29.1.3 สามารถจัดการข้อมูลหลัก อวัยวะที่เป็นมะเร็ง
- 29.1.4 สามารถจัดการข้อมูลหลัก รหัสวิธีวินิจฉัยพ.ม.มะเร็ง
- 29.1.5 สามารถจัดการข้อมูลหลัก รหัสวิธีการรักษาพ.ม.มะเร็ง
- 29.1.6 สามารถจัดการข้อมูลหลัก Morphology ของ Tumor
- 29.1.7 สามารถจัดการข้อมูลหลัก Behavior ของ Tumor
- 29.1.8 สามารถจัดการข้อมูลหลัก Grade ของ Tumor
- 29.1.9 สามารถจัดการข้อมูลหลัก Staging ของ Tumor
- 29.1.10 สามารถจัดการข้อมูลหลักการแพร่กระจายของมะเร็ง
- 29.1.11 สามารถจัดการข้อมูลหลัก สาเหตุการตายของ Tumor
- 29.1.12 สามารถจัดการข้อมูลหลัก ตำแหน่งของการแพร่กระจาย
- 29.1.13 สามารถเชื่อมต่อข้อมูลไปยังระบบทะเบียนมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้

29.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

29.2.1 -- ไม่มี --

29.3 รายงานจากระบบ

29.3.1 -- ไม่มี --

30. ระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (Management Information System)

30.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 30.1.1 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์การเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก ในแต่ละแผนก/คลินิก จำแนกตามเพศ จำแนกตามอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.2 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์โรค ที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด ในแต่ละแผนก/คลินิก จำแนกตามเพศ จำแนกตามอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.3 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในแต่ละแผนก/คลินิก จำแนกโรค จำแนกตามเพศ จำแนกตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.4 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยนอกใช้ในการเข้ารับการรักษา ในแต่ละแผนก/คลินิก

- 30.1.5 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัย (Diagnosis) จำแนกตามเพศ จำแนกตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.6 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยตามหัตถการ (Procedure) จำแนกตามเพศ จำแนกตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.7 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์สถานภาพรายรับของโรงพยาบาล ในแต่ละแผนก/คลินิก จำแนกตามเพศ จำแนกตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.8 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์รายได้แยกตามหมวดอัตราค่าบริการ ในแต่ละแผนก/คลินิก จำแนกตามเพศ จำแนกตามช่วงอายุ และปัจจัยอื่น
- 30.1.9 สามารถแสดงผลรายละเอียดข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์รายจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์

30.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 30.2.1 -- ไม่มี --

30.3 รายงานจากระบบ

- 30.3.1 -- ไม่มี --

31. ระบบช่วยเหลือและคู่มือการใช้งาน

31.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 31.1.1 สามารถเรียกดูคู่มือจากเมนูระบบได้
- 31.1.2 สามารถค้นหาเนื้อหาในคู่มือแบบ Index หรือค้นแบบ Search ได้
- 31.1.3 สามารถกำหนดหัวข้อในคู่มือเป็นให้เป็นหัวข้อที่ใช้บ่อย(Favorite) ได้
- 31.1.4 สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาในคู่มือในลักษณะแผนภูมิต้นไม้ โดยเนื้อหาแต่ละบทแยกตามระบบงาน
- 31.1.5 สามารถติดตั้งคู่มือไว้ที่เครื่องแม่ข่ายจุดเดียว จึงมั่นใจได้ว่าคู่มือฉบับที่ผู้ใช้งานเรียกดูอยู่เป็นฉบับ Version ล่าสุดเสมอ

31.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

- 31.2.1 -- ไม่มี --

31.3 รายงานจากระบบ

- 31.3.1 -- ไม่มี --

32. ระบบ Responsive Web Application สำหรับผู้รับบริการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

32.1 หน้าที่การทำงานของระบบ

- 32.1.1 มีการทำงานในลักษณะของ Responsive Web Application โดยปรับรูปแบบหน้าจอและการแสดงผลอัตโนมัติตามประเภทอุปกรณ์ที่ผู้ใช้งานใช้ เพื่อความสะดวกในการใช้งาน และรองรับอุปกรณ์ที่หลากหลาย เช่น Iphone, Ipad, Andriod Phone, Andriod Tablet
- 32.1.2 สามารถแสดงข้อมูลการนัดหมายให้ผู้ป่วยทราบการนัดหมายของตัวเอง

32.1.3 สามารถแสดงประวัติการมาตรวจของผู้ป่วย

32.1.4 สามารถแสดงรายละเอียดของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน ได้แก่ ชื่อยา ภพยา วิธีการ
รับประทาน ข้อควรระวัง

32.2 เอกสารที่พิมพ์จากระบบ

32.2.1 -- ไม่มี --

32.3 รายงานจากระบบ

32.3.1 -- ไม่มี --