

การบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine)

การดำเนินงาน

จัดการให้บริการการแพทย์ทางไกลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลไปยังบ้านผู้ป่วยโดยตรง หรือเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง

1. จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก ๓ หมอ
2. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อระบบบันทึกการให้บริการกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ โดยกลุ่มเป้าหมายการให้บริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง ๑๐-๑๕ จากรหัส ICD-๑0 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยเฉพาะ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้

ข้อมูลHDC (สสจ.จะปรับข้อมูลเสร็จหลังจาก16พ.ย.66)

(https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=2d85d6ec39840f8051854b028fa13073)

ขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยและหมอคนที่2

- 1.ต้องมีใบยินยอมเปิดเผยข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
- 2.ถ่ายรูปคู่กับบัตรประชาชน
- 3.แคปหน้าจอที่ให้บริการ
- 4.ส่งข้อมูลทางไลน์เพื่อแจ้งทางโรงพยาบาล โดยบันทึกเป็นรพ.สต.ในกลุ่มไลน์ Telemedicine รพ.อรัญประเทศ

ตัวอย่างการถ่ายรูปบัตรประชาชนไม่ปิดเลขบัตรประชาชนคู่กับใบหน้าผู้ป่วยชัดเจน/แคปหน้าจอให้บริการ



หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการบริการสุขภาพ

สถานที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี
 เลขประจำตัวประชาชน ---
 ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่
 อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....
 วันออกบัตร/...../..... วันบัตรหมดอายุ/...../.....
 ออกให้โดย.....
 ในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
 ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ.....
 ชื่อ..... สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากสถานพยาบาล (โรงพยาบาล.....) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูลการตรวจรักษา/การผ่าตัด/การฉายรังสี/ตรวจรักษาทางรังสีและกระทำหัตถการ ทั้งนี้ รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้โดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า ยินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษายาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษายาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอม* ให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษายาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษายาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษายาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบถ่วงความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนสถานพยาบาล
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และถ่ายโอนฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษายาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ

