

คู่มือการให้บริการ : คลินิกศูนย์โรคการนอนหลับ
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คลินิกผู้ป่วยนอก Sleep clinic
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน	
1. ชื่อกระบวนการ :	การให้บริการคลินิกศูนย์โรคการนอนหลับ
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	คลินิกผู้ป่วยนอก Sleep clinic กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	จำนวนผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ย 200 คน / เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การให้บริการคลินิกศูนย์โรคการนอนหลับ	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ คลินิกผู้ป่วยนอก Sleep clinic สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 8 ชั้น 2 ที่อยู่ เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	<input type="checkbox"/> วันจันทร์ <input type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
2. รูปแบบการให้บริการ : ในเวลาราชการ	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
3. โทรศัพท์ 02-547-0999 ต่อ 30416	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input checked="" type="checkbox"/> 07.00-12.00 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น.
หมายเหตุ :	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการรับบริการ (ถ้ามี)
-

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ (โดยประมาณ)	หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ลงทะเบียน	1. ลงทะเบียนผู้ป่วย ยืนยันเบอร์ 29 ตึก 8 ชั้น 1	5	นาที	งานเวชระเบียน	
2.	การคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วย	1. วัดความดัน/ซึ่งน้ำหนัก จุดบริการเบอร์ 10 ตึก 8 ชั้น 2 2. พยาบาลซักถามประเมินอาการที่ผิดปกติ วัดรอบคอ/เอว/สะโพก/BMI/กรอกแบบประเมินความง่วงนอน	5 5	นาที นาที	คลินิกผู้ป่วยนอกโรคปอด Sleep clinic	ประกันระยะเวลา ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2-4 ภายใน 3-4 ชั่วโมง
3.	ตรวจพิเศษ	1. เจาะเลือด/ฟังผล 2. X-Ray 3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4. ตรวจสมรรถภาพปอด	1-2 45	ชั่วโมง นาที	1. จุดบริการเจาะเลือด 2. กลุ่มงานรังสีวิทยา 3. หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ 4. COPD Clinic	เฉพาะผู้ป่วยเก่าครบ 1 ปี /ผู้ป่วยนัด PSG ที่ยังไม่เคยทำ Lab 4 ภายใน 4 เดือน
4.	พบแพทย์	1. โหลดผลการใช้เครื่อง CPAP (เฉพาะผู้ป่วยที่มีใช้ CPAP/ทดลองใช้ CPAP) 2. พบแพทย์รับการตรวจรักษา	1-2	ชั่วโมง	Sleep clinic	
5.	รับนัดตรวจครั้งต่อไป	1. รับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป 2. รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังตรวจ 3. ทดลองใช้เครื่อง CPAP (เฉพาะผู้ป่วยที่ใช้เครื่องครั้งแรก)	30	นาที	Sleep clinic	
6.	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	1. เอกสารใบส่งตัว 2. บัตรประชาชน	15	นาที	งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย	
7.	ชำระเงิน	1. ชำระเงิน ตึก 8 ชั้น 1	10	นาที	งานการเงิน	
ระยะเวลาในการดำเนินการ						4-5 ชม.

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
<input type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวผู้ป่วย	Sleep clinic	1		ฉบับ	
2	บัตรประจำตัวประชาชน		1		ฉบับ	กรณีไม่มีหรือไม่ได้ นำบัตรประจำตัวผู้ป่วยมา
9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ใบนัดตรวจ	Sleep clinic	1		ฉบับ	
2	ผลการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง					
3	ใบส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา	งานสิทธิและสวัสดิการผู้ป่วย	1		ฉบับ	

10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มีนาคม 2561)	
รายละเอียดค่าบริการ โดยประมาณ :	1. ค่าตรวจ Lab (12 รายการ) = 1,270 บาท 2. ค่า X-Ray = 220 บาท 3. ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ = 200 บาท 4. ค่าตรวจสมรรถภาพปอด = 400-1,000 บาท 5. ค่าบริการทางการแพทย์ = 50 บาท
หมายเหตุ :	- ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ที่ส่งตัวมารักษาพยาบาลตามระบบ ไม่มีค่าใช้จ่าย (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ)

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ	
1.	ชำระด้วยเงินสด และบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน ตึก 8 ชั้น 1
2.	-

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	กล่องรับความคิดเห็น สถาบันโรคทรวงอก
2.	ช่องทางแสดงความคิดเห็นออนไลน์ (Scan QR Code ที่กล่องรับความคิดเห็น)
3.	สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน 02 547 0999 ต่อ 30048

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	-



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

14. หมายเหตุ

-

ค่า Lab

CBC = 90 ฿

ESR = 50 ฿

hsCRP = 250 ฿

FBS = 40 ฿

HbA1C = 150 ฿

BUN = 40 ฿

Cr = 40 ฿

LIPID = 60 ฿

SGOT = 40 ฿

SGPT = 40 ฿

TSH = 170 ฿

CORTISOL (8.00) = 300 ฿