



แนวทางการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย
โรคโควิด 19 กลุ่มอาการสีเขียว
แบบบริการผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน
(OP Self Isolation)

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการเบิกชดเชย
2. เพื่อกำกับติดตามคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19
3. เพื่อสะท้อนผลการตรวจสอบให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนา

หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบ **OP Self Isolation**

- **ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ**

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบการยืนยันตัวตน (authentication) ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้
3. หลักฐานการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

- **หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ**

1. หลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการโดยแพทย์ในครั้งแรก การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน และติดตามอาการ เมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยาเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
3. หลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือให้ปรึกษาอื่นๆ หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 300 บาท หลักฐานการให้บริการ อาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชดเชย **OP Self Isolation**

- พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จาก การยืนยันตัวตน (authentication)
- พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
- **พบหลักฐานการให้บริการ การประเมินอาการในครั้งแรกโดยแพทย์** การให้คำแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- **พบหลักฐานการติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
- พบหลักฐานหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ ทั้งนี้ความจำเป็นในการสั่งยา เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์
- **พบหลักฐานการบริการการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น** เมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีอาการเปลี่ยนแปลง และหรือ ให้ปรึกษาอื่นๆ **หลังให้การดูแลครบ 48 ชั่วโมง** ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย **300 บาท** หลักฐานการให้บริการอาจอยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณี OP With Self isolation

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....วันที่รับบริการ.....วันที่จำหน่าย.....
 ชื่อ-นามสกุล.....PID.....HN..... เพศ.....อายุ.....ปี สิทธิ UC ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง อื่น ๆระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทร.....ID Line (ถ้ามี).....
 อาการสำคัญ.....ผู้บันทึกข้อมูล (พยาบาล/แพทย์).....เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

การซักประวัติเพื่อประเมินอาการแรกรับ	ตรวจร่างกายแรกรับ	คำสั่งการรักษา
<input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะเสี่ยง	น้ำหนัก.....Kg.	รายการสั่งยา
<input type="checkbox"/> มีภาวะเสี่ยง (กลุ่มเสี่ยง 608) ระบุ	ส่วนสูง.....cm	<input type="checkbox"/> Favipiravir
<input type="checkbox"/> อายุ > 60 ปี	BT..... °C	<input type="checkbox"/> ฟ้าทะลายโจร
<input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ	PR...../min	<input type="checkbox"/> Paracetamol (500).....
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง	RR...../min	<input type="checkbox"/> Dextromethorphan.....
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด	BP...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> CPM.....
<input type="checkbox"/> โรคเมเร็ง	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LPM).....	<input type="checkbox"/> ORS.....
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	ผล Lab	<input type="checkbox"/> ยาคนไข้ที่จำเป็นต้องสั่งเพิ่ม.....
<input type="checkbox"/> โรคอ้วน (BMI > 30 or BW > 90 kg)	Chest X-ray <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
<input type="checkbox"/> CKD (โรคไตวายเรื้อรัง)	ถ้ามีผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ.....	
<input type="checkbox"/> หญิงตั้งครรภ์	ผลตรวจคัดกรอง	
ปัญหาและการวินิจฉัยอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> Rapid antigen test	แบบยินยอมเข้ารับการรักษา
.....	วันที่ตรวจ.....	ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาแบบ OP With Self isolation
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	ลงชื่อผู้ป่วย/ญาติ.....
Plan	<input type="checkbox"/> RTPCR (ถ้ามี) ผล.....	ลงชื่อพยาน.....
.....	วันที่ตรวจ.....	ผ่าน เบอร์โทรศัพท์.....
.....	หน่วยที่คัดกรอง.....	

การติดตามประเมินอาการ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.		การติดตามประเมินอาการ เมื่อเกิน 48 ชม. วันที่.....เวลา.....น.	
อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา	อาการแทรกซ้อน	การดูแลรักษา
<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ	<input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ไอ
<input type="checkbox"/> ไข้	<input type="checkbox"/> ไข้
<input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก
<input type="checkbox"/> Resting O2 sat <= 94%	<input type="checkbox"/> RestingO2 sat <= 94%
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ

การส่งต่อ	
Refer ไปยัง :	ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....
ส่งตัวเพื่อ :	(.....)
สาเหตุที่ส่ง :	เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลบริการ OP Self Isolation

การบันทึกแบบฟอร์ม ไม่มีผลต่อการจ่ายชุดเข็ย



**แนวทางการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีกลุ่มอาการสีเขียว
Home Isolation/ Community Isolation/
Hotel Isolation /โรงพยาบาลสนาม/ Hospitel**

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจประเมิน ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงการให้บริการและตรงกับข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้



1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อสกุล

2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อที่ได้จากระบบ Authen ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้

3. ต้องเป็นผู้ที่ติดเชื้อโควิด



2. ข้อมูลที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรูปแบบต่าง ๆ

2.1 ข้อมูลการติดตามประเมินอาการ

2.2 ข้อมูลการได้รับอาหาร

2.3 ข้อมูลการได้รับยาเฉพาะโรคโควิด 19 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ออกซิเจนจากหน่วยบริการ

2.4 ข้อมูลการตรวจคัดกรองซ้ำ ด้วยวิธี RT-PCR (ถ้ามีการเบิกชดเชย)



หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospitel/โรงพยาบาลสนาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน และ ชื่อ สกุล รวมทั้งหลักฐานในการยืนยันตัวตน เช่น ข้อมูลในระบบ authentication หรือ ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. เบอร์โทรศัพท์ของผู้ติดเชื้อหรือผู้ดูแลที่ได้จากระบบการยืนยันตัวตน (authentication) ที่สามารถติดต่อกับผู้ติดเชื้อได้ โดยเฉพาะในกรณี home isolation
3. หลักฐานการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์

หลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospital/โรงพยาบาลสนาม

หลักฐานที่หน่วยบริการให้บริการผู้ติดเชื้อในรายการต่าง ๆ

1. หลักฐานการติดตามประเมินอาการ ซึ่งอาจจะรวมทั้งหลักฐานอื่น ๆ ที่อยู่ในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การสื่อสารทางโปรแกรม line (chat line) ที่ติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น
2. หลักฐานการได้รับหรือส่งอาหารจากหน่วยบริการ
3. หลักฐานการได้รับหรือส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 จากหน่วยบริการ เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
4. หลักฐานการได้รับหรือส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวจากหน่วยบริการ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เป็นต้น
5. รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ถ้ามีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ RT-PCR

ตัวอย่างเอกสารบันทึก การติดตามประเมินอาการ ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

line



พบหลักฐาน การติดตามประเมินอาการ ตรงกับผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบตามจำนวนวันที่ขอเบิก

AMED

- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 10:44
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.7C 2.ชีพจร 96 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 98% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ และนำส่งเอกสารต่อไป
- นางสาว [redacted] วันที่ 8 ส.ค. 2564 เวลา 17:36
ติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 วันที่ 8/8/64 1.อุณหภูมิร่างกาย T 36.3C 2.ชีพจร 104 3.ออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2 97% ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่เหนื่อย กินได้ ขับถ่ายปกติ ไม่ซึม ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา อาหารครบ 3 มื้อ และนำส่งเอกสารต่อไป

รูปภาพประกอบรายงานประจำวัน



เอกสาร

การพิจารณาอาการ	แนวทางการประเมิน	ระดับอาการ
<input type="checkbox"/> ไอแห้ง (Dry cough) <input type="checkbox"/> เสมอขาว (Chest tightness) <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (Poor appetite) <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ (Nausea) <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ (Headache)	วัดไข้ 3-5 ครั้ง/วัน วัดชีพจร 96 ครั้ง/วัน วัด SpO2 98% วัดความดันโลหิต 110/70 mmHg วัดระดับน้ำตาลในเลือด 100 mg/dL	<input type="checkbox"/> Level 1 (green) ให้ยาตามแผนรักษา ให้ Paracetamol 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Doxycycline 100 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Cefixime 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Vitamin D3 1-2 ครั้ง/วัน
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (Dyspnea) <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก (Chest pain) <input type="checkbox"/> อาการอื่น (Other symptoms)	วัดไข้ 3-5 ครั้ง/วัน วัดชีพจร 104 ครั้ง/วัน วัด SpO2 97% วัดความดันโลหิต 110/70 mmHg วัดระดับน้ำตาลในเลือด 100 mg/dL	<input type="checkbox"/> Level 2 (yellow) ให้ยาตามแผนรักษา ให้ Paracetamol 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Doxycycline 100 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Cefixime 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Vitamin D3 1-2 ครั้ง/วัน
<input type="checkbox"/> อาการรุนแรง (Severe symptoms) <input type="checkbox"/> อาการอื่น (Other symptoms)	วัดไข้ 3-5 ครั้ง/วัน วัดชีพจร 104 ครั้ง/วัน วัด SpO2 97% วัดความดันโลหิต 110/70 mmHg วัดระดับน้ำตาลในเลือด 100 mg/dL	<input type="checkbox"/> Level 3 (red) ให้ยาตามแผนรักษา ให้ Paracetamol 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Doxycycline 100 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Cefixime 500 mg 1-2 ครั้ง/วัน ให้ Vitamin D3 1-2 ครั้ง/วัน

Day	วันที่สังเกต	ไข้ (°C)	ชีพจร (bpm)	SpO2 (%)	Medication	Patient Educate & Psychological Support / Progress Note	ผู้ประเมิน
1	5 ส.ค. 2564	38.1	98	98	ยาตามแผน		
2	6 ส.ค. 2564	37.7	96	98	ยาตามแผน		
3	7 ส.ค. 2564	37.1	96	98	ยาตามแผน		
4	8 ส.ค. 2564	36.7	96	98	ยาตามแผน		
5	9 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
6	10 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
7	11 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
8	12 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
9	13 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
10	14 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
11	15 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
12	16 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
13	17 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		
14	18 ส.ค. 2564	36.3	104	97	ยาตามแผน		

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการบริการอาหาร ตามจำนวนวันที่ขอเบิก

1. เอกสารการสั่งจ้าง ประกอบอาหาร / ส่งอาหาร
2. รายชื่อผู้ติดเชื้อ จำนวนวันที่ส่งอาหาร ประกอบการจัดจ้าง

คำจ่ายผู้ป่วยเดือนกรกฎาคม 2564

วันที่	ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	จำนวน (วัน/ 1 ชุด มี 3กล่อง)	ค่าอาหาร	ค่ารถส่งของอาหาร / ยา และ อุปกรณ์
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท
			1 เดือน	ที่อยู่เดียวกับ 120	1	321.00	รวมอยู่ในราคาเหมาส่ง ชั้นใน 230 บาท ชั้นนอก 402.50 บาท

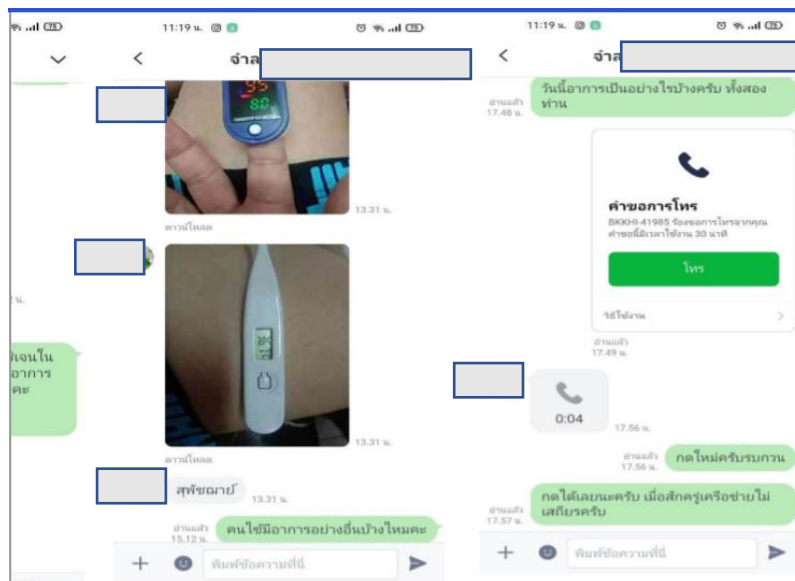
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	จ้างเหมาบริการจัดทำอาหารให้ผู้ป่วย พร้อมบริการส่งอาหารและ อุปกรณ์ทางการแพทย์	1	งาน	3,340,220.00	3,340,220.00
	1. ค่าอาหาร 3 มื้อ คิดค่าบริการ 321 บาท/คน/วัน				
	2. ค่าจัดส่งอาหาร วันละ 1 ครั้ง คิดค่าบริการ ดังนี้				
	2.1 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 230 บาท/คน/วัน				
	2.2 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 402.50 บาท/คน/วัน				
	3. ค่าจัดส่งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีนอกเหนือการจัดส่งปกติ				
	คิดค่าบริการ ดังนี้				
	3.1 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 230 บาท/ครั้ง				
	3.2 พื้นที่กรุงเทพมหานคร 402.50 บาท/ครั้ง				
	หมายเหตุ ชำระค่าบริการตามที่จัดส่งจริง			ราคาสินค้า	3,121,700.93
				ส่วนลดจากบริษัท	

ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการได้รับอุปกรณ์

พบหลักฐาน การส่งอุปกรณ์ ภาพการใช้อุปกรณ์ การบันทึกการส่ง/รับอุปกรณ์ ของผู้ติดเชื้อหรือบุคลากร ตรงกับ ผู้ติดเชื้อที่ตรวจสอบ

AMED



line

วันที่ 31 ส.ค.64 – 5 ก.ย.64 (Day1-6) ผู้ป่วยประสงค์ขอรับเป็นอาหารแห้งนำไปปรุงเอง



วันที่ 6-13 กันยายน 2564 (Day7-14) ผู้ป่วยประสงค์ขอเปลี่ยนเป็นอาหารปรุงสุก 3 มื้อ



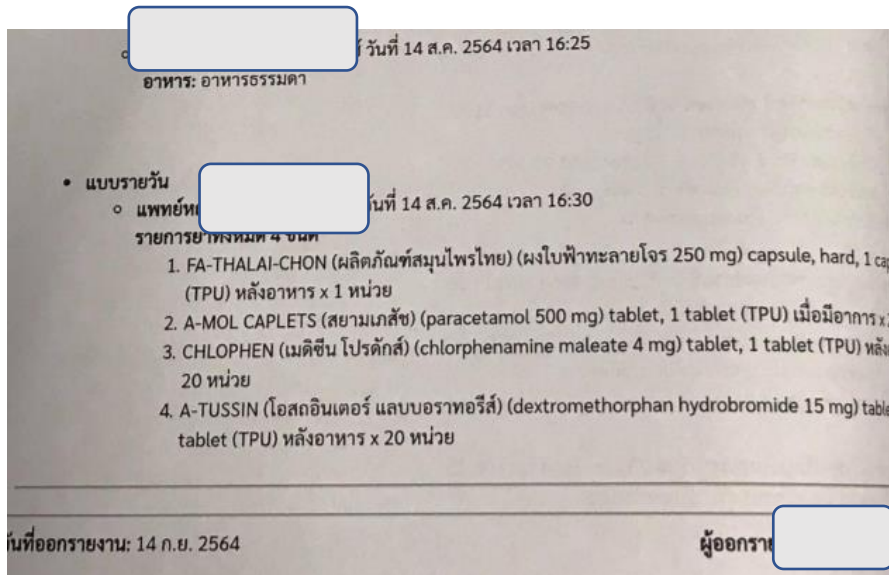
ภาพถ่าย

บันทึกการพยาบาล

- นางสาว [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 10:25
รับใหม่ 02/09/64 แรกรับ : ปวดศีรษะเล็กน้อย คอแห้ง ตรวจ : คลินิก [redacted] ATK+ 01/09/64 ต้องการอาหาร ยาสามัญ 1 ชุด และ ปรอท เครื่องวัดออกซิเจน จัดให้แล้วเตรียมมาจ่ายค่ะ
- นาง [redacted] วันที่ 2 ก.ย. 2564 เวลา 16:37
วันนี้มีญาติมารับเครื่องออกซิเจนปลายนิ้วเรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างเอกสารการสั่งยา / ได้รับยา

พบหลักฐาน คำสั่งการรักษา การส่งยา ให้กับผู้ติดเชื้อ
พบบันทึก/ภาพ การได้รับยา



AMED

ใบสั่งการรักษาพยาบาล

วันที่ (เวลา)	สั่งการครั้งเดียว	วันที่ (เวลา)	สั่งใช้ตลอดไป
30/07/64 08.00 น.	Admit ward Home Isolation CXR portable ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการ รับการรักษาในรพชกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผ่านทาง <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> Line Application/ VDO call ลงชื่อ พยาบาล (.....) ลงชื่อ แพทย์ผู้ได้คำแนะนำ (.....) ลงชื่อ (.....) ลงชื่อ (.....)	30/07/64 08.00 น.	- Regular Diet - Record V/S, SpO2 OD - Medication Paracetamol (500) Sig. 1 tab o prn q 4-6 hours Dextromethorphan Sig. 1 x 3 o pc Chlorpheniramine Sig. 1 x 1 o hs Favipiravir (200) Sig. 9 tabs o bid x 1 day then 4 tabs o bid x 9 days (รวม 10 วัน)

916164 - ๑๐ ใจ

๑๐ tab

เอกสาร



ต้องมีรายละเอียดเป็นรายบุคคล

เกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายชดเชยกลุ่มอาการสีเขียว HI/CI/Hotel isolation/Hospital/โรงพยาบาลสนาม

1. พบว่าเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ติดเชื้อและหรือ ชื่อ-ชื่อสกุล ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการยืนยันตัวตน (authentication)
2. พบหลักฐานเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผลการตรวจ หรือการบันทึกผล/การวินิจฉัยของแพทย์
3. พบหลักฐานการประเมินอาการและการจัดส่งอาหาร ตามรายการและจำนวนวันที่เหมาะจ่ายค่าใช้จ่าย
4. พบหลักฐานการให้บริการหรือจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือหลักฐานการบันทึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว
5. พบหลักฐานการสั่งยา หรือจัดส่งยาเฉพาะโรคโควิด 19 เช่น ยาฟ้าทะลายโจร
6. พบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อไวรัส (Antigen) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
 - พบรายงาน ที่เป็น official report มีมาตรฐานตามสภาเทคนิคการแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนด ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR



ขอบคุณมากค่ะ