

**แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการเพื่อเข้าร่วมเครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษา  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (STEMI Fast Track)**

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับหน่วยบริการแม่ข่าย (Self Assessment)

ชื่อหน่วยบริการ ..... จังหวัด ..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

**1. คุณสมบัติของหน่วยบริการแม่ข่าย**

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.1	เป็นหน่วยบริการ และมีเครือข่ายบริการ ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
1.2	ผ่านการรับรองคุณภาพ (HA หรือ ISO 9001:2000, ISO 9001:2008 ทั้งระบบ) และ ยังไม่หมดอายุการรับรอง หรือ อยู่ระหว่างการขอรับรอง หรือ อยู่ระหว่างการขอรับรองคุณภาพระบบอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล		
1.3	สามารถให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated Myocardial Infarction: STEMI) และสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้อง		
1.4	สามารถแบ่งระดับความรุนแรง และประเมินความรีบด่วนในการรักษาได้แม่นยำ		
1.5	สามารถรักษาโรค ASTEMI ด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ		
1.6	สามารถวินิจฉัย และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว		
1.7	สามารถเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม		
1.8	สามารถรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น เพื่อให้การรักษาโรค STEMI และโรคแทรกซ้อนที่สถานพยาบาลอื่นไม่สามารถดูแลได้		
1.9	สามารถให้คำแนะนำในการดูแลรักษาโรค STEMI รวมทั้งขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วยที่เหมาะสม แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ขอรับคำปรึกษา		

**2. ศักยภาพของหน่วยบริการแม่ข่าย**

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2.1	<b>ความพร้อมด้านสถานที่</b>		
	1) มีห้องฉุกเฉินหรือสถานที่ ที่สามารถรับผู้ป่วย STEMI ได้		
	2) มี ICU หรือ CCU ไว้สังเกตอาการผู้ป่วย ได้ตลอด 24 ชั่วโมง		
	3) มีคลังเลือด หรือ หน่วยบริการที่สามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมง		
2.2	<b>ความพร้อมด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์</b>		
	1) มีเครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง ได้แก่ Cardiac enzyme และ/ หรือ Cardiac Troponin, CBC plt count, PTT, BUN, Cr, Electrolyte		
	2) มีการสำรอง FFP หรือ Cryoprecipitate ให้สามารถใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง		
	3) มีเครื่องตรวจ หรือสามารถจัดหาบริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ/ หรือ เครื่องมือ เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจชนิดพิเศษ เช่น เครื่องตรวจสมรรถภาพของหัวใจขณะออกกำลังกาย เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง		
2.3	<b>ความพร้อมด้านบุคลากร</b>		
	1) มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรือ อายุรแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย STEMI		
	2) มีคัลยแพทย์โรคหัวใจ หรือ แพทย์อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ได้รับการรับรองจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ (กรณีที่ไม่มีคัลยแพทย์โรคหัวใจ หรือ แพทย์อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องสามารถขอความร่วมมือจากหน่วยบริการใกล้เคียง)		

2. ศักยภาพของหน่วยบริการแม่ข่าย (ต่อ)

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
	3) มีพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน/ CCU/ ICU		
2.4	ความพร้อมด้านการสนับสนุนลูกข่าย		
	1) เป็นที่ปรึกษาแก่ลูกข่ายในการวินิจฉัย STEMI พัฒนาศักยภาพลูกข่ายให้มีความสามารถ ในการประเมินอาการ การวินิจฉัยโรค การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการส่งต่อผู้ป่วย อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย (ในกรณีหน่วยบริการลูกข่ายไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ หน่วยบริการลูกข่ายไม่สามารถให้การดูแลหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด)		
	2) พัฒนาศักยภาพลูกข่าย ให้สามารถรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนให้บริการในโรงพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย		

ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

( )

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

**แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการเพื่อเข้าร่วมเครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษา  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (STEMI Fast Track)  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

สำหรับหน่วยบริการลูกข่าย ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

ชื่อหน่วยบริการ ..... จังหวัด ..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

**1. คุณสมบัติของหน่วยบริการ**

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.1	เป็นหน่วยบริการ และเป็นเครือข่ายบริการ ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
1.2	ผ่านการรับรองคุณภาพ (HA หรือ ISO 9001:2000, ISO 9001:2008 ทั้งระบบ) และ ยังไม่หมดอายุการรับรอง หรือ อยู่ระหว่างการขอรับรอง หรือ อยู่ระหว่างการขอรับรองคุณภาพระบบอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล		
1.3	สามารถให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated Myocardial Infarction: STEMI) และสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้อง		

**2. ความพร้อมของหน่วยบริการ**

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2.1	<b>ความพร้อมด้านสถานที่</b>		
	1) มีห้องฉุกเฉินหรือสถานที่ ที่สามารถรับผู้ป่วย STEMI ได้		
	2) มี ICU หรือ หอผู้ป่วยระบบหัวใจ ไ่ว์สังเกตอาการผู้ป่วย ได้ตลอด 24 ชั่วโมง		
2.2	<b>ความพร้อมด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์</b>		
	1) มีเครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง ได้แก่ Cardiac enzyme และ/ หรือ Cardiac Troponin, CBC plt count, PTT, BUN, Cr, Electrolyte		
	2) มีการสำรอง FFP หรือ Cryoprecipitate ให้สามารถใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง		
	3) มีเครื่องตรวจ หรือสามารถจัดหาบริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ/ หรือ เครื่องมือ เครื่องตรวจการ ทำงานของหัวใจชนิดพิเศษ		
2.3	<b>ความพร้อมด้านบุคลากร</b>		
	1) มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรือ อายุรแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย STEMI หรือได้รับการฝึกอบรมและรับรองจากหน่วยบริการแม่ข่าย		
	2) มีพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน/ ICU		
	3) มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรือ แพทย์อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ได้รับการรับรองจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ (กรณีที่ไม่มีแพทย์อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องสามารถขอความร่วมมือจากหน่วยบริการใกล้เคียง)		
2.4	<b>ความพร้อมด้านการประสานงานกับแม่ข่าย</b>		
	1) สามารถสื่อสารกับแม่ข่าย เพื่อ Confirm Diagnosis		
	2) สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังแม่ข่าย กรณีไม่สามารถให้การดูแลหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย		
	3) มีศักยภาพในการรับดูแลผู้ป่วยที่รับกลับจากแม่ข่าย เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย		

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

( )

ตำแหน่ง .....



แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการเพื่อเข้าร่วมเครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษา  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (STEMI Fast Track)  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับหน่วยบริการลูกข่าย **ที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้**

ชื่อหน่วยบริการ ..... จังหวัด ..... วัน เดือน ปี ที่ประเมิน .....

1. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.1	เป็นหน่วยบริการ และเป็นเครือข่ายบริการ ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
1.2	ผ่านการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation: HA <u>หรือ</u> ISO 9001:2000, ISO 9001:2008 ทั้งระบบ) <u>หรือ</u> อยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพของ HA		
1.3	สามารถจำแนกและคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated Myocardial Infarction: STEMI) และสามารถส่งต่อได้ถูกต้อง		

2. ความพร้อมของหน่วยบริการ

ลำดับ	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2.1	ความพร้อมด้านสถานที่ 1) มีห้องฉุกเฉิน หรือสถานที่ ที่สามารถรับผู้ป่วย STEMI ได้		
2.2	ความพร้อมด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ 1) มีเครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง ได้แก่ Cardiac enzyme และ/ หรือ Cardiac Troponin, CBC plt count, PTT, BUN, Cr, Electrolyte 2) มีเครื่องตรวจ หรือสามารถจัดหาบริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ		
2.3	ความพร้อมด้านบุคลากร 1) มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน <u>หรือ</u> อายุรแพทย์ ที่สามารถวินิจฉัยอาการผู้ป่วย STEMI ได้		
2.4	ความพร้อมด้านการประสานงานกับแม่ข่าย 1) สามารถสื่อสารกับแม่ข่าย เพื่อ Confirm Diagnosis 2) สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังแม่ข่าย เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย 3) มีศักยภาพในการรับดูแลผู้ป่วยที่รับกลับจากแม่ข่าย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง		

ข้อเสนอแนะ .....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
( )  
ตำแหน่ง .....

วันที่.....