

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน

นางปรารถนา วันดี

หัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐประเทศ

เป้าหมาย

๑. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประเทศ ตามมาตรฐานสากล
๒. ลดการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม
๓. ลดการเสียชีวิตของทั้งชาวไทย ชาวกัมพูชาและชาวต่างชาติที่ข้ามไปมาระหว่างประเทศ ของทั้ง ๒ จังหวัด

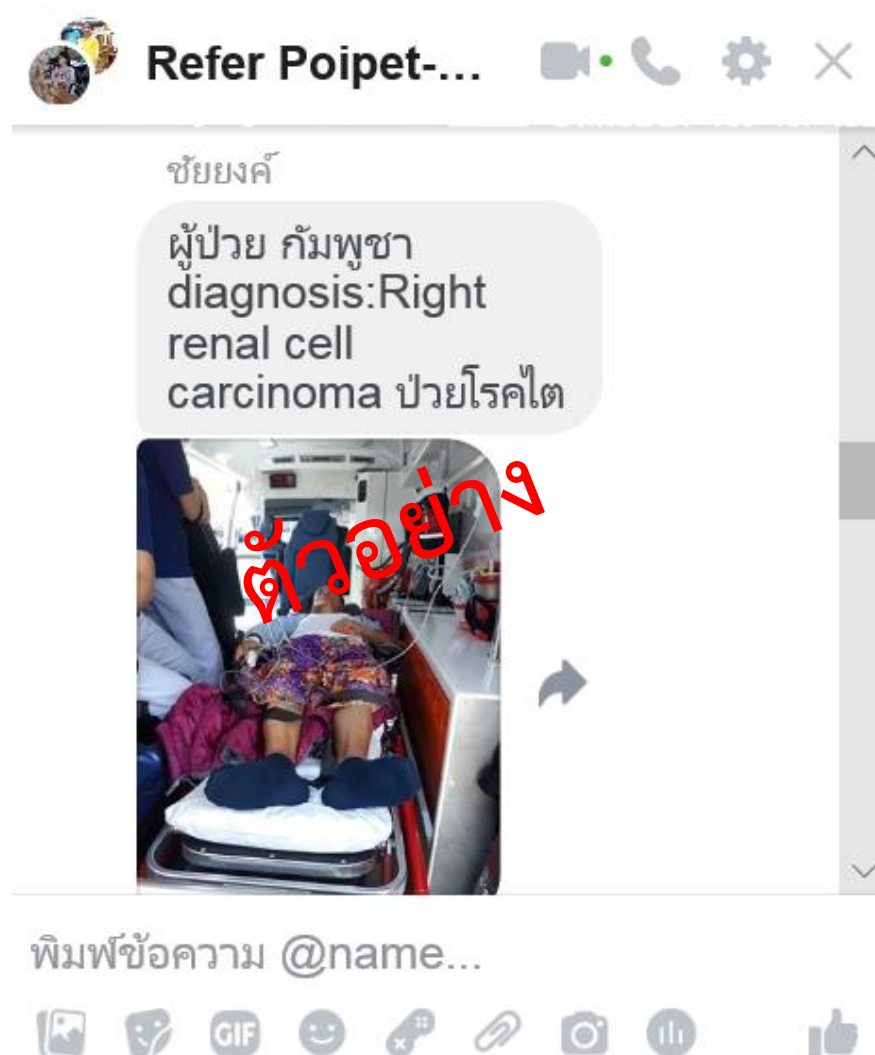
การดำเนินการ

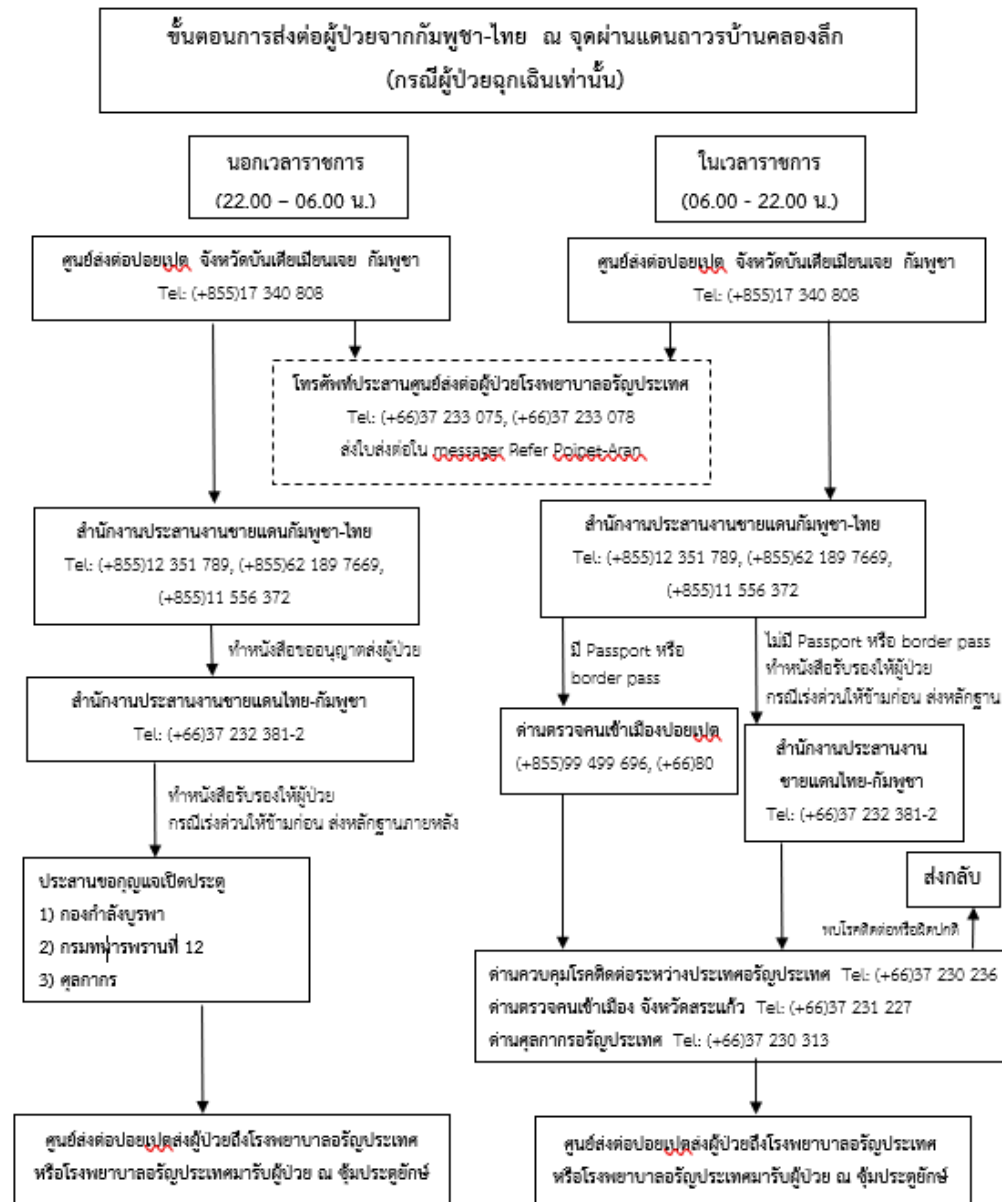
ปี ๒๕๖๐ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาหา
บริบทสภาพปัญหาการส่งต่อระหว่างชายแดนไทย-กัมพูชา
และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ปี ๒๕๖๑ MOD การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยพัฒนา
ระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ จังหวัด
สระแก้วกับจังหวัดบันเตียเมียนเจย

ปี ๒๕๖๒ การประชุมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย
ข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดสระแก้วและจังหวัดบันเตีย
เมียนเจย

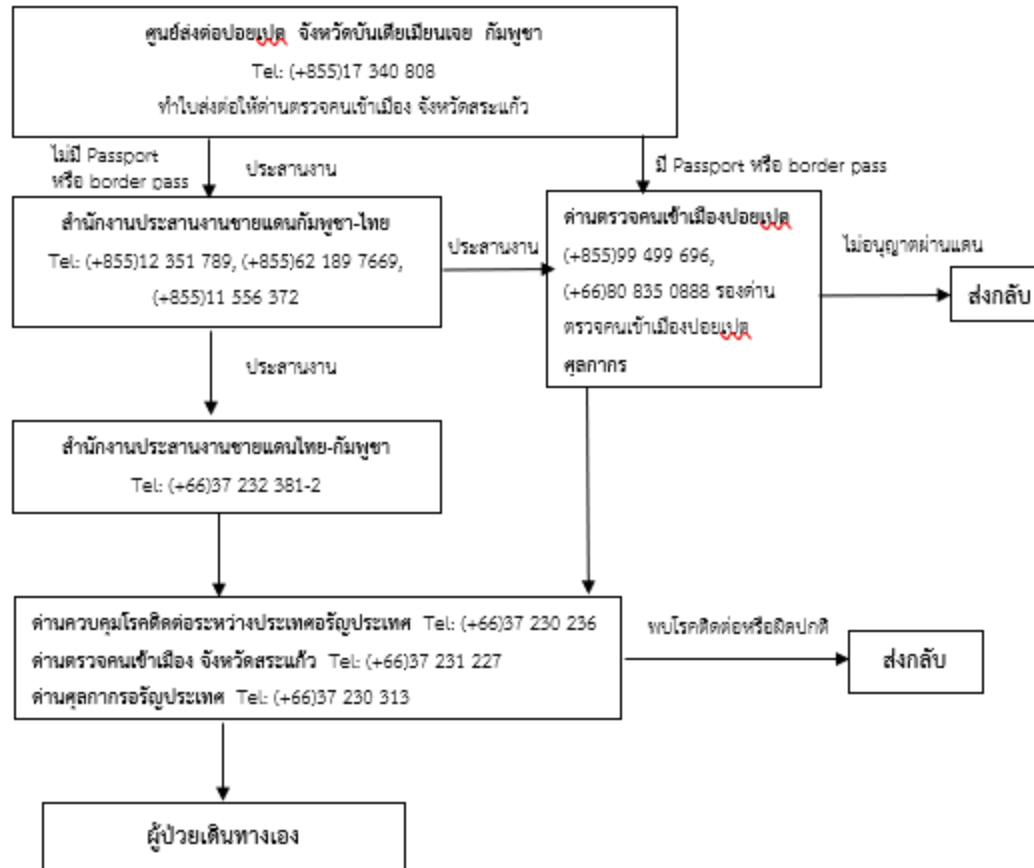
การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยทาง Messenger จังหวัดสระแก้ว-จังหวัดบึงเตี้ยเมียนเจย





- หมายเหตุ 1. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการรุนแรง จำเป็นต้องส่งเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปก่อนแล้วส่งเอกสารภายหลัง
2. กรณีฉุกเฉินนอกเวลา เปิดด่านหลังเวลา ๒๒.๐๐ น. ให้ประสานสำนักประสานความร่วมมือชายแดนไทย-กัมพูชา(สนป.ก.)

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยจากกัมพูชา-ไทย ณ จุดผ่านแดนถาวรบ้านคลองลึก
(กรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เฉพาะในเวลา 06.00 – 22.00 น.)



เบอร์โทรศัพท์ประสาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (+66)37 425 141 Ext. 308

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว Tel/Fax: (+66)37 243 023, (+66)81 982 4664

กองกำลังบูรพา (+66)37 261 511, (+66)37 261 218 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันเตียเมียนเจย (+855)12 737 470

โรงพยาบาลปอยเปต (+855)77 632 780

โรงพยาบาลมงคบุรี (+855)12 666 120

Banteay Meanchey - Sa kaeo Referral form

Patient's name Sex Age DOB/...../.....(DD/MM/YY)
 ID no / Passport no (Date of issue/...../..... Date of expire/...../.....)
 Parent's name (if the patient is a child) Tel
 Address
 Tel Interpreter : Y/N Language

Hospital

/...../.....

Dear Dr./Sir/Madam

Patient's name : Age
 Chief complaints :
 Symptoms/signs :

Co-morbidities/Past history/Family history
 Lab/X-ray

Diagnosis :
 Treatment given :

Reason for referral :

Dr..... Tel E-mail/line ID

Sakaeo – Banteay Meanchey Referral form

Patient's name Sex Age DOB/...../.....(DD/MM/YY)
 ID no / Passport no (Date of issue/...../..... Date of expire/...../.....)
 Parent a name (if the patient is a child) Tel
 Address
 Tel Interpreter : Y/N Language

Hospital

/...../.....

Dear Dr./Sir/Madam

Patient's name : Age
 Chief complaints :
 Symptoms/signs :

Co-morbidities/Past history/Family history
 Lab/X-ray

Diagnosis :
 Treatment given :

Reason for referral :

Dr..... Tel E-mail/line ID

Thank You