คู่มือแพทย์ประจำบ้าน

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2566

คำนำ

คู่มือแพทย์ประจำบ้านภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านของภาควิชาฯ ใช้ประกอบการปฏิบัติงานหลักสูตร ดังนั้น เนื้อหาในคู่มือฯ เล่มนี้จึงประกอบไปด้วย รายละเอียดของฝึกปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ การทำกิจกรรมทางวิชาการ รวมทั้งการประเมินเพื่อเลื่อนชั้นปี และการสอบวุฒิบัตรฯ

อย่างไรก็ตามรายละเอียดอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม โดยการพิจารณาของคณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมการฝึกอบรม

คณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญา

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. พันธกิจของการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านวิสัญญีวิทยา	4
2. การปฏิบัติตัวทั่วไป/การปฏิบัติงานในเวลาราชการ	7
3. Academic Activity	10
4. Rotation แพทย์ประจำบ้าน	13
5. การทำงานวิจัย	14
6. ข้อแนะนำในการรายงานเคส pre-anesthetic visit	16
7. ข้อคำแนะนำในการอยู่เวรนอกเวลาราชการ	18
8. การพบอาจารย์ที่ปรึกษา	20
9. ระเบียบการลาของแพทย์ประจำบ้าน	22
10. สวัสดิการของแพทย์ประจำบ้าน	23
11. เกณฑ์ผ่านการเลื่อนชั้นปีและส่งสอบวุฒิบัตรฯ	24
12. การสอบเพื่อวุฒิบัตร ฯ	28
13. ภาคผนวก	30
- Rotation แพทย์ประจำบ้าน	31
- แนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านเมื่อเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน	32
- แนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านเมื่อเกิดภาวะเครียด	33

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พันธกิจของการฝึกอบรมหลักสูตร

ภาควิชาฯ ได้กำหนดพันธกิจด้านการศึกษาของแผนฝึกอบรมเพื่อผลิต “วิสัญญีแพทย์ธรรมศาสตร์เพื่อประชาชน” เพื่อให้ได้วิสัญญีแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ระบบสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชน และระดับประเทศที่ยังขาดแคลนแพทย์และวิสัญญีแพทย์ รวมถึงทรัพยากรอันจำกัด
ทำให้ระบบมีความต้องการวิสัญญีแพทย์ที่มีความรู้และทักษะทางด้านวิสัญญีและมีความสามารถทำงานได้ในหลายบทบาท สามารถปรับตัว และปฏิบัติงานเพื่อให้เข้าบริบทสถานการณ์และความต้องการของชุมชน แผนการฝึกอบรมจึงได้กำหนดคุณสมบัติของวิสัญญีแพทย์ที่จบจากหลักสูตรจะต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถทั้งทางด้านวิสัญญีและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ ดังนี้

1. มีความรู้และทักษะทั้งทางด้านวิสัญญีวิทยา ทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย
2. มีความสามารถในการเรียนรู้จากการปฏิบัติและมีความใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถนำทักษะในด้านการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มีความรู้ในด้านเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การทบทวนวรรณกรรมเพื่อติดตามความก้าวหน้าความรู้ต่างๆ ด้านวิสัญญีมาประยุกต์ใช้ รวมถึงทราบระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้สามารถผลิตงานวิจัยอันเกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ ได้
3. มีความสามารถด้านการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร รวมถึงการบริหารจัดการการทำงานให้เข้ากับระบบ เพื่อการทำงานเป็นทีมและสามารถร่วมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของชุมชน
4. ผู้มีความรับผิดชอบ มีคุณธรรมจริยธรรม คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม มีมนุษยสัมพันธ์และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงานทุกระดับชั้นและองค์กร

แผนการฝึกอบรมของภาควิชาฯ เน้นการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นศูนย์กลางโดยกระตุ้นเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้แสดงความรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ของตนเองและได้สะท้อนการเรียนรู้นั้นๆ (self-reflection)

ภายใต้การกำกับดูแล (supervision) ประเมินและให้ข้อมูลป้อนกลับ (appraisal and feedback) อย่างเป็นระบบ

ผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรม

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาวิสัญญีวิทยาต้องมีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถขั้นต่ำตามสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้านดังนี้

1. การบริบาลผู้ป่วย (patient care)

ก. มีทักษะในการดูแลด้านวิสัญญีวิทยาตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการระงับ ความรู้สึก

ข. มีทักษะในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เฉพาะส่วน และเฝ้าระวังระหว่างการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคต่างๆ และในผู้ป่วยประเภทต่างๆ

ค. มีทักษะในการดูแลทางเดินหายใจ (airway management)

ง. มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยขั้นสูง (advance cardiac life support))

จ. มีทักษะในการดูแลและรักษาผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (perioperative critical care)

ฉ. มีทักษะในการจัดการความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง (acute and chronic pain management)

2. ความรู้และทักษะหัตถการเวชกรรม (medical knowledge and procedural skills) สามารถทำเวชปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของสาขาวิชาที่เข้ารับการฝึกอบรม

ก. ประยุกต์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และวิทยาศาสตร์คลินิกที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีวิทยา

ข. มีความรู้ความสามารถในเวชปฏิบัติ สาขาวิสัญญีวิทยา

3. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการพัฒนาตนเอง (practice-based learning and improvement) โดยสามารถปฏิบัติงานด้านวิสัญญีวิทยาแบบสหวิชาชีพหรือเป็นทีมได้

ก. เรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วย โดยประเมินความสามารถของตนเอง และนำมาพัฒนาเวชปฏิบัติ

ข. ดำเนินการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

ค. วิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์ และสามารถนำมาประยุกต์

4. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills)

ก. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและอภิปรายปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ข. ถ่ายทอดความรู้และทักษะ ให้แพทย์ นักศึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ค. สื่อสารให้ข้อมูลแก่ญาติ และผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
โดยมีเมตตาเคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ง. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

จ. เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่แพทย์ และบุคคลากรอื่น โดยเฉพาะทางวิสัญญีวิทยา

5. ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism)

ก. มีคุณธรรมจริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ และชุมชน

ข. มีทักษะด้านที่ไม่ใช่เทคนิค (non-technical skills)
และสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม

ค. มีความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (continuing medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (continuing professional development)

ง. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย

จ. คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม

6. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (system-based practice)

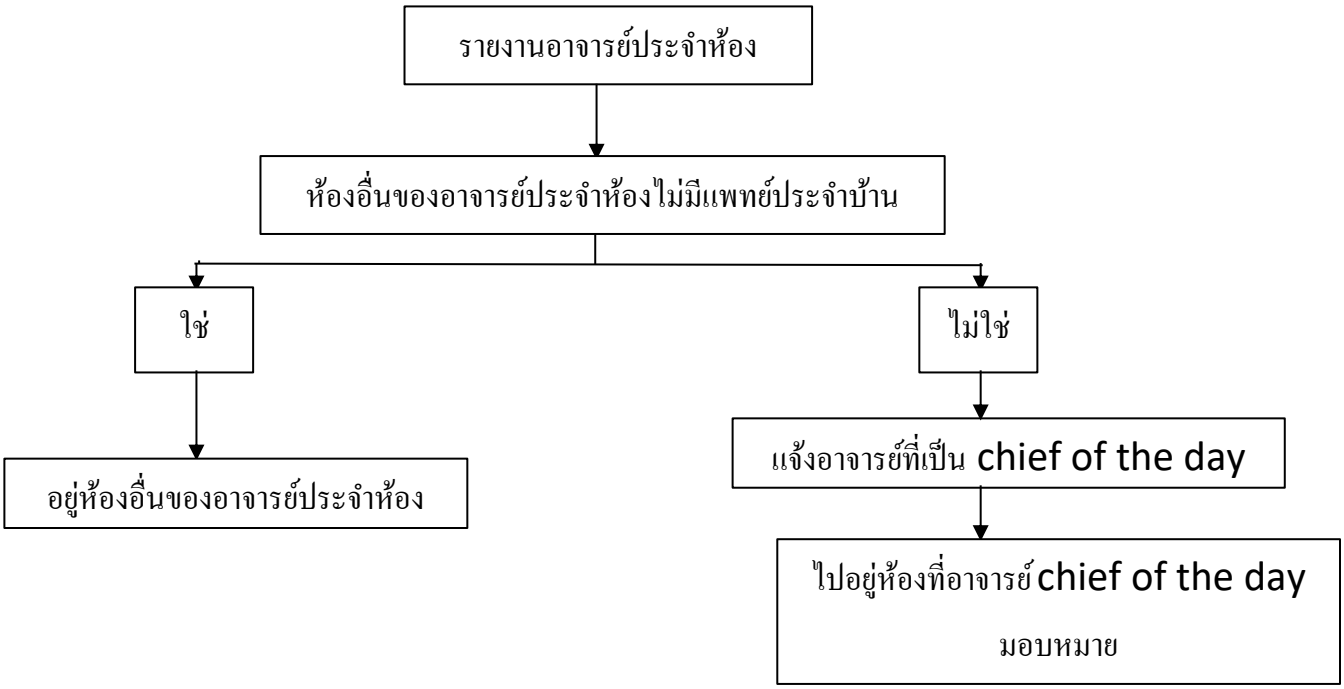
ก. มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ

ข. มีความรู้และมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

ค. ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม (cost consciousness medicine)
สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

<u>การปฏิบัติตัวทั่วไป</u>

1. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิและหน้าที่เท่าเทียมกัน พึงยกย่องให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน และให้เกียรติผู้ร่วมงานทุกระดับ
2. แพทย์ประจำบ้านควรตระหนัก เคารพด้านข้อกำหนดทางเพศ วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ร่วมงานและผู้ป่วยทุกคน ซึ่งพึงระวังว่าอาจทำให้เกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานได้
3. แพทย์ประจำบ้านมีอิสระทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ภายใต้กรอบความสามารถที่ภาควิชาฯกำหนด ภายใต้การดูแลของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม ควรปรึกษาแพทย์ผู้มีประสบการณ์มากกว่าหากไม่แน่ใจในการดูแลรักษา ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก
4. แพทย์ประจำบ้านพึงเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
5. แพทย์ประจำบ้านต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย
6. แพทย์ประจำบ้านมีอิสระในการทำวิจัย สามารถเลือกหัวข้อวิจัยได้โดยอิสระ โดยเคารพหลักจริยธรรมการวิจัยในคน มีอิสระในการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ
7. แพทย์ประจำบ้านควรแต่งกายให้เหมาะสม ตามประกาศโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง ระเบียบการแต่งกายของแพทย์ประจำบ้าน พ.ศ. 2565 (ภาคผนวก)
8. 8.00 – 8.50 น. เข้า Academic activity ที่กำหนด เมื่อปฏิบัติงานในภาควิชาฯ
9. เมื่อแพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานในหน่วย(rotation)ที่ต้องให้การระงับความรู้สึก
    - ก่อน 8.00 น. มาเตรียมห้องผ่าตัดที่ตนเองรับผิดชอบในวันนั้น เตรียมและตรวจสอบเครื่องดมยาสลบรวมถึงยาและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ให้พร้อมใช้งาน
    - 9.00 – 16.00 น. ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
    - ถ้าเคสในห้องเสร็จและไม่มีเคสต่อ หรือมีเคสที่ไม่ใช้บริการทางวิสัญญี (Local anesthesia) ให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติ ดังนี้



10. วันจันทร์ พุธ และศุกร์จะมีอาหารกลางวัน สามารถขึ้นไปรับประทานได้ที่ ชั้น 5 ตึกกิตติวัฒนา (วันอังคารและวันพฤหัสบดี ต้องซื้ออาหารมาเอง โดยนำขึ้นไปรับประทานที่ห้องอาหารชั้น M)
11. เมื่อออกนอกห้องผ่าตัด โดยที่ยังใส่ชุดห้องผ่าตัด ให้ใส่เสื้อคลุมพร้อมติดกระดุมเสื้อให้เรียบร้อย ไม่สวมรองเท้าที่ใช้ในห้องผ่าตัดออกนอกห้องผ่าตัด และถอดหมวกคลุมผมออก
12. แพทย์ประจำบ้านจะปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของอาจารย์ผู้ดูแลโดย
    - อาจารย์ผู้ดูแลจะอนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านดูแลเคสได้เองโดยคอยเป็นที่ปรึกษา เมื่อแพทย์ประจำบ้านอยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติงานได้เองโดยไม่ต้องกำกับดูแล (EPA Level 4)
    - ผู้ป่วยกลุ่ม Neonate/infant, Simple open cardiac surgery และ Cancer/neuropathic pain แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานได้เองภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ (EPA Level3)
    - แพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการประเมิน EPA จะต้องแจ้งให้อาจารย์ทุกท่านทราบ โดยการติดระดับการผ่านประเมินบนบอร์ดกลาง
13. แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ช่วยสอน ให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านรุ่นน้อง, นักศึกษาวิสัญญีพยาบาล และนักศึกษาแพทย์
14. การขอเปลี่ยนตารางการปฏิบัติงาน (rotation)
    ต้องมีเหตุผลอันสมควรและไม่กระทบการทำงานของผู้อื่น โดยขออนุมัติจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบ (กรรมการการศึกษาหลังปริญญา) อย่างน้อย 1 เดือนก่อนปฏิบัติงานจริง และต้องเขียนบันทึกขอเปลี่ยนตารางการปฏิบัติงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

15. หากแพทย์ประจำบ้านมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือหลักสูตร ให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญาและหากมีปัญหาส่วนตัวสามารถปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ที่สามารถปรึกษาได้
16. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 หรือ 3 มีหน้าที่จัดตารางทำงานประจำวันของวันรุ่งขึ้น โดยมีอาจารย์เวรเป็นที่ปรึกษา โดยแพทย์ประจำบ้านที่วนในแต่ละหน่วยควรตรวจสอบว่าตนเองยังขาดเคสอะไร แล้วแจ้งแพทย์ประจำบ้านที่จัดตารางทำงาน เช่น แพทย์ประจำบ้านที่วนหน่วย orthopedic แต่ยังไม่ได้อยู่ห้อง spine ให้แจ้งแพทย์ประจำบ้านที่จัดตารางทำงาน จัดเข้าห้องในวันที่มีเคส spine เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีประสบการณ์ในหน่วยย่อยได้ครบถ้วน
17. ในเวลาปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านสามารถขออนุญาตอาจารย์ผู้ดูแล เพื่อออกไปปฏิบัติศาสนกิจได้ตามความเหมาะสม

Academic Activity เวลา 8.00 - 8.50 น.

1. แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีนำเสนอ academic activity จำนวน 3 ครั้งต่อปี ดังนี้
    - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ทำ Journal Club 2 ครั้ง และ Interesting case 1 ครั้ง
    - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ทำ Journal Club 1 ครั้ง, Interesting case 1 ครั้ง และ Topic review 1 ครั้ง
    - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ทำ Interesting case 2 ครั้ง และ Topic review 1 ครั้ง
2. Academic activity อื่น ๆ ที่แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วม
    - Morning Report ทุกวันจันทร์ โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 เป็นผู้นำเสนอ และชั้นปีที่ 2 หรือ 3 เป็น moderator
    - Morbidity & Mortality Conference ทำทุกวันศุกร์ที่ 4 ของทุกเดือน
      โดยมีแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 เป็นผู้รับผิดชอบ
      ปรึกษาอาจารย์ผู้ดูแลเพื่อเลือกนำเสนอ 5 เคส ถ้าไม่สามารถนำเสนอได้ครบ
      ให้นำเคสไปรวมกับเคสในเดือนถัดไป โดยแต่ละเคสสามารถอยู่ในรายการนำเสนอได้ไม่เกิน 2 เดือน
    - SDL สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ในวันพุธ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ใน 3 เดือนแรกของการฝึกอบรม ซึ่งเป็นการเรียน PBL basic sciences
    - SDL สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 ในวันอังคารสัปดาห์ที่ 2 และ 4
      ซึ่งเป็นการนำเสนอเรื่องหรือหัวข้อที่น่าสนใจ
    - Acute pain inter-hospital conference ทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน เวลา 13.00-14.00 น
    - Monthly meeting
      การประชุมประจำเดือนระหว่างแพทย์ประจำบ้านและคณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญาเพื่อการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอและติดตามความเป็นอยู่และการอบรมในทุกมิติระหว่างการฝึกอบรม ทุกอังคารแรกของเดือน
    - Simulation การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 4 เวลา 10.00-12.00 หรือ 13.00-15.00 น. โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 เรียนจำนวน 4 ครั้งต่อปีการศึกษา และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 เรียนจำนวน 8 ครั้งต่อปี
    - Interhospital lecture สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1
      จะได้รับสื่อการสอนอิเล็กโทรนิกส์ สำหรับ lecture ในแต่ละหัวข้อ เพื่อนำไปศึกษา

และจัดให้มีเวลาเรียนการบรรยายร่วมกันทุกคนในวันอังคาร
กลางเดือนกรกฎาคมถึงกลางเดือนกันยายน 12.00-14.00 น. รวมเวลารับประทานอาหาร

- กิจกรรมทบทวนวิชาการ สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 จัดให้เวลา 14.00-15.00 น. ทุกวัน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายนของทุกปี

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
สัปดาห์ 1	Morning report	Monthly meeting		Interesting/ Journal club	Topic review
สัปดาห์ 2	Morning report	SDL R2-3	SDL R1 APS conf.	Interesting/ Journal club	Topic review
สัปดาห์ 3	Morning report			Interesting/ Journal club	Topic review
สัปดาห์ 4	Morning report	SDL R2-3	SDL R1 Simulation	Interesting/ Journal club	M&M

3. รายละเอียดอื่นๆ

- Journal club, Topic review และ Interesting case:
แพทย์ประจำบ้านต้องทำการนัดพบและปรึกษาอาจารย์ที่คุม activity นั้นๆ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือนเพื่อทำการเลือกเคสหรือหัวข้อในการนำเสนอ

โดยการนำเสนอนี้แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกหัวข้องานวิจัยหรือเคสอย่างอิสระให้เนื้อหาสอดคล้องกับชั้นปี และนำมาปรึกษาอาจารย์ผู้ดูแล
อาจารย์จะเป็นผู้แนะนำปรับปรุงให้เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนและจะมีการประเมินโดยอาจารย์ผู้ดูแลและอาจารย์ผู้ร่วมฟังที่ได้รับมอบหมายให้ประเมินอีก 2 ท่าน ซึ่งเกณฑ์ผ่านต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ถ้าไม่ผ่านต้องมีการนำเสนอใหม่ภายใน 1 เดือน ถ้าครั้งที่ 2 ไม่ผ่าน ให้ทำรายงานส่ง

- Journal club ให้นำเสนอพร้อมวิพากษ์บทความ (Critical appraisal) เป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ควรเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี
- Morning report: แพทย์ประจำบ้านรวบรวมเคสนอกเวลาในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โดยในแต่ละวันที่อยู่เวรให้แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์เวรวันนั้นๆเลือกเคสที่น่าสนใจมา 1 เคส แล้วนำมารวบรวมให้อาจารย์ที่คุม activity **เลือกในวันพุธ และนำรายละเอียดของเคสมาอภิปรายคร่าวๆเพื่อทราบประเด็นที่ควรอ่านเพิ่มเติมภายในวันศุกร์**ก่อนนำเสนอ
- SDL และ MM ต้องติดต่ออาจารย์ที่คุม activity นั้นล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์

Rotation แพทย์ประจำบ้าน

1. แพทย์ประจำบ้านต้องมีเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 80%ของแต่ละrotation ถ้ามีเหตุที่แพทย์ประจำบ้าน ปฏิบัติงานไม่ถึง 80% ในrotation นั้น แพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติงานเพิ่มในrotation นั้น และถ้าเวลาปฏิบัติงานไม่ถึง 80% ตลอดปีการศึกษา จะไม่อนุญาตให้เลื่อนชั้นหรือส่งสอบวุฒิบัตรในปีนั้นๆ
2. Rotation ที่ฝึกอบรมในหน่วยงาน/สถาบันสมทบ เช่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี/ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, หน่วย inhalation โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มธ., Pain หรือ Elective ต่างๆ เป็น Rotation ที่ไม่อนุญาตให้ลาพักผ่อน
3. Rotation acute pain service แพทย์ประจำบ้านราวน์เคส acute pain ในช่วงเช้าและรับปรึกษาตลอดทั้งวัน ในช่วงบ่ายออก OPD pre-anesthetic clinic
4. Rotation Orthopedic ของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 จะมีการวนไปอยู่ห้อง Inductionในสัปดาห์แรก เพื่อฝึกในการทำ Regional anesthesia โดยเฉพาะ Ultrasound guided peripheral nerve block
5. Rotation Chronic Pain แพทย์ประจำบ้านออก OPD pain ในช่วงเช้าของวันอังคาร, พุธ ทุกสัปดาห์ มีหน้าที่รับปรึกษาและราวน์ผู้ป่วย chronic pain
6. Rotation ที่ off เวรได้ โดยมีเงื่อนไข ได้แก่
    a. CVT สามารถ off เวร โดยไม่ซ้ำวัน เช่น วันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 และวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5
    b. Emergency สามารถเวรได้โดยต้องมีแพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานอยู่เช่น อยู่2คน สามารถ off ได้ 1 คน หรือ กรณีที่มี Float มาแทน
    c. Chronic pain ไม่อนุญาตให้ off เวรวันอังคาร, พุธ และกรณีที่ off เวรในวันอื่น ให้แพทย์ประจำบ้านราวน์เคสผู้ป่วยและส่งต่อให้เรียบร้อยก่อน
    d. Outside OR สามารถ off เวร ได้ไม่เกิน 2 วันต่อ rotation โดยไม่ให้ off เวรซ้ำวันกัน เช่น วันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 และวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2
    e. Acute pain service ถ้าอยู่ 2 คนใน rotation สามารถ off เวรได้ 1 คน
    f. Painless labor สามารถ off เวรได้ 1 จันทร์ (ไม่อยู่เวรวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลมีโอกาสยังไม่คลอดในเวลาราชการ จึงไม่สามารถทำงานทับซ้อนกันได้)

7. Rotation ICU 2 สัปดาห์ให้จัดเวรนอกเวลาราชการ สำหรับดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตวิสัญญี โดยอยู่เวลา 16.00 – 8.00 น. รวม 4 เวร โดยราวน์และส่งต่อผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนลงเวร
8. Rotation elective มี 2 ช่วง(2 สัปดาห์ ในชั้นปีที่ 2 และ 2 สัปดาห์ในชั้นปี่ที่ 3) แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกได้อย่างอิสระโดยสนับสนุนให้แพทย์ประจำบ้านเลือกสถาบันหรือโรงพยาบาลในภาครัฐที่มีวิสัญญีแพทย์ดูแลให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของต้นสังกัดอย่างน้อย 1 ช่วงเวลา (2 สัปดาห์)
9.

แนวทางปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 สำหรับ Rotation regional anesthesia

- แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 จะถูกจัดให้อยู่ใน rotation regional anesthesia 5 วันทำการติดต่อกัน ใน rotation orthopedics ครั้งแรกของชั้นปี โดยไม่อนุญาตให้ off เวร หรือลา
- ทำหัตถการ regional anesthesia ในเคสที่มาใช้บริการห้อง induction รวมทั้งเคสที่ทำ peripheral nerve block ในห้องผ่าตัด
- เมื่อไม่มีเคส ให้ไปช่วยเคสในห้องผ่าตัด orthopedic ในห้องที่ไม่มีแพทย์ประจำบ้านประจำ และให้พยาบาลประจำ induction room ตามเมื่อมีเคส
- เคส spinal /epidural block ถ้ามีแพทย์ประจำบ้านประจำห้อง ให้แพทย์ประบ้านประจำห้องทำหัตถการนั้นก่อน
- เคส peripheral nerve block ให้แพทย์ประจำบ้านที่อยู่ห้อง induction เป็นผู้ทำหัตถการโดยแพทย์ประจำบ้านต้องรู้เคสคนไข้ที่จะทำหัตถการด้วย

<u>การทำงานวิจัย</u>

แพทย์ประจำบ้านต้องทำการวิจัย 1-2 คน ต่อ 1 งานวิจัย ในระหว่างการฝึกอบรม
โดยมีหลักเกณฑ์การทำวิจัยตามแผนการฝึกอบรมในหลักสูตรการฝึกอบรมฯ
แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกหัวข้อวิจัยได้อย่างอิสระภายใต้เกณฑ์ที่กำหนด อบรม Good clinal practice (GCP) ผ่านทางเว็บไซต์ของคณะฯได้
งานวิจัยทุกเรื่องต้องผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะฯ ก่อนเริ่มทำเสมอ
และต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย แพทย์ เจ้าของไข้และอาจารย์วิสัญญีแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย
ภาควิชาฯได้จัดช่วงเวลาหมุนเวียนปฏิบัติงานให้ทำวิจัย 1 สัปดาห์ในทุกปีการศึกษา
และต้องนำเสนองานวิจัยของตนเอง 1 ครั้ง/ปี ในชั่วโมง research progression

คณะฯสนับสนุนการทำงานวิจัยโดยให้ทุนสำหรับงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านและทุนสนับสนุนการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานในวารสารทางวิชาการซึ่งติดตามช่วงเวลาประกาศทุนได้ในเว็บไซต์คณะฯ

ระยะเวลาประมาณการมีดังนี้

เดือนที่	**ประเภทกิจกรรม**
6	จัดเตรียมคำถามวิจัยและติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
9	จัดทำโครงร่างงานวิจัย
12	นำเสนอโครงร่างงานวิจัย
13	ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอทุนสนับสนุนงานวิจัยจากแหล่งทุนทั้งภายในและนอกสถาบัน (ถ้าต้องการ)
15	นำเสนอความคืบหน้างานวิจัย
30	วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลงานวิจัย
31	จัดทำรายงานวิจัยฉบับร่างให้อาจารย์ที่ปรึกษาปรับแก้ไข
33	ส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อสถาบัน เพื่อส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยฯ ให้ทำการประเมินผล สำหรับประกอบคุณสมบัติการเข้าสอบเพื่อวุฒิบัตรภาคปฏิบัติขั้นสุดท้าย

ข้อแนะนำในการรายงานเคส pre-anesthetic visit

1. ให้แพทย์ประจำบ้านแบ่งเคส ตามกลุ่ม rotation
   ที่จัดให้โดยให้แพทย์ประจำบ้านดูเคสห้องตัวเองเป็นหลัก ส่วนห้องที่ไม่มีแพทย์ประจำบ้าน
   ให้แบ่งเคสเพิ่มเติมในหน่วยก่อน ทั้งนี้ให้แบ่งเคสตามความเหมาะสมทั้งจำนวน
   และความยากง่ายของเคส
2. เคสในตารางห้องผ่าตัดยึดตาม e-phis เวลา 16.00 น.
   ถ้าไม่มีเซตเคสในห้องนั้นให้โทรถามแพทย์ประจำบ้านของทีมผ่าตัดเพื่อยืนยันตารางห้องผ่าตัดนั้นๆ
3. ถ้ามีการเซตเคสใน ephis หลัง 16.00 น.

   - ถ้ามีแพทย์ประจำบ้านประจำห้องให้ แพทย์ประจำบ้านไป pre-anesthetic visit
     (อาจจะไปดูช่วงเช้าและรายงานอาจารย์ประจำห้องในเช้าวันผ่าตัด)
   - กรณีไม่มี แพทย์ประจำบ้านประจำห้องให้ทีมผ่าตัดเซตเคสกับอาจารย์ประจำห้องตอนเช้าหลัง 8.00 น

4. ถ้าแพทย์ประจำบ้านอยู่เวร ER หรือ CVT
   ที่คิดว่าจะไม่สามารถรายงานเคสอาจารย์ได้ตามเวลาที่กำหนด กรุณาแจ้งอาจารย์ประจำห้องล่วงหน้า
5. แพทย์ประจำบ้านต่างหน่วยให้ pre-anesthetic visit
   ผู้ป่วยห้องตัวเองโดยจัดให้มีแพทย์ประจำบ้านวิสัญญีเป็นผู้ให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยซับซ้อน
6. ห้องผ่าตัดที่ไม่มีแพทย์ประจำบ้าน พยายามแบ่งให้เป็นแพทย์ประจำบ้านคนเดียวเยี่ยม
   ไม่ควรแบ่งหลายคนเพื่อการติดต่อประสานงานที่สะดวก
7. แพทย์ประจำบ้านสามารถขอย้ายห้องภายใน rotation ได้หลังจากเยี่ยมผู้ป่วย
   เพื่อให้เหมาะกับความรู้และทักษะของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี
8. บันทึก pre-anesthetic ในเวชระเบียนให้ สมบูรณ์ ถูกต้อง
   แก้ไขให้เรียบร้อยถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหลังอภิปรายกับอาจารย์แล้ว
9. เวลาที่สะดวกในการรายงานเคสของอาจารย์แต่ละท่าน

อ. วรางกูร	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. ศิริวัน	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. สุดสยาม	แจ้งชื่อ ห้องที่จะรายงาน เบอร์ติดต่อกลับ และใบ premed ทาง Line
อ. ปริฉัตร	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้

อ. อลิสา	แจ้งชื่อ ห้องที่จะรายงาน เบอร์ติดต่อกลับ และใบ premed ทาง Line
อ. ปรียพรรณ	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. สุขุมากร	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. เจษฎายุทธ	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. ธีรดา	ก่อน 21.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. วรัญญา	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. เนรัญชลา	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. ภัทรา	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. อาภากร	ก่อน 22.00 หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. นิรุจิ	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ. ศิริชัย	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ.ชุติมา	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ.ธีรธัช	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ.พรรณชมภู	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้
อ.โชติกา	สะดวกทุกเวลา หากไม่รับสาย ให้ใช้เบอร์ส่วนตัวโทร เพื่อให้ติดต่อกลับได้

<u>ข้อแนะนำในการอยู่เวรนอกเวลาราชการ</u>

1. แพทย์ประจำบ้านจะได้รับมอบหมายให้อยู่เวรรวมทั้งหมด อย่างน้อยคนละ 6-8 ผลัดต่อเดือน
2. กรณีที่แพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงานภายในภาควิชา ครึ่งเดือน
   จะได้รับมอบหมายให้อยู่เวรรวมทั้งหมด อย่างน้อย 6 ผลัดต่อเดือน
3. การ Check เวร เพื่อการส่งเวรบ่าย
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะทำหน้าที่ check เวร โดยให้ออกมาเช็คเวร เวลา 14.30 น
   กรณีไม่มีแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อยู่เวรจริง ให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 ทำหน้าที่แทน และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 (chief) จะออกมาแจกเวรเวลา 15.30 น
   - การจ่ายคนรับเวรแต่ละห้อง ให้แพทย์ประจำบ้านพิจารณาร่วมกับพยาบาล incharge โดย พิจารณาจากความซับซ้อนของผู้ป่วยและศักยภาพของผู้ให้การดูแลเป็นหลัก โดย มีอาจารย์เวรเป็นที่ปรึกษา
4. การรับ set case
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 รายงานเคสแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 หรือ 3 (chief) และ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 หรือ 3 (chief) รายงานเคสอาจารย์
   - หลังอาจารย์รับเซต แล้ว ให้แพทย์ประจำบ้านแจ้งเคสกับพยาบาล incharge ทุกราย และแบ่งทีมตามความเหมาะสม
   - การรับเซตเคส ให้พิจารณาความด่วนของเคส หากมีเคสด่วนให้รีบติดต่อรายงานอาจารย์
   - รายงานเคสอาจารย์ทุกราย หรือเมื่อมีปัญหาทุกครั้ง ยกเว้นอาจารย์แจ้งเป็นการส่วนตัวว่าไม่ต้องรายงานในบางกรณีได้ เช่น เมื่อแพทย์ประจำบ้านได้ผ่านการประเมิน EPA level 4 ในการดูแลผู้ป่วยนั้นๆแล้ว ไม่ให้ปฏิเสธหรือรับเคสเองโดยไม่แจ้งอาจารย์
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ควรอยู่ดูแลผู้ป่วยในห้องที่ได้รับมอบหมายตลอดทั้งเคส และไม่ควรรับเซตเคสนอกห้องผ่าตัดที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 หรือ 3 ที่เป็น chief เวร มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรวมถึงบริหารจัดการทรัพยากรทั้งหมด
5. มีอาหารให้แพทย์ประจำบ้านที่อยู่เวรนอกเวลาราชการจำนวน 5 กล่อง/วัน ที่ห้องรับประทานอาหาร

6. แพทย์ประจำบ้านจะไม่ปฏิบัติงานติดต่อกันเกิน 24 ชั่วโมง โดยจะได้พักหลังลงเวร(8.00น) และไม่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วย (off เวร) อย่างน้อย 8 ชั่วโมง แต่หากมีกิจกรรม หรืองานที่แพทย์ประจำบ้านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ให้มาปฏิบัติภารกิจนั้นได้
7. แพทย์ประจำบ้านจะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการอยู่เวรนอกเวลาราชการ คนละ 10,000 บาทต่อเดือน (กรณีที่อยู่เวรมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ผลัด/เดือน กรณีที่อยู่น้อยกว่านั้นจะได้ค่าเวรผลัดละ 1,200 บาท)
8. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะได้รับมอบหมายให้วนไปอยู่เวรห้องฉุกเฉิน นอกเวลาราชการของโรงพยาบาล เวลา 16.00-24.00 น. จำนวน 3 เวรต่อเดือน โดยจะได้รับค่าตอบแทน 1,600 บาทต่อเวร

หมายเหตุ a. การจัดเวร อาจมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยแพทย์ประจำบ้านอาจจะถูกมอบหมายให้อยู่เวรมากกว่าที่กำหนดในบางเดือน เช่น เดือนที่มีวันหยุดราชการมาก

b. ในการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 กำหนดให้ไม่มีเวรนอกเวลาราชการตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน

<u>การพบอาจารย์ที่ปรึกษา</u>

1. แพทย์ประจำบ้านทุกคน จะได้รับการดูแลโดยอาจารย์ที่ปรึกษาที่แพทย์ประจำบ้านเลือกเอง (เลือกภายใน 3 เดือนแรกของการฝึกอบรม)
2. การพบอาจารย์ที่ปรึกษา
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะพบอาจารย์ที่ปรึกษา 3 ครั้งต่อปี (เดือนที่ 3,6,12) เดือนที่ 3 อาจารย์ที่ปรึกษาจะตรวจดู log book และสอบถามพูดคุยความเป็นอยู่
   - แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 จะพบอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ครั้งต่อปี (เดือนที่ 6,12)
   - สำหรับการพบอาจารย์ที่ปรึกษาเดือนที่ 6 และ 12
     อาจารย์ที่ปรึกษาจะตรวจดูผลงานของแพทย์ประจำบ้านทุก ๆ ด้าน จาก handy drive สำหรับบันทึก portfolio ของแพทย์ประจำบ้าน โดยเข้าไปดูในทุก folder ซึ่งแพทย์ประจำบ้านจะต้องรวบรวมการทำงานด้านต่าง ๆ ในแต่ละมิติไว้ ดังนี้
   - **มิติที่ 1**
     - **สรุปการประเมินผล EPA และ DOP**
       - อาจารย์ที่ปรึกษาจะดูผลการประเมิน EPA และ DOP เพื่อพิจารณาว่าแพทย์ประจำบ้านสามารถปฏิบัติงานได้ในระดับใด
   - **มิติที่ 2**
     - **ผลการสอบโดยสถาบัน**
       - อาจารย์ที่ปรึกษาจะดูคะแนนสอบต่างๆ ที่บันทึกไว้ เพื่อนำมาพัฒนาในการสอบของแพทย์ประจำบ้านแต่ละคน
   - **มิติที่ 3**
     - **Log book**
       - อาจารย์ที่ปรึกษาจะตรวจดูจำนวนเคสที่ได้ทำ/ไม่ได้ทำในแต่ละเดือน ว่าแพทย์ประจำบ้านขาดหัตถการด้านใดบ้าง
   - **มิติที่ 4**
     - **Research**
       - ให้แพทย์ประจำบ้าน ลงกราฟ research progression ใน แฟ้ม portfolio

และแพทย์ประจำบ้านต้องเขียน progression ของตนเองให้เป็นปัจจุบัน
เพื่อดูว่าความคืบหน้าของ research เป็นไปตามแผนหรือไม่ ถ้าไม่มีความคืบหน้า
อาจารย์ที่ปรึกษาจะกระตุ้นแพทย์ประจำบ้านให้ทำตามแผนที่กำหนดไว้

- **มิติที่ 5**
    - **Meeting and conference**
        - ให้แพทย์ประจำบ้านบันทึกการเข้าร่วมประชุมวิชาการ
        - Activity evaluation form อาจารย์ที่ปรึกษาจะตรวจดูการประเมินการทำ Academic activity แพทย์ประจำบ้าน
- **มิติที่ 6**
    - **ANTS courses and communication skill**
        - Counseling and ANTS courses
          แพทย์ประจำบ้านจะต้องได้รับใบประกาศนียบัตรผ่านการเข้ารับการอบรม ANTS และต้องบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม Counseling and ANTS
- **มิติที่ 7**
    - **Professionalism**
        - ผลการประเมิน **360**องศา (คะแนนทั้งหมด) อาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ร่วมงาน (อาจารย์, พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ประจำบ้านสาขาอื่น) ประเมิน resident แล้วแพทย์ประจำบ้านจะลงผลการประเมินไว้
        - แบบบันทึกเจตคติของแพทย์ประจำบ้าน
- **Self evaluation**
    - Clinical procedural skills milestone
    - แบบบันทึกกิจกรรม self study
    - แบบรายงานการประเมินตนเอง (Reflective note)
    - รายงานการพบอาจารย์ที่ปรึกษา
- **Feedback**
    - แบบประเมินความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้าน
      โดยแพทย์ประจำบ้านต้องประเมินหลักสูตรทุกปี ก่อนการเลื่อนชั้นปี

3. ให้แพทย์ประจำบ้าน สรุปรวมในตารางการพบอาจารย์ที่ปรึกษา ให้ครบทุกหัวข้อ

4. หากแพทย์ประจำบ้านมีปัญหาส่วนตัว สามารถปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาได้โดยตรง

<u>ระเบียบการลาของแพทย์ประจำบ้าน</u>

1. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิ์ในการลาทุกประเภทได้ทั้งหมดไม่เกิน 10 วันต่อปี โดยไม่มีการสะสมวันลา ซึ่งจัดให้มีการหยุดติดกัน 5 วันทำการใน rotation vacation และเลือกได้อิสระอีก 5 วัน
2. กรณีลากิจ, ลาพักผ่อน และลาไปต่างประเทศ แพทย์ประจำบ้านต้องส่งใบลา ให้อาจารย์ผู้ดูแลรับผิดชอบอนุมัติ ก่อนส่งเรื่องให้หัวหน้าภาควิชาฯอนุมัติ
3. กรณีลาป่วยเกิน 1 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์ด้วยเสมอ
4. การลาไปต่างประเทศ แพทย์ประจำบ้านต้องทำเรื่องขออนุญาตหัวหน้าภาควิชาฯ เพื่อทำบันทึกข้อความพร้อมใบลา แจ้งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผ่านงานบริหารทรัพยากรมนุษย์ อย่างน้อย 1 เดือน
5. การลาล่วงหน้าให้แจ้งและเขียนใบลาที่คุณธนวัฒน์ ในกรณีที่จำเป็นต้องลาฉุกเฉิน ให้แจ้งอาจารย์ประจำห้องก่อน 8.00น. และเขียนใบลาย้อนหลังในการลาทุกครั้ง
6. แพทย์ประจำบ้านสามารถลาได้ 1-2 คนต่อวัน
7. ในกรณีที่ใช้วันลาเกินข้อตกลง อาจต้องพิจารณาให้ปฏิบัติงานชดเชยโดยผ่านคณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญา
8. กรณีปฏิบัติงานน้อยกว่า 80% ของแต่ละหน่วยเรียนรู้ ให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานในหน่วยเรียนรู้นั้นชดเชยจนครบ กรณีปฏิบัติงานน้อยกว่า 80% ในแต่ละชั้นปี จะไม่ผ่านเกณฑ์เลื่อนชั้นปี

<u>สวัสดิการของแพทย์ประจำบ้าน</u>

1. สวัสดิการด้านเครื่องแบบ
   - แพทย์ประจำบ้านจะได้รับเสื้อกาวน์จากโรงพยาบาล โดย แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะได้คนละ 5 ตัว และ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-3 จะได้คนละ 2 ตัว
   - ตรายางประทับชื่อ-นามสกุล แบบพกพาคนละ 1 อัน
2. สวัสดิการเยี่ยมไข้

   ได้รับสวัสดิการเยี่ยมไข้ภายในวงเงินไม่เกินครั้งละ 500 บาทต่อคน
3. สวัสดิการเงินช่วยเหลือค่าทำศพ
   - เงินช่วยเหลือค่าทำศพ กรณีบิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ที่ถึงแก่กรรม ช่วยเหลือรายละ 3,000 บาท ต้องเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ที่อยู่ในอำนาจปกครองของบิดา มารดา ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม
   - สวัสดิการเงินช่วยเหลือเจ้าภาพงานศพ

     เจ้าภาพงานศพ รายละ 3,000 บาท

     กรณีขอใช้รถของโรงพยาบาล ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในเขต กทม และ ปริมณฑล

     จ่ายตามจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ต่างจังหวัดจ่ายตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท

     ค่าเบี้ยเลี้ยงพนักงานขับรถยนต์
   - ค่าพวงหรีด จ่ายตามจริง แต่ไม่เกิน 800 บาท
4. สวัสดิการด้านการฝึกอบรม

   การเข้าร่วมอบรมภายนอก สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ จำนวนเงิน 4,000 บาทต่อคนต่อปี
5. สิทธิส่วนลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล

   เฉพาะตัวบุคลากร ได้สิทธิส่วนลดค่ารักษาพยาบาล IPD 10% OPD10%

   จะได้สิทธิเมื่อปฏิบัติงานครบ 6 เดือน

<u>เกณฑ์ผ่านการเลื่อนชั้นปีและส่งสอบวุฒิบัตร</u>

โดยใช้เกณฑ์ประเมินทั้งทางด้านความรู้ทางคลินิกและเจตคติ ดังนี้

1. มิติที่ 1 ประเมินสมรรถนะ EPA, DOP
   ผ่านตามที่อนุกรรมการฝึกอบรมฯกำหนดร่วมกับผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาการฝึกอบรม

   - จะต้องผ่าน EPA และ DOP ทั้งหมดตามเกณฑ์ก่อนการสมัครสอบวุฒิบัตร
   - การพิจารณาเลื่อนชั้นปี ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการประเมิน EPA และ DOP ที่กำหนดในแต่ละชั้นปีให้ครบก่อนการเลื่อนชั้นปี
     หากมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถประเมินได้ครบ
     จะนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการแพทย์ประจำบ้านเพื่อพิจารณา

2. มิติที่ 2 การรายงานผลการสอบ โดยภาควิชาฯ จะมีการประเมินความรู้ ความสามารถ และทักษะทางด้านวิสัญญีในระหว่างปี 1 ครั้งและปลายภาค 1 ครั้ง
   เกณฑ์ผ่านชั้นปีและเกณฑ์การส่งเพื่อสอบวุฒิบัตรต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นในแต่ละปีตาม MPL ของข้อสอบในปีนั้น ซึ่งจะทำการกำหนดก่อนการสอบและแจ้งให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบก่อนสอบ โดยมีการให้น้ำหนักคะแนนดังตาราง
   ในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะเข้าที่ประชุมกรรมการการศึกษาหลังปริญญาอีกครั้งเพื่อพิจารณา

ตารางแสดงเกณฑ์การสอบความรู้เพื่อเลื่อนชั้นปีและส่งสอบวุฒิบัตร

หัวข้อการประเมิน	ร้อยละของน้ำหนักคะแนน	
	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2-3
สอบปรนัยกลางภาค (MCQ) 100 ข้อ basic science: clinical science 60:40	25	20
สอบปรนัยปลายภาค (MCQ) 180 ข้อ basic science: clinical science: clinical subspecialty 30:40:30 (ปีที่ 1 สอบเฉพาะ basic และ clinical sciences, ปีที่ 2-3 สอบทั้ง 180 ข้อ)	30	45

การสอบย่อยของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด 3 ครั้ง	15	
อัตนัย (SAQ)	30	20
สอบทดสอบทางคลินิกโดยใช้วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้าง (OSCE)	-	15
สอบปากเปล่า (เฉพาะชั้นปีที่ 3)	-	ผ่าน/ไม่ผ่าน

3. มิติที่ 3 การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จากผู้ป่วย portfolio
   จะต้องครบจำนวนตามที่กำหนดเพื่อส่งสอบวุฒิบัตร

4. มิติที่ 4 ด้านงานวิจัย ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องส่งและนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อม IRB approval หรือขอทุนวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลผู้ป่วย
   และนำเสนองานวิจัยด้วยวาจาทั้งภายในภาควิชาฯและในงานประชุมวิชาการก่อนส่งสอบวุฒิบัตร

5. มิติที่ 5 การร่วมกิจกรรมประชุมวิชาการวิสัญญี

   - ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องร่วมประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อย 3 ครั้งตลอดหลักสูตร

   - การประเมินการนำเสนองานวิชาการภายในภาควิชา (Academic activity)
     ซึ่งผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องนำเสนอให้ครบ และผ่านการประเมิน

   - การพิจารณาเลื่อนชั้นปี
     ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมผ่านการนำเสนอกิจกรรมวิชาการที่กำหนดไว้ในปีนั้น
     หากไม่ผ่านหรือนำเสนอไม่ครบ
     จะนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการแพทย์ประจำบ้านเพื่อพิจารณา

6. มิติที่ 6 การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จาก counseling และ anesthesia non-technical skills workshop

   - Certificate of ANTS and counseling workshop

7. มิติที่ 7 การประเมินสมรรถนะด้าน professionalism และ interpersonal and communication skills โดยอาจารย์และผู้ร่วมงาน

    - ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะด้าน professionalism และ interpersonal and communication skills โดยอาจารย์และผู้ร่วมงาน (ประเมิน 360 องศา)

    - ผ่านเกณฑ์ประเมินด้านจริยธรรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะมีคะแนนด้านเจตคติ 100 คะแนนตลอดหลักสูตรการฝึกอบรม
      หากผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะมีการหักคะแนนสะสมจนจบหลักสูตรฝึกอบรมเมื่อมีความผิดเกิดขึ้นจะนำเข้าที่ประชุมกรรมการการศึกษาหลังปริญญาเพื่อสอบสวนและแจ้งผลให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมรับทราบ คะแนนจริยธรรมไม่เหมาะสมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความผิดเล็กน้อย ปานกลาง และร้ายแรง

        - ความผิดเล็กน้อยไม่มีผลต่อผู้ป่วย หักร้อยละ 5 เช่น
          ไม่มาเตรียมของก่อนเริ่มปฏิบัติงาน,
          ไม่ไปติดตามผู้ป่วยที่สมควรต้องติดตามต่อหลังผ่าตัด, ไม่ตรงต่อเวลา,
          เลื่อนกิจกรรมวิชาการโดยไม่มีเหตุอันสมควร, ไม่สุภาพต่อเพื่อนร่วมงาน

        - ความผิดปานกลางมีผลกระทบกับผู้ป่วย ร้อยละ 10 เช่น
          ไม่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่รับมอบหมายด้วยตนเอง,
          มีเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน

        - ความผิดร้ายแรง หักร้อยละ 40 เช่น ลักขโมย พูดเท็จปกปิดข้อมูล

        - การทุจริตในการสอบ จะพิจารณาปรับซ้ำชั้น หรือยุติการฝึกอบรม

ความผิดนอกเหนือจากตัวอย่างจะเข้าที่ประชุมกรรมการการศึกษาหลังปริญญา
เพื่อพิจารณาระดับความผิดอีกครั้ง โดยมีกรรมการเข้าประชุมอย่างน้อย
กึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการเข้าพิจารณา หากคะแนนสะสมเหลือน้อยกว่าร้อยละ 80
นำผลการประเมินเข้าที่ประชุมภาคและแจ้งต้นสังกัด หากคะแนนสะสมเหลือน้อยกว่าร้อยละ 60
นำผลการประเมินเข้าที่ประชุมภาค พิจารณาซ้ำชั้นปี หรือยุติการฝึกอบรมหรือไม่ส่งสอบวุฒิบัตร

ในกรณีมีข้อสงสัยในผลการประเมิน ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถอุทธรณ์ผลการประเมินได้
ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ผ่านการประเมินในแต่ละด้านครบทุกด้านจะได้รับการเลื่อนชั้นปีและส่งสอบวุฒิบัตรในชั้นปีที่ 3 ของการฝึกอบรม
ในกรณีที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่ผ่านการประเมินจะต้องได้รับการนำเข้าที่ประชุมกรรมการศึกษาของภาควิชาฯ เพื่อพิจารณาต่อไป

การอุทธรณ์ผลการประเมิน

หากผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีข้อสงสัยหรือไม่เห็นด้วยกับผลการประเมินสามารถยื่นอุทธรณ์เป็นลายลักษณ์อักษรขอดูคะแนนและผลการประเมินของตนเองได้โดยตรงที่เจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาฯหรือเจ้าหน้าที่การศึกษาถึงประธานหลักสูตรฝึกอบรม ภายในเวลา 1
สัปดาห์หลังการประกาศผลโดยมีคณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญาเป็นผู้รับเรื่องอุทธรณ์
และตอบกลับไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากรับเรื่อง

<u>การสอบเพื่อวุฒิบัตร ฯ</u>

(1) คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ

- ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาการฝึกอบรมทั้งหมด และผ่านการฝึกอบรมในหน่วยย่อย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
หากแพทย์ประจำบ้านผ่านการฝึกอบรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ในแต่ละหน่วยย่อย
จะต้องมาเข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มให้เกินร้อยละ 80 ในหน่วยย่อยนั้นๆ

- สถาบันฝึกอบรมเห็นสมควรให้ส่งสอบ

(2) เอกสารประกอบ

- เอกสารรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมตามที่กำหนด

- บทความงานวิจัยพร้อมส่งตีพิมพ์ (manuscript)
และใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งเคยเสนอในที่ประชุมวิชาการของคณะฯ หรือราชวิทยาลัย หรือ สมาคม ชมรมต่าง ๆ อย่างน้อย 1 เรื่อง

- ประกาศนียบัตรการผ่านการอบรม Anesthetic non-technical skill และ Counseling

- ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัย 3 ครั้ง

- เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามแฟ้มสะสมผลงาน

(3) วิธีการประเมินประกอบด้วย

- การสอบข้อเขียน ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ส่วน คือ

1. ปรนัย (multiple choice question; MCQ)

2. อัตนัย (short answer question; SAQ)

- ประเมินภาคปฏิบัติประกอบด้วย

1. การสอบ objective structured clinical examination (OSCE)

2. ผลการปฏิบัติงาน เช่น แฟ้มสะสมผลงาน (portfolio)

- การสอบปากเปล่า (Oral examination)
- การประเมินผลงานวิจัย

เกณฑ์การพิจารณาตัดสินผลการประเมิน อยู่ในดุลยพินิจของคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาวิสัญญีวิทยา

ข้าพเจ้ารับทราบข้อปฏิบัติในคู่มือนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ประจำบ้าน

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปริฉัตร เคอร์รี่)

หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา

วันที่.....

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 ตารางการหมุนเวียนปฏิบัติงานประจำปี การศึกษา .....

Name/Month	Jul-01	Jul-02	Aug-01	Aug-02	Sept-01	Sept-02	Oct-01	Oct-02	Nov-01	Nov-02	Dec-01	Dec-02
R1/1	Gen	Ortho	Uro	Plastic	OB-G	OB-G	Gen	Emer	ICU	Gen	Ortho	Ortho
R1/2	Gen	Ortho	Plastic	Uro	Neuro	Neuro	OB-G	Ortho	Emer	Ped/Eye	OOR	Gen
R1/3	Ortho	Uro	Gen	Gen	Plastic	Ortho	ICU	Ped/Eye	Dent/Vas	Emer	Gen	OOR
R1/4	Ortho	Plastic	ENT	ENT	Gen	Gen	Ortho	ICU	Uro	Dent/Vas	Emer	OB-G
R1/5	Ortho	Gen	Neuro	Neuro	Uro	Plastic	ENT	ENT	Ortho	Ortho	Ped/Eye	Emer
R1/6	Uro	Gen	Ortho	Ortho	ENT	ICU	Plastic	Dent/Vas	Gen	ENT	APS/pre-op	Ped/Eye
R1/7	Plastic	Ortho	OB-G	ICU	Ortho	Uro	Emer	Gen	OB-G	OOR	ENT	ENT
R2/1	Emer	OB-G	Painless	Dent/Vas	ENT	OOR	Inhalation	Ped CU	Plastic	APS/pre-op	CVT	CVT
R2/2	OB-G	Emer	Dent/Vas	Painless	Ortho1	ENT	OOR	Neuro	Inhalation	Ped CU	APS/pre-op	Plastic
R2/3	OOR	ENT	Emer	Gen	Ped/Eye	Painless	Ortho1	OB-G	Scope	Elective	Neuro	APS/pre-op
R2/4	Ped/Eye	OOR	OB-G	Emer	Gen	APS/pre-op	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Painless	Neuro	Inhalation	Ped CU
R2/5	Painless	Neuro	OOR	OB-G	Emer	Dent/Vas	APS/pre-op	Plastic	Ped/Eye	Ortho1	Uro	Scope
R2/6	Dent/Vas	Painless	ENT	OOR	OB-G	Emer	Neuro	APS/pre-op	Ortho1	Gen	Elective	Uro
R2/7	ENT	Dent/Vas	Neuro	Ortho1	OOR	Ped/Eye	Emer	Painless	APS/pre-op	Plastic	OB-G	Elective
R3/1	CVT	CVT	APS/pre-op	Uro/plastic	Neuro	Ortho1	Ped/Eye	OOR	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Dent/Vas	F/Research
R3/2	Uro/plastic	APS/pre-op	CVT	CVT	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Dent/Vas	Ortho1	OOR	OB-G	Chronic pain	ICU Rama
R3/3	APS/pre-op	Uro/plastic	Ortho1	Ped/Eye	CVT	CVT	Gen	F/Research	Neuro	OOR	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU
R3/4	Neuro	Ped/Eye	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	APS/pre-op	Scope	CVT	CVT	Gen	F/Research	OOR	Ortho1
R3/5	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Ped/Eye	APS/pre-op	Dent/Vas	Uro/plastic	Chronic pain	ICU Rama	CVT	CVT	Ortho1	Neuro

Name/Month	Jan-01	Jan-02	Feb-01	Feb-02	Mar-01	Mar-02	Apr-01	Apr-02	May-01	May-02	Jun-01	Jun-02
R1/1	Ped/Eye	APS/pre-op	Emer	Dent/Vas	OOR	Ortho	Neuro	Vac/Resear	ENT	Neuro	ENT	OOR
R1/2	ENT	ENT	Gen	Emer	Dent/Vas	OOR	APS/pre-op	ICU	OB-G	Vac/Resear	Ortho	Ortho
R1/3	Ortho	Ortho	APS/pre-op	Neuro	Emer	Neuro	OOR	ENT	Vac/Resear	ENT	OB-G	OB-G
R1/4	OOR	OB-G	Neuro	APS/pre-op	Neuro	Emer	Ortho	OOR	Vac/Resear	Ortho	Gen	Ped/Eye
R1/5	Dent/Vas	OOR	OB-G	OB-G	ICU	Vac/Resear	Emer	Ortho	OOR	Gen	APS/pre-op	Gen
R1/6	Emer	Gen	OOR	Ortho	Ortho	OB-G	OB-G	Emer	Neuro	OOR	Vac/Resear	Neuro
R1/7	APS/pre-op	Ped/Eye	Ortho	OOR	Vac/Resear	Gen	Gen	Neuro	Ortho	Dent/Vas	Neuro	Emer
R2/1	Neuro	Ortho1	Gen	Uro	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Ortho	Scope	Elective	APS/pre-op	Ped/Eye	Vac/Researc
R2/2	CVT	CVT	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Elective	Gen	APS/pre-op	Ped/Eye	Scope	Uro	Vac/Resear	Ortho
R2/3	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	CVT	CVT	Vac/Resear	Uro	Inhalation	Ped CU	Ortho	Plastic	Dent/Vas	APS/pre-op
R2/4	Ortho1	Uro	Plastic	Elective	CVT	CVT	Dent/Vas	APS/pre-op	ENT	Vac/Resear	Ortho	Scope
R2/5	Gen	Elective	Ortho	Vac/Resear	Inhalation	Ped CU	CVT	CVT	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	APS/pre-op	ENT
R2/6	Scope	APS/pre-op	Inhalation	Ped CU	Ortho	Vac/Resear	Ped/Eye	Plastic	CVT	CVT	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU
R2/7	Inhalation	Ped CU	Uro	Scope	Gen	APS/pre-op	Ch pain/ICU	Ch pain/ICU	Vac/Resear	Ortho	CVT	CVT
R3/1	Chronic pair	ICU Rama	APS/pre-op	Ped/Eye	Vac/F	Scope	ENT	Elective	Gen	Emer	Chest/Cardi	Research
R3/2	Research/F	Neuro	Elective	Gen	APS/pre-op	ENT	F/Vac	Emer	Ped/Eye	OB-G	Chest/Cardi	Research
R3/3	OB-G	Elective	Chronic pair	ICU Rama	ENT	Vac/F	Scope	Dent/Vas	APS/pre-op	Chest/Cardi	Emer	Research
R3/4	APS/pre-op	Dent/Vas	Vac/F	ENT	Chronic pair	ICU Rama	Elective	OB-G	Emer	Chest/Cardi	Uro/plastic	Research
R3/5	F/Research	Emer	ENT	APS/pre-op	OB-G	Elective	Vac/F	Gen	Chest/Cardi	Scope	OOR	Research

ภาคผนวก 2 ระเบียบการแต่งกายของแพทย์

ประกาศโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
เรื่อง ระเบียบการแต่งกายของแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๕

.....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดระเบียบการแต่งกายของแพทย์เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย คล่องตัวในขณะปฏิบัติงาน สร้างความน่าเชื่อถือและศรัทธาในวิชาชีพแพทย์ รวมถึงเพื่อภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร ตามนโยบายของโรงพยาบาล และข้อเสนอตามมติที่ประชุมสถานวิทยาศาสตร์คลินิกและฝ่ายการแพทย์ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๕ จึงประกาศระเบียบการแต่งกายของแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ เครื่องแบบและการแต่งกายของแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน เพศชาย

(๑) เสื้อกาวน์สีขาวแขนสั้น พร้อมปักชื่อ-นามสกุล บริเวณเหนือกระเป๋า และปักตราสัญลักษณ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือสวมเสื้อกาวน์ยาวคลุมทับเสื้อเชิ้ต หรือเสื้อมีปก

(๒) สวมกางเกงขายาวแบบสุภาพ ไม่สูงเกินข้อเท้า ห้ามสวมกางเกงผ้ายีนส์ กางเกงรัดรูป และกางเกงขาลีบ

(๓) สวมรองเท้าแบบหุ้มส้น ปิดหน้าเท้า สีเข้ม เช่น สีดำ เทาเข้ม หรือน้ำตาลเข้ม

(๔) สวมถุงเท้าพ้นข้อเท้า สีเข้ม

(๕) ไม่สวมรองเท้าแตะ รองเท้าลำลอง เปิดส้นเท้าหรือนิ้วเท้า ยกเว้นกรณีสวมชุดสครับ

ข้อ ๒ เครื่องแบบและการแต่งกายของแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน เพศหญิง

(๑) เสื้อกาวน์สีขาวแขนสั้น พร้อมปักชื่อ-นามสกุล บริเวณเหนือกระเป๋า และปักตราสัญลักษณ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือสวมเสื้อกาวน์ยาวคลุมทับเสื้อเชิ้ต หรือเสื้อมีปก

(๒) สวมกระโปรงหรือกางเกงแบบสุภาพ ห้ามสวมกระโปรงสั้นเหนือเข่ามากกว่า ๒ นิ้ว กางเกงผ้ายีนส์ กางเกงรัดรูป และกางเกงขาลีบ

(๓) สวมรองเท้าแบบหุ้มส้น หรือรัดส้นแบบสุภาพ

(๔) ไม่สวมรองเท้าแตะ รองเท้าลำลอง เปิดส้นเท้าหรือนิ้วเท้า ยกเว้นกรณีสวมชุดสครับ

ข้อ ๓ ให้สวมชุดสครับตามแบบที่โรงพยาบาลกำหนดและตามลักษณะงานที่เหมาะสม

ข้อ ๔ ห้ามสวมชุดผ่าตัดนอกบริเวณห้องผ่าตัด

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พฤหัส ต่ออุดม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก 3

แนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านเมื่อเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน

ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

(การดำเนินการทุกขั้นตอนต้องทำเป็นเรื่องลับ)

1. เมื่อบุคลากรทีมสุขภาพได้รับอุบัติเหตุในลักษณะต่างๆ ให้ปฏิบัติดังนี้
    1.1 ถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทิ่มแทงหรือบาด ให้ล้างบาดแผลด้วยน้ำสบู่ หรือ 4% Chlorhexidineและทาแผลด้วย 70%Alcohol หรือ 10% Iodophore ห้ามบีบเค้นเพื่อให้เลือดออกมา เพราะจะทำให้เกิดบาดแผลมากขึ้น
    1.2 ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นถูกผิวหนังไม่ว่าจะมีบาดแผลหรือไม่ก็ตาม ให้ล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด หากพบว่ามีบาดแผลให้ใช้ 4% Chlorhexidineฟอกล้างให้สะอาด และทาด้วย 70% Alcohol หรือ 10% Iodophore
    1.3 ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือNormal saline solution (NSS) มากๆ หรือถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งสัมผัสเยื่อบุต่างๆ ให้ล้างออกด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง
    ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าปาก ให้บ้วนน้ำลายออกแล้วล้างปากกลั้วคอด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง
    1.4 หลังจากดูแลทำความสะอาดแผล / บริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งแล้ว ให้ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ
    - ในเวลาราชการ รายงานอาจารย์วิสัญญีผู้ควบคุมการเรียนการสอนที่ฝึกปฏิบัติอยู่
    - นอกเวลาราชการ รายงานอาจารย์เวรวิสัญญีและเวรตรวจการพยาบาล
2. ปรึกษาพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในการให้คำแนะนำและระบบการรายงาน รวมทั้งการติดตามผลหลังโดนอุบัติเหตุ
3. พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการรพ. เพื่อดำเนินการเจาะเลือดตรวจติดตาม (บันทึกเป็นหลักฐานในแบบฟอร์ม 7500)ในเวลาราชการ
4. แพทย์ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดอุบัติเหตุเจาะเลือดชันสูตร Anti HIV, HBsAg,Anti HBsAb,Anti HCV และ VDRL/RPR ทันทีที่ประสบอุบัติเหตุ
สำหรับแหล่งสัมผัสให้ขอเจาะเลือด Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV และ VDRL/RPR
และพิจารณาให้ยาตามแนวทางการพิจารณาบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับ Post-exposure prophylaxis (PEP)
โดยต้องปรึกษาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อทุกรายหากจำเป็นต้องให้ยาป้องกัน

การติดเชื้อเอชไอวี หรือการให้HBV Vaccine หรือ HBIG
หรือไม่แน่ใจว่าต้องให้ยาหรือวัคซีนดังกล่าวหรือไม่

5. บุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดอุบัติเหตุและได้รับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้เจาะเลือด CBC, Cr และ ALT ไว้ก่อนเริ่มยาป้องกัน
   และแพทย์ผู้ติดตามพิจารณาเจาะซ้ำหากมีอาการหรืออาการแสดงจากผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น
6. บุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดอุบัติเหตุให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหา Anti HIV ,VDRL/RPR ซ้ำที่ 3 เดือน หลังจากได้รับอุบัติเหตุ และต้องสวมถุงยางอนามัยถ้ามีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ไม่บริจาคโลหิต อวัยวะ หรืออสุจิในระยะเวลา 3 เดือนแรกนี้
   <u>หมายเหตุ</u>; กรณี แหล่งสัมผัสติดเชื้อ HIV
   ให้นัดบุคลากรทีมสุขภาพที่เกิดอุบัติเหตุเจาะเลือดเพื่อตรวจหา Anti HIV ซ้ำที่ 1 เดือนด้วย
7. ในกรณีผลการตรวจเลือดเพื่อหา Anti HIV ครั้งแรกเป็นลบ และผลการตรวจเลือดเพื่อหา Anti HIV ซ้ำภายหลังได้รับอุบัติเหตุเป็นบวกให้แจ้งพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อทันที
   เพื่อดำเนินการแต่งตั้งกรรมการเพื่อพิจารณาว่าผู้ได้รับอุบัติเหตุติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจริง
8. หากผู้ป่วยที่บุคลากรทีมสุขภาพไปสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากแหล่งสัมผัสที่ตรวจพบว่ามี Anti HCV เป็นบวก (positive) ให้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารเพื่อพิจารณาตามแนวทางปฏิบัติ

หมายเหตุ การติดต่อผู้ให้คำปรึกษาดังนี้

ในเวลาราชการ ติดต่อ <u>พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ</u> สำนักงาน 9339, 9341 หรือติดต่อผ่านศูนย์รับโทรศัพท์

(สอบถามเรื่องระบบการรายงานและการติดตามผลหลังโดนอุบัติเหตุ)

1) นางกนกพร ทองภูเบศร์
2) น.ส.สิรินพร สาจักร
3) นางวัชรี เจนเจริญรัตน์

<u>อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ</u> *(กรณีจำเป็นต้องให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้ HBV Vaccine หรือ HBIG)*

โดยให้ติดต่อแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อที่อยู่รับปรึกษาในเดือนนั้นๆก่อนหากไม่มีแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อรับปรึกษาในเดือนนั้นๆ
ให้ปรึกษาอาจารย์อายุรแพทย์โรคติดเชื้อที่รับปรึกษาในเดือนนั้นๆ โดยตรง (ติดต่อผ่านศูนย์รับโทรศัพท์)

แนวทางปฏิบัติเมื่อแพทย์ประจำบ้านเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

บุคลากรทีมสุขภาพได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

↓

ล้างบาดแผลด้วยน้ำสบู่หรือ4%Chlorhexidine /ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือNSS/
ล้างบริเวณผิวหนังที่ถูกสัมผัสด้วยน้ำสบู่หรือ 4%Chlorhexidine

↓

ในเวลาราชการ

1. รายงานอาจารย์วิสัญญีผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน
2. ปรึกษาพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อทุกราย

นอกเวลาราชการ

1. รายงานอาจารย์เวรวิสัญญีและเวรตรวจการพยาบาล
2. ติดต่อพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในวันทำการถัดไป

↓

แพทย์ห้องฉุกเฉิน ให้บุคลากรเจาะเลือดตรวจ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังสัมผัส ดังนี้

Anti-HIV, HBsAg, Anti-HBs Ab, Anti-HCV, VDRL/RPR

พิจารณาให้ยาตามแนวทางการพิจารณาบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับ Post-exposure prophylaxix (PEP)
โดยแนบใบสั่งการรักษายาต้านไวรัสสำหรับ PEP

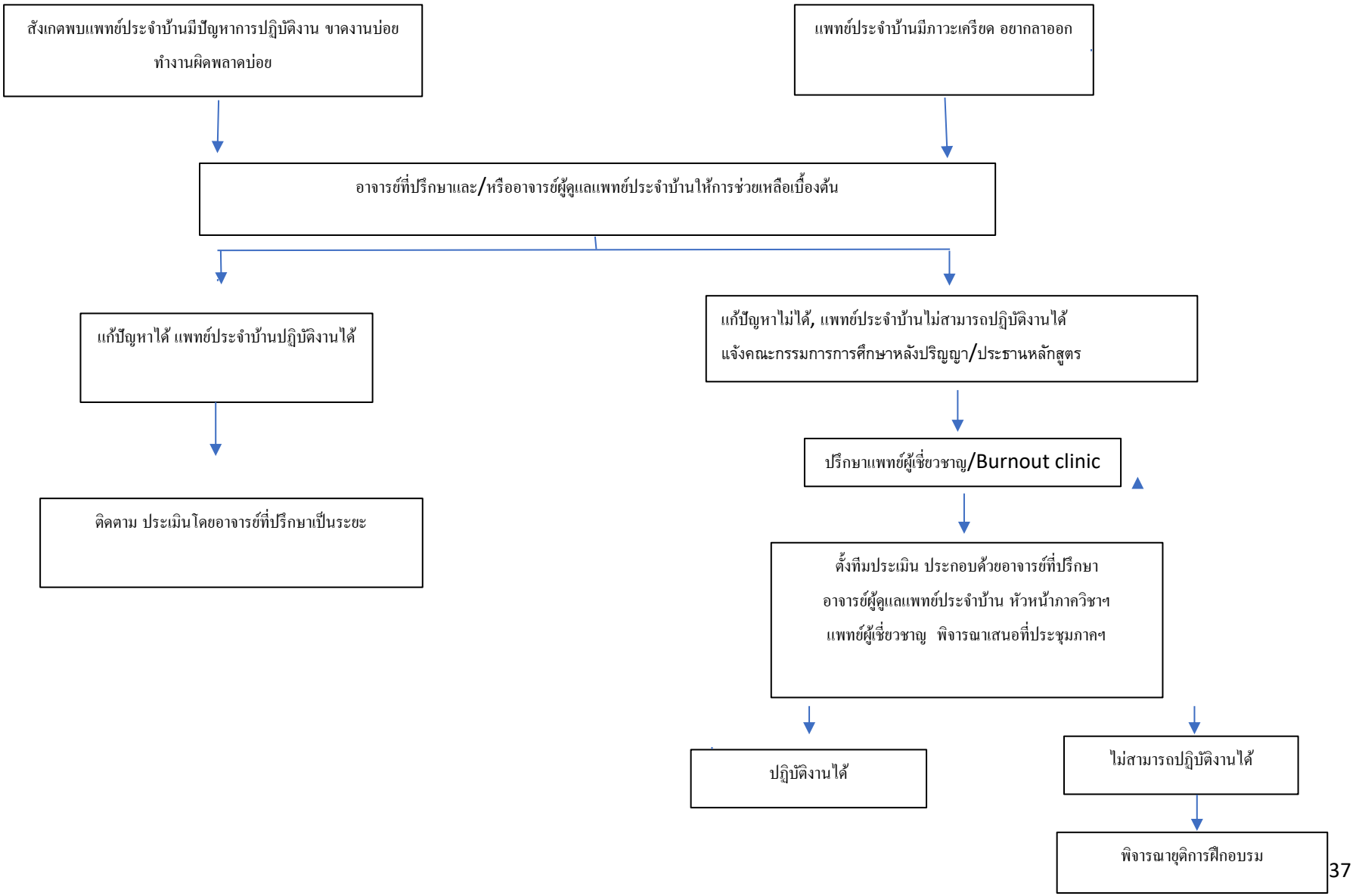
✶ **และ ปรึกษาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ทุกครั้งที่สั่งยา** ✶

↓

บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ บันทึกเอกสารที่งานควบคุมโรคติดเชื้อ/เวรตรวจการพยาบาล ส่งผู้บังคับบัญชาตามลำดับขั้น ดังนี้

1. แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน
2. แบบรายงาน ฟอร์ม 7500

แนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านเมื่อเกิดภาวะเครียด

1. ภาควิชาวิสัญญีวิทยาได้จัดให้มีอาจารย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ที่ปรึกษารายบุคคลเพื่อให้คำแนะนำในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีปัญหาระหว่างการฝึกอบรม โดยครอบคลุมถึงปัญหาทุกด้าน รวมถึงปัญหาด้านการปรับตัว ความเครียดและปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
2. แพทย์ประจำบ้านพบอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 พบอาจารย์ที่ปรึกษา 3ครั้ง/ปี แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 พบอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ครั้ง/ปี
3. เมื่อแพทย์ประจำบ้านเกิดความเครียด อยากลาออก
   หรือผู้ร่วมงานสังเกตพบว่าแพทย์ประจำบ้านมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ขาดงานบ่อย ปฏิบัติงานผิดพลาดบ่อย สามารถแจ้งได้ที่อาจารย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านหรืออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
4. ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านต้องการพบ/ปรึกษาจิตแพทย์
   หรืออาจารย์ต้องการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมประเมินและให้การดูแลรักษา
   สามารถปรึกษาได้ที่คลินิก Burnout ซึ่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ได้จัดไว้ให้บริการทุกวันพุธ เวลา 11.00-14.00 น. โดยแพทย์ประจำบ้านสามารถขอลาเพื่อไปรับคำปรึกษาได้
   ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินสามารถปรึกษาได้ที่ รศ.พญ. วินิทรา นวลละออง
5. ภาควิชาฯ ตั้งทีมประเมินซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้าน หัวหน้าภาควิชาฯ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
   ให้การดูแลแพทย์ประจำบ้านเพื่อวางแผนให้การดูแลเป็นรายๆ ตามแผนภูมิ

แนวทางการดูแลแพทย์ประจำบ้านเมื่อเกิดภาวะเครียด