



ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๔/ ๑๒๗๐

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๘ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเรื่องการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในรูปแบบเขตสุขภาพ พัฒนาระบบบริการและเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของแต่ละพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันได้กำหนดให้มีการดำเนินการ จำนวน ๑๙ สาขา ได้แก่ ๑) สาขาโรคหัวใจ ๒) สาขาโรคมะเร็ง ๓) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔) สาขาทารกแรกเกิด ๕) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๖) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ๗) สาขาสุขภาพช่องปาก ๘) สาขาตา ๙) สาขาไต ๑๐) สาขาโรคไม่ติดต่อ ๑๑) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๑๒) สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ ๑๓) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง ๑๔) สาขาการพัฒนาระบบบริการเพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๑๕) สาขาศัลยกรรม ๑๖) สาขายาเสพติด ๑๗) สาขาอายุรกรรม ๑๘) สาขาแม่และเด็ก ๑๙) สาขาออร์โธปิดิกส์ นั้น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรร่วมมือกับสถาบันประสาทวิทยา โดยมีหนังสือขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ตอบแบบสอบถามการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวต่อไป และขอได้โปรดส่งข้อมูลกลับมาทางอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ Neeneetani@gmail.com หรือทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๘๖ ภายในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงได้ที่แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์ เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ ด้านหลอดเลือดสมอง เบอร์โทรศัพท์ ๐๖ ๒๒๔๖ ๖๑๙๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารการสาธารณสุข

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๑, ๑๖๓๗

Number

Hospital Name.....

แบบสอบถามการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข

1.	1) ร.พ. ท่าน เป็นร.พ. ระดับ 1.1) ☐ A, 1.2) ☐ S, 1.3) ☐ M1, 1.4) ☐ M2, 1.5) ☐ F 2) อยู่ในเขตสุขภาพที่ 3) มีขนาด เตียง
2.	1) ร.พ.ท่านมีแพทย์ทั้งหมด คน, 1.1) มีแพทย์แผนกอายุรกรรม คน, 1.2) แพทย์ประสาทวิทยา คน, 1.3) แพทย์อนุสาขาย่อยทางโรคหลอดเลือดสมอง คน, 1.4) แพทย์แผนกศัลยกรรม คน, 1.5) แพทย์ประสาทศัลยกรรม คน, 1.6) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน คน, 1.7) รังสีแพทย์ คน, 1.8) แพทย์รังสีร่วมรักษา คน
3.	1) ในปีที่ผ่านมา ร.พ.ท่าน มีผู้ป่วยใน ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (รหัสICD: I60-69) ปีละ คน, 1.1) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (รหัสICD: I63) คน, 1.2) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (รหัสICD: I60-62) คน, 1.3) โรคหลอดเลือดสมองอื่นๆ (I64-69) คน
4.	1) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (I60-69) คน, 1.1) จากโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (I63) คน, 1.2) จากโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-62) คน, 1.3) จากโรคหลอดเลือดสมองอื่นๆ (I64-69) คน
5.	1) ในปีที่ผ่านมา ร.พ.ท่าน ☐ มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ไปทั้งหมด คน ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วย 1.1) ที่เสียชีวิต คน, 1.2) มีเลือดออกหลังให้ยา คน 1.3) ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากเลือดออกในสมอง คน, 1.4) ผ่าตัดเนื่องจากภาวะสมองบวม คน 2) ☐ ไม่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด
6.	ร.พ.ท่าน 1) ☐ มีหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) 1.1) เป็น stroke unit เตียง , 1.2) เป็น stroke corner เตียง 2) ☐ ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) (ข้ามไปข้อ 9)

11. ต่อ	2.5) ICU ☐ ☐ คน	2.6) อื่นๆ ระบุ..... ☐ ☐ คน
12.	รพ.ท่านมีเครื่อง CT scan 1) ☐ ไม่มี 2.1) ประเภท 1-16 slides ☐ เครื่อง, 2.3) ประเภท 128 slides ☐ เครื่อง,	2) ☐ มี จำนวน ☐☐ เครื่อง, 2.2) ประเภท 64 slides ☐ เครื่อง, 2.4) ประเภท > 128 slides ☐ เครื่อง
13.	รพ.ท่านมีเครื่อง MRI 1) ☐ ไม่มี 2.1) ประเภท < 1.5 Tesla ☐ เครื่อง, 2.3) ประเภท 3 Tesla ☐ เครื่อง,	2) ☐ มี จำนวน ☐☐ เครื่อง, 2.2) ประเภท 1.5 Tesla ☐ เครื่อง, 2.4) ประเภท >3 Tesla ☐ เครื่อง
14.	รพ.ท่านมีเครื่องDigital subtraction angiogram(DSA) 1) ☐ ไม่มี 2.1) ชนิดmonoplane จำนวน ☐ เครื่อง,	2) ☐ มี จำนวน ☐☐ เครื่อง 2.2) ชนิด biplane จำนวน ☐ เครื่อง
15.	รพ.ท่าน สามารถทำ endovascular treatment in acute stroke (thrombectomy) 1) ☐ ทำไม่ได้ 2.1) ในรอบปีที่ผ่านมา ทำthrombectomy ไปแล้วทั้งหมด ☐☐☐ ราย	2) ☐ ทำได้,
16.	รพ.ท่าน มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke registry) เป็นของรพ.ท่านเอง 1) ☐ มี ในกรณีที่ไม่มี ท่านได้เข้าร่วมกับเครือข่ายลงทะเบียนผู้ป่วยอื่นหรือไม่ 2.1) ☐ ไม่เข้าร่วม 2.2) ☐ เข้าร่วม ระบุเครือข่าย(ลงทะเบียนผู้ป่วย).....	2) ☐ ไม่มี
17.	รพ.ท่านมีการจัดงานถ่ายทอดให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 1) ☐ ไม่มี 2.1) ☐ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองปฐมภูมิ (primary prevention), 2.2) ☐ อาการและอาการแสดง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ (stroke awareness, stroke alert),	2) ☐ มี ระบุความถี่.....ครั้ง/ปี, เนื้อหาที่ถ่ายทอด (ตอบได้มากกว่า1ข้อ),

17. ต่อ	2.3) ☐ การดูแลหลังเกิดโรค
18.	รพ.ท่านมีระบบเครือข่ายรับและส่งต่อผู้ป่วย (referral system) กับรพ.อื่นหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี ระบุชื่อเครือข่าย.....
19.	รพ.ท่านมีทีมสหวิชาชีพเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี 2) ☐ มี ระบุวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 2.1) ☐ พยาบาล, 2.2) ☐ เวชกรรมฟื้นฟู, 2.3) ☐ โภชนากร, 2.4) ☐ เภสัชกร, 2.5) ☐ จิตวิทยา, 2.6) ☐ อื่นๆ.....
20.	รพ.ท่านมีระบบติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังกลับจากรพ.แล้วหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี ระบุ
21.	รพ.ท่านมีทีมเยี่ยมบ้านเป็นแบบสหวิชาชีพหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี ระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบ.....
22.	รพ.ท่านมีการสอนและฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี, 2.1) จำนวน ☐ ☐ หลักสูตร ระบุ.....
23.	รพ.ท่านมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี
24.	รพ.ท่านมีคลินิกเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 1) ☐ ไม่มี, 2) ☐ มี
25.	ท่านต้องการได้รับการสนับสนุนการฝึกอบรมจากสถาบันประสาทวิทยา 1) ☐ ไม่ต้องการ 2) ☐ ต้องการ โปรดระบุ
26.	ท่านต้องการได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากสถาบันประสาท (ในกรณีจัดอบรมเอง) 1) ☐ ไม่ต้องการ 2) ☐ ต้องการ โปรดระบุ

27.	ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ลงชื่อ.....

()

ผู้กรอกข้อมูล

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....