



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร 63408
ที่ ศธ 0514.7.3.20/ ๒๑๕ | ๓๑ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙
เรื่อง ขอแจ้งแนวทางในการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำ Plasmapheresis

เรียน

จากการหารือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น ในกรณีการทำ Plasmapheresis จากการร่วมประชุมหารือกับผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการรักษาพยาบาลด้วยวิธี Plasmapheresis เมื่อวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ นั้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลฯ จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. เงื่อนไขในการทำ Plasmapheresis
 - 1.1 ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษาให้ทำตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ทุกราย โดยเลือกใช้ Fresh Frozen Plasma (FFP) เป็นอันดับแรก
 - 1.2 กรณีเลือกใช้ 5% Albumin ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากราคากลางทุกรายการ 100% สำหรับผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเงินเองต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเต็มราคา
2. ขั้นตอนการขอทำ Plasmapheresis (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
3. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 คำรับรองแพทย์เพื่อประกอบการทำ Plasmapheresis (PPH-01)
 - 3.2 แบบประมาณการค่าใช้จ่ายในการทำ Plasmapheresis (PPH-02)
 - 3.3 หนังสือแจ้งความจำเป็นในการใช้วิธีพิเศษ และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค การวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง (SH-01)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบและถือปฏิบัติต่อไป จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ เทียมเก่า)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริการทางการแพทย์
รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ขั้นตอนการขอทำ Plasmapheresis
 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 (สิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิประกันสังคม)

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารอ้างอิง
- แพทย์เจ้าของไข้	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ผู้ป่วย Admit MICU 1, MICU 2, PICU</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ผู้ป่วย/ญาติ	- ใบ Admit
- แพทย์เจ้าของไข้	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">แพทย์พิจารณาทำ Plasmapheresis ตามข้อบ่งชี้ กรอกข้อมูลเพื่อประกอบการทำ Plasmapheresis</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	- ผู้ป่วย/ญาติ - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	- Doctor's order - PPH-01
- แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">แพทย์ประมาณการค่าใช้จ่ายในการทำ Plasmapheresis ลงในแบบประมาณการค่าใช้จ่ายในการทำ Plasmapheresis และแจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบ</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	- ผู้ป่วย/ญาติ	- PPH-02
- ผู้ป่วย/ญาติ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ผู้ป่วย/ญาติลงนามรับทราบค่าใช้จ่ายในส่วนเกินสิทธิ์ และยินยอมชำระส่วนเกินสิทธิ์ในหนังสือแสดงความจำนงฯ (SH-01)</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	- พ.เจ้าของไข้ - พยบ.ประจำหอผู้ป่วย	- SH-01
- ผู้บริหาร รพ.	<div style="text-align: center;">พิจารณา ส่งกลับ</div> <div style="text-align: center;">เสนอผู้บริหาร รพ. เพื่อพิจารณา</div> <div style="text-align: center;">เห็นชอบ</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> ส่งกลับ รพ. ที่มีศักยภาพในการทำ Plasmapheresis - รพ.ชก. - รพ.อุดรฯ * - รพ.มหาสารคาม - รพ.สรรพสิทธิ์ ประสงค์ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> สิทธิประกันสังคม </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> สิทธิบัตรทอง </div> </div>	- งานเลขานุการ รพ. - รพ.บัตรหลัก	- Doctor's order - PPH-01, - PPH-02 - SH-01
- หน่วยประสานสิทธิ์	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> รพ.สิทธิ์หลัก ยินดีรับผิดชอบ ค่ารักษา </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%; text-align: center;"> น.ประสานสิทธิ์ ประสาน รพ.สิทธิ์หลัก </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> ปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยชำระเงินเอง </div> </div>	- รพ.บัตรหลัก	
- หน่วยประสานสิทธิ์	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> แจ้ง ผอ./พ.เจ้าของไข้/หอผู้ป่วยเพื่อทำ Plasmapheresis </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายก่อนทำ Plasmapheresis </div> </div>	- ผอ.รพ. - พ.เจ้าของไข้ - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ผู้ป่วย/ญาติ	

ขั้นตอนการขอทำ Plasmapheresis
 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารอ้างอิง
- แพทย์เจ้าของไข้	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ผู้ป่วย Admit MICU 1, MICU 2, PICU</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - ผู้ป่วย/ญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใบ Admit
- แพทย์เจ้าของไข้	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">แพทย์พิจารณาทำ Plasmapheresis ตามข้อบ่งชี้ กรอกข้อมูลเพื่อประกอบการทำ Plasmapheresis</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ญาติ - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - Doctor's order - PPH-01
<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง/อปท. ที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ชำระส่วนเกิน 100%</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - PPH-02
- ผู้ป่วย/ญาติ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้ง ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายก่อนทำ Plasmapheresis</div>	<ul style="list-style-type: none"> - พ.เจ้าของไข้ - พยบ.ประจำหอผู้ป่วย - การเงิน 	<ul style="list-style-type: none"> - SH-01 - Doctor's order - PPH-01, - PPH-02

คำรับรองของแพทย์เพื่อประกอบการทำ Plasmapheresis
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ตำแหน่ง

สังกัดหน่วย ภาควิชา

มีความจำเป็นต้องทำ Plasmapheresis ให้กับผู้ป่วยชื่อ HN:

ระบุโรค : อายุ ปี น้ำหนัก กิโลกรัม

(ระบุ) Hct% หอผู้ป่วย สิทธิในการรักษาพยาบาล จ่ายตรง อปท

ประกันสังคม บัตรทอง ชำระเงินเอง

ตามแผนการรักษา และข้อบ่งชี้ โดยได้บันทึกข้อบ่งชี้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว

โรค	เงื่อนไข	สารละลาย	Schedul
<input type="checkbox"/> Guillain-Barre syndrome		5% Albumin Bot.	EOD (5-6 ครั้ง)
<input type="checkbox"/> ADEM	- ตอบสนองไม่ดีต่อ steroid - ไม่สามารถใช้ steroid ได้	5% Albuminbot.	EOD
<input type="checkbox"/> Myastheniagravis	- Moderate to severe	5% Albuminbot.	OD หรือ EOD
<input type="checkbox"/> ANCA-associated RPGN	- Dialysis dependence (Cr > 6 mg/dL)	5% Albuminbot.	OD หรือ EOD
<input type="checkbox"/> Goodpasture's syndrome	- DAH	FFP มล. (พบร่วมกับ DAH)	
<input type="checkbox"/> Catastrophic APS <input type="checkbox"/> TTP	-	FFP มล	OD
<input type="checkbox"/> Cryoglobulinemia		FFP มล	ทุก 1-3 วัน
<input type="checkbox"/> Hyperviscosity in monoclonal gammopathies	- Symptomatic - Prophylaxis for rituximab	5% Albuminbot.	OD
<input type="checkbox"/> FSGS	- Recurrent in transplanted kidney	FFP มล	OD หรือ EOD
<input type="checkbox"/> Renal transplantation	- Ab mediated rejection - Desensitization living donor	FFP มล	OD หรือ EOD

ADEM = Acute disseminated encephalomyelitis RPGN = Rapidly progressive glomerulonephritis
 APS = Antiphospholipid syndrome TTP = Thrombotic thrombocytopenic purpura
 FSGS = Focal segmental glomerulosclerosis

ลงชื่อ แพทย์เจ้าของไข้
 เลขที่ ว. (ระบุ)

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือ
 รองผู้อำนวยการที่ได้รับมอบหมาย

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

แบบประมาณการค่าใช้จ่ายในการทำ Plasmapheresis
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. ค่าทำหัตถการ Plasmapheresis รหัสกรมบัญชีกลาง 23504 เบิกได้ครั้งละ 7,000 บาท (หมวด 6 ลำดับที่ 6.6.4 Plasma Exchange ใช้เครื่อง Apherresis)
2. หมวดอุปกรณ์: ตัวกรองไตเทียม แบบประสิทธิภาพสูง (Dialyzer) รหัสกรมบัญชีกลาง 6102 ชุดละ 1,900 บาท

อุปกรณ์ที่ต้องใช้ (โปรดระบุ)	ราคาขายต่อชุด	เบิกได้	ส่วนเกินที่ต้องร่วมจ่าย
<input type="checkbox"/> Spectra optia exchange set (สีส้ม)	8,770 บาท	1,900 บาท	6,870 บาท
<input type="checkbox"/> Spectra optia IDL set (สีม่วง)	8,770 บาท	1,900 บาท	6,870 บาท
<input type="checkbox"/> ตัวกรองประสิทธิภาพสูง (Plasmaflo)	8,250 บาท	1,900 บาท	6,350 บาท

จำนวน set ที่ต้องการใช้ ครั้ง

3. ระยะเวลาในการทำ Plasmapheresis จำนวน ครั้ง
วันเดือนปีที่เริ่มทำ วันที่สิ้นสุด
4. สารละลายที่ต้องใช้ (โปรดระบุ)

สารละลาย	ราคาต่อหน่วย	จำนวนที่ต้องใช้ (ระบุ)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
<input type="checkbox"/> FFP: ยูนิต ละ 300 mL	850 บาท/ยูนิต ยูนิต x วัน
<input type="checkbox"/> 5% Albumin 250 mL	1,638 บาท/ขวด	50 ขวด x วัน

****กรณีเลือกใช้ Albumin ที่ไม่ตรงเงื่อนไขผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย**

5. ค่าใช้จ่ายการทำ Plasmapheresis ทั้งสิ้น บาท (ข้อ 1+2+4)
6. ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย บาท

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

- หมายเหตุ:**
- 1) เอกสารชุดนี้ใช้กับผู้ป่วยทุกสิทธิ์
 - 2) แพทย์เจ้าของไข้/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ต้องให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการกับผู้ป่วย/ญาติรับทราบทุกครั้ง และลงชื่อในหนังสือแจ้งความจำเป็นในการใช้วิธีเจาะเข็มและอุปกรณ์ในการนำบำบัดรักษาโรค การวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพงเพื่อนำเบิกอุปกรณ์ที่หน่วยเวชภัณฑ์การแพทย์ (ตามหนังสือเวียนประกาศของโรงพยาบาลฯ ที่ ศธ 0514.7.3.1/ว.315 ลว.30 มีนาคม 2559) เป็นหลักฐาน โดยเก็บต้นฉบับไว้ในประวัติผู้ป่วย และสำเนา 1 ชุดไว้กับผู้ป่วยหรือญาติ



หนังสือแจ้งความจำเป็นในการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค การวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษและ
การทำหัตถการราคาแพง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล..... ซึ่งเป็นผู้ป่วย /ญาติ
ของ.....เลขที่โรงพยาบาล.....สิทธิการรักษา

สิทธิสวัสดิการราชการ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
 สิทธิประกันสังคม สิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99)
 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่นๆ ระบุ.....
 ไม่มีสิทธิการรักษา
 ไม่ใช่สิทธิตามที่ได้รับ (ชำระเงินเอง)

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการให้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มแล้วว่า การรักษาพยาบาล
อาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น โดยมีความประสงค์จะขอใช้

- อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค (ระบุ)บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท
 ราคาตามสิทธิ.....บาท
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุ).....บาท ราคา.....บาท
 การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ (ระบุ).....บาท ราคา.....บาท
 การทำหัตถการราคาแพง (ระบุ).....บาท ราคา.....บาท
 อื่นๆ (ระบุ)บาท ราคา.....บาท

ซึ่งรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลข้าพเจ้า/ญาติข้าพเจ้า ดังกล่าวข้างต้น เป็นรายการที่อยู่
นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล โดยข้าพเจ้า/ญาติ ได้ทราบ
แล้วว่าจะต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น เป็นจำนวนเงิน..... บาท
(.....)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มเติมอย่าง
ชัดเจนเพียงพอ รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์จะใช้อุปกรณ์ และอวัยวะ
เทียม ยานอกบัญชี การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง โดยจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องเงินคืนภายหลัง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล
(.....) (.....)

วันที่ วันที่

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน รพ.ฯ
(.....) (.....)

วันที่ วันที่