



คู่มือการให้บริการ : กระบวนการตรวจวิเคราะห์ Scabies  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานพยาธิวิทยา กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์  
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง กรมการแพทย์

| ส่วนของการสร้างกระบวนการ   |                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------|
| 1.ชื่อกระบวนการ:           | กระบวนการตรวจวิเคราะห์ Scabies                       |
| 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :  | กลุ่มงานพยาธิวิทยา กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ |
| 3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ   |                                                      |
| กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ: | ๑. ผู้มารับบริการ<br>๒. จำนวนยอดผู้มารับบริการ       |

| ส่วนของคู่มือการให้บริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : กระบวนการตรวจวิเคราะห์ Scabies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.1 ประเภทช่องทาง :<br>1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานพยาธิวิทยา (ห้องหมายเลข 15) อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๒<br>โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง<br>2. สถานที่ ที่ตั้ง : กลุ่มงานพยาธิวิทยา (ห้องหมายเลข 15) อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๒<br>เลขที่ 184 หมู่ 4 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง<br>จังหวัดตรัง<br>3. รูปแบบการให้บริการ : ในเวลาราชการ<br>4. เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ :<br>www.trangskin.org<br>5. โทรศัพท์ : ๐ ๗๕๒๐ ๑๒๑๙<br>6. อีเมล : lab_trangskin@outlook.com<br>7. ไปรษณีย์ : ๙๒๐๐๐ | 5.2 วันที่เปิดให้บริการ :<br><input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์<br><input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์<br><input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ<br>5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :<br><input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง<br><input checked="" type="checkbox"/> ๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.<br><input type="checkbox"/> ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น. |
| หมายเหตุ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                        |
| <p>หลักฐานถูกต้อง ดำเนินการแล้วเสร็จภายในระยะเวลา 15 นาที/ราย โดยหลักฐานประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ใบสั่งตรวจจากแพทย์ (ใบพิมพ์)</li> <li>2. ใบเสร็จรับเงิน แสดงการจ่ายค่าตรวจวิเคราะห์ (กรณีผู้มารับบริการใช้สิทธิการรักษา : ชำระเงิน)</li> </ol> |

| 7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                |                              |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ที่                                        | ประเภทขั้นตอน                                              | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ระยะเวลาการให้บริการ | หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี) | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ                                                                                                              |
| 1.                                         | การยื่นใบสั่งตรวจและใบเสร็จรับเงิน (ถ้ามี)                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับวางใบสั่งตรวจและใบเสร็จรับเงิน</li> <li>- รับใบสั่งตรวจ และใบเสร็จรับเงิน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ในเวลาราชการ         | 1 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           |                                                                                                                       |
| 2.                                         | การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของใบสั่งตรวจและใบเสร็จรับเงิน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ห้อง Lab ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของใบสั่งตรวจและการส่งตรวจในโปรแกรม MLAB ก่อน หากพบความไม่ถูกต้องสมบูรณ์ของใบสั่งตรวจต้องติดต่อประสานงานกับแพทย์ผู้สั่งตรวจ</li> <li>- ติดบัตรคิว ก่อนหลังตามลำดับของผู้มารับบริการ</li> <li>- คืนใบเสร็จรับเงิน และแนะนำให้ผู้มารับบริการนั่งรอเรียกชื่อตามคิว</li> </ul>                                                                                                                                                                                              | ในเวลาราชการ         | 1 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           | ต้องมีการระบุรายการตรวจวิเคราะห์ Scabies และอาจมีการระบุตำแหน่งที่แพทย์ต้องการตรวจหรือแล้วแต่ Lab พิจารณา             |
| 3.                                         | การเก็บตัวอย่าง (ชุดเชื้อ)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เรียกชื่อ-สกุล ผู้มารับบริการเข้าห้องเก็บตัวอย่าง</li> <li>- เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างต้องทวนสอบชื่อ-สกุล และตำแหน่งที่แพทย์ต้องการตรวจกับผู้รับบริการซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาด และอธิบายรายละเอียดการเก็บตัวอย่างเพื่อความเข้าใจและลดความกังวลของผู้มารับบริการ</li> <li>- เก็บตัวอย่างจากตำแหน่งที่แพทย์สั่งตรวจและมีปริมาณที่เหมาะสม หรือเลือกจากตำแหน่งที่มีโอกาสตรวจพบได้ เช่น รักแร้ สะดือ อวัยวะ และอื่น ๆ โดยใช้ความระมัดระวังเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ</li> <li>- แนะนำให้ผู้มารับบริการนั่งรอผลตรวจ</li> </ul> | ในเวลาราชการ         | 5 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           | เก็บตัวอย่างจากตำแหน่งที่แพทย์ระบุในใบสั่งตรวจหรือชุดจากตำแหน่งที่มีโอกาสตรวจพบได้ เช่น รักแร้ สะดือ อวัยวะ และอื่น ๆ |
| 4.                                         | การตรวจวิเคราะห์                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจวิเคราะห์ตามวิธีมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ Scabies</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ในเวลาราชการ         | 5 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           | ตามคู่มือฯ                                                                                                            |

| 7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ |                                        |                                                                                                                                                                                        |                      |                                                |                              |             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|------------------------------|-------------|
| ที่                                        | ประเภทขั้นตอน                          | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                                                                                                                                          | ระยะเวลาการให้บริการ | หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี) | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ    |
| 5.                                         | การบันทึกผลและรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ | - บันทึกผลการตรวจในใบสั่งตรวจ และในระบบโปรแกรม MLAB พร้อมมีผู้ตรวจสอบผลก่อนส่งรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ให้แพทย์ทราบ                                                                     | ในเวลาราชการ         | 2 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           |             |
| 6.                                         | การส่งผู้มารับบริการพบแพทย์ผู้สั่งตรวจ | - เรียกชื่อ-สกุลผู้มารับบริการที่ส่งรายงานผลการตรวจแล้ว<br>- ให้ใบพบแพทย์ตามชื่อแพทย์ผู้สั่งตรวจ โดยแนะนำให้อยู่ในบัลลังก์แล้วให้กับเจ้าหน้าที่หน้าห้องแพทย์ก่อนเพื่อรอคิวพบแพทย์ต่อไป | ในเวลาราชการ         | 1 นาที/ราย                                     | กลุ่มงานพยาธิวิทยา           |             |
| ระยะเวลาดำเนินการรวม :                     |                                        |                                                                                                                                                                                        |                      |                                                |                              | 15 นาที/ราย |

|                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว                                                                          |
| <input type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว<br>(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย) |

| 9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ      |                           |                              |                     |                  |                           |          |
|----------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|----------|
| 9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ |                           |                              |                     |                  |                           |          |
| ที่                                          | รายการเอกสารยืนยันตัวตน   | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
|                                              | - ไม่มี -                 |                              |                     |                  |                           |          |
| 9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม          |                           |                              |                     |                  |                           |          |
| ที่                                          | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด) | หมายเหตุ |
|                                              | - ไม่มี -                 |                              |                     |                  |                           |          |



|                        |   |
|------------------------|---|
| 10. ค่าธรรมเนียม       |   |
| รายละเอียดค่าธรรมเนียม | - |
| ค่าธรรมเนียม :         |   |
| หมายเหตุ :             |   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 11. ช่องทางรับชำระค่าธรรมเนียม |  |
|                                |  |

|                         |                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12. ช่องทางการร้องเรียน |                                                                                                                         |
| 1.                      | เว็บไซต์ของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง <a href="http://www.trangskin.org">www.trangskin.org</a>        |
| 2.                      | ผู้รับเรื่องร้องเรียน                                                                                                   |
| 3.                      | ทางไปรษณีย์ ที่อยู่ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง<br>184 หมู่ 4 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000 |
| 4.                      | โทรศัพท์ ๐ ๗๕๒๐ ๑๒๑๙ โทรสาร ๐ ๗๕๒๐ ๑๒๒๑                                                                                 |
| 5.                      | พบผู้บริหาร                                                                                                             |

|                                                                                |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี) |                            |
| ชื่อเอกสาร :                                                                   | ตัวอย่างใบสั่งตรวจ Scabiei |
| ขอรับเอกสาร :                                                                  | -                          |
| แบบฟอร์ม :                                                                     | ดังเอกสารแนบท้ายนี้        |

|              |  |
|--------------|--|
| 14. หมายเหตุ |  |
|              |  |