



คู่มือการให้บริการ : การให้บริการปรึกษาพันธุกรรมโรคมะเร็ง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานวิชาการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ:	การให้บริการปรึกษาพันธุกรรมโรคมะเร็ง
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	ผู้มารับบริการรับคำปรึกษาพันธุกรรมโรคมะเร็ง จำนวนเฉลี่ย 25-30 คนต่อเดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ:การให้บริการปรึกษาพันธุกรรมโรคมะเร็ง กลุ่มงานวิชาการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่อยู่ 405 ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-317133 ต่อ 7121 หรือ 7514 ณ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย ชั้น 5 www.uboncancer.go.t	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : <input type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : <input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 08.00-12.00 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น. <input checked="" type="checkbox"/> 13.00-16.00 น. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
หมายเหตุ :	-

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)
1. ได้รับการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรมเบื้องต้นจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจรักษา โดยใช้ Risk Ladder หรือ NCCN Guidelines (หน่วยตรวจสุขภาพ) 2. กรณีผู้รับบริการมาติดต่อเองมีการยื่นเอกสารที่เวชระเบียนเพื่อออก VN

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	กรณีส่งต่อจากหน่วยรักษา ประเมินความเสี่ยง HBOC โดย Risk Ladder หรือ NCCN Guidelines (หน่วยตรวจสุขภาพ)	-ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาและหน่วยตรวจสุขภาพ ได้รับการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม	5	นาที	พยาบาลที่คลินิกมะเร็งนรีเวช/ ศัลยกรรม/มะเร็งโลหิตวิทยา/ อายุรกรรมโรคมะเร็ง/รังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
	กรณีผู้รับบริการมาติดต่อเองยื่นเอกสารที่เวชระเบียนเพื่อออก VN	-ยื่นเอกสารที่ชั้น 1 อาคาร อำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย	5	นาที	งานเวชระเบียนและเวชสถิติ	
2.	แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งปรึกษา Cancer Genetic Counseling Clinic		5	นาที	แพทย์คลินิกมะเร็งนรีเวช/ ศัลยกรรม/อายุรกรรมโรคมะเร็ง/โลหิตวิทยา/รังสีรักษา	
3.	ส่งพบพยาบาล Genetic Clinic	First Genetic Evaluation /Pre- Counseling	30	นาที	พยาบาลที่คลินิกให้คำปรึกษา พันธุกรรมโรคมะเร็ง	
4.	ออกวันนัดพบแพทย์ (กรณีผู้ป่วยต้องการพบแพทย์/ต้องการตรวจ Blood for Germline mutation test)	-ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการยื่นเอกสารในวันที่มาตรวจตามนัด	5	นาที	พยาบาลที่คลินิกให้คำปรึกษา พันธุกรรมโรคมะเร็ง	
5.	ยื่นบัตรนัดที่เวชระเบียน	-ยื่นบัตรนัดที่ชั้น 1 อาคาร อำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย	5	นาที	งานเวชระเบียนและเวชสถิติ	
6.	แพทย์ตรวจ		30	นาที	แพทย์คลินิกให้คำปรึกษา พันธุกรรมโรคมะเร็ง	
7.	ให้คำแนะนำ	-ให้คำแนะนำการในการดูแลสุขภาพ -กรณีตรวจเลือดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งตรวจ และระยะเวลารอคอย	5	นาที	พยาบาลที่คลินิกให้คำปรึกษา พันธุกรรมโรคมะเร็ง	
8.	ออกวันนัด/ให้ใบนัด	-นัดพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา หลังทราบผลการตรวจ	5	นาที	งานรับผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
9.	ส่งตรวจ Blood for Germline mutation test		5	นาที	กลุ่มงานพยาธิวิทยา	ระยะเวลา รอผลตรวจ ประมาณ 30 วัน
10.	ชำระเงิน	ส่งชำระค่ารักษาที่ฝ่ายบัญชีและการเงิน	5	นาที	ฝ่ายบัญชีและการเงิน	

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว						
9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวโรงพยาบาลหรือบัตรนัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัด	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	1	1	ฉบับ	
2	บัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ	กรมการปกครอง/หน่วยงานต้นสังกัด	1	1	ฉบับ	
9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)						
ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ

10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564)							
รายละเอียดค่าบริการ:							
ค่าบริการ:	รายการค่าใช้จ่าย	ราคาเต็ม	บัตรทองชำระส่วนเกิน	ข้าราชการชำระส่วนเกิน	อปท.ชำระส่วนเกิน	ประกันสังคมชำระส่วนเกิน	
	Molecular Genetic Testing						
	- PCR 1 Fragment	600	600	600	600	600	
	- PCR 3 Fragments	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	
	- PCR 5 Fragments	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	
	- PCR 10 Fragments	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	
	-Sequencing-with Day 5 Rxn	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	
	-Sequencing-with Day 10 Rxn	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	
	-Real Time PCR-Others	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	
	-Whole Gene Sequencing-Others	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	
หมายเหตุ :							
11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ ชำระเป็นเงินสดหรือบัตรเครดิต ณ วันที่รับบริการ							



12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	กล่องแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ จุดต่างๆ ในโรงพยาบาล
2.	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โทร.045-317133 ต่อ 7613
3.	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โทร.045-317133ต่อ 7602
13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	
14. หมายเหตุ	