

ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๒/๑๘๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๒๖ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงาน การให้สาเหตุการตายตามธรรมชาตินอกสถานพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการดำเนินงานระบบรายงานการตายจังหวัดน่านกรณีตายตามธรรมชาติ

นอกสถานพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบฟอร์มการชักประวัติกรณีตายตามธรรมชาตินอกสถานพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ

๓. แบบรายงานผลการดำเนินงาน จำนวน ๑ ฉบับ

ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องดำเนินการ คือ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตั้งเป้าหมายให้จังหวัดมีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุรายอำเภอไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ได้ดำเนินการจัดประชุมการสรุปสาเหตุการตาย สำหรับแพทย์ พยาบาล และนายทะเบียนอำเภอ/เทศบาลในวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐ เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้สาเหตุการตาย และได้เริ่มดำเนินการให้โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนประวัติการรักษาแก่นายทะเบียน ตามแนวทาง (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นมา นั้น

ในการนี้ ขอความร่วมมือโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งรายงานผลการดำเนินงาน การให้สาเหตุการตายตามธรรมชาตินอกสถานพยาบาล รายบุคคล ระยะเวลา ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ ทาง E mail : butsara.yotwiangchai@gmail.com ภายใน วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๐๐ ๐๘๐

โทรสาร ๐ ๕๔๖๐๐ ๐๗๐

แนวทางดำเนินงานระบบรายงานการตายจังหวัดน่านกรณีตายตามธรรมชาตินอกสถานพยาบาล
ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างช่องทางการประสานงานกับสำนักทะเบียนอำเภอ/เทศบาล เพื่อสนับสนุนประวัติการรักษา และให้คำปรึกษาแก่นายทะเบียน โดย
 - ๑.๑ กำหนดผู้รับผิดชอบ
 - ๑.๒ กำหนดแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ
 - ๑.๓ สร้างช่องทางการประสานงาน เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาการมารับบริการที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของญาติในการขอประวัติ เช่น โทรศัพท์/Line group
๒. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนประวัติโดยการสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ใกล้ชิดก่อนตาย ในแบบฟอร์ม สาเหตุตายจากการเจ็บป่วยหรือตายตามธรรมชาติ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)
๓. กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วย Palliative care ขอให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำข้อมูลประวัติบุคคลในแฟ้มประวัติครอบครัวให้เป็นปัจจุบัน และบันทึกโรคประจำตัวทุกโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และระยะเวลาที่เป็น ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ให้ผู้ป่วยและญาติเก็บเป็นข้อมูลไว้ที่บ้าน เพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่นายทะเบียน
๔. นายทะเบียนพิจารณาข้อมูลประวัติจากแบบสัมภาษณ์ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) เพื่อให้สาเหตุการตายในใบมรณบัตร

คำจำกัดความ สาเหตุการตาย (Underlying causes of deaths) : โรคแรกที่เกิดขึ้นอันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามต่อเนื่องกันมา จนนำไปสู่การเสียชีวิต ในกรณี การบาดเจ็บสาเหตุการตาย คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น อุบัติเหตุตกจากที่สูง ฆาตกรรมโดยใช้อาวุธปืน หรือขับมอเตอร์ไซด์ชนรถยนต์

การสัมภาษณ์ญาติ ให้เริ่มด้วยคำถามว่า ตั้งแต่เกิดมา มีโรคประจำตัวหรือความพิการอะไรบ้าง แพทย์แผนปัจจุบันเคยบอกว่า ผู้ตายมีโรคประจำตัว หรือตรวจพบโรคอะไรบ้างไหม ผู้ตายเข้ารักษาโรคอะไรประจำ

หากมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องพิจารณาข้อมูล ๓ ประการต่อไปนี้ เพื่อเลือกโรคที่สำคัญเป็นสาเหตุการตาย

๑. ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคใดที่เป็นมาก่อน โรคเรื้อรังที่เป็นมานานย่อมทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะมากกว่า
๒. โรคใดมีความรุนแรงมากกว่ากัน หมายถึงโรคที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยมาก ควบคุมได้ยาก และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าหรือทำให้เกิดความพิการต่อเนื่องจนถึงแก่ความตาย
๓. ตรวจสอบอาการใกล้ตาย ว่า เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคใดมากกว่ากัน

ที่มา : คู่มือการสอบสวนสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.๒๕๖๐)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้เสียชีวิต []-[] [] [] []-[] [] [] [] []-[] [] []-[]

ชื่อ-สกุล ผู้ตายอายุ.....ปี วัน เดือน ปี ที่ตาย...../...../.....

สาเหตุตายจากการเจ็บป่วยหรือตายตามธรรมชาติ

- ผู้ตายมีโรคประจำตัว หรือเคยรักษาโรคอะไรบ้าง (ขีดเครื่องหมาย ✓ □ หน้าชื่อโรคต่อไปนี้ (กรณีไม่มีในรายชื่อให้เขียนเติมในข้ออื่น ๆ ว่าเคยรักษาโรคอะไรมาบ้าง)
 - ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เส้นเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน ☐ หลอดเลือดหัวใจ ☐ หัวใจขาดเลือด ☐ ลิ้นหัวใจรั่ว
 - ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ☐ โรคหัวใจอื่นๆ ระบุ ☐ เส้นเลือดโป่งพองในช่องท้อง/อก
 - ☐ เบาหวาน ถ้ามีโรคแทรกซ้อน ร่วมกับ ☐ ไตวายเรื้อรัง ☐ มีแผลเรื้อรัง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 - ☐ มะเร็ง ที่อวัยวะส่วนใด ☐ ตับ ☐ ปอด ☐ เต้านม ☐ ตับอ่อน ☐ ปากมดลูก ☐ บริเวณคอ (ลิ้น เหงือก หลอดคอ กล่องเสียง) ☐ กระเพาะอาหาร ☐ ลำไส้ (ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก) ☐ กระเพาะปัสสาวะ
 - ☐ ต่อมน้ำนม ☐ กระดูก ☐ เม็ดเลือด ☐ ต่อมไทรอยด์ ☐ ต่อมเหงื่อ ☐ ต่อม (เนื้องอก) ☐ รังไข่ ☐ มดลูก
 - ☐ ผิวหนัง ☐ อวัยวะอื่นๆระบุ
 - ☐ ตับแข็ง หากมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำเลือก ☐ ตับแข็งจากสุรา ☐ พิษสุราเรื้อรัง ☐ พิษสุราเฉียบพลัน
 - ☐ ตับอักเสบเฉียบพลัน
 - ☐ อุดลมโป่งพอง หรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โดยมากจะมีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ หรือทำงานในบริเวณที่มีฝุ่นละอองมาก
 - ☐ วัณโรคปอด ซึ่งต้องไม่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวี หรือ เอดส์ ☐ ปอดอักเสบ (ห้ามลง การเกิดปอดอักเสบหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)
 - ☐ ติดเชื้อเอชไอวี หรือ เอดส์ โดยมากจะมีอาการติดเชื้อรา เช่น เชื้อราที่ผิวหนังทั่วตัว เชื้อราในปอด เชื้อราในสมองหรือเชื้อราในช่องคลอด หรือ เป็นวัณโรคแบบฉวยโอกาส หรืออุจจาระร่วงหรือเป็นไข้บ่อย ๆ
 - ☐ ติดเชื้อทางเดินอาหาร หรือ อุจจาระร่วง โดยมากจะเกิดแบบเฉียบพลัน และเป็นในผู้สูงอายุ เด็กเล็ก
 - ☐ พิการแต่กำเนิด ระบุความพิการ ○หัวใจพิการแต่กำเนิด ○สมองพิการแต่กำเนิด ○พิการหลายระบบ
 - ☐ ไตอักเสบ/กรวยไตอักเสบ ☐ นิ่วในไต ☐ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
 - ☐ โรคอื่นๆ เช่น ☐ โรคพุ่มพวง (เอสแอลอี) ☐ โรคกระดูกพรุน ☐ ข้ออักเสบเรื้อรัง
 - ☐ ไข้ส่าเฉียบพลันเป็นประจํา ☐ โรคเลือดธาลัสซีเมีย
- ถ้ามีหลายโรค ให้เลือกโรคที่เป็นนานที่สุด หรือ โรคที่ร้ายแรง หรือโรคที่ต้องเข้า โรงพยาบาลบ่อย

ขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล..... เกี่ยวพันกับผู้ตายคือเป็น.....

แบบรายงานผลการดำเนินงานระบบรายงานการตายจังหวัดน่าน ปี ๒๕๖๑
กรณีตายจากการเจ็บป่วยหรือตายตามธรรมชาตินอกสถานพยาบาล
ระยะเวลา ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

ผู้ประสานงาน.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์ (สสอ.รวบรวมรายงาน จาก รพ.สต. ส่ง สสจ.)

ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน.....

.....

.....

.....

.....

รายงานการสนับสนุนประวัติ/การซักประวัติ/การให้สาเหตุการตาย
ในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

วันที่เสียชีวิต	อายุ (ปี)	เพศ	ที่อยู่	วินิจฉัยโรค/โรคประจำตัว (ภาษาอังกฤษ)	สาเหตุการตาย (ภาษาไทย) ที่บันทึกให้นายทะเบียน

หมายเหตุ : สามารถส่งข้อมูลรายบุคคล ในรูปแบบ excel file หรือ สแกน/สำเนาเอกสาร หรือภาพถ่ายสมุด
ทะเบียน ส่งมาที่ E mail : butsara.yotwiangchai@gmail.com ภายใน ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑