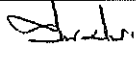
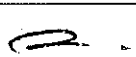


เอกสารการบริการของภาควิชานิติเวชศาสตร์

ที่	ชื่อเอกสาร/แบบฟอร์ม	รหัสเอกสาร/แบบฟอร์ม
งานบริการคลินิกนิติเวช		
1	เอกสารคุณภาพ เรื่อง การให้บริการของคลินิกนิติเวช	WI-Foren-001-304-00
2	แบบฟอร์ม ใบส่งปรึกษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก	FO-FOREN-007-00
งานบริการเกี่ยวกับศพ		
3	แบบฟอร์ม คำร้องขอรับศพ	FO-FOREN-002-00
4	แบบฟอร์ม ใบฝากส่งทำลายชิ้นเนื้อ	FO-FOREN-005-00
5	แบบฟอร์ม ใบส่งศพ	FO-FOREN-008-00
6	แบบฟอร์ม ใบแสดงความจำนงขอนิติยาศพ	FO-FOREN-009-00
7	แบบฟอร์ม ใบแสดงความจำนงขอฝากศพ	FO-FOREN-010-00

 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร		หน้าที 1/4 วันที่อนุมัติใช้: ๕ 7 พ.ค. 2561 รหัสเอกสาร: WI-Foren-001-304-00	
เรื่อง: การให้บริการของคลินิกนิติเวช		ผู้จัดทำ: ภาควิชานิติเวชศาสตร์	
ระดับเอกสาร: วิธีปฏิบัติงาน		ผู้ตรวจสอบ:  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพงษ์ ประยูรเสถียร) หัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: ภาควิชานิติเวชศาสตร์		ผู้อนุมัติ:  (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์) คณบดีคณะแพทยศาสตร์	
การควบคุมเอกสาร			
ประวัติการแก้ไข:			
ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผนที่
-	-	-	-

1. วัตถุประสงค์

เพื่อทำความเข้าใจด้านการรักษาความปลอดภัยในด้านต่างๆ

2. นโยบาย

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ส่งตรวจ นิติเวชแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามหลักปฏิบัติการบริการทางนิติเวชและชั้นสูตรศพออย่างเคร่งครัด

3. ขอบเขต

บริการ วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-12.00 น. เว้นวันหยุดราชการ

4. ผู้รับผิดชอบ

นิติเวชแพทย์ และเจ้าหน้าที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์

5. คำจำกัดความ

ผู้ป่วยคดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเอง ถูกสัตว์ทำร้าย และกรณีอุบัติเหตุที่มีคู่กรณี รวมถึงกรณีที่พนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ป่วยมาตรวจหาร่องรอยการต่อสู้ หาราสารเสพติด หรือสารพิษ ผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวข้างต้นอาจมีการแจ้งความหรือไม่ก็ได้ แนะนำให้แพทย์ผู้ทำการตรวจผู้ป่วย consult นิติเวชแพทย์ทุกราย

เรื่อง: การให้บริการของคลินิกนิติเวช	หน้าที่ 2/4
ระดับเอกสาร: วิธีปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร: WI-Foren-001-304-00

5. วิธีปฏิบัติ

แนวทางการให้บริการของหน่วยนิติเวช

1. กรณีผู้ป่วยนอก ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทำการตรวจรักษา เก็บวัตถุพยาน และบันทึกในเวชระเบียนอย่างครบถ้วนและถูกต้อง นัดผู้ป่วยมาที่ OPD นิติเวชคลินิกในวันจันทร์ หรือวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-12.00 น. หากผู้ป่วยมาในเวลาที่มี OPD นิติเวชคลินิกสามารถตามนิติเวชแพทย์ไปตรวจที่ห้องฉุกเฉิน หรือส่งตัวผู้ป่วยภายหลังการตรวจรักษาแล้วมาที่ OPD นิติเวชในวันนั้นได้เลย

นิติเวชแพทย์จะตรวจผู้ป่วยพร้อมบันทึกบาดแผล อาการและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบันทึกในเวชระเบียน และอาจบันทึกภาพบาดแผลของผู้ป่วยเพิ่มเติม

2. กรณีผู้ป่วยใน ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทำการตรวจรักษาส่งใบส่งปรึกษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมทวิทย์ลัยนเรศวร (ใบ consult) มาที่ OPD นิติเวชคลินิกในเวลาราชการ ทางหน่วยจะส่งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ไปตรวจและให้คำแนะนำ

3. กรณีผู้ป่วย กรณีความผิดทางเพศ แนะนำให้ซักประวัติและตรวจร่างกาย ตามแบบการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยคดีความผิดทางเพศ (Sexual assault) โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ดังนี้

- 3.1 ผู้ป่วยหญิง สตรีนิติแพทย์
- 3.2 ผู้ป่วยชาย ศัลยแพทย์
- 3.3 ผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) กุมารแพทย์

4. การออกใบชันสูตรบาดแผลให้กับพนักงานสอบสวน

หน่วยเวชระเบียนรวบรวมใบชันสูตรพร้อมกับเวชระเบียนของผู้ป่วยส่งไปที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ เจ้าหน้าที่นิติเวชจะตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ นามสกุล H.N., อายุ สถานที่ตำรวจและที่อยู่ ก่อนจะลงทะเบียนรับ-ส่งใบชันสูตรเพื่อเตรียมให้นิติเวชแพทย์เขียนรายงาน

หากรายละเอียดของผู้ป่วยในเวชระเบียนกับไม่ตรงกับใบชันสูตรทางภาควิชานิติเวชศาสตร์ จะส่งเอกสารทั้งหมดของผู้ป่วยรายนั้นกลับไปให้เวชระเบียน

ในกรณีที่รายละเอียดการตรวจบันทึกบาดแผลของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่มีการระบุชนิดบาดแผล หรือระบุไม่ชัดเจน ไม่บันทึกขนาดของบาดแผลหรือไม่มีการบันทึกใน diagram ทางหน่วยจะส่งเวชระเบียนกลับไปให้แพทย์ผู้ตรวจเขียนเพิ่มเติมหรือให้แพทย์ผู้ตรวจเขียนใบรายงานชันสูตรเอง

5. การมอบใบชันสูตร

- 5.1 ทางภาควิชานิติเวชศาสตร์ จะมอบใบชันสูตรบาดแผลให้กับพนักงานสอบสวนเท่านั้น ยกเว้นว่ามีหนังสือมอบอำนาจจากทางพนักงานสอบสวนว่าให้ผู้อื่นสามารถรับแทนได้

เรื่อง: การให้บริการของคลินิกนิติเวช	หน้าที่ 3/4
ระดับเอกสาร: วิธีปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร: WI-Foren-001-304-00

5. วิธีปฏิบัติ (ต่อ)

5.2 กรณีผู้อื่นมารับใบชันสูตรโดยมีหนังสือมอบอำนาจทางภาควิชานิติเวชศาสตร์ จะขอ
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มารับใบชันสูตรและเก็บใบมอบอำนาจไว้เป็นหลักฐาน
ทุกครั้ง

5.3 การมอบใบชันสูตรจะต้องมีการระบุวันที่และลงลายมือชื่อผู้รับทุกครั้ง

หมายเหตุ

1. การออกไปรับรองแพทย์ให้กับพนักงานสอบสวน ทางภาควิชานิติเวชศาสตร์เป็นผู้รับผิดชอบ
2. การออกไปแพทย์สาวยุติงานและไปรับรองแพทย์ของประกันสังคม แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ออก

แนวทางการส่งใบส่งปรึกษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ใบ consult)

1. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทำการตรวจรักษา และเขียนรายละเอียดบาดแผลและการบาดเจ็บของผู้ป่วย
ลงในใบส่งปรึกษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ใบ consult)
2. ส่งแฟ้ม OPD, แฟ้ม IPD และใบ Consult ทั้งหมดมาที่คลินิกนิติเวช เพื่อทางคลินิกจะได้ลงทะเบียน
รับตามขั้นตอนของคลินิกนิติเวชและลงข้อมูลในระบบ i - Med
3. หอผู้ป่วยใน คีย์ข้อมูลส่ง Consult คลินิกนิติเวชในระบบ i - Med เช่นเดียวกับการคีย์ของ
โภชนาการ แล้วเลือกในช่องผู้ป่วยคดี (การคีย์ข้อมูลส่ง Consult คลินิกนิติเวชในระบบ i - Med ศึกษาได้จาก
คู่มือนิติเวชคลินิก)
4. แพทย์นิติเวช ตรวจผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในต่างๆ ตามขั้นตอนของคลินิกนิติเวช

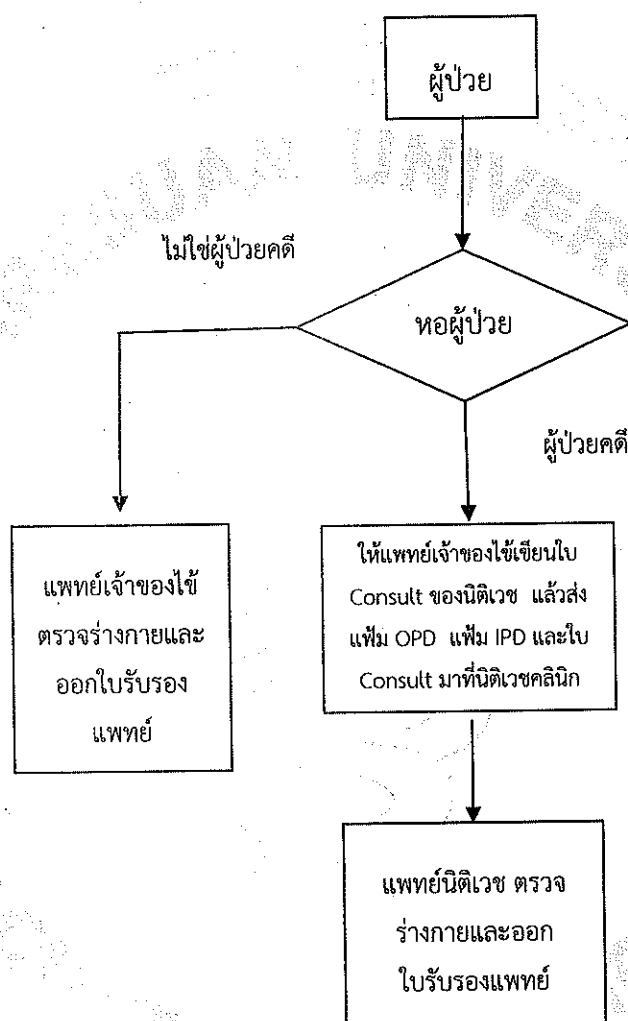
หมายเหตุ

- กรณีผู้ป่วยในที่ส่ง consult และจะออกจากโรงพยาบาล ต้องการไปรับรองแพทย์ ให้ทางหอผู้ป่วยใน
ดำเนินการส่งภายในเวลา 12.00 น. ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการดำเนินการในส่วนต่างๆ
ต่อไป

เรื่อง: การให้บริการของคลินิกนิติเวช	หน้าที่ 4/4
ระดับเอกสาร: วิธีปฏิบัติงาน	รหัสเอกสาร: WI-Foren-001-304-00

5. วิธีปฏิบัติ (ต่อ)

ขั้นตอนการบริการรับปรึกษา (Consult) ผู้ป่วยที่เป็นทางคดี



6. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ใบส่งปรึกษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ใบ consult)

ใบส่งปรักษานิติเวชแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พิษณุโลก

H.N.

ชื่อผู้ป่วย.....A.N.

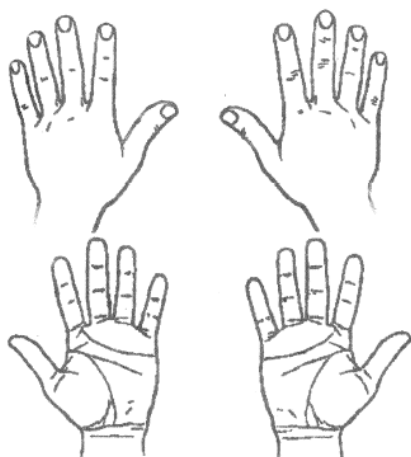
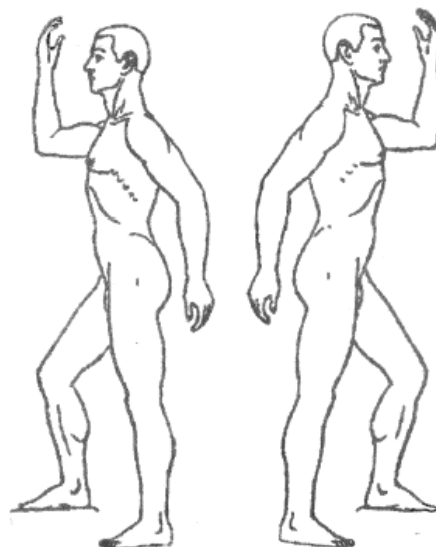
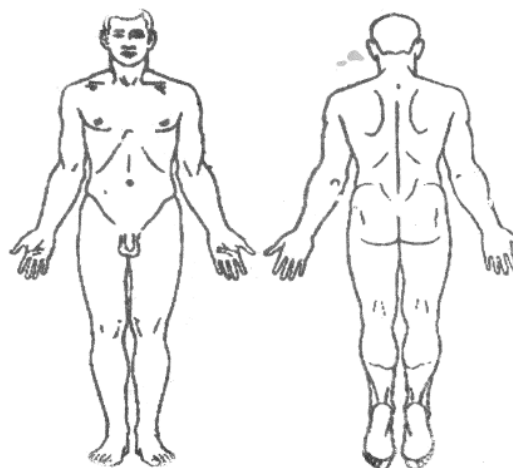
วันที่เข้ารับการรักษา.....วันที่ปรึกษา.....

จากหอผู้ป่วย.....แพทย์เจ้าของไข้.....

ประวัติการบาดเจ็บ.....

แพทย์เจ้าของไข้กรอก

รายละเอียดบาดแผลและการบาดเจ็บ



การดำเนินการโดยแพทย์นิติเวช.....

.....

ลงชื่อ.....นิติเวชแพทย์

วันที่รับปรึกษา.....



คำร้องขอรับศพ

รับที่.....
วันที่...../...../.....
เวลา.....น

เขียนที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ประสงค์ขอรับศพ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช/ด.ญ).....จากหอผู้ป่วย.....
ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....โดยข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้เสียชีวิต
H.N..... (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับศพ
A.N..... (.....)

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

ได้ตรวจสอบสิทธิและดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้องแล้วเห็นควรอนุญาตมอบศพให้ผู้ขอรับศพไปดำเนินการตาม
ประเพณีและได้ดำเนินการตามที่เขียนแจ้งดังนี้

- () แพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ตรวจพิสูจน์ศพแล้ว
- () จัดเก็บที่หอผู้ป่วยครบ 2 ชั่วโมง
- () เป็นศพทางคดี แพทย์ผู้เกี่ยวข้องและเจ้าพนักงานตำรวจได้ชันสูตรพลิกศพและออกหนังสือรับรองการตายแล้ว
พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการขอรับศพมาด้วยแล้ว คือ
- () 1.หนังสือรับรองการตาย
- () 2.หนังสืออนุญาตจำหน่ายศพ (ศพทางคดี) ของสถานีตำรวจ.....เลขที่...../.....
- () 3.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เสียชีวิต หรือสูติบัตร (กรณีอายุไม่ถึง 15 ปี)
- () 4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำร้องขอรับศพ
- () 5.ลายเซ็นและประทับตราจากการเงิน
- () 6.หนังสือจากสถานสถานขุด (กรณีศพชาวต่างชาติ)

1. มอบศพไปดำเนินการได้

(ลงชื่อ) พยาบาลประจำตึก
(.....) ตัวบรรจง

2. ติดต่อการเงินแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....) ตัวบรรจง

3. ข้าพเจ้าได้รับศพ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช/ด.ญ).....แล้ว

(ลงชื่อ).....ญาติ/ผู้รับศพ
(.....) ตัวบรรจง
...../...../.....

4. (ลงชื่อ).....ผู้ส่งมอบศพ
เจ้าหน้าที่งานรักษาศพ
...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
หัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์
ปฏิบัติราชการแทน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์



ใบฝากส่งทำลายชิ้นเนื้อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

จากหอผู้ป่วย.....ชั้น.....โทร.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....H.N.....

ประเภทชิ้นเนื้อ

1.จำนวน.....ชิ้น
2.จำนวน.....ชิ้น
3.จำนวน.....ชิ้น
4.จำนวน.....ชิ้น
5.จำนวน.....ชิ้น

ต้องการฝากนำชิ้นเนื้อข้างต้นส่งทำลาย เพื่อให้บริษัทจัดการกับชิ้นเนื้อข้างต้นตามหลักการทำลาย และป้องกันการติดเชื้อต่อไป

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้

(.....)

ลงชื่อ.....พยาบาล/ผู้ฝากส่งทำลายชิ้นเนื้อ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ห้องศพ/ผู้รับฝากชิ้นเนื้อ

(.....)

หมายเหตุ:

- การส่งฝากทำลายชิ้นเนื้อจะต้องทำการบรรจุลงในถุงติดเชื้อสีแดงและ/หรือมีการห่ออย่างมิดชิดตามหลักการกำจัดขยะติดเชื้อ

- ไม่ควรมนำชิ้นเนื้อที่ต้องการฝากส่งทำลายใส่ปนกันกับของผู้ป่วยรายอื่นในถุงเดียวกัน เพื่อการตรวจสอบย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

- ในกรณีที่บรรจุสิ่งฝากส่งทำลายลงในกล่องเดียวกันแต่หลายถุงต้องมีการระบุชื่อของผู้ป่วยในแต่ละถุง เพื่อการตรวจสอบย้อนกลับได้อย่างถูกต้องและเขียนใบฝากส่งทำลาย 1 ใบต่อผู้ป่วยหนึ่งคน



ใบส่งศพ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หอผู้ป่วย..... โทร..... ขอมอบศพชื่อ.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี เพศ..... H.N..... A.N..... รับไว้ใน

โรงพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา.....น.

เสียชีวิต เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา.....น.

ลักษณะการเจ็บป่วย

- ☐ เหตุตายธรรมชาติ (Natural cause) โรค.....
- ☐ เหตุตายผิดปกติ/ศพทางนิติเวช (Unnatural cause)
- ☐ ฆ่าตัวตาย ☐ ถูกสัตว์ทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ ☐ ถูกทำร้าย
☐ ไม่ทราบเหตุ

สิ่งของติดมากับศพ

การดำเนินการเกี่ยวกับศพ

- ☐ แพทย์ต้องการตรวจศพทางวิชาการ (แพทย์เจ้าของไข้ดำเนินการติดต่อพยาธิแพทย์)
- ☐ ญาติอนุญาตให้ทำการตรวจศพทางวิชาการ ☐ ญาติไม่อนุญาตให้ทำการตรวจศพทางวิชาการ
- ☐ ต้องการใช้บริการหลังการเสียชีวิต โดย ☐ ฉีดยาศพ ☐ โลงศพ ☐ รดน้ำศพ
- ☐ ฝากศพในตู้เย็นเก็บศพ ☐ รถขนส่งศพ ☐ อื่นๆ.....
- ☐ ต้องการรับศพกลับบ้าน วันที่.....เดือน..... พ.ศ. เวลา.....น.
- ☐ ญาติมีความประสงค์ขอมอบศพให้แก่โรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นผู้แทนในการดำเนินการจัดการศพตามขั้นตอน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

ชื่อ-สกุล.....มีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตโดย.....

ลงชื่อ พยาน

ลงชื่อแพทย์เจ้าของไข้..... ลงชื่อพยาบาล.....

(.....)

(.....)

การดำเนินการค่ารักษาพยาบาล

- ☐ ติดต่อการเงินแล้ว ☐ ยังไม่ติดต่อการเงิน

ลงชื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้มอบศพ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้นำส่งศพ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่เเวรเปลผู้ส่งศพ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ห้องศพ/ผู้รับศพ

หมายเหตุ

กรณี ตรวจศพทางวิชาการ ให้นำเวชระเบียนและใบอนุญาตทำการตรวจศพ ลงมาที่ห้องศพด้วย

กรณี ตรวจทางศพนิติเวช ให้นำเวชระเบียน ลงมาที่ห้องศพด้วย



ใบแสดงความจำนงขอฉีดยาศพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใช้บริการหลังการเสียชีวิต คือการฉีดยาศพ
ศพชื่อซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

การให้บริการหลังการเสียชีวิตนี้ จัดขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้เสียชีวิต ซึ่งจะไม่รวมกับค่ารักษาพยาบาลของ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้งนี้ ผู้ยื่นความจำนงขอใช้บริการดังกล่าว จะต้องชำระค่าบริการเป็นเงินสดที่ห้องศพ โดยอัตรา
ค่าบริการหลังการเสียชีวิต ให้ดูตามที่ระบุไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศ ของประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กองทุนหมุนเวียน
สงเคราะห์หลังการเสียชีวิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ลงชื่อ.....

ผู้ขอให้ฉีดยาศพ

ข้าพเจ้าได้ทำการฉีดยาศพรายนี้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ห้องศพ



ใบแสดงความจำนงขอฝากศพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์ขอใช้บริการหลังการเสียชีวิต คือการขอฝากศพ
(ในตู้เย็นเก็บศพ) ศพชื่อซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

การให้บริการหลังการเสียชีวิตนี้ จัดขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้เสียชีวิต ซึ่งจะไม่รวมกับค่ารักษาพยาบาลของ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้งนี้ ผู้ยื่นความจำนงขอใช้บริการดังกล่าว จะต้องชำระค่าบริการเป็นเงินสดที่ห้องศพ โดยอัตรา
ค่าบริการหลังการเสียชีวิต ให้ดูตามที่ระบุไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศ ของประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กองทุนหมุนเวียน
สงเคราะห์หลังการเสียชีวิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง)

ผู้ยื่นความจำนงฯ

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง)

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง)

เจ้าหน้าที่ห้องศพ