


	โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 1 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
	ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
	เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
	ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

ผู้จัดทำ
 นางณอมศรี สุจริต ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ตรวจสอบ
 (นางสาวชिरา เกษทองมา) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ควบคุมกำกับ
 (นายพิเชษฐ์ ไชยวงศ์) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง

ผู้อนุมัติ
 (นายธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสะพุง

	โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที 2 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
	ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
	เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
	ผู้จัดทำ : นางถนอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

สำเนาฉบับที่:

1. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายจิตใจ
2. ขอบเขต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และถูกล่วงละเมิดทางเพศที่มารับบริการที่โรงพยาบาล อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตลอดทั้งติดตามช่วยเหลือ ต่อเนื่องที่บ้านโรงเรียน และชุมชน ในรายชื่อจำเป็น
3. ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่งในเขตอำเภอวังสะพุง

4. นิยามศัพท์

เด็ก หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส (ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546)


สตรี หมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รวมถึงผู้บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส

ในที่นี้ หมายถึง การสมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

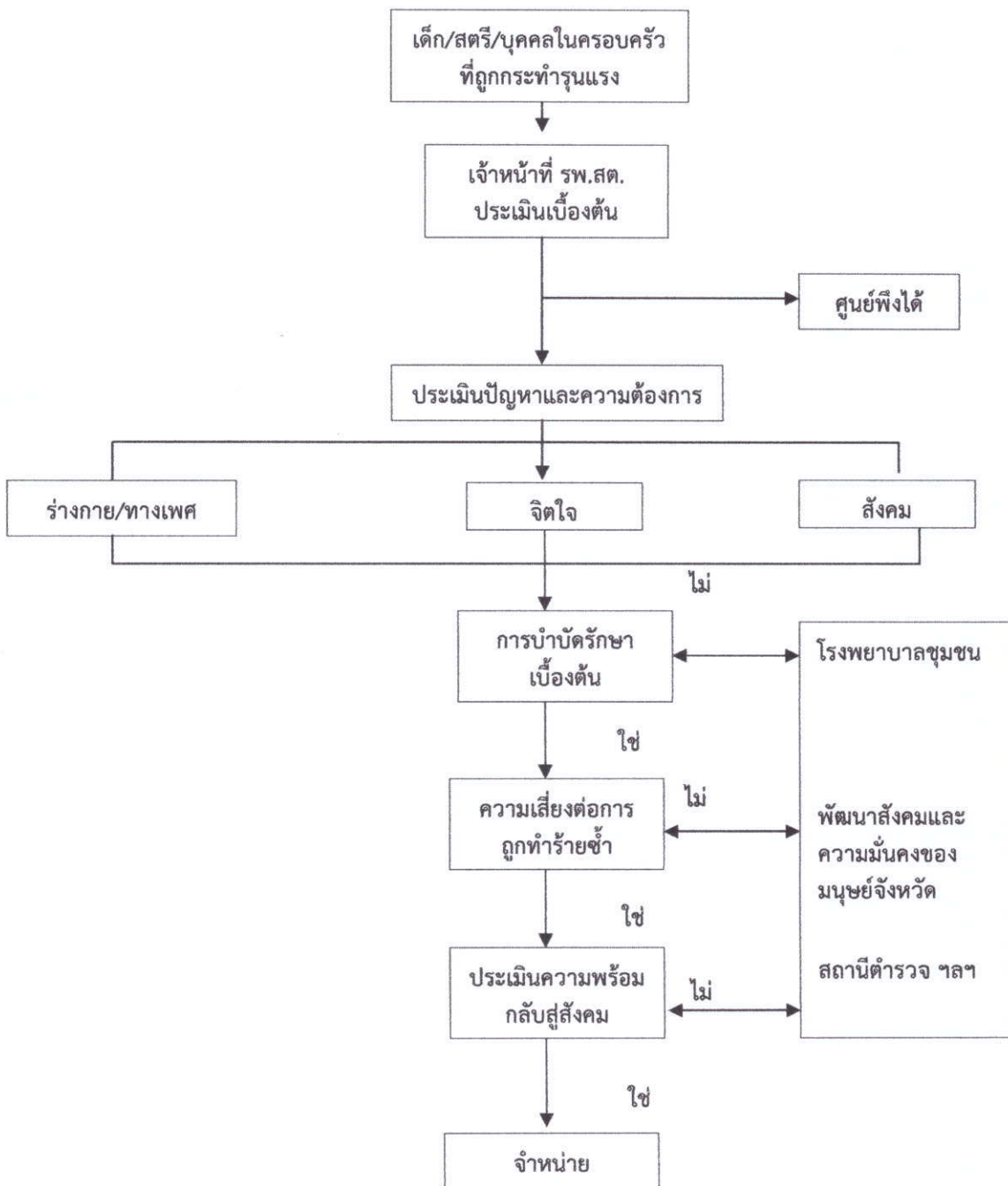
บุคคลในครอบครัว หมายถึง คู่สมรส คู่สมรสเดิม ผู้ที่อยู่กินหรือเคยอยู่กินฉันสามีภรรยา โดยมีได้จดทะเบียนสมรส บุตร บุตรบุญธรรม สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลใดๆ ที่ต้องพึ่งพาอาศัยและอยู่ในครัวเรือเดียวกัน

ศูนย์พึ่งได้ หมายถึง หน่วยงานให้การช่วยเหลือเด็กสตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรงที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

	โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 3 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
	ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
	เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
	ผู้จัดทำ : นางถนอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

5. วิธีปฏิบัติ

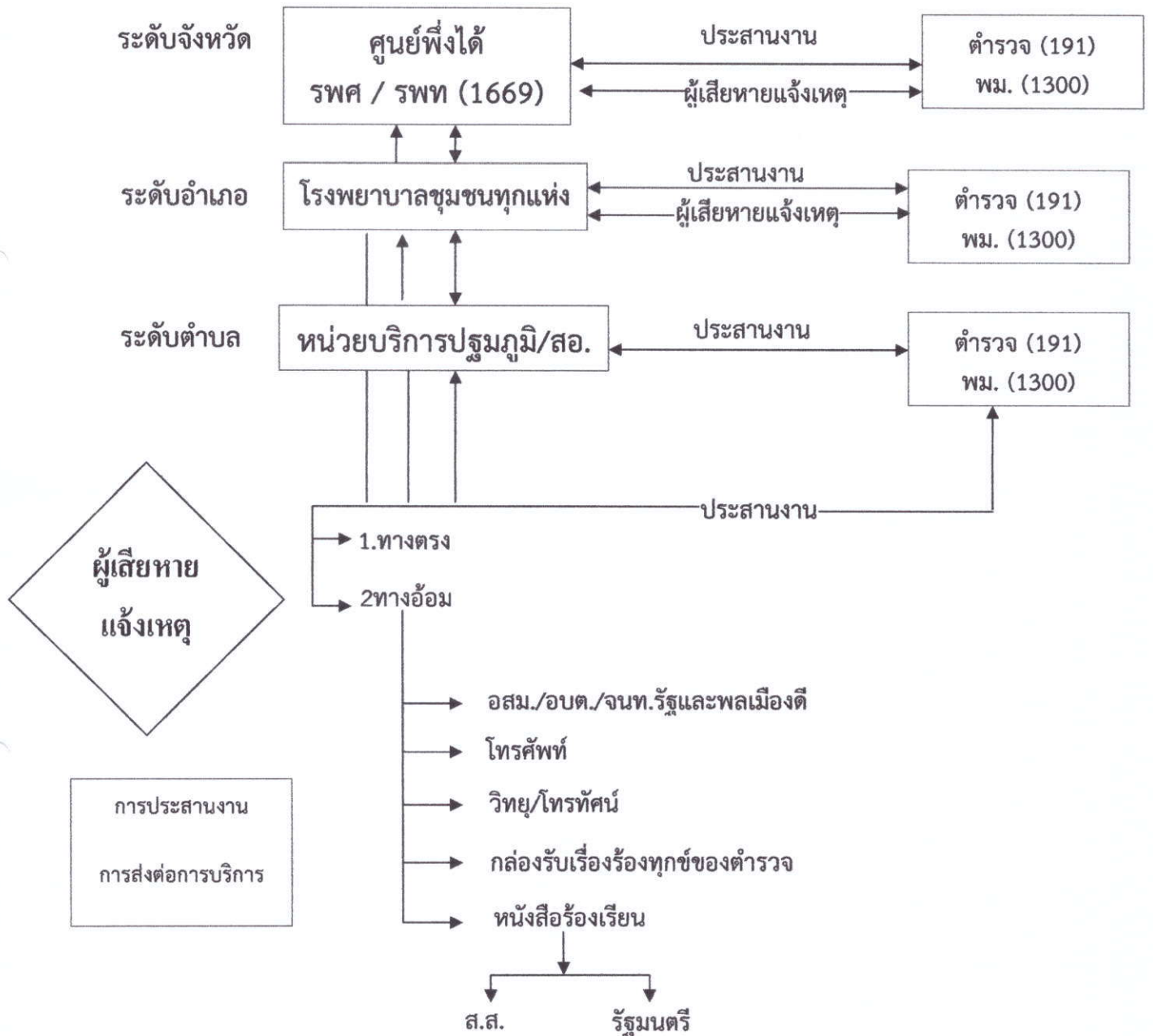
แผนภูมิขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูก
กระทำรุนแรงทางร่างกาย/จิตใจ/เพศระดับ
ชุมชน เช่น รพ.สต. PCU






โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 4 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

การให้บริการศูนย์พึ่งได้



ระดับหมู่บ้าน _____ ประสานงาน _____ รพ.สต.
 OSCC ระดับหมู่บ้านได้แก่
 ผู้นำชุมชน,เพื่อนบ้าน,กล้องรับเรื่องราวร้องทุกข์ในหมู่บ้าน (บ้านผณูบ./กำนัน)

	โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที 5 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
	ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
	เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
	ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

6. เอกสารอ้างอิง

แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเด็กสตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง พิมพ์ครั้งที่ 1 2552 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารประกอบการบรรยาย บทบาทและแนวทางการปฏิบัติงานของสหวิชาชีพ ในการคุ้มครองสวัสดิการเด็กและผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว โดย สาโรช นักเบศรี อัยการผู้เชี่ยวชาญ สำนักอัยการสูงสุด ไม่ระบุ พ.ศ.

7. ภาคผนวก

1. แบบบันทึกการลงข้อมูล เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
2. แบบบันทึกข้อมูล ผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. แบบบันทึก/รายวันการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด โรงพยาบาลวังสะพุงกรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศ



โรงพยาบาลวังสะพุง
 ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001
 เรื่อง : แนวทางการการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง
 ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต

หน้าที่ 6 จากจำนวน ...หน้า
 ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
 แก้ไขครั้งที่ : 30
 ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

บันทึกการลงข้อมูล ผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่เข้ารับบริการและรายงานผ่านทาง อินเทอร์เน็ต
 หน่วยงานให้บริการ.....รหัสสถานบริการ.....

เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) □□ - □□□□□□□□

พ.ศ. หมายเลข HN

วัน/เดือน/ปีที่มาโรงพยาบาล...../...../..... เวลา.....น.

หน่วยที่ตรวจพบเป็นหน่วยแรก ER OPD PD OSCC อื่นๆ ระบุ.....

๑. ข้อมูลผู้รับบริการ

๑.๑ เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□-□□ □

กรณีไม่มีบัตรประชาชน ชื่อ/ชื่อ.....หมายเลข.....

๑.๒ คำนำหน้าชื่อ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ วัน เดือน ปีเกิด อายุ.....ปี

๑.๔ สัญชาติ ไทย พม่า ลาว กัมพูชา มาเลเซีย
 เวียดนาม ไต้หวัน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๑.๕ ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๑.๖ สถานภาพสมรส

โสด สมรส (จดทะเบียน) สมรส (ไม่จดทะเบียน) หย่า หม้าย

๑.๗ สถานภาพการศึกษาและการทำงาน

<input type="checkbox"/> กำลังศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุบาล <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระบุระดับการศึกษา.....	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การฝึกอาชีพ (เสริมสวย,ช่างซ่อม) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> การศึกษาสูงสุด	<input type="checkbox"/> ไม่รู้หนังสือ <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระบุระดับการศึกษา.....	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การฝึกอาชีพ (เสริมสวย,ช่างซ่อม) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา (ตอบเฉพาะเด็ก)	สาเหตุของการไม่ได้ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่เคยเรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> พักการเรียน <input type="checkbox"/> ออกจากการศึกษากลางคัน เนื่องจาก (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> ทำงาน (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
<input type="checkbox"/> ทำงาน (อาชีพ) รายได้.....บาท	อาชีพ <input type="checkbox"/> ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> วางงาน <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> รับจ้าง (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	



โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 8 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

- มารดามีความเครียดจากการตั้งครรภ์หรือมีความวิตกกังวลหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- มารดามีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญา
- ปัญหาครอบครัว/สังคม/เศรษฐกิจ
 - ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ
 - ครอบครัวไม่ยอมรับ
 - มีประวัติหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว
 - ปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตร
 - เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
 - เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
 - อาชีพไม่เหมาะกับการเลี้ยงดูเด็ก
 - ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อสังคมได้
 - มีปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อการเลี้ยงดูบุตร
 - อื่นๆ ระบุ.....
- ปัญหาอื่นๆ ระบุ.....

๔. การให้การปรึกษาทางเลือก
 ให้ ไม่ให้

๕. ผลการตัดสินใจของผู้รับบริการหลังให้การปรึกษาทางเลือก

ตั้งครรภ์ต่อ ฝ่ายครรภ์ ระบุสถานที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน <input type="checkbox"/> ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ต้องการบ้านพักระหว่างการตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด <input type="checkbox"/> ต้องการรถยนต์ให้ผู้อื่นอุปการะ <input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ต้องการฝากบุตรไว้ชั่วคราวหลังคลอด <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
ยุติการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ส่งต่อ/แนะนำเครือข่ายยุติการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน <input type="checkbox"/> ต้องการการช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....

๖. สรุปผลการให้บริการ
- สิ้นสุดการบริการ
 - อยู่ระหว่างดำเนินการ
 - ปฏิเสธการรับบริการ
 - เสียชีวิต
 - ติดตามไม่ได้
 - ส่งต่อไปรักษายังหน่วยงานอื่นๆ ระบุ.....

๗. ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ครั้งนี้
 ค่าบ้านและค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด.....บาท

๘. การดำเนินการตามกฎหมาย

แจ้งความ

- ไม่ได้แจ้งความ
- แจ้งความ วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....

สถานีตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....

รายนาม ชื่อ.....



โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที 9 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

..... VCT.....

ส่ง Anti HIV.....

**แบบบันทึก/รายงานการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดโรงพยาบาลวังสะพุง
(กรณีถูกฉีดยาลดละเมิดทางเพศ)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

CODE.....HN.....

เพศ ชาย หญิง ชื่อ.....อายุ.....ปี ว/ค/ป เกิด.....BW.....kgs.สูง.....cms

ที่อยู่ปัจจุบัน..... เลขบัตร ปชช.

อาชีพ รับจ้าง แม่บ้าน เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย อื่นๆ.....

อาชีพเสริม ขายลอตเตอรี่ ไม่ขายลอตเตอรี่

การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา / ปวช

อนุปริญญา ปริญญาตรีขึ้นไป กำลังศึกษา ระดับ.....

ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ.....

เชื้อชาติ ไทย จีน พม่า ชาวไทยภูเขา อื่นๆ.....

สาเหตุของการตรวจ

ถูกฉีดยาลดละเมิดทางเพศโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน

ถูกฉีดยาลดละเมิดทางเพศโดยใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน

ผู้นำส่งตรวจ

บิดา / มารดา ผู้ปกครอง ระบุ..... ครู อื่นๆ ระบุ.....

เคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์มาก่อนหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย สถานที่ตรวจ.....

ผลเลือด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

ผลการตรวจ

ปกติ ผิดปกติ

การติดเชื้อ HIV ของผู้ฉีดยาลดละเมิด

ไม่ทราบผลการตรวจ ติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ

การรักษาที่ได้รับ

ยาป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ.....

ยาป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ.....

หมายเหตุ* กรุณาแจ้งข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน เพื่อความสะดวกในการลงข้อมูลใน Program



โรงพยาบาลวังสะพุง

หน้าที่ 10 จากจำนวน ...หน้า
ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562

ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001

แก้ไขครั้งที่ : 30

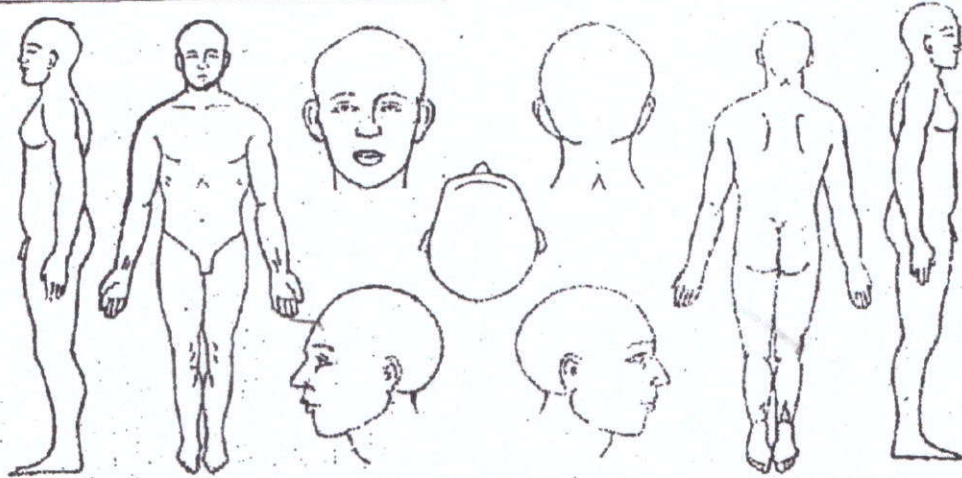
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง

ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต

ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

แบบบันทึกข้อมูล แพทย์บันทึก

การตรวจร่างกาย



น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซม. ประวัติ LML.....

ผลการตรวจร่างกาย.....

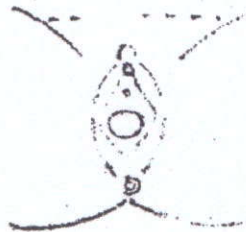
.....

.....

.....

.....

การตรวจทางเพศ



Labia mineralIntroitus.....

Hymen myrtiform intact tear (old/new).....O' clock

ตรวจภายใน (ถ้าใส่ Speculum) Vagina ปกติ ผิดปกติ.....

Cervix ปกติ ผิดปกติ.....

Discharge ปกติ ผิดปกติ.....

PV (ถ้าทำ) Uterus ปกติ ผิดปกติ.....

ความคิดเห็นของแพทย์.....

.....

.....

.....

.....



โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 11 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

Standing Order for OSCC

Investigation

- CBC, Cr, AST, ALT
- UA, UPT
- Acid Phosphatase
- Anti-HIV, Anti-HCV, HBsAg, Anti-HBsAg, VDRL
- Wet smear, G/S
- Others : _____

Treatment

Pregnancy Prevention (Within 5 days)

- Levonorgestrel(0.75) 2 tabs PO stat

STD Prevention

- Ceftriaxone 250 mg IM stat
- Doxycycline(100) 1 tab PO bid pc # 14 days
- Metronidazole(200) 2 tabs PO tid pc # 7 days
- Domperidone(10) 1 tab PO tid ac # 20 tabs
- Hepatitis B vaccine

HIV Prevention (Within 72 hr)

- TDF(300) 1 tab PO od pc + 3TC(300) 1 tab PO od pc + Kaletra(200/50) 2 tabs PO bid pc (สูตรแนะนำ) # 4 weeks
- TDF(300) 1 tab PO od pc + 3TC(300) 1 tab PO od pc + EFV(600) 1 tab PO od pc (สูตรทางเลือก) # 4 weeks
- AZT(300) 1 tab PO bid pc + 3TC(300) 1 tab PO od pc
+ Kaletra(200/50) 2 tabs PO bid pc OR EFV(600) 1 tab PO od pc # 4 weeks
(สำหรับผู้ป่วย CrCl < 60 ml/min)

Follow up

- 3 days ดูอาการ + พังผลเลือด
- 1 month c Anti-HIV, UPT
- 3 month c Anti-HIV
- 6 month c Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV, VDRL



โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 13 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

UPT ผก..... HBV Ab ผก.....
 Sperm ผก HBV Ag. ผก.....
 Acid phos ผก HCV Ab. ผก.....
 HIV. Ab ผก Vag smear G/S. ผก.....
 VDRL ผก อื่นๆ ระบุ..... ผก.....

การรักษา การป้องกันการตั้งครรภ์

- ไม่ใช้
- ใช้
 - 0 levonorgestral 0.75 mg. ๑ stat . ให้ซ้ำอีกครั้งห่าง 12 ชม.
 - หรือ 0 ethinyl estrodiol 100 mg. ๑ stat . ให้ซ้ำอีกครั้งห่าง 12 ชม.
 - หรือ ๐ ตั้งมรีกษาสูติแพทย์ พิจารณาใส่ IUD (3-7 วันหลังเกิดเหตุ)

การป้องกัน การติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ไม่ใช้
- ใช้
 - ๐ cefiri 125 mg. ๑ stat.
 - + doxycyclin 100 mg. 1 x 2 เป็นเวลา 7 วัน
 - + metronidazole 2 gm. Stat. ๑
 - ๐ vaccine hepatitis B

การป้องกัน การติดเชื้อไวรัสเอดส์

- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง
- มีปัจจัยเสี่ยง
 - ๐ AZT. 400-600 mg. แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
 - + 3 TC 150 mg. วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชม.
 - หรือ ๐ d4T 30 mg. วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชม.
 - + 3 TC 150 mg. วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชม.

ถ้าผู้กระทำติดเชื้อเอดส์ ให้เพิ่ม Lopinavir 400 mg. วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ห่างกัน 12 ชม.

หรือ EFV 600 mg. วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

การรักษาอื่นๆ.....

แพทย์ผู้รักษา.....

วคป.....



โรงพยาบาลวังสะพุง	หน้าที่ 15 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง	
ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุริย์

๑.๙ ข้อมูลด้านสุขภาพ (ตอบเฉพาะสตรี)

ปัญหาความพิการ ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาทางจิตเวช ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ทราบ ไม่มี มี

๑.๑๐ ข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก (ตอบเฉพาะเด็ก)

ปัญหาความพิการ ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่ทราบ ไม่มี มี

ได้รับการดูแลสุขภาพ (กรณีป่วยเรื้อรัง) ไม่ทราบ เหมาะสม ไม่เหมาะสม

ได้รับการฉีดวัคซีน ไม่ทราบ ไม่ครบ ครบ

สภาวะทางโภชนาการ ไม่ทราบ ปกติ ผิดปกติ

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ทราบ ไม่มี มี

๑.๑๑ ข้อมูลด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล (ตอบเฉพาะเด็ก)

ความพิการทางกาย ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาทางจิตเวช ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาทางเศรษฐกิจ/มีหนี้สิน ไม่ทราบ ไม่มี มี

ปัญหาด้านสุขภาพของบิดามารดา/ผู้ดูแล ไม่ทราบ ไม่มี มี

ติดสุรา ไม่ทราบ ไม่มี มี

การใช้จ่ายเสพติด ไม่ทราบ ไม่มี มี

การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ทราบ ไม่มี มี

๑.๑๒ ปัจจัยเสี่ยงด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (ตอบเฉพาะเด็ก)

ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการเล่นการพนัน/มีหนี้สิน ไม่ทราบ มี ไม่มี

ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ไม่ทราบ มี ไม่มี

ในชุมชนมีร้านเกม คาราโอเกะ ผับ บาร์ ไม่ทราบ มี ไม่มี

เด็กหญิงนอนรวมในห้องเดียวกันกับญาติพี่น้องผู้ชาย ไม่ทราบ มี ไม่มี

ในชุมชนหรือในครอบครัวมีพฤติกรรมทำสิ่งผิดกฎหมาย ไม่ทราบ มี ไม่มี

ในชุมชนหรือในครอบครัวมีการใช้แรงงานเด็ก ไม่ทราบ มี ไม่มี

๑.๑๓ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของเด็ก (ตอบเฉพาะเด็ก)

เกเรหรือข่มเหงรังแกผู้อื่น ไม่ทราบ มี ไม่มี

มีว่สมก่อนความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ไม่ทราบ มี ไม่มี

เล่นการพนันหรือมีว่สมในวงการเล่น ไม่ทราบ มี ไม่มี

เสพยา สูบบุหรี่ เสพยาเสพติดให้โทษ หรือของมึนเมา ไม่ทราบ มี ไม่มี

ซื้อหรือขายบริการทางเพศ ไม่ทราบ มี ไม่มี

ประพฤติดนไปในทางชู้สาว หรือลามกอนาจาร ไม่ทราบ มี ไม่มี

ต่อต้านหรือท้าทายคำสั่งสอนของผู้ปกครอง ไม่ทราบ มี ไม่มี

ไม่เข้าเรียนในโรงเรียน หรือสถานศึกษา ไม่ทราบ มี ไม่มี

๑.๑๔ สถานภาพครอบครัว

พ่อแม่อยู่ด้วยกัน พ่อแม่แยกกันอยู่ พ่อแม่หย่าร้าง พ่อ/แม่มีครอบครัวใหม่

พ่อ/แม่ เสียชีวิต พ่อแม่ไปทำงานที่อื่น อื่นๆ



โรงพยาบาลวังสะพุง

หน้าที่ 16 จากจำนวน ...หน้า
ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562

ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001

แก้ไขครั้งที่ : 30

เรื่อง : แนวทางการการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง

ผู้จัดทำ : นางณอมศรี สุจริต

ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุริย์

๑.๑๕ ขณะนี้อาศัยอยู่กับใคร

- | | | | | |
|------------------------------------|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อแม่ | <input type="checkbox"/> พ่อ | <input type="checkbox"/> แม่ | <input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> พ่อเลี้ยง |
| <input type="checkbox"/> แม่เลี้ยง | <input type="checkbox"/> พ่อแม่บุญธรรม | <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> นายจ้าง | <input type="checkbox"/> เพื่อน |
| <input type="checkbox"/> แฟน | <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> คู่สมรสและบุตร | <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

๑.๑๖ สิทธิการรักษาพยาบาล

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว | <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน | <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล |
| | | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

๑.๑๗ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน/ซอย..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

๑.๑๘ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน/ซอย..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....
ภูมิลำเนาในต่างประเทศ.....

๑.๑๙ ข้อมูลบุคคลผู้นำส่ง

ชื่อ..... สกุล..... ความสัมพันธ์.....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน/ซอย..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรง

๒.๑ ประวัติการถูกกระทำรุนแรง

ครั้งแรก (ระบุ วัน เดือน ปี).....
เคยถูกกระทำมาก่อน จำนวน..... ครั้ง (ในรอบปีที่ผ่านมา)

๒.๒ สถานที่เกิดเหตุ

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน/ซอย..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

๒.๓ ประเภทสถานที่เกิดเหตุ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> บ้านผู้รับบริการ | <input type="checkbox"/> บ้านผู้กระทำ | <input type="checkbox"/> บ้านคนอื่น ระบุ..... | <input type="checkbox"/> หอพัก |
| <input type="checkbox"/> สวนสาธารณะ | <input type="checkbox"/> สนามกีฬา | <input type="checkbox"/> ในป่า/ที่เปลี่ยว/บ้านร้าง | <input type="checkbox"/> ถนน/ทางหลวง |
| <input type="checkbox"/> ห้างสรรพสินค้า | <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน | <input type="checkbox"/> สถานที่เรียน/โรงเรียน | <input type="checkbox"/> สถานเลี้ยงเด็ก |
| <input type="checkbox"/> สถานบันเทิง | <input type="checkbox"/> โรงแรม | <input type="checkbox"/> นา/ไร่/สวน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

๒.๔ ความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> พ่อ | <input type="checkbox"/> แม่ | <input type="checkbox"/> พี่น้อง |
| <input type="checkbox"/> ญาติ | <input type="checkbox"/> พ่อบุญธรรม | <input type="checkbox"/> แม่บุญธรรม |
| <input type="checkbox"/> พ่อเลี้ยง | <input type="checkbox"/> แม่เลี้ยง | <input type="checkbox"/> ลูกสาว/ลูกชาย/ลูกเลี้ยง |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล/ผู้อุปการะ | <input type="checkbox"/> แฟน | <input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา/ผู้เพศทางเลือก |
| <input type="checkbox"/> เพื่อน | <input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน | <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> นายจ้าง | <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง |
| <input type="checkbox"/> พระ/นักบวช | <input type="checkbox"/> คนไม่รู้จัก/คนแปลกหน้า | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

๒.๕ มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้กระทำ

- มี ไม่มี ไม่ทราบ

๒.๖ จำนวนผู้กระทำ

- เพศชาย จำนวน.....คน
 เพศหญิง จำนวน.....คน
 เพศทางเลือก ระบุ..... จำนวน.....คน



๓.๗ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ผู้กระทำ	ผู้ถูกกระทำ
<input type="checkbox"/> สิ่งกระตุ้น <input type="checkbox"/> สุรา <input type="checkbox"/> เสพยาบ้า/สารเสพติด <input type="checkbox"/> สื่อลามก	<input type="checkbox"/> สิ่งกระตุ้น <input type="checkbox"/> สุรา <input type="checkbox"/> เสพยาบ้า/สารเสพติด <input type="checkbox"/> สื่อลามก
<input type="checkbox"/> สัมพันธ์ภาพในครอบครัว <input type="checkbox"/> นอกใจ/หึงหวง <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	<input type="checkbox"/> สัมพันธ์ภาพในครอบครัว <input type="checkbox"/> นอกใจ/หึงหวง <input type="checkbox"/> ทะเลาะวิวาท <input type="checkbox"/> การใช้ความรุนแรงในครอบครัว
<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อม <input type="checkbox"/> พื้นที่เสี่ยง/เปลี่ยว <input type="checkbox"/> ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อม <input type="checkbox"/> พื้นที่เสี่ยง/เปลี่ยว <input type="checkbox"/> ใกล้ชิด/โอกาสเอื้ออำนวย
<input type="checkbox"/> ปัญหาเศรษฐกิจ - <input type="checkbox"/> ว่างงาน <input type="checkbox"/> ยากจน <input type="checkbox"/> หนี้สิน <input type="checkbox"/> การพนัน	<input type="checkbox"/> ปัญหาเศรษฐกิจ <input type="checkbox"/> ว่างงาน <input type="checkbox"/> ยากจน <input type="checkbox"/> หนี้สิน <input type="checkbox"/> การพนัน
<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพกาย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง <input type="checkbox"/> พิกัด	<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพกาย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง <input type="checkbox"/> พิกัด
<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาทางพฤติกรรม <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ปัญหาทางพฤติกรรม <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านอารมณ์/จิตใจ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

๓. ลักษณะของการกระทำรุนแรง

๓.๑ สาเหตุหลักของการกระทำรุนแรง

- ทางร่างกาย ทางเพศ ทางจิตใจ การทะเลาะทอดทิ้ง
 ต้อลงง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ (ค้ำมนุษย์)

๓.๒ ลักษณะของการกระทำรุนแรงที่นำมาสู่การขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ทางร่างกาย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 ใช้กำลัง ใช้อาวุธ/สิ่งของ/อุปกรณ์/สารเคมี
 มอมยา/มอมสุรา/เครื่องตีแม่เหล็กฮอส์ อื่นๆ
- ทางเพศ
 มีการสัมผัสร่างกาย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 มีการกระทำชำเรา
 โดยสมัครใจ
 โดยการบังคับข่มขู่
 กระทำอนาจารโดยไม่มีการกระทำชำเรา
- ไม่มีการสัมผัสร่างกาย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 ให้เด็กแสดงหรือดูภาพ/วิดีโอลามก การให้เด็กเปิดเผยของสงวน
 การเปิดเผยของสงวนให้เด็กดู อื่นๆ
- อื่นๆ



โรงพยาบาลวังสะพุง		หน้าที่ 19 จากจำนวน ...หน้า ฉบับที่ วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ระเบียบปฏิบัติที่ : WP-NSO-OPD-001	แก้ไขครั้งที่ : 30	
เรื่อง : แนวทางการให้บริการให้คำปรึกษา : OSCC คปสอ.วังสะพุง		
ผู้จัดทำ : นางอนอมศรี สุจริต	ผู้อนุมัติใช้ : นพ.ธนวรรณ มงคลแสงสุรีย์	

๗. ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาผู้ถูกกระทำรุนแรง/ถูกรุกละเมิดครั้งนี้
 ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด.....บาท

๘. การดำเนินการตามกฎหมาย

แจ้งความ

- ไม่ได้แจ้งความ
 แจ้งความ

วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....
 สถานที่ตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ร้อยเวร ชื่อ.....