ข้อตกลงระดับการให้บริการ

งานที่ให้บริการ	**การให้บริการเจาะเลือดแบบ “Drive Thru”**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
1. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่อยู่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โทรศัพท์: 053920200	ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ ในเวลาราชการ (08.00-09.00น.)

ข้อกำหนดการให้บริการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. ใบนัดเจาะเลือด	จำนวน 1 ฉบับ
2. เอกสาร_____ตัวจริง พร้อมสำเนา_____ที่มีการลงนามลงรับรองสำเนาถูกต้อง	จำนวน _ ชุด
3. สำเนาเอกสาร_____ที่มีการลงนามลงรับรองสำเนาถูกต้อง	จำนวน _ ชุด
4.	จำนวน _ ใบ

ค่าธรรมเนียม

_0____ บาท (_____ บาทถ้วน)

ระดับการให้บริการ

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ประมาณ 20 นาที โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่วันที่มาเจาะเลือด ญาติติดต่อศูนย์ประสานสิทธิจนถึงผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด

คุณภาพ

ผู้รับบริการได้รับการเจาะเลือด ณ จุดนัดหมายโดยไม่ต้องลงจากรถ โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80

ขั้นตอนการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1.**วันที่แพทย์มีคำสั่งการรักษา**ให้นัดผู้ป่วยมาเจาะเลือดก่อนพบแพทย์ครั้งต่อไป ผู้ป่วยหรือญาติยื่นคำจำนงเข้ารับบริการแบบ Drive Thru	ศูนย์ประสานสิทธิ
2. **วันที่มารับบริการเจาะเลือดแบบ Drive Thru** ญาตินำรถมาจอดบริเวณหลังห้องประชุม ชั้น 1	งานอาคารสถานที่
3.ญาติติดต่อศูนย์ประสานสิทธิที่โต๊ะเบอร์ 1	ศูนย์ประสานสิทธิ
4. ชำระค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่การเงินผู้ป่วยนอก ห้องเบอร์ 10	งานการเงิน
5.นำเอกสารไปยื่นที่จุดบริการเจาะเลือดหน้าห้องฉุกเฉิน	พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน
5.ผู้ป่วยรับบริการเจาะเลือด โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายลงจากรถ	พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน
6.สิ้นสุดกระบวนการให้บริการเจาะเลือดแบบ Drive Thru	

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ศูนย์เรื่องร้องเรียนโทร.0539200 ต่อ 268