

ร่ายชื่อผู้ส่งอาัยหมื่นภูมิต้านสาขายตางเพื่องงเข้ารับการตรวจคัดกรอง ณ โรงพยาบาลสิทธิลนครศรีธรรมราช

หน่วยงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

[illegible]

หมายเหตุ สามารถส่งทาง โทรสารหมายเลข ๐๓๕-๕๓๖๓๘๘ หรือทาง E-mail sichonopd@gmail.com

សេចក្តី.....ស្នេហា

(.....)

ตำแหน่ง.....หมายเลขโทรศัพท์.....

แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสิชล

๑. ต้องเป็นผู้ที่มีความประสงค์จะผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมเท่านั้น
๒. อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดสิทธิการรักษาทุกประเภท ไม่จำกัดภูมิฐานะไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว
๓. ผู้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ต้องไม่มีโรคประจำตัวที่มีอาการ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ
๔. ส่งชื่อ ที่อยู่ เลขบัตรประชาชน เบอร์โทรผู้รับบริการ ส่งให้ทางโรงพยาบาลสิชลทาง Fax ๐๗๕-๕๓๖๓๘๑ หรือทาง Mail Sichonopd@gmail.com
๕. โรงพยาบาลสิชลแจ้งวันนัดตรวจกับผู้ประสานงานของ องค์การบริหารส่วนตำบล /เทศบาล.
๖. ผู้รับบริการ สามารถรับการตรวจได้ดังนี้
 - ไปเป็นกลุ่มโดย อบต. /เทศบาลเป็นผู้ดูแล
 - หรือผู้รับบริการจัดกลุ่มเดินทางด้วยตัวเอง ไปตรวจคัดกรองตามวันที่โรงพยาบาลสิชลกำหนด
๗. ผู้รับบริการไปตรวจเองเป็นรายบุคคล โรงพยาบาลสิชล เปิดบริการคลินิกจักษุทุกวัน เวลา ๘.๓๐-๑๖.๐๐ น
๘. ผู้รับบริการที่จะทำผ่าตัดต้อกระจก ต้องเตรียมความพร้อมดังนี้
 - น้ำตาลในเลือดไม่เกิน ๒๐๐mg%
 - ความดันโลหิตไม่เกิน ๑๖๐/๙๐ mmHg
 - นำยาโรคประจำตัวไปให้แพทย์ดูด้วยในวันตรวจ
 - ผู้ที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด จำเป็นต้องหยุดยาก่อนผ่าตัด ๗ วัน ทั้งนี้จะอยู่ในดุลพินิจของอายุรแพทย์ในการพิจารณาให้หยุดยา
 - โรงพยาบาลสิชลจะแนะนำวิธีปฏิบัติตัว ก่อน และหลังผ่าตัดให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลทราบ โดยตรงเมื่อได้กำหนดวันนัดผ่าตัดแล้ว
๘. ผู้รับบริการเข้านอนโรงพยาบาลสิชลก่อนวันผ่าตัด ๑ วัน และหลังผ่าตัด ๒ วัน
๙. หลังผ่าตัด จะนัดตรวจตาซ้ำ หลังเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ๓ ครั้ง คือ ๗ วัน ๑ เดือน และ ๓ เดือน หรือ ตามอาการแต่ละราย
๑๐. ผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ด้วยตนเอง หรือขอนัดคิวทางโทรศัพท์ ที่คลินิกจักษุโรงพยาบาล

สิชล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๕-๓๓๕๘๐๐-๔ ต่อ ๑๕๗ ในวันและเวลาราชการ