



กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

PM : แนวทางปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยเสียชีวิต

รหัส PM - NUR - 003

แก้ไขครั้งที่ : 07 วันที่บังคับใช้ 8 พฤษภาคม 2567

ผู้จัดทำ

นางสาวสุชัยศรี

(นางสาวธนกร สุขชัยศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

8 พฤษภาคม 2567

ผู้อนุมัติ

26

(นางสาวพรภัสร์ เชี่ยวชาญนิธิกิจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

8 พฤษภาคม 2567

(1) วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยเสียชีวิตของโรงพยาบาลบ้านนา
- 1.2 เพื่อให้ญาติของผู้เสียชีวิตได้รับความพึงพอใจและสอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล

(2) นิยาม

- 2.1 ผู้ป่วยคดี หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเป็นพยานหลักฐานในชั้นสอบสวนของพนักงานสอบสวน โดยรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิด
- 2.2 การถึงแก่กรรมโดยธรรมชาติ หมายถึง การถึงแก่กรรมที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากการสิ้นอายุขัย
- 2.3 ศพที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หรือ การถึงแก่กรรมโดยผิดธรรมชาติ หมายถึง การถึงแก่กรรมซึ่งไม่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ สิ้นอายุขัย ได้แก่
 - 2.3.1 การฆ่าตัวตาย
 - 2.3.2 ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
 - 2.3.3 ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
 - 2.3.4 ตายโดยอุบัติเหตุ
 - 2.3.5 ตายโดยมีปรากฏเหตุก่อนมาถึงโรงพยาบาล
- 2.4 ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลวัดสัญญาณชีพไม่ได้
- 2.5 ศพที่ต้องชันสูตรพลิกศพ หมายถึง ศพที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หรือถึงแก่กรรมโดยผิดธรรมชาติ ในกรณีที่แพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้
- 2.6 ศพที่ไม่ต้องชันสูตรพลิกศพ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมโดยธรรมชาติ

(3) การแจ้งผู้เสียชีวิต

- 3.1 ผู้ป่วยใน พยาบาลแจ้งข้อมูลผู้เสียชีวิต เพื่อลงบันทึกเป็นหนังสือผู้เสียชีวิต ตึกนิตราภรณ์ ที่งานศูนย์แปล ได้แก่ ชื่อ - สกุล สถานที่เสียชีวิต การฉีดยาศพ พร้อมลงทะเบียนการเสียชีวิตในสมุดทะเบียนผู้ป่วยใน

เสียชีวิตก่อนเคลื่อนย้ายศพไปตึกนิติเวช

3.2 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลให้พยาบาลบันทึกประวัติการนำส่งผู้เสียชีวิตโดยใคร วันที่ เวลา และสถานที่เกิดเหตุในระบบคอมพิวเตอร์หน้าจอห้องตรวจโรค ในกรณีตายผิดธรรมชาติ พร้อมแจ้งข้อมูลผู้เสียชีวิต เพื่อลงทะเบียนผู้เสียชีวิต ตึกนิติเวช งานศูนย์แปลได้แก่ ชื่อ - สกุล สถานที่เสียชีวิต การฉีดยาศพ พร้อมลงบันทึกใน “สมุดทะเบียนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต” ก่อนเคลื่อนย้ายศพไปตึกนิติเวช

3.3 กรณีผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุต่างๆ หรือเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ทีมพยาบาลจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจให้มาทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมกับแพทย์ก่อนจะทำการจำหน่ายศพ

(4) เอกสารที่ต้องให้ญาติเตรียมเพื่อมาขอรับหนังสือรับรองการตาย

4.1 ทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต

4.2 บัตรประจำตัวประชาชนผู้เสียชีวิต

4.3 บัตรประจำตัวประชาชนของญาติผู้เสียชีวิต

หมายเหตุ : กรณีมีผู้เสียชีวิตและไม่สามารถติดต่อญาติได้ ทีมพยาบาลจะประสานงานกับตำรวจหรือหน่วยกู้ภัย เพื่อให้ติดต่อญาติและจะเก็บศพไว้ที่ห้องเก็บศพของโรงพยาบาลจนกว่าญาติจะมาติดต่อหรือถ้าไม่มีญาติมาติดต่อภายใน 2 วัน จะติดต่อสมาคมสว่างไตรรัตน์ อำเภอลือชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทร 036-221047เพื่อมารับไปดำเนินการ

(5) การจัดการและตกแต่งศพ

5.1 ทีมพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ช่วยเหลือคนไข้) สวมอุปกรณ์ป้องกันก่อนทำการทำความสะอาดและตกแต่งศพ เช่น Mask, gown, หมวกคลุมผม , แว่นตา

5.2 นำสายยางต่างๆที่ติดมากับศพออกให้หมด เช่น สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร สายระบายเลือดหรือระบายลมออกจากปอด และปิดแผลไว้

5.3 ปิดปากศพให้สนิท ถ้ามีฟันปลอมใส่ฟันปลอมเสียก่อนในรายที่ปากอ้าให้จับค้างขึ้น แล้วใช้ผ้าพันแผลรัดใต้คางมาผูกไว้ที่กลางศีรษะ เมื่อหุบปากแล้วจึงแกะออก ถ้าเปลือกตายังเปิดอยู่ให้ปิด เปลือกตาลงแล้วเอาพลาสติกปิดไว้ เมื่อเปลือกตาปิดสนิทจึงเอาพลาสติกออก

5.4 เช็ดศพทำความสะอาดร่างกาย ทาแป้งให้สภาพศพดูเรียบร้อยแล้วจึงสวมเสื้อผ้าชุดที่ญาตินำมาให้กรณีไม่มีชุดจะให้สวมชุดที่โรงพยาบาลจัดไว้ไปก่อน เมื่อญาตินำชุดมาให้แล้วพนักงานเปลจะเป็นผู้สวมชุดให้

5.5 Pack สำลีที่รูทวารทั้ง 5 ได้แก่ จมูก , หู , ทวารหนัก , ปาก , ช่องคลอด เป็นต้น

5.6 หวีผมให้เรียบร้อย และห่มผ้าถึงคอ

5.7 พยาบาลตรวจสอบชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตให้ถูกต้อง และทำการผูกข้อมือผู้เสียชีวิตด้วย “ปายผูกข้อมือ”

5.8 กรณีผู้เสียชีวิตเป็นโรคติดเชื้อรุนแรง ให้ทำการเบิกถุงพลาสติก HIV BAG จากห้องฉุกเฉินเพื่อใส่ศพและห้ามฉีดยาศพโดยตรง ให้ใช้สำลีอุดตามรูทวารแล้วจึงหยดน้ำยา 40%Formalin บนสำลีที่อุดไว้ทุกส่วน

(6) การฉีดยาศพ

6.1 ให้ญาติเซ็นชื่อตามแบบฟอร์ม “ใบยินยอมฉีดยาศพ และลงชื่อในช่องอนุญาตให้ฉีดยาศพ

พยาบาลเวรลงชื่อในช่องพยาน พนักงานเปลลงชื่อผู้ฉีดยาศพ พร้อมทั้งลง วัน เดือน ปี และเวลาที่ฉีดยาศพ

6.2 ให้ญาติชำระค่าฉีดยาศพ

6.3 ทีมพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบแจ้งให้พนักงานเปลรับทราบว่าจะมีการฉีดยาศพ

6.4 พนักงานเปลตรวจสอบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เสียชีวิต

6.5 ดำเนินการฉีดยาศพ

(7) การจัดเก็บศพ เมื่อพนักงานเปลเคลื่อนย้ายศพมายังห้องเก็บศพให้ปฏิบัติ ดังนี้

7.1 พนักงานเปลตรวจสอบ ชื่อ – สกุลที่ “ป้ายผูกข้อมือนศพ” ตรงกับชื่อ – สกุล ทะเบียนผู้เสียชีวิต ตึกนิตหรณมณั งานศุนย์เปล

7.2 กรณีที่ญาติต้องการฝากศพไว้ก่อน ให้พนักงานเปลนำกุญแจตู้แช่ศพที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปทำการเปิดตู้เย็นแช่ศพ ซึ่งได้ควบคุมอุณหภูมิของเครื่องไว้ที่อุณหภูมิระหว่าง -5 c ถึง -2 c แล้วจึงทำการ นำศพเก็บในตู้เย็นแช่ศพ และลงบันทึกเวลาที่เริ่มแช่ศพ ในทะเบียนผู้เสียชีวิต ตึกนิตหรณมณั งานศุนย์เปล

(8) การจำหน่ายศพ

8.1 เมื่อญาติชำระเงินค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว และได้รับ “หนังสือรับรองการตาย” ก่อนที่ญาติจะ รับศพออกจากโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติดังนี้

8.1.1 ตรวจสอบมาว่าผู้ป่วยเสียชีวิตไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เสียชีวิต ทั้งกรณีที่ ฉีดยาศพและไม่ฉีดยาศพ

8.1.2 พนักงานเปลตรวจสอบในทะเบียนผู้เสียชีวิต ตึกนิตหรณมณั และป้ายผูกข้อมือนศพว่า ชื่อ-สกุลตรงกันหรือไม่, เชิญญาติมาดูศพ แล้วสอบถามญาติว่าศพชื่อ-สกุลนี้ ถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ตรงกันห้าม จำหน่ายศพออกจากโรงพยาบาล

โดยเด็ดขาดและให้รายงานหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อดำเนินการต่อไป

8.1.3 ให้ญาติลงลายมือชื่อรับศพใน ทะเบียนผู้เสียชีวิต ห้องนิตหรณมณั พร้อมทั้งบันทึก เลขที่บัตรประชาชน (ผู้รับศพต้องเป็นญาติสายตรง)และวันที่และเวลาที่จำหน่ายศพ

(9) การเคลื่อนย้ายศพออกนอกเขตจังหวัด

9.1 ในเวลาราชการ แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายเพื่อเป็นหลักฐานในการ เคลื่อนย้ายศพ

9.2 นอกเวลาราชการ แพทย์เวรเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตาย เพื่อเป็นหลักฐานในการเคลื่อนย้ายศพ

ใบยินยอมฉีดยาศพ โรงพยาบาลบ้านนา

แผนก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
.....

ยินยอมให้ฉีดยาศพของผู้เสียชีวิตชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....
ปี

ถึงแก่กรรมวันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายินยอมเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้เสียชีวิต และสัญญาว่าข้าพเจ้า ทายาทผู้เสียชีวิต หรือ
ผู้แทนของข้าพเจ้า จะไม่ฟ้องร้องในผลอันพึงเกิดผลเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อมใดๆทั้งสิ้นต่อเจ้าหน้าที่และ
โรงพยาบาลบ้านนา

ลงชื่อผู้อนุญาตฉีดยาศพ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ชื่อผู้ฉีดยาศพนามสกุล.....ได้ทำการฉีดยาศพเรียบร้อยแล้ว
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.