

เลขที่รับ

วันที่รับ

แบบฟอร์มขอข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP

โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

วันที่ หน่วยงาน

ความต้องการใช้ข้อมูล ☐ ส่วนตัว ☐ หน่วยงาน ☐ ตามหนังสือ ☐ สรุปลงงาน ☐ อื่นๆ

1. เหตุผล/ วัตถุประสงค์การขอข้อมูล

☐ การวิจัย ☐ ทำรายงาน ☐ ตัวชี้วัด ☐ อื่นๆ.....

2. ประเภทการขอข้อมูล

☐ ครั้งเดียว ☐ รายเดือน ☐ รายไตรมาส ☐ รายปี (ตามปีงบประมาณ/ ปี พ.ศ.)

3. ระยะเวลาการขอข้อมูล

4. ลักษณะข้อมูล ☐ File ☐ เอกสาร/รายงาน ☐ อื่นๆ.....

5. สิ่งที่แนบมาด้วย เช่น แบบฟอร์มรายงาน รายละเอียด เช่น รายละเอียดแหล่งของการบันทึกข้อมูลหน้าจอไหน เช่น จุดซักประวัติ, ER, NCD, OPD ฯลฯ (ระบุรายละเอียดของแบบฟอร์มรายงานให้ชัดเจน เช่น ICD10 หรือ ICD9 ที่ต้องการ/หัวรายงาน/มีชื่อนามสกุล/ที่อยู่หรือไม่/ต้องการจำนวนคนครั้ง/หรือรายละเอียดปลีกย่อย)

.....
.....
.....

(ลงชื่อ) ผู้ขอรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ) ผู้รับเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง

+++++

ส่วนของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ

บันทึกผู้เขียนรายงาน ☐ เขียนได้ ดำเนินการแล้ว วันที่

☐ เขียนไม่ได้เนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ

☐ เนื่องจากเงื่อนไขมีความซับซ้อน อื่นๆ

.....
.....

(ลงชื่อ) ผู้รับรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

(ลงชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณายื่นแบบฟอร์มขอข้อมูลก่อนใช้ข้อมูลอย่างน้อย 5 วัน