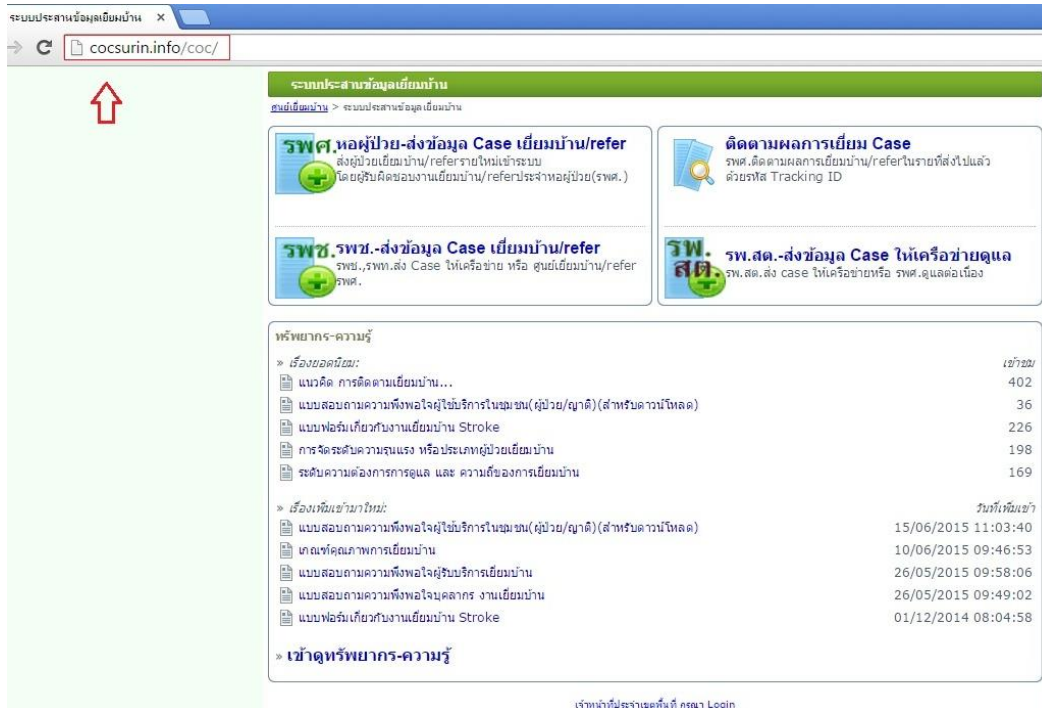
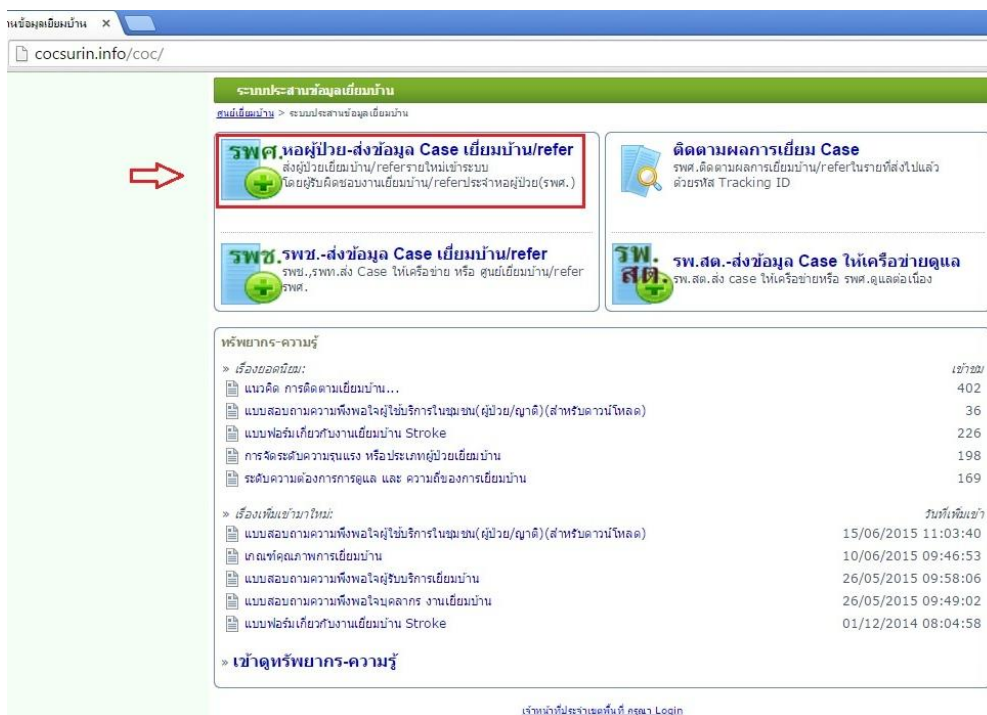


คู่มือการใช้งานโปรแกรม cocsurin.info

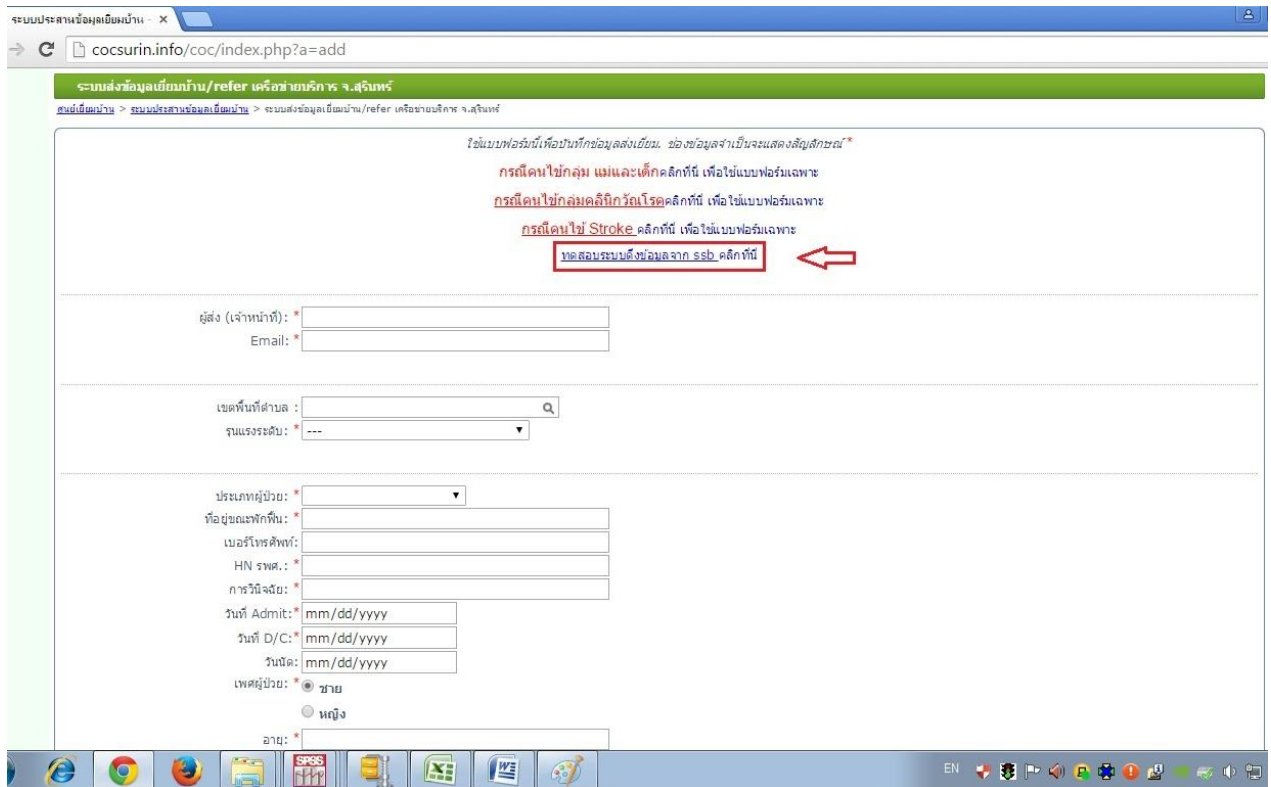
1. เปิด Google chrome แล้วพิมพ์ cocsurin.info เพื่อทำการเปิดโปรแกรม Cocsurin ดังรูป



2. เลือกที่ รพศ.หอผู้ป่วย-ส่งข้อมูล Case เยี่ยมบ้าน/Refer ดังรูป



3. เลือกที่ ทดสอบระบบดึงข้อมูลจาก ssb คลิกที่นี้ ดังรูป



4. เลือกที่ Login | Register ดังรูป



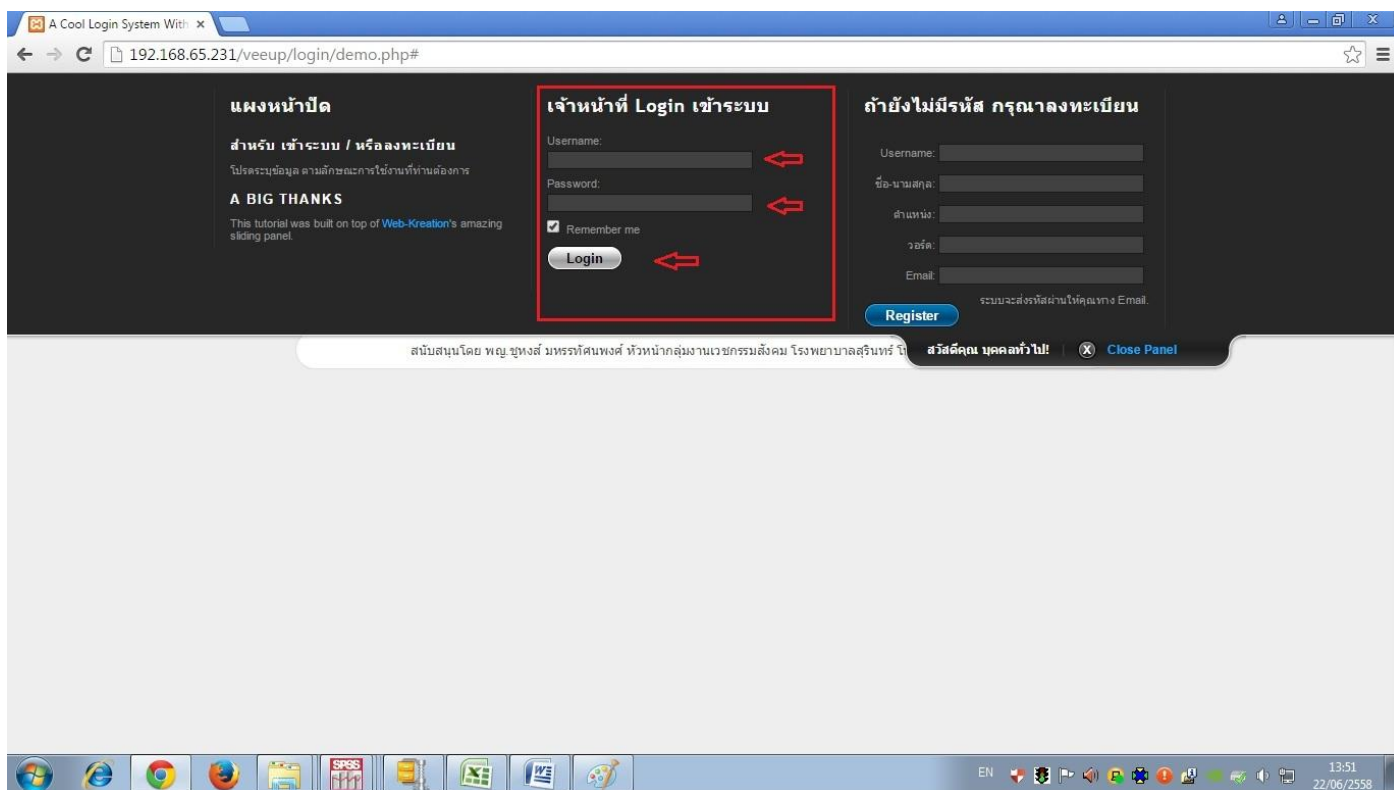
5. ทำการเข้าระบบโดยการใส่ Username และ password แล้วเลือกที่ Login ดังรูป

* (Username = ชื่อผู้ใช้งาน)

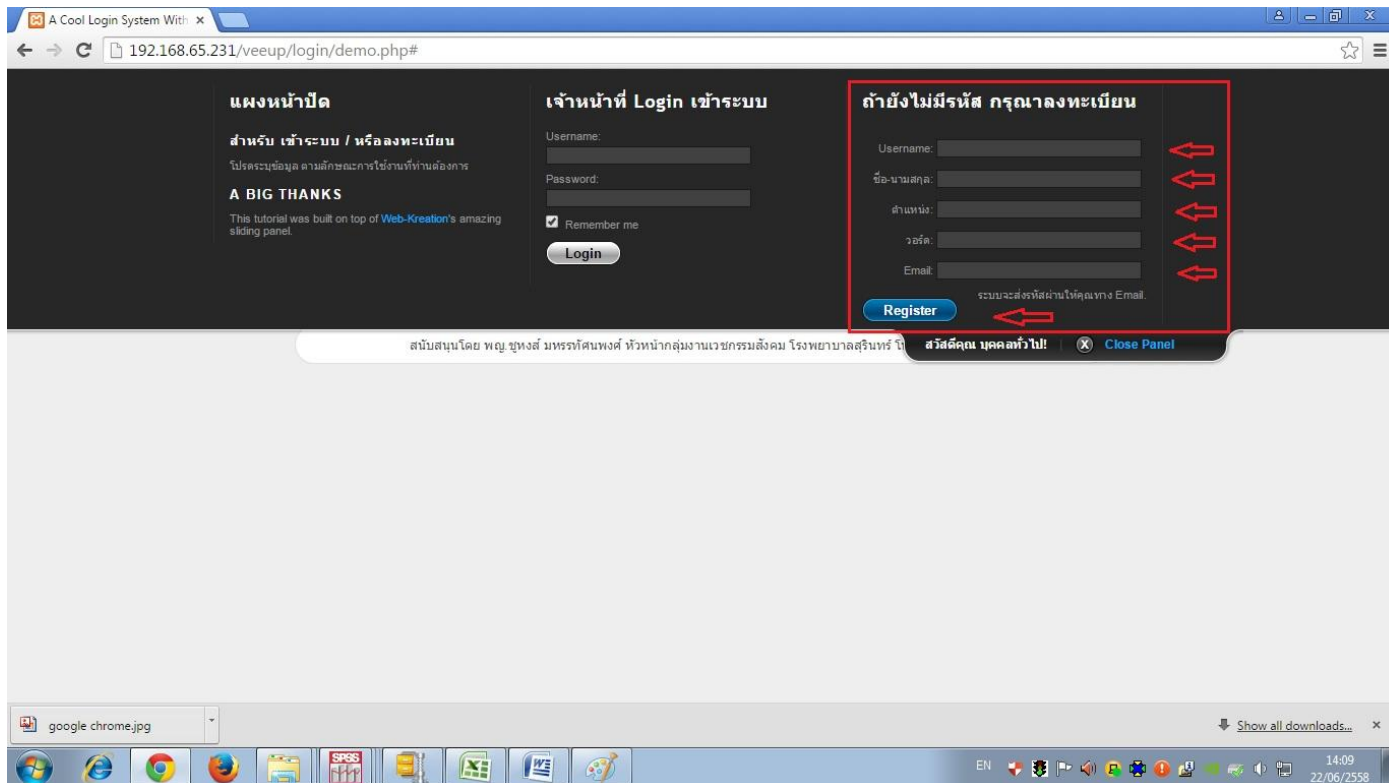
* (Password = รหัสเข้าใช้งาน)

* (Login = การเข้าใช้ระบบ)

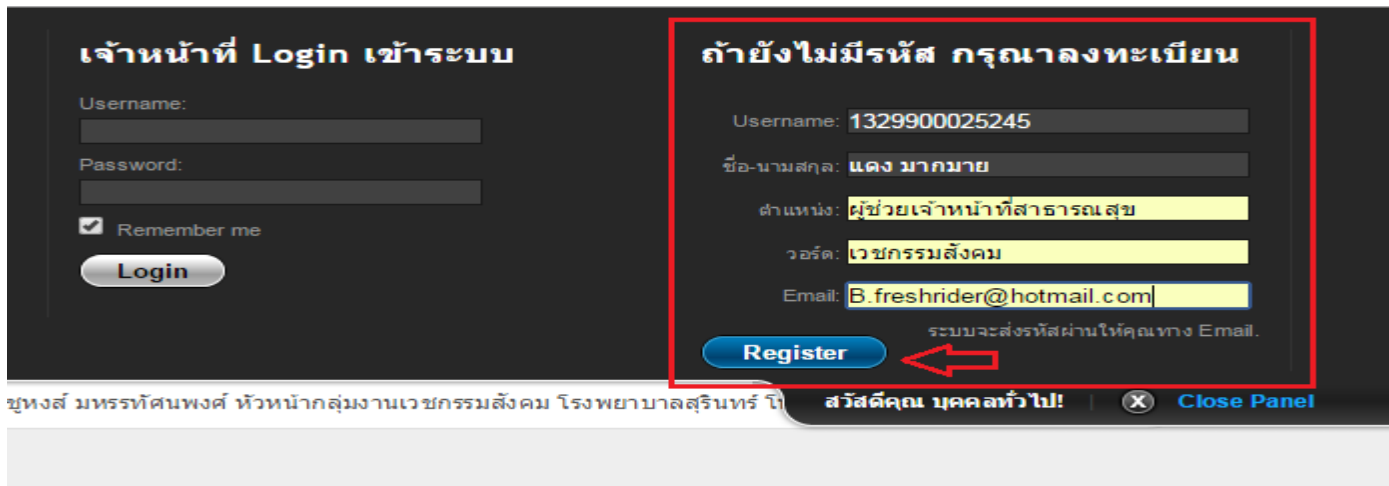
* (เครื่องหมายถูกหน้า Remember me = ให้งานที่กและจดจำ Username และ password จะเลือกหรือไม่เลือกก็ได้)



5.1 ในกรณีที่ผู้ใช้งานยังไม่มี Username และ password เราจะต้องทำการลงทะเบียนให้ครบทุกช่อง แล้วจึงเลือกที่ Register เพื่อที่จะส่งรหัสผู้ใช้งานไปยัง Email ดังรูป

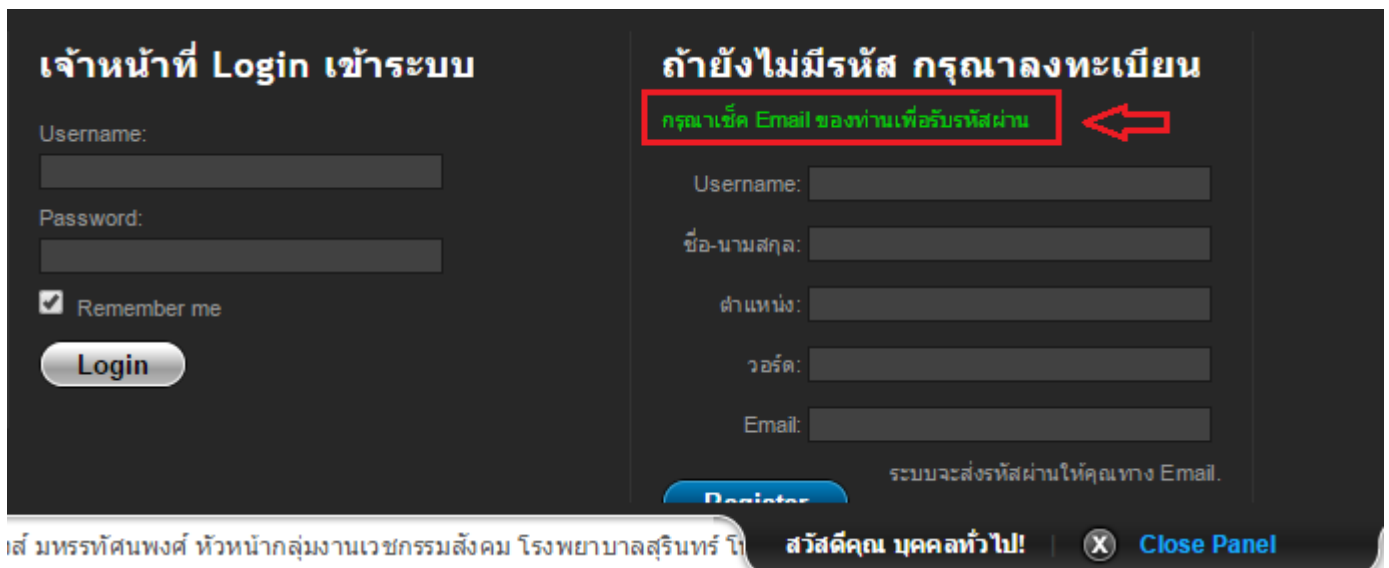


- * (Username กรณารระบุเป็น เลขบัตรประจำตัว 13 หลัก ของผู้ใช้งานจริง ห้ามระบุเป็นชื่อหรือตัวอักษร)
- * (ชื่อ - นามสกุล กรณารระบุชื่อจริง นามสกุลจริง)
- * (ตำแหน่ง กรณารระบุตำแหน่งของท่านให้ชัดเจน)
- * (วอร์ด กรณารระบุที่ทำงานท่านให้ชัดเจน)
- * (Email กรณารระบุให้ถูกต้องชัดเจน และจะต้องเป็น Email ที่ท่านใช้จริงเพราะ รหัสผู้ใช้งานจะถูกส่งที่ Email แต่ถ้าหากเปิดเช็คที่ Email แล้วไม่เห็นให้ลองเช็คดูที่ Email ขยะ / Junk Mail)
- * (Register กรณารคลิกเพื่อทำการส่งข้อมูลไปที่ฐานข้อมูลและ Email)



5.2 ถ้าหากส่งข้อมูลสำเร็จจะมีข้อความลักษณะนี้แสดงอยู่
รหัสผ่าน

กรุณาเช็ค Email ของท่านเพื่อรับ



5.3 ถ้าหากส่งข้อมูลไม่สำเร็จจะขึ้นลักษณะนี้
 ใหม่ ให้ถูกต้องตามหมายเหตุใน หัวข้อที่ 5.1

Your email is not valid! จะต้องทำการระบุข้อมูล

เจ้าหน้าที่ Login เข้าสู่ระบบ

Username:

Password:

Remember me

Login

ถ้ายังไม่มีรหัส กรุณาลงทะเบียน

Your email is not valid!

Username:

ชื่อ-นามสกุล:

ตำแหน่ง:

วอร์ด:

Email:

ระบบจะส่งรหัสผ่านให้คุณทาง Email.

Register

สวัสดีคุณ บุคคลทั่วไป! X Close Panel

* (ในกรณีถ้าหากหา รหัสผู้ใช้งานหรือ Password ใน Email ไม่เจอให้ท่านมาที่หน้า Login แล้วระบุ Username ที่เป็นเลขบัตรประจำตัว 13 หลัก ที่ท่านได้ลงทะเบียนและ Password ของท่านจะเป็น 123456789 เหมือนกันทุก Username)

เจ้าหน้าที่ Login เข้าสู่ระบบ

Username:

1329900025245

Password:

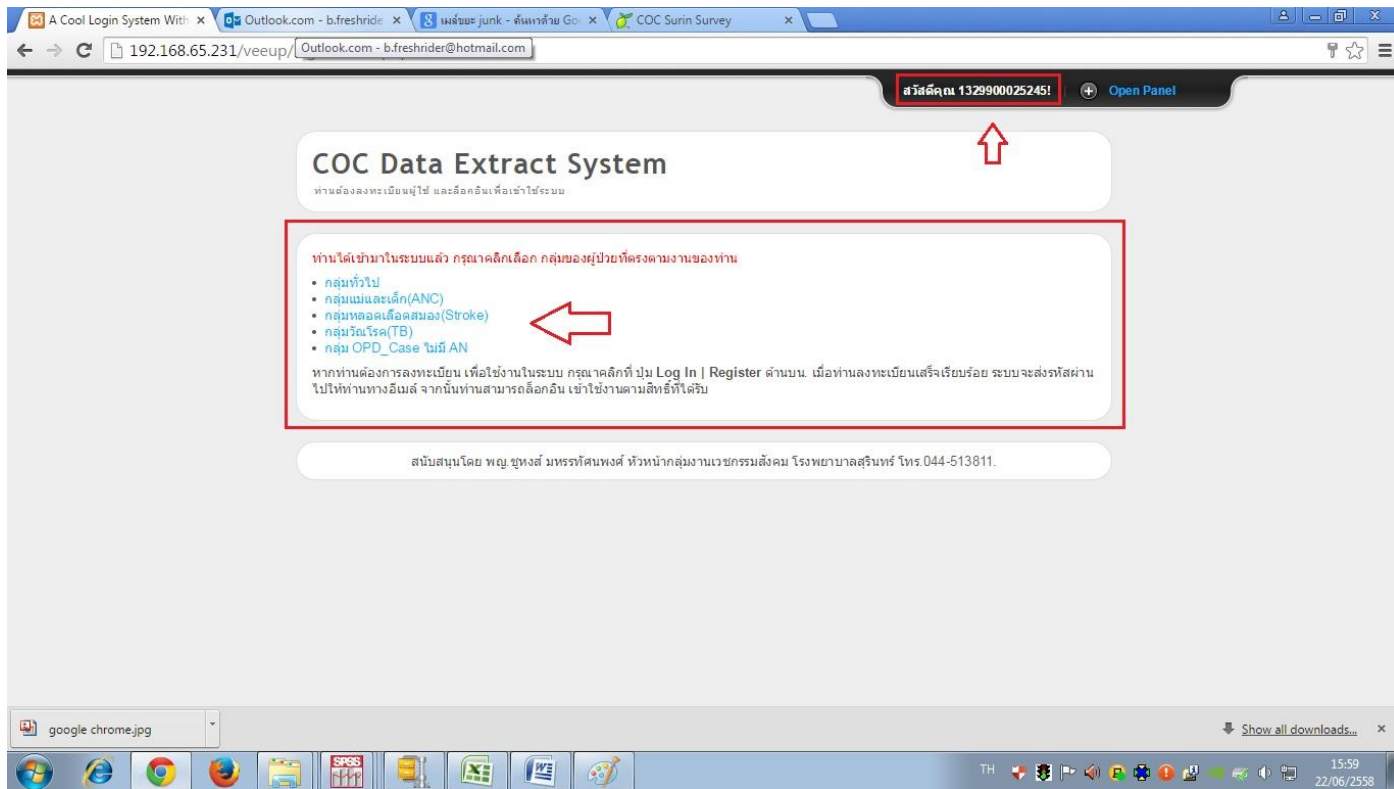
.....

Remember me Password 123456789

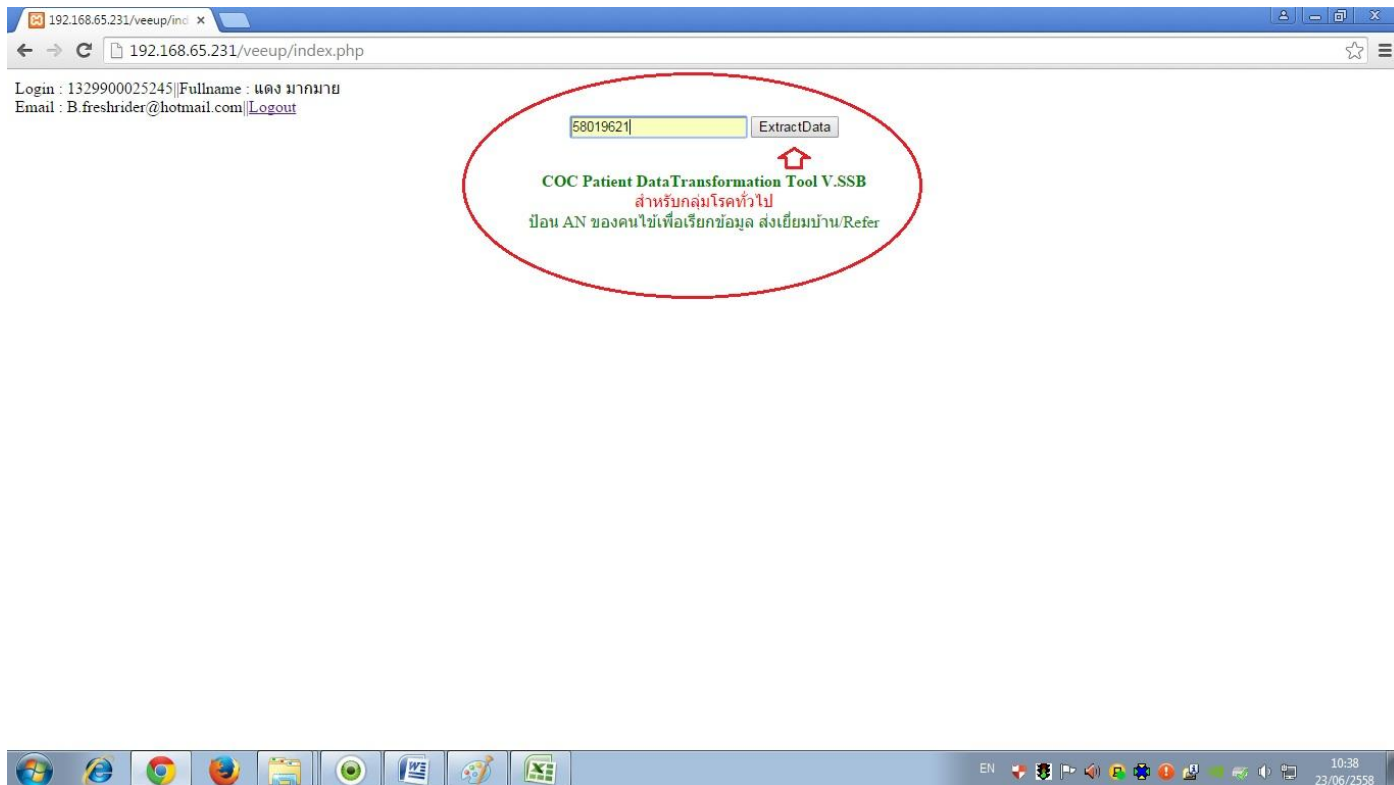
Login

6. เมื่อท่านทำการ Login เข้ามาแล้วระบบจะบอกว่าใครเข้าใช้งาน สังเกตได้จากมุมบนขวา “สวัสดีคุณ 1329900025245” จากนั้นให้ท่านเลือก กลุ่มของผู้ป่วยที่ตรงตามงานของท่าน ดังรูป

* (ในคู่มือฉบับนี้เรายกตัวอย่างในหัวข้อ กลุ่มทั่วไป)



7. เราจะต้องดึงข้อมูลจากโปรแกรม SSB กรุณาป้อน AN ของผู้ป่วยที่ต้องการส่ง ลงในช่องว่าง แล้วคลิก Extract Data ดังรูป



8. เมื่อกดคลิก Extract Data จะแสดงหน้าจอที่ประกอบด้วย 3 ส่วน 1.เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเยี่ยมบ้าน 2.ผู้ป่วย 3.ประเภทของการส่งข้อมูล ให้เราสังเกต ชื่อ - นามสกุล Email ของเรว่าถูกต้องไหมและ ชื่อ - นามสกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

การวินิจฉัย วัน Admin วัน D/C วันนัด เพศ อายุ เลขบัตรประจำตัว สิทธิการรักษา วันที่ทำหัตถการ ของผู้ป่วยว่า ถูกต้องไหม แล้วคลิกที่ โหลดข้อมูลเข้าระบบ COC ดังรูป

* (ส่วนนี้จะป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ดึงมาจากโปรแกรม SSB)

* (เราจะสังเกตได้ว่ามีข้อมูลบางส่วนไม่ครบ ในส่วนของหน้านี้เราจะไม่สามารถแก้ไขอะไรได้)

* (ในส่วนที่เป็นประเภทของการส่งข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ)

* (โหลดข้อมูลเข้าระบบ COC) ให้เลือกที่หัวข้อนี้**

* (โหลดข้อมูลเข้าระบบ Refer)

192.168.65.231/veeup/index.php

Login : 1329900025245 | Fullname : แสง นภภาม
Email : B.freshrider@hotmail.com | Logout

58011021 Extract Data

ชื่อ-นามสกุล * นง ภาภาม
Email * B.freshrider@hotmail.com

HN * 580011029
ชื่อ-นามสกุล * นาง-นงนุช-นงนุช
ที่อยู่ขณะพักฟื้น * 82-วิมเนียง-เมืองสุโขทัย-สุโขทัย
เบอร์โทรศัพท์ *
การวินิจฉัย * Premature rupture of membranes, on
วัน Admin * 2015-04-28
วัน D/C * 2015-04-28
วันนัด *
เพศ * หญิง
อายุ (ปี) * 28
เลข 13 หลัก *
สิทธิการรักษา * สังกัดฯ (ชำระเงินแล้ว)
วันที่ทำหัตถการ *

โหลดข้อมูลเข้าระบบ COC
โหลดข้อมูลเข้าระบบ Refer

10:53
23/06/2558

9. เมื่อคลิก **โหลดข้อมูลเข้าระบบ COC** จะแสดงหน้าจอลักษณะนี้ ให้ผู้ส่งทำการกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่มีเครื่องหมาย * และในส่วนที่ไม่มีเครื่องหมาย * ให้ครบถ้วนและถูกต้อง จากนั้นคลิกที่ **ส่งข้อมูล** ดังรูป

* (ถ้าหากมีรูปภาพประกอบในการเยี่ยมบ้าน กรุณาระบุลงไปด้วย)

* (ข้อจำกัดการแนบไฟล์ จำนวนไฟล์ต้องไม่เกินคราวละ 2 ไฟล์ แต่ละไฟล์ต้องมีขนาดไม่เกิน 2 MB ไฟล์ที่แนบต้องไฟล์ประเภทต่างๆ .gif, .jpg, .png, .zip, .rar, .csv, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .txt, .pdf)

ระบบส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน / refer เคสผู้ป่วย จ.สุรินทร์

ใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อบันทึกข้อมูลส่งเดือน. ช่องข้อมูลบางบริเวณแสดงลักษณะ*

กรณีคนไข้กลุ่ม แม่และเด็กคลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

กรณีคนไข้กลุ่มโรคไตคลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

กรณีคนไข้ Stroke คลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

ผู้ส่ง (เจ้าหน้าที่): * แดง มากมาย
Email: B.freshrider@hotmail.com

เขตที่ให้บริการ: *
จนแจะระดับ: * ---

ประเภทผู้ป่วย: *
ที่อยู่แวกพื้นที่: * 80--- ในเมือง-เมืองสุรินทร์-สุรินทร์
เบอร์โทรศัพท์: *
HN จศ.: * 580011629
การวินิจฉัย: * Premature rupture of membranes , onset of lab
วันที่ Admit: * 04/26/2015
วันที่ D/C: * 04/28/2015
วันเกิด: * mm/dd/yyyy
เพศผู้ป่วย: * ชาย หญิง

อายุ: * 28
เลขประชาชน 13 หลัก: *
สิ่งการรักษามา: * คำว่า (ชำระเงินเอง)
วัดต-คลินิก-หน่วยที่ส่งมาใช้: *
การรักษามา/การมาต/การคลอด/วันที่: * mm/dd/yyyy
เพศเด็กแรกเกิด: * ชาย หญิง

น้ำหนักเด็กแรกเกิด(กรัม): *

ชื่อผู้ป่วย: * นาง ปดะผล มณูเสริม
ข้อความ: * (สรุปข้อมูลเจ็บป่วย, ทดการ, การรักษาที่ได้รับ)
(รายการยาที่ได้รับกลับบ้าน)

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย: * ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ End of Life เสียชีวิต

วิธีการแพทย์ที่ติดตัวก่อนกลับบ้าน: * -

อุปกรณ์การแพทย์สำรองใช้ที่บ้าน: * -

แนวทางการเยี่ยมบ้าน: * -

เอกสารแนบ: * Choose File | No file chosen
Choose File | No file chosen
ข้อจำกัดการแนบไฟล์

ส่งข้อมูล

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
* หน้าช่องที่มีเครื่องหมาย * กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน
* ในส่วนช่องที่ไม่มีเครื่องหมาย * กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน (ยกเว้นหัวข้อเด็กทารกแรกเกิด)

* ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กทารก กรุณาระบุเพศและน้ำหนักเด็กแรกเกิด
* สำหรับผู้ป่วยไม่ใช่เด็กทารก ไม่ต้องระบุเพศและน้ำหนักเด็กแรกเกิด

* วิธีการแพทย์ที่ติดตัวก่อนกลับบ้าน กรุณาระบุ ถ้ามี..?
* อุปกรณ์การแพทย์สำรองใช้ที่บ้าน กรุณาระบุ ถ้ามี..?
* แนวทางการเยี่ยมบ้าน กรุณาระบุ ถ้ามี..?

* ข้อจำกัดการแนบไฟล์/รูปภาพประกอบ
- จำนวนไฟล์ไม่เกินคราวละ 2 ไฟล์
- ไฟล์แต่ละไฟล์ต้องมีขนาดไม่เกิน 2 MB
- ประเภทของไฟล์ .gif, .jpg, .png, .zip, .rar, .csv, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .txt, .pdf

9.1 ถ้าหากส่งข้อมูลสำเร็จจะมีข้อความลักษณะนี้แสดงอยู่

Success: Case ที่ส่ง ในส่วนของ

Tracking ID = รหัสผู้ป่วย เป็นรหัสที่ใช้ค้นหาผู้ป่วย ซึ่งผู้ส่งข้อมูลจะต้องใช้รหัสในการติดตามผลการเยี่ยมบ้าน

Case ที่ส่ง

Home > ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน > Case ที่ส่ง

Tracking ID = รหัสผู้ป่วย

✓ Success: Case ที่ส่ง

การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน/referสำเร็จแล้ว! ได้เลข ID ที่: 6L5-HTX-7VWS

[ดู Case ของท่าน](#)

[บันทึกส่งผู้ป่วยรายต่อไป](#)

↑

* ถ้าต้องการดู Case ผู้ป่วยที่ส่งข้อมูลไป ให้ท่านคลิกที่ "ดู Case ท่าน"

* ถ้าต้องการที่จะส่งผู้ป่วยรายต่อไป ให้ท่านคลิกที่ "บันทึกส่งผู้ป่วยรายต่อไป" แล้วทำตามหัวข้อที่ 7 - 9 (แต่จะต้องเป็นกลุ่มโรคเดียวกัน)

Powered by Help Desk Software HESK - brought to you by Help Desk Software SysAid

สนับสนุนโดย พญ.ชอุณหส มหรรักษ์พงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ โทร.044-513811

9.2 ถ้าหากส่งข้อมูลไม่สำเร็จจะขึ้นลักษณะนี้ **Error: กรุณาตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้** ทางโปรแกรม COC จะระบุไปว่าท่าน **ขาดหัวข้ออะไร** แล้วให้กลับไปกรอกข้อมูลใหม่ให้ครบถ้วน จากนั้นให้ **ส่งข้อมูล** ใหม่อีกครั้ง ดังรูป

ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน - X
cocsurin.info/coc/index.php?a=add

ระบบส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน / refer เครื่องหมายจักร จ.สุรินทร์
ศูนย์เยี่ยมบ้าน > ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน > ระบบส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน / refer เครื่องหมายจักร จ.สุรินทร์

Error: กรุณาตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้:

- กรุณาดูเลือก - เขตพื้นที่
- กรุณาดูเลือก - ระดับความรุนแรง
- ขาดข้อมูลสำคัญ ในช่อง: ประเภทผู้ป่วย
- ขาดข้อมูลสำคัญ ในช่อง: วอร์ด-คลินิก-หน่วยที่ส่งคนไข้

ข้อมูลเบื้องต้น

*** Error** ในลักษณะนี้ผู้ส่งข้อมูล ระบุข้อมูลไม่ครบขาด 4 หัวข้อ คือ เขตพื้นที่, ระดับความรุนแรง, ประเภทผู้ป่วย, วอร์ด คลินิก หน่วยที่ส่งคนไข้

*** กรุณากลับไประบุข้อมูลใหม่ให้ครบ แล้วจึงส่งข้อมูลใหม่อีกครั้ง**

ใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อนำมาทำข้อมูลส่งเยี่ยม. ข้อมูลชุดจำเป็นจะแสดงสัญลักษณ์*

กรณีค้นหาไม่เจอ แม่และเด็กคลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

กรณีค้นหาไม่เจอคลินิกวัยโรคคลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

กรณีค้นหา Stroke คลิกที่นี่ เพื่อใช้แบบฟอร์มเฉพาะ

ทดสอบระบบส่งข้อมูลจาก sspb คลิกที่นี่

ผู้ส่ง (เจ้าหน้าที่):
Email:

เขตพื้นที่ส่วน
รุนแรงระดับ:

ประเภทผู้ป่วย:

ที่อยู่และพักฟื้น:

เบอร์โทรศัพท์:

HN รหัส:

การวินิจฉัย:

วันที่ Admit:

วันที่ D/C:

วันนัด:

เพศผู้ป่วย: ชาย หญิง

อายุ:

*** กรุณาระบุให้ครบถ้วน**

TH 15:01 23/06/2558