

การพัฒนากระบวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโดยใช้หลัก RLU ด้วยพลังความ
ร่วมมือจากบุคลากร โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ (50 Pansa RLU : Smart
Together)

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

คำสำคัญ : RLU (Rational Laboratory Use), การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

สรุปผลงานโดยย่อ :

การพัฒนากระบวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโดยใช้หลัก RLU ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ มีเป้าหมายเพื่อลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น เพิ่มความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย ติดตาม และพยากรณ์โรค โดยเน้นความปลอดภัยผู้ป่วยและการบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการพัฒนากระบวนการ HOSxP และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงานยึดแนวทาง RLU “บันได 4 ชั้น” ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2568 (9 เดือน) อยู่ที่ร้อยละ 86.07 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (>ร้อยละ 70) ขณะที่การส่งตรวจซ้ำเกินความจำเป็นมีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ เช่น HbA1c ซ้ำภายใน 83 วัน ลดเหลือร้อยละ 3.95, TSH ซ้ำภายใน 55 วัน ลดเหลือร้อยละ 5.1 และ Hepatitis profile ซ้ำภายใน 12 เดือน ลดเหลือร้อยละ 2.7 นอกจากนี้ความเหมาะสมของการส่งตรวจตามข้อบ่งชี้ก็มีแนวโน้มดีขึ้นในหลายรายการ เช่น การส่ง TSH อย่างเดียว ร้อยละ 41, การส่ง Electrolyte แยกรายการ ร้อยละ 3.23 และสามารถควบคุมสัดส่วนการส่งตรวจ Influenza Ag คู่กับ Covid-19 Ag ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ กิจกรรมนี้ช่วยปรับพฤติกรรม การส่งตรวจให้สอดคล้องแนวทางเวชปฏิบัติ ลดการใช้ทรัพยากรเกินจำเป็น ควบคุมต้นทุน เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย ความสำเร็จเกิดจากนโยบายชัดเจน การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ และการใช้ HOSxP ติดตามผลต่อเนื่อง เพื่อเป็นต้นแบบการใช้บริการห้องปฏิบัติการอย่างยั่งยืน

บริบท ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประสบปัญหาการควบคุมต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์และการส่งตรวจ OUT LAB ไม่ให้เกินวงเงินตามแผนจัดซื้อประจำปี ซึ่งต้องลดต้นทุนต่อหน่วย โดยไม่กระทบประสิทธิภาพและมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ ทั้งยังพบการส่งตรวจซ้ำซ้อนจากหลายแผนก, ระบบ HOSxP ขาดการแจ้งเตือน, การสั่ง Standing Order เกินข้อบ่งชี้, บุคลากรขาดความตระหนักด้านความคุ้มค่า และมีการสั่ง Lab ที่ไม่จำเป็น รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่ได้รับการตรวจติดตามครบถ้วนตามมาตรฐาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ฯ จึงเริ่มดำเนินกิจกรรมลดค่าใช้จ่ายภายใต้แนวคิด Smart Lab ตั้งแต่ปี 2555 เพื่อเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลลดค่าใช้จ่าย แม้มีความคืบหน้าแต่ยังไม่

ครอบคลุมทุกรายการ และหน่วยงานที่ใช้บริการยังขาดความเข้าใจหลักเกณฑ์การส่งตรวจ ต่อมาในปี 2568 เมื่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ริเริ่มโครงการ RLU (Rational Laboratory Use) โรงพยาบาลจึงนำมาต่อยอดอย่างจริงจัง ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์) พร้อมกำหนดตัวชี้วัด เพิ่มรายการทดสอบที่เข้าร่วม และพัฒนาให้เป็นกิจกรรมประจำ เพื่อให้การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความเหมาะสม ปลอดภัย และคุ้มค่าในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามการรักษา และพยากรณ์โรค โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
2. เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น

ตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญ

กลุ่มที่ 1: การส่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization)

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กลุ่มที่ 2: การส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization)

2. ร้อยละการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 83 วัน (3 เดือน)
3. ร้อยละการตรวจ TSH ซ้ำภายใน 55 วัน (2 เดือน)
4. ร้อยละการตรวจ Lipid profile ซ้ำภายใน 167 วัน (6 เดือน)
5. ร้อยละการตรวจ Iron study ซ้ำภายใน 167 วัน (6 เดือน)
6. ร้อยละการตรวจ Hepatitis profile ซ้ำภายใน 12 เดือน
7. ร้อยละการตรวจ ANA, RF, Autoimmune profile ซ้ำภายใน 12 เดือน

กลุ่มที่ 3: การส่งตรวจที่ควรพิจารณาส่งตามข้อบ่งชี้

8. ร้อยละการส่งตรวจ Electrolyte (Na/K) โดยไม่ส่ง Chloride
9. ร้อยละการส่งตรวจ TB, ALT, ALP และ Albumin แทนการตรวจ LFT เต็มชุด

10. ร้อยละการส่งตรวจ TSH อย่างเดียว แทนการส่งตรวจเป็นชุด
11. ร้อยละการแยกส่งตรวจ Cholesterol / TG / LDL แทนการใช้ Lipid profile
12. สัดส่วนการส่งตรวจ Influenza Ag คู่กับ Covid-19 Ag ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด
13. สัดส่วนการส่งตรวจ Influenza Ag คู่กับ Covid-19 Ag ต่อจำนวนการตรวจทั้งหมด
14. สัดส่วนการส่งตรวจ Dengue NS1 Ag คู่กับ Dengue Ab ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด
15. สัดส่วนการส่งตรวจ Dengue NS1 Ag คู่กับ Dengue Ab ต่อจำนวนการตรวจทั้งหมด

กิจกรรมการพัฒนา (Quality Improvement Process)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ฯ ดำเนินการกิจกรรม RLU ตามแนวทางบันได 4 ชั้น โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

บันไดขั้นที่ 1 แต่งตั้งกรรมการ RLU / ประกาศเจตนารมณ์

1. จัดตั้งคณะแต่งตั้งกรรมการ RLU โดยมีแพทย์เป็นประธาน นักเทคนิคการแพทย์เป็นเลขานุการ และมีสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลและนักวิชาการคอมพิวเตอร์ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน RLU
2. จัดทำประกาศเจตนารมณ์ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน RLU อย่างจริงจังและต่อเนื่องจากการดำเนินการที่ผ่านมา

บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาล มีการประชุมเพื่อคัดเลือกรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นปัญหา โดยพิจารณาจากรายการที่มี ต้นทุนสูง (High cost) ปริมาณการใช้งานสูง (High volume) และสอดคล้องกับกลุ่มโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาล ได้แก่ เบาหวาน (DM), ความดันโลหิตสูง (HT) และปอดอักเสบ (Pneumonia) จากการวิเคราะห์ คัดเลือกรายการที่สามารถกำหนดตามแนวทาง RLU ดังนี้ Underutilization ได้แก่ การตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน , Overutilization ได้แก่ การตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 83 วัน, TSH ซ้ำภายใน 55 วัน, Lipid profile และ Iron study ซ้ำภายใน 167 วัน, Hepatitis profile, ANA, RF, Autoimmune profile ซ้ำภายใน 12 เดือน และ Hb typing ซ้ำภายใน 10 ปี รวมถึงรายการที่ควรพิจารณาส่งตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ Electrolyte, Lipid profile, LFT, TFT, Dengue Screening Test, Influenza Ag และ Covid-19 Ag เพื่อให้การใช้บริการห้องปฏิบัติการมีความเหมาะสม คุ่มค่า และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ

บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการการดำเนินงาน นำรายการทดสอบที่เลือกทบทวนร่วมกันใน คณะกรรมการ ออกประกาศแนวทางการปฏิบัติตามนโยบาย RLU ในระดับโรงพยาบาล ใช้ระบบสารสนเทศช่วยตรวจสอบในระบบ HosXp เพื่อไม่ให้เกิดการส่งตรวจโดยไม่จำเป็น ดังนี้

1. รายการที่มีการส่งตรวจซ้ำถี่เกินความจำเป็น HbA1c ซ้ำในระยะ 83 วัน (3 เดือน), TSH ซ้ำในระยะ 55 วัน (2 เดือน), Lipid profile และ Iron study ซ้ำในระยะ 167 วัน (6 เดือน), Hepatitis profile, ANA, RF, Autoimmune profile ซ้ำในระยะ 12 เดือน และ Hb typing ซ้ำในระยะ 10 ปี

2. รายการที่ควรพิจารณาส่งตามข้อบ่งชี้

2.1 Electrolyte การติดตามหลังแก้ไขภาวะ Electrolyte imbalance ให้ส่งตรวจแยกรายการ เช่น ส่งตรวจเฉพาะ Na หรือ K เป็นต้น

2.2 Lipid profile การติดตามภาวะ Dyslipidemia หลังการรักษา ให้ส่งตรวจแยกรายการ เช่น ส่งตรวจเฉพาะ LDL, TG เป็นต้น

2.3 Liver Function Test (LFT) หลีกเลี่ยงการส่งตรวจ LFT “ทุกตัว” โดยเมื่อส่งตรวจ LFT จะได้รับการตรวจ TB, ALT, ALP และ albumin ซึ่งเพียงพอในการวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และถ้าจำเป็นต้น

2.4 Thyroid Function Test (TFT) ส่งตรวจเฉพาะ TSH กรณีที่ให้การรักษาภาวะ HypoThyroidism หรือ เพื่อ R/O ภาวะ HyperThyroidism ที่ไม่ได้มีอาการและอาการแสดงชัดเจน (รวมถึงในกรณี AF, HypoNatremia, HypoKalemia) โดยถ้าพบผิดปกติสามารถแจ้งห้อง lab ให้ตรวจ FT3 และ FT4 เพิ่มเติมได้

2.5 Dengue Screening Test กรณีสงสัย Dengue infection สามารถส่งตรวจเฉพาะ NS1 Antigen ในผู้ป่วยที่มีไข้มาไม่เกิน 3 วัน (ถ้าเกิน 3 วัน จึงพิจารณาส่งตรวจ Dengue IgM หรือ Dengue Duo test)

2.6 Influenza Ag และ Covid-19 Ag กรณีผู้ป่วยที่สงสัย Covid-19 หรือ Influenza กรณี OPD case พิจารณาส่งตรวจเฉพาะ ATK ไม่ต้องส่งตรวจ Influenza เนื่องจากผลตรวจ Influenza อาจมี false negative และการพิจารณาให้ยารักษา Covid-19 และ Influenza ต้องพิจารณาอาการและ risk factor ร่วมด้วย (กรณีมีข้อบ่งชี้ในการให้ antiviral agent, ถ้า ATK negative สามารถให้ยา Osetatmivir ได้เลย) ยกเว้นส่งตรวจกรณีที่จะ admit เพื่อวางแผนการแยกโรค

บันไดขั้นที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และติดตามผลดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อรายงานให้คณะกรรมการและผู้บริหารรับทราบ

ผลการดำเนินงานหรือการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (Performance)

7.1 การสั่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization)

ตารางที่ 1 การตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568 (9 เดือน)
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	> ร้อยละ 70	84.31	86.07

7.2 การสั่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization)

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดรายการ LAB ที่มีการสั่งตรวจซ้ำเกินความจำเป็น

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568 (9 เดือน)
1. ร้อยละการตรวจ HbA1c ซ้ำ 83 วัน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 10	8.1 (175,350)	3.95 (71,400)
2. ร้อยละการตรวจ TSH ซ้ำ ภายใน 55 วัน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 10	12.3 (133,620)	5.1 (41,310)
3. ร้อยละการตรวจ Lipid profile ซ้ำ ภายใน 167 วัน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 10	9.3 (439,390)	8.4 (385,110)
4. ร้อยละการตรวจ Iron study ซ้ำ ภายใน 167 วัน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 10	5.9 (34,710)	8.0 (49,000)
5. ร้อยละการตรวจ Hepatitis profile ซ้ำ ภายใน 12 เดือน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 5	9 (160,000)	2.7 (36,710)
6. ร้อยละการตรวจ ANA, RF, Autoimmune profile ซ้ำ ภายใน 12 เดือน (มูลค่าตรวจซ้ำ (บาท))	< ร้อยละ 1.5	1.8 (5,180)	1.3 (1,460)

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดรายการ LAB ที่ควรพิจารณาส่งตามข้อบ่งชี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568 (9 เดือน)
1. ร้อยละการส่งตรวจ Electrolyte (Na / K) โดยไม่ส่ง Chloride	> ร้อยละ 3	0.05	0.24	3.23
2. ร้อยละการส่งตรวจ TB, ALT, ALP และ Albumin แทนการตรวจ LFT เต็มชุด	> ร้อยละ 34	34.38	33.95	33.47
3. ร้อยละการส่งตรวจ TSH อย่างเดียว แทนการส่งตรวจเป็นชุด	> ร้อยละ 40	39.1	40	41
4. ร้อยละการส่งตรวจแยก Cholesterol / TG / LDL แทนการใช้ Lipid Profile	> ร้อยละ 20	21.98	20.64	26.31
5. สัดส่วนของการส่งตรวจ Influenza Ag คู่กับ Covid-19 Ag ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	ไม่เกิน 3.5	1.9	5.1	3.3
6. สัดส่วนของการส่งตรวจ Influenza Ag คู่กับ Covid-19 Ag ต่อการตรวจทั้งหมด	ไม่เกิน 35	28.3	44.6	36
7. สัดส่วนของการส่งตรวจ Dengue NS1 Ag คู่กับ Dengue Ab ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	ไม่เกิน 0.5	0.8	0.7	0.4
8. สัดส่วนของการส่งตรวจ Dengue NS1 Ag คู่กับ Dengue Ab ต่อการตรวจทั้งหมด	ไม่เกิน 40	49.5	49.2	41.9

สรุปและอภิปรายผล

จากการติดตามตัวชี้วัดการพัฒนาระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผลโดยใช้หลัก RLU ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในทุกกลุ่ม ทั้งการส่งตรวจที่

น้อยเกินไป (Underutilization) การสั่งตรวจซ้ำเกินความจำเป็น (Overutilization) และการพิจารณาส่งตรวจตามข้อบ่งชี้ สำหรับกลุ่ม Underutilization การตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 84.31 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 86.07 ในปี 2568 (9 เดือน) สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (>ร้อยละ 70) ส่วนกลุ่ม Overutilization ปี 2567 พบการสั่งตรวจซ้ำเกินจำเป็นในหลายรายการ เช่น TSH ซ้ำร้อยละ 12.3 และ Hepatitis profile ร้อยละ 9 แต่ในปี 2568 ตัวชี้วัดทุกรายการลดลงและอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด เช่น TSH ลดเหลือร้อยละ 5.1 และ Hepatitis profile ลดเหลือร้อยละ 2.7 แสดงถึงประสิทธิผลของมาตรการควบคุมการสั่งตรวจซ้ำ สำหรับการส่งตรวจตามข้อบ่งชี้ แม้บางรายการยังเกินเป้าหมาย แต่หลายรายการในปี 2568 มีพัฒนาการที่ดี โดยการส่ง TSH อย่างเดียวและการแยกส่ง Cholesterol / TG / LDL แทน Lipid Profile สามารถรักษาระดับตามเป้าหมายได้ต่อเนื่อง การส่ง Electrolyte โดยไม่รวม Chloride เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.23 และสัดส่วนการส่ง Influenza Ag คู่กับ COVID-19 Ag ต่อจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด อยู่ในเกณฑ์ ขณะที่ Dengue NS1 Ag คู่กับ Dengue Ab ต่อการตรวจทั้งหมด ยังสูงเกินเกณฑ์ตลอดทั้ง 3 ปี ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบจากสถานการณ์โรคระบาดและพฤติกรรมคำสั่งตรวจ

ภาพรวมตลอด 3 ปี แสดงให้เห็นความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงพฤติกรรมคำสั่งตรวจให้เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ มีรายการที่ควบคุมได้ต่อเนื่อง 5 รายการ ได้แก่ การตรวจ Lipid profile และ Iron study ซ้ำภายใน 167 วัน การตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 83 วัน รวมถึงการส่งแยก Cholesterol / TG / LDL ส่วนรายการที่มีความแปรผันหรือยังควบคุมได้ยาก เกิดจากแนวทางการส่งตรวจไม่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือปริมาณงานที่หลากหลาย ทีมงานได้ประชุมทบทวนและพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น ระบบแจ้งเตือน HOSxP แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อน และส่งเสริมคุณภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าแก่ผู้รับบริการ

บทเรียนที่ได้รับ

การมีนโยบายชัดเจนจากผู้บริหารที่กำหนดทิศทาง วางเป้าหมาย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสื่อสารต่อเนื่องและสร้างความเข้าใจร่วมกันผ่านเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูลการใช้ห้องปฏิบัติการอย่างไม่เหมาะสม และการเปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอแนวทางปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การใช้ระบบสารสนเทศ HOSxP เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการคำสั่งตรวจ เช่น ระบบเตือนการสั่งซ้ำ การจัดกลุ่มการตรวจตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการจำกัดความถี่การตรวจตามข้อบ่งชี้ ช่วยลดความผิดพลาด เพิ่มความแม่นยำ และใช้ทรัพยากรอย่าง

คุ้มค่า สุดท้าย การติดตามประเมินผลด้วยตัวชี้วัดชัดเจนและทบทวนแนวทางอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล พัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ทั้งในด้านคุณภาพการดูแลรักษา ความปลอดภัย และความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร

รายชื่อผู้พัฒนา/สมาชิกทีม

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1.น.ส.กัลยาณี ธนาพร | 2.นางสุวิรัตน์ พรหมทา | 3.น.ส.วราลักษณ์ สาธิสุข |
| 4.น.ส.ภัทรชญา ละมุล | 5.น.ส.อมรรัตน์ ผ่องใส | 6.น.ส.ตติยา บุญทวี |
| 7.น.ส.ธัญชนก กุลเกลี้ยง | 8.น.ส.พิรานั้น คำปุ่น | 9.น.ส.สมจินต์ พรหมเคน |
| 10.น.ส.ปิยธิดา นามผล | 11.นายกิตติวัฒน์ อัครพัฒน์ | 12.น.ส.ศิรานนท์ นาไพรวิน |
| 13.น.ส.สิริลักษณ์ ทนุพันธ์ | 14.น.ส.ธนาพร พลอำนาจ | 15.นายภูวนัย พารุสุข |
| 16.น.ส.วารุณี สงวนทรัพย์ | 17.น.ส.เยาวลักษณ์ วิชาพรหม | 18.น.ส.นฤพร คำนวน |
| 19.นายณรงค์ศักดิ์ บุญสะอาด | 20.น.ส.ศิริธัญญา ละดาดก | 21.น.ส.เพ็ญพักตร์ ปักษาพันธ์ |
| 22.น.ส.อรรธรวดี ศรีสวัสดิ์ | | |

ข้อมูลการติดต่อประสานงาน

ผู้ประสานงาน น.ส.กัลยาณี ธนาพร กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
หมายเลขโทรศัพท์ 095-6362549, e-mail : kul_thana@hotmail.com