โรงพยาบาลมหาสารคาม

**วิธีปฏิบัติ**

**Work Instruction**

# **ชื่อเอกสาร : วิธีปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยนอก**

**(Document Title)**

**เลขที่เอกสาร : MKH-WI-NUR-OPD-001 การให้บริการผู้ป่วยนอก**

**(Document No.)**

**ฉบับที่ : A**

**(Issue)**

**แก้ไขครั้งที่ : 00**

**(Revision No.)**

**สำเนาฉบับที่ : 00**

**(Copy No.)**

**วันที่บังคับใช้ครั้งแรก : วัน /เดือน/ ปี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ชื่อ-สกุล**  **(Name)** | **ลายมือชื่อ**  **(Signature)** | **วันที่ทบทวน**  **เอกสาร** |
| **ผู้จัดทำ**  **(Prepared By)** | **ชื่อ-สกุล..................................................**  **(หัวหน้างาน............................................)** |  |  |
| **ผู้ตรวจสอบ**  **(Checked By)** | **ชื่อ-สกุล..................................................**  **(หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล............................)** |  |  |
| **ผู้ตรวจสอบ**  **(Checked By)** | **นางจุลินทร ศรีโพนทัน**  **(รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ)** |  |  |
| **ผู้อนุมัติ**  **(Approved By)** | **นางวไลพร ปักเคระกา**  **(หัวหน้าพยาบาล)** |  |  |

**สารบัญ**

**เรื่อง หน้า**

1. วัตถุประสงค์ 1

2. ขอบข่าย 1 3. คำจำกัดความ 1

4. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ 1

5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน 1

6. ข้อควรระวัง

7. เอกสารอ้างอิง 1

8. เอกสารแนบท้าย 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประวัติการแก้ไขเอกสาร** | | | |
| **ฉบับที่** | **แก้ไขครั้งที่** | **วันที่บังคับใช้** | **รายละเอียดการแก้ไข** |
| A | 00 |  | ประกาศใช้วิธีปฏิบัติ.**การให้บริการผู้ป่วยนอก** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**1. วัตถุประสงค์**

1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการให้การบริการผู้ป่วยนอกก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจการรักษา

1.2 เพื่อให้การปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน

1.3 เพื่อประเมินผู้รับบริการและจัดลำดับความเร่งด่วนในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก

1.4 เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ

**2. กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขต**

ผู้รับบริการทุกรายที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

**3. คำจำกัดความ**

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก หมายถึง การบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้มีสุขภาพดีและผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ ให้การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังการตรวจรักษา ให้การดูแลรักษาพยาบาลช่วยเหลือ ปฐมพยาบาลเบื้องต้นในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน บริการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเองตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ

**4. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้**

4.1 แบบฟอร์มการซักประวัติ

4.2 เครื่องวัดความดันโลหิต

4.3 ปรอทวัดไข้

4.4 เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

4.5 เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว

4.6 เครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง

**5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน**

5.1 การปฏิบัติการพยาบาล

**การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา**

แนวทางปฏิบัติ

1. จุดคัดกรอง

1.1 ประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย แยกเป็น 5 ประเภท ตาม Moph Triage คือ ประเภทฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง) ประเภทฉุกเฉิน (สีชมพู) ประเภทปานกลาง(สีเหลือง)ประเภทเล็กน้อย(สีเขียว) และประเภทไม่เร่งด่วน(สีเ)

1.2 คัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ ออกจากผู้รับบริการทั่วไป สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น Mask พร้อมแยกผู้รับบริการไปยังจุดแยกผู้ป่วย IC ตามมาตรฐานบริการผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ

1.3 จัดส่งผู้รับบริการตามการคัดแยกประเภท ดังนี้

- ประเภทฉุกเฉินส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

- ประเภทเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ส่งห้องตรวจให้ถูกต้องตามอาการเจ็บป่วยและจัดลำดับการรักษา หรือการดูแลผู้รับบริการตามความรุนแรง เร่งด่วน และให้ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามปัญหาความเจ็บป่วย

1. ซักประวัติ อาการและอาการแสดงของผู้รับบริการของแต่ละห้องตรวจ
   1. อาการความผิดปกติ ปัญหาความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้รับบริการที่มาพบแพทย์
   2. ความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด
   3. ประวัติคัดกรองเสี่ยงวัณโรค
   4. ประวัติโรคประจำตัว/การแพ้ยา

2.5 ประวัติอื่นๆ เช่น ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ ประวัติประจำเดือน การผ่าตัด การรับวัคซีนในเด็ก ประวัติการรักษาก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัด ฯลฯ

กรณีซักประวัติพบว่าผู้รับบริการมารับการตรวจผิดห้องตรวจโรค ให้คำแนะนำผู้ป่วยและประสานงานกับห้องตรวจที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาให้ถูกต้อง

3. วัดสัญญาณชีพ หลังนั่งพัก 10-15 นาที กรณีสัญญาณชีพผิดปกติ ตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน ให้รีบรายงานพยาบาลทราบทันที เพื่อทำการประเมินซ้ำและพิจารณาจัดความเร่งด่วน รวมทั้งรายงานให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทราบในกรณีผู้รับบริการมีอาการเร่งด่วน หรือมีอาการฉุกเฉินกรณีความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยพัก 15 นาที จึงวัดซ้ำ

4. ประเมินอาการ ความต้องการ และสัญญาณชีพ

4.1 ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับอาการที่ได้จากข้อมูลการซักประวัติ

4.2 ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการรอรับการตรวจรักษา เช่น การพลัดตกหกล้ม และให้การดูแล เพื่อป้องกันความเสี่ยง

4.2 ประเมินความไม่สุขสบาย เช่น การคลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด (ประเมิน Pain Score) อาการวิงเวียน ฯลฯ เพื่อให้การดูแล

5. การจัดลำดับความเร่งด่วน ตามแนวทางการคัดกรองแยกประเภทเร่งด่วน ดังต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| อาการ | ลำดับความเร่งด่วน | |
| อาการเร่งด่วน(ตรวจที่ห้องตรวจโรค) | อาการฉุกเฉิน(ส่ง ER) |
| 1. ไข้ | 1-28 วัน T ≤ 38 °c   * 1. เดือน T ≤ 38 °c   3 เดือน - 3ปี T ≤ 39 °c  ผู้ใหญ่ T< 40 °c | 1-28 วัน T > 38 °c  1-3 เดือน T > 38 °c  3 เดือน-3 ปี T > 39 °c  ผู้ใหญ่ T ≥ 40 °c |
| 2. ความดันโลหิต | Systolic BP  >80 - <100  >160 - <180 | Systolic BP  ≥180 หรือ ≤80 |
| 3. หายใจหอบ  HR | หายใจลำบากหายใจหอบ  HR RR  < 3 เดือน > 160 - < 180>40 - <50  3 เดือน –3 ปี > 140 - < 160>30 - <40 | หอบรุนแรง ซี่โครงบุ๋ม  หายใจหน้าอกบุ๋ม จมูกบาน  HR RR  อายุ < 3 เดือน >180 >50 |
|  | 3 ปี – 8 ปี > 120 - < 140 >20 - <30  >8 ปี > 100 - < 120>20 - <30  หมายเหตุ O2 sat > 92 - ≤ 96% | 3เดือน-3ปี >160 >40  3ปี < 8 ปี >140 >30  > 8 ปี >100 >20  หมายเหตุ O2 sat ≤92% |
| 4. แน่นหน้าอก | แน่นหน้าอก | -เจ็บแน่นหน้าอกสงสัย MI  -จุกแน่นหน้าอก  -ร้าวไปไหล่  -เหงื่อออก ใจสั่น |
| 5. ภาวะเลือดออก | -มีภาวะเลือดออกผิดปกติและสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง | -อาเจียน ไอ เป็นเลือดสด มีภาวะ  Hypotension  -อุจจาระเป็นเลือดร่วมกับมีภาวะ  Hypotension |
| 6. ปวด | ปวดระดับปานกลาง Pain Score 4-6 คะแนน | -ปวดระดับรุนแรง  Pain Score ≥7-10 คะแนน  -ปวดร่วมกับมีภาวะHypotension |
| อาการ | ลำดับความเร่งด่วน | |
| อาการเร่งด่วน(ตรวจที่ห้องตรวจโรค) | อาการฉุกเฉิน(ส่ง ER) |
| 7. ระดับน้ำตาล | DM มีภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia Bl.Sugar ,DTX < 70 หรือ >350 | Hypoglycemia & Coma  Hyperglycemia & Coma |
| 8. ท้องเสียคลื่นไส้ อาเจียน | **เด็ก**  -ถ่ายเป็นน้ำ > 5ครั้ง/24 ชั่วโมง  -อาเจียน > 3ครั้ง/24 ชั่วโมง  -อาเจียนพุ่ง  -มีภาวะ Mild Moderate Dehydration  **ผู้ใหญ่**  -อุจจาระเหลว/เป็นน้ำ ปวดท้อง เหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพปกติ | **เด็ก**  -ถ่ายเหลวระดับ Moderate ขึ้นไป  -ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ >10 ครั้ง/24ชั่วโมง  -มีภาวะ Moderate severe Dehydration  **ผู้ใหญ่**  -อุจจาระเป็นน้ำ >10 ครั้ง/24 |
| อาการ | ลำดับความเร่งด่วน |  |
|  | อาการเร่งด่วน(ตรวจที่ห้องตรวจโรค) | อาการฉุกเฉิน(ส่ง ER) |
| 9. อื่นๆ | **-**เด็ก  -ร้องกวนตลอดเวลา  -ซึม อ่อนเพลีย ซีดมาก ตัวเขียว ตัวลาย  -มีผื่นแพ้ทั่วตัว  -อายุ ≤ 7 วัน มีภาวะตัวเหลืองเสี่ยงต่อ | -แพ้รุนแรง anaphylaxis  -ชัก  -ช็อค |
|  | Hyperbilirubin  -ชักมาจากบ้านภายใน 24 ชั่วโมง  -เหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะ  -ปัสสาวะไม่ออก/ออกกะปริบกะปรอย ไม่มี Bladder full  -ปัสสาวะปนเลือด | -ปัสสาวะไม่ออก มี Bladder full |

6. บันทึกการคัดกรองลงเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พร้อมลงชื่อพยาบาลคัดกรอง โดยแยกเป็น 3 ประเภท

6.1 ประเภทฉุกเฉิน สีแดง

6.2 ประเภทเร่งด่วน สีเหลือง

6.3 ประเภทไม่เร่งด่วน สีเขียว

7. ให้ข้อมูล/ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วย

7.1 มีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องส่งต่อไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

7.2 ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ห้องตรวจโรค/หน่วยงานอื่น

7.3 มีความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

8. การบันทึก

8.1 การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

8.2 การให้ความรู้และการประเมินผลความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัว

8.3 การส่งต่อหรือรับไว้ในโรงพยาบาล

8.4 บันทึกชื่อพยาบาลผู้ให้การพยาบาล

**การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา**

แนวทางปฏิบัติ

1. ดูแลให้ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับการจัดเข้าตรวจ

1.1 ประเภทฉุกเฉิน

- ส่งรับการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที โดยประสานงานกับพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วยและจัดบุคลากรพยาบาลส่งผู้ป่วยตามความเหมาะสม

1.2 ประเภทเร่งด่วน

- แยกผู้รับบริการประเภทเร่งด่วนออกจากผู้ป่วยทั่วไป จัดให้อยู่ในบริเวณใกล้กับพยาบาล

- วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที

- ให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลโรค/กลุ่มอาการต่างๆ

- รายงานข้อมูลอาการผิดปกติ/ภาวะเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง และพบแพทย์ทันที อย่างช้าไม่เกิน 30 นาที โดยต้องมีการประเมินอาการซ้ำทุก 30 นาที บันทึกการประเมินซ้ำในเวชระเบียน

1.3 ประเภทไม่เร่งด่วน

- จัดลำดับเข้ารับการตรวจรักษาในห้องตรวจโรคตามลำดับการตรวจ

2. ระบุความถูกต้องของบุคคล

2.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้รับบริการตรงกับเอกสาร โดยการถามชื่อ สกุลของผู้รับบริการทุกครั้งที่ให้บริการ

2.2 กรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการมีปัญหาการรับรู้ทางสายตา หูพิการ และผู้ป่วยเด็กให้มีการทวนซ้ำจากญาติและครอบครัวจนมั่นใจว่าถูกต้อง

3. จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการตรวจรักษา

4. เตรียมความพร้อมของผู้รับบริการในการเข้ารับการตรวจ คำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล โดยดำเนินการดังนี้

4.1 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้รับบริการในการเข้ารับการตรวจ

4.2 กรณีตรวจพิเศษต่างๆปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

- อธิบายเป้าหมายและขั้นตอนการตรวจรักษาให้กระจ่างและชัดเจนคำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล

- จัดท่าให้ผู้รับบริการอย่างเหมาะสมตามกรณีการตรวจพิเศษชนิดต่างๆคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยร่างกายบริเวณร่างกายบริเวณมิดชิดอย่างเหมาะสม

5. เฝ้าระวังช่วยเหลือผู้รับบริการในขณะตรวจรักษา

5.1 ประเมินอาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามขอบเขตที่กำหนดเพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

5.2 แยกผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงออกจากผู้ป่วยทั่วไป จัดให้อยู่ในบริเวณใกล้กับพยาบาล

5.3 เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ โดยใช้ Early Waning Sings (EWS)

5.4 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการการพยาบาล เช่น เช็ดตัวลดไข้ ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

6. ประเมินอาการซ้ำในระหว่างรอรับการตรวจในผู้ป่วยที่ตรวจ

6.1 ระดับอาการไม่เร่งด่วน แต่อาจมีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นระดับเร่งด่วน

6.2 หลังให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วย

7. รายงานข้อมูลอาการผิดปกติ/ภาวะเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง และพบแพทย์ทันที อย่างช้าไม่เกิน 30 นาที

8. บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดง ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/แบบฟอร์มที่กำหนด

9. กรณีมีการเก็บสิ่งส่งตรวจให้เก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆที่เกี่ยวข้องด้วยความระมัดระวัง มีการระบุข้อความถูกต้องของตัวบุคคลให้ตรงกับผู้รับบริการก่อนส่งตรวจ

10. จัดเตรียมและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องภายหลังการตรวจเพื่อใช้ในบริการในขั้นตอนของการตรวจรักษาหรือหน่วยงานอื่นๆต่อไป

11. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัว ได้ซักถามประเด็นสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง และเรื่องที่เกี่ยวข้อง

**การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา**

แนวทางปฏิบัติ

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลให้ตรงเอกสารเช่น คำสั่งการรักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่างๆ เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน/การส่งต่อการบริการสุขภาพขั้นต่อไป

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็นและขั้นตอนของการบริการรักษา ดังนี้

2.1 กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนส่งไปยังหอผู้ป่วย ประสานงานกับหอผู้ป่วยในรายที่จำเป็น

2.2 กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ อธิบายขั้นตอนการรับบริการ

2.3 กรณีผู้ป่วยนัดตรวจซ้ำ แจ้งกำหนดนัดตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ให้คำแนะนำ และออกใบนัดในครั้งต่อไป

3. ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ/โรค ของผู้ป่วย

4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด ในกรณีดังนี้

4.1 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4.2 การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น

4.3 การส่งต่อไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

5. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลลงในคอมพิวเตอร์/แบบฟอร์มที่กำหนดไว้

**6. เอกสารอ้างอิง**

10.1 มาตรฐานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก. สืบค้นจาก:<http://203.157.162.13/~benya/Data/QA/M2.pdf>. (20 เมษายน 2562)

10.2 การคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สืบค้นจาก: [http://www.nurse.pmk.ac.th/images/stories/datan/WND-037.pdf (20](http://www.nurse.pmk.ac.th/images/stories/datan/WND-037.pdf%20(20) เมษายน 2564)

**7. เอกสารแนบท้าย**

แผนผังกระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก

|  |
| --- |
| เข้าพบแพทย์ตรวจรักษาและประเมินอาการ  เจาะเลือด/ตรวจรังสีวินิจฉัย  ศูนย์ Refer  ส่งรักษาคลินิกอื่น  เข้าตึกผู้ป่วยในรับไว้รักษา  พบแพทย์ภายใน 30 นาที  รอผลตรวจ  แพทย์วินิจฉัยและรักษา  ไม่รอตรวจ  พบพยาบาลให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ และการตรวจครั้งต่อไป  ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาและคิดราคายา  คัดกรอง  ยื่นบัตรและตรวจสอบสิทธิที่ห้องบัตร  ฉุกเฉิน  ไม่ฉุกเฉิน    มีนัดเจาะเลือด x-ray  ไม่รับเป็นผู้ป่วยใน  ยื่นใบนัดและลงในคอมพิวเตอร์  รับบัตรคิวและรอหน้าห้องตรวจ  ไม่เร่งด่วน  ฉุกเฉิน  ประเมินอาการเบื้องต้น  ผู้ป่วยนัด  วัด V/S และซักประวัติที่ห้องตรวจต่างๆ |

|  |
| --- |
| การเขียนแผนผังของกระบวนการมีสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อแสดงถึงกิจกรรมที่ดำเนินการ ทิศทางของการปฏิบัติ การตัดสินใจ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรายงานเอกสารต่างๆ ซึ่งมีคำอธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้ดังต่อไปนี้    ทิศทางการนำเข้า ส่งออกของเอกสาร รายงาน ฐานข้อมูล  ที่อาจเกิดขึ้น  ทิศทาง การเคลื่อนไหวของงาน  การตัดสินใจ (Decision)  กิจกรรมและการปฏิบัติงาน  จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการ |