CASE MEDICAL RECORD AUDIT

การตรวจสอบเวชระเบียนปี 2562

พ.ญ. นิภาพร อรุณวรากรณ์

Case ผู้ป่วยนอก

case ผู้ป่วยนอก 1

HN 02[redacted]

ชื่อ น.ส.ส[redacted]

สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต

แพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

ใบตรวจรักษา OPD วันที่ 11 พฤษภาคม 2560

อายุ 48 ปี 8 เดือน CID 3180100487011

เลขที่สิทธิ 8[redacted]

โรคประจำตัว

วิธีการมา เดินมา

ห้องตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไป

Refer จาก

T. 36.5 C. P. 104 /min. RR 20 /min. BP. 121 / 69 mmHg FBS0

BW. 52 Kgs ส่วนสูง 155 BMI. 21.644

CC. 08.55 น., ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน, PE.

ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธ trauma

HPI. ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน,
ยังไม่ได้ตรวจรักษาที่ไหน บันทึกโดย
ซักประวัติโดยพว. สุจินาถรย์

- pain around patella
- crepitation on motion
- adhesion quadriceps m. muscle

☐ Non emergency ☐ Emergency

☑ รายเดิมมีนัดตรวจ ☐ รายเดิมไม่มีนัด ☑ รายใหม่

GA

HEENT	☑ N	☐ A
HEART	☑ N	☐ A
LUNG	☑ N	☐ A
Ab	☑ N	☐ A
Ext	☑ N	☐ A
Neuro	☑ N	☐ A

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

☐ นั่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา BP. /

☐ สั่ง Tepid sponge เวลา T.

☐ ให้ยา เวลา ☐ อื่นๆ

Visit Plan : F/U .....

การวินิจฉัย Diag_text

M179: Gonarthrosis, unspecified (PDx)

รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	N
1. ค่าร่วมจ่าย 30 บาท	# 1	30	
2. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	# 1	50	
3. DICLOFENAC TAB. 25 MG. เม็ด 13pt(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	0.5	
4. RANITIDINE TAB. 150 MG. เม็ด 12at (1 เม็ด * 2 AC)	# 20	1	
5. ORPHENADRINE+PARACETAMOL(NorGeSic) 35+450 MG เม็ด 13pt(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	1	

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา

ให้คำแนะนำ ☐ การใช้ยา ☑ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☐ การรับประทานอาหาร

☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☑ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แพทย์ผู้สั่ง นพ.ชั[redacted]

สปสช.

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

case ผู้ป่วยนอก 2

HN 0[redacted]

ชื่อ นาง[redacted]

สิทธิการรักษา เบิกต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง

แพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

ใบตรวจรักษา OPD วันที่ 13 พฤศจิกายน 2561

อายุ 75 ปี 4 เดือน [redacted]9886 วิธีการมา เดินมา

เลขที่สิทธิ[redacted] ห้องตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไป

โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดัน HT,IHD,DM,DLP,ตีบ CABG

T. 37.5 C. P. 97 /min. RR 20 /min. BP. 166 / 60 mmHg FBS0

BW. 53 Kgs ส่วนสูง 160 BMI. 20.703

CC. 14.30น. ไอมีเสมหะ มา 1 เดือน, เหนื่อยง่าย ใจสั่น

PE.

HPI. ไอ มา 1 เดือน
ยังไม่ได้รักษาที่ไหน ซื้อยากินเอง ไม่ทุเลา
ซักประวัติ โดย ตรินธร

☐ Non emergency ☐ Emergency

☐ รายเดิมมีนัดตรวจ ☐ รายเดิมไม่มีนัด ☐ รายใหม่

GA

HEENT	☐ N	☑ A
HEART	☐ N	☐ A
LUNG	☐ N	☐ A
Ab	☐ N	☐ A
Ext	☐ N	☐ A
Neuro	☐ N	☐ A

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

☐ นั่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา BP.

☐ สั่ง Tepid sponge เวลา T.

☐ ให้ยา เวลา ☐ อื่น

Visit Plan : F/U .....

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา

ให้คำแนะนำ ☐ การใช้ยา ☐ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☐ การรับประทานอาหาร
☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การวินิจฉัย Diag_text Acute Bronchitis

รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	N
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ	# 1	50	
2. AZiThroMyCin (ATOZIN) CAP. 250 mg. แก็บซูล 21at ช(2 เม็ด* 1 AC)	# 6	14.5	
3. AMOXICILLIN+CLAVULANATE (AMOXICLAV) 1000 MG. เม็ด 12ptq12	# 10	10	
4. GLYCERYL GUAIACOLATE tab(GLYCOLATE) 100 mg. เม็ด 13pt(1 เม็ด * 3 PC)	# 20	0.5	
5. LORATADINE TAB 10 mg. เม็ด 11pt ช (1 เม็ดODเช้า)	# 10	1	
6. (500MG)PARACETAMOL TAB. 500 MG. เม็ด 1prt prn (1 เม็ด pro)	# 20	1	

แพทย์ผู้สั่ง พญ.นิ[redacted]

สปสช.

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

case ผู้ป่วยนอก 3 (1)

HN 0114566 ใบตรวจรักษา OPD วันที่ 12 ตุลาคม 2560

ชื่อ นางบุ[illegible] อายุ 74 ปี 3 เดือน CID 3[illegible] วิธีการมา เดินมา

สิทธิการรักษา [illegible] เลขที่สิทธิ ห้องตรวจ เบาหวาน

แพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา โรคประจำตัว โรคเบาหวาน,โรคความดัน HT,IHD,DM,DLP ผ่าตัด CABG

T. 36.5 C. P. 94 /min. RR 18 /min. BP. 106 / 51 mmHg FBS0

BW. 52 Kgs ส่วนสูง 160 BMI. 20.312

CC.08.20น.เหนื่อยง่าย ,ไม่มีอาการมึนงง หน้ามืด ใจสั่น

HPI. มาตามนัด ไม่มีอาการมึนงง หน้ามืด ใจสั่น
ซักประวัติโดย พว. รุ่งทิพย์ DM2, IHD, HT, CKD 2

PE.

☑ Non emergency ☐ Emergency

☐ รายเดิมมีนัดตรวจ ☐ รายเดิมไม่มีนัด ☐ รายใหม่

GA

HEENT	☑ N	☐ A
HEART	☑ N	☐ A
LUNG	☑ N	☐ A
Ab	☐ N	☐ A
Ext	☑ N	☐ A
Neuro	☐ N	☐ A

FBS 160 Hb A1C 7.2

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

☐ นั่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา BP. /

☐ สั่ง Tepid sponge เวลา T.

☐ ให้ยา เวลา ☐ อื่นๆ

Visit Plan : F/U .....

การวินิจฉัย Diag_text – Hyperlipidemia – DM2 – IHD – CKD stage 2

รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	N
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	# 1	50	
2. Glucose	# 1	40	
3. Hb A1C	# 1	150	

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา

ให้คำแนะนำ ☐ การใช้ยา ☑ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☐ การรับประทานอาหาร

☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แพทย์ผู้สั่ง พญ.นิ[illegible]

case ผู้ป่วยนอก 3 (2)

HN 01[redacted] ใบตรวจรักษา OPD วันที่ 19 มกราคม 2561

ชื่อ นางบุ[redacted] อายุ 74 ปี 6 เดือน CID [redacted] วิธีการมา เดินมา

สิทธิการรักษา [redacted]) เลขที่สิทธิ ห้องตรวจ เบาหวาน

แพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา โรคประจำตัว โรคเบาหวาน,โรคความดัน HT,IHD,DM,DLP ทำ CABG

T. 36.5 C. P. 76 /min. RR 20 /min. BP. 139 / 56 mmHg FBS0

BW. 51 Kgs ส่วนสูง 160 BMI. 19.922

CC.08.20น.ไม่มีอาการมึนงง หน้ามืด ใจสั่น PE.

HPI. มาตามนัด ไม่มีอาการมึนงง หน้ามืด ใจสั่น

ซักประวัติโดย พว. รุ่งทิพย์

Case DMHe, HT CVA CDVD)

Some AS SIP AVR

CABG XII

☐ Non emergency ☐ Emergency

☐ รายเดิมมีนัดตรวจ ☐ รายเดิมไม่มีนัด ☐ รายใหม่

GA

HEENT	☑ N	☐ A
HEART	☑ N	☐ A
LUNG	☑ N	☐ A
Ab	☑ N	☐ A
Ext	☑ N	☐ A
Neuro	☐ N	☐ A

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

☐ นั่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา

☐ สั่ง Tepid sponge เวลา

☐ ให้ยา

BP.

T.

เวลา ☐ อื่นๆ

F/U

Visit Plan :

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา

ให้คำแนะนำ ☐ การใช้ยา ☑ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☐ การรับประทานอาหาร

☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การวินิจฉัย Diag_text DMHe

รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	N
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	# 1	50	
2. Urine Analysis	# 1	50	
3. Hb A1C	# 1	150	
4. Urine Microalbumin	# 1	270	
5. Glucose	# 1	40	
6. Creatinine	# 1	50	
7. Lipid profile (Cholesterol,HDL-chol,LDL-chol,TG)	# 1	200	
8. Urine Creatinine	# 1	50	
9. DiMenHyDriNate (DraMaMine)tab. 50 MG. เม็ด 12p	# 20	0.5	
10. BETAHISTINE 6 MG. เม็ด 13pi(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	1	
11. (500MG)PARACETAMOL TAB. 500 MG. เม็ด 1prt pcm (1 เม็ด pm)	# 20	0.5	

แพทย์ผู้สั่ง พญ.นิ[redacted]

สปสช.

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

case ผู้ป่วยนอก 4

นาย าศรี

HN (อายุ 57 ปี 5 เดือน

บบบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วย Note)

IW/OPD-08

อายุ ปี เลขที่ทั่วไป

Operative Date 16 พ.ย. 2561 Start time 9.05 Ended time 9.25

Surgeon Assistant – Surgical nurse

Pre-operative diagnosis Neck Mass

Post-operative diagnosis

Operative technique Excision Bx

Description of operation

Position ☑ Supine ☐ Prone ☐ Rt.lateral ☐ Lt.lateral ☐ Lithotomy

Finding multiple LN.

Procedure under LA Excision under

Pathology ☐ ไม่ส่ง ☑ ส่ง specimen of

Wound type ☑ I clean ☐ II clean contaminate ☐ III contaminate ☐ IV dirty

Estimate blood loss ☐ no ☑ ml.

Home medication :

Anesthetic Note

BW 65 Kgs. height 170 cms. BMI kg/m²

โรคประจำตัว ปฏิเสธ

Allergy ปฏิเสธ

Physical status

Anesthesia LA ± MAC

Anesthetic agent 1% xylocaine adrenaline

Monitor ☑ NIBP ☑ SpO_2 ☐ EKG

Vital sings	ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
BP.(mmHg.)	133/77		
PR./HR.(time/min.)	80		
%SpO_2	99		

Complication ☑ no ☐ yes

Remark:

ลายมือวิสัญญี

ปรับปรุงครั้งที่ 3 ส.ค. 55

นัดฟังผลชิ้นเนื้อ/นัดตรวจ วันที่ 28 พ.ย. 61 ห้องตรวจ ENT ลายมือแพทย์

สปสช.

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

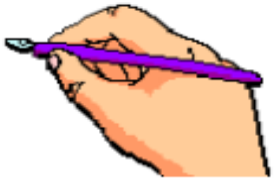
คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

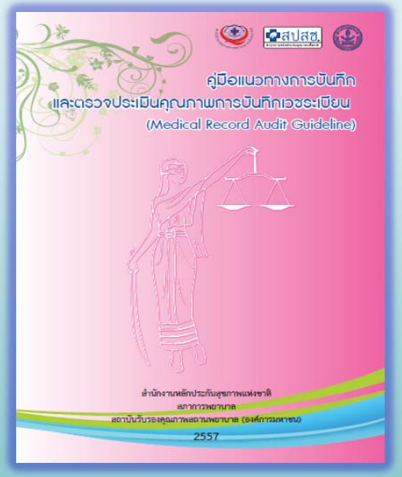
Golden Rule…

"If it's not documented by the physician, it didn't happen"



In Compliance and in Coding, there is no deviation from this principle. We can't code it if it isn't documented, then we can't bill for it.

แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน



พ.ญ. นิภาพร อรุณวรากรณ์

Case 1 ผู้ป่วยใน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั[redacted]ร

IN – PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER 610019639
2. ID. NO. 1-1[redacted]-90-7
3. HOSPITAL NUMBER 0079857

4. PATIENT'S NAME AND ADDRESS: น.ส.เกศ[redacted]
30 หมู่ ต.บ้านกล้วย อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท โทร. 090-745-5835

5. MARITAL STATUS โสด
6. SEX หญิง
7. ETHNIC GROUP ไทย
9. OCCUPATION รับจ้าง
8. SERIAL NUMBER OF ADMISSION (1st, 2nd, 3rd, ect.....)

10. PERSON TO BE NOTIFIED นายชล[redacted] <คู่สมรส>
30 หมู่ ต.บ้านกล้วย อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท โทร.094-494-7731

11. DATE OF BIRTH 10/02/2538
12. AGE AT ADMISSION 23 | 9 | 2 (INFANT ONLY)
13. BIRTHWEIGHT (GRAMS)

14. INSURE
ผู้[redacted]
เลขที่สิทธิ์ 1-1899-00200-90-7
หลัก 10694 โรงพยาบาล[redacted]
รอง 10694 โรงพยาบาล[redacted]

15. DATE OF ADMISSION 12 พฤศจิกายน 2561 13:20:00
DISCHARGE 15 พฤศจิกายน 2561 10.30น
18. DEPARTMENT นรีเวชกรรม
19. WARD นรีเวช
20. LENGTH OF STAY 3 DAYS
21. TOTAL LEAVE DAY 4 DAYS

17. CONDITION OF CHILD AT BIRTH [ ] LIVEBORN [ ] STILLBORN
[ ] CLINICALLY MATURE
[ ] CLINICALLY PREMATURE

22. DIAGNOSIS

(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น — รหัสโรค
Ectopic pregnancy at right fimbriae.

(2) PRE-ADMISSION COMORBIDITY (S)
Asthma

(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)

(4) OTHER DIAGNOSIS

(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY

23. OPERATION

OPERATING ROOM PROCEDURE (การผ่าตัด) หัตถการหลักเพื่อรักษาโรค	DATE	TIME IN	TIME OUT	รหัสผ่าตัด
1. Excision tissue from right fimbriae	12/11/61	15.31	15.50	•
2.				
3.				
4.				

24. NON-OPERATING ROOM PROCEDURE
( ) MECHANICAL VENTILATOR ( ) <96 hrs. or ( ) >96 hrs.
( ) CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ( ) DEFIBRILLATION
( ) ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPE ( ) WITH BIOPSY
( ) TRACHEOSTOMY ( ) CHEMOTHERAPY ( ) HEMODIALYSIS

25. SPECIAL INVESTIGATIONS
( ) BLOOD TRANSFUSION จะบุชนิด..... ( )
( ) ULTRASOUND จะบุชนิด..... ( )
( ) COMPUTERIZED TOMOGRAPHY จะบุชนิด..... ( )
( ) PHYSICAL THERAPY จะบุชนิด..... ( )

26. DISCHARGE STATUS
1. COMPLETE RECOVERED
2. IMPROVED
3. NOT IMPROVED
4. DELIVERED
5. UNDELIVERED
6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER
7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY
8. STILLBIRTH
9. DEAD

27. DISCHARGE TYPE
1. WITH APPROVAL
2. AGAINST ADVICE
3. ESCAPE
4. BY TRANSFER [ ] รักษาต่อ ร.พ. [ ] ส่งกลับ ร.พ.
5. OTHER
8. DEAD, AUTOPSY
9. DEAD, NO AUTOPSY

ศก R.W
By CODER

ATTENDING PHYSICIAN (พญ.คริษฐา ศุภปิติตรมร) APPROVED (วรท.ศิ[redacted]) AUDITOR ( )

ถ่ายเอกสาร : น.ส. พิชชพร หนูประเสริฐ

หมายเหตุ: งดคำย่อ คำกำกวม และเขียนอ่านง่ายในการสรุปเวชระเบียน

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

หนังสือรับทราบข้อมูลและแสดงเจตนารับการรักษาพยาบาล

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว [illegible] อายุ 23 ปี
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ บัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ บริษัท เลขที่ 1-1899 00100 90 7
สังกัด [illegible] ในฐานะเป็น ☑ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ในฐานะ ..... ของผู้ป่วย ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และได้พิจารณาโดยละเอียดที่ถ้วนเป็นที่เข้าใจแล้ว ดังนี้ว่า
ข้าพเจ้า / ผู้ป่วย มีอาการ [illegible]
ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า [illegible]
จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวใน รพ. เพื่อ ☐ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม/ตรวจพิเศษ ☑ ทำหัตถการ/ผ่าตัด ☑ บรรเทา/รักษาอาการของโรค ☐ อื่น ๆ .....
แนวทางการรักษา ☑ ให้สารน้ำ ☑ ใช้ยา ☑ เตรียมผ่าตัด ☑ ดูแลและสังเกตอาการหลังผ่าตัด ☐ ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ☐ อื่น ๆ .....
อาจต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการนอน รพ. นานขึ้น
ข้อดี คือ ทราบสาเหตุ และกำจัดสาเหตุของโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว [illegible]
ซึ่งถ้าไม่ได้เข้ารับการรักษาใน รพ. แล้วอาจจะทำให้เกิดผลเสีย คือ [illegible]
ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น ☐ ติดเชื้อในโรงพยาบาล ☐ แพ้ยา ☐ แพ้เลือด ☐ อื่น ๆ .....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล มีความเข้าใจชัดเจนดีแล้ว จึงขอแสดงความประสงค์

☑ **ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึงการผ่าตัด/และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง ยินยอมให้ส่งตัวไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพของ ☑ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ได้ตลอดจนเสร็จการรักษา ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้ถือหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตลอดระยะเวลาที่ ☑ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรทุกประการ

☐ **ไม่ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้ง บุคลากรของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึง การผ่าตัด/และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเกิดผลเสียหายต่อชีวิต และสุขภาพของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย จากผลของการไม่ยินยอมรับการรักษาดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์	ผู้รับข้อมูลทางการแพทย์
ลงชื่อ ..... (พว.[illegible] กมุทยาสโรจน์) ตำแหน่ง	ลงชื่อ เกส[illegible]ยน ( ) ☑ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย
ลงชื่อ ..... พยานของสถานพยาบาล (พว.ธั[illegible]ใจม่วง) ตำแหน่ง	ลงชื่อ [illegible] พยาน (ญาติ) ( ) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มารดา

หมายเหตุ : ☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ☐ มีญาติมาคนเดียว วันที่ 2 / พ.ค. / 61 เวลา 1405 น.

ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ในการเซ็น Consent form คือ (๑) ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (ผู้บรรลุนิติภาวะ หมายถึง ผู้มีอายุครบยี่สิบปีบริบูรณ์ หรือ ผู้ที่มีอายุ ๑๗ ปี ซึ่งทำการสมรสโดยความยินยอมของบิดามารดา หรือ ผู้มีอายุ ๑๕ ปี ที่สมรสโดยการอนุญาตของศาล) (๒) สามีหรือภริยาตามกฎหมายและฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (๓) บิดามารดา กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (๔) ผู้อนุบาลที่ศาลแต่งตั้งกรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ (๕) ผู้พิทักษ์ที่ศาลแต่งตั้ง กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

FM-CHN-IM-004

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชัย

หนังสือแสดงเจตนารับการผ่าตัด/หัตถการ

น.ส. ... HN00[redacted]0196639 ... แผนก ... แพทย์ ...

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ก รันดอน อายุ 13 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1189900200907
ในฐานะเป็น ☑ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ ..... ของผู้ป่วย ชื่อ .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการตรวจรักษาโดยการผ่าตัด การระงับความรู้สึก/การใช้ยาชายาสลบ/การฉีดสารทึบรังสี และ/หรือหัตถการอื่นๆ รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น และทางเลือกดังนี้

1. การผ่าตัด/หัตถการที่จะได้รับ ...
2. เหตุผลและความจำเป็น ...
3. ทางเลือก ...
4. ข้อดี/การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด/หัตถการ ...
5. เวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด/หัตถการประมาณ 30 นาที
6. ความเสี่ยงของผู้ป่วย .....

ก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ : ☑ มีโรคประจำตัว ... ☐ สูงอายุ ☐ มีภาวะซีด ☐ สุขอนามัยไม่ดี ☐ การผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีต ☐ โรคจิต/ประสาท ☐ ไม่รู้สึกตัว/สับสน ☐ แพ้ยา/แพ้อาหาร ☐ ยาที่กินอยู่เช่นแอสไพริน/ยากันเลือดแข็งตัว/สเตรียรอยด์/NSAIDs ☐ ปัญหาในการดมยาสลบเช่นอ้วน/คอสั้น/อ้าปากไม่กว้าง

ขณะทำการผ่าตัด/หัตถการ: การให้ยาระงับความรู้สึก, การทำผ่าตัด/หัตถการ,การเสียเลือดมาก,อื่นๆ .....

หลังทำการผ่าตัด/หัตถการ: เกิดภาวะแทรกซ้อน,เสียเลือดมาก,การติดเชื้อเป็นหนอง,อื่นๆ .....

ผลการรักษา ผู้ป่วยอาจจะหายดีหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เกิดความพิการหรืออาจถึงเสียชีวิตได้จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งๆที่ได้มีการระมัดระวังอย่างที่สุด ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆและได้รับคำอธิบายเป็นที่เข้าใจชัดเจนดีแล้ว

☑ **ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการผ่าตัด/หัตถการ รวมถึงการตรวจรักษาพยาบาล และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิต และสุขภาพของ ☑ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย

☐ **ไม่ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการผ่าตัด/หัตถการ รวมถึงการตรวจรักษาพยาบาล และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเกิดผลเสียหายต่อชีวิตและสุขภาพของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย จากผลของการไม่ยินยอมรับการรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ ... (...) ☑ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย	ลงชื่อ ... (พว.อัญ[redacted]) ตำแหน่ง พว. [redacted] ผู้ให้ข้อมูล
ลงชื่อ ... พยานฝ่ายผู้ป่วย (...) ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภรรยา หมายเหตุ : ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยมาคนเดียว	ลงชื่อ ... พยานของสถานพยาบาล (...) ตำแหน่ง พว.อัญ[redacted]

วันที่ 12 / มค / 61 เวลา 12.05 น.

***หมายเหตุ (1) กรณีเป็นลายมือนิ้วมือ ระบุว่าเป็นของใครและนิ้วใด
(2) ถ้าผู้ป่วยมาคนเดียว ระบุ "ผู้ป่วยมาคนเดียว" ในช่องพยานฝ่ายผู้ป่วย
(3) กรณี ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย และมากับผู้ป่วย 2 คน ให้ระบุลงในหมายเหตุช่องพยานฝ่ายผู้ป่วย

FM-CHN-IM:004-1

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั

Admission Note (Hx&PE)

HN0079857 AN610019639

History	Physical Examination
รับใหม่จาก [ ] ER [ ] OPD	BP 115/69 mmHg. P 96 /min. RR 18 /min. T 37.5 c
ผู้ให้ประวัติ [ ] ผู้ป่วย [ ] ญาติ ระบุ..... [ ] ใบ Refer รพ.	B.W 48 Kgs. Height 164 cms. BMI - kg/m²
Chief Complaint	[ ] Sat O_2
ปวดท้องน้อยด้านขวาหลังคลอด 2 d.	General Appearance [✓] normal [ ] abnormal
Present illness, 2 d. PTA ปวดท้องน้อยด้านขวาหลังคลอด ปวดต่อเนื่อง RLQ ไม่มีไข้ ไม่อ่อน RLQ UPT (+), TVS: no intrauterine preg, free fluid in cul de sac (+)	Skin [✓] normal [ ] abnormal
Past illness [✓] No [ ] DM type..... [ ] HT [ ] Other	HEENT [✓] normal [ ] abnormal
Systemic reviews [✓] Normal [ ] Abnormal	Respiratory [✓] normal [ ] abnormal
Drug/agent allergy [✓] No [ ] Yes	Cardiovascular [✓] normal [ ] abnormal
Previous Medications [✓] No [ ] Yes	Abdomen [✓] normal [ ] abnormal
Previous Operation [✓] No [ ] Yes	Genitourinary [✓] normal [ ] abnormal
Personal history	Extremities [✓] normal [ ] abnormal
- Smoking [ ] No [ ] Yes, frequency	Nervous [✓] normal [ ] abnormal
- Drinking [ ] No [ ] Yes, frequency	Detail of abnormal part (s)
Family history [ ] Normal [ ] Abnormal	
Social History/อาชีพ	
For Female	
Menstruation [ ] Menopause [✓] LMP 17/10/61 = 8 days	
[ ] Normal [ ] Abnormal	
For Pediatric	
Immunization [ ] complete [ ] Incomplete	
Growth & development [ ] Normal [ ] Abnormal	

Provisional Diagnosis / Problem (s)	Plan of Management
G_2P_1 GA = 4 wk	[✓] Investigation
Ectopic pregnancy	[✓] Treatment
	แพทย์ ..... Date ..../..../....

FM-CHN-IM-005

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั

Order & Progress Note

นาย/น.
HN 6447694 อายุ 79 ปี

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
① G2P1 GA 5 4 wk from LMP R/O ectopic pregnancy	2/11/61	- Admit gyne - blood for CBC, BUN, Cr, E'lyte, coag - 0.9% NaCl 1000 ml @ drip rate 120 ml/hr - Hct stat := 39 - VIS lower abdomen - consult แพทย์ศัลยกรรม	2/11/61	- second VIS - NPO Med - none
	ชื่อ-สกุล HN.			
12/11/61 V/S BP 115/67, P86. SpO2 97% ปวด RLQ มีเลือดออกทางช่องคลอด soft, tender at RLQ e guarding e rebound # Rt. ectopic pregnancy P - Explor. lap ศูนย์ทับผ่าตัด, ญาติ (ตามี - แจ้ง) ว่ามีการผ่าตัดฉุกเฉินจากการตั้งครรภ์ นอกมดลูกต้องการผ่าตัด มีโอกาสเสียชีวิตจากความดันตก ยินยอม	12/11/61 14.05 14.20 ชื่อ-สกุล HN.	- set OR for Explor. lap. 15.00 - Anti-HIV. - GIM PRC 2 U ไป OR. - consult น.ศัลยศัลยกรรม - observe abd. sign. - record V/S keep BP ≥ 90/60 HR ≤ 120		

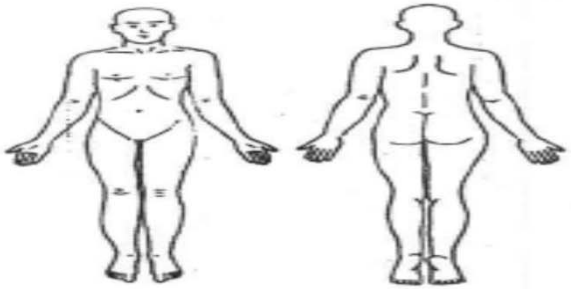
หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF ให้ชัดเจน ไม่ต้องขีดกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM-006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั

Order & Progress Note(Set OR)

HN0079857 AN10019639

DATE	PRE OPERATION ORDER	
วันที่เขียน 12 พ.ย. 65	1. วันที่ผ่าตัด 12 พ.ย. 65 เวลา 15.00 2. Diagnosis Ectopic pregnancy (Rt.) 3. Operation Explore lap. 4. Anesthesia GA 5. การเตรียมก่อนผ่าตัด - NPO 9.00 - G/M ~~RB~~ PRC 2 U - สิ่งที่ต้องเตรียมมาพร้อมกับผู้ป่วย - Retain 's Foley's cath - อื่นๆ - เครื่องมือที่ OR ต้องเตรียมเป็นพิเศษ - IV Fluid 0.9% NaCl 1000 ml @ 100 ml/hr - ยา Cefuzolin 2 g IV ก่อนผ่าตัด	BW = 48 Kgs ท่าเครื่องหมายตำแหน่งที่ผ่าตัด  ขวา ซ้าย ขวา แพทย์ผู้สั่ง Ex. Story

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั_____

Order & Progress Note สูติ-นรีเวช

ชื่อ-สกุล
กลุ่มงาน
น.พ./ว
HN 0079857
AN 610019639

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
	(Day O)	Post - op order for ..... exci - Routine post - op care - Record vital signs until stable - 5% D/NSS/2 1000 ml + ... sig. IV drip 120 ml / hr - Morphine 5 mg dilute IV stat ที่ OR and then q̄ 4 hr - Dimenhydrinate 50 mg (1 ml) IV pm for nausea/vomiting q̄ 4 hr	(Day O)	- NPO - Record I/O - Retain Foley's catheter
13 พ.ย.61 ไข้ ยังไม่ Ambulation - ปวดเจ็บแผล V/S stable ท้องแน่นนิ่ม. soft, not tender. Guarding. P - step diet - s/c หน้าท้อง 22 hr.	(Day 1) 13 พ.ย.61	- จิบน้ำ 12 ชั่วโมง หลังผ่าตัด - Liquid diet มื้อถัดไป (ถ้าไม่มีปัญหา) - Soft diet มื้อถัดไป (ถ้าไม่มีปัญหา) - IV หมด off - Off Foley's catheter พร้อม IV fluid - ค่อยๆ ฝึก Ambulation. - ป้ายห้องฉีดยาได้ Int กวินนุช	(Day 1) 13 พ.ย.61	- Record V/S - Medication - Paracetamol (500 mg) sig. 2 tab pm for pain q̄ 4 hr - FF sig. 1 tab bid pc - DMPA 1 amp IM. Int กวินนุช

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006-4

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั[illegible]

Order & Progress Note

ด.ช.ก
อายุ 23 ปี 9 เดือน HN 0079857
AN 610019639
แพ้ยา ปฏิกิริยา

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
	[illegible] (10.00)	- DMPA 1 ฉ @		
14 พ.ย. 61 ตื่นดี ดีใจ, กินได้ ปัสสาวะ คล่อง. ถ่าย V/S stable. แผลที่ ขาขวา soft, not tender wound Plan: - D/C 7 วัน. E.M. ปรีดา Int กวินพา	14/11/61 8.00 ชื่อ-สกุล..... HN.	- Regular diet. - Ambulation - D/C หรือยัง - นัด F/O OPD Ortho 2 wk Hm - paracetamol (500) 1 tab c pm E.M. ปรีดา / Int กวินพา	14/11/61 8.00	- regular diet - paracetamol (500) 1 tab c pm ถ้า 4-6 ม. Ext. ปรีดา Int กวินพา 9.30
	ชื่อ-สกุล..... HN.			

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF ให้ชัดเจน ไม่ต้องขีดเส้นใต้ปล่อยเว้นคำสั่งต่อไป
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ANESTHESIA RECORD

HN 0079857

Date 12 ส.ค. 61 | OR/Ward 3 / | Address 30

Sex ♀ | Wt. 45 kg | Ht. 160 cm | Hb/Hct 10.8/34.9 | Plt 325 x10³ | Last meal 9.00น. | Dental Warning –

Problem: 1. Asthma

Mallampati Class 1 (2) 3 4 ไม่ได้ตรวจ

ASA 1 (2) 3 4 5 6 (E)

Service unit: ☐ CVT. ☐ Gen. ☐ ENT. ☐ EYE. ☐ Neuro. ☐ Ortho. ☐ Uro. ☐ Plastic ☑ Gyn. ☐ Obs.

Anesthesia Techniques: ☑ GA ☐ TIVA ☐ RA ☐ MAC ☐ GA+RA ☐ Other

Airway Type: ☐ Face Mask ☐ LMA size ☑ ETT Nasal/Oral size 7.0 Depth 20 cm cuffed/uncuffed ☐ DLT Lt/Rt size ☐ MLT size ☐ RAE. Size ☐ Spiral size ☐ Tracheostomy

Airway Management: ☐ Mask ventilation easy Y N ☐ LMA Insertion easy Y N ☑ Intubation easy (Y) N DL 1 attempt LV grade 3 ☑ Blade ☐ Vedio Laryngoscope ☐ Rapid sequence+Cricoid pressure

Confirm by: ☑ BBS. ☑ EtCO₂ ☐ FOB.

Monitors: ☑ EKG. ☑ SpO₂ ☑ NIBP. ☑ EtCO₂ ☑ Urine ☐ ABP. ☐ CVP. ☐ Temp ☐ Other

Regional Anesthesia: ☐ Spinal ☐ Epidural Lt. Rt. ☐ Other Site Needle Agent

Anesthetic level

Special Techniques: ☐ Fiberoptic intubation ☐ Endoscope ☐ Other

Position: ☑ Supine ☐ Prone ☐ Lithotomy ☐ Lateral Lt. Rt. ☐ Kidney ☐ Jackknife ☐ Trendelenburg ☐ Other

Line accesses: 1. ที่ hand ซ้าย 2. 3.

☑ Eyes protected ☑ Forced air-warmer ☑ Pressure points checked ☑ Surgical site identified ☑ Patient identified

Baby delivered time Sex ☐ Male ☐ Female Placenta wt. gm.

Dispatch: ☑ PACU ☐ Ward ☐ Discharged ☐ Planned ICU ☐ unPlanned ICU BP 118/68 HR 88 SpO₂ 100 %

Time	9.15	10.00	11.00	12.00	13.00	Total
Fluid	1.4	1				1-6 LFM
Urine	1					1 LPM
Blood	1.5	0.5				1.5 %
Propofol/Etomidate	100					100 mg
Vec/Rocu/Pancu	50					50 mg
Fentanyl	75					75 mcg
Vec/Atro	4					4 mg
SpO₂ 100%	100	100	100			
EtCO₂	36	34	34			mmHg
Temp	–	–				

BP 111/65 Pulse 95 bpm. Start Anes. X Start OP. End Anes

Resp: Spon: ○ Asst: ○ Cont: ○

Events/Symbols

Fluid		
NSS (400)	400/400	400 ml
RL (1000)	400/400	400 ml
Blood		
Urine (510)	100/100	100 ml
EBL		100 ml

Remark

☑ NMB. Reversal with Atropine 1.2 mg, Neostigmine 2.5 mg. Time 15.53น.

☑ Adequate ventilation ☑ Strong grip / head lift ☑ Extubated ☑ Eyes opened ☑ Follow commands ☐ Remain intubated ☑ Airway reflex ☐ Tracheostomy

Pre Op. Ectopic Pregnancy Right

Post Op. Ectopic Pregnancy Right Fimbria

Op. Excision tube จาก Right Fimbria

Start Anes	Start Op.	Op. finish	Anes finish	Total Anesthetic time
15.29 น	15.31 น	15.50 น	16.00 น	– hr. 35 min

SURGEONS: ก. กิตติศักดิ์ | ASSISTANT: ตาลน | SCRUB NURSE: กัลยารัตน์ | ANESTHETIST: พจิตรธนิ์, สุภาพ, ปาริชาต (T) | ค่าบริการกลุ่ม 2100

FM-CHN-IM:008/AN-1

บริบาลรุ่น

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชั[redacted]

Postanesthesia record (3/58)

วันที่ 12 พ.ค. 61 เวลา 18.00 น. - 17.00 น.

○ผู้ป่วยไม่ได้เข้าห้องพักฟื้นส่งกลับหอผู้ป่วย

ชื่อ-
กลุ่ม
น.ป

อายุ 23 ปี 9 เดือน HN 0079857
AN 610019639

Type of anesthesia GA. d. EE

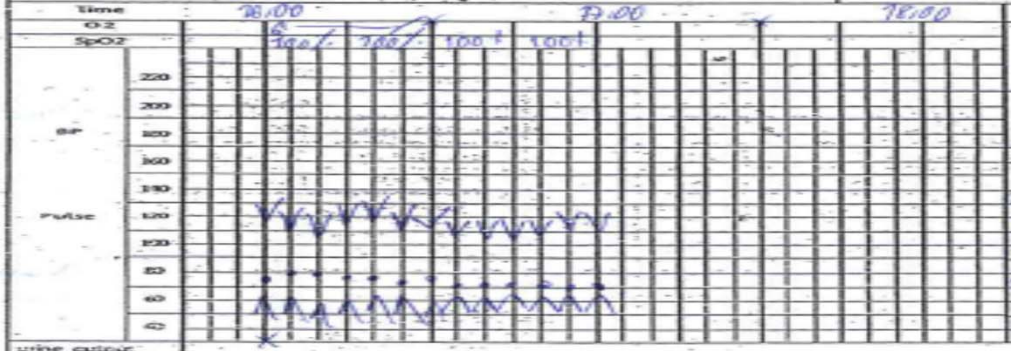
Diagnosis Ectopic Pregnancy (R) Fimbria
Operation Excision tube 9m (R) Fimbria

Post Anesthesia Record Score

การประเมินอาการ		คะแนน	รับเข้า	ส่งออก
1.ความรู้สึกตัว	ตื่นดี	2		✓
	หลับปลุกตื่น	1	✓	
	ไม่รู้สึกตัว	0		
2.การหายใจ	หายใจลึก ไอได้	2	✓	✓
	หายใจลำบาก ไอได้น้อย	1		
	ไม่หายใจ	0		
3. สี	แดง SpO2 >95%	2	✓	✓
	ซีด SpO2 90%-95% on O2	1		
	เขียว SpO2 < 90%	0		
4. BP+HR	± < 20-40 % ของก่อนดมยา	2	✓	✓
	± 20-40 % ของก่อนดมยา	1		
	± > 40% ของก่อนดมยา	0		
5.การเคลื่อนไหว	ขยับแขนและขาได้ครบ	2	✓	✓
	ขยับแขนและขาได้ 2 ข้าง	1		
	ขยับแขนและขาไม่ได้เลย	0		

การประเมินอาการ		คะแนน	รับเข้า	ส่งออก
6.คลื่นไส้/อาเจียน	ไม่มีอาการคลื่นไส้อ	2	✓	✓
	ปานกลาง ให้ยาแล้วทุเลา	1		
	รุนแรง ให้ยาไม่ทุเลา	0		
7. ความปวด	ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย (PS 0-3 คะแนน)	2		✓
	ปานกลาง รักษาทาง (PS 4-6 คะแนน)	1	✓	
	รุนแรง ให้ยาไม่ทุเลา (PS 7-10 คะแนน)	0		
8.การเสียเลือด	ธรรม	2	✓	✓
	ซีด	1		
	ซีดมาก	0		
9. การลุกนั่ง (ประเมินเฉพาะผู้ป่วยนอกที่กลับบ้าน)	ลุกนั่งได้เอง ไม่เวียนศีรษะ	2		
	ช่วยประคองให้นั่ง	1		
	นั่งไม่ได้เลย	0		
	รวมคะแนน		14	16

หมายเหตุ 1. PAR scores > 12 คะแนน ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย
2. PADS > 15 คะแนน ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน



	Arrival	In Recovery Room	Discharge
Airway	☑ None	☐ Time on	☑ None
	☐ oral airway	☐ Time remove	☐ oral airway
	☐ Nasal airway		☐ Nasal airway
	☐ Tracheostomy		☐ Tracheostomy
	☐ ET - Tube		☐ ET - Tube
Body temp	☑ warm	☑ warm	☑ warm
	☐ cool	☐ cool	☐ cool
	☐ moist	☐ moist	☐ moist
	☐ chill	☐ chill	☐ chill

Pain management

Time	pain score	sedation score	ยาแก้ปวดที่ให้
18.00	7	1	Fentanyl 25 mcg IV
18.15	6	1	MO 5 mg IV
18.30	6	1	—
18.00	6	1	—

urine output		Total 600 ml
Drain		Total ml
Fluid Intake		Total ml
		Total ml
		Total ml
	NSS 1000 ml/h	Total 1000 ml

Recovery Room Notes

Time	ปัญหาทางคลินิกผู้ป่วย	การพยาบาล/การรักษา
18.00 –	– ผู้ป่วยหลับ GA. d EE – ผู้ป่วย Pain score = 7 คะแนน	– ดูแล On O2 Mask c Bag 6 LPM – ดูแล monitor SpO2, BP, Pulse ทุก 5 นาที – ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Pain – ดูแลให้ผู้ป่วย rest, ดูแลให้ warm – ดูแลให้ off O2, observe การหายใจ+SpO2 – ดูแลให้ผู้ป่วยนอน พาด ศีรษะต่ำ
17.00 น.	– รับส่งแผนก ICU O2 mask 10 L/min	

ข้อมูลที่ควรแก้ไขส่งต่อให้ผู้ป่วย
– รับส่งแผนก ICU
– ดูแล

ลงชื่อ
(วิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบ)

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาล[illegible]

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยทั่วไปแรกรับ

HN0079857 AN610019639 อายุ 23 ปี 9 เดือน เพศ ชาย
แผนกจำหน่ายทารก แพทย์ [illegible]

ข้อมูลทั่วไป at ward วันที่ 13 / พ.ย / 61 เวลา 14.05 น. รับใหม่จาก ☑ OPD ☐ ER ☑ รับ Refer จาก รวมแพทย์ [illegible]
โดย ☐ เดินมาเอง ☐ รถนั่ง ☑ รถนอน ☐ อื่นๆ ..... wrist band ☑ yes ☐ no ลงชื่อพนักงานเปลผู้นำส่ง [illegible]
☐ มาคนเดียว ☑ มีผู้นำส่ง เกี่ยวข้องเป็น [illegible] ลงชื่อผู้นำส่ง [illegible] พยาบาลผู้ดูแลขณะส่งตัว [illegible]

ข้อมูลการเจ็บป่วย : ได้ข้อมูลจาก ☑ ผู้ป่วย ☑ ญาติ ☐ ผู้นำส่ง ☐ ใบส่งตัว | ผู้ดูแลขณะอยู่รพ. ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

Diagnosis Epigastric pain (RT [illegible] | น้ำหนัก 48 กรัม/กก. ส่วนสูง 160 ซม.

สัญญาณชีพ T= 37.5 °c P= 96 /min R= 18 /min BP= 115 / 67 mmHg | เส้นรอบศีรษะ – ซม. เส้นรอบอก – ซม.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล [illegible] 4 ชั่วโมง [illegible]

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน [illegible] LMP [illegible] 4 รพ [illegible] Possibly right ectopic Pregnancy

ยา/การรักษาที่ได้รับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ก่อนมาโรงพยาบาล [illegible] 100 u จาก รพ รวมแพทย์

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☑ มี ระบุ [illegible]
ยาที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี (ให้ใส่ในใบ Reconcile)
ประวัติการนอนโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☑ เคย ..... ครั้งระบุ .....
ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ..... ครั้งระบุ .....
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

Infant and Childhood ☐ N.A. ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา/การคลอด : ☐ ประวัติการคลอด อายุครรภ์ ..... สัปดาห์ ..... เดือน
โรคประจำตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ..... การได้รับวัคซีน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ..... พัฒนาการ : ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ .....
วิธีการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ ..... ยาที่มารดาได้รับก่อนขณะคลอด ..... สถานที่คลอด .....

ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี/เลือด : มี 1. ..... Reactions ..... 2. ..... Reactions .....
☑ ไม่มี 3. ..... Reactions ..... 4. ..... Reactions .....
ประวัติการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ : ☐ ไม่มี ☑ มี ระบุ กวาว หยอด 2 วัน

สถานภาพสมรส [illegible] ระดับการศึกษา ป.5 อาชีพปัจจุบัน [illegible]

กรณีฉุกเฉินติดต่อ ชื่อ-สกุล [illegible] ความเกี่ยวพัน [illegible]
ที่อยู่/เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ทันที 1. 094-444 773 / 2. .....

การนอนหลับพักผ่อน :	การดื่มกำลังกาย:	สูบบุหรี่ :	เครื่องดื่ม Alcohol :	อื่นๆ : ระบุ
☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ	☐ ไม่เคยเลย	☑ ไม่เคย	☑ ไม่เคย	☐ นานๆ ครั้ง ☐ ประจำ
ใช้ยานอนหลับ ☐ ใช้	☐ สม่ำเสมอ	☐ นานๆ ครั้ง ☐ ประจำ	☐ นานๆ ครั้ง ☐ ประจำ	ปัจจุบัน ☐ ยังใช้อยู่
☐ ไม่ใช้	☑ นาน ๆ ครั้ง	ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิกสูบ	ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิกดื่ม	เลิกมานาน .....
		เลิกมานาน	เลิกมานาน	

คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q
ใน 2 wk. ที่ผ่านมาท่านรู้สึก
1. หดหู่ เศร้าท้อแท้ สิ้นหวัง ☐ Yes ☑ No
2. เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ☐ Yes ☑ No

Palliative care
☐ NA PPS v2 = ... ESAS = ...

A : Spiritual/Cultural Needs/Emotional Support
Religion พุทธ Anxiety : ☑ None ☐ illness ☐ Finance ☐ Family ☐ Other .....

FM-CHN-IM.015/NUR-01
ปรับปรุง : ต.ค. 59

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชัย

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยทั่วไปแรกรับ

HN0079857 AN610019639

B: Nutrition / Metabolism

Appetite: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor
Feeding: ☐ Self ☐ Assisted ☐ NG/OG
Special Diet: ☐ None ☐ DM ☐ Low Na ☐ Other ☐ Parenteral Nutrition
Weight Change: ☐ Unknown ☐ No ☐ Yes ○ เพิ่ม ..... กก./..... ระยะเวลา ..... ○ ลด ..... กก./..... ระยะเวลา .....
Swallowing Difficulty: ☐ None ☐ Liquid ☐ Solid
GI Problem: ☐ None ☐ Vomiting ☐ Nausea
สำหรับผู้ป่วยเด็ก: ☐ N.A. ระยะเวลาที่ได้รับ นมมารดา ..... นมผง ..... อื่นๆ ระบุ .....

C: Neuromuscular

Neurosensory: 1.Level of Consciousness (If alert ตอบข้อต่อไป) ☑ Alert, awake and oriented ☐ Lethargic ☐ Stuporus ☐ Comatose
2.Vision: ☑ Normal ☐ Impaired ○ Rt ○ Lt
3.Hearing: ☑ Normal ☐ Impaired ○ Rt ○ Lt
4.Speech: ☑ Normal ☐ Impaired
5.Smell: ☑ Normal ☐ Impaired
6.Sensation: ☑ Normal ☐ Tingling ☐ Numbness
Musculo-Skeletal: ☐ NC
Hand Grasps: ☐ Strong ☐ Weak ○ Rt ○ Lt ☐ Absent ○ Rt ○ Lt
Joint: ☐ WNL ☐ Swollen ..... Stiff ..... ☐ Tender .....
Weakness: ☐ No ☐ Yes
Paralysis: ☐ No ☐ Yes
Seizure: ☐ No ☐ Yes
Movement: ☐ Normal ☐ Abnormal

D: Mobility

Activity/Function: ☐ NC ☐ Dependent ☐ Independent
Prosthetic/Assistive Devices: (Only require assistive device) ☐ Cane ☐ Walker ☐ Wheel Chair ☐ Artificial Limb ..... ☐ Other .....
Dominant Hand: ○ Rt ○ Lt
Injury: ○ No ○ Yes .....

E: Elimination/Reproductive

Gastrointestinal: Oral Cavity ☐ Moist ☐ Dry ☐ Denture ☐ Abrasion ☐ Tumor ☐ Other .....
Abdomen: ☐ Soft ☐ Tender ..... ☐ Other .....
Bowel Pattern: 1 time/ 1 day
☐ NC Elimination Problem: ☐ None ☐ Diarrhea ☐ Incontinent ☐ Constipation ☐ Other .....
Genito-Urinary: Bladder: ☐ Soft ☐ Distended ☐ Urine: ☐ Clear ☐ Cloudy ☐ Bloody ☐ Other .....
Voiding: 2 : 1 (Day : Night) ☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Dysuria ☐ Catheter ☐ Other .....
Reproductive: Genital Organ ☐ Normal ☐ Abnormal
Breast: ☐ Normal ☐ Abnormal
Menstrual Problem: (Female Only) Menopause ..... ปี
การคุมกำเนิด ☑ No ☐ Yes .....

F: Skin

Dermal Assessment: ☐ Pressure sore stage .....
Pressure sore at .....
Temp: ☐ Warm ☐ Hot ☐ Cool
Moisture: ☐ Dry ☐ Moist
Color: ☐ Normal ☐ pale ☐ Jaundice ☐ Cyanosis
Turgor: ☐ Good ☐ Poor

G: CardioPulmonary

Pulmonary: ☐ ON ETT
Rate: ☐ Eupnea ☐ Tachypnea ☐ Bradypnea ☐ Apnea
Rhythm: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Deep ☐ Shallow
Effort: ☐ Easy ☐ Dyspnea ☐ Orthopnea ☐ Other .....
Cough: ☐ None ☐ Dry ☐ Productive ☐ Other .....
Sputum: ☐ None ☐ Hemoptysis ☐ Frothy ☐ Color .....
Cardiovascular: Neck Vein Engorged: ☐ No ☐ Yes
Pulse Rhythm: ☐ Regular ☐ Irregular
Pulse Amplitude: ☐ Strong ☐ Weak ☐ Absent .....
Pulse Rate: ☐ Normal ☐ Tachycardia ☐ Bradycardia
Edema: ☐ None ☐ Generalized ☐ Localized ☐ Pitting
Chest Pain: ☐ Yes Location ..... ☐ No ☐ Refered Pain ..... ☐ Duration ..... ☐ Frequency .....

H: Pain Management (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/ on Respirator ให้ระบุ pain score)

Pain: ☐ Yes ☐ No
Pain Location ..... When (เป็นมานาน) ..... (min/day/hr)
What causes pain to increase? .....
How does patient describe the pain: ☐ Burning ☐ Dull ☐ Sharp ☐ Other .....
Pain Score= .....
Pattern: ☐ Intermittent ☐ Constant

I: Information/Teaching/Learning Needs

☑ Orientation ☑ Disease Process ☐ Signs/Symptoms to report to med. Staff ☐ Activity ☐ Rule+Consent+ Pt.rights
☐ Medication ☐ Pre/Post-Op. Teaching ☐ Equipment ☐ Wound/Ostomy/Care ☐ Infection Control
☑ Self Care ☐ Safety+Fall precaution ☐ Diet changes ☐ Test/Process Treatment ☐ Other .....

ลงชื่อผู้รับข้อมูล ป้วยใน สพ ศร ผู้ป่วย / ผู้ทำการแทนผู้ป่วย

Assessment initiated by RN: พว. เพชรรัตน์ พิบูลย์โพโรจน์ Date ..... Time .....

FM-CHN-IM-015/NUR-01
ปรับปรุง : ต.ค. 59

พว.เพชรรัตน์ พิบูลย์โพโรจน์

หน้า 2

Case
ผู้ป่วยใน1

โรงพยาบาลชะ[illegible]

แผนการสอนการดูแลตนเองและแผนจำหน่าย

HN0079857 AN6100019639

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ผู้ดูแลก่อนการสอน/ฝึก		กิจกรรม		จ.ศ.ป.		ปัญหา/ความต้องการที่ยังคงเหลืออยู่ภายหลังได้รับการสอน/ฝึกทักษะ (ประเมินซ้ำ ของวัน/ปี ...../...../.....)	สรุปปัญหา/ความต้องการที่ยังคงเหลืออยู่ก่อนจำหน่าย
ประเด็น	ปัญหา/ความต้องการ	เรื่องที่ให้ความรู้และฝึกทักษะ (อธิบาย/สอน,สาธิต, ผู้ป่วย/ญาติทดลองปฏิบัติ)		ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับข้อมูล/ญาติ		
โรค R/o Sepsis	☑ ไม่มี	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/สาเหตุ/การป้องกัน				☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	ภาวะแทรกซ้อน,แนวทางการดูแลรักษา,การดูแลตนเอง					
- อัมพฤกษ์/อัมพาต	☑ ไม่มี	☐ การดูแลผิวหนัง/นวด	☐ พลิกตัว			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- Bed ridden	☐ มี	☐ ความสะอาดหลังถ่าย	☐ อาบน้ำผู้ป่วย				
		☐ ออกกำลังแขน/ขา	☐ บีดเส้น/ข้อ				
ทักษะที่จำเป็น	☐ NA						
- การเคลื่อนไหว	☑ ไม่มี	☐ พันStump /Skin tract	☐ Quads. Ex.			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	☐ เดิน ☐ NWB	☐ Walker				
		☐ PWB	☐ Cruthes				
- สายสวนปัสสาวะ	☑ ไม่มี	☐ ดูแลสาย/ถุงใส่ปัสสาวะ	☐ การเปลี่ยนถุง			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	☐ การทำความสะอาด	☐ การแขวน				
- แผล.....	☑ ไม่มี	☐ สอนการดูแลผิวหนัง	☐ การทำแผล			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	☐ การสังเกตสิ่งผิดปกติ	☐				
- Colostomy	☑ ไม่มี	☐ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน	☐ การเปลี่ยนแป้น/ถุง			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	☐ การเช็ด/ดูแลความสะอาด	☐				
- Tracheostomy	☑ ไม่มี	☐ การดูดท่อ				☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี	☐ การดูแลความสะอาดท่อ					
- การเจ็บคอ	☑ ไม่มี					☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- การสวน/ล้างต่าง ๆ	☐ มี						
(จมูก/หู/.....)							
- การพ่นยา	☑ ไม่มี					☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
	☐ มี						
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	☐ มี	ดูโมเมนต์ประเมินการให้นมแม่โดยวิธีแอล (LATCH)					
- อื่นๆ						☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
อาหารเฉพาะโรค	☑ ไม่มี	☐ ให้อาหารสายยาง	☐ การทำอาหาร			☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- อาหารทางสายยาง	☐ มี	☐ ให้อาหารทางสายยาง	☐ ดูแลสายยาง				
การจัดการฟื้นฟูสภาพ/	☑ ไม่มี					☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
อุปกรณ์ที่จำเป็นที่บ้าน	☐ มี						
ยาที่สำคัญ	☑ ไม่มี					☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
(ระบุชนิด/วิธีใช้/ข้อควรระวัง	☐ มี (ระบุ)						
/การสังเกตภาวะแทรกซ้อน							
/ข้อห้ามการใช้ยา/ข้อควรระวัง							

FM-CHN-IM:014 รายละเอียดการสอนในเรื่องใน Progress Nurse's Note และสรุปใน Discharge Nurse's Note

new

Case
ผู้ป่วยใน1

operative note

ชื่อ-
กลุ่ม
น.พ.
AN 610019639 แผนกนรีเวชกรรม
หอ นรีเวช แพทย์

โรงพยาบาลขอนแก่นราม

Operative Date..... Start .....

Surgeon..... Assistants.....

Surgical Nurse.....

Pre-operative Diagnosis.....

Post-operative Diagnosis.....

Operative Technique.....

Anesthetic Technique..... Anesthetist.....

- [x] ไม่ส่ง
- [ ] I Clean
- [ ] ส่ง specimen of.....
- [x] II Clean Contaminated

..... ลายมือชื่อแพทย์

Case ผู้ป่วยใน 2

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID ..... ☐ General case Diagnosis ..... Visit Date .....

☐ Yes ☐ No ..... ☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....

Diagnosis ..... 1st Visit Date .....

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3 ...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)

(....) Documentation inadequate for meaningful revie (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by ..... Audit Date .....

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล

ผู้บันทึก : น.ส.วาสนา ตั้งเจียม

IN – PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER 610006061	2. ID. NO. 0-1069-41919-20-5	3. HOSPITAL NUMBER 0442352
4. PATIENT'S NAME AND ADDRESS ด.ญ.บุตรน.ส.ถั 125 หมู่ 11 ต.นางลือ อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท โทร. ไม่มี	5. MARITAL STATUS โสด 6. SEX หญิง 7. ETHNIC GROUP 9. OCCUPATION ในความปกครอง	8. SERIAL NUMBER OF ADMISSION (1st ,2nd,3rd, ect.....)
10. PERSON TO BE NOTIFIED น.ส.ลัก <มารดา> 125 หมู่ 11 ต.นางลือ อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท โทร.087-210-6106	11. DATE OF BIRTH 5/04/2561	12. AGE AT ADMISSION (INFANT ONLY) / 13. BIRTHWEIGHT 2940 (GRAMS)
14. INSURE ชำระเงินเอง เลขที่สิทธิ์ หลัก 10694 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	15. DATE OF ADMISSION 5 เมษายน 2561 9:58:00 16. DATE OF DISCHARGE 18 เม.ย. 61 15.00	17. CONDITION OF CHILD AT BIRTH [✓] LIVEBORN [ ] STILLBORN
	18. DEPARTMENT ทุมารเวชกรรม 19. WARD ห้องคลอด 20. LENGTH OF STAY 13 DAYS 21. TOTAL LEAVE DAY 0 DAYS	[✓] CLINICALLY MATURE [ ] CLINICALLY PREMATURE

22. DIAGNOSIS

	รหัสโรค
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น Congenital pneumonia	P389
(2) PRE-ADMISSION COMORBIDITY (S) Singleton born in hospital	Z38.0
(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)	
(4) OTHER DIAGNOSIS	
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY	

23. OPERATION

OPERATING ROOM PROCEDURE (การผ่าตัด) หัตถการหลักเพื่อรักษาโรค	DATE	TIME IN	TIME OUT	รหัสผ่าตัด
1.				
2.				
3.				
4.				

24. NON-OPERATING ROOM PROCEDURE

- ( ) MECHANICAL VENTILATOR ( ) <96 hrs. or ( ) >96 hrs.
- ( ) CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ( ) DEFIBRILLATION
- ( ) ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPE ( ) WITH BIOPSY
- ( ) TRACHEOSTOMY ( ) CHEMOTHERAPY ( ) HEMODIALYSIS

25. SPECIAL INVESTIGATIONS

- ( ) BLOOD TRANSFUSION ระบุชนิด
- [✓] ULTRASOUND ระบุชนิด H.O.AE
- ( ) COMPUTERIZED TOMOGRAPHY ระบุชนิด ( )
- ( ) PHYSICAL THERAPY ระบุชนิด ( )

26. DISCHARGE STATUS

1. COMPLETE RECOVERED
2. (2) IMPROVED
3. NOT IMPROVED
4. DELIVERED
5. UNDELIVERED
6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER
7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY
8. STILLBIRTH
9. DEAD

27. DISCHARGE TYPE

1. (1) WITH APPROVAL
2. AGAINST ADVICE
3. ESCAPE
4. BY TRANSFER [ ] รักษาต่อ ร.พ. [ ] ส่งกลับ ร.พ.
5. OTHER
8. DEAD, AUTOPSY
9. DEAD, NO AUTOPSY

0,8687

REVIEW By CODER

ATTENDING PHYSICIAN ..... APPROVED ..... AUDITOR .....

หมายเหตุ: งดคำย่อ คำกำกวม และเขียนอ่านง่ายในการสรุปเวชระเบียน

FM-OHN-IM:001 ปรับปรุงครั้งที่ 5 มี.ค. 60

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลช[illegible]

หนังสือแสดงเจตนารับการรักษาพยาบาล

ชื่อ น.ส.[illegible] 26 ปี 11 เดือน
กะ HN0133492 AN610005972 เตีย[illegible]
น. แผนกศัลยกรรม แพทย์ [illegible]

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ☑ นาย/☐ นาง/☐ นางสาว [illegible] อายุ 36 ปี
☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ บัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ บริษัท เลขที่ 1139900128129
สังกัด [illegible] ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ในฐานะ แม่ ของผู้ป่วย ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว [illegible]

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วนเป็นที่เข้าใจแล้วดังนี้
[illegible]

ข้าพเจ้า ☐ **ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึงการผ่าตัด และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉินทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิต และสุขภาพของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ได้ตลอดจนเสร็จการรักษา
ข้าพเจ้าขอให้ถือหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตลอดระยะเวลาที่ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรทุกประการ

☐ **ไม่ยินยอม** ให้แพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึงการผ่าตัด และ/หรือหัตถการ ในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเกิดผลเสียต่อชีวิตสุขภาพของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย จากผลของการไม่ยินยอมรับการรักษาพยาบาลดังกล่าว

ลงชื่อ [illegible] (นางสาว[illegible]) ☑ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย	ลงชื่อ [illegible] (พว.[illegible]) ตำแหน่ง ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์
ลงชื่อ [illegible] พยาน (.....) ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	ลงชื่อ [illegible] พยานของสถานพยาบาล (พว.[illegible]) ตำแหน่ง.....

วันที่ 4 / เม.ย. / 61 เวลา 10.50 น.

***หมายเหตุ (1) กรณีเป็นลายมือนิ้วมือ ระบุว่าเป็นของใครและนิ้วใด
(2) ถ้าผู้ป่วยมาคนเดียว ระบุ "ผู้ป่วยมาคนเดียว" ในช่องพยานฝ่ายผู้ป่วย

FM-CHN-IM:004
ปรับปรุงครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชื่อ[redacted]

Newborn Admission Note (Hx&PE)

ด.ญ.[redacted] อายุ
HN0442352 AN610006061 เด็กต้องสงสัยติด
แพทย์ดูแลการวางครรภ์ ท.ญ.[redacted]

History

รับใหม่จาก [ ] ER [ ] OPD [ ] ห้องคลอด [✓] OR [ ] ward.....

ผู้ให้ประวัติ [ ] ญาติระบุ..... [ ] ใบ Refer ร.พ. .....

[ ] Labour record [ ] เจ้าหน้าที่ รพ. ระบุ.....

Maternal history G. 1 P. – A. – GA. 38+4 weeks

Maternal underlying disease [✓] No [ ] Yes.....

Labour history [ ] normal labour [✓] Caesarean section

[ ] Others..... due to contracted pelvis

Apgar score 9,10,10

Chief Complaint

Present illness

case Term female newborn
C/S due to contracted pelvis
born 5/4/61 9.38 น.
APGAR 9,10,10
Birth body weight 3940
L 50 HC 34 CC 33

Previous Operation [ ] No [ ] Yes.....

Previous Medication [✓] No [ ] Yes.....

Drug/ agent allergy [✓] No [ ] Yes.....

Family History

Immunization [✓] complete [ ] Incomplete.....

Growth & development [ ] Normal [ ] Abnormal.....

Physical Examination

BP.....mmHg. P. 150/min. RR. 60/min. Temp. 37.1 °C.
B.W. 3940 Kgs. HC. 34 cms. CC. 33 cms. AC. 31 cms.
HC/CC.....cms. Lenght 50 cms. O2 sat 98 %

General Appearance [✓] normal [ ] abnormal.....

Skin [✓] normal [ ] abnormal.....

HEENT [✓] normal [ ] abnormal.....
no cleft lip & palate, no tongue tie

Respiratory [✓] normal [✓] abnormal.....
lung clear, อาการหายใจลำบาก, mild subcostal retraction

Cardiovascular [✓] normal [ ] abnormal.....
no murmur

Abdomen [✓] normal [ ] abnormal.....
no hepatosplenomegaly

Genitourinary [✓] normal [ ] abnormal.....
normal female appearance

Extremities [✓] normal [ ] abnormal.....
no deformity, Barlow & Ortolani neg

Nervous [✓] normal [ ] abnormal.....
⊕ Moro

Detail of abnormal part (s)

Provisional Diagnosis/ Problem (s)

Term female newborn
R/O TTNB

Plan of Mangement

[ ] Investigation.....

[✓] Treatment.....
- O2 support
- observe respiration

แพทย์ ..... Date 5 / 4 / 61

FM-CHN-IM:005-2
ปรับปรุงครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชั...

Order & Progress Note

ด.ญ.บุต
HN0442352 AN610006061 ศึกษ์ธัยนาถ ตอด
แผนกกุมารเวชกรรม ห.ญ.ศันธุ์ศิริ

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
GA P1A0 นอนรพ. 16 วัน GA 38+4 wk CLS due to contract pelvis case Term female newborn Apgar 9, 10 แจกอิ่มขาวใสแล้ว BW 2910 gm PE lung clear tachypnea mild subcostal retraction	5/4/61 12.45	HBV 0.5 cc (IM) Vit K 1 mg (IM) Tetramycin Ointment ป้ายตา 2 ข้าง ~~Hct & BF~~ off - on O_2 box 10 LPM - Observe respiration keep RR < 60		
P: O_2 support. observe respiration 6/4/61 # Term female newborn # TTNB DOL 2 ดูแลน้องด.ญ. 1 แจกอิ่มขาวใสแล้วค่ะ PE BW 3930 (↑990) ชื่อ-สกุล HN.	6/4/61 9:20	SpO2 > 95% - on O_2 box 10 LPM try wean keep SpO2 > 95% RR < 60 - Hct & MB ซ้ำพรุ่ง - Repeat BW 3310	Int Qa พญ.ณัฐพร สุขพัฒ 6/4/61	- BM / 1F Int Qa
T 37.1 RR 70 tachypnea mild subcostal retraction lung clear P: Try wean O_2 box ชื่อ-สกุล HN.				

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชั[illegible]

Order & Progress Note

HN0442352 AN6100060061 [illegible]

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
RR : [illegible] 50/h no dyspnea Cxrl 79'	6/4/61 10 45	- ↓ box 8LPM - Recal RR + O2 sat q 2hr - if RR < L<, O2 sat 79% จึง ↓ box [illegible] 8LPM [illegible] box 5LPM [illegible] try wean off O2 box - CXR (+)		
16.4 27900 68.7 60.1 26000 80.2	ชื่อ-สกุล..... HN.	- CBC		
Film CXR : rul [illegible] full Imp ↓ r/o cong. pneu	ชื่อ-สกุล..... HN.	- H/C		- Ampicillin sig 2.0 mg (v) q 12 hr - gentamycin sig 11.7 mg (v) OD

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม

FM-CHN-IM:006

ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชั[illegible]ร

Order & Progress Note

ด.ญ.[illegible]
HN0442352 AN610006061
ห.ญ.[illegible]

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
7/4/61 # Term female newborn # R/O congenital pneumonia [illegible] V/S stable [illegible] SpO2 (on box 5LPM) = 100	[illegible] 6 นาที	- Hct 57 % MB 7.9 mg/dl - ↓ O2 5 LPM - Record ~~[illegible]~~ RR q 2 hr. keep RR < 60 SpO2 ≥ 95% - Hct / MB ซ้ำพรุ่งนี้		
Lung minimal wheeze Rt. jx skin. P :- cont ATB - O2 support - F/U Hct, MB	~~[illegible]~~ ชื่อ-สกุล HN.	~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ [illegible] พ.ว. [illegible]	[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible]	[illegible] 06.00 ชื่อ-สกุล HN.	- Hct 53 % - MB 8.5 mg/dl		

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปบันทึกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล...

Order & Progress Note

ชื่อ-สกุล ด.ญ.ม
HN0442352 AN610006061 สิทธิ์ข้าราชการ
แผนกกุมารเวชกรรม พ.ญ.พันธุ์ทิพย์

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
[illegible]		[illegible]		
[illegible]		[illegible]		[illegible]
[illegible]		[illegible]		[illegible]

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปอ่านคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : พ.ศ. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชั

Order & Progress Note

ด.ญ.น.ร
อายุ 0 ปี 0 เดือน HN 0442352
AN 610006061 แผนกบำบัดวิกฤต
เวลาน้องคลอด เวลา

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
GA 38+4 wk BW 2940 gm (Birth weight) RR 62-66 O2 sat 99-100 } on O2 box 10 LPM หลัง on HFNC (16.30น)	[illegible]	- off O2 box 10 LPM - on HFNC 5 LPM FiO2 0.6	[illegible]	- off Ampi - off Genta - off dafoxan - Piperacillin - Tazobactam (100 mg/kg/dose) 405 piperacilin 300 mg piperacilin @ q 12 hr
F/U TB at day 32 = 3.3 ↓ ไม่ต้องกลับที่ co low risk zone	[illegible]	อาการ 86 %		
9/4/61 DOL 5 # Term female newborn # congenital pneumonia อาการไม่ดีขึ้น มี retract ต้องดูแลใกล้ชิด ยังไม่ stable. ให้ O2 ต่อ (↑ ถ้า SpO2 ต่ำ) lung clear ฟังปอด ระบบ[illegible]	9/4/61 04.00	- DTX 48 MSL - on HFNC 5 LPM, ↓FiO2 0.55 - Record ทุก 2 hr. RR, SpO2 ถ้า RR < 60 SpO2 ≥ 95% ลด FiO2 ทีละ 0.05 จนถึง 0.4 ~~then~~ 0.02	9/4/61. 4.25	- BM IEE

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM-006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

Retraction
P: ↓ FiO2 0.001 A TB

Inta

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาลชั

Order & Progress Note

ด.ญ.
อายุ 0 ปี 01 เดือน HN 0442352
AN 610005061
เตียง

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
10/4/61 DOL 6 # Term female, newborn # congenital pneumonia ทนได้ ดูดนมได้ดีขึ้นเล็กน้อย + ดูดนมไม่หมดขวดเล็กน้อย T 37.2 RR 60 มี subcostal retract ปอดใส	10/4/61 8.50 น.	BUN, Cr, (ผล 10/4) HCT, MB } ส่งวันนี้ - if ส่ง is on phototherapy. - on HFNC 5 LPM FIO2 0.4 - Record RR, SpO2 q 1 hr if RR < 60 SpO2 ≥ 95% ให้ FIO2 เพิ่ม 0.02 ทุกครั้ง RR		
lung clear. SpO2 = 100 น้ำหนัก 3400 g ↑ 70 g P: wean ↓ O2 1 v ABB Intake พญ.อัมพร สุขพิทักษ์ 2555 57 10/4/61 16.30	ชื่อ-สกุล..... HN.	Intake พญ.ณ 2.555		
on HFNC 5 LPM. FIO2 0.3 SpO2 100 มีอาการ mild subcostal retraction ทุกครั้ง Intake	ชื่อ-สกุล..... HN.		10/4/61	- Zinc paste apply ก่อน Intake

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล[redacted]

Order & Progress Note

HN 6442352
AN 610006061

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
11/4/61 DOL 7 # Term female newborn # congenital pneumonia หายใจหน้าอก ↓. BP 82/54 SpO2 100. lung active no retraction minimal secretion sound น 3390 (680)	11/4/61 9.00	- ↓ HFNC 4 LPM FiO2 0.3 - Record RR, SpO2 q 8 hr if RR < 60 no distress SpO2 > 95%. ↓ FiO2 ทีละ 0.02 จนถึง RA		
P: cont ATB wean FiO2 @ 29/4/60 D8/ 3330 (7) Term - uw ส่งต่อ on HFNC 80 Mild RR ↑ no distress	วัน-เดือน-ปี HN.	7/4/61 1070. - ↓ HFNC 3 LPM FiO2 0.3 - Gm RR		
① Pneumonia 13/4/61 # Term female new born + congenital pneumonia. ยังมีหายใจเร็วบางช่วง PE: no retraction P: wean O2 support	13/4/61 9.20 วัน-เดือน-ปี HN.	→ GBS sat. - off HFNC - on O2 canula. 2 LPM - Record RR, SpO2 q 8 hr if RR < 60 no distress SpO2 > 95.		

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF ไหนไม่ต้องต้องแก้ไขเพิ่มคำสั่งเพิ่ม
FM-CHN-IM-006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล[illegible]

Order & Progress Note

ชื่อ-สกุล [illegible] HN 0442352
อายุ 0 ปี 0 เดือน
AN 610006061
ห้อง HOVARDD

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
14/4/61 H Term female newborn + congenital pneumonia ปัญหาด้าน ระบบ ↑ ชีวะปอดขยายใจ ปริมาณน้อย PE SpO2 on low flow canula ที่ 0.75 LPM = 100	14/4/61 9.30	- on O2 canula low flow 0.75 LPM. [illegible] off - Record RR & SpO2 q 2 hr If RR < 60 no distress. SpO2 > 95. try ↓ O2 canula ทีละ 0.1 LPM	14/4/61	-Tazocin [illegible] to d off
lung clear no retraction P: ↓ O2 support. Int On พญ.ณัทธร [illegible] 2.55557 15/4/61 ปัญหาด้านใจและหัวใจ	W 3450 (↑30) ชื่อ-สกุล HN	Int On พญ.ณั[illegible] 2.55557	[illegible]	[illegible]
ช่อง W 3480 (↑30) PE SpO2 = 99 (on canula 0.35) lung clear mild retraction. P: try wean O2 support. Inta พญ.ณัทธร [illegible] 2.55557	15/4/61 8.35 ชื่อ-สกุล HN	- on O2 canula low flow 0.35 LPM. - Record RR & SpO2 q 2 hr If RR < 60 no distress SpO2 > 95% Try wean off O2 canula — ให้พยาบาลปฏิบัติ Inta		

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องต้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM-006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ส.ค. 55

พญ.ณั[illegible]
2.55557

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล

5

Order & Progress Note

HN 0442352
AN 610006061

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
	15/10/61 14/4/61	- Obs. ↓ clear airway		
	17/10/62 ชื่อ-สกุล..... HN.	BCG 0.1 cc	17/10/62	- off Tamoin หยุด ต่อ 22004
8w + 6d	17/10/61 ชื่อ-สกุล..... HN.	- ANC 14/c 6/4/62 - [illegible] - ol c Y.V - hcom kit - [illegible] 1.4 - 2 mo.		คัดกรองโรคหัวใจ ผิดปกติ ☐ ปกติ ☐ ไม่ผ่าน วันที่ 18 เม.ย.

ตรวจคัดกรองสุขภาพ
ทารกแรกเกิดแล้ว
TSH, PKU
วันที่ 18 ม.ค. 61

พว.พรวรรณ ..... ระบุวอร์
18 เม.ย. 61 / 15.00 น.

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องย้อนกลับไปยกเลิกคำสั่งเดิม
FM-CHN-IM:006
ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ต.ค. 55

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล

Consultation Note

ชื่อ	ด.ญ.ห์ อายุ 0 ปี 0 เดือน HN 0442352	อายุ
กลุ่ม	AN 610000061 แผนกกุมารศาสตร์ หอผู้ป่วย กุมาร 2 แพทย์ ดร.นุ่ม	กุมารเวชกรรม 2
นพ.		

Consultation Data

From Department กุมารเวชกรรม ๒

To Department [✓] ENT [ ] จักษุ

Date 18 มี.ค. 61 Time 10-ต้นไป

[ ] Emergency [ ] Urgency [ ] Routine

Summary of clinical data (Dx & Rx)

Case ผู้ป่วยแพท ☐ ชาย ☐ หญิง

G 1 P 1 A 0 GA 38 +6 wks. BW 3800 gms.

คลอด ☐ NL ☑ C/S ☐ F/E ☐ V/E ☐ Breech

วันที่ 5 ม.ค. 61 Apgar [1,5 min]

Conclusion of problem (s) for consultation

- ☐ Preterm BW<๒๕๐๐ gms. ร่วมกับ GA < ๓๒ wks. (for ROP)
- ☐ Preterm BW<๒๕๐๐ gms. (for ENT)
- ☐ ทารกติดเชื้อ (ตั้งแต่อยู่ในครรภ์)
- ☑ ได้รับยากลุ่ม Aminoglycosides
- ☐ Apgar Score ๐-๔ at ๑ min or ๐-๖ at ๕ min
- ☐ ได้รับการถ่ายเลือดจากระดับบิลิรูบินสูง
- ☐ บุคคลในครอบครัวสูญเสียการได้ยินแบบถาวรตั้งแต่เด็ก
- ☐ อื่นๆ ระบุ

Consult for ☑ Hearing test

☐ ROP

Signature

(นพ/พญ.....)

กุมารแพทย์

Consultation Note

Department

Date Time

Summary of evaluation data (Hx & Px)

ส่ง 2 ทบ แล้ว

OAE ผิดปกติ ส่งต่อ OE

Diagnosis /Problem (s)

แนวโน้ม HS

Advice /Plan

ส่งต่อ ๑ เดือน

OAE

Signature

(นพ/พญ.....)

ตำแหน่ง

Date/Time	Consulting Progression Note

FM-CHN-IM-007

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล

Progress nurse's note

ด.ญ.บุตร[redacted]
HN0442352 AN6100006061 ตึกเด็กอุบัติเหตุ
แผนกศูนย์การแพทย์ ด.ญ.พันธุ์ทิพย์ [redacted]

Date/Shift Time	VS T °C	VS P /m	VS R /m	VS BP mm.Hg.	SAT O2 %	DTX mg%	HCT %	GCS (EVM)	Pupil Rt size/ Reac.	Pupil Lt. size/ Reac.	Motor po. Rt	Motor po. Lt.	PAIN score	Sedative score	Falling score	PROGRESS NURSE NOTE (F=Focus, A=Assessment, I=Intervention, E=Evaluation) /Signature
[illegible]		150	54		95										5	F: มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ
09.00 น.																A: ทางเดินหายใจโล่ง
09.59 น.		102	60		99											I: ประเมินสภาพทางเดินหายใจ เฝ้าระวังการ ประเมิน ซึมลง ร่วมกับการพยาบาล
10.05 น.		190	52		85											ให้ยา Ranitidine ตาม ordre Keptlant normal on O2 sat ตามที่สั่ง
10.10 น.	37.1	150	56		98											ประเมิน HR, RR, Temp และ O2 sat ดูแล ดัด NPA, แก้ไข ท่านอนตะแคง
																Temp ต่อไป เฝ้าสังเกตอาการ ทางเดินหายใจ
																E: ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ
																O2 10 L/min ตามแผน ดูการให้ O2 ทางหน้ากากสีขาวสีฟ้า ผิวสีเนื้อ good
																ปลายมือ ปลายเท้า BW 29.00 กรัม [illegible]
10.15	36.8	156	58		98											E: ทางเดินหายใจโล่ง O2 sat RR 88-95% ดูแล O2 ต่อไป ดูการหายใจ
																สังเกตอาการผิวหนัง ปลายมือปลายเท้า [illegible]
11.30	37.1	160	60		95											E: อาการทางเดินหายใจ ตามเดิม หรือไม่ดีขึ้นกว่าเดิม
																A: ปอดปกติ ไม่มีภาวะ O2 sat ลดลง
																I: ประเมินสภาพ ทางเดินหายใจ ดูแล ให้ O2 ต่อไป
																ให้ยาตามแผน ให้ยา ตามแผน ดูแลการ O2 sat
12	37	145	60		98											O2 sat ดูแล ให้ O2 ต่อไป ดูแลให้ยาตามแผน ดูแลให้ยา ดูแลให้ยา
																ดูแลให้ยา
																ให้ยาตามแผนการรักษา ให้ยาปฏิชีวนะ 8 ml ให้ทางสายยาง ทุกๆ 8 ชั่วโมง
																ทดสอบการกลืน ผลปกติ / พว.นพ. [illegible] วัน
12.00																F: เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก
12.00	37.1	144	72	62/20 (33)	99											A: หายใจปกติ on O2 ต่อไป
20.00		140	70		99											I: ประเมินทางเดินหายใจ, check T.P.R. เฝ้าระวังอาการผิดปกติ monitor O2 sat. ให้ O2 ต่อไปตาม

FM-CHN-IM:015/NUR-03
ปรับปรุง ต.ค. 59

แผ่นที่.....

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล[redacted]

Progress nurse's note

ชื่อ ด.ญ.บุต[redacted]
HN0442352 AN610006061 ศึกษ้องกลอด
แผนกกุมารเวชกรรม น.ญ.ศันธุ์ศิพย์
[redacted]
น.พ./ผ.ป.[redacted]

Date/Shift Time	VS T °C	VS P /m	VS R /m	VS BP mm.Hg.	SAT O2 %	DTX mg%	HCT %	GCS (EVM)	Pupil Rt size/ Reac.	Pupil Lt. size/ Reac.	Motor po. Rt	Motor po. Lt.	PAIN score	Sedative score	Falling score	PROGRESS NURSE NOTE (F=Focus, A=Assessment, I=Intervention, E=Evaluation) /Signature
31/5/61																I: [illegible] Hygiene care, [illegible] resection
18-24 น.																E: [illegible] ไม่มีไข้ หอบเหนื่อย ปี Mild retraction O2 sat 97-99%
22.00 น.	38	145	48	52/27 39	99%											[illegible] ไม่ต้องการ ดื่มน้ำมาก
23.00 น.		144	53		98%											[illegible]
1 เม.ย. 61																F: เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจ
00-08 น.																A: [illegible] RR 48-72 ครั้ง/นาที
03.00 น.	37.1	162	70	62/36 39	95%											I: [illegible] 5 cc x 10 ml
04.00 น.		150	68		98%											on monitor 5 sat Record RR 5 sat [illegible]
05.00 น.	37.1	160	70	60/30 40	98%											[illegible]
07.00 น.		158	70		98%											E: [illegible] RR 48-72 ครั้ง/นาที O2 sat 99-98% [illegible]
																[illegible]
																พว.[illegible]
8-12 น.																F: เสี่ยงต่อการขาดน้ำ [illegible]
10.00	37	150	68	74/36 (39)	98%											A: [illegible] on O2 box ไม่มี
12.00		144	60		100%											I: [illegible] check T.F.R. จัดท่านอนให้สบายเพื่อระบาย, [illegible] O2 ตาม box 3 ลิตร
14.00	37	152	65	70/30 (35)	99%											ทำ F/V CBC CSF ⊕, [illegible] Hygiene care, [illegible] resection
16.00		148	64		99%											E: [illegible] ไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบน้อยลง RR 60-68 ครั้ง/นาที O2 sat 98-100%
																[illegible] ไม่งอแง ไม่ต้องการ ดื่มน้ำมาก
																[illegible]
																F: เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย
																A: CSF no Infiltration, [illegible] WBC 24.9 x 10³/uL
																I: [illegible] Ampicillin 2% mg ⊕ [illegible] 17.7 mg ⊕ [illegible], H/C, [illegible]

FM-CHN-IM:015/NUR-03
ปรับปรุง ก.ค. 59

แผ่นที่.....

Case
ผู้ป่วยใน 2

โรงพยาบาล.....

Progress nurse's note

HN0442352 AN610006061 ตึกห้องคลอด
แผนกศูนย์การแพทย์ ห.ญ.ศันธิ์ศิพย์

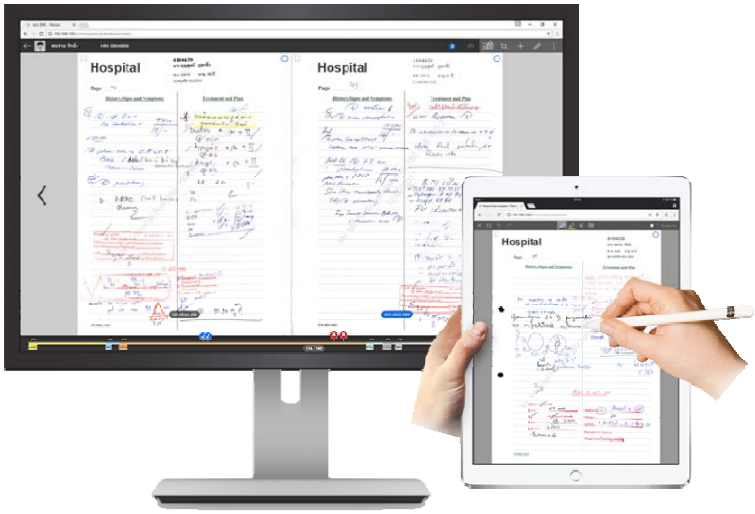
Date/Shift Time	VS T °C	P /m	R /m	BP mm.Hg	SAT O2 %	DTX mg%	HCT %	GCS (EVM)	Pupil Rt size/Reac	Pupil Lt. size/Reac	Motor po. Rt	Motor po. Lt	PAIN score	Sedative score	Falling score	PROGRESS NURSE NOTE (F=Focus, A=Assessment, I=Intervention, E=Evaluation) /Signature
[illegible]	[illegible]															F: ไม่[illegible] พว.ภาศิริ เลื่อยมจิตต์เกษม
A-[illegible]																F. มีปัญหาเกี่ยวกับ[illegible]
																A. การคลอดปกติ
[illegible]	[illegible]	138	[illegible]		98											I: ทำการเฝ้าระวังการคลอด ดูแลให้[illegible] ตาม [illegible] 40% 8 LMP ตามคำสั่ง ร่วม RCOA ตาม ร่วม obs ทารก
[illegible]	[illegible]		62		98											F: มีการคลอดทารกทางช่องคลอด
2.00	[illegible]	140	14	[illegible]	98											A. การคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
																I: check V.S. ดูแลให้ได้รับ[illegible] ดูแลให้ได้รับ[illegible] ดูแลให้ได้รับ[illegible] ดูแลให้ได้รับ[illegible] ดูแลให้ได้รับ[illegible]
																E: การคลอดปกติ ทั้งแม่ ดูแลทารกดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการตกเลือด
																/ตึกคลอด
[illegible]																P: [illegible]
[illegible]																A: [illegible]
[illegible]	87	[illegible]	[illegible]	[illegible]	98											I: [illegible]
[illegible]			58		97											[illegible]
																[illegible]
[illegible]	81	[illegible]	60		98		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]						[illegible]
[illegible]			60		98											[illegible]
																[illegible] พว.น.
8-16																F: [illegible]
10.00	[illegible]	150	60	[illegible]	100%											A: [illegible]
12.00	[illegible]	[illegible]	58		[illegible]											I: [illegible] check T.P.R. keep warm [illegible] monitor O2 [illegible]

FM-CHN-IM:015/NUR-03
ปรับปรุง ต.ค. 59

แผ่นที่.....

photoAC

EHR
MEDICAL RECORDS


Hospital
Hospital
Hospital