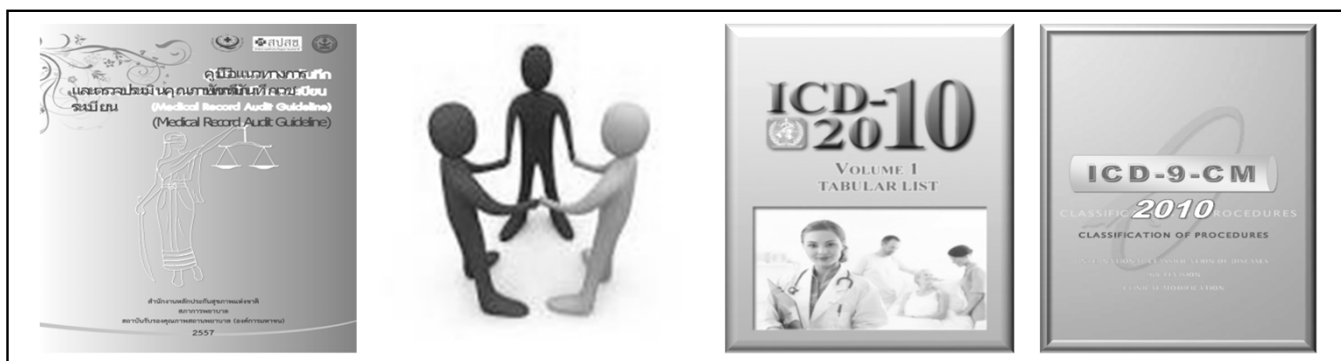


MEDICAL RECORD AUDIT

การตรวจสอบเวชระเบียนปี 2562



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย



สิทธิราชการ
(กรมบัญชีกลาง)

สิทธิท้องถิ่น

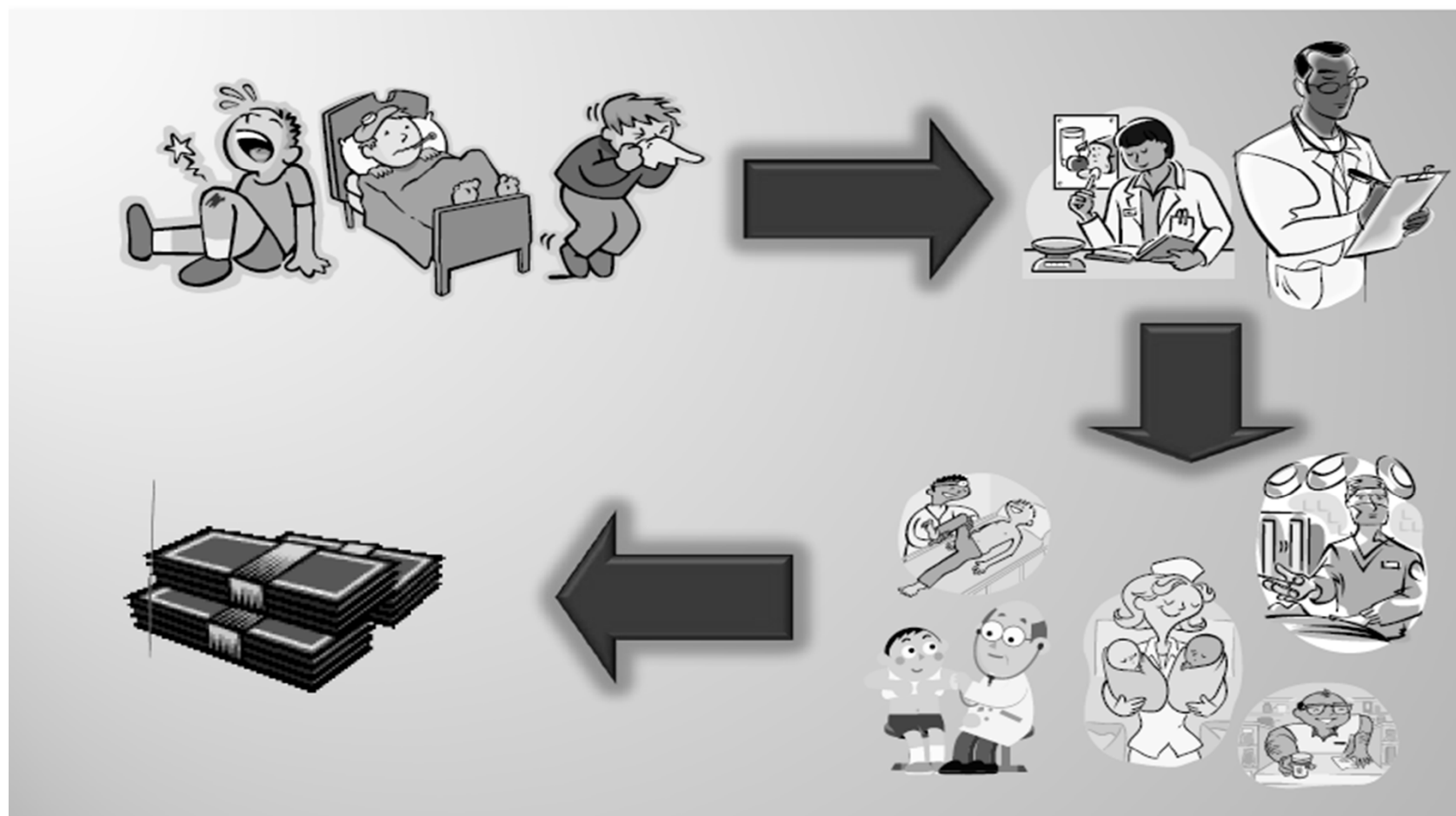
สิทธิรัฐวิสาหกิจ

สิทธิองค์กรอิสระ

สิทธิประกันสังคม

สิทธิบัตรทอง (สปสช.)

■ แนวคิดหลัก (ด้านการรักษาพยาบาล)



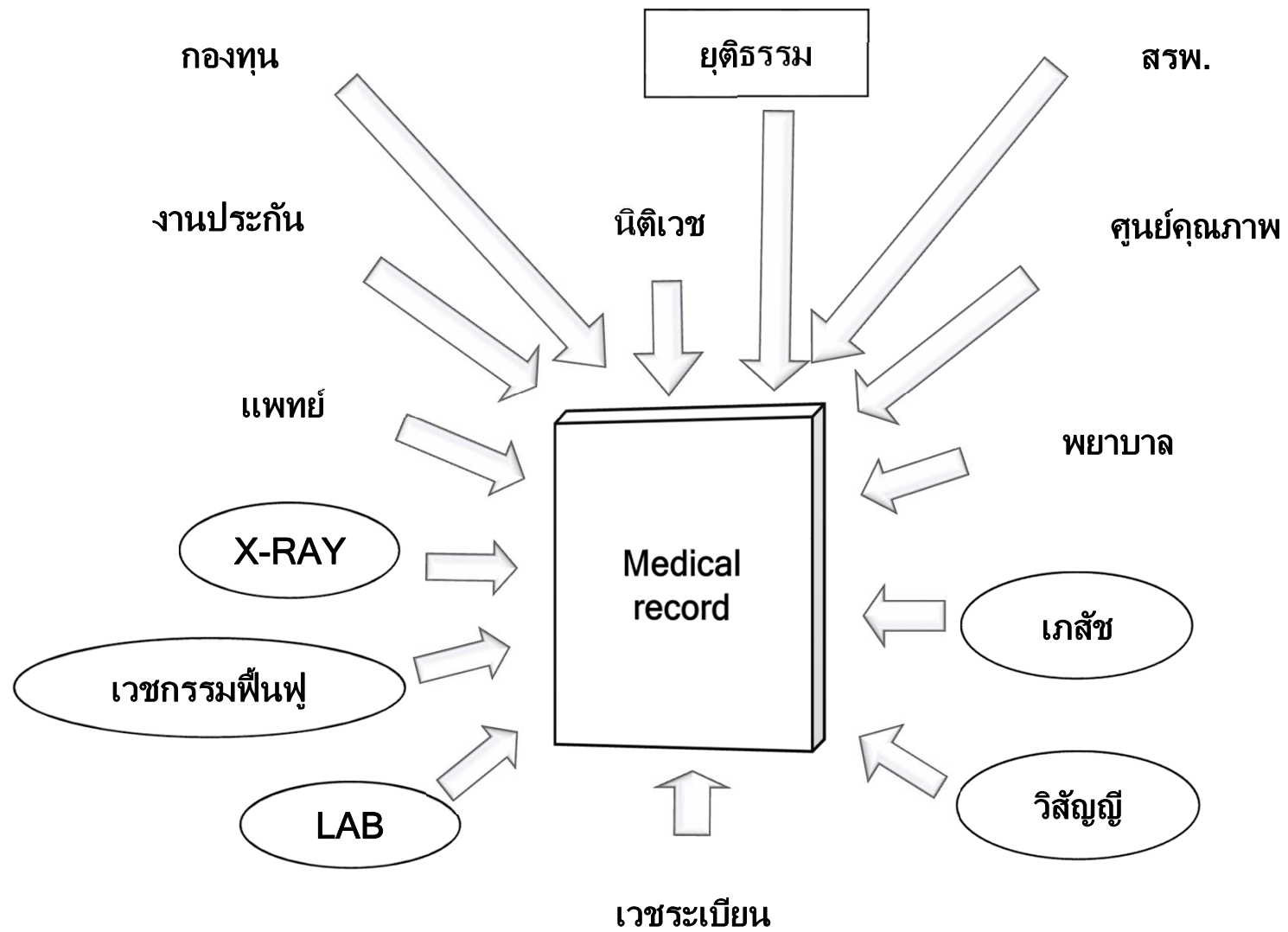
เป้าหมายหลักเวชระเบียนโรงพยาบาล

1. สรุปถูกต้องโรคหัตถการ
2. บันทึกหลักฐานครบถ้วน
3. ส่งรหัสโรคถูกต้อง
4. สรุปเวชระเบียนทำทันที
5. ส่งเรื่องเบิกครบถ้วน ทันเวลา

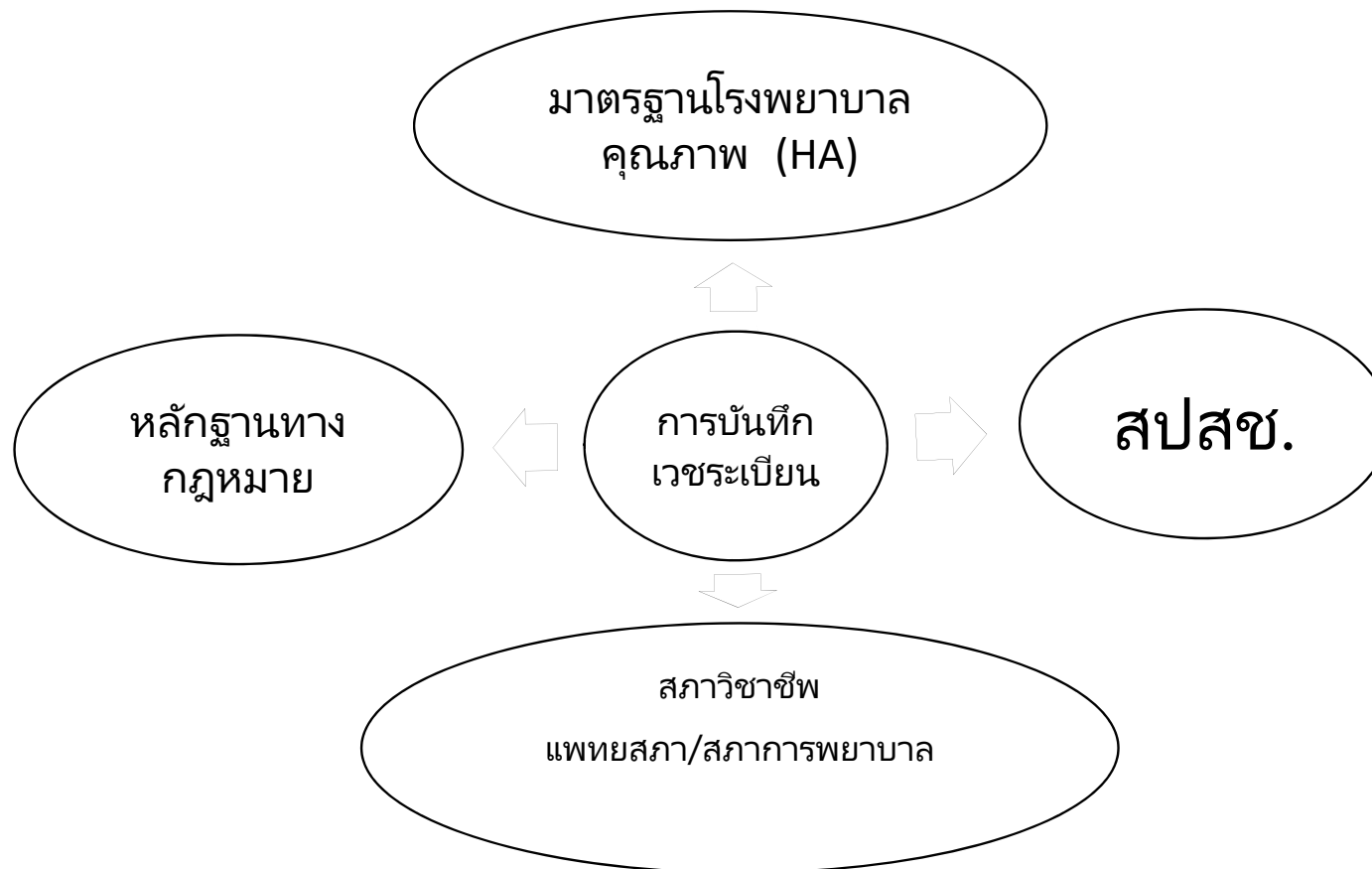


เวชระเบียน (Medical Record)

- เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย
- ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือผลการชันสูตรพลิกศพ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ เอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาการกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาล
- เอกสารทางเวชระเบียน หมายถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรคหรือรหัสเหตุการณ์
- การจัดทำรายงานทางการแพทย์การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย
- รวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR)



ทำไม... จึงต้องมีแนวทางการบันทึก ??
ทำไม... จึงต้องตรวจประเมินคุณภาพ ??



★ ★ แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



★

พ.ญ. นิภาพร อรุณวรากรณ์

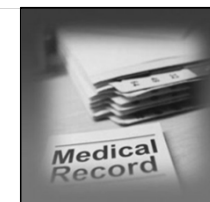
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก

1. **โดยสถานพยาบาล** เป็นการตรวจสอบภายในทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้มารับบริการจำนวนหนึ่งแล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจว่าสถานพยาบาลมีข้อมูลที่มีคุณภาพดี สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีคุณภาพสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาได้
2. **โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือจังหวัด** เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับอำเภอหรือจังหวัด ทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสถานพยาบาลที่มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล รู้สถานการณ์คุณภาพข้อมูลในระดับอำเภอ หรือจังหวัด เพื่อไปกำกับดูแล ช่วยพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพข้อมูลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. **โดยเขตบริการสุขภาพหรือ กระทรวงสาธารณสุข** เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับเขตบริการสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุข โดยนำผลการตรวจสอบของจังหวัดมาวิเคราะห์เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาคุณภาพข้อมูลในจังหวัดต่างๆ และนำผลการวิเคราะห์มากำหนดมาตรฐาน หรือวิเคราะห์เชิงระบบ เพื่อใช้งานแผนดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพในระดับเขตหรือระดับชาติ

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อสกุล เพศ อายุ ที่อยู่ ของผู้ป่วย วันเวลาที่มารับรักษา และชื่อผู้รักษา โดยส่วนที่เป็นชื่อผู้รักษาซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ต้องมีชื่อ นามสกุล บันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว



- ประวัติความเจ็บป่วย

อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ(chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และประวัติอดีตประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- การตรวจร่างกาย

การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชีต ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นและสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากขึ้น ตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้



- การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค

เมื่อบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ต้องควรบันทึกการวินิจฉัยโรค โดยไม่ใช่คำย่อ (เช่น DM) ไม่เป็นคำกำกวม (เช่น URI) ต้องไม่ใช่คำบรรยายรหัส ICD เป็นคำวินิจฉัยโรค และคำวินิจฉัยโรคต้องบอก ชื่อโรค ชนิดโรคและตำแหน่งที่เป็นโรคให้ชัดเจน

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่ส่ง



- การรักษา

การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุกขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ

- หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก

ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีระบุความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว

- ประวัติการติดตาม บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม

เช่น มาตรวจโรคเบาหวาน บันทึกประวัติอาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินเก่ง น้ำหนักลด อาจบันทึกอาการของโรคแทรกซ้อน อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเป็นลม หิว ใจสั่น เหงื่อแตก อาการโรคแทรกซ้อนเรื้อรังเช่นชาปลายเท้า บวม

- การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม

เช่น มาตรวจโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดความดันโลหิต มาล้างแผลหลังการทำแผล ต้องบันทึกลักษณะแผล อาจบันทึกการตรวจร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น วัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นประเมินว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อหรือไม่

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึกการแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจระดับ Fasting plasma glucose ได้ 135 มก./ดล. HbA1c 8.0% แปลผลว่าระดับการควบคุมยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

- การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช่คำย่อ

เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน

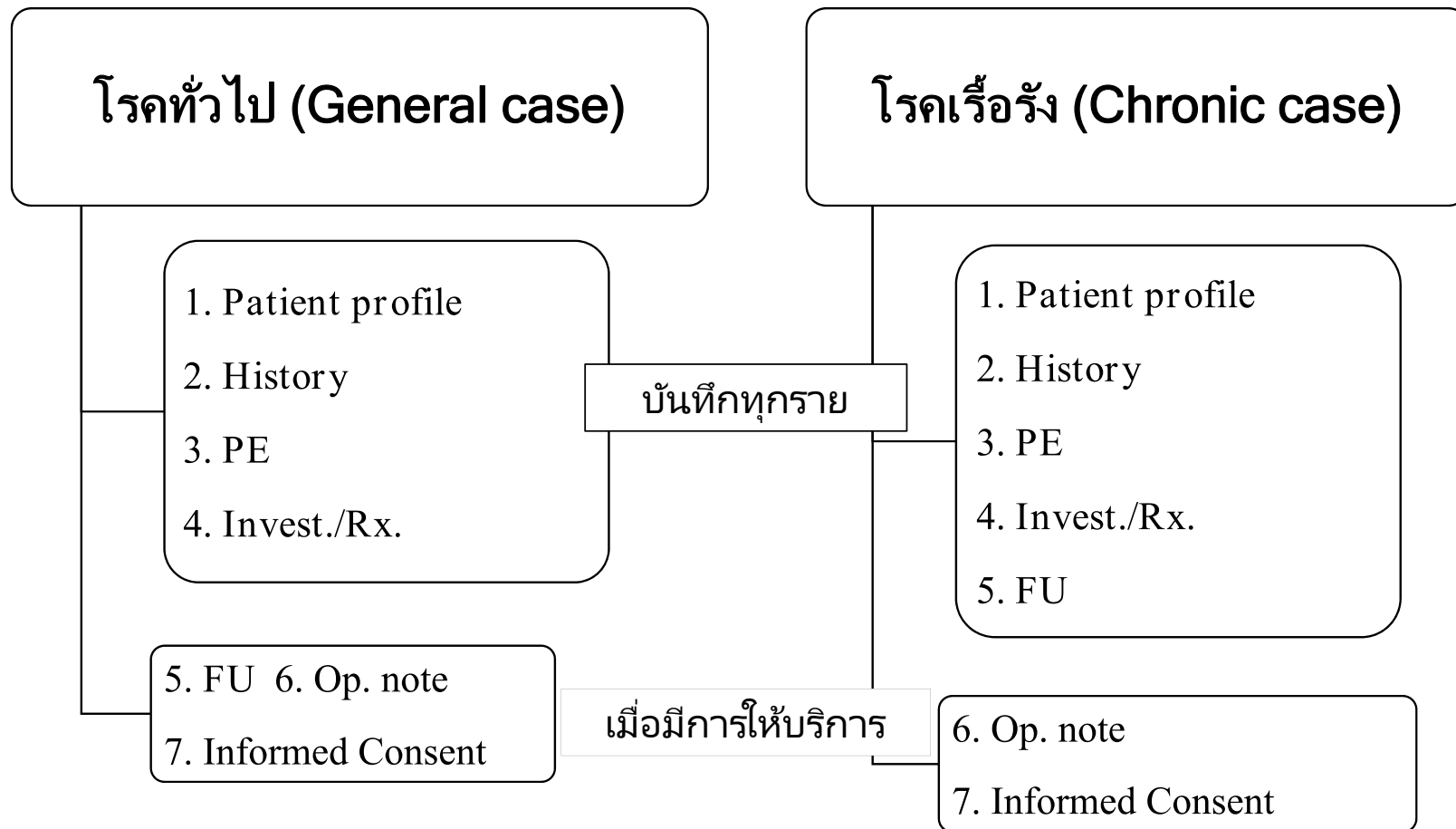
- การรักษา บันทึกการรักษา

เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทานยา รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำอธิบายเหตุผล

- ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว



แนวทางการบันทึกเวชระเบียนนอก ผู้ป่วยทั่วไป / เรื้อรัง



การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วน ของ
เวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)
2. NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ "NA"
3. Overall findings
 - 3.1 Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการ
ทบทวน
 - 3.2 No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 - 3.2 Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุ
รายละเอียดของปัญหานั้น
4. การรวมคะแนน
 - 4.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Missing = 0)
 - 4.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
 - 4.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case), ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case) คะแนน เต็มต้องไม่น้อย
กว่า 19 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 9 เกณฑ์)
 - 4.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย
1 ครั้ง คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 24 คะแนน (ใน Content ของ Follow up อาจ มีกรณี NA จำนวน 2
เกณฑ์)



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

กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก 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 เพิ่ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)					1		0							
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 review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)
คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

House HN

PID

☐ Yes ☐ No

☐

General case

Diagnosis

Visit Date

☐

Chronic case

ช่วงเวลาที่ต้องตรวจ

ชื่อ

Diagnosis

1st Visit Date

กรณี Chronic case ไม่ได้อยู่ใน visit ที่เป็น General case

การบันทึก: กรณีที่มีการบันทึกคำปรึกษาในช่องข้อ 1

กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับกรณี Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีที่มีการบันทึกคำปรึกษาในช่องข้อ 1

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ

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	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	รวม	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1	Patient's Profile															
2	History (1 st 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 100.....คะแนน

(ไม่น้อยกว่า 20 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน: General case)

(ไม่น้อยกว่า 28 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง: Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 3 ครั้ง)

Sum score 100.....คะแนน

Overall finding (....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาด้านการทบทวนที่สงสัย)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับกรณี Visit ครั้งนั้น

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

ระบุ.....

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by..... Audit Date

สำนักตรวจประเมินคุณภาพการบริการ สำนักเวชระเบียนและคุณภาพการบริการ

วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจประเมิน ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกทั่วไปและฉุกเฉิน

วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ หรือ ช่วงเวลาที่กำหนดว่าจะทำการตรวจประเมิน ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลานานน้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ เช่นกรณีที่เพิ่งตรวจพบโรคเรื้อรังในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ของปีที่ผ่านมา ให้ใช้ข้อมูลนั้นเป็นประวัติการเจ็บป่วยครั้งแรก

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile (7ข้อ)

1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่นนายนาง.) HNและอายุ หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิดอนุโลมให้มีเฉพาะปีพ.ศ. ได้

2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ✧ คนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ✧ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ✧ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- ✧ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ✧ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.
- ✧ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อหรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile(7ข้อ)

4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)

5 มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

6 มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ใน ทุกแผ่น ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้า ที่ส่งให้ตรวจสอบ

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไข ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

เกณฑ์การให้คะแนน: History (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป)หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ได้มาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี...” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0-14 ปี) หรือ Social history, Personal history (กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA)
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวนความถี่และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

หมายเหตุ

- 1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ ซักประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA
- 2) ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination ผู้ป่วยนอก (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบบ WNL (within normal limit)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่ สอดคล้องกับ chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบบ WNL (within normal limit)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบบ NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีเด็กบันทึกส่วนสูง ทุกราย

2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือ ค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบบ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้กรณีที่ เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน

- ✧ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA
- ✧ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ไม่ผ่านเกณฑ์
- ✧ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำ หัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่สั่งจ่าย กรณี ไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น
(ดู คลำ เคาะ ฟัง)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุป
ปัญหาที่เกิดขึ้นและมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษา
อยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ
การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครังก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดง
หลักฐาน standing นั้น

✧ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA

✧ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการส่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการส่งตรวจ
วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์

✧ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ
หรือข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow
up ครั้งต่อไป กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบใน
การตรวจ รักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา)

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ
(Operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า“รอผล Pathology” หรือ “รอผล ชิ้นเนื้อ”

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

Informed consent เกณฑ์การประเมิน (1)(7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้น

(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษา

Informed consent เกณฑ์การประเมิน(2) (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อ พยานครบถ้วน โดยระบุชื่อนามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้พยามาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้พยามาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจ ที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกครบถ้วนเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

1. Patient profile
2. History
3. PE
4. Invest./Rx.
5. FU
6. Op. note
7. Informed Consent



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

กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก 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 เพิ่ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st 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 (.....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (.....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

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

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

ตัวอย่างเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.ข้อมูลใน OPD card

บัตรตรวจโรค โรงพยาบาล		ปี	
ประจำปี 2546		(10/7/2546) เลขที่หัวไป	
ชื่อ	ก ก ก ข ข ข	อายุ	69 ปี
ที่อยู่	เลขที่บัตรประชาชน		
ชื่อ	134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์คึก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์		
สิทธิ	ข้าราชการองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น		
วันที่	5 พ.ค. 2551		
มารดา	ประเภทผู้ป่วย ☐ เจริญ ☐ ไม่เจริญ		
บิดา	☐ นอน ☐ ส่งต่อ ☐ นัด เวลาซักประวัติ		
อาชีพ	BP..... mmHg T..... °C P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที นน..... kg		
ชื่อผู้ติดต่อ	C.C.....		
ที่อยู่	P.I.....		
โทร.	P.H.....		
เลขที่เฉพาะ	การเห็น ☐ ไม่มีประวัติเห็น ☐ แพทย์		
หน่วย	การพยาบาลก่อนตรวจ		
Maker:pcu1thongsri	การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ		
	☐ ประเมินขนาด..... ☐ ให้คำแนะนำ..... ☐ ชื่นชมขอบคุณ..... ☐ โรค..... ☐ สอนคำแนะนำ..... ☐ ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ.....		
	☐ ขณะตรวจ ☐ หักการ..... ☐ จัด position..... เหตุการณ์หลังตรวจ..... ☐ ให้คำแนะนำ/สอนการดูแลเรื่อง..... ☐ โรค..... ☐ การใส่ยา..... ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... ☐ ปฏิบัติตามแผนการรักษา..... ☐ นัดตรวจ..... ☐ นัดผ่าตัด..... ☐ ไม่นัด..... ☐ ส่งปรึกษา..... ☐ อื่น ๆ.....		
	ผู้บันทึก		

ตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



HN [Redacted]
ชื่อ น. [Redacted]
สิทธิการรักษา เบิกต้นสังกัด(จ่ายตรง/กบค)
แพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

ใบตรวจรักษา OPD

อายุ 48 ปี 11 เดือน CID3100201567486

เลขที่สิทธิ
โรคประจำตัว โรคเบาหวาน ปฏิเสธ

วันที่ 14 ธันวาคม 2558

วิธีการมาเดินมา
ห้องตรวจ อายุกรรม

T. 0 C. P. 110 /min. RR 20 /min. BP. 150 / 100 mmHg FBS0
BW. 60 Kgs ส่วนสูง 162 BMI. 22.862

CC-08.47 นปวดศีรษะปวดกลืนเนื้อที่ว่างทาง PE.
ปวดสันคอ สะบัก 2ข้าง 4วัน, วัด BP
ส่วนสูง 162 ส่วนตบ 110 ส่วนเอว 102 ส่วนสะโพก 102

HPI. [Handwritten notes]

☒ Non emergency
☐ วัคซีนมีนัดควรถว
GA
HEENT ☒ N ☐ A
HEART ☐ N ☐ A
LUNG ☐ N ☐ A
Ab ☐ N ☐ A
Ext ☐ N ☐ A
Neuro ☐ N ☐ A

☐ Emergency
☐ วัคซีนไม่มีนัด ☐ วัคซีนใหม่
ช่วยเหลือนอนกรด
☐ นั้งพักวัด BP ซ้ำ เวลา
☐ ซ้ำ Tepid sponge เวลา
☐ ให้อา
เวลา
Visit Plan :
[Handwritten notes]

การวินิจฉัย **Hypertension**
Diag_text 2) Drzmm 3) Myople stained Nerv 4) [Handwritten]

รายการ	จำนวน	NPC
1. กำกับอาการผู้ป่วยนอก ในเวลาตรวจการ	# 1	
2. BETAHISTINE 6 MG. เม็ด 12pt (1 เม็ด * 2 PC)	# 30	
3. DiMenHyDriNate (DraMaMino)tab. 50 MG. เม็ด 12pc (1*2 o pc)	# 20	
4. LOSARTAN 100 mg. เม็ด 51pt (1/2 เม็ด * 1 PC)	# 15	
5. MEFENAMIC ACID(PONSTAN)(NED) 250 MG. แท็บเล็ต 13pc (1 เม็ด * 3 PC)	# 20	[EB]
6. CALCIUM CARBONATE-ChalkTab 600 MG. เม็ด 11pc (1*1 o pc)	# 20	
7. ALPRAZOLAM (XANAX) 0.5 MG. เม็ด 51pt (1/2 เม็ด * HS)	# 10	

NED

2. คำสั่งการรักษาของแพทย์

3. ลายเซ็นชื่อ
สกุลของแพทย์

แพทย์ผู้สั่ง [Signature]

1. Patient's profile

- ข้อมูลรพ.
- ข้อมูลผู้ป่วย
- ข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน
- PID หมายเลข 13 หลัก
- ประวัติแพ้
- ข้อมูลหมู่เลือด
- ข้อมูลชื่อ นามสกุลของญาติ
- วัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูล
- ผู้บันทึกข้อมูล
- กรณีมีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

ตัวอย่างเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

บัตรตรวจโรค โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2546 (10/7/2546) เลขที่ทั่วไป 318445					
ชื่อ ท้าว ที่อยู่ 134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์ อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ สัญชาติ ไทย วันเกิด 1 ต.ค. 2487 มารดา นางสาว... บิดา นาย... อาชีพ ... ชื่อผู้ติดต่อ 0 ที่อยู่ 134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์ อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ โทร. ...	อายุ 69 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3180500057056 วันที่ 5 พ.ค. 2551 ประเภทผู้ป่วย ☐ เจริญ ☐ ไม่เจริญ ☐ นอน ☐ ส่งต่อ ☐ นัด เวลาพักประวัติ..... BP..... mmHg T:..... °C P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที Hb..... g C.C..... P.I..... P.H..... การแพ้ยา ☐ ไม่มีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ยา..... <table border="1"> <tr> <th>การพยาบาลก่อนตรวจ</th> <th>การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ</th> </tr> <tr> <td> ☐ ประเมินอาการ..... ☐ ให้คำแนะนำ..... ☐ ขั้นตอนบริการ..... ☐ โรค..... ☐ สอน/แนะนำ..... ☐ ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ..... </td> <td> ☐ ขณะตรวจ ☐ หัตถการ..... ☐ จัด position..... หัตถการหลังตรวจ..... ☐ ให้คำแนะนำ/สอนการดูแลเรื่อง..... ☐ โรค..... ☐ การใส่ยา..... ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... ☐ ปฏิบัติตามแผนการรักษา..... ☐ นัดตรวจ..... ☐ นัดหัตถการ..... ☐ ไม่นัด..... ☐ ส่งปรึกษา..... ☐ อื่น ๆ..... </td> </tr> </table>	การพยาบาลก่อนตรวจ	การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ	☐ ประเมินอาการ..... ☐ ให้คำแนะนำ..... ☐ ขั้นตอนบริการ..... ☐ โรค..... ☐ สอน/แนะนำ..... ☐ ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ.....	☐ ขณะตรวจ ☐ หัตถการ..... ☐ จัด position..... หัตถการหลังตรวจ..... ☐ ให้คำแนะนำ/สอนการดูแลเรื่อง..... ☐ โรค..... ☐ การใส่ยา..... ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... ☐ ปฏิบัติตามแผนการรักษา..... ☐ นัดตรวจ..... ☐ นัดหัตถการ..... ☐ ไม่นัด..... ☐ ส่งปรึกษา..... ☐ อื่น ๆ.....
การพยาบาลก่อนตรวจ	การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ				
☐ ประเมินอาการ..... ☐ ให้คำแนะนำ..... ☐ ขั้นตอนบริการ..... ☐ โรค..... ☐ สอน/แนะนำ..... ☐ ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ.....	☐ ขณะตรวจ ☐ หัตถการ..... ☐ จัด position..... หัตถการหลังตรวจ..... ☐ ให้คำแนะนำ/สอนการดูแลเรื่อง..... ☐ โรค..... ☐ การใส่ยา..... ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... ☐ ปฏิบัติตามแผนการรักษา..... ☐ นัดตรวจ..... ☐ นัดหัตถการ..... ☐ ไม่นัด..... ☐ ส่งปรึกษา..... ☐ อื่น ๆ.....				
เลขที่แพทย์ ... หน่วย ... Maker:pcu1thongsri	ผู้บันทึก ...				

สิทธิการรักษา

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, HN, เพศ, อายุหรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วนในหน้าแรกของเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่น ๆ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ให้ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

เกณฑ์ข้อที่ 6 ระบุวัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการบันทึกหมู่เลือด หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด” และมีการระบุชื่อผู้บันทึกกำกับไว้

หัก 1 คะแนน

- (1) กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ และไม่ได้ระบุผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
- (2) กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น ยกเว้น กรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays



HN 0

ชื่อ น.

ใบตรวจรักษา

อายุ 48 ปี 8

สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต

แพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

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., ปวดเข้าข้างขวา บวม 1 เดือน, PE.

ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธยา

HPI. ปวดเข้าข้างขวา บวม 1 เดือน,

ยังไม่ได้รับการรักษาที่โดนบันทึกโดย

จักษุแพทย์โดย พญ.สุจินดา

☐ Non emergency ☐ Emergency☒ รอยเค็มมีน้ำคั่ง ☐ รอยเค็มไม่มีน้ำคั่ง ☐ รอยใหม่

GA

HEENT ☒ N ☐ AHEART ☒ N ☐ ALUNG ☒ N ☐ AAb ☒ N ☐ AExt ☒ N ☐ ANeuro ☒ N ☐ A

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

☐ นิ่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา

BP.

☐ ตั้ง Tepid sponge เวลา

T.

☐ ให้ยา

เวลา

☐ อื่นๆ

Visit Plan :

F/U

☐ สุขุม ☒ ไม่สุขุม ☐ คืบสุรา ☒ ไม่คืบสุรา
ให้คำแนะนำ ☐ การใช้อา ☐ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☐ การรับประทานยา
☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. History

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการบันทึกอาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ แบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึกในการเข้ารับการรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาน้อยกว่า 3 เดือน (ในปีปฏิทิน : ตค.- ธค.) ให้ใช้ข้อมูลการซักประวัติในการตรวจรักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจประเมิน

* วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้ง *

เกณฑ์การให้คะแนน: History

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Chief complaint อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและฉุกเฉิน) หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง)
กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

เกณฑ์การให้คะแนน: History

เกณฑ์ข้อที่ 5 ประวัติประจำเดือน (ผู้หญิง อายุ 11 – 60 ปี) และ vaccination (เด็ก อายุ 0 – 14 ปี),
Personal history, Social history และ Growth development (กรณีไม่เกี่ยวข้อง ให้ระบุ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการซักประวัติการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 7 ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
หมายเหตุ เกณฑ์ข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ
ซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H
(What, Where, When, Why, Who, How, How many)

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดย การดู หรือ เคาะ ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่
สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดยระบุ WNL

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดย การคลำ หรือ ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่
สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดยระบุ WNL

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก P, R กรณีที่มีประวัติ มีไข้ให้วัด Temperature ร่วมด้วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึก BP ทุกราย ยกเว้นกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหา
ของผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นให้ระบุ NA ในเกณฑ์การประเมินข้อนี้

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี (เพื่อติดตามพัฒนาการและในกรณีผู้ป่วยที่ให้น้ำเค็มบำบัด เพื่อคำนวณการให้น้ำและประเมินภาวะโภชนาการ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

4. Treatment/ Investigation

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการให้การรักษา/การ
ตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือแผนการรักษา
ต่อเนื่อง ใน visit ที่ต้องการตรวจ

ตรวจรักษา OPD

วันที่ 11 พฤษภาคม 2560

48 ปี 8 เดือน CID3180100487011

วิธีการมา เดินมา

เลขที่สิทธิ 8951600998

ห้องตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไป

โรคประจำตัว

Refer 910

การวินิจฉัย Diag_text

M179: Gonarthrosis, unspecified (PDx)

รายการ

จำนวน ราคา/หน่วย N

1. ค่ายร่วมจ่าย 30 บาท	# 1	30
2. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในวอร์ดราชการ	# 1	50
3. DICLOFENAC TAB. 25 MG. เม็ด 13pc(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	0.5
4. RANITIDINE TAB. 150 MG. เม็ด 12pc(1 เม็ด * 2 AC)	# 20	1
5. ORPHENADRINE+PARACETAMOL(NorGeSic) 35+450 MG เม็ด 13pc(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	1

Dr. M. Kachare

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา
 ให้คำแนะนำ ☐ การใช้ยา ☒ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ☒ การรับประทานอาหาร
☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การออกกำลังกาย ☒ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ศ.สุจินาภรณ์ ไทยเขียว

แพทย์ผู้ส่ง น. พง

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกรายละเอียดการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit..”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย / การรักษา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่น ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุชื่อแพทย์ หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) ไม่มีการบันทึกการสั่ง การตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจ

(2) มีบันทึกการสั่ง ตรวจวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลการระบุโรค หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกประวัติ (History) และการติดตามผลการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้องหรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น และเกี่ยวข้อง
(ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation)
พร้อมสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่งตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ รังสี และการตรวจอื่นๆ
กรณีที่ไม่มีคำสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA
(การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถ ตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) กรณีมีบันทึกการส่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

(2) กรณีมีผลการตรวจแต่ไม่มีการบันทึกการส่งการตรวจวินิจฉัย

6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการทำผ่าตัด/
หัตถการ หรือส่วนของเวช
ระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่า
เป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำ
ผ่าตัด/หัตถการ ของผู้ป่วย ใน
การเข้ารับการรักษาใน
visit ที่ต้องการตรวจ

แบบบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วยนอก (แผ่นต่อ Operative Note)

IM/OPD-08

Operative Date: 16 May 2021 Start time: 9:05 AM Ended time: 9:30 AM

Surgeon: Dr. P. P. Assistant: Dr. P. Surgical nurse: Dr. P.

Pre-operative diagnosis: ...

Position: ☒ Supine ☐ Prone ☐ Rt. lateral ☐ Lt. lateral ☐ Lithotomy

Anesthetic Note

BW: 65 Kgs. height: 170 cms. BMI: 22.6 kg/m²

โรคประจำตัว: ...

Allergy: ...

Physical status: ...

Anesthesia: ...

Anesthetic agent: ...

Monitor: ☐ NIBP ☐ SpO₂ ☐ EKG

Vital signs: ครั้งที่1 ครั้งที่2 ครั้งที่3

BP.(mmHg.): 135/77

PR/HR.(time/min.): 92

%SpO₂: 99

Complication: ☒ no ☐ yes

Home medication: ...

นัดฟังผลชิ้นเนื้อ/นัดตรวจ วันที่: 28 May 16 ห้องตรวจ: ...

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัด/หัตถการ (Operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด/หัตถการ (Operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัด/ หัตถการ (Post operative diagnosis) ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์
ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการท่าน
ใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไข โดยผู้อื่นได้

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/ หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

7. Informed consent

เอกสารที่ใช้ประเมิน

บันทึกการรับทราบข้อมูลและ
ยินยอมรับการรักษาหรือทำ
หัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัด
หรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD
Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการ
ระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก
Informed consent ของผู้ป่วย
ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน
ครั้งนั้น



กระทรวงสาธารณสุข

รหัส
HNG
แผน
.....

.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

ในฐานะเป็น ☒ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ..... ของผู้ป่วย ชื่อ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์/ทันตแพทย์
รวมทั้งทีมผู้ให้การรักษายาบาลของโรงพยาบาลชยันตนาเรนทร โดย.....

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและ
ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตรวจรักษาโดยการผ่าตัด การระงับความรู้สึก/การใช้ยาชาเฉพาะที่/การ
ฉีดยาที่บริเวณ..... และ/หรือหัตถการอื่นๆ การได้รับเลือดในท้องผ่าตัด รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น และทางเลือกดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็น.....
2. ทางเลือก.....
3. ข้อดี/ข้อเสียของการผ่าตัด/หัตถการ.....
4. เวลาในการใช้รักษาประมาณ.....
5. ความเสี่ยงของผู้ป่วย.....

ก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ: ☐ มีโรคประจำตัว..... ☐ สูงอายุ ☐ มีภาวะช็อค ☐ สุขอนามัยไม่ดี
☐ การผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีต ☐ โรคจิต/ประสาท ☐ ไม่รู้สึกตัว/สับสน ☐ แพ้ยา/แพ้อาหาร

☐ ยาที่กินอยู่เช่นแอสไพริน/ยาแก้อักเสบ/สเตียรอยด์/NSAID ☐ ปัญหาในการดมยาสูดเช่นอ้วน/คอสั้น/อ้าปากไม่กว้าง

หลังทำการผ่าตัด/หัตถการ: การให้ยาระงับความรู้สึก, การผ่าตัด/หัตถการ, การเสียเลือดมาก, อื่นๆ.....

6. ผลการรักษา ผู้ป่วยอาจจะหายดีหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการหรืออาจถึงเสียชีวิตได้จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นซึ่งมี
โอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งที่ได้มีการระมัดระวังอย่างที่สุด ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆและได้รับคำอธิบายเป็นที่เข้าใจชัดเจนแล้ว

ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจยอมรับ	รับการผ่าตัด/หัตถการ(ระบุ)	วัน เดือน ปี	ขอแสดงเจตนาปฏิเสธ(ระบุ)	วัน เดือน ปี
1. การตรวจรักษาพยาบาล				
2. การผ่าตัด/การได้รับเลือดในท้องผ่าตัด				
3. การระงับความรู้สึก				
4. การทำหัตถการ	การผ่าตัดลิ้นหัวใจ (MVA)			
5. การกู้ชีพ				

ผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัด/หัตถการและการระงับความรู้สึก

ลงชื่อ..... พว.....

ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วย.....

ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย.....

..... พยาน

วันที่..... พ.พ. / ๖ / ๒๕..... เวลา..... น.

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ ชื่อ สกุลผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ สกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการลงลายมือชื่อพยาน ครบถ้วน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกครบถ้วน เดือน ปีที่ให้และรับทราบข้อมูล

หมายเหตุ ลายมือชื่อหรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของผู้ใดและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุลของผู้รับทราบข้อมูล และยินยอมให้ทำการรักษา / หัตถการ ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นในรายสมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่ สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือให้ชัดเจนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

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 (1 st 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 review (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



HN 0 [redacted]

ชื่อ นาม [redacted]

สิทธิการรักษา เบิกต้นสังกัด(จ่ายตรง/ทบก)

แพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

ใบตรวจรักษา OPD

วันที่ 14 ธันวาคม 2558

อายุ 48 ปี 11 เดือน CID: [redacted]

วิธีการมา เดินมา

เลขที่สิทธิ

ห้องตรวจ อายุรกรรม

โรคประจำตัว โรคเบาหวาน ปฏิเสธ

Refer จาก

การวินิจฉัย

1) Hypertension

1.diagnosis

Diag_text

2) Diabetes

3) Myocardial infarction 4) Stroke

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.

44

รายการ

จำนวน NPC

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	# 1	
2. BETAHISTINE 6 MG. เม็ด 12pc (1 เม็ด * 2 PC)	# 30	
3. DiMenHyDrINate (DraMaMino)tab. 50 MG. เม็ด 12pc (1*2 o pc)	# 20	
4. LOSARTAN 100 mg. เม็ด 51pc (1/2เม็ด * 1 PC)	# 15	
5. MEFENAMIC ACID(PONSTAN)(NED) 250 MG. แท็บเล็ต 13pc (1 เม็ด * 3 PC)	# 20	[EB]
6. CALCIUM CARBONATE-ChalkTab 600 MG. เม็ด 11pc (1*1 o pc)	# 20	NED
7. ALPRAZOLAM (XANAX) 0.5 MG. เม็ด 51pc (1/2เม็ด * 1 PC)	# 10	

2. คำสั่งการรักษาของแพทย์

3.ลายเซ็นชื่อ

สกุลของแพทย์

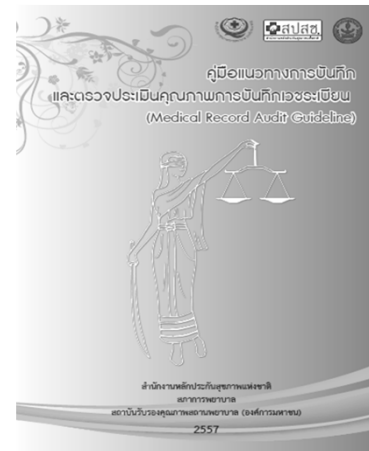
แพทย์ผู้ส่ง พญ. [redacted]

ตัวอย่างข้อมูลในสิ่งยาแบบแสดงค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก OPD card

2. ชื่อ-สกุล	3. HN	4. PID	1. ชื่อ รพ.			
นางสาว	HN : 318445-24	บัตรประจำตัวประชาชน				
ชื่อผู้ป่วย 1	วันเดือนปี 5/5/2557					
5 วันที่รักษา	รายการ	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน เบิกได้	จำนวนเงิน เบิกไม่ได้	จำนวนเงินสุทธิ
	๑. ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ					
	ค่าบริการผู้ป่วยนอก(นอกเวลาราชการ)	1	50.00	50.00		50.00
	รวม					50.00
	๓. ค่าเวชภัณฑ์มีโชยา					
	OZFLC16 (รหัส 0501)		30.00	30.0	0.0	30.00
	รวม					30.00
	๗. รายการค่าบริการอื่น ๆ					
	ค่าเอกซเรย์(X-RAY) (รหัส 100)	1		170.0	0.0	170.00
	ค่าตรวจทางห้องเคมี(LAB) (รหัส 004)	1		50.0	0.0	50.00
	ค่าบริการ พยาบาลระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ (รหัส W028)	1		90.0	0.0	90.00
	รวม					310.00
	รวมทั้งสิ้น			390.00	0.00	390.00

6 รายการค่ารักษา

แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน



พ.ญ. นิภาพร อรุณวรากรณ์

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง

1. Discharge summary : Diagnosis, Operation

2. Discharge summary : others

3. Informed consent

4. History

5. Physical examination

6. Progress notes

12. Nurses' note

บันทึกเพิ่มเติมในบางราย 5 เรื่อง

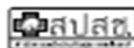
7. Consultation record

8. Anesthetic record

9. Operative notes

10. Labour record

11. Rehabilitation record



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Medical Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of (Hospital name) HN AN Date admitted Date discharged
 การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "1"
 กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาษา ให้ "NA"
 กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนใดครบ หรือหายไปบางส่วน ให้ภาษาในช่อง "Missing"
 กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"
 กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ภาษาในช่อง "NO"

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx., OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurses' note helpful															

Full score รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ
 Overall finding
 (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
 (...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้
 (เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
 (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
 (...) Certain issues in question specify (มีปัญหากจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)
 Audit by Audit Date

Sum score รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Miss = 0 ,No = 0)

Full score รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)

Contents แต่ละชิ้นจะมีคะแนนเต็ม เท่ากับ 9 คะแนน

Contents ที่เป็นสาระสำคัญ 7 ชิ้น ต้องประเมินทุกเวชระเบียน

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. เกณฑ์การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน
กรณี การบันทึกนั้นผ่านเกณฑ์ ให้ 1 กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ให้ 0
2. **Missing** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่า ไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing
3. **NA** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, Anesthetic record, Operative note, Labour record, Rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA
4. **No** หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No
5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่ **complete** รายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึก

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6.Overall findings:การจัดเรียงเวชระเบียนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ส่วนที่ 1 Admitting & Identification Section : (มีหรือไม่มีก็ได้)

1) Diagnosis Summary Index 2. Admission and Discharge Record

ส่วนที่ 2 Clinical Medical Section :

- 1) Discharge Summary
- 2) Referring Letter Sheet
- 3) Informed Consent
- 4) History Record
- 5) Physical Examination Record
- 6) Progress Note
- 7) Consultation Report
- 8) Physician's Orders
- 9) Anesthetic Record
- 10) Operative Report
- 11) Labour record
- 12) Pathology Special Report
- 13) Pathology :

X-rays Report Laboratory

Report Hematology

Report X-rays

Report Blood ,Transfusion Report

- 14) Electrocardiogram Report
- 15) Electroencephalogram Report
- 16) Other Special Clinical Reports

ส่วนที่ 3 Paramedical Section :

- 1) Physiotherapy Sheet
- 2) Occupational Therapy Sheet
- 3) Speech Therapy Sheet
- 4) Social Work Report
- Other Paramedical Reports

ส่วนที่ 4 Nursing Section :

- 1) Nurses' Notes
- 2) Graphic Record
- 3) Fluid Balance Summary
- 4) Diabetic Chart

บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5 Discharge/Death Section:

- 1) Discharge's Form
- 2) Autopsy Report and Consent for autopsy

ส่วนที่ 6 เอกสารอื่น

เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี),เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณี อุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับ ข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปีและเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด(Operating room procedure) ทุกครั้ง กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัด ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก หัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้)

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียนกรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุป Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณี Discharge type เป็น "by transfer" ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

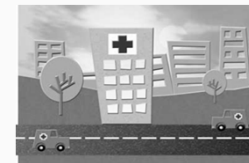
เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หักข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไขนั้น

2. Discharge summary: others

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ถูกต้องครบถ้วน กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร และไม่สามารถสืบค้นได้ ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างดาว กรณีคนต่างดาวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ "ไม่มีเลขที่บัตร" กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า "ไม่รู้สีกตัว" กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า "ไม่รู้สีก ตัว" กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admit, วันเดือนปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูล ในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS : Length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน



3. Informed consent

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
- 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลังพร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่ทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณี ที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

3. Informed consent

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษ วิธีการรักษา หรือหัตถการการใช้ยาจะรับความรู้สึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการ ผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่า มีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้อง กับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกครบถ้วนเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

4. History

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมียอย่างน้อย 3 ข้อ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการการดูแลตนเองอื่นๆที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
1. Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 2. กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
 3. กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมืออ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติ ได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood Pressure (กรณี Blood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปีโดยพิจารณาตาม สภาพปัญหาของผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

(2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น(กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้อนุโลมให้คะแนน โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้กรณีที่บันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

6. Progress notes

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก Progress note
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล หรือ การรักษาหรือ ให้ยา หรือมีการทำ Invasive procedure
- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล หรือการรักษา หรือ ให้ยาหรือมีการทำ Invasive procedure
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการบันทึกการแปลผล Investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการ รักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการลงวัน เดือน ปี และ เวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการส่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รศส. (รับคำสั่ง)หรือ คำสั่งโดยผู้ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม(ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

12. Nurses' note(1)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ✧ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และ
- ✧ อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ✧ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ✧ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการ หรือ ปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย และ
- ✧ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัตถุประสงค์ที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา และ
- ✧ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหาหรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

12. Nurses' note (2)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

- ✧ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด (ถ้ามี)
- ✧ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ✧ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้ คำปรึกษาการแนะนำ สุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่น ๆ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

- ✧ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และ
- ✧ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และ
- ✧ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

12. Nurses' note (3)

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ✧ การระบุนาการ อาการแสดง รวมทั้ง ผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- ✧ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ✧ ระบุนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ✧ มีการระบุนข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- ✧ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)
- ✧ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ✧ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่อง จากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)

12. Nurses' note (4)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ✧ แกร็บ : ระบุนวันเดือนปี และเวลา แกร็บผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ✧ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการ เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ✧ ก่อนจำหน่าย: ระบุนวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ✧ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ✧ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัด ของพื้นที่ในการบันทึก)

หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร
- (2) บันทึกวัน เวลา ในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ไม่สอดคล้องกับ คำสั่งการรักษา

7. Consultation record

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4)
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของรับคำปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา โดยสามารถระบุ ได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

8. Anesthetic record

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ ข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัดซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ ข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า(ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฟื่อาระวังระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้นหากไม่มีต้องระบุ "ไม่พบปัญหา"
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9. Operative notes

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (Post operative diagnosis) หากจะใช้ด้วยข้อใดเฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ "same" หรือใช้เครื่องหมาย "ปีกกา" หรือเครื่องหมาย "-----" หรืออื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post operative diagnosis
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย Position incision สิ่งที่ได้ต้อออกเป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว ต้องระบุ "ไม่มี"
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุ ได้ว่าเป็นผู้ใด

หักคะแนนกึ่งหนึ่งของคะแนนที่ประเมินได้จาก Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

10. Labour record

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกการประเมนผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 การประเมนผู้คลอดระยะรอคคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress labour (Uterine contraction, Cervical dilation and effacement, membrane), fetal assessment (fetal heart sound: FHS, movement, station), complication

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
ในกรณี Elective Caesarean section ไม่ต้องประเมน ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรู้สึก (ถ้ามี) การทำ Episiotomy ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาหลังคลอด ในส่วน: Placenta checked, Complication ในระยะหลังคลอด, Blood loss, Vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

11. Rehabilitation record

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุวิธีหรือตำแหน่งที่ต้องการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

2. Discharge summary: others

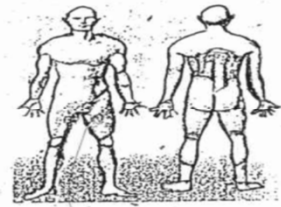
โรงพยาบาล [REDACTED]		IN - PATIENT SUMMARY	
1. ADMISSION NUMBER 60	2. I.D. NO. 3-	3. HOSPITAL NUMBER 02	
4. PATIENT'S NAME AND ADDRESS นางสาวอติพร นิลทิพย์ พิจิตร บ้านท่าโพธิ์ โทร. 081-2819216		5. MARITAL STATUS โสด	6. SEX ชาย
7. ETHNIC GROUP ไทย		8. SERIAL NUMBER OF ADMISSION 02	
9. OCCUPATION นักเรียน นักศึกษา เติบโต (ไม่ได้ทำงาน)			
10. PERSON TO BE NOTIFIED นางสาวอติพร นิลทิพย์ 132 [REDACTED] อ.วัดสิงห์ อ.ชัยนาท โทร. 081-2819216	11. DATE OF BIRTH 01/07/2490	12. AGE AT ADMISSION 69	13. BIRTHWEIGHT 7 26 (GRAMS)
14. DATE OF ADMISSION 18/07/2560	15. DATE OF DISCHARGE 19/07/2560	16. TIME OF DISCHARGE 12:39:00	17. CONDITION OF CHILD AT BIRTH ☒ LIVEBORN ☐ STILLBORN
18. DEPARTMENT ศัลยกรรมกระดูก	19. WARD ศัลยกรรมกระดูก	20. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (DAYS) 2	21. CLINICALLY MATURE ☐ CLINICALLY MATURE ☐ CLINICALLY PREMATURE
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น Closed Intertracheal Fracture Left Femur			
(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S) COPD with Acute exacerbation			
(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY) 1. _____ 2. _____ 3. _____			
(4) OTHER DIAGNOSIS 1. _____ 2. _____ 3. _____			
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY _____			
OPERATING ROOM PROCEDURE (การผ่าตัด) หัตถการหลักเพื่อรักษาโรค ORIF with dynamic Hg. Screw and plate			
DATE 18/07/2560 TIME IN 16:05 TIME OUT 17:05			
NON OPERATING ROOM PROCEDURE () MECHANICAL VENTILATOR () <96 hrs. or () >96 hrs. () CARDIOPULMONARY RESUSCITATION () DEFIBRILLATION () ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPE () WITH BIOPSY			
SPECIAL INVESTIGATIONS () BLOOD TRANSFUSION ระบุชนิด _____ () ULTRASOUND ระบุชนิด _____ () COMPUTERIZED TOMOGRAPHY ระบุชนิด _____			
28. DISCHARGE STATUS 1. COMPLETE RECOVERED 2. NOT IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. DELIVERED 5. UNDELIVERED			
29. DISCHARGE TYPE 1. BIRTH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. ESCAPE 4. BY TRANSFER 5. OTHER 6. DEAD/AUTOPSY 7. DEAD/NO AUTOPSY 8. BY TRANSFER 9. OTHER			
30. DISCHARGE TYPE 1. BIRTH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. ESCAPE 4. BY TRANSFER 5. OTHER 6. DEAD/AUTOPSY 7. DEAD/NO AUTOPSY 8. BY TRANSFER 9. OTHER			
ATTENDING PHYSICIAN [REDACTED] APPROVED/AUDITOR [REDACTED]			
FM-CHN-IM-001 ปรับปรุงครั้งที่ 4 : ต.ค. 57			

3. Informed consent

77

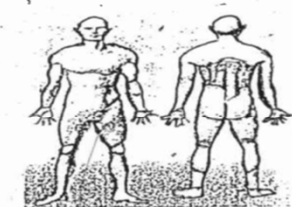
หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

4. History

 โรงพยาบาล Admission Note (Hx & PE)		HN 0290432 กลุ่มงาน Orth. นพ.	
History รับไม่จาก ☐ ER ☒ OPD ผู้ให้ประวัติ ☒ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ☒ ไม่ refer รพ. Chief Complaint Present Illness Past Illness ☐ No ☐ DM ☐ HT ☐ DLP ☐ IHD Systemic review GA ☐ Normal ☐ HEENT ☐ Normal ☐ Respiratory ☐ Normal ☐ Cardiovascular ☒ Normal ☐ Hemato/Immune ☒ Normal ☐ Musculoskeletal ☐ Normal ☐ Neuro ☒ Normal ☐ KUB/Menstruate ☒ Normal ☐ Drug allergy ☒ No ☐ Previous Medication History of operation Personal History • Smoking ☐ No ☐ Yes • Drinking ☐ No ☐ Yes • อาชีพ Family History		Physical Examination BP 110/70 mmHg, RR 18, BT 36.5, BW 60 kg, Ht 170 cm GA Good HEENT ☐ Normal ☐ Respiratory ☐ Normal ☐ CVS ☒ Normal ☐ Abdomen ☒ Normal ☐ Neuro ☒ Normal ☐ KUB /Reproduct ☒ Normal ☐ Musculoskeletal ☒ Normal ☐  Film Plan of Management ☐ Investigation ☒ Supportive ☒ Operation แพทย์ วันที่ 27/2/60	
Provisional Diagnosis / Problem(s) Closed fracture Lt intertrochanteric			

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

5. Physical examination

 โรงพยาบาล [redacted] Admission Note (Hx & PE)		HN 0290 [redacted]
History รับใหม่จาก ☐ ER ☒ OPD ผู้ให้ประวัติ ☒ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล ☒ โทร refer รพ... Chief Complaint ... Present Illness ... Past Illness ☐ No ☐ DM ☐ HT ☐ DLP ☐ IHD Systemic review GA ☐ Normal ☐ HEENT ☐ Normal ☐ Respiratory ☐ Normal ☐ Cardiovascular ☒ Normal ☐ Hemato/Immune ☒ Normal ☐ Musculoskeletal ☐ Normal ☐ Neuro ☒ Normal ☐ KUB/Menstruate ☒ Normal ☐ Drug allergy ☒ No ☐ Previous Medication ... History of operation ... Personal History • Smoking ☐ No ☐ Yes • Drinking ☐ No ☐ Yes • อาชีพ ... Family History ...		Physical Examination BP .../.../... RR ... BT ... BW ... kg Ht ... cm GA ... HEENT ☐ Normal ☐ Respiratory ☒ Normal ☐ CVS ☒ Normal ☐ Abdomen ☒ Normal ☐ Neuro ☒ Normal ☐ KUB /Reproduct ☒ Normal ☐ Musculoskeletal ☒ Normal ☐  Film ... Provisional Diagnosis / Problem(s) Closed fracture Lt intertrochanteric Plan of Management ☐ Investigation ☒ Supportive Admit Ortho ☒ Operation แพทย์ ... วันที่ 27/12/60

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

6. Progress notes

 โรงพยาบาล _____ Order & Progress Note				
Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
sita Chl Intestachol Fract left fem plan order DHS				ยาเดิม: - Proctolol HCl (Mepfen) 50 mg 1x2 qm - Theophylline (SR) (Theodur) 200mg 1x2 qm - Aro 1x2 qm - Salbutamol 1 puff prn for wheezing - Perc H2E 1 puff bid
plan งดน้ำงดอาหาร	27/12/60	- Vit K 1 amp @ 0.3 ml - Sub cut for order DHS 1ml SB 10mg 12.30น 1 ml Act < 300 mg 10	27/12/60	งดน้ำงดอาหาร พยาบาล ตรีรัตน์ 27/12/60 (15.00) 1 amp of fentanyl 100 mcg
28/12/60 - งดน้ำงดอาหาร - งดยา - งดน้ำ - งดยา - งดน้ำ - งดยา	28/12/60	5/5/10/2 1.000 ml only 60 ml พยาบาล ตรีรัตน์ 28/12/60 (15.00)	28/12/60	3 1 x 2 qm Acton (12) 1 amp - Aro 1x2 qm พยาบาล ตรีรัตน์ 28/12/60 (15.00)

หมายเหตุ : กรุณาบันทึกถึง OFF โดยไม่ต้องรอจนกว่า เปรียบผลค่าส่งคืน
 FM-CHN-IM-006
 ปรับปรุง ครั้งที่ 3 : ค.ศ. 55

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

7. Consultation record

โรงพยาบาลชยันตเกษร		CONSULTATION NOTE	
From Department <u>Med</u>	To Department <u>SX</u>	Department <u>SX</u>	
Date _____	Time _____	Date <u>1/11/61</u>	Time <u>14.00</u>
Summary of clinical data (Dx & Case) : <u>- Alcohol</u> <u>- hepatic encep</u> (โดย EGD: พบ BV F1) <u>- Portal hypertension</u> 3 มหาวงเวียนโลหิต พบ รอยดำ admit 3 มหาวงเวียนโลหิต 3 มหาวงเวียนโลหิต PR/ PR: Yellow feces <u># LOEH</u>		Summary of evaluation data (Hx PE & Ix) <u>วัย 47 ปี</u> <u>VD Alcoholic cirrhosis child C</u> <u>Portal HT (BV), Hepatic encephalopathy</u> ตับโต 10x10 ซม. ตับแข็ง 10x10 ซม. ตับแข็ง 10x10 ซม. 2 ขณ 11x11 ซม. ตับโต 6 ซม. ตับโต 6 ซม. ตับโต 6 ซม. ตับโต 6 ซม. - ตับโต 6 ซม. 10 ซม. Hct 20% → Blood transfusion → Hct 3 Diagnosis/problem(s) <u>PR: mass at rectum,</u> <u>active bleed, Proctoscope: Internal</u> <u>hemorrhoid c bleeding</u>	
Consult for <u>- proper Mx</u>		Advice/Plan <u>Correct plt, INR.</u> <u>Imp plt > 100,000</u> <u>INR < 1.5.</u> <u>If bleeding ptx hemomoldesty,</u> <u>- Doflan 2x3 gr</u>	
Signature <u>[Signature]</u>		Signature <u>[Signature]</u> <u>อ. พญ. นว</u>	

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

8. Anesthetic record

โรงพยาบาลชยันตเรนทร
ANESTHESIA RECORD

Date: 12 ต.ค. 61 OR/Ward: 3 / 9.1.61 Address: 30 ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

Problem: 1. Asthma 2. Hx G.A. 3. 0.60 ปี 4. 0.60 ปี

Sex: F Wt: 48 kg Ht: 160 cm Hb/Hct: 10.5 / 34.7 Plt: 325 x10³

FBS: BUN: Cr: eGFR: Na: K: Cl: CO₂: PT: PTT: INR: HbV: CXR: EKG: HBV:

ASA: 1 2 3 4 5 6 7

Service unit: ☐ C.V.T. ☐ Gen. ☐ ENT. ☐ EYE. ☐ Neuro. ☐ Ortho. ☐ Uro. ☐ Plastic ☒ Syn. ☐ 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: ☐ RAE size: ☐ Spiral size: ☐ Tracheostomy

Airway Management: ☐ Mask ventilation easy Y N ☐ LMA insertion easy Y N ☒ Intubation easy Y N ☐ Blade ☐ Video Laryngoscope ☐ Rapid sequence+Cricoid pressure

Confirm by: ☒ RBS ☒ ETCO₂ ☐ FOB

Monitors: ☒ EKG ☒ SpO₂ ☒ NBP ☒ ETCO₂ ☒ Urine ☐ ABP ☐ CVP ☐ Temp ☐ Other

Regional Anesthesia: ☐ Spinal ☐ Epidural Lt Rt ☐ Other

Site: Needle: Agent:

Anesthetic level: ☐ Fiberoptic intubation ☐ Endoscope ☐ Other

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

Line accesses: 1. Rt hand #18 2. 3.

Special Techniques: ☐ Eyes protected ☒ Forced air-warmer ☐ Pressure points checked ☐ Sural side identified ☐ Patient identified ☐ Baby delivered time

Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Placenta wt: cm

Delivery: ☒ PACU ☐ Ward ☐ Discharged ☐ Planned ICU ☐ Unplanned ICU

BP: 118/68 HR: 88 SpO₂: 100

ANESTHESIA RECORD

Time: 15.15 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00

SpO₂: 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

ETCO₂: 36 34 34 34 34 34 34 34 34 34

Temp: 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5 36.5

BP: 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65 111/65

Pulse: 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm 98 bpm

Start Anes: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Start OP: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

End Anes: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Events/Symbols: N2O (400) 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200

Flow: 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200

Blood: 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200

Urine (500): 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600 100/600

ERL: 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200 400/200

Remark: 1. 2. 3.

Reversal with: 1.2 mg Atropine 2.5 mg Neostigmine Time: 15.30 15.31

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

Pre Dx: Eclapic Pregnancy Right

Post Dx: Eclapic Pregnancy Right Fimbria

Op: Eclapic Pregnancy Right Fimbria

Start Anes: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Start Op: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Op. finish: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Anes finish: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

Total Anesthetic time: 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15 15.15

ANESTHESIST: (Signature) ASST: (Signature) SCRUB NURSE: (Signature)

ANESTHESIA RECORD

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

9. Operative notes

 โรงพยาบาลชนบทนครินทร์ Operative Note		BL SD UR IR			
Operative Date	19/03/60	Started time	08:10	Ended time	00:40
Surgeon	Dr. [Redacted]	Assistant	Dr. [Redacted]		
Surgical Nurse	นางสาว [Redacted] (วิภาดา ศรีสุภา)				
Pre-operative Diagnosis	Small intestine & hollow viscus organ perforation				
Post-operative Diagnosis	Jejunum perforation				
Operative Technique	Explor lap for repair jejunum				
Anesthetic Technique	GA	Anesthetist	Dr. [Redacted] / Dr. [Redacted]		
DESCRIPTION OF OPERATION					
Position :	☒ Supine ☐ Prone ☐ Rt. lateral (Lt. side up) ☐ Lt. lateral (Rt. side up) ☐ Lithotomy				
Findings :	- perforated jejunum 10 cm from DJ < 50% circumference of bowel wall - moderate contamination of small bowel content - inflamed segment of jejunum ~ 5 ft.				
Procedure :	- Midline incision - Jejunum was repair, about 7/0 suture technique & silk - Abdominal toilet was done - Bleeding was closed - Abdomen was done				
Pathology	☒ ไม่ส่ง ☐ ส่ง specimen of _____				
Wound type	☐ I Clean ☐ II Clean Contaminated ☒ III Contaminated ☐ IV Dirty				
EBL	☐ no ☐ 50 ml				
Complication	☒ no ☐ yes _____ ตามมีข้อสงสัย				
Form CHN-IM.009/CR.1 ปรับปรุงเมื่อ 3-8-55					

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

10. Labour record

โรงพยาบาล [redacted] [redacted]

DELIVERY RECORD

NAME: น.ร. 187220104 11/60 Age: 35 yes Ward: 808000 Nationality: Thai Race: Thai
Address: 36 ม. 3 ต. พึ่งฯ อ. พะนาญ จ. พะนาญ HIN: 2612 AN: 2349

OBSTETRIC HISTORY: E.D.C. 27/12/00 LMP: 20 ก.ค. 01 Wn: 78 Kgs: 51 Cms: 162
Full term: ☒ Premature: ☐ Abortion: ☐ Living: ☒ Stillbirth: ☐
Past Obstetric Complication: ☐
Prenatal Care: Yes ☒ No ☐ When? 6 months Where? อ. พะนาญ No. of Attendance: 5 ครั้ง
Present Obstetric Complication: ☐
Serology: Date taken VDR: 11/60 HIV: No HBsAg: No DCIP: No OF 2 ชาติ DCIP: OF 1 ชาติ Hct (13.2%) (2) %

LABOR: Spontaneous ☒ Induced ☐ Method: ☐
Onset of Labor: ☐ First Stage: ☐ hrs. ☐ mins.
Full dilatation: 15.20 % Second Stage: ☒ hrs. ☐ mins.
Birth of Child: 15.20 % Third Stage: ☒ hrs. ☐ mins.
Birth of Placenta: 23.00 % Duration of Labor: ☒ hrs. ☐ mins.
Date of Birth: 23.00 % Fetal Heart Sound Before Birth: yes ☒ No ☐ When? 15.20 %
Membranes: Type of rupture: Spontaneous ☒ Artificial ☐ Leakage ☐ Time of Rupture: ☐
Cervical dilatation: ☐ Station of presenting part: ☐
Medication: (dose & time): ☐

DELIVERY: Normal ☒ Abnormal ☐ Position: ☒ Gestation: 39 1/2 Weeks By: 20/12/00
Operation: ☒ Indication: Controlled p/his Anesthetist: ☐
Anesthetic: Sp. Anesthetist: ☐
Oxytocic Drug: ☐

INJURIES: Laceration: Perineum 1° ☒ 2° ☐ 3° ☐ Rectal ☐ Mucosa ☐ Foenix ☐ Cervix ☐
Type of Episiotomy: Median ☒ Right Mediolateral ☐ Left Mediolateral ☐
Method of repair: Interrupted ☐ Subcuticular ☐ By Chromic cat gut No. 2/0

PLACENTA & MEMBRANES: Spontaneous Delivery ☒ Manual Removal ☐
Gross Appearance: Normal ☒ Abnormal ☐ Wt. 500 gm. Complete ☒ Incomplete ☐ Cord lead length: 60 cms.
Abnormalities of Placenta & Cord: ☐

POSTPARTUM CONDITION: Normal ☒ Abnormal ☐
Estimated blood loss: ☐ ml. B.P.: ☐ mm. Hg. Pulse: ☐ min. Temperature: ☐

Remarks & Treatment: ☐

NEWBORN: Wrist No.: ☐ Sex: Male Appx Scores: (1 min): 10 (5 min): 10 (10 min): 10
Alive ☒ Stillbirth: Fresh ☐ Macerated ☐ Weight: 3.6 kg gm. Length: 54 cms 101 ซม. cms 101 ซม. 91 cms.
Breathing: Spontaneous ☒ Stimulate ☐ Crying Time: At once ☒ Min. O. Sat: 97 %
Resuscitation: No ☒ Yes ☐ Duration: ☐ Min. Method: ☐
Anomalies at birth: ☐ Time: 15.45 Doctor incharge: ☐
Midwife incharge: ☐

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

11. Rehabilitation record

โรงพยาบาล.....

ชื่อ-สกุล.....
 กลุ่มงาน.....
 น.พ./ว.

Rehabilitation Note

☒ Regular service ☐ Bedside service

Dx: I. CVA Hemiparesis

Op: I.

Goals: I.

PT

☐ Hydrocollator pack	☐ Cold pack	☐ Ultrasound diathermy	☐ LASER therapy
☐ Cervical traction	☐ Pelvic traction	☐ NMES	☐ TENS
☐ Ambulation training with () Walker	() Crutch (es)	() Cane	() Wheelchair
weight bearing () FWB Rt. Lt.	() PWB Rt. Lt.	() NWB Rt. Lt.	() Cerebral palsy training
☐ Tilt table standing	☐ Chest PT	☐ Pre-prosthetic program	
☒ Exercise			
☐ Education			
☐ Other			

OT

☐ Paraffin bath	☐ Hand function training	☐ Perception & cognition training
☐ Developmental training	☐ ADLs training	☐ Splint
☐ Swallowing & eating training	☐ Exercise upper limb (s)	☐ Other

Underlying disease ☐ DM ☒ HT ☐ IHD old CVA

Precaution:

Doctor:
 Date:/...../..... Time:

PT

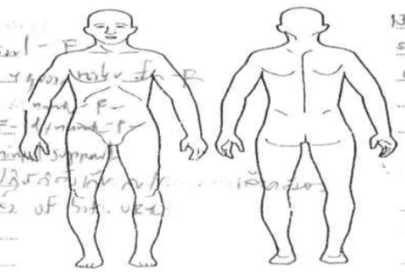
13/พค/61

ส. อัมพาตทางขวา old CVA

o: MMT III V

ADL - minimal assistance

thom program training



หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

12. Nurses' note

[illegible]



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Medical Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of _____ (Hospital name) HN _____ AN _____ Date admitted _____ Date discharged _____

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละ ข้อ ให้ "1"

กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"

กรณีที่ไม่มีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง "NA" กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง "NO"

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง "Missing"

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx, OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurses' note helpful															

Full score รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน)

Sum score ร้อยละ

Overall finding

(...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review

(ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

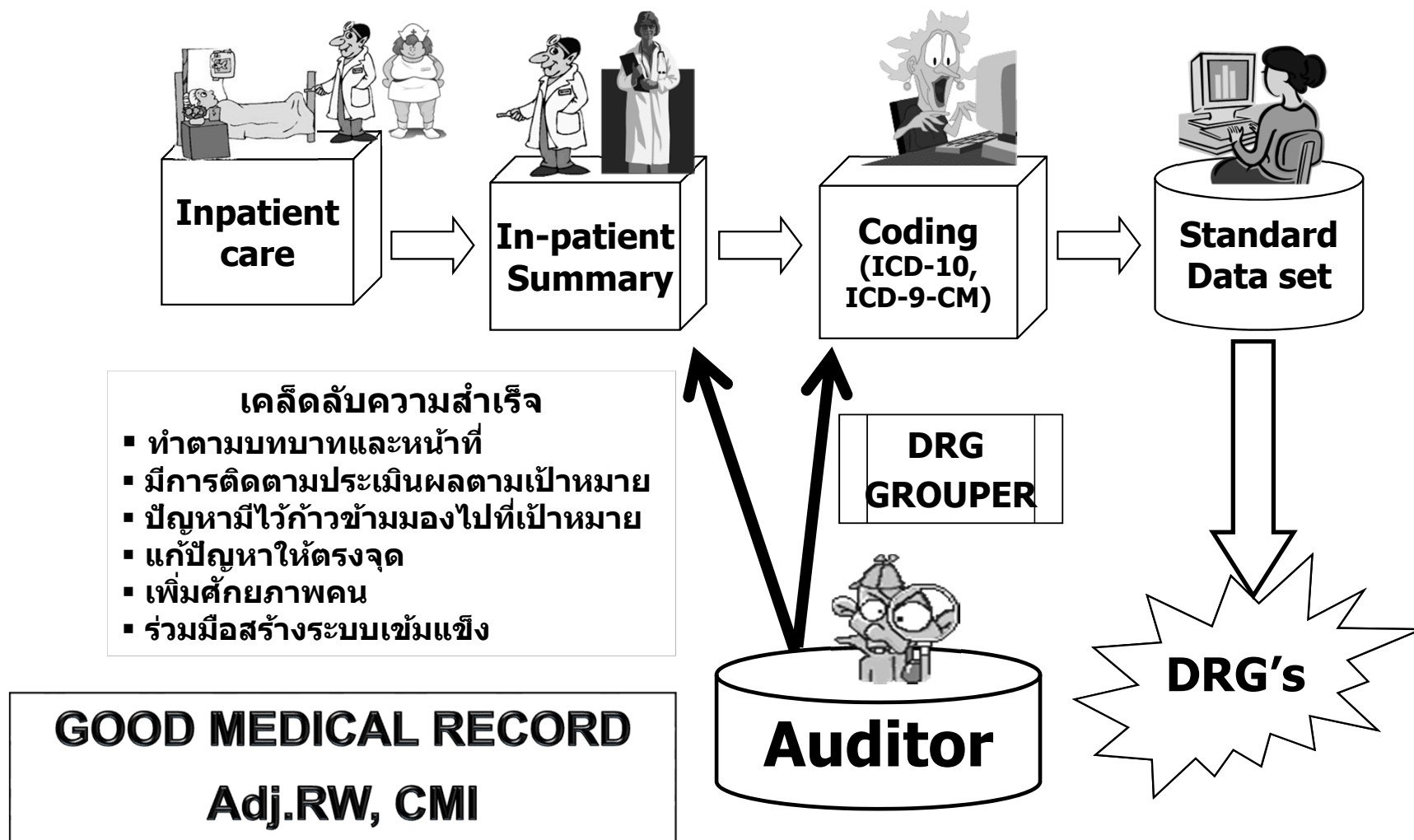
(...) No significant medical record issue identified

(ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

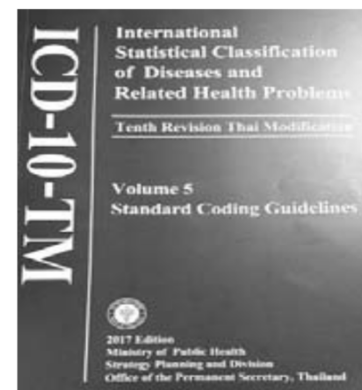
(...) Certain issues in question specify

(มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by Audit Date



แนวทางการให้รหัสโรคและหัตถการ เพื่อการตรวจสอบเวชระเบียนเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน ตามระบบ DRGs ปี 2562



แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



Discharge summary : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียกส่งรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบหากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้นแบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้
- 2) การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ **กรณีต่อไปนี้ถือว่าไม่มีการสรุปเวชระเบียน**
 - สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและไม่มีแพทย์ลงนามรับรอง (approval)
 - การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส ICD
 - การสรุปด้วยดินสอ

ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น Auditor ให้ check ว่าผิดเงื่อนไข แล้วไม่ต้อง review ต่อ แต่ให้เหตุผลไว้ว่าผิดเงื่อนไขอย่างไร
- 3) การสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ถ้าเป็นระบบ log in สามารถสืบค้นได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปถือว่ามีสรุป

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



Admission note / Progress note / Doctor's order : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) การตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บ้านที่กโดยแพทย์ผู้รักษา
- 2) แพทย์ผู้รักษา หมายความว่ารวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ท่านอื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในครั้งนั้น
- 3) ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้
- 4) ข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์
- 5) การบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้
- 6) การบันทึก progress note แต่ไม่มีการลงนามที่ progress note ถ้า auditor ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าไม่ใช่ แพทย์ผู้รักษา ให้ถือว่าเป็นทีมแพทย์ผู้รักษา

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



Operative note : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น แต่ยังคงถือว่ามี การดูแลรักษาอื่นอยู่ตามข้อมูลที่มี
- 2) กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือ มีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีหัตถการนั้น
- 3) การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง ถือว่าไม่มีหัตถการนั้น
- 4) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือด้วยย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน ถือว่าไม่มีบริการ
- 5) กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น
- 6) แพทย์บันทึกการผ่าตัดที่เป็นด้วยลายมือของทีมศัลยกรรมแพทย์ ไม่จำเป็นต้องมีการลงนาม ของแพทย์กำกับในใบ operative note (แต่กรณี MRA.จะถือว่าไม่สมบูรณ์)

Nurses note / Graphic sheet : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

Nurses note เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ เช่น

- 1) เวลาการ on ventilator ให้เริ่มนับเวลาเมื่อแพทย์ใส่ ET tube ถึงเวลาที่บันทึกว่ามีการ off ET tube ถ้าพบเพียงเวลาเดียว on หรือ off ถ้าว่าไม่สามารถระบุเวลาได้ (ได้รหัส 99.70)
- 2) ตรวจสอบการให้ยา การให้เลือด ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยา และพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ
- 3) ตรวจสอบ Graphic sheet เมื่อต้องการสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate , intake/output เป็นต้น
- 4) ตรวจสอบจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day (LOS.) กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด(นับถึงนาฬิกา) อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน Nurses note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน Nurses note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอท โดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



Investigation : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) Auditor ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่น ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา มาตีความเป็นการวินิจฉัยโรค ยกเว้น รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์
- 2) ผลตรวจรังสีวิทยา ในกรณีที่แพทย์ผู้ดูแลรักษา บันทึกผลการตรวจทางรังสีไว้สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย แต่ต้องมีคำวินิจฉัยของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องเป็น official report ของรังสีแพทย์ เท่านั้น (แต่ถ้าต้องการเบิกค่า special investigation เพิ่มเติมในกรณี OP ระบุต้องมี official report)
- 3) การสรุปหัตถการให้รังสีรักษา ต้องพบเอกสารการให้บริการรังสีรักษาว่าเป็นประเภทใดพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น
- 4) กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation ต้องมีผลการวินิจฉัยว่าเป็น malignancy ที่เป็น official report (อนุโลมรวมหมายถึงกรณีที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์ไว้ในเวชระเบียน) และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา
- 5) กรณีที่มารักษาภาวะแทรกซ้อน หรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ที่บอกรายละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

Consult / ยาเดิม / Home med : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) การส่งปรึกษา(Consult) ต้องพบการส่งปรึกษา และผลการให้คำปรึกษาซึ่งอาจบันทึกการใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาาร่วมด้วยก็ได้
- 2) ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า"ยาเดิม"และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 3) กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 4) กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์เล็กกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

Auditor ต้องไม่ให้การสรุปการวินิจฉัยโรคในกรณีดังต่อไปนี้



- 1) การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกไว้เฉพาะใน Discharge summary แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคนั้นเป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนใดส่วนหนึ่งในเวชระเบียนของการรับไว้ครั้งนั้น เช่น ใน admission note, progress note, operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย
- 2) กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause เช่น HT DM ปัญหาต่างๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัย ว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครึ่งนี้ โดยต้องบันทึกใน admission note (problem list, provisional Dx.) , progress note , operative note หรือ clinical summary เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะพบว่ามี การตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย
- 3) ยกเว้นกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์ ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้ เพื่อให้การสรุปโรคมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กรณีการสรุปการทำหัตถการ ไม่จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องเท่านั้น ถ้ามีหลักฐานว่าได้ทำหัตถการนั้นจริงก็สามารถ สรุปและให้รหัสหัตถการนั้นได้

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

การพิจารณาว่าเป็น IP visit หรือไม่ : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารดังรายการที่ 2-13 ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน
- 2) กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบและการแสดงเหตุผลความจำเป็นของหน่วยบริการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
 - กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnostic procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
 - กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
 - กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
 - กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง

ถ้า Auditor พิจารณาแล้วว่าไม่ใช่ IP visit Auditor ให้ check ว่าผิดเงื่อนไข แล้วไม่ต้อง review ต่อ แต่ให้เหตุผลไว้ในช่องremark ว่ากรณีดังกล่าวไม่ถือเป็นบริการ IP เพราะเหตุใด

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



การสรุป Pdx / Sdx : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) Pdx. มีได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยคลอด เด็กแรกคลอด
- 2) Pdx. ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็น Pdx. หากรักษาพร้อมกันหลายโรคให้เลือกโรคที่รุนแรงและสำคัญที่สุดเป็น Pdx. หากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคนั้นมีความรุนแรงและสำคัญใกล้เคียงกันให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงที่สุดเป็น Pdx. แต่ถ้า auditor พิจารณาว่าใกล้เคียงมาก ให้ยึดตามคำวินิจฉัยของแพทย์ ผู้รักษาที่เลือกโรคนั้นเป็น Pdx.
- 3) Sdx. (หมายรวมทั้ง Comorbidity & Complication) ต้องเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้น ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
- 4) ในการสรุป Sdx. ของ auditor ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ ผู้รักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน ไม่ใช่การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น
- 5) อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย โดยปกติแล้วไม่ต้องสรุปเป็น Sdx. ทั้งนี้ยกเว้นอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคนั้นเพียงบางราย และบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะมีข้อยกเว้นนี้ในรายละเอียดของแต่ละเรื่องเท่านั้น

- สรุปถูกต้อง
- สรุปครบถ้วน
- สรุปมีมาตรฐาน ทันยุคสมัย
- รวดเร็วทันเวลา
- มีประโยชน์ต่อการติดตามรักษา
- เข้าใจเกณฑ์สรุปเพื่อให้ได้รหัสโรค
และพร้อมตรวจสอบ



ขอบคุณ



