

เวชระเบียน การสรุปโรคหัตถการ 2019-2020



พญ.นิภาพร อรุณวรการณ
อายุรแพทย์

เวชระเบียน

- หลักฐานทางกฎหมาย
- เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- แหล่งข้อมูลในการศึกษาและวิจัย
- แหล่งในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์
- วิธีในการประเมินคุณภาพของการรักษา
- เครื่องมือสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข
- หลักฐานในการเบิกเงินจากกองทุนต่างๆ



เป้าหมายหลักเวชระเบียนโรงพยาบาล

1. สรุปถูกต้องโรคหัตถการ
2. บันทึกหลักฐานครบถ้วน ★
3. ส่งรหัสโรคถูกต้อง
4. สรุปเร็วทันเวลา
5. ส่งเรื่องเบิกครบถ้วน ทันเวลา

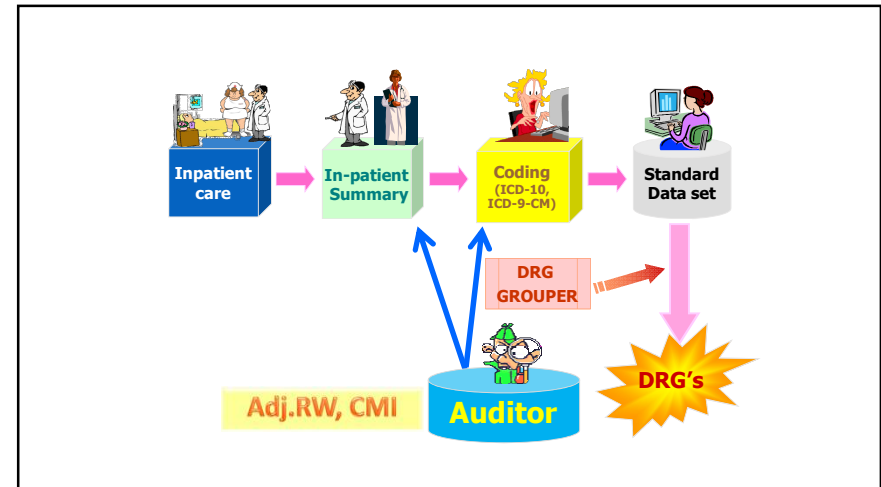
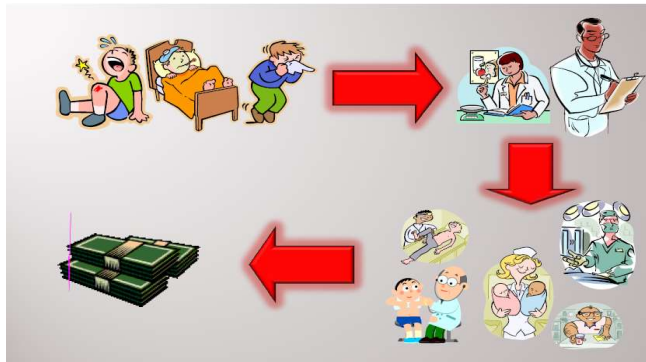


บทบาทหน้าที่การสรุปโรคหัตถการในเวชระเบียน

- **แพทย์** เข้าใจการสรุป chart เพื่อให้รหัสได้ถูกต้อง
- **Coder** ให้รหัสได้ถูกต้องเข้าใจแพทย์ สามารถสื่อสารกับแพทย์
- **Auditor** หาข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลในการสรุปและให้รหัส
- ✓ **Feed back system**
- ✓ **Team**



แนวคิดหลัก (ด้านการรักษาพยาบาล)



เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน



1. Discharge summary

- กรณีที่มี in summary discharge หลายใบ จะต้องมียกหนึ่งรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใน summary discharge ใบใด
- การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์ลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ยกเว้น นักศึกษาแพทย์ลงนามได้เพียง attending และมีแพทย์ลงนามรับรอง หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส หรือ สรุปด้วยดินสอ ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

- ✓ งดคำย่อ
- ✓ งดคำกำกวม
- ✓ ลายมืออ่านออกชัดเจน
- ✓ แพทย์เซ็นชื่อ
- ✓ แพทย์มีระบุชื่อนามสกุล



เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน



2. Admission note ใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์

3. Progress note ในการตรวจสอบสามารถใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยแพทย์กำกับ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. Doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้งสำหรับการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้



เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน



5.ผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ (OR/non OR procedure)

- Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ
- non OR procedure ให้บันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรคใด ในเบื้องต้นต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดของการทำหัตถการ
- กรณีใช้หน่วยบริการบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์
- หลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงการสรุปโรคหัตถการในข้อมูลเบื้องต้นของบันทึกการทำการหัตถการไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง
- ถ้าไม่สามารถอ่านลายมือที่บันทึกมาโดยการพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่มีการให้บริการ



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

Auditor ต้องไม่ให้การสรุปการวินิจฉัยโรคในกรณีดังต่อไปนี้



- การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกไว้เฉพาะใน Discharge summary แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคนี้เป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนใดส่วนหนึ่งในเวชระเบียนของการรับไว้ครั้งนั้น เช่น ใน admission note, progress note, operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย
- กรณีที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause เช่น HT DM มีปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัย ว่าเป็นปัญหารวมที่จำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครึ่งนี้ โดยต้องบันทึกใน admission note (problem list, provisional Dx.), progress note, operative note หรือ clinical summary เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะพบว่ามีตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย
- ยกเว้นกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์ ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้เพื่อให้การสรุปโรคมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กรณีการสรุปการทำหัตถการ ไม่จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องเท่านั้น
ถ้ามีหลักฐานว่าได้ทำหัตถการนั้นจริงก็สามารถ สรุปและให้รหัสหัตถการนั้นได้

10

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



การสรุป Pdx / Sdx : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- Pdx. มีได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยคลอด เด็กแรกคลอด
- Pdx. ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็น Pdx. หากรักษาพร้อมกันหลายโรคให้เลือกรักษาที่รุนแรงและสำคัญที่สุดเป็น Pdx. หากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคมีความรุนแรงและสำคัญใกล้เคียงกันให้เลือกรักษาที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงที่สุดเป็น Pdx. แต่ถ้า auditor พิจารณาว่าใกล้เคียงมาก ให้ยึดตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษาที่เลือกโรคนั้นเป็น Pdx.
- Sdx. (หมายถึงทั้ง Comorbidity & Complication) ต้องเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้น ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น
- ในการสรุป Sdx. ของ auditor ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้รักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน ไม่ใช้การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น
- อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย โดยปกติแล้วไม่ต้องสรุปเป็น Sdx. ทั้งนี้ยกเว้นอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคนี้เพียงบางราย และบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะมีข้อยกเว้นเป็นรายละเอียดของแต่ละเรื่องเท่านั้น

11

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



Investigation : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- Auditor ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่น ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา มาตีความเป็นการวินิจฉัยโรค ยกเว้น รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์
- ผลการตรวจสรีรวิทยา ในกรณีที่แพทย์ผู้ดูแลรักษา บันทึกผลการตรวจทางสรีรวิทยาสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย แต่ต้องมีคำวินิจฉัยของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องเป็น official report ของรังสีแพทย์เท่านั้น (แต่ถ้าต้องการเบิกค่า special investigation เพิ่มเติมในกรณี OP ธนุต้องมี official report)
- การสรุปผลการวินิจฉัยรักษา ต้องพบเอกสารการให้บริการรักษารักษาว่าเป็นประเภทใดพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น
- กรณีที่รักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation ต้องมีผลการวินิจฉัยว่าเป็น malignancy ที่เป็น official report (อันได้รวมหมายถึงกรณีที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์ไว้ในเวชระเบียน) และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา
- กรณีที่รักษาภาวะแทรกซ้อน หรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ที่นอนกรณละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างไรก็ดีไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

12

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

Consult / ยาเดิม / Home med : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) การส่งปรึกษา(Consult) ต้องพบการส่งปรึกษา และผลการให้คำปรึกษาซึ่งอาจบันทึกการใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาาร่วมด้วยก็ได้
- 2) ตรวจสอบการส่งปรึกษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า"ยาเดิม"และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor's order จึงจะถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 3) กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 4) กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์สีกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือผลการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น



13

Discharge summary

DIAGNOSIS	22	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS	} PDx	
		(2) COMORBIDITY		
		(3) COMPLICATION(S)	} SDx (→CCs)	
		(4) OTHER DIAGNOSIS		
		(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY		
OPERATION	23	OPERATING ROOM PROCEDURES		
		1.		
		2.		
		3.		
		4.		
24		NON OPERATING ROOM PROCEDURES		
		1) TRACHEOSTOMY		
		2) RESPIRATOR SUPPORT		
		3) ...		

ไม่ใช่ในการจัดกลุ่ม DRGs

ไม่ใช่ในการจัดกลุ่ม DRGs

แต่ ใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการเบิก "กรณี IN อุบัติเหตุ" และ ข้อมูลทางระบาดวิทยา

Principle Diagnosis (การวินิจฉัยโรคลหลัก)

- คำวินิจฉัยโรคเพียงคำวินิจฉัยเดียวเป็นการวินิจฉัยหลัก
- final diagnosis คำวินิจฉัยที่ละเอียดชัดเจนมากที่สุด
- ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก หากรักษาพร้อมกันหลายโรคให้เลือกโรคที่รุนแรงและสำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก
- symptom /signหรือกลุ่มอาการที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลักใช้เมื่อไม่พบโรคที่จะวินิจฉัยแทน

ยกเว้น

- ❖ ผู้ป่วยตั้งครรภ์คลอด
- ❖ ทารกแรกเกิด
- ❖ ผู้ป่วย HIV
- ❖ ผู้ป่วยมะเร็ง

15

Co morbidity (การวินิจฉัยร่วม)

- โรคที่เกิดขึ้น ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

Complication (โรคแทรก)

- โรคที่เกิดขึ้น ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

- สามารถบันทึกการวินิจฉัยร่วมได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัด จำนวนสูงสุด
- โรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษเพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่ม

Co morbidity & Complication

- การวินิจฉัยต้องมีการบันทึกคำวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ ผุดแลหรือร่วมรักษาเป็นหลักจากรับรองอยู่ในเวชระเบียนส่วนอื่นๆ เสมอ เช่น admission note, progress note, operative note
- ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นที่มีใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มาตีความเป็นการวินิจฉัยร่วมเองโดยพลการ หากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีการวินิจฉัยร่วมอื่นที่แพทย์มิได้สรุป ควรส่งเวชระเบียนให้แพทย์ทบทวน การสรุปเพิ่มเติมก่อนให้รหัส
- การให้รหัสการวินิจฉัยร่วม โรคแทรก ให้ใช้รหัสของคำวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็น การวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น

หลักฐานที่สนับสนุน (Document support coding)

- คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ปรากฏในเอกสารต่างๆของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น admission note, progress note, operative note เป็นต้น (ไม่ใช่ที่ปรากฏเฉพาะในใบsummary)
- รายงานผลการตรวจทางรังสี อัลตราซาวด์ หรือการตรวจพิเศษโดยรังสีแพทย์ หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผลการตรวจคลื่นหัวใจที่อ่านโดยแพทย์ มีการแปลผล
- รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์
- ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ การเพาะเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติอื่นๆ ที่แพทย์ได้แปลผลเป็นคำวินิจฉัยโรค
- ไม่สามารถคัดค้านการรักษาเพื่อคาดเดาว่าผู้ป่วยเป็นโรคใด

“ ไม่มีการบันทึกโดยแพทย์ ไม่ถือว่าเป็นโรคหรือไม่มีการทำหัตถการ ”



แพทย์ทำอะไร ?

- สรุปเวชระเบียนใน **Discharge summary** ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และ ชัดเจน
- บันทึกการวินิจฉัยโรค (**Diagnostic statements**) และหัตถการที่สำคัญใน Admission note, Progress note, Operative note, Consultation record, ...
- บันทึกรายละเอียดทางคลินิกเพื่อเป็นหลักฐานอ้างอิงการวินิจฉัย/ทำหัตถการ (**Clinical statements/terms**)

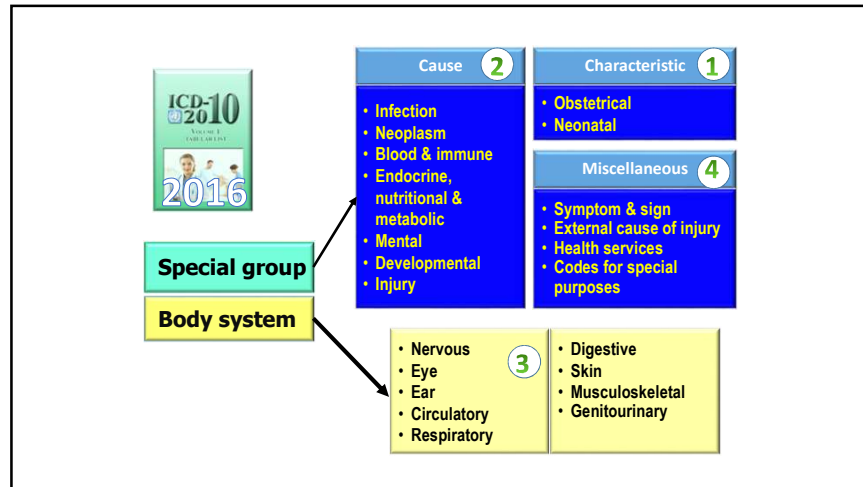


- ✓ บันทึกการวินิจฉัยหลักสำหรับผู้ป่วยทุกราย
- ✓ เขียนด้วยลายมืออ่านง่าย
- ✓ เขียนวินิจฉัยโรคหลักเพียงโรคเดียว
- ✓ เขียนการวินิจฉัยโรคร่วมแทรก ครบทุกโรค
- ✓ เขียนรายละเอียดของแต่ละการวินิจฉัย
- ✓ เขียนกลไกการบาดเจ็บหรือได้รับพิษละเอียด
- ✓ เขียนหัตถการ การผ่าตัดที่ทำให้ครบ
- ✓ เขียนคำเต็มสรุป ชัดเจน



Clinical vs Diagnostic Statements

Clinical Statement	Diagnostic Statement
Home medications include Digoxin, Lasix, Imdur, HCTZ,...	Chronic ischemic heart disease, Atrial fibrillation, Angina pectoris, Hypertension, Congestive heart failure
LUL infiltrate	Lobar pneumonia
Hgb 5.2; transfused PRC	Acute or chronic blood loss anemia, Iron deficiency anemia, ...
ABG 7.22/68/44; will treat accordingly	Respiratory failure, acidosis
Will rehydrate patient, ↓ Na	Dehydration, Hyponatremia
BP 70/40 on Dopamine for support	Shock (specify type, i.e. cardiogenic, septic)
Cardiac enzymes elevated; EKG ⊕	Acute myocardial infarction, specify site
Pulmonary edema (cardiac cause)	Left heart failure



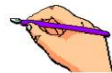
รหัสหัตถการที่สำคัญ กระทำจริง

OR procedure	Non OR procedure
- Affect DRG - Not affect DRG	31.1 Temporary tracheostomy - Tracheotomy for assistance in breathing - Temporary percutaneous dilatational tracheostomy - Code also any synchronous bronchoscopy, if performed 31.2 Permanent tracheostomy 31.21 Mediastinal tracheostomy 31.29 Other permanent tracheostomy

- OR Procedure หัตถการที่มีการกำหนดไว้ว่าเป็นหัตถการที่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมาก)
- Non OR Procedure หัตถการที่มีการกำหนดไว้ว่าเป็นหัตถการที่ไม่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (แม้ว่าในการทำจริง อาจทำในห้องผ่าตัดก็ตาม)

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.



ข้อคิด...ต่อการสรุปเวชระเบียน



- การสรุปเวชระเบียน เป็นการตั้งชื่อเรื่อง เรื่องย่อที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในใบสรุปsummary discharge
- ส่วนการสรุปการบันทึกที่เป็นรายละเอียด เนื้อเรื่องเป็นการบันทึกใน Admission note progress note, operative note, nurse note, lab X-ray, ผลชิ้นเนื้อ ต้องมีผลและมีการแปลผลบันทึกที่ชัดเจน เป็นหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัย
- การสรุปเวชระเบียนต้องใช้พื้นฐานทางการแพทย์ และการปรับด้วยความรู้ทาง ICD
- การสรุปเวชระเบียนเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย