

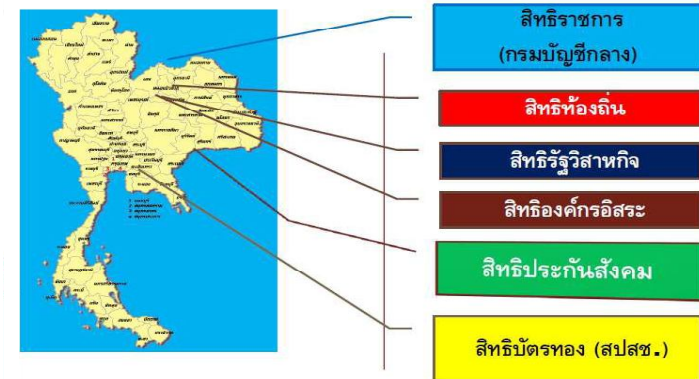
MEDICAL RECORD AUDIT

การตรวจสอบเวชระเบียนปี 2562



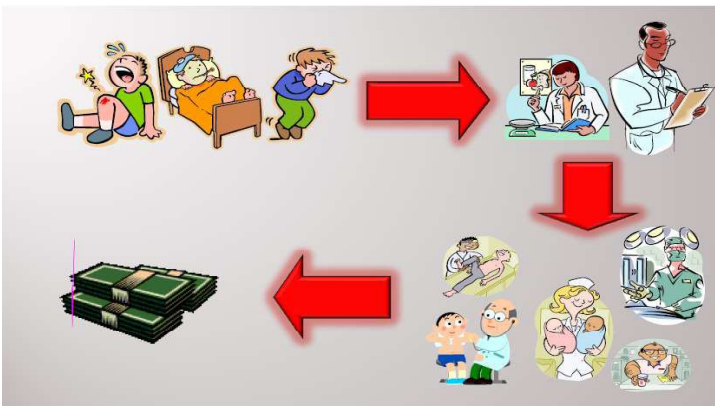
พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย



2

แนวคิดหลัก (ด้านการรักษาพยาบาล)



3

เป้าหมายหลักเวชระเบียนโรงพยาบาล

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



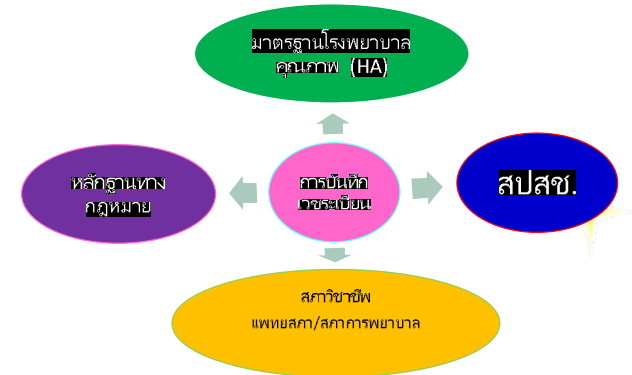
4

เวชระเบียน (Medical Record)

- เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย
- ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการขึ้นสูตรบาดแผลหรือผลการขึ้นสูตรพลิกศพ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ เอกสารการบันทึกการกระทำใดที่เป็นการส่งการรักษา การรักษากการกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาล
- เอกสารทางเวชระเบียน หมายถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรคหรือรหัสเหตุการณ์
- การจัดทำรายงานทางการแพทย์การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย
- รวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR)

5

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



6



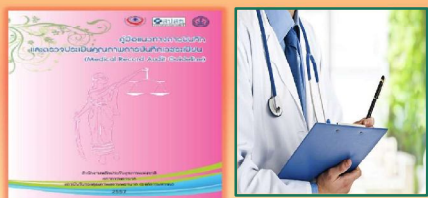
เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit



- ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medical Record Audit ทุกฝ่ายต้องเข้าใจว่าการทบทวนเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่บันทึกในเวชระเบียน และทบทวนกระบวนการ ทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แก่ไขส่วนขาดต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
- การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียน จึงต้องทำอย่างดีที่สุดในผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ
- ต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน



แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



พ.ญ. นิภาพร อรุณวรการณ

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

• ข้อมูลพื้นฐาน

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



• ประวัติความเจ็บป่วย

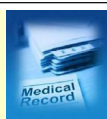
อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และประวัติอดีตประวัติครอบครัว การพบตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

10

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

• การตรวจร่างกาย

การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชีต ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นและสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากน้อย ตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้



• การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค

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

11

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

• การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่ส่ง



• การรักษา

การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุกขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ

• หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก

ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีรับความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

12

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 มาล้างแผลหลังการทำแผลต้องบันทึก ลักษณะแผล อาจบันทึกการตรวจร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น วัดอุณหภูมิร่างกายเป็นประหมื่น ว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อหรือไม่

• ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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

13

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว

• การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ

เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน

• การรักษา บันทึกการรักษา

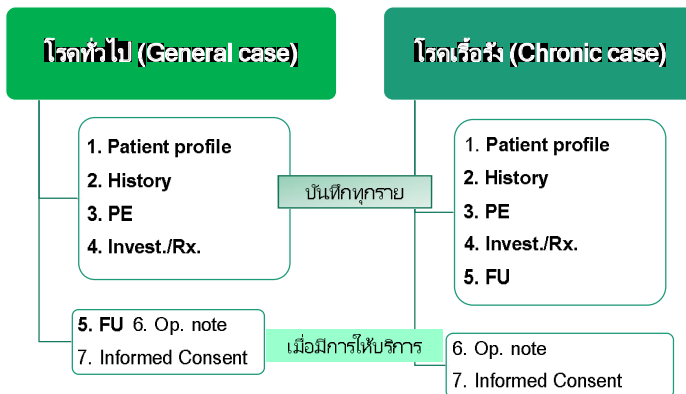
เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามี การเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำข้อห้ามยาพิษผล

• ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน

ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

14

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนนอก ผู้ป่วยทั่วไป / เรื้อรัง



15

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

- Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วน ของเวชระเบียน ไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)
- NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ "NA"
- Overall findings
 - 3.1 Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
 - 3.2 No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 - 3.2 Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องกันต่อ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น
- 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) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 19 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีการ 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 มีการ NA จำนวน 2 เกณฑ์)

16


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

Hcode _____ HN _____ PID _____

☐ Yes ☐ No
 ☐ General case Diagnosis
☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจพบ
 ☐ Diagnosis

Visit Date _____
 ที่ _____
 1st Visit Date _____

กรณีหวั่น Chronic Case ไม่ได้อะไรมา visit ก็เป็น General Case

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบแล้วแต่ยังไม่ใส่ 1 กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านระบบแล้วแต่ยังไม่ใส่ 0

กรณีที่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหาไม่ได้ 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	รวม คะแนน	หัก คะแนน	รวม ที่ได้	หมายเหตุ	
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 /..... /.....														
5	Follow up ครั้งที่ 2 /..... /.....														
5	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 สำหรับผู้ป่วยนอกเฉพาะโรค : Chronic case ที่มีประวัติมา follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding
 (เลือกเพียง 1 ข้อ)
 (...) Documentation inadequate for meaningful review
 (...) No significant medical record issue identified
 (...) Certain issues in question specify
 NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับรายการ Visit ครั้นนั้น
 Missing (M) ไม่มีเนื้อหาให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหาได้ไม่สมบูรณ์

Audit by _____ Audit Date _____

17

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile (7ข้อ)

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

2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ❖ คนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ❖ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ❖ กรณีที่ผู้ป้อนไม่รู้สึกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- ❖ กรณีผู้ป้อนเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ❖ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.
- ❖ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบบ “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

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

—18

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile(7ข้อ)

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

5 มีข้อมูลหม่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ”หรือ “ไม่เคยตรวจหม่เลือด”

6 มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถ
ระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ใน ทุกแผ่น ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา
ในการติดตามระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN
ทบทวนให้ส่งให้ตรวจสอบ

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

19

เกณฑ์การให้คะแนน: History (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 ระบุบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก Present illness ในส่วนของการอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป)หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง)
กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อมูลที่ได้ปรากฏในเวชระเบียน 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 (กรณีไม่เกี่ยวข้องกับให้รับ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวนความถี่และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของภักขในครอบครัว

1) แทนค่าการแปลงเป็นในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 หากผู้ปวยไม่รู้สึกตัว ไม่มียาฉีดหรือไม่สามารถเขียน ข้อ
ประวัติได้ ให้บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัวและไม่มียาฉีด" ให้ระบุ NA

หมายเหตุ 2) **ให้อะแนนเต็ม 1 คะแนน** กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

20

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination ผู้ป่วยนอก (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เตะ 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 ทาราย 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

21

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation (7ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการสั่งและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะตั้งครั้งก่อนหน้าได้กรณีที่เป็น Standing order หน่วยงานบริการต้องแสดงหลักฐาน
- ❖ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA
 - ❖ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ไม่ผ่านเกณฑ์
 - ❖ กรณีที่ผลการตรวจไม่ได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำ หัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องมีบันทึกว่า "admit..."
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่สั่งจ่าย กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีที่มีการปรึกษาหารือระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเต็ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยาเอกปัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

22

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (7 เกณฑ์)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เตะ ฟัง)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการสั่งและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะตั้งครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยงานบริการต้องแสดงหลักฐาน standing เห็น
- ❖ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA
 - ❖ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ไม่ผ่านเกณฑ์
 - ❖ กรณีที่ผลการตรวจไม่ได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ให้ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจ รักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเต็ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยาเอกปัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา)

23

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 หรือระบุในบันทึกว่า "รอผล Pathology" หรือ "รอผล ชื่นเนื้อ"
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ไม่ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ทุกครั้ง

24

[illegible]

- ข้อมูลสหพ.
- ข้อมูลผู้ป่วย
- ข้อมูลที่อยู่ในปัจจุบัน
- PID หมายเลข 13 หลัก
- ประวัติแพ้
- ข้อมูลหมู่เลือด
- ข้อมูลชื่อ นามสกุลของญาติ
- วัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูล
- ผู้บันทึกข้อมูล
- กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

ตัวอย่างเอกสารในแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยนอก

บัตรตรวจโรค โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ศรีภูมิ สุโข ประจำปี 2546 (10/72546) เลขที่ตัวไป 318445 ก.พ. 97	
ชื่อ 134 พญ 9 น.นตสวรสวรสก อ.นตสวรสวรสก จ.นตสวรสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก	อายุ 69 ปี เลขที่ประจำตัวคน 3180500057056
วันที่ 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก	วันที่ 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก
วันที่ 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก	วันที่ 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก ถึง 134 พญ 9 น.นตสวรสก อ.นตสวรสก จ.นตสวรสก

Patient's profile

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา

กรณีการบันทึกหมู่เลือด หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด” และมีการระบุ
ชื่อผู้บันทึกกำกับไว้

(2) กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงนามหรือกำกับการแก้ไขนั้น
ยกเว้น กรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยงานบริการหรือโรงพยาบาล
เช่น AN, เลขที่ X-rays

HN C ใบตรวจรักษา
ชื่อ 1. อายุ 48 ปี 8
สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต
เพื่อ ประเมินอาการ

T. 36.5 C. P. 104 /min. RR 20 /min. BP. 121 / 69 mmHg FBS80
BW. 52 Kgs ส่วนสูง 155 BMI 21.644
CC-08.55 น. ปวดหลังเรื้อรัง บวม 1 เดือน, PE.
ประวัติโรคประจำตัว, ปฏิเสธ หมด
HPV ปวดหลังเรื้อรัง บวม 1 เดือน
ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดโดย
ศัลยกรรมกระดูก, สูญเสีย
☐ Nocturnal enuresis ☐ Pruritus
☒ Urinary incontinence ☐ Urinary incontinence ☐ Urinary incontinence
GA
HEENT ☐ N ☐ A
HEART ☐ N ☐ A
LUNG ☐ N ☐ A
AB ☐ N ☐ A
Ext ☐ N ☐ A
Neuro ☐ N ☐ A
จำแนกอาการตามอายุ
☐ มีไข้ (วัด BP ซ้ำ) เวลา T. BP.
☐ มี Tardus sign เวลา T. BP.
Visit Plan : ☐ ไม่มี
F/U ☐ ไม่มี

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา
ใช้ยาแผนก ☐ ยาแก้ปวด ☒ การใช้ยาลดความดันโลหิต ☐ การใช้ยารักษาโรค
การนอนหลับ ☐ นอนหลับปกติ ☐ นอนหลับผิดปกติ ☐ การขับถ่าย ☐ ขับถ่ายปกติ ☐ ขับถ่ายผิดปกติ

2. History

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการบันทึก
อาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ แบ่งเป็น
กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึกใน
การเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่
ต้องการตรวจ
กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการ
ตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่
ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่ตรวจ
พบโรคเรื้อรังใหม่เกินกว่า 3 เดือน (ในปี
ปฏิทิน : ต.ค.- ธ.ค.) ให้ใช้ข้อมูลการเข้าประวัติ
ในการตรวจรักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการ
ตรวจประเมิน

* วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับ
การรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการพบแพทย์ประวัติ
การเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ*

33

เกณฑ์การให้คะแนน: History

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Chief complaint อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรค
ทั่วไปและฉุกเฉิน) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง)
กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า "ไม่ได้รักษาจากที่ใด"

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับ
ปัญหาที่สงสัย

34

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 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ
ซักประวัติได้ และบันทึกว่า "ไม่รู้สึกร่างกาย" หรือ "ไม่มีญาติ" ให้ระบุ NA)

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H

(What, Where, When, Why, Who, How, How many)

35

HN C ใบตรวจรักษา OPD
ชื่อ 1. อายุ 48 ปี 8
สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต
เพื่อ ประเมินอาการ

T. 36.5 C. P. 104 /min. RR 20 /min. BP. 121 / 69 mmHg FBS80
BW. 52 Kgs ส่วนสูง 155 BMI 21.644
CC-08.55 น. ปวดหลังเรื้อรัง บวม 1 เดือน, PE.
ประวัติโรคประจำตัว, ปฏิเสธ หมด
HPV ปวดหลังเรื้อรัง บวม 1 เดือน
ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดโดย
ศัลยกรรมกระดูก, สูญเสีย
☐ Nocturnal enuresis ☐ Pruritus
☒ Urinary incontinence ☐ Urinary incontinence ☐ Urinary incontinence
GA
HEENT ☐ N ☐ A
HEART ☐ N ☐ A
LUNG ☐ N ☐ A
AB ☐ N ☐ A
Ext ☐ N ☐ A
Neuro ☐ N ☐ A
จำแนกอาการตามอายุ
☐ มีไข้ (วัด BP ซ้ำ) เวลา T. BP.
☐ มี Tardus sign เวลา T. BP.
Visit Plan : ☐ ไม่มี
F/U ☐ ไม่มี

☐ สูบบุหรี่ ☒ ไม่สูบบุหรี่ ☐ ดื่มสุรา ☒ ไม่ดื่มสุรา
ใช้ยาแผนก ☐ ยาแก้ปวด ☒ การใช้ยาลดความดันโลหิต ☐ การใช้ยารักษาโรค
การนอนหลับ ☐ นอนหลับปกติ ☐ นอนหลับผิดปกติ ☐ การขับถ่าย ☐ ขับถ่ายปกติ ☐ ขับถ่ายผิดปกติ

3. Physical exam

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการตรวจร่างกายที่บันทึกในการเข้ารับ
การตรวจรักษา ใน Visit ที่กำหนด ซึ่งผู้ตรวจ
ร่างกายอาจเป็น แพทย์, พยาบาล, หรือ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการ
ให้บริการในครั้งนั้น แบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึก
ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน
Visit ที่ต้องการตรวจในครั้งนั้น

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการ
ตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่
ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่
ตรวจพบโรคเรื้อรังใหม่เกินกว่า 3
เดือน (ในปีปฏิทิน : ต.ค.- ธ.ค.) ให้ใช้
ข้อมูลการตรวจร่างกายในการตรวจ
รักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจ
ประเมิน

* วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตรวจ
บันทึกผลการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ*

36

เกณฑ์การให้คะแนน: **physical examination**

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดย การดู หรือ เคาะ ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจพบผิดปกติ อาจบันทึกโดย
ระบุ WNL

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดย การคลำ หรือ ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัย
ที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดย
รูป WNL

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก P, R กรณีที่มีประวัติ มีไข้ให้วัด Temperature รวมด้วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึก BP ทุกราย ยกเว้นกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพ
ปัญหาของผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นให้ระบุ NA ในเกณฑ์การประเมินข้อนี้

37

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี (เพื่อติดตามพัฒนาการและในกรณีผู้ป่วยที่ให้น้ำเกลือมีบาด เพื่อคำนวณการให้ยาและประเมินภาวะโภชนาการ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

38

4. Treatment/ Investigation

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการให้การรักษา/การ
ตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือแผนการรักษา
ต่อเนื่อง ใน visit ที่ต้องการตรวจ

ประวัติการมา OPD วันที่ 11 พฤษภาคม 2560		วิธีการมา เดินมา	
อายุ 48 ปี เดือน 8 CID 3180100487011		ข้อสงสัย หืดลงขวา ข้อเท้าซ้าย	
เลขที่บัตร 8951600998		Refer จาก	
โรคประจำตัว			
การวินิจฉัย Diag. text M179: Genuarthrosis, unspecified (PDX)			
3M3013		ไข้ 38	
1. ส่วนข้อเท้า ขว		0.1 30	
2. ส่วนข้อเท้า ขว ข้อเท้าซ้าย		0.1 50	
3. DCLCOPAC TAY 15 MG. 1เม็ด 1เม็ด (1 ปี > 3 PC)		0.30 8.5	
4. RANTHURSE TAB. 150 MG. 1เม็ด 1เม็ด (1 ปี > 2 PC)		0.30 1	
5. OMEPRIZOLINE-PARACETAMOLINE (Gelule) 35+450 MG 1เม็ด 1เม็ด (1 ปี > 3 PC)		0.30 1	

39

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

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

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรืออาการระงว่งเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการประกาศระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย / การรักษา
กรณีที่ไม่มี การส่งพบแพทย์อื่น ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุชื่อแพทย์ หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ยาชนิดอื่นหรือหัตถ์แพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือกำหนดสิ่งชี้แจงรายละเอียดเช่นหรือหัตถ์แพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบถามว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นกรณีบันทึกการปฐมพยาบาล หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และสามารถรักษานั่นต่อเมื่อมีการใช้ตามการชี้แจงหรือแก้ไขข้อใดโดยผู้สนใจได้

40

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) ไม่มีการบันทึกการสั่ง การตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจ

(2) มีบันทึกการสั่ง ตรวจวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

41

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 กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)

42

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถ ตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน

43

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) กรณีมีบันทึกการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

(2) กรณีมีผลการตรวจแต่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย

44

6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการทำผ่าตัด/
หัตถการ หรือส่วนของ

เวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุ
ว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการ
ทำผ่าตัด/หัตถการ ของผู้ป่วย
ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน
visit ที่ต้องการตรวจ

45

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 หรือระบุในบันทึกว่า "รอผล Pathology" หรือ "รอผล
ชิ้นเนื้อ" รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

46

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบ
คอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ที่ทำ
ผ่าตัด/ หัตถการท่านใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือ
แก้ไขโดยผู้อื่นได้

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/ หัตถการ ที่นำไปสู่การ
วินิจฉัย

50

7. Informed consent

เอกสารที่ใช้ประเมิน

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

48

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ ชื่อ สกุลผู้ป่วยชัดเจน

กรณีที่ข้อที่ 2 มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ สกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบ
ข้อมูล

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/ หัตถการ

49

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุนายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผิด/ หักการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกประจำวัน เดือน ปีที่ให้และรับทราบข้อมูล

หมายเหตุ สายมีชื่อหรือ สายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุเป็นของผู้ใดและใช้ทำอะไร) ชื่อ-สกุลสองผู้รับทราบ ข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา / หักการ ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นในรายสมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่ สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือให้ชัดเจนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

50



สสส
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบริการเวชระเบียนผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD-ER)

Name

HN

PID

☐ Yes ☐ No

☐ General case ☐ Diagnostic

☐ Chronic case ☐ Acute case

Diagnosis

Visit Date

ที่

Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ให้กรอกประวัติ Visit ที่ประเมิน General case

กรณีบันทึก: กรณีที่ตรวจบันทึกที่ตามแบบฟอร์มแล้วจะจัด ให้ 1
 กรณีไม่บันทึกหรือบันทึกไม่ถูกต้อง สำนักรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีที่ตรวจบันทึกไม่ครบตามแบบฟอร์มจะจัด ให้ 0
 กรณีไม่บันทึกหรือให้รายละเอียดไม่ครบถ้วน จะระบุ NA (Missing)

No	Content	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	รวม	การประเมิน (1)	(2)	การประเมิน ฉบับ	การประเมิน ทั่วไป	หมายเหตุ
1	Patient's Profile															
2	History ("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 72H **ได้คะแนน**

Sum score 72H **ได้คะแนน**

(ไม่คิดค่า 20 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน General case)

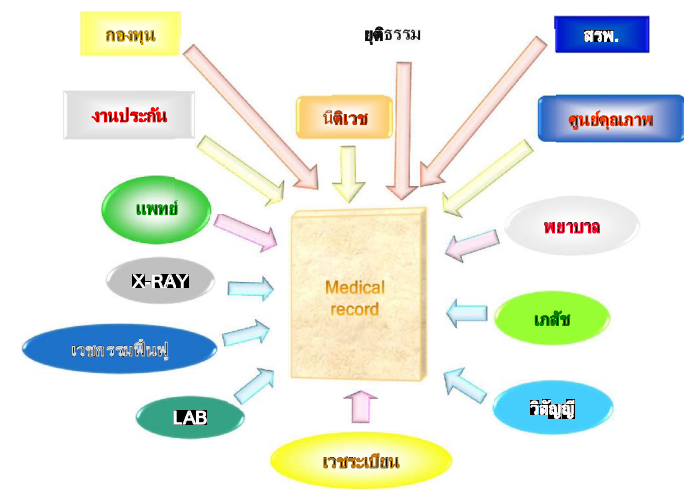
(ไม่คิดค่า 28 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง Chronic case ที่มีการตรวจ 24 follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการประเมิน) (....) No significant medical record issue identified (ไม่พบปัญหาสำคัญจากการประเมิน)
 (....) Certain issues in question specificity (มีปัญหาเฉพาะทางบางประเด็นต้องพิจารณา) (....) Missing (M) ไม่เพียงพอสำหรับการตรวจสอบ (ระบุเป็นไปตาม หรือขาดหายไปส่วน)

ส่งมอบ NA ไม่เป็นข้อบกพร่อง สำนักรับการ Visit ครั้งนั้น

วันที่ตรวจประเมินและลงนามของกรรมการ: วันที่.....

Audit by..... Audit Date



52



54

[illegible]

Contents ที่เป็นสาระสำคัญ 7 ชิ้น ต้องประเมินทุกเวชระเบียน

56

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6.Overall findings:การจัดเรียงเวชระเบียนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ส่วนที่ 1 Admitting & Identification Section : (มีหรือไม่ก็ได้)

1) Diagnosis Summary Index 2. Admission and Discharge Record

ส่วนที่ 2 Clinical Medical Section :

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1) Discharge Summary | 14) Electrocardiogram Report |
| 2) Referring Letter Sheet | 15) Electroencephalogram Report |
| 3) Informed Consent | 16) Other Special Clinical Reports |
| 4) History Record | ส่วนที่ 3 Paramedical Section : |
| 5) Physical Examination Record | 1) Physiotherapy Sheet |
| 6) Progress Note | 2) Occupational Therapy Sheet |
| 7) Consultation Report | 3) Speech Therapy Sheet |
| 8) Physician's Orders | 4) Social Work Report |
| 9) Anesthetic Record | Other Paramedical Reports |
| 10) Operative Report | ส่วนที่ 4 Nursing Section : |
| 11) Labour record | 1) Nurses' Notes |
| 12) Pathology Special Report | 2) Graphic Record |
| 13) Pathology : | 3) Fluid Balance Summary |
| | 4) Diabetic Chart |

X-rays Report Laboratory

Report Hematology

Report X-rays

Report Blood ,Transfusion Report

บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5 Discharge/Death Section:

1) Discharge's Form

2) Autopsy Report and Consent for autopsy

ส่วนที่ 6 เอกสารอื่น

แบบ 1 เอกสารส่งไปจ่าย (ถ้ามี) เอกสารแสดงสิทธิ์ (ถ้ามี)

57

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

เกณฑข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

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

เกณฑข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหัตถการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน

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

เกณฑข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก หัตถการ และหัตถการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ด้วยตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)

เกณฑข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้)

(1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา

(2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

(3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น

(4) แผนการรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)

(5) Home medication

เกณฑข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียนกรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑข้อที่ 8 สรุป Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ Discharge type เป็น "by transfer" ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หักข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีที่ดังต่อไปนี้

• กรณีมีการสรุปหลายลายมือชื่อแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อเกี่ยวกับการแก้ไขนั้น

58

2. Discharge summary: others

เกณฑข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด) ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้ปีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ถูกต้องครบถ้วน กรณีไม่ทราบผู้ป่วยเป็นใคร และไม่สามารถสืบค้นได้ ให้ 1 คะแนน

เกณฑข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างดาว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ "ไม่มีเลขที่บัตร" กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า "ไม่รู้สึกตัว" กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"

เกณฑข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า "ไม่รู้สึกตัว" กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"

เกณฑข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑข้อที่ 5 มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admit, วันเดือนปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS : Length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑข้อที่ 7 มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

เกณฑข้อที่ 8 มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

เกณฑข้อที่ 9 มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน



59

3. Informed consent

เกณฑข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้ใบใด)

ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุผู้ป่วยน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
- 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามีคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องระบุว่าผู้ป่วยเป็นคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ขอมด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลังพร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่ทราบการรักษา

เกณฑข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้ใบใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณี ที่มีคนเดียว ต้องระบุว่า "มีคนเดียว"

60

3. Informed consent

- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ที่คำอธิบาย
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษารักษา วิธีการรักษา หรือคัดลอกการไขว้ระงับความรู้สึกละเมิดสิทธิที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการ ผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีความละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้อง กับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกครบถ้วนเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

61

4. History

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** บันทึก present illness: ในส่วน SW, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องอย่างน้อย 3 ข้อ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทายเองจากบ้าน หรือการตรวจการดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ได้มาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการขับประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
1. Family history, Personal 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 (ในกรณีที่ไม่แยกใบกับ physical examination)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติ ได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

62

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 ทาราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
(2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่ความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ซึ่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ต้องการพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้อธิบายให้ชัดเจน โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานี้ (Problem list)
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ ผลการตรวจร่างกาย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

63

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 และมีการวินิจฉัยรวมกับการวางแผนการ รักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการลงวัน เดือน ปี และ เวลา พร้อมลงนามกำกับในคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการส่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รอส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลปะของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

64

12. Nurses' note(1)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ❖ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และ

- ❖ อาการผู้ป่วยแรกเริ่มพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ❖ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ❖ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการ หรือ ปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ

- ❖ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา และ

- ❖ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจประเมินร่วมกับทีมสหภาพในปัญหาหรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

65

12. Nurses' note (2)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษายาบาล

- ❖ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หักดองที่สำคัญ และ การให้เลือด (ถ้ามี)

- ❖ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาดังๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะเลือด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะเลือดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ❖ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้ คำปรึกษาการแนะนำ สุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาลักษณะหรือปัญหาด้านอื่น ๆ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเมื่อพ้นบ้าน

- ❖ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และ

- ❖ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และ

- ❖ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

66

12. Nurses' note (3)

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ❖ การระบุอาการ อาการแสดง รวมทั้ง ผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย

- ❖ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)

- ❖ ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ❖ มีการระบุข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล

- ❖ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นในบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่อง จากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)

67

12. Nurses' note (4)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ❖ แรกเริ่ม : ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในความดูแล

- ❖ ระหว่างการดูแล :

- มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมกับการดูแลและการตอบสนอง

- มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์

- มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการให้ยา (Medication Administration Record)

- ❖ ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นในบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัด ของพื้นที่ในการบันทึก)

หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวลา

- (2) บันทึกวัน เวลา ในบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

68

7. Consultation record

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

69

8. Anesthetic record

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ ข้อมูลชัดเจนทั้งก่อนว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัดซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ ข้อมูลชัดเจนทั้งก่อนว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้ยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า(ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ได้รับยาเข้า admit ในวันเดียวกันวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกันวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวังระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 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 และส่งต่อเข้ารับการรักษาศึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนั้นหากไม่มีต้องระบุ "ไม่พบปัญหา"
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

70

9. Operative notes

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำการหัตถการ (Pre operative diagnosis) และหลังทำการหัตถการ (Post operative diagnosis) หากจะไม่ได้ระบุไว้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ "same" หรือใช้เครื่องหมาย "มีอีก" หรือเครื่องหมาย "-----" หรืออื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำการหัตถการนั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post operative diagnosis
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำการหัตถการประกอบด้วย Position incision สิ่งที่ได้ตัดออกเป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ "ไม่มี"
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำการหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำการหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หักคะแนนสิ่งหนึ่งของคะแนนที่ประเมินได้จาก Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่ทำการทำการหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

71

10. Labour record

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกเริ่มในส่วนประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** การประเมินผู้คลอดระยะคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา มีพจร 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 ไม่ต้องประเมิน ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเหตุการณ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการหัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการให้ยาระงับความรู้สึก (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 พยาบาลผู้หาคัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

72

11. Rehabilitation record

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

73

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

2. Discharge summary: others

The form is titled 'IN - PATIENT SUMMARY' and contains various fields for patient data, admission details, and a discharge summary. It includes sections for patient information, admission details, and a discharge summary. The form is filled out with handwritten text and signatures.

74

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

3. Informed consent

The form is titled 'ใบยินยอมการรักษา' (Informed Consent) and contains various fields for patient information, admission details, and a discharge summary. It includes sections for patient information, admission details, and a discharge summary. The form is filled out with handwritten text and signatures.

75

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

4. History

The form is titled 'History' and contains various fields for patient information, admission details, and a discharge summary. It includes sections for patient information, admission details, and a discharge summary. The form is filled out with handwritten text and signatures.

76

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

5. Physical examination

Form 5: Physical Examination (Form 5 & PE). The form includes sections for Patient Information, History, Physical Examination (General, HEENT, Respiratory, CVS, Abdomen, Genes, and Reproductive), and Plan of Management. It also features a small diagram of a human body for physical examination findings.

77

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

6. Progress notes

Form 6: Progress Notes (Order & Progress Note). The form is divided into two main sections: 'ORDER FOR ONE DAY' and 'ORDER FOR CONTINUATION'. It includes fields for Date, Time, and various medical orders and progress notes.

78

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

12. Nurses' note

Form 12: Nurses' Note. The form includes sections for Patient Information, History, Physical Examination, and Plan of Management. It also features a small diagram of a human body for physical examination findings.

79

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

7. Consultation record

Form 7: Consultation Record. The form is divided into two main sections: 'From Department' and 'To Department'. It includes fields for Date, Time, and various consultation records and progress notes.

80

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

11. Rehabilitation record

[illegible]

81

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

8. Anesthetic record

[illegible]

82

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

9. Operative notes

 ใบตรวจและบันทึกการผ่าตัด Operative Note	
Operative Date: <u>15/03/60</u>	Start time: <u>8.30</u> End time: <u>09.40</u>
Surgeon: <u>Dr. [Signature]</u>	Assistant: <u>Dr. [Signature]</u>
Surgical Name: <u>Removal of [Signature]</u>	
Pre-operative Diagnosis: <u>[Signature]</u> Post-operative Diagnosis: <u>[Signature]</u>	
Post-operative Diagnosis: <u>[Signature]</u>	
Operative Technique: <u>[Signature]</u> Anesthetic: <u>[Signature]</u>	
Anesthetic Technique: <u>[Signature]</u>	
DESCRIPTION OF OPERATION	
Position: ☒ Supine ☐ Prone ☒ Rt. lateral (L. side up) ☐ Lt. lateral (Rt. side up) ☐ Lithotomy	
Findings: - [Signature] of [Signature] [Signature] - [Signature] [Signature] [Signature] - [Signature] [Signature] [Signature]	
Procedure: - [Signature] [Signature] - [Signature] [Signature] - [Signature] [Signature]	
Pathology: ☒ Tissue ☐ Specimen ☒ I Chlam ☐ II Chlam Contaminated ☐ III Contaminated ☐ IV Dirty	
EHR: ☐ no ☒ yes	
Complication: ☐ no ☒ yes	
การตรวจและบันทึกการผ่าตัด	

83

หลักการตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

10. Labour record

[illegible]

84



แบบตรวจสอบประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยที่ควรระบุเป็นผู้ใช้ตัวใน

Medical Record Audit Form (TRF)

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

กรณีที่มีการบันทึกข้อมูลตามข้อ 1 ถึง 10
กรณีที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลตามข้อ 1 ถึง 10
กรณีที่มีการบันทึกข้อมูลตามข้อ 1 ถึง 10 แต่ไม่ครบถ้วน
กรณีที่มีการบันทึกข้อมูลตามข้อ 1 ถึง 10 แต่ไม่ครบถ้วน

Content of medical record	NA	Missing	No	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10	รวม	หมายเหตุ
Discharge summary : Dis. 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 100% คะแนน (ไม่ลบค่า 0) คะแนน คะแนน

Overall finding (..) การจัดทำเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(..) เอกสารเวชระเบียน ไม่เพียงพอในการ, RM, AN ดังต่อไปนี้เอกสารระบุได้ว่า เอกสารฉบับนี้ยังไม่พอใช้ จึงไม่สามารถขอทราบเอกสารฉบับอื่นได้

เมื่อทำข้อ 11 ถึง 15 (..) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน) (..) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(..) Certain issues in question specify (ระบุเฉพาะประเด็นที่สงสัย) Specify

Audit by Audit Date

สำนักตรวจสอบการแพทย์และสุขภาพอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

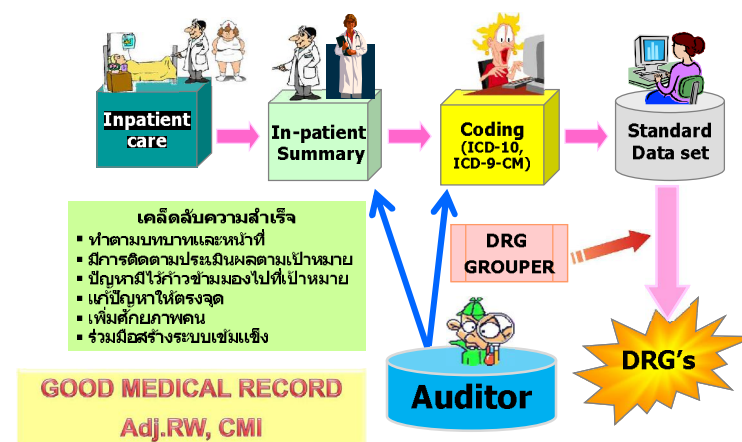
Questions & Answers

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.





การสรุปเวชระเบียนให้ครบเร็วถูกต้อง

ไม่รู้ทำให้รู้ รู้แล้วคิดจะทำ ผิดทำจนชำนาญ ทำเป็นนิสัย



ภาพผังงานเวชระเบียน

- ✓ เดินตามเป้าหมายทุกข้อ
- ✓ ทุกคนทำตามบทบาทหน้าที่
- ✓ เวชระเบียนครบถ้วนชัดเจน
- ✓ มีตรวจสอบถูกต้องภายใน **100%**
- ✓ ส่งเรื่องเบิกครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา

ขอบคุณ.

89



90