

การสรุปเวชระเบียน 2020 GENERAL MEDICINE



พ.ญ. นิภาพร อรุณวรการณ์

เวชระเบียน

เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
และสามารถนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อ
การสื่อสาร

เพื่อ
การดูแล
ผู้ป่วยอย่าง
ต่อเนื่อง

เพื่อ
การวิจัย

เพื่อ
การประเมินผล

เพื่อ
การใช้เป็น
หลักฐานทาง
กฎหมาย

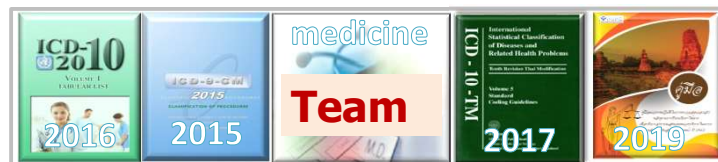
เป้าหมายหลักเวชระเบียนโรงพยาบาล

1. สรุปรูปร่างโรคหัตถการ ★
2. บันทึกหลักฐานครบถ้วน
3. ส่งรหัสโรคถูกต้อง
4. สรุปรวดทันเวลา
5. ส่งเรื่องเบิกครบถ้วน ทันเวลา

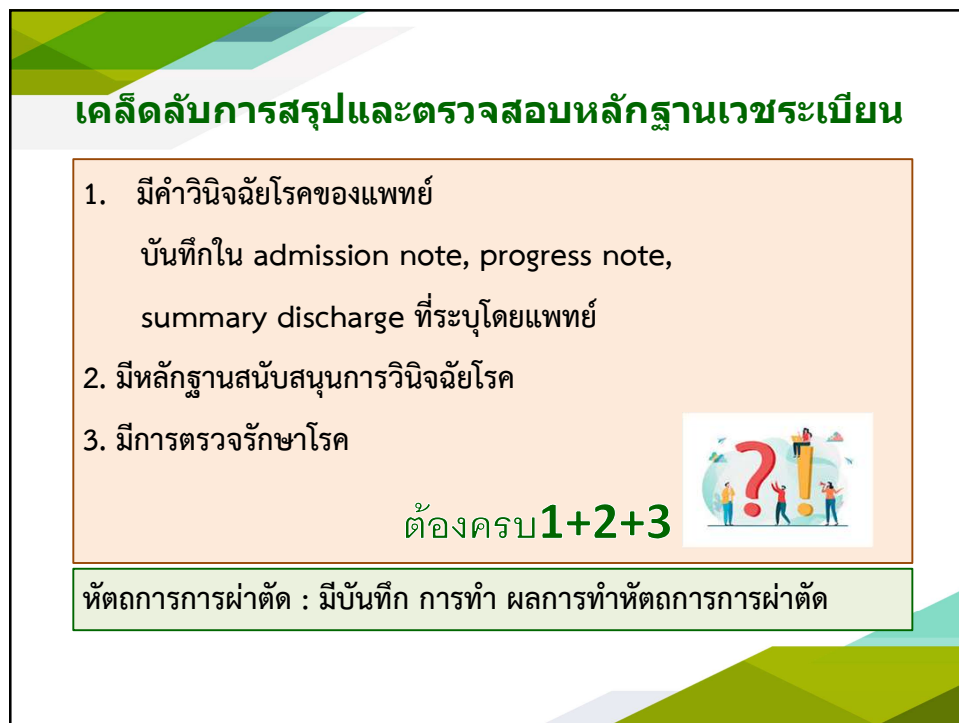
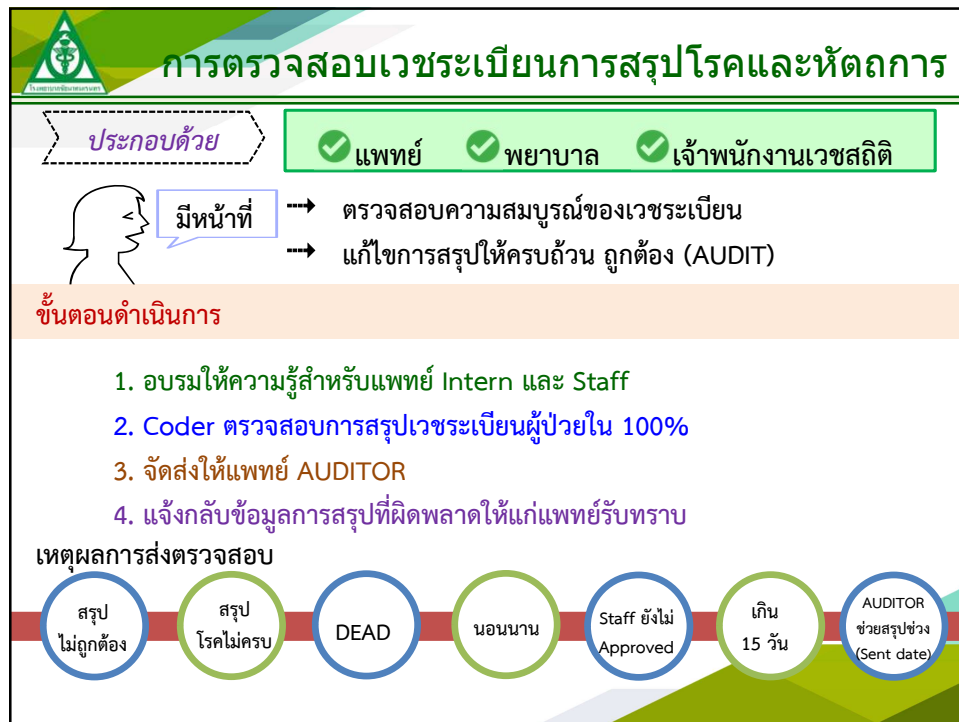


บทบาทหน้าที่การสรุปโรคหัตถการในเวชระเบียน

- แพทย์ เข้าใจการสรุป chart เพื่อให้รหัสได้ถูกต้อง
- Coder ให้รหัสได้ถูกต้องเข้าใจแพทย์ สามารถสื่อสารกับแพทย์
- Auditor หาข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลในการสรุปและให้รหัส



Feed back system





เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge summary

- กรณีที่ไม่มี summary dischargeหลายใบ จะต้องมียกย่องรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุไว้ใน summary discharge ใบใด
- การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์ลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ยกเว้น นักศึกษาแพทย์ลงนามได้เพียง attending และมีแพทย์ลงนามรับรอง หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- การสรุปโรคหรือเหตุการณ์เป็นรหัส หรือ สรุปด้วยดินสอ ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

- ❖ งดค่าย่อ
- ❖ งดค่ากำรวม
- ❖ ลายมืออ่านออกชัดเจน
- ❖ แพทย์เซ็นชื่อ
- ❖ แพทย์มีระบุ ชื่อนามสกุล เลขที่



เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. Admission note

ใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์

3. Progress note

ในการตรวจสอบสามารถใช้**ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น** ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยแพทย์กำกับ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน

4. Doctor's order

ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือ การบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้



เอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5.ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดหัตถการ (OR/non OR procedure)

- Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ
- non OR procedure ให้บันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรคได้ ในเบื้องต้นต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดของการทำหัตถการ
- กรณีใช้หน่วยบริการบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์
- หลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วนdescription เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงการสรุปโรคหัตถการในข้อมูลเบื้องต้นของบันทึกการทำหัตถการไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง
- ถ้าไม่สามารถอ่านลายมือที่บันทึกมาโดยการให้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่มีการให้บริการ



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

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 ให้ยึดตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษาที่เลือกโรคนั้นเป็น Pdx.
- 3) Sdx. (หมายรวมทั้ง Comorbidity & Complication) ต้องเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้น ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
- 4) ในการสรุป Sdx. ของ auditor ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้รักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน ไม่ใช้การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปรายงาน (discharge summary) เท่านั้น
- 5) อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย โดยปกติแล้วไม่ต้องสรุปเป็น Sdx. ทั้งนี้ยกเว้นอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคนั้นเพียงบางราย และบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะมีข้อยกเว้นนี้ในรายละเอียดของแต่ละเรื่องเท่านั้น

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน



Auditor ต้องไม่ให้การสรุปการวินิจฉัยโรคในกรณีดังต่อไปนี้

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

กรณีการสรุปการทำหัตถการ ไม่จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องเท่านั้น
ถ้ามีหลักฐานว่าได้ทำหัตถการนั้นจริงก็สามารถ สรุปและให้รหัสหัตถการนั้นได้



NHSO
National Health Security Office

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน



Investigation : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

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

NHSO
National Health Security Office



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน



Consult / ยาเดิม / Home med : Auditor มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

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

Discharge summary

DIAGNOSIS	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS	} PDx	TIME OUT
	(2) COMORBIDITY		
	(3) COMPLICATION(S)		
	(4) OTHER DIAGNOSIS	} SDx (→CCs)	
	(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY		
ไม่ใช่ในการจัดกลุ่ม DRGs			
OPERATION	23 OPERATING ROOM PROCEDURES	ไม่ใช่ในการจัดกลุ่ม DRGs แต่ใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการเบิก "กรณีอุบัติเหตุ" และ ข้อมูลทางระบาดวิทยา	
	1.		
	2.		
	3.		
	24 NON OPERATING ROOM PROCEDURES		
	1 () TRACHEOSTOMY		
	2 () RESPIRATOR SUPPORT		
	3 ()		

Principle Diagnosis (การวินิจฉัยโรคหลัก)

- ❖ การวินิจฉัยโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาล (มีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวและเป็นการวินิจฉัยสุดท้าย)
- ❖ ต้องเป็นโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นก่อนรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล
- ❖ ถ้ามีหลายโรค เลือกโรคที่รุนแรงที่สุด
- ❖ ถ้ารุนแรงเท่ากัน เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรมากที่สุด

ยกเว้น

- ☒ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
- ☒ ทารกแรกคลอด
- ☒ ผู้ป่วยโรค HIV/AIDS
- ☒ ผู้ป่วยมะเร็ง

มีรหัส/
เกณฑ์ที่จำเพาะ

- symptom /signหรือกลุ่มอาการที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก
เมื่อไม่พบโรคที่จะวินิจฉัยแทนนั้น

Secondary Diagnosis (SDX)

- ❖ การวินิจฉัยโรคอื่นที่นอกเหนือจากการวินิจฉัยโรคหลัก
 - ❖ อาจเป็นโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนก็ได้ แต่ต้องเป็นปัญหาที่ทำให้การรักษาพยาบาลในครั้งนั้น
 - ❖ มีได้มากกว่า 1 โรค
- ได้แก่
- ☒ **โรคร่วม (Comorbidity)** - เกิดขึ้นก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล
 - ☒ **ภาวะแทรกซ้อน (Complication)** - เกิดขึ้นหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
- “ ทำให้มีความยุ่งยากในการรักษามากขึ้น หรือมีการใช้ทรัพยากรในการรักษามากขึ้น”
- ☒ ThaiDRG v5 ใช้ 12 รหัสแรก

Comorbidity & Complication (CC)

- ❖ ต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ ผู้ดูแลหรือแพทย์ผู้ร่วมรักษา
- ❖ ผู้ให้รหัส (coder) **ไม่สามารถ**นำผลการตรวจเลือด/ปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นใดที่มีใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มา ตีความเป็นการวินิจฉัยร่วมเองโดยพลการ
- ❖ ถ้ามีข้อสงสัยว่าแพทย์ลืมบันทึก ควรส่งเวชระเบียนให้แพทย์ พิจารณาทบทวนวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมก่อนให้รหัส

Comorbidity & Complication (CC)

Co morbidity (การวินิจฉัยร่วม)

- โรคที่เกิดขึ้น ก่อนรับไว้รักษา ในโรงพยาบาล

Complication (โรคแทรก)

- โรคที่เกิดขึ้น ภายหลังจากผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

- สามารถบันทึกการวินิจฉัยร่วมได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัด จำนวนสูงสุด
- โรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษเพิ่มยา หรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่ม

Other diagnosis

- ❖ โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่รุนแรง ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษามากขึ้น
- ❖ อาจไม่มี หรือมีได้มากกว่า 1 การวินิจฉัย
- ❖ เกิดก่อนหรือหลังรับไว้ในโรงพยาบาลก็ได้

External cause

- ❖ กลไกการบาดเจ็บหรือได้รับพิษ
- ❖ ระบุว่าเป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย หรือทำร้ายตนเอง ฯลฯ
- ❖ แพทย์ต้องระบุกลไกการบาดเจ็บเสมอ

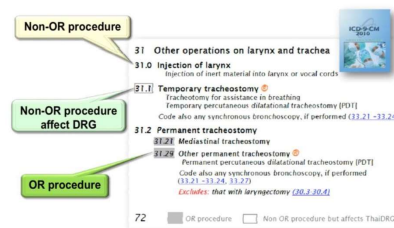
- ❖ ถ้าแพทย์ไม่ระบุหรือระบุไม่ชัด ผู้ให้รหัส (coder) ต้องหาข้อมูลเพื่อให้รหัสได้ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานการให้รหัส

Procedures

- ❖ การผ่าตัด/หัตถการที่ทำ ในการรักษาครั้งนั้น
- ❖ ใช้รหัส ICD-9-CM
- ❖ ThaiDRG v5 ใช้ 12 รหัสแรก
- ☑ Operating Room Procedures
- ☑ Non-operating Room Procedures

รหัสที่ต้องสรุป

- ❖ OR procedures
- ❖ Non OR procedures affected ThaiDRG
- ❖ Procedure codes for reimbursement



หลักฐานที่สนับสนุน (Document support coding)

- A. คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ปรากฏในเอกสารต่างๆของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น admission note, progress note, operative note เป็นต้น (ไม่ใช่ที่ปรากฏเฉพาะในใบ summary)
- B. รายงานผลการตรวจทางรังสี อัลตราซาวด์ หรือการตรวจพิเศษโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผลการตรวจคลื่นหัวใจที่อ่านโดยแพทย์ มีการแปลผล
- C. รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์
- D. ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ ออจาระ เสมหะ การเพาะเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติอื่นๆ ที่แพทย์ได้แปลผลเป็นคำวินิจฉัยโรค
- E. ไม่สามารถคัดค้านการรักษาเพื่อคาดเดาว่าผู้ป่วยเป็นโรคใด

“ ไม่มีการบันทึกโดยแพทย์ ไม่ถือว่าเป็นโรคหรือไม่มีการทำหัตถการ ”



ปัญหาที่พบของการสรุปบันทึกเวชระเบียน

- ❖ ไม่สรุปการวินิจฉัย ไม่เขียน progress note
- ❖ อ่านลายมือไม่ออก
- ❖ สรุปผิดหลักเกณฑ์
- ❖ สรุปรายละเอียดไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน
- ❖ สรุปโดยไม่มีหลักฐาน
- ❖ เลือกรหัสโรค/หัตถการไม่ถูกต้อง
- ❖ ให้รหัสโดยที่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
- ❖ เปลี่ยนลำดับของโรคหลัก/โรคร่วม

จุดอ่อนในการสรุปเวชระเบียน



- ☐ ขาดคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ในเวชระเบียน
- ☐ ขาดหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ☐ ขาดการตรวจรักษาของโรคที่วินิจฉัยที่เป็นโรคหลักโรคร่วมโรคแทรก
- ☐ โรคหลักผิด มี 2 โรค สรุปอาการเป็นโรคหลัก การเลือกโรคหลักผิด
- ☐ โรคร่วม โรคแทรก ไม่ครบ สรุปผิด สรุปเกิน สลับกับโรคหลัก โรคอื่น
- ☐ ขาดการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ ผลทางพยาธิวิทยา ผลเพาะเชื้อ
- ☐ การขาดการอ่านแปลผล X-rays มาบันทึกประกอบการวินิจฉัยโรค

สรุปผิดหลักเกณฑ์

สรุปผิดหลักเกณฑ์

- ❖ สรุปหลายๆการวินิจฉัยสำหรับ PDx
"PDx: adenocarcinoma of LUL of lung with liver, bone, brain metastases"
- ❖ สรุป complication เป็น PDx
"สรุป HAP ที่เกิดขึ้นหลังจากนอนในโรงพยาบาลแล้ว
ระยะหนึ่งเป็น PDx"

Diagnosis : Be specific

- ❖ Diabetes mellitus type.....
- ❖ Pressure sore grade..... at....
- ❖ Renal failure
 - Pre-renal AKI/azotemia
 - AKI from obstruction (caused)
 - ATN: nephrotoxic drug (caused)
- ESRD
- Hemodialysis
- ARF AKI
- CKD stage
- Acute on top CKD stage

Diagnosis ที่มักลืมเขียน

❖ Organism from culture result

- *E.coli*
- *Pseudomonas* spp.
- *Acinetobacter* spp.
- *Klebsiella pneumoniae*
- MRSA
- etc...
- (มีรหัสที่จำเพาะ)

Undetermine diagnosis will not be count for DRG

~~❖ R/O~~
~~❖ Suspected~~
~~❖ Probable~~
~~❖ Most likely~~

Fever
Pulmonary tuberculosis (AFB negative)
Neoplasm of lung
SLE

Clinical vs Diagnostic Statements

Clinical Statement	Diagnostic Statement
BUN↑/ Cr↑	Acute renal failure, chronic kidney disease (I-V), Prerenal azotemia
Abdomen distended; NPO, NG placed	Ileus
Fever 39°C S/P appendectomy; patient pancultured; IV Cef-3 given	Sepsis/peritonitis (acute)
Dysuria; urine shows ↑WBC; will treat with antibiotics	Acute cystitis
Unable to void, cathed for 600 cc	Urinary retention
Debride wound	Excisional vs. nonexcisional debridement

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, ...
ABQ 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

แพทย์ต้องทำอะไร ?

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



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



31

Diagnosis Related Group (DRG)

- ❖ Patient classification system
- ❖ Disease + Treatment
- ❖ Iso-resource group
- ❖ Inpatient case only



วินิจฉัยโรค (ICD-10)
 การผ่าตัด (ICD-9-CM)
 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS)
 อายุ (Age)
 น้ำหนักทารกแรกเกิด (neonates)
 การจำหน่ายผู้ป่วย (discharge type)

Diagnosis Related Group (DRG)

TD550 - DRG Seeker (Thai DRG v.5.0 Grouper, Interactive) Version 5.0.27

ข้อมูลผู้ป่วย

Age	Age-Day	Sex	Disc Type	Adm Wt	LOSD	LOSHr	PDx
(years)	(days)	(1 or 2)	(1,2,3,4,5,8 or 9)	(kgs)	(days)	(hours)	
						00.00	

SDx1 SDx2 SDx3 SDx4 SDx5 SDx6 SDx7 SDx8 SDx9 SDx10 SDx11 SDx12

Proc1 Proc2 Proc3 Proc4 Proc5 Proc6 Proc7 Proc8 Proc9 Proc10 Proc11 Proc12 Proc13 Proc14 Proc15

ผลการทำ DRG

MDC

DRG

RW WTLOS OT Adjusted RW

Error

Warning

ICD-10

THAILAND

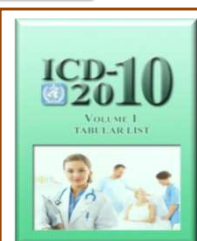
ICD-10

2nd edition 2004
Version for 2006
Version for 2007

Volume 1
Tabular list

Volume 2
Instruction manual

World Health Organization



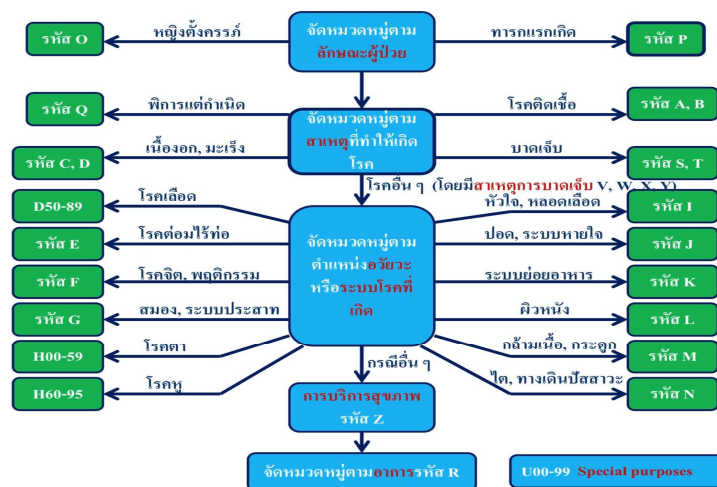
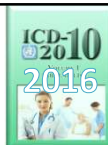
2016

Volume 3
Alphabetical index

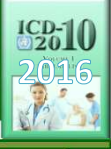
International Classification of Diseases

- ❖ เป็นระบบการจัดหมวดหมู่ของโรค การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บต่าง ๆ ในมนุษย์
- ❖ เป็นระบบสากล องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศใช้เป็นมาตรฐานในการบันทึกการวินิจฉัยโรค และสาเหตุการตาย การบาดเจ็บ
- ❖ เพื่อจัดเก็บข้อมูลเป็นสถิติและรายงานต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินสภาพสุขภาพอนามัย วางแผนและป้องกันโรคในแต่ละประเทศ และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ICD-10



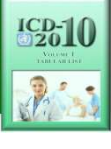
ลักษณะ ICD-10



- ❖ เป็นรหัสตัวอักษรผสมตัวเลข รวมอาจมี 3-5 หลัก
- ❖ นำหน้ารหัสด้วยตัวอักษร A-Z
- ❖ ระหว่างหลักที่ 3 และ 4 ใช้จุด (".") คั่น

เช่น A00.0 Cholera due to *Vibrio cholerae* 01, biovar cholerae

ลักษณะ ICD-10



A16.7 Primary respiratory tuberculosis without mention of bacteriological or histological confirmation
 Primary:
 · respiratory tuberculosis NOS
 · tuberculous complex

A16.8 Other respiratory tuberculosis, without mention of bacteriological or histological confirmation
 Mediastinal tuberculosis
 Nasopharyngeal tuberculosis
 Tuberculosis of:
 · nose
 · sinus [any nasal] } NOS (without mention of bacteriological or histological confirmation)

A16.9 Respiratory tuberculosis unspecified, without mention of bacteriological or histological confirmation
 Respiratory tuberculosis NOS
 Tuberculosis NOS

A17† Tuberculosis of nervous system

A17.0† Tuberculous meningitis (G01*)
 Tuberculosis of meninges (cerebral) (spinal)
 Tuberculous leptomeningitis

A17.1† Meningeal tuberculoma (G07*)
 Tuberculoma of meninges

A17.8† Other tuberculosis of nervous system
 Tuberculoma } of { brain (G07*)
 Tuberculosis } spinal cord (G07*)
 Tuberculous:
 · abscess of brain (G07*)
 · meningoencephalitis (G05.0*)
 · myelitis (G05.0*)
 · polyneuropathy (G63.0*)

A17.9† Tuberculosis of nervous system, unspecified (G99.8*)

แหล่งข้อมูลสำคัญของ ICD-10

❖ เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)

- Consent
- Admission note/On service note
- Order
- Progress note
- Procedure note
- Off service note: Transfer note/Discharge summary

❖ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD)

ICD 9



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 perform
31.2	Permanent tracheostomy
31.21	Mediastinal tracheostomy
31.29	Other permanent tracheostomy

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

ICD9

45.1 Diagnostic procedures on small intestine

Code also any laparotomy (54.11-54.19)

45.11 Transabdominal endoscopy of small intestine

Intraoperative endoscopy of small intestine

Excludes: that with biopsy (45.14)

45.12 Endoscopy of small intestine through artificial stoma

Excludes: that with biopsy (45.14)

45.13 Other endoscopy of small intestine

Esophagogastroduodenoscopy [EGD]

Excludes: that with biopsy (45.14, 45.16)

45.14 Closed [endoscopic] biopsy of small intestine

Brushing or washing for specimen collection

Excludes: esophagogastroduodenoscopy [EGD] with closed biopsy (45.16)

45.15 Open biopsy of small intestine

45.16 Esophagogastroduodenoscopy [EGD] with closed biopsy

Biopsy of one or more sites involving esophagus, stomach, and/or duodenum

45.19 Other diagnostic procedures on small intestine

Excludes: microscopic examination of specimen from small intestine

(90.91-90.99)

radioisotope scan (92.04)

ultrasonography (88.74)

x-ray (87.61-87.69)

Common Non OR procedure (1)

- Lumbar puncture
- ICD
- Thoracentesis
- Abdominocentesis
- Skin & subcutaneous procedure
ระบุตำแหน่ง
- FNA ระบุตำแหน่งที่ทำ Tissue
procedure (Biopsy, I&D)
- Thrombolytic injection :
Streptokinase, RTPA

- Endoscope (+-Biopsy) ระบุตำแหน่ง
- EGD ระบุทำ Clo-test หรือ Biopsy
- EGD มี Ligation ระบุ กรณีทำ
- Hemodialysis
- Peritoneal dialysis
- Insert ET Tube
(กรณีใส่ในโรงพยาบาล)
- Mechanical Ventilator*
ระบุเวลา < 96 hrs , > 96 hrs
- CPR, Defibrillation, Cardioversion

* Mechanical ventilator time ระบุวันที่เวลา Insert ET-Tube with ventilator และ off ventilator

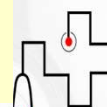
*** ระบุ O2sat ที่ยังไม่ต่อเครื่องหรือก่อน ET-Tube with ventilator

กรณีพบ O2 sat < 90 บันทึกของแพทย์พยาบาล มีวินิจฉัย acute respiratory failure

Common Non OR procedure(2)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tracheostomy • Revision change Tracheostomy • Central venous catheter • Central venous catheter for renal dialysis (Hemodialysis) • Cut down • CVP monitor • PRC, FFP, PLT conc, Whole blood • Blood exchange • Chemotherapy Infusion or Injection | <ul style="list-style-type: none"> • Extraction & restoration, tooth • TPN infusion • Antidote drug • Gastric lavage • CT brain, chest, abdomen, อื่นๆ ระบุตำแหน่ง • MRI brain, Chest, Abdomen, Spine อื่นๆ ระบุตำแหน่ง • Ultrasound Abdomen, KUB, Chest, Ultrasound for DVT อื่นๆ ระบุตำแหน่ง • Echocardiography • Physical therapy ระบุรายละเอียด |
|--|--|

ชายอายุ 50 ปี มีอาการหอบเหนื่อย ทำ CxR ไม่มีอานผล แพทย์ระบุ Pneumonia On ETube&ventilation 5วันOff ETube BP 80/40 PR 124 RR24 T 38°C นอนโรงพยาบาล 7 วัน ดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้าน



	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	แบบที่ 4	Code ICD 10
PDX โรคหลัก	Pneumonia	Acute Bronchitis (J209)	Pneumonia	Pneumonia	J189
CC โรคร่วม/โรคแทรก			Acute Respiratory Failure	Acute Respiratory Failure	J960
		Hypotension (I959)		Septic shock	R572
หัตถการ/ OR/NON OR	ET Tube	ET Tube	ET Tube	ET Tube	9604
		Ventilator>96 hr.	Ventilator>96 hr.	Ventilator>96 hr.	9672
RW	0.5449	2.4218	3.8822	3.8822	
เบิกชดเชย 1RW x 8000 บาท	4,359	19,374	31,057	31,057	
ค่าใช้จ่ายจริง	42,076	42,076	42,076	42,076	
ผลกำไร	-37,717	-22,702	-11,019	-11,019	

ข้อคิด...ต่อการสรุปเวชระเบียน



1. การสรุปเวชระเบียน เป็นการตั้งชื่อเรื่อง เรื่องย่อที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในใบสรุปsummary discharge
2. การสรุปการบันทึกที่เป็นรายละเอียด เนื้อเรื่องเป็นการบันทึกในAdmission note progress note, operative note, nurse note, lab X-ray, ผลชิ้นเนื้อต้องมีผล และมีการแปลผลบันทึกที่ชัดเจน เป็นหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัย
3. การสรุปเวชระเบียนต้องใช้พื้นฐานทางการแพทย์และการปรับด้วยความรู้ทางICD
4. การสรุปเวชระเบียนเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย

Nipaporn Aruwaragorn M.D.

