

การเรียงเวชระเบียนและการติดสติกเกอร์ก่อนสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ชนิดของเอกสารในเวชระเบียน	รายการเอกสาร
1	OPD	เอกสารผู้ป่วยนอก	1.ชุดแบบบันทึกการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน
			2.เอกสารอื่นที่ทำก่อนนอนโรงพยาบาล(รวมที่ส่งตัวมาที่รพช./ผู้ป่วยถือมา)
			3.Anesthetic Summary(A5)(ถ้ามี)
			4.Clinical Discharge Summary
2	DIS	ใบ Summary	1.ใบ In-patient Summary
			2.หนังสือรับรองการตาย ทร.4/1(สำเนาสีเขียว),
			สำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประชาชน
			3.ใบส่งตัวที่สมบูรณ์ที่สุด(Referring Letter Sheet)
3	INF	ใบยินยอม	ใบยินยอมการรักษาทุกชนิด
4	HIS	Hx&PE(Admission Note)	History&Physical examination:Hx&PE)
5	PRO	Progress's note,Consultation record,	1.Med reconcile
		chemotherapy sheet	2.Progress's note/Doctor Order Sheet
			3.Consultation record
			4.Chemotherapy sheet
6	OPE	Anesthesia record,Postanesthesia record,	1.Pre anesthesia clinic(Record/Note) (ถ้ามี)
		แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	2.Anesthesia record
			3.Post anesthesia record
			4.ชุด Operative note ก่อน-หลัง
			5.แบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ชนิดของเอกสารในเวชระเบียน	รายการเอกสาร
	OPE	Anesthesia record,Postanesthesia record,	6.แบบบันทึกการเตรียมเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัด-หลังผ่าตัด
		แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	6.1 PARTOGRAPH
		(ต่อ)	6.2 Delivery record:สีชมพู
			7.Colonoscopy/EGD (ถ้ามี)
			8. ภาพการทำหมัน (ถ้ามี),แบบบันทึกยืนยันการทำหมัน
7	PHY	Rehabilitation record:ใบทำกายภาพ(มีรูปร่างคน)	Rehabilitation record
8	LAB	ผลชิ้นเนื้อ,LAB	1.ผลชิ้นเนื้อ,ผล Pap smear
			2.Lap report,Hemo C/S,sputum
			3.Blood transfusion report:ใบให้เลือด
			4.X-ray report:CXR ทัวไป,film chestฯ,NST
			5.Ultrasound
			6.CT/MRI
9	NUR	แบบบันทึกการพยาบาล	1.Multi disciplinary team (ถ้ามี)
			2.แผนการสอนการดูแลตนเองและแผนจำหน่ายผู้ป่วย
			3.แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับของหญิงตั้งครรภ์(สูติกรรม)
			4.แบบแผนสุขภาพและสภาพผู้ป่วยทั่วไปแรกรับ
			5.Focus List
			6.Progress nurse's note
			7.Discharge nurses's note
10	GRA	ฟอร์มปรอท	Graphic Record

ลำดับ	ชื่อไฟล์	ชนิดของเอกสารในเวชระเบียน	รายการเอกสาร
11	MED	แบบบริหารยา/สารน้ำ/เลือด/ ส่วนประกอบของเลือด	แบบบริหารยา/สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือด/ แบบบริหารยาและสารน้ำต่างๆประจำวัน
12	OTH	Other	1.แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล(IC) 2.แบบบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน 3.แบบบันทึกทารกแรกคลอด:สีเหลือง (Chart Newborn) 3.1 Delivery record:แบบบันทึกการคลอดเด็ก 3.2 แบบประเมินทารกแรกเกิด:Infant record 3.3 แบบประเมินภาวะตัวเหลืองในทารก 3.4 แบบประเมินการติดเชื้อในทารก 4.LATCH SCORE(แบบประเมินการให้นมแม่โดยวิธีLATCH) 5.แบบประเมินการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ถ้ามี) 6.แบบบันทึกการพลิกตะแคงตัว:ICU (ถ้ามี) 7.เอกสารอื่นๆนอกเหนือจากที่กล่าวมาทั้งหมดทางการแพทย์พยาบาล 8.หลักฐานค่าใช้จ่าย 8.1 ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล 8.2 ใบงบหน้าค่ารักษาพยาบาล(นค.2),ค่ารักษาพยาบาลรายวัน 9.เอกสารจากโรงพยาบาลอื่นที่นำมาประกอบการรักษาพยาบาลที่สำคัญ

ฉบับปรับปรุง: มิถุนายน 2564

ที่มา: คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน(Medical Record Audit Guideline)2563,การเรียงเวชระเบียนตามระบบWHO

ส่วนที่ 2 (หน้า 54-57 : คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน : MRA) 2563

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2563

6. Overall findings

6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงตามลำดับวันที่และเวลา (chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 Admitting& identification section: (มีหรือไม่มีก็ได้)

- 1) Diagnosis summary index
- 2) Admission and discharge record

ส่วนที่ 2 Clinical medical section:

- 1) Discharge summary
- 2) Referring letter sheet
- 3) Informed consent
- 4) History record
- 5) Physical examination record
- 6) Progress note
- 7) Consultation report
- 8) Physician's order
- 9) Anesthetic record
- 10) Operative report
- 11) Labour record
- 12) Pathology special report
- 13) Pathology,X-rays report sheet
 - 13.1 Laboratory report
 - 13.2 Hematology report
 - 13.3 X-ray report
 - 13.4 Blood transfusion report

- 14) Electrocardiogram report
- 15) Electroencephalogram report
- 16) Other special clinical reports

ส่วนที่ 3

Paramedical section:

- 1) Physiotherapy sheet
- 2) Occupational therapy sheet
- 3) Speech therapy sheet
- 4) Social work report
- 5) Other paramedical reports

ส่วนที่ 4

Nursing Section:

- 1) Nurses' notes
- 2) Graphic record
- 3) Fluid balance summary
- 4) Diabetic chart
- 5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5

Discharge /death section:

- 1) Discharge's form
- 2) Autopsy report and consent for autopsy

ส่วนที่ 6

เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

ที่มา : คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน(Medical Record Audit Guideline)2563_

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน),กรมบัญชีกลาง,สปสช.,สำนักงานประกันสังคม,สภาการพยาบาล

มาตรฐานการจัดเรียงเอกสารเวชระเบียน จำหน่าย โรงพยาบาลชัยนาท (ปรับปรุงครั้งที่ 2)

เวชระเบียนผู้ป่วยใน (chart จำหน่ายอิงตาม WHO)	เวชระเบียนผู้ป่วยใน (chart จำหน่าย สุนติกรรม)
1. Summary Sheet รง.501	1. Summary Sheet
2. Discharge Summary	2. Discharge Summary
3.. Referring Letter Sheet	3. Referring Letter Sheet
4. Informed Consent	4. Informed Consent
5. Admissson Note,History Record /Physical Exam.	5. Admissson Note,History Record /Physical Exam.
6. Progress Note /Doctor's Order Sheet	6. Progress Note /Doctor's Order Sheet
7. Consultation Report	7. Consultation Report
8. Anesthesia Record	8. Anesthesia Record
9. Operation Report	9. Operation Report
10. Pathology Report	10. Labor Record
11. Laboratory Report/X-ray Report/Ultrasound Report	11. Delivery Record
12. Electrocardiogram / Electroencephalogram Report	12. Laboratory Report/X-ray Report/Ultrasound Report
13. Physiotherapy Sheet (PT,PM&R)	13. Electrocardiogram / Electroencephalogram Report
14. รายการสอนการดูแลตนเองและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	14. รายการสอนการดูแลตนเองและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
15. สรุปปรับใหม่/จำหน่าย/ประเมินสมรรถนะแรกรับ (NUR)	15. สรุปปรับใหม่/จำหน่าย/ประเมินสมรรถนะแรกรับ (NUR)
16. Nursing Care Plan (NUR)	16. Nursing Care Plan (NUR)
17. Nurse's Notes (NUR)	17. Nurse's Notes (NUR)
18. ใบ Record V/S,N/S,I/O (NUR)	18. ใบ Record V/S,N/S,I/O (NUR)
19. Graphic Record ฟอรัมปรอท (NUR)	19. Graphic Record ฟอรัมปรอท (NUR)
20.รายการเฝ้าไข้ประจำวัน (NUR)	20.รายการเฝ้าไข้ประจำวัน (NUR)
21.ใบแจ้งการเฝ้าไข้ continue (NUR)	21.ใบแจ้งการเฝ้าไข้ continue (NUR)
22. ใบเฝ้าระวังต่างๆ (falling,bed sore,IC,จิตเวชฯ) (NUR)	22. ใบเฝ้าระวังต่างๆ (falling,bed sore,IC,จิตเวชฯ) (NUR)
23.ใบอื่นๆ (NUR)	23.ใบอื่นๆ (NUR)
24. ใบคิดรายการค่ารักษาประจำวัน (NUR)	24. ใบคิดรายการค่ารักษาประจำวัน (NUR)
หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วย death ให้เรียงสำเนาหนังสือรับรองการตาย (ท.ร. 4/1 ตอนที่ 2) ไว้ใต้แบบรง.501 (มิถุนายน 2552)	