

MEDICAL RECORD AUDIT

เกณฑ์ตรวจสอบเวชระเบียนปี 2562



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode HN PID General case Diagnosis Visit Date
 Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง
Diagnosis 1st Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

Table with 17 columns: No, Contents, NA, M, เกณฑ์ข้อ 1, เกณฑ์ข้อ 2, เกณฑ์ข้อ 3, เกณฑ์ข้อ 4, เกณฑ์ข้อ 5, เกณฑ์ข้อ 6, เกณฑ์ข้อ 7, เต็มคะแนน, ทักคะแนน, คะแนนเต็ม, คะแนนที่ได้, หมายเหตุ. Row 1: Patient's Profile, Row 2: History (1st visit), Row 3: Physical examination, Row 4: Treatment/Investigation, Row 5: Follow up ครั้งที่ 1, Row 6: Operative note, Row 7: Informed consent.

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)
คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วน ของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)
2. NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ "NA"
3. 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 มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น
4. การรวมคะแนน
 - 4.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Missing = 0)
 - 4.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
 - 4.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case), ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case) คะแนน เต็มต้องไม่น้อยกว่า 19 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 9 เกณฑ์)
 - 4.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 24 คะแนน (ใน Content ของ Follow up อาจ มีกรณี NA จำนวน 2 เกณฑ์)

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile (7ข้อ)

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

2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ✧ คนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ✧ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ✧ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- ✧ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ✧ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.
- ✧ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

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

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile(7ข้อ)

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

5 มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ”หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

6 มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน: **History (7 ข้อ)**

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

หมายเหตุ

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

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination ผู้ป่วยนอก (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

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

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย

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

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

1) กรณีเด็กบันทึกส่วนสูง ทุกราย

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

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation (7ข้อ)

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

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

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่สั่งจ่าย **กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA**

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา **กรณีที่ไม่มีคำสั่งพบแพทย์อื่น ให้เป็น NA**

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุป ปัญหาที่เกิดขึ้นและมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพัก รักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

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

✧ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA

✧ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการส่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการส่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ **ไม่ผ่านเกณฑ์**

✧ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

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

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจ รักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา)

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ
(Operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก

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

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

Informed consent เกณฑ์การประเมิน (1)(7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

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

(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษา

Informed consent เกณฑ์การประเมิน(2) (7 ข้อ)

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


เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกครบถ้วนเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

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



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

Hcode HN PID General case Diagnosis Visit Date

Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง

Diagnosis 1st Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0
กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เพิ่ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1 ____/____/____														
	Follow up ครั้งที่ 2 ____/____/____														
	Follow up ครั้งที่ 3 ____/____/____														
6	Operative note														
7	Informed consent														

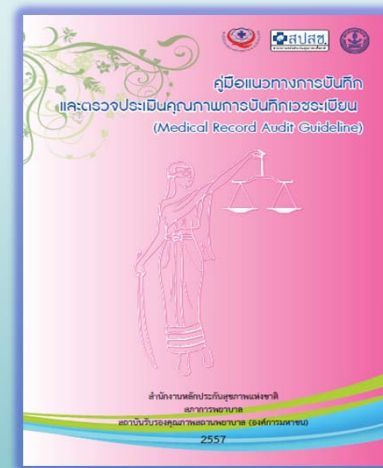
Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)
Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)
 (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
 (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
 (...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย
 NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
 Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
Medical Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of (Hospital name) HN AN Date admitted Date discharged
 กรณีที่มีกรบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "1"
 กรณีที่มีกรบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"
 กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Consent โดย เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ใ้กรทบทวน ในช่อง "NA" กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีกรบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ใ้กรทบทวนในช่อง "NO"
 กรณีไม่มีเอกสารให้กรตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ใ้กรทบทวนในช่อง "Missing"

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

Full score รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding

- (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
- (...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้
- (เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
- (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
- (...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by Audit Date

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

Full score รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)

Contents แต่ละชิ้นจะมีคะแนนเต็ม เท่ากับ 9 คะแนน

Contents ที่เป็นสาระสำคัญ 7 ชิ้น ต้องประเมินทุกเวชระเบียน

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

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

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Overall findings:การจัดเรียงเวชระเบียนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ส่วนที่ 1 Admitting & Identification Section : (มีหรือไม่มีก็ได้)

1) Diagnosis Summary Index 2. Admission and Discharge Record

ส่วนที่ 2 Clinical Medical Section :

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

X-rays Report Laboratory

Report Hematology

Report X-rays

Report Blood ,Transfusion Report

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

ส่วนที่ 3 Paramedical Section :

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

ส่วนที่ 4 Nursing Section :

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

บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5 Discharge/Death Section:

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

ส่วนที่ 6 เอกสารอื่น

เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี),เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

- เกณฑ์ข้อที่ 1** สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณี อุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับ ข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 3** สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึกวันเดือนปีและเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด(Operating room procedure) ทุกครั้ง กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัด ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 5** ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก หัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** สรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้)
- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - (2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
 - (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
 - (5) Home medication
- เกณฑ์ข้อที่ 7** สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียนกรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 8** สรุป Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณี Discharge type เป็น "by transfer" ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หักข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น

2. Discharge summary: others

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



3. Informed consent

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

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

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

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

3. Informed consent

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษา หรือหัตถการการใช้ยาหรือรับความรู้สึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

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

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกครบถ้วนเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

4. History

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

5. Physical examination

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

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้อนุโลมให้คะแนน โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้ **กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์**

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

6. Progress notes

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

12. Nurses' note(1)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ❖ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง **และ**
- ❖ อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ❖ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย **และ** หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

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

12. Nurses' note (2)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

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

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ❖ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้ คำปรึกษาการแนะนำ สุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่น ๆ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

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

12. Nurses' note (3)

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

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

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

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

12. Nurses' note (4)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ❖ แรกรับ : ระบวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ❖ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการ เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ❖ ก่อนจำหน่าย: ระบวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

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

หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

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

7. Consultation record

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

8. Anesthetic record

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

9. Operative notes

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

หักคะแนนกึ่งหนึ่งของคะแนนที่ประเมินได้จาก Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

10. Labour record

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

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage

ในกรณี Elective Caesarean section ไม่ต้องประเมิณ ให้ 1 คะแนน

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

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

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

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมิณทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมิณสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมิณภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ "ไม่มี"

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

11. Rehabilitation record

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



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Medical Record Audit Form (IPD)

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

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละ ข้อ ให้ "1"
 กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"
 กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง "NA" กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง "NO"
 กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง "Missing"

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

Full score รวม _____ คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score _____ ร้อยละ _____

Overall finding
 (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
 (...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้
 (เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
 (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
 (...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)
 Audit by _____ Audit Date _____

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



ขอบคุณ

