

MEDICAL RECORD AUDIT

การตรวจสอบเวชระเบียนปี 2562



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย



สวัสดิการ
(กรมบัญชีกลาง)

สิทธิท้องถิ่น

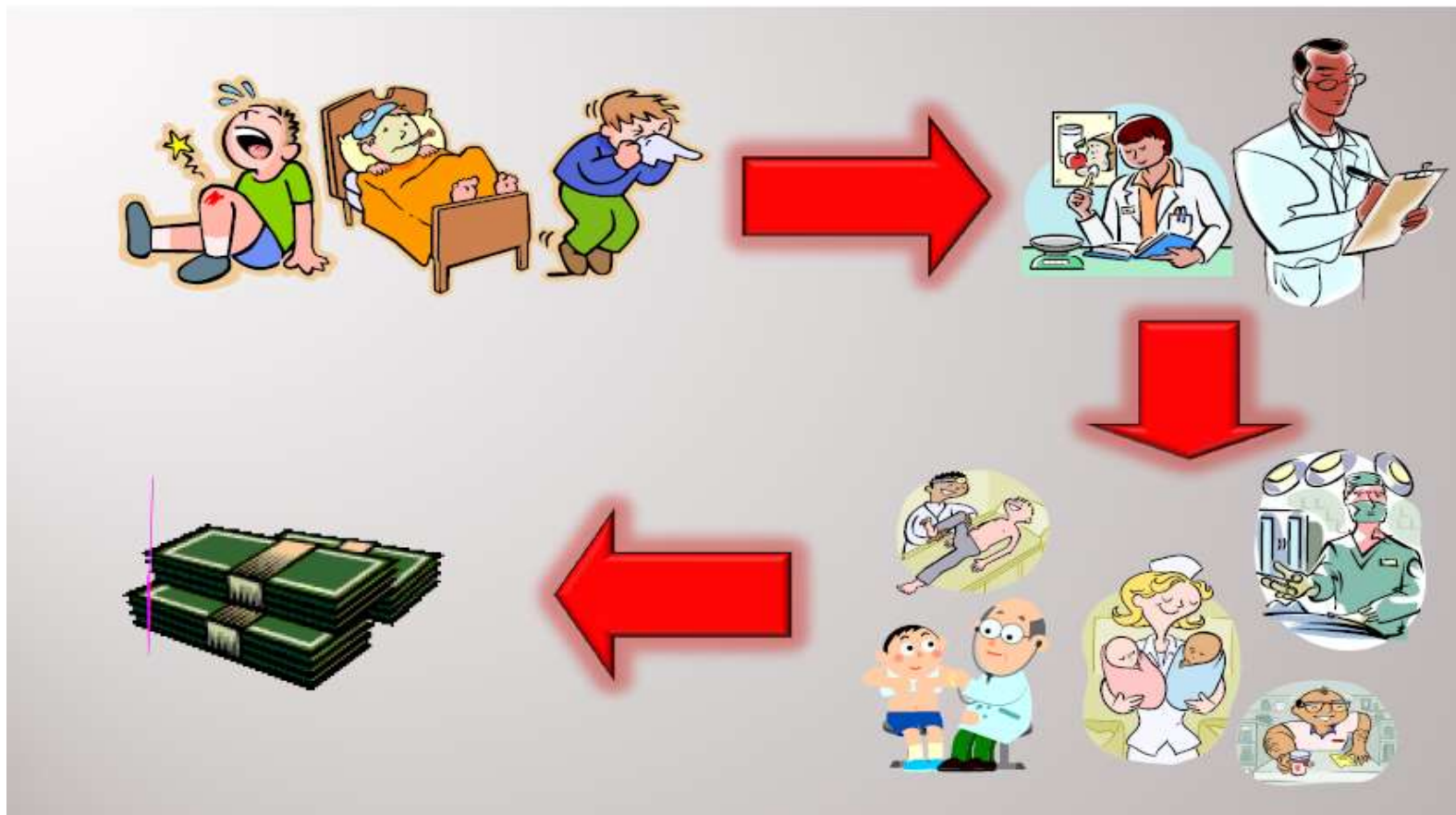
สิทธิรัฐวิสาหกิจ

สิทธิองค์กรอิสระ

สิทธิประกันสังคม

สิทธิบัตรทอง (สปสช.)

แนวคิดหลัก (ด้านการรักษาพยาบาล)



เป้าหมายหลักเวชระเบียนโรงพยาบาล

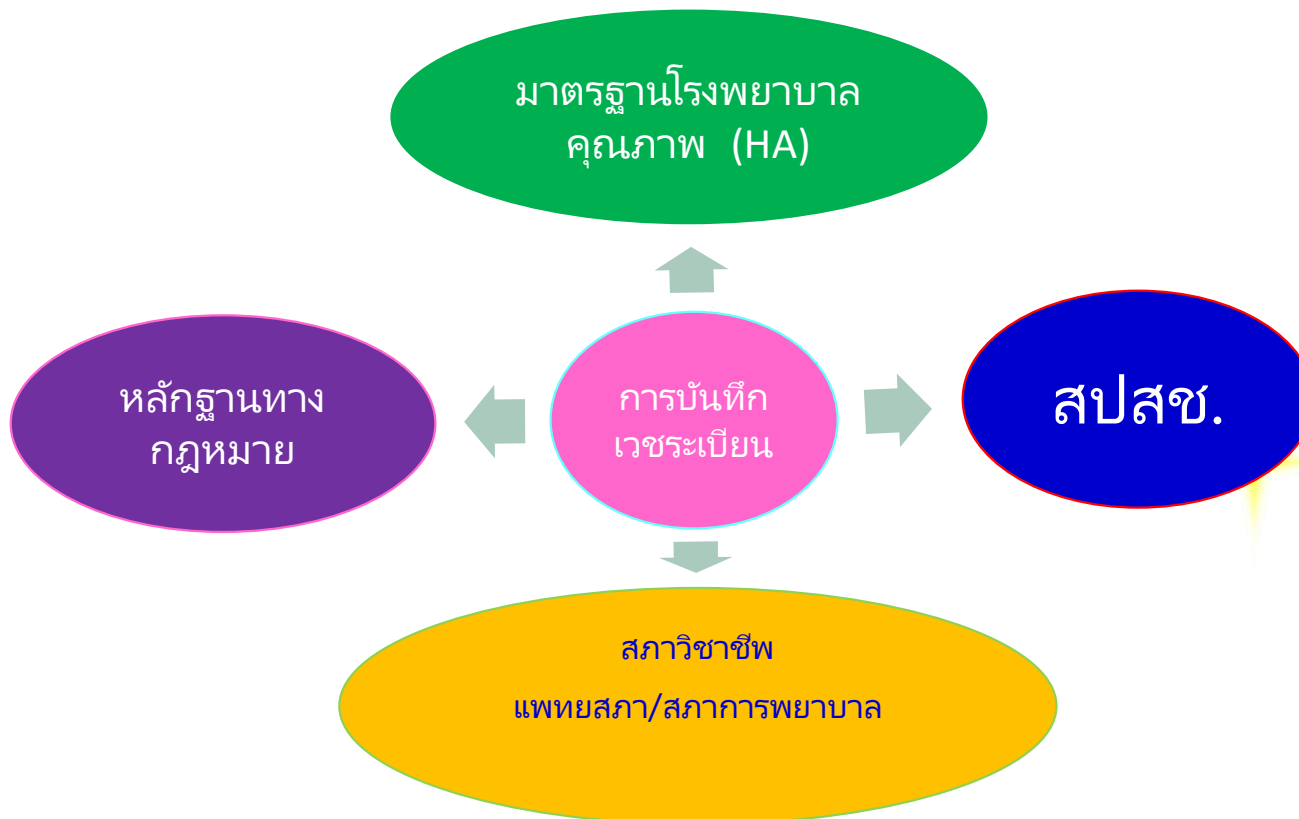
1. สรุปลูกต้องโรคหัตถการ
2. บันทึกหลักฐานครบถ้วน
3. ส่งรหัสโรคถูกต้อง
4. สรุประเบียนทำทันที
5. ส่งเรื่องเบิกครบถ้วน ทันเวลา



เวชระเบียน (Medical Record)

- เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย
- ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือผลการชันสูตรพลิกศพ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ เอกสารการบันทึกการกระทำใดที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาการกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาล
- เอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสาร ดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรคหรือรหัสเหตุการณ์
- การจัดทำรายงานทางการแพทย์การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย
- รวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR)

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





เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit



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



แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- ข้อมูลพื้นฐาน

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



- ประวัติความเจ็บป่วย

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

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- การตรวจร่างกาย

การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชีต ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นและสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากน้อย ตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้



- การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค

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

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่สั่ง



- การรักษา

การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุกขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ

- หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก

ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีระงับความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

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 วัดอุณหภูมิร่างกายเป็นประเมน ว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อหรือไม่

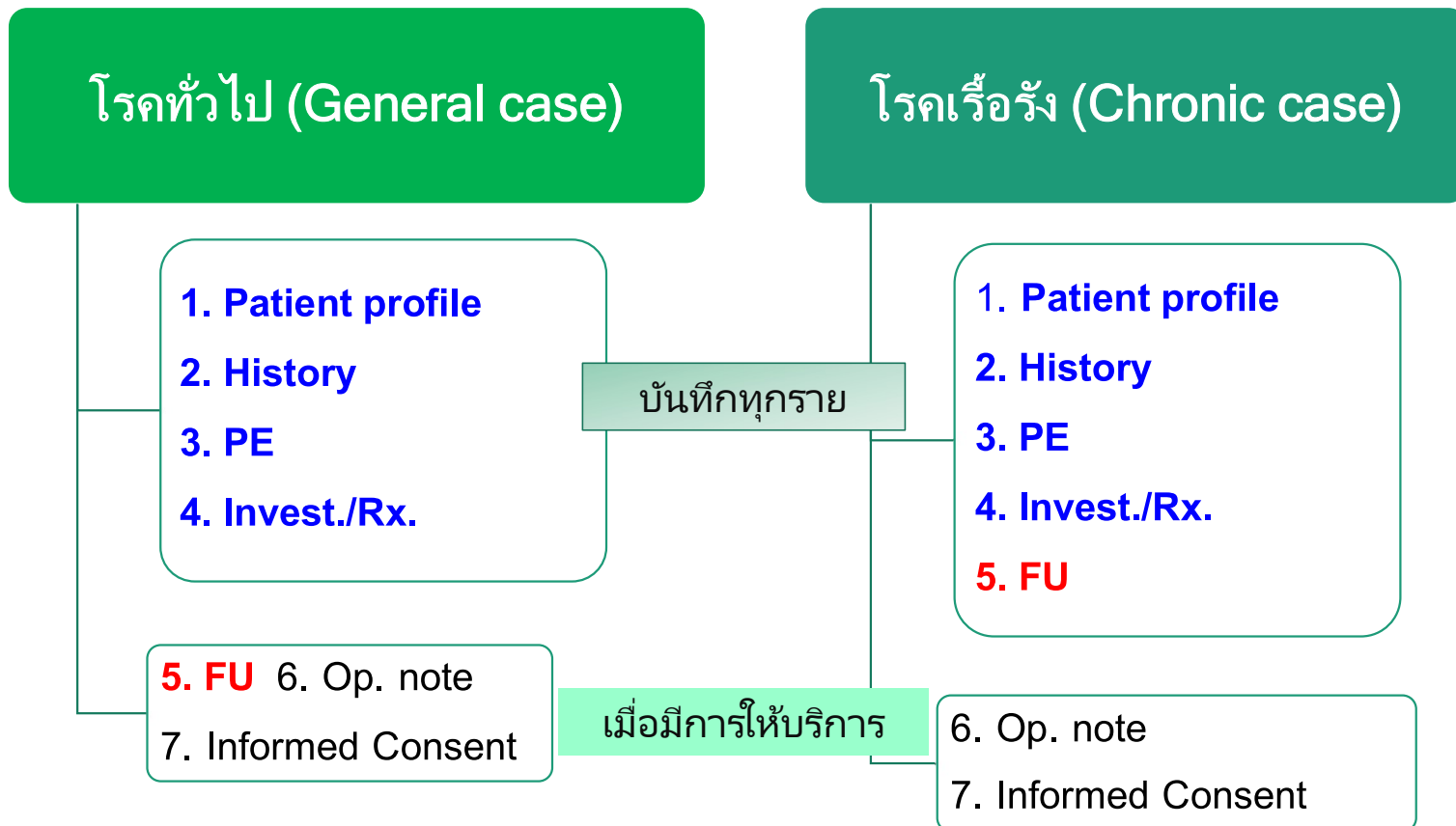
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว

- การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช่คำย่อ
เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน
- การรักษา บันทึกการรักษา
เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการ เปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำอธิบายเหตุผล
- ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน
ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนนอก ผู้ป่วยทั่วไป / เรื้อรัง



การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วน ของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบบ “M” (Missing)
2. NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบบ “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 ให้ระบบรายละเอียดของปัญหานั้น
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)



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)

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	เต็ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)					1		0							
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation		M												
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 ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

เกณฑ์การให้คะแนน: Patient's profile (7ข้อ)

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

2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ❖ คนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ❖ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ❖ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- ❖ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ❖ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.
- ❖ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” 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 โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไข ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

เกณฑ์การให้คะแนน: History (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป)หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาที่ใด”
- 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) ให้ช้ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

หมายเหตุ

- 1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ ช้ประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัวและไม่มีญาติ” 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 อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้กรณีที่เป็น 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 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา **กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA**

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ : ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการส่งใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุป ปัญหาที่เกิดขึ้นและมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

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

❖ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA

❖ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการส่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการส่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์

❖ 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) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ทุกครั้ง

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 ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษา

Informed consent เกณฑ์การประเมิน(2) (7 ข้อ)

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode HN PID [] General case Diagnosis Visit Date
[] Yes [] No [] Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ
กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case
Diagnosis 1st Visit Date.....

การบันทึก: กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1

กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

Table with 16 columns: No, Contents, NA, M, and 7 items (ข้อ 1-7) with sub-columns for 'เพิ่มคะแนน' and 'หักคะแนน'. Rows include Patient's Profile, History (1st visit), Physical examination, Treatment/Investigation, Follow up (3 times), Operative note, and Informed consent.

Full score 17M.....คะแนน

(ไม่น้อยกว่า 20 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน: General case)

(ไม่น้อยกว่า 28 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Sum score 17M.....คะแนน

Overall finding (...) 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


ส่วนที่ตรวจสอบการประเมินและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Audit by..... Audit Date

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

ตัวอย่างเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก


1. ข้อมูลใน OPD card

บัตรตรวจโรค โรงพยาบาล 	
ประจำปี 2546	(10/7/2546) เลขที่ทั่วไป
ชื่อ กนก ขชข	อายุ 69 ปี เลขที่บัตรประชาชน
ที่อยู่ 134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์คอก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์	
สิทธิ ข้าราชการองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น	วันที่ 5 พ.ค. 2551
	ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เฝ้าดู <input type="checkbox"/> ไม่เฝ้าดู
วันเกิด 1 ก.ย. 2487	<input type="radio"/> นอน <input type="radio"/> ส่งต่อ <input type="radio"/> นัด เวลาซักประวัติ
มารดา	BP...../..... mmHg T.....°C P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที Hb..... g
บิดา	C.C.....
อาชีพ	P.I.....
ชื่อผู้ติดต่อ 0	P.H.....
ที่อยู่ 134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์คอก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์	การแพ้ยา <input type="radio"/> ไม่มีประวัติแพ้ยา <input type="radio"/> แพ้ยา
โทร. 026-9961111	การพยาบาลก่อนตรวจ
เลขที่เฉพาะ 	<input type="checkbox"/> ประเมินอาการ
หน่วย 	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ
Maker:pcu1thongsri	<input type="radio"/> ชั้นตอนบริการ
	<input type="radio"/> โรค.....
	<input type="radio"/> สอน/แนะนำ.....
	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ
	การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ
	ขณะตรวจ <input type="checkbox"/> หักการ.....
	<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ/สอนการดูแลเรื่อง.....
	<input type="checkbox"/> นัดตรวจ..... <input type="checkbox"/> นัดส่งคำปรึกษา.....
	<input type="checkbox"/> นัดส่งคำปรึกษา.....
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
	ผู้บันทึก.....

สิทธิการรักษา

ตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยนอก





HN
ชื่อ น.
สิทธิการรักษา เบิกต้นสังกัด(จ่ายตรง/กบค)
แพทย์ ปฏิเวชการแพทย์

ใบตรวจรักษา OPD

อายุ 48 ปี 11เดือน CID3100201567486

เลขที่สิทธิ
โรคประจำตัว โรคเบาหวาน ปฏิเวช

วันที่ 14 ธันวาคม 2558

วิธีการมาเดินมา
ห้องตรวจ อายุรกรรม

Refer **1.diagnosis**

T. 0 C. P. 110 /min. RR 20 /min. BP.150 / 100 mmHg FBS0
BW. 60 Kgs ส่วนสูง 162 BMI. 22.862

CC.08.47ปวดศีรษะปวดกลืนเนื้อที่ว่างทาง PE.
ปวดต้นคอ สะบัดข้าง4วัน, วัดBP

HPI. *เริ่มมีอาการปวดศีรษะ 2 วัน*
 Non emergency Emergency
 ไข้ อาเจียน หมดสติ หมดสติ หมดสติ

GA

HEENT	<input checked="" type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A
HEART	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A
LUNG	<input checked="" type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A
Ab	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A
Ext	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A
Neuro	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	A

ช่วยเหลือนอนทางออกทาง
 นิ่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา
 ตั้ง Tepid sponge เวลา
 ให้อา

Visit Plan :

สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา
 ให้อาหาร การให้อาหาร การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหาร
 การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

*Don't give NSAIDs for
his renal insufficiency*

*Just put
put / put*

BP. *150/100*
T. *37.5*
เวลา อื่นๆ *นัดตาม 29 ธค*

Diag_text
 การวินิจฉัย *1) Hypertension
2) Drzmm
3) Myople strain Neck 4) Insom*

รายการ	จำนวน NPC
1. ค่ายบริการผู้ป่วยนอก ในวาระราชการ	# 1
2. BETAHISTINE 6 MG. เม็ด 12pc (1 เม็ด * 2 PC)	# 30
3. DiMenHyDriNate (DraMaMino)Tab. 50 MG. เม็ด 12pc (1*2 o pc)	# 20
4. LOSARTAN 100 mg. เม็ด 51pc 1/2เม็ด * 1 PC	# 15
5. MEFENAMIC ACID(PONSTAN)(NED) 250 MG. แค็บซูล 13pc(1 เม็ด * 3 PC)	# 20 [EB]
6. CALCIUM CARBONATE-ChalkTab 600 MG. เม็ด 11pc (1*1 o pc)	# 20
7. ALPRAZOLAM (XANAX) 0.5 MG. เม็ด 51pc(1/2เม็ดx HS)	# 10

NED

แพทย์ผู้สั่ง

2. คำสั่งการรักษาของแพทย์

**3.ลายเซ็นชื่อ
สกุลของแพทย์**

1. Patient's profile

- ข้อมูลรพ.
- ข้อมูลผู้ป่วย
- ข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน
- PID หมายเลข 13 หลัก
- ประวัติแพ้
- ข้อมูลหมู่เลือด
- ข้อมูลชื่อ นามสกุลของญาติ
- วัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูล
- ผู้บันทึกข้อมูล
- กรณีมีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

ตัวอย่างเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

<p>บัตรตรวจโรค โรงพยาบาลสุว ศรีนคร สุโขทัย ประจำปี 2546 (10/7/2546) เลขที่ทั่วไป 318445</p>	
ชื่อ ที่อยู่	อายุ 69 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3180500057056
ชื่อ ที่อยู่	134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์คอก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์
สิทธิ	ข้าราชการองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น
วันเกิด	1 ต.ค. 2487
มารดา	
บิดา	
อาชีพ	
ชื่อผู้ติดต่อ	0
ที่อยู่	134 หมู่ 9 ต.นครสวรรค์คอก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์
โทร.	
เลขที่เฉพาะ	
หน่วย	
<p>วันที่ 5 ต.ค. 2551 ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> ไม่เร่งด่วน <input type="radio"/> นอน <input type="radio"/> ส่งต่อ <input type="radio"/> วัล เวลาซักประวัติ BP..... mmHg T.....°C P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที MM.....kg C.C..... P.I..... P.H..... การแพ้ยา <input type="radio"/> ไม่มีประวัติแพ้ยา <input type="radio"/> แพ้ยา.....</p>	
<p>การพยาบาลก่อนตรวจ</p> <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> ให้ยาแนะนำ <input type="radio"/> ชั้นตอนบริการ <input type="radio"/> โรค..... <input type="radio"/> สอบถามแนะนำ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ	<p>การพยาบาลขณะตรวจ/หลังตรวจ</p> <input type="checkbox"/> ชะระตรวจ <input type="checkbox"/> หักการ..... <input type="checkbox"/> จัด position..... ให้อาหารหลังตรวจ..... <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำ/สอบถามเรื่อง..... <input type="radio"/> โรค..... <input type="radio"/> การใช้ยา..... <input type="radio"/> การป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามแผนการรักษา..... <input type="checkbox"/> ตรวจตรวจ..... <input type="checkbox"/> นัดผ่าตัด..... <input type="checkbox"/> ไม่นัด..... <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<p>Maker:pcu1thongsri</p>	<p>ผู้บันทึก</p>

สิทธิการรักษา

Patient's profile

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, HN, เพศ, อายุหรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วนในหน้าแรกของเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่น ๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ให้ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 ระบุนวัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการบันทึกหมู่เลือด หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด” และมีการระบุชื่อผู้บันทึกกำกับไว้

หัก 1 คะแนน

- (1) กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ และไม่ได้ระบุผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
- (2) กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น ยกเว้น กรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays



HN 0

ใบตรวจรักษา

ชื่อ น.

อายุ 48 ปี 8

สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต

แพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

T. 36.5 C. P. 104 /min. RR 20 /min. BP. 121 / 69 mmHg FBS0
BW. 52 Kgs ส่วนสูง 155 BML 21.644

CC-08.55 น., ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน, PE.

ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธ trauma

HPI. ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน,
ยังไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
จัดประวัติโดยพร. สุจินาภรณ์

Non emergency Emergency

รายเดิมมีนัดตรวจ รายเดิม ไม่มีนัด รายใหม่

GA

HEENT N A

HEART N A

LUNG N A

Ab N A

Ext N A

Neuro N A

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

นิ่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา

ตั้ง Tepid sponge เวลา

ให้อาหาร

Visit Plan :

BP. /

T. /

เวลา อื่นๆ

F/U

สุขบุหรื ไม่สุขบุหรื คัดสุรา ไม่คัดสุรา

ให้คำแนะนำ การใส่ยา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหาร

การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. History

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการบันทึกอาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ แบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึกในการเข้ารับการรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาน้อยกว่า 3 เดือน (ในปีปฏิทิน : ตค.- ธค.) ให้ใช้ข้อมูลการซักประวัติในการตรวจรักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจประเมิน

* วัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้ง *

เกณฑ์การให้คะแนน: History

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Chief complaint อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและฉุกเฉิน) หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง)
กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า **“ไม่ได้รักษาจากที่ใด”**

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

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 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ
ซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H

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



HN [REDACTED]

ใบตรวจรักษา OPD

ชื่อ [REDACTED]

อายุ 48 ปี

สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท ในเขต

แพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

T. 36.5 C. P. 104 /min. RR 20 /min. BP. 121 / 69 mmHg FBS0
BW. 52 Kgs ส่วนสูง 155 BML 21.644

CC-08.55 น., ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน, PE.

ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธ trauma

HPI. ปวดเข่าข้างขวา บวม 1 เดือน,
ซึ่งไม่ได้ตรวจรักษาที่โรงพยาบาล
ซักประวัติโดยพร. สุจินาภรณ์

Non emergency Emergency

รายเดิมมีนัดตรวจ รายเดิมไม่มีนัด รายใหม่

GA

HEENT	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
HEART	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
LUNG	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
Ab	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
Ext	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
Neuro	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A

*pari-aromad
pabelka
- enyptahs
an malle
achwai anadrups*

ช่วยเหลือบรรเทาอาการ

นิ่งพักวัด BP ซ้ำ เวลา

BP.

ตั้ง Tepid sponge เวลา

T.

ให้ยา

เวลา

อื่นๆ

Visit Plan :

F/U

สอบพบ ไม่สอบพบ คัดมั่ว ไม่คัดมั่ว
ให้คำแนะนำ การไอ้ยา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหาร
 การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. Physical exam

เอกสารที่ใช้ประเมิน

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

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึก
ในการเข้ารับการตรวจการรักษาใน
Visit ที่ต้องการตรวจในครั้งนั้น

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการ
ตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่
ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่
ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาน้อยกว่า 3
เดือน (ในปีปฏิทิน : ตค.- ธค.) ให้ใช้
ข้อมูลการตรวจร่างกายใน การตรวจ
รักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจ
ประเมิน

* วัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตรวจ
บันทึกผลการตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละครั้ง *

เกณฑ์การให้คะแนน: physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดย การคลำ หรือ ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดย ระบุ WNL

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก P, R กรณีที่มีประวัติ มีไข้ให้วัด Temperature ร่วมด้วย

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

เกณฑ์การให้คะแนน: Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี (เพื่อติดตามพัฒนาการและในกรณีผู้ป่วยที่ให้น้ำเค็มบำบัด เพื่อคำนวณการให้น้ำและประเมินภาวะโภชนาการ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

4. Treatment/ Investigation

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการให้การรักษา/การ
ตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือแผนการรักษา
ต่อเนื่อง ใน visit ที่ต้องการตรวจ

ตรวจรักษา OPD วันที่ 11 พฤษภาคม 2560
48 ปี 8 เดือน CID3180100487011 วิธีการมา เดินมา
เลขที่สิทธิ 8951600998 ห้องตรวจ ห้องตรวจโรคทั่วไป
โรคประจำตัว Refer 910

ประวัติวินิจฉัย Diag_text

M179: Gonarthrosis, unspecified (PDx)

รายการ

จำนวน ราคา/หน่วย N

1. ค่าร่วมจ่าย 30 บาท	# 1	30
2. ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในวอร์ดราชการ	# 1	50
3. DICLOFNAC TAB. 25 MG. เม็ด 13pc(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	0.5
4. RANTIDINE TAB. 150 MG. เม็ด 12pc (1 เม็ด * 2 AC)	# 20	1
5. ORPHENADRINE+PARACETAMOL(NarGeStc) 35+450 MG เม็ด 13pc(1 เม็ด * 3 PC)	# 30	1

ประวัติ
ประวัติ

สุขบุหรื ไม่สุขบุหรื คัดสุรา ไม่คัดสุรา
 ให้คำแนะนำ การไอ้ยา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหาร
 การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ศ.สตีฟภรณ์ ไทยเชิด

แพทย์ผู้ส่ง น. บ. พ.

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกรายละเอียดการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit..”
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย / การรักษา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่น ให้เป็น NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุชื่อแพทย์ หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

เกณฑ์การให้คะแนน: Treatment/Investigation

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) ไม่มีการบันทึกการสั่ง การตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจ

(2) มีบันทึกการสั่ง ตรวจวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

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
กรณีที่ไม่มีคำสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA
(การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถ ตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด **และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน**

เกณฑ์การให้คะแนน: Follow up (9 เกณฑ์)

หักข้อละ 1 คะแนน

(1) กรณีมีบันทึกการส่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยแต่ไม่มีผลการตรวจ

(2) กรณีมีผลการตรวจแต่ไม่มีการบันทึกการส่งการตรวจวินิจฉัย

6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ข้อมูลการบันทึกการทำผ่าตัด/
หัตถการ หรือส่วนของ

เวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุ
ว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการ
ทำผ่าตัด/หัตถการ ของผู้ป่วย
ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน
visit ที่ต้องการตรวจ

แบบบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วยนอก (แผ่นต่อ Operative Note)

Operative Date: 16 May 2021 อายุ: 71 ปี เลขที่ทั่วไป: 9.05

Surgeon: M. P. P. Start time: 9:05 Ended time: 9:30

Assistant: Surgical nurse: M. P. P. M. P. P.

Pre-operative diagnosis: Anesthesia: GA

Supine Prone Rt.lateral Lt.lateral Lithotomy

Anesthetic Note

BW: 65 Kgs. height: 170 cms. BMI: 22.5 kg/m²

Vital signs: BP: 106/70 HR: 70 SpO₂: 100%

Allergy: Physical status: ASA II

Anesthesia: GA

Anesthetic agent: 1% xyloracaine

Monitor: NIBP SpO₂ EKG

Vital signs: ครั้งที่1 ครั้งที่2 ครั้งที่3

BP.(mmHg.): 125/77

PR./HR.(time/min.): 92

%SpO₂: 99

Complication: no yes

Home medication: Didronel 150 mg Piroxicam 20 mg

นัดฟังผลชิ้นเนื้อ/นัดตรวจ วันที่: 28 May 2021 ห้องตรวจ: M. P. P.

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 หรือระบุในใบบันทึกว่า “**รอผล Pathology**” หรือ “**รอผล ชิ้นเนื้อ**” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน: Operative note (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการท่านใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้


ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/ หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

7. Informed consent

เอกสารที่ใช้ประเมิน

บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น



โรงพยาบาลขอนแก่น

ชื่อ.....
 HNO.....
 แผนก.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ 47 ปี เลขที่บัตรประชาชน 9187 00529092
 ในฐานะเป็น ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ..... ของผู้ป่วย ชื่อ.....
 ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์/ทันตแพทย์
 รวมทั้งทีมผู้ให้การรักษายาบาลของโรงพยาบาลขอนแก่นเรนทร โดย
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและ
 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตรวจรักษาโดยการผ่าตัด การระงับความรู้สึก/การใช้ยาชาผสม/การ
 ฉีดสารทึบรังสี และ/หรือหัตถการอื่นๆ การได้รับเลือดในห้องผ่าตัด รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น และทางเลือกดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็น.....
2. ทางเลือก.....
3. ข้อดี/ข้อเสียของการผ่าตัด/หัตถการ.....
4. เวลาในการใช้รักษาประมาณ.....
5. ความเสี่ยงของผู้ป่วย

ก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ: มีโรคประจำตัว..... สูงอายุ มีภาวะเลือด สุขอนามัยไม่ดี
 การผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีต โรคจิต/ประสาท ไม่รู้สึกตัว/สับสน แพีย/แพ้อาหาร

ยาที่กินอยู่เช่นแอสไพริน/ยาแก้อักเสบ/สเตียรอยด์/NSAID ปัญหาในการดมยาหลับเช่นอ้วน/คอสั้น/อ้าปากไม่กว้าง

หลังทำการผ่าตัด/หัตถการ: เกิดภาวะแทรกซ้อน, เสียเลือดมาก, การอักเสบติดเชื้อเป็นหนอง, อื่นๆ.....

6. ผลการรักษา ผู้ป่วยอาจจะหายดีหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการหรืออาจถึงเสียชีวิตได้จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นซึ่งมี
 โอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งที่ได้มีการระมัดระวังอย่างที่สุด ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆและได้รับคำอธิบายเป็นที่เข้าใจชัดเจนแล้ว

ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจยอมรับ	รับการผ่าตัด/หัตถการ(ระบุ)	วัน เดือน ปี	ขอแสดงเจตนาปฏิเสธ(ระบุ)	วัน เดือน ปี
1. การตรวจรักษาพยาบาล				
2. การผ่าตัด/การได้รับเลือดในห้องผ่าตัด				
3. การระงับความรู้สึก				
4. การทำหัตถการ	ผ่าตัดไส้ติ่ง (lap.scl)			
5. การกู้ชีพ				

ผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัด/หัตถการและการระงับความรู้สึก

ลงชื่อ..... พว.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ..... พยานฯ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

วันที่ 9 / 10 / 61 เวลา 14.00 น.

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ ชื่อ สกุลผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ สกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบ
ข้อมูล

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการลงลายมือชื่อพยาน ครบถ้วน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่าง
ชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการ
เจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอน
ของการให้คำปรึกษา (Counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์การให้คะแนน: Informed consent (7 เกณฑ์)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุนายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกครบถ้วน เดือน ปีที่ให้และรับทราบข้อมูล

หมายเหตุ ลายมือชื่อหรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของผู้ใดและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุลของผู้รับทราบ ข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา / หัตถการ ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นในรายสมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่ สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือให้ชัดเจนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Heode HN PID General case Diagnosis Visit Date
 Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง
 กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case Diagnosis..... 1st Visit Date.....

การบันทึก: กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์	เกณฑ์	เกณฑ์	เกณฑ์	เกณฑ์	เกณฑ์	เกณฑ์	เพิ่ม	หักคะแนน		คะแนน	คะแนน	หมายเหตุ	
				ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	คะแนน	(1)	(2)				
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 77M.....คะแนน

(ไม่น้อยกว่า 20 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน: General case)

(ไม่น้อยกว่า 28 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Sum score 77M.....คะแนน

Overall finding (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify

(มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ)

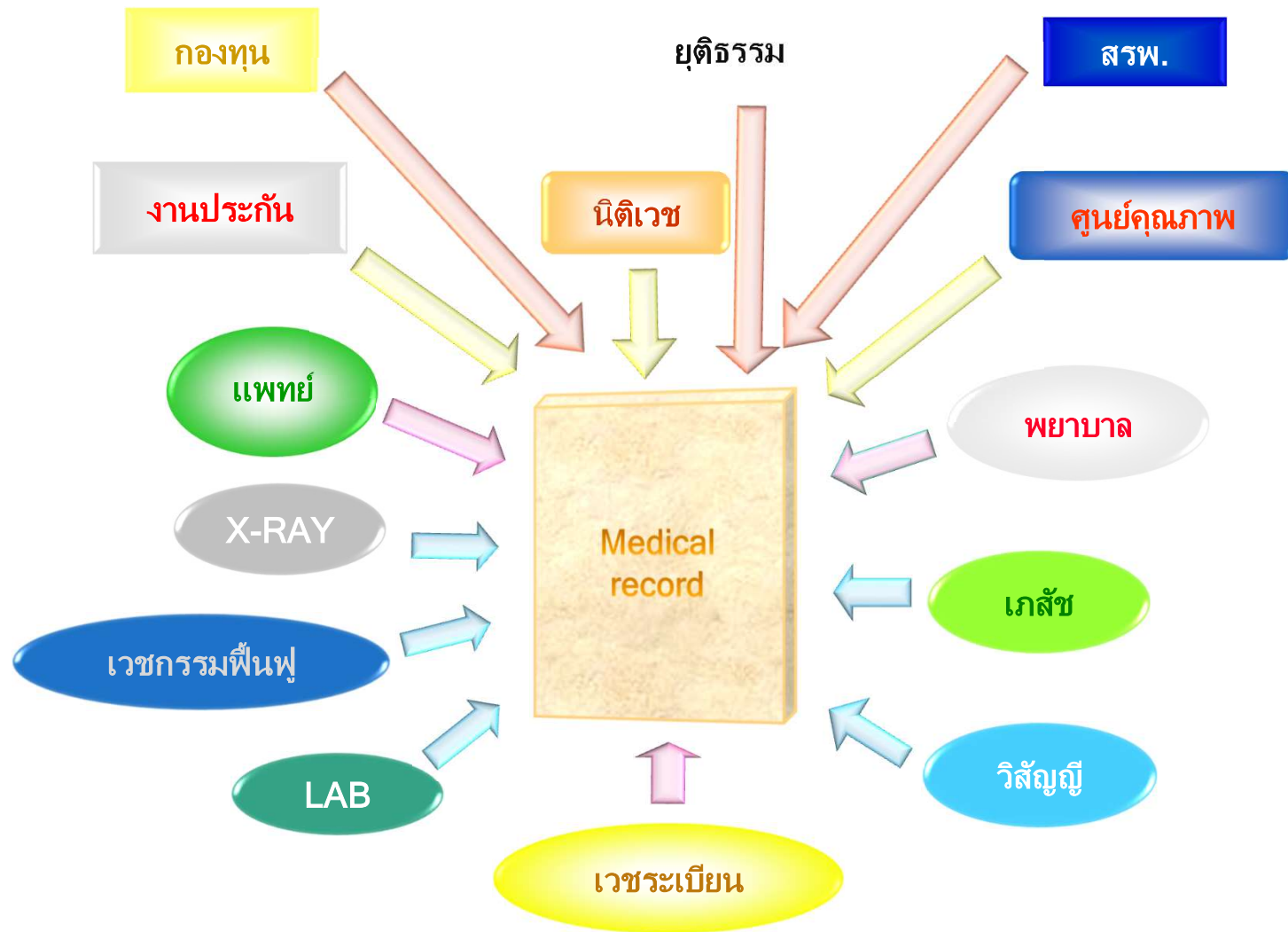
ระบุ.....)

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

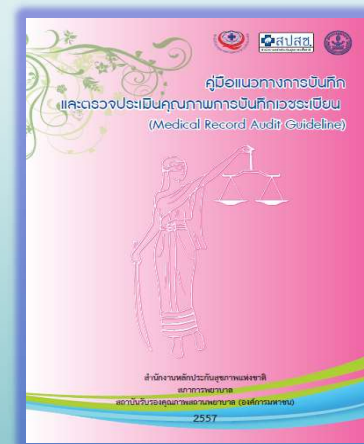
Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

สำนักตรวจสอบการประเมินและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Audit by..... Audit Date



แนวทางการบันทึก ตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน



พ.ญ. นิภาพร อรุณวารากรณ์

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง

1. Discharge summary : Diagnosis, Operation

2. Discharge summary : others

3. Informed consent

4. History

5. Physical examination

6. Progress notes

12. Nurses' note

บันทึกเพิ่มเติมในบางราย 5 เรื่อง

7. Consultation record

8. Anesthetic record

9. Operative notes

10. Labour record

11. Rehabilitation record



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Medical Record Audit Form (IPD)

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

การบันทึก: กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "1" กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"
กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาทในช่อง "NA" กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง "ง0"
กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง "Missing"

Table with 17 columns: Content of medical record, NA, Missing, No, and 9 items (ข้อ 1-9), Total score, and Remarks. Rows include Discharge summary, Informed consent, History, Physical exam, Progress note, Consultation record, Anesthetic record, Operative note, Labour record, Rehabilitation record, and Nurses' note helpful.

Full score 121.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum scoreร้อยละ

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

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Audit by..... Audit Date.....

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

6.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 “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ“เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีก 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 หรือเหตุการณ์การใช้ยาระงับความรู้สึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ รับประทาน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับประทาน (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับประทานถึงผลดี ผลเสียของการ ผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับประทาน (สอดคล้อง กับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับประทานและยินยอมให้ทำการรักษา

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 หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (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"หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการช้กประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
1. Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี
 2. กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
 3. กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการช้กประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (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 ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้อธิบายให้ชัดเจน โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้กรณีที่กว่า 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 การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ สอดคล้อง 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 : ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ❖ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการ เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ❖ ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบ บันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้เฉพาะชื่อไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัด ของพื้นที่ในการบันทึก)

หัก 1 คะแนน ข้อละ 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** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (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

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) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้าadmitในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฟื่อาระวังระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยOn 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) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ 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** บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด 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** **ไม่ต้องประเมิน ให้ 1 คะแนน**
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเหตุการณ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการระงับความรู้สึก (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 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

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

1. Discharge summary:
Diagnosis, Operation

2. Discharge summary:
others

โรงพยาบาล		IN - PATIENT SUMMARY	
1. ADMISSION NUMBER 60	2. I.D. NO. 3-	3. HOSPITAL NUMBER 02	
4. PATIENT'S NAME AND ADDRESS น. 14 58		5. MARITAL STATUS 6. SEX ชาย 7. ETHNIC GROUP	8. SERIAL NUMBER OF ADMISSION (1 st , 2 nd , 3 rd , ect.....)
10. PERSON TO BE NOTIFIED น. 114 132		11. DATE OF BIRTH 01/07/2490	12. AGE AT ADMISSION 69 INFANT ONLY
18. DATE OF ADMISSION 27 กุมภาพันธ์ 2560		19. DATE OF DISCHARGE 13.0.010	21. CONDITION OF CHILD AT BIRTH <input type="checkbox"/> LIVEBORN <input type="checkbox"/> STILLBORN
22. DEPARTMENT ศัลยกรรมกระดูก		23. WARD ศัลยกรรมกระดูก 2	24. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (DAYS) 14
25. DIAGNOSIS		26. OPERATION	
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS - บันทึกให้เพื่อโรคเดียวเท่านั้น <i>Closed Intra-aortic Function left Pansa</i>		รหัสดโรค S7910	
(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S) 1. <i>COPD with Acute exacerbation</i>		รหัสดโรค J441	
(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)			
(4) OTHER DIAGNOSIS			
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY			
OPERATING ROOM PROCEDURE (การผ่าตัด) ที่ดำเนินการหลักเพื่อรักษาโรค 1. <i>ORIF with Dynamic Hijo Sutured plate</i>		DATE 6.2.2560	TIME IN 16.05
NON OPERATING ROOM PROCEDURE <input type="checkbox"/> MECHANICAL VENTILATOR (< 96 hrs. or (> 96 hrs. <input type="checkbox"/> CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (< DEBRILLATION <input type="checkbox"/> ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPE (< WITH BIOPSY		TIME OUT 17.05	รหัสดโรค 7930
27. SPECIAL INVESTIGATIONS <input type="checkbox"/> BLOOD TRANSFUSION ระบุชนิด <input type="checkbox"/> ULTRASOUND ระบุชนิด <input type="checkbox"/> COMPUTERIZED TOMOGRAPHY ระบุชนิด		29. DISCHARGE STATUS 1. COMPLETE RECOVERED 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. DELIVERED 5. UNDELIVERED	
28. DISCHARGE STATUS 6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY 8. STILLBIRTH 9. DEAD		29. DISCHARGE TYPE 1. WITH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. ESCAPE 4. BY TRANSFER	
ATTENDING PHYSICIAN [Signature]		APPROVED/AUDITOR [Signature]	
FM-CHN-IM-001 ปรับปรุงครั้งที่ 4 : ค.ศ. 57		หมายเหตุ : จัดคำย่อ คำกำกวม และเขียนอ่านง่าย	

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

3. Informed consent

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
หนังสือแสดงเจตนารับการผ่าตัด/หัตถการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว กนก งาม อายุ 33 ปี เลขที่บัตรประชาชน 11811111111111111111
 ในฐานะเป็น ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ ของผู้ป่วย ชื่อ
 ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การ
 รักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดย
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและ
 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตรวจรักษาโดยการผ่าตัด การระงับความรู้สึก/การใช้ยาชา
 ยาสลบ/การฉีดยาที่บริเวณต่างๆ และ/หรือหัตถการอื่นๆ รวมทั้งแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายขึ้น และทางเลือกดังนี้

1. การผ่าตัด/หัตถการที่จะได้รับ เย็บแผลผ่าตัด หนองอักเสบ (แผล)
2. เหตุผลและความจำเป็น เย็บแผลผ่าตัด
3. ทางเลือก เย็บแผลผ่าตัด
4. ข้อดี/การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด/หัตถการ เย็บแผลผ่าตัด / หนองอักเสบ / หนองอักเสบ
5. เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด/หัตถการประมาณ 30 น
6. ความเสี่ยงของผู้ป่วย

ก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ: มีโรคประจำตัว ไม่มี สูงอายุ มีภาวะช็อค สุขอนามัยไม่ดี
 การผ่าตัดหรือเจ็บป่วยในอดีต โรคจิต/ประสาท ไม่รู้สึกตัว/สับสน แพ้ยา/แพ้อาหาร
 ยาที่กินอยู่เช่น แอสไพริน/ยาแก้อักเสบ/สเตียรอยด์/NSAIDs ปัญหาในการดมยาสลบเช่น อ้วน/คอสั้น/อ้าปากไม่กว้าง

ขณะทำการผ่าตัด/หัตถการ: การให้ยาระงับความรู้สึก, การทำผ่าตัด/หัตถการ, การเสียเลือดมาก, อื่นๆ.....

หลังทำการผ่าตัด/หัตถการ: เกิดภาวะแทรกซ้อน, เสียเลือดมาก, การอักเสบติดเชื้อเป็นหนอง, อื่นๆ.....

ผลการรักษา ผู้ป่วยอาจจะหายดีหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เกิดความพิการหรืออาจถึงเสียชีวิตได้จากสาเหตุดังกล่าว
 ข้างต้นซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งๆที่ได้มีการระมัดระวังอย่างที่สุด ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆและได้รับคำอธิบายเป็นที่เข้าใจชัดเจนแล้ว

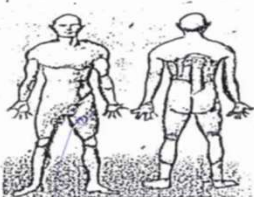
ยินยอม ให้แพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การรักษายาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่าง
 ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด/หัตถการ รวมถึงการตรวจรักษาพยาบาล และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อ
 ชีวิต และสุขภาพของ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย
 ไม่ยินยอม ให้แพทย์ และ/หรือทีมผู้ให้การรักษายาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดำเนินการทุกอย่าง
 ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด/หัตถการ รวมถึงการตรวจรักษาพยาบาล และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเกิดผล
 เสียหายต่อชีวิตและสุขภาพของ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย จากผลของการไม่ยินยอมรับการรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ <u>.....</u> <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย / <input type="checkbox"/> ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย	ลงชื่อ <u>.....</u> (.....) ตำแหน่ง <u>.....</u> ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์
ลงชื่อ <u>.....</u> พยานฝ่ายผู้ป่วย (.....) ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <u>.....</u> หมายเหตุ: <input type="checkbox"/> ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยมาคนเดียว	ลงชื่อ <u>.....</u> พยานของสถานพยาบาล (.....) ตำแหน่ง <u>.....</u>

วันที่ 12 / พค / 61 เวลา 13.05 น.

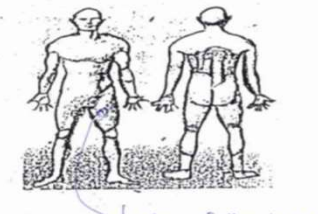
หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

4. History

โรงพยาบาล Admission Note (Hx & PE)		HN 0290432
<p>รับมาจาก <input type="checkbox"/> ER <input checked="" type="checkbox"/> OPD</p> <p>ผู้ให้ประวัติ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> โทร refer รพ...</p> <p>Chief Complaint: <u>ปวดหลัง 2 ชม. ปกติ</u></p> <p>Present Illness: <u>ปวดหลัง 2 ชม. ปกติ</u></p> <p>Easy illness <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> IHD</p> <p>Systemic review</p> <p>GA <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>HEENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Respiratory <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Hemato/Immune <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Neuro <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>KUB/Menstruate <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Drug allergy <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Previous Medication</p> <p>History of operation</p> <p>Personal History</p> <ul style="list-style-type: none"> Smoking <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Drinking <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes อาชีพ <p>Family History</p>		<p>ก.ม. ๔๕ ปี</p> <p>กลุ่มงาน Orth.</p> <p>นพ.</p> <p>17/1/60</p> <p>Physical Examination</p> <p>BP <u>110/70</u> mmHg PR <u>80</u> BT <u>37.0</u> BW <u>50</u> kg HT <u>160</u> cm</p> <p>GA <u>Good</u></p> <p>HEENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Respiratory <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>CVS <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Abdomen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Neuro <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>KUB /Reproduct <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/></p> <p></p> <p><u>finger, Bell's test (+)</u></p> <p>Film</p>
<p>Provisional Diagnosis / Problem(s)</p> <p><u>Class 1 Neck Lt intervertebral</u></p>		<p>Plan of Management</p> <p><input type="checkbox"/> Investigation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Supportive <u>Admit Orth</u></p> <p><input type="checkbox"/> Operation</p> <p>แพทย์ <u>อน</u> วันที่ <u>๑๗/๑๒/๖๐</u></p>


หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

5. Physical examination

History		Physical Examination	
ไข้ไม่จาก <input type="checkbox"/> ER <input checked="" type="checkbox"/> OPD ผู้ให้ประวัติ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> โทร refer รพ... Chief Complaint Present Illness Past Illness: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> IHD Systemic review GA <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hemato/Immune <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Neuro <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> KUB/Menstruate <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Drug allergy <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Previous Medication History of operation Personal History • Smoking <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes • Drinking <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes • อื่นๆ Family History: Provisional Diagnosis / Problem(s) Closed fracture Lt intertrochanteric Plan of Management <input type="checkbox"/> Investigation <input checked="" type="checkbox"/> Supportive <input checked="" type="checkbox"/> Operation แพทย์ วันที่ 27/12/60		HN 0290 โรงพยาบาลช. Admission Note (Hx & PE) กลุ่มงาน นพ. 335/100 BP 110/70 CPR 30 RR 20 BT 36.1 BW 50 kg HT 170 cm GA good complexion HEENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Respiratory <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> CVS <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abdomen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Neuro <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> KUB/Reproduct <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/>  Film Plan of Management <input type="checkbox"/> Investigation <input checked="" type="checkbox"/> Supportive Admit Ortho <input checked="" type="checkbox"/> Operation แพทย์ วันที่ 27/12/60	

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

6. Progress notes


 โรงพยาบาล
Order & Progress Note

Progress Note	Date	ORDER FOR ONE DAY	Date	ORDER FOR CONTINUATION
27/10/60 Cl-1 Indistinct Fracture left femur plan order DHS etc.				27/10/60 - Procaterol HCl (Muplin) 50 ug 1x2 @ pr - Theophylline (sc) (Theodur) 500mg 1x2 @ pr - Aro 1x2 @ pr - Salbutamol 1 puff pr for inhaler - Seretide 1 puff bid
27/10/60 plan order DHS	27/10/60	Vit K 1 amp @ 0.3 ml - Sub order for order DHS with SB night 18.30 in patient ward, King 10	27/10/60	27/10/60 - tinal 1 amp @ 0.3 ml 23/10/60 พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์ 23/10/60 (15.00) พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์
27/10/60 - tinal - valium - No label vs AP 2/10/60 plan order	27/10/60	27/10/60 5/3/10/2 1 amp @ 0.3 ml only 60 ml พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์ 27/10/60 (14.00) พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์ 28/10/60 (14.00)	28/10/60	28/10/60 - base - (3) 1-2 amp - Aro (1) 1 amp bid - Aro (5) 1 amp bid พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์ 28/10/60 (14.00) พญ.วิภาวดี ศรีจันทร์ 28/10/60 (14.00)

หมายเหตุ: กรุณาระบุชื่อ OFF ต่อมาของนายแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล
 FM-CHN-IM-006
 ปรับปรุงครั้งที่ 3 : ค.ศ. 55

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

7. Consultation record

โรงพยาบาลรามาธิบดี CONSULTATION NOTE	
From Department <u>Med</u> To Department <u>SX</u>	Department <u>SX</u>
Date _____ Time _____	Date <u>1/11/61</u> Time <u>14.00</u>
Summary of clinical data (Dx & Case): <u>- Alcoholic</u> <u>- hepatic encep</u> (โดย EGD: พบ BV, F1) <u>- Portal hypertension</u> รับส่งต่อจากแพทย์ที่ห้อง ER admit ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ มีอาการท้องอืด/ท้อง PR/ PR: Yellow feces	Summary of evaluation data (Hx PE & Ix): <u>ชาย 47 ปี</u> <u>UD Alcoholic cirrhosis child C</u> <u>Portal HT (BV) Hepatic encephalopathy</u> ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด มีไข้ต่ำๆ มีอาการท้องอืด 2 วัน มีไข้ต่ำๆ 6 ครั้ง ไม่เคยมีอาการ ท้องอืด ไม่มีอาการอื่น อาการอื่นไม่มี พบ Hct 20% → Blood transfusion → Hct 3
# <u>LGH</u>	Diagnosis/problem(s): <u>PR: mass at rectum,</u> <u>active bleed, Proctoscope: Internal</u> <u>hemorrhoid & bleeding</u>
Consult for: <u>- proctos Mx</u>	Advice/Plan: <u>- correct plt, IIR.</u> <u>mp plt > 100,000</u> <u>IIR < 1-3.</u> <u>- If bleeding plus hemorrhoidectomy</u> <u>- follow 2x/3 yr</u>
Signature <u>[Signature]</u>	Signature <u>[Signature]</u> <u>O. WJAN</u>

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

11. Rehabilitation record

โรงพยาบาล.....

ชื่อ-สกุล..... น.....
 กลุ่มงาน..... F.....
 น.พ./ว..... U.....

Rehabilitation Note

Regular service Bedside service

Dx: I. CVA + Hemiparesis

Op: I. _____

Goals: I. _____

<input type="checkbox"/> Hydrocollator pack	<input type="checkbox"/> Cold pack	<input type="checkbox"/> Ultrasound diathermy	<input type="checkbox"/> LASER therapy
<input type="checkbox"/> Cervical traction	<input type="checkbox"/> Pelvic traction	<input type="checkbox"/> NMES	<input type="checkbox"/> TENS
<input type="checkbox"/> Ambulation training with () Walker	() Crutch (es)	() Cane	() Wheelchair
weight bearing () FWB Rt. Lt.	() PWB Rt. Lt.	() NWB Rt. Lt.	() Cerebral palsy training
<input type="checkbox"/> Tilt table standing	<input type="checkbox"/> Chest PT	<input type="checkbox"/> Pre-prosthetic program	
<input checked="" type="checkbox"/> Exercise			
<input type="checkbox"/> Education			
<input type="checkbox"/> Other			

OT

<input type="checkbox"/> Paraffin bath	<input type="checkbox"/> Hand function training	<input type="checkbox"/> Perception & cognition training
<input type="checkbox"/> Developmental training	<input type="checkbox"/> ADLs training	<input type="checkbox"/> Splint
<input type="checkbox"/> Swallowing & eating training	<input type="checkbox"/> Exercise upper limb (s)	<input type="checkbox"/> Other

Underlying disease DM HT IHD old cva

Precaution: _____

Doctor: _____
 (_____)
 Date: / / Time: _____

PT

13/Nov/61

ส. อัมพาตทางขวา old cva
 ๐: MMT II/V
 ADL - minimal assistance
 training
 thom program

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

8. Anesthetic record

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
ANESTHESIA RECORD

Date: 12 ต.ค. 61
 Problem: Asthma
 Service unit: [] CVT, [] Gen, [] ENT, [] Eye, [] Neuro, [] Ortho, [] Uro, [] Plastic, [] Gyn, [] Obs.
 Anesthesia Techniques: [] GA, [] TIVA, [] RA, [] MAC, [] SA/BA, [] Other
 Airway Type: [] Face Mask, [] LMA size, [] ETT Nasal/Coral size, [] DLT Lt Rt size, [] Airt size, [] PAE, Size, [] Tracheostomy
 Always Management: [] Mask ventilation easy, [] LMA insertion easy, [] Intubation easy, [] Blade, [] Rapid sequence+Cricoid pressure
 Monitors: [] EKG, [] SpO₂, [] NIBP, [] EtCO₂, [] Urine, [] ABP, [] CVP, [] Temp
 Regional Anesthesia: [] Spinal, [] Epidural Lt, Rt, [] Other
 Anesthetic level: [] Fiberoptic intubation, [] Endoscope, [] Other
 Position: [] Supine, [] Prone, [] Lithotomy, [] Lateral Lt, Rt, [] Kidney, [] Jackknife, [] Trendelenburg, [] Other
 Line accesses: Rt hand #15
 Special Techniques: [] Fiberoptic intubation, [] Endoscope, [] Other
 Eyes protected, Forced air-warmer, Pressure points checked, Surgical side identified, Patient identified, Waby delivered time, Sex, Placenta wt, Discharge: [] PACU, [] Ward, [] Discharged, [] Planned ICU, [] UnPlanned ICU, SURVEILLANCE: 118/88, SpO₂/100, 91, 5, 11

OR Ward: 3 / 11111 Address: 30
 Sex: M, Wt: 45 kg, Ht: 160 cm
 Subject: 10/17/343, Age: 32.5, Dental Warning: []
 Malampatti Class: 1 2 3 4 5 6 L
 ASA: 1 2 3 4 5 6 L
 Cvr: [] PTT, [] DNR, [] HIV, [] Intra, [] NonIntra
 EKG: []
 Total: 14.00

Time	SpO ₂	EtCO ₂	Temp	Urine	ABP	CVP	Temp
16:00	100	100	36	44	24		

Resp: [] Spont, [] Ass, [] Com
 Events/Symbols: X, O, X
 Blood: 400/400, 400/400
 Urine (500): 100/650
 EBL: 400 ml, 400 ml, 400 ml
 Remark: Ectopic Pregnancy Right, Ectopic Pregnancy Right Fimbria, Excision ท่อน้ำจัน Right Fimbria
 Start Anes: 15:25, Start Op: 15:31, Op. finish: 16:00, Total Anesthetic time: 35 min
 ANESTHESIST: ศาสตราจารย์ ดร. พญ. นพ. วิชาญ วัฒนศิริ, ASSISTANT: นพ. วิชาญ วัฒนศิริ, SCRUB NURSE: นพ. วิชาญ วัฒนศิริ, 2200

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

9. Operative notes


โรงพยาบาลชนบท
Operative Note

Operative Date: 15/11/60 Started time: 08:10 Ended time: 09:40 W
 Surgeon: Dr. [Name] Assistant: [Name]
 Surgical Nurse: [Name] (วิไลรัตน์ ศรีใจ)
 Pre-operative Diagnosis: [Text]
 Post-operative Diagnosis: Jejunum perforation
 Operative Technique: Explore lap for perfor. jejunum
 Anesthetic Technique: GA Anesthetist: Dr. [Name]

DESCRIPTION OF OPERATION

Position: Supine Prone Rt. lateral (Lt. side up) Lt. lateral (Rt. side up) Lithotomy

Findings:

- perforated jejunum 10 cm from DJ
- ser. circumferential of bowel wall
- moderate contamination of small bowel content
- inflamed segment of jejunum - 1 ft

Procedure:

- make incision
- jejunum was repair, using 4/0 suture
- abdomen rinsed with dext.
- bleeding was checked
- abdomen was closed

Pathology: none if specimen of _____

Wound type: I Clean II Clean Contaminated III Contaminated IV Dirty


EBL: no _____ ml

Complication: no yes _____

FM-CHN-IM-009/08-1
 1 ธันวาคม 2553 : หน้า 55

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

10. Labour record


 โรงพยาบาล [redacted] 15
DELIVERY RECORD

NAME น.ว. ธิษฏาภรณ์ 11401 Age 35 Yes Ward 150001 Nationality Thai Race Thai
Address 96/2-3 น.พ.พ. 01201 2 km HN 2012 AN 2344

OBSTETRIC HISTORY: E.D.C. 31/12/00 LMP 20 ก.พ. 08 Wt. 61 Kgs. 167 Cms.
 Full term _____ Premature _____ Abortion _____ Living _____ Stillbirth _____
 Past Obstetric Complication _____
 Prenatal Care: Yes No When? 2-6 Where? วิทยาลัย No. of Attendance 5 ครั้ง
 Present Obstetric Complication _____
 Serology: Date taken VDRL 28 HIV Ag HBsAg 3 DCIP Ag of 3.11 DCIP OF 1.11% (2) %

LABOR: Spontaneous Induced Method _____
 Onset of Labor _____ First Stage _____ hrs. _____ mins.
 Full dilatation _____ Second Stage _____ hrs. _____ mins.
 Birth of Child 15:20 4 Third Stage _____ hrs. _____ mins.
 Birth of Placenta _____ Duration of Labor _____ hrs. _____ mins.
 Date of Birth 23 12 00 Fetal Heart Sound Before Birth: yes No When 10:00
 Membranes: Type of rupture: Spontaneous Artificial Leakage Time of Rupture _____
 Cervical dilatation _____ Station of presenting part _____
 Medication: (dose & time) _____

DELIVERY: Normal Abnormal Position _____ Cession 34 1/2 Weeks By 34 weeks
 Operation _____ Indication Cervical prius
 Anesthesia 5% Anesthetist _____
 Oxytocic Drug _____ Assistant _____

INJURIES: Laceration: Perineum 1° 2° 3° Rectal Vagina Fomix Cervix
 Type of Episiotomy: Median Right Mediolateral Left Mediolateral
 Method of repair: Interrupted Subcuticular By Chromic cat gut No. 2/0 _____

PLACENTA & MEMBRANES: Spontaneous Delivery Manual Removal
 Gross Appearance: Normal Abnormal Wt. 500 gm. Complete Incomplete Cord lead length 60 cms.
 Abnormalities of Placenta & Cord _____

POSTPARTUM CONDITION: Normal Abnormal
 Estimated blood loss _____ ml. B.P. _____ mm. Hg. Pulse _____ mm. Temperature _____

REMARKS & TREATMENT: _____

NEWBORN: Wrist No. _____ Sex 570 Apgar Scores: (1 min) 10 (5 mins) 10 (10 mins) 10
 Alive Stillbirth: Fresh Macerated Weight 3640 gm. Length 50 cms. 3000000 cms. 3000000 cms.
 Temperature 36.5 cms. Temperature 36.5 Medication: HBV 0.5 cc VIK 1 mg (M) Terramycin Ointment 1132 3/34
 Breathing: Spontaneous Stimulate Crying Time: At once 2/30 Min. O. Sat. _____ %
 Resuscitation: No Yes Duration _____ Min. Method _____
 Anomalies of birth _____
 Midwife in charge 570 Time 16:25 Doctor in charge _____



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

Medical Record Audit Form (IPD)

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

การบันทึก: กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "1"

กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"

กรณีที่ไม่มีจำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง "NA"

กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง "NO"

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียน ไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง "Missing"

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เกณฑ์ข้อ 8	เกณฑ์ข้อ 9	หักคะแนน	รวมคะแนน	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 (ไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

เลือกได้เพียง 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...../...../.....

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

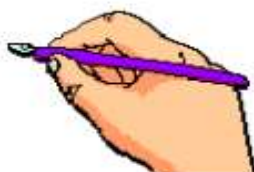
Questions

&

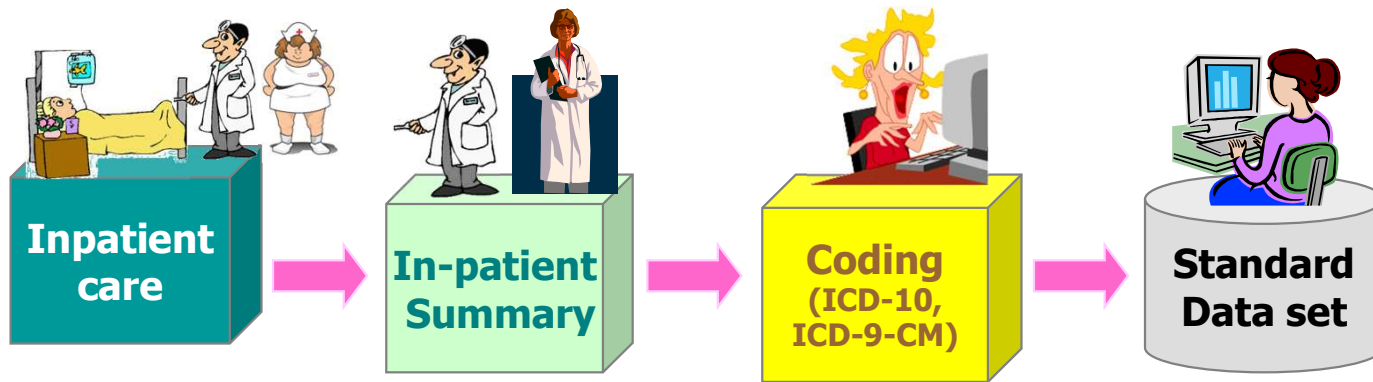
Answers

Golden Rule...

"If it's not documented by the physician, it didn't happen"

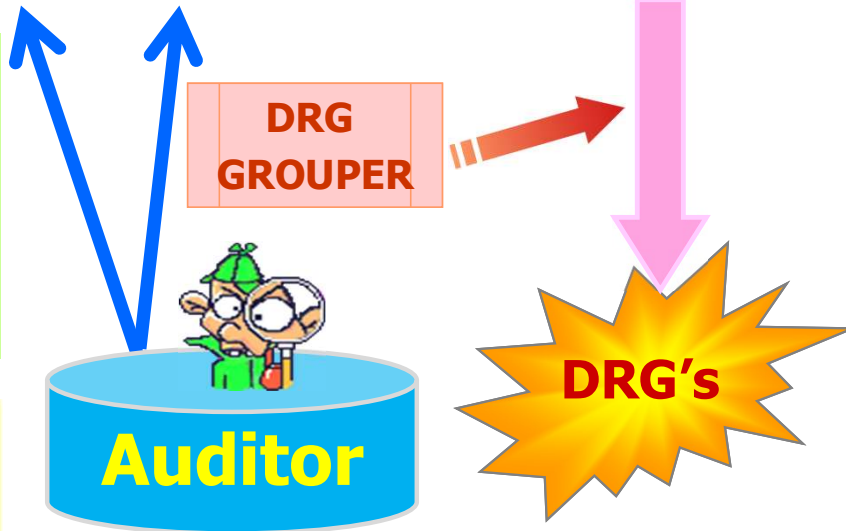


In Compliance and in Coding, there is no deviation from this principle. We can't code it if it isn't documented, then we can't bill for it.



- เคล็ดลับความสำเร็จ**
- ทำตามบทบาทและหน้าที่
 - มีการติดตามประเมินผลตามเป้าหมาย
 - ปัญหามีไว้ก้าวข้ามมองไปที่เป้าหมาย
 - แก้ปัญหาให้ตรงจุด
 - เพิ่มศักยภาพคน
 - ร่วมมือสร้างระบบเข้มแข็ง

GOOD MEDICAL RECORD
Adj.RW, CMI





การสรุปเวชระเบียนให้ครบเร็วถูกต้อง

ไม่รู้-ทำให้รู้

รู้แล้วคิดจะทำ

ฝึกทำจนชำนาญ

ทำเป็นนิสัย



SUCCESS

ภาพฝันงานเวชระเบียน

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

ขอบคุณ.

