



โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก
ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน / วิธีการทำงาน / แนวทางเวชปฏิบัติ

ประเภทเอกสาร	คู่มือการปฏิบัติงาน	
ชื่อเอกสาร	แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	
รหัสเอกสาร	WP-IPD-02	
ส่วนที่เกี่ยวข้อง	IPD	
วันที่ประกาศใช้	1 ตุลาคม 2566	
ผู้จัดทำ	แผนกผู้ป่วยใน	<u>จุฑามาศ</u> (นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ผู้ทบทวน	หัวหน้าหอผู้ป่วยใน	<u>พช</u> (นางสาวพชรพิมพ์ ขาวทุ่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า	<u>215</u> (นายพิจารณ์ สารเสวก) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
จำนวน 28 หน้า

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 1/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดแนวทางการใช้แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังเจ้า

กลุ่มเป้าหมาย

ครอบคลุมหน่วยงานทุกหน่วยงานที่ใช้แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

คำจำกัดความ

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 2/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-0๒	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD) โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนที่ 1

๑. Discharge Summary: Diagnosis, Operation เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมินให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 3/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอหรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไข โดยไม่ลงนามกำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุปแล้ว แพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้

1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “D64.8 Other specified anaemias” “J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) และ

2) สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้

1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 4/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2) สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

3) การสรุปโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะในส่วนของ external cause เท่านั้น

- กรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับ ข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการและการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

- ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9

CM

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 5/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุป discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาหรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อนามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. Discharge summary: others เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 6/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมิน ระบุ No ในกรณีดังนี้

- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลง ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูลต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 7/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ต้องระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้องระบุ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

3. Informed consent บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No) ในกรณีดังนี้

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 8/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด

2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย

2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล

3. กรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความ

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 9/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

- กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษ วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษาความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่าข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 10/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

4. History บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)

3. ในกรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึก โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

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

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 11/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้านหรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนต้องระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้

1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้

2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน

3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (review of system) ทุกระบบ

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 12/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกไปกับ physical examination)

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจาก เอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณี บุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ผู้รักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้บันทึก

2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ใน กรณีดังนี้

2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของ แพทย์)

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 13/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure (กรณี blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)

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 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ต้องพบความผิดปกติที่ถูกต้อง

- ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 14/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “ทุกระบบ WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานี้ (problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้

- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

6. Progress notes และ Doctor's order sheet บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1- 8

- ข้อมูลการบันทึก progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกรับได้

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 15/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. เอกสาร doctor's order ของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ ผู้รับผิดชอบที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

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 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการหรือการรักษาหรือให้ยา หรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการหรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 16/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่น ๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา

7. Consultation record บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางแพทย์ ในกรณีที่มีการขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ทั้งนี้ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านอื่น ๆ

2. กรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้

3. กรณีที่มีใบ consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 17/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรับด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4

- กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8

- กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 18/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๘. Rehabilitation record บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด (speech therapy)

- กรณีที่มีหลายใบให้เลือกประเมินเอกสารที่มีความละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุป ปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุวิธีหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 19/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด

๙. Nurses' note บันทึกการพยาบาล เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่น ๆ เช่น
 - ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
 - บันทึกการให้ยา (medication administration record)
 - ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัมปรอท (graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพได้ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 20/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาล
ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลักเพียง 1-
2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการ
ซักถามถึงอาการหรือเหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่
เกิดขึ้นนั้น

1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความ
ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

2.1 มีการระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/
หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะ
ของผู้ป่วย

3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการ
ตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ปกติหรือ
รุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และ
ตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสมทันเวลา และ/หรือ

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 21/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์

4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัดโดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอด ลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย หรือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan)

6.1 มีการบันทึกระบุนาการหรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย

6.2 มีการบันทึก

6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี หรืออาจมีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้หรือฝึกทักษะของผู้ป่วย/ครอบครัว

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 22/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

7.1 มีการระบุปัญหา ความต้องการข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน

7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

8.1 มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

8.2 มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)

8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

9.1.1 แรกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.1.2 ระหว่างการดูแล:

9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และการตอบสนอง

9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 23/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ

9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 24/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๒ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนนแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้น ๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing
2. NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้น ๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA
3. No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No
4. การบันทึกคะแนน
 - 4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 - 4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 - 4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือกรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”
5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้นเอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
6. Overall findings
 - 6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง การจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรอง

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 25/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 Admitting & identification section : (มีหรือไม่มีก็ได้)

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

ส่วนที่ 2 Clinical medical section :

- 1) Discharge summary
- 2) Referring letter sheet
- 3) Informed consent
- 4) History record
- 5) Physical examination record
- 6) Progress note
- 7) Consultation report
- 8) Physician's orders
- 9) Anesthetic record
- 10) Operative report
- 11) Labour record
- 12) Pathology special report

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 26/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

13) Pathology, X-rays report sheet

13.1 Laboratory report

13.2 Hematology report

13.3 X-rays report

14) Electrocardiogram report

15) Electroencephalogram report

16) Other special clinical reports

ส่วนที่ 3 Paramedical section :

1) Physiotherapy sheet

2) Occupational therapy sheet

3) Speech therapy sheet

4) Social work report

5) Other paramedical reports

ส่วนที่ 4 Nursing Section :

1) Nurses' notes

2) Graphic record

3) Fluid balance summary

4) Diabetic chart

5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 27/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

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) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ใด
- 2) Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการ

ทบทวน

- 3) No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการ

ทบทวน

- 4) Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อให้ระบุ
ปัญหา

การรวมคะแนน

1. Full score ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด ในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่า จะต้องมีการบันทึกยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

2. Sum score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า 28/28
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-IPD-02	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : 1
เรื่อง : แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน	วันที่ : 1 ตุลาคม 2566
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : IPD
ผู้จัดทำ : นางสาวจุฑามาศ บำเรอวงศ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ได้ ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

Hcode Hname HN AN Date admitted Date discharged

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ลำดับที่ 7, 8, 9, 10, 11 เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้ยกบาทในช่อง NA

การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหาไปให้ ยกบาทในช่อง Missing

การบันทึกช่อง No: กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารขึ้น ให้ยกบาทในช่อง "No"

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก/ไม่มีข้อมูล ในข้อใดข้อหนึ่งให้ NA ได้ ให้ NA

Content	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	บันทึก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
1. Discharge summary: Dx., OP															
2. Discharge summary: Other															
3. Informed consent															
4. History															
5. Physical exam															
6. Progress note															
7. Consultation record															
8. Anesthetic record															
9. Operative note															
10. Labour record															
11. Rehabilitation record															
12. Nurses' note															

คะแนนเต็ม (Full score) รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน) คะแนนที่ได้ (Sum score) ร้อยละ

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนภาพรวม

Overall finding (..) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(..) เอกสารบางฉบับ ไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารฉบับนั้นเป็นของใครจึงไม่สามารถทวนเอกสารฉบับนั้นได้

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (..) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทวน)

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

(..) Certain issues in question specify (มีปัญหากจากการทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by..... Audit Date