



แนวทางปฏิบัติ

การบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชทะเบียนผู้ป่วยใน

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิชัย

สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 4 Medical Record Audit Form (IPD)

การใช้แนวทางการบันทึกและประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ศึกษาแนวทางการบันทึก (ส่วนที่ 1) เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน (ส่วนที่ 2) และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3) อย่างละเอียด
2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง แบ่งเป็น

2.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

- 2.1.1 Discharge summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
- 2.1.2 Discharge summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและ ส่วนประกอบอื่นๆ
- 2.1.3 Informed consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
- 2.1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
- 2.1.5 Physical exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
- 2.1.6 Progress note, Doctor's Order : บันทึกความก้าวหน้า และ หรือการดำเนินโรค โดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 2.1.7 Nurses' note : บันทึกทางการพยาบาล

2.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

- 2.2.1 Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
- 2.2.2 Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
- 2.2.3 Operative note : บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ
- 2.2.4 Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
- 2.2.5 Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด



3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3) โดยใช้ Medical Record Audit Form (IPD) (ส่วนที่ 4)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) แต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3)

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 12 เรื่อง แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่
 - 1.1 Discharge summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
 - 1.2 Discharge summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
 - 1.3 Informed consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 1.5 Physical exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 1.6 Progress note and Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรค โดยแพทย์ และ บันทึกคำสั่งการรักษา
 - 1.7 Nurses' note : บันทึกทางการพยาบาล
2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม ในบางราย 5 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1 Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
 - 2.2 Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
 - 2.3 Operative note : บันทึกการทำหัตถการ
 - 2.4 Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
 - 2.5 Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

แนวทางการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมิน และแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน

Discharge summary: Diagnosis, Operation

แนวทางการพิจารณา

1. บันทึก Discharge summary ต้องบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) หรือกรณีที่เป็นกรพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ จะไม่นำเอกสารนั้นมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป

3. กรณีที่มีการบันทึกสรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีที่มี Discharge summary หลายใบ จะต้องมียี่สิบสี่รับรองจากหน่วยงาน ที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการ ระบุว่าใช้ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีหนังสือรับรองดังกล่าว ให้ใช้ใบแรกของเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นในการอ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ Summary discharge จึงเป็นเอกสารที่จะนำมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบล็อกอิน (log in) ได้ ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ Summary discharge

แนวทางการบันทึก

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการสรุปการวินิจฉัยโรคเรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD-10) และการทำหัตถการ (ICD-9-CM)
2. บันทึกสรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis โรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM โดยไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป ด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้
3. บันทึกสรุปการทำหัตถการ วัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการ ทุกครั้ง
4. บันทึกสรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้
 - 4.1 สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - 4.2 การ Investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - 4.3 การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
 - 4.4 แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ หลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
 - 4.5 Home medication
5. สรุปสาเหตุการตาย (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต)
6. สรุป Discharge status และ Discharge type กรณีที่ Discharge type เป็น "by transfer" ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ
7. มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา และหรือ แพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และ หรือเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
8. กรณีที่มีการสรุปหลายลายมือ หรือมีการแก้ไข ต้องลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข รวมถึงกรณีแพทย์ Intern สรุปแล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น



2. Discharge summary : Others

แนวทางการพิจารณา

ใช้แนวทางการพิจารณาเช่นเดียวกับ Discharge summary : Diagnosis, Operation

แนวทางการบันทึก

ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและ ส่วนประกอบอื่นๆ โดยมีแนวทางการบันทึก ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือน เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้)
2. บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย) ของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีชาวต่างชาติต้องระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
3. บันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ได้แก่บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
4. บันทึกข้อมูลชื่อโรงพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number : HN) และหมายเลขการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission number : AN) ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
5. บันทึกข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Date and time of admission), วันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย (Date and time of discharge) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
6. บันทึกจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (Length of stay : LOS) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
7. มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ
8. มีบันทึกการให้รหัสโรค และการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

3. Informed consent

แนวทางการพิจารณา

1. ใบ Informed consent ที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลผู้ป่วย หรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุล ของผู้ให้คำอธิบาย หรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล จะไม่นำเอกสารนั้นมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการบันทึก
2. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการ

ทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ Informed consent ที่รับทราบว่าจะต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ Informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
2. มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา
3. มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง และกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น
4. มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
5. มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย
6. มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ รายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษา การใช้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดีผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่าต้องมีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้ง
7. ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

History

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารที่มีข้อมูลการบันทึกผู้ป่วยแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนของประวัติผู้ป่วย (ในกรณีที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)

2. กรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย
3. บันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
2. บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมือน้อย 3 และ ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
3. บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
4. บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงการช้ประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น)
5. บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ Family history, Personal history, Social history และ ประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
6. บันทึกการช้ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
8. ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติได้จากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมินในกรณีที่มีการบันทึก โดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด หรือ กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)

ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2. กรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood pressure ทุกราย (กรณี Blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)
2. บันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
 - 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)
3. บันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint
4. บันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง กรณีที่ความผิดปกตินั้นสามารถแสดงกราฟิกได้
5. บันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ และสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษา (Problem list) พร้อมสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับผลการตรวจ
6. บันทึกแผนการรักษา โดยระบุรายละเอียด กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

6. Progress note and Doctor's order sheet

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารบันทึกความก้าวหน้าอาการทางการแพทย์ที่บันทึกโดยแพทย์ (Progress note) ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8 (ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติตรวจร่างกายแรกก็ได้)
2. เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet) ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่มีการบันทึก Progress note
2. บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, ทุกวันใน 3 วันแรก สำหรับข้อมูลในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ประเมินจากบันทึกการตรวจร่างกายแรกก็ได้ ในกรณี



ที่ผู้ป่วยนอนน้อยกว่า 3 วัน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยควรมีรายละเอียดเพียงพอสำหรับให้แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การดูแลกรณีฉุกเฉินได้

3. บันทึกครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงการรักษา ให้ยา และมีการทำ Invasive procedure
4. บันทึกผลการแปลผล Investigation และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
5. บันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก ด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
6. มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบคำสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) กรณีระบุว่า รศส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

7. Consultation record

แนวทางการพิจารณา

1. เป็นเอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (Consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เฉพาะด้านอื่นๆ ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก
2. กรณีที่มีใบประเมินหลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก วัน เดือน ปี เวลา ความรีบด่วนจำเป็น และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
2. ระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน โดยบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
3. บันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม คำวินิจฉัย ความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำของผู้รับปรึกษา พร้อมระบุวัน เดือน ปี และเวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
4. บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

E. Anesthetic record

แนวทางการพิจารณา

1. ใช้บันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และ บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)

2. การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี Anesthetic Record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ GA, Spinal หรือ Epidural block, Regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมินแนวทางการบันทึก

1. บันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

Class 1 = healthy

Class 2 = mild systemic disease, no functional limitation

Class 3 = severe systemic disease with functional limitation

Class 4 = severe systemic disease which threaten survival

Class 5 = moribund, not expected to survive 24 hours without surgery

E grade = emergency surgery

2. บันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์

3. บันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์

4. บันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้

5. บันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที

6. บันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output

7. บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยเท่านั้น

8. บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ "ไม่พบปัญหา"

9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

3. Operative note(s)

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น

2. กรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีคุณสมบัติของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบและวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก Operative description จะไม่นำเอกสารนั้นมาประเมิน

4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถ

นำมาใช้ในการประเมิน

5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
2. บันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (Post operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ "same" หรือใช้เครื่องหมาย "ปีกกา" หรือ เครื่องหมาย "-----" หรืออื่นๆ
3. บันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น
4. บันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post operative diagnosis
5. บันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ ประกอบด้วย Position Incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
6. บันทึกภาวะแทรกซ้อนและจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ "ไม่มี"
7. บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
8. บันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์ วิสัญญี และ Scrub nurse) และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด หมายเหตุ หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

10. Labour record

แนวทางการพิจารณา

พิจารณาจากเอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล



5. บันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุวิธีหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
6. บันทึกการประเมินผลการให้บริการและความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
7. บันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
8. บันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

12. Nurses' note

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึก การให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัม พรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ได้ ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาล ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน ความดูแล ประกอบด้วย
 - 1.1 อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติ การเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระยะเวลาแรกรับ ผู้ป่วยไว้ในความดูแล
2. บันทึกการประเมินอาการ อาการแสดงและระบุปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย
 - 2.1 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ และมีข้อมูลสนับสนุนจากการประเมิน กับการประเมินอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

- 2.2 การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาที่สำคัญ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
- 2.3 มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัตถุประสงค์ที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุนอาการ และอาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (Early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา
3. มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ช่วยลดปัญหา หรือลดอาการรบกวน หรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาตัวอย่างได้แก่
 - 3.1 การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการรักษา และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 3.2 การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
 - 3.3 การดูแลความสุขสบาย (Care and Comfort) และการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom distress management)
 - 3.4 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ
 - 3.5 กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)
 - 3.6 การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) และการจัดการในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน
 - 3.7 การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ
 - 3.8 การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)
4. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การพยาบาล ประกอบด้วย
 - 4.1 บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด หรือ การให้เลือด (ถ้ามี)
 - 4.2 บันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น
5. บันทึกการประเมินความต้องการได้รับข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาหรือสุขภาพด้านอื่นๆ

6. บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน และมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย
 - 6.1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญ ที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็นเป็นระยะ ในช่วงที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล
 - 6.2 กิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment)
 - 6.3 บันทึกข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว
7. กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่าย
 - 7.1 บันทึกประเภทการจำหน่าย โดยระบุวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย ชัดเจน
 - 7.2 บันทึกการประเมินสภาพอาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
 - 7.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำ ก่อนกลับบ้าน การนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่ต้องส่งต่อสถาน บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 7.4 กรณีจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho support ญาติ หรือดูแลช่วยเหลือญาติ
8. กรณี ผู้ป่วยย้ายแผนกภายในหน่วยบริการ หรือส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer) ที่หน่วยบริการอื่น บันทึก ข้อมูลการส่งต่ออาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ย้ายไปและรับย้าย ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล โดยระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายไป และหน่วยงานที่รับย้าย กรณี Refer ไปโรงพยาบาล อื่นระบุอาการ อาการแสดงก่อน Refer และระบุชื่อสถานพยาบาลที่จะ Refer
9. บันทึกวันเดือนปี และเวลา ดังนี้
 - 9.1 แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
 - 9.2 ระหว่างการดูแล โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับ การเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันทเหตุการณ์ และการ ตอบสนอง มีการบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบการ ให้ยา (Medication Administration Record) และบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย
10. มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุ นามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก
11. บันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Discharge Summary : Diagnosis, Operation เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและ หรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและ ครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating room procedure) ทุกครั้ง กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัด ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)



เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุป Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณี ที่ Discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมายเหตุ ทัก 1 คะแนน

กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข (กรณีแพทย์ Intern สรุป แล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่ง ที่แก้ไขนั้น)

2. Discharge summary : others

เนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

การที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- 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 หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admit, วันเดือนปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- 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

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
 - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย และหรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ Informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ Informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความ จำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
 - 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถ ได้รับความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณี ที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า "มาคนเดียว"
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า "ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว" ไม่ถือว่า มีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้อง กับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

4. History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ (ในกรณีที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีกรลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย
3. ในกรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

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) โดยต้องมือน้อย 3 ข้อ
- เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า "ไม่ได้รักษาจากที่ใด"
- เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ "ไม่ทราบ" กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ "ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ" หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
 - 1) Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 - 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
 - 3) กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังต่อไปนี้
 - 1.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 1.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
2. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (แพทย์เจ้าของไข้)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood Pressure (กรณี Blood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 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 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ อนุโลมให้คะแนน โดยจะ ต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้ กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

6. Progress notes, Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรค โดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรคที่บันทึกโดยแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ ข้อที่ 1-8 (ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกก็ได้)
2. เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

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 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล หรือ การรักษาหรือ ให้ยา หรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแลหรือการรักษา หรือ ให้ยาหรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล Investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รคส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

7. Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรกระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (Consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เฉพาะด้านอื่นๆ
2. กรณี รพ.ชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้
3. กรณีที่มีใบ Consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

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

๘. Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี Anesthetic Record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ General anesthesia, Spinal หรือ Epidural block, Regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. บันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
3. บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน

- ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน
ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการ
ระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit
ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยม
วันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี
ยกเว้น ในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย
(เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี
โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ "ไม่พบปัญหา"
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9. Operative notes : บันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่ มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมิน
ให้ใช้คะแนนจากใบ Operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบและวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก
Operative description จะไม่นำเอกสารนั้นมาประเมิน
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียง
บางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถ
นำมาใช้ในการประเมิน
5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณา
ดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ
ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

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



10. Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2 การประเมินผู้คลอดระยะรอคอย 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 มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการระงับความรู้สึก(ถ้ามี) การทำ Episiotomy ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาระยะหลังคลอด ในส่วน: Placenta checked, Complication ในระยะหลังคลอด, Blood loss, Vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 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 : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอายุวัยหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

12. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึกการให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัมปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสาขาวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพได้ ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



การประเมิน (9 ข้อ)

- ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่
- ✦ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และ
 - ✦ อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย
- ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล
- ✦ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย
- ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)
- ✦ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ
 - ✦ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา และ
 - ✦ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือ กิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)
- ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล
- ✦ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด (ถ้ามี)
 - ✦ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง
- ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล
- ✦ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ
- ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน
- ✦ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และ
 - ✦ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และ





- ✦ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ✦ การระบุนาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- ✦ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ✦ ระบุนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ✦ มีการระบุนข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- ✦ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ✦ แกร็บ : ระบุนวันเดือนปี และเวลา แกร็บผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ✦ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันท่วงทีและการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ✦ ก่อนจำหน่าย: ระบุนวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ✦ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ✦ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)

เหตุ หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

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

ก
ข
ค

ภาคผนวก

