



## คู่มือ

# การตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ



จัดทำโดย :

คณะกรรมการพัฒนาเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ  
กรมแพทย์ทหารเรือ

ปี 2564



คู่มือ

การตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ

# สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
บทนำ	1
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอเรือ	
คำชี้แจง	3
ส่วนที่ 1    เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	4
ส่วนที่ 2    การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	17
ส่วนที่ 3    แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน : Medical Record Audit Form IPD	20
เอกสารอ้างอิง	21
รายนามคณะผู้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอเรือ	22

## บทนำ

เวชระเบียน เป็นเอกสารทางการแพทย์ที่มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และเก็บรวบรวมประวัติของผู้ป่วย เฉพาะราย เวชระเบียนจึงเป็นหลักฐานสำคัญทางการแพทย์ที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และยังเป็นเอกสารสำคัญที่ใช้ ยืนยันการตรวจรักษาและการให้คำแนะนำต่างๆให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกเวชระเบียนที่ดีมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เป็นสิ่งจำเป็นของการพัฒนาระบบงานเวชระเบียนของสถานพยาบาล และเป็นมาตรฐาน หนึ่งในงานบริการสุขภาพ กล่าวได้ว่าระบบงานเวชระเบียนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการ บริการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่สถานบริการสุขภาพจะต้องมีระบบงานเวชระเบียน และการบันทึก เวชระเบียนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

กรมแพทยทหารเรือ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกองทัพเรือ โดยเฉพาะสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกำลังพลได้อย่างทั่วถึงและใกล้ชิด มากที่สุด จึงได้มีนโยบายในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ ให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน เพื่อให้กำลังพล ครอบครัว ตลอดจนประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง ได้มีโอกาสเข้าถึง การให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความมั่นใจในการเข้ารับบริการ ในการพัฒนามาตรฐานการ ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาระบบงาน เวชระเบียน และการบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพตามมาตรฐานด้วย ดังนั้นกรมแพทยทหารเรือจึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา คุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือขึ้น เพื่อดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงระบบงาน เวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้มีเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และเป็นเอกภาพ ตลอดจนให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล รวมทั้งจะต้อง สามารถใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่าชดเชยในระบบงานสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องอีกด้วย

ในปี 2562 คณะทำงานฯ ได้ดำเนินการทบทวนมาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ใน และแนวทางการ บันทึกสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ โดยปรับปรุงเอกสารแบบฟอร์ม เวชระเบียน ทั้งเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยใน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและการ ให้บริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ ร่วมกับส่งเสริมระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวช ระเบียน อีกทั้งได้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลปฐม ภูมิ กองทัพเรือ และดำเนินการสร้างศักยภาพบุคลากรกรมแพทยทหารเรือ เพื่อเป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพเวช ระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ในการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งยังมีการจัดทำ ระบบติดตามผลการประเมิน และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

และในปี 2564 คณะทำงานฯ มีแผนพัฒนาต่อยอดในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ ได้จัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน ผู้ป่วยในของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ โดยมีรายละเอียดของเกณฑ์การตรวจประเมินฯ ที่มีความ ทันสมัย สอดคล้องกับแนวทางการตรวจประเมินฯของประเทศ เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน พร้อมกับขยายการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยให้เป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ

กองทัพเรือ เพื่อนำสู่ระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมนิเทศ กองทัพเรือ  
ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานต่อไป

## คำชี้แจง

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การใช้แนวทางการบันทึกและประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน (ส่วนที่ 1) และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2) อย่างละเอียด

2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง แบ่งเป็น

2.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่

2.1.1 Discharge summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

2.1.2 Discharge summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบ

อื่นๆ

2.1.3 Informed consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

2.1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์/พยาบาล

2.1.5 Physical exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์/พยาบาล

2.1.6 Progress note และ Doctor's Order : บันทึกความก้าวหน้า และ หรือการดำเนินโรค โดยแพทย์บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

2.1.7 Nurses' note : บันทึกทางการพยาบาล

2.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง 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 1) โดยใช้ Medical Record Audit Form (IPD) (ส่วนที่ 3)

4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) แต่ละ content

5. รวมคะแนนในส่วน of คะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content

6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2)

## ส่วนที่ 1

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

**เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน**  
โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

**1. Discharge Summary : Diagnosis, Operation** เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

**เอกสารที่ใช้ประเมิน**

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ No) ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

**เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)**

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้อง/สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว และไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณี อุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้อง/สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและ หรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและ ครบถ้วน ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปีและเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating room procedure) ทุกครั้ง กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosisการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรกสาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดย



ต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

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

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ระบุ NA

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

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

## 2. Discharge summary: others เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ No) ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

### เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิด) ของผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน กรณีไม่ทราบ วัน เดือน เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้ กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างตัวกรณีคนต่างตัวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน” กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้อง ระบุ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูล วัน เดือน ปี และเวลา ที่ admit, วัน เดือน ปี และเวลา ที่ 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

### 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 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย
  - 2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำ หัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ Informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้สำคัญกว่าใบ 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 และ นามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อย 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ยกเว้นกรณี ดังนี้
- 3.1 กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
  - 3.2 กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปีถ้ามาคนเดียวและมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน

สามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้  
ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่  
รับทราบการรักษา

- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่า  
เป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณี  
ที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้อง  
ไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาวิธีการรักษาหรือหัตถการ  
การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติ  
รับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดีข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และ  
ญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และ  
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดีผลเสียของ  
การผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่า มีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ  
(สอดคล้อง กับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปีและเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

#### 4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์/พยาบาล

##### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์/พยาบาล (หากพยาบาลเป็นผู้เขียน ให้แพทย์ลงลายมือชื่อกำกับทุก  
ครั้ง)
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์/พยาบาลจะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุNo) ในกรณีดังนี้
  - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีกรลงลายมือชื่อแพทย์/พยาบาลที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
  - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์/พยาบาลหลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบ  
ที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

##### 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 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย หรือ ไม่สามารถซักประวัติได้  
ต้องมีบันทึก “ไม่รู้สึกร่างกาย” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา

- (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อน มาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด” กรณีผู้ป่วยไม่ รู้สึกตัว หรือ ไม่สามารถซักประวัติได้ต้องมีบันทึก “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มีpast illness ต้องระบุว่าไม่มี กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือ ไม่สามารถซักประวัติได้ต้องมีบันทึก “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาและสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบ ชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการ แพ้ ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการ แพ้ยา และสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
- 6.1 Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือ รับประทานด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
  - 6.2 กรณีเป็นผู้หญิงอายุ11–60 ปีต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
  - 6.3 กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปีต้องบันทึกประวัติvaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ที่โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูลเช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติหรือประวัติเก่าจากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

## 5. Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์/พยาบาล

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์/พยาบาล ในส่วนที่แพทย์/พยาบาล เป็นผู้บันทึก เท่านั้น (หากพยาบาลเป็นผู้เขียน ให้แพทย์ลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง)
2. เอกสารการบันทึกแรกรับโดยแพทย์/พยาบาล จะไม่นำมาประเมิน ให้ระบุ No กรณีดังนี้
  - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์/พยาบาล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
  - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์/พยาบาล หลายคนเป็นผู้บันทึกให้ยึดตามใบที่เป็น บันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood Pressure (กรณีBlood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพิจารณาตาม สภาพปัญหาของผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

2.1 กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

2.2 กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดูคลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้อันุโลมให้คะแนน โดยจะ ต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

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 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

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

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก Progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ ข้อที่1-8 (ข้อมูลการบันทึก ในวันแรก อันุโลมให้ใช้การซักประวัติและการตรวจร่างกายแรกรับได้)

2. เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ doctor's order ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ระบุ “No” ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปีและเวลา ทุกครั้งที่บันทึก Progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ Invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกรื้อเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ Invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล Investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่ารศส. (รับคำสั่ง) หรือ หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งสั่งการรักษา

## 7. Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านอื่นๆ
2. กรณีโรงพยาบาลที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้
3. กรณีที่มีใบ consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปีเวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4)
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก วัน เดือน ปีและ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา โดยสามารถระบุ

ได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8)

- เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยกำหนด

## 8. Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

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

1. บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
3. บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)

### เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัดซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์หากข้อมูลขัดแย้งกันถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญีโดยมีการ ระบุ ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเย็บวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวังระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุ ปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล ทีมวิสัญญี /พยาบาล ที่รับผิดชอบ

## 9. Operative notes : บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีคุณสมบัติของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้

4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก การทำหัตถการ

5. บันทึก operative note ที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No กรณีดังนี้

- กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีกรณลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เป็นผู้ทำหัตถการ
- กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ และวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก operative description

- กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน ที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ

6. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

6.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

6.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น non OR procedure ที่ effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียดดังตาราง

		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 (Postoperative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Postoperative 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 (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้) กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว ต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์วิสัญญีและ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ ยาระงับความรู้สึก



เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

## 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 การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอดสอดคล้องตามสภาพผู้คลอด : วัน เดือน ปี 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 ไม่ต้องประเมินให้ระบุ NA

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

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก วันเดือนปีเวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาหลังคลอด ในส่วน: Placenta checked, Complication ในระยะหลังคลอด, Blood loss, Vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือ หลังคลอด 2 ชั่วโมง

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลวิชาชีพผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

## 11. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ หรือการทำกายภาพบำบัด หรือ กิจกรรมบำบัด หรือ อรรถบำบัด กรณีที่มีหลายใบให้เลือกประเมินเอกสารที่มีความละเอียดน้อยที่สุด

## เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดและมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลา เวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่ง 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 พอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
  - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ได้ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

## เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่
- อาการสำคัญ : อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลัก เพียง 1- 2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ ส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการ หรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย

จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ อาการผู้ป่วยแรกได้รับพร้อมระบุปัญหา  
ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

#### เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- มีการระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกายและ/  
หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

#### เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย และ
- มีการประเมินซ้ำ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล  
โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรือ อาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือ  
ข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และ  
ตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ
- ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือ กิจกรรม  
ที่สำคัญ (ถ้ามี)

#### เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองการรักษาพยาบาล

- มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการ  
รักษาของแพทย์
- มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก  
วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการ  
เจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวน เท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

#### เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ ด้านอารมณ์ จิตใจ  
และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

#### เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน (Discharge plan)

- มีการระบุอาการและ หรือ ปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลัง  
จำหน่าย และ
- มีการบันทึก
  - การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง  
ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหรือ อาจมีการจัดกิจกรรม  
เสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
  - มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือ ฝึกทักษะของ  
ผู้ป่วย/ครอบครัว

#### เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- มีการระบุปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

#### เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

- มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ
- มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

#### เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

- การบันทึกวันเดือนปี และเวลา
  - แรกรับ : ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ระหว่างการดูแล
  - มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และการตอบสนอง
  - มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา
  - มีบันทึกวันเดือนปีและเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา
- ก่อนจำหน่าย มีระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน
- การบันทึกและลงลายมือชื่อ
  - บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
  - มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน

## ส่วนที่ 2

การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนน  
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

## การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### การบันทึกคะแนน

#### แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. **Missing** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้น 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 หรือ กรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”
5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึก

#### 6. Overall findings

- 6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (Chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วย รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด)ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

##### 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 Sheet
  - 13.1 Laboratory Report
  - 13.2 Hematology Report
  - 13.3 X-rays Report
  - 13.4 Blood Transfusion Report
- 14) Electrocardiogram Report
- 15) Electroencephalogram Report
- 16) Other Special Clinical Reports

**ส่วนที่ 3** Paramedical Section :

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

**ส่วนที่ 4** Nursing Section :

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

**ส่วนที่ 5** Discharge/Death Section :

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

**ส่วนที่ 6** เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี), เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

- 6.2 เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ใด
7. Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน
8. No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
9. Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุปัญหา

## การรวมคะแนน

1. **Full score** ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด ในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึก ยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

2. **Sum score** ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

3. การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ



## ส่วนที่ 3

แบบตรวจประเมินคุณภาพ  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทร.

Medical Record Audit Form IPD

Hospital name ..... NMD HN ..... HN ..... AN ..... Date admitted ..... Date discharged .....

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

การบันทึกช่อง Missing : กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ กากบาทในช่อง Missing

การบันทึกช่อง No : กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารนั้น ให้กากบาทในช่อง “No”

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

	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ1	เกณฑ์ ข้อ2	เกณฑ์ ข้อ3	เกณฑ์ ข้อ4	เกณฑ์ ข้อ5	เกณฑ์ ข้อ6	เกณฑ์ ข้อ7	เกณฑ์ ข้อ8	เกณฑ์ ข้อ9	หัก 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															

Full score รวม ..... คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน)

คะแนนที่ได้ (Sum score) ..... ร้อยละ .....

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใครจึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

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

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

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

Audit by..... Audit Date .....

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563
3. คณะทำงานพัฒนาเวชระเบียน และแนวทางการบันทึก สำหรับสถานพยาบาลปทุมภูมิ กองทัพอเรือ. มาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน และแนวทางการบันทึก สำหรับสถานพยาบาลปทุมภูมิ กองทัพอเรือ กรุงเทพมหานคร ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2562 กรุงเทพมหานคร. บริษัท 2 twin printing; 2562

**รายนามผู้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของ  
สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ**

1. พล.ร.ต.หญิง สุพิชชา	แสงโชติ	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
2. น.อ.หญิง วรรณญา	อุดมศักดิ์	หัวหน้าคณะกรรมการฯ
3. น.อ.ศุภกัณฑ์	แสงทับทิม	คณะกรรมการฯ
4. ว่าที่ น.อ.หญิง ฉัตรแก้ว	อิศรางกูร ณ อยุธยา	คณะกรรมการฯและเลขานุการ
5. น.ท.หญิง นุชยา	สุรเชาว์ตระกูล	คณะกรรมการฯ
6. น.ท.หญิง วรียา	กล่อมใจ	คณะกรรมการฯ
7. น.ท.หญิง นฤมล	เลาบวรเศรษฐี	คณะกรรมการฯ
8. น.ท.หญิง ททัยสราญ	ศรีรัตน์	คณะกรรมการฯ
9. น.ท.สมโภชน์	คำสอน	คณะกรรมการฯ
10. น.ต.หญิง นุชนารถ	ร่วมทอง	คณะกรรมการฯ และผู้ช่วยเลขานุการ
11. น.ต.หญิง มีฤทัย	บุญช่วย	คณะกรรมการฯ และผู้ช่วยเลขานุการ
12. น.ต.วิเชียร	สุทธา	คณะกรรมการฯ
13. ร.อ.เชาวลิต	มันทะกะ	คณะกรรมการฯ
14. ร.อ.ประณต	หนูเทพย์	คณะกรรมการฯ
15. ร.อ.หญิง ภัทร์สิริย์	บุปผาเจริญ	คณะกรรมการฯ
16. ร.ต.หญิง พรนภา	เรืองชูพงศ์	คณะกรรมการฯ
17. พ.จ.อ.เกริก	ไยแจ้	คณะกรรมการฯ
18. พ.จ.อ.หญิง ศศิวิมล	อรุณนัญ	คณะกรรมการฯ