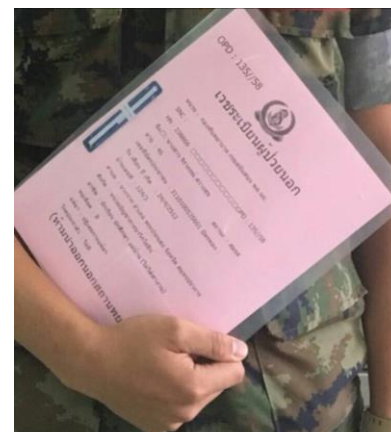




คู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ



ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562

คณะทำงานพัฒนาเวชระเบียน
ของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ



คู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน
สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562

คณะทำงานพัฒนาเวชระเบียน
ของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
บทนำ	1
เจตคติที่จำเป็นในการทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	2
คำนิยาม และ คำจำกัดความ	4
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	6
คำชี้แจง	7
ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	9
ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	13
ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการบันทึกแบบ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	18
ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ แบบประเมิน คุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	19
เอกสารอ้างอิง	28
รายนามคณะผู้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ	29

บทนำ

กรมแพทยทหารเรือ มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกองทัพเรือให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน เพื่อให้กำลังพลและครอบครัวตลอดจนประชาชนที่เกี่ยวข้องในทุกพื้นที่ของกองทัพเรือได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความมั่นใจ โดยได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับกองทัพมากที่สุด

เวชระเบียน เป็นเอกสารทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานที่ใช้ในงานบริการสุขภาพ เป็นเอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้ในการบันทึกและเก็บรวบรวมประวัติของผู้ป่วยที่ใช้ในงานบริการสุขภาพ กรมแพทยทหารเรือจึงเล็งเห็นว่า ระบบงานเวชระเบียนเป็นปัจจัยสำคัญในคุณภาพมาตรฐานการบริการสุขภาพ การมีระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เป็นสิ่งที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ ใช้สื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่ปี 2560 ถึงปัจจุบันกรมแพทยทหารเรือได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ อย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อดำเนินงานพัฒนาปรับปรุงระบบงานเวชระเบียน สถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุม สมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นเอกภาพตลอดจนให้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการของหน่วยแพทย์ที่มีต่อกองทัพเรือ และการเบิกจ่ายชดเชยในระบบงานสาธารณสุข โดยในปี 2562 คณะทำงานฯได้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานเวชระเบียนและการบันทึกเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือฉบับปรับปรุงปี 2562 อีกทั้งมีการปรับปรุงเอกสารแบบฟอร์มเวชระเบียนทั้งงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้คณะทำงานฯ ได้มีการประชุมทบทวนแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ปี 61 โดยได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดแบบตรวจประเมินฯ เพื่อให้มีความทันสมัย ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบตรวจประเมินฯของสาธารณสุขและให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง และตอบสนองความต้องการของบุคลากรในหน่วยแพทย์ปฐมภูมิ กองทัพเรือ โดยจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ(ฉบับปรับปรุง ปี 62)ขึ้นพร้อมกับดำเนินการสร้างศักยภาพบุคลากรกรมแพทยทหารเรือให้เป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ เพื่อนำสู่ระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ที่ยั่งยืนต่อไป

การสร้างระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบที่เป็นสากล เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ ที่กำหนดไว้ รวมทั้งจากผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ในระดับกรมแพทยทหารเรือยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสมต่อไปในภายหน้า

เจตคติที่จำเป็นในการทำคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

เวชระเบียน (Medical Record) เป็นเอกสารทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานที่ใช้ในงานบริการสุขภาพ โดยหมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้ในการบันทึกและเก็บรวบรวมประวัติของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้ง ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผล/พลิกศพ ผลการบันทึกค่าต่างๆจากอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เอกสารบันทึกการรักษาพยาบาล การปรึกษาทางการแพทย์ การส่งต่อ/การรับผู้ป่วย รักษาต่อ รวมถึง เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล เอกสารคำรักษาพยาบาล และเอกสารอื่นๆ ที่หน่วย บริการกำหนดให้เป็นเอกสารเวชระเบียน และยังหมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสาร ดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ การจัดทำรายงาน ทางทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานพยาบาล กำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

เวชระเบียนเป็นเอกสารที่สำคัญของสถานพยาบาล การบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนถูกต้อง จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย และยังเป็นหลักฐานสำคัญที่จะป้องกันผู้ให้บริการเมื่อมีการเกิด เหตุไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะเมื่อมีการฟ้องร้อง กรมแพทย์ทหารเรือเห็นถึงความสำคัญนี้ และรับทราบปัญหา จากการเยี่ยมสำรวจงานคุณภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพอากาศ พบว่าการบันทึกข้อมูลของหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมียังขาดความสมบูรณ์ หลากหลายรูปแบบ จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาเวช ระเบียนและระบบการบันทึกของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ ขึ้นมารับผิดชอบ และดำเนินงานวาง แนวทางปรับปรุงและกำหนดมาตรฐานเวชระเบียนสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ ฉบับปี 2560 พร้อมทั้ง จัดทำเอกสารเวชระเบียนทั้งงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อเป็นแนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้ มีมาตรฐานครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้อง สามารถนำมาใช้สื่อสารข้อมูลในทีมสุขภาพร่วมกันได้อย่างมีเอกภาพ ใน ปี 2561 คณะทำงานฯ ได้ลงพื้นที่ตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ L1 จำนวน 11 หน่วย และในปี 2562 คณะทำงานฯ มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนในระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ เพราะจะเป็นเครื่องมือสำคัญให้เกิดการทบทวนในด้าน กระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อให้เป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาเชิงมาตรฐานอย่างแท้จริง โดยจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ ของกรมแพทย์ทหารเรือ ปี 2562 (ฉบับปรับปรุง) เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินให้แก่ผู้ตรวจประเมิน คุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ผู้เกี่ยวข้องกับระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ต้องเข้าใจร่วมกันว่า การ ทบทวนเวชระเบียนนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนและ ทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แก้ไขส่วนขาด ต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูล ลงเวชระเบียนควรทำอย่างดีที่สุดในทุกผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้

บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และหน่วยแพทย์ฯ ต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน

ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ควรสร้างความตระหนักถึงการมีระบบการบันทึกเวชระเบียนข้อมูลการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งงานบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เห็นถึงประโยชน์ที่พึงได้รับจากการบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างมีคุณภาพ อันจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การทบทวนเวชระเบียนทั้งในด้านกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานสถานพยาบาล นอกจากนี้ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน หน่วยสามารถที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพของหน่วยได้อย่างคุ้มค่าด้วย

คำนิยามและคำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยนอกทั่วไป

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

2. Visit date

หมายถึง วันที่ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องตรวจประเมิน

3. ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ

หมายถึง ช่วงเวลาที่ต้องการประเมิน กำหนดระยะเวลาทุก 3 เดือน สุ่มตรวจขั้นต่ำ 3 % ของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่กำหนด เช่นจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลา 2 เดือนก่อนการตรวจประเมินไม่เจาะจงโรค กำหนดความถี่เท่ากัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนดตามความเหมาะสม

4. เลขประจำตัวประชาชน

หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย

5. NMD HN (Naval Medical Department Hospital Number)

หมายถึง หมายเลขผู้ป่วยนอกของกรมแพทย์ทหารเรือ ตัวเลขจะเรียงลำดับไปตามโปรแกรมปฐมภูมิ กองทัพเรือ โดยอัตโนมัติ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในครั้งแรก

6. SNC (Soldiers Navy Contacted)

หมายถึง ตัวเลขที่หน่วยให้บริการได้จดทะเบียนเป็น CUP (Contracting Unit for Primary Care = หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับ สปสช.)

7. เลขที่ OPD

หมายถึง หมายเลขที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ แต่ละแห่งกำหนดขึ้นมาเพื่อใช้เป็นตัวเลขประจำตัวผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการครั้งแรกที่หน่วยบริการ โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับใช้ระบุตัวผู้รับบริการรายนั้นๆ และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขประจำตัวผู้รับบริการรายอื่น

8. ชื่อผู้ป่วย

หมายถึง ยศ ชื่อ สกุล ตามที่ทางราชการออกให้

9. สถานภาพ

หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้รับบริการที่ได้จากการซักประวัติผู้รับบริการเมื่อเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการ มีค่าเป็นโสด สมรส หม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่

10. เลขที่บัตรทอง

หมายถึง รหัสสิทธิย่อยของผู้มีสิทธิบัตรทอง พร. ซึ่งกำหนดโดย สปสช.

11. วัน เดือน ปีเกิด

หมายถึง วัน เดือน ปี พุทธศักราช ที่ผู้ป่วยเกิด ซึ่งระบุไว้ในบัตรประจำตัวประชาชน

12. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

หมายถึง ที่อยู่ ที่ระบุในบัตรประชาชน

13. สังกัด

หมายถึง หน่วยงานที่ผู้ป่วยปฏิบัติงานอยู่

14. ที่อยู่ติดต่อได้

หมายถึง ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

15. อาชีพ

หมายถึง ข้อมูลอาชีพของผู้รับบริการ ที่ได้จากการซักประวัติผู้รับบริการเมื่อเข้ารับรักษาในหน่วยบริการ เช่น รับราชการ รับจ้าง เป็นต้น

16. หมู่เลือด

หมายถึง การระบุหมู่เลือด (A B AB O) หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ”

17. แพ้ยา

หมายถึง ยาที่แพ้ และอาการที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาที่แพ้ ให้ระบุ “ไม่ทราบชื่อยา” กรณีไม่มีประวัติแพ้ให้ระบุ “ไม่มีประวัติแพ้ยา”)

18. โรคประจำตัว

หมายถึง โรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง

19. ผู้ที่ติดต่อได้

หมายถึง ผู้ที่เจ้าหน้าที่สามารถติดต่อได้

20. อาการสำคัญ (Chief Complaint)

หมายถึง อาการสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการต้องมาพบแพทย์

21. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)

หมายถึง อาการสำคัญโดยขยายความให้มีรายละเอียดมากขึ้น โดยอธิบายตามลำดับเวลาเริ่มต้นเมื่อเกิดอาการสำคัญจนถึงวันที่พบแพทย์

22. การวินิจฉัย

หมายถึง การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการตรวจเรียงลำดับจากโรคหลักและโรคอื่นๆ (โรคร่วม)

23. นิยามและเครื่องหมายอื่นที่ใช้ในหนังสือฉบับนี้

23.1 คำว่า “และ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ทั้งหน้าและหลัง ต้องมีทั้ง 2 ส่วน

ตัวอย่าง “บันทึก วัน เดือน ปีและ เวลา”

23.2 คำว่า “หรือ” หมายถึง ต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง

ตัวอย่าง “บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ”

23.3 คำว่า “และหรือ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ข้างหน้าต้องมี แต่ข้อความข้างหลังจะมีหรือไม่มีก็ได้

23.4 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรค และจบด้วยคำว่า “และ” ให้หมายถึง ต้องมีทั้งหมดที่กล่าวมา

ตัวอย่าง “มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ และอายุ”

23.5 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรคและไม่มีคำว่า “และ” ให้เป็นวิจาณญาณของผู้ตรวจสอบ

ตัวอย่าง “มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง) ”

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอเรือ

คำชี้แจง

แนวทางการพิจารณาการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

การใช้แนวทางการพิจารณาการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

1. ศึกษาแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 2 และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในส่วนที่ 3 อย่างละเอียด

2. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยนอก และด้านอื่นๆเมื่อมีการให้บริการ

2.1 ด้านผู้ป่วยนอก เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 4 เรื่อง	2.2 ด้านอื่นๆ เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 3 เรื่อง
2.1.1 Patient's profile 2.1.2 History 2.1.3 Physical examination 2.1.4 Treatment/Investigation	2.2.1 Operative note 2.2.2 Informed consent 2.2.3 Refer (กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา)

3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและด้านอื่นๆเมื่อมีการให้บริการ (ส่วนที่ 3) โดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ (ส่วนที่ 4)

4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ในแต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (Overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อเพื่อการรักษาต่อสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ส่วนที่ 1

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

เนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 2 ด้าน แบ่งเป็น

1. ด้านงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 4 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

- 1.1 Patient's profile
- 1.2 History
- 1.3 Physical examination
- 1.4 Treatment/ Investigation

2. ด้านอื่นๆ เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 3 เรื่อง ได้แก่

- 2.1 Operative note
- 2.2 Informed consent
- 2.3 Refer (กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา) มีเกณฑ์การให้คะแนน 11 ข้อ

แนวทางการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมิน และการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

ด้านที่ 1. งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

แนวทางการพิจารณา

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกแผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่หน่วยระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรวมถึงใบคำขอมิเวชระเบียนของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือผู้ป่วย หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกในใบคำร้องขอมิเวชระเบียนในการมารับบริการ

2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการนั้น

3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล หรือกรณีที่เขียนด้วยดินสอ โดยไม่มีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่กำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น ยศ นาย นาง...) NMD HN และ อายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) และระบุสังกัด (กรณีที่เป็นกำลังพลเหล่าทัพ)

2. บันทึกข้อมูลที่อยู่ตามบัตรประชาชน หรือ ที่อยู่ติดต่อได้

3. บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือ

เดินทาง ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วย เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน” กรณีผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง พร. ให้ระบุเลขที่บัตรทอง T/R

4. บันทึกข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

5. บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อหรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)

6. บันทึกข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

7. ลงบันทึกวัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูล และลงนามผู้ให้ข้อมูลในการทำเวชระเบียน ชื่อและนามสกุลที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ผู้ป่วย/ผู้แทน)

8. ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น ยศ นาย นาง....) NMD HN และ SNC หรือชื่อสถานพยาบาล ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ NMD HN ทุกหน้า ที่ส่งให้ตรวจสอบ

2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก อาการสำคัญหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาสถานพยาบาล
2. บันทึก ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้มาแล้ว
3. บันทึกวัน เดือน ปีและเวลาที่ได้รับการประเมิน
4. บันทึกวิธีมารับการตรวจรักษา
5. บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้/ อาการ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)
6. บันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
7. บันทึกประวัติโรคประจำตัว
8. บันทึกประวัติการมีประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0-14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history
9. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ”

3. Physical examination : แนวทางการพิจารณาการตรวจร่างกาย

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การรับบริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก วัน เดือน ปี และเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
2. บันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint
3. บันทึกการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ
4. บันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย
5. บันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็ก และให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
6. บันทึกน้ำหนักทุกราย และให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
7. สรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย

4. Treatment/ Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล และหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจ จะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้
2. บันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณี ที่ แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในหน่วยบริการ ต้องมีบันทึกว่า “admit...”
3. บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย
4. บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ ผิดปกติหรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในหน่วย บริการต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
5. กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาที่ผ่านมา
6. บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือการนัดมา Follow up
7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2. ด้านอื่นๆ : เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ

การส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ

แนวทางการพิจารณา

เป็นเอกสารบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย บันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาล ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ (Refer)

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น ยศ นาย นาง....) NMD HN และ SNC หรือชื่อสถานพยาบาล และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบ วัน เดือน ปีเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้)
2. บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
3. บันทึกข้อมูลสิทธิการรักษา
4. บันทึกสาเหตุที่ส่งให้ชัดเจน
5. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
6. บันทึกการสรุปวินิจฉัยโรคขั้นต้นที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนั้น
7. บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. บันทึกการรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไว้แล้ว
9. ก่อนการเคลื่อนย้ายมีบันทึกอาการผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพ
10. ระหว่างการเคลื่อนย้าย บันทึกสัญญาณชีพ การประเมินผู้ป่วย และการพยาบาลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ หรือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง
11. บันทึกลายมือที่อ่านออกและลงลายมือชื่อแพทย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาและส่งต่อ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

ส่วนที่ 2

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

ด้านที่ 1. งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกแผ่นที่ 1 หรือ หน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่หน่วยระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (FM-NMD-OPD-01) รวมถึงใบคำขอมิเวชระเบียนของผู้ป่วย (FM-NMD-OPD-02) อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วย หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมิเวชระเบียนในการมารับบริการ

2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น ยศ นาย นาง...) NMD HN และ อายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ตามบัตรประชาชนหรือที่อยู่ติดต่อได้ และข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ✧ กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ✧ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ✧ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- ✧ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ✧ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.

◇ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

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

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลวัน เดือน ปีที่บันทึกข้อมูล (ในแบบขอมิเวชระเบียน) และมีชื่อนามสกุลผู้ให้ข้อมูลในการขอมิเวชระเบียนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล NMD HN และ SNC หรือชื่อสถานพยาบาลในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา

หมายเหตุ ทัก 1 คะแนน กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลโดยไม่มี การลงลายมือชื่อกำกับ การแก้ไขนั้น ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการ เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (FM-NMD-OPD-03) โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น แบบบันทึกการทำผลต่อเนื่อง (FM-NMD-OPD-06) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการนัดมาทำผลต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก Chief complaint : อาการสำคัญหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาสถานพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวัน เดือน ปีและเวลาที่ได้รับการประเมิน

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีมารับตรวจรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือ ไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดด้วยลายมือที่อ่านออกได้

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ โรคประจำตัว

หมายเหตุ 1) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คะแนนในข้อ 2, 5 และ 7 ให้คะแนน 1 คะแนน
2) ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนนกรณีที่มีการบันทึก Present illness อย่างน้อย 3 ใน 7 ของ 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

3. Physical examination : การตรวจร่างกาย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (FM-NMD-OPD-03) โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก และให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็ก และให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย

4. Treatment/Investigation:การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (FM-NMD-OPD-03) โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษาหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

➤ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA

➤ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีการบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ไม่ผ่านเกณฑ์

➤ กรณีที่ผลการสั่งการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในหน่วยบริการ ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และ จำนวนยาที่สั่งจ่าย

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในหน่วยบริการต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาที่ผ่านมา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือการนัดมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

**2. ด้านอื่นๆ: เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ
การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ
เอกสารที่ใช้ประเมิน**

เอกสารบันทึกหรือแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ (Refer)
(FM-NMD-OPD-04)

เกณฑ์การประเมิน (11 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง...) NMD HN และ SNC หรือ ชื่อสถานพยาบาล และ อายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มี เฉพาะปี พ.ศ.ได้

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลสิทธิการรักษา กรณีไม่ทราบหรือไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกสาเหตุที่ส่ง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้นที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีไม่มีการส่งตรวจ ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไว้แล้ว

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกอาการผู้ป่วยและสัญญาณชีพก่อนการเคลื่อนย้าย

เกณฑ์ข้อที่ 10 ระหว่างการเคลื่อนย้าย มีบันทึกสัญญาณชีพ การประเมินผู้ป่วย และการพยาบาลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ หรือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง กรณีที่ไม่มี ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 11 มีบันทึกลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาและส่งต่อ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

ส่วนที่ 3

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

การบันทึกคะแนน แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

1. Missing หมายถึงจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆแต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ“M” (Missing)

2. NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ“NA”

3. Overall findings

3.1 Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน

3.2 No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

3.3 Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น

4. การรวมคะแนน

4.1 Sum score : รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Missing = 0)

4.2 Full score : รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)

4.3 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 16 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 1 เกณฑ์)

4.4 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 6 คะแนน (ในเกณฑ์ที่ 1-11 อาจมีกรณี NA จำนวน 2 เกณฑ์)

ส่วนที่ 4

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ
แบบประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ
สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอเรือ



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพอเรือ

หน่วยงาน..... วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....

NMD HN..... เลขที่ OPD..... SNCDiagnosis.....

1. Patient's profile : ข้อมูลผู้รับบริการ Missing วันที่มารับบริการ.....เวลา.....

ลำดับ	แนวทางการประเมิน	คะแนน (0/1)	NA
1.	มีข้อมูลผู้รับบริการถูกต้องครบถ้วนได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล <u>และ</u> เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อที่ชื่บ่งเพศได้ เช่น ยศ นาย นาง ฯลฯ) <u>และ</u> NMD HN <u>และ</u> อายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้รับบริการ กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้		
2.	มีข้อมูลที่อยู่ตามบัตรประชาชน หรือ ที่อยู่ติดต่อได้ <u>และ</u> ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ		
3.	มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ <u>และ</u> มีที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้		
4.	มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อหรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)		
5.	มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”		
6.	มีข้อมูลวัน เดือน ปีที่บันทึกข้อมูล (ในแบบขอมีเวชระเบียน) <u>และ</u> มีชื่อนามสกุลผู้ให้ข้อมูลในการขอมีเวชระเบียนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		
7.	มีข้อมูลชื่อ นามสกุล <u>และ</u> NMD HN <u>และ</u> SNC หรือ ชื่อสถานพยาบาลในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา		

รวมคะแนน(เต็ม 7 คะแนน) ไม่มีกรณีให้ NA

2. History : ประวัติการเจ็บป่วย Missing

ลำดับ	แนวทางการประเมิน	คะแนน (0/1)	NA
1.	มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้รับบริการต้องมาสถานพยาบาล		
2.	มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการและการรักษาที่ได้มาแล้ว และ ให้คะแนนเพิ่มอีก 1 คะแนนกรณีที่มีการบันทึก Present illness อย่างน้อย 3 ใน 7 ของ 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)		
3.	มีบันทึกวัน เดือน ปี <u>และ</u> เวลาที่ได้รับการประเมิน		
4.	มีบันทึกวิธีมารับการตรวจรักษา		
5.	มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือ ไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)		
6.	มีบันทึกลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		
7.	มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและโรคประจำตัว		

รวมคะแนน(เต็ม 7 คะแนน)

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คะแนนในข้อ 2,5,7 ให้ 1 คะแนน

3. Physical examination : การตรวจร่างกาย Missing

ลำดับ	แนวทางการประเมิน	คะแนน (0/1)	NA
1.	มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินครั้งแรก		
2.	มีบันทึกน้ำหนัก		
3.	มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature		
4.	มีบันทึก Blood Pressure		
5.	มีบันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint		
6.	มีบันทึกการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ		
7.	มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย		

รวมคะแนน(เต็ม 7 คะแนน) ข้อ 2 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้ให้คะแนน 1 คะแนน

4. Treatment/ Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย Missing

ลำดับ	แนวทางการประเมิน	คะแนน (0/1)	NA
1.	มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
2.	มีบันทึกการให้การรักษาหรือการสั่งยา		
3.	มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย		
4.	มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา		
5.	กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนกต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา		
6.	มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up		
7.	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		

รวมคะแนน(เต็ม 7 คะแนน) (กรณีมี NA คะแนนเต็มลบด้วยจำนวน NA =.....คะแนน)

เกณฑ์ที่อาจมี NA ได้ จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 5 กรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ไม่มีการปรึกษาระหว่างแผนก)

สรุป คะแนนรวมคะแนน

คะแนนเต็ม 28 คะแนน เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 60% = 16 คะแนน

กรณีมี NA จำนวน NA=

คะแนนเต็มคะแนน (28 - จำนวน NA) เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 60% =คะแนน

สรุป (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
- ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
- มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน



**แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ
สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ**

หน่วยงาน..... วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....
NMD HN..... เลขที่ OPD..... SNCDiagnosis.....

Refer : การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ Missing

ลำดับ	แนวทางการประเมิน	คะแนน (0,1)	หมายเหตุ
1.	มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล และเพศ (หรือคำนำหน้าชื่อที่ขี้บ่งเพศได้ เช่น ยศ นายนาง ฯลฯ) และ NMD HN และ SNC หรือชื่อสถานพยาบาล และ อายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้		
2.	มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย		
3.	มีข้อมูลสิทธิการรักษา		
4.	มีบันทึกสาเหตุที่ส่ง		
5.	มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน		
6.	มีสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น		
7.	มีบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
8.	มีบันทึกการรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไว้แล้ว		
9.	ก่อนการเคลื่อนย้ายมีบันทึกอาการผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพ		
10.	ระหว่างการเคลื่อนย้าย มีบันทึกสัญญาณชีพ การประเมินผู้ป่วย และ การพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหรือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง		
11.	มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาและส่งต่อ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด		

รวมคะแนน(เต็ม 11 คะแนน) (กรณีมี NA คะแนนเต็มลบด้วยจำนวน NA =.....คะแนน)

เกณฑ์บันทึกการส่งต่อ อาจมี NA ได้ เมื่อไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในข้อ 7 และ 10 รวมไม่เกิน 2 คะแนน

สรุป คะแนนรวม คะแนน

คะแนนเต็ม 11 คะแนน เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 60% = 6 คะแนน

กรณีมี NA จำนวน NA=

คะแนนเต็มคะแนน (11 - จำนวน NA) เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 60% = คะแนน

สรุป (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
 ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ

คำอธิบาย

NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง
Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน



หลักเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

หลักการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก

สุ่มตัวอย่างให้ได้อย่างน้อย 5 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยปริมาณมาก อาจลดสัดส่วนเหลือ 3 % แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 40 ฉบับ ต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง

หัวข้อ	คะแนน	การประเมินคะแนนคุณภาพ
ส่วนที่ 1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) ไม่มีกรณีให้ NA		
1. ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล และ เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อที่ซึ่งพบได้ เช่น ยศ นาย นาง ฯลฯ) และ HN และ อายุ หรือ วัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้
2. ข้อมูลที่อยู่	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลที่อยู่ตามบัตรประชาชน หรือ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ และ ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
3. ข้อมูลญาติ/ผู้ที่ติดต่อได้	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ มีที่อยู่ หรือ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
4. ประวัติการแพทย์	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลประวัติการแพทย์และประวัติการแพทย์อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือ ไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่มีประวัติการแพ้")
5. ข้อมูลหมู่เลือด	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลหมู่เลือด หรือ บันทึกว่า "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่เคยตรวจหมู่เลือด"
6. การลงบันทึกข้อมูล	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล (ในแบบขอมมีเวชระเบียน) และ มีชื่อ นามสกุล ผู้ให้ข้อมูลในการขอมมีเวชระเบียนที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
7. ข้อมูลหน่วย	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN และ SNC หรือ ชื่อสถานพยาบาลในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา
ส่วนที่ 2. History : ประวัติการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คะแนนในข้อ 2, 5, 7 ให้ 1 คะแนน		
1. Chief complaint	0	ไม่มี
	1	มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
2. Present illness	0	ไม่มี
	1	มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการและการรักษาที่ได้มาแล้ว
3. บันทึกวันเวลาประเมิน	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ได้รับการประเมิน
4. วิธีมารับการตรวจรักษา	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกวิธีมารับการตรวจรักษา
5. ประวัติการแพทย์	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกประวัติการแพทย์และประวัติการแพทย์อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือ ไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่มีประวัติการแพ้")
6. การระบุผู้ตรวจรักษา	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกลายมือชื่อแพทย์ หรือ ผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
7. ประวัติส่วนตัว	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว
ส่วนที่ 3. Physical examination : ประวัติการเจ็บป่วย (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) ข้อ 2 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้ให้คะแนน 1 คะแนน		
1. บันทึกวันเวลาประเมินครั้งแรก	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
2. น้ำหนัก	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกน้ำหนัก และ ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
3. สัญญาณชีพ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature
4. Blood Pressure	0	ไม่มี
	1	มีบันทึก Blood Pressure ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี และ ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
5. การตรวจร่างกายที่สำคัญ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint
6. การตรวจร่างกายอื่นๆ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ
7. การวินิจฉัยโรค	0	ไม่มี
	1	มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย
ส่วนที่ 4. Treatment/Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) เกณฑ์ที่อาจมี NA ได้ จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 5 กรณีที่ไม่มีการปรึกษาระหว่าง		

หัวข้อ	คะแนน	การประเมินคะแนนคุณภาพ
แผนก)		
1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการส่ง และ มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. การให้การรักษา	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา
3. บันทึกการสั่งยา	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และ จำนวนยาที่สั่งจ่าย
4.การให้คำแนะนำ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา
5. การระบุผู้ตรวจรักษา	0	ไม่มี
	1	กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนกต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือ การรักษาที่ผ่านมา
6. แผนการดูแลรักษา	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือ การนัดมา Follow up
7. การระบุผู้ให้การรักษา	0	ไม่มี
	1	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

รวมคะแนนจาก 4 ส่วน ส่วนละ 7 คะแนน คะแนนเต็มรวม 28 คะแนน

รวมมี NA ทั้งหมดได้ไม่เกิน 1 คะแนน

เกณฑ์ที่อาจมี NA ได้	อาจมี NA ได้ ในเกณฑ์ข้อ	รวมมี NA ไม่เกิน
ส่วนที่ 1 Patient's profile : ข้อมูลผู้รับบริการ	ไม่มีเลย	0 คะแนน
ส่วนที่ 2 History : ประวัติการเจ็บป่วย	ไม่มีเลย	0 คะแนน
ส่วนที่ 3 Physical examination : การตรวจร่างกาย	ไม่มีเลย	0 คะแนน
ส่วนที่ 4 Treatment/Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย	ข้อ 5	1 คะแนน



หลักเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

หลักการส่งตัวอย่างข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ

ส่งตัวอย่างให้ได้อย่างน้อย 50 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อในช่วงเวลาที่กำหนด อย่างน้อยไม่
ควรต่ำกว่า 5 ฉบับต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง

หัวข้อ	คะแนน	การประเมินคะแนนคุณภาพ
1. ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล และ เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อที่ซึ่งเพศได้ เช่น ยศ นาย นาง ฯลฯ) และ HN และ อายุ หรือ วัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้
2. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
3. ข้อมูลสิทธิการรักษา	0	ไม่มี
	1	มีข้อมูลสิทธิการรักษา
4. สาเหตุที่ส่ง	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกสาเหตุที่ส่ง
5. การเจ็บป่วยปัจจุบัน	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
6. สรุปการวินิจฉัยโรค	0	ไม่มี
	1	มีสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น
7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. การรักษาพยาบาล	0	ไม่มี
	1	มีบันทึกการรักษาพยาบาลที่ได้ให้ไว้แล้ว
9. ประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย	0	ไม่มี
	1	ก่อนการเคลื่อนย้าย มีบันทึกอาการผู้ป่วย และ บันทึกสัญญาณชีพ
10. ประเมินผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย	0	ไม่มี
	1	ระหว่างการเคลื่อนย้าย มีบันทึกสัญญาณชีพ และ การประเมินผู้ป่วย และ การพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ หรือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง
11. การระบุผู้ตรวจรักษา/ ส่งต่อ	0	ไม่มี
	1	มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาและส่งต่อ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
คะแนนรวม 11 คะแนน		
อาจมี NA ได้ รวมไม่เกิน 2 คะแนน ในเกณฑ์ข้อ 7, 10 ในกรณีที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ไม่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่มีความจำเป็นต้องบันทึกอาการระหว่างการเคลื่อนย้าย		

ตารางบันทึกการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ โดย กรมแพทยทหารเรือ



หน่วยงาน..... วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....
 จำนวนเวชระเบียนที่ประเมิน.....ฉบับ สุ่มจากยอดจำนวนงานผู้รับบริการ.....ราย ในช่วงเวลา.....

NMD HN	วันเวลาที่ผู้ป่วยมา		คะแนนที่ได้จาก 4 ส่วน								ก.รวมคะแนน ที่ได้	ข.รวมจำนวน NA	ค.รวมคะแนน เต็ม (28-ข. จำนวน NA)	ง.คิดเป็น % (ก/ค x 100)	หมายเหตุ
	รับการตรวจ		Patient's profile : ข้อมูล		History : ประวัติการเจ็บป่วย-		Physical examination : การ		Treatment/Investigation :						
	วันที่	เวลา	คะแนนที่ได้	จำนวน NA	คะแนนที่ได้	จำนวน NA	คะแนนที่ได้	จำนวน NA	คะแนนที่ได้	จำนวน NA					
รวม															

สรุปผลการตรวจ
 รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (ก.) =

 รวมคะแนนเต็ม (ค.) =

 คิดเป็นร้อยละ (ง) (ก/ค x100) =

การบันทึกคะแนน
 กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารในหัวข้อนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ระบุ NA
 กรณีที่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)

- ส่วนที่ 1 Patient's profile : ข้อมูลผู้รับบริการ
- 1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 2, 5 และ 7 กรณีผู้รับบริการไม่รู้สึกรู้ชาติ ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ให้บันทึกว่า "ไม่รู้สึกรู้ชาติและไม่มีญาติ" ให้ระบุ NA
 - 2) ให้คะแนนเต็ม 1 คะแนนกรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

ตารางบันทึกการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกแบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ
สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพเรือ โดย กรมแพทย์ทหารเรือ



หน่วยงาน..... วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....

จำนวนบันทึกแบบส่งต่อที่ประเมิน.....ฉบับ สุ่มจากยอดจำนวนงานส่งต่อผู้ป่วย.....ราย ในช่วงเวลา.....

NMD HN	วันเวลาที่ผู้ป่วยมารับ บริการ		คะแนนที่ได้											ก.รวม คะแนนที่ได้	ข.รวมจำนวน NA (ไม่เกิน 2 คะแนน)	ค.รวม คะแนนเต็ม (11-ข.จำนวน NA)	ง.คิดเป็น % (ก/ค × 100)	หมายเหตุ
			1.ข้อมูลระบุ ตัวผู้ป่วย	2.ข้อมูลเลข ประจำตัว ประชาชน	3.ข้อมูลสิทธิ การรักษา	4.สาเหตุที่ส่ง	5.การ เจ็บป่วย ปัจจุบัน	6.สรุปการ วินิจฉัยโรค	7.การตรวจ ทาง ห้องปฏิบัติการ (อาจมี NA ได้)	8. การ รักษาพยาบาล	9. ประเมิน ผู้ป่วยก่อน การ เคลื่อนย้าย	10. ประเมิน ผู้ป่วย ระหว่างการ เคลื่อนย้าย	11. การระบุ ผู้ตรวจ รักษา/ ส่งต่อ					
	วันที่	เวลา																

สรุปผลการตรวจ
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (ก.) =
รวมคะแนนเต็ม (ค.) =
คิดเป็นร้อยละ (ง) (ก/ค × 100) =

ก. ข. ค. ง

การบันทึกคะแนน
กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารในหัวข้อนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ระบุ NA
กรณีที่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)
เกณฑ์บันทึกคุณภาพการส่งต่อ อาจมี NA ได้เมื่อไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในข้อ 7 และ 10 รวมไม่เกิน 2 คะแนน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557
2. คณะทำงานพัฒนาเวชระเบียน และระบบการบันทึกของสถานพยาบาลปทุมธานี กองทัพอเรือ. มาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน และแนวทางการบันทึก สำหรับสถานพยาบาลปทุมธานี กองทัพอเรือ กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัท 2 twin printing; 2560

รายนามคณะผู้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนของ สถานพยาบาลปฐมภูมิ กองทัพอากาศ

1. พล.ร.ต. ธนรักษ์	เอี้ยวसानุรักษ์	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
2. น.อ. ชลธร	สุวรรณกิตติ	คณะทำงาน
3. น.อ.หญิง วัลัญญา	อุดมศักดิ์	ประธานคณะทำงาน
4. น.อ.หญิง ศุภกัณฑ์	แสงทับทิม	คณะทำงาน
5. น.อ.หญิง สุมนา	วะสินนท์	คณะทำงาน และเลขานุการ
6. ว่าที่ น.อ.ทศพงศ์	การชะวี	คณะทำงาน
7. น.ท.หญิง เฉลิมศรี	สองห้อง	คณะทำงาน
8. น.ท.หญิง วรียา	กล่อมใจ	คณะทำงาน
9. น.ท.หญิง นฤมล	เลาบรรเศรษฐี	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
10. น.ต.หญิง มีฤทัย	บุญช่วย	คณะทำงาน
11. น.ต.สมิต	แหวนเพชร	คณะทำงาน
12. ว่าที่ น.ต.วิเชียร	สุทธา	คณะทำงาน
13. ร.อ.เชาวลิต	มันทะกะ	คณะทำงาน
14. ร.ท.ประณต	หนูเทพ	คณะทำงาน
15. ร.ท.หญิง ภัทร์สิริย์	บุปผาเจริญ	คณะทำงาน
16. ร.ต.มนายุทธ์	ภักดีนอก	คณะทำงาน
17. พ.จ.อ.เกริก	ใยแจ้จ	คณะทำงาน
18. พ.จ.อ.หญิง พรนภา	เรืองชูพงศ์	จนท.ธุรการ
19. น.ส.ธิดารัตน์	ผลสีส้ม	คณะทำงาน
20. น.ส.ตะวัน	ภราตฤภาพ	คณะทำงาน