

(ร่าง) แนวทางการบันทึกและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (31/10/2008)

**การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน**

ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่

Discharge summary: Dx, Op (ในส่วนการสรุปของแพทย์)

Discharge summary: Other (ในส่วนอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ)

Informed consent

History

Physical exam

Progress note

Nurses' note

2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม ในบางราย 5 เรื่อง ได้แก่

Consultation record

Anesthetic record

Operative note

Labour record

Rehabilitation record

**1. Discharge summary: Dx, OP (เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์)**

**เอกสารที่ใช้ประเมิน** คือใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่าย (In-patient discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา ในกรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับด้วย ส่วนกรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์แต่ไม่มีแพทย์ลงลายมือกำกับหรือสรุปการรักษาด้วยดินสอหรือสรุปเป็นรหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ไม่ถือว่ามีารสรุป

**รายละเอียดในการบันทึก In-patient discharge summary**

เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลการรักษา เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย การสรุปการวินิจฉัยโรค เรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD-10) และการทำหัตถการ (ICD-9-CM) ทั้งนี้จะต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้

1. **Principal diagnosis** หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือเข้ารับการรักษานั้น และถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน

2. **การวินิจฉัยอื่น (ถ้ามี)** ต้องครบถ้วน ถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน โดยแบ่งออกเป็น
- Comorbidity หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมามากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดัวในโรงพยาบาลครั้งนี้โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน
  - Complication หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วและเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมามากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดัวในโรงพยาบาลครั้งนี้โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน
  - Other diagnosis หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาดัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารับรักษาดัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้
  - External cause หมายถึง สาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี
3. **Procedure/Operation (ถ้ามี)** หมายถึงหัตถการที่ทำในขณะที่ผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในครั้งนั้น รวมถึงกรณีที่โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการที่หน่วยบริการอื่นและโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น โดยระบุรายละเอียด อยุ่วะ ตำแหน่ง ข้างที่ทำ ครั้งที่ทำ วันเวลาที่ทำ และถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลหลักฐานในเวชระเบียน
4. **Clinical summary หมายถึง** การสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษารักษาการ investigation การรักษา (การดำเนินของโรค) ผลการรักษา แผนการรักษา ฟันฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยโดยย่อ ซึ่งอาจจะสรุปไว้ในส่วนใดของเวชระเบียนก็ได้ (ส่วนใหญ่สรุปไว้ใน OPD card)
5. **Discharge status/type** หมายถึง สถานภาพผู้ป่วยขณะจำหน่าย/ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (เลขหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติและต้องเป็นตัวเลข standard ที่ใช้อยู่)

Discharge status:

- |                             |                                               |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 หมายถึง complete recovery | 6 หมายถึง normal child discharged with mother |
| 2 หมายถึง improved          | 7 หมายถึง normal child discharged separately  |
| 3 หมายถึง not improved      | 8 หมายถึง stillbirths                         |
| 4 หมายถึง normal delivery   | 9 หมายถึง dead                                |
| 5 หมายถึง un-delivery       |                                               |

Discharge type :

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 หมายถึง with approval  | 5 หมายถึง other (specify)  |
| 2 หมายถึง against advice | 8 หมายถึง dead, autopsy    |
| 3 หมายถึง by escape      | 9 หมายถึง dead, no autopsy |
| 4 หมายถึง by transfer    |                            |

  6. **การลงลายมือชื่อแพทย์** หมายถึง ลายมือชื่อแพทย์ที่รักษา/แพทย์ที่สรุปการวินิจฉัยโรคและการรักษา ทั้งนี้จะต้องมีชื่อแพทย์ที่สรุปกำกับด้วย (รวมถึงกรณีที่มีการพิมพ์ใบสรุปการรักษาจากระบบคอมพิวเตอร์ จะต้องลงลายมือชื่อแพทย์ที่รักษา/แพทย์ที่สรุปการรักษาด้วย )
  7. ในกรณีที่ผู้สรุปการการวินิจฉัยโรคและการรักษา ไม่ใช่ผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องลงนามรับรองโดยแพทย์ผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  8. กรณีที่มีการสรุปหลายลายมือหรือมีการแก้ไขหรือเพิ่มเติม จะต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไขหรือเพิ่มเติม นั้น
  9. ตัวอย่างที่เป็นสากลสามารถใช้ในการสรุปการวินิจฉัยโรคและการทำหัตถการ คือ ตัวอย่างที่มีอยู่ในหนังสือ ICD-10, ICD-9-CM, Standard coding guidelines เท่านั้น
  10. **Cause of death** (ถ้ามี) หมายถึงข้อมูลในส่วนของการสรุปสาเหตุการตาย

## เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)
- เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับข้อมูลใน เวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 ไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุป Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation
- เกณฑ์ข้อที่ 4 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation ด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการสรุปในส่วน clinical summary โดยต้องมีการบันทึกสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา การ investigated การรักษา (การดำเนินของโรค) ผลการรักษา แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยย่อ ซึ่งอาจจะสรุปไว้ในส่วนใดของเวชระเบียนก็ได้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 Discharge status ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 7 Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงลายมือชื่อแพทย์รักษา/ผู้สรุป

เกณฑ์ข้อที่ 9 สามารถรู้ว่า ผู้ลงลายมือนั้น ชื่ออะไร

### หักคะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณี

- กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ถ้าไม่มีการสรุปสาเหตุการตายหรือสรุปสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง
- กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น

## 2. Discharge summary : others

**เอกสารที่ใช้ประเมิน** คือ ใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-patient discharge summary)

### รายละเอียดการบันทึก

บันทึกสรุปการจำหน่ายในส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคและการทำผ่าตัด/หัตถการ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ, วันเดือนปีเกิด, เลขประจำตัวประชาชน, ที่อยู่ปัจจุบัน
2. ข้อมูลญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อ : ชื่อ-สกุล, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ที่อยู่ติดต่อได้, หมายเลขโทรศัพท์
3. ข้อมูลโรงพยาบาล : ชื่อโรงพยาบาล, HN, AN, วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge, จำนวนวันนอน

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, เพศ, อายุหรือวันเดือนปีเกิด (กรณีไม่ทราบวันที่เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ของผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชน ของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล ของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร อนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนน โดยอัตโนมัติ)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วยแล้วบันทึกว่า บดก.) (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร อนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนน โดยอัตโนมัติ)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล, HN, AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge, ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลจำนวนวันนอน ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีความครบถ้วนของข้อมูลตามแบบฟอร์ม In-patient discharge summary และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของ การบันทึกข้อมูล (ถ้าข้อ 1-8 มีไม่ครบ ข้อนี้ไม่ได้คะแนน)

### 3. Informed consent

**เอกสารที่ใช้ประเมิน** คือ ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย และญาติ

#### **รายละเอียดการบันทึก**

ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/หัตถการ ต้องมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

1. ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยชัดเจน
2. ลายมือชื่อ และชื่อ-สกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการแทนผู้ป่วย ในกรณีเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ โดยต้องระบุความสัมพันธ์ให้ชัดเจน
3. พยาน 2 คน ประกอบด้วย ญาติผู้ป่วย 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล และตำแหน่งหน้าที่ (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า "ผู้ป่วยมาคนเดียว" ทั้งนี้ผู้ลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาดังกล่าวต้องเป็นตัวผู้ป่วยเอง เท่านั้น)
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนในขณะนั้น ให้ระบุในใบ inform consent ว่า "ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว"
5. ระบุวันเดือนปี ที่รับทราบสิ่งที่จะเกิดขึ้น
6. ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายอย่างใน admission เดียวกัน ต้องมีการลงลายมือชื่อรับทราบ และยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการแยกแต่ละหัตถการ เช่น ในการรักษา/หัตถการ/อื่น ๆ (ถ้ามี) ทั้งนี้ อาจจัดอยู่ในเอกสารฉบับเดียวกันได้ แต่แยกส่วนการลงลายมือชื่อยินยอมแยกกันอย่างชัดเจน
7. รายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งให้ทราบในกรณีที่ต้องทำการรักษา/การทำหัตถการ ประกอบด้วย การระบุเหตุผล, ความจำเป็น, วิธีการรักษา/หัตถการ, การใช้ยาระงับความรู้สึก, ทางเลือก, ข้อดี, ข้อเสีย, ผลการรักษา, ความเสี่ยง, ระยะเวลาในการรักษา, ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และชื่อผู้ที่ให้คำแนะนำ (กรณีที่เขียนว่า "ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดีผลเสียของการผ่าตัดแล้ว" ไม่ถือว่ามีส่วนรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้ง)
8. ในกรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรม/หลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่พิจารณาญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกชื่อ-สกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 ลายมือชื่อ และชื่อ-สกุลหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ ส่วนในกรณีเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ โดยต้องระบุความสัมพันธ์ให้ชัดเจน (ลายมือชื่อที่สามารถระบุได้ว่าเป็นใคร)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยาน ฝ่ายผู้ป่วย 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า "ผู้ป่วยมาคนเดียว")
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล และตำแหน่งหน้าที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล ความจำเป็น วิธีการรักษา/หัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ผลการรักษา ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 ลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอม รับการรักษา/ปฏิเสธการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุวันเดือนปี ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

## 4. History

เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ เอกสารบันทึกแรกรับของแพทย์ (ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)

### รายละเอียดการบันทึก

การบันทึกประวัติผู้ป่วยซึ่งได้จากการซักถามผู้ป่วย/ญาติ/ผู้นำส่ง (ระบุผู้ให้ข้อมูลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้เอง) ประกอบด้วย

1. Chief complaint : อาการ/ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
2. Present illness : what, where, when, why, who, how, how many การรักษาที่ได้มาแล้ว
3. Past illness ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
4. History : ประวัติการแพ้ยา (กรณีแพ้ยา ควรจะมีบันทึกข้อความไว้ทุกหน้าของเวชระเบียน), family history, personal history, social history, growth and development/vaccination (กรณีผู้ป่วยเป็นเด็ก), ประวัติประจำเดือน (กรณีผู้ป่วยเป็นผู้หญิง) และประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง

5. Review of system : ศีรษะ ถึง เท้า
6. ลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถสื่อถึงแพทย์เจ้าของลายมือชื่อได้ (ในกรณีที่แยกไปกับ physical exam)

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึก chief complaint : อาการ/ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness : ในส่วนของ what, when, why, how (เป็นอะไรมา, เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่, ไปทำอะไรมาอย่างไร) ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ
- เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness : ในส่วนของ where, who, how many (เริ่มเป็นระบบใดของร่างกาย, บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น มีคนในครอบครัวเป็นหรือไม่, มีการรักษาโดยแพทย์มาก่อนหรือไม่, ความถี่ของอาการแสดง, การรักษาที่ได้มาแล้ว (มีข้อมูลบางส่วนได้))
- เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยา
- เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึก ประวัติอื่นๆ ในส่วนของ family history, personal history, social history , ประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัย, growth and development/vaccination (เด็กทุกราย), ประวัติประจำเดือน (ผู้หญิงทุกราย อายุ 11-60 ปี) (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
- เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติ การเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงนามแพทย์ ที่รับผิดชอบในการซักประวัติหรือรักษาในครั้งนั้น (ในกรณีที่แยกไปกับ physical exam)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียน หรือเอกสารใบส่งต่อทาง clinical (ใบ refer)

หมายเหตุ ในกรณีที่มีการบันทึก history หลายใบ/แพทย์หลายคน ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย สำหรับบันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

## 5. Physical exam

เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับของแพทย์

### รายละเอียดการบันทึก

การบันทึกผลที่ได้จากการตรวจร่างกายครั้งแรกเมื่อรับผู้ป่วย

1. บันทึก vital signs ครบถ้วน (T, P, R, BP) กรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้บันทึกอย่างน้อย T, P, R ส่วนการบันทึก BP พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
2. การตรวจร่างกายตำแหน่งที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยละเอียด
3. การตรวจร่างกายทุกระบบ (ดู คลำ เคาะ ฟัง) กรณีที่บันทึกผลการตรวจไม่ครบทุกระบบ แต่มีการลงนามแพทย์ ให้ถือว่าได้มีการตรวจร่างกายทุกระบบแต่ไม่พบความผิดปกติของระบบนั้นๆ
4. สรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ
5. ลงนามแพทย์ ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก T, P, R

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึก ในผู้ใหญ่ BP ทุกราย, น้ำหนัก/ส่วนสูงในกรณีที่ให้ยาเคมีบำบัด/ ในเด็ก น้ำหนัก/ส่วนสูง ทุกราย, BP (ยกเว้นในเด็กเล็ก)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการดูหรือเคาะอย่างละเอียด ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการคลำหรือฟังอย่างละเอียด ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ (กรณีที่บันทึกผลการตรวจไม่ครบทุกระบบ แต่มีการลงนามแพทย์ ให้ถือว่าได้มีการตรวจร่างกายทุกระบบแต่ไม่พบความผิดปกติของระบบนั้นๆ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ในกรณีที่มีการบันทึก physical exam หลายใบ ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย สำหรับบันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย



## 6. Progress notes

**เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ** เอกสารบันทึกความก้าวหน้าอาการทางการแพทย์ เฉพาะของแพทย์ (แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย มีได้มากกว่า 1 คน )

### รายละเอียดการบันทึก

การบันทึกสถานะและคำสั่งการรักษาผู้ป่วยในระหว่างการให้การรักษา เช่น อาการ/การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วย เหตุผลในการรักษา /เพิ่มเติม/เปลี่ยนแปลง คำสั่งและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่สำคัญ การตอบสนองต่อการรักษา แผนและคำสั่งการรักษา โดยควรมีรายละเอียดเพียงพอสำหรับให้แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การดูแลกรณีฉุกเฉินได้

1. ปัญหา อาการของผู้ป่วย เนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan)
2. ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา / ให้ยา / มีการทำ Invasive procedure
3. ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล / ปรีกษาระหว่างแผนก (ถ้ามี)
4. ทุกวันใน 3 วันแรก สำหรับข้อมูลในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ประเมินจากบันทึกการตรวจร่างกายแรกได้รับได้
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยนอน น้อยกว่า 3 วัน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
6. การประเมินผล investigation โดย
  - 1) ผล investigation สอดคล้องกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยหรือ
  - 2) มีหลักฐานว่าแพทย์ได้รับทราบผล investigation ในเวลาที่เหมาะสมหรือ
  - 3) มีการดำเนินการที่เหมาะสม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ (เช่น อธิบายให้ผู้ป่วย ทราบหรือส่งตรวจเพิ่ม)
7. การบันทึก ต้องบันทึกในเอกสารที่โรงพยาบาลระบุไว้ว่า เป็นตำแหน่งของ progress note (มีข้อความว่า progress note) ทั้งนี้ต้องมีเนื้อที่เพียงพอสำหรับการเขียน (ไม่ควรใช้ column ด้านข้างหรือด้านหน้าของ ใบคำสั่งการรักษา) ซึ่ง สปสช.และพรพ.มีความเห็นร่วมกันว่าควรจะเป็นด้านบนหรือด้านล่างของใบคำสั่งการรักษา หรือเป็นเอกสารแยกต่างหาก
8. มีการลงวันเดือนปี (เวลาตามความเหมาะสม) และลายมือชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษาในคำสั่งการรักษา

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกทุกวัน ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ SOAP ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกผลการประเมิน investigation ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยหรือเปลี่ยนแปลงในการรักษา (โดยให้เป็นดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบ)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการลงวันเดือนปีและลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ทุกครั้งที่มีการบันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยง่าย

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

**หมายเหตุ** ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/การทำ Invasive procedure จะให้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 3 ได้ก็ต่อเมื่อได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 1 เท่านั้น ส่วนการให้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 4 ก็จะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 2

## 7. Consultation record

**เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ** เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา, บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ (หลังจากรับ consult ครั้งแรก)

### **รายละเอียดการบันทึก**

บันทึกการส่งผู้ป่วยเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และบันทึกการตอบรับการให้คำปรึกษาของแพทย์ผู้รับการปรึกษา

1. บันทึกของแพทย์ที่ต้องการปรึกษา : ระบุวันที่ เวลาที่ปรึกษา ปัญหา เรื่องที่ต้องการปรึกษา
2. การซักประวัติ ผลการตรวจของผู้รับปรึกษา : แพทย์ผู้รับปรึกษานำบันทึกผลการซักประวัติ ผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ปรึกษา ตามแนวทางการซักประวัติและตรวจร่างกาย
3. การรักษาและข้อแนะนำ : แพทย์ผู้รับปรึกษานำบันทึกคำวินิจฉัยโรค การรักษาที่ให้หรือคำแนะนำ การทำหัตถการ (ถ้ามี) แผนการรักษา การให้ความเห็นแพทย์ผู้ปรึกษา
4. การดูแลและตรวจติดตาม : แพทย์ผู้รับปรึกษานำบันทึกแผนการดูรักษา และกำหนดความถี่ในการตรวจติดตามซ้ำ บันทึกผลการติดตามการตอบสนองต่อการดูแล ผลลัพธ์ของการดูแล วันเวลาที่จำหน่าย การส่งต่อ (ถ้ามี)

## เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก วัน เวลา ความรีบด่วนจำเป็น และหน่วยงาน ที่ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกการตรวจร่างกาย/คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกความเห็น/แผนการรักษา/การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของแพทย์ผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึก วัน เวลา ที่ผู้รับปรึกษา มาตรวจผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

## **8. Anesthetic record**

### เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ

1. บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชม.
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
3. บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (recovery unit) โดยบันทึกนั้น ต้องครบถ้วนตามแบบที่กำหนด

### รายละเอียดการบันทึก

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก การประเมิน การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้ยา

1. บันทึกการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ระบุวิธีการ (technique) ที่ใช้ ชื่อยาที่ชัดเจน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการแก้ไข
2. บันทึกการเฝ้าระวังขณะให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ได้แก่ การเฝ้าระวังสภาวะออกซิเจน สภาวะการหายใจ (การขยายของทรวงอก นับอัตราการหายใจ ฟังเสียงหายใจ) สภาวะการไหลเวียนเลือด (V/S ประเมินจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตทุก 5 นาที input/output ) อุณหภูมิของร่างกาย
3. ระบุ Patient status ก่อนให้ยา : **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 hr without surgery, E grade for emergency surgery

4. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ HN, AN, วันที่ เวลาเริ่มต้น สิ้นสุดการให้การระงับความรู้สึก, ชื่อแพทย์ผ่าตัด, scrub nurse, การวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผ่าตัด, ชื่อวิสัญญีแพทย์/พยาบาล, ลายมือชื่อผู้บันทึก
5. ต้องระบุชนิดและชื่อการผ่าตัด ในการให้การระงับความรู้สึกครั้งนั้น เช่น เป็นการผ่าตัดในช่องน้ำดี โดยวิธี Laparoscopy
6. มีบันทึกการดูแล เฝ้าระวังอาการผู้ป่วย(ในห้องพักฟื้นหรือเตียงเท่า) หลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
7. มี pre anesthetic round ตามสภาพผู้ป่วย ก่อนการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท อย่างน้อย 1 วัน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินให้เป็นการประเมินก่อนการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท
8. post anesthetic round การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 24 ชั่วโมง
9. ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่ต้องใช้ Heart-lung machine ต้องมีการบันทึกและใช้สัญลักษณ์อย่างชัดเจน ที่สามารถแยกแยะระหว่างการให้การระงับความรู้สึกปกติ และช่วงเวลาที่ใช้เครื่องมือดังกล่าว

#### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกวิธีให้การระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก pre anesthetic round ก่อนการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท อย่างน้อย 1 วัน
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก post anesthetic round หลังการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 1 ชั่วโมง
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก post anesthetic round หลังการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 24 ชั่วโมง
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก สัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยา อย่างเหมาะสม
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก Intake output
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ครบถ้วนถูกต้อง ตามแบบบันทึกการดมยาแต่ละชนิด

#### **9. Operative notes**

เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ เอกสารบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น

#### รายละเอียดการบันทึก

ข้อมูล รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัด / หัตถการ

1. รายละเอียดวิธีการผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด จำนวนเลือดที่สูญเสีย

2. ชื่อการผ่าตัด / หัตถการ ระบุตำแหน่ง ข้าง วิธีที่ใช้ระดับความรู้สึก วันที่, เวลาที่เริ่มและสิ้นสุดการผ่าตัด (ทั้ง LA และ GA)
3. Pre-op Dx : การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
4. Post-op Dx : การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด
5. ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด , Assistant, Scrub nurse

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre operative diagnosis)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหลังทำหัตถการ (post operative diagnosis)
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก ชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์/วิสัญญี/scrub nurse) และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ

**หักคะแนนกึ่งหนึ่ง** ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่ มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

### หมายเหตุ

ในกรณีที่ มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากส่วนที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

## 10. Labour record

**เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ** เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case)

### รายละเอียดการบันทึก

การบันทึกการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้คลอดแรกรับ : Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, GA), ANC history, complication, risk monitoring, PE)
2. การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด : วัน เวลา ชีพจร ความดันโลหิต progress of labor (uterine contraction, cervical dilation&effacement, status of membrane), fetal assessment (FHR, movement, station), การให้ยา, complication
3. การประเมินระยะคลอด : วันที่, ระยะเวลาการคลอดแต่ละ stage (เด็ก, รก), วิธีการคลอด, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การให้ยา, episiotomy, complication
4. การประเมินระยะหลังคลอด :
  - 4.1 มารดา : การให้ยา, placenta checked, complication, blood loss, VS. หลังคลอด 2 ชม.
  - 4.2 ทารก : เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1' 5' 10'), complication, PE (head to toe assessment)
5. ชื่อ ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด, แพทย์/พยาบาลผู้รับเด็ก (กรณีที่ผู้สูดน้ำนมทารกให้จะต้องมีการลงลายมือชื่อผู้ทำคลอดกำกับ)

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกรับการประเมินผู้คลอดแรกรับ ในส่วนของประวัติ : Obstetric history (G, P, A, L, LMP, EDC, GA), ANC history, complication, risk monitoring, PE
- เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึกรับการประเมินผู้คลอดแรกรับ ในส่วนของการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 3 การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด : วัน, เวลา, ชีพจร, ความดันโลหิต, progress labor (uterine contraction, cervical dilation&effacement, membrane), fetal assessment (FHR, movement, station), complication
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกเหตุการณ์/วิธีการคลอด/complication, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การทำepisiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้ยาในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน : placenta checked, complication ในระยะหลังคลอด, blood loss, VS และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก : เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1' 5' 10'), complication, PE (head to toe assessment)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ชื่อ, ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด

## 11. Rehabilitation record

**เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ** เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสภาพ

### รายละเอียดการบันทึก

บันทึกการดูแลผู้ป่วยเพื่อการแก้ไข ฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

1. บันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต
2. ตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
3. การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด ปัญหาหลักของผู้ป่วย
4. เป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด /หัตถการ และจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)
5. การรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง : ระบุวิธี/ตำแหน่งที่ทำการบำบัด ชนิดของการบำบัด หัตถการ ระยะเวลาที่ใช้ดูความก้าวหน้าทางการรักษา
6. การประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด
7. สรุปผลและการจำหน่ายผู้ป่วย
8. การให้ home program, การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ( patient/family education)

### เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการทำ Rehabilitation
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพ ข้อห้าม และข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด /ปัญหาหลักของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด /หัตถการ และจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดย ระบุวิธี/ตำแหน่งที่ทำการบำบัด ชนิดของการบำบัด หัตถการ ,ระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ( patient/family education)
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

## 12. Nurses' note

**เอกสารที่ใช้ประเมิน** คือเอกสารบันทึกการให้การพยาบาล, เอกสารบันทึกสัญญาณชีพ, เอกสารบันทึกการให้ยา

### **รายละเอียดการบันทึก**

มีการบันทึกองค์ประกอบทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน (Supporting) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (Monitoring) โดยแบ่งเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น การปวดแผล วิดกกังวล โอกาสติดเชื้อ โอกาสตกเลือด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญที่มา ประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค
2. กิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การบริหารยา การสังเกตอาการ การจัดทำ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสังเกตมดลูก การบรรเทาอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน ความสะอาดของร่างกาย
3. การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังการให้การพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนด และอย่างต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา โดยระบุเวลาที่ชัดเจน
4. การประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยไม่มีความผิดปกติ อาการแสดงของผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อ สถานที่ส่งต่อ การนัดมาตรวจซ้ำ การได้รับยากลับบ้าน การสอบถามความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย วัน เดือน ปี เวลาที่จำหน่าย การนัดตรวจติดตาม ชื่อแพทย์ผู้นัดตรวจ
5. กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ การฝึกหายใจ การไอ การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปฏิบัติตนหลังคลอด การเลี้ยงดู ให้นมบุตร เป็นต้น
6. มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์
7. ลายมือชื่อพยาบาลที่สามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้



## เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการและรับของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนด และสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วน ตามคำสั่งการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาใน โรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลงลายมือชื่อผู้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care

**หมายเหตุ** บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

### Overall findings

#### 1. การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

หมายถึง การจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อเสนอแนะของ พรพ. และสปสช. เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (Chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียน ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. Admitting & Identification Section : (มีหรือไม่มีก็ได้)

- 1) Diagnosis Summary Index
- 2) Admission and Discharge Record

2. Clinical Medical Section :

- 1) Discharge Summary
- 2) Referring Letter Sheet
- 3) Inform Consent
- 4) History Record
- 5) Physical Examination Record
- 6) Progress Note
- 7) Consultation Report
- 8) Physician's Orders
- 9) Anesthesia Record
- 10) Operation Report
- 11) Labour record
- 12) Pathology Special Report
- 13) Pathology/X-ray Report Sheet (on this should be attached) :
  - 13.1 Laboratory Report
  - 13.2 Hematology Report
  - 13.3 X-ray Report
  - 13.4 Blood Transfusion Report
- 14) Electrocardiogram Report
- 15) Electroencephalogram Report
- 16) Other Special Clinical Reports

3. Paramedical Section :

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

4. Nursing Section :

- 1) Nurses' Notes
- 2) Graphic Record
- 3) Fluid Balance Summary

- 4) Diabetic Chart
- 5) บันทึกอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
5. Discharge/Death Section :
  - 1) Discharge's Form
  - 2) Autopsy Report and Consent for autopsy
6. เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี), เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

2. เอกสารบางฉบับ ไม่มีชื่อผู้รับบริการ ไม่มี HN /AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารใบนี้เป็นของใคร
3. Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน)
4. No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
5. Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ) ให้ระบุปัญหา

### คำอธิบาย

- 1) คำว่า miss หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีเอกสารใดบ้าง กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ จะให้กากบาทช่อง missing
- 2) คำว่า NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่ต้องมีเอกสารฉบับนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาทช่อง NA
- 3) คำว่า NO หมายถึง มีเอกสารฉบับนั้น แต่ไม่มีการบันทึก ให้เขียน 0 ลงในช่อง NO
- 4) การเรียงเวชระเบียนจะถือว่าการเรียงเวชระเบียนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว โดยให้จัดเรียงตามที่กำหนด ไว้ดังกล่าว
- 5) กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่ complete รายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก