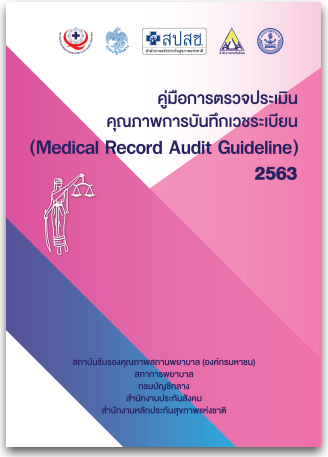
MRA

Medical Record Audit
ผู้ป่วยนอก

นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์
รพ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. **Patient's profile:** ข้อมูลผู้ป่วย
2. **History:** ประวัติการเจ็บป่วย
3. **Physical examination/Diagnosis:** การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค
4. **Treatment/Investigation:** การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย
5. **Follow up:** การตรวจติดตาม
6. **Operative note:** บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ
7. **Informed consent:** บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง

- **ชื่อ** นามสกุล
- **เพศ** (หรือคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย, นาง, เด็กชาย, เด็กหญิง)
- **เลขประจำตัวผู้ป่วย** (HN)
- **อายุ** (หรือวัน เดือน ปีเกิด หรือปี พ.ศ. กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด)

o กรณีไม่ทราบว่าเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ บันทึกว่า "ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและเลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่ใบต่างด้าว

o กรณีคนต่างด้าวเกิดในไทยที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยไม่ได้ บันทึกว่า "ไม่มีเลขที่บัตร"
o กรณีชาวต่างชาติ ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
o กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์

- **ชื่อ** นามสกุล
- **ที่อยู่** หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

o กรณีที่อยู่เป็นที่อยู่เดียวกัน บันทึกว่า "บ้านเดียวกัน" หรือ "บดก."
o กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีญาติ บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ไม่มีญาติ"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาหรือประวัติการแแพ้อื่นๆ

- ระบุยาหรือหรือมิ่งที่แพ้ หรือ "ปฏิเสธ"
  - มีข้อความที่สื่อความหมายว่าได้มีการซักประวัติการแพ้ยาและและประวัติการแพ้อื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลหมู่เลือด

- กรณีที่ไม่ทราบหมู่เลือด บันทึกว่า "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่เคยตรวจหมู่เลือด"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลของการบันทึกข้อมูล

- วันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล
- ชื่อ นามสุกลของผู้รับผิดชอบ ในการบันทึกข้อมูล

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลผู้ป่วยทุกหน้าของเวชระเบียน

- ชื่อ นามสกุล
- เลขที่โรงพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก chief complaint

- อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก present illness

- อาการแสดง
- การรักษาที่ได้ที่มาแล้ว หรือการรักษาที่อื่นมาก่อน (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
  - กรณีไม่มีการรักษาที่ใดมาก่อน บันทึกว่า "ไม่มีการรักษาจากที่ใด"
  - กรณีซักประวัติไม่ได้ บันทึกว่า "ซักประวัติไม่ได้"
  - กรณีมีรายละเอียดครบ (what, where, when, why, how, how many) ได้เพิ่ม 1 คะแนน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

- กรณีไม่มีโรคหรือไม่มีการรักษา บันทึกว่า "ไม่มี" หรือข้อความอื่นที่สื่อความหมายเดียวกัน
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้" (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก past illness

- การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและในครอบคัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้" (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ
- ระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
- Family history, Personal history, Social history, Occupation
- Menstruation ในผู้หญิงอายุ 11-60 ปี
- Vaccination, Growth, Development ในเด็กอายุ 0-14 ปี
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

9

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- ระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้
- การเสพของบุคคลในครอบครัว ในเด็กอายุ 0-14 ปี
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

10

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่ผู้ป่วยได้การประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint
- บันทึกผลการตรวจที่ปกติ หรือที่ผิดปกติ ด้วยวิธี ดู หรือ เคาะ
  - กรณีเป็นการตรวจไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจร่างกายที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint
- บันทึกผลการตรวจที่ปกติ หรือที่ผิดปกติ ด้วยวิธี คลำ หรือ ฟัง
  - กรณีเป็นการตรวจไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

11

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก pulse rate, respiratory rate และ temperature
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก blood pressure (ยกเว้นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือไม่มีความจำเป็น)
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง
  - กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผล
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

12

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ดังนี้

- บันทึกการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกเป็นรหัส ICD-10 หรือเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (เช่น J20.9 Acute bronchitis, unspecified)
- มีความสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย ในกรณีโรคทั่วไป
- มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับประวัติการรักษาในครั้งก่อน ในกรณีโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ

- การสั่งตรวจสามารถอยู่ครั้งก่อนหน้าได้
- กรณีเป็น standing order ต้องแสดงหลักฐานของคำสั่งนั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยหรือไม่มีผลการตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ ต้องมีบันทึกผลการตรวจ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) สอดคล้องกับการวินิจฉัยนั้น

- กรณีที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล บันทึกว่า “admit ...”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่มีรายละเอียด

- ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือจำนวนวันที่สั่งจ่าย
- กรณีไม่มีการสั่งยา (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- โรค หรือภาวะเจ็บป่วย
- การปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ
- ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา
- กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 5 การปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษา

- กรณีไม่มีการส่งปรึกษาแพทย์ต่างแผนก (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามผลการรักษา

- กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
  - กรณีบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขได้โดยผู้อื่น
  - กรณี รคส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์
  - กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด
  - กรณีที่มีการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา ได้เพิ่ม 1 คะแนน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในนัดมาตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง และ/หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น

- กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา หรือสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้

- กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ

- การสั่งตรวจสามารถอยู่ครั้งก่อนหน้าได้
- กรณีเป็น standing order ต้องแสดงหลักฐานของคำสั่งนั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยหรือไม่มีผลการตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ ต้องมีบันทึกผลการตรวจ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- โรค หรือภาวะเจ็บป่วย
- การปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ
- ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา
- แผนการรักษาต่อเนื่อง
- การนัดมาติดตามผลการรักษาครั้งต่อไป
  - กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
  - กรณีบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขได้โดยผู้อื่น
  - กรณี รคส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์
  - กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด
  - กรณีที่มีการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา ได้เพิ่ม 1 คะแนน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

6. Operative note: บันทึกการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งส่งตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการผ่าตัด หรือหัตถการ (operative procedure)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

6. Operative note: บันทึกการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

- การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (post-operative diagnosis)
- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผลตรวจทางพยาธิวิทยา หรือบันทึกว่า “รอผลชิ้นเนื้อ” หรือ “รอผล pathology”

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

6. Operative note: บันทึกการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด หรือหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
  - กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด ทั้งชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - กรณีผู้บันทึก หรือทำหัตถการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อนามสกุลของผู้ทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

- กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรืออยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
  1. กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์
  2. กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยาน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการผ่าตัด หรือหัตถการ

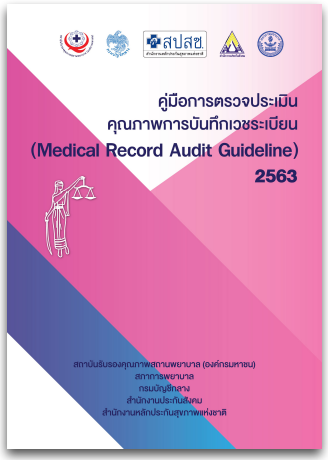
เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกระบุ วัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

MRA

Medical Record Audit

ผู้ป่วยจิตเวชนอก

นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์
รพ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

5. Follow up: การตรวจติดตาม

6. Operative note: บันทึกการด้วยไฟฟ้า และ บันทึกการบำบัดทางจิตสังคม

7. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือ การทำกายภาพบำบัด

8. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง

- ชื่อ นามสกุล
- **เพศ** (หรือคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย, นาง, เด็กชาย, เด็กหญิง)
- เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)
- **อายุ** (หรือวัน เดือน ปีเกิด หรือปี พ.ศ. กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด)

o กรณีไม่ทราบว่าเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ บันทึกว่า "ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและเลขประจำตัวประชาชน หรือเลขที่ใบต่างด้าว

o กรณีคนต่างด้าวเกิดในไทยที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยไม่ได้ บันทึกว่า "ไม่มีเลขที่บัตร"

o กรณีชาวต่างชาติ ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง

o กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า "เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน"

o กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วย และไม่สามารถสืบค้นได้ บันทึกว่า "ไม่มีข้อมูล"

o กรณีผู้ป่วยหรือผู้นำส่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ บันทึกว่า "ไม่มีข้อมูล"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์

- ชื่อ นามสกุล
- **ที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้**

o กรณีที่อยู่เป็นที่อยู่เดียวกัน บันทึกว่า "บ้านเดียวกัน" หรือ "บดก."

o กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีญาติ บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ไม่มีญาติ"

o กรณีหน่วยงานนำส่ง มีระบุชื่อหน่วยงานที่นำส่ง เช่น เรือนจำ สถานีตำรวจ มูลนิธิ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาหรือประวัติการแแพ้อื่นๆ

- ระบุยาหรือหรือมิ่งที่แพ้ หรือ "ปฏิเสธ"
  - มีข้อความที่สื่อความหมายว่าได้มีการซักประวัติการแพ้ยาและและประวัติการแพ้อื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลหมู่เลือด

- กรณีที่ไม่ทราบหมู่เลือด บันทึกว่า "ไม่ทราบ" หรือ "ไม่เคยตรวจหมู่เลือด"

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลของการบันทึกข้อมูล

- วันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล
- ชื่อ นามสุกลของผู้รับผิดชอบ ในการบันทึกข้อมูล

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลผู้ป่วยทุกหน้าของเวชระเบียน

- ชื่อ นามสกุล
- เลขที่โรงพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก chief complaint

- อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก present illness

- อาการแสดง
- การรักษาที่ได้ที่มาแล้ว (ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป) หรือการรักษาที่อื่นมาก่อน (ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง)
  - กรณีไม่มีการรักษาที่ใดมาก่อน บันทึกว่า "ไม่มีการรักษาจากที่ใด"
  - กรณีซักประวัติไม่ได้ บันทึกว่า "ซักประวัติไม่ได้"
  - กรณีมีรายละเอียดครบ (what, where, when, why, how, how many) ได้เพิ่ม 1 คะแนน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก underlying disease โรคทางกายหรือทางจิตและการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

- กรณีไม่มีโรคหรือไม่มีการรักษา บันทึกว่า "ไม่มี" หรือข้อความอื่นที่สื่อความหมายเดียวกัน
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้" (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก past illness

- การเจ็บป่วยของผู้ปวยและในครอบคัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้" (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ
- ระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
- Family history, Personal history, Social history, Occupation
- Menstruation ในผู้หญิงอายุ 11-60 ปี
- Vaccination, Growth, Development ในเด็กอายุ 0-14 ปี
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- ระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้
- การเสพของบุคคลในครอบครัว ในเด็กอายุ 0-14 ปี
  - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่ผู้ป่วยได้การประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วย หรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint
- General appearance and Psychomotor หรือ
- Mood and Affect หรือ
- Speech or Thought หรือ
- Perception
  - กรณีไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย บันทึกว่า “ไม่สามารถประเมินได้”
  - กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint

- Sensorium and Cognition หรือ
- Judgment and Insight

o กรณีไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย บันทึกว่า “ไม่สามารถประเมินได้”

o กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก pulse rate, respiratory rate, temperature และ blood pressure

o กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก blood pressure (ไม่ประเมินข้อนี้)

o กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง

o กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผล

o กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ดังนี้

- บันทึกการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกเป็นรหัส ICD-10 หรือเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (เช่น F20.8 Other schizophrenia” “F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified) หากใช้ตัวย่อ ใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) และ
- มีความสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย ในกรณีโรคทั่วไป
- มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับประวัติการรักษาในครั้งก่อน ในกรณีโรคเรื้อรัง เช่น major depressive disorder เป็นต้น

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ

o การสั่งตรวจสามารถอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

o กรณีเป็น standing order ต้องแสดงหลักฐานของคำสั่งนั้น

o กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยหรือไม่มีผลการตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)

o กรณีที่มไม่มีบันทึกการสั่งตรวจ แต่มีผลตรวจ หรือมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในข้อนี้

o กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ ต้องมีบันทึกผลการตรวจ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) สอดคล้องกับการวินิจฉัยนั้น

o กรณีที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล บันทึกว่า “admit ...”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่มีรายละเอียด

- ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือจำนวนวันที่สั่งจ่าย

o กรณีไม่มีการสั่งยา (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- โรค หรือภาวการณ์เจ็บป่วย
- การปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ
- ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา

o กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 5 การปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษา

o กรณีไม่มีการส่งปรึกษาแพทย์ต่างแผนก (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามผลการรักษา

o กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

o กรณีบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขได้โดยผู้อื่น

o กรณี รคส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์

o กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด

o กรณีที่มีการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา ได้เพิ่ม 1 คะแนน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในนัดมาตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก vital signs และการตรวจสภาพจิตในส่วนที่เกี่ยวข้อง และ/หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น

o กรณีไม่สามารถตรวจตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย บันทึกว่า “ไม่สามารถประเมินได้”

o กรณีญาติมารับยาแทน (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา หรือสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้

- กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจทางรังสี หรือการตรวจทางจิตวิทยา หรือการตรวจอื่นๆ

- การสั่งตรวจสามารถอยู่ครั้งก่อนหน้าได้
- กรณีเป็น standing order ต้องแสดงหลักฐานของคำสั่งนั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยหรือไม่มีผลการตรวจ (ไม่ประเมินข้อนี้)
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ ต้องมีบันทึกผลการตรวจ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- โรค หรือภาวะเจ็บป่วย
- การปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ
- ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา
- แผนการรักษาต่อเนื่อง
- การนัดมาติดตามผลการรักษาครั้งต่อไป

- กรณีรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขได้โดยผู้อื่น
- กรณี รคส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด
- กรณีที่มีการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา ได้เพิ่ม 1 คะแนน

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

- กรณีตรวจติดตามต่ำกว่า 5 ครั้ง ประมิน visit ที่ 1, 2, 3
- กรณีตรวจติดตามตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ประเมิน visit ที่ 1, 3, 5

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ใช้คำย่อเฉพาะที่ปปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกรายละเอียดของ

- ข้อบ่งชี้และข้อควรระวังของการรักษาด้วยไฟฟ้า หากไม่มีข้อควรระวัง บันทึกว่า “ไม่มี”
- ชนิดและจำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดของ
- วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และ
- ชนิดและขนาด ของการให้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละครั้ง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดของ
- กระแสไฟฟ้าที่ใช้และผลการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า รวมทั้งเวลาที่ชัก และ
- ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งบันทึกการรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือบันทึกแผนการรักษาในครั้งถัดไป

○ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน บันทึกว่า “ไม่มี”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำ ECT

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด หรือหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

○ กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด ทั้งชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

○ กรณีผู้บันทึก หรือทำหัตถการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

6. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด หรือหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

○ กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ใด ทั้งชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

○ กรณีผู้บันทึก หรือทำหัตถการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: บันทึกการบำบัดทางจิตสังคม

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ใช้คำย่อเฉพาะที่ปปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกเทคนิคหรือวิธีการบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของการบำบัด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: การบำบัดทางจิตสังคม

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดของ
- กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม และ
- การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และ
- การวางแผนการบำบัดรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัดทางจิตสังคมทุกครั้ง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

6. Operative note: การบำบัดทางจิตสังคม

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกชื่อ-นามสกุล ของผู้บำบัด ด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ลงลายมือชื่อผู้ที่รับผิดชอบในการบำบัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- กรณีแพทย์ สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
  - กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

7. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันมึกการตรวจร่างกาย การประเมินทางจิตเวช หรือการประเมินพัฒนาการ หรือการประเมินสมรถถภาพทางสังคมและอาชีพ หรือการประเมินอื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ใช้คำย่อเฉพาะที่ปปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) รวมทั้งมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

7. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อระมัดระวัง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ ความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการฟื้นฟูทางสังคมและอาชีพ ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และมีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

7. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกชื่อ-นามสกุล ของผู้บำบัด ด้วยลายมือที่อ่านออกได้

- ลงลายมือชื่อผู้ที่รับผิดชอบในการบำบัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เช่น แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- กรณีแพทย์ สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

o กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

8. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อนามสกุลของผู้ทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

o กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรืออยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1. กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์
2. กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

8. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยาน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

o กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชนอก

8. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา หรือทำหัตถการ

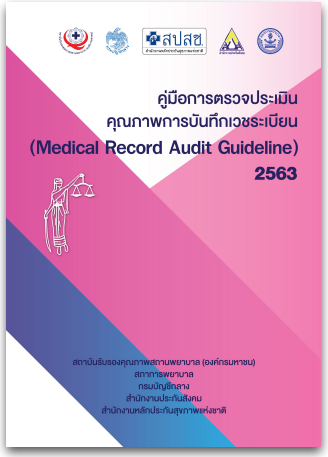
เกณฑ์ข้อที่ 6 มีลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกระบุ วัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

MRA

Medical Record Audit
ผู้ป่วยใน

นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์
รพ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. **Discharge Summary: Diagnosis, Operation:** เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
2. **Discharge Summary: Others:** เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย
3. **Informed consent:** บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
4. **History:** บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
5. **Physical examination:** บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
6. **Progress notes/Doctor's order sheet:** บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
7. **Consultation record:** บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

8. **Anesthetic record:** บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
9. **Operative notes:** บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ
10. **Labour record:** บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
11. **Rehabilitation record:** บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด
12. **Nurses' note:** บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ประเมิน
- กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 การวินจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis)

- สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10
- สรุปการวินิยฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่ 2 การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication)

- สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10
- สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
- สรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสามารถสรุปเป็นภาษาไทย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 หัตถการและ/หรือการผ่าตัด (procedure/operation)

- สรุปถูกต้องและครบถ้วนตรงข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการและ/หรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

- สามารถใช้ตัวย่อที่มีใน ICD-10 และ ICD-9-CM

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (อยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้)

- สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับ หรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่าย (ถ้ามี)
- Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีผู้ป่วยไม่เสียชีวิต (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปสถานภาพจำแหน่าย (discharge status) และประเภทจำหน่าย (discharge type) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีประเภทจำหน่ายเป็น “by transfer” ต้องระบุสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงนามแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ประเมิน
- กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

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

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้
- กรณีไม่ทราบว่าเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ บันทึกว่า “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวเกิดในไทยที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยไม่ได้ มีระบุว่า “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ บันทึกว่า “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อสถานพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เลขประจำตัวที่เข้ารับในโรงพยาบาล (AN) ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และวันที่รับไว้ในสถานพยาบาล และเวลาที่จำหน่าย ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

มี 7 ข้อ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ

- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีมี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (ยินยอมรับการทำหัตถการ สำคัญกว่ายินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (ชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อนามสกุลของผู้ทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

- กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรืออยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
  1. กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์
  2. กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายมือพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุว่าเป็นใครและใช้นิ้วมือใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว บันทึกว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่บันทึกว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกระบุวัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์บันทึกเท่านั้น

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
- กรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และ/หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดใบที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: มีเนื้อหาอย่างน้อย 3 ข้อของ what, where, when, why, who, how, how many

- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ใดมาแล้ว หรือในส่วนประวัติรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อน บันทึกว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness บันทึกว่า “ไม่มี”
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้

- กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ บันทึกว่า “ไม่ทราบ”
- กรณีไม่มีประวัติการแพ้ บันทึกว่า “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่นๆ ดังนี้

- Family history หรือ Personal history หรือ Social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
- ประวัติประเดือน ในผู้หญิงอายุ 11-60 ปี
- Vaccination และ Growth development ในเด็กอายุ 0-14 ปี

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (กรณีที่แยกใบกับ physical examination)

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก (ไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่)

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติจากผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียน หรือเอกสารในส่งต่อ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์บันทึกเท่านั้น

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นะบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
- กรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และ/หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดใบที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiratory rate, temperature

- กรณีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้ยกเว้น blood pressure โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- เด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
- ผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (body mass index) หรือค่า BSA (body surface area) ในการวางแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด

- กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจร่างกายจากการดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint

- ไม่ใช่การบันทึกว่า “ปกติ” หรือ “WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง

- กรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

- ไม่ใช่การบันทึกว่า “ปกติ” หรือ “ทุกระบบ WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ/หรือผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้

- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (กรณีที่แยกใบกับ history)

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก (ไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์ (progress notes) ใช้ในการประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8

แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor's order sheet ใช้ในการประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6. Progress notes: บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

- ข้อมูลการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติและการตรวจร่างกายแรกรับ

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6. Progress notes: บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการแปลผลการตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผลตรวจเพิ่มเติมมีความผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรค โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

6. Doctor's order sheet: บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา พร้อมลงนามกำกับในคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีนักศึกษาแพทย์สั่งการรักษา หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ (ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านอื่นๆ)

- กรณีที่มีแบบบันทึกการปรึกษาโรคหลายใบ ให้ประเมินในที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
- กรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก (ไม่ประเมินข้อนี้)
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา หรือผู้ให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

97

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกขอปรึกษาที่ระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย และการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 1-4

98

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 5-8

99

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่สถานพยาบาลกำหนด

100

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

แบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

แบบบันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (recovery unit)

- กรณีผ่าตัดด้วย local block ไม่ต้องประเมินส่วนนี้

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนผ่าตัด (pre-anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้ใน

- ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวังระหว่างดมยาทุก 5 นาที

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room)

- กรณีผู้ป่วย on endotracheal tube กลับหอผู้ป่วย (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้

- กรณีไม่มีปัญหาจากได้ยาระงับความรู้สึก บันทึกว่า “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และระบุชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์/พยาบาล ที่รับผิดชอบ

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์/พยาบาลที่บันทึกเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

9. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น

- กรณีที่มีแบบบันทึกการผ่าตัดหลายใบ หากมีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินใช้คะแนนจากแบบบันทึกที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
- กรณีแบบบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นแบบบันทึกที่มีความสมบูรณ์
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

9. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน (ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ HN AN)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis)

- กรณี post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรค ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “.....” หรืออื่นๆ
- กรณีจะใช้ตัวย่อได้ ต้องปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

9. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งตรวจพบ สอดคล้องกับ post-operative diagnosis

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดอื่นๆ ของวิธีการทำหัตถการ: position, incision, specimen หรือ pathology

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด

- กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว บันทึกว่า “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

9. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อ นามสกุล ของคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และพยาบาล และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

10. Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระหว่างก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด

แบบบันทึกการคลอด

แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด

- ประเมินเฉพาะกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

10. Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระหว่างก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ

- Obstetric history: gravida, parity, abortion, live, LMP, EDC, gestational age
- Antenatal care history: complications, risk monitoring
- การตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด

- วัน เดือน ปี เวลา
- Pulse rate, Blood pressure
- Progress labour: uterine contraction, cervical dilation, effacement membrane)
- Fetal assessment: fetal heart sound, station
- Complication

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

10. Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระหว่างก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา ระยะของการคลอด

- กรณี elective Caesarean section (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การตัดฝีเย็บ (episiotomy) ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของการคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

10. Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระหว่างก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาระยะหลังคลอด

- Placenta checked
- Postpartum complication
- Blood loss
- Vital signs
- สภาพมารดาก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

10. Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระหว่างก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก

- Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที)
- ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (initial assessment)
- ประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน บันทึกว่า “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

11. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด

- กรณีที่มีหลายใบ ให้ประเมินเอกสารที่มีรายละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

11.Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

11.Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

11.Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

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

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัด โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการพยาบาล เป็นเอกสารหลักในการประเมิน

แบบบันทึกการประเมินสมรรถนะแรกรับ เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

แบบบันทึกการให้ยา (medical administration record) เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

แบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ
- กรณีบันทึกโดยนักศึกษาพยาบาล ต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยพยาบาลวิชาชีพ และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการประเมินแรกรับที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ

- อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ ระบุอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ และประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น
- อาการแรกรับ: ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกที่ระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- กิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย
- ประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยระบุอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสมทันเวลา
- กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- การเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์
- การตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้รับ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาลที่จำเป็น และการช่วยเหลือด้านร่างกาย และ/หรือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการเตรียมพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (discharge plan)

- อาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย
- ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ/หรืออาจจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
- ข้อมูลที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ/หรือฝึกทักษะของผู้ป่วย ครอบครัว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- การนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ แนวทางการช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

- สรุปอาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพ รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย
- กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
- ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ โดยมีวัน เดือน ปี เวลา และลงลายมือชื่อ

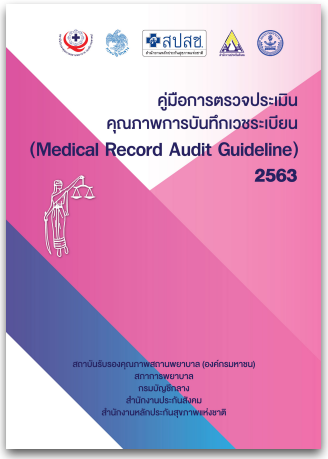
- แบบบันทึกแรกรับ
- แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
- แบบบันทึกการให้ยา
- แบบบันทึกก่อนจำหน่าย

กรณีบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร หัก 1 คะแนน

MRA

Medical Record Audit
ผู้ป่วยจิตเวชใน

นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์
รพ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. **Discharge Summary: Diagnosis, Operation:** เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
2. **Discharge Summary: Others:** เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย
3. **Informed consent:** บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
4. **History:** บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
5. **Physical examination:** บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
6. **Progress notes/Doctor's order sheet:** บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
7. **Consultation record:** บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

8. **Anesthetic record:** บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
9. **Operative notes:** บันทึกการทำหัตถการการรักษาด้วยไฟฟ้า และ การบำบัดทางจิตสังคม
10. **Rehabilitation record:** บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด
11. **Nurses' note:** บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ประเมิน
- กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 การวินจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis)
- สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10
- สรุปการวินิยฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่ 2 การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication)
- สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10
- สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
- สรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสามารถสรุปเป็นภาษาไทย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 หัตถการและ/หรือการผ่าตัด (procedure/operation)
- สรุปถูกต้องและครบถ้วนตรงข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการและ/หรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้
- สามารถใช้ตัวย่อที่มีใน ICD-10, DSM-5 และ ICD-9-CM

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (อยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้)
- สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับ หรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่าย (ถ้ามี)
- Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีผู้ป่วยไม่เสียชีวิต (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปสถานภาพจำแหน่าย (discharge status) และประเภทจำหน่าย (discharge type) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีประเภทจำหน่ายเป็น “by transfer” ต้องระบุสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงนามแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
- กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ประเมิน
- กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

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

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้
- กรณีไม่ทราบว่าเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ บันทึกว่า “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวเกิดในไทยที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยไม่ได้ มีระบุว่า “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน บันทึกว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ บันทึกว่า “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อสถานพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เลขประจำตัวที่เข้ารับในโรงพยาบาล (AN) ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และวันที่รับไว้ในสถานพยาบาล และเวลาที่จำหน่าย ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

2. Discharge Summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

มี 7 ข้อ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ

- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีมี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (ยินยอมรับการทำหัตถการ สำคัญกว่ายินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (ชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อนามสกุลของผู้ทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

- กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรืออยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
  1. กรณีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
  2. กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายมือพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุว่าเป็นใครและใช้นิ้วมือใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว บันทึกว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

3. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่บันทึกว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกระบุวัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์บันทึกเท่านั้น

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
- กรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และ/หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดใบที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: มีเนื้อหาอย่างน้อย 3 ข้อของ what, where, when, why, who, how, how many

- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ใดมาแล้ว หรือในส่วนประวัติรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อน บันทึกว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness บันทึกว่า “ไม่มี”
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้

- กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ บันทึกว่า “ไม่ทราบ”
- กรณีไม่มีประวัติการแพ้ บันทึกว่า “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่นๆ ดังนี้

- Family history หรือ Personal history หรือ Social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
- ประวัติประเดือน ในผู้หญิงอายุ 11-60 ปี
- Vaccination และ Growth development ในเด็กอายุ 0-14 ปี

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (กรณีที่แยกใบกับ physical examination)

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก (ไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่)

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติจากผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียน หรือเอกสารในส่งต่อ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์บันทึกเท่านั้น

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นะบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
- กรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และ/หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดใบที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiratory rate, temperature

- o กรณีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้ยกเว้น blood pressure โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูง ในกรณีดังต่อไปนี้

- เด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
- ผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูง ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (body mass index) หรือค่า BSA (body surface area) ในการวางแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด

- o กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจร่างกายจากการดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับประวัติการเจ็บป่วย หรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาจิตเวช

- o ไม่ใช่การบันทึกว่า “ปกติ” หรือ “WNL”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการตรวจสุขภาพจิต (ทุกข้อ)

- General appearance and Psychomotor
- Mood and Affect
- Speech
- Thought
- Perception

- o กรณีที่ตรวจไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลว่าตรวจไม่ได้เนื่องจากสาเหตุใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการตรวจสุขภาพจิต (ทุกข้อ)

- Sensorium and Cognition
- Judgement and Insight

- o กรณีที่ตรวจไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลว่าตรวจไม่ได้เนื่องจากสาเหตุใด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ/หรือผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

5. Physical examination: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้

- o กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (กรณีที่แยกใบกับ history)

- o กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก (ไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์ (progress notes) ใช้ในการประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8

แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor's order sheet ใช้ในการประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

- กรณีบุคคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทน แพทย์ต้องลงนามกำกับ หากไม่มีการลงนามลายมือชื่อแพทย์ จะไม่นำใช้ในการประเมิน
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

6. Progress notes: บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก และอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์

- ข้อมูลการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติและการตรวจร่างกายแรกรับ

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

6. Progress notes: บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคโดยแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการแปลผลการตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผลตรวจเพิ่มเติมมีความผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรคลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินของโรค โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

6. Doctor's order sheet: บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา พร้อมลงนามกำกับในคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีนักศึกษาแพทย์สั่งการรักษา หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ (ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านอื่นๆ)

- กรณีที่มีแบบบันทึกการปรึกษาโรคหลายใบ ให้ประเมินในที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
- กรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก (ไม่ประเมินข้อนี้)
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา หรือผู้ให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

157

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวัน เดือน ปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกขอปรึกษาที่ระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย และการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 1-4

158

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 5-8

159

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

7. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่สถานพยาบาลกำหนด

160

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

แบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

แบบบันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (recovery unit)

- กรณีผ่าตัดด้วย local block ไม่ต้องประเมินส่วนนี้

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนผ่าตัด (pre-anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้ใน

- ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวังระหว่างดมยาทุก 5 นาที

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room)

- กรณีผู้ป่วย on endotracheal tube กลับหอผู้ป่วย (ไม่ประเมินข้อนี้)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้

- กรณีไม่มีปัญหาจากได้ยาระงับความรู้สึก บันทึกว่า “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

8. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และระบุชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์/พยาบาล ที่รับผิดชอบ

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์/พยาบาลที่บันทึกเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการทำหัตถการ/การบำบัดทางจิตเวช

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการบำบัดทางจิตเวช โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น

- กรณีที่มีแบบบันทึกการทำหัตถการ/การบำบัดทางจิตเวชหลายใบ หากมีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินใช้คะแนนจากแบบบันทึกที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
- กรณีแบบบันทึกการทำหัตถการ/การบำบัดทางจิตเวช ที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือผู้ทำการบำบัดทางจิตสังคม จึงจะถือว่าเป็นแบบบันทึกที่มีความสมบูรณ์
- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน (ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ HN AN)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

- กรณีจะใช้ตัวย่อได้ ต้องปรากฏในหนังสือ ICD-10, DSM-5 เท่านั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก

- ข้อบ่งชี้และข้อควรระวังของการรักษาด้วยไฟฟ้า หากไม่มีข้อควรระวัง ให้ระบุว่า “ไม่มี”
- ชนิดและจำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการ ชนิดและขนาดยาของการให้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละครั้ง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกกระแสไฟฟ้าที่ใช้ และผลการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และเวลาที่ชัก

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งบันทึกการรักษาภาวะแทรกซ้อน หรือแผนการรักษาในครั้งต่อไป

- กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว บันทึกว่า “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อ นามสกุล ของคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และวิสัญญีพยาบาล และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการบำบัดทางจิตสังคม

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน (ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ HN AN)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

- กรณีจะใช้ตัวย่อได้ ต้องปรากฏในหนังสือ ICD-10, DSM-5 เท่านั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกอาการสำคัญ หรือข้อบ่งชี้ที่ส่งมาบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเทคนิค หรือวิธีการบำบัด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของการบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกกระบวนการบำบัดทางจิตสังคม การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และมีบันทึกการวางแผนการบำบัดรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อ นามสกุล ของผู้บำบัด เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

9. Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องระบุตำแหน่งที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

10. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด

- กรณีที่มีหลายใบ ให้ประเมินเอกสารที่มีรายละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

10. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกาย การประเมินทางจิตเวช หรือ การประเมินพัฒนาการ หรือการประเมินสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ หรือการประเมินอื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

10. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

10. Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟู หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

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

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเป็นนักกายภาพบำบัด นักแก้ไขการพูด นักสังคมสงเคราะห์ โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

แบบบันทึกการพยาบาล เป็นเอกสารหลักในการประเมิน

แบบบันทึกการประเมินสมรรถนะแรกรับ เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

แบบบันทึกการให้ยา (medical administration record) เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

แบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) เป็นเอกสารที่เป็นข้อมูลประกอบ

แบบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score)

- กรณีการบันทึกเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ
- กรณีบันทึกโดยนักศึกษาพยาบาล ต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยพยาบาลวิชาชีพ และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการประเมินแรกรับที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ

- อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ ระบุอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ และประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น
- อาการแรกรับ: ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกที่ระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention)

- กิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย
- ประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยระบุอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสมทันเวลา
- กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- การเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์
- การตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคม โดยบันทึกวัน เดือน ปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ตลอดจนผลที่ได้

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาลที่จำเป็น และการช่วยเหลือด้านร่างกาย และ/หรือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการเตรียมพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (discharge plan)

- อาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย
- ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ/หรืออาจจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
- ข้อมูลที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ/หรือฝึกทักษะของผู้ป่วย ครอบครัว

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- การนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ แนวทางการช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

- สรุปอาการ อาการแสดง และสัญญศณชีพ รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย
- กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
- ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชใน

11. Nurses' note: บันทึกการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 9 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ โดยมีวัน เดือน ปี เวลา และลงลายมือชื่อ

- แบบบันทึกแรกรับ
- แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
- แบบบันทึกการให้ยา
- แบบบันทึกก่อนจำหน่าย

กรณีบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร ใน 3 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล กรณีไม่บันทึก กรณีที่มีอาการเหลี่ยนแปลง หรือภาวะวิกฤติ

หัก 1 คะแนน