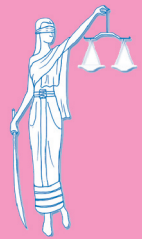




แนวทางการบันทึก  
และตรวจประเมินคุณภาพ



การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน





## คำชี้แจง

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2. เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 4. แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน: Medical Record Audit Form (OPD/ER)

ขั้นตอนการใช้แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. ศึกษาแนวทางการบันทึก (ส่วนที่ 1) เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน (ส่วนที่ 2) และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 3) อย่างละเอียด
2. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้
  - 2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case)
    - 2.1.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 4 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อในแต่ละเรื่อง ได้แก่
      - Patient's profile
      - History
      - Physical examination
      - Treatment/Investigation
    - 2.1.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 3 เรื่อง ได้แก่
      - Follow up (ในกรณีที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง) มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ
      - Operative note มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ
      - Informed consent มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ
  - 2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)
    - 2.2.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง เหมือนผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน 4 เรื่อง และเพิ่ม
      - Follow up มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ



### 2.2.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง ได้แก่

- Operative note มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ
- Informed consent มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ

3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ Medical Record Audit Form (OPD/ER) (ส่วนที่ 4)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ในแต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคุณภาพเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (Overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 3)



# 1

## แนวทางการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยมีแนวทางการบันทึก ดังนี้

### 1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

เป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ในเรื่องข้อมูลสุขภาพทั่วไป ข้อมูลญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้ ข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้น รวมถึงข้อมูลสิทธิการรักษา ซึ่งต้องมีบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการครั้งแรก กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล จะต้องมีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ทำกับการแก้ไขหรือเพิ่มเติมนั้น รวมถึงกรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น โดยระบุวัน เดือน ปีที่พิมพ์หน้าแรกของเวชระเบียน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล, วัน เดือน ปี ที่มารับบริการครั้งแรก
2. ข้อมูลผู้ป่วย
  - 2.1. ชื่อ นามสกุล HN อายุ เพศ วันเกิด (วัน เดือน ปี) ของผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ในแผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือเอกสารแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่า เป็นส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (กรณีไม่ทราบวันที่เกิด ให้บันทึกเฉพาะปี พ.ศ. ที่เกิด)
  - 2.2. ชื่อ นามสกุล HN ต้องมีในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปแบบของ Electronic files ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ
3. ข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย



4. ข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ต้องระบุว่า “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
5. ข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ โดยระบุลักษณะการแพ้ กรณีไม่ทราบว่าเป็นยา ให้ระบุว่า “ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา” กรณีไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา ให้ระบุว่า “ไม่มีประวัติการแพ้ยา”
6. ข้อมูลหมู่เลือด กรณีที่ไม่ทราบหรือไม่มีการตรวจหมู่เลือด ให้บันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด” และระบุชื่อผู้บันทึกข้อมูลกำกับไว้ในกรณีที่มีการเพิ่มเติมข้อมูลภายหลัง
7. มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/ไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”
8. ระบุวัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก
9. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ ให้ระบุผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
10. กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อผู้แก้ไขกำกับไว้ ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

## 2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

เป็นการบันทึกอาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ซึ่งได้จากการซักถามผู้ป่วย และ/หรือญาติ หรือผู้นำส่ง พร้อมระบุผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. **ผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case), ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case)** ใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ
2. **ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)** ใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย จากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นเป็นประวัติการเจ็บป่วย (History) แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วเกินเวลา 3 เดือน จะต้องมีการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยในทุกต้นปี (ปีปฏิทิน) ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาอย่าง



ต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้ง ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการกำหนดช่วงเวลาที่ต้องตรวจสอบเป็นปี 2552 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2552) และกำหนดตรวจประเมินผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังในโรคเบาหวาน กรณีที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2551 และไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในช่วงต้นปี 2552 จะใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2551 เป็นประวัติการเจ็บป่วยของการตรวจสอบในปี 2552 แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วก่อนหน้านั้น ต้องมีข้อมูลบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในทุกต้นปีทันต่อการรักษา (สำหรับช่วงเวลาหรือปีที่ต้องการตรวจนั้น ให้ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนด)

### รายละเอียดในการบันทึก

1. Chief complaint ได้แก่ อาการ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล กรณีที่มาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาเดิม โดยไม่มีอาการหรือปัญหาอื่น หรือในกรณีที่ญาติมาขอรับยาแทนผู้ป่วย ให้บันทึกโรคที่ผู้ป่วยเป็น และระบุรายละเอียดว่าขอรับยาเดิมหรือขอรับยาแทน
2. Present illness ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 ส่วน
  - 2.1. อาการแสดง ในส่วนของ เป็นอะไรมา, เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่, ไปทำอะไรมา, มีอาการอย่างไร, เริ่มเป็นระบบใดของร่างกาย, บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่นมีคนในครอบครัวเป็นหรือไม่ ความถี่ของอาการแสดง (5W, 2H ได้แก่ what, where, when, why, who, how, how many)
  - 2.2. การรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน) หรือบันทึกประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด”
3. Past illness ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
4. ประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ personal history, social history, ประวัติ growth development/vaccination ในเด็ก ประวัติประจำเดือนในผู้ป่วยหญิง ที่อยู่ในช่วงอายุ 11-60 ปี
5. ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
6. ประวัติการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ
7. ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อต้องการให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและการสูญเสียด้านสุขภาพก่อนวัยอันควร



- ประวัติการผ่าตัด (ถ้ามี) กรณีไม่มีประวัติการผ่าตัด ต้องระบุว่าไม่เคยผ่าตัด
- มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ไม่มีญาติให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกร่างกาย” และ “ไม่มีญาติ”

### 3. Physical examination : การตรวจร่างกาย

เป็นการบันทึกผลที่ได้จากการตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case)/ฉุกเฉิน (Emergency case)** ใช้ข้อมูลการตรวจร่างกายที่บันทึกในการเข้ารับการรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ
- ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)** ใช้ข้อมูลการตรวจร่างกายจากการรักษาโรคเรื้อรังครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจร่างกายในครั้งนั้น แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วเกินเวลา 3 เดือน จะต้องมีการทบทวนการตรวจร่างกายในทุกต้นปี (ปีปฏิทิน) ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการตรวจรักษาที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้ง ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการกำหนดช่วงเวลาที่จะตรวจสอบเป็นปี 2552 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2552) และกำหนดตรวจประเมินผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังในโรคเบาหวาน กรณีที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2551 และไม่มีกรบันทึกประวัติการตรวจร่างกายในช่วงต้นปี 2552 จะใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2551 เป็นประวัติการตรวจร่างกายของการตรวจสอบในปี 2552 แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วก่อนหน้านั้น ต้องมีข้อมูลบันทึกประวัติการตรวจร่างกายในทุกต้นปีที่นัดมารับการรักษา (สำหรับช่วงเวลาหรือปีที่ต้องการตรวจนั้น ให้ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนด)

#### รายละเอียดในการบันทึก

- บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก เพื่อทำการคัดกรองเบื้องต้นในการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงของปัญหา หรือการจำแนกการเข้ารับบริการในแผนกต่างๆ ตามความเหมาะสม
- บันทึก Vital signs (T, P, R, BP) กรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ต้องบันทึกอย่างน้อย T, P, R ส่วนการบันทึก BP พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- บันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี เพื่อติดตามพัฒนาการ และบันทึกส่วนสูงในกรณีผู้ป่วยที่ให้น้ำเค็มบำบัด เพื่อคำนวณการให้น้ำและประเมินภาวะโภชนาการ





4. บันทึกการตรวจร่างกายโดยการดู, คลำ, เคาะ, ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
5. สรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย
6. มีการวาดรูปหรือแสดงกราฟฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

#### 4. Treatment/ Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เป็นการบันทึกการให้การรักษาหรือแผนการรักษา การติดตามการรักษา (กรณีนัดตรวจติดตาม หรือผู้ป่วยมาตรวจเพราะอาการไม่ดีขึ้น) ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆดังนี้

1. บันทึกการสั่งตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ
2. บันทึกรายละเอียดการให้การรักษา, การสั่งยา, การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”
3. มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา
4. กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา
5. มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือวันนัดมา Follow up
6. มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา โดยให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นแพทย์หรือผู้รักษาท่านใด กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อเป็นการสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบ กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ และถ้ามีการพิมพ์การส่งการรักษาดังกล่าว จะต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ส่งการรักษานั้นกำกับ
7. มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้



## 5. Follow up : การตรวจติดตาม

1. กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) จะทำการตรวจข้อมูลการ Follow up อีก 3 ครั้ง โดยจะใช้ข้อมูลในครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับหลังจากการ visit ครั้งแรก ในโรคเรื้อรังเดียวกันนั้น ในกรณีที่ในปี หรือช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมินดังกล่าว มีการนัดมา Follow up เกิน 5 ครั้ง ให้สุ่มตรวจในครั้งที่ 1, 3 และ 5 หลังจากการ visit ครั้งแรกของปีหรือช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมินนั้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รักษาต่อเนื่องมาเป็นเวลา 5 ปี Follow up ทุก 1 เดือนตั้งแต่ 2547-2552 ต้องการตรวจข้อมูลในปี 2552 ดังนั้น ข้อมูล Visit ครั้งแรก ควรจะเป็นข้อมูลที่แพทย์ได้พบทวนประวัติการรักษาในเดือนมกราคม 2552 และข้อมูลในส่วนของ Follow up ครั้งที่ 1, Follow up ครั้งที่ 2 และ Follow up ครั้งที่ 3 จะต้องเป็นข้อมูลที่มารับการตรวจรักษาในครั้งที่ 1, 3 และ 5 หลังจากการ visit ครั้งแรก นั่นคือข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์, เมษายน และเดือนมิถุนายน 2552 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของข้อมูลหรือดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบ (ซึ่งข้อมูลที่เลือกในส่วนของ Follow up ครั้งที่ 2 และ Follow up ครั้งที่ 3 ไม่ควรเป็นข้อมูลที่มารับบริการติดต่อกันกับครั้งก่อนหรือในเดือนที่ผ่านมา)
2. กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case) จะมีข้อมูล Follow up เฉพาะในกรณีที่แพทย์นัดมาดูอาการซ้ำ หรือกรณีที่รักษาต่อเนื่อง สำหรับกรณีที่ทำการตรวจประเมินในผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด ในครั้งนี้นัดมาเตรียมผ่าตัดนั้นให้ถือเป็นข้อมูลที่จะใช้ประเมินในส่วนของ visit ครั้งแรกและการนัดมาตรวจหลังผ่าตัดถือเป็น Follow up ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

### รายละเอียดในการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลการระบุโรค หรือเหตุผลในนัดการมา Follow up
2. บันทึกประวัติ (History) และการติดตามผลการรักษา เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา, การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และการติดตามในเรื่องอื่นๆ ตามลักษณะโรค
3. บันทึก Vital signs และ/หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง (ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง)
4. มีบันทึกการสั่งตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่น ๆ กรณีการสั่งตรวจนั้น เป็นการสั่งตรวจตาม Routine หรือเป็น Standing order ของคลินิกโรคเฉพาะ เช่นคลินิกเบาหวาน ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น จะต้องมีการสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบ นอกจากนี้ควรมีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา พร้อมทั้งสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น



5. บันทึกการรักษาที่ให้ในครั้ง (Treatment) กรณีที่เขียน RM (Repeat medication) ให้ระบุวันที่ Repeat medication นั้น และต้องมีการ Review รายการยาปีละครั้ง เป็นอย่างน้อย
6. มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการที่ผิดปกติ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเฉพาะในกรณีกลุ่มยาที่หน่วยบริการนั้นกำหนด ให้มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Adverse drug reactions: ADRs) หรือเป็นยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs)
7. มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป
8. มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา โดยให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นแพทย์หรือผู้รักษาท่านใด กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีการสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ให้ผู้ตรวจสอบทราบ กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษา นั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ และถ้ามีการพิมพ์ การส่งการรักษาดังกล่าว จะต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ส่งการรักษา นั้นกำกับ

## 6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด/หัตถการ

แนวทางในการพิจารณาว่า การผ่าตัด/หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้คือ กรณีที่การทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น OR Procedure หรือการทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น Non-OR Procedure แต่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวม และน้ำหนักสัมพัทธ์ (affects Thai DRG) ทั้งนี้ โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM 2007; Classification of Procedures (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) (รหัสการทำผ่าตัด/หัตถการที่จำเป็นต้องบันทึกรายละเอียดการทำผ่าตัด/หัตถการ รายละเอียดในภาคผนวก ค.) หรือกรณีการทำผ่าตัด/หัตถการนั้น หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเห็นว่าจำเป็นต้องมีการบันทึก

### รายละเอียดในการบันทึก

1. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน
2. มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัด/หัตถการ (Operative findings)
3. มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด/หัตถการ (Operative procedures)
4. มีบันทึกวิธีการให้ยาชา ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
5. มีบันทึกผลการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัด/หัตถการ (post operative diagnosis) ในกรณีที่มีการทำผ่าตัด/หัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ต้องมีการติดตามผลพยาธิวิทยา (Pathology) หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology”



- หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/หัตถการ
  - มีการวาดรูปหรือแสดงกราฟฟิก สิ่งที่พบจากการผ่าตัด/หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย
  - มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการ โดยให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นแพทย์หรือผู้ทำผ่าตัด/หัตถการท่านใด กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการนั้น มีระบบที่ไม่สามารถขำยอนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ และถ้ามีการพิมพ์การสั่งการรักษาดังกล่าว จะต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้สั่งการรักษานั้นกำกับ
  - มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

## 7. Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ

แนวทางในการพิจารณาการบันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการนั้น ใช้แนวทางเดียวกับกรณีที่ระบุว่า การทำผ่าตัด/หัตถการนั้นต้องมีบันทึกรายละเอียดของการทำผ่าตัด/หัตถการ ได้แก่ กรณีที่การทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น OR Procedure หรือการทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น Non-OR Procedure แต่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (affects Thai DRG) ทั้งนี้ โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM 2007; Classification of Procedures (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) (รหัสการทำผ่าตัด/หัตถการที่จำเป็นต้องบันทึกรายละเอียดการทำผ่าตัด/หัตถการ รายละเอียดในภาคผนวก ค.) หรือการทำผ่าตัด/หัตถการนั้น หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเห็นว่าจำเป็นต้องมีบันทึกดังกล่าว

### รายละเอียดในการบันทึก

เป็นการบันทึกเพื่อให้ผู้ป่วย หรือผู้แทนรับทราบข้อมูลการทำการผ่าตัด หรือทำหัตถการจากเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

- ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยชัดเจน
- ลายมือชื่อ และชื่อ-สกุลผู้ป่วย หรือผู้แทน ที่ได้รับทราบข้อมูล (ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องระบุว่าเป็นของผู้ใดและใช้นิ้วใด), ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counselling)



3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างตัวและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนในขณะนั้น ให้ระบุในใบ Informed consent ว่า “ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างตัวและมีความจำเป็นต้องรักษาในขั้นด่วน”
4. ลายมือชื่อพยาน 2 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 1 คน และญาติ 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน
5. มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/หัตถการ
6. มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำผ่าตัด/หัตถการโดยสังเขป
7. มีการระบุชื่อผู้ให้รายละเอียดของการทำผ่าตัด/หัตถการ
8. ระบุวันเดือนปี ที่ให้และรับทราบข้อมูล





# 2

## เกณฑ์การตรวจประเมิน และการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

การให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน โดยเกณฑ์การประเมินละ 1 คะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

### 1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

#### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่า เป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

#### เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, HN, เพศ, อายุ หรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ในแผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียนหรือเอกสารแผ่นที่โรงพยาบาล ระบุว่า เป็นส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (กรณีไม่ทราบวันที่เกิด อนุโลมให้มี เฉพาะปี พ.ศ. ได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคน ต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ ให้ระบุ “ไม่มี เลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีก ตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** ข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ โดยระบุชื่อยาและสิ่งที่แพ้ กรณีไม่ทราบว่า แพ้ยา ให้ระบุ “ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา” กรณีไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา ให้ระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยา”
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับ ผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีก ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”



- เกณฑ์ข้อที่ 6** ระบุวัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของ Electronic files ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ

#### หมายเหตุ

- ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการบันทึกหมู่เลือด และมีการระบุชื่อผู้บันทึกกำกับไว้ (ในกรณีบันทึกเพิ่มเติม)
- ทัก 1 คะแนน
  - (1) กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ และไม่ได้ระบุชื่อผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ตามระบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
  - (2) กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

## 2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

### เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง
- เกณฑ์ข้อที่ 3** บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป และฉุกเฉิน) หรือในส่วนตัวประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- เกณฑ์ข้อที่ 5** ประวัติประจำเดือน (ผู้หญิงอายุ 11–60 ปี), vaccination และ growth development (เด็กอายุ 0–14 ปี), personal history, social history กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA ในเกณฑ์ประเมินข้อนี้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการซักประวัติการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ





**เกณฑ์ข้อที่ 7** ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ช้กประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

#### หมายเหตุ

- เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” และ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA
- ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน  
กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

### 3. Physical examination : การตรวจร่างกาย

#### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการตรวจร่างกายที่บันทึกในการเข้ารับการตรวจรักษา ใน Visit ที่ต้องการตรวจ

#### เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการดู หรือ เคาะ ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการคลำ หรือ ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึก P, R ทุกราย ในกรณีที่มีประวัติมีไข้ ให้วัด Temperature ร่วมด้วย
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึก BP ทุกราย ยกเว้นกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นให้ระบุ NA ในเกณฑ์การประเมินข้อนี้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี เพื่อติดตามพัฒนาการและในกรณีผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัด เพื่อคำนวณการให้ยาและประเมินภาวะโภชนาการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย



## หมายเหตุ

- ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

## 4. Treatment/Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัยที่บันทึกในการเข้ารับ การตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

### เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการสั่ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจ ให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกรายละเอียดการให้การรักษา, การสั่งยา, การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย/การรักษา ที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็น การบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้น ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้



## หมายเหตุ

- หักคะแนนข้อละ 1 คะแนน กรณีดังต่อไปนี้
  - (1) ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ
  - (2) มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ

## 5. Follow up : การตรวจติดตาม

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการตรวจติดตามที่บันทึกในการเข้ารับการตรวจรักษา ใน Visit ที่ต้องการตรวจ

### เกณฑ์การประเมิน

- |                      |   |
|----------------------|---|
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 1</b> | มีบันทึกข้อมูลการระบุโรค หรือเหตุผลในการมา Follow up  |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 2</b> | มีการบันทึกประวัติ (History) และการติดตามผลการรักษา   |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 3</b> | มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง (ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง)  |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 4</b> | มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) พร้อมสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น   |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 5</b> | มีบันทึกการสั่งตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ ในกรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจ ให้ NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)   |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 6</b> | มีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)  |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 7</b> | มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา   |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 8</b> | มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป  |
| <b>เกณฑ์ข้อที่ 9</b> | มีการระบุชื่อแพทย์หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีที่มีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบ กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน |



## หมายเหตุ

- หักข้อละคะแนน 1 คะแนน กรณีดังต่อไปนี้
  - (1) กรณีมีบันทึกการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ
  - (2) กรณีมีผลการตรวจ แต่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย

## 6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด/หัตถการ

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

การบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัด/หัตถการของผู้ป่วย ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

### เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัด/หัตถการ (Operative findings)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด/หัตถการ (Operative procedures)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกวิธีการให้ยาชา ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัด/หัตถการ (post operative diagnosis) ในกรณีที่มีการทำผ่าตัด/หัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการระบุชื่อแพทย์ หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/หัตถการท่านใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

### หมายเหตุ

- ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน  
กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย



## 7. Informed consent : บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ ทำหัตถการ

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

การบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำ ผ่าตัด/หัตถการใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

### เกณฑ์การประเมิน

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ-สกุล ผู้ป่วยชัดเจน

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ-สกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบ ข้อมูล

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่าง ชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณี ที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมิ การบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/หัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด/หัตถการ

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกระบุวันเดือนปี ที่ให้และรับทราบข้อมูล

### หมายเหตุ

- ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของผู้ใดและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุลของผู้รับ ทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ ในกรณีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้น ในรายที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) หรือกรณีอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะ ไม่สมบูรณ์ ต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือชื่อให้ชัดเจนที่สามารถระบุได้ว่าเป็น ผู้ใด





# 3

## การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

### 1. ความหมายของคำและตัวย่อที่ใช้ ในแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

- 1.1 Visit date หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจประเมิน **ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป และผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน**
- 1.2 1<sup>st</sup> Visit date หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจโรคเรื้อรัง (ในโรคที่ต้องการตรวจ) ครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) หรือช่วงเวลาที่กำหนดว่าจะทำการตรวจประเมิน **ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง** ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้น มาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ เช่น กรณีเพิ่งตรวจพบโรคว่าเป็นโรคเรื้อรังในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ของปีที่ผ่านมา ให้ใช้ข้อมูลนั้นเป็นประวัติการเจ็บป่วยครั้งแรก
- 1.3 ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ หมายถึง ช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมิน อาจเป็นเดือนหรือปี เช่น ในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปีโดยกำหนดให้เป็นปีปฏิทิน (ช่วง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม) ที่ต้องการตรวจประเมิน เพื่อความสะดวกของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลในเรื่องของระบบการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนดตามความเหมาะสม
- 1.4 Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ "M" (Missing)
- 1.5 NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ "NA"

### 2. Overall findings

- 2.1 Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
- 2.2 No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
- 2.3 Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น



### 3. การรวมคะแนน

- 3.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Missing = 0)
- 3.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
  - 3.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case), ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 20 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 8 เกณฑ์)
  - 3.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 28 คะแนน (ใน Content ของ Follow up อาจมีกรณี NA จำนวน 1 เกณฑ์)





# 4

แบบตรวจประเมินคุณภาพ  
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน  
: Medical Record Audit Form (OPD/ER)





แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode ..... HN ..... PID .....  General case  Diagnosis ..... Visit Date .....  
 Yes  No .....  Chronic case  ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ..... ถึง .....  
 \*กรณีตรวจ Chronic case ในห้องตรวจ visit ที่เป็น General case\* ..... 1<sup>st</sup> Visit Date.....

กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0  
 กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA  
 กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	เพิ่ม คะแนน	หักคะแนน		คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
														(1)	(2)			
1	Patient's Profile																	
2	History (1 <sup>st</sup> visit)																	
3	Physical examination																	
4	Treatment/Investigation																	
5	Follow up ครั้งที่ 1...../...../.....																	
	Follow up ครั้งที่ 2 ...../...../.....																	
	Follow up ครั้งที่ 3...../...../.....																	
6	Operative note																	
7	Informed consent																	

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 20 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน: General case)  
 (ไม่น้อยกว่า 28 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Sum score รวม.....คะแนน (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน) (....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)  
 (....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ) ระบุ.....  
 NA ไม่จำเป็นต้องบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

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

สำนักงานตรวจประเมินคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ