



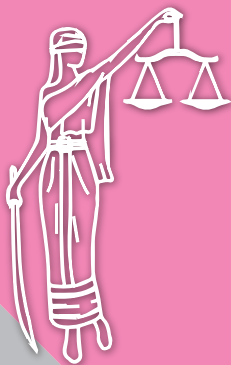
คู่มือการตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สภากาญพยาบาล
กรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คู่มือการตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

สภาการพยาบาล

กรมบัญชีกลาง

สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

ISBN : 978-616-490-038-7

สนับสนุนการพิมพ์เผยแพร่ โดย

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210
www.nhso.go.th

พิมพ์ครั้งที่ 1

กันยายน 2563 จำนวน 8,000 เล่ม

ออกแบบปกและรูปเล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140
โทรศัพท์: +66 (0) 2 903-8257-9
โทรสาร: +66 (0) 2921-4587



คำนำ

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

ตั้งแต่ปี 2551 สปสช. ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยการจัดทำเป็นคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรก ปี 2553 และ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) และสภาการพยาบาล

ในปี 2563 สปสช. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยบริการ หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

จากที่ผ่านมา มีเสียงสะท้อนจากหน่วยบริการที่ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ทั้งแบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนภายในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล (internal audit) และการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยผู้ตรวจประเมินจากภายนอก (external audit) ว่าเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนนำมาใช้ประเมินเวชระเบียนในผู้ป่วยทางกายได้ แต่อาจไม่เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของในผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างไปจากผู้ป่วยทางกาย สปสช. ร่วมกับกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต และกระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในผู้ป่วยจิตเวชขึ้น เพื่อให้คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ปี 2563 นี้ มีเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช

ขอขอบคุณ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สภาการพยาบาล ผู้แทนจากหน่วยบริการ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) และกองการพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต สังกัดกรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สปสช. รวมทั้งผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช.ที่ร่วมแสดงความคิดเห็นและพัฒนาคู่มือนี้ จนสำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ค
บทนำ	1

เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit	2
การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจประเมิน	
กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	2

คำนิยาม และ คำจำกัดความ	5
-------------------------	---

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	13
---	----

คำชี้แจง	15
ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	16
ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	27
ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	
: Medical Record Audit Form (OPD/ER)	29

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	31
--	----

คำชี้แจง	33
ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	35
ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	54
ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	
: Medical Record Audit Form (IPD)	58

การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช	61
--	----

คำนิยาม และ คำจำกัดความ	63
-------------------------	----



สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	67
--	-----------

คำชี้แจง	69
ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	71
ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	84
ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน: Medical Record Audit Form (OPD/ER)	86

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน	89
---	-----------

คำชี้แจง	91
ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน	93
ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน	113
ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน : Medical Record Audit Form (IPD)	117

เอกสารอ้างอิง	119
----------------------	------------



สารบัญ (ต่อ)

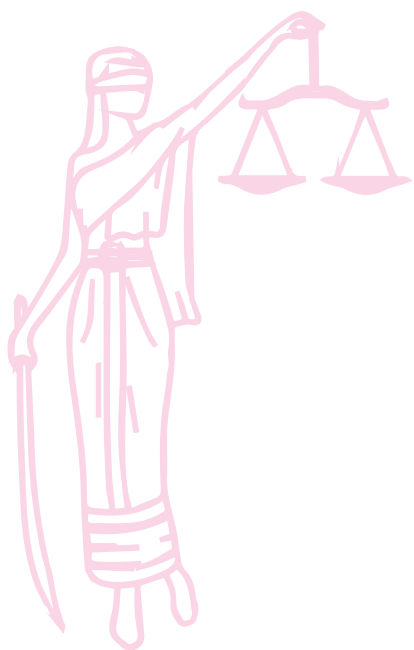
หน้า

ภาคผนวก

121

ก	แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ ของแพทยสภา ปีพ.ศ. 2542	122
ข	แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ตามประกาศของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2557	126
ค	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2555	130
ง	ตัวย่อชื่อโรคทางจิตเวชที่ปรากฏใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition (DSM-5)	152
จ	รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2557	154
ฉ	กองบรรณาธิการ สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	161





บทนำ

เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือผลการชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุข หรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ โดยมีกลยุทธ์ที่จะผลักดันให้เครือข่ายหน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ตลอดจนถึงชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ซึ่งมีภารกิจในการตรวจสอบคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับสถานการณ์การให้บริการและการจ่ายชดเชย เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า จึงเล็งเห็นว่า การบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการทบทวนทั้งในด้านการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้น การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม



เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit

ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medical Record Audit ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่าการทบทวนเวชระเบียนนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน และทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แกไขส่วนขาดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่ออํารงไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนจึงต้องทำอย่างดีที่สุดที่สุดในผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรอรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน

การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจประเมิน

กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR)

หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

1. การบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ (Electronic Medical Record : EMR) คือการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์โดยพื้นฐานแพลตฟอร์มโรงพยาบาลดิจิทัลครบวงจร การบันทึกแบบ EMR เป็นการบันทึกข้อมูลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
2. การจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ คือ เวชระเบียนที่ถูกจัดเก็บโดยวิธีถ่ายภาพลงใน microfilm หรือสแกนภาพลงบนสื่ออิเล็กทรอนิกส์คอมพิวเตอร์ เช่น แผ่นซีดี เทป ฮาร์ดดิส หรืออื่นๆ ตามช่วงเวลาการดำเนินงาน ตัวอย่างเวชระเบียนที่เก็บในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่จัดเก็บในโปรแกรม HOSxP เวชระเบียนผู้ป่วยในที่สแกนเอกสารและจัดเก็บตามระบบหมายเลขการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admission number: AN) ของโรงพยาบาล เป็นต้น

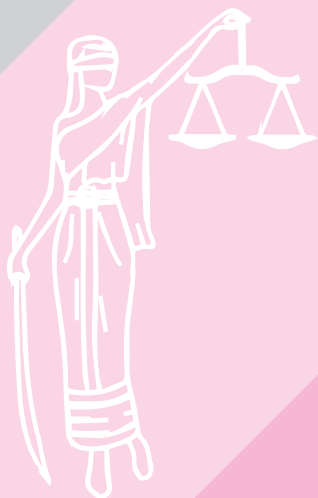
การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบ กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีแนวทางดังนี้

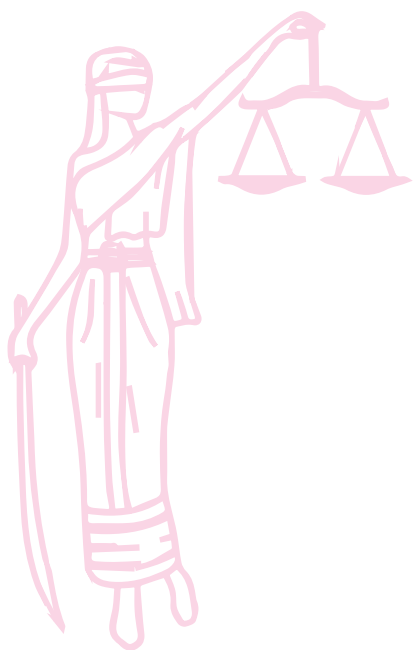
1. กรณีที่หน่วยบริการมีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถใช้หนังสือส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือส่งเอกสาร ให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของหน่วยบริการนั้น ในอนาคตเพื่อเป็นการรองรับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อาจจะมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อรองรับการส่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการตรวจสอบ MRA



2. กรณีการตรวจประเมินจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ตรวจประเมินดำเนินการเข้าตรวจในหน่วยบริการ
 - 2.1 หน่วยบริการต้องแจ้งระบบของการจัดการเวชระเบียน การเข้าถึงการบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน ให้ทีมตรวจประเมินรับทราบ โดยให้ผู้ตรวจประเมินสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการท่านใด และการบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
 - 2.2 กรณีผู้ตรวจประเมินมีการขอเอกสารเพิ่มเติม และหน่วยบริการได้จัดพิมพ์เอกสารจากระบบตามที่ทีมตรวจประเมินร้องขอในวันที่ตรวจประเมิน หน่วยบริการไม่ต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองเอกสารนั้น

**คำนิยาม
และ
คำจำกัดความ**





คำนิยาม และ คำจำกัดความ

คำนิยามและคำจำกัดความ ที่แทนความหมายข้อความในคู่มือแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

1. ผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน (General case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภผู้ป่วยนอก หรือฉุกเฉินด้วยโรคทั่วไป การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

2. ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น รายละเอียดดังนี้

- 2.1 กรณีที่เป็นโรคเรื้อรังมาแล้วเกินเวลา 3 เดือน การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น **first visit date**
- 2.2 กรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปี หรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจพบโรคเรื้อรังในครั้งนั้น เป็นข้อมูลการตรวจประเมิน **first visit date**
- 2.3 วัตถุประสงค์ของการตรวจประเมินกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้งในทุกต้นปี

(สำหรับช่วงเวลาหรือปีที่ต้องการตรวจนั้น ให้ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนด)

ตัวอย่าง

หน่วยบริการกำหนดช่วงเวลาที่ตรวจสอบเป็นปี 2563 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563) และกำหนดตรวจประเมินผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังในโรคเบาหวาน

- กรณีที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานในช่วง เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 และไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในช่วงต้นปี 2563 จะใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 เป็นประวัติการเจ็บป่วยของการตรวจสอบในปี 2563 ในส่วนของ **first visit date** (ตามข้อ2.2)
- แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วก่อนหน้านี้ การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น **first visit date** (ตามข้อ2.1)

3. Visit date ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป และผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจประเมิน



4. First visit date (1st visit date) ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจโรคเรื้อรังครั้งแรกของปีที่ทำกรตรวจประเมิน (ปีปฏิทิน) หรือ ช่วงเวลาที่กำหนดว่าจะทำการตรวจประเมิน

- ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้น มาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปี หรือ ในช่วงเวลา ที่ต้องการตรวจ เช่น กรณีเพิ่งตรวจพบโรคว่าเป็นโรคเรื้อรังในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ของปี ที่ผ่านมา ให้ใช้ข้อมูลนั้นเป็น first visit date

5. ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ

หมายถึง ช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมิน อาจเป็นเดือนหรือปี เช่น ในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยกำหนดให้เป็นปีปฏิทิน (ช่วง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม) ที่ต้องการตรวจประเมิน เพื่อความ สะดวกของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลในเรื่องของระบบการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจ ประเมิน หรือหน่วยบริการกำหนดตามความเหมาะสม

6. เลขประจำตัวประชาชน (ID number)

หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย

7. เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN)

หมายถึง หมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเลขประจำตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับ บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาล โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยรายนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับ เลขประจำตัวผู้ป่วยรายอื่น ๆ

8. หมายเลขการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admission number: AN)

หมายถึง หมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นมา เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยเป็น เลขเฉพาะสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งอื่นๆ หากผู้ป่วยรายใดเคยเข้านอนโรงพยาบาลเดียวกันหลายๆ ครั้ง ก็จะมีหมายเลขการรับเข้าโรงพยาบาลใน โรงพยาบาลหลายเลขโดยไม่ซ้ำกัน

9. ชื่อผู้ป่วย (Patient name)

หมายถึง คำนำหน้า ชื่อ และนามสกุลผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

10. ที่อยู่ของผู้ป่วย (Patient address)

หมายถึง บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่ถูก บันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

11. เพศ (Sex)

หมายถึง เพศของผู้ป่วยที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมีค่าเป็น ชาย (Male) หรือ หญิง (Female)



12. สถานภาพสมรส (Marital status)

หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าเป็น โสด หรือ สมรส หรือ หม้าย (คู่สมรสตายจาก) หรือ หย่า (คู่สมรสหย่าร้าง) หรือ แยกกันอยู่ (คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังไม่หย่า) อาจบันทึกเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

13. เชื้อชาติ (Ethnic group)

หมายถึง เชื้อชาติของผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

14. อาชีพ (Occupation)

หมายถึง ข้อมูลอาชีพของผู้ป่วย ที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานรหัสอาชีพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

15. วันเกิด (Date of birth)

หมายถึง วัน เดือน ปี พุทธศักราช ที่ผู้ป่วยเกิด ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

16. อายุ (Age)

หมายถึง อายุของผู้ป่วย

- มีหน่วยเป็นปี ถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- มีหน่วยเป็นเดือน ถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน
- มีหน่วยเป็นวัน ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน

17. อายุเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล (Age at admission)

หมายถึง อายุของผู้ป่วย ในวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

- มีหน่วยเป็นปี ถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- มีหน่วยเป็นเดือน ถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน
- มีหน่วยเป็นวัน ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน

18. น้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วยทารก (Birth weight: Infant only)

หมายถึง น้ำหนักตัวแรกเกิด หน่วยเป็นกรัม ใช้กับผู้ป่วยทารกที่มีอายุไม่เกิน 1 ปี เท่านั้น

19. การวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis)

หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลัก ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือเข้ารับการรักษาครั้งนั้น ซึ่งบันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น โดยให้แพทย์พิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการรักษาในครั้งนั้น แต่หากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญพอกันมากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาเลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด และถ้าเป็นกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคไม่ชัดเจน อาจบันทึกอาการและอาการแสดงเป็นภาวะหลัก (ไม่บันทึกอาการหากทราบว่าอาการนั้นมาจากเป็นโรคใด)



20. การวินิจฉัยร่วม (Comorbidity (s))

หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีมูลค่าการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

21. โรคแทรกที่เกิดขึ้นหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Complication (s))

หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

22. โรคอื่นๆ (Other diagnosis)

หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

23. สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (External cause(s) of Injury)

หมายถึง สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี บันทึกลงได้หลายสาเหตุ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับพิษ หรือเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา มักเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย อาจบันทึกเป็นภาษาไทยถ้าแพทย์คิดว่าการบันทึกภาษาไทยจะทำให้บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ได้ดีกว่า

24. การผ่าตัดหรือหัตถการ (Operation หรือ Procedure)

หมายถึง การผ่าตัดหรือหัตถการที่ทำทั้งในและนอกห้องผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยในในครั้งนั้น ที่เป็น major operative room procedures และ non-operative room procedures ที่ effected Thai DRGs

25. การสรุปข้อมูลทางคลินิก (Clinical summary)

หมายถึง การสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้ (ส่วนใหญ่สรุปไว้ใน OPD card) โดยต้องมีข้อมูลต่อไปนี้โดยสังเขปดังนี้

- 25.1 สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับ หรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- 25.2 การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- 25.3 การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- 25.4 แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- 25.5 Home medication



26. สถานะของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล (Discharge status)

หมายถึง สถานะ ของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยตัวเลขนำหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติ ซึ่งต้องเป็นตัวเลขมาตรฐานและมีความหมายตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีสถานะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1 Complete recovery: หายขาดจากโรค (ไม่ใช้กับการคลอด)
- 2 Improved: อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด (ไม่ใช้กับการคลอด)
- 3 Not improved: อาการไม่ดีขึ้น (ไม่ใช้กับการคลอด)
- 4 Delivered: ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนจำหน่ายเท่านั้น
- 5 Undelivered: ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้เพื่อคลอด แต่ไม่คลอดเมื่อจำหน่ายเท่านั้น
- 6 Normal child discharged with mother: ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายพร้อมมารดาเท่านั้น
- 7 Normal child discharged separately: ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายแยกจากการมาดาเท่านั้น
- 9 Dead: เสียชีวิต

27. ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge type)

หมายถึง ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย โดยตัวเลขนำหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติ ซึ่งต้องเป็นตัวเลขมาตรฐานตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีสถานะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1 With approval: จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต
- 2 Against advice: ผู้ป่วยขอออกไปทั้ง ๆ ที่แพทย์แนะนำว่าควรรักษาต่อในโรงพยาบาลหรือไม่สมควรใจอยู่
- 3 Escape: หนีออกจากโรงพยาบาล
- 4 By transfer: ส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลแห่งอื่นโดยทันทีหลังจากออกจากโรงพยาบาล (ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ)
- 5 Other: การจำหน่ายรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ประเภทที่ 1 2 3 และ 4
- 8 Dead, Autopsy: เสียชีวิต มีการตรวจศพ
- 9 Dead, No autopsy: เสียชีวิต ไม่ได้ตรวจศพ

28. แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย (Attending physician)

หมายถึง แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย และหรือ แพทย์ผู้สรุป

29. แพทย์ผู้ตรวจสอบ (Approving physician)

หมายถึง แพทย์ผู้ตรวจสอบการสรุป (อาจเป็นคนเดียวกับผู้สรุป)



30. ผู้ตรวจประเมิน

หมายถึง ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในคู่มือเล่มนี้ ทั้งแบบ internal auditor (ผู้ตรวจประเมินภายในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล) และ external auditor (ผู้ตรวจประเมินจากภายนอก)

3.1 NA (Not Applicable)

หมายถึง กรณีที่ไม่จำเป็นต้องบันทึก หรือกรณีที่ไม่มีข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การตรวจประเมิน ในข้อที่ระบุให้มี NA ได้ เช่น กรณีที่ประเมินหัวข้อการบันทึกการทำหัตถการแต่ไม่มีการทำหัตถการให้ผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA ในหัวข้อดังกล่าว

32. นิยามและเครื่องหมายอื่นที่ใช้ในหนังสือฉบับนี้

32.1 คำว่า “และ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ทั้งหน้าและหลัง ต้องมีทั้ง 2 ส่วน

ตัวอย่าง “บันทึกวันเดือนปี และ เวลา”

32.2 คำว่า “หรือ” หมายถึง ต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง

ตัวอย่าง “บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ”

32.3 คำว่า “และหรือ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ข้างหน้าต้องมี ข้างหลังจะมีหรือไม่ก็ได้

32.4 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรค และจบด้วยคำว่า “และ” ให้หมายถึง ต้องมีทั้งหมดที่กล่าวมา

ตัวอย่าง “มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ และอายุ”

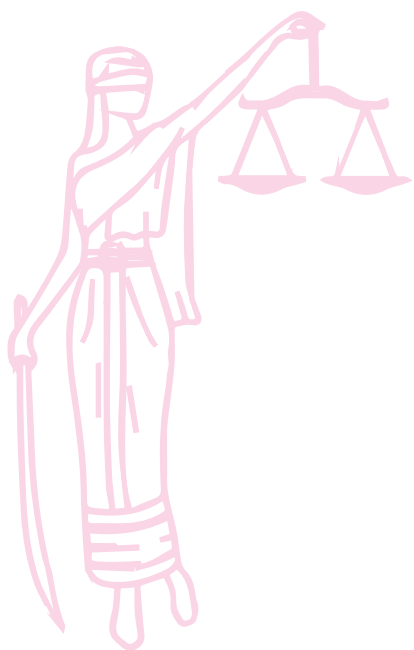
32.5 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรค และไม่มีคำว่า “และ” ให้เป็นวิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ

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



แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
**ผู้ป่วยนอก/
ฉุกเฉิน**





คำชี้แจง

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1.** เกณฑ์การตรวจประเมิน และการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2.** การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3.** แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD)

การใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 1 และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในส่วนที่ 2 อย่างละเอียด
2. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง
 - 2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Patient's profile
 - 2.1.2 History
 - 2.1.3 Physical examination/Diagnosis
 - 2.1.4 Treatment/Investigation
 - 2.1.5 Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)
 - 2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Operative note
 - 2.2.2 Informed consent
3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมิน (ส่วนที่ 1) และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน(ส่วนที่ 2) โดยใช้ Medical Record Audit Form (OPD/ER) (ส่วนที่ 3)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ในแต่ละเรื่อง (content)
5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุก เรื่อง (content)
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน



ส่วนที่ 1

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด



1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วยที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบ (ชื่อและนามสกุล) ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับ (ชื่อและนามสกุล) หากไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีที่เขียนหรือแก้ไขด้วยดินสอจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย นาง ...) HN และอายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย

- กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิดอนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บ้านเดียวกัน หรือ บดก.
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ มีระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ หรือ “ปฏิเสธ” การแพ้ยา/แพ้อื่น ๆ หรือมีข้อความที่สื่อความหมายว่าได้มีการซักประวัติแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”



- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา
- กรณีเวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ
 - กรณีเป็นเวชระเบียนฉบับจริงต้องมีข้อมูล ชื่อ นามสกุล และ HN ในทุกแผ่น

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใช้ข้อมูลในส่วนของการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยโดย

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก present illness ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่เคยรักษาที่อื่นมาก่อน)
- กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนมีระบุ “ไม่ได้รับการรักษาที่ใด”
 - กรณีซักประวัติไม่ได้มีระบุ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน
- กรณีที่ไม่มี underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบ underlying disease หรือไม่มีการรักษา
 - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (past illness) และหรือ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่น ๆ ในส่วนของ

- 1) Family history หรือ Personal history หรือ Social history หรือ ประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี
- 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี มีบันทึกประวัติประจำเดือน
- 3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี มีบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- 4) กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้

- กรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) มีซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

หมายเหตุ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

- กรณีที่มีการบันทึก present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)



3. Physical examination /Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของการตรวจร่างกายของ

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ **ดู หรือ เคาะ** ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint มีบันทึกรายงานผลสิ่งที่ตรวจพบปกติ หรือสิ่งที่ผิดปกติ

- กรณีไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ **คลำ หรือ ฟัง** ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint มีบันทึกรายงานผลสิ่งที่ตรวจพบปกติ หรือสิ่งที่ผิดปกติ

- กรณีไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก pulse rate, respiration rate และ temperature ทุกราย

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย **ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย** กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย **กรณีที่ชั่งน้ำหนักไม่ได้ต้องระบุเหตุผล** และ มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการวางแผนการรักษา เช่น ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในรายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) บันทึกรับการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกคำวินิจฉัยเป็นรหัส ICD-10 และไม่บันทึกเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 : “D64.8 Other specified anaemias” “J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) และ
- 2) ในผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน มีการวินิจฉัยโรคหรือการสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย
- 3) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย หรือประวัติการรักษาในครั้งก่อน เช่น diabetes mellitus type 2, chronic kidney disease stage 4 เป็นต้น

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย**เอกสารที่ใช้ประเมิน**

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของ

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีที่ไม่มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจ หรือมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ **ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้**
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องมีระบุ

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือจำนวนวันที่สั่งจ่าย

- กรณีไม่มีการสั่งยา ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์ รับผิดชอบต่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา
- กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์ต่างแผนก ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษา
- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบ ในการตรวจ รักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่ สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
 - กรณี รศ.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการ รักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการส่งใขยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บันทึก ใน visit ที่ต้องการตรวจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic case)

- กรณี follow up ต่ำกว่า 5 ครั้ง ใช้ visit ที่ 1, 2, 3 ในการตรวจประเมิน
- กรณี follow up ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ใช้ visit ที่ 1, 3, 5 ในการตรวจประเมิน

กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case)

- ใช้ visit ที่แพทย์นัดมาตรวจซ้ำ หรือมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ในการตรวจประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง และหรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)

- กรณีญาติรับยาแทนให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (treatment)
- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจทางรังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ใน visit ครั้งก่อนหน้าได้
- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
 - กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
 - กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ หรือกรณีมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้
 - กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องระบุ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป
- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
 - กรณี รศส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการส่งใขยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)

6. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัด หรือหัตถการของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ
2. ตำแหน่งที่บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ มีแนวทางในการพิจารณา ดังนี้
 - 2.1 ใน OPD card ใน visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ
 - 2.2 แบบฟอร์มการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ
 - 2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ operative note

3. ในกรณีที่ มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการ ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
5. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก รวมทั้งแพทย์ผู้ทำหัตถการ
6. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 6.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 6.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น non OR procedure ที่ effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึงห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (operative findings)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (operative procedures)
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (post-operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผล pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ”



เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- 1) กรณีผู้บันทึกการผ่าตัด หรือหัตถการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลปะของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง
- 2) กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก แพทย์ผู้ทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

7. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น
2. ในกรณีทำหัตถการ ที่เป็น major - minor OR procedure ที่มีผลต่อ DRGs ต้องมี informed consent

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- (1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
- (2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุ วัน เดือน ปี และเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (counseling)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกระบุ วัน เดือน ปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



ส่วนที่ 2

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน



การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง เอกสารที่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง (content) นั้น ๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ “M” (missing)
2. NA หมายถึง เอกสารที่ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง (content) นั้น ๆ ใน visit ที่ตรวจสอบ เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ได้แก่ follow up, operative note, informed consent ให้ระบุ “NA”
3. การบันทึกคะแนน
 - 3.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 - 3.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 - 3.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือกรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA
4. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall findings)
 - 4.1 Documentation inadequate for meaningful review
หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
 - 4.2 No significant medical record issue identified
หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 - 4.3 Certain issues in question specify
หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น
5. การรวมคะแนน
 - 5.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ
หมายเหตุ หัวข้อเรื่อง (content) ที่เป็น missing จะได้คะแนนในเกณฑ์ทุกข้อ = 0 คะแนน
 - 5.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก content ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
 - 5.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (general case) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency case) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 14 คะแนน (ใน content ที่ 1 - 4 อาจมีกรณี NA จำนวน 14 เกณฑ์)
 - 5.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง
คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 18 คะแนน (ใน content ของ follow up อาจมีกรณี NA จำนวน 3 เกณฑ์)
 - 5.2.3 การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (sum score) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ



ส่วนที่
3

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD/ER)



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode Hname HN PID General case ☐ Chronic case ☐ Visit Date
ถึง
1st Visit Date

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ได้แก่ Follow up, Operative note, Informed consent, Rehabilitation record เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กากบาทในช่อง NA
การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้กากบาทในช่อง Missing
การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA

No	Contents	NA	Missing	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เพิ่มคะแนน	หักคะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination/Diagnosis														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3/...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														
8	Rehabilitation record *														

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน (คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 14 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน : General case)

(คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 18 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

คะแนนที่ได้ (Sum score) รวม.....คะแนน

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (....) Documentation inadequate for meaningful review

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (....) No significant medical record issue identified

(....) Certain issues in question specify

(ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

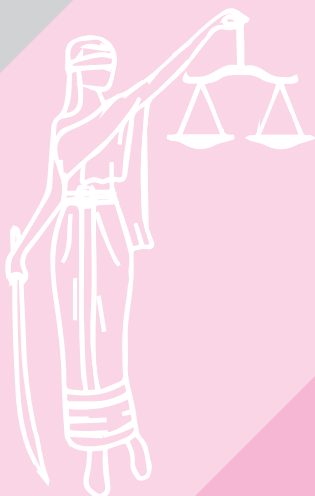
(ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

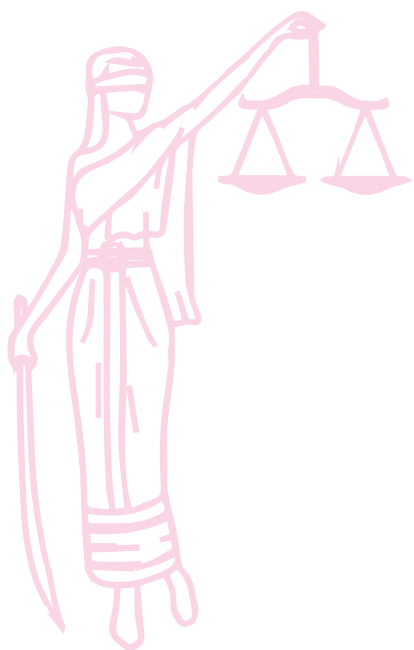
(มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

หมายเหตุ Rehabilitation record * ใช้ในกรณีประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน)

Audit by..... Audit Date

**แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยใน**





คำชี้แจง

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

การใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 1 และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนที่ 2 อย่างละเอียด
2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ แบ่งเป็น
 - 2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
 - 2.1.2 Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
 - 2.1.3 Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 2.1.4 History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 2.1.5 Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 2.1.6 Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - 2.1.7 Nurses' note: บันทึกทางพยาบาล
 - 2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
 - 2.2.2 Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
 - 2.2.3 Operative note: บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ
 - 2.2.4 Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
 - 2.2.5 Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด
3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ medical record audit form (IPD) (ส่วนที่ 3)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) แต่ละ content

5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3)



ส่วนที่ 1

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้

- 1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “D64.8 Other specified anaemias” “J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) และ
- 2) สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว



- เกณฑ์ข้อที่ 2** สรุปรการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้
- 1) สรุปรเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปรเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD และ
 - 2) สรุปรการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปรสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
 - 3) การสรุปรโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะในส่วนของ external cause เท่านั้น
 - กรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 3** สรุปรการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง
- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 5** ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุปร การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปรด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้
- ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปรด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9 CM
- เกณฑ์ข้อที่ 6** สรุปรข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้
- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - (2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
 - (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
 - (5) Home medication
- เกณฑ์ข้อที่ 7** สรุปรสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 8** สรุปร discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. Discharge summary: others

เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมิน ระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลง ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้น มาใช้ในการประเมิน
4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูลต้องลงลายมือชื่อ กำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิด) ของผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”



- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว
- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
 - กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
 - กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
 - กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
 - กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ต้องระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
 - กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้องระบุ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

3. Informed consent

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
 - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย
 - 2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- 1) กรณีมีการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
- 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

- กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีความสอดคล้องเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



4. History

บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีผลการลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมียอย่างน้อย 3 ข้อ

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนต้องระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด”
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”



- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้
- กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ”
 - กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่น ๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้
- 1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 - 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน
 - 3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่
- เกณฑ์ข้อที่ 9** ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีกรลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure (กรณี blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
- (1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง
- ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “ทุกระบบ WNL”
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้
- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1- 8
 - ข้อมูลการบันทึก progress note ในวันแรก อนุมัติให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกรับได้
2. เอกสาร doctor's order ของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน **ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No** ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก



- เกณฑ์ข้อที่ 9** การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งสั่งการรักษา

7. Consultation record

บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

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

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4
 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8
 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- เกณฑ์ข้อที่ 9** แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

8. Anesthetic record

บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี anesthetic record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ general anesthesia, spinal block หรือ epidural block, regional block ยกเว้น กรณี local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

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

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์
หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์
หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้น
- (1) กรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด
 - (2) กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเย็บวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output



- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room) ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น
- กรณีที่ผู้ป่วย on endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์ /พยาบาล ที่รับผิดชอบ
- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า วิสัญญีแพทย์/พยาบาล เป็นผู้ใดเป็นผู้บันทึก

9. Operative notes

บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีคุณสมบัติของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ
5. บันทึก operative note ที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีกรลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เป็นผู้ทำหัตถการ
 - กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ และวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก operative description
 - กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน ที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ



6. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
- 6.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 6.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น non OR procedure ที่ effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “-----” หรืออื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ post-operative diagnosis
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย position incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้)
- กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก



- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

10. Labour record

บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด รวมกรณีการผ่าตัดคลอด (caesarean section) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: obstetric history (gravida, parity, abortion, live, LMP, EDC, gestational age), ANC history, complication, risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** การประเมินผู้คลอดระยะรอคคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต progress labour (uterine contraction, cervical dilation and effacement membrane), fetal assessment (fetal heart sound, station), complication
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
- กรณี elective caesarean section ไม่ต้องประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การทำ episiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก วันเดือนปี และเวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการประเมินมารดาระยะหลังคลอด ในส่วน: placenta checked, complication ในระยะหลังคลอด, blood loss, vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมินสภาพทารก เบื้องต้น (initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี”

- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อและนามสกุล
- กรณีเฉพาะเขียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า ชื่อแพทย์ หรือพยาบาลผู้บันทึกการทำคลอดเป็นผู้ใด

11. Rehabilitation record

บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด (speech therapy)

- กรณีที่มีหลายใบให้เลือกประเมินเอกสารที่มีความละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุป ปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุวาระหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมาย ที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง



- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด
- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด

12. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่น ๆ เช่น
 - ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
 - บันทึกการให้ยา (medication administration record)
 - ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัมปรอท (graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ได้ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- 1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลัก เพียง 1- 2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ
ส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการ หรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ
- 1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล



เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- 2.1 มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

- 3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ
- 3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ
- 3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- 4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์
- 4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

- 5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ ด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan)

- 6.1 มีการบันทึกการระบุอาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และ
- 6.2 มีการบันทึก
 - 6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหรือ อาจมีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
 - 6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือ ฝึกทักษะของ ผู้ป่วย/ครอบครัว



เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

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

เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

- 8.1 มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ
- 8.2 มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- 8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

- 9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา
 - 9.1.1 แกร็บ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แกร็บผู้ป่วยไว้ในความดูแล
 - 9.1.2 ระหว่างการดูแล:
 - 9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันการณ์และการตอบสนอง
 - 9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา
 - 9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา
 - 9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน
- 9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ
 - 9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
 - 9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร

ส่วนที่ 2

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน



การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. **Missing** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing
2. **NA** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA
3. **No** หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No
4. การบันทึกคะแนน
 - 4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 - 4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 - 4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือกรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”
5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
6. **Overall findings**
 - 6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 Admitting & identification section: (มีหรือไม่มีก็ได้)

- 1) Diagnosis summary index
- 2) Admission and discharge record

ส่วนที่ 2 Clinical medical section:

- 1) Discharge summary
- 2) Referring letter sheet
- 3) Informed consent
- 4) History record
- 5) Physical examination record
- 6) Progress note
- 7) Consultation report
- 8) Physician's orders
- 9) Anesthetic record
- 10) Operative report
- 11) Labour record
- 12) Pathology special report
- 13) Pathology, X-rays report sheet
 - 13.1 Laboratory report
 - 13.2 Hematology report
 - 13.3 X-rays report
 - 13.4 Blood transfusion report
- 14) Electrocardiogram report
- 15) Electroencephalogram report
- 16) Other special clinical reports

ส่วนที่ 3 Paramedical section:

- 1) Physiotherapy sheet
- 2) Occupational therapy sheet
- 3) Speech therapy sheet
- 4) Social work report
- 5) Other paramedical reports



ส่วนที่ 4 Nursing Section:

- 1) Nurses' notes
- 2) Graphic record
- 3) Fluid balance summary
- 4) Diabetic chart
- 5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5 Discharge/death section:

- 1) Discharge's form
- 2) Autopsy report and consent for autopsy

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

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

การรวมคะแนน

1. **Full score** ได้จากการรวมคะแนนสูงสุดในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่า จะต้องมีการบันทึก ยกเว้นหัวข้อเรื่องที่คุณประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน **แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน**
2. **Sum score** ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน
3. การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่จะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

ส่วนที่
3

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
Medical Record Audit Form (IPD)





แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

Hcode Hname..... HN..... AN..... Date admitted..... Date discharged

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ลำดับที่ 7, 8, 9, 10, 11 เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กากบาท ในช่อง NA
การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ กากบาทในช่อง Missing
การบันทึกช่อง No: กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารนั้น ให้กากบาทในช่อง “No”
การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้ NA ได้ ให้ NA

Content	NA	Missing	No	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	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
1. Discharge summary: Dx., OP															
2. Discharge summary: Other															
3. Informed consent															
4. History															
5. Physical exam															
6. Progress note															
7. Consultation record															
8. Anesthetic record															
9. Operative note															
10. Labour record															
11. Rehabilitation record															
12. Nurses' note															

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน) คะแนนที่ได้ (Sum score) ร้อยละ

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใครจึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

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

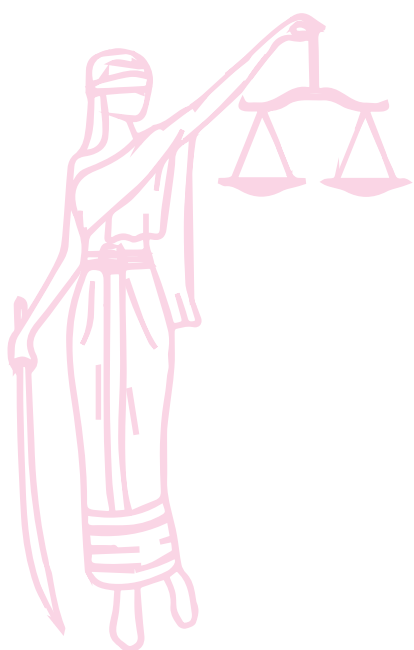
(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

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

Audit by..... Audit Date

**แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช**





คำนิยาม และ คำจำกัดความ

คำนิยามและคำจำกัดความ ที่แทนความหมายข้อความในแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา

2. ภาวะอันตราย

หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออก โดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ต่อชีวิต ร่างกายหรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

3. ความจำเป็นต้องได้รับการรักษา

หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตที่ความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

4. การบำบัดรักษา

หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางการแพทย์และทางสังคม

5. ผู้ป่วยนอกจิตเวช/ผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช (General case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกจิตเวช หรือกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช

- การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

6. ผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชเรื้อรัง (Chronic case)

หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น รายละเอียดดังนี้

- 6.1 กรณีที่เป็นโรคจิตเวชเรื้อรังมาแล้วเกินเวลา 3 เดือน การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย จากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น **first visit date**
- 6.2 กรณีที่มีการตรวจพบโรคจิตเวชเรื้อรังนั้น มาก่อนเป็นเวลาน้อยกว่า 3 เดือนของปี หรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจพบโรคจิตเวชเรื้อรังในครั้งนั้น เป็นข้อมูลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็น **first visit date**
- 6.3 วัตถุประสงค์ของการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้งในทุกต้นปี (สำหรับช่วงเวลาหรือปีที่ต้องการตรวจนั้น ให้ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนด)



ตัวอย่าง

หน่วยบริการกำหนดช่วงเวลาที่ต้องตรวจสอบเป็นปี 2563 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563) และกำหนดตรวจประเมินผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังในโรคซึมเศร้า

- กรณีที่พบว่าเป็นโรคซึมเศร้าในช่วง เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 และไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในช่วงต้นปี 2563 จะใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562 เป็นประวัติการเจ็บป่วยของการตรวจสอบในปี 2563 ในส่วนของ first visit date (ตามข้อ 6.2)
- แต่ถ้าเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังมาแล้วก่อนหน้านี้ การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากการตรวจรักษาในโรคจิตเวชเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น first visit date (ตามข้อ 6.1)

7. Visit date ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกจิตเวช และผู้ป่วยนอกฉุกเฉินทางจิตเวช

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจประเมิน

8. First visit date (1st visit date) ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชเรื้อรัง

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจโรคจิตเวชเรื้อรังครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจประเมิน (ปีปฏิทิน) หรือช่วงเวลาที่กำหนดว่าจะทำการตรวจประเมิน

- ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคจิตเวชเรื้อรังนั้น มาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปี หรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ เช่น กรณีเพิ่งตรวจพบโรคว่าเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังในช่วง เดือนตุลาคม - ธันวาคม ของปีที่ผ่านมา ให้ใช้ข้อมูลนั้นเป็น first visit date

9. ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ

หมายถึง ช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมิน อาจเป็นเดือนหรือปี เช่น ในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยกำหนดให้เป็นปีปฏิทิน (ช่วง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม) ที่ต้องการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เพื่อความสะดวกของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลในเรื่องของระบบการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมิน หรือหน่วยบริการกำหนดตามความเหมาะสม

10. ผู้ตรวจประเมิน

หมายถึง ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในคู่มือเล่มนี้ ทั้งแบบ internal auditor (ผู้ตรวจประเมินภายในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล) และ external auditor (ผู้ตรวจประเมินจากภายนอก)

11. NA (Not Applicable)

หมายถึง กรณีที่ไม่จำเป็นต้องบันทึก หรือกรณีที่ไม่มีข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การตรวจประเมิน ในข้อที่ระบุให้มี NA ได้ เช่น กรณีที่ประเมินหัวข้อการบันทึกการทำหัตถการแต่ไม่มีการทำหัตถการให้ผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA ในหัวข้อดังกล่าว



12. นิยามและเครื่องหมายอื่นที่ใช้ในหนังสือฉบับนี้

12.1 คำว่า “และ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ทั้งหน้าและหลัง ต้องมีทั้ง 2 ส่วน

ตัวอย่าง “บันทึกวันเดือนปี และ เวลา”

12.2 คำว่า “หรือ” หมายถึง ต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง

ตัวอย่าง “บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ”

12.3 คำว่า “และหรือ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ข้างหน้าต้องมี ข้างหลังจะมีหรือไม่ก็ได้

12.4 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยการใช้การเว้นวรรค และจบด้วยคำว่า “และ” ให้หมายถึง ต้องมีทั้งหมดที่กล่าวมา

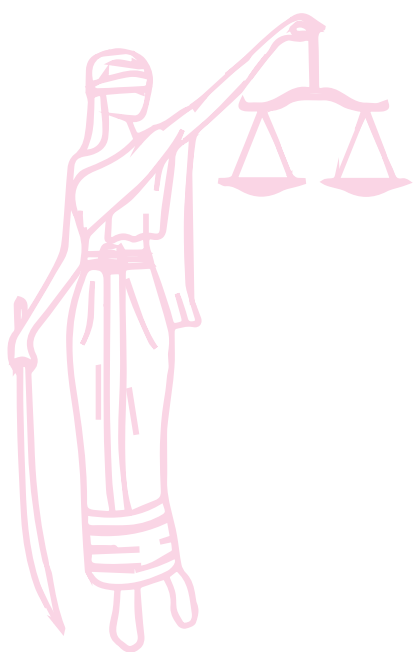
ตัวอย่าง “มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ และอายุ”

12.5 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยการใช้การเว้นวรรค และไม่มีคำว่า “และ” ให้เป็นวิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ

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

**แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช
กรณีผู้ป่วยนอก
/ฉุกเฉิน**





คำชี้แจง

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD)

การใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 1 และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในส่วนที่ 2 อย่างละเอียด
2. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (chronic case) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง
 - 2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Patient's profile
 - 2.1.2 History
 - 2.1.3 Physical examination/Diagnosis
 - 2.1.4 Treatment/Investigation
 - 2.1.5 Follow up (เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชเรื้อรัง และกรณีผู้ป่วยนอกจิตเวชที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)
 - 2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 3 เรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Operative note: บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) และ บันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)
 - 2.2.2 Rehabilitation: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการท่ายาภาพบำบัด
 - 2.2.3 Informed consent
3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมิน (ส่วนที่ 1) และการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER) ในส่วนที่ 3

4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ในแต่ละเรื่อง (content)
5. รวมคะแนนในส่วน of คะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุก เรื่อง (content)
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน



ส่วนที่ 1

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วยที่ลงบันทึกไว้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบ (ชื่อ และนามสกุล) ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับ (ชื่อและนามสกุล) หากไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีที่เขียนหรือแก้ไขด้วยดินสอจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) HN และอายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย

- กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิดอนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิง ไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร และไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ไม่มีข้อมูล”
- กรณีผู้ป่วยหรือผู้นำส่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ มีระบุ “ไม่มีข้อมูล”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บ้านเดียวกัน หรือ บดก.
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ มีระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”
- กรณีหน่วยงานนำส่ง มีระบุชื่อหน่วยงานที่นำส่ง เช่น เรือนจำ สถานีตำรวจ มูลนิธิ เป็นต้น



- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ หรือ“ปฏิกิริยา” การแพ้ยา/แพ้อื่น ๆ หรือมีข้อความที่สื่อความหมายว่าได้มีการชักประวัติแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา
- กรณีเวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN **ทุกหน้า** ที่ส่งให้ตรวจสอบ
 - กรณีเป็นเวชระเบียนฉบับจริงต้องมีข้อมูล ชื่อ นามสกุล และ HN ใน**ทุกแผ่น**

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใช้ข้อมูลในส่วนของการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของโดย

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก present illness ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชเรื้อรังที่เคยรักษาที่อื่นมาก่อน)
- กรณีไม่ได้รักษาที่ได้มาก่อนมีระบุ “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
 - กรณีชักประวัติไม่ได้มีระบุ “ชักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก underlying disease โรคทางกายหรือทางจิตและการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน
- กรณีที่ไม่มี underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการชักประวัติและไม่พบ underlying disease หรือไม่มีการรักษา
 - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกร่าง” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกร่าง” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (past illness) และหรือ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกร่าง” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกร่าง” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
- (1) Family history หรือ Personal history หรือ Social history หรือประวัติการทำงาน ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 - (2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องมีบันทึกประวัติประจำเดือน
 - (3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องมีบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
 - (4) กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้
- กรณีผู้ป่วยเด็ก (0–14 ปี) ให้ชักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
 - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

- กรณีที่มีการบันทึก present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

3. Physical examination /Diagnosis: การตรวจร่างกาย/การวินิจฉัยโรค

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของ

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ **ดู คลำ เคาะ ฟัง** ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยบันทึกการตรวจระบบ ดังนี้

- (1) General appearance and psychomotor หรือ
- (2) Mood and affect หรือ
- (3) Speech or thought หรือ
- (4) Perception
 - กรณีไม่สามารถประเมินตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย มีระบุว่า “ไม่สามารถประเมินได้”
 - กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยบันทึกการตรวจระบบ ดังนี้

- (1) Sensorium and cognition หรือ
- (2) Judgment and insight
 - กรณีไม่สามารถประเมินตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย มีระบุว่า “ไม่สามารถประเมินได้”
 - กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก pulse rate, respiration rate, temperature และ blood pressure ทุกกาย

- กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก blood pressure ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนักทุกราย และมีการบันทึกส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) กรณีเด็กบันทึกส่วนสูงทุกราย
- 2) กรณีผู้ใหญ่บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการวางแผนการรักษา เช่น ค่า BMI (Body Mass Index) เป็นต้น
 - กรณีชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องมีระบุเหตุผล
 - กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ดังนี้

- (1) บันทึกรับการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกคำวินิจฉัยเป็นรหัส ICD-10 และไม่บันทึกเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “F20.8 Other schizophrenia” “F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified” เป็นต้น) เพียงอย่างเดียว (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) และ
- (2) ในผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน มีการวินิจฉัยโรคหรือการสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย
- (3) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย หรือประวัติการรักษาในครั้งก่อน เช่น major depressive disorder เป็นต้น

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของ

- แพทย์
- พยาบาลวิชาชีพ และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีที่ไม่มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ หรือมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องมีระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ การบำบัดรักษาทางจิตเวช (การบำบัดทางจิตสังคม กิจกรรมบำบัด ฯลฯ) (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่ส่งจ่าย หรือจำนวนวันที่ส่งจ่าย

- กรณีไม่มีการสั่งยา ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา
- กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์ต่างแผนก ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษา
- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบ ในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
 - กรณี รศส. แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการส่งใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บันทึก ใน visit ที่ต้องการตรวจผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง (Chronic case)

- กรณี follow up ต่ำกว่า 5 ครั้ง ใช้ visit ที่ 1, 2, 3 ในการตรวจประเมิน
- กรณี follow up ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ใช้ visit ที่ 1, 3, 5 ในการตรวจประเมิน

กรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชทั่วไป (General case)

- ใช้ visit ที่แพทย์นัดมาตรวจมาตรวจซ้ำ หรือมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ในการตรวจประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก vital signs และการตรวจสภาพจิตในส่วนที่เกี่ยวข้อง และหรือการตรวจร่างกาย ที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)

- กรณีไม่สามารถตรวจตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย มีระบุไว้ว่า “ไม่สามารถประเมินได้”
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (treatment)

- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจทางรังสี หรือการตรวจทางจิตวิทยา หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ใน visit ครั้งก่อนหน้านี้ได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- **กรณีที่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA**
- กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ หรือกรณีมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ **ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้**
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป

- **กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA**

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบ ในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
- กรณี รคส. แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

- กรณีที่มีการส่งใขยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)



6. Operative note: บันทึกการทำหัตถการ/การบำบัดทางจิตเวช

ประกอบด้วย

- การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)
- การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)

6.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ
2. ตำแหน่งที่บันทึก มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้
 - 2.1 ใน OPD card ใน visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ
 - 2.2 แบบฟอร์มการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ
 - 2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า
3. ในกรณีที่มี ECT หลายใบ หากพบว่ามีคุณสมบัติของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ ECT ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการรักษาด้วยไฟฟ้า ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
5. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งแพทย์ผู้ทำหัตถการ

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

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

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกดังนี้

- (1) ข้อบ่งชี้และข้อควรระวังของการรักษาด้วยไฟฟ้า หากไม่มีข้อควรระวัง มีระบุว่า “ไม่มี”
- (2) ชนิดและจำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก ดังนี้

- (1) วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และ
- (2) ชนิดและขนาด ของการให้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละครั้ง
 - ยกเว้นกรณีทำ unmodified ECT ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก ดังนี้

- (1) กระแสไฟฟ้าที่ใช้และผลการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า รวมทั้งเวลาที่ช็อก และ
- (2) ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งบันทึกการรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือบันทึกแผนการรักษาในครั้งต่อไป
 - กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวต้องมีระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำ ECT

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ด้วยลายมือที่อ่านออกได้ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพพยาบาล

- กรณีแพทย์ มีระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง
- กรณีที่เป็นแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการ แพทย์ผู้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

6.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม หรือในส่วนของเวชระเบียนของโรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการบำบัดทางจิตสังคม โดยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำการบำบัดนั้น
2. ตำแหน่งที่บันทึก มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้
 - ใน OPD card ใน visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ
 - แบบฟอร์มการบำบัดทางจิตสังคม หรือ
 - ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม
3. ในกรณีที่บันทึกหลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากบันทึกที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม ที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการบำบัดต้องมีการลงนามของแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำการบำบัด จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
5. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ใดเป็นผู้บันทึก ผู้ทำการบำบัด



เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรค (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) และอาการสำคัญหรือข้อบ่งชี้ที่ส่งมาบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกเทคนิคหรือวิธีการบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของการบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึก ดังนี้
- (1) กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม และ
 - (2) การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และ
 - (3) การวางแผนการบำบัดรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละครั้ง
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ของผู้บำบัด เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบในการบำบัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีแพทย์ ให้ระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย
 - กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการระบุตำแหน่งที่รับผิดชอบ
 - กรณีที่เป็นแบบบันทึกการบำบัด เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึก ผู้ทำการบำบัด

7. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น
 - กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy)
 - กายภาพบำบัด (Physical therapy)
 - การแก้ไขการพูด (Speech therapy)
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social rehabilitation)
2. ในกรณีที่มิบันทึกหลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากบันทึกที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ใดเป็นผู้บันทึกทำการบำบัด



เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกาย การประเมินทางจิตเวช หรือการประเมินพัฒนาการ หรือ การประเมินสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ หรือการประเมินอื่น ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) รวมทั้งมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ ความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการฟื้นฟูทางสังคมและอาชีพ ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และมีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
- นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ให้ระบุชื่อ สกุล และตำแหน่ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด
 - กรณีที่เป็นแบบบันทึกการบำบัด เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึกทำการบำบัด



8. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ เช่น รักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งอาจอยู่ใน OPD card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่า เป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษาในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

- (1) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมการบำบัดรักษาแทน
- (2) ยกเว้น กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้น กรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการบำบัดรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการบำบัดรักษา หรือทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

ส่วนที่ 2

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน



การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง เอกสารที่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง (content) นั้น ๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ “M” (missing)
2. NA หมายถึง เอกสารที่ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง (content) นั้น ๆ ใน visit ที่ตรวจสอบ เนื่องจากการไม่มีการให้บริการ ได้แก่ follow up, operative note, informed consent ให้ระบุ “NA”
3. การบันทึกคะแนน
 - 3.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 - 3.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 - 3.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือกรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA
4. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall findings)
 - 4.1 Documentation inadequate for meaningful review
หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
 - 4.2 No significant medical record issue identified
หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 - 4.3 Certain issues in question specify
หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น
5. การรวมคะแนน
 - 5.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ
หมายเหตุ หัวข้อเรื่อง (content) ที่เป็น missing จะได้คะแนนในเกณฑ์ทุกข้อ = 0 คะแนน
 - 5.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก content ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
 - 5.2.1 ผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป (general case) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency case) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 14 คะแนน (ใน content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 14 เกณฑ์)
 - 5.2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง (chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 18 คะแนน (ใน content ของ follow up อาจมีกรณี NA จำนวน 3 เกณฑ์)
 - 5.2.3 การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (sum score) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่จะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

ส่วนที่
3

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช
กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD/ER)





แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode Hname HN PID Diagnosis 1st Visit Date
General case ☐ Chronic case ☐ ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง
Diagnosis.....

การบันทึกชื่อ NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ได้แก่ Follow up, ECT/Psychosocial intervention, Informed consent, Rehabilitation record เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กากบาท ในช่อง NA
การบันทึกชื่อ Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้กากบาทในช่อง Missing
การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้ NA ได้ NA

No	Contents	NA	Missing	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เพิ่มคะแนน	หักคะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination/Diagnosis														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3/...../.....														
6	Operative note*														
7	Informed consent														
8	Rehabilitation record														

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน

(คะแนนเต็มไม่น้อยกว่า 14 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน : General case)
(คะแนนเต็มไม่น้อยกว่า 18 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

คะแนนที่ได้ (Sum score) รวม.....คะแนน

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (....) Documentation inadequate for meaningful review

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (....) No significant medical record issue identified

(....) Certain issues in question specify

(ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

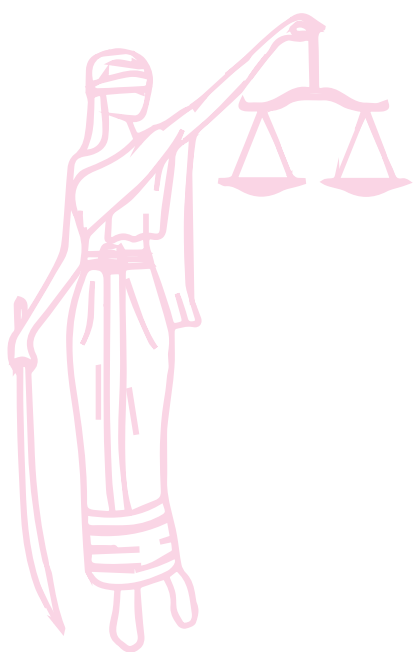
(มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

หมายเหตุ Operative note* กรณีผู้ป่วยจิตเวช ใช้ประเมินคุณภาพการบันทึก ECT/Psychosocial intervention

Audit by..... Audit Date

**แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช
กรณี ผู้ป่วยใน**





คำชี้แจง

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1** เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน
- ส่วนที่ 2** การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน
- ส่วนที่ 3** แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

การใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน (ส่วนที่ 1) และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2) อย่างละเอียด
2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 11 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ แบ่งเป็น
 - 2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
 - 2.1.2 Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
 - 2.1.3 Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 2.1.4 History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 2.1.5 Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 2.1.6 Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - 2.1.7 Nurses' note: บันทึกทางการพยาบาล
 - 2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 4 เรื่อง ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
 - 2.2.2 Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
 - 2.2.3 Operative note: บันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) และ การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)
 - 2.2.4 Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด



3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชกรณีผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ medical record audit form (IPD) (ส่วนที่ 3)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) แต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคุณภาพคะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2)



ส่วนที่ 1

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมินให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้

- (1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 : “F20.8 Other schizophrenia” “F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified” เป็นต้น) เพียงอย่างเดียว และ
- (2) สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้

- (1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 และ
- (2) สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- (3) การสรุปโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะในส่วนของ external cause เท่านั้น
 - กรณีที่ไม่มี การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA



- เกณฑ์ข้อที่ 3** สรุปการทำหัตถการ และหรือ การผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วน ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง
- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 5** ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9 CM และ DSM-5)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้
- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - (2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
 - (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
 - (5) Home medication
- เกณฑ์ข้อที่ 7** สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 8** สรุป discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. Discharge summary: others

เนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมินให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลง ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูลต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิด) ของผู้ป่วย

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ถูกต้องครบถ้วน
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ “ชายหรือหญิง ไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”



เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้องระบุ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

3. Informed consent

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
 - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย
 - 2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา



เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ

- กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอม การบำบัดรักษาแทน ยกเว้นกรณีดังนี้

(1) บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ดังนี้

- มีภาวะอันตราย
- มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

(2) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันที ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

- กรณีที่ใช้แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ หากแบบฟอร์มนั้น ไม่มีช่องลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการทำหัตถการแล้ว” ไม่ถือว่า มีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



4. History

บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมียอย่างน้อย 3 ข้อ

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด”
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้
- กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ”
 - กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่น ๆ” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น
 - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้
- (1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 - (2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน
 - (3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่
- เกณฑ์ข้อที่ 9** ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure (กรณี blood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
- (1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็น เช่น ต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) เป็นต้น
 - กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ทุกระบบที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วย หรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกการตรวจสภาพจิต **ทุกข้อ** ดังนี้
- (1) General appearance and psychomotor
 - (2) Mood and affect
 - (3) Speech
 - (4) Thought
 - (5) Perception
 - กรณีที่ตรวจสภาพจิตตามข้อ (1) – (5) ไม่ได้ ต้องมีระบุเหตุผลว่าตรวจไม่ได้เนื่องจากอะไร
- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกการตรวจสภาพจิต **ทุกข้อ** ดังนี้
- (1) Sensorium and cognition
 - (2) Judgment and insight
 - กรณีที่ตรวจสภาพจิตตามข้อ (1) – (2) ไม่ได้ ต้องมีระบุเหตุผลว่าตรวจไม่ได้เนื่องจากอะไร
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือผลการตรวจร่างกาย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้
- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

6. Progress notes, Doctor's order sheet

บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก Progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8
 - ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุมัติให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกกันได้
2. เอกสาร Doctor's order ของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก Progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึก ดังนี้

- (1) มีการบันทึกอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 วันแรก และ
- (2) มีการบันทึกอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์
- (3) กรณี admit น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ให้มีการบันทึกอย่างน้อย 2 ครั้ง รวมการบันทึกในครั้งแรก

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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือ การรักษา หรือ ให้อา หรือ มีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้อาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก



- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้บันทึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รศส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา

7. Consultation record

บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เฉพาะด้านอื่นๆ
2. กรณี รพ.ชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้
3. กรณีที่มีใบ consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4
 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นผู้บันทึกขอปรึกษารวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5 – 8
 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใด เป็นแพทย์ผู้บันทึกการให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- เกณฑ์ข้อที่ 9** แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

8. Anesthetic record

บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี anesthetic record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ general anesthesia, spinal anesthesia หรือ epidural block, regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

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

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์
- หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์
- หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีการระบุประวัติ การได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้น
- (1) กรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด
 - (2) กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเย็บวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก intake, output, total intake และ total output



- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room) ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น
- กรณีที่ผู้ป่วย on endotracheal tube และ ส่งต่อเข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการทำหัตถการ (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์หรือ วิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบ
- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ใดเป็นผู้บันทึก

9. Operative note: บันทึกการทำหัตถการ/การบำบัดทางจิตเวช

ประกอบด้วย

- การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)
- การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)

9.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มีเอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าหลายใบ หากพบว่ามีความสำเร็จของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากเอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าที่มีความสำเร็จน้อยที่สุด
3. กรณีเอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการรักษาด้วยไฟฟ้า ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสำเร็จและสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ
5. เอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เป็นผู้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า
 - กรณีเอกสารบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน ที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการบันทึกดังนี้
- (1) ข้อบ่งชี้และข้อควรระวังของการรักษาด้วยไฟฟ้า หากไม่มีข้อควรระวัง มีระบุไว้ว่า “ไม่มี”
 - (2) ชนิดและจำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกวิธีการ ชนิดและขนาดยาของการให้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละครั้ง
- ยกเว้นกรณีทำ unmodified ECT ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกกระแสไฟฟ้าที่ใช้ และผลการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และเวลาที่ชัก
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งบันทึกการรักษาภาวะแทรกซ้อน หรือบันทึกแผนการรักษาในครั้งต่อไป
- กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึก ดังนี้
- (1) ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิสัญญีพยาบาล และ
 - (2) วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- กรณีแพทย์ให้ระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย หากเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง
 - กรณีที่เป็นแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

9.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม โดยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำการบำบัดนั้น
2. ในกรณีที่บันทึกหลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากบันทึกที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด



3. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ใดเป็นผู้บันทึก การทำหัตถการ
4. เอกสารบันทึกการบำบัด ที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม ที่ไม่มีการลงลายมือชื่อของผู้ทำการบำบัดทางจิตสังคม
 - กรณีเอกสารบันทึกการบำบัดทางจิตสังคมที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block โดยบันทึก ข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการบำบัด ที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำการบำบัด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรค (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกอาการสำคัญ หรือข้อบ่งชี้ที่ส่งมาบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเทคนิค หรือวิธีการบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสรุปปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของการบำบัด
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกกระบวนการบำบัดทางจิตสังคม การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และมีบันทึกการ วางแผนการบำบัดรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้น และสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกชื่อ สกุล ของผู้บำบัด เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์
- เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ ของผู้บำบัด เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งลงลายมือชื่อ ผู้ที่รับผิดชอบในการบำบัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - กรณีแพทย์ ให้ระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย
 - กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการระบุตำแหน่งที่รับผิดชอบ
 - กรณีที่เป็นแบบบันทึกการบำบัด เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าผู้ใดเป็นผู้บันทึกการบำบัด

10. Rehabilitation record

บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น

- กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)
- กายภาพบำบัด (Physical Therapy)
- การแก้ไขการพูด (Speech Therapy)
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social rehabilitation)
- กรณีที่มีหลายใบหากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน ให้เลือกประเมินเอกสารที่มีความละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกาย การประเมินทางจิตเวช หรือ การประเมินพัฒนาการ หรือการประเมินสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ หรือการประเมินอื่น ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด (หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้ เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) รวมทั้งมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการรักษา หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุระยะเวลาที่ใช้
- กรณีกายภาพบำบัด ต้องระบุวอร์มอัพหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดด้วย
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือ
- การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือ
 - แผนการดูแลต่อเนื่อง เฉพาะกรณีมีการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับ home program



- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
- นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้บันทึกการทำการกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด

11. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบ ในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น
 - (1) ใบประเมินสภาพแรกรับ
 - (2) ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
 - (3) บันทึกการให้ยา (medication administration record)
 - (4) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟормปรอท (graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาล ไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้น พยาบาลวิชาชีพ ได้ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- 1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดหรืออาการเจ็บป่วย ที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ
ส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการ หรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ
- 1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระยะเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- 2.1 มีการระบุปัญหาทางการพยาบาล ที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และ/หรือ จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- 3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ
- 3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการ หรือ อาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ
- 3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- 4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือ การรักษาของแพทย์
- 4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น ECT การบำบัดทางจิตสังคม โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน และหลังทำ ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ตลอดจนผลที่ได้



เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

- 5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และ/หรือ ด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan)

- 6.1 มีการบันทึกการบอกรายการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และ
- 6.2 มีการบันทึก
- 6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ/หรือ อาจมีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น ให้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
- 6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ/หรือ ฝึกทักษะของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- 7.1 มีการระบุปัญหา/ความต้องการ /ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- 7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

- 8.1 มีการสรุป อาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ/หรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ
- 8.2 มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- 8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)



เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

9.1.1 แรกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.1.2 ระหว่างการดูแล:

9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันการณ์และการตอบสนอง

9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์

9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ

9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้น ใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ **หัก 1 คะแนน** จากคะแนนที่ได้ ในกรณีดังนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร ใน 3 ในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล
- (2) ไม่มีการบันทึก กรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะวิกฤต



ส่วนที่ 2

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน

1. **Missing** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing
 2. **NA** หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, Electroconvulsive therapy(ECT), Psychosocial intervention, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA
 3. **No** หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No
 4. การบันทึกคะแนน
 - 4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน
 - 4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน
 - 4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือ กรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”
 5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
 6. **Overall findings**
 - 6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
- ส่วนที่ 7** Admitting & identification section: (มีหรือไม่มีก็ได้)
- 3) Diagnosis summary index
 - 4) Admission and discharge record
- ส่วนที่ 8** Clinical medical section:
- 17) Discharge summary
 - 18) Referring letter sheet
 - 19) Informed consent
 - 20) History record
 - 21) Physical examination record
 - 22) Progress note



- 23) Consultation report
- 24) Physician's orders
- 25) Anesthetic record
- 26) Operative report
- 27) Labour record
- 28) Pathology special report
- 29) Pathology, X-rays report sheet
 - 29.1) Laboratory report
 - 29.2) Hematology report
 - 29.3) X-rays report
 - 29.4) Blood transfusion report
- 30) Electrocardiogram report
- 31) Electroencephalogram report
- 32) Other special clinical reports

ส่วนที่ 9

Paramedical section:

- 6) Physiotherapy sheet
- 7) Occupational therapy sheet
- 8) Speech therapy sheet
- 9) Social work report
- 10) Other paramedical reports

ส่วนที่ 10

Nursing Section:

- 6) Nurses' notes
- 7) Graphic record
- 8) Fluid balance summary
- 9) Diabetic chart
- 10) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 11

Discharge/death section:

- 3) Discharge's form
- 4) Autopsy report and consent for autopsy

ส่วนที่ 12 เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

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

การรวมคะแนน

4. **Full score** ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด ในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่า จะต้องมีการบันทึก ยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กาบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน **แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 57 คะแนน**
5. **Sum score** ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน
6. การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผลควร ใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ



ส่วนที่
3

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน
Medical Record Audit Form (IPD)





แบบตรวจประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรมผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

Hcode	Hname	HN	AN	Date admitted	Date discharged
-------------	-------------	----------	----------	---------------------	-----------------------

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ลำดับที่ 7, 8, 9, 10, 11 เนื่องจากไม่มีการให้บริการให้กักบาท ในช่วง NA

การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวลาระเบียบไม่ครบ หรือหายไปให้ ภาควิชาไปแจ้ง Missing

ถาม : พอดีที่ตอนแรกผมได้ถามว่า ถ้าผมไปสมัครงานที่บริษัทอื่นแล้วเขาถามว่า “คุณเคยทำงานที่บริษัทนี้หรือไม่” ผมควรจะตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่” ครับ

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องตอบทุก/ไม่มีข้อใดในเกณฑ์ข้อที่ระบุไว้ใน NA ได้ ให้ NA

[illegible]

คะแนนเต็ม (Full score) รวมคะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 57 คะแนน) คะแนนที่ได้ (Sum score)ร้อยละ

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (...) การจัดเรียงวาระเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่ขอรับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใครจึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนี้ได้

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

(...) No significant medical record issue identified

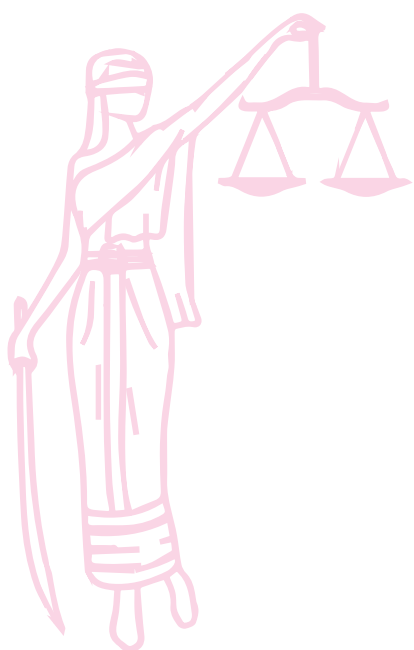
(ไม่มีปัญหาการพบคนที่ต้องติดต่อระบบ.....)

หมายเหตุ Operative note* กรณีผู้ป่วยจิตเวช ใช้ประเมินคุณภาพการบันทึก ECT/Psychosocial intervention

Audit by..... Audit Date

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551, พิมพ์ครั้งที่ 2, พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2557.
2. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พุทธศักราช 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 37 - 54
3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2562 (2562, 16 เมษายน 2562). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 210 – 219
4. แสงเทียน อยู่เถา, ดร., เวชระเบียน. มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม, 2551.
5. สมพร เอกรัตน์, พญ., เวชระเบียนศาสตร์1. มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม, 2537.
6. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, Best Practices Patient Safety. บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2546.
7. Huffman, E.K., Medical Record Management, 8th Edition, Physical Record Co., Chicago, 1985.
8. ICD-9-CM 2010 Classification of Procedures. 9th Revision Clinical Modification.
9. ICD-10-CM 2010 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.





แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ของแพทยสภา

ปี พ.ศ. 2542

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษา ซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยนอก

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

- 1.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- 1.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
- 1.3 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)
- 1.4 ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
- 1.5 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- 1.6 การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวน
- 1.7 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบนยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงผลดีและอันตรายที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
 - ค. มีการอธิบายขั้นตอนและผลลัพธ์ของการทำหัตถการนั้น ๆ
- 1.8 คำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยแรกรับไว้ในสถานพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

- 2.1 อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- 2.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
- 2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้



- 2.4 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)
- 2.5 ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- 2.6 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- 2.7 เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

- 3.1 บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
- 3.2 บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล
- 3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจพิเศษต่างๆ
- 3.4 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบนยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- 4.1 การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค
- 4.2 สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
- 4.3 สรุปการผ่าตัด และหัตถการที่สำคัญ
- 4.4 ผลลัพธ์จากการรักษา
- 4.5 สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
- 4.6 คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือญาติ
- 5. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งหรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายมือชื่อไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจได้ง่าย
- 6. การสั่งการรักษาด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับ



ท้ายคำสั่ง โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง
 ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

7. แพทย์ผู้รักษาพยาบาล พึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว
 ภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน
 หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ :

เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง ควรเก็บรักษานิติเวชระเบียนอย่างน้อย
 ที่สุด 5 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้าย และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียน
 ดังกล่าว ควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าว
 สามารถคัดค้านการทำลายหรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

ภาคผนวก V.





ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๓.๓/ว. ๑๐๕/

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

เรื่อง ขอส่งแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) และคำนิยามการบันทึก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ฉบับปรับปรุง จำนวน ๑ ฉบับ

๒. คำนิยามการบันทึกแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน เล่ม

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) หรือใบสรุปหน้าป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบของแฟ้มเวชระเบียนใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Admit) ในโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดและหัตถการ และข้อมูลสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับให้โรงพยาบาลใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และได้จัดทำคำนิยามหรือความหมายในแต่ละช่องของแบบฟอร์ม เพื่อให้ผู้ใช้ตีความหรือแปลความหมายได้เหมือนกัน ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงและจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว นั้น

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงใคร่ขอส่งแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) และคำนิยามการบันทึก เพื่อใช้เป็นคู่มือประกอบการปฏิบัติงานดังกล่าวให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ หากโรงพยาบาลใดต้องการเอกสารเพิ่มเติม หรือต้องการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ www.thcc.or.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรเชษฐ สติตินรัมย์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
THAILAND



ฉบับปรับปรุง มิถุนายน 2556

HOSPITAL
IN PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER				3. HOSPITAL NUMBER								
4. PATIENT NAME					5. PATIENT ADDRESS									
6. SEX 1.MALE 2.FEMALE		7. MARITAL STATUS		8. ETHNIC GROUP		9. OCCUPATION								
10. DATE OF BIRTH		11. AGE AT ADMISSION ____ YEARS. FOR INFANT ____ MONTHS ____ DAYS			12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS									
13. WARD	14. DEPARTMENT				15. DATE OF	DATE	MONTH	YEAR	TIME	16. LENGTH OF STAY ____ DAYS				
18	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น				DIAGNOSIS ICD CODING by CODER MAIN CONDITION (มีได้รหัสเดียว) COMORBIDITY (S) COMPLICATION (S) OTHER (S) EXTERNAL CAUSE (S)									
DIAGNOSIS	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)				17. TOTAL LEAVE DAYS ____ DAYS									
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)													
	(4) OTHER DIAGNOSIS													
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY													
19 OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES				DATE		TIME IN		TIME OUT					
	1. ....				.....		.....		.....					
	2. ....				.....		.....		.....					
	3. ....				.....		.....		.....					
	4. ....				.....		.....		.....					
20	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES				PROCEDURES ICD CODING by CODER MAIN (มีได้รหัสเดียว) OTHER (S)									
	1.													
	2.													
21	SPECIAL INVESTIGATIONS				3.									
	1.													
	2.													
3.				4.										
22. DISCHARGE STATUS					23. DISCHARGE TYPE									
1. COMPLETE RECOVERED 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. DELIVERED 5. UNDELIVERED					6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY 9. DEAD					1. WITH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. ESCAPE 4. BY TRANSFER 5. OTHER 8. DEAD, AUTOPSY 9. DEAD, NO AUTOPSY				
ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ														

ATTENDING

PHYSICIAN

SIGNATURE

APPROVED

BY

SIGNATURE

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH

To be completed for stillbirths and liveborn infants dying within 168 hours (1 week) from birth

Identifying particulars

☐ This child was born live on _____ at _____ hours
 and died on _____ at _____ hours
☐ This child was stillborn on _____ at _____ hours
 and died before labour ☐ during labour ☐ not known ☐

Mother	Child
Date of birth or, if unknown, age (years)	Birthweight.....grams
1st day last menstrual period or, if unknown, estimated duration of pregnancy (completed weeks)	Sex: ☐ Boy ☐ Girl ☐ Indeterminate
Number of previous pregnancies: Live birth Stillbirths Abortions	☐ Single birth ☐ First twin ☐ Second twin ☐ Other multiple
Outcome of last previous pregnancy: ☐ Live birth ☐ Stillbirth ☐ Abortion Date	Attendant at birth ☐ Physician ☐ Trained midwife Other trained person (specify) _____ Other (specify) _____ _____
Antenatal care, two or more visits: ☐ Yes ☐ No ☐ Not know	
Delivery: ☐ Normal spontaneous vertex Other (specify) _____ _____	

Causes of death

a. Main disease or condition in fetus or infant

b. Other diseases or conditions in fetus or infant

c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant

d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant

e. Other relevant circumstances

- ☐ The certified cause of death has been confirmed by autopsy
☐ Autopsy information may be available later
☐ Autopsy not being held

.....

Signature and qualification

ภาคผนวก ค.



การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ.2555

หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว 111 ลว. 24 กันยายน 2555

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1 : หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2 : คู่มือการแสดงเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๑



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๒๔ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ / สถานพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด

- อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๒. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๓. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๔๙
 ๔. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙
 ๕. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. คู่มือการแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ - ๕ กระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองประกอบการเบิกจ่าย เว้นแต่การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรง และอยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ การเบิกจ่ายยาข้างต้น ให้เบิกได้ แต่เฉพาะรายการยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ การใช้จ่ายต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด และต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ นั้น

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผล และไม่ถูกต้อง โดยมีการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาขนานแรก ไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หรือระบุเหตุผลที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายคำรักษาพยาบาลโดยเฉพาะจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก กระทรวงการคลังจึงเห็นควรดำเนินการดังนี้

๑. ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ๑.๑ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๑.๒ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๑.๓ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๔๙

เฉพาะข้อ ข สถานพยาบาล รายการ ๒.๒.๓

๑.๔ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙

หมวดที่ ๓ ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด เฉพาะรายการค่ายาที่เบิกได้

๑.๕ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓



๒. ให้สถานพยาบาลและส่วนราชการเบิกจ่ายยาโดยถือปฏิบัติดังนี้

๒.๑ ค่ายาที่เบิกได้คือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องเป็นไปตามเงื่อนไขในบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะนั้นๆ และต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด

๒.๒ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

(๑) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผลดังนี้

A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้บัญชียาหลักแห่งชาติ

เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป

แพ้ยา หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยา หลังจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและไม่มีกลุ่มยาอื่นใดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีก โดยเชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ต่อไปอย่างปลอดภัย

B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้รักษาโรคหรืออาการดังกล่าวในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษามาก่อนแล้วยังไม่สามารถให้ผลการรักษาที่ต้องการ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้ มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการรักษาได้ดีกว่ายาเดิม

C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้ยานอกบัญชียาหลักตามเหตุผลนี้ แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผล ความปลอดภัยของยา ลักษณะและความรุนแรงของโรค และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย

D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้รักษาหรือบรรเทาอาการของโรคให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (Absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างยิ่ง (serious drug interaction)

E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)

ราคาแพงกว่า หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อคอร์สของการรักษา หรือค่าใช้จ่ายต่อวัน (หากเป็นโรคที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง) ของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาถูกกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคหรืออาการเดียวกัน โดยใช้ราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นยาชื่อสามัญเป็นตัวเปรียบเทียบ

F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัวบางประการที่ต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรค รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ และระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไว้หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อ (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) ในเวชระเบียนและใบสั่งยาให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

(๒) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ ออย. เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภาวิชาชีพ และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

(๓) กรณีที่สถานพยาบาลแจ้งเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า ให้สถานพยาบาลแจ้งรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงนั้นให้กรมบัญชีกลางทราบเพื่อส่งให้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณา แจ้งเหตุที่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่เหมาะสมต่อไป

๒.๓ การเบิกจ่ายที่กระทรวงการคลังและ/หรือกรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ค่ายาวิตามิน ค่ายาสมุนไพร ค่ายาบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม ค่ายามะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๖ ชนิด ค่ายาชีววัตถุสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคสะกดเงิน ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นั้นต่อไป

๒.๔ ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนดอย่างเคร่งครัด

๒.๕ กรณีตรวจสอบพบว่า สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด กระทรวงการคลังจะดำเนินการเรียกเงินคืนทั้งหมดของรายการยานั้นๆ ที่มีการเบิกจ่าย

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิม พร้อมนี้ กระทรวงการคลังได้จัดทำหลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและคู่มือการแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุภา ปิยะจิตติ)
รองปลัดกระทรวงการคลัง
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายจ่ายและหนี้สิน

กรมบัญชีกลาง
สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
โทร. ๐-๒๑๒๗-๗๓๕๕-๘



หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹ โดยมุ่งสร้าง **“บัญชียาแห่งชาติ”** เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้ยาของประเทศให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

หลักการ

1. บัญชียาหลักแห่งชาตินี้ จะได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทันเหตุการณ์ และจัดพิมพ์รวมเล่มเป็นบัญชียาหลักประจำปีทุกปี โดยพิจารณาจากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งหวังให้เกิดความเป็นธรรม ระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย

2. การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ทุกครั้งจักดำเนินการจัดทำโดยกระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเหตุผลและเป็นปัจจุบันสามารถอธิบายชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้อง และสาธารณชนได้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมแสดงความเห็นในระหว่างขั้นตอนการ

¹ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใชยาในกรอบบัญชียาอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใชยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใชยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายาขึ้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใชยาที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใชยานั้นได้อย่างเท่าเทียมและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

คัดเลือกยา และตรวจสอบได้ ตามความเหมาะสม ตลอดจนเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพิจารณา
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3. บัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชนผู้สั่งใช้ยา ระบบบริหาร
เวชภัณฑ์ ผู้บริหารสถานพยาบาล ระบบการเบิกจ่าย และระบบเศรษฐกิจของชาติ โดยสามารถ

3.1 ใช้เป็นแนวทางในการเลือกจ่ายยาตามขั้นตอนอย่างสมเหตุผล

3.2 ส่งเสริมการจ่ายยาด้วยความพอดี

3.3 ส่งเสริมการจ่ายยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ต้นทุน (maximization of cost-effectiveness) ควบคู่กับการเพิ่มคุณภาพการรักษา โดยเปิดโอกาสให้การเข้าถึงยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อมีความ
จำเป็นต้องใช้

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกยา

1. ระบบการคัดเลือกยาต้องเป็นไปตามความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ
ของประเทศไทยเป็นหลัก

2. ระบบการคัดเลือกต้องแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ละเอียดพอ เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลครบถ้วน
ในการตัดสินใจ มีข้อมูลและเหตุผลชัดเจนทุกขั้นตอน และอธิบายต่อสาธารณชนได้ (explicit information)
การตัดสินใจคัดเลือกยาใช้หลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ (evidence-based literature) หรือการให้คะแนน
ที่มีประสิทธิผลเป็นหลักในการคัดเลือกร่วมกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/เภสัชศาสตร์/
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความเห็นเชิงนโยบายของผู้บริหารในหน่วยงานหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
หลักฐานและความเห็นที่ได้รับจากผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมในระหว่างขั้นตอนการคัดเลือกยา

3. การคัดเลือกและแสดงรายการยา ให้ใช้ชื่อสามัญของยา รูปแบบยา ความแรง ขนาดบรรจุ
ยกรุ่นในกรณีที่ไม่มีระบุถึงความแรงและขนาดบรรจุอื่นได้ ทั้งนี้ให้ระบุเงื่อนไขการสั่งจ่ายหรือจัดหาตาม
ความเหมาะสม รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ คำเตือน และหมายเหตุ (คำแนะนำ ข้อสังเกต ข้อควร
ระวัง คำอธิบาย)

หมายเหตุ การพิจารณายาชีววัตถุที่ไม่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันแต่มีข้อมูลชัดเจนที่ชี้ว่า ตำรับ
ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีขนาดยาแตกต่างกันให้พิจารณาเป็นรายตำรับด้วย

4. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพยา เช่น รูปแบบยา การเก็บรักษา ความคงตัวของยา ขนาด
บรรจุ วันหมดอายุ เป็นต้น ตลอดจนข้อมูลอื่นเกี่ยวกับยา เช่น ประสิทธิภาพในการบริหารยาและการยอมรับ
ในการใช้ยาของผู้ป่วย (compliance) เป็นต้น

5. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ราคา ยา ความสามารถในการจ่าย
ทั้งของ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและประชาชน ตลอดจนฐานะเศรษฐกิจของประเทศ

6. ในกรณีที่คณะกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญแต่อาจมีผลกระทบต่อ
ความสามารถ และภาระในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบ



การประเมิน ความคุ้มค่า และผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยที่คณะกรรมการได้ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว โดยมอบหมายให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการ และเสนอผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการประกอบการตัดสินใจคัดเลือกยา

7. ในกรณีที่ยามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การพิจารณา แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือไม่มีจำหน่ายในประเทศ ให้กำหนดรายการยาดังกล่าวไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอเป็นยากำพร้า² เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาดังกล่าวต่อไป

8. กรณียาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) และข้อบ่งใช้ของยาที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

8.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมียาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) เว้นแต่

ก) เป็นยาในบัญชี จ (1) ซึ่งมีระบบกำกับดูแลที่เข้มงวดกว่าระบบ SMP

ข) เป็นยาบางรายการที่สามารถช่วยเพิ่มการแข่งขันหรือลดการผูกขาด หรือทำให้ราคายาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงอย่างชัดเจน หรือช่วยเพิ่มกรอบรายการยาในข้อบ่งใช้ที่พิจารณาให้สามารถครอบคลุมยาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าอย่างชัดเจน หรือเป็นยาจำเป็นต้องใช้เนื่องจากไม่มีวิธีการ รักษาอื่นทดแทนได้ โดยยานั้นต้องมีประโยชน์เหนือความเสี่ยงอย่างชัดเจน

8.2 เนื่องจากการใช้ยาในข้อบ่งใช้ที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) นั้น มีความจำเป็นในบางกรณีและเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้และเป็นมาตรฐานให้ผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการได้ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

ก) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาประสานกับผู้ประกอบการเพื่อให้มาขึ้นทะเบียนข้อบ่งใช้ใหม่เพิ่มเติมให้เรียบร้อย

ข) ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ ก หรืออยู่ระหว่างดำเนินการ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ในการพิจารณาข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ทุกข้อ

1) มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าวอย่างชัดเจน

2) เป็นข้อบ่งใช้ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลแต่ไม่ได้ขึ้นจดทะเบียนในประเทศไทย ซึ่งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ความเห็นชอบ

ค) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการติดตามข้อมูลในการใช้ยาเป็นพิเศษ

² ยากำพร้า หมายถึง “ยาที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อวินิจฉัย บรรเทา บำบัด ป้องกัน หรือรักษาโรคที่พบได้น้อย หรือโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง หรือยาที่อัตราการใช้ต่ำโดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้ และมีปัญหาการขาดแคลน”



9. ควรเป็นยาเดี่ยว หากจำเป็นต้องเป็นยาผสมจะต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่แสดงว่ายาสสมมีข้อดีกว่าหรือ เทียบเท่ากับยาเดี่ยวในด้านความปลอดภัย ประโยชน์และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยาผสมจะต้องมีข้อดีกว่ายาเดี่ยว ในประเด็นของ compliance และ/หรือ การชะลอหรือป้องกันการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

10. หากเป็นยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ ให้ระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาดังกล่าวเป็นไปตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม เงื่อนไขการสั่งใช้ต้องมีความชัดเจน เอื้อต่อการใช้ยาเป็นขั้นตอนตามระบบบัญชียอย่อย ซึ่งแบ่งเป็นบัญชีย่อย ก ข ค ง และ จ

บัญชี ก หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นรายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสพการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

บัญชี ข หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่เข้าในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

บัญชี ค หมายถึง รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากยากลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสพการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน

บัญชี ง หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติไปอ้างอิงในการเบิกจ่ายควรนำข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ยาในบัญชี ง จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือ ก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบในอนาคตได้

บัญชี จ ได้แก่

บัญชี จ (1) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการฯ เป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาจัดเข้าประเภทของยา (ก ข ค ง) ในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ



บัญชี จ (2) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ³ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยาในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามีค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

หมายเหตุ

1. ยาแต่ละชนิด จัดอยู่ในบัญชีย่อยได้มากกว่า 1 บัญชี หากว่าข้อบ่งชี้การใช้ยาชนิดนั้นมี หลายอย่าง และควรมีการกำกับการใช้ที่แตกต่างกัน
2. มาตรการ กำกับการใช้ของยาในบัญชี จ พิจารณาจัดทำได้ตั้งแต่การกำหนดแนวทาง การพิจารณาการใช้ยา การติดตามปริมาณการใช้ยา จนถึงติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายตามความเหมาะสม
3. ในกรณีที่เป็นยากำพร้า ให้วงเล็บไว้ท้ายบัญชีย่อย เช่น บัญชี ก (ยากำพร้า)
4. ยา ในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามี ค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

³ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรคหรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ เป็นยาที่มีราคาแพงมากหรือส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสมโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

กระบวนการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ได้มีการพัฒนาระบบในกระบวนการคัดเลือกยาที่สำคัญดังนี้

ความโปร่งใสในกระบวนการคัดเลือกยา (transparency) โดยที่กรอบการบริหารเวชภัณฑ์ของรัฐ และชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้ใช้บัญชียาหลักฯ อ้างอิง ดังนั้น เพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติใช้ได้ผลและเป็นที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดเกณฑ์จริยธรรมในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้น มีสาระสำคัญที่มุ่งให้คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานฯ ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติทุกคนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความบริสุทธิ์ใจ โปร่งใสตามหลักวิชาการ และมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ในการนี้คณะอนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ ทุกคนได้ลงนามแสดงความบริสุทธิ์ใจไว้ตามเกณฑ์จริยธรรมที่กำหนด

การคัดเลือกยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence-based- approach)

เพื่อให้การคัดเลือกยากระทำโดยมีหลักฐาน มีเหตุผล และเป็นปัจจุบัน สามารถอธิบาย ชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องได้ จึงจำเป็นต้องใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based information) ที่ละเอียดครบถ้วนเพียงพอต่อการตัดสินใจ เป็นข้อมูลที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน เพื่อลดอคติในกระบวนการพิจารณา โดยมีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกยาที่สำคัญคือ ระบบคะแนน ISaFe และ ดัชนี EMCI มาใช้ในการเปรียบเทียบยาชนิดต่างๆ ก่อนตัดสินใจเลือกยา ระบบดังกล่าวได้ผสมผสานข้อดีของการใช้ evidence-based information ซึ่งมีการให้น้ำหนักความสำคัญต่อปัจจัยหลักที่ใช้เปรียบเทียบคุณสมบัติของยาอย่างครบถ้วน เป็นระบบ ปราศจากอคติ รวมเข้าไว้ด้วยกันกับข้อดีของการใช้ expert judgement กล่าวคือดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญที่สามารถนำปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาคำนวณคะแนนมาประกอบการพิจารณา เช่น ความรวดเร็วในการออกฤทธิ์ของยา ความคงทนของตัวยา และการดื้อยา เป็นต้น

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติส่วนใหญ่คัดเลือกโดยผ่านระบบคะแนนดังกล่าว เว้นแต่ยาบางรายการซึ่งพิจารณาโดยอิงปรัชญาและหลักการที่คณะอนุกรรมการฯ วางไว้เป็นหลักในเบื้องต้น ร่วมกับหลักเกณฑ์ของ evidence-based medicine ตัวอย่างยาที่ไม่ได้ใช้ระบบคะแนน ISaFe และดัชนี EMCI ได้แก่ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งและโรคทางโลหิตวิทยา ยาต้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์และรังสีวินิจฉัย ยาต้านโภชนาการ ยาต้านทันตกรรม ยาต้านอชีวเวชศาสตร์และพิษวิทยา ยาที่ไม่ต้องเปรียบเทียบกับยาอื่น ยาที่ไม่ใช่ความจำเป็นต่อสุขภาพ ยาที่ไม่หลักฐานสนับสนุน ยาผสมที่ไม่มีข้อมูลแสดงว่ามีข้อดีกว่าหรือเท่าเทียมกับยาเดี่ยว เป็นต้น

ระบบการพิจารณาสามขั้นตอน เพื่อให้การพิจารณาคัดเลือกยาเป็นไปอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาในมิติต่างๆ อย่างครบถ้วน ทั้งในระดับจุลภาค (ผลต่อบุคคล/ผู้ป่วยแต่ละราย) และระดับมหภาค (ผลต่อรัฐ/ระบบบริการสุขภาพและสังคม) รวมทั้งให้สอดคล้องกับปรัชญา หลักการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดให้มีการพิจารณากลับกรองสามขั้น ดังนี้



ขั้นที่หนึ่ง คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา 17 สาขา พิจารณาคัดเลือกยาตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกยาของคณะอนุกรรมการฯ โดยใช้คะแนน ISaE และ EMCI เป็นเครื่องมือในการพิจารณาร่วมกับความเห็นและข้อมูลในประเด็นอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นองค์ประกอบในการคำนวณคะแนน ISaE และ EMCI การพิจารณาในขั้นแรกนี้ คณะทำงานฯ ส่วนใหญ่มุ่งพิจารณาในมุมมองของผู้ใช้ยา ซึ่งคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับความสะดวกในการส่งจ่ายยาเป็นสำคัญ จึงควรคำนึงถึงภาพรวมของประเทศเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม มีการใช้ข้อมูล ISaE และ EMCI อย่างจริงจังเป็นระบบ ผนวกเข้ากับข้อมูล cost-effectiveness analysis และใช้มุมมองด้านสังคม (social perspective) ความสามารถในการจ่ายของประเทศ (affordability) ความเสมอภาค (equity) รวมทั้งความเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพในประเทศไทยเป็นฐานในการพิจารณา

ขั้นที่สอง คณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักแห่งชาตินำข้อมูลของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกสาขาที่พิจารณาในกลุ่มเดียวกันมารวมกัน เพื่อพิจารณาในภาพรวมว่า ควรมีข้อเสนอในการคัดเลือกยาอย่างไร

ขั้นที่สาม คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ จะทำการพิจารณาข้อมูล เหตุผล และหลักฐานต่างๆ จากทั้งคณะทำงานทั้งสอง เพื่อตัดสินใจคัดเลือกยาในขั้นสุดท้าย หากยังไม่สามารถใช้ฉันทามติคัดเลือกยาได้ ก็จะส่งกลับไปยังคณะทำงานฯ ทั้งสองพิจารณาซ้ำอีกครั้ง

ในกรณีที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย เพื่อเสนอคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณาความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินในอีก 5-10 ปีข้างหน้าก่อนการพิจารณาตัดสินใจคัดเลือกยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2

คู่มือ
การแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
ตุลาคม 2555



บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผล*

โดยมุ่งสร้าง “บัญชียาแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผลของประเทศ ให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้อย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างมีประสิทธิภาพ (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

*องค์การอนามัยโลก (1985) กำหนดว่า การใช้อย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้อย่างมีความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยขนาดยาและระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม โดยมีค่าใช้จ่ายต่อตัวผู้ป่วยและชุมชน (หรือประเทศ) ต่ำที่สุด”

คำอธิบายประกอบเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สืบเนื่องจากกรมบัญชีกลางได้เปิดช่องทางให้แพทย์สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ **บางรายการ** ได้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความจำเป็น เพื่อการเบิกจ่ายค่ายาแบบผู้ป่วยนอก แต่พบว่ามี การนำช่องทางดังกล่าวไปใช้เพื่อสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกับผู้ป่วยทั่วไปจำนวนมากในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งที่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้ ซึ่งเป็นการสร้างภาระทางด้านงบประมาณให้แก่รัฐเกินความจำเป็น

ในเดือนเมษายน 2553 กรมบัญชีกลางจึงได้ขอความร่วมมือให้แพทย์ผู้ทำการรักษาออกหนังสือรับรองการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติพร้อมแสดงเหตุผลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ซึ่งหากไม่แสดงเหตุผลหรือแสดงเหตุผลที่ไม่เหมาะสม กรมบัญชีกลางจะเรียกเงินคืนในทุกกรณี **ทั้งนี้ กรมบัญชีกลางต้องการให้มีการพิจารณาใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อนเสมอ**

จากการตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลได้จัดทำวิธีแสดงเหตุผลที่หลากหลาย และอาจไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ในการแสดงเหตุผล **ซึ่งต้องการเหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดจึงใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้**

กรมบัญชีกลางจึงได้จัดทำแนวทางการแสดงเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) เพื่อประกอบการเบิกจ่ายขึ้น เพื่อให้สถานพยาบาลและแพทย์นำไปใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้คือ

- ก. ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรคให้ชัดเจนลงในเวชระเบียน
- ข. มีรายละเอียดการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถจ่ายยาเหล่านั้นได้ในเวชระเบียน ซึ่งสามารถอธิบายการใช้เหตุผลข้อใดข้อหนึ่งตามข้อ ค. ได้อย่างพอเพียงต่อการประเมินของผู้ตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง
- ค. ระบุนุเหตุผลหลักข้อใดข้อหนึ่งใน 6 ข้อ หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อในเวชระเบียน (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) เหตุผลดังกล่าวประกอบด้วย
 - A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้บัญชียาหลักแห่งชาติ
 - B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้จ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
 - C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการจ่ายยาตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามจ่ายยาในบัญชีอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการจ่ายยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
 - E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
 - F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

หากมีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ในคำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้ออาจส่งผลให้สถานพยาบาลถูกเรียกเงินคืนเมื่อมีการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง



คำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้อ เพื่อให้แสดงผลประกอบได้อย่างเหมาะสม

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพทย์ที่สามารถใช้ได้ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป แพทย์ หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยาหลังการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ข้อพึงปฏิบัติ ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่กล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือการแพ้ยาตามที่กล่าวมาข้างต้น	การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้ A1 การใช้เหตุผลในข้อนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาก่อน แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพทย์และไม่สามารถหายารายการอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ทดแทน A2 การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม ACEI เนื่องจาก “เกรงว่าผู้ป่วยจะมีการไอจาก enalapril (ก)” เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น และหากเกิดขึ้นยังมีอัตราความดันเลือดในหมวดอื่นตามบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีกหลายกลุ่ม A3 การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs เนื่องจาก “ผู้ป่วยมีอาการแสบท้องจากการใช้ ibuprofen (ก)” เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจป้องกันได้ด้วยการให้ gastro protective agent ร่วมด้วย เช่น omeprazole (ก) คำเตือน การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs ให้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ผู้สั่งใช้ยาควรพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จาก HealthTechnology Assessment (Chen 2008) ซึ่งพบว่าการใช้ coxibs ทุกชนิดให้คุณภาพชีวิตที่ลดลง (QALY loss) เมื่อเทียบกับการใช้ ibuprofen + generic omeprazole ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ทั้งนี้เนื่องจาก coxibs มี excess risk ต่อ ระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง และอันตรายดังกล่าวไม่ขึ้นกับ baseline risk ของโรคหัวใจหรือระยะเวลาในการใช้ยา (BNF 63) หมายความว่า coxibs ทุกชนิดมีคุณสมบัติเป็น prothrombotic agent ซึ่งอาจทำให้เกิด myocardial infarction หรือ stroke ได้กับผู้ที่ใช้ยาแม้ไม่มีประวัติโรคหัวใจหรือเป็นการใช้ยาในระยะสั้น สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม coxibs บ่อยเกินความจำเป็น



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยขนาดยาที่เหมาะสมเป็น ระยะเวลาานานพอที่จะสรุปได้ว่าการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และไม่มียาอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่มกันที่สามารถนำมาใช้ร่วมหรือใช้ทดแทนยาดังกล่าวได้ข้อพึงปฏิบัติ ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ระบุผลการรักษาตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่น มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือดก่อนการเปลี่ยนยา	การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้ B1 การใช้ยาลดไขมันในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ezetimibe, rosuvastatin และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้เหมาะสมต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ simvastatin (ก) และ/หรือ atorvastatin (40 mg) (ค) ร่วมกับได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสมมาเป็นระยะเวลาานานพอสมควรแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมายตามหลักฐานทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุผลนี้จะมีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Department of Defense Pharmacoeconomic Center. MTF Formulary Management for Antilipidemic I Drugs (Statins and Adjuncts), 2008) เพื่อป้องกันการถูกเรียกเงินคืนจากกรมบัญชีกลาง สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในหมวดนี้ว่าถูกใช้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ หากมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม สถานพยาบาลควรหามาตรการควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า B2 การใช้ยาควบคุมระดับกลูโคสในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น gliptins และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้เหมาะสมต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ metformin (ก) และ sulfonylurea เช่น glipizide (ก) หรือ repaglinide (ง) ในผู้ป่วยที่แพ้ sulfonamides และ α-glucosidase inhibitors ได้แก่ acarbose (ค) และ pioglitazone (ง) แล้วแต่ยังคงควบคุมระดับกลูโคสและ HbA1c ไม่ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ
C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การใช้เหตุผลข้อนี้หมายถึง ผู้ป่วยมีโรค ภาวะ หรืออาการที่	การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้ C1 การใช้เหตุผลข้อนี้ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักชาตินั้นเกิดขึ้นได้น้อยมาก ทั้งนี้ เนื่องจากรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลาและในการใช้ยามีกลไกอื่น ซึ่งอนุญาตให้มีการใช้ยาบางชนิดที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว เช่น บัญชีรายการยากำพร้า (ตัวอย่างยา dacarbazine) และกลไกของกรมบัญชีกลาง ที่ประกาศอนุญาตให้ใช้ยาบางรายการที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยถือเป็น reimbursable indication ของยา



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
ไม่สามารถหาตัวยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้เพื่อรักษาได้ โดยมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งหมายถึงการที่แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ ความจำเป็นทางคลินิกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของยา หลักฐานด้านความปลอดภัยของยา และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย	กรมบัญชีกลางได้ประกาศไว้แล้ว (ตัวอย่างยา rituximab ในผู้ป่วย diffuse large-B-cell lymphoma) C2 การตีความว่าไม่มี coxibs, saw palmetto extract, omega-3 capsule (และกลุ่มยาต่างๆ อีกหลายกลุ่มยา) ให้ใช้ จึงนำยาเหล่านั้นมาใช้ภายใต้เหตุผลข้อนี้เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยังมียากลุ่มอื่นๆ ที่เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่นำมารักษาโรค หรืออาการภายใต้ข้อบ่งชี้ของยาเหล่านั้นได้ เช่น NSAIDs ใช้ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ coxibs หรือใช้ α-1-adrenergic antagonists ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ saw palmetto extract และใช้ statins หรือ fibrates ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ omega-3 capsule เป็นต้น C3 ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยันว่า ยาดังกล่าวมีประสิทธิภาพจริงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ตัวอย่างเช่น การส่งใช้ยาในกลุ่ม antiinflammatory enzymes (เช่น serratiopeptidase) หรือยาละลายเสมหะ (เช่น acetylcysteine) โดยใช้เหตุผลว่าไม่มียาดังกล่าวให้ใช้ เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยันประสิทธิผลของยาเหล่านี้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ได้บรรจุยาเหล่านี้ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ C4 ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความปลอดภัย หมายถึงผู้ป่วยได้รับประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ยาต่อไปนี้ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย การส่งใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลข้อนี้ จึงเป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม • cinnarizine และ flunarizine ชักนำให้เกิด parkinsonism • cisapride อาจชักนำให้เกิด QT prolongation และมี drug interaction กับยาหลายชนิดที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเสียจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต • fenoverine ชักนำให้เกิด rhabdomyolysis • muscle relaxants เช่น orphenadrine เป็นยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุตาม Beers Criteria 2012 • nimesulide ชักนำให้เกิด fatal hepatotoxicity

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	• short acting calcium channel blockers (เช่น nifedipine/diltiazem ชนิด immediate release) เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ใช้ยาดังกล่าว C5 ควรทราบว่ามียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหลายชนิดที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความไม่ปลอดภัยและต่อมายุาเหล่านั้นได้ถอนการจำหน่ายทั่วโลก โดยที่ยาเหล่านั้นเคยเป็นยาที่ถูกส่งจ่ายบ่อยครั้งแก่ผู้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างยาเหล่านั้นได้แก่ • gatifloxacin • tegaserod • valdecoxib • rofecoxib • rosiglitazone C6 ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหมายถึงผู้ส่งยามีหลักฐานจากงานวิจัยที่ระบุว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่า ได้แก่มีหลักฐานแสดง cost-benefit หรือ cost-effective หรือ cost-utility ที่ระบุว่ายาดังกล่าวมี incremental cost effectiveness ratio (ICER) ต่ำกว่า 1 เท่าของ GDP ของประเทศไทย ได้แก่ไม่เกิน 120,000 บาท ต่อ QALY gain (ประมาณ 2,400 ปอนด์ หรือ 4,000 ดอลลาร์ ต่อ QALY gain) ตัวอย่างเช่น • การใช้ bisphosphonate ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการป้องกันกระดูกหักจากโรค osteoporosis แบบปฐมภูมิ (primary prevention) มีหลักฐานจากการศึกษาในประเทศไทยว่าหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 45 ปีการใช้ยาเหล่านี้ จะมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain 1.72 ล้านบาท และหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 80 ปี ก็ยังมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ที่ 1.87 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าการใช้ยากลุ่มนี้ ยังไม่มีความคุ้มค่าตามเกณฑ์มาตรฐานของประเทศไทย จนกระทั่งยามีราคา ลดลงร้อยละ 80 จึงจะเริ่มมีความคุ้มค่ากับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (ธนรรจรรย์ตนโชติพานิช และคณะสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2554)



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	- การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ coxibs เทียบกับ NSAIDs (ibuprofen หรือ diclofenac ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก.) พบว่า มีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ดังนี้ celecoxib (low dose) £68,400; celecoxib (high dose) £151,000; etoricoxib £31,300; meloxicam (low dose) £10,300; meloxicam (high dose) £17,800 www.hta.ac.uk/fullmono/mon1211.pdf จึงกล่าวได้ว่า celecoxib กับ etoricoxib ต่างไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมอังกฤษ (สหราชอาณาจักร ใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าที่ £30,000 ต่อ QALY gain) และอาจอนุมานได้ว่า coxibs ทุกชนิดไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้บริบทของสังคมไทย - การใช้ PPI นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น esomeprazole (20 หรือ 40 mg) ในการรักษาโรค GERD ช่วยให้ผู้ป่วย (808 คน) มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.071 QALM (quality-adjusted life month) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (445 คน) ที่ใช้ PPI ชนิดอื่น หรือ H2 receptor antagonist ด้วยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น \$763 ต่อ QALM gain (Spiegel BM. 2010) หรือคิดเป็น 274,680 บาทต่อ QALY gain ซึ่งเกินกว่าค่าความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทยไปประมาณ 2 เท่าเศษ หมายเหตุ ค่า QALM gain 0.071 หน่วย หมายความว่า การใช้ esomeprazole นาน 4 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยโรค GERD มีระยะเวลาที่ปราศจากการของโรคได้นานกว่ายาอื่น 2 วัน ด้วยค่ายา 1,076-1,700 บาท (ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้)
D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้	การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้ D1 ข้อห้ามใช้ ควรเป็น absolute contraindication ไม่ใช่ relative contraindication หรือ precaution ซึ่งมีวิธีการหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอันตรายจากยา D2 ปัญหาอันตรกิริยา ควรเป็นอันตรกิริยาที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาทั้งสองร่วมกันได้อันหนึ่งในกรณีส่วนใหญ่ปัญหาจากอันตรกิริยาอาจถูกแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือวิธีให้ยา หรือเป็นเพียงข้อควรระวังเพื่อให้แพทย์ติดตามผลของการใช้ยาาร่วมกัน อย่างใกล้ชิด



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
ข้อห้ามอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หมายถึง ไม่มีกรณีใดที่การใช้ยาจะมีประโยชน์เหนืออันตรายจากการใช้ยาในผู้ป่วย ซึ่งการใช้จะนำอันตรายร้ายแรงสู่ผู้ป่วยหรือทารกในครรภ์ หรือทารกที่ดื่มนมมารดา ข้อห้ามการใช้ยาร่วมกับยาอื่น (contra-indicated/serious/major drug inter-action) หมายถึง ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกันที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในลักษณะที่จัดเป็นข้อห้ามใช้ (contraindicated) หรือถูกระบุว่าเป็นอันตรกิริยาที่มีผลเสียต่อผู้ป่วยขั้นรุนแรง (serious) หรือเป็นอันตรกิริยาระดับรุนแรง (major) ข้อพึงปฏิบัติ ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชีหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาแต่ละชนิดได้	หมายเหตุ ข้อมูลข้างต้นควรมีแหล่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลยาฐานใดฐานหนึ่ง หรือคู่มือยาฉบับใดฉบับหนึ่งที่เป็นมาตรฐาน เช่น เอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Summary of Product Characteristics (SPC), US FD official drug labeling, Micromedex, Lexicomp, Clinical Pharmacology หรือ British National Formulary เป็นต้น
E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า) การใช้เหตุผลในข้อนี้ หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ให้ผลการรักษาที่เท่ากัน หรือดีกว่า หรือมีวิธีบริหารยา	การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้ E1 มีความเป็นไปได้ที่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางชนิดอาจเข้าเกณฑ์ตามความหมายในข้อนี้ เช่น voriconazole ชนิดกินมีราคาสูงกว่า liposomal amphotericin B แต่ยานี้ยังไม่ถูกประกาศเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งความล่าช้าดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากเหตุผลหลายประการ เช่น กำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการฯ กำลังอยู่ในขั้นตอนการต่อรองราคา กำลังอยู่ในขั้นตอนการจัดทำคู่มือการใช้ยา



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
ที่สะดวกกว่า โดยมีราคาถูกกว่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งยังมีความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายเหตุ ราคายาหมายถึงค่าใช้จ่ายต่อ course ของการรักษาหากเป็นการรักษาระยะสั้น หรือ คำนวณเป็นค่าใช้จ่ายต่อวัน หากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ข้อพึงปฏิบัติ หากมีการใช้เหตุผลขออนุมัติการใช้ยาจะนำข้อมูลแจ้งต่อคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป ดังนั้น แพทย์จึงควรระบุชื่อยาและวิธีให้ยาที่ใช้เปรียบเทียบกับราคาไว้ให้ชัดเจนในเวชระเบียนเช่น ระบุให้ทราบว่า voriconazole ชนิดกิน มีราคาถูกกว่า liposomal amphotericin B ในข้อบ่งชี้เดียวกันมากกว่า 10 เท่า เป็นต้น	(หากดป็นยาในบัญชชี จ2) หรืออยู่ในระหว่างการรอผู้มีอำนาจลงนามในประกาศ เป็นต้น E2 การพิจารณาว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่านั้น ให้ใช้พื้นฐานราคาของยาชื่อสามัญเป็นหลัก E3 เหตุผลข้อนี้เป็นไปตามคำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขององค์การอนามัยโลกที่มีใจความโดยย่อว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้ยาตามความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อผู้ป่วยและสังคม” (http://apps.who.int/medicinedos/pdf/h3011e/h3011e.pdf) ดังนั้น การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่มีราคาแพงกว่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรตามข้อ A ถึง D จึงไม่ควรกระทำ เนื่องจากเข้าข่ายการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล
F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้) หมายถึง การที่แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัวบางประการ ที่ต้องการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้นาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง	



ภาคผนวก จ.



ตัวย่อชื่อโรคทางจิตเวช ที่ปรากฏใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition (DSM-5)

ADHD : attention deficit/hyperactive disorder

MDE : major depressive episode

NCD : neurocognitive disorder

NCDLB : neurocognitive disorder with Lewy bodies

OCD : obsessive compulsive disorder

PTSD : post-traumatic stress disorder

TBI : neurocognitive disorder due to traumatic brain injury



ภาคผนวก จ.



รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือ แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ปี 2563

1. นายแพทย์ธวัชชัย ใจคำวัง	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร	จังหวัดเชียงราย
2. นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	จังหวัดนครสวรรค์
3. แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวรการณ	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	จังหวัดชัยนาท
4. นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี	จังหวัดสระบุรี
5. แพทย์หญิงปรียานุช อันอดิเรกกุล	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	จังหวัดนนทบุรี
6. แพทย์หญิงดวงรัตน์ ชลศฤงคาร	โรงพยาบาลราชบุรี	จังหวัดราชบุรี
7. นายแพทย์ณัฐพล วงศ์วิวัฒน์	โรงพยาบาลบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
8. นายแพทย์กมล บุญรอด	โรงพยาบาลบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
9. แพทย์หญิงเพ็ญใจ ลวกุล	โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
10. แพทย์หญิงสมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร	จังหวัดสกลนคร
11. นายแพทย์ศุภพงศ์ ไชยมงคล	โรงพยาบาลคอนสาร	จังหวัดชัยภูมิ
12. นายแพทย์ปิยะมิตร บุญปก	โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	จังหวัดอุบลราชธานี
13. นายแพทย์เจสสิยา ผจญภัย	โรงพยาบาลพรหมคีรี	จังหวัดนครศรีธรรมราช
14. แพทย์หญิงสุวิวรรณ นกหนู	โรงพยาบาลหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
15. นาวาอากาศโทหญิงศิริพร ผ่องจิตสิริ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
16. พันเอกกฤษฎา ศรีธรรมากร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
17. นางวรรธิดา สุวรรณกระจำ	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร	จังหวัดเชียงราย
18. นางอัมพร หาญแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย	จังหวัดพิษณุโลก
19. พันโทหญิงมณฑิลา โภคศิริ	โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	จังหวัดพิษณุโลก
20. ร้อยตรีธวัชชัย สุดแสง	โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	จังหวัดพิษณุโลก
21. นางสาวตรีทิพย์ มาโต	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	จังหวัดชัยนาท
22. นางสาวปราณี พวงดี	โรงพยาบาลปทุมธานี	จังหวัดปทุมธานี
23. นางเกษสุตาพร แป้นทอง	โรงพยาบาลไชโย	จังหวัดอ่างทอง
24. นางสาวนุชนารถ พิบูลรัตน์กุล	โรงพยาบาลราชบุรี	จังหวัดราชบุรี
25. เรืออากาศเอกธนัท ณ์ทพวงศ์	โรงพยาบาลจันทบุรุษ	จังหวัดตราด
26. นางยุพิน มีอินทร์	โรงพยาบาลบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
27. นางพิมพ์า ชินรุ่งโรจน์	โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3	จังหวัดสมุทรปราการ

28. นางสาวพัชรี ดุลนิมิตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี	
29. นางวิไล ภาวภูตานนท์	โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
30. นางจิรพรรณ แก้วชุมภู	โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ	จังหวัดสุพรรณบุรี
31. นายปิยะ คลังแสง	โรงพยาบาลขาม	จังหวัดบุรีรัมย์
32. นางสาวกาญจนา สายเบาะ	โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	จังหวัดอุบลราชธานี
33. นางสาวนาม วรินทร์เวช	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	จังหวัดนครศรีธรรมราช
34. นางสาวภรณ์ ศิริธร	โรงพยาบาลป่าพะยอม	จังหวัดพัทลุง
35. นาวาอากาศเอกหญิงบุษกร อินทวิชัย	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
36. นาวาอากาศโทหญิงฐิติมา ชื่นเงิน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
37. นาวาอากาศโทหญิงปาริฉัตร เกิดประเสริฐ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
38. พันเอกหญิงประพิศ ดิษฐด่าง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
39. พันโทหญิงชลทิพย์ หลั่งวัน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
40. รศ.ดร.นพ.วรวิภา เปาอินทร์	ศูนย์มาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ	
41. ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
42. นางสาวเรวดี ศิรินคร	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	
43. นางศิริมา ลีละวงศ์	สภาการพยาบาล (ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	
44. ดร.ราศรี ลีนะกุล	สภาการพยาบาล	
45. นางลดาวัลย์ รวมเมฆ	สภาการพยาบาล	
46. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์	สภาการพยาบาล	
47. แพทย์หญิงพรพรรณ เจริญสกุลวงศ์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
48. นางสาวนิรมัย ไข่มวงษ์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
49. นายแพทย์เสรี ศรีสันต์	สำนักงานประกันสังคม	
50. นายแพทย์ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร	สำนักงานประกันสังคม	
51. นางชนนาถ อุทัยฉาย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก	
52. นางนาฏญา สังข์วัฒน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น	
53. นางสาวสุพารัตน์ สัตตะวรุ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น	
54. นางพรพิศ หนองขุนสาร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา	
55. นางสาวภัทราพร โสมาบุตร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา	
56. นางขวัญเรือน จงประเสริฐ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี	
57. นางสาวชล ภาณีตพจมาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา	



รายนามผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น ต่อการปรับปรุงคู่มือเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ปี 2563

1. นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูติยานันต์	โรงพยาบาลเชียงคำ	จังหวัดพะเยา
2. นางลัดดาวัลย์ มหาวงศ์นันท์	โรงพยาบาลเชียงคำ	จังหวัดพะเยา
3. พันโทหญิงมลฤดี โภคศิริ	โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	จังหวัดพิษณุโลก
4. นายแพทย์ปรีดี ดิษร	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย	จังหวัดพิษณุโลก
5. นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	จังหวัดนครสวรรค์
6. นางสาวตรีทิพย์ มาโต	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	จังหวัดชัยนาท
7. นางสาวปราณี พวงดี	โรงพยาบาลปทุมธานี	จังหวัดปทุมธานี
8. นางเกษสุตาพร แป้นทอง	โรงพยาบาลไชโย	จังหวัดอ่างทอง
9. นายแพทย์เดชา มีสุข	โรงพยาบาลนภาลัย	จังหวัดสมุทรสงคราม
10. นางทิพาพร มณีใส	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	จังหวัดเพชรบุรี
11. นายแพทย์ณัฐพล วงศ์วิวัฒน์	โรงพยาบาลบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
12. นางพิมพ์า ชินรุ่งโรจน์	โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3	จังหวัดสมุทรปราการ
13. นางวิไล ภวภูตานนท์	โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
14. แพทย์หญิงเพียงใจ ลวกุล	โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
15. นางจิรวรรณ แก้วชุมภู	โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ	จังหวัดสกลนคร
16. แพทย์หญิงสมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร	จังหวัดสกลนคร
17. นายแพทย์ศุภพงศ์ ไชยมงคล	โรงพยาบาลคอนสาร	จังหวัดชัยภูมิ
18. นางสุกัญญา สายแสงจันทร์	โรงพยาบาลปราสาท	จังหวัดสุรินทร์
19. นายแพทย์ปิยะมิตร บุญปก	โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	จังหวัดอุบลราชธานี
20. นางกาญจนา สายเบาะ	โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	จังหวัดอุบลราชธานี
21. นายแพทย์เฉลิมว ฝอยภัย	โรงพยาบาลพรหมคีรี	จังหวัดนครศรีธรรมราช
22. นางสมนาม วรินทร์เวช	โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช	จังหวัดนครศรีธรรมราช
23. นางสรียาภรณ์ ศิริธร	โรงพยาบาลป่าพยอม	จังหวัดพัทลุง
24. แพทย์หญิงอัมพร ทองพุ่ม	โรงพยาบาลหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
25. พันเอกกฤษฎา ศรีธนกักรางกูร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
26. พันเอกหญิง ประพิศ ดิษฐด้วง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร

27. นาวาโทหญิงจิตติมา ชันเงิน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
28. นาวาตรีหญิงศิริพร ผ่องจิตศิริ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
29. นางธันวัน ลือสุทธิวิบูลย์	โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรุงเทพมหานคร
30. นางสาวพิรุณ ประสาทพันธ์	ผู้แทนเครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	
31. แพทย์หญิงธัญลักษณ์ ศรีบุระเดช	ผู้แทนประธานชมรมโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาในระบบประกันสังคม	
32. นางศิริมา ลีละวงศ์	ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
33. ดร.ราศรี ลีนะกุล	ผู้แทนสภาการพยาบาล	
34. นางสาวรี เจริญมุขยันท	ผู้แทนสภากายภาพบำบัด	
35. ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
36. แพทย์หญิงพรระพ เจริญสกุลวงศ์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
37. นางกัณัน ดิพริยะ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	
38. นางสาวสุจิตรา นภาคณาพร	กรมบัญชีกลาง	
39. นายแพทย์เสรี ศรีสันต์	สำนักงานประกันสังคม	
40. นายแพทย์อำรุง เสียวรักษ์ไธพา	สำนักงานประกันสังคม	
41. นางสาวพรพรรณ เกษมสรवल	สำนักงานประกันสังคม	
42. นางสาวณัฐชญา ภูเงิน	สำนักงานประกันสังคม	
43. นายวิชากร เลาทกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่	
44. นางชนนาถ อุทัยฉาย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก	
45. นางสาวภัทราวดี ทองลา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์	
46. นางณฐา ศรีหินกอง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี	
47. นางปรางวไล เหล่าชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	
48. นายบุรินทร์ ศรีคุณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี	
49. นางสาวอุดมลักษณ์ สำเภาพันธ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง	
50. นางสาวราชดา บำรัมย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง	
51. นางนาฏญา สังข์วัฒน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น	
52. นางสาวสุขใจ สารทรัพย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี	
53. จำเอกหญิงภัทราพร โสมาบุตร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา	
54. นางพรพิศ หนองขุนสาร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา	
55. นางขวัญเรือน จงประเสริฐ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี	
56. นางสาวชล ผาณิตพจมาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี	
57. นางสาวจารุวรรณ สวาสดีกลิ่น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร	
58. นางสาววรางคณา ประเวสไพโรสนธิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร	



รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือ

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline) ปี 2563

(ผู้ป่วยจิตเวช)

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. นพ.บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 2. นพ.ณัฐ | ไกรภัสสรพงษ์ | สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร |
| 3. นพ.นครินทร์ | ขุนงาม | โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา |
| 4. นางสาวภูษณิศรา | ชัยวิรัตน์นุกูล | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 5. นางศุภกนิษฐ์ | พลไพรินทร์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี |
| 6. นางสาวศิริลักษณ์ | สว่างวงศ์สิน | โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี |



การรับฟังความคิดเห็นต่อการจัดทำคู่มือ แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ปี 2563 (ผู้ป่วยจิตเวช)

เนื่องด้วยภายหลังการจัดทำ (ร่าง) เกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ผู้ป่วยจิตเวชเสร็จสิ้น ตรงกับเดือนเมษายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จึงได้ขอรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช วิสัญญีพยาบาล นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ผ่านช่องทางออนไลน์ตามหนังสือ สปสช.2.16/ว.2618 ลงวันที่ 23 เมษายน 2563 ไปยังหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ และหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 62 แห่ง เพื่อให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าวได้แสดงความเห็นต่อ (ร่าง) เกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ผู้ป่วยจิตเวช

จากผลรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว มีผู้ตอบแบบรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 241 ราย ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 92 คน จิตแพทย์ 47 คน นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยา 36 คน นักสังคมสงเคราะห์ 23 คน นักกิจกรรมบำบัด 20 คน วิสัญญีพยาบาล 10 คน นักแก้ไขการพูด 2 คน และ อื่นๆ 11 คน

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ร่วมกับกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข ได้นำความคิดเห็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว มาเป็นข้อมูลในการปรับ (ร่าง) เกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ผู้ป่วยจิตเวช ปี 2563 ให้มีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน



ภาคผนวก ๕.

กองบรรณาธิการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แพทย์หญิงกฤติยา	ศรีประเสริฐ	ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
2. นายแพทย์วรชัย	อึ้งอินันท์	ผู้อำนวยการสำนัก
3. แพทย์หญิงรัชนิศ	พรวิภาวี	รองผู้อำนวยการสำนัก
4. นางสาวรุ่งจิต	ลีลาภามวงศา	หัวหน้ากลุ่มงาน
5. นายณัฐพงศ์	อนวัตรรยรง	หัวหน้ากลุ่มงาน
6. นางภัทรา	อนกวิทยากิจ	หัวหน้ากลุ่มงาน
7. นางภณิดา	กลั่นพิพัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงาน
8. นางสุมลรัตน์	ดอกเขียว	หัวหน้ากลุ่มงาน
9. นางวาสนา	จันทร์พินิจ	หัวหน้างาน
10. นางสาวภิญญาดา	เอกพจน์	หัวหน้างาน
11. นางสาวสุมณฑา	โสภณพันธ์	หัวหน้างาน
12. นางสาวณิณชชา	แบ่งสาย	หัวหน้างาน
13. นายปรามไทย์	วงศ์ประสาร	เจ้าหน้าที่อาวุโส
14. นางสาวปริยาภรณ์	มณีแดง	เจ้าหน้าที่อาวุโส
15. นางสาวสุรรัตน์	อุทธิยา	เจ้าหน้าที่อาวุโส
16. นางสาวมาลีรัตน์	งามจิตต์เอื้อ	เจ้าหน้าที่อาวุโส
17. นางสาวมณฑิรา	รุจิรานนท์	เจ้าหน้าที่
18. นางสาวทัตชนา	พันพัว	พนักงานโครงการ



“ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medical Record Audit ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่า...การทบทวนเวชระเบียนนั้น
มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน
และทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด
เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แก่ไขส่วนขาดต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ
เพื่อสร้างไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียน
จึงต้องทำอย่างดีที่สุดของผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น
แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ
และต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ
พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน”