

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Discharge Summary : Diagnosis, Operation เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและ หรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและ ครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน **กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน**

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating room procedure) ทุกครั้ง **กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัด ให้ 1 คะแนน**

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)



เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปรายชื่อข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปรายสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปราย Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณี ที่ Discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน

กรณีมีการสรุปรายชื่อแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ผู้สรุปโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข (กรณีแพทย์ Intern สรุป แล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น)

2. Discharge summary : others

เนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปรายชื่อการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปรายชื่อการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด) ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ถูกต้องครบถ้วน กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร และไม่สามารถสืบค้นได้ ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admit, วันเดือนปี 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
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

3. Informed consent

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
 - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย และหรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (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 และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
 - 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่ามีผู้ป่วยมาคนเดียว 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 หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



4. History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ (ในกรณีที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีอาการลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย
3. ในกรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก 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

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น)

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ

- 1) Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
- 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
- 3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development

เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกไปกับ physical examination)

เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ



5. Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังต่อไปนี้
 - 1.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 1.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
2. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (แพทย์เจ้าของไข้)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood Pressure (กรณี Blood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 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

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ อนุโลมให้คะแนน โดยจะ ต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้ **กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์**



เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

6. Progress notes, Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรค โดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรคที่บันทึกโดยแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8 (ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุมัติให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกรับได้)
2. เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

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 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล หรือ การรักษาหรือ ให้อา หรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแลหรือการรักษา หรือ ให้อาหรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล Investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รคส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง



7. Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรกระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (Consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนกรวมทั้งทันตแพทย์ 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** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4)
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

8. Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี Anesthetic Record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ General anesthesia, Spinal หรือ Epidural block, Regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง
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 มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยที่มิวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้

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) โดยที่มิวิสัญญี ยกเว้น ในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยที่มิวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อที่มิวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9. Operative notes : บันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ Operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบและวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก Operative description จะไม่นำเอกสารนั้นมาประเมิน
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมิน
5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด



- 5.2 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)
สถานที่ทำ	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 สิ่งที่ตัดออกเป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว ต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- หมายเหตุ** หักคะแนนข้อนี้ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมดในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง



10. Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case) 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** การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress labour (Uterine contraction, Cervical dilation and effacement, membrane), fetal assessment (fetal heart sound: FHS, movement, station), complication
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
ในกรณี Elective Caesarian section ไม่ต้องประเมิน ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การทำ Episiotomy ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด 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) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



11. Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

12. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึกการให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัมปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ได้ ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ❖ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง **และ**
- ❖ อาการผู้ป่วยแรกเริ่มพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ❖ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย **และ** หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ❖ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย **และ**
- ❖ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา **และ**
- ❖ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือ กิจกรรมที่สำคัญ (**ถ้ามี**)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

- ❖ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (**ถ้ามี**) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด (**ถ้ามี**)
- ❖ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (**ถ้ามี**) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ❖ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

- ❖ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ **และ**
- ❖ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) **และ**



- ❖ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ❖ การระบอบอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- ❖ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ❖ ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ❖ มีการระบุข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- ❖ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ❖ แรกรับ : ระบุนวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ❖ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันท่วงทีและการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ❖ ก่อนจำหน่าย: ระบุนวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)

หมายเหตุ

หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร
- (2) บันทึกวัน เวลา ในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา