



คู่มือการตรวจประเมิน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สภาการพยาบาล
กรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
**ผู้ป่วยนอก/
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 “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (past illness) และหรือ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” 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 ให้พิจารณาตามสภาพ** ปัญหาของผู้ป่วย 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 โดยใช้ข้อมูลในส่วนของการรักษา 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 มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้
 - 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



**แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช
กรณีผู้ป่วยนอก
/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 “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ชักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (past illness) และหรือ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถชักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” 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 รศส. 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 ในการเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น

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