

รายงานการประชุมคณะกรรมการเวชระเบียนและสถิติผู้ป่วย

ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙

เมื่อวันอังคารที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

ณ ห้องประชุมงานบริหารโรงพยาบาลรามารัตน์ ชั้น ๒ อาคารเรียนรวม

.....

ผู้มาประชุม

๑. นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์	มัศยาอานนท์	ประธานคณะกรรมการ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปารวี	ชีวะอิสระกุล	รองประธานคณะกรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จำรูญ	ตั้งกิริติชัย	กรรมการ (ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา)
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงดวงกมล	วัฒนตรานนท์	กรรมการ (ภาควิชาพยาธิวิทยา)
๕. อาจารย์ นายแพทย์รวิ	เรืองกาญจนเศรษฐ์	กรรมการ (ภาควิชารังสีวิทยา)
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวัลภา	อานันท์ศุภกุล	กรรมการ (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา)
๗. อาจารย์ นายแพทย์พิทวัส	ลีลาพัฒนา	กรรมการ (ภาควิชาออร์โธปิดิกส์)
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงปัญญาภรณ์	วาสิประโคน	กรรมการ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์)
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงพรรณวิไล	ตั้งกุลพานิชย์	กรรมการ (ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)
๑๐.นางศศิธร	จันทร์สอาด	ประชุมแทน กรรมการ (ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)
๑๑.นางสาวริกา	สมศรี	กรรมการ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารัตน์)
๑๒.นางวันทนา	วีระถาวร	กรรมการ (ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์)
๑๓.นางสาวนุจรี	สันติสำราญวิไล	กรรมการ (ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์)
๑๔.นางสาวนงนุช	ประสิทธิ์วิไล	กรรมการ (ฝ่ายการพยาบาล สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์)
๑๕.นางสายพิรุณ	ประสาทพันธ์	กรรมการ (งานบริหารการรักษาพยาบาล)
๑๖.นางธนวัน	ลือสุทธิวิบูลย์	เลขานุการ
๑๗. นางทิพย์วรรณ	หอมหวล	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ลาประชุม

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทศพล	ลิมพิจารณ์กิจ	กรรมการ (ภาควิชาอายุรศาสตร์) (ลงตรวจภายนอก)
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มณฑิธร	จงงามทวีสุข	กรรมการ (ภาควิชาศัลยศาสตร์) (ลงตรวจ OPD)
๓. รองศาสตราจารย์กฤษณา	เลิศสุขประเสริฐ	กรรมการ (ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมาย และความผิดปกติการสื่อความหมาย)
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สัญญา	ภัทรราชัย	กรรมการ (ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา)
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อุษณรสมิ	อนรรฐพันธ์	กรรมการ (ภาควิชากุมารเวชศาสตร์) (ไปต่างประเทศ)
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงภัศรา	จงจรพงษ์	กรรมการ (ภาควิชาจุลชีววิทยา) (ติดผ่าตัด)
๗. อาจารย์ นายแพทย์สมมาตร	บำรุงพีช	กรรมการ (ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา)
๘. อาจารย์ นายแพทย์กิตติพล	นาควิโรจน์	กรรมการ (ผู้แทนรองคณบดีฝ่ายนโยบายและ สารสนเทศ)

38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75

๙. อาจารย์ แพทย์หญิงกิริดา	ฉัตรวัฒนกุล	กรรมการ (ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว)
๑๐. พันตแพทย์หญิงชญาณี	ชัชวานิชกุล	กรรมการ (งานพันตกรรม) (ลงตรวจ)
๑๑. นางศิริลักษณ์	เกี่ยวข้อง	กรรมการ (ฝ่ายนโยบายและพัฒนาคุณภาพ)
๑๒. นายภัทร	แพรรภัทรประสิทธิ์	กรรมการ (งานบริหารโรงพยาบาล)

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร	พรสุริยะศักดิ์	ภาควิชาอายุรศาสตร์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกรวีร์	พสุธารชาติ	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
๓. นางสาวลักษณ์	สุขะวัฒน์	ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์
๔. นางสาวชนิตา	นันทเมธินนท์	ฝ่ายสารสนเทศ
๕. นางสาวพรรณผกา	รัตนวรรณ	ฝ่ายสารสนเทศ
๖. นายกิติภูมิ	ชัยสุวรรณ	ฝ่ายสารสนเทศ
๗. นายชัยวิวัฒน์	ทองทวีชัยกิจ	ฝ่ายสารสนเทศ
๘. นายศักดา	สินสวัสดิ์	งานเวชระเบียน
๙. นางพรสุภา	ปานทั้งทอง	งานเวชระเบียน
๑๐. นายพลาดร	ภาภักดี	งานเวชระเบียน
๑๑. นางสาววาสนา	เจ้าลาแสงคำ	งานเวชระเบียน
๑๒. นางสาววาสนา	โกสุมาลย์	งานเวชระเบียน
๑๓. นายกิตติพงษ์	ศรีมงคล	งานเวชระเบียน
๑๔. นายแพ็ก	โยมณี	งานเวชระเบียน

สรุปวาระการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

- ๑.๑ การลงชื่อผู้ป่วยและพยานในหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษา
- ๑.๒ การเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยเข้าระบบ EMR
- ๑.๓ ขอความร่วมมือส่งคืน OPD Note ที่ไม่ใช้หรือพิมพ์เสียคืนงานเวชระเบียน
- ๑.๔ การทบทวนเวชระเบียนในเหตุการณ์สำคัญ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องนำเสนอ/สืบเนื่อง

- ๓.๑ สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (รวมเข้าวาระที่ ๑.๔)
- ๓.๒ สิทธิการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิจัยของบุคคลภายนอก
- ๓.๓ การพิมพ์รายงาน Summary Lab
- ๓.๔ การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในระบบ RAMA EMR
- ๓.๕ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ขอนำแบบฟอร์ม Pulmonary hypertension registry เข้าระบบ EMR
- ๓.๖ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ขอนำแบบฟอร์ม Sepsis Protocol เข้าระบบ EMR จำนวน ๓ แบบฟอร์ม

76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113

- ๓.๖.๑ Sepsis Protocol : Sheet 1 – Protocol initiation
- ๓.๖.๒ Sepsis Protocol : Sheet 2 – Severe Sepsis
- ๓.๖.๓ Sepsis Protocol : Sheet 3 – Septic Shock
- ๓.๗ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ขอนำแบบฟอร์มเข้าระบบ EMR จำนวน ๖ แบบฟอร์ม
 - ๓.๗.๑ Anesthesia
 - ๓.๗.๒ Consent for Anesthesia Services
 - ๓.๗.๓ Pain Intervention Note
 - ๓.๗.๔ Preanesthetic Assessment Record
 - ๓.๗.๕ Post Anesthetic Care Unit (PACU) Record
 - ๓.๗.๖ หนังสือแสดงเจตนาการขอเข้ารับบริการทางวิสัญญี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่น ๆ

๔.๑ การตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนจาก สปสช.

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๐๐ น.

นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ มัชยาอานนท์ ประธานคณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วย กล่าวเปิดการประชุม และได้ดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุม ดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๑.๑ การลงชื่อผู้ป่วยและพยานในหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษา

ประธาน กล่าวว่่า ด้วยงานบริหารโรงพยาบาลรามารวมได้ ได้ตรวจสอบเวชระเบียนก่อนส่งเวชระเบียนให้กับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อสรุปข้อมูลการรักษาให้กับบริษัทประกันชีวิตหรือผู้ป่วย พบว่า การบันทึกข้อมูลในหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่มีการลงชื่อผู้ป่วย ไม่ลงชื่อแพทย์ ไม่ลงชื่อพยาน (ฝ่ายเจ้าหน้าที่) หรือไม่ลงชื่อพยาน (ฝ่ายผู้ป่วย) ซึ่งความสมบูรณ์ในการบันทึกต้องมีการลงชื่อให้ครบถ้วนทั้ง ๔ ฝ่าย ตามที่ได้กล่าวมาทั้งหมด งานบริหารโรงพยาบาลรามารวมได้ จึงได้แจ้งไปยังภาควิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ยื่นเตือนแพทย์ในภาควิชาขอให้ลงชื่อให้ครบถ้วน เพื่อความถูกต้องตามมาตรฐานเวชระเบียนและด้านกฎหมาย

จึงขอให้คณะกรรมการฯ นำเรื่องนี้ไปสื่อสารกับแพทย์ในภาควิชา และให้กรรมการจากฝ่ายการพยาบาล แจ้งให้พยาบาลประจำห้องตรวจต่าง ๆ ช่วยตรวจสอบการลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมให้ครบถ้วน ถ้าหากลงชื่อไม่ครบถ้วนที่หน่วยตรวจ ขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือหน่วยบริการอื่น ๆ แจ้งให้แพทย์ ผู้ป่วย หรือพยานลงชื่อในส่วนที่ขาดไปด้วย สำหรับการขอความยินยอมผู้ป่วยเพื่อส่งกล้องแพทย์ผู้ทำการรักษาลงลายมือชื่อ และขอให้แพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมที่หน่วยตรวจเลย เพื่อป้องกันการลงชื่อไม่ครบถ้วน ซึ่งประธาน รับผิดชอบสื่อสารกับภาควิชาเพื่อขอความร่วมมือแพทย์ให้ขอความยินยอมฯ ผู้ป่วยที่หน่วยตรวจต่อไป

อาจารย์ แพทย์หญิงปัญญภรณ์ วาสิประโคน ได้สอบถามที่ประชุม กรณีผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาในช่องผู้ป่วยได้ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเป็นผู้ลงชื่อแทนผู้ป่วย และมีผู้ป่วยกับญาติผู้มีอำนาจกระทำการแทนเท่านั้น ทำให้ขาดพยานฝ่ายผู้ป่วยไป

114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151

ที่ประชุมพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่า การขอความยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในกรณี
ดังกล่าว ขอให้แพทย์บันทึกในหนังสือแสดงความยินยอมให้ทราบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมได้
มีผู้มีอำนาจกระทำแทนเพียงคนเดียว จึงไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย

ที่ประชุมรับทราบ

๑.๒ การเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยเข้าระบบ EMR

คุณวันทนา วีระถาวร ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตน์ แจ้งว่า จากปัญหา
เมื่อต้องการติดต่อผู้ป่วย ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้เนื่องจากผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ฝ่ายสารสนเทศ จึงได้พัฒนาระบบให้
ผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ให้เป็นปัจจุบันในระบบ EMR ได้ด้วยตนเองที่ตู้ KIOS ซึ่งได้เริ่มทดลองใช้เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม
๒๕๕๙ ที่หน่วยตรวจผิวหนัง และพรีเมียมเด็ก ผู้ป่วยสามารถเข้าระบบเพื่อเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์โดยใช้หมายเลขประจำตัว
ประชาชน, หมายเลขพาสปอร์ต, วัน เดือน ปีเกิด อย่างไม่อย่างหนึ่ง พร้อมกับเลขประจำตัวผู้ป่วย จากการประเมินผลหลัง
ทดลองใช้ระบบนี้ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ซึ่งฝ่ายสารสนเทศจะพัฒนาหน้าจอให้เล็กลง พร้อมกับขยายการ
ให้บริการไปยังหน่วยตรวจอื่น ๆ รวมถึงหอบุคลากรด้วย และจัดทำเป็น Icon ให้พยาบาลสามารถแก้ไขเบอร์โทรศัพท์ได้ที่
เครื่องคอมพิวเตอร์ด้านหลังห้องตรวจ

ประธาน แนะนำให้ฝ่ายสารสนเทศแจ้งให้โรงพยาบาลและคณะกรรมการฯ ได้ทราบ เมื่อมี
การขยายบริการไปยังหน่วยตรวจอื่น ๆ

ที่ประชุมรับทราบ

๑.๓ ขอความร่วมมือส่งคืน OPD Note ที่ไม่ใช่หรือพิมพ์เสียคืนงานเวชระเบียน

คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ หัวหน้างานเวชระเบียน แจ้งว่า ได้ขอความร่วมมือหน่วยตรวจต่าง ๆ
ให้ส่งคืนใบ OPD Note ที่ไม่ใช่หรือพิมพ์เสียส่งคืนงานเวชระเบียน เพื่อให้งานเวชระเบียนลบ OPD Note ดังกล่าวออกจาก
ระบบ เมื่อลบ OPD Note ออกจากระบบแล้วจะทำให้งานเวชระเบียนสะดวก ในการตรวจสอบจำนวนเอกสารที่พิมพ์ออก
จากระบบกับจำนวน OPD Note ที่ Scan เข้าระบบ และจากการรับคืน OPD Note ที่ไม่ใช่หรือพิมพ์เสียที่ส่งคืนมาจาก
หน่วยตรวจ พบว่า มี OPD Note ที่มีการบันทึกแล้ว ทำให้ไม่ทราบว่า OPD Note ใช้อยู่แต่ติดมากับเอกสารที่ไม่ใช่หรือไม่
ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จึงขอให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยตรวจใช้ปากกาขีดบนใบ OPD Note ที่ไม่ใช่แล้ว ด้วย แต่
ควรระวังอย่าขีดทับบาร์โค้ด

ประธาน กล่าวเพิ่มเติมว่า ขอให้ทุกหน่วยตรวจส่งคืนใบ OPD Note ที่ไม่ใช่หรือเสีย
คืนงานเวชระเบียน ไม่นำไป Reuse เนื่องจากมี H.N. และชื่อผู้ป่วยติดอยู่ ไม่ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยถูกเผยแพร่ และเพื่อนับ
จำนวนเอกสารที่พิมพ์ออกมาใช้และจำนวนที่ไม่ใช่ อีกทั้งยังช่วยให้งานเวชระเบียนตรวจสอบการ Scan OPD ที่ไม่เข้าระบบ
ได้ถูกต้อง

ที่ประชุมพิจารณาแล้ว ขอให้คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ จัดทำวิธีปฏิบัติการยกเลิก OPD Note ที่ไม่ใช่
หรือพิมพ์เสีย และจัดทำตารางคำว่า “ยกเลิก” แจกให้กับหน่วยตรวจต่าง ๆ เพื่อประทับบน OPD Note ที่ไม่ใช่แล้วแทน
การขีดฆ่าบนใบ OPD Note

คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปดำเนินการ

ที่ประชุมรับทราบ

152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177

๑.๔ การทบทวนเวชระเบียนในเหตุการณ์สำคัญ

ประธาน แจ้งว่า ตามที่ได้มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับระบบเวชระเบียน ให้กับผู้ตรวจเยี่ยม ภายใน และนายแพทย์มนตรี ลักษณะสุวงศ์ จาก สรพ. ที่ผ่านมานั้น จึงขอ นำข้อมูลบางส่วนมาเสนอต่อที่ประชุม เพื่อให้เห็น แนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ข้อ ๕๓ การทบทวนเวชระเบียน และอยู่ในแผนการพัฒนาคุณภาพ 3P ของคณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วยภายใน ๑-๒ ปีข้างหน้า ดังนี้

กระบวนการเวชระเบียน แบ่งเป็นระบบหลัก (Core process) และระบบสนับสนุน (Support process)

ระบบหลัก (Core process) ประกอบด้วย การผลิต (Production) เป็นเอกสารและดิจิทัล โดยการบันทึกของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล การใช้ (Usage) โดยลูกค้าภายใน (Internal customer) ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักรังสี นักกายภาพ นักศึกษา Auditor กรรมการเวชระเบียน เป็นต้น และลูกค้า ภายนอก (External customer) ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ตรวจสอบจากภายนอก (สปสช. ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง) บริษัท ประกัน โรงพยาบาลอื่น ๆ ศาล ทนาย เป็นต้น **การจัดเก็บ (Collection)** จัดเก็บเป็นเอกสารและดิจิทัล **การทำลาย (Destruction)** เมื่อผู้ป่วยขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓ ปี Scan ข้อมูลผู้ป่วยเก็บไว้ในระบบ ก่อนทำลาย

ระบบสนับสนุน (Support process) ประกอบด้วย การสร้าง (Production Process) การจัดเก็บ (Collection Process) การขนส่ง (Logistics Process) IT เทคโนโลยี (Information & Technology process) การควบคุม (Control Process) การตรวจสอบคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียน (Audit Process) การทบทวนยังมีน้อย ไม่ชัดเจน **แผนรองรับระบบล่ม (Business continuity process)** อยู่ระหว่างดำเนินการ **การทำลาย (Destruction process)** โดยระบบหลักและระบบสนับสนุนจะมีความสัมพันธ์กันในกระบวนการที่เกี่ยวข้อง Scoring Guideline II-5 ระบบเวชระเบียน แสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ คณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วย Scoring อยู่ระดับใด และมีการพัฒนาระบบเวชระเบียน ให้ Scoring สูงขึ้น อย่างไร ดังนี้

Scoring Guideline II-5 ระบบเวชระเบียน

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)													
5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)													
องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.													
51 การวางแผนและ ออกแบบระบบบริหาร เวชระเบียน ^๑	มีการร่วมกันกำหนด เป้าหมายของการ บันทึกเวชระเบียน, มี แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการ เข้าถึงเวชระเบียนที่ เหมาะสม			มีการร่วมกันออกแบบ ระบบบริหารเวช ระเบียน, มีระบบ ป้องกันการสูญหายและ รักษาความปลอดภัย			มีการดำเนินการระบบ บริหารเวชระเบียนที่มี ประสิทธิภาพ, มีการ รักษาความลับที่ดี			มีความโดดเด่น เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ ประโยชน์จากบันทึกเวช ระเบียนของตน, การ ประมวลผลข้อมูลจาก เวชระเบียนเพื่อประ โยชน์ในการวางแผน และปรับปรุงการดูแล ผู้ป่วย		มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบบริหาร เวชระเบียนอย่างเป็น ระบบ ทำให้ระบบ บริหารเวชระเบียน ตอบสนองความ ต้องการขององค์กรและ ผู้ป่วย	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

178
179
180
181
182

5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)										
ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.										
52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก	เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่ถึง 40%		เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ 40-49%		เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50-79 %		เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 80%		ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
53 การทบทวนเวชระเบียน	มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกอย่างน้อยปีละครั้ง		มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ สปสช./พรพ. อย่างน้อย 3 ฉบับต่อเดือนสำหรับแพทย์แต่ละคน		มีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน, มีการปรับปรุงความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึก		มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)		ผู้ประกอบวิชาชีพมีเจตคติที่ดีต่อการทบทวนเวชระเบียน ส่งผลให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์และคุณภาพสูง	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

จาก Scoring Guideline **ข้อ ๕๑ การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน** ผลการ

ดำเนินงานของคณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วย Scoring อยู่ประมาณ ๓.๐ ถ้าต้องการให้มี Scoring ๔.๐ - ๔.๕ ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนของตน ปัจจุบันได้มีการสำเนาเอกสารให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาขอข้อมูลเวชระเบียน เพื่อไปรักษาต่อหรือการทำประกันชีวิต ส่วนการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงดูแลผู้ป่วย ต้องนำการพัฒนาคุณภาพด้วย ๑๒ กิจกรรมทบทวน ซึ่งการทบทวนเวชระเบียนเป็นหนึ่งใน ๑๒ กิจกรรมทบทวน

จาก Scoring Guideline **ข้อ ๕๒ ความสมบูรณ์ของการบันทึก** ถ้าต้องการให้ Scoring ๔.๐-

๔.๕ คะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกต้องไม่น้อยกว่า ๘๐% ปัจจุบันยังมีบางภาควิชาที่คะแนนยังไม่ถึง ทางงานบริหารการรักษายาบาล ได้กำหนดให้มีการพบแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้แพทย์บันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นประจำทุกปี

จาก Scoring Guideline **ข้อ ๕๓ การทบทวนเวชระเบียน** ผลการดำเนินงานของ

คณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วย Scoring อยู่ประมาณ ๓.๐ ถ้าต้องการ Scoring ๔.๐-๔.๕ ต้องมีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)

การทบทวนเวชระเบียน เป็น ๑ ใน ๑๒ กิจกรรมทบทวนตามมาตรฐาน HA แบ่งเป็น

๑. การทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน : ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอนระยะสั้น

ผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัจจุบันได้มีการทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ส่วนผู้ป่วยนอนระยะสั้น และผู้ป่วยฉุกเฉิน ยังไม่ได้มีการทบทวน

๒. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ : ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับผลไม่พึงประสงค์ ฯลฯ

210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247

ประเด็นสำคัญของการทบทวนเวชระเบียน

- เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียน นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- เพื่อให้เห็นประเด็นของการรักษาผู้ป่วย ในรายที่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่วางแผน นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

การทบทวน/ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

๑. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นการสุ่มเวชระเบียนจากผู้ป่วยที่จำหน่ายในแต่ละเดือน จำนวนร้อยละ ๕ ทุกเดือน ประเมินโดยอาจารย์แพทย์จากภาควิชา พยาบาลจากฝ่ายการพยาบาล และแพทย์สายบริการ

๒. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เป็นการสุ่มเวชระเบียนจากผู้ป่วยนอกที่มีการนัดตรวจ ติดตาม ๑-๓ ครั้ง จำนวนร้อยละ ๑ ทุก ๖ เดือน ประเมินโดยอาจารย์แพทย์จากภาควิชา และแพทย์สายบริการ

เมื่อทบทวนเสร็จแล้วส่งคืนงานเวชระเบียน เพื่อรวบรวมผลคะแนน และแจ้งกลับให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

แนวทางพิจารณาเลือกการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการพัฒนา (การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ)

๑. ทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่

๑.๑ น่าสนใจ ที่ไม่ใช่รายที่เป็นไปตามสภาวะของโรค หรือระยะสุดท้าย

๑.๒ รายที่ผลการวินิจฉัยไม่สอดคล้องกับผลตรวจชิ้นสูตรศพ ซึ่งภาควิชาพยาธิวิทยา ได้แจ้งให้ภาควิชาที่เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง

๒. ทบทวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา

๓. ทบทวนผู้ป่วยที่กลับเข้า ICU ซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

๔. ทบทวนผู้ป่วยที่กลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน ๒๘ วัน โดยไม่ได้วางแผน

๕. ทบทวนอื่น ๆ ตามที่ภาควิชามีความเห็นว่า เป็นเหตุการณ์ที่ควรนำมาทบทวน

ประธาน กล่าวสรุปว่า แผนการพัฒนาระบบเวชระเบียน ตามมาตรฐาน HA ในระยะ ๑-๒ ปี ข้างหน้า ของคณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้มีการพัฒนาระบบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง ตาม Scoring Guideline ในข้อ ๕๓ การทบทวนเวชระเบียน ให้สูงขึ้นจากเดิม ซึ่งได้มีการทบทวน/ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ในภาควิชาของตนเอง และนำผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนไปปรับปรุงคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของภาควิชาต่าง ๆ ขอให้ส่งข้อมูลการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้งานเวชระเบียนด้วย

ส่วนเรื่องการทบทวนเวชระเบียนในเหตุการณ์สำคัญ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับผลชิ้นสูตรศพ, ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Code T80), ผู้ป่วยที่กลับเข้า ICU ซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ฯลฯ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังไม่มีการทบทวนเวชระเบียน หรือมีการทบทวนอยู่บ้างเล็กน้อยในผู้ป่วยเสียชีวิต (MM Conference) เพื่อการเรียน การสอน ซึ่งการทบทวนเวชระเบียนในเหตุการณ์สำคัญดังกล่าวนี้ ได้ผ่านมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ และคณะกรรมการเวชระเบียนและสิทธิผู้ป่วยแล้ว ประธาน จึงขอให้คณะกรรมการฯ นำเรื่องนี้ไปสื่อสารกับภาควิชาต่อไปด้วย

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยในเหตุการณ์สำคัญ จะถูกรวบรวมจากระบบโดยฝ่ายสารสนเทศ นำส่งข้อมูลให้ภาควิชาผ่านทางงานคุ้มครองผู้รับบริการและควบคุมคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล ในระบบรายงานเหตุการณ์

250 ผิดปกติ (IOR) เพื่อให้ภาควิชาคัดเลือกข้อมูลเหตุการณ์ที่น่าสนใจนำไปทบทวน ให้เห็นผลการพัฒนาในด้านการเรียน
 251 การสอน และผลลัพธ์ในการปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตบางส่วนภาควิชาได้รับข้อมูล IOR
 252 จากงานคุ้มครองผู้รับบริการฯ อยู่บ้างแล้ว ขอให้ช่วยทบทวนเพิ่มเติม และสรุปผลลัพธ์ที่ได้มีการปรับปรุงกระบวนการ
 253 ดูแลรักษาผู้ป่วยใน IOR เพื่อให้มีข้อมูลที่เห็นผลลัพธ์และได้ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระบบ ประธาน
 254 ขอให้คณะกรรมการฯ นำเรื่องนี้สื่อสารให้ภาควิชารับทราบด้วย

255 ที่ประชุมรับทราบ

257 **ระเบียบวาระที่ ๒** รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙
 258 ที่ประชุมได้พิจารณารับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๙ แล้ว ไม่มีการแก้ไข

260 **ระเบียบวาระที่ ๓** เรื่องนำเสนอ/สืบเนื่อง

261 ๓.๑ สรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
 262 (รวมเข้าวาระที่ ๑.๔)

263 ๓.๒ สิทธิการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิจัยของบุคคลภายนอก

264 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ หัวหน้างานเวชระเบียน กล่าวว่า กรณีบุคคลภายนอกขอข้อมูล
 265 ผู้ป่วยเพื่อการวิจัยในระบบ EMR ด้วยโปรแกรม EMR Scan Viewer ที่งานเวชระเบียน ซึ่งได้ขออนุญาตผ่านรองคณบดี
 266 ฝ่ายวิจัยแล้ว จึงขอสอบถามที่ประชุมว่า กรณีนี้ต้องให้ฝ่ายสารสนเทศกำหนด Password ให้บุคคลภายนอกหรือไม่ ซึ่ง
 267 ปัจจุบันงานเวชระเบียน ได้ใช้ Username และ Password ของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน เพื่อให้บุคคลภายนอกดูข้อมูล
 268 จากโปรแกรม EMR Scan Viewer ที่งานเวชระเบียน

269 ที่ประชุมพิจารณาแล้ว ขอให้งานเวชระเบียนประสานงานกับงานวิจัย เพื่อให้งานวิจัยแจ้ง
 270 การขอข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการวิจัยในระบบ EMR ของบุคคลภายนอกไปยังฝ่ายสารสนเทศ เพื่อกำหนดรหัสให้
 271 บุคคลภายนอกสำหรับใช้เพื่อดูข้อมูล และรหัสนี้ต้องสามารถตรวจสอบบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลได้ และให้งานเวชระเบียน
 272 กำหนดช่วงเวลาในการดูข้อมูลไว้ด้วย

273 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปดำเนินการ

274 ที่ประชุมรับทราบ

276 ๓.๓ การพิมพ์รายงาน Summary Lab

277 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ หัวหน้างานเวชระเบียน กล่าวว่า การพิมพ์รายงาน Summary Lab
 278 ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อเก็บในเล่มเวชระเบียน พบว่า มีบาง
 279 ภาควิชาพิมพ์รายงานฯ เช่น ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และบางภาควิชาไม่พิมพ์รายงานฯ เพื่อ
 280 กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมือนกัน จึงขอสอบถามที่ประชุมว่า ต้องพิมพ์รายงาน Summary Lab หรือไม่ เนื่องจากผล
 281 Lab มีอยู่ในระบบแล้ว

282 คุณสายพิรุณ ประสาทพันธ์ หัวหน้างานบริหารการรักษายาบาล ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จาก
 283 การส่งข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยให้กองทุนภายนอก เพื่อใช้ประกอบการเบิกเงินค่ารักษายาบาล เน้นการบันทึกเวชระเบียน
 284 ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ข้อมูลเวชระเบียนที่ส่งให้กับกองทุนภายนอก เมื่อส่งไปแล้วไม่สามารถแก้ไขได้อีก ผู้ตรวจสอบจาก

289 กองทุนภายนอก ยังได้ตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนที่ได้ส่งไป พบว่า ข้อมูลเวชระเบียนบางรายมีรายงาน Summary Lab
290 และบางรายไม่มีข้อมูลรายงาน Summary Lab

291 ที่ประชุมพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่า ข้อมูลผล Lab มีการบันทึกอยู่ในระบบและแพทย์ได้
292 บันทึกอยู่ในเวชระเบียนแล้ว เจ้าหน้าที่จะพิมพ์รายงาน Summary Lab เพื่อความสะดวกในการดูผล Lab ของแพทย์
293 หรือหลังจำหน่ายผู้ป่วย หรือไม่พิมพ์รายงานฯ ก็ได้ สำหรับการส่งเอกสารให้กองทุนภายนอกเพื่อการเบิกเงิน
294 ค่ารักษาพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนพิมพ์ออกจากระบบให้

295 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปดำเนินการ

296 ที่ประชุมรับทราบ

298 ๓.๔ การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตใน RAMA EMR

299 ประธาน กล่าวว่า เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยในระบบ EMR ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการปกปิด
300 ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีชื่อเสียง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและรักษา
301 ความลับของผู้ป่วยที่สำคัญในระบบ EMR และป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต จึงได้มีแนวทางให้มีการปกปิดข้อมูล
302 ผู้ป่วยเสียชีวิตในระบบ RAMA EMR ก่อน

303 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ หัวหน้างานเวชระเบียน ได้นำเสนอ Flow Chart ของการปกปิด
304 ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ถ้าแพทย์
305 ต้องการขอข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต ให้ขอยืมผ่านโปรแกรม EMR Scan Viewer เพื่อให้งานเวชระเบียนอนุมัติ
306 การยืมให้ ส่วนเล่มเวชระเบียนเมื่อครบกำหนด ๓ ปี จะสแกนเวชระเบียนเก็บไว้ก่อนทำลายเล่มเวชระเบียน

307 คุณชนิดา นันทเมธินนท์ จากฝ่ายสารสนเทศ ได้สอบถามที่ประชุมว่า ใครเป็นผู้ระบุสถานะ
308 ผู้ป่วยเสียชีวิตในระบบ ถ้าเสียชีวิตที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด เพื่อจัดทำ Business
309 work flow และออกแบบระบบให้ถูกต้องต่อไป

310 ที่ประชุมให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่
311 แต่ละจุดบริการจะบันทึกสถานะเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องผ่าตัดแล้วส่งผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วย
312 เจ้าหน้าที่ที่หอผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึก สำหรับหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจะไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกส่งไปที่
313 หน่วยตรวจฉุกเฉิน หรือ ICU ส่วนสถานะของผู้ป่วยเสียชีวิตที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน ฝ่ายสารสนเทศกำลังดำเนินการให้มีการ
314 การเชื่อมโยงระบบอยู่ แต่ปัจจุบันในระบบไม่แสดงสถานะให้งานเวชระเบียนทราบ

315 เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์สามารถดูข้อมูลผู้ป่วยได้ในระบบ RAMA EMR เพื่อวิเคราะห์
316 ข้อมูลการเสียชีวิตได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังจากนั้นฝ่ายสารสนเทศจะนำข้อมูลที่ระบุสถานะผู้ป่วยเสียชีวิตมาปกปิด แพทย์
317 หรือผู้ต้องการขอข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต ต้องมีหนังสือขอข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตผ่านหัวหน้าภาควิชา และงานเวชระเบียนจะ
318 ส่งข้อมูลให้แพทย์ผ่านโปรแกรม EMR Scan Viewer โดยกำหนดระยะเวลาในการดูข้อมูล ไม่นานุญาตให้ขอยืมเวชระเบียน
319 ผู้ป่วยเสียชีวิตในรูปแบบ DVD เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของข้อมูล ส่วนแพทย์ของภาควิชาพยาธิที่ทำ Autopsy ขอให้
320 ส่งรายชื่อแพทย์ให้งานเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบและส่งข้อมูลให้แพทย์ดูข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ Autopsy ด้วยโปรแกรม EMR
321 Scan Viewer

322 ส่วนสถานะผู้ป่วยเสียชีวิตในระบบ ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบที่หน่วยตรวจได้ ทำให้
323 หน่วยตรวจไม่ทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เมื่อมีการแจ้งการเลื่อนนัดผู้ป่วยทำให้ถูกต้องว่า คุณชัยวิวัฒน์ ทองทวีชัยกิจ

327 ฝ่ายสารสนเทศ รับไปสอบถามผู้ดูแลระบบที่เกี่ยวข้องต่อไป ส่วนการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตภายนอกโรงพยาบาล
328 กับระบบของโรงพยาบาล คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปประสานงานกับกรมการปกครอง ในเบื้องต้นให้ญาติแจ้ง
329 การเสียชีวิตของผู้ป่วยมาที่งานเวชระเบียน พร้อมหลักฐาน เพื่อระบุสถานะเสียชีวิตของผู้ป่วยในระบบหมุนเวียนเล่ม
330 เวชระเบียน

331 คุณชนิดา นันทเมธินันท์ จากฝ่ายสารสนเทศ แจ้งว่า ฝ่ายสารสนเทศจะไปพบผู้เกี่ยวข้อง
332 เพื่อเก็บข้อมูลและจัดทำ Business work flow การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตใน RAMA EMR และนำกลับมาให้
333 คณะกรรมการฯ พิจารณาให้ความเห็นต่อไป

334 ที่ประชุมรับทราบ

336 ๓.๕ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ขอนำแบบฟอร์ม Pulmonary hypertension registry เข้า

337 ระบบ EMR

338 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประภาพร พรสุริยะศักดิ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ขอนำ
339 แบบฟอร์ม Pulmonary hypertension registry เข้าระบบ EMR ซึ่งแบบฟอร์มนี้ได้ปรับปรุงแก้ไข ตามที่คณะกรรมการฯ
340 ได้ให้ความเห็นไว้

341 ที่ประชุมพิจารณาแล้ว ขอให้ย้ายคอลัมน์หน้าที ๓ ไปไว้ในหน้า ๒ เนื่องจากยังมีพื้นที่ว่าง
342 เหลืออยู่ โดยให้งานเวชระเบียนปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเข้าระบบ EMR

343 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปดำเนินการ

344 ที่ประชุมรับทราบ

346 ๓.๖ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ขอนำแบบฟอร์ม Sepsis Protocol เข้าระบบ EMR

347 จำนวน ๓ แบบฟอร์ม ดังนี้

348 ๓.๖.๑ Sepsis Protocol : Sheet 1 – Protocol initiation

349 ๓.๖.๒ Sepsis Protocol : Sheet 2 – Severe Sepsis

350 ๓.๖.๓ Sepsis Protocol : Sheet 3 – Septic Shock

351 อาจารย์ แพทย์หญิงพรรณฉวีไล ตั้งกุลพานิชย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้นำเสนอ

352 แบบฟอร์ม Sepsis Protocol เข้าระบบ EMR จำนวน ๓ แบบฟอร์ม

353 ที่ประชุมพิจารณาแล้ว ขอให้ปรับปรุงกล่องข้อความพื้นสีดำ ให้เป็นกล่องที่ไม่มีสี และทำ
354 ตัวหนังสือในกล่องข้อความให้เป็นตัวหนา ทั้ง ๓ แบบฟอร์ม โดยให้งานเวชระเบียนปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเข้าระบบ EMR

355 คุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับไปดำเนินการ

356 ที่ประชุมรับทราบ

358 ๓.๗ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ขอนำแบบฟอร์มเข้าระบบ EMR จำนวน ๖ แบบฟอร์ม

359 ๓.๗.๑ Anesthesia

360 ๓.๗.๒ Consent for Anesthesia Services

361 ๓.๗.๓ Pain Intervention Note

362 ๓.๗.๔ Preanesthetic Assessment Record

363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397

๓.๗.๕ Post Anesthetic Care Unit (PACU) Record

๓.๗.๖ หนังสือแสดงเจตนาการขอเข้ารับบริการทางวิสัญญี

อาจารย์ แพทย์หญิงวัลภา อานันทศุภกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกรวีร์

พสุธารชาติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ได้นำเสนอแบบฟอร์มของภาควิชาวิสัญญี จำนวน ๖ แบบฟอร์ม เข้าระบบ EMR เป็น
แบบฟอร์มที่มีใช้อยู่แล้ว ได้ปรับปรุงในรายละเอียดเล็กน้อย

ที่ประชุมพิจารณาแล้ว ให้นำเข้าระบบ EMR ได้

อาจารย์ แพทย์หญิงวัลภา อานันทศุภกุล แจ้งว่า เมื่อนำแบบฟอร์มเข้าระบบ EMR แล้ว
ต้องการให้หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย หรือห้องผ่าตัด Set up Print และพิมพ์เอกสารทั้ง ๔ แผ่นใช้ ได้แก่
Preanesthetic Assessment Record , Post Anesthetic Care Unit (PACU) Record , Anesthesia, Consent for
Anesthesia Services, สำหรับให้แพทย์วิสัญญีบันทึก

ที่ประชุมพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่า ควรให้หน่วย Admit, หอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด Set up
Print และพิมพ์เอกสารออกจากระบบ ส่วนเอกสารที่พิมพ์จำนวน ๔ แผ่น แผ่นใดที่ไม่ใช้ขอให้ส่งคืนงานเวชระเบียน เพื่อลบ
เอกสารออกจากระบบ

ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่น ๆ

๔.๑ การตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนจากสปสข.

คุณสายพิรุณ ประสาทพันธ์ หัวหน้างานบริหารการรักษายาบาล แจ้งว่า ได้รับข้อมูลผล
การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้ป่วยนอก ๔๐ เล่ม ผู้ป่วยใน ๔๐ เล่ม
จากสปสข. อย่างไม่เป็นทางการว่า ได้ตรวจพบปัญหาการบันทึกไม่สมบูรณ์จากการบันทึกของแพทย์ ซึ่งงานบริหาร
การรักษายาบาล ได้ไปพบแพทย์ประจำบ้านตามภาควิชา เพื่อให้คำแนะนำในการบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับ
ปัญหาเดิมที่ยังไม่ได้แก้ไขในระบบ เช่น ในใบ MR1 ยังไม่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย, เวลา Admit มี แต่ยังไม่
ไม่มีเวลา Discharge, Operative Note ยังไม่มีวันเริ่มต้นและสิ้นสุด

ที่ประชุมสรุปว่า ขอให้คุณสายพิรุณ ประสาทพันธ์ และคุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รวบรวม
ปัญหาที่เกิดจากระบบที่ได้แจ้งให้ฝ่ายสารสนเทศทราบไปแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการแก้ไข พร้อมปัญหาใหม่ที่ต้องให้
ฝ่ายสารสนเทศแก้ไขในระบบ แจ้งให้ฝ่ายสารสนเทศทราบอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

คุณสายพิรุณ ประสาทพันธ์ และคุณธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์ รับผิดชอบดำเนินการ

ที่ประชุมรับทราบ

เลิกประชุมเวลา ๑๕.๔๐ น.

นางทิพวรรณ หอมหวล

จดรายงานการประชุม

นางธนวัน ลือสุทธิวิบูลย์

ตรวจแก้รายงานการประชุม