

แบบฟอร์มตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หลักเกณฑ์การให้คะแนนตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2557 (สปสข.) มีดังนี้

1. กรณีที่การบันทึก ผ่านเกณฑ์ ในแต่ละข้อให้ 1 คะแนน
2. กรณีที่การบันทึก ไม่ผ่านเกณฑ์ ในแต่ละข้อให้ 0 คะแนน
3. กรณี พบความผิดปกติหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ให้ระบุที่ข้อเสนอแนะข้างท้าย

วันที่ประเมิน..... HN ชื่อสกุลผู้ป่วย

ผู้ป่วยระบบ การเรียนการสอน การบริการ ทั้ง 2 ระบบ ผู้ป่วยคลินิก.....

ด้านที่ต้องประเมิน		คะแนน
1. Patient's Profile : ข้อมูลผู้ป่วย		
เกณฑ์ข้อที่ 1	<u>มี</u> ข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง หรือยศ) HN และอายุ หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มี เฉพาะปีพ.ศ.ได้	
เกณฑ์ข้อที่ 2	<u>มี</u> ข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและหมายเลขโทรศัพท์ ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างดาว กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง	
เกณฑ์ข้อที่ 3	<u>มี</u> ข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
เกณฑ์ข้อที่ 4	<u>มี</u> ข้อมูลประวัติการแพ้ยา และประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)	
เกณฑ์ข้อที่ 5	<u>มี</u> ข้อมูลหมู่เลือด หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ”	
เกณฑ์ข้อที่ 6	ใบพิมพ์ข้อมูลตัวบุคคลจากระบบเวชระเบียน (MR-SD-001-00) มีข้อมูลตรงกับเอกสารที่ผู้ป่วยกรอก ทั้งภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ และมีการระบุชื่อ-สกุล เจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงระบบคอมพิวเตอร์	
เกณฑ์ข้อที่ 7	<u>มี</u> ข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ของผู้ป่วยใน <u>ทุกแผ่น</u> ของเอกสารในเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา	
เกณฑ์ข้อที่ 8	<u>มี</u> เอกสารแบบขอมิเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ (MR-SD-004-00 หรือ MR-SD-004-01 หรือ MR-SD-004-02) ที่ผู้ป่วยเขียนด้วยลายมือ ประกอบกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรราชการอื่นที่ใช้ในการยืนยันตัวตน	
เกณฑ์ข้อที่ 9	กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขทุกครั้ง	
คะแนนเต็ม		คะแนนที่ได้

2. History : ประวัติการเจ็บป่วย		
เกณฑ์ข้อที่ 1	มี การบันทึก Chief complaint อาการหรือปัญหาของผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล	
เกณฑ์ข้อที่ 2	มี การบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว	
เกณฑ์ข้อที่ 3	มี การบันทึก Present illness ครบ 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	
3. Physical examination : การตรวจทั่วไป		Date of treatment
เกณฑ์ข้อที่ 1	มี การบันทึก ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนัก ส่วนสูง อุณหภูมิร่างกาย และเวลาที่ทำการวัดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาได้รับการรักษา	
เกณฑ์ข้อที่ 2	มี บันทึกการตรวจเพิ่มเติมในกรณีที่เกณฑ์ข้อ 1 มีความผิดปกติ	
เกณฑ์ข้อที่ 3	มี บันทึกการตรวจประเมินสภาพทั่วไป (examination) ในครั้งแรกที่มาได้รับการรักษา	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	
4. Treatment/ Investigation : การรักษา/ตรวจวินิจฉัย		Date of treatment.....
เหตุการณ์ที่ทำการรักษา.....		
เกณฑ์ข้อที่ 1	มี บันทึก Clinical examination Radiographic interpretation ที่มีความเกี่ยวข้องกับ การวินิจฉัย	
เกณฑ์ข้อที่ 2	มี บันทึกผลการวินิจฉัย	
เกณฑ์ข้อที่ 3	มี บันทึกการรักษาที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย	
เกณฑ์ข้อที่ 4	มี บันทึกการรักษาที่ระบุรายละเอียดการรักษาที่ครบถ้วน - ระบุชี้ฟัน - ในกรณีที่มีการใช้ยาเฉพาะที่ต้องระบุ ชื่อยา ความเข้มข้น ปริมาณที่ใช้และวิธีฉีด	
เกณฑ์ข้อที่ 5	มี บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา	
เกณฑ์ข้อที่ 6	กรณีมีการส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษา/รับการรักษา ระหว่างคลินิกต้อง มี การบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา พร้อมกับระบุคลินิกต้นทาง-คลินิกปลายทาง ด้วยชื่อย่อที่ถูกต้องตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องการจัดทำเอกสารคุณภาพ หน้า 7 (ตารางแสดงชื่อย่อของคลินิก/หน่วยงาน/ภาควิชา)	
เกณฑ์ข้อที่ 7	มี บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up	
เกณฑ์ข้อที่ 8	มี การบันทึกเวชระเบียนด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์/ทันตแพทย์ หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาทุกครั้ง ให้สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด หรือ ประทับตราวางที่แสดงชื่อและนามสกุลที่เด่นชัด	
เกณฑ์ข้อที่ 9	กรณีที่มีการส่งไขยานอกบัญชีหลักแห่งชาติแล้ว มี การระบุเหตุผลการใช้ยา	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	

5. Follow up : การตรวจติดตาม		
เกณฑ์ข้อที่ 1	มี บันทึกประวัติหรือเหตุผลในการมา Follow up	
เกณฑ์ข้อที่ 2	มี การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์/ทันตแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด	
เกณฑ์ข้อที่ 3	กรณีที่มีการส่งใข่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว มี การระบุเหตุผลการใช้ยา	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	
6. Informed consent บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ		
เกณฑ์ข้อที่ 1	มี การบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน	
เกณฑ์ข้อที่ 2	<p>มี การลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้</p> <p>(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีมีความ จำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง</p> <p>(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า18 ปีถ้ามาคนเดียวและมารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น มติตกลงให้ลงว่า ขณะมารับบริการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนยินยอมให้ทำหัตถการ</p>	
เกณฑ์ข้อที่ 3	มี ลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจ ที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)	
เกณฑ์ข้อที่ 4	มี การบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ	
เกณฑ์ข้อที่ 5	มี การบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	

เพิ่มเติม		
เกณฑ์ข้อที่ 1	การจัดเรียงเอกสารในเวชระเบียนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดคือเรียงจาก “ปัจจุบันไปยังอดีต”	
เกณฑ์ข้อที่ 2	<u>ไม่มี</u> การบันทึกต่อได้ตรายางว่า “สแกนข้อมูล แล้วห้ามบันทึกต่อ”	
เกณฑ์ข้อที่ 3	<u>ไม่มี</u> การใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล หรือไม่ทราบความหมาย	
เกณฑ์ข้อที่ 4	<u>ไม่มี</u> สิ่งแปลกปลอมในแฟ้มเวชระเบียน เช่น เศษฟันที่ถอน ครอบฟัน ฟันปลอม फिल्मเอกซเรย์ อื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนหรือแพร่กระจายเชื้อ	
	คะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประเมิน ลี้กัถ

ขอขอบคุณ

อ้างอิง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สภาการพยาบาล, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2557). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ, บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.